

М.Ю. Денисов

Новосибирский государственный университет

## Восстановительное лечение детей с функциональным (обстипационным) энкопрезом

### Контактная информация:

Денисов Михаил Юрьевич, доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии с курсом педиатрии Новосибирского государственного университета

Адрес: 630090, Новосибирск, ул. Пирогова, д. 2, тел.: (383) 339-42-10, e-mail: mi.den@mail.ru

Статья поступила: 20.09.2010 г., принята к печати: 11.10.2010 г.

*Описаны клинические особенности функционального (обстипационного) энкопреза у детей, страдающих в течение длительного периода хроническим запором. Заболевание взаимосвязано с многочисленными предрасполагающими факторами, основными из которых являются перинатальная патология, нарушения пищевого поведения, психотравмирующие ситуации и социальная дезадаптация пациента. Предложена комплексная программа восстановительного лечения больных с функциональным энкопрезом, которая позволяет оказать ребенку оптимальную медицинскую помощь.*

**Ключевые слова:** дети, функциональный энкопрез, недержание кала, лечение.

Акт дефекации — результат сложного процесса, формирование которого происходит с первых дней жизни ребенка. В течение первых 6 мес жизни дефекация осуществляется на основе безусловного рефлекса. В дальнейшем перед дефекацией дети проявляют некоторое беспокойство (кряхтят, напрягаются, производят различные звуки, иногда плачут). Следовательно, у них возникает субъективное ощущение позыва на дефекацию, что соответствует началу выработки условного рефлекса. Субъективная потребность выделять каловые массы на некоторое время может подавляться, что способствует формированию навыка опрятности [1, 2]. Период самоконтроля акта дефекации у здорового ребенка часто формируется в возрасте 12–18 мес, однако в ряде случаев его наступление может происходить и в более позднем возрасте — в 2–3 года и даже позже. Во всяком случае о нарушении акта дефекации

в виде недержания кала у детей можно говорить только после 4 лет жизни [1, 3].

Неспособность контролировать акт дефекации или недержание кала называют энкопрезом. У взрослых недержание кала обычно имеет органическую природу (злокачественные опухоли терминального отдела кишечника, травмы, аномалии развития толстой кишки и т.д.) [4]. В педиатрической практике в подавляющем большинстве случаев энкопрезом обозначают недержание кала функциональной природы, когда не удается выявить патоморфологических изменений, которыми можно было бы объяснить данное расстройство.

По современным представлениям, функциональный энкопрез — это повторяющееся произвольное или непроизвольное отхождение кала обычно нормальной или почти нормальной консистенции в местах, не предусмотренных для этой цели социально-культурным окру-

M.Yu. Denisov

Novosibirsk State University

## Rehabilitation of children with functional (obstipational) encopresis

*Author describes peculiarities of functional (obstipational) encopresis in children with prolonged chronic constipation. Disease relates to many predisposing factors; the most significant ones are perinatal pathology, disorders of nutritional behavior, psychological traumatic experience and social disadaptation of patient. Complex rehabilitation program of children with functional encopresis allows provision of optimal medical care.*

**Key words:** children, functional encopresis, fecal incontinence, treatment.

жением индивида. Расстройство может представлять собой аномальную продолжительность нормального для младенца недержания кала, проявиться в потере контроля над действиями кишечника у индивида, ранее имевшего навык такого контроля, или включать умышленную дефекацию в неподходящих местах, несмотря на нормальный психологический контроль над действиями кишечника. С позиции функциональных систем, по мнению Г.Г. Шанько и соавт., энкопрез представляет собой своеобразную соматовегетативную дезинтеграцию в области периферического и (или) центрального отдела функциональной системы, регулирующей акт дефекации [1].

