

В.Н. Копейкин¹, Э.Н. Федулова², О.А. Тутина², О.В. Федорова², И.И. Цалолихина²¹ Нижегородская государственная медицинская академия Росздрава² Нижегородский НИИ детской гастроэнтерологии Росмедтехнологий

Функциональное недержание кала у детей (дифференциальная диагностика и подходы к лечению)

Контактная информация:

Копейкин Владимир Николаевич, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой детских болезней Нижегородской государственной медицинской академии

Адрес: 603950, Нижний Новгород, ул. Семашко, д. 22, тел.: 8 (831) 436-65-53, e-mail: vkopeikin@mail.ru

Статья поступила: 22.03.2009 г., принята к печати: 21.09.2009 г.

Нарушение держания кишечного содержимого — частая клиническая ситуация с разнообразными патогенетическими механизмами. Заболевание протекает с явлениями социальной дизадаптации ребенка. Проанализировано 53 случая энкопреза. Болезнь имеет различные клинические и инструментальные диагностические критерии в зависимости от происхождения, что облегчает дифференциальную диагностику. Использование дифференциально-диагностической таблицы позволяет ускорить постановку диагноза и своевременно назначить адекватное лечение.

Ключевые слова: энкопрезы, дифференциальная диагностика, лечение, дети.

76

Функциональный энкопрез (каломазание) — это недержание кишечного содержимого, обусловленное нарушением физиологии деятельности одного из трех центров иннервации прямой кишки и запирающего аппарата, расположенных в головном, спинном мозге и в нижних отделах кишечника, при сохранности анатомических структур [1–3]. Подобная клиническая ситуация является довольно частой проблемой, хотя патогенетические механизмы не всегда однозначны. В любом случае происходит социальная дизадаптация ребенка (изоляция от сверстников, недовольство родителей) с развитием невротизации.

В МКБ-Х под шифром F98.1 объединены все типы функционального недержания кала, хотя клинически отчетливо выделяют три варианта различного генеза.

1. Истинный энкопрез — центральное нарушение деятельности сфинктерного аппарата прямой кишки под влиянием явных или скрытых, однократных или дли-

тельно действующих психических аффектов, и/или перинатального повреждения нервной системы.

2. Ложный (обстипационный, парадоксальный) энкопрез — недержание кала, обусловленное снижением чувствительности рецепторов прямой кишки. Этот вид энкопреза возникает в связи с развитием запоров различного характера и хроническим застоем содержимого в переполненных дистальных отделах толстой кишки. Высокое внутрикишечное давление периодически преодолевает силу анального сфинктера, и происходит неосознанное выделение плотных каловых масс. Так как тонус анального сфинктера при этом сохранен, энкопрез получил название «ложного» или «парадоксального».

3. Смешанные энкопрезы проявляются вторичным появлением у детей с парадоксальным энкопрезом неврозоподобных, астеновегетативных и других аналогичных синдромов с изменением типа личности.

V.N. Kopeikin¹, E.N. Fedulova², O.A. Tutina², O.V. Fedorova², I.I. Tsalolikhina²¹ Nizhny Novgorod State Medical Academy of Federal Health Care and Social Development Agency² Nizhny Novgorod Research Institute of Pediatric Gastroenterology

Functional fecal incontinence in children (differential diagnostics and treatment approaches)

Impairment of the intestinal content continence, a common clinical situation with various pathogenetic mechanisms. Disease proceeds with the child's maladjustment events. 33 cases of encopresis have been analyzed. This condition has various clinical and instrumental diagnostic criteria depending on the origin which simplifies differential diagnostics. Using a differential diagnostics table helps expedite the process of making a diagnosis and hence start an adequate treatment in a timely manner.

Key words: encopresis, differential diagnostics, treatment, children.

