

Литература

1. Тельных ЮВ, Маевская МВ, Глушенков ДВ. Применение гепатопротектора "Liver Pro" в комплексном лечении больных хроническим вирусным гепатитом. *Клиническая медицина*. 2008;86(11):60-62.
2. Ткач СМ. Эффективность и безопасность гепатопротекторов с точки зрения доказательной медицины. *Здоров'я України*. 2009;6/1(211):7-10.
3. Faremi TY, Suru SM, Fafunso MA, et al. Hepatoprotective potentials of *Phyllanthus amarus* against ethanol-induced oxidative stress in rats. *Food Chem Toxicol*. 2008;46(8):2658-2664.
4. Graham A. Curcumin adds spice to the debate: lipid metabolism in liver disease. *Br J Pharmacol*. 2009;157(8):1352-1353.
5. Huseini HF, Alavian SM, Heshmat R, et al. The efficacy of Liv-52 on liver cirrhotic patients: a randomized, double-blind, placebo-controlled first approach. *Phytomedicine*. 2005;12(9):619-624.
6. Meier G, Wagner R. Concerted inhibitory activities of *Phyllanthus amarus* on HIV replication in vitro and ex vivo. *Antiviral Research*. 2004;64(2):93-102.
7. Milman P, Vencates S, Thyagarajan SP. Hepatitis B virus and primary hepatocellular carcinoma: treatment of HBV carriers with *Phyllanthus amarus*. *Vaccine*. 1990;8(Suppl 1):S74-S78.
8. Naaz F, Javed S, Abdin MZ. Hepatoprotective effect of ethanolic extract of *Phyllanthus amarus* Schum. et Thonn. on aflatoxin B1-induced liver damage in mice. *J Ethnopharmacol*. 2007;113(3):503-509.
9. Ott M, Thyagarajan SP, Gupta S. *Phyllanthus amarus* suppresses hepatitis B virus by interrupting interactions between HBV enhancer I and cellular transcription factors. *European Journal of Clinical Investigation*. 1997;27(11):908-915.
10. Troncoso L, Guija E. Efecto antioxidante y hepatoprotector del *Petroselinum sativum* (perejil) en ratas, con intoxicación hepática inducida por paracetamol. *An. Fac. med.* 2007;68(4):333-343.
11. Xia D, Wang M-Y, Yao Y-X. Protective effect of 5-hydroxymethylfurfural derived from processed Fructus Corni on human hepatocyte L02 injured by hydrogen peroxide and its mechanism. *J Ethnopharmacol*. 2010;128(2):373-376.
12. Ministerul sănătății al Republicii Moldova 2008: Hepatita virală B cronică la adult. Protocol clinic național. Chișinău;52.
13. Ministerul sănătății al Republicii Moldova 2008: Hepatita virală C cronică la adult. Protocol clinic național. Chișinău;40.

Corresponding author

Likii Igor Vasilevich, Doctoral Student

Department of Infectious Diseases

Sankt-Petersburg State Medical Academy „I. I. Mechnikov”

47, Mechnikov Avenue

Sankt-Petersburg, Russia

Telephone: +78127172707; +37367346165

E-mail: leackey@mail.ru

Manuscript received October 10, 2010; revised February 04, 2011

Particularități terapeutice în depresia rezistentă

Gh. Cărăușu

Catedra Psihiatrie, Narcologie și Psihologie medicală, USMF „Nicolae Testemițanu”

Therapeutic Features in Resistant Depression

The aim was to develop principles and complex differential pharmaco- and psychotherapy, recovery and prevention methods of 612 patients, depending on the clinical variants of resistant depressive syndrome. Long-term treatment was an essential factor in the therapeutic efficiency in order to prevent relapses and chronic lower rate. Stop the treatment decision was based on the likelihood of recurrence, the frequency and severity of previous episodes, the persistence of residual symptoms, comorbidity and the possible cooperation of the patient. In endogenous depression resistant psychotic are necessary, primarily antidepressants, but with pharmacological therapy and psychotherapy should be started properly. We preferred monotherapy because the combination of drugs can lead to an increase in complications and side effects. Although it is preferable to monotherapy, there were cases in which combination therapy with other antidepressant drugs has emerged as necessary. Antidepressants should be used in progressively increasing doses, to have reduced side effects and drug release should be also gradually as a sudden stop causes a withdrawal syndrome. Psychotherapy has proven to be one of the basic methods and therapeutic interventions in multiple complexes was originally applied to explain the therapeutic tactics.

Key words: refractory depression, pharmacotherapy, antidepressants, psychotherapy, patient compliance.

Терапевтические особенности резистентной депрессии

Цель настоящей работы заключается в разработке принципов дифференциальных методов фармако- и психотерапии, реабилитации и профилактики 612 больных с резистентной депрессией в зависимости от клинических вариантов депрессивного синдрома. Длительное лечение является важным фактором в терапевтической эффективности и способствует предупреждению рецидивов болезни. Решение о прекращении лечения основывалось на основании вероятности повторного рецидива, частоты, тяжести предыдущих эпизодов, резидуальных симптомах, сопутствующих заболеваниях и возможного сотрудничества пациента. При эндогенной резистентной депрессии необходимы, прежде всего, антидепрессанты, но одновременно с фармакотерапией должны быть применены и сеансы психотерапии. Предпочтительна монотерапия, поскольку комбинация лекарств может привести к увеличению числа осложнений и побочных эффектов, но также показана и комбинация антидепрессантов. Антидепрессанты должны назначаться в возрастающих дозах, чтобы добиться снижения побочных эффектов препаратов. Прекращение приема лекарств должно быть постепенным, так как внезапное прекращение приема препаратов вызывает синдром отмены. Психотерапия, наряду с лекарственной терапией, оказалась одним из основных методов лечения рефрактерной депрессии.

Ключевые слова: резистентная депрессия, фармакотерапия, антидепрессанты, психотерапия, больной, согласие с режимом.

Introducere

Tulburările dispoziției afectează o persoană din cinci pe parcursul întregii vieți și aproximativ 10% din populație, pe perioada unui an [World Health Report, 2001]. Depresia psihotică monopolară ocupă unul din primele locuri printre cele mai frecvente cauze de dizabilitate, fiind și cea mai frecventă cauză a invalidității la adulți, iar povara ei alcătuiește 1,9% pentru bărbați și 3,2% pentru femei [2]. În grupul de vârstă 15-44 de ani, aceste manifestări constituie 8,6% din numărul de ani viață, pierduți în rezultatul invalidității. Depresiile rezistente se află printre problemele fundamentale ale psihiatriei actuale, care păstrează numeroase aspecte neclarificate. Cercetările științifice sunt pline de dezbateri, controversate și obstacole în acest domeniu, dar acesta este modul, în care se progresează, atât în privința identificării cauzelor, cât și a perfecționării tratamentului. Această maladie reprezintă și o problemă medico-socială, cu impact economico-financiar semnificativ. Din acest motiv, este imperios necesară revizuirea datelor privind eficiența strategiilor terapeutice, la care se poate face apel. Nu numai cheltuielile enorme în tratamentul acestor bolnavi, dar și riscul înalt de dezvoltare al suicidelor explică necesitatea elaborării unui complex de măsuri adecvate.

