

МЕДИЧНИЙ

ФОРУМ

14(14) 2018



К. Бернар,

КЛОД БЕРНАР

Наукове періодичне видання

МЕДИЧНИЙ ФОРУМ

Науковий журнал

#14(14) 2018

Львів
2018

Наукове періодичне видання
Медичний форум

Науковий журнал

14(14) 2018

Редактор, коректор - Римарчук Л.Г.
Верстка-дизайн - Калабухова С.Ю.

Відповідальність за підбір, точність наведених на сторінках журналу фактів, цитат статистичних даних, дат, прізвищ, географічних назв та інших відомостей, а також за розголошення даних, які не підлягають відкритій публікації, несуть автори опублікованих матеріалів. Редакція не завжди поділяє позицію авторів публікацій. Матеріали публікуються в авторській редакції. Передрукування матеріалів, опублікованих в журналі дозволено тільки зі згоди автора та видавця. Будь-яке використання - з обов'язковим посиланням на журнал.

Свідоцтво про державну реєстрацію: КВ № 20513-10313Р від 20 грудня 2013 р.
Засновник журналу: «Львівська медична спільнота»

Видавник: «Львівська медична спільнота»
79000, м. Львів, а/с 6153
www.medicinelviv.org.ua
E-mail: journal@medicinelviv.org.ua
Телефон: +38 099 415 06 39

© «Львівська медична спільнота», 2018 ©
Автори наукових статей, 2018 ©
Оформлення Яковенко С.А., 2018

Бєлікова М.В., Гончаренко О.Ю. ВПЛИВ ФІЗИЧНОГО НАВАНТАЖЕННЯ НА ПОКАЗНИКИ ІМУНІТЕТУ СПОРТСМЕНІВ ВИСОКОЇ КВАЛІФІКАЦІЇ.....	5
Бігуняк Т.В., Сверстюк А.С., Бігуняк К.О. ДЕЯКІ АСПЕКТИ ВИКОРИСТАННЯ ІМУНОСЕНСОРІВ У МЕДИЦИНІ.....	8
Бугаевский К.А. ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ДИНАМИКИ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА И ПОЛОВОГО СОЗРЕВАНИЯ У СПОРТСМЕНОВ-ГРЕБЦОВ	12
Гречківська Н.В. ОЦІНКА ПРОФЕСІЙНОЇ ЗАХВОРЮВАНOSTI ПРАЦЮЮЧОГО НАСЕЛЕННЯ М. КИЄВА.....	15
Грїшина О.І., Бабінець О.М., Менкус О.В. ВПЛИВ ТРИВАЛОГО ПРИЙОМУ ВІТАМІНУ D3 НА ІМУННИЙ СТАТУС ПОХИЛИХ ПАЦІЄНТІВ.....	18
Ємельянова Н.Ю. ДИНАМІКА ЗМІН ПОКАЗНИКІВ РОТОВОЇ РІДИНИ ТА ЕПІТЕЛІОЦИТІВ ЯСЕН У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ.....	21
Зигало Е.В., Пролом Н.В., Бабій О.М., Руденко А.Л., Бандурист О.В. ОСОБЛИВОСТІ СТАНУ РЕГУЛЯТОРНИХ МЕХАНІЗМІВ ХВОРИХ ІЗ СФІНКТЕРНИМИ ПОРУШЕННЯМИ ЕЗОФАГОАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ	25
Ждан В.М., Катеренчук О.І., Шидкіна Л.М. ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД УЧАСНИКІВ ВІЙСЬКОВИХ КОНФЛІКТІВ: ЛІТЕРАТУРНА КЛАСИКА ТА СЬОГОДЕННЯ	29
Корнійко П.І., Павлова В.М., Кузік Л.О., Омеліч А.С., Друшляк В.В., Лаптева Л.В., Гуденко Т.А., Пашенко О.В., Манюхіна Н.В., Затоковенко Л.І. ХАРАКТЕРИСТИКА ПОВІТРЯ ЗАКРИТИХ ПРИМІЩЕНЬ І РОБОЧОЇ ЗОНИ ПО СОЦІАЛЬНО-ГІГІЄНИЧНОМУ МОНІТОРИНГУ НА ПІДПРИЄМСТВАХ ЗАЛІЗНИЧНОГО ТРАНСПОРТУ КУП'ЯНСЬКОЇ ЛІНІЙНОЇ ДІЛЬНИЦІ РЕГІОНАЛЬНОЇ ФІЛІЇ «ПІВДЕННА ЗАЛІЗНИЦЯ» ПАТ «УКРЗАЛІЗНИЦЯ» ЗА 2015-2017 РОКИ	33
Корнійко П.І., Павлова В.М., Кузік Л.О., Омеліч А.С., Друшляк В.В., Железняк А.Л., Місько Н.В., Гучок О.С. ДОСВІД РОБОТИ ВІДДІЛЕННЯ ПРОФІЛАКТИЧНОЇ ДЕЗІНФЕКЦІЇ КУП'ЯНСЬКОГО ЛІНІЙНОГО ЛАБОРАТОРНОГО ВІДДІЛУ ХАРКІВСЬКОГО ВІДОКРЕМЛЕНОГО ПІДРОЗДІЛУ ДУ «ЛАБОРАТОРНИЙ ЦЕНТР НА ЗАЛІЗНИЧНОМУ ТРАНСПОРТІ МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ» З ДЕРАТИЗАЦІЇ	36
Кошля В.І., Склярова Н.П., Піскун А.В., Кошля О.В. ПОКАЗНИКИ СУДИННИХ ФАКТОРІВ РОСТУ ТА НІТРОГЕНУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ СЕРЦЕВУ НЕДОСТАТНІСТЬ ПІД ВПЛИВОМ ЛІКУВАННЯ РАМШРИЛОМ ТА СПІРОКТОНОМ.....	38
Крїштафор А.А. НАПРЯМКИ ФАРМАКОЛОГІЧНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ І КОРЕКЦІЇ КОГНІТИВНИХ РОЗЛАДІВ, ОБУМОВЛЕНИХ БОЙОВОЮ ТРАВМОЮ	41
Лисюк Р.М., Михайловська В.В., Бурбан А.-В.В. ПОШУК ПЕРСПЕКТИВНИХ РОСЛИННИХ СУБСТАНЦІЙ Ж КОМПОНЕНТІВ ЗБОРУ ПРОСТАТОПРОТЕКТОРНОЇ ДІЇ	44

