

Руководителям органов управления
здравоохранения, учреждений
здравоохранения муниципальных
образований Краснодарского края

ИНФОРМАЦИОННОЕ ПИСЬМО
ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ЗАПОРЫ И ЭНКОПРЕЗ

Функциональный запор

Функциональный запор (G7, H3a) - нарушение функции кишечника, выражающееся в урежении (по сравнению с индивидуальной физиологической нормой) возрастного ритма акта дефекации, его затруднении, систематически недостаточном опорожнении кишечника и/или изменении формы и характера стула (при отсутствии критериев СРК для детей старше 4 лет и исключении органической патологии кишечника).

Код в МКБ-10: K59.0 Запор

Считается, что в физиологических условиях частота стула у детей на грудном вскармливании - от 1 до 6-7 раз в день, у детей до 3 лет - не менее 6 раз в неделю, старше 3 лет - не менее 3 раз в неделю. Редкая дефекация не считается патологией при условии полного опорожнения кишечника, обычной консистенции кала, отсутствии признаков хронической интоксикации и нутритивной недостаточности, рвоты и срыгивания, Других признаков заболевания, удовлетворительном физическом развитии и сохранном аппетите.

Эпидемиология. Функциональные запоры составляют 95% запоров у детей старше 1 года. Эпидемиологические данные, касающиеся запоров в целом, представлены в разделе 3.3. По нашим данным (ДГБ №1), жалобы на запоры предъявляют около 20% детей с патологией ЖКТ, примерно у такого же количества пациентов запоры выявляются дополнительно по результатам клинко-анамнестического скрининга. Функциональные запоры диагностируют у 88,6% детей с хроническими запорами.

Классификация. Единой общепринятой классификации функциональных запоров у детей не существует. По течению выделяют острые и хронические запоры, по топографии - кологенные, проктогенные и смешанные по характеру двигательных нарушений - гипокинетические, гиперкинетические и смешанные, по стадии компенсации – компенсированные субкомпенсированные и декомпенсированные. Этиологическая классификация соответствует основному причинному фактору.

Этиология. Выделяют следующие причины функциональных запоров

- *психофизиологические:* подавление позыва на дефекацию; боязнь горшка, невроты различной этиологии; депрессивные состояния; отсутствие комфортных условий для осуществления акта дефекации, императивное воспитание туалетных навыков и др.;
- *диспластические:* при системной дисплазии соединительной ткани
- *нарушения нервной и эндокринной регуляции на разных уровнях* функциональная незрелость толстой кишки и недостаточное количество ганглиев интрамуральных нервных сплетений (у детей до 1,5 лет), незрелость высших вегетативных и корковых центров регуляции дефекации (у детей раннего возраста), перинатальные поражения ЦНС, вегетодистония, нарушения спинальной иннервации, гипотиреоз, гиперпаратиреоз, хроническая

надпочечниковая недостаточность;

- *гиподинамия*: при недостаточной физической нагрузке, длительном постельном режиме;
- *заболевания, протекающие с выраженной мышечной гипотонией*;
- прогрессирующие заболевания нервной системы, тяжелый рахит, болезнь Дауна, гипотрофия тяжелой степени;
- *инфекционные*: вследствие нарушения созревания или развития дистрофических изменений интрамуральных ганглиев после перенесенных в раннем возрасте кишечных инфекций, в том числе стафилококкового энтероколита, аскаридоза;
- *пищевая аллергия* (особенно глютен, белки коровьего молока);
- *алиментарные*: количественный недокорм, недостаток в пище растительных волокон, недостаточное потребление жидкости, нарушение режима питания, отказ от завтрака;
- *рефлекторные*: при заболеваниях других органов (в том числе гинекологическая патология, заболевания гастродуоденальной зоны, печени, поджелудочной железы и др.);
- *метаболические нарушения и хроническая интоксикация*: хроническая почечная недостаточность (ХПН); водно-электролитные нарушения (гипокалиемия, гиперкальциемия, ацидоз); отравления солями тяжелых металлов;
- *ятрогенные*: гипервитаминоз D, прием анестетиков, диуретиков, миорелаксантов, холинолитиков, сульфаниламидов, фторхинолонов, психотропных и противосудорожных средств, препаратов висмута» алюминийсодержащих антацидов, препаратов железа и др.

