

**Міністерство охорони здоров'я України
Вінницький національний медичний
університет ім. М.І.Пирогова**

Кафедра медицини катастроф та військової медицини

**XV
НАУКОВО-ПРАКТИЧНА
КОНФЕРЕНЦІЯ**

**АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ
В УМОВАХ ВІЙНИ НА СХОДІ УКРАЇНИ,
ЦИВІЛЬНИХ УМОВАХ. ПСИХОЛОГІЧНА
РЕАБІЛІТАЦІЯ.**

Матеріали доповідей

27-28 квітня 2017 року

Вінниця – 2017

ЗМІСТ

РОЗДІЛ I

ЕКСТРЕНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА В УМОВАХ ВІЙНИ

В.С.Тарасюк, А.І.Пархотін, 7а група, 2 курс

ВОГНЕПАЛЬНІ ПОРАНЕННЯ ГРУДНОЇ КЛІТКИ ТА ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ В ЗОНІ АТО.....6

М.В.Матвійчук, Н.Д.Корольова, Д.В.Головін, М.І.Антонюк, 4 курс

ПЕРСПЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ МАЛООБ'ЄМНОЇ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ІНФУЗІЇ ПРИ ГОСТРІЙ КРОВОВТРАТІ НА РАННІХ ЕТАПАХ ЕВАКУАЦІЇ.....9

В.М.Сивак, С.А.Бардильов, 10а група, 4 курс

ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ ДОПОМОГИ ПОРАНЕНИМ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ В ЗОНІ АТО ЗА СИСТЕМОЮ ТССС.....12

Н.В.Кривецька, В.В.Фіщук, Т.М.Хлипняч, 27а група, 5 курс

ОСОБЛИВОСТІ БОЙОВОЇ ТРАВМИ ОРГАНУ ЗОРУ В УМОВАХ АТО ТА ШЛЯХИ ЇХ МІНІМІЗАЦІЇ.....14

В.С.Тарасюк, Я.С.Поліщук, 5б група, 5 курс

ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ УШКОДЖЕННІ ГРУДНОЇ КЛІТКИ В ЗОНІ АТО17

РОЗДІЛ II

ЕКСТРЕНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА В ЦИВІЛЬНИХ УМОВАХ

В.С.Тарасюк, А.В.Верета, О.В.Романовська, 17а група, 5 курс

ІННОВАЦІЙНІ ПІДХОДИ ДО ТИМЧАСОВОЇ ЗУПИНКИ ВУЗЛОВИХ КРОВОТЕЧ21

В.С.Тарасюк, Б.Я.Недільська, 7а група, 2 курс

ВІННИЦЬКИЙ ОБЛАСНИЙ ЦЕНТР ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА МЕДИЦИНИ КАТАСТРОФ В ПОШУКАХ ІННОВАЦІЙ31

В.С.Тарасюк, Д.Ю.Салій, 7б група, 2 курс

ДТП У ХМЕЛЬНИЦЬКІЙ ОБЛАСТІ ТА САМООЦІНКА ВОДІЇВ ДО НАДАННЯ ПМД38

В.В.Поляруш, Ю.В.Олешко, 16б група, 2 курс

НАДАННЯ САМОДОПОМОГИ В ЕКСТРЕМАЛЬНІЙ СИТУАЦІЇ.....41

В.В.Фіщук, Т.В.Секрет, 11б група, 5 курс

ЕКСТРЕНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА ПАЦІЄНТАМ З ДІАБЕТИЧНИМИ КОМАМИ.....44

В.В.Фіщук, Д.М.Шад, Д.О.Леваковська, 71б група, 5 курс

ДИНАМІКА ВИЇЗДІВ БРИГАД ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ З ПРИВОДУ «ГОСТРОГО ПОРУШЕННЯ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ» ТА НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ З ПОДАЛЬШИМ ПРОВЕДЕННЯМ ТРОМБОЛІЗИСУ.....48