Unul dintre cele mai complicate aspecte ale depresiilor rezistente este terapia acestor stări [5, 11]. Ultimele decenii s-au caracterizat prin succese notorii în tratament, datorită aplicării diferitor antidepresive eficiente. Dar cu toate că au fost obținute succese remarcabile în tratament, terapia depresiilor rezistente nu este rezolvată [7]. Fără psihoterapie tratamentul depresiilor ar fi imposibil pentru că, deși alte mijloace terapeutice duc la rezultate bune, ele nu pot, în niciun caz, să înlocuiască psihoterapia. O direcție importantă în cercetările rezistenței rămâne căutarea căilor și metodelor de depășire a fenomenului refractar, care poate fi împărțit în câteva grupuri mari: terapie medicamentoasă intensivă, terapie medicamentoasă combinată, de șoc, dar și metode psihoterapeutice și de reabilitare. De regulă, eficacitatea terapeutică a fiecărei din aceste metode se estimează de la 10-15% până la 70-80% [6, 9]. De aceea problema depășirii rezistenței la terapie rămâne deschisă.

Scopul lucrării: elaborarea principiilor complexe și diferențiate de farmaco- și psihoterapie, modalități de recuperare și profilaxie în dependență de variantele clinice ale sindromului depresiv rezistent.

Material și metode

În vederea soluționării obiectivelor propuse s-au luat în studiu 612 pacienți cu depresie endogenă, refractară la tratament. Criteriile diagnostice, prevăzute în ICD-10, (1992) evidențiază faptul, că această tulburare se caracterizează prin apariția repetată și periodică de episoade (2 sau mai multe) depresive severe, cu o durată minimă de 2 săptămâni, fără sau cu simptome psihotice, cu intervale libere de 2 luni consecutive, în care lipsesc din antecedente episoadele independente, de exaltare maniacoală. Iar depresia rezistentă a fost definită ca fiind o tulburare, care nu a răspuns într-o manieră pozitivă la două familii de antidepresive administrate succesiv, într-o

doză suficientă și pe o durată de timp adecvată (minimum șase săptămâni pentru un antidepresiv).

Pacienții din lotul de bază au urmat un tratament complex, care a inclus medicamente psihotrope, terapie electroconvulsivantă, intervenții psihoterapeutice, iar cei din lotul martor - psihotrope și terapie electroconvulsivantă.

Vârsta medie a bolnavilor în grupul de bază a fost de 46,86 ± 0,74 ani, iar în cea de control de 46,81 ± 0,64 ani.

Referitor la apartenența sexuală, femeile au constituit 489 de cazuri (79,9%), bărbații - 123 de cazuri (20,1%). Acest lucru se poate explica prin faptul, că femeile au fost predispuse la o evoluție mai nefavorabilă a tulburărilor depresive, ele fiind și mai vulnerabile la unele evenimente de ordin personal.

În studiul prezent ponderea cea mai înaltă au constituit-o persoanele cu studii medii - 360 de cazuri (58,8%), apoi urmează cele cu studii superioare - 179 cazuri (29,2%) și în final - cele cu studii medii incomplete (elementare) - 73 de cazuri (11,9%).

Conform statutului social cel mai mare număr de subiecți au fost salariați permanent - 292 de cazuri (47,70%). Locurile următoare sunt ocupate de pensionari/pensionați medical - 196 de cazuri (32,00%), șomeri - 98 de cazuri (16,00%) și, în sfârșit, studenți - 26 de cazuri (4,20%).

Datele despre rezultatele examenului în dinamică au fost obținute prin informații plenare despre istoricul maladiei, caracterele clinico-evolutive, începând cu debutul maladiei, precizarea raporturilor cu anturajul socio-familial, elucidarea caracterelor, care explică declanșarea bolii, inclusiv a noxelor. Evaluarea acestor date ne-a permis să aplicăm unele atitudini de conduită terapeutică și recuperatorie cât mai adecvată.

Subiecții au fost supuși unor examinări somatice și neurologice detaliate, precum și la explorări paraclinice și de laborator (ecoencefalografie, electroencefalografie, radiografii craniene, examenul fundului de ochi), cât și la investigații psihologice (HAM-D - scala depresiei Hamilton, BDI (Beck Depression Inventory) - inventarul depresiei Beck, MADRS - (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale) - scala depresiei Montgomery-Asberg (fig. 1).

Analiza statistică a rezultatelor a fost efectuată în Secția de asigurare matematică a IMSP Institutul de Cardiologie. Datele investigațiilor au fost prelucrate în mod computerizat prin metodele de analiză variațională, descriptivă și discriminantă. Dependența statistică între parametrii calitativi este prezentată prin tabele de contingență, iar pentru verificarea ipotezei de independență a liniilor și coloanelor s-a folosit criteriul χ^2 . Pentru estimarea diferențelor semnificative în mediile a două grupuri a fost utilizat criteriul t Student, iar în estimarea diferențelor semnificative a valorilor de pondere a probelor pozitive a două grupuri - criteriul U-Fischer. Toate valorile raportate reprezintă valoarea medie ± eroarea standard ($M \pm m$). Diferențele dintre valori au fost considerate statistic semnificative la $p < 0,05$, iar la ($p > 0,05$) rezultatele fiind statistic concludente.

Rezultate obținute

Alegerea mijloacelor și metodelor de depășire a rezistenței s-a efectuat diferențiat și consecutiv. Primii pași au constat în

intensificarea psihofarmacoterapiei, bazată pe analiza cauzelor rezistenței terapeutice; terapia combinată adecvată, având ca scop amplificarea mecanismelor de acțiune a preparatelor. Administrarea preparatelor parenteral a ameliorat farmacocinetica, substanța medicamentoasă distribuindu-se mai bine în țesuturi și organe. Prin acest procedeu de indicație a medicamentelor s-a cerut de la personalul medical o mai bună observație: luarea tensiunii arteriale, controlul frecvent al pulsului. Aceste măsuri de adresare „maternală” au ameliorat relațiile cu bolnavii.

