

вивчених випадків, у яких було застосовано запропонований нами метод (під час оперативного втручання перев'язування маткових судин та введені 5 од окситоцину); II група – 40 випадків – без застосування даного методу. Всі випадки відносились до високого ризику виникнення кровотечі (анамнестичні дані про велику кількість пологів (3 і більше), лейоміоми матки, факт наявності перерозтягнутої матки до початку пологової діяльності – багатоводдя, великий плід, багатоплідна вагітність). З метою профілактики кровотечі у 80 із вивчених випадків – I група було застосовано запропонований нами метод (під час оперативного втручання перев'язування маткових судин та введені 5 од окситоцину). Крововтрата в середньому в I групі склала 500 мл (75 випадків-93,75%), більше 1000мл – 5 випадків (6,25%), тоді як у II групі крововтрата більше 1000 мл спостерігалась у 21 випадків (52,5%). Серед розглянутих випадків I групи при крововтраті більше 1000 мл жоден не закінчився гістеректомією, II група – 3 (7,5%) із 21 випадки завершилися операцією видалення матки та 1 (2,5%) випадок розвитку ДВЗ-синдрому. Застосування методики накладання лігатури на маткові судини з метою профілактики має ряд переваг, у порівнянні з виконанням екстренної гістеректомії.

Висновки. Позитивний ефект полягає в тому, що спосіб забезпечує високу ефективність профілактики неконтрольованої акушерської кровотечі під час операції кесаревого розтину, при мінімальній кількості швів. Окрім збереження фертильності, перев'язування судин матки дозволяє уникнути травматичних ушкоджень сечового міхура та сечоводів, кишечника, утворення гематом, а в післяопераційному періоді – злукового процесу органів малого тазу.

АФЕКТИВНІ РОЗЛАДИ У ХВОРИХ НА ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД

Купченко М.С., Зензеря Д.М., Пієнко О.В.

Науковий керівник: к.мед.н. Гринь К.В.

Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології

Українська медична стоматологічна академія

Актуальність вивчення афективних розладів при посттравматичних стресових розладах (ПТСР) обумовлена, насамперед тим, що вже тривалий час Україна переживає складну соціально-політичну ситуацію. Десятки тисяч людей змушені покинути свої домівки і тимчасово переміститися в інші регіони нашої держави, втратили житло, своїх близьких, є поранені, загиблі. Все більше людей стають учасниками бойових дій. За результатами дослідження структури посттравматичних психічних порушень у військовослужбовців, учасників бойових дій, визначено, що найбільшу питому частку займає ПТСР (70,9%) (О.В. Богомолець, І.Я. Пінчук, А.К. Ладик-Бризгалова, 2016). Маніфестація психічних порушень відбувається у вигляді напливів спогадів про екстремальну ситуа-

цію в свідомості хворого із супутніми афективними реакціями – тривогою, страхом або униканням у вигляді спроб заховатися від усього, що може нагадувати трагічну подію. В структурі ПТСР у учасників бойових дій найбільшу частку складають такі психопатологічні синдроми: тривожно-фобічний – 26,8% та депресивний – 23,9% (М.М. Матяш, Л.І. Худенко, 2014).

Метою дослідження було виявлення рівня вираженості та структури афективних розладів при посттравматичному стресовому розладі в учасників антитерористичної операції (АТО).

Було проведено клінічне обстеження 15 пацієнтів з ПТСР, що приймали участь у бойових діях в зоні АТО, віком від 22 до 50 років, які знаходилися на стаціонарному лікуванні у відділенні для інвалідів та ветеранів війни КП «Полтавська обласна клінічна психіатрична лікарня ім. О.Ф. Мальцева Полтавської обласної ради». Нозологічна діагностика посттравматичного стресового розладу (F43.1) базувалася на критеріях МКХ-10. Методами дослідження були: клініко-психопатологічний, психодіагностичний з використанням Місісіпської шкали оцінки ступеня вираженості посттравматичних стресових реакцій у ветеранів бойових дій (Mississippi Scale for Combat-Related PTSD, Keane, Caddell, Taylor, 1988), тест з діагностики депресії PHQ-9 (Patient health questionnaire), шкала Гамільтона для оцінки тривоги (Hamilton M., 1959), статистичні методи.

