

УДК: 616.681-053.7:576.2

DOI: 10.24061/2413-4260.XIII.3.49.2023.9

**О. М. Горбатюк¹, М. Ю. Веселий¹,
Є. В. Зброжик²**

Національний університет охорони здоров'я України
імені П. Л. Шупика¹,
ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені
академіка О. М. Лук'янової НАМН України»²
(м. Київ, Україна)

ОЦІНКА ПСИХОЛОГІЧНОГО СТАНУ ПАЦІЄНТІВ ДИТЯЧОГО ВІКУ З ПЕРЕКРУТОМ ЯЄЧКА ТА ПСИХОЛОГІЧНА КОРЕКЦІЯ ЙОГО ПОРУШЕНЬ

Резюме

Проблема об'єктивної оцінки стану пацієнта з перекрутом яєчка, який поступив в ургентну клініку, стає все більш актуальною.

Мета роботи – оцінка ступеня та динаміки психологічного стану пацієнтів дитячого віку з перекрутом яєчка та психологічна корекція виявлених порушень.

Матеріал та методи дослідження. У дослідженні психологічного стану брали участь 27 дітей віком 11-16 років, що перенесли хірургічне втручання з приводу перекруту яєчка та мали психолого-неврологічні порушення з приводу патології та можливих наслідків. Психологічний стан дітей оцінювався шляхом аналізу отриманих при анкетуванні даних. Анкетування було проведено при виписці хворого зі стаціонару та через 1 місяць після операції на тлі проведення психологічної корекції виявлених порушень. Опитувальник діагностує сформований під впливом хвороби патерн відносин до самої хвороби, до її лікування, лікарям і медперсоналу, рідним і близьким, оточуючим, роботі (навчання), самотності і майбутнього, а також до своїх вітальних функцій (самопочуття, настрої, сон, апетит). Анкета, що модифікована до особистісного опитувальника Бехтеревського інституту, має 7 розділів та 7 тверджень, що відображають думку пацієнта з патологією яєчка.

Дослідження схвалено Біоетичною комісією обох закладів, що приймали участь в його проведенні.

При проведенні статистичної обробки отриманих даних із-за малої виборки цифрові дані надані в абсолютних величинах (n) та процентному співвідношенні (%).

Робота виконана в межах НДР «Розробка нових методів лікування та їх оцінка при вродженій та набутій хірургічній патології у дітей» (державний реєстраційний номер 0118U003564).

Результати дослідження. Після аналізу отриманих при анкетуванні даних серед досліджуваної групи дітей були виявлені 4 типи відношень: тривожний (n – 10; 37,05 %), obsесивно-фобічний (n – 9; 33,33 %), неврастеничний (n – 4; 14,81 %) та меланхолійний (n – 4; 14,81 %). Основою відновного післяопераційного лікування та реабілітаційних заходів у дітей з патологією яєчка має бути раціональна психотерапія, що направлена на роз'яснення особливостей післяопераційного періоду, послаблення нав'язливих сумнівів з приводу власної неповноцінності та підвищення медико-соціальної адаптації. Після хірургічного втручання, протягом першого місяця післяопераційного періоду, на тлі проведення психологічної корекції, невротичні зміни психіки пройшли у всіх дітей.

Висновки. 1. Вплив перекруту яєчка на психологічний стан пацієнтів дитячого віку є значним, що має стати важливим чинником у виборі лікувальної тактики. 2. Психологічний стан дитини з перекрутом яєчка значною мірою впливає на перебіг післяопераційного періоду та процес видужання. 3. Своєчасне ефективне хірургічне втручання з приводу патології яєчка у дітей усуває не тільки низку можливих ускладнень, але і вплив патології на психологічний стан пацієнта. 4. Мультидисциплінарна допомога при перекруті яєчка має відповідати всім принципам пацієнт-орієнтованої моделі та зосереджуватись на індивідуальних потребах пацієнта, особливостях клінічних підходів та факторів ризику. Цей підхід також включає урахування життєвих обставин, залучення пацієнта до прийняття клінічних рішень, надання об'єктивної інформації пацієнту та родині про доступні терапевтичні варіанти, забезпечення медичної та реабілітаційної допомоги.