Проанализировано 53 случая энкопреза у детей в возрасте от 3 до 12 лет. По характеру недержания кала у 3 (5,7%) детей отмечался истинный, у 38 (71,7%) — парадоксальный и у 12 (22,6%) — смешанный тип энкопреза. У детей с истинным энкопрезом патологических изменений со стороны желудочно-кишечного тракта не выявлялось. У пациентов со смешанным и парадоксальным энкопрезом отмечался хронический запор, причиной которого преимущественно были долихосигма (83%) и, значительно реже, функциональные запоры (11,3%). Следует отметить, что функциональные запоры имели условно-рефлекторный характер, и у всех этих детей был смешанный тип энкопреза.

Клинические проявления, независимо от причины болезни, у всех наблюдавшихся были однотипными. Энкопрез чаще возникал в дошкольном возрасте (с 3–7 лет): ранее чистоплотный ребенок начинал непроизвольно «терять» каловые массы, пачкать белье. Эти явления возникали при истинном энкопрезе остро и со временем прогрессировали. Энкопрез мог быть дневным (во время игр, эмоциональных аффектов, физического напряжения или без видимых причин) и/или ночным. Анамнестически отчетливо выявлялось наличие психического стресса, как правило, неблагоприятная обстановка в семье (ситуация развода, равнодушие, грубое обращение). Эмоциональный аффект приводил к нарушению контроля восприятия чувства позыва и непроизвольному раскрытию анальных сфинктеров с неконтролируемой дефекацией, хотя до этого стул был регулярным. Вначале появлялась потеря небольшого количества каловых масс на фоне ежедневного самостоятельного стула. Со временем произвольная дефекация становилась реже и полностью прекращалась. Постоянное, непроизвольное выделение нормальных по консистенции каловых масс приводило к мацерации кожи промежности. У одного ребенка заболевание сочеталось с энурезом.

В отличие от истинного, появлению ложного энкопреза предшествовали различные по продолжительности запоры, на фоне которых сначала эпизодически, а затем более регулярно происходило непроизвольное отхождение больших порций плотного сухого кала. Загрязнения перianальной кожи были минимальны или отсутствовали. Клиника прогрессирования запоров и частота появления недержания кала развивались параллельно. При осмотре у таких детей живот был увеличен в объеме, пальпировались расширенные, уплотненные петли сигмовидной ободочной кишки, заполненные плотными каловыми массами, иногда в виде конгломерата.

Комплекс обследования включал, кроме общеклинического минимума и исследования на дисбиоз, обязательное пальцевое ректальное обследование; ректороманоскопию; а при наличии запоров (более трех дней) — контрастное рентгенологическое исследование, позволяющее оценить состояние тонуса и моторики толстой кишки, выявить аномалии развития и другие органические причины заболевания. По показаниям проводились аноректальная манометрия (оценка тонуса наружного и внутреннего сфинктера заднего прохода, прямой кишки); эндоректальная или трансабдоминальная эхография (оценка толщины стенки прямой кишки, наружного и внутреннего сфинктера заднего прохода, обнаружение дефектов сфинктера, не определяемых при пальцевом исследовании).

Анализируя состояние аноректальной зоны у указанной категории больных, было замечено, что только у 35,8% пациентов, включая всех пациентов с истинным энкопрезом, не выявлено никаких изменений. Остальные

дети с хроническими запорами имели анальные трещины (58,5%), криптит и папиллит (5,6%), выпадение прямой кишки (3,7%), у 1 ребенка была обнаружена солитарная язва прямой кишки; 5,6% детей имели сочетанное поражение.

Обязательно проводилось неврологическое обследование (консультация психоневролога), т.к. почти у всех детей выявлялись признаки поражения ЦНС, и нарушения в психоэмоциональной сфере. В структуре сопутствующих неврологических диагнозов следует отметить невропатии с нарушениями ритма сна, невропатии астенического типа, неврозоподобные состояния резидуального характера и задержку формирования навыков каловыделения.

Клинико-инструментальные критерии для определения вида энкопреза представлены в табл.

Лечение пациентов с недержанием кала включало комплексные мероприятия в стационаре, направленные на нормализацию психоневрологического статуса ребенка, регулирование условно-рефлекторных механизмов, улучшение проводимости нервных импульсов и повышение тонуса сфинктера.