Ждан В.М.,
доктор медичних наук, професор, професор кафедри сімейної медицини і терапії ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»

Катеренчук О.І.,
кандидат медичних наук, асистент кафедри сімейної медицини і терапії ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»

Шилкіна Л.М.,
кандидат медичних наук, доцент кафедри сімейної медицини і терапії ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»

ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД УЧАСНИКІВ ВІЙСЬКОВИХ КОНФЛІКТІВ: ЛІТЕРАТУРНА КЛАСИКА ТА СЬОГОДЕННЯ

В статті розглянуто сучасні підходи до діагностики та надання допомоги при посттравматичному стресовому розладі на тлі порівняння з описом симптомів, особливостей перебігу та лікування даного стану на сторінках художнього твору "Місис Деллоуей" класика британської літератури Вірджинії Вулф.

Ключові слова: посттравматичний стресовий розлад, літературний опис, психотерапія, психофармакотерапія, реабілітація.

В статье рассмотрены современные подходы к диагностике и оказанию помощи при посттравматическом стрессовом расстройстве на фоне сравнения с описанием симптомов, особенностей течения и лечения данного состояния на страницах художественного произведения "Миссис Дэллоуэй" классика британской литературы Вирджинии Вулф.

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство, литературное описание, психотерапия, психофармакотерапия, реабилитация.

The article shows modern approaches in diagnostic and management of post-traumatic stress disorder in comparison with the description of symptoms, features of the disease course and treatment options described on the pages of "Mrs. Dalloway" by Virginia Woolf, classics of British literature.

Keywords: post-traumatic stress disorder, literary description, psychotherapy, psycho-pharmacotherapy, rehabilitation.

Військові конфлікти є невідминними супутниками та творцями світової історії. В новітній добі в різних ділянках земної кулі продовжують виникати нові гарячі точки, активно ведуться бойові дії, що призводять до фізичної та психологічної травмизації військових та цивільних осіб.

В умовах сьогодення існує гостра необхідність своєчасного надання якісної медичної допомоги постраждалим з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР). Протягом ХХ століття, наповненого глобальними світовими конфліктами, двома світовими війнами та безпосередніми військовими зіткненнями наддержав, стало приділятися багато уваги вивченню і розробці заходів психологічної реабілітації постраждалих, що є складовою підтримання економіко-соціальної стабільності суспільства.