Deoarece acești pacienți manifestau risc suicidar, refuz de a mânca sau a bea, risc pentru viața sau bunăstarea membrilor familiei, în mod deosebit a copiilor dependenți, dificultăți sociale prelungite, dar și tulburări clinice pronunțate, inclusiv dereglări de adaptare, ei au beneficiat de observație și tratament în condiții de staționar, care a asigurat adresabilitate, accesibilitate pentru consultare fără discriminări, gratuitatea îngrijirii, suport eficace, confort, confidențialitate. Toți acești factori au favorizat complianța terapeutică, fiind percepută în aceeași manieră ca în oricare alt spital, lipsit de orice conotație stigmatizantă. Internarea a urmărit reducerea accesului morbid, măsuri de supraveghere în vederea eliminării riscului vital prin combatarea negativismului alimentar și a permis alegerea unei terapii active, dar și izolarea pacientului de mediul psihotraumatizant. După examinarea cardiacă, hepato-digestivă, renală, ginecologică ș. a. s-a corectat bilanțul somatic printr-un tratament anticarențial.

Bolnavii au fost supuși tratamentului până la remisiunea simptomelor. S-a discutat cu ei în vederea stabilirii unor modalități concrete de rezolvare a problemelor, măsuri de ameliorare a relațiilor sociale, aplicându-se și diferite metode de psihoterapie. Suplimentar s-au realizat interviuri de susținere, a fost încurajat rolul rudelor, dar și al pacienților în analiza problemelor abordate. Tratamentul acestor stări a fost foarte particulară, el nu s-a limitat numai la injecții și a fost aplicat de un personal medical calificat. Uneori am recurs și la internări contra voinței pacientului din cauza gravității situației, dar anturajul a conștientizat acest justificativ, înțelegând că persoanele dragi se aflau în primejdie.

Obiectivele terapeutice în depresia rezistentă au fost diminuarea vulnerabilității, tratamentul sindroamelor și profilaxia recăderilor și recurențelor. Alegerea metodelor terapeutice s-a făcut în funcție de fondul etiopatogenetic, caracterul tabloului clinic, de gradul de severitate al simptomelor. Principiile de bază în tratament au fost complexe (farmaco- și psihoterapeutice) și erau aplicate pentru mai multe săptămâni. Antidepresivele au fost indicate în asociere cu alte medicamente, inclusiv neuroleptice minore și majore, uneori cu tranchilizante și hipnotice. Deoarece depresia recurentă este o depresie ca formă de manifestare, dar cu trăsături de bipolaritate (recurență), a fost eligibilă asocierea în terapie și a anticonvulsivanelor.

Terapia eficientă a presupus obținerea unui răspuns terapeutic prin parcurgerea următoarelor faze:

- Faza acută, de răspuns clinic, a fost de inițiere a terapiei și a durat o perioadă medie de 2 luni, scopul acesteia fiind ameliorarea simptomatologiei, stabilizarea simptomelor prezente și atingerea remisiunii clinice.

- Faza de întreținere a rezultatelor s-a prelungit pentru următoarele 9 luni, cu menținerea medicamentelor la aceeași doză și a avut ca scop evitarea recăderii și menținerea nivelului recuperării. A urmat faza de remisiune clinică, în care pacientul a declarat dispariția totală a simptomelor morbide.
- Faza de susținere a terapiei, continuată după recuperare, cu o durată de peste 9 luni cu scopul de a preveni recurențele.

Criteriile de selecție pentru indicarea preparatelor în prima fază a fost rezoluția simptomelor acute, instalarea rapidă a acțiunii, toleranța, siguranța în administrare. La prima etapă s-au instituit măsuri, vizând scăderea tensiunii afective, îndepărtarea și tratamentul bolilor asociate, cât și stimularea mecanismelor compensatorii, iar obiectivele terapeutice ale tratamentului au fost remisiunea simptomelor cu obținerea remisiunii simptomatologiei în totalitate. Criteriile remisiunii includeau obținerea perioadei asimptomatice, inclusiv și a unei simptomatologii reziduale minimale, dar și obținerea unui progres în restabilirea funcțiilor social-psihologice, cu atingerea nivelului premorbid de funcționare.

Intervențiile terapeutice în etapa a doua au fost orientate spre îndepărtarea trăirilor morbide principale ale pacienților, rezolvarea simptomatologiei reziduale, păstrarea, stabilizarea remisiunii, recuperarea activității social-psihologice într-un volum complet, dar și în prevenirea reapariției simptomatologiei acute și evitarea dezvoltării precoce a recăderii, a recidivei. Dozele au fost identice celor, la care a fost obținută ameliorarea stării subiectului, însă tratamentul putea fi modificat în cazul apariției simptomelor neprevăzute (de ex., semne de efecte adverse ale preparatului).

În etapa a treia s-au instituit metode de tratament, în cursul cărora s-a stabilit un contact psihologic productiv cu subiecții, evidențiindu-se trăirile în cadrul conflictului psihologic, cauzele care au declanșat și au menținut maladia și s-a efectuat corectarea modului de a reacționa la boală. Scopul ultimei faze, de susținere, a constat în prevenirea apariției recurenței și profilaxia noilor episoade de depresie.

Obiectivele unui program terapeutic eficient instituit nu s-au putut realiza în absența unei bune compilanțe a pacientului și ea a fost cu atât mai necesară, cu cât era vorba de un pacient cu o boală cronică, care necesita un tratament de lungă durată. Prin complianță se înțelege gradul, maniera adecvată, strictă în care un pacient aderă, se conformează, îndeplinește prescripțiile, recomandările terapeutice ale medicului său curant [3]. Modalitățile de manifestare ale non-complianței terapeutice puteau fi recunoscute sincer de către pacient ca fiind intenționate sau neintenționate sau puteau fi negate, disimulate de acesta, din diferite motive, conștiente sau inconștiente, caz în care acesta reușea (sau nu) să ne inducă în eroare, cu repercusiuni negative atât pentru terapeut, de ex. concluzia unei false non-respondențe la un medicament cu schimbarea nejustificată a schemei terapeutice, cât și pentru pacient - întârzierea sau absența remisiunii episodului actual de boală. De aceea am insistat asupra respectării de către pacienți a prescripțiilor medicale, nemodificarea orarului de administrare a medicamentelor, a schemei terapeutice prin

suprimarea unor preparate prescrise sau prin introducerea unor preparate noi, din proprie inițiativă, evitând cura terapeutică discontinuă, cu întreruperi sau un mod haotic de a lua medicația.