Наиболее частыми причинами формирования функциональных запоров у детей раннего возраста (0-4 года) считают:

- перевод на искусственное вскармливание;
- формирование пищевой аллергии (прежде всего к белкам коровьего молока);
- императивное воспитание туалетных навыков (у детей 1-2 лет);
- болезненность дефекаций с развитием «боязни горшка»;
- начало посещения детского учреждения;
- отсутствие комфортных условий для осуществления акта дефекации.

Патогенез. Основа патогенеза - дисбаланс тормозящих и стимулирующих нейрогуморальных влияний на моторную функцию кишечника, нарушение соотношения между пропульсивной и ретроградной моторикой при отсутствии морфологических изменений кишки. Может отмечаться уменьшение пропульсивной активности и замедление транзита по всей толстой кишке (гипо- или гиперкинетические кологенные запоры) или нарушение продвижения содержимого по ректосигмоидному отделу с нарушением функции изгнания (проктогенные запоры). При функциональных запорах чаще отмечаются гиперкинетические

нарушения. В патогенезе проктогенных запоров определенная роль отводится повышению порога возбудимости рецепторов слизистой прямой кишки к наполнению, изменениям резервуарной функции прямой кишки, спазму внутреннего сфинктера заднего прохода, дисфункции мышц тазового дна, утрате условного рефлекса на акт дефекации, вследствие чего нарушается эвакуация кишечного содержимого.

У детей раннего возраста функциональные запоры по механизму чаще являются проктогенными, что обусловлено незрелостью нейроэндокринной регуляции различных этапов акта дефекации. В клинической практике у детей с функциональными запорами чаще встречаются сочетания различных вариантов нарушения дефекации, в том числе кологенных и проктогенных дисфункций, при этом наиболее упорные запоры наблюдаются в случае проктогенного или смешанного характера дисфункции. В результате нарушения пассажа по ректосигмоидному отделу с постоянной задержкой каловых масс и их уплотнением, происходит вторичное повышение порога чувствительности рецепторов прямой кишки к объему, что требует все большего накопления кала для возникновения позыва на дефекацию. С течением времени происходит дилатация толстой кишки с формированием вторичного мегаколона или мегадолихоколона. Когда сила давления каловых масс превышает удерживающую силу анального канала, развивается недержание каловых масс (*энкопрез, или анальная инконтиненция*). Усугубляют ситуацию возникновение вторичных нарушений микробиоценоза толстой кишки, травматизация слизистой оболочки прямой кишки при дефекации (*трещины анального канала*), развитие реактивного воспаления слизистой оболочки (проктит, проктосигмоидит), что приводит к болезненности дефекаций, провоцирующей дополнительную психогенную задержку стула. Постоянное затруднение прохождения каловых масс по прямой кишке при проктогенных запорах может приводить к внедрению ее проксимального отдела в дистальный при дефекации (внутренняя инвагинация прямой кишки), что также препятствует адекватному опорожнению кишечника. Кроме того, происходит изменение функции фиксирующего аппарата толстой кишки с развитием ее патологической подвижности, что еще в большей степени нарушает пассаж каловых масс, усугубляя имеющиеся моторные и *дисбиотические нарушения*. Формируются правосторонний колостаз, дилатация правых отделов толстой кишки, включая слепую кишку и червеобразный отросток (риск аппендицита), приводящая к относительной недостаточности баугиниевой заслонки. Это сопровождается толсто-тонкокишечным (цекоилеальным) рефлюксом с развитием *синдрома избыточного бактериального роста в тонкой кишке*. По сути, изначально функциональные запоры превращаются в органические, что способствует формированию порочного круга и усугубляет моторно-эвакуаторные нарушения.