З початку бойових дій на території українського Донбасу кількість військових та цивільних осіб, що пережили тяжкий стрес, вираховується десятками тисяч. В науковому середовищі, на республіканських та регіональних конференціях, в публікаціях у фахових виданнях, на семінарах та круглих столах постійно підіймається проблема психологічної, медичної та соціальної реабілітації постраждалих у зоні АТО. Також, активно залучається громадськість та соціальні служби, що мають на меті полегшити повернення постраждалих з ПТСР до звичної трудової, побутової та інших видів діяльності.

Два роки тому, в лютому 2016 році, в Україні було затверджено уніфікований протокол з надання допомоги при посттравматичному стресовому розладі. Практична реалізація положень протоколу на первинній, вторинній та третинній ланках надання медичної допомоги дозволить покращити адаптацію осіб, що пережили жакіття бойових дій та надзвичайних ситуацій [1].

Спершу зупинимось на сучасному визначенні поняття стресових розладів: гострої реакції на стрес (ГРС) та ПТСР. Згідно уніфікованого протоколу ГРС та ПТСР є психічними розладами, що розвиваються у деяких осіб після травматичних подій, таких як природні та техногенні катастрофи, обстріли, бомбардування та інші загрози життю під час війни, сексуальне або фізичне насилля, дорожньо-транспортні пригоди, тортури тощо, які пов'язані з загрозою для власного життя (або іншої людини) або фізичної недоторканності та обумовлені сильним страхом, безпорадністю або жахом. Інші емоційні реакції пацієнтів включають провинув, сором, гнів або емоційне оніміння [1, 3].

Ключовою відмінністю між ГРС та ПТСР є час виникнення і тривалість симптомів. Так, ГРС (код за МКХ-10-F43.0) - тимчасовий розлад, який розвивається у людини без будь-яких інших проявів психічних розладів у відповідь на незвичайний фізичний або психічний стрес і зазвичай стихає через кілька годин або днів; ПТСР (F43.1) визначається

як відстрочена або затяжна реакція на стресогенні події чи ситуацію винятково загрозливого або катастрофічного характеру, які можуть зумовити дистрес майже у будь-кого.

Варто нагадати, що гострий стрес є неспецифічною адаптивною реакцією організму на неочікуваний або інтенсивний стимул, що характеризується відповідним стадійним перебігом та сприятливими наслідками, зумовлюючи підвищення стійкості організму до повторної дії стресогенних чинників. Таким чином, ПТСР є фактично дистресом, що залишив свій відбиток на психологічному стані постраждалого, призводами до порушення його психо-логічних функцій та знижуючи соціальну адаптацію.

Твори світової літератури дозволяють нам зазирнути і проаналізувати медико-історичні аспекти певної доби. Крім того, ніщо не передає усієї глибини душевного стану і переживань так яскраво, як мистецтво та, зокрема, художня література як одна з його форм. Дійсно, в творах низки авторів (Р. Ролдан, Дж. Олдрідж, Е. Хемінгуей, Е. М. Ремарк) можна знайти не лише детальні описи військових подій, але й опис душевних ран, що зазнали їх учасники та свідки.

В даному огляді ми хотіли б зупинитись на описі клінічної картини та методів лікування ПТСР, переглядаючи сторінки літературного твору "Місіс Деллоуей" британської письменниці Вірджинії Вулф [8]. Цитати з твору наведено надалі в лапках у власному перекладі. Авторську пунктуацію збережено.

Вірджинія Вулф (25 січня 1882 - 28 березня 1941) - всесвітньо відома письменниця і літературний критик [5]. Водночас, її твори залишаються маловідомими в Україні, більшість з книг досі не перекладені українською мовою. Найвизначнішим твором (magnum opus) В. Вулф вважається саме "Місіс Деллоуей", однією з сюжетних ліній якої є історія Септімуса, вояка, що пройшов жахіття Першої світової війни, взявши участь в бойових діях на території Італії. Його подруга, Реція, будучи свідком прогресуючих тяжких симптомів ПТСР, намагається допомогти Септімусу, звертаючись за медичною допомогою до місцевого знаного лікаря - доктора Доума. Однак, лікувальні заходи не рятують Септімуса від скоєння суїциду.

В цілому, в наш час виділяють 4 групи симптомів, характерних для ПТСР:

1. Повторне переживання.

