непосредственно после лечения в основной группе показатель индекса РМА снизился почти с $31,9 \pm 1,30\%$ до $15,2 \pm 0,65\%$, $p < 0,001$, в группе сравнения 1 и группе сравнения 2 наблюдалась аналогичная динамика в снижении показателей.

Заключение: Полученные статистические данные свидетельствуют о достоверном и более выраженном снижении цифровых значений всех используемых индексов в основной группе пародонтологических больных непосредственно после проведенного лечения, а также о сохранении профилактической эффективности растительного препарата в течение всего периода наблюдений, что связано с проведением на достаточном уровне профессиональной гигиены рта, выбором оптимального лечебного средства и мотивацией самих пациентов к улучшению состояния полости рта.

1. Karnik R., Bhat K.M., SubrayaBhat G. Prevalence of gingival overgrowth among elderly patients under amlodipine therapy at a large Indian teaching hospital // Gerodontology. - 2012. - № 28(1). - P.62-68.
2. Гринин В.М. Атаева Ш.З., Винниченко А.В. Колебания гормонального фона и влияние их на течение заболеваний пародонта у женщин // Стоматология. - 2012. - №1. - С.76-78.
3. Cinotti E. Arthropathy, osteolysis, keloids, relapsing conjunctival pannus and gingival overgrowth: a variant of polyfibromatosis // Am J Med Genet A. - 2013. - Vol.161, № 6. - P.1214-1220.
4. Pisoschi C. [et al.] Evidence for the epithelialmesenchymal transition as a pathogenic mechanism of phenytoininduced gingival overgrowth // Farmacia. - 2012.-Т.2. - P.168-175.
5. Кречина Е.К. Белоруков В.В. Применение фитопрепарата *Artemisia absinthium* L. в комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта // Стоматология. - 2012. - Т.91, №4. - С.22-24.

Ибрагимов Ф.И.^{1,2}

Актуальные аспекты стратегии и тактики хирургического лечения тяжелых сочетанных травм

¹Институт усовершенствования врачей им. А.Алиева

²Городская клиническая больница № 3
(Азербайджан, Баку)

doi: 10.18411/gdsn-25-12-2019-11

idsp: scienceconf-25-12-2019-11

В последнее время в связи с увеличением числа многоэтажных построек и скоростного транспорта увеличилось и число тяжелых сочетанных травм (ТСТ). Проблема ранней диагностики и лечения при ТСТ остается очень актуальной. Характерной особенностью современного травматизма является мультифокальность повреждений, при котором одновременно возникает травмирование нескольких (двух и более из 6) анатомических областей. Патогенетически обоснованное лечение и выбор рациональной хирургической тактики при ТСТ имеет первостепенное значение для снижения летальности и инвалидности. [1] Несмотря на очевидные достижения современной медицины, целый ряд ключевых аспектов проблемы, касающихся объективизации оценки тяжести травмы и состояния пострадавших, организации единой системы специализированной и квалифицированной помощи, стратегии и тактики лечения, а также социально-трудовой реабилитации пострадавших. [2]

Одной из актуальных и до конца нерешенных проблем хирургии ТСТ является лечение тяжелых повреждений опорно-двигательного аппарата, сопровождающихся полисегментарными переломами (ПСП) конечностей. Несмотря на увеличение в общей структуре сочетанных травм (СТ) удельного веса полисегментарных переломов (ПСП) нижних конечностей, до настоящего времени не разработана четкая и универсальная система тяжести состояния и организации лечебной помощи пострадавшим данной категории.[3]

Эволюция концепции лечения СТ, сопровождающихся ПСП нижних конечностей, применявшейся за последний более чем 30 лет, свидетельствует о коренной трансформации стратегии одноэтапной тотальной помощи [тактика одномоментной

коррекции всех видов повреждений – early total care (ETC)] в многоэтапное хирургическое лечение. Современные успехи лечения пострадавших с тяжелыми МТ и СТ в значительной степени обусловлены широким внедрением в клиническую практику данной концепции, разработанной в 1990 г. специалистами Ганновской школы политравмы, впоследствии получившей название “damage control” (контроль повреждений). Тактика травматолога при применении концепции “damage control” заключается в соблюдении принципа двух – (чаще) или трех (реже) этапных операций с максимальным ограничением объема первого вмешательства. При этом в первые сутки пострадавшим выполняются минимальные по объему и продолжительности операции для спасения жизни, такие как наложение диагностического фрезевого отверстия или минитрепанация черепа по поводу эпи- или субдуральных гематом, торакоцентез с дренированием плевральной полости по поводу пневмо- или гемоторакса, лапаротомия с временной остановкой кровотечения или с формированием энтеро- или колостом. Переломы крупных костей конечностей (прежде всего бедренной кости) у этих пострадавших иммобилизуются аппаратами наружной фиксации. По достижении надежной стабилизации витальных функций и других показателей системы гомеостаза вследствие интенсивной поликомпонентной терапии, через 24-36 часов выполняются восстановительные операции на внутренних органах, а через 5-7 сут и позже – малоинвазивный остеосинтез длинных костей. Выполнение каких-либо одномоментных (синхронных) операций двумя или тремя бригадами хирургов на различных анатомических областях, проводимых ранее исключается. Эффективность применения концепции “damage control” испытана временем и подтверждена опытом многих исследователей. [4]

Цель – провести сравнительный анализ отдаленных результатов традиционного и современного методов лечения больных с ТСТ, сопровождающейся ПСП нижних конечностей.