Клиническая картина хронических запоров была изложена выше. Для функциональных запоров, в отличие от СРК с запором, болевой синдром не является

ведущей жалобой. Превалируют нарушения дефекации, соответствующие перечисленным в определении критериям. При наиболее частых у детей 1-3 лет психофизиологических запорах роли отмечают, что при появлении позыва на дефекацию ребенок старается его подавить прячется или опорожняет кишечник в необычном месте (боязнь горшка). Такая ситуация возникает при насильственном приучении горшку или при наблюдавшейся, даже однократно, болезненности дефекации, что ребенок запоминает надолго и ассоциирует с использованием горшка.

Диагностические критерии (Римские критерии III, 2006) включают наличие *хотя бы двух из следующих признаков*:

- 2 дефекации в неделю или менее;
- хотя бы 1 раз в неделю эпизод недержания кала или каломазания;
- длительные задержки стула в анамнезе;
- болезненная или затрудненная дефекация;
- длительное натуживание во время дефекации, дополнительные потужные усилия, ощущение неполного опорожнения кишечника;
- значительное количество пальпируемых каловых масс по проекции толстой кишки после дефекации;
- увеличение диаметра каловых масс;
- изменение характера и консистенции кала (плотный, комочками или значительного диаметра);
- симптомы отмечаются не реже 1 раза в неделю в течение 2 мес. до установления диагноза при условии наблюдения за больным не менее 6 мес.

Диагностика. Диагноз ставят при исключении органической патологии и в соответствии с перечисленными в определении критериями. Для диагностики используют мероприятия, *обязательными* из которых являются клиничко-анамнестический и лабораторный скрининг, пальцевое ректальное исследование и ирригография. При сборе анамнеза важно уточнить возраст ребенка при манифестации запора, динамику клинической симптоматики, наличие в рационе ребенка достаточного количества продуктов, содержащих пищевые волокна, и жидкости, вероятность психогенной задержки стула, наличие удобного туалета и достаточного количества времени для его посещения, физическую активность пациента, эффективность применявшихся ранее послабляющих мероприятий, болезненность дефекаций, наличие патологических примесей в каловых массах, ощущение удовлетворенности актом дефекации.

Дифференциальный диагноз проводят с органическими запорами. Кроме того, целью дифференциальной диагностики является верификация причины функциональных запоров в соответствии с этиологической классификацией.

Лечение. Основные принципы терапии функциональных запоров у детей - комплексность и индивидуальный подход в зависимости от генеза запоров, вида нарушения моторики толстой кишки и акта дефекации, наличия осложнений и характера сопутствующей патологии.

Немедикаментозное лечение - основа терапии функциональных запоров. На начальном этапе при длительном анамнезе запоров и наличии выраженного колостазы (пальпируемые фекалиты в проекции восходящей кишки) целесообразна предварительная очистка кишечника с помощью *очистительной клизмы* (или нескольких клизм) в объеме 100 мл на год жизни ребенка, не более 500 мл на клизму. Для этого должна быть использована кружка Эсмарха. При неэффективности в стационарных условиях применяют гипертоническую клизму (50-70 мл 10% раствора хлорида натрия). При вторичных запорах проводят терапию основной патологии.

После первичного удаления «ректальной пробки» из толстой кишки дальнейшую терапию запоров проводят по принципу *step-up*.

Стараются устранить возможные причины формирования запора, выявленные при анализе анамнестических данных, что подразумевает:

- изменение образа жизни пациента (режим дня, утренний завтрак, режим дефекации, исключение условий для психогенной задержки стула, коррекция пищевого поведения, диетических пристрастий, повышение физической активности);
- нормализацию психоэмоционального состояния: устранение психотравмирующих ситуаций, ограничение школьных и внешкольных нагрузок, создание условий для осуществления дефекации в детском учреждении, различные варианты психотерапевтической коррекции, создание комфортных условий для дефекации, физиологическая поза при дефекации, исключение спешки, внешних помех при дефекации и т.д