Ключові слова: перекрут яєчка; діти; психологічні порушення; корекція.

Вступ

Про вплив патології яєчка на психологічний стан пацієнта відомо давно. Ще у 1990 році Zernik H. et al. висловили думку про те, що душевний стан чоловіків досить легко збуджується при будь-яких патологічних станах дітородних органів і може породити думку про чоловіче безсилля [1]. Проблема об'єктивної оцінки стану пацієнта з перекрутом яєчка, який поступив в ургентну клініку, стає все більш актуальною. Сфера застосування систем оцінки стану пацієнта з ургентною хірургічною патологією все більш розширюється і охоплює проблеми діагностики, лікування, прогнозу і спостереження при багатьох захворюваннях, в тому

числі, при ургентній патології статевих органів у дітей та підлітків. У теперішній час запропоновано багато систем оцінки психологічного стану хворого, які досить часто конкурують одна з одною [2, 3, 4, 5].

Пацієнти дитячого віку з перекрутом яєчка складають 10-15 % серед дітей із синдромом набряклої калитки. Більшість авторів виділяють вік 10-16 років у виникненні цієї патології [6, 7]. В останні роки досягнуті значні успіхи у вивченні цього захворювання у дітей, що дозволило переглянути чисельні положення стосовно етіології і патогенезу з урахуванням анатомічних та фізіологічних особливостей дитячого організму у віковому аспекті. Досягнення дитячої хірургії та ане-

стезіології дозволили оптимізувати рекомендації щодо термінів, видів, обсягів хірургічних втручань при перекруті яєчка та ведення пацієнтів у післяопераційному періоді [8, 9, 10, 11]. Проте до сьогоднішнього часу не приділяється достатньо уваги впливу перекруту яєчка у хлопчиків на їх психологічний стан, що є суттєвим прорахунком і важливим напрямом для вивчення. Адже поряд з питаннями хірургічного лікування дітей з перекрутом яєчка у низку важливих питань постала проблема реабілітації цих пацієнтів, основним та майже єдиним заходом якої є протезування втраченого яєчка [12, 13, 14, 15]. Успішне лікування дітей з перекрутом яєчка вимагає наявності фахівців з різних галузей знань. Хвилювання, що часто присутнє у пацієнтів з перекрутом яєчка та у їх батьків, стосується можливої фертильності, тому вірна лікувальна тактика з повноцінною психологічною допомогою має суттєво полегшити стан дитини і зменшити побоювання щодо здоров'я та подальшого життя [16, 17]. Наявність хірургічної патології у підлітків стає додатковим психотравмуючим фактором, який є дуже стресовим для дітей та призводить до зниження самооцінки, викликає фрустрацію, що може проявлятися різноманітними дисфункціональними реакціями. Пацієнти висловлюють стурбованість з приводу свого фізичного стану та страху за своє майбутнє, яке пов'язане з хірургічним втручанням. Ці фактори негативно впливають на активність у пацієнтів дитячого віку з перекрутом яєчка. Така стигматизація може призвести до поведінкових змін, депресії, тривоги та різних неврозоподібних станів. Хворі, які страждають на хірургічну патологію, потребують психологічної допомоги. Метою психологічної корекції у цьому випадку є зміна ставлення хворого до своєї хвороби, до самого себе і до свого оточення. Вона повинна ґрунтуватися насамперед на знанні типів особистості, особливостей, що складаються в процесі хвороби, особистісних відносин, що охоплюють як саму хворобу, так і все, що з нею пов'язано [5].

Врахування порушень психологічного стану пацієнта є необхідністю у хірургічних стаціонарах. В патопсихології у визначенні нормального життя людини дотримуються положення ВООЗ, відповідно до якого під нормою розуміють не тільки відсутність хвороб, але й стан фізичного, соціального і психічного благополуччя [18].