<i>В.В.Фіщук, Д.С.Кобзіна, 19а група, 5 курс</i>	
ЕКСТРЕНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА ПРИ НИРКОВІЙ КОЛЬЦІ У ХВОРИХ НА СЕЧОКАМ'ЯНУ ХВОРОБУ.....	53
<i>В.В.Фіщук, О.С.Лемешов, 19а група, 5 курс</i>	
АЛГОРИТМ НАДАННЯ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПОСТРАЖДАЛИМ З ТРАВМОЮ ХРЕБТА.....	57
<i>В.В.Чорна, В.В.Фіщук, С.О.Іванчишина, 98б група, 2 курс</i>	
АНАЛІЗ ДОРОЖНЬО-ТРАНСПОРТНИХ ПРИГОД ЗА 2013-2015 РР.....	61
<i>М.В.Матвійчук, Д.О.Орлова, 17а група, 2 курс</i>	
СИНДРОМ ТРИВАЛОГО СТИСНЕННЯ.....	64
<i>Н.Д.Корольова, А.М.Шевчук, А.В.Черевко, О.С.Попова, С.Г.Головата, учениці 9М класу, КЗ «НВК:ЗОШ І-ІІ ступенів №7 Вінницької міської ради» Л.О. Булейко, В.Ю. Ангельська, 63 група, 6 курс</i>	
ПРОФЕСІЙНЕ САМОВИЗНАЧЕННЯ.....	67
<i>М.В.Матвійчук, В.В.Чорна, Р.М.Бектемірова, О.Г.Коновал, Н.О.Шнайдер, 3б група, 2 курс</i>	
ПРОБЛЕМА ФАНТОМНИХ БОЛІВ ТА ВІДМІННОСТІ ЇХ ПРОЯВУ ПРИ ТРАВМАТИЧНИХ АМПУТАЦІЯХ ТА АМПУТАЦІЯХ ВНАСЛІДОК ХВОРОБИ.....	70

РОЗДІЛ ІІІ

ПСИХОЛОГІЧНІ РОЗЛАДИ, ДОПОМОГА ПРИ РІЗНИХ УМОВАХ ЇХ ВИНИКНЕННЯ

<i>Н.Д. Корольова, В.В.Чорна, О.В.Чміленко, Д.С.Кравчук, 24 група, 2 курс</i>	
ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ НАВЧАЛЬНОГО СТРЕСУ СТУДЕНТІВ	76
<i>В.В.Чорна, В.О. Гикава, Ю.О. Каліновська, 10б група, 2 курс</i>	
ВПЛИВ КОМП'ЮТЕРНИХ ІГОР НА ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНИЙ СТАН ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ	79
<i>О.О.Дубовий, А.І.Павлікевич, 61а група, 2 курс</i>	
СИНІЙ КИТ. ГРА В СМЕРТЬ.....	82
<i>Н.Д.Корольова, Р.М.Бектемірова, А.М.Рубленко, 24б група, 2 курс</i>	
ТРИВОЖНА ВАЛІЗА.....	85
<i>Н.Д.Корольова, А.М.Шевчук, К.А.Курій, 17а група, 2 курс</i>	
ПСИХОЛОГІЧНИЙ ПОРТРЕТ ТЕРОРИСТА.....	87
<i>Н.Д.Корольова, В.В.Чорна, Ю.В.Антоненко, В.М.Дончик, 3 група, 2 курс</i>	
УДОСКОНАДЕННЯ ЛІКУВАННЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ З БОЙОВОЮ ПСИХІЧНОЮ ТРАВМОЮ.....	90
<i>В.С.Тарасюк, Н.О.Вальчук, 7б група, 2 курс</i>	
ПСИХОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ВІЙСЬКОВИХ ІЗ ЗОНИ АТО.....	95

РОЗДІЛ IV

АСПЕКТИ ВІЙСЬКОВОЇ МЕДИЦИНИ

М.В.Матвійчук, В.В.Фіщук, Р.Л.Салій, 19б група, 5 курс

МІННО-ВИБУХОВА ТРАВМА100

В.М.Подолян, М.В.Демянчук, О.Б.Вишинська, 1б група, 5 курс

**ВИКОРИСТАННЯ МЕДИЧНОГО ТРИКОРДЕРА ДЛЯ ПЕРВИННОГО
ОГЛЯДУ ПАЦІЄНТА.....104**

РОЗДІЛ V

ФАКТОРИ ВПЛИВУ НА БЕЗПЕКУ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ ЛЮДИНИ

В.С.Тарасюк, Т.В.Пашковська, 7 група, 2 курс

ТРАВМИ ДТП ПРИ НЕПРИСТЕБНУТОМУ РЕМЕНІ БЕЗПЕКИ106

*М.В.Матвійчук, В.В.Чорна, Г.О.Горпенко, 3б група, 2 курс, А.М.Євтушенко, 24б
група, 2 курс*

