

КОПРОСТАЗ И БЕРЕМЕННОСТЬ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

© Е. С. Михайлин^{1,2}, Л. А. Иванова¹, А. Г. Савицкий^{1,2}, А. Г. Минина¹, Л. П. Жибура², Д. С. Слепцова¹, Д. С. Касьянова¹

¹СПбГБУЗ «Родильный дом № 10», Санкт-Петербург;

²ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И. И. Мечникова Минздрава РФ, Санкт-Петербург

■ В статье приводится собственное наблюдение случая формирования гигантского калового камня в 34 недели беременности, потребовавшего дифференциальной диагностики с опухолями, исходящими из малого таза. Пациентке проводилось многоэтапное пальцевое раздробление калового камня, чередующееся с очистительными клизмами. Выписана домой с прогрессирующей беременностью.

■ **Ключевые слова:** запор при беременности; каловые камни; копростаз.

COPROSTASIA AND PREGNANCY (CLINICAL OBSERVATION)

© E. S. Mikhaylin^{1,2}, L. A. Ivanova¹, A. G. Savitskiy^{1,2}, A. G. Minina¹, L. P. Zhibura², D. S. Sleptsova¹, D. S. Kas'yanova¹

¹NSPbSBI «Maternity hospital N 10», Saint Petersburg, Russia

²North-Western State Medical University named after I. I. Mechnikov, Saint Petersburg, Russia

■ The article presents the case of the formation of a giant fecal stone in 34 weeks of pregnancy, which demanded the differential diagnosis of tumors originating from the pelvis. The patient was conducted multistage finger fragmentation of the fecal stone, alternating with the enema. The patient was discharge home with progressing pregnancy.

■ **Key words:** constipation during pregnancy; fecal stones; coprostasia

Введение

Синдром хронического запора является одним из наиболее распространенных и значительно снижающих качество жизни пациента патологических состояний. В США ежегодно к врачам по поводу запора обращается более 2,5 млн пациентов, а всего запорами страдают около 63 млн человек [8]. В нашей стране заболеваемость запором еще выше — на уровне 16–34,3% — и имеет тенденцию к дальнейшему росту [3]. Вместе с тем из-за деликатности патологии больные могут долго не обращаться за медицинской помощью, запускают болезнь, злоупотребляют клизмами, слабительными средствами, принимая их без совета врача, что может вызывать достаточно тяжелые осложнения.

Основные факторы риска развития хронического запора следующие [7, 9]:

- женский пол;
- дефицит в пищевом рационе пищевых волокон и жидкости;
- гиподинамия (сидячий образ жизни, постельный режим) или образ жизни, который не создает условий для физиологических отправлений организма, подавление условных рефлексов на опорожнение;
- избыточный вес;

- пожилой и старческий возраст;
- перенесенные кишечные инфекции, бесконтрольная антибиотикотерапия;
- эндокринная патология: гипотиреоз, гиперпаратиреоз, сахарный диабет;
- заболевания внутренних органов (хронические заболевания легких, недостаточность кровообращения, хронические болезни печени и желчевыводящих путей);
- патология нервной системы (болезнь Паркинсона, рассеянный склероз и повреждения спинного мозга);
- злоупотребление слабительными и клизмами, прием лекарственных средств, подавляющих моторную активность толстого кишечника; хроническая интоксикация свинцом.

Каловый завал чаще всего встречается у стариков и у психических больных. Такое осложнение запора возникает, когда пожилые люди, особенно плохо ухоженные, забывают время последней дефекации и перестают следить за ее регулярностью. Дело осложняется тем, что вокруг образующегося и постепенно уплотняющегося в прямой кишке калового камня долго остаются щели между ним и стенками кишки, по которым жидкий кал проходит, при этом больному представляется, что у него понос, и он начинает его

лечить домашними средствами, что только усугубляет процесс.

Во время беременности возникает сочетание целого ряда предрасполагающих к появлению хронических запоров и, как следствие, формированию копростазов, факторов: гиподинамия, снижение моторной функции кишечника под влиянием прогестерона, широкое применение спазмолитиков и других препаратов для сохранения беременности, сдавление кишечника беременной маткой и другие.

В связи с подобной предрасположенностью беременных к хроническим запорам, возможностью образования у них каловых завалов и достаточной сложностью дифференциальной диагностики каловых камней и опухолей, исходящих из толстого кишечника и малого таза у беременных, наше наблюдение представляет определенный интерес.