В МКБ 10-го пересмотра (шифр F 98.1) объединены все типы функционального недержания кала, хотя клинически удобнее выделять два основных варианта [5, 6]. При истинном энкопрезе имеет место центральное нарушение деятельности сфинктерного аппарата прямой кишки под влиянием явных или скрытых, однократных или длительно действующих психических аффектов, и перинатального повреждения нервной системы. Ложный или обстипационный энкопрез обусловлен снижением чувствительности рецепторов прямой кишки, возникает в связи с наличием запоров различного характера и хронического застоя содержимого в переполненных дистальных отделах толстой кишки. В последнем случае, несмотря на отсутствие акта дефекации как такового, нижнее белье ребенка загрязняется выделениями из ануса. Поэтому ложный энкопрез иногда называют парадоксальным. По законам гидродинамики жидкое кишечное содержимое из вышележащих отделов кишечника обтекает плотные каловые массы, расположенные в сигмовидной и прямой кишках, оказывает давление и вызывает растяжение анального сфинктера и непроизвольно выделяется наружу. Этот факт доказывается тем, что у пациентов с энкопрезом диагностируется нарушение функционального состояния наружного сфинктера и, как следствие, расстройство процесса волевого удержания кишечного содержимого, сочетающееся со снижением тонуса анальных сфинктеров [7, 8]. Эти изменения обусловлены снижением сократительной способности мышц наружного сфинктера на фоне ослабления тонуса или изолированного нарушения нервно-рефлекторной регуляции внутреннего сфинктера. Отметим, что самопроизвольное выделение конгломератов (каловых камней) наружу практически невозможно в силу их значительных размеров и плотности.

В настоящей публикации рассматриваются клинические особенности и комплексная программа восстановительного лечения детей с наиболее частым вариантом функционального недержания кала — обстипационным энкопрезом (ОЭ), возникающим на высоте нарушений функции кишечника, при декомпенсированном запоре. Ряд исследователей считает, что наибольшее число случаев данного варианта ОЭ приходится на возраст от 3 до 7 лет [1, 6, 9]. У мальчиков данное функциональное расстройство возникает чаще, чем у девочек, — в отношении 3:1 или даже 10:1 [3, 5].

Формированию запора и в последующем энкопреза способствуют многочисленные неблагоприятные predisposing факторы, начиная с периода беременности и родов: гестоз, фетоплацентарная недостаточность с формированием внутриутробной гипоксии плода и поражением ЦНС, асфиксия и травма тех или иных отделов позвоночника в периоде родов, перенесенные в раннем возрасте острые инфекционные желудочно-кишечные заболевания, нарушения вскармливания

на первом году жизни и последующие периоды жизни, недостаточная физическая активность и социальная дезадаптация как самого ребенка, так и его семьи [1, 5, 9–12]. Нередко речь идет о запорах смешанного характера, дебютирующих в раннем возрасте, обусловленных психотравмирующими ситуациями в семье с повышенным или особо избирательным вниманием к процессам питания, прибавки массы тела и регулярности опорожнения кишечника [3].

Специалисты сходятся во мнении, что непосредственными первичными причинами истинного энкопреза являются хронические психотравмирующие ситуации в семье, длительная эмоциональная депривация, а также чрезмерно строгие требования родителей к ребенку в отношении его опрятности, внешнего вида и т. п. [1, 9]. При ОЭ изменения психического состояния пациентов происходят вторично, уже на фоне существующего колостоза. В любом случае основное значение в происхождении функциональных заболеваний кишечника, в частности запора и энкопреза, придается нарушенным взаимоотношениям разного рода между матерью и ребенком, а также наличию длительного внутрисемейного конфликта, внешним выражением которого становится дитя. «Почвой» для функциональной патологии при этом являются невропатические состояния и резидуально-органическая церебральная недостаточность [13].

Клиника функционального энкопреза характеризуется тем, что у ребенка, имевшего ранее навыки опрятности, периодически в дневное время отмечается небольшое количество испражнений на белье; чаще родители жалуются, что ребенок только «слегка пачкает штаны», в редких случаях обнаруживаются более обильные испражнения. Как правило, ребенок не испытывает позыва к дефекации, вначале не замечает наличия «грязи» и лишь спустя некоторое время ощущает неприятный запах.

В отличие от истинного недержания кала, когда стул у ребенка более или менее регулярный, появлению ОЭ предшествуют различные по продолжительности и выраженности запоры, на фоне которых сначала эпизодически, а затем более регулярно происходит произвольное отхождение порций жидкого и (или) плотного кала. По мере прогрессирования запора частота фактов каломазания увеличивается [6].