ЇЖА ЯК ЧИННИК ЗАХВОРЮВАНOSTІ СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ...112

В.В.Чорна, В.М.Подолян, Т.С.Рябець, А.В.Ваколюк, 21а група, 5 курс

ЕКОЛОГІЧНА СИТУАЦІЯ ТА СТАН ПИТНОЇ ВОДИ УКРАЇНИ.....115

І.В.Паламар, М.Б.Тарасюк

ЕЛЕКТРОМАГНІТНИЙ СМОГ І ЙОГО НЕБЕЗПЕКА.....121

(менше 9 балів) - 40%; 2) нижчий за середній (10-11 балів) – 33%; 3) середній рівень сформованості комунікативних здібностей (12-13 балів) - 14%; 4) високий рівень вияву комунікативних умінь (14-15 балів) - 10%; 5) Дуже високий рівень вираження (16-20 балів) - 3%).

За даними тесту «Моя майбутня професія», важливим складовим компонентом якої є професійна комунікація, встановлено, що більше 50% учнів, мають низький чи недостатній рівень орієнтування щодо особливостей обраної спеціальності.

Результати тестування «Чи вмієте Ви слухати?» переконують, що чудових співрозмовників, які вміють уважно слухати партнера по комунікації, серед учнів, які брали участь в діагностуванні, на жаль, лише 5%. Гарних співрозмовників також не багато - 15%. Зате поганих співрозмовників, які не вміють слухати інших - 36%. У тестуванні «Визначення інтегральних форм комунікативної агресивності», домінує середній рівень агресивності у 41% учнів.

Висновки. За даними проведеного нами обстеження встановлено, що було б доречно з метою розвитку й підвищення в майбутніх студентів механізмів психокommунікативної компетентності, досконалості й захищеності, планувати й здійснювати різні корекційні заходи.

Професійне самовизначення не можна розглядати як "стоп-кадр" процесу розвитку: досвід, що набувається на обраному шляху змінює картину можливостей людини і напрям її подальшого розвитку. Професійне самовизначення складає важливий момент особистісного самовизначення, розглядається як неперервний процес пошуку сенсу в професійній діяльності, яка обирається, засвоюється і виконується, як процес чергових виборів, кожний з яких - важлива життєва подія, що визначає подальші кроки на шляху професійного розвитку особистості. Центром професійного самовизначення є ціннісно-моральний аспект, розвиток самосвідомості, потреба в професійній компетентності.

М.В.Матвійчук, В.В.Чорна, Р.М.Бектемірова О.Г.Коновал, Н.О.Шнайдер, 3б група, 2 курс

Проблема фантомних болів та відмінності їх прояву при травматичних ампутаціях та ампутаціях внаслідок хвороби

За останні роки кількість хворих, які скаржаться на фантомні болі збільшується, що пов'язано з проведенням АТО на Сході країни. За офіційними даними Міністерства оборони кількість поранених з моменту початку АТО становить більше 9000 осіб, з них 40% - з ампутаціями, серед яких 75% відчують фантомні болі. Таким чином, зважаючи на поширення проблеми фантомного болю, важливо визначити особливості їх прояву та можливі методи лікування.

Фантомний біль — один з найбільш серйозних больових синдромів, які входять в поняття синдром хронічного болю. Вперше вона була описана в 1552 році Амбруазом Паре, але до сих пір механізми, що лежать в її основі, вивчені недостатньо, а перспективи її швидкого усунення можуть викликати сумніви.

Класична фантомний біль виникає після ампутації кінцівки, проте цей термін застосовний і до болю, що розвилася після ампутації будь-якій частині тіла. Наприклад, описані фантомні болі після мастектомії та видалення зубів. Деякі автори використовують цей термін стосовно фантомним болям в повністю денервованих, але не ампутуваних зонах, наприклад, нижче перерви спинного мозку або в зоні, іннервованій значно пошкодженим периферичним нервом. Щоб не вносити плутанину, ми будемо називати біль в денервованих зонах — центральної болем. Розмова про неї піде окремо. У даній статті ми розглянемо тільки особливості класичної фантомного болю.