Пациентка В. Ю. И., 23 лет, поступила в СПбГБУЗ «Родильный дом № 10» по направлению женской консультации 26 февраля 2015 года с диагнозом: беременность 34 недели. Гестоз легкой степени. Хроническая плацентарная недостаточность с гемодинамическими нарушениями 1 А степени. НЦД по смешанному типу. ЗЧМТ (сотрясение головного мозга) 17.01.15 г.

В анамнезе ОРВИ, детские инфекции. Месячные с 12 лет, по 5 дней через 30, регулярные, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 17 лет. Гинекологические заболевания отрицает. Данная беременность первая. На учете в женской консультации с 19/20 недель. Общая прибавка в весе 14 кг, неравномерная. АД 110/70–115/80 ммрт. ст. Общеклинические анализы — в пределах нормы. Инфекции, передаваемые половым путем, не выявлены. Госпитализаций во время беременности не было. Ультразвуковые исследования плода — в пределах нормы.

Страдает хроническими запорами с детства, частота стула при беременности — 1 раз в 3–4 дня, в последние недели стул кашицеобразный, скудный, последний стул был 25 февраля 2015 г.

При поступлении общее состояние удовлетворительное. Рост 170 см, вес 79,7 кг. Кожные покровы и видимые слизистые чистые. ЧСС 80 в мин. АД 110/70 ммрт. ст. Тоны сердца ясные, ритмичные. Дыхание везикулярное. Частота дыханий 18 в минуту. Язык влажный, чистый. Живот увеличен за счет беременности, в местах, доступных пальпации, мягкий, не вздут, безболезненный. Печень не увеличена. Поколачивание в области почек безболезненное. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Матка увеличена до 34 недель беременности, в нормальном тоне, не возбудима при пальпации. Головка плода подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное,

ритмичное, 136 в минуту. Патологических выделений из половых путей нет. Вагинальный осмотр удалось провести с трудом, учитывая то, что полость малого таза полностью выполнена объемным образованием, плотным, бугристым, не спаянным с задней стенкой влагалища. Достичь шейки матки при вагинальном исследовании не удается вследствие наличия объемного образования в малом тазу. При ректальном осмотре сфинктер прямой кишки в тонусе, ампула выполнена объемным образованием, плотным, бугристым, не спаянным со стенками прямой кишки, на высоте исследующего пальца стенки прямой кишки ровные, гладкие, на высоте исследующего пальца патологических образований, исходящих из стенки кишки, не обнаружено. Общеклинические анализы — без особенностей. При ультразвуковом и доплерометрическом исследовании размеры плода соответствуют сроку беременности, имеется многоводие (АИ 25,5 см), повышена резистентность кровотоку в маточных артериях. В малом тазу за маткой визуализируется образование с гиперэхогенным контуром и содержимым неоднородной эхоструктуры, выполняющее всю полость малого таза. Был установлен предварительный диагноз: копростаз, гигантский каловый камень. В три приема произведено пальцевое порционное размягчение калового камня с последующим выполнением очистительной клизмы. При контрольном осмотре — ампула прямой кишки пуста, каловый камень отсутствует, патологических образований на высоте исследующего пальца не обнаружено. Далее в течение еще трех дней пациентке выполнялись очистительные клизмы. Проводилась терапия, направленная на улучшение маточно-плацентарного кровотока, антибактериальная терапия (по поводу многоводия). Выписана на 8 суток под наблюдение женской консультации с прогрессирующей беременностью, рекомендована консультация гастроэнтеролога для нормализации стула.

В дальнейшем пациентка родила в срок без осложнений через естественные родовые пути. Родился ребенок массой 3280 граммов, ростом 51 см, с оценкой по шкале Апгар 8/8 баллов.

Обсуждение

Хронические запоры — распространенная гетерогенная патология, встречающаяся во всех группах населения, частота которой увеличивается с возрастом [5, 8]. Согласно данным, опубликованным в последние годы, в России среди всех групп населения наибольшая частота запоров у детей — около 25–30% [1, 2]. Дебют заболевания в детском и подростковом возрасте рассматривается как предиктор синдрома раздраженной

кишки у взрослых. Появление симптомов запора только во взрослом возрасте чаще характерно для женщин, как и более высокая частота функциональных расстройств пищеварительного тракта в целом [4]. Накопленный клинический опыт и научные исследования позволяют утверждать, что хорошо собранного анамнеза и тщательно проведенного клинического осмотра обычно оказывается достаточно, чтобы исключить органическую причину запора [6]. В этой ситуации нет необходимости проводить сложный комплекс обследований и лабораторных исследований, прежде чем начинать лечение.