Хотя данная болезнь не делает ребенка инвалидом, она существенно осложняет его жизнь. Неопрятность больных является причиной конфликтных ситуаций в семье и школе. Таким детям трудно, а порой и невозможно, находиться в организованном детском коллективе, участвовать со сверстниками в соревнованиях, туристических походах и других массовых мероприятиях. Постоянные насмешки со стороны сверстников и наказания родителями способствуют развитию у ребенка чувства вины и собственной неполноценности, что отрицательно сказывается на формировании личности. Все наблюдавшиеся нами пациенты болезненно переживали свой недостаток, стыдились его, старались спрятать от родителей испачканное белье. Мы отметили, что дети с энкопрезом становятся замкнутыми, апатичными, застенчивыми и уединенными, а в ряде случаев — агрессивными, озлобленными, склонными к конфликтам. Таким образом, патологический круг болезни замыкается, и ее течение приобретает неконтролируемый характер.

Известно, что частым сопутствующим симптомом описанных расстройств кишечника у детей является недержание мочи [7, 14]. По совокупности внешних симптомов такие больные с ОЭ продолжительный период времени могут наблюдаться непрофильными специалистами (невропа-

тологами, психиатрами, рефлексотерапевтами), в ряде случаев не догадывающихся о хроническом характере запора и его причинах. В отличие от истинного энкопреза, как было отмечено, модулируемого в первую очередь психотравмами, лечение пациентов с длительно существующим колоностазом и ОЭ только психоневрологическими методами малоэффективно, так как не решается ведущая проблема пищеварительной системы.

Важные клинические особенности могут быть обнаружены уже при осмотре ребенка, страдающего запором. В силу характерных психологических качеств таких больных, с первых минут приема они выражают негативизм в отношении осмотра. Однако тактичность и внимательность врача в данном случае особенно необходимы. Характерны изменения кожи, которая становится бледно-землистой, дряблой, снижается ее эластичность. Выявляются нарушения трофики кожи и ее придатков: локальная или тотальная сухость кожи, шелушение, заеды в углах рта, исчерченность ногтевых пластинок и дистрофия ногтевого ложа, тусклый оттенок и ломкость волос. При осмотре полости рта визуализируется обложенность языка, неприятный, порой каловый, запах изо рта, нарушения структуры эмали зубов, кариес.

Живот чаще увеличен в размере, при осмотре в боковой проекции тела стоя наблюдается его нависание над лоном. Пальпация живота позволяет установить слабость мышц передней брюшной стенки, в раннем возрасте нередко обнаруживается пупочная грыжа. Легко удаётся пальпировать расширенные, уплотненные петли ободочной кишки, заполненные плотными каловыми массами. Ощупывание обычно безболезненно. Выявляются комки кала (*scybala*) в различных отделах кишечника, чаще в нисходящей и сигмовидной кишках.

Нарушения функции кишечника практически никогда не бывают изолированными, в той или иной мере происходит поражение других отделов желудочно-кишечного тракта. Так, нередко выявляется умеренное увеличение размеров печени за счет нарушения функции билиарного тракта, болезненность в проекции связки Трейтца, мезентериальных лимфоузлов. Последнее связано с анатомо-физиологическими особенностями кишечника у детей, когда в случаях колоностаза происходит компенсаторная лимфоаденопатия из-за значительного поступления токсинов и бактериальных тел из кишки в лимфатическую систему.

Практически у каждого ребенка выявляются изменения анальной области: повышенная влажность и раздражение кожи вокруг ануса, расчесы, иногда гиперкератоз с инфильтрацией тканей. Имеется загрязнение кожи калом. Пальцевое исследование ануса и конечной части прямой кишки позволяет установить сниженный тонус жома, высота стояния сжимающего кольца уменьшается. У определенной части пациентов анальный рефлекс, вызываемый уколочной пробой, явно недостаточен.