Материал и методы. В основу данного исследования положен ретро- и проспективный анализ результатов лечения 1033 пострадавших с ТСТ, госпитализированных в клиническую больницу № 3 г. Баку за период с 2009 по 2015 гг. В зависимости от особенностей тактики лечения, применявшейся в разные хронологические периоды и для объективной оценки полученных результатов, больные были разделены на 2 статистически идентичные по полу, возрасту, локализации повреждений, группы. Основную группу составили 828 (80,2%) пострадавших, получавших лечение за период с 2011 по 2015 гг. с применением современной стратегии. 205 (19,8%) пострадавших, пролеченных в 2009-2010 г. с использованием традиционной тактики, включены в группу сравнения. Оценка степени тяжести травмы у пострадавших основной группы проводили по двум параметрам: индексу анатомической тяжести повреждения: AIS (Abbreniated Injury Scale), ISS (Injury Severity Scale) и индексу тяжести состояния пострадавших с балльной (числовой) оценкой степени выраженности патофизиологических нарушений [шкала комы Глазго, TS, RTS, шкальные (балльные) системы APACHE II и APACHE III]. В основной группе лечебная тактика базировалась на применении запрограммированного многоэтапного хирургического лечения политравм в свете реализации стратегии “damage control”. Необходимым условием для реализации стратегии явился учет следующих факторов: 1. Исходная тяжесть травмы (первичный удар – “the first hit”. 2. Биологические конституции пострадавшего (возраст, пол, телосложение, масса тела, преморбидный фон). 3. Примерное (вероятное) число необходимых неотложных операций, выполняемых «по требованию».

Учитываются также травматичность и продолжительность операций, выполняемых по витальным показаниям. Эти операции, направленные по сути, на спасение жизни пострадавших, являясь своего рода хирургической агрессией (второй удар – “second hit”), иногда еще более усугубляют тяжесть состояния пострадавших и нередко негативно влияют на исход лечения и прогноз.

Результаты. Необходимо отметить, что тяжесть доминирующих травм других анатомических областей, способствующих затяжному течению острого периода травматической болезни (ТБ), явилась основной причиной, препятствующей своевременного выполнения планируемого остеосинтеза трубчатых костей. В результате запоздалая оперативная коррекция костных повреждений привела к инвалидизации 27,3% пострадавших основной группы, 45% – группы сравнения. С другой стороны, после технически правильно выполненного остеосинтеза длинных трубчатых костей у ряда пострадавших наблюдали такие осложнения, как миграция и ротация металлического штифта, перелом металлической пластины, смещение костных фрагментов и т.п., возникновение которых мы связывали с характером травмы (СЧМТ, ушиб головного мозга) и особенностями течения острого периода ТБ у больных, находящихся в режиме ИВЛ в связи с коматозным состоянием. Частота указанных осложнений, требующих необходимость выполнения повторного остеосинтеза, составила в основной группе 26,3%, в группе сравнения – 38,7%. Лечебная тактика при компенсированном течении ТБ у пострадавших основной группы принципиально не отличалась от таковой у пострадавших группы сравнения. При суб- и декомпенсированных вариантах ТБ у пострадавших группы сравнения применялась традиционная тактика хирургического лечения. При этом при наличии показаний к декомпрессивным вмешательствам у 24 из 33 пострадавших, операции были выполнены только у 3 (12,5%), у которых впоследствии отмечен летальный исход. В основной группе из 56 пострадавших с суб- и декомпенсированным вариантами ТБ при наличии показаний к декомпрессивным вмешательствам у 21 (37,5%) пострадавшего, операции выполнялись только 14 (25%). При этом хорошие результаты были получены у 5 (35,7%).

Таким образом, уровень летальности при сочетанной ЧМТ снизился с 50,9% в группе сравнения до 35,3% – в основной группе. Динамика снижения уровня летальности в основной группе наблюдалась также при сочетанных повреждениях других анатомических областей. Так, если в группе сравнения летальность при сочетанных повреждениях грудной клетки и живота составила 41,2 и 44,7% соответственно, то в основной группе больных этот показатель 25,6 и 27,8% соответственно. Летальность при переломах бедренной кости и костей голени в группе сравнения составила 46,8 и 44,9% соответственно. В основной группе эти показатели составили 31,7 и 33,7%. Заметная тенденция к снижению уровня летальности в основной группе наблюдалась и при переломах плечевой кости (22% против 51,9% – в группе сравнения) и костей предплечья (20% против 39,1% – в группе сравнения).

