

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**



ЗБІРНИК ТЕЗ

**міжвузівської конференції молодих вчених та
студентів**

МЕДИЦИНА ТРЕТЬОГО ТИСЯЧОЛІТТЯ

(Харків – 16-17 січня 2017 р.)

Харків - 2017

Сушецкая Д.А., Затолока Д.В.
ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО:
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

**Харьковский национальный медицинский университет,
Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии,
г. Харьков, Украина**

Научный руководитель: к.мед.н., доц. Гайчук Л.М.

За последние 3 года в Украине отмечается резкое ухудшение уровня психического здоровья населения, что связано с психотравмирующей политической ситуацией и активным военным конфликтом на юго-востоке страны. Длительный стресс с большим количеством экстремальных ситуаций, страх смерти и потери близких, проявление агрессии и насилия – все это является провоцирующими факторами развития посттравматического стрессового расстройства (ПТСР).

ПТСР возникает через 1 – 6 месяцев после травматического события. За это время пострадавший возвращается к привычной жизни и не может к ней адаптироваться. Основным клиническим проявлением является ненормальная реакция в нормальных повседневных ситуациях. Отмечаются симптомы вторжения: повторные тревожные воспоминания, сопровождающиеся вегетативными дисфункциями; нарушения сна, ночные кошмары; «флэшбэки». Характерно избегание похожих ситуаций и мест, разговоров о произошедшем событии, эмоциональное оцепенение, отстраненность, раздражительность, настороженность. Возможно появление диссоциативных симптомов: дереализация, деперсонализация, диссоциативная амнезия, отчуждение, эмоциональная глухость.

Следовательно, при наличии травматического события в анамнезе и определенных симптомов у пациентов целесообразно проводить скрининг ПТСР, для чего применяют стандартизированный вопросник. Положительный ответ на 4 и более вопроса указывает на вероятность этого диагноза. Так же используются: анкета (опросник) пациента о состоянии здоровья PHQ-9 и госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS).

Психообразование занимает основное место в социальной адаптации пациентов с ПТСР. Предпочтительной является трехэтапная структура, включающая изучение информационных потребностей пациентов и их родственников, сбор доказательных данных и создание информационного модуля, апробацию и оценку эффективности.

Приводим собственное клиническое наблюдение. Пациент В., 31 год, военнослужащий, находился на лечении в Клинике психиатрии и наркологии Военно-Медицинского центра Северного региона с 03.12.15 по 18.12.15. Поступил с жалобами на головную боль, свист в ушах, бессонницу, боязнь громких звуков и «шума приближающегося автомобиля», ощущение опасности, снижение памяти, ухудшение слуха и зрения. Психическое состояние: сознание ясное, ориентирован верно, доступный вербальному контакту. Мимика невыразительная и напряженная, движения скованные, с моторными тиками. Периодически во время разговора закрывает руками уши

и замолкает, объясняя это «сильным свистом в ушах». На вопросы отвечает лаконично, эмоции скрывает. Настроение ближе к ровному. Эмоционально скован, невыразительный. Мышление последовательное, темп понижен. Галлюцинаций, бредовых идей нет. Внимание ослаблено. Критика снижена.

Пациентом были выполнены тесты: гражданский вариант Миссисипской шкалы посттравматического стрессового события, DSM-V, SCL-90-R, результат – 116 баллов, что свидетельствует о высоком уровне влияния травматического события и подтверждает диагноз ПТСР. Шкала DSM-V позволяет оценить частоту и интенсивность выявления индивидуальных симптомов расстройства, а также степень их влияния на социальную активность пациента. По результатам у больного присутствуют симптомы вторжения - 4/5, симптомы избегания - 1/2, когнитивные нарушения - 4/7, гиперактивации - 3/6, у пациента отмечается выраженный дистресс: нарушение в социальном функционировании и профессиональной деятельности. По шкале SCL-90-R доминирующими симптомами являются - соматизация, депрессия и навязчивость.