Мета роботи – оцінка ступеня та динаміки психологічного стану пацієнтів дитячого віку з перекрутом яєчка та психологічна корекція виявлених порушень.

Матеріал та методи дослідження. У дослідженні психологічного стану брали участь 27 дітей віком 11-16 років, що перенесли хірургічне втручання з приводу перекруту яєчка та мали психолого-неврологічні порушення з приводу патології та можливих наслідків. У 12 досліджуваних пацієнтів була здійснена орхектомія через тестикулярний некроз на тлі васкулярної обструкції та тестикулярної ішемії. 15 дітей мали післяопераційні ускладнення збереженого яєчка (орхіт, водянку оболонки яєчка, гематоцеле) [19]. Всі пацієнти поступили до хірургічного стаціонару через 8-12 годин від початку захворювання [20].

Психологічний стан дітей оцінювався шляхом аналізу отриманих при анкетуванні даних. Анкетування було проведено при виписці хворого зі стаціонару та через 1 місяць після операції на тлі проведення психологічної корекції виявлених порушень. Анкета була складена відповідно до рекомендацій з психодіагностики дітей та підлітків НПУ імені М. П. Драгоманова та побудована на принципі психології ставлення до самої хвороби, до навчання, майбутнього, оточення тощо [21]. Діагностика типів відносин до хвороби, необхідна для використання диференційованих психокорекційних та реабілітаційних програм, може здійснюватися тим же шляхом, який зазвичай використовується в медичній психології – шляхом розпитування хворого, спостереження за його поведінкою, збирання відомостей від рідних і близьких тощо. Опитувальник діагностує сформований під впливом хвороби патерн відносин до самої хвороби, до її лікування, лікарям і медперсоналу, рідним і близьким, оточуючим, роботі (навчання), самотності і майбутнього, а також до своїх вітальних функцій (самопочуття, настрої, сон, апетит) [22, 23, 24].

Наша анкета, модифікована до особистісного опитувальника Бехтеревського інституту, має 7 розділів та 7 тверджень, що відображають думку пацієнта з патологією яєчка, та виглядає наступним чином.

I. САМОПОЧУТТЯ:

1. З тих пір як я захворів в мене майже завжди погане самопочуття.
2. Дурне самопочуття я стараюсь перебороти.
3. Погане самопочуття я стараюсь не показувати іншим.
4. Я стараюсь терпляче переносити біль і фізичні страждання.
5. Моє самопочуття задовольняє мене.
6. З тих пір як я захворів, у мене буває погане самопочуття з приступами роздратованості і почуттям пригнічення.

0. Жодне з визначень мені не підходить.

II. НАСТРІЙ:

1. Через хворобу я буваю нетерплячим і роздратованим.
2. У мене настрої погіршуються від невпевненості у майбутньому.
3. У мене бувають приступи роздратованості.
4. Через хворобу у мене завжди тривожний настрій.
5. Мій поганий настрій залежить від поганого самопочуття.
6. Мій настрій задовольняє мене.

0. Жодне з визначень мені не підходить.

III. СОН:

1. Якщо мене щось тривожить, я довго не можу заснути.
2. У мене поганий і неспокійний сон і бувають гнітючі сновидіння.
3. Ночами у мене бувають приступи страху.
4. Ночами мене переслідують думки про мою хворобу.
5. З тих пір як я захворів мені сняться різні хвороби.
6. Мій сон задовольняє мене.
0. Жодне з визначень мені не підходить.

IV. СТАВЛЕННЯ ДО ХВОРОБИ:

1. Моя хвороба мене лякає.
2. Мені байдуже що зі мною буде.
3. Без кінця думаю про можливі ускладнення через мою хворобу.
4. Я вважаю, що моя хвороба набагато важча, ніж про це кажуть лікарі.
5. Хвороба мене не непокоїть.
6. Вважаю, що небезпечність моєї хвороби лікарі перебільшують.

0. Жодне з визначень мені не підходить.