Камни толстой кишки состоят из уплотненных каловых масс, иногда имеют примесь слизи, на разрезе в отдельных случаях они имеют слоистое строение. Иногда каловые камни образуются вокруг «ядра», которым могут быть случайно проглоченные и поступившие в кишечник косточки ягод, костей, конгломераты, сформировавшиеся из плохо перевариваемых пищевых волокон, волос, крупных таблеток и других чужеродных тел. В отдельных случаях в кишечник попадают довольно крупные желчные камни через свищевые сообщения желчного пузыря с кишечником (обычно с поперечной ободочной кишкой) и даже мочевые камни, попавшие через свищевые ходы в кишечник из почечной лоханки или мочевого пузыря. Иногда камень, длительное время тесно прилегающий к слизистой оболочке стенки толстой кишки, может осумковываться, что способствует его фиксации в данном месте. Как правило, каловые камни возникают в пожилом и старческом возрасте. Предрасполагающим фактором является длительный застой кишечного содержимого, обусловленный гипотонией или атонией толстой кишки, что вполне может встречаться и при беременности.

Течение процесса (иногда очень длительного) бессимптомное или малосимптомное. Возможны спастические боли в животе, иногда изъязвления стенки кишки, которые могут явиться причиной кишечного кровотечения. Кишечные кровотечения обусловлены образованием пролежней стенки кишки в месте прилегания и постоянного давления камня. В редких случаях при длительном существовании камня и рубцово-воспалительных изменений стенки кишки в месте его прилегания формируется стенозирование кишки. Каловые камни крупных размеров могут вызывать кишечную непроходимость.

Первые признаки калового завала — чувство переполнения прямой кишки, императивные позывы на дефекацию или тенезмы. Процесс постановки диагноза осложняется тем, что вокруг появившегося и со временем уплотняющегося

калового камня длительное время остаются промежуточные, между которыми проходит жидкий кал (так называемый «парадоксальный понос»). Больной думает, что у него понос и начинает лечиться домашними средствами, что, естественно, только усугубляет процесс. Диагностика каловых камней при беременности, когда глубокая пальпация живота невозможна из-за беременной матки, представляет значительные трудности. Рентгенологическое исследование с выявлением «дефекта наполнения» при беременности также невозможно. Эхография позволяет выявить лишь конкременты, содержащие соли кальция. При локализации образования в толстой кишке правильный диагноз можно поставить при колоноскопии.

Дифференциальную диагностику каловых камней следует проводить с доброкачественными и злокачественными опухолями кишечника и малого таза и полипами кишечника. Однако дифференциальная диагностика с раком кишечника при беременности нередко затруднена, поскольку ряд клинических симптомов — несильная боль в животе, снижение аппетита, тошнота, рвота, отрыжка, ускорение СОЭ, что позволяет предположить опухолевое поражение кишки, могут быть вызваны совершенно другими причинами.

Если диагноз «каловый завал» установлен, то при камнях толстой кишки назначают слабительные средства и сифоновые клизмы в условиях стационара. Если же камень изначально находится в прямой кишке или опустился в прямую кишку под действием слабительных или очистительных клизм, его можно удалить пальцем во время исследования или при необходимости с помощью хирургических инструментов. В этом случае, проводя ректальное обследование, врач достигает нижний полюс калового камня, который имеет довольно твердую плотность. В данной ситуации слабительные препараты и клизмы применять не рекомендуется: слабительные средства способны лишь «продвинуть» сформировавшийся каловый камень вниз по кишечнику, но не раздробить и вывести его через анус, а наконечник клизмы не в состоянии свободно проникнуть выше калового камня, а действуя им вслепую с целью раздробить образования в кишечнике, можно поранить стенки прямой кишки. Для очищения прямой кишки от каловых камней нужно, надев на руку толстую резиновую перчатку и хорошо смазав пальцы мазью, начать постепенное и осторожное дробление нижней части камня, освобождая кишечник от его отломков. Больной в это время лежит на боку с согнутыми и прижатыми к животу коленями. Обычно процедура удаления каловых камней удается без какого-либо труда, однако процедура длится довольно долго и доставляет боль-