Для дифференциальной диагностики вариантов энкопреза по совокупности клинико-инструментальных критериев удобно использовать данные В. Н. Копейкина и соавт. [6], что в дальнейшем позволит определить индивидуальную тактику лечения пациентов.

Лечение пациентов с хроническим запором и ложным энкопрезом — сложный процесс; в литературе описано довольно большое количество рекомендаций, однако они не всегда учитывают индивидуальность конкретного клинического случая, вариант течения энкопреза. Это, по нашему мнению, приводит к недостаточной эффективности терапии и даже ухудшению состояния ребенка. На основе собственного опыта, нами разработана

программа комплексного подхода к организации восстановительного лечения больного с обстипационным энкопрезом, основной целью которого является восстановление функциональной способности всех отделов пищеварительного тракта и улучшение психического здоровья пациента. Программа реабилитации включает следующие мероприятия: 1) психотерапевтическая помощь ребенку и его семье; 2) лечебное питание; 3) упорядочивание двигательной активности и восстановление навыков контроля за регулярным актом дефекации; 4) медикаментозная терапия. Остановимся на этих действиях подробнее.

Изначально лечащему врачу в ходе психотерапевтической беседы важно установить хороший контакт (комплаенс) с больным ребенком и его родителями, подробно расспросить их об условиях жизни, режиме дня и отдыха, особенностях питания. В процессе беседы с ребенком и родителями (необходимым условием является совместная психотерапия) врач должен выявить характерологические особенности больного, обстановку в семье, максимально возможно установить психотравмирующие факторы.

Специализированная психотерапевтическая помощь крайне необходима. Наряду с семейной и индивидуальной патогенетической психотерапией предпочтение отдается игровой (индивидуальной и групповой) психотерапии, в рамках которой больному ребенку предоставляется возможность разыгрывать ситуации напряжения, переживаемые им. Акцент устанавливается на проигрывании тем, связанных с приемом пищи и регулярным посещением туалета. Во время игрового сеанса пациент овладевает элементарными навыками самоконтроля. По мере овладения этими навыками, а также изменения отношения к ребенку со стороны родителей, к терапии подключаются методы психотерапевтического внушения успешности [3, 15]. Не сомневаемся, что психотерапевтическая коррекция здоровья пациента — базовый принцип программы восстановительного лечения больного с ОЭ. Уверены, что игнорирование данного положения не позволит получить стойкий положительный эффект.

Как известно, при длительных запорах наиболее часто диагностируется снижение сократительной способности и понижение тонуса мышечной стенки кишок [5, 16]. Снижение пропульсивной способности кишечника объясняется особым рационом питания больных, состав которого весьма избирателен и содержит минимальное количество пищевых волокон [17]. Поэтому задачами лечебного питания являются постепенное увеличение в рационе питания пищевой клетчатки (не менее 20–30 г/сут), введение в рацион продуктов, богатых ионами калия, соблюдение оптимального водного режима. К подобным продуктам относятся хорошо пропеченный и немного подсушенный отрубной и серый хлеб, овощи и фрукты должны составлять не менее 50–60% ежедневного рациона и употребляться преимущественно в термически обработанном виде. Так, показаны свекла, морковь, зеленый горошек, стручковая фасоль, тыква, кабачки, репа, ревень, спаржа, баклажаны и т.д. Овощи и фрукты рекомендуем использовать в виде салатов, винегретов, пюре, заправляя блюда для повышения вкусовых качеств легким майонезом, оливковым, подсолнечным маслом или 5% натуральной сметаной. При отсутствии пищевой непереносимости больным следует употреблять мед, варенье, джемы. Мясо лучше есть сваренным куском. Для дотации ионов калия включаем в рацион питания печеные яблоки, распаренные чернослив, курагу, изюм.

