

ДАЙДЖЕСТ

Прогнозирование выраженности болевого синдрома во время медикаментозного аборта

Аборт, самопроизвольный или искусственный, является одним из наиболее распространенных явлений в акушерской практике — в настоящее время количество проведенных аборт в мире достигает 46 млн ежегодно. Проблема безопасного аборта является приоритетной в работе многих международных организаций, деятельность которых связана с охраной репродуктивного здоровья женщины.

Все большее распространение во всем мире получает метод медикаментозного аборта (возможен в I триместре беременности). Медикаментозный аборт как один из методов безопасного прерывания беременности в настоящее время является широко распространенным среди жительниц экономически развитых стран; этот метод мог бы стать приемлемым и для женщин, проживающих в развивающихся странах. Наиболее эффективной схемой медикаментозного аборта является использование мифепристона, а затем простагландина; применение комбинации этих препаратов эффективно в 95% случаев. Кроме того, успех проведения вмешательства в значительной мере зависит от сроков прерываемой беременности и резко уменьшается при увеличении продолжительности последней.

Как свидетельствуют данные проведенных клинических исследований и накопленный клинический опыт, медикаментозный аборт характеризуется хорошей переносимостью. Однако нередко процедура сопровождается появлением типичных побочных эффектов применяемых препаратов, а также схваткообразными болями внизу живота. Поэтому крайне важным аспектом при проведении медикаментозного аборта является адекватное обезбоживание.

В каждом учреждении, в котором проводится данное вмешательство, должны быть определены стандарты применения обезбоживающих средств. При наличии болевого синдрома можно использовать спазмолитики и анальгетики. Потребность в обезбоживании у пациенток отличается в зависимости от эмоционального состояния и порога болевой чувствительности. Кроме того, выраженность болевого синдрома во время медикаментозного аборта зависит от других факторов, изучению которых было посвящено исследование финских ученых.

Под руководством специалистов кафедры акушерства и гинекологии Центрального госпиталя при Университете г. Хельсинки (Финляндия) было проведено исследование с участием 54 женщин, средний возраст которых составил 26 лет (от 18 до 42 лет). Женщинам проводился медикаментозный аборт на ранних сроках беременности — до 64-го дня от 1-го дня последней менструации (в среднем 47 дней, от 32 до 63 дней). Женщины оценивали выраженность боли во время медикаментозного аборта по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) и сравнивали ее с таковой во время менструации.

Показано, что чем старше была пациентка, тем менее интенсивной казалась ей боль во время медикаментозного аборта ($r=-0,30$). Кроме того, была отмечена отрицательная корреляция между выраженностью боли и количеством предыдущих беременностей ($r=-0,34$) и родов ($r=-0,57$). В то же время выраженность алгии усиливалась с увеличением продолжительности гестации ($r=0,31$). Важным заключением ученых стал факт, что выраженность боли во время медикаментозного аборта находится в прямой зависимости от интенсивности болевых ощущений, переживаемых женщинами во время менструации ($r=0,34$).

Таким образом, можно предположить, что у нерожавших женщин более молодого возраста с болезненными менструациями болевой синдром во время медикаментозного аборта будет более выражен, а потребность в дополнительном обезбоживании во время проведения процедуры выше.

Suhonen S., Tikka M., Kivinen S., Kauppila T.
Contraception. 2011 Apr;83(4):357-61. Epub 2010 Oct 6.

Стратегия повышения мотивации пациента в лечении хронической боли

В настоящее время считается, что наиболее эффективной моделью отношений между врачом и больным является партнерство, при котором врач и больной совместно прилагают усилия для устранения пациент синдрома, разделяя ответственность за результат лечения. Изначально мотивационное интервьюирование было разработано для помощи больным, страдающим алкоголизмом. Вскоре этот подход был принят на вооружение при лечении других поведенческих проблем, оказывающих влияние на здоровье. Стратегия повышения мотивации актуальна и для лечения хронической боли, принимая во внимание многочисленные мотивационные проблемы, с которыми сталкиваются пациенты, пытаясь выработать и поддерживать адаптивное реагирование на боль. Ниже представлены принципы, которыми должен руководствоваться врач, желающий повысить эффективность лечения своего пациента с помощью стратегии повышения мотивации.

1. Эмпатическое слушание. Наблюдения психологов свидетельствуют о том, что выслушивание врачом истории болезни само по себе оказывает на пациента терапевтическое воздействие и позитивно сказывается на результате лечения.

2. Выражение сочувствия. Важной позицией, подчеркивающей сочувствие, является безусловное принятие всего сказанного пациентом без осуждения, критики или порицания. Подобный подход не равнозначен согласию. Он отражает желание понять позицию пациента и, в свою очередь, быть понятым пациентом.

3. Устранение противоречий. Задача врача состоит в том, чтобы избежать противоречий между поведением пациента в настоящее время и серьезными целями, стоящими перед ним в жизни. Следует избегать так называемых конфронтационных подходов, поскольку они часто приводят к оборонительной реакции со стороны пациента.