ному большой дискомфорт, поэтому предварительно можно назначить седативные препараты. Когда самые плотные участки калового камня раздроблены, верхние его части убираются намного проще и в итоге начинается либо самостоятельная очень зловонная и обильная дефекация, либо делается очистительная клизма. Иногда при значительных размерах и большой плотности калового камня приходится проводить процедуру пальцевого раздробления в несколько этапов, чередуя ее с очистительными клизмами. После процедуры удаления каловых камней необходимо соблюдать профилактические меры против задержки стула, в противном случае каловое образование может появиться вновь. Как правило, назначают ежедневные очистительные клизмы, что весьма проблематично при беременности, особенно протекающей на фоне угрозы ее прерывания.

Из приведенного клинического наблюдения следует, что врач, работающий с беременными, должен помнить о высокой частоте возникновения у них длительных хронических запоров (на что пациентка может не всегда активно пожаловаться в силу деликатности проблемы) и своевременно купировать возникающие задержки стула, чтобы избежать тяжелых осложнений в виде калового завала и формирования гигантских каловых камней, диагностика и лечение которых при беременности может представлять определенные трудности.

Статья представлена Э. К. Айламазяном,
ФГБНУ «НИИ АГиР им. Д. О. Отта»,
Санкт-Петербург

Литература

1. Комарова Е. В., Петрова А. В., Потапов А. С. Нарушение моторики толстой кишки при хронических запорах у детей. Российский педиатрический журнал. 2007; 4: 28–30.
2. Садовнича Т. А. Хронические запоры у детей первых семи лет жизни. Автореф. дис... канд. мед. наук. Ставрополь. 2006; 18.
3. Цветкова Л. Н. Профилактика и лечение запоров у детей. Вопросы современной педиатрии. 2004; 3: 2–7.
4. Bongers M. E. J., Benninga M. A. Long-term follow-up and course of life in children with constipation. JPGN. 2011; 53 (2): 55–6.
5. Bosshard W., Dreher R., Schnegg J. F., Bula C. J. The treatment of chronic constipation in elderly people: an update. Drugs Aging. 2004; 21: 911–30.
6. Burgers R., Di Lorenzo C. Diagnostic testing in constipation: is it necessary. JPGN. 2011; 53 (2): 49–51.
7. Garrigues V., Galvez C., Ortiz V., Ponce M., Nos P., Ponce J. Prevalence of constipation: agreement among several criteria and evaluation of the diagnostic accuracy of qualifying symptoms and self-reported definition in a population-based survey in Spain. Am. J. Epidemiol. 2004; 159: 520–6.
8. Higgins P. D. R., Johanson J. F. J. Epidemiology of constipation in North America: a systematic review. Am. J. Gastroenterol. 2004; 99: 750–9.
9. Talley N. J., Fleming K. C., Evans J. M., O'Keefe E. A., Weaver A. L., Zinsmeister A. R., Melton L. J. 3rd. Constipation in an elderly community: a study of prevalence and potential risk factors. Am. J. Gastroenterol. 1996; 91: 19–25.
1. Комарова Е. В., Петрова А. В., Потапов А. С. Нарушение моторики толстой кишки при хронических запорах у детей [Dysmotility of the colon for chronic constipation in children]. Rossiyskiy pediatricheskiy zhurnal. 2007; 4: 28–30. (In Russian).
2. Sadovnichaya T. A. Khronicheskie zapory u detey pervykh semi let zhizni [Chronic constipation in children during the first seven years of life]. Avtoref. dis... kand. med. nauk. Stavropol'. 2006; 18. (In Russian).
3. Tsvetkova L. N. Profilaktika i lechenie zaporov u detey [Prevention and treatment of constipation in children]. Voprosy sovremennoy pediatrii. 2004; 3: 2–7. (In Russian).
4. Bongers M. E. J., Benninga M. A. Long-term follow-up and course of life in children with constipation. JPGN. 2011; 53 (2): 55–56.
5. Bosshard W., Dreher R., Schnegg J. F., Bula C. J. The treatment of chronic constipation in elderly people: an update. Drugs Aging. 2004; 21: 911–30.
6. Burgers R., Di Lorenzo C. Diagnostic testing in constipation: is it necessary. JPGN. 2011; 53 (2): 49–51.
7. Garrigues V., Galvez C., Ortiz V., Ponce M., Nos P., Ponce J. Prevalence of constipation: agreement among several criteria and evaluation of the diagnostic accuracy of qualifying symptoms and self-reported definition in a population-based survey in Spain. Am. J. Epidemiol. 2004; 159: 520–6.
8. Higgins P. D. R., Johanson J. F. J. Epidemiology of constipation in North America: a systematic review. Am. J. Gastroenterol. 2004; 99: 750–9.
9. Talley N. J., Fleming K. C., Evans J. M., O'Keefe E. A., Weaver A. L., Zinsmeister A. R., Melton L. J. 3rd. Constipation in an elderly community: a study of prevalence and potential risk factors. Am. J. Gastroenterol. 1996; 91: 19–25.

