



**Ю.В. Цвелев,  
В.Ф. Беженарь**

Кафедра акушерства и гинекологии  
им. А.Я. Красовского  
Военно-медицинской академии,  
Санкт-Петербург  
УДК 618.3 (049-3)

**Э.К. Айламазян, С.А. Маркин. «Белые страницы  
практического акушерства. Руководство для врачей.  
Неврология. Наркология. Психиатрия». —  
М.: Медиздат, 2003. — 343 с.**

Когда преэклампсия не является преэклампсией? В чем причины гипердиагностики эклампсии? Что нового в лечении эклампсии? Как часто у беременных и родильниц развивается эклампсия? Какова диагностика и лечение наркотического и алкогольного судорожного синдромов? Как прогнозировать и проводить профилактику экстрапирамидных нарушений и острых нарушений мозгового кровообращения у беременных? Каковы опасности острого послеродового психоза и депрессии?

Вот только короткий перечень актуальнейших вопросов современного акушерства, ответы на которые представлены в руководстве для врачей академика РАМН профессора Э.К. Айламазяна и профессора С.А. Маркина «Белые страницы практического акушерства». Рецензируемое издание с учетом современных требований доказательной медицины посвящено самой известной специфической акушерской проблеме — позднему гестозу беременных. Предпринята попытка дифференцированного подхода к диагностике и лечению преэклампсии и эклампсии не только с позиций известных в акушерстве экспертов, но и с учетом опыта, накопленного неврологами, наркологами, психиатрами, клиническими фармакологами, терапевтами, анестезиологами и др. специалистами.

Описывая в первой части принципы дифференциальной диагностики преэклампсии, авторы акцентируют внимание читателя на многообразии возможных причин тяжелой гипертензии (более 160/110 мм рт.ст.) при беременности и представляют программу дифференциального диагноза. При этом убедительно обосновывают теоретические представления о патогенезе тяжелой гипертензии, развивающейся после первых 20 недель беременности в связи с наследственной хронической гипертензией, заболеваниями почек, реноваскулярной гипертензией, первичным альдостеронизмом и др. состояниями, которые всегда необходимо рассматривать при возникновении гипертензии у беременной. В первой части руководства подробно рассмотрены клинические признаки тяжелой степени преэклампсии у пациенток с гипертензией, индуцированной беременностью. Обращено внимание, что в последние годы количество женщин с тяжелой степенью преэклампсии, сопровождающейся гемолизом, нарушением функции печени и тромбоцитопенией значительно увеличилось, в связи с чем эти состояния объединены в единую патологию — HELLP-синдром. В то же время в дифференциальной диагностике гепатоцеллюлярной дисфункции при

гестозе не следует забывать об острых изменениях в жировом обмене при беременности, спонтанном разрыве печени, вирусном гепатите, холецистите, системной красной волчанке, сепсисе, синдроме Балда—Киари (обструкция печеночных вен в послеродовом периоде), злоупотреблении кокаином.

Немаловажными признаками тяжелой преэклампсии являются внутриутробная задержка развития плода (ВЗРП) и маловодие. Существенная задержка роста плода в большинстве случаев является показанием для проведения родоразрешения даже без развития признаков преэклампсии. В связи с этим при принятии решения о сроке родоразрешения у беременных с преэклампсией, базирующемся на основе диагноза ВЗРП, но при сроке беременности, далеком от необходимости родоразрешения, авторы предлагают учитывать возможность других не связанных с беременностью причин ограничения роста и развития плода. В указанном аспекте рассматриваются такие причины ВЗРП как табакокурение, многоплодная беременность, генетические аномалии развития плода, олигогидроамнион (маловодие).

Первая часть монографии завершается чрезвычайно интересной главой, посвященной вопросу — является ли действительно преэклампсия преэклампсией сегодня или какова реальная ценность используемых в повседневной врачебной практике критериев для прогноза эклампсии. Показано, что вероятность правильного прогноза эклампсии, даже при использовании всех известных прогностических акушерских факторов, в среднем близка к 8 %, т. е. в 92 % случаев практический врач напрасно ждет развития эклампсии, так как опирается на привычные факторы ее риска, которые по большому счету таковыми не являются. Не лучше обстоит дело и с анестезиологическими факторами риска развития эклампсии.