Психотерапевтические мероприятия были направлены на обязательное разъяснение родителям причины болезни, подчеркивалась необходимость исключения наказаний и создание правильного режима дня, спокойной обстановки вокруг ребенка, исключение отрицательных эмоций (ограничение просмотра передач и кинофильмов, компьютерных игр, возбуждающих нервную систему); внушение ребенку мысли о его невиновности в происходящем, вселение уверенности в преодолении проблемы.

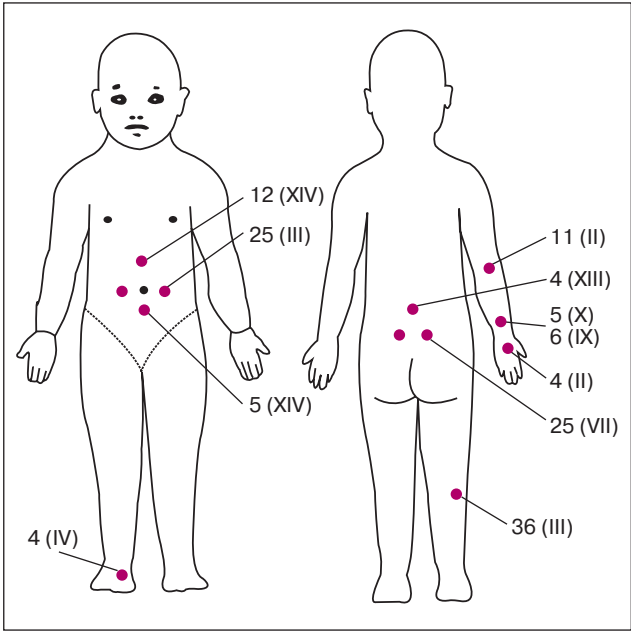
По рекомендации невролога назначались седативные препараты, анксиолитики, антидепрессанты. Тактика и методы лечения подбирались индивидуально. Такие препараты как Пантогам (0,25 (0,5) мг 3 раза в сут 1–2 мес), Фенибут (0,25 3 раза в сут 1–2 мес), Просульпин (0,05 мг 2–3 раза в день 1–2 мес) назначались детям с истинным и смешанным энкопрезом, а при парадоксальном — только в случаях гипермоторных и гипертонических состояний толстой кишки. При ослаблении тонуса и моторики проводилось лечение Ноотропилом (0,4×3 раза в день 1–2 мес), Кортексином (10 мг в/м № 10), Церебролизином (1–2 мл в/м № 20–30).

Воспитание правильного диетического и питьевого режима, выработка привычки утреннего опорожнения толстой кишки проводились у пациентов, страдающих запорами. При ложном энкопрезе лечение начинали с регулярного очищения кишечника клизмами (первые 7–10–14 дней 2 раза в день утром и вечером, последующие 2 недели — 1 раз в день утром и еще 2 недели — утром через день), что способствовало формированию позыва на дефекацию в нужное время (оптимально утром после завтрака). При ночном энкопрезе данная процедура выполнялась после ужина (перед сном), что приводило к прекращению выделения каловых масс из-за отсутствия их в кишке. Проводилась тренировка анального сфинктера: ребенку предлагали сжимать анальным жомом воображаемый наконечник клизмы или газоотводную трубку 3–5 раз в день и постепенно увеличивали время сокращения сфинктера. Если ребенок не выполнял инструкции, процедуру проводили с реальной газоотводной трубкой: в анальный канал на глубину 4–5 см вводили газоотводную трубку. Начинали с 3–5 сокращений, доводя до 25–30. Потом ребенка заставляли ходить, удерживая трубку в течение 3–5 мин, а затем выталкивать ее, как бы производя акт дефекации. Также проводили комплексы упражнений