■ Адреса авторов для переписки

Михайлин Евгений Сергеевич — к. м. н., заведующий амбулаторно-поликлиническим отделением. СПбГБУЗ «Родильный дом № 10», Руководитель Центра по ведению беременности и родов у несовершеннолетних «Маленькая мама». 198259, Россия, Санкт-Петербург, ул. Тамбасова, д. 21. E-mail: mihailin@mail.ru.

Mikhaylin Evgeniy Sergeevich — PhD, head of the polyclinic department, head of the Centre of pregnancy and childbirth in adolescents “Young mother”, SPbSBI “Maternity hospital N 10”. 198259, St. Petersburg, Tombasova St., 21, Russia. E-mail: mihailin@mail.ru.

Иванова Лада Анатольевна — к. м. н., главный врач. СПбГБУЗ «Родильный дом № 10». 198259, Россия, Санкт-Петербург, ул. Тамбасова, д. 21.

Савицкий Алексей Геннадьевич — д. м. н., профессор кафедры акушерства и гинекологии. ГБОУ ВПО Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова. Заведующий отделением «Семейные роды». СПбГБУЗ «Родильный дом № 10». 198259, Россия, Санкт-Петербург, ул. Тамбасова, д. 21.

Минина Анна Геннадьевна — врач ультразвуковой диагностики. СПбГБУЗ «Родильный дом № 10». 198259, Россия, Санкт-Петербург, ул. Тамбасова, д. 21.

Жибура Лариса Павловна — к. м. н., доцент кафедры акушерства и гинекологии. ГБОУ ВПО Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова. 191015, Россия, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41.

Слепцова Джульетта Сейфутдиновна — врач акушер-гинеколог гинекологического отделения. СПбГБУЗ «Родильный дом № 10». 198259, Россия, Санкт-Петербург, ул. Тамбасова, д. 21.

Касьянова Дарья Семеновна — заведующая отделением патологии беременности № 1. СПбГБУЗ «Родильный дом № 10». 198259, Россия, Санкт-Петербург, ул. Тамбасова, д. 21.

Ivanova Lada Anatol'evna — PhD, Chief physician. SPbSBI "Maternity hospital N 10". 198259, St. Petersburg, Tombasova St., 21, Russia.

Savitskiy Aleksey Gennad'evich — M.D., PhD, professor of the department of obstetrics and gynecology N 2, North-Western State Medical University named after I. I. Mechnikov. Head of department "Family delivery". SPbSBI "Maternity hospital N 10". 198259, St. Petersburg, Tombasova St., 21, Russia.

Minina Anna Gennad'evna — doctor of ultrasonic diagnostics. SPbSBI "Maternity hospital N 10". 198259, St. Petersburg, Tombasova St., 21, Russia.

Zhibura Larisa Pavlovna — PhD, associate professor of the department of obstetrics and gynecology. North-Western state medical University named after I. I. Mechnikov. 191015, St. Petersburg, Kirochnaya St., 41, Russia.

Sleptsova Dzhul'etta Seiffutdinovna — obstetrician-gynecologist, department of operative gynecology. SPbSBI "Maternity hospital N 10". 198259, St. Petersburg, Tombasova St., 21, Russia.

Kas'yanova Dar'ja Semenovna — head of the department of pathology of pregnancy N 1. SPbSBI "Maternity hospital N 10". 198259, St. Petersburg, Tombasova St., 21, Russia.