V. СТАВЛЕННЯ ДО РІДНИХ ТА БЛИЗЬКИХ:

1. Я стараюсь рідним та близьким не показувати вигляду який я хворий, щоб не пригнічувати їм настрої.
2. Мене охоплюють думки, що через мою хворобу моїх близьких чекають труднощі та негаразди.
3. Я соромлюсь своєї хвороби.
4. Через хворобу я став тягарем для своїх рідних.
5. Здоровий вигляд близьких викликає у мене неприязнь.
6. Я стараюсь не говорити про мою хворобу.

0. Жодне з визначень мені не підходить.

VI. ВІДНОШЕННЯ ДО НАВЧАННЯ:

1. Хвороба робить мене нездатним навчатися.
2. Моє навчання стало для мене зовсім байдужим.
3. Через хворобу мені стало не до навчання.
4. Я стараюсь щоб за місцем навчання не знали і не говорили про мою хворобу.
5. Я вважаю, що не дивлячись на хворобу, потрібно продовжувати навчання.
6. Моє здоров'я не заважає мені навчатися.

0. Жодне з визначень не підходить.

VII. ВІДНОШЕННЯ ДО МАЙБУТНЬОГО:

1. Хвороба робить моє майбутнє сумним.
2. Не вважаю, що хвороба може суттєво відобразитися на моєму майбутньому.
3. Через мою хворобу я в постійній тривозі за своє майбутнє.
4. Мені байдуже що буде зі мною в майбутньому.
5. Своє майбутнє я цілком пов'язую з успіхами в навчанні.

6. Коли я думаю про своє майбутнє, мене охоплює смуток та дратівливість на інших людей.

0. Жодне з визначень не підходить.

Пацієнту необхідно вибрати з кожного розділу не більше 3-х тверджень, що заносяться у поданий реєстраційний бланк. За кожне співпадіння вибраної відповіді з нормативною нараховується один бал за тим чи іншим типом психічного реагування. Якщо у нормативному трафареті відмічена кілька типів на одну відповідь, то бали нараховуються за всіма ними. Висновок про переважаючий тип психічного реагування на захворювання робиться шляхом порівняння отриманих даних досліджуваного з мінімальними діагностичними числами. Діагностуються лише ті типи, які виявляються рівними чи переважаючими відповідне мінімальне діагностичне число.

У відповідях на питання анкети брали участь не тільки прооперовані діти, але і батьки. Беззаперечно, що до уваги треба приймати думку батьків, але вони мають бути проінформовані про природу захворювання, необхідність зробленого хірургічного втручання, його цілі, обсяг, наслідки та перспективи лікування.

При проведенні статистичної обробки отриманих даних із-за малої виборки цифрові дані надані в абсолютних величинах (n) та процентному співвідношенні (%).

Дослідження схвалено Біоетичною комісією обох закладів, що приймали участь в його проведенні.

Робота виконана в межах НДР «Розробка нових методів лікування та їх оцінка при вродженій та набутій хірургічній патології у дітей» (державний реєстраційний номер 0118U003564).

Результати дослідження та їх обговорення. Висновок про переважаючий тип психічного реагування дитини на захворювання робиться на основі порівняння отриманих даних досліджуваного пацієнта з мінімальними діагностичними числами. Діагностуються лише ті типи, які виявляються рівними чи переважаючими відповідне мінімальне діагностичне число.

Відповідно до методики проведеного анкетування досліджуваних пацієнтів інтерпретація результатів при виписці пацієнта зі стаціонару виглядає наступним чином:

Тип реагування на захворювання	Т	М	А	Н	О	С	Я	З	П
Мінімальне діагностичне число	4	3	3	3	4	3	3	5	3

Позначення типів: Т – тривожний, М – меланхолійний, А – апатичний, Н – неврастенічний, О – обсессивно-фобічний, С – сенситивний, Я – егоцентричний, З – анозогнозичний, П – паранояльний.