Для всіх пацієнтів були характерні прояви депресії з вираженою загальмованістю та байдужістю до оточуючого. У 100% випадків пацієнти скаржилися на невмотивовану тривогу, постійне відчуття внутрішньої напруженості з «очікуванням біди», болісними переживаннями, гострі напади страху, іноді до панічних станів, відчуття внутрішнього дискомфорту, дратівливість, неможливість контролювати свої емоції, агресивність. Особливим і характерним для пацієнтів були флешбеки – стани повторного миттєвого переживання психотравмуючої події, з повнотою почуттів травматичної ситуації. Відмічались розлади сну у вигляді труднощів при засинанні, з домінуванням у думок про пережиті події, страхом перед болісними сновидіннями, з характерними вегетативними проявами (пароксизмальними станами з серцебиттям, відчуттям задухи, гіпергідрозом). Думки про самогубство, або заподіяння собі шкоди спостерігалися в 6 (40%) пацієнтів. Більшість пацієнтів зі «снодійною» метою зловживали алкоголем – 10 осіб (67%).

У всіх обстежених за Місісіпською шкалою оцінки ступеня вираженості посттравматичних стресових реакцій (військовий варіант) отримано високі результати від 78 до 113 балів (середнє значення 95,14). Із них у 6 (40%) хворих показники склали 78-90 балів, що відповідає окремим симптомам ПТСР, у 9 (60%) – 100-113 балів, що свідчить про ознаки клінічного варіанту ПТСР. За результатами шкали Гамільтона (HARS) для оцінки тривоги у всіх пацієнтів виявлено високі показники – 35-42 бали (середнє значення 40,28), що відповідає тривожному стану. За тестом

діагностики депресії (PHQ-9) були отримані результати від 14 до 21 балів (середнє значення 18,42), із них помірна вираженість депресії (10-14 балів) спостерігалася у 2 (13%), помірно-важка (15-19 балів) – у 6 (40%), важка (20-27 балів) – у 7 (47%) хворих.

За результатами Місісіпської шкали для оцінки посттравматичних стресових реакцій пацієнти були розподілені на дві клініко-діагностичні групи. До I групи увійшло 6 пацієнтів з окремими симптомами ПТСР (середній бал 95,1); до II групи – 9 пацієнтів з ознаками клінічного варіанту ПТСР (середній бал 104,7). При порівнянні двох клініко-діагностичних груп хворих було визначено, що за шкалою PHQ-9 в групі I відмічалась помірна депресія у 1 пацієнта (16,7%), помірно-важка – у 4 хворих (66,6%), важка - у 1 (16,7%). В групі II у 1 хворого (11,1%) була помірна депресія, помірно-важка - у 2 (22,2%), важка - у 6 хворих (66,7%). При цьому важка депресія достовірно частіше відмічалася у пацієнтів з ознаками клінічного варіанту ПТСР ($p < 0,05$).

Таким чином, в результаті проведеного дослідження у пацієнтів з ПТСР виявлено високі рівні тривоги та депресії. При порівнянні двох клінічних груп було визначено, що важкий рівень депресії залежить від показників ступеня вираженості посттравматичних стресових реакцій у ветеранів бойових дій, що слід враховувати при проведенні лікувально-реабілітаційних заходів.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ЛАПОРОСКОПІЧНОЇ ДВОХПОРТОВОЇ ВАРИКОЦЕЛЕКТОМІЇ В РАМКАХ «ХІРУРГІЇ ОДНОГО ДНЯ»

Левицький Г.О.

**Науковий керівник: д.мед.н., проф. Дудченко М.О.,
к.мед.н., ас. Іващенко Д.М.**

*Кафедра хірургії № 4 з малоінвазивною хірургією
Українська медична стоматологічна академія*

Актуальність: Хірургічні показання та методи оперативного лікування варикоцеле в хірургічній практиці продовжує залишатись спірним. Історично відкриті хірургічні операції мали частоту рецидивів від 2% до 6% і низьку частоту ускладнень (Kroese AC, 2013; Friedersdorff F, 2013). При цьому при виконанні традиційної операції (Іванисевича), хворий залишається у стаціонарі під наглядом 2-3 доби.

Нашою метою було зменшити строки лікування пацієнтів, больовий синдром, забезпечити максимально-можливий естетичний ефект адже згідно даних ESA понад 60% хірургічних втручань можуть виконуватись в рамках 1 дня (Colpi GM, 2012; Zhang Y, 2015; Youssef T, 2015). Для пацієнта дуже корисним є те, що операція проводиться в перші години надходження в лікарню, а через 2-3 години після втручання хворі встають, самостійно ходять, перестають потребувати допомоги з боку персоналу і, чи родичів. Вже на наступний день вони знаходяться в домашніх умо-