Соблюдение режима. Педиатр должен сделать родителей своими союзниками и достичь комплаентности терапии. Необходимо проводить разъяснительные беседы с родителями о том, что важно контролировать регулярность дефекаций у ребенка и исключить условия для психогенной задержки стула. Родителям целесообразно договориться в детском учреждении, которое посещает ребенок, об аналогичном контроле со стороны воспитателя, обеспечить наличие удобного туалета (отдельный туалет, удобный горшок), исключить групповое высаживание на горшок в детском учреждении, отвлекающие моменты во время дефекации. Необходимо выработать у ребенка привычку регулярно посещать туалет, *поощрять продуктивное сидение в туалете*. Ребенку следует мягко напоминать о необходимости посетить туалет, не терпеть при появлении позыва, нельзя подгонять и ругать ребенка во время дефекации. Важно поощрять ребенка за успешную дефекацию независимо от места ее проведения, особенно в случаях психофизиологических запоров, связанных с императивным воспитанием туалетных навыков. Родителям также нужно разъяснить, насколько важно для ребенка соблюдать режим дня и питания. Необходимо исключить «перекусы», еду во внеурочное время. У ребенка ежедневно должен быть полноценный завтрак с последующим высаживанием на горшок (так называемый *туалетный тренинг*), так как наиболее физиологичной является дефекация в утренние часы после

завтрака. Целесообразно формировать позыв на дефекацию в одно и то же время, в зависимости от индивидуальных особенностей режима дня ребенка и семьи в целом. Для этого необходимо предлагать ребенку (после 1,5-2 лет) посетить туалет в определенное время, лучше после еды (при ночном энкопрезе - вечером), при отсутствии эффекта - помочь ребенку вызвать стул с помощью ректальной свечи или микроклизмы. При *капомазании*, являющемся маркером тяжести запора, рекомендуется после первичного удаления «ректальной пробки» регулярное высаживание на горшок после каждого приема пищи на 10-20 мин. Все воспитательные мероприятия не должны носить императивный характер и вызывать у ребенка отрицательных эмоций.

Диета. Параллельно с изложенными выше вариантами терапии проводится диетическая коррекция. Ребенку должна быть рекомендована послабляющая диета, включающая кисломолочные продукты, продукты функционального питания, обогащенные бифидо- и лактобактериями; продукты, содержащие пищевые волокна, в том числе овощи и фрукты в достаточном количестве, ржаной хлеб с отрубями, мюсли, отвары, настои и пюре из сухофруктов, грубоволокнистые каши, растительное масло, салаты из морской капусты, свежей зелени. Количество пищевых волокон (в граммах), необходимое ребенку, можно приблизительно рассчитать по формуле: возраст ребенка (лет)+5.

Необходимо употребление жидкости в достаточном объеме, в том числе свежесжатых овощных и фруктовых соков, компотов, кваса, показан настой шиповника. Можно рекомендовать употребление в утренние часы натощак 1 стакана холодной воды с добавлением чайной ложки меда (при отсутствии пищевой аллергии). Из рациона следует исключить продукты, обладающие вяжущим действием и тормозящие моторику (сухари, сушки, блюда из риса, кисели, бананы, черника, айва, груша, гранат, какао, шоколад, кисели, слизистые отвары и др.), овощи, богатые эфирными маслами (репа, редька, редиска, лук, чеснок, грибы), а также избегать еды всухомятку. При гиперкинетических запорах целесообразно проводить термическую обработку продуктов, содержащих клетчатку, и исключить продукты, вызывающие метеоризм (бобовые, капуста, молоко).

У детей грудного возраста, находящихся на искусственном вскармливании, эффективны использование смесей с загустителями, содержащих клейковину бобов рожкового дерева - камедь (не рисовый крахмал!!), стимулирующую кишечную моторику (Фрисовом, Нутрилон Антирефлюкс); смесей с лактулозой (Бифидус) - при отсутствии колик; частичная замена сладких смесей на кисломолочные (не более 50% суточного объема).

Если ребенок находится на грудном вскармливании, необходимо корректировать диету и объем употребляемой жидкости для матери и следить за регулярностью ее стула. Целесообразно ввести фрукты (яблоко), неосветленные соки и овощной прикорм (кабачок, капуста, тыква, свекла) в более ранние сроки, использовать пюре из чернослива, отвары из кураги 1, при отсутствии пищевой непереносимости), при выборе каши - предпочтительнее гречневая и овсяная крупа.