Властивості фантомних болів включають :

- Біль триває після загоєння пошкоджених тканин;
- є тригерні («куркові») зони, при дотику або натисканні на які відбувається різке посилення болю. Ці зони можуть поширюватися на здорові ділянки тієї чи протилежної сторони тіла (Cronholm, 1951). При цьому навіть легкий дотик до іншої кінцівки або до голови може спровокувати приступ жахливого болю в фантомної кінцівки;
- тривале полегшення болю може бути досягнуто зниженням потоку імпульсів з периферичних нервів. На цьому засновані такі методи лікування, як місцеве введення анестетиків в чутливі ділянки або нерви кукси;
- крім того, тривале полегшення болю може бути обумовлено і посиленням сенсорних імпульсів. Ін'єкції гіпертонічного розчину у відповідні ділянки викликає біль, іррадируюцю в фантомний кінцівку, що триває близько десяти хвилин, з наступним драматичним частковим або повним зникненням болю на годинник, тижні або (що дуже рідко) назавжди. Вібраційна стимуляція, електростимуляція м'язів кукси може також приносити полегшення.

Існують різні **види відчуттів**, які може почувати людина:

- Відчуття, що стосуються положення кінцівки, її довжини чи об'єму, наприклад, відчуття, що відсутня кінцівка поводить себе як зазвичай: зігнене при сидінні коліно, або відчуття важкості.
- Відчуття руху (наприклад, що відсутня кінцівка рухається).
- Відчуття дотику, температури, тиску чи свербіння. Часто звітують про відчуття тепла, поколювання та болю.

Фантомна біль та фантомні відчуття кінцівок пов'язані між собою, але їх необхідно чітко розрізняти. В той час, як фантомних відчуттів зазнають особи із вродженою відсутністю кінцівки, травмами спинного мозку та ампутацією, фантомний біль з'являється майже винятково внаслідок ампутації. Майже одразу після ампутації 90-98% пацієнтів звітують про прояви фантомних відчуттів. Близько 75% з них потерпають від фантомів щойно анестезія завершить свою дію, а решта 25% пацієнтів відчувають фантоми через кілька днів або тижнів. З-поміж тих, хто зазнає незначних відчуттів, більшість також доповідають про виразні больові відчуття.

Відсоток людей, які страждають фантомними болями досить високий. У 72% людей фантомні болі виникали вже в перші 8 днів після операції, через 6 місяців вони відзначалися у 65%, двома роками пізніше - у 60%. 60% людей продовжують скаржитися на болі в фантомній кінцівці і через 7 років. Проте з плином часу больові атаки стають рідшими.

В даний час складається враження про етапність фантомного больового синдрому (Гнездилов А.В. Овечкін А.М., 1999):

- *Формування генератора патологічно посиленого збудження на рівні спинного мозку і порушенням характеру висхідних впливів на таламус, що підтверджується ефективністю електронейростимуляції на даному етапі (нормалізація ЕЕГ і зниження інтенсивності болю).*
- *Формування генератора патологічно посиленого збудження на рівні ретикулярної формації, стовбура, серединних структур головного мозку. При цьому на ЕЕГ відмічається поступове домінування швидкої бета-активності в передніх і центральних відведеннях і десинхронізація альфа-активності. На цій стадії обмежена ефективність застосування чрез кожної електронейростимуляції.*
- *Далі в результаті взаємодії ноцицептивних впливів з боку генератора патологічно посиленого збудження спинного мозку на таламо-кортикальній системі і активують впливів з боку формується супрасегментарних генератора патологічно посиленого збудження на коркові структури через ретикуло-кортикальні зв'язки і таламические освіти, мабуть, формується патологічна алгіческій система. що включає таламические структури, а також рухові центри екстрапірамідної системи. На цій стадії на ЕЕГ з'являється резонуючий джерело швидкої генералізованої активності (20-25 Гц), що розповсюджується по всьому неокортексу, а також міоклонічні рухові автомати в культі.*

Високоінформативним методом вивчення механізмів фантомного больового синдрому, що підтверджує формування патологічної алгіческій системи в структурах, які здійснюють регуляцію больової чутливості, є реєстрація соматосенсорних викликаних потенціалів (ССВП). У хворих з фантомним больовим синдромом відзначалося зниження порога викликаних потенціалів, збільшення їх амплітуди і розширення фокусу максимальної активності в контралатеральній по відношенню до перерізу нерву соматосенсорній корі при стимуляції нервів кукси або серединного нерва руки на стороні ампутації в порівнянні з аналогічними ССВП, отриманими у відповідь на роздратування відповідних нервів здорової сторони (Кукушкін М.Л. 1995р). Одночасно у цих пацієнтів були виявлені гіперсинхронних постразряди, наступні за основними компонентами ССВП і ознаки епілептиформні активності на ЕЕГ.

