

## ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ БЕРЕМЕННОСТИ

*Л.А. Козлов, Ю.В. Орлов, И.М. Анчкаев*

*Кафедра акушерства и гинекологии № 1 (зав. — Ю.И. Бородин)  
Казанского государственного медицинского университета*

Случаи ошибок в диагностике беременности связаны или с так называемой мнимой (суггестивной) беременностью, или с патологическим процессом (опухолью) в женском организме.

Классическим примером суггестивной беременности является широко известный случай В.Ф. Снегирева, опубликованный около века тому назад. В последующие годы в печати также появлялись описания подобных наблюдений [1, 2, 3, 4, 10]. О втором, связанном с патологией варианте, постоянно встречаются сообщения в специальной литературе [1, 2, 10]. Постановке неправильного диагноза в таких случаях ведет отсутствие настоятельности акушеров-гинекологов при оценке состояния больной. Закономерное удивление вызывает поведение некоторых врачей, которые, упорствуя в своем заблуждении, лишь усугубляют результаты ранее совершенной грубой ошибки.

Наблюдения показывают, что зачастую за беременность принимают фиброматозно измененную матку, метротатическую матку во время климактерия, в ряде случаев полный мочево́й пузырь, различные кисты яичников, тазовую почку, злокачественные опухоли матки, прямой кишки и чаще всего, как это ни парадоксально, нормальную небеременную матку [1, 3, 10].

Мы располагаем шестью подобными наблюдениями. Приводим некоторые из них.

В 1968 г. в роддом РКБ поступила 35-летняя женщина из района с диагнозом: беременность 42 нед; перенашивание; мертвый плод. Из анамнеза выяснено, что в прошлом у нее в малом тазу находили какое-то образование небольшого размера. В настоя-

щее время из-за задержки менструаций была своевременно взята на учет в связи с беременностью, которая, по данным районной женской консультации, прогрессировала и развивалась нормально. Вовремя появилось шевеление и было выслушано сердцебиение плода, своевременно выдан декретный отпуск, родовая часть которого была использована полностью. В 42 нед с перенашиванием женщина была госпитализирована в роддом. Проведено безуспешное вызывание родов, после которого ее направили в РКБ.

При поступлении, несмотря на большую окружность живота, равную 114 см, была легко обнаружена ошибка, так как не пальпировались части плода, отсутствовали его сердцебиение и шевеление. При бимануальном исследовании выявлено, что матка имеет плотную консистенцию и небольшие размеры, а то, что было принято за плод, оказалось большой кистой яичника, вскоре удаленной.

К., 38 лет, поступила в ноябре 1977 г. в гинекологическое отделение РКБ. В прошлом имела 9 беременностей, из них 7 родов и 2 аборта. Последняя беременность 2 года тому назад закончилась срочными нормальными родами. В настоящее время считает себя беременной и взята на учет в женской консультации на сроке 25 нед. В дальнейшем дважды лечилась стационарно по поводу кровянистых выделений из половых путей. На сроке 32—33 нед было установлено, что плод мертв.

Проведено родовозбуждение без эффекта. Из участковой больницы женщина была переведена в ЦРБ, где у нее заподозрено предлежание плаценты. Приблизительно в эти же сроки была прооперирована по поводу острого аппендицита с благополучным исходом. При обследовании в РКБ диагноз беременности был отвергнут. Выявлена киста, по поводу которой впоследствии была прооперирована. Киста (20 × 20 см) оказалась псевдомуцинозной, с явлениями перекрута ножки, злокачественно перерожденной. Проведена химио- и лучевая терапия без стойкого эффекта.

Ш., 44 лет, поступила в гинекологическое отделение РКБ. В прошлом имела одну беременность, завершившуюся срочными родами. В настоящее время считает себя беременной на седьмом месяце. На учете в женской консультации не состоит. На работе упала с трактора, после этого якобы отошли воды с примесью крови. При обследовании в лечебном учреждении по месту жительства ошибочно выявлен мертвый плод, и женщина была направлена в РКБ. При первичном обследовании без труда у нее была обнаружена железистая киста яичника, подтвердившаяся на операции.

Любую ошибку, когда за беременность принимают патологически измененные внутренние органы, легко обнаружить при повторном обследовании “беременной” или использовании биологических и иммунологических реакций на беременность. Если отказаться от дальнейшего клинического наблюдения или же поспешно предпринять оперативное вмешательство для прерывания этой “беременности”, то такая ошибка может стать очень опасной [1, 2, 10].

