

**стр101-102 отсутствуют**

**И. Б. КАПЛУН, В. В. АБРАМЧЕНКО**

О VII Европейском симпозиуме по психосоматическим исследованиям в акушерстве и гинекологии. Дебрецен, Венгрия

**Обзор книг представленных на симпозиуме по психосоматическим исследованиям в акушерстве и гинекологии в Венгрии**

ким проблемам дает результаты как для пациентов, так и для медицинского персонала. Снижается ощущение «работы на износ», соперничество и конфликты на работе.

**«Психосоциальные ситуативные факторы риска. Начало и пути развития соматик в психосоматической гинекологии».** Д-р Дмох, Германия

Классификация гинекологических болезней рассматривает появление группы «трудных» больных. При клинико-психологическом обследовании выявлено повышение чувства тревожности у таких больных, контакт врача и больного затруднен. Часто у таких больных мы диагностируем вульводинию, синдром «тазовых болей», усиление «функциональных» выделений из влагалища, боли внизу живота при беременности. Эта симптоматика может вызываться подсознательными конфликтами, обусловленными межличностными отношениями. Лечение этих симптомов иногда оказывается очень трудным. Еще Феликс Дойч в 1955 г. создал схему лечения «проблемных» пациентов. Доктор Дмох применил схему Дойча у больных с функциональными гинекологическими расстройствами.

**«Взаимодействие гинекологических и сексуальных проблем».** Д-р Бранденбург с соавт., Германия.

Представлено сообщение о 300 пациентках гинекологического департамента, Университетского госпиталя г. Эхен, Германия, 40% пациенток с гинекологическими заболеваниями отмечали сексуальные проблемы. Совпадение гинекологических и сексуальных проблем сказывается на повышении тревожности, изменении питания и даже на внешнем облике пациентки.

**«Хронические тазовые боли. Что мы о них знаем?»** Д-р Зидентопф с соавт., Германия.

На анализе 713 рефератов (историй) проанализирована роль психосоциальных факторов, приводящих не только к «хронической» тазовой боли, но и к сексуальным и физическим расстройствам. Определенная роль в возникновении синдрома тазовых болей принадлежит такой патологии, как эндометриоз, поэтому ранняя диагностика эндометриоза — успех, как в медикаментозном, так и в оперативном лечении.

**«Клинический опыт применения аналогов гонадолиберина в лечении эндометриоза».** Д-р Фекете с соавт., Венгрия.

Отмечен положительный эффект от применения аналогов гонадолиберина. Обследовано 470 пациенток. Произведено 100 рандомизированных исследований. 36% пациенток получали аналоги гонадолиберина в связи с бесплодием, 64% — по поводу синдрома тазовых болей. Ежемесячно пациентки подвергались обследованиям. Отмечались приливы (более 10 раз в день), сухость влагалища, диспареуния, кровотечения. Также выявлялись следующие симптомы: головная боль, тошнота, мышечные боли, выпадение волос, избыточная масса тела, психологическая нестабильность. Выяснено, что большинство женщин страдают от этих симптомов, но если целенаправленно не спрашивать об этом пациентку, то она не обращает на них внимание. Побочные явления чаще выражены в начале лечения.

**«Гистерэктомия и сексуальная жизнь».** Д-р Юхаз, Венгрия.

Проведено проспективное исследование у пациенток с гистерэктомией в течение 4 лет (1996–2000 гг.). В первой группе пациенток (26 человек) выполнена гистерэктомия после операции кесарева сечения. Во 2-й группе (106 человек) показаниями к гистерэктомии явились доброкачественные и злокачественные опухоли матки. В возрастной группе 35–38

лет пациентки отмечали улучшение сексуальной жизни после гистерэктомии, исчезали проблемы и страхи. В тех случаях, когда планирование семьи не завершено, отмечались сексуальные расстройства, т. к. пациентки боялись потерять сексуальную привлекательность.

**«Эффект послеоперационной анальгезии у выздоравливающих после гинекологических операций».** Циманви, Венгрия.

Недостаточное обезболивание и премедикация приводят к ухудшению качества жизни. Исследовались 165 пациенток, которые получили премедикацию перед плановой операцией и 45 пациенток, прооперированных в экстренном порядке без предварительной подготовки. Учитывались такие показатели, как неудовлетворенность операцией, время мобилизации, послеоперационный койко-день. Отмечено, что правильная анальгезия и премедикация перед операцией положительно сказывается на гемодинамике во время операции (не повышается артериальное давление), иммобилизация после операции проходит более спокойно. Меньше выражены вегетативные расстройства (тошнота, рвота). Больные, как правило, удовлетворены операцией.

**«Особенности психосоматического статуса беременных женщин».** Абрамченко В. В., Каплу И. Б., Россия.

Обследовано 297 беременных женщин. Из них 88 беременных здоровых и 209 с различными осложнениями (с гестозом 2-й половины беременности, сопутствующей экстрагенитальной патологией и беременные с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом). У этих беременных отмечалось повышение психосоматического индекса. Беременные данных групп включаются в группу риска акушерских осложнений (аномалии родовой деятельности, гипоксия плода и др.). Такие пациентки нуждаются в опеке окружающих,

повышенном внимании. Наиболее устойчивы к действию неблагоприятных стрессогенных факторов пациентки сотягощенным гинекологическим анамнезом. Беременность и роды необходимо рассматривать, как биологический прогресс, физиологический феномен, социальное явление. Грубое бесцеремонное отношение к роженице со стороны медицинского персонала оставляет глубокий след в ее психике.