Am augmentat complianța terapeutică a pacientului și prin conștientizarea stării de boală, și deci, și a necesității tratamentului adecvat pentru obținerea ameliorării sau a dispariției simptomelor, a remisiunii episodului de boală și a profilaxiei recăderii; convingerea că tratamentul prescris este eficient, non-nociv, adecvat realizării scopului terapeutic, evitându-se o schemă terapeutică prea complexă și prea des schimbată; conștientizarea necesității tolerării eventualelor efecte adverse inevitabile ale medicamentului, precum și a duratei minime necesare pentru ca medicamentul să realizeze obiectivele susmenționate. S-a luat în considerație și experiența prezență, prin posologie cu prize precise pe zi, cu maximum câteva medicamente diferite, astfel observându-se efectele benefice la tratamentul episodului actual prin ameliorarea progresivă a simptomelor, efecte adverse absente sau neglijabile.

Drept strategii de creștere a complianței au fost stabilite și colectarea de informații de la pacient prin întrebări repetate, iar pentru înțelegerea problemelor acestuia, informarea, educarea pacientului privind boala sa și tratamentul ei; creșterea motivației la pacient pentru ca acesta să facă față rezistențelor, problemelor psihosociale întâmpinate, ce pot scădea complianța; modificarea schemei de tratament (dozaj, cale de administrare), discutarea aptitudinilor sale de a face față unor situații, care potențial scad complianța; schimbarea contingentelor prin: discutarea consecințelor negative ale complianței terapeutice (rușine etc.); discutarea reacțiilor adverse.

Cadrul familial a favorizat complianța printr-o implicare neintrusivă, suportivă, cu absența stărilor intrafamiliale conflictuale, cu acceptarea adaptării la schimbările provocate de boala unui membru al acestei familii.

Numeroase studii atestă faptul, că terapia combinată este mai eficace decât tratamentul medicamentos și psihoterapia, efectuate separat [4, 8]. În elaborarea strategiilor terapeutice, metodele biologice le-am utilizat în combinație cu cele psihologice, însă pentru bolnavii, incapabili de comunicare, am folosit în primul rând metode biologice.

Subiecții au beneficiat de un tratament complet al tuturor simptomelor și nu numai ale unora dintre ele. Administrarea preparatelor a fost graduală și nu a urmat intenția de a elibera subiecții cât mai repede posibil de un simptom sau altul, astfel evitându-se principiul de polipragmazie (indicarea momentană a câtorva preparate de același tip), fapt care a permis evitarea unor reacții toxice, adverse complicate.

La începutul tratamentului a fost evitată indicarea concomitent cu un antidepresiv a unui stabilizator al dispoziției, a unui preparat anxiolitic, neuroleptic sau al unui hipnotic. Acest lucru s-a efectuat numai în cazul, când erau prezente indicații majore (agitație, raptus melancolic, stupoare etc.). A fost continuat tratamentul cu antidepresive și după apariția remisiunii complete, mai ales în cazurile, care erau precedate de accese severe și recidivante.

Din grupul preparatelor inhibitorii neselective ai NA și 5HT fac parte antidepresivele triciclice, ele fiind medicamente

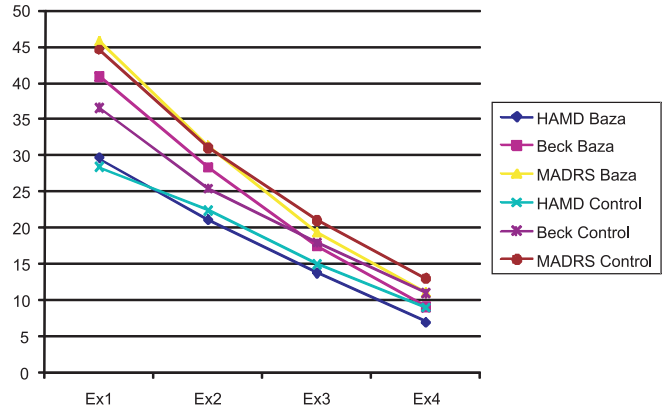


Fig. 1. Modificări ale scorurilor față de debutul studiului în cazul depresiei rezistente anxios-agitate.

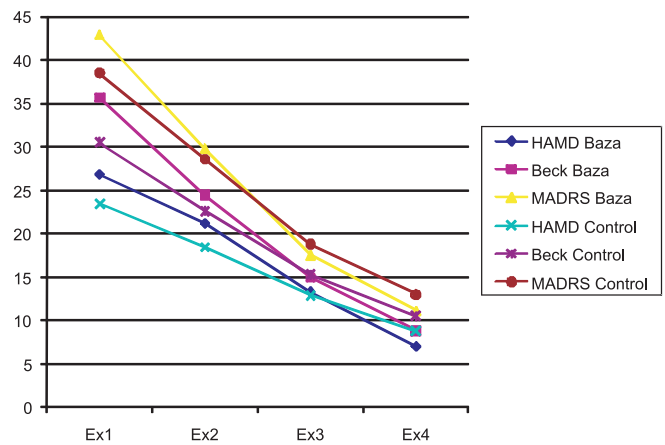


Fig. 2. Modificări ale scorurilor față de debutul studiului în cazul depresiei rezistente atipice.

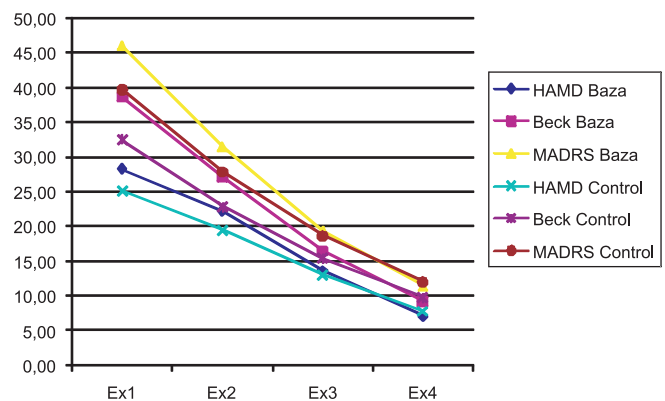


Fig. 3. Modificări ale scorurilor față de debutul studiului în cazul depresiei rezistente melancoliforme.

din primul „eșalon” și terapia depresiei rezistente urmează să se înceapă anume cu preparatele acestei grupe. Aceste medicamente OMS le atribuie în lista remediilor psihotrope de bază, necesare în tratamentul depresiei refractare (The List of Essential Drugs, WHO, 2001). Ele sunt indicate nu numai în depresiile endogene, dar și ca mijloace profilactice în accesele repetate ale depresiilor monopolare.

Tratamentul adjuvant a fost orientat spre sporirea acțiunii curative, urgentând procesul de vindecare, scăzând din inten-

sitate simptomele de anxietate, insomnie, dar și alte simptome ale maladiei. Pacienții cu simptomatologie afectivă psihotică au necesitat indicarea antidepresivelor și neurolepticilor. În acest caz, asocierea neuroleptic + antidepresiv, pe o durată de câteva săptămâni, s-a dovedit a fi superioară monoterapiei, adică subiecții răspundeau mai bine decât la indicarea acestor preparate aparte.