Ошибки в диагностике воображаемой беременности происходят в большинстве случаев из-за того, что данное состояние сопровождается целым рядом подозрительных и вероятных симптомов беременности, которая в действительности не существует. Возможно появление не только субъективных, но и таких объективных признаков беременности, как олиго- или аменорея, пигментация кожи, нагрубание молочных желез и выделение молозива, увеличение размеров живота и массы тела. Впоследствии женщины начинают “ощущать” не только “движения плода”, но и “схватки”, по поводу которых их направляют в родильное отделение [5].

В качестве примера приводим следующий случай, наблюдавшийся в клинике.

Ш., 47 лет, доставлена ночью 09.12.1994 г. службой скорой помощи в приемное отделение 3-го роддома с диагнозом: беременность 34—35 нед; эклампсия; судорожный синдром.

В анамнезе: менструации с 14 лет, установились сразу по 3—5 дней, через 30 дней. Имела 3 беременности, закончившиеся срочными родами. Последняя беременность была 12 лет тому назад. По поводу всех предыдущих беременностей к врачам не обращалась и в женской консультации не наблюдалась. В роддом поступила лишь по поводу начавшихся родов. Живет половой жизнью. Менопауза не наступила.

Около 6 месяцев тому назад у нее начал увеличиваться живот. Женщина стала считать себя беременной, оповестила об этом мужа и предупредила о возможности родов в скором времени. Но к гинекологу не обратилась из-за стеснительности за свой возраст и последние 5 месяцев даже не выходила из дома. В течение первых 3 месяцев “беременности” менструации тем не менее продолжались, однако больная считала их возможными и во время беременности. 2 месяца назад она ощутила характерные “толчки” в животе, впоследствии неоднократно повторявшиеся, которые были вызваны, по ее мнению, шевелением плода.

Утром 08.12.1994 г. она почувствовала себя плохо, появились головокружение, подташнивание. К вечеру из влагалища выделилось большое количество бесцветной жидкости, которое было расценено ею как отхождение околоплодных вод. Состояние резко ухудшилось — больная потеряла сознание. Муж, предполагая начало родов, вызвал скорую помощь.

При поступлении сознание спутанное: на вопросы отвечает с трудом, беспокоят кашель, дыхание хриплое. Живот резко увеличен в размере, окружность на уровне пупка — 115 см. Матка при пальпации через брюшную стенку не определяется. Сердцебиение плода не выслушивается.

Влагалищное исследование: влагалище рожавшей женщины; своды глубокие, свободные; зев закрыт; шейка матки цилиндрической формы, матка в антефлексии, нормальной величины, безболезненна. Придатки не пальпируются.

Беременность была отвергнута и с подозрением на кишечную непроходимость больную направили в хирургическое отделение 15-й горбольницы. После осмотра хирургом и дополнительных исследований был поставлен окончательный диагноз: цирроз печени; острая почечная и печеночная недостаточность; асцит.

В данном случае обращают на себя внимание приведенные выше субъективные признаки беременности: увеличение живота, "шевеление плода", как начало родовой деятельности расценено "отхождение вод". Врач скорой помощи доверился словам мужа больной о ее беременности, поставил неправильный первичный диагноз, который вскоре был отвергнут акушерами-гинекологами приемного отделения 3-го роддома.

Этот случай интересен и тем, что беременность была предположена у женщины 47 лет, ведь многие могут скептически отнестись к возможности развития таковой в данном возрасте. В литературе же описаны случаи беременности и в более старшем возрасте, завершившиеся успешными родами [7, 8]. Следовательно, признаки отсутствия или наличия менструаций, преклонный или, наоборот, слишком молодой возраст женщины не являются основными, достоверными критериями для постановки диагноза [10].

Ложная (суггестивная) беременность встречается не только у тех женщин, которые страстно желают иметь ребенка, но и у тех, кто опасается забеременеть в силу ряда причин. Такого рода патологический комплекс еще больше усиливается, когда акушер-гинеколог диагностирует беременность, подтверждая догадки женщины. Часто мнимая беременность формируется вследствие ошибочного диагноза специалиста [2, 10].

Источник мнимой беременности лежит в нарушении естественного взаимодействия центральной нервной и эндокринной систем. Любые изменения высших отделов центральной нервной системы, проявляющиеся на фоне гормональных расстройств или нестабильной нервно-психической базы (истерические, неврастенические симптомы, различного рода психозы и др.), приводят к появлению своеобразного патологического симптомокомплекса беременности. Его пусковым механизмом чаще всего являются аффекты надежды и страха.