Представляется, что без ознакомления с материалами данной главы невозможно понять содержание второй части монографии, посвященной дифференциальной диагностике судорожного синдрома у акушерских больных. В данной главе глубоко и всесторонне проанализированы этиологические причины, патофизиологические механизмы, клиническая картина и дифференциальная диагностика судорожного синдрома, как осложнения артериальной гипертензии при беременности. Показано, что трактовка развития эклампсии в классическом акушерстве, подразумевающая сочетание различной степени выраженности артериальной гипертензии, протеинурии и отека, справедли-

ва только отчасти. По мнению авторов, именно официальный тезис, рассматривающий эклампсию, как некую высшую стадию преэклампсии или ее «венец», нанес ощутимый вред практическому акушерству, так как во многом способствовал прекращению поиска других многочисленных причин развития судорог у беременных. В данной главе авторы предлагают дифференциально-диагностический алгоритм эклампсии, включающий такие причины развития судорожного синдрома, как эпилепсия и псевдоэпилепсия, черепно-мозговая травма, сосудистая патология головного мозга, гипертоническая болезнь, ишемический инсульт, объемное поражение головного мозга, инфекционно-токсическая энцефалопатия и многие другие. Вероятно, в силу специфики терминологии и рекомендаций, эта глава представляет особый интерес для анестезиологов и невропатологов, работающих в акушерстве, но и акушеры, не убоившиеся найти силы и затратить труд, чтобы вникнуть в суть изложенного, получают возможность не декларированного, а реального комплексного подхода к диагностике этого грозного осложнения гестоза.

Наибольший интерес для врачей акушеро-гинекологов представляют сведения второй главы, раскрывающие новые подходы в лечении эклампсии. Здесь представлены данные многоцентровых исследований о применении как сульфата магния, так и альтернативных методов и средств — противосудорожных препаратов (фенитоин), диазепам, нимодипина и агрессивной антигипотензивной терапии. Отражены основные аспекты Международного протокола независимой оценки эффективности (доказательная медицина) профилактики и лечения эклампсии. В данной главе обращено внимание, что при предполагаемом диагнозе эклампсии, не отзывающейся на терапию магнием, должно быть заподозрено иное происхождение судорожного синдрома, т. е. проведена дифференциальная диагностика происхождения судорожного синдрома у акушерской больной.

С позиций дифференциальной диагностики судорожного синдрома весьма важной является третья глава рецензируемой монографии, посвященная лечению наркомании во время беременности. Впервые в рамках крупной монографии рассмотрены влияние на материнский организм и развивающийся плод кокаина, опиатов (героина и метадона), амфетаминов, галлюциногенов (ЛСД, мескалина, псилоцибина), каннабиноидов, а также ингаляционных агентов (токсикомания). Представлены некоторые аспекты передозировки наркотиков во время беременности.

В целом данная глава представляется весьма интересной не только для акушеров, но и для психоневрологов, которым нередко приходится курировать тяжелые случаи наркоманий и токсикоманий во время беременности.

Немаловажным аспектом современного акушерства представляется также беременность и роды у женщин, злоупотребляющих алкоголем и страдающих алкогольной зависимостью, представленным в четвертой главе. Здесь, наряду с последствиями влияния алкоголя на организм матери и развивающийся плод, отражены современные возможности профилактики алкогольного синдрома новорожденных с помощью разнообразных медико-психологических скрининговых программ. Наиболее эффективные из них — тест-системы TWEAK, T-ACE, CAGE и Мичиганский скрининговый тест на алкоголизм (MAST). Также широко рассмотрены методы лечения приступов судорог во время беременности, связанных с лишением алкоголя. Представленные в данной главе сведения привлекают внимание к роли клиницистов в решении проблемы женского алкоголизма, как специалистов, напрямую занимающихся не только лечением, но и просвещением своих пациентов в отношении применения алкоголя в течение их жизни и беременности.

Логическим завершением монографии является четвертая часть, конкретно освещающая

психические расстройства при беременности и в послеродовом периоде. Авторы приводят убедительные данные относительно нового комплекса проблем для отечественного акушерства — психическим заболеваниям, обострение которых или острое начало могут существенно осложнить течение беременности и послеродового периода. В рамках главы рассмотрены диагностика и лечение депрессивных состояний, острого психоза, хронической шизофрении, послеродового психоза. Раскрыты основные положения взаимодействия между службой родовспоможения и психического здоровья.

Нет сомнения, что рецензируемое издание станет надежным пособием не только для акушеров-гинекологов, но и для широкого круга врачей-специалистов, работающих на самом важном этапе профилактики в женских консультациях (терапевтов, неврологов, психотерапевтов, окулистов и др.). Вполне очевидно, что пришла пора заполнять образовавшиеся «белые страницы» практического акушерства, так как социальная значимость и актуальность в частности неврологических, психических и наркологических проблем среди беременных, рожениц и родильниц на современном этапе как минимум не меньше любого другого экстрагенитального заболевания, давно занявшего устойчивые позиции в учебниках и руководствах.