Після аналізу отриманих при анкетуванні даних серед досліджуваної групи дітей були виявлені 4 типи відношень: тривожний (n – 10; 37,05 %), обсессивно-фобічний (n – 9; 33,33 %), неврастенічний (n – 4; 14,81 %) та меланхолійний (n – 4; 14,81 %).

При тривожному психологічному стані діти відчували неспокій стосовно несприятливого перебігу захворювання, можливих ускладнень, неефективності лікування, зміни настрою, вимагали додаткову інформацію про хворобу та існуючі методи лікування, цікавилися результатами аналізів та висновками суміжних спеціалістів. При афективних розладах настрою основне порушення полягало в зміні настрою, частіше в бік пригнічення, з почуттям тривоги.

1/3 пацієнтів з обсессивно-фобічним типом відношень хвилювались стосовно можливих ускладнень хвороби, невдач лікування, а також можливих невдач в житті та навчанні. Ситуаційна психогенна реакція – пацієнт дізнався, що в нього є небезпечно для здоров'я, продовження професійної діяльності або для життя, захворювання.

• При меланхолійному настрої мала місце невіра в одужання та в ефективність лікування, депресивні висловлювання, песимістичний погляд на все довкола. Астено-іпохондричний синдром – при астенізації з'являється стійке переконання у невилікованості захворювання і безнадійності свого стану. Хворий заглиблюється у свою хворобу, твердо впевнений у тому, що симптоми загрожують його життю.

• *Неврози* при неврастеничному типі відношень – це порушення нервової діяльності та нейровегетативних функцій, що розвиваються переважно в емоційній сфері, під впливом психічних травм або емоційного напруження. Характерні групи клінічної симптоматики: розлади самоконтролю (дискомфорт, головний біль, зниження працездатності, підвищена втомлюваність); емоційні розлади (лабільність настрою, схильність до страхів і побоювань, схильність до депресивних реакцій); розлади ефекторно-вольової сфери (порушення апетиту, недостатній контроль за поведінкою).

Основою відновного післяопераційного лікування та реабілітаційних заходів у дітей з патологією яєчка має бути раціональна психотерапія, що направлена на роз'яснення особливостей післяопераційного періоду, послаблення нав'язливих сумнівів з приводу власної неповноцінності та підвищення медико-соціальної адаптації [25].

Реабілітаційні заходи для психологічної корекції виявлених порушень були проведені у всіх 27 (100 %) пацієнтів. Застосовувались:

1. Раціональна психотерапія – зміна психологічної установки стосовно наявного розладу та корекція помилок у поглядах хворого шляхом раціональних переконань.

2. Індивідуально-орієнтована психотерапія – спрямована на досягнення у хворого усвідомлення причинно-наслідкового зв'язку між його станом та процесом видужання, логічне переконання хворого та навчання пацієнта правильному мисленню, вироблення у хворого адекватного ставлення до хвороби.

3. Підтримуюча психотерапія – відновлення настрою і вироблення впевненості у відсутності серйозних проблем, розуміння зворотності хворобливого стану.

4. Системна сімейна психотерапія полягає у системному підході психологічні проблеми дитини, як симптомом сімейної системи. Основним принципом сімейної психотерапії є те, що порушення взаємостосунків та індивідуальні проблеми членів сім'ї є не персональної провини когось, а результатом порушення взаємосто-

сунків сімейної системи. Сімейна терапія може бути корисна в будь-якій сімейній ситуації, яка викликає стрес, горе, гнів або конфлікт. Це може допомогти дитині та членам сім'ї краще зрозуміти один одного і навчитися справлятися з труднощами разом.

Після хірургічного втручання, протягом першого місяця післяопераційного періоду невротичні зміни психіки пройшли у всіх дітей. Спостереження ілюструють достатньо широкі адаптивні та компенсаторні можливості організму дитини – ступінь клінічних проявів психопатологічних станів прямо пропорційна виду та обсягу хірургічного втручання та його ефективності, адже ситуаційні реакції та психогенні тривожні стани проходять після успішного виликування основного захворювання та вирішення проблеми на тлі проведення психологічної корекції порушень.