Представлені дані свідчать, що у хворих з фантомними болями спостерігається стійке підвищення збудливості і реактивності центральних утворень мозку, включаючи кору великих півкуль, що відображають системні

патологічні зміни в діяльності ноцицептивних структур, пов'язані з формуванням патологічної алгічеської системи, яка є основою нейрогенних больових синдромів

Лікувати фантомні болі важко, тому краще намагатися запобігти їм. Можливостям профілактики було присвячено невелике дослідження, яке продемонструвало зниження частоти та інтенсивності фантомних болів в післяопераційному періоді у хворих з предопреаціонной болем в кінцівки після еїдуральної інфузії місцевих анестетиків і/або морфіну протягом 72 годин до операції. Оскільки ці дані отримані на невеликому клінічному матеріалі, не можна рекомендувати проведення регіонарної анестезії перед усіма ампутації, проте такий підхід може бути виправданий при інтенсивному предоперационном больовому синдромі.

1) З появою фантомних болів необхідно виявити потенційно переборні чинники, які можуть посилювати болі, наприклад, неврит кукси або депресію. Усунення цих факторів може значно поліпшити результати лікування. Незважаючи на відсутність явних доказів того, що протезування або фізіотерапія надають анагетичний ефект при фантомних болях, ці методи сприяють відновленню рухової функції, що є основою реабілітаційної програми. Що стосується безпосередньо фантомних болів, розроблено велику кількість способів знеболюючого лікування для поліпшення самопочуття і розширення функціональних можливостей хворого.

2) Застосування як власне анальгетиків, так і ад'ювантних препаратів при фантомному больовому синдромі виявляється неефективним. Є деякі відомості про позитивний ефект кальцитоніна (200 МО в/в, струйно), але за умови, що тривалість фантомного больового синдрому досить коротка.

3) Мінімальна або тимчасове поліпшення може викликати блокада симпатичних імпульсів. Чи виправдана вона при рефрактерном синдромі, коли навіть мала ймовірність купірування болю може служити показанням.

4) Фантомний біль лікування якої проводиться за допомогою електростимуляції. Є позитивні результати застосування таких методів, як стимуляція задніх стовпів спинного мозку (SCS), стимуляція глибоких структур головного мозку (DBS). Особливо обнадійливими є стимуляція моторної кори головного мозку (MCS) і високочастотна транскраніальна магнітна стимуляція (ТКМС).

За останніми даними зарубіжної літератури найбільшою ефективністю щодо фантомного больового синдрому з вище перерахованих методів володіють саме методики, пов'язані зі стимуляцією моторної кори (ТКМС). Причому було показано, що предиктором ефективності електростимуляції моторної кори є такий неінвазивний метод лікування, як транскраніальна магнітна стимуляція. Таким чином не обов'язково вдаватися до хірургічної імплантації електрода на кору, щоб перевірити ефективність її стимуляції. Однак при позитивних результатах ТКМС можна імплантувати електрод для постійної стимуляції кори і при цьому чекати високої ефективності.

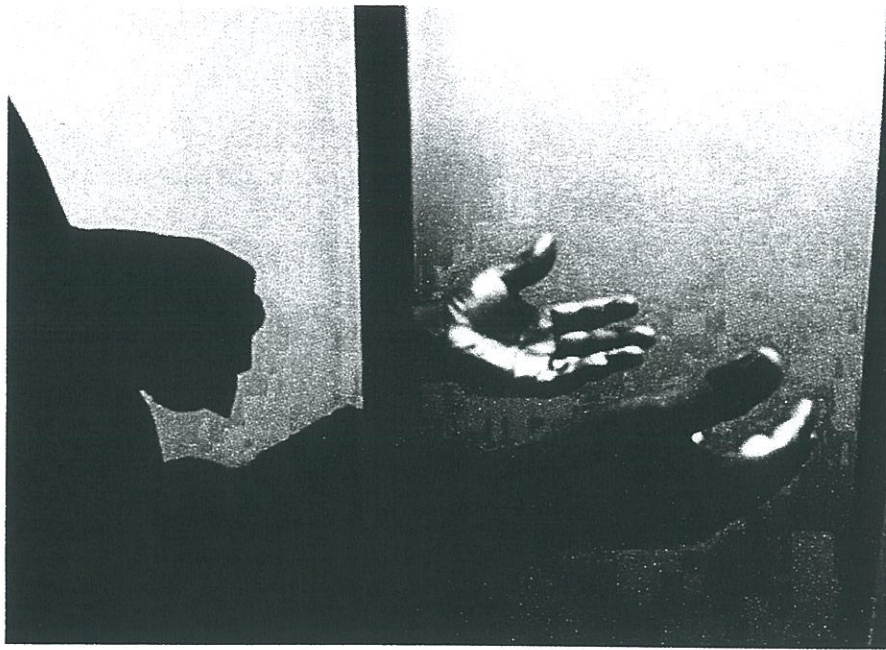
Методи нейростимуляції досить тривалий час (більше 10 років) застосовуються в нашому відділенні. За детальною консультацією можна звернутися до Ісагуляну Емілю Давидовичу, провідному спеціалісту, досвідченому нейрохірурга і алголога.