În depresiile, marcate de neliniște, agitație, insomnie, anxietate, tahicardie, extrasistole, dureri precordiale pseudoanginoase, neurolepticele utilizate au avut capacitatea de a controla eficient aceste simptome, iar în vederea diminuării și înlăturării acestor acuze, am indicat Risperidona, Olanzepina, Amisulprida, Clozapina, dar și neurolepticele clasice (Levomepromazină, Tioridazină, Haloperidol etc.), iar de obicei dozele au fost mai mici, în comparație cu tratamentul schizofreniei. Aceste substanțe au avut capacitatea de a controla eficient agitația psihomotorie, neliniștea, delirurile, fenomenele halucinatorii, insomnia, anxietatea etc. În asocierea neurolepticilor cu antidepresivele triciclice s-a notat sporirea efectelor clinice, dar și încetinirea metabolismului atât al antidepresivelor, cât și al neurolepticilor, astfel intensificându-se efectul sedativ, dar și acțiunile secundare. Deoarece utilizarea antidepresivelor activatoare dezinhibitorii putea crește riscul suicidar prin ameliorarea inhibiției psihomotorii, provocând anxietate, insomnie, ele au necesitat asocierea unor substanțe sedative anxiolitice, eventual a unor neuroleptice de tip sedativ. Prezența riscului suicidar a impus măsuri de supraveghere strictă, mai ales după ameliorarea fenomenelor de tip inhibiție psihomotorie.

Dacă nu s-a obținut nici un rezultat după 4-5 săptămâni de medicație cu antidepresivele triciclice, le-am schimbat cu unul din clasa NaSSA (inhibitori ai recaptării serotoninei și a noradrenalinei) – venlafaxina, care la utilizarea de 150 mg/zi producea ameliorare din prima săptămână, dar am administrat și o terapie de augmentare prin completarea tratamentului cu timestabilizatoare.

Amitriptilina a fost indicată în stările depresive anxioase - agitate rezistente și a constat în administrarea intramusculară a preparatului, în prima zi câte 20 mg la 9⁰⁰ și 9³⁰, câte 40 mg la 10³⁰, câte 50 mg la 12³⁰, câte 60 mg la 17³⁰ și 21⁰⁰, în ziua a 2...4-a se administrează câte 40 mg la 9⁰⁰, câte 60 mg la 12⁰⁰, câte 70 mg la 17³⁰ și câte 80 mg la 21⁰⁰, iar în următoarele 5...10 zile - câte 70 mg la 9⁰⁰, câte 80 mg la 14⁰⁰ și câte 100 mg la 21⁰⁰. S-a constatat mărirea efectului curativ printr-un model de posologie comod și acceptat de către pacient, obținerea rezultatelor terapeutice stabile cu formarea unei evoluții pozitive în starea psihică prin acțiunea timoanaleptică a preparatului, creșterea tonusului dispozițional, rezoluția anxietății, tristeții vitale, labilității emoționale, comportamentului suicidar, a agitației psihomotorii, a insomniei. Avantajul intervenției constă în reducerea duratei tratamentului și evitarea efectelor adverse. Rezultatul intervenției a fost obținerea unui efect curativ sporit și micșorarea costului tratamentului.

Clomipramina a fost indicată în stările depresive melancolice refractare prin administrarea preparatului intramuscular, în prima zi - câte 25 mg la orele 9⁰⁰ și 9³⁰, câte 50 mg la 10³⁰, la

12³⁰, la 17³⁰ și la 21⁰⁰, în ziua a 2...4-a se administrează câte 50 mg la 9⁰⁰ și 12⁰⁰ și câte 75 mg la 17³⁰ și 21⁰⁰, iar în următoarele 5...10 zile - câte 75 mg la 9⁰⁰ și 12⁰⁰ și câte 100 mg la 21⁰⁰. S-a constatat mărirea efectului curativ printr-un model de posologie comod și acceptat de către pacient, obținerea rezultatelor terapeutice stabile cu formarea unei evoluții pozitive în starea psihică prin acțiunea timoanaleptică a preparatului, creșterea tonusului dispozițional, rezoluția tristeții vitale, comportamentului suicidar, inapetenței, insomniei. Avantajul intervenției a constat în reducerea duratei tratamentului și evitarea efectelor adverse.

Imipramina a fost indicată în stările depresive apato-inhibate refractare și a constat în administrarea preparatului intramuscular, în prima zi - câte 25 mg la orele 9⁰⁰ și 9³⁰, câte 50 mg la 10³⁰, la 12⁰⁰, la 14⁰⁰ și la 17⁰⁰, în ziua a 2...4-a se administrează câte 75 mg la 9⁰⁰ și 11³⁰ și câte 50 mg la 14⁰⁰ și 17⁰⁰, iar în următoarele 5...10 zile - câte 100 mg la 9⁰⁰ și câte 75 mg la 13⁰⁰ și la 17⁰⁰. Avantajul metodei a constat în micșorarea duratei tratamentului și evitarea efectelor adverse, iar rezultatul a constat în obținerea unui efect curativ sporit și reducerea costului tratamentului.

Pentru creșterea sensibilității față de psihofarmacoterapie s-a folosit metoda de suspendare unimomentană, în combinație cu diureza forțată, trecerea la venlafaxină sau efectuarea ulterioară a terapiei electroconvulsivante.

În observațiile noastre am asociat antidepresivele triciclice cu terapia electroconvulsivantă, aplicând-o la 10 subiecți. Am aplicat terapia electroconvulsivantă doar în cazuri de pericol vital, în sensul afectării sănătății fizice a pacienților, cu un risc autolitic ridicat, manifestări psihotice persistente, de ex. stupor, când subiecții refuzau să bea suficiente lichide pentru a-și menține o funcție renală adecvată și să se alimenteze, când pacienții nu reacționau la alte tratamente, iar un rezultat terapeutic rapid era indispensabil.

Terapia electroconvulsivantă a rezolvat, în marea majoritate a cazurilor, insomnia după o ședință; negativismul, inclusiv alimentar - după a doua ședință; durerea morală, delirul, inclusiv cel de autoacuzare și riscul suicidar - după a treia ședință. Astfel, după o săptămână s-au rezolvat problemele de urgență ale maladiei.

Pentru evaluarea efectelor medicamentului, validarea nivelului de responsivitate terapeutică, am utilizat examinări clinice repetate și aplicarea unor teste psihologice specifice: HAM-D - scala de cotare a depresiei Hamilton, MADRS - scala de cotare a depresiei Montgomery-Asberg, BDI (Beck Depression Inventory) - scala de cotare a depresiei Beck. Prezentăm modificarea scorurilor față de debutul studiului în loturile studiate (fig. 2).