В группе сравнения при наличии показаний к многоэтапному хирургическому лечению (МХЛ), хирургическая активность составила 12,5% и этим пострадавшим применялись традиционные методы хирургического лечения. При этом летальность составила 100%. Сравнительный анализ хирургической активности между клиническими группами показывает, что к МХЛ в основной группе хирургическая активность была в 2 раза выше таковой в группе сравнения, т.к. частота декомпрессивных вмешательств в этой группе сравнения 12,5%.

Повышение хирургической активности на 10,5% при СЧМТ у больных основной группы способствовало снижению летальности на 15,6%, при абдоминальной травме увеличение удельного веса этапных (программируемых) санационных релапаротомий на 19,6%, способствовало снижению уровня летальности на 16,9%. Увеличение частоты вмешательств при повреждениях костей таза привело к уменьшению смертности на 5,2%.

Выводы:

1. При субкомпенсированном варианте течения ТБ у пострадавших с сочетанной абдоминальной травмой, оптимальным сроком выполнения лапаротомии в качестве первого этапа МХЛ, является 6-24 ч с момента травмы. При этом замена

аппарата наружной фиксации на надежный остеосинтез должна быть выполнена не ранее чем на 11-15 сут.

2. При декомпенсированном течении ТБ у пострадавших с сочетанной абдоминальной травмой этапные (программируемые) санационные релапаротомии могут быть выполнены в течение 36 ч с момента травмы. При этом оптимальным сроком для выполнения надежного остеосинтеза является 17 сут (3-й этап МХЛ).

3. При тяжелой СТ у пострадавших с полисегментарными переломами конечностей первоочередной задачей является выполнение жизнеспасующих операций на органах грудной клетки, брюшной полости и таза. При этом остеосинтез закрытых ПСП должен выполняться в интервале 3-14 сут.

4. Остеосинтез, выполненный при ПСП, должен выдержать тяжесть массы тела больного и способствовать активному движению через 1-2 сут после операции.

1. Сахаров А.В. Основные характеристики и тенденции дорожно-транспортного травматизма в Краснодарском крае. Общественное здоровье и здравоохранение. 2011; 3: 51-54.
2. Кариписи Р.К., Сахаров А.В. Анализ тяжести первичной инвалидности вследствие дорожно-транспортных происшествий в Краснодарском крае // Кубанский научный медицинский вестник. 2010; 3-4 (117-118): 81-86.
3. Тулунов А.Н. Тяжелая сочетанная травма. 2015, Санкт-Петербург, 314 с.
4. Кокшарев И. В. Клинические показания и методика применения модифицированных корончатых фрез при хирургическом лечении больных с тяжелой черепно-мозговой травмой. Ученые Записки СПбгму Им. Акад. И. П. Павлова 2014; XXI (1): 30-33
5. Коржук М. С., К. К. Козлов, С. В. Черненко, Т. Н. Юдакова, А. Р. Хасанов Основные положения подхода Damage control при политравме. Омский научный вестник: медицинские науки. 2015; 1 (138): 53-57

Касимова С.О.

Изучение привязанности в контексте интерперсональной психотерапии депрессии

*Азербайджанский Медицинский Университет
(Азербайджан, Баку)*

doi: 10.18411/gdsn-25-12-2019-12

idsp: scienceconf-25-12-2019-12

Abstract

112 patients with depression and 109 controls have been assessed with the Measure of Attachment Qualities (MAQ). Depression symptoms were assessed with Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) and communication patterns with Interpersonal Style Questionnaire (ISQ). The odds of insecure attachment in depression group were five times greater than in healthy controls. Also it was revealed positive correlation between insecure attachment and such symptoms of depression as helplessness, anxiety and low self-esteem. The study confirmed an important role of attachment type in depression which should be considered in the course of IPT.

Keywords: depression, distancing, sociability, communication style.

Психотерапия завоевывают все большую популярность в качестве оптимального метода лечения депрессивных расстройств. При этом психотерапия является едва ли не единственным видом помощи, способствующим выздоровлению при рецидивирующих, хронических или резистентных к фармакотерапии типах депрессии. Одним из двух видов психотерапии, включенных в современные клинические рекомендации по лечению депрессии, является интерперсональная психотерапия. Популярности ИПТ способствует ее краткосрочность, структурированность, а так же эффективность, доказанная в многочисленных научных исследованиях [1].

Одним из важных аспектов ИПТ при депрессии является нарушения коммуникации депрессивных больных со своим окружением. На сегодняшний день