Отметим, что родителям редко удается в первые недели от начала лечения кардинально изменить рацион питания ребенка за счет введения большего количества овощей. У больных уже сложился особый пищевой стереотип, не позволяющий его кардинально изменять в короткий временной промежуток. Наш опыт показывает, что пациенты категорически отказываются от «невкусных» овощей, отрубного хлеба, простокваши; порой дело доходит до слез и истерики. Мы советуем проводить более тонкую пищевую «политику»: использовать разработанные блюда [17], постепенно наращивая удельный вес пищевых волокон, явным образом не афишируя свои действия перед ребенком. От родителей, в первую очередь матери, потребуются значительная моральная отдача, искусство добродетельной хозяйки, что также достигается путем семейной психотерапии. Заметим, что форсированное, избыточное введение пищевых волокон в рацион питания больного может произвести обратный эффект (вздутие живота, торможение перистальтики, утяжеление запора).

По нашему мнению, в качестве стартового продукта в этом плане наиболее эффективны пшеничные отруби. Рекомендуем применяться их в составе обычных блюд, до поры скрывая от ребенка факт их введения в пищу. Распаренные (набухшие) пшеничные отруби целесообразнее использовать в виде добавки к супам, овощным гарнирам, кашам, соку и т.д. Нами разработаны специальные молочно-фруктовые коктейли с отрубями [17]. Доза исходного продукта первоначально определяется от 1 чайной до 2 столовых ложек в сутки, постепенно (в течение 2–3 нед) доводя до 3–10 столовых ложек в зависимости от возраста, частоты актов дефекации, самочувствия пациента. При запорах и использовании в рационе питания пшеничных отрубей важное значение приобретает употребление достаточного количества жидкости: от 1 до 5 стаканов день в зависимости от возраста в виде некрепкого чая, соков, минеральной воды, компотов из фруктов и ягод.

Особое значение в восстановлении функции кишечника при длительных запорах придаем полноценному, объемному завтраку, так как последующая дневная физическая нагрузка плодотворно повлияет на активацию перистальтической активности всего пищеварительного тракта. Так, после подъема, утром натощак ребенку рекомендуем дать выпить 1/4–1/2 стакана прохладной высокоминерализованной воды (например, Баталинская, Эссенуки № 17), можно с газом. Если вскоре после питья позыв на стул появился, то больной максимально опорожняет кишечник. При отсутствии позыва, переходят к завтраку, который должен быть достаточно объемным (для пациентов старше 12 лет не менее 300 г) и состоять из нескольких блюд, например рассыпчатая гречневая каша с добавлением отрубей и сливочного масла, яичница из одного яйца с овощами, кусок (50–80 г) зернового хлеба, горячий чай с медом. Через 30–40 мин необходимо сделать гимнастику, уделяя акцент брюшному дыханию, и после некоторого времени направиться в туалет.

Недостаточно подвижный образ жизни, снижение физических нагрузок приводят к ослаблению тонуса мышц передней брюшной стенки. Параллельно совершенствованию рациона питания лечебные мероприятия должны быть направлены на упорядочивание двигательной активности. Особая роль отводится лечебной физкультуре [16, 17], направленной на повышение тонуса мышц передней брюшной стенки, поскольку последняя оказывает непосредственное влияние на перистальтическую

деятельность кишечника. Нормализация двигательной активности больного лучше всего достигается, когда ребенок занимается лечебной физкультурой совместно с одним из родителей, лучше с отцом, начинает участвовать в какой-либо коллективной физической деятельности. Проще говоря, когда ребенок начинает посещать художественную или спортивную секции, при этом его интерес должен совпадать с видом проводимых занятий. Упражнения лечебной физкультуры, танцы, подвижные игры проводят под музыку, что развивает и корректирует недостатки развития ритмической активности у ребенка. Гармоничным и весьма полезным считаем плавание. Во время этой процедуры на организм одновременно воздействуют водная среда и активные движения. При этом медленные движения облегчаются, дети могут выполнять упражнения, которые вне воды невыполнимы, в то же время повышается сопротивление быстрым движениям, что способствует тренировке мышц. Плавание и гимнастика в воде способствуют увеличению объема вдыхаемого воздуха, повышению тонуса скелетных мышц. Занятия с тренером в бассейне сопровождается интенсивным движением, что также положительно влияет на кровообращение, дыхание, обмен веществ, терморегуляцию. Мы заметили, что пациенты, которые приступили к тренировочным занятиям плавания, восстанавливали функциональную и психическую активность заметно быстрее, чем другие дети.