Таблица. Дифференциальная диагностика энкопрезов

Клинический критерий	Энкопрез		
	истинный	ложный	смешанный
Возникновение (анамнестически)	Внезапное, после стрессов	Постепенное	Постепенное
Боли в животе	Чаше отсутствуют	На высоте запоров	
Неврологические нарушения	Отчетливые	Не выражены	Умеренные
Анальный рефлекс	Отсутствует или ослаблен	Определяется	Ослаблен
Пальцевое исследование	Ослабление тонуса сфинктеров в покое и при волевом напряжении	Тонус сохранен	Ослаблен в покое
Эндоскопия, рентгеноскопия и УЗИ толстой кишки			
Просвет	Обычный	Расширен, удлинение отделов	
Складки и гаустры	Обычной высоты	Сглажены, увеличение интервалов между складками	
Изменения слизистой	Чаше отсутствуют	Иногда умеренные воспалительные изменения, изменения толщины стенки	
Тонус и моторика	Отсутствуют	Нарушения скорости эвакуации	
Течение	Может самопроизвольно прекратиться	Прогрессирующее	

Рис. Биологически активные точки, рекомендуемые для массажа и/или иглоукалывания при энкопрезах



Примечание.
Сегментарные активные точки — 25(III), 25(VII), 4(XIII), 5,12 (XIV);
отдаленные активные точки — 4, 11(II), 36(III), 4(IV), 5(X), 6(IX).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Колопроктология и тазовое дно. Патофизиология и лечение / Под ред. М.М. Генри, М. Своша; пер. с англ. Н.В. Морозова, В.Л. Ривкина. — М.: Медицина, 1988. — 464 с.
2. Копейкин В. Н. Алгоритм диагностики ложного (обстипационного) энкопреза // Инструктивно-методические указания по диа-

по Кегелю, Духанову. Использовали также комплексы ЛФК для укрепления мышц передней брюшной стенки и тазового дна.
Для улучшения нервно-мышечной проводимости, стимуляции перистальтики кишечника назначали инъекции прозерина (0,05%-й раствор п/к или в/м 0,1 мл на год жизни, но не более 0,75 мл в течение 10–15 дней, за 30 мин до очистительной клизмы или при СМТ-форезе). Также применялись электростимуляция, иглорефлексотерапия, амплипульстерапия, общий и точечный массаж (рис.). Комплекс лечения предусматривал обязательное назначение про- и пребиотических препаратов.
Повторные курсы лечения проводились с интервалом в 1,5–2 мес до стойкого эффекта (4–5 повторных курсов).
Все дети имели значительный положительный эффект от лечения, что хорошо сказывалось на школьной и социальной адаптации. Возврат симптомов болезни наблюдался менее чем у 1/4 пациентов при нарушениях диеты и отказе от утреннего ритуала.
Использование дифференциально-диагностической таблицы помогало ускорить постановку диагноза и, соответственно, своевременно назначить адекватное лечение.
Лечебные мероприятия должны индивидуализироваться в зависимости от характера энкопреза и включать поддерживающую терапию и повторные противорецидивные курсы лечения.

гностике заболеваний органов пищеварения у детей / Под ред. Ю.П. Ипатова. — Москва — Нижний Новгород: Изд-во ООП ВВАГС, 1999. — С. 69.
3. Лёнюшкин А.И. Детская колопроктология. Руководство для врачей. — М.: Медицина, 1990. — 352 с.



Одобрено
национальным
альянсом
дерматологов
и косметологов

Скин-кап – инновация, проверенная временем!*

Скин-кап - эффективный
негормональный
препарат для лечения
атопического дерматита
с тройным активным
действием:
противовоспалительным
антибактериальным
противогрибковым.



НОВИНКА
Скин-кап
крем 15 г

отпускается
БЕЗ РЕЦЕПТА

Произведено «Хеминова Интернасьональ, С.А.» Мадрид, Испания для ООО «Инвар®», Россия

www.skin-cap.ru, www.invar.ru

Реклама. Товар сертифицирован.

Регистрационное удостоверение №П N012231/02 от 07.07.2008.

* - в России с 1995 года.