"Отже, прощення немає; з ним абсолютно нічого серйозного, лише гріх, за який людська сутність його осудила на смерть: він нічого не відчуває. Він не пожалів про вбитого Еванса, це гірше за все; але і інші огидливі провини глумливо, гнівливо трясли головами біля підніжжя ліжка в світанковій годині і кивали на розпростерте тіло, що страждало від усвідомлення ганьби і неоправданості скоєного".

Повторне переживання нерідко проявляється у формі нав'язливих тривожних спогадів про травмуючу подію; кошмарів; інтенсивних психологічних страждань або соматичних реакцій, таких як пітливість, прискорене серцебиття та паніка при нагадуванні про травмуючу подію. *"Септімус став кричати про людську жорстокість, що люди мучать один одного, роздирають на частини полегких, кричав, роздирають на частини".*

2. Уникнення. В основі цієї групи симптомів намагання постраждалого уникати місць, думок, спогадів, осіб, що так чи інакше пов'язані із психотравмуючою подією.

3. Емоційне заціпеніння.

"Війна скінчилась, уклали мир і закопали мертвих, а його особливо ввечері, часто охоплював нестерпний страх. Він не здатен відчувати. Відчиняючи двері кімнати, де італійки робили шляпки, він бачив їх: він чув їх; вони наточували проволочки серед кольорових бусинок, розкладених на піддонах; вони і так і сяк крутили колєнокор; стіл був за валеній пір'ям, стеклярусом, нитками, стрічками; порхали і клацали ножиці над столом; але чогось не вистачало Септімусу; він нічого не відчував. Але ж сміх дівчат, клацання ножиць, виготовлення капелюшків його зачаровували; він почувався у безпеці, у нього був прихисток. Але не міг же він тут лишатись на всю ніч. Він прокидався рано вранці. Ліжко кудись провалювалось; сам він провалювався".

Емоційне заціпеніння полягає в обмеженні емоцій; втраті інтересу до звичайної діяльності; почутті відстороненості від інших.

"Навіть смачні речі (Реція обожнювала шоколад, морозиво, цукерки) не приносили йому задоволення. Він ставив чашечку на мармуровий столик. Дивився в вікно на перехожих; вони товклися на бруківці, кричали, сміялися, легко сварилися - їм було весело. А він нічого не відчував. У кафе, серед столиків і балаканини офіціантів його охоплював згудливий страх: він не здатний відчувати. Мислити він міг — читати, наприклад, Данте - абсолютно вільно ("Септімус, та залиш ж ти свою книжку", — говорила Реція, ласкаво закриваючи "Inferno"); він умів перевіряти рахунки; мозок працював справно, — значить, в світі є щось таке, раз він не здатний відчувати".

Саме опису симптомів емоційної інертності В. Вулф приділяє найбільше уваги. Цілком імовірно, що ця група симптомів ПТСР була найпоширенішою в її часи. З іншого боку, відомо, що сама автор страждала на тяжку депресію, обумовлену складними життєвими обставинами і тому яскравий та детальний опис симптомів емоційного заціпеніння є якоюсь мірою відбиток її особистих переживань.

4. Надмірне збудження.

"І ще у нього видіння. Ніби він потонує, ілежить на скелі, і чайки плачуть над ним. І заглядає під диван-в море. Багато разів він музику чув... Іще іноді він лежить, і вслухається, і раптом починає кричати, що він падає, падає, падає у вогонь! Вона навіть перевіряла, чи немає вогню, так він кричав. Але ніякого вогню. Нічого. І вона пояснювала йому, що це йому наснилося, і він під кінець заспокоювався. Але її і самій іноді навіть робилося моторошно..."

Характерними симптомами даної групи є: безсоння, дратівливість, труднощі з концентрацією уваги, надмірна настороженість, надмірний старг-рефлекс.

Тяжкі психологічні порушення при ПТСР нерідко виступають передумовою до здійснення суїцидів. Станом на лютий 2018 року в Антитерористичній операції на сході України взяло участь понад 300000 осіб, з яких 518 скоїли самогубства

під час служби. Водночас, вказані дані, отримані з і якщо людина входить до вас в кабінет і заявляє, що Реєстру досудових розслідувань, не враховують вона Христос (поширеняманія) і його відвідало кількість жертв суїциду, здійснених військовос- одкровення (майже всіх відвідує), і погрожує (вони лужбовцями в цивільному житті після повернення з вічно погрожують) накласти на себе рухи, ви по- кличете на допомогу відчуття пропорції; накаже- те "гарячої точки", а також мирних жителів із зони відпочинку в ліжку; Відпочинок насамоті; від- починок і бойових дій [2].