Regresarea psihopatologiei depresiei rezistente anxioase-agitate evolua lent, treptat. În primul rând se reduceau manifestările anxioase - fobice și numai apoi, dispoziția propriuzisă. Astfel, la sfârșitul primei săptămâni se reduceau ideile suicidare, pacienții deveneau mai comunicativi, apărea interes pentru activități, scădeau din intensitate tulburările de somn și apetit. Către sfârșitul celei de-a doua săptămâni se ameliora dispoziția, scădea anxietatea. Pacienții nu-și mai etichetau starea ca fiind disperată. La sfârșitul celei de-a treia săptămâni

mâni se reduceau ideile de culpabilitate. La încheierea curei se reduceau toate simptomele depresive de bază, cu o „trezire” din boală. După reducerea simptomatologiei depresive principale, dar în cazul unei remisii parțiale, pe parcursul a încă 3-4 săptămâni se observa încă fatigabilitate crescută, cefalee episodică, pacienții nu suportau sarcinile emoționale și fizice de durată, notându-se plâns facil, suscitabilitate, temeri anxioase, legate de eventuala externare.

La sfârșitul primei săptămâni de terapie a subiecților cu depresie rezistentă apato-inhibată se reducea gravitatea următoarelor simptome: scăderea dispoziției, ideile suicidare, dificultățile de adormire. Către ziua a 14-a se reducea apatia, apărea interesul pentru activități. Către sfârșitul celei de-a treia săptămâni se păstrau stările de vinovăție, care s-au redus numai către ziua a 28-a.

În cazul depresiei rezistente melancoliforme, la sfârșitul primei săptămâni se reducea intensitatea anxietății, dificultățile de adormire. Către ziua a 14-a se ameliora dispoziția, apărea interesul pentru evenimentele din jur, se reduceau tendințele suicidare, creștea durata somnului. Numai către sfârșitul curei se ameliora pofta de mâncare, se reducea inhibiția psihomotorie și intensitatea simptomelor generale fizice (greutate în corp, dureri musculare, fatigabilitate).

Obiectivele psihoterapiei au constat în conștientizarea de către subiecți a originilor suferințelor lor, pe măsură ce le evocă, retrăindu-le într-o situație actuală concretă, împreună cu terapeutul, printr-un proces de transfer afectiv; ajutarea pacientului să-și întărească apărările, să se degajeze nu numai de sistemul de gândire, în care el se găsea închis, dar și de vulnerabilitatea depresivă, așa încât să se promoveze starea de bine subiectiv, suport social și productivitate.

Organizarea ședințelor de psihoterapie prin intervenții scurte la pacienții acuți a asigurat îmbunătățirea atitudinii față de medic, față de boală și tratament și o aderență la terapie după externare. Aceste interviuri au vizat motivația pacienților, dar și explorarea încrederii pacientului față de tratament și a surselor acestuia de ambivalență pentru a corela în final complianța cu scopurile pacientului și menținerea acestuia în comunitate. Au fost analizate rezervele și justificarea nevoilor clinice personale ale pacientului; au fost rezolvate atitudinile negative în eficiența terapiei. Întreținerea acestor ședințe a permis augmentarea complianței pacientului prin creșterea interesului, preocupării pacientului pentru tratament, prin repetate întrebări privind cunoștințele acestuia referitoare la subiectul respectiv. În prima fază am discutat cu pacienții asupra problemelor, care urmau a fi soluționate în cursul tratamentului, asupra scopurilor, care pot fi atinse și a duratei tratamentului. Intervenția de susținere, bazată pe reasigurare, a fost programată pentru un număr de ședințe, în funcție de complexitatea problemelor de soluționat. Realizarea, încă de la prima convorbire cu pacientul a unui raport afectiv pozitiv, a avut un rol extrem de important în conștientizarea acestuia, că în orice moment el va fi ajutat cu multă bunăvoință și competență. Pe parcursul acestor ședințe, atât bolnavii, cât și cei care-i înconjurau, trebuiau să știe, că ei vor fi ascultați, că observațiile lor vor avea o influență și că ei vor fi mereu informați. Prima consultație a avut o importanță capitală, ea

influențând mult traiectoria subiectului, condițiile de tratament, pronosticul. Bolnavii aveau nevoie și de solitudine, dar deoarece pentru ei liniștea era agresivă, iar a vorbi prea mult – ucigător, a fost iminentă găsirea unui compromis. Inițial ședințele au permis recunoașterea dereglărilor, producându-se o mare ușurință pentru pacient, care se îndoia de realitatea tulburărilor sale, astfel realizând, că este vorba de o maladie, care necesită un tratament specific. Informând bolnavii, a trebuit să fim concisi, ținând cont de faptul, că ei erau oboșiți, că le este greu să se concentreze și că au tulburări de memorie. În timpul primei consultații, numeroase avantaje a prezentat participarea unui membru din anturaj, dar numai cu acordul pacienților, deoarece ei trebuiau să aibă absoluta convingere, că ceea ce este secret, va rămâne secret. Au fost ajutați și doritorii să se exprime în fața pacientului, dar în cazul, când ei erau neîndemânatici și făceau propuneri, care puteau afecta grav bolnavul, am intervenit pentru a evita o formulare inadecvată sau rănitore. Am constatat, că mai puțin de jumătate dintre pacienți au vorbit cu o persoană din anturajul lor. De aceea am propus rudelor câteva reguli: a nu nega adevărul - ei sunt bolnavi, dar se vor vindeca; a nu se enerva de încetineala lor; a nu fi bănuitori, fiindcă pacienții sunt mai bine (sau mai puțin rău) seara; ceea ce este bun pentru dv, nu este necesar pentru ei; a-i stimula, nu înseamnă a-i buscula, a-i înghesui; a accepta de a nu primi prietenii un timp; și dacă nu vorbesc de suicid, aceasta nu înseamnă, că ei nu-l vor comite; a fi prezent cu ei, dar nu apăsător; subiecții nu se opun niciodată (decât foarte rar) tratamentului; a nu-i șantaja afectiv - ei întotdeauna primesc rău acest fapt; a-i încredința, că se vor vindeca; a participa la tratament fără a fi autoritar; este greu pentru dv, dar și mai greu este pentru ei; să nu vă considerați vinovat de starea lor; să vă rezervați puțin timp și pentru dv, fiindcă e dur de suportat.