С момента введения прикормов ребенку необходимо дополнительно давать жидкость (кипяченая вода, детские чаи с фенхелем).

У детей первых 6 месяцев с нарушением опорожнения кишечника условленным недостаточной координацией повышения внутрибрюшного давления и раскрытия внутреннего сфинктера заднего прохода, когда после 10-15-минутного беспокойства (крик, плач) и натуживания происходит самостоятельное или с помощью газоотводной трубочки отхождение мягкого (иногда разжиженного) стула (*младенческая дисхезия*), применение послабляющих мероприятий, стимулирующих кишечную моторику, нецелесообразно и даже опасно, так как может спровоцировать метеоризм и выраженный болевой синдром. В этих случаях для опорожнения кишечника при наличии позыва можно периодически использовать газоотводную трубочку, чередуя с ректальными спазмолитическими свечами (Вибуркол) или микроклизмами (Микролакс).

Не менее важны физическая активность ребенка, ликвидация гиподинамии, занятия физкультурой, особенно теми видами спорта, которые стимулируют тонус мышц спины и брюшного пресса, улучшают осанку, формируя мышечный корсет, танцами. Используют массаж и ЛФК, направленные на стимуляцию мышц брюшного пресса и мышц спины. Массаж живота и спины, выкладывание на живот особенно важны при функциональных запорах у детей грудного возраста.

«Тренирующие» клизмы. У детей с гипокинезией и нарушением эвакуаторной функции толстой кишки, подтвержденной результатами инструментального исследования (ирригография), в комплексной терапии применяют повторные курсы так называемых тренирующих термоконтрастных клизм. Это подразумевает последовательное использование 2 клизм объемом до 100 мл с водой контрастной температуры (разница около 10 градусов, не выше 26-28°C) с интервалом 2-3 мин по индивидуально разработанной схеме (с интервалом 1-2-3 дня) в течение 1-1,5 мес.

Другие виды немедикаментозного лечения. К немедикаментозным методам терапии относятся также все варианты психотерапии, различные комплексы физиотерапии, фитотерапия, иглорефлексотерапия, бальнеотерапия. В частности, при гипокинетических запорах, гипотонии толстой кишки эффективно назначение электрофореза с препаратами из группы ингибиторов ацетилхолинэстеразы (Прозерин, Убретид) на живот, по 10 процедур на курс; минеральных газированных вод высокой минерализации («Ессентуки №17», «Донат Mg») в холодном виде за 40 мин до еды из расчета 3-5 мл/кг массы тела на прием 2-3 раза в день; массажа и курсов ЛФК, направленных на стимуляцию мышц брюшного пресса, мышц спины и поясничной области.

При гиперкинетических запорах и запорах в структуре СРК целесообразно использовать седативные приемы физиотерапии, электрофорез со спазмолитиками, слабоминерализованные щелочные минеральные воды («Ессентуки №4», «Славяновская», «Смирновская», дегазованные, в теплом виде). Для коррекции вторичных нарушений микробиоценоза кишечника эффективен

лекарственный электрофорез цинка и серы. Патогенетически оправдано назначение электрического поля УВЧ, обладающего выраженным противовоспалительным, обезболивающим, бактерицидным сенсibiliзирующим действием, и СВЧ-поля сантиметрового диапазона. Используют и другие физиотерапевтические методики.

При функциональной обструкции, диссинергии мышц тазового дна больший эффект дает так называемая *биофидбэк-терапия* - биологическая обратная связь. Данный вид лечения основан на формировании условного рефлекса взамен утерянного безусловного. Методика осуществляется, помощью сенсорных датчиков, вводимых в задний проход и мониторирующих активность сфинктерного аппарата, а также сообщающих пациенту о состоянии сфинктера. Лечение проводится путем длительных тренировок (2-3 курса по 20 сеансов) пациента с использованием метода обратной связи. Кроме того, при данном виде терапии возможна так называемая стимулированная дефекация, при которой пациент тренирует правильную дефекацию с имитированным (внутриректальный баллон) стулом. Эффективность данного метода составляет 60-85%.