Туалетный тренинг позволяет добиться регулярности дефекации, установив условия и определенное время посещения туалета. В первые недели от начала реабилитации с больным и его родителями обычно оговариваем от двух до четырех периодов в течение дня, согласованных со временем приема пищи или другими режимными моментами. В зависимости от возраста, уровня развития ребенка и прежде всего от терапевтической мотивации («сопротивления»), туалетный тренинг может и должен быть предварительно структурирован и при необходимости предусматривать оказание психотерапевтической помощи [1].

Известно, что больные с длительными запорами и ОЭ к моменту обращения фактически теряют условный рефлекс регулярности акта дефекации. Усилиями всех заинтересованных лиц его необходимо восстановить. Клинически становится понятным, что дистальный отдел кишечника у всех больных заполнен плотными каловыми массами, самостоятельное отхождение которых невозможно. На первом этапе процедуру тренировки следует начинать с очищения кишечника клизмами [5, 6]: первые 7–10 дней 2 раза в день утром и вечером, последующие 2 нед — 1 раз в день утром и еще 2 нед — утром через день. Это способствует формированию хотя бы минимального позыва на дефекацию в нужное время. Неплохой очищающий эффект оказывают микроклизмы с микролаксом в объеме 5 мл. Заметим, что «клизменный» этап следует осуществлять, учитывая индивидуальные особенности психики ребенка, не провоцируя к его невротическим реакциям, тактично и доброжелательно. По мере ликвидации колоностаза и удаления каловых камней переходят к следующему этапу — выработке регулярного акта дефекации в одно и то же время. Напомним, что этот этап будет предшествовать улучшению психического и алиментарного статуса пациента. Для ребенка любого возраста процесс дефекации — момент сокровенный и очень серьезный. Если больной в силу тех или иных причин не может или не хочет пользоваться унитазом, то необходимо применять горшок. Перед высаживаем его следует согреть теплой водой;

холодное посадочное место может вызвать неприятие ребенка. Важным моментом является поза при акте дефекации: больного следует приучать к посадке над горшком (унитазом) на корточках. Нужно, чтобы ребенок обязательно опирался на пятки; в таком положении наиболее активнее сокращаются мышцы брюшного пресса и таза [5].

Ни в коем случае нельзя превращать акт дефекации в «балаган» с участием всех членов семьи. Действия родителей должны быть направлены на установление и закрепление привычки опорожнять кишечник в одно и то же время. Лучшим временем для формирования физиологического акта дефекации является утро (6–9 ч), после завтрака.

Физические факторы играют важную роль в восстановлении регулярности этого процесса. Стимулировать рефлекс на опорожнение толстой кишки легче, если сочетать его с актом мочеиспускания, ибо эти две физиологические функции взаимосвязаны. По мере того, как ребенок тужится, помощник помогает дефекации путем массажа живота по ходу кишечника, надавливанием между копчиком и анусом. Старшим детям предлагается осуществлять ритмичное и частое (10–20 раз) втягивание заднего прохода. Если акт дефекации не получился, то ни в коем случае нельзя наказывать и ругать ребенка. Сразу согласовывается следующее регламентированное время туалетного тренинга, например после занятий лечебной физкультурой.

В течение дня предлагаются различные упражнения для тренировки анального сфинктера: 15–20 раз в день вытягивать и напрягать мышцы анального жома, много раз в день, приподнявшись на пальцах ног с силой, всей тяжестью тела ударять пятками об пол и т.д. [10]. Дополнительно целесообразен контрастный промежуточный душ.

С одной стороны, проктологи широко рекомендуют использовать тренировочные приемы с введением в задний проход дренажной трубки, которую пациент должен с силой сжимать и периодически разжимать [5, 6]. Эта методика должна сочетаться с внушением, что больной может удержать трубку длительное время. С другой стороны, данный метод лечения подходит далеко не всем пациентам: введение в анус трубки или клизмы вызывает неприятные ощущения у ребенка и часто является причиной его невротизации [1]. Тем более, что для большинства родителей такая методика тренировки является неуместной и даже шокирующей, что опосредованно дает отрицательный лечебный эффект.