Метод дзеркальної коробки

Метод дзеркальної коробкостворює ілюзії руху та дотику у фантомній кінцівці шляхом викликання соматосенсорних та моторних сполучень між фантомною та реальною кінцівкою. Багато пацієнтів потерпають від болю внаслідок стиснення фантомної кінцівки, і, оскільки остання не піддається добровільному керуванню, її розтискання стає неможливим. Згідно з цією теорією, фантомну кінцівку відчують паралізованою, оскільки відсутній зворотній зв'язок від неї до мозку та навпаки. Вілаянур С. Рамахандран вважає, що якщо мозок отримує візуальний сигнал, що кінцівка порухалась, то фантомну кінцівку розпаралізує.

Хоча використання методу дзеркальної коробки у деяких випадках довело свою ефективність, поки що немає єдиної широковизнаної теорії того, як він працює. У дослідженні фантомного болю 2010 року Мартін Даєрз з колегами відкрили, що "У рандомізованому контрольованому випробуванні, що містило градуйовані зображення руху та дзеркальні тренування, пацієнти з комплексним синдромом регіонального болю або фантомними болями відчули зменшення болю, а також і покращення під час функціональної посттерапії та огляду через півроку. Отримані дані показали, що порядок лікування мав значення". Це дослідження виявило, що віддзеркалені зображення не посприяли жодній значній кортикальній діяльності у пацієнтів з фантомним болем та підсумувало, що "Оптимальні методи зміни уявлення болю та мозку, як і мозкових механізмів, з яких постає ефект від дзеркального тренування чи зображень руху, все ще невідомі".

У 2011 році Андреас Стефан Росгенджел провів широкомасштабний огляд літератури на тему дзеркальної терапії, де підсумував: "Для випадку інсульту, існують докази помірного рівня, що дзеркальна терапія в ролі додаткового втручання покращує відновлення діяльності руки, та докази низького рівня стосовно фантомного болю та функціонування нижніх кінцівок після інсульту. Рівень доказів для пацієнтів з комплексним синдромом регіонального болю та фантомними болями є також низьким. Впевнених висновків зробити не можна. Мало що відомо про те, яким саме пацієнтам ця методика допоможе та як саме її необхідно проводити. Майбутні дослідження потрібно фокусувати на стандартизованості кінцевих вимірів та систематичному реєструванні побічних ефектів.



Було проведено анкетування хворих з ампутацією кінцівки внаслідок гангрен при діабеті та опитування в соціальних мережах постраждалих з травмами, досліджено наукову літературу, статистичні дані про постраждалих в зоні АТО.

Результати: За даними анкетування хворих Вінницького ендокринологічного диспансеру було встановлено, що 80% людей, у яких виникав фантомний біль мали повторні оперативні втручання (вторинні ампутації), 85% відчували короткотривалі болі середньої сили, 70% пацієнтів починали відчувати болі відразу після операції і 100% пацієнтів лікувалися фармакологічними препаратами(анальгетиками). З опитувань постраждалих з травматичними ампутаціями (за допомогою соціальних мереж) було встановлено, що 90% відчували довготривалі сильні болі, 60% починали відчувати біль відразу після ампутації і 100% хворих лікувалися фармакологічними препаратами. Існує близько 40 методів терапії фантомних болів: хірургічний, електростимуляція, фізіотерапія, рефлексотерапія, корпоральна і аурикулярна акупунктура, фармакологічні методи. При появі болю визначаються фактори, що впливають на його появу. Прикладом таких факторів можуть стати утворення невроми або розвиток депресії. Ліквідація цих факторів може сприяти поліпшенню результативності лікування. В основу реабілітаційної програми входять методи фізіотерапії та протезування, застосування яких може сприяти зняттю больових відчуттів. Проте, незважаючи на різноманіття методів лікування, найпопулярнішим в Україні залишається фармакологічний, тому що він є менш вартісним і досить ефективним.