Медикаментозное лечение. При неэффективности немедикаментозных методов терапии возможно назначение медикаментозных средств, в числе которых препараты пищевых волокон, разные группы слабительных, некоторые пребиотики, регуляторы моторики толстой кишки и ряд дополнительных средств.

Препараты пищевых волокон. Пищевые волокна, как растворимые (пектин, гемицеллюлоза, гуар), обладающие высокой водосвязывающей способностью, так и нерастворимые (отруби, целлюлоза, лигнин, агар-агар, морская капуста, льняное семя), увеличивающие массу фекалий за счет балластных веществ, представляют собой объемные гидрофильные слабительные агенты, требующие употребления значительного количества жидкости. Они особенно эффективны при повышении сенсорного порога толстой кишки к объему, так как увеличивают объем фекалий. Волокна перевариваются бактериями (пребиотическое действие) с образованием значительного количества метаболитов, повышающих осмотическое давление и тем самым влияющих на транспорт жидкости и двигательную активность толстой кишки. Однако объемные агенты не обеспечивают быстрого опорожнения кишечника и провоцируют избыточное газообразование. К этой группе препаратов относятся, в частности, Эубикор (с 1 года), Рекицен-РД, Мукофальк (у детей с 12 лет) и др.

Осмотические слабительные - препараты, которые ускоряют транзит путем увеличения объема фекалий за счет повышения содержания в них воды. К ним относят солевые слабительные (соли магния), которые не рекомендованы к применению в детском возрасте и могут дать серьезные осложнения; гидрофильные слабительные на основе полиэтиленгликоля и макрогола (Транзипег - с 1 года, Форлак детский - с 6 мес); слабоабсорбируемые ди- и олигосахариды (изначально являющиеся пребиотиками), к которым относятся препараты лактулозы, в частности Дюфалак. Следует учитывать, что, являясь прежде всего пребиотиком, лактулоза. Дает немедленного слабительного эффекта, ее послабляющее действие может начать проявляться лишь через 1-2

нед. систематического приема.

Дозы Дюфалака подбираются индивидуально, от 2,5 до 30 мл в день *утром* в 1 прием, до получения регулярного мягкого стула. В малых дозах препарат оказывает пребиотический эффект и может назначаться длительно без возрастных ограничений.

Стимулирующие, или раздражающие, слабительные. Это вещества обладающие прокинетическим действием, повышающие интестинальную секрецию и снижающие абсорбцию. К этой группе относятся антрахинон (в том числе препараты сенны, крушина), касторовое масло, фенолфталадин, препараты бисакодила (Дульколак), пикосульфат натрия (Гутталакс) Препараты этой группы (за исключением двух последних) не рекомендованы к применению у детей в связи с большим количеством побочных эффектов. Препараты бисакодила и Гутталакс можно использовать у детей старше 6 и 4 лет соответственно, коротким курсом преимущественно при условнорефлекторных (психофизиологических) запорах для преодоления негативизма, связанного с дефекацией.

Средства, размягчающие каловые массы, в частности вазелиновое масло. Эти препараты обладают низкой эффективностью и небезопасны, кроме того, при длительном применении снижают всасывание жирорастворимых витаминов.

Препараты, непосредственно влияющие на моторику толстой кишки. Из этой группы препаратов в детской практике могут применяться: при гиперкинетических запорах - спазмолитики разных групп (миотропные: дротаверин, папаверин, альверина цитрат с симетиконом - Метеоспазмил - с 12 лет; холинолитики: гиосцина бутилбромид - Бускопан - с 6 лет, препараты белладонны - желудочные капли); при гипотонии и гипокинезии толстой кишки - коротким курсом антихолинэстеразные препараты (Убретид, Прозерин). Препаратами выбора являются топические *модуляторы моторики кишечника*, сохраняющие нормальный тонус и перистальтику толстой кишки после купирования мышечного спазма сфинктеров. К этой группе препаратов относятся мебеверин (Дюспаталин) - с 12 лет, тримебутин (Тримедат) - детские формы с 2 лет, Дицетел - с 12 лет. У детей с проктогенными функциональными запорами основную роль в медикаментозной тера; пии играют лекарственные *средства для ректального применения* – свечи со спазмолитиками и вяжущими препаратами (Анузол, Вибуркол, Альгинтол, папаверин) и микроклизмы (Микролак - с грудного возраста).

