

Нагноившиеся кисты после санации дренировались без капитонажа. Различные послеоперационные осложнения наблюдались у 14 (13,5 %) больных: желчеистечение по дренажу у 6 (42,8 %), пневмонии у 5 (35,7 %); осложнения со стороны послеоперационной раны (инфильтраты, серомы, гематомы, нагноение) у 3 (21,4 %). У 1 (0,9 %) больного выполнена релапаротомия, причиной которой явился разлитой желчный перитонит, вследствие вытекания желчи из функционирующего желчного свища в стенке кисты в свободную брюшную полость в результате негерметично ушитой капсулы кисты. Послеоперационная летальность составила 1,8 % (2). Причины летальных исходов: 1 — полиорганная недостаточность на фоне желчного перитонита; 1 — тромбоэмболия легочной артерии.

#### **Выводы**

Таким образом, хирургический метод лечения эхинококкоза печени является на сегодня наиболее эффективным с точки зрения радикальности лечения и прогнозируемости результатов. Диагноз эхинококкоза печени должен быть подтвержден УЗИ и МСКТ печени. Для интерпретации данных УЗИ целесообразно использовать классификацию ВОЗ (2003). При прорыве кисты в билиарные пути первым этапом должна выполняться РПХГ с ЭПСТ и санацией билиарного дерева. Частота послеоперационных осложнений составила 13,5 %, послеоперационная летальность — 1,8 %.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. *Ветшев, П. С.* Эхинококкоз: современный взгляд на состояние проблемы / П. С. Ветшев, Г. Х. Мусаев // *Анналы хирургической гепатологии.* — 2006. — Т. 11, № 1. — С. 111–117.
2. *Назыров, Ф. Г.* Спорные вопросы причины повторных операций при эхинококкозе / Ф. Г. Назыров, А. В. Девятов, У. М. Махмудов // *Анналы хирургической гепатологии.* — 2007. — № 1. — С. 29–35.
3. *Хаджибаев, А. М.* Диагностика и лечение эхинококкоза печени, осложненного прорывом в желчные пути / А. М. Хаджибаев, Х. Э. Анваров, М. А. Хашимов // *Вестник экстренной медицины.* — 2010. — № 4. — С. 15–18.

**УДК 159.946:616-001**

### **ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО: ЭТИОЛОГИЯ, СИМПТОМАТИКА**

*Мельник О. С.*

**Научный руководитель: к.п.н., доцент Ж. И. Трафимчик**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Впервые медицинский термин посттравматическое стрессовое расстройство (далее ПТСР) стал достоянием общественности после войны во Вьетнаме в 1965–1975 гг., когда участвующие в ней военные, вернувшись домой, не смогли освоиться в мирном социуме, и постоянно пребывали в состоянии тяжелого стресса [1].

Посттравматический синдром как последствие тяжелой психической травмы не столько физическое, сколько психическое состояние, которое требует не только медикаментозного, но и психотерапевтического лечения. Психология посттравматического стресса сейчас является актуальным направлением в медицине и психологии, ее изучению посвящены научные труды, статьи, семинары и тренинги [3].

#### **Цель**

Изучить причины, вызывающие посттравматическое стрессовое расстройство, а также симптомы и лечение ПТСР.

#### **Материал и методы исследования**

Теоретический анализ, обобщение, интерпретация литературных источников по проблеме исследования.

По существующей международной классификации заболеваний десятого пересмотра (МКБ-10), *посттравматическое стрессовое расстройство* представляет собой тяжелую

форму психического состояния, которое развивается при одновременных или постоянно повторяющихся психотравмирующих ситуациях, угрожающих жизни человека или жизни других людей, родных и близких [1].

Травматические ситуации, которые могут вызвать посттравматическое стрессовое расстройство [4]:

- переживание личной катастрофы, вызванной смертью близкого человека;
- насилие в семье над ребенком или женщиной;
- сексуальное насилие;
- вовлеченность в военные действия, связанные с риском для жизни, террористические акции;
- катастрофические ситуации, аварии, которые могли привести к летальному исходу;
- тяжелое физическое увечье, физическая травма.

**ПТСР характеризуется определенными клиническими признаками, в которые входят такие симптомы как [2]:**

- частые и регулярные обострения клинической психопатологии, когда пациент переживает одну и ту же ситуацию, вызвавшую его травму, ранее;
- желание избегать ситуации, которая хоть чем-то похожа, или напоминает о пережитой травме;
- явления амнезии — как защитной реакции психики больного, которая характеризуется выпадением из памяти события, ситуации, вызвавшей травму;
- высокий уровень тревожности, который длится больше 1–3-х месяцев после травмирующей ситуации;
- частые приступы обострения, в момент с так называемыми — «спусковыми крючками» или триггерами тревоги, которые на сознательном и подсознательном уровне напоминают человеку о пережитом в прошлом, и создают условия «проигрывания» ситуации. Это могут быть как слуховые, так и визуальные раздражители — выстрел, плач, запах, скрип тормозов, гул двигателя, шум грозы, определенная мелодия и т. п.