"Все на світі горлало: "Убий себе, убий себе за- тишу; без друзів, без книг, без одкровень; ради нас!" Але з якого дива, питається, себе вби- вати шестимісячний відпочинок; і людина, що важила сорок заради них? їжа смачна, сонце гріє. Та і як за це н'ять кілограмів, виходить із закладу з вагою у взятися? Як себе вб'єш? Столовим ножем? Гидко, ріки вісімдесят крові. Пустити газ? Нема сил, важко навіть руку підняти. До того ж, якщо він вже по- кинутий, засуджений, самотній, як самотні все помираючи, в його відокремленості—розкіш, величі свобода, якої не знають всі інші".

В жодному разі не можна применшувати зна- чення Ініціація терапії антидепресантами має здій- надання медичної, психологічної та соці- альної сноватись якщо: а) пацієнт не бажає браги участь у психотерапії та або ж брали безпосередню участь у бойових психокорекції, сфокусованих на травми; зіткненнях.

На сьогоднішній день основними методами лі- починати психотерапію та психокорекцію, сфокусовану кування постраждалих з ПТСР є психотерапія та на травми (в результаті, наприклад, схильності до фармакотерапія. суїцидальної поведінки) або важкого тривалого

Методи психотерапії, зокрема, сфокусована на побутового стресу (наприклад, побутове насильство); травми когнітивно-поведінкова терапія (ТФ-КПТ) та в) пацієнт не отримав достатньо хороших ре- десенсибілізація і переробка рухом очей (ДПРС) зультатів від психотерапії та психокорекції, сфоку- довели свою ефективність та безпечність. Доказова сованих на травми; база використання психотерапії є значно перекон- ливою, в порівнянні з фармакотерапією.

ТФ-КПТ базується на усвідомленні того, що в основі розвитку ПТСР лежить спотворене сприй- няття психотравмуючих подій, а також неадекват- ні дії у відповідь на існуючі проблеми. Саме тому, психотерапевтичний вплив полягає в критичному переосмисленні свого ставлення до дійсності з по- дальшою корекцією поведінки. Іншими словами, завдяки допомозі психотерапевта пацієнт починає ставитись до реальних подій таким чином, що це сприяє покращенню емоційного стану, вирішенню міжособистісних проблем, покращенню якості жит- тя.

В здійсненні ТФ-КПТ перевага надається групо- вим сеансам терапії над індивідуальними [4, 6].

"Але навіть і Доуму не добратися до цих останків на краю світу, до вигнання, який озира- єтьс з тугою на порожню землю, до потонулого матраса, викинутого на берег світу".

В основі методу ДПРС, запропонованому Ф. Шапіро, лежить психоадаптивний механізм при- скореного опрацювання Інформації, в тому числі емоційної, пов'язаної зі стресами та виживанням. В нормі, ці процеси відбуваються під час сну у фазі прискореного руху очних яблук. Метою психотера- певтичного впливу є блокування ендогенної системи швидкого опрацювання інформації, що призводить до психологічного "заморожування" та "ізоляції" психотравмуючої ситуації в нейронних мережах [7].

В творі "Місіс Деллоуей" доктор Доум керувався іншими принципами лікування пацієнтів з ПТСР, на- магаючись привнести в їх життя відчуття "пропорції".

"Він приділяв пацієнтам по три чверті годи- ни; а якщо в цій вимогливою науці, що має справу з тим, про що нам нічого, по суті, невідомо, — з нер- вовою системою, людським мозкам, — лікар втра- чає почуття пропорцій, він перестає бути лікарем. Здоров'я - перш за все; здоров'я же і є пропорцією;

Що стосується фармакотерапії, згідно нинішніх уявлень вона не повинна розглядатись першочерго- вим заходом терапії ПТСР.

Ініціація терапії антидепресантами має здій- снюватись якщо:

а) пацієнт не бажає браги участь у психотерапії та

б) пацієнт недостатньо стабільний для того, щоб

в) пацієнт не отримав достатньо хороших ре-

г) пацієнт відчуває велику кількість психологіч- них симптомів, які можуть значно посилитися про- тязгом психотерапії та психокорекції, сфокусованих на травми.