В комплекс терапии запоров могут быть включены пробиотики и другие биопрепараты для коррекции вторичных нарушений микробиоценоза кишечника, препараты желчных кислот, желчегонные средства, ферменты, гомеопатические препараты. При гиперкинетических запорах или запорах в структуре СРК при необходимости целесообразно назначение психофармакотерапии.

Пример формулировки диагноза. *Основной диагноз:* Функциональный запор смешанного генеза, кологенный, с гипокинетической дискинезией толстой кишки. *Осложнения:* Анальная инконтиненция.

Профилактика функциональных запоров заключается в выполнении

общегигиенических норм, исключении подавления позыва на дефекацию, соблюдении диеты с достаточным количеством клетчатки и жидкости, режима дня и питания, достаточной физической активности. Прогноз при своевременном начале терапии (до формирования инконтиненции и дилатации толстой кишки) благоприятный.

Неретенционная анальная инконтиненция /функциональный энкопрез, не связанный с запором)

Неретенционная анальная инконтиненция - не контролируемая ребенком дефекация в необычных местах (не в туалете) после приобретения туалетных навыков при отсутствии признаков задержки стула и отсутствии органического заболевания кишечника.

Код в МКБ-10: F98.1 Энкопрез неорганической природы

По разным данным, функциональный энкопрез наблюдается приблизительно у 4,1% детей в возрасте 5-6 лет и у 1,6% детей 11-12 лет. Чаще страдают мальчики. Функциональный энкопрез более характерен для детей из семей с низким социально-экономическим статусом.

Основными причинами функционального энкопреза являются психический стресс (острый или хронический), перенесенные в раннем возрасте кишечные инфекции, травмы позвоночника и спинного мозга (особенно на уровне дистальных сегментов), органические заболевания ЦНС, в том числе в результате перинатального поражения.

Диагностические критерии должны включать *все* из следующего (для ребенка не младше 4 лет):

- дефекация в асоциальных местах не реже 1 раза в месяц;
- отсутствуют данные, подтверждающие анатомические, воспалительные, неопластические или метаболические изменения, которые могли бы объяснить имеющуюся симптоматику;
- отсутствует запор;
- симптоматика наблюдается не менее 2 мес. до установления диагноза.

Диагностика. Необходим тщательный анализ анамнестических данных, изучение особенностей дефекации и динамики развития симптомов. Основные диагностические мероприятия - пальцевое ректальное исследование, ирригография. Дополнительно проводят комплекс исследований Функционального состояния толстой кишки, рентгенологическое (по показаниям - МРТ) исследование пояснично-крестцового отдела позвоночника, комплексное неврологическое обследование. Лабораторное обследование включает бактериологическое и паразитологическое исследования кала. Ребенок должен быть проконсультирован проктологом, неврологом, психологом.

Дифференциальный диагноз проводят прежде всего с инконтиненцией на фоне хронического запора, с органическими заболеваниями кишечника.

Лечение. Необходима работа с родителями, включающая разъяснение причин заболевания, обучение правильному поведению с ребенком, необходимости не

наказывать и не стыдить его. Немедикаментозная терапия заключается в формировании позыва на дефекацию в одно и то же время путем проведения туалетного тренинга, поощрения правильной дефекации. В терапии функционального энкопреза используют тренировку сфинктера заднего прохода, электростимуляцию и амплипульстерапию сфинктера заднего прохода и мышц промежности, другие физиотерапевтические методики, термokonтрастные тренирующие клизмы. Обязательны психотерапевтическая коррекция, соблюдение режима труда и отдыха, занятия спортом, прогулки на свежем воздухе, при необходимости назначение психофармакотерапии, рефлексотерапии. Необходимы длительное наблюдение за ребенком, предотвращение воздействия провоцирующих факторов, лечение возможных рецидивов.

Главный внештатный детский
гастроэнтеролог министерства
здравоохранения Краснодарского края

О.В.Долбнева