În următoarea etapă, am încurajat pacienții să vorbească despre problemele lor, în timp ce ascultam cu interes, astfel bolnavii simțeau, că li se acordă întreaga atenție și preocupare din partea terapeutului și că problemele lor au fost luate în serios. Deoarece subiecții, aflați în suferință, rețineau puțin din ceea ce li se spunea, ne-am străduit să le oferim informații într-un limbaj accesibil, iar problemele mai importante erau exprimate simplu și, adeseori, repetându-le. Încurajarea era valoroasă, dar dacă era prematură, putea distruge încrederea pacientului, de aceea i-am încurajat numai atunci, când problemele au fost înțelese pe deplin. Încurajarea a fost bazată pe adevărul psihic, pentru că dacă pacientul afla, că a fost înșelat, își pierdea încrederea, adică factorul esențial pentru întregul tratament.

Pe tot parcursul tratamentului am încercat să ajutăm bolnavul să-și depășească problemele emoționale printr-o combinație de „ascultare” și „vorbire”, pentru că a vorbi despre problema sa înseamnă a face primul pas spre vindecare. În acest proces, ascultarea era mult mai importantă decât vorbirea, pentru că scopul principal era de a-l face pe pacient să se înțeleagă mai bine pe sine însuși. Pentru pacient o parte a acestui proces era reprezentată de gândirea „cu voce tare”, care era un bun procedeu de clarificare a unor idei, care nu au fost nicicând formulate în cuvinte. De asemenea, acest

lucru a ajutat bolnavii să-și conștientizeze legăturile necunoscute anterior între diverse aspecte ale sentimentelor și comportamentului, astfel că problemele pacienților deveneau mai inteligibile.

Psihoterapia psihanalitică nu se situează undeva între sismoterapie și chimioterapie. O evaluare numai a trăirilor emoționale, corporale și a reprezentărilor conștiente ale subiecților nu ne-a permis tratarea completă a maladiei, astfel rămânând neelucidate multe lucruri inconștiente, care provoacau rezistența. Lucrul s-a derulat numai din momentul, când pacientul a putut funcționa asociativ, având reprezentări psihice, dar și în cazul diminuării psihopatologiei productive. Psihoterapia psihodinamică s-a desfășurat inițial în formă de consultații, și numai ulterior a avut loc sub formă de ședințe a câte 45 de minute. Indicații pentru trecerea la această psihoterapie a fost și prezența unei motivații la schimbare; relație reciprocă; forța Eu-lui, capacități adaptative la cadru; un oarecare număr de insight-uri și capacitate de introspecție, dar și capacitate de a-și exprima emoțiile. Pacientul a fost ascultat cu răbdare, atenție și simpatie, evaluându-i-se suferințele. Acest fapt a permis ca pacientul să aibă încredere în terapeut, înțelegând că nu este un caz izolat și că stări similare există și la alți oameni. Ascultând, am reușit să decodăm un conținut manifest, pentru a citi acolo ceva din inconștient. Bolnavii au fost asigurați de un prognostic favorabil, fiind informați asupra tratamentului și a dispariției în urma acestuia a unor simptome chinuitoare, explicându-li-se faptul, că oscilațiile dispoziției sunt temporare.

În relația de transfer, subiectul a traversat din nou toate stadiile dezvoltării psihoafective, în particular atașamentul ambivalent față de mamă și conflictele dragoste-ură, care au rezultat. Acest lucru a permis subiecților de a interioriza „obiectul bun” sau figura „mamei bune” și de a depăși dragostea-ură pe această imagine bună părintească. În caz de fixare și regres la acest stadiu, a fost important ca subiectul să retraverseze poziția depresivă în decursul terapiei, printr-un transfer dureros și ambivalent.

Contratransferul a fost nu atât impactul pacientului, cât reacția inconștientă a terapeutului față de transferul pacientului. Pentru ca subiecții să aibă sentimentul și certitudinea, că erau protejați, îngrijiți și că aveau în orice moment posibilitatea de a se adresa terapeutului lor, a trebuit să realizăm de la bun început un contratransfer pozitiv, să fim alături de bolnav, calmi, gata să intervenim cu multă bunăvoință la solicitări.

Am observat clinic faptul, că pacienții cu depresie rezistentă aveau preponderent vise, în care erau victime ale unor evenimente neplăcute: erau înfrânți, excluși, dezamăgiți, devalorizați etc. și aveau mai puține vise, în care jucau un rol agresiv sau ostil. Acest masochism ar fi trebuit să se manifeste prin autocriticism, respingere și idei suicidare. Conținutul visurilor deseori prezentau teme masochiste de pedeapsă, de urătenie, de incompetență etc. În vis conceptele erau transpuse în imagini exagerate, printr-o reprezentare a individului ca fiind de ex., complet singur etc.

În terapia depresiilor refractare a fost luat în considerație și riscul suicidar, deoarece la 121 de pacienți (39,54 %) (lot bază) s-au notat idei sau acte de auto-vătămare sau suicid, iar în cel martor - 98 de cazuri (32,03%), rezultatele fiind statistic

concludente ($x^2 = 3,76$, $p > 0,05$), iar psihoterapia aplicată aici a fost un mijloc de alegere.

Discuții

În tratamentul stărilor depresive refractare o importanță deosebită a avut alegerea corectă și consecutivă a metodelor de tratament. Strategiile, referitoare la depășirea tulburărilor depresive rezistente ale pacienților au constat în alegerea celei mai favorabile opțiuni terapeutice privind evaluarea corectă a evoluției, evitarea unor greșeli de ordin terapeutic, iar asocierea chimio- și psihoterapiei, măsurile psihoprofilactice și de suport social au ajutat bolnavii să trăiască armonios, fără căutarea unui panaceu medicamentos de vindecare.

Concluzii

1. Reușita strategiilor în tratamentul depresiei rezistente a fost strâns legată de elaborarea unui plan terapeutic adecvat, de durată, astfel evitându-se scăderea motivației, complianței, diminuarea încrederii în șansa de recuperare. Eficacitatea preparatului și siguranța administrării au constituit condiții importante în alegerea medicației. Pattern-ul endogen al depresiei refractare, prin accentuarea matinală a simptomatologiei, este predictiv pentru răspunsul pozitiv la terapia antidepressivă, în special cu antidepressive triciclice.

2. Tratamentul de lungă durată a fost un factor indispensabil al eficienței terapeutice, în vederea prevenirii recăderilor pe termen lung, scăderea ratei de cronicizare și a fost indicat în prezența unor condiții pentru recurențe, și anume: persistența simptomatologiei reziduale, ereditate încărcată, risc suicidar, comorbidități severe, durată mare a episoadelor anterioare etc.

3. Decizia sistării tratamentului a fost bazată pe luarea în considerație a probabilității de recurență, a frecvenței, a severității episoadelor anterioare, persistența simptomelor reziduale după recuperare, eventuale comorbidități și nivelul de cooperare a pacientului. În depresia rezistentă psihotică endogenă sunt necesare, în primul rând, antidepressivele, însă odată cu inițierea terapiei farmacologice trebuie începută și o psihoterapie adecvată. Mai târziu, psiho- și socioterapia au rol de susținere a terapiei medicamentoase și un rol profilactic al recăderilor.