Висновки

1. Вплив перекруту яєчка на психологічний стан пацієнтів дитячого віку є значним, що має стати важливим чинником у виборі лікувальної тактики.

2. Психологічний стан дитини з перекрутом яєчка значною мірою впливає на перебіг післяопераційного періоду та процес видужання.

3. Своєчасне ефективне хірургічне втручання з приводу патології яєчка у дітей усуває не тільки низку можливих ускладнень, але і вплив патології на психологічний стан пацієнта.

4. Мультидисциплінарна допомога при перекруті яєчка має відповідати всім принципам пацієнт-орієнтованої моделі та зосереджуватись на індивідуальних потребах пацієнта, особливостях клінічних підходів та факторів ризику. Цей підхід також включає урахування життєвих обставин, залучення пацієнта до прийняття клінічних рішень, надання об'єктивної інформації пацієнту та родині про доступні терапевтичні варіанти, забезпечення медичної та реабілітаційної допомоги.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Джерело фінансування: за власний кошт.

Література:

1. Zepnik H., Bukk A., Sommer G. Hodentraums – Aspekte zur Diagnostic, Therapie und Fertilitat. Z. Klin Med. 1990; 45 (6): 487-490.
2. Сіпливий ВО, Дронов АІ, Конь ЄВ. Оцінка тяжкості стану хірургічного хворого. Київ: Науковий світ; 2004. 101 с.
3. Schein M. Acute surgical disease and scoring systems in daily surgical practice. Br J Surg. 1988;75(8):731-2. doi: 10.1002/bjs.1800750803
4. Пилягіна ГЯ. Медична психологія. Т. 1, Загальна медична психологія. Вінниця: Нова Книга; 2020. 288 с.
5. Когутяк НМ, Мицько ВМ, Сидорик ЮР. Дитяча психологія з практикумом. Комплекс навчально-методичного забезпечення дисципліни. Івано-Франківськ; 2020. 124 с.
6. Friedman A.A., Palmer L. S., Maizels M., Bittman M. E., Avarello J. T. Pediatric acute scrotal pain: a guide to patient assessment and triage. J. Pediatr. Urol. 2016; 12 (20): 72-75.
7. Laher A, Ragavan S, Mehta P, Adam A. Testicular Torsion in the Emergency Room: A Review of Detection and Management Strategies. Open Access Emerg Med. 2020; 12:237-46. doi: 10.2147/OAEM.S236767
8. Muraliharan JS, Jacob TJK, Bollu BK, Graf N, Sebastian T, Thomas G. Surgical management of the acute paediatric scrotum: a three-year single centre experience. ANZ J Surg. 2021;91(11):2514-7. doi: 10.1111/ans.17231
9. Ryan KA, Folkard SS, Bastianpillai C, Green JSA. The management of testicular torsion in the UK: How can we do better? A national quantitative and qualitative analysis of the factors affecting successful testicular salvage. J Pediatr Urol. 2020;16(6):815. e1-8. doi: 10.1016/j.jpuro.2020.08.018
10. Osumah TS, Jimbo M, Granberg CF, Gargollo PC. Frontiers in pediatric testicular torsion: An integrated review of prevailing trends and management outcomes. J Pediatr Urol. 2018;14(5):394-401. doi: 10.1016/j.jpuro.2018.07.002