4. Уклонение от дискуссий. Врач любой ценой должен избегать дискуссий, особенно таких, в ходе которых выступает в защиту конкретного действия. Спор дает пациенту возможность найти причины уклонения от изменений и, следовательно, может скорее затормозить таковые, чем способствовать им.

5. Преодоление сопротивления. Врач должен избегать спора путем переключения стратегии. Помимо несогласия и дискуссии, существуют и другие способы реагирования на сопротивление пациента. В первую очередь это подтверждение высказываний пациента таким образом, чтобы продемонстрировать, что врач понимает двойственное отношение пациента к изменениям.

6. Формирование чувства контроля над болью. Известный американский ученый J.D. Frank утверждает, что чувство контроля, или управления болью, является одним из главнейших факторов мотивации и укрепления духа и может оказывать огромное влияние на состояние пациента и течение болезни. Данный феномен в научной литературе обозначается как самоэффективность — вера человека в то, что он способен на определенное поведение. Следовательно, важным аспектом стратегии повышения мотивации является утверждение или постановка вопросов, которые помогут пациенту поверить в то, что изменения возможны.

Голубев В.Л., Данилов А.Б., Добрушина О.Р.
http://www.rmj.ru/articles_7445.htm

Ученые выяснили причину ежемесячного изменения настроения у женщин с предменструальным дисфорическим расстройством

В норме даже женщины с регулярным менструальным циклом могут отмечать некоторый дискомфорт непосредственно перед менструацией. Только около 5-8% женщин репродуктивного возраста имеют симптомы предменструального дисфорического расстройства (ПДР), которое является тяжелой формой предменструального синдрома.

К характерным симптомам ПДР относят гнев, раздражительность, перепады настроения, трудность в концентрации внимания, выраженную усталость, сильное чувство подавленности или отсутствия контроля. Данные симптомы начинают развиваться примерно за 1 нед до менструации. В это время у женщин наступает поздняя лютеиновая фаза цикла, и уровень прогестерона находится на пике. После менструации симптомы ПДР быстро проходят, что свидетельствует о начале фолликулярной фазы.

Для того чтобы изучить механизм, лежащий в основе перепадов настроения у женщин с ПДР, доктор Андреа Рапкин (Andrea Rapkin) из Университета Калифорнии (г. Лос-Анджелес, США), используя позитронную эмиссионную томографию, оценивала метаболизм глюкозы, который сигнализирует об активности мозга. Целью исследования был анализ активности мозга 12 женщин с признаками ПДР и 12 женщин без подобных симптомов (группа контроля). Анализ проводился в разное время на протяжении всего менструального цикла. Перед каждым сканированием женщинам предлагалось оценить тяжесть симптомов по шкале от 1 до 6. Также осуществляли забор образцов крови для оценки гормонального фона. Было выявлено, что у всех женщин отмечались одинаковые колебания уровня прогестерона в течение цикла, однако у некоторых симптомы ПДР фиксировались, а у кого-то — нет.

Анализ выявил следующее: в поздней лютеиновой фазе у женщин с ПДР отмечалась повышенная активность в мозжечке. Чем выраженнее была эта активность, тем более тяжелая симптоматика регистрировалась. Женщины, не страдавшие ПДР, не имели подобного всплеска активности, несмотря на то что уровень прогестерона в этот момент у них повышался.

Ранее проведенные исследования на животных также свидетельствуют о том, что прогестерон способен изменять форму рецепторов, находящихся в мозжечке. Изменения в рецепторах делают их менее чувствительными по отношению к γ -аминомасляной кислоте — важнейшему тормозному нейромедиатору центральной нервной системы, одной из функций которого является ограничение активности, связанной со стрессом и тревогой.

<http://www.biologicalpsychiatryjournal.com/>

Подготовила **Ольга Татаренко**



* СПАЗМИ ГЛАДКОЇ мускулатури шлунково—кишкового тракту

* СПАЗМИ ГЛАДКОЇ мускулатури при захворюваннях сечового тракту

* ГІНЕКОЛОГІЧНІ захворювання (дисменорея)



ШВИДКО ТА НАДІЙНО
УСУВАЄ часту причину
БОЛЮ* В ЖИВОТІ — СПАЗМ

НО-ШПА® Є — СПАЗМУ НЕМАЄ**

** Белоусов Ю. Б., Леонова М. В. Клиническая фармакология Но-шпа®. Методическое пособие для врачей терапевтов, гастроэнтерологов и клинических фармакологов. — М., 2002.

Р.П. МОЗ України № UA/0391/01/02 від 17.03.10.
Перед застосуванням уважно читайте інструкцію.
Зберігати в недоступному для дітей місці.
Реклама: лікарський засіб, ТОВ «Санofi-Авентіс Україна».
Київ, 01033, вул. Жилинська, 48–50а,
тел.: +38 (044) 354 20 00, факс: +38 (044) 354 20 01.
www.sanofi-aventis.com.ua

sanofi aventis

UA.DRT.10.09.03

Здоров'я — це важливо