4. Pentru a obține un efect terapeutic bun este necesară administrarea medicamentului în doză adecvată; de preferință monoterapia, pentru că combinația de medicamente poate duce la creșterea numărului complicațiilor și a efectelor secundare. Deși este preferabilă monoterapia, există cazuri, în care combinarea tratamentului antidepressiv cu alte medicamente, este iminentă. Antidepressivele trebuie utilizate progresiv, în doze crescând, pentru a avea efecte secundare reduse, iar scoaterea medicamentului trebuie făcută, de asemenea progresiv, deoarece o oprire bruscă provoacă un sindrom de sevraj.

5. Psihoterapia s-a dovedit a fi una din metodele de bază în complexul multiplelor intervenții terapeutice și a fost aplicată inițial cu explicarea tacticii terapeutice. Psihoterapia era ori-

entată la manifestările bolii psihice și a constat în explicarea caracterului maladiei, cu accent asupra laturilor pozitive de evoluție, cu tendința de a activa pacienții, a le oferi un suport emoțional, astfel că pe parcurs, nu numai manifestările clinice, dar și situațiile insolubile erau reduse.

Bibliografie

1. American Psychiatric Association: Practice Guideline for the Treatment of Patients With Bipolar Disorder (Revision). *Am J Psychiatry*. 2002;159(suppl).
2. Anderson I. NICE clinical Guideline 90. Depression: the treatment and management of depression in adults. 2009, London;64.
3. Berkowitz RI. Behavior Therapy in: R.E.Hales, Yudofsky S.C. (Eds) : *The American Psychiatric Publishing Textbook of Clinical Psychiatry*. 4th ed, A.P.P. Inc. Washington DC. 2003;1237-1238.
4. Burnand Y. Psychodynamic psychotherapy and clomipramine in the treatment of major depression. *Psychiatr Serv*. 2002;53(5):585-90.
5. Gaboș Grecu I, Gaboș Grecu Marieta, Pop Mihaela. Tratatamentul depresiei rezistente cu fluoxetină și olanzepină. Congres național cu participare internațională, 4 – 7 octombrie. Iași, 2000;76-77.
6. MacEwan GW, Remick RA. Treatment resistant depression: a clinical perspective [comments]. *Can J Psychiatry*. 1988;33:788-792.
7. Pampallona S. Combined pharmacotherapy and psychological treatment for depression: a systematic review. *Arch Gen Psychiatry*. 2004;61(7):714-9.
8. Thase ME. Psychotherapy of refractory depressions. *Depress Anxiety*. 1997;5(4):190-201.
9. Udriștoiu T, Marinescu D, Chiriță Anca. Psihofarmacologia sindroamelor depresive versus rezistență terapeutică. Congres național cu participare internațională, 4 – 7 octombrie. Iași, 2000;77.
10. World Health Report. 2001. WHO. Geneva, 2001;178.
11. Бондарь ВВ. Терапевтически резистентные эндогенные депрессии (клиника, типология, вопросы патогенеза и лечения): Автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 1992;21.

Corresponding author

Ghenadie Cărăușu, M. D., Ph. D. Associate Professor
 Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology
 Nicolae Testemitanu State Medical and Pharmaceutical University
 3, Costiugeni Street
 Chisinau, Republic of Moldova
 Telephone: 794611
 E-mail: drcarusu@yahoo.com

Manuscript received September 23, 2010; revised December 02, 2010

Artroplastia șoldului în tratamentul fracturilor de cotil și consecințele lor

F. Gornea, I. Marin, Gh. Croitor, M. Darciuc, P. Croitor

Catedra de Ortopedie și Traumatologie, USMF „Nicolae Testemițanu“

Arthroplasty of the Hip in the Treatment of Acetabular Fractures and their Consequences

The paper presents the results of hip arthroplasty in the treatment of cotyle fractures in a group of 13 patients. Hip arthroplasty was performed on six patients with cotyle fracture, and hip arthroplasty was performed on 7 patients with osteoarthritis (after cotyle fracture the primary was treated surgically). Remote results were found in only five patients, so statistically speaking, these results are not significant. According to the Harris score, in four cases the remote results were excellent and good and satisfactory. Early complications: neuropathy ischiadic - 2 patients. Late complications: Brooker heterotopic ossified type III-1 patient. If coxarthrosis reduced bleeding after acetabular fracture or there were multiple scars and metal construction that needed to be removed, hip arthroplasty was more problematic. The Harris score preoperatively in 7 patients ranged from 23-45 points leads us to determine the results were unsatisfactory. The overall results in this group of patients, according to Harris score, were considered good in 3 cases, 3 cases satisfactory and one unsatisfactory case. The unsatisfactory result was found in patients with persistent ischiadic nerve neuropathy and satisfactory of a patient with joint mobility and blocking hip because heterotopic ossified Brooker type III.

Key words: arthroplasty of the hip, acetabular fractures.

Эндопротезирование тазобедренного сустава в лечении переломов вертлужной впадины и их последствий

В статье представлен опыт группы авторов в эндопротезировании тазобедренного сустава в лечении переломов вертлужной впадины и их последствий в группе 13 больных. Шести больным было сделано эндопротезирование тазобедренного сустава впоследствии перелома вертлужной впадины и семи больным - эндопротезирование тазобедренного сустава впоследствии посттравматического коксартроза (после перелома вертлужной впадины, которая первично была решена хирургическим путём). По оценке шкалы Харриса, в 4-х случаях отдаленные результаты были отличные и хорошие, и в одном случае - неудовлетворительные. Ранние осложнения: посттравматическая невропатия седалищного нерва – у 2-х больных. Позднее осложнение: осификаты Брукер тип III – у 1-го пациента. В случае коксартроза, после открытого остеосинтеза перелома вертлужной впадины, при наличии многочисленных рубцов и многочисленных металлических конструкций, которые необходимо удалить, эндопротезирование тазобедренного сустава было более проблематичным. Шкала Харриса перед операцией у 7-ми больных колебалась от 23-45 баллов, что является неудовлетворительным результатом. Общие результаты в этой группе больных, по данным шкалы Харриса, считались хорошими в 3-х случаях, удовлетворительными – в 3-х случаях и неудовлетворительными – в одном случае. Неудовлетворительный результат оценен у больного с постоянной невропатией седалищного нерва и удовлетворительный результат – у пациента с болями в тазобедренном суставе и блокированием подвижности тазобедренного сустава осификатами Брукер типа III.

Ключевые слова: эндопротезирование тазобедренного сустава, переломы вертлужной впадины.