

**Міністерство освіти і науки України**  
**Харківський національний медичний університет**  
**Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології**



**АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ НЕЙРОНАУК**

**ЗБІРНИК ТЕЗ**

**Всеукраїнської конференції молодих вчених та студентів**

**Харків, 2017**

УДК 616.89

**A43 Актуальні питання нейронаук:** Збірник тез Всеукраїнської конференції молодих вчених та студентів (Харків 26 квітня 2017 р.) / Міністерство освіти і науки України, Харківський національний медичний університет – Харків: – 2017. – 95 с.

***За редакцією професора В.М. ЛІСОВОГО***

Відповідальний за випуск професор Г.М. Кожина

Друкується за рішенням вченої ради Харківського національного медичного університету (протокол № 3 від 23 березня 2017 р.)

*Відповідальність за якість та достовірність матеріалів несуть автори публікацій.*

**Сушецкая Д.А., Затолока Д.А.**  
**ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО:  
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ И ТЕЧЕНИЯ**  
**Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии,  
Харьковский национальный медицинский университет,  
г. Харьков, Украина**

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

На протяжении последних нескольких лет, в связи с неблагоприятной политической и экономической ситуацией, а также активными военными действиями на юго-востоке страны, в Украине отмечается резкое ухудшение уровня психического здоровья населения. Длительный стресс, связанный с большим количеством экстремальных ситуаций, страх смерти и потери близких, элементы агрессии и насилия – все это провоцирует развитие 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 поэтапная 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 Военно-медицинском клиническом центре 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.