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

считается доказанным, что факторами риска для развития депрессии являются недостаточно развитые навыки общения, выраженная зависимость и низкая степень позитивного восприятия других людей.

Привязанность относится к био-психо-социальным системам, направленным на регулирование гомеостаза и обеспечение безопасности [2]. Привязанность лежит в основе эмоционального состояния и социальных взаимоотношений, поскольку формируясь в раннем детстве, оно определяет направление развития личности и будущие межличностные отношения [3]. Теория привязанности хорошо объясняет, как возникший в детском возрасте небезопасный межличностный стиль формирует предрасположенность к депрессии [4]. В ряде исследований была показана взаимосвязь между небезопасной привязанностью и рекуррентной депрессией, биполярным аффективным расстройством I-го и II-го типов [5,6], а так же послеродовой и атипичной депрессии [7,8]. Общим выводом этих исследований является то, что нарушенная привязанность сама по себе и в сочетании с другими факторами, включая наследственность, взаимоотношения, самооценку, перенесенные психотравмы определяет возникновение, течение и прогноз депрессии.

Целью исследования является изучение показателей, влияющих на формирование привязанности у больных депрессией в процессе прохождения ими интерперсональной терапии.

Материал и методы. Отбор пациентов для настоящего исследования осуществлялся из числа лиц, страдающих депрессией, обратившихся за психиатрической помощью в Центр Психического Здоровья МЗ АР (ЦПЗ) и Клиническую Психиатрическую Больницу №2 города Баку (КПБ №2). ЦПЗ является новым психиатрическим учреждением, оказывающим различные амбулаторные виды психиатрической помощи лицам детского и взрослого возраста. Для изучения типа привязанности каждому пациенту была подобрана пара из числа здоровых лиц, которые составили контрольную группу. Главным критерием включения в контрольную группу было соответствие ее участников демографическим показателям пациентов, вошедшим в основную группу. После этого была проведена оценка различных типов привязанности по шкале MAQ и проанализированы различия в основной и контрольной группе. Преимущественно безопасный тип привязанности отмечался 41 пациента с депрессией и 85 лиц из контрольной группы, соответственно небезопасный тип привязанности встречался у 59 пациентов и 26 лиц без депрессии. Сравнительный анализ по небезопасному типу привязанности в основной и контрольной группой позволил вычислить значение отношения шансов (OR), которое составило 4,7 (95% CI = 2,25-7,45).

Результаты. Исследование показало, что шансы встретить небезопасный тип привязанности среди больных депрессией почти в 5 раз выше, чем среди лиц без признаков депрессии.

Оценка показателей по всем типам привязанности выявила статистически значимые различия в основной и контрольной группах (Рисунок). Так количество баллов по шкале безопасной привязанности у пациентов с депрессией было ниже, чем у здоровых лиц (пациенты $M=8.82$; $SD=2.21$, у здоровых лиц $M=9.8$; $SD=1.9$; $t=-3.43$; $df=209$; $p<0.001$). В свою очередь значения по небезопасным типам привязанности: избегающий (пациенты $M=12.1$; $SD=2.74$, у здоровых лиц $M=10.8$; $SD=3.2$; $t=2.95$; $df=209$; $p=0.004$), амбивалентно-тревожный (пациенты $M=8.2$; $SD=2.7$, у здоровых лиц $M=5.8$; $SD=2.2$; $t=6.82$; $df=209$; $p<0.001$) и амбивалентно-поглощающий (пациенты $M=7.6$; $SD=2.3$, у здоровых лиц $M=5.4$; $SD=2.02$; $t=7.18$; $df=209$; $p<0.001$) были выше в основной группе.

Результаты нашего исследования согласуются с интерперсональной теорией депрессии, поскольку люди с недостаточной безопасной привязанностью склонны фиксироваться на негативных жизненных обстоятельствах и не имеют достаточно навыков для использования ресурсов внешней поддержки, что повышает их предрасположенность к депрессии.

Влияние небезопасного типа привязанности на уязвимость к депрессии следует рассматривать как самостоятельный фактор - лица, с небезопасным типом привязанности, находят, что испытываемые во время депрессии негативные эмоции соответствуют их общему представлению о себе. Для этих людей свойственно преувеличивать значение негативных мыслей, реакций и неудач в период депрессии. Рассмотрение взаимосвязи депрессии и типа привязанности в течение всей жизни выявило значительные различия в выраженности отдельных симптомов депрессии у лиц с различным типом привязанности. Некоторые симптомы, такие как беспомощность, тревога, соматизация, чувство вины, а так же суицидальные намерения во многом определяются недостаточно безопасным типом привязанности сформированном в преморбидном периоде.

Влияние типа привязанности на качество жизни при депрессии имеет два важных аспекта. Во-первых, небезопасная привязанность ухудшает качество межличностных отношений в течение всей жизни. Во-вторых, недостаточное межличностных отношений качество отношений, в особенности семейных и родственных, уменьшает субъективную оценку качества жизни. В этой связи можно предположить три варианта: 1) нарушенная привязанность в сочетании с депрессивными симптомами ухудшает качество жизни; 2) нарушенная привязанность приводит к депрессии, что в свою очередь снижает качество жизни; 3) депрессия и нарушенная привязанность независимо друг от друга оказывают негативное влияние на качество жизни.

Не вызывает удивления тот факт, что безопасный тип привязанности имеет отрицательно направленную корреляцию с остальными типами привязанности, однако статистически значимая корреляция обнаружена с избегающим и амбивалентно-поглощающим типом.