Поэтому постоянно следует помнить о психологических моментах туалетного тренинга: ребенку должны быть созданы соответствующие условия, соблюдены санитарные принципы, оказывать моральное и физическое давление недопустимо. Восстановление регулярности акта дефекации — длительная, но достижимая цель для родителей и пациентов, она должна проводиться упорно, без эмоциональных всплесков, возможно в первый раз под контролем медицинского работника.

В последние годы стал популярен метод лечения энкопреза, основанный на биологической обратной связи. Принцип метода основан на фундаментальном законе, гласящем, что функция системы зависит от возврата информации о ее работе. Этот метод лечения применяют для восстановления сознательного и произвольного контроля над висцеральными функциями. При энкопрезе целью проводимого лечения является восстановление работы нейромышечного сфинктерного аппарата путем специальных тренировок [10, 18].



## Дюфалак® Легкая помощь кишечнику

- Мягко устраняет запор и восстанавливает работу кишечника
- Может применяться у детей с первых дней жизни
- Способствует росту собственной полезной микрофлоры кишечника

119334, Москва  
ул. Вавилова, 24, этаж 5  
тел.: (495) 411 6911  
факс: (495) 411 6910  
[www.solvaly-pharma.ru](http://www.solvaly-pharma.ru)  
[www.gastrosite.ru](http://www.gastrosite.ru)

 **Abbott**  
A Promise for Life



ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ.  
ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ НЕОБХОДИМО  
ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

Медикаментозная терапия также должна быть комплексной, направленной на различные системные уровни. Так, детям с истинным и смешанным энкопрозом акцент должен быть сделан на средства нейрометаболического ряда (ноотропы и препараты с ноотропным действием) [3]. Тактика лечения подбирается индивидуально, выбор в пользу медикаментозного лечения должен быть сделан при наличии явных психотравмирующих ситуаций, а также церебральной дисфункции, в случаях гипертонических и гипертонических состояний толстой кишки.

Для улучшения кишечной перистальтики больным целесообразно с самого начала лечения использовать осмотические слабительные средства. К ним относится Дюфалак, действующим веществом которого является лактулоза. Этот синтетический дисахарид не подвергается гидролизу в верхнем отделе пищеварительного тракта из-за отсутствия у человека специфического фермента. Он расщепляется кишечной микрофлорой толстой кишки на низкомолекулярные органические кислоты. В результате происходит понижение pH, повышение осмотического давления, привлечение в ее просвет жидкости и, как следствие, увеличение объема кишечного содержимого. Все это, в свою очередь, изменяет консистенцию кала и усиливает перистальтику органа. Стартовая доза для детей в возрасте 3–6 лет составляет 5–10 мл, 7–14 лет — 15 мл. Препарат следует принимать 1 раз в день утром, во время завтрака, например, запивая чаем. В некоторых случаях разрешается прием два раза в сут (утром и вечером).

Лактулоза считается дозозависимым средством. Как правило, эффект наступает через 1–2 дня после начала лечения. Дозу увеличивают по 0,5–1 мл в сут в том случае, если в течение 2 дней приема препарата не наблюдается улучшения состояния. У других пациентов в первые дни появляется метеоризм, диарея. В этом случае дозу следует уменьшать по 0,5 мл в сутки, добиваясь оптимальной дефекации. В дальнейшем индивидуально подобранную дозу (5–10 мл) лактулозы принимают

в течение 3–4 нед, далее постепенно снижая суточный объем до пребиотической дозировки (5 мл). Уже с первых дней лечения больного следует приступить к пробиотической поддержке кишечника по стандартным схемам [17]. Продолжительность пре- и пробиотического лечения индивидуальна, но не менее 1 мес.