11. Vasdey N., Chadwick D., Thomas D. The acute pediatric scrotum: presentation, differential diagnosis and management. *Curr Urol.* 2012; 6(2): 57-61. Doi: 10.1159/000343509.
12. Bodiwala D, Summerton DJ, Terry TR. Testicular prostheses: development and modern usage. *Ann R Coll Surg Engl.* 2007;89(4):349-53. doi: 10.1308/003588407X183463
13. Peeraully R, Jancauskaite M, Dawes S, Green S, Fraser N. Does the source of referral affect outcomes for paediatric testicular torsion? *Ann R Coll Surg Engl.* 2019;101(6):411-4. doi: 10.1308/rcsann.2019.0045
14. Howe AS, Vasudevan V, Kongnyuy M, Rychik K, Thomas LA, Matuskova M, et al. Degree of twisting and duration of symptoms are prognostic factors of testis salvage during episodes of testicular torsion. *Transl Androl Urol.* 2017;6(6):1159-66. doi: 10.21037/tau.2017.09.10
15. Mellick LB, Sinex JE, Gibson RW, Mears K. A Systematic Review of Testicle Survival Time After a Torsion Event. *Pediatr Emerg Care.* 2019;35(12):821-5. doi: 10.1097/PEC.0000000000001287
16. Chanchlani R, Acharya H. Acute Scrotum in Children: A Retrospective Study of Cases With Review of Literature. *Cureus [Internet].* 2023[cited 2023 Aug 21];15(3): e36259. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10105644/pdf/cureus-0015-00000036259.pdf> doi: 10.7759/cureus.36259
17. Hu S, Guo M, Xiao Y, Li Y, Luo Q, Li Z, et al. Mapping trends and hotspot regarding testicular torsion: A bibliometric analysis of global research (2000-2022). *Front Pediatr [Internet].* 2023[cited 2023 Aug 21];11:1121677. Available from: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fped.2023.1121677/full> doi: 10.3389/fped.2023.1121677
18. Поліщук С. А. Методичний довідник з психодіагностики: навчально-методичний посібник /С.А.Поліщук.- Суми: Університетська книга. 2009. 442с.
19. Barbosa J. A. Development of initial validation of a scoring system to diagnose testicular torsion in children. *The Journal of Urology.* 2013; 189: 1853-1858.
20. Visser AJ, Heyns CF. Testicular function after torsion of the spermatic cord. *BJU Int.* 2003;92(3):200-3. doi: 10.1046/j.1464-410x.2003.04307.x
21. Алексеева Ю.А., Артемчук О. Г., Шишова О. М. Психодіагностика дітей та підлітків. Навчально-методичний посібник. К: НПУ імені М. П. Драгоманова. 2011-108с.
22. Kaminski J.W., Claussen A. N. Evidence base update for psychosocial treatments of disruptive behaviors in children. *J. Clinical child and adolescent psychology.* 2017; 46(4): 477-499. doi: 10.1080/15374416.2017.1310044.
23. Mellick L.B., Sinex J. E., Gibson R. W., Mears K. A. A systematic review of testicle survival time after a torsion event. *Pediatr. Emerg. Care.* 2019; 35 (12): 821-825.
24. Jaffee S. R. Child maltreatment and risk for psychopathology in childhood and adulthood. *Annual Review Clinical Psychology.* 2017; 13: 525-551. Doi: 10.1146/annurev-clinpsy-03816-045005.
25. Терлецька ЛІГ. Психічне здоров'я особистості. Технологія самоаналізу. Київ: Видавничо-поліграфічний центр «Київський університет»; 2016. 150 с.

ASSESSMENT OF THE PSYCHOLOGICAL STATE OF PATIENTS OF CHILDHOOD AGE WITH TESTICULAR TORSION AND PSYCHOLOGICAL CORRECTION OF ITS DISORDERS

O. Gorbatyuk¹, M. Veselyi¹, Y. Zbrozhyk²

**Shupyk national university of health of Ukraine¹,
State institution «Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology named after academician O. M. Lukyanova
of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine»²
(Kyiv, Ukraine)**

Summary.

The issue of objective assessment of a patient's condition with testicular torsion, who has been admitted to an urgent clinic, is becoming increasingly relevant.

The aim of the study is to assess the degree and dynamics of psychological condition of pediatric patients with testicular torsion and psychological correction of identified disorders.

Materials and methods. The study of psychological state included 27 children aged 11-16 years, who underwent surgery for testicular torsion and had psycho-neurological disorders related to the pathology and possible consequences. The psychological state of the children was evaluated by analyzing the data obtained during the questionnaire. The questionnaire was administered after the patient's discharge from the hospital and one month after the operation, during the psychological correction of the identified disorders. The questionnaire diagnoses the formed pattern of attitudes towards the disease itself, its treatment, doctors and medical staff, family and close people, the environment, work (education), loneliness and the future, as well as towards vital functions such as well-being, mood, sleep and appetite. The questionnaire, modified into a personal survey based on the Bekhterev Institute, consists of 7 sections and 7 statements that reflect the patient's opinion regarding testicular pathology.