Таблица

Корреляция между типом привязанности и депрессией

Тип привязанности	1	2	3	4	5	6
Безопасный тип	1					
Избегающий тип	-0.710*					
Амбивалентно-тревожный тип	-0.109	0.244*				
Амбивалентно-поглощающий тип	-0.232*	0.374*	0.698*			
HDRS до начала лечения	0.081	0.016	0.268*	-0.297*		
Качество жизни	0.14	-0.151	-0.402*	-0.294	-0.305*	1

* $p < 0.05$

Говоря об избегающем типе привязанности, следует отметить слабую положительную корреляцию с амбивалентно-тревожным и амбивалентно-поглощающим типом. Показатели по амбивалентно-тревожному имели сильную корреляцию с показателями по амбивалентно-поглощающему типу, что может указывать на частичное совпадение этих двух типов привязанности. Следует так же отметить, что амбивалентно-тревожный тип имеет сильную положительную корреляцию с выраженностью депрессии и умеренную отрицательную корреляцию с показателями качества жизни. То же самое можно сказать и в отношении амбивалентно-поглощающего типа привязанности. Важно отметить, что этот тип привязанности обнаруживает положительную корреляцию с числом предшествующих депрессивных эпизодов ($r=0.256$; $p=0.011$).

С практической точки зрения, важное значение имеет вопрос о возможности изменения типа привязанности после выхода из депрессивного состояния. В одних случаях мы могли наблюдать, как в процессе ИПТ у пациентов постепенно формировался более безопасный тип привязанности. Эти пациенты по мере выхода из депрессии формировали более конструктивные отношения с окружающими, развивали способность к сотрудничеству и чувство эмпатии. В других случаях, сформированный задолго до возникновения депрессии, устойчивый, амбивалентно тревожный, амбивалентно поглощающий или избегающий привязанностей тип препятствовал межличностному функционированию даже после полного устранения депрессивных симптомов.

Выводы. Поскольку ИПТ построена на принципе здесь и теперь, то есть, адресована к текущим проблемам пациента, она не рассматривает возможность разрешения прошлых конфликтов, имеющих место задолго до обращения за помощью. В то же время проявление имеющегося у пациента типа привязанности, являет его стиль общения с окружающими, который остается в фокусе внимания ИПТ.

1. Cuijpers P, Geraedts AS, van Oppen P, Andersson G, Markowitz JC, van Straten A. Interpersonal psychotherapy for depression: a meta-analysis. *Am J Psychiatry*. 2011;168(6):581-92
2. Fonagy P, Steele M, Steele H, Moran GS, Higgitt AC. The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Inf Ment Health J* 1991; 12: 201-218
3. O'Connor TG, Rutter M. Attachment disorder behavior following early severe deprivation: extension and longitudinal follow-up. English and Romanian Adoptees Study Team. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39: 703-712
4. Widom CS, DuMont K, Czaja SJ. A prospective investigation of major depressive disorder and comorbidity in abused and neglected children grown up. *Arch Gen Psychiatry* 2007; 64: 49-56
5. Bifulco A, Moran PM, Ball C, Bernazzani O. Adult attachment style. I: Its relationship to clinical depression. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002; 37: 50-59
6. Morriss RK, van der Gucht E, Lancaster G, Bentall RP. Adult attachment in bipolar 1 disorder. *Psychol Psychother* 2009; 82: 267-277
7. Michalak EE, Yatham LN, Kolesar S, Lam RW. Bipolar disorder and quality of life: a patient-centered perspective. *Qual Life Res* 2006; 15: 25-37
8. Monk C, Leight KL, Fang Y. The relationship between women's attachment style and perinatal mood disturbance: implications for screening and treatment. *Arch Womens Ment Health* 2008; 11: 117-129

Мамедова С.Н.

Характеристика степени обсемененности околоплодных вод при преждевременном разрыве околоплодных оболочек, а также слизи верхних дыхательных путей у новорожденных с РДС, родившихся от матерей с преждевременным разрывом плодных оболочек в условиях РПЦ города Баку

*Азербайджанский Медицинский Университет
(Азербайджан, Баку)*

doi: 10.18411/gdsn-25-12-2019-13

idsp: scienceconf-25-12-2019-13

По данным ассоциации американских акушер-гинекологов (ACOG), разрыв плодных оболочек при беременности до 37 недель, составляют от 5 до 35% и осложняют 2-4% беременностей одним плодом и 7-20% при многоплодии [1, 2]. До настоящего времени предложены различные теории относительно этиологии и факторов риска развития ПРПО, согласно которым наиболее частой причиной развития указанной патологии являются внутриутробное инфицирование плода, нейроэндокринная патология, различные формы экстрагенитальной патологии матери и т.п.[4]. У беременных женщин с ПРПО в сроки с 22недель до 36недель+6 дней интраамниотическая инфекция развивается в 15-30% [3]. Основными инфекционными агентами при этом называют: стрептококки группы В, кишечные эшерихии, пептострептококки, бактероиды, уреалитическая уреоплазма, фузобактерии [5,6]. В то же время у рожденных недоношенных детей в связи с незрелостью легочной ткани развивается РДС, при этой патологии недоношенные дети находятся длительно на искусственной вентиляции лёгких (ИВЛ) с последующими неблагоприятными исходами . Развитие сепсиса у новорожденных при ПРПО до 34 недель беременности статистически значимо чаще у женщин с положительным результатом на такие инфекционные агенты, как *Ureaplasma*, *Mycoplasma hominis*, *Chlamydia trachomatis* [7].