#### **Основные методы лечения посттравматического стрессового расстройства**

Осознав, всю серьезность проблемы, в которой находится человек, если и не он сам, то его родные должны обратиться к специалисту, который помог бы в ее решении. При обнаружении ПТСР и установке окончательного диагноза, используется комплексное как психологическое, так и медикаментозное лечение, в зависимости от тяжести заболевания, а через какое-то время — психотерапевтическое. Такая терапия снижает весь спектр клинических симптомов расстройства. Включает в себя методы психотерапии и методики самовнушения, гипноз, релаксацию, арт-терапию [1].

При терапевтическом лечении ПТСР применяют — антидепрессанты, транквилизаторы, нейролептики, и в отдельных, более сложных случаях, — психостимуляторы и антиконвульсанты [1].

#### **Выводы**

Посттравматическое стрессовое расстройство нельзя назвать заболеванием. ПТСР — это синдром, который появляется по разным причинам, и эти причины обусловлены природой происшедшего события, характеристиками травмированной личности и качеством окружения, влияющего на процесс выздоровления [2].

Человеческая психика способна перенести множество нагрузок, это заложено в ней. Личность может приспособливаться, адаптироваться к изменениям в своей жизни или в окружающей среде, но резкие перепады, травмы, тяжелые переживания, могут вести к устойчивой стрессовой ситуации, которая со временем перерастает в синдром [3].

Важно понимать, что, несмотря на свою болезненность, симптомы могут вносить позитивные изменения в область социальных ролей индивида. Некоторые люди имеют положительную адаптацию к травме, используя опыт ее переживания как источник мотивации. Для других работа становится методом разрушения и средством ухода от прошлого.

Хотя их карьеры могут быть очень успешными, этот успех часто достигается за счет разрушения семьи или межличностных связей. Так эти люди становятся калеками из-за навязчивости прошлого и своей неспособности концентрироваться на настоящем [2].

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Ениколопов, С. Н. Психотерапия при психотравматических стрессовых расстройствах / С. Н. Ениколопов // Российский психиатрический журнал. — 1998. — № 3. — С. 50–56.
2. Травма: Пункты: сборник статей / под ред. С. Ушакина, Е. Трубиной. — М.: Новое литературное обозрение, 2009. — 936 с.
3. Взаимосвязь типа привязанности и признаков посттравматического стресса / Е. С. Калмыкова [и др.] // Психологический журнал. — 2002. — Т. 24, № 6. — С. 89–97.
4. Ахмедова, Х. Б. Посттравматические личностные изменения у гражданских лиц, переживших угрозу жизни / Х. Б. Ахмедова // Вопросы психологии. — 2004. — № 3. — С. 93–102.

УДК 316.346.2-055.1-055.2

## ПРОБЛЕМЫ ГЕНДЕРНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ В РАКУРСЕ СОВРЕМЕННОСТИ

*Мельник О. С.*

Научный руководитель: к.п.н., доцент *Ж. И. Трафимчик*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

### *Введение*

Не просто быть мужчиной или женщиной, мальчиком или девочкой, но и вести себя соответствующе, одеваться, иметь определенные ценности, привычки, манеры — все это определяет гендерную идентичность. А она, в свою очередь, возникает на основе воспитания, в процессе социализации, общения с окружающим миром. Нельзя сказать, что гендерную идентичность можно увидеть, потрогать и тому подобное — она, как сознание, мысли, одним словом, существует в каждом из нас [1].

### *Цель*

Изучить проблему гендерной идентичности.

### *Материал и методы исследования*

Теоретический анализ, обобщение, интерпретация литературных источников по проблеме исследования.

**Гендерная идентичность** — внутреннее самоощущение человека как представителя того или иного гендера, то есть как мужчины, женщины или представителя другой категории [1].

В структуре гендерной идентичности можно выделить следующие компоненты [4]:

- *когнитивный* (познавательный) — осознание принадлежности к определенному полу и описание себя с использованием категорий мужественности/женственности;
- *аффективный* (оценочный) — оценка психологических черт и особенностей ролевого поведения на основе их соотнесения с эталонными моделями маскулинности/фемининности;
- *конативный* (поведенческий) — самопрезентация себя как представителя гендерной группы, а также способы разрешения кризисов идентичности на основе выборов вариантов поведения в соответствии с лично значимыми целями и ценностями.

### **Типы гендерной идентичности [4]:**

- *недифференцированный* — плохо выражены мужские и женские черты;
- *маскулинный* — преобладают мужские черты (агрессивность, напористость, независимость);
- *феминный* — доминирует женственность, стремление проявлять ласку к окружающему миру, желание быть хранительницей домашнего очага;
- *андрогинный* — наблюдается баланс мужских и женских черт.