#### **«Результаты ведения пациенток с неудачной беременностью»**

Д-р Гаваи М., Венгрия.  
Даны результаты исследования 1000 пациенток с самопроизвольными выкидышами и преждевременными родами. Сделаны выводы, что медицинская помощь оказана хорошо, однако необходимо улучшить психологическую поддержку. Применение психопрофилактики и психотерапии снижает длительность и силу схваток, улучшается психологическая помощь.

#### **«Развитие и совершенствование социальной работы в области гинекологии и акушерства»**

Д-р Регош, Венгрия.  
В докладе говорится о технике «интервью», в котором необходимо выяснить отношения беременной с матерью, детьми, отцом ребенка. Беременная должна иметь представление о собственной беременности, сопоставить желаемое и реальность. Необходимо обследовать социальный статус, финансовую зависимость. Указано, что необходимо оказывать психосоциальную помощь родителям больных детей.

#### **«От античности до вечности: перечитывая Сораносу»**

Д-р Урсинг, Швеция.  
Автор призывает нас учиться у самого известного акушера античности — Сораносу (129 г. до н. э.).

#### **«Факторы, влияющие на принятие решения о прена-**

**тальном инвазивном тестировании у возрастных беременных»**. Д-р Коресцени, Венгрия.

Беременные старшего возраста негативно относятся к пренатальному тестированию. Чем выше образовательный ценз пациентки, тем чаще они отказываются от трансабдоминальной хорионбиопсии. Однако из 82 пациенток 9 попросили провести тестирование с целью исключения внутриутробных пороков развития плода.

#### **«Венгерская программа предупреждения послеродовой депрессии»**

Д-р Херце, Австрия.  
Послеродовая депрессия — это серьезное осложнение родов, оказывающее влияние на взаимоотношение матери как с новорожденным, так и с партнером. В 10–15% отмечается послеродовая депрессия. По статистике, в Австрии частота этой патологии 22%. Факторы риска — депрессия перед родами, социальные факторы, плохие взаимоотношения с отцом ребенка и др. Профилактика послеродовой депрессии входит в план «Women's Health Action Plan of Vienna».

#### **«Кесарево сечение по просьбе роженицы и роды через естественные родовые пути: психосоматические аспекты»**

Д-р Ротт, Германия.  
Тенденция родоразрешения кесаревым сечением по желанию пациентки все чаще встречается в акушерской практике. Пациентки просят родоразрешить их операцией кесарева сечения в связи со страхом, болью, потерей контроля над собой. Врач часто поддается на уговоры, т. к. это дает возможность более безопасно провести роды, однако решение должно быть разумным и зависеть от воли пациентки.

#### **«Перинатальные исходы детей с макросомией»**

Д-р Коцинский, Венгрия.  
Дан анализ осложнений в родах и перинатальной смертности

при макросомии плода (вес плода > 4000 г.) — процент рождения детей с макросомией составляет 8% (739 новорожденных из 9060, рожденных с 1995 — 1999 г.). Средний возраст рожениц — 28 лет; 62% — повторнородящие. В 8% беременность осложнилась сахарным диабетом, в 4% — гестозом второй половины беременности. Материнской смертности не было. В 26% — отмечалось родоразрешение операцией кесарева сечения, в 15% — беременность была переношенной. При макросомии плода возрастает неонатальная смертность. В 4% — у новорожденных отмечались дыхательные расстройства, в 31% — гипербилирубинемия, в 4% — врожденные пороки развития. Интенсивная терапия проводилась в 3% случаев.

#### **«Психические аспекты беременности двойней»**

Д-р Пардукс, Венгрия.  
Дан анализ родов двойней в 114 случаях за 5 лет. Изучалось эмоциональное состояние беременных. Отмечено повышение уровня тревоги, обусловленное госпитализацией ввиду осложненного течения беременности. Автором сделан вывод, что многоплодная беременность является фактором риска эмоциональных расстройств, поэтому необходимо проводить психопрофилактическую подготовку в связи с возникновением непредвиденных ситуаций.

#### **«Длительность госпитализации после нормальных родов через естественные родовые пути»**

Д-р Соверени, Венгрия.  
Произведен анонимный опрос 485 родильниц. Средний возраст обследуемых 25, 2 года. 32, 4% — студентки, 52,6% — служащие и домохозяйки. Из них 1,2% опрошенных хотели выписаться через 6–8 часов после родов, 7,8% — через 24 часа после родов. И только 1/3 обследуемых (35,9%) предпочли бы выписаться после 4-х дней госпитализации.

**«Роль информированности о грудном вскармливании ребенка и его физическом здоровье при выборе метода питания».** Д-р Форгач, Венгрия.

Автором отмечено преимущество грудного вскармливания. Чем дольше ребенок вскармливается

материнским молоком, тем труднее его отнять от груди, и он дольше зависим от матери. Нельзя допускать того, чтобы ребенок заснул во время кормления, т. к. он начинает плохо сосать, плакать по ночам. Необходимо взять ребенка на руки, успокоить. Отец не дол-

жен присутствовать при кормлении, так как он является отвлекающим фактором. Имеет значение психологический настрой матери на грудное вскармливание новорожденного. Чем короче период, который предсказывает сама мать, тем меньше она кормит ребенка.