Обравши тактику фармакотерапії ПТСР, необ- хідно, перш за все, визначити який засіб анти- депресантної дії варто призначити. Такий вибір є строго індивідуальним, повинен враховувати пси- хологічний стан хворого, наявність супутньої пато- логії, його схильність до зазначеної терапії, а також вартість препарату. Кожного пацієнта необхідно інформувати про прогнозовані строки настання по- зитивної терапевтичної дії від прийому препарату, імовірність звикання до фармакологічного засобу, можливі побічні ефекти та обговорити ситуації, за яких пацієнт повинен звернутись до лікаря негайно.

З наявних на сьогоднішній день різних груп антидепресантів, перевага надається селективним інгібіторам зворотнього захоплення серотоніну (СІЗСС), які визначено як засоби першого ряду. Найбільшу доказову базу мають сергралін та пароксетин. Зазначені засоби можуть використовуватись як короткими курсами, так, за необхідності, і довго- тривало. За наявності у пацієнта ознак тривожності, прискореного серцевого ритму та м'язового тремору доречним є додавання до СІЗСС пропранслолу - не- селективного блокатора бета-адренорецепторів в дозі 20-40 мг тричі на добу внутрішньо.

При наявності розладів сну, терапія може здій- снюватись шляхом використання снодійних не- бензидіазепінових засобів (зопіклон, зал підем) ко- ротким курсом або ж антидепресантів при потребі в довготривалій терапії.

З кожним пацієнтом необхідно скласти план по- дальших візитів, для контролю якості психотера- певтичних та фармакологічних методів лікування, оптимально — не рідше 1 візиту на 2 тижні. Лікуван- ня антидепресантами повинно тривати щонаймен- ше півроку при хорошій динаміці стану пацієнта.

Таким чином, надання медичної допомоги постраждалим з симптомами ПТСР є складною задачею, що зазвичай потребує командної роботи лікаря первинної ланки, психотерапевта та соціального працівника. За останнє сторіччя клінічна

симптоматика ПТСР не зазнала істотних змін. Поєднання сучасних можливостей психокорекції з медикаментозним лікуванням, дозволяє в наш час досягати задовільних результатів, в тому числі рятуючи життя.

Література

1. Наказ МОЗ України від 23.02.2016 № 121 "Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при посттравматичному стресовому розладі". Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад/ Електронний ресурс: http://mtd.dec.gov.ua/images/dodaki/2016_121_PTSR/2016_121_YKPMO_PTSR.pdf.
2. Магазова А. Суїциди серед військових та ветеранів АТО: що відомо? / А. Магазова // Deutsche Welle [Електронний ресурс]: <http://WNIN.dw.com/uk/суїциди-серед-військових-та-ветеранів-ато-що-відомо/a-43548220>.
3. Цихоня В. С. Пам'ятка про посттравматичний стресовий розлад / В. С. Цихоня // Ліки України. - 2016. - № 7-В (203-204). - С. 37-39.
4. Чабан О. С. Психотерапія при ПТСР повинна бути направлена на створення нової когнітивної моделі життєдіяльності // Нейро News: психоневрологія і нейропсихіатрія. - 2010. - № 2 (21). - С. 5-8.
5. Berman J. A Companion to Virginia Woolf. / Berman J., 2016. - 518 p.
6. Nilamadhab Kar. Cognitive behavioral therapy for the treatment of post-traumatic stress disorder: a review / Kar Nilamadhab // Neuropsychiatr. Dis. Treat. - 2011. - № 7. - P. 167-181.
7. Shapiro F. Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories / F. Shapiro // Journal of Traumatic Stress / - 1989. - № 2. - P. 199-223.
8. Woolf V. Mrs. Dalloway / V. Woolf // [Електронний ресурс]: <https://ebooks.adelaide.edu.au/w/woolf/virginia/w91md/>.

Наукове періодичне видання
Медицинний форум
Науковий журнал

#14(14)2018

Підписано до друку 24.07.2018 р. Формат 70x108/16.
Папір офсетний. Цифровий друк. Ум.-друк. арк. 12,09. .
Тираж 100 прим.

Видавець: «Львівська медична спільнота»
79000, м. Львів, а/с 6153

www.medicinelviv.org.ua

E-mail: journal@medicinelviv.org.ua

Телефон: +38 099 415 06 39