Среди физиопроцедур отметим следующие в зависимости от типа нарушений двигательной активности толстой кишки [5, 16, 17]. При гипертонической форме дисфункции кишечника рекомендуем использовать теплотечение (аппликации озокерита, парафина на живот), электрофорез с раствором новокаина, сульфата магния, папаверина, при гипотоническом и гипомоторном варианте — электростимуляция мышц тазового дна и анального жома, электрофорез с хлоридом кальция, прозерин, гальванизация с анодом на область живота курсом 10–12 процедур. Прекрасный эффект оказывают рефлекс- и бальнеотерапия, в домашних условиях мы настаиваем на закаливающих процедурах. Доказана высокая эффективность иглорефлексотерапии при функциональных расстройствах пищеварительного тракта у детей, начиная с 3–4-летнего возраста, с учетом типа нарушений моторики толстой кишки, под контролем психотерапевта [3].

Таким образом, функциональный запор и обстипационный энкопроз представляют трудную, но решаемую проблему педиатрии. Используя предложенную комплексную программу восстановительного лечения больных с недержанием кала, основанную на современных достижениях науки, можно успешно оказать оптимальную медицинскую помощь ребенку и восстановить его психическое равновесие, что доказывается практическим опытом. В числе мер по предупреждению функциональной патологии кишечника, помимо соблюдения рационального питания, важную роль играют общий гигиенический режим дня и отдыха, регулярные занятия физическим трудом, спортом или физкультурой, дружеское и равноправное положение ребенка в семье и за ее пределами.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Шанько Г. Г., Михайлов А. М., Прусаков С. Н., Родцевич О. Г. Энкопроз неорганической природы у детей. — Минск: БелМАПО, 2007. — 32 с.
2. Колопроктология и тазовое дно. Патофизиология и лечение / под ред. М. М. Генри, М. Своша; пер. с англ. — М.: Медицина, 1988. — 464 с.
3. Фесенко Ю. А. Энурез и энкопроз у детей. — СПб.: Наука и техника, 2010. — 272 с.
4. Воробьев Г. И. Основы колопроктологии. — М.: МИА, 2006. — 432 с.
5. Ленюшкин А. И. Хирургическая колопроктология детского возраста. — М.: Медицина, 1999. — 368 с.
6. Копейкин В. Н., Федулова Э. Н., Тутина О. А. и др. Функциональное недержание кала у детей (дифференциальная диагностика и подходы к лечению) // Педиатрическая фармакология. — 2009; 6 (5): 76–78.
7. Салов П. П. Функциональный отдел толстой кишки. Колондинамическое исследование и реабилитация. — Новосибирск, 1993. — 200 с.
8. Фоменко О. Ю., Подмаренкова Л. Ф., Ким Л. А. и др. Функциональное состояние запирательного аппарата прямой кишки у детей с энкопрозом // Российский вестник перинатологии и педиатрии. — 2009; 54 (6): 43–47.
9. Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста. — М.: Медицина, 1990. — 608 с.
10. Алиева Э. И. Недержание кала у детей // Педиатрия. — 2003; 5: 82–85.
11. Ратнер А. Ю. Неврология новорожденных. — Казань: Казанский университет, 1995. — 367 с.
12. Денисов М. Ю. Проблема запоров у детей грудного и раннего возраста, современные подходы к ее решению // Вестник Новосибирского гос. ун-та (Биология, клиническая медицина). — 2007; 5 (3): 120–124.
13. Фесенко Ю. А. Исследование резидуально-неврологических синдромов у детей (новые подходы к диагностике и лечению заикания, гиперактивности, тиков и энуреза): Автореф. дис. ... докт. мед. наук. — СПб., 2005. — 44 с.
14. Буянов М. И. Недержание мочи и кала. — М.: Медицина, 1985. — 182 с.
15. Гарбузов В. И., Исаев Д. Н., Захаров А. И. Неврозы у детей и их лечение. — Л.: Медицина, 1977. — 272 с.
16. Мельникова И. Ю., Новикова В. П., Думова Н. Б. Запоры у детей. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 144 с.
17. Денисов М. Ю. Практические основы реабилитации детей с заболеваниями кишечника. — М.: Бином, 2010. — 192 с.
18. Моисеев А. Б., Кольбе О. Б., Петросова С. А. и др. Применение методов биологической обратной связи в лечении сочетанных дисфункций тазовых органов у детей // Вопросы детской диетологии. — 2009; 6: 23–25.