Удивительнее всего то, что "беременные" все же "достигали срока родов", несмотря на непрерывное врачебное наблюдение, и даже нередко принималось решение осуществить "роды" путем кесарева сечения. Но в результате такая "беременность" оказывалась ненормальным отложением жиров в брюшной стенке, копростазом с атонией толстого кишечника и метеоризмом либо патологически измененной маткой [2, 9, 10].

Так где же искать причины, вследствие которых возможны грубые диагностические ошибки данного состояния, в сущности, не создающего серьезных диагностических затруднений? Основная причина скрывается в неоправданно поверхностном обследовании "беременной" акушером-гинекологом, который доверяется суггестивному мнению женщины и ее родственников и уступает просьбам "бережно осмотреть ее, чтобы не вызвать выкидыша". Зачастую игнорируется основное гинекологическое обследование и упускаются важные диагностические признаки беременности, что впоследствии делает невозможным постановку правильного диагноза.

Следовательно, нельзя поставить профессиональный диагноз без элементарного гинекологического исследования ни при каких обстоятельствах, включая и отягощенный акушерский анамнез, бесплодие или анамнестические данные об угрожающем или начинающемся выкидыше. Аккуратный гинекологический осмотр не может стать причиной выкидыша, и это следует четко уяснить врачу и убедительно объяснить женщине.

Если диагностика беременности на ранних стадиях возможна лишь на основании собственного опыта, а также УЗИ [6, 11] и ХГЧ теста, то на более поздних сроках мы имеем большую вероятность для постановки точного диагноза, исходя из достоверных признаков беременности: это определение час-



тей плода (пальпация), его сердцебиение (аускультация, мониторинг), шевеления (мануальное исследование, актография), данные рентгенографии скелета (в последние 2 нед) и УЗИ, а также результаты теста на ХГЧ.

Таким образом, избежать тяжелой психической травмы, тягостного постельного режима в отделениях патологии беременности, неоправданного отпуска по болезни и родового отпуска, использования женщиной ненужных лекарств, соответственно подрыва врачебного авторитета и доверия в медицинскую помощь может помочь только тщательное и бережное гинекологическое обследование каждой женщины с подозрением на беременность. Правильный диагноз — это возможность не только своевременно обнаружить патологический процесс в женском организме, но и, что главное, вовремя начать адекватное лечение, которое сохранит здоровье, а зачастую и жизнь женщины.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. *Бенедиктов И.И.* Ошибки в акушерской практике. — Свердловск, 1973.
2. *Бенедиктов И.И.* Происхождение диагностических ошибок. — Свердловск, 1977.
3. *Бобик Ю.Ю.* Некоторые вопросы охраны материнства и детства. — Ужгород, 1961.

4. *Ершова А.П.*// Акуш. и гин. — 1959. — № 5. — С. 107.

5. *Козлов Л.А., Золотарева М.П.*//Казанский мед. ж. — 1977. — С. 41—42.

6. *Козлов Л.А., Юсупов К.Ф., Сумбаева Н.И., Филатов В.П.*// Казанский мед. ж. — 1989. — № 6. — С. 458—459.

7. *Курчин П.М.*//Акуш. и гин. — 1957. — № 3. — С. 104.

8. *Страхова А.Ф.*// Акуш. и гин. — 1960. — № 6. — С. 89—90.

9. *Чернуха Е.А.*// Фельдшер и акушерка. — 1970. — № 12. — С. 52—53.

10. *Ярыков Л., Белопитов Б., Светославова Е., Лазаров И.* Ошибки в акушерско-гинекологической практике. — София, 1970.

11. *Cuzinski G.M., Conrad S.H.*// Amer. J. Obstet. Gynec. — 1980. — Vol. 138. — P. 230—232.

Поступила 16.01.97.

#### ERRORS IN PREGNANCY DIAGNOSIS

*L.A. Kozlov, Yu. V. Orlov, I.M. Ahchkaev*

#### S u m m a r y

The causes of widely met diagnostic errors in pregnancy determination are considered. Several clinical cases of wrong diagnosis connected with pathologically changed female organism organs are described, as well as a case of false (suggestive) pregnancy is presented. The cause and effect relations of the origin of the pathologic symptom—complex of false pregnancy are analyzed. The causes of diagnostic errors in pregnancy differentiation are explained, and the conditions are emphasized when such errors are excluded.