Висновок: Фантомні болі останнім часом стали досить поширеною проблемою. Вони відрізняються відповідно до своєї етіології. Встановлено закономірність між силою больових відчуттів, що виникають та видом ампутації: хворі з ампутаціями внаслідок діабетичної гангрені відчували слабшу біль, ніж ті, що мали травматичні ампутації. Також визначено залежність виникнення фантомного болю від кількості ампутацій: у хворих з вторинними ампутаціями

більш виникає частіше ніж у хворих з первинними. Існує необхідність вдосконалення методів лікування цього явища.

РОЗДІЛ III

ПСИХОЛОГІЧНІ РОЗЛАДИ, ДОПОМОГА ПРИ РІЗНИХ УМОВАХ ЇХ ВИНИКНЕННЯ

Н.Д.Корольова, В.В.Чорна, О.В.Чміленко, Д.С.Кравчук, 24 група, 2 курс
Психологічні особливості навчального стресу студентів

Занадто часто студентське життя асоціюється зі студентськими товариствами, різними заходами і веселощами. Воно здається безтурботним і легким для багатьох студентів. Для них це лише чергова зміна в житті до якої необхідно пристосовуватися. Студенти молоді і тому можуть переживати безліч проблем, властивих таким людям, у них є свої проблеми, що заважають сконцентруватися на заняттях. У будь-якому випадку навчання у вищому навчальному закладі – це стрес для багатьох студентів.

Студентське життя повне стресових ситуацій, тому вони часто відчувають стрес і нервово-психічне напруження. В основному у студентів стрес розвивається через великий потік нової інформації, через відсутність системної роботи в семестрі і, як правило, стрес під час іспитів та модулів.

За даними проведеного анкетування встановлено, що до початку іспитів дівчата-студентки 2 курсу відчувають паніку – 46,3%, 4 курсу - 46,9%, та 5

Емоції до екзаменів (модулів)	2 курс				4 курс				5 курс			
	жін.	чол.	% жінок	% чоловіків	жін.	чол.	% жінок	% чоловіків	жін.	чол.	% жінок	% чоловіків
Задум	3	4	2,48	7,27	3	3	2,70	4,55	3	2	6,25	6,06
Сторож	9	22	7,44	40,00	18	34	16,22	51,52	11	18	22,92	54,55
Ступор	21	2	17,36	3,64	10	2	9,01	3,03	5	8	10,42	24,24
Паніка	56	9	46,28	16,36	52	11	46,85	16,67	15	2	31,25	6,06
Страх	30	17	24,79	30,91	24	13	21,62	19,70	10	2	20,83	6,06
Гнів	2	1	1,65	1,82	4	3	3,60	4,55	4	1	8,33	3,03
Емоції після екзаменів (модулів)												
Задум	53	27	45,69	54,00	47	42	42,34	66,67	20	15	41,67	45,45
Сторож	26	13	22,41	26,00	34	18	30,63	28,57	21	10	43,75	30,30
Ступор	21	6	18,10	12,00	19	2	17,12	3,17	3	6	6,25	18,18
Паніка	3	0	2,59	0,00	5	0	4,50	0,00	0	0	0,00	0,00
Страх	6	0	5,17	0,00	2	0	1,80	0,00	0	0	0,00	0,00
Гнів	7	4	6,03	8,00	4	1	3,60	1,59	4	2	8,33	6,06
Емоційне напруження починається												
За 3-4 дня до сесії	38	9	32,48	18,00	30	8	27,27	14,29	17	5	35,42	15,15
За 1-2 дня до сесії	34	17	29,06	34,00	39	15	35,45	26,79	13	8	27,08	24,24
Під час сесії	26	22	22,22	44,00	28	31	25,45	55,36	15	17	31,25	51,52
Інший варіант	19	2	16,24	4,00	13	2	11,82	3,57	3	3	6,25	9,09