Results. After analyzing the data obtained from the questionnaire, four types of attitudes were identified in the group of children studied. Anxious: This type of attitude was observed in 10 participants, representing 37.05 % of the group (n = 10). Obsessive-phobic: This type of attitude was found in 9 participants, representing 33.33 % of the group (n = 9). Neurasthenic: A total of 4 participants exhibited this type of attitude, representing 14.81 % of the group (n = 4). Melancholic: This type of attitude was observed in 4 participants, also representing 14.81 % of the group (n = 4).

The basis of postoperative treatment and rehabilitation of children with testicular pathology should be rational psychotherapy aimed at explaining the peculiarities of the postoperative period, removing obsessive doubts about one's own inadequacy, and improving medical-social adaptation. After surgery, in the first month of postoperative period, along with psychological correction, neurotic changes in mental state disappear in all children.

Conclusions

1. The impact of testicular torsion on the psychological state of pediatric patients is significant, which should become an important factor in choosing the treatment strategy.

2. The psychological state of a child with testicular torsion significantly influences the course of the postoperative period and the recovery process.

3. Timely and effective surgical intervention for testicular pathology in children not only eliminates a range of possible complications but also mitigates the impact of the pathology on the patient's psychological state.

4. Multidisciplinary assistance in the case of testicular torsion should adhere to all the principles of a patient-centered model and focus on the patient's individual needs, the specifics of clinical approaches, and risk factors. This approach also involves considering life circumstances, involving the patient in clinical decision-making, providing objective information to the patient and their family about available therapeutic options, and ensuring medical and rehabilitation support.

Key words: Testicular Torsion; Children; Psychological Disorders; Correction.

Контактна інформація:

Горбатюк Ольга Михайлівна – доктор медичних наук, професор, Заслужений лікар України, професор кафедри дитячої хірургії, анестезіології, ортопедії та травматології Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика (м. Київ, Україна).

e-mail: ol.gorbatyuk@gmail.com

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-1472-5737>

Researcher ID: <http://www.researcherid.com/rid/AEA-1722-2022>

Веселий Микита Юрійович – аспірант кафедри дитячої хірургії, анестезіології, ортопедії та травматології Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика (м. Київ, Україна).

e-mail: Nyveseliy@gmail.com

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-4340-4924>

Зброжик Євгенія Володимирівна – кандидат медичних наук, медичний психолог, старший науковий співробітник відділу неонатології НДІ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології імені академіка О. М. Лук'янової» (м. Київ, Україна).

ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0006-4896-891X>

Contact Information:

Olga Gorbatyuk – Doctor of Medical Science, Full Professor, Honored Doctor of Ukraine, Professor of the Department of Pediatric Surgery, Anesthesiology, Orthopedics and Traumatology, Shupyk National Healthcare University of Ukraine (Kyiv, Ukraine).

e-mail: ol.gorbatyuk@gmail.com

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-1472-5737>

Researcher ID: <http://www.researcherid.com/rid/AEA-1722-2022>

Mykyta Veselyi – PhD student at the Department of Pediatric Surgery, Anesthesiology, Orthopedics, and Traumatology, Shupyk National Healthcare University of Ukraine (Kyiv, Ukraine).

e-mail: Nyveseliy@gmail.com

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-4340-4924>

Yevgeniia Zbrozhyk – Candidate of Medical Science, medical psychologist, Senior Researcher of the Department of Neonatology of the SI «Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology named after academician O. M. Lukyanova of NAMS of Ukraine» (Kyiv, Ukraine).

ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0006-4896-891X>

Надійшло до редакції 23.05.2023 р.

Підписано до друку 15.08.2023 р.

