

ЛЕКЦИИ

© Алиева Э. И., 2003

Э. И. Алиева

НЕДЕРЖАНИЕ КАЛА У ДЕТЕЙ

РГМУ, Измайловская ДКБ, Москва

В детском возрасте довольно часто отмечается непроизвольная дефекация, которая до определенного возраста (до 3 лет) считается физиологической. До сих пор нет общепринятой терминологии для обозначения нарушений дефекации у детей. Поэтому разными авторами это состояние оценивается как недержание кала (НК), энкопрез, каломазание. В детской практике часто используется термин «энкопрез», который предложен в 1926 г. S. Weissenberg.

На первом году жизни ребенка дефекация протекает по типу безусловного рефлекса, с возрастом начинают устанавливаться условно рефлекторные связи и дефекация осуществляется по типу условного рефлекса [8].

Возникновению дефекационной реакции способствует резкое повышение внутрибрюшного, а отсюда и внутриректального давления, при этом происходит релаксация внутреннего сфинктера и произвольное расслабление мышц наружного сфинктера, тазового дна, за счет чего кишечное содержимое эвакуируется наружу. Таким образом, акт дефекации является произвольным и имеет сложную нервную регуляцию [6].

Учитывая то, что непроизвольная дефекация присуща не только заболеваниям толстой кишки, но и некоторой психоневрологической патологии (повреждения спинного и головного мозга, спинномозговые грыжи, шизофрения, олигофрения), далее в тексте нами будет использоваться термин «недержание кала», вне зависимости от этиологического фактора. Указанное состояние надо диагностировать у детей после 3-летнего возраста, так как гигиенические навыки опрятности закрепляются в течение первых 3 лет жизни.

НК — особое состояние, практически полностью лишаящее ребенка пребывания в коллективе. С первых лет жизни дети начинают ощущать свою неполноценность, становятся объектом насмешек сверстников, у ребенка появляется чувство вины, что приводит к существенным изменениям психики [5, 11].

По данным некоторых авторов, НК у мальчиков отмечается в 5—6 раз чаще, чем у девочек [1, 10]. Оно, как и недержание мочи, является преимуще-

ственно «мужской» болезнью, но встречается в 10—15 раз реже, чем недержание мочи; в 30% случаев эти нарушения сочетаются [1].

Этиология и патогенез. Известно, что перистальтику и функцию запирающего аппарата прямой кишки регулируют, главным образом, три нервных центра: ганглионы стенки прямой кишки и нижнее подчревное сплетение; спинно-мозговой центр на уровне S_{II-IV} ; кора головного мозга. В основе НК лежат нарушения взаимоотношений между периферическими и центральными регуляторами функции нервно-мышечного аппарата, обеспечивающего как задержку кала в прямой кишке до определенного момента, так и ее опорожнение. Определенную роль играет и незрелость сфинктерных систем у детей с НК [9].

Неблагоприятный неврологический преморбидный фон имеет место у каждого 3—4-го ребенка с НК — последствия родовой травмы и гипоксического поражения ЦНС [1, 11].

Основными потенциальными факторами, вызывающими функциональное НК, являются стрессовые воздействия (испуг, неблагоприятная семейная атмосфера, насильственные обучения дефекации), систематическое подавление позывов на дефекацию, перенесенная кишечная инфекция, запоры, болезненная дефекация, которые приводят к нарушению психоневрологического контроля над адаптационной способностью прямой кишки и условно рефлекторных связей акта дефекации, что способствует ослаблению герметизации запирающего аппарата прямой кишки [5, 13].

Большую роль в возникновении НК играют хронические заболевания желудка, двенадцатиперстной кишки и особенно толстой кишки, при которых появляется аритмичность в работе органов пищеварения, снижается чувствительность стенки прямой кишки, нарушается взаимосвязь сфинктеров всего желудочно-кишечного тракта [1, 3].

М. И. Буянов [1] выделяет 3 основных механизма НК, а также недержания мочи: 1) врожденное отсутствие механизмов, способствующих появлению в

будущем условного рефлекса на моче- и каловыделение; 2) медленное формирование условного рефлекса регуляции моче- и каловыделения; 3) утрата указанного рефлекса в результате действия различных неблагоприятных факторов.

А. И. Ленюшкин [8] выделяет 2 вида функционального НК (энкопреза) у детей — истинный (дневной, ночной или смешанный) и ложный (парадоксальное НК) — и указывает на разные механизмы его развития. К первому виду относятся нарушения деятельности удерживающего аппарата прямой кишки в результате влияния явных и скрытых психических аффектов, асфиксии плода и родовой травмы, ко второму — НК, связанное с хроническим застоем содержимого в переполненных дистальных отделах толстой кишки. Вначале истинный энкопрез возникает и протекает на фоне ежедневного, самостоятельного стула. Со временем произвольная дефекация становится все реже, затем прекращается, ребенок всегда нечистоплотен. Кишечное содержимое не задерживается в прямой кишке, при пальцевом исследовании кишка обычных размеров, содержит некоторое количество фекалий.

Появлению ложного энкопреза предшествует более или менее длительная задержка стула, на фоне которой и отмечается эпизодическое отхождение небольших порций кала. Прямая кишка переполняется фекалиями, и давление в ней настолько повышается, что преодолевает силу анального жома, который в принципе функционирует нормально, поэтому НК парадоксальное. При пальцевом ректальном исследовании прямая кишка расширена и туго заполнена каловыми массами.

Имеется еще одна гипотеза о механизмах кишечного удержания каловых масс, среди которых важное значение имеет формирование анатомо-топографических соответствий между прямой кишкой и тазовой диафрагмой. Считается, что диссинергия (неспособность расслабления) тазовой диафрагмы ведет к нарушению акта дефекации, за счет чего возникают хронические запоры. Впоследствии нарушаются механизмы кишечного держания и появляется НК [7].

Классификация. В литературе существуют различные классификации НК. Одна из них представлена в таблице.

По степени выраженности выделяют следующие формы НК: частое (один или несколько раз в сутки); умеренное (1—3 раза в неделю); редкое (1—3 раза в месяц) или эпизодическое [1].

Различают врожденное (первичное) и приобретенное (вторичное) НК. В свою очередь вторичное НК имеет следующие формы: психогенные (невротические, патохарактерологические, истерический психоз с НК); органические — вследствие травмы каловыделительной системы, органического повреждения головного и спинного мозга, также вторичного мегаколона, при психических заболеваниях (олигофрения, параноидный синдром, катотонический синдром, депрессивный синдром и др.) [1].

Таблица

Классификация недержания кала у детей*

Форма НК	функциональное	Вид НК	Причины
		психогенное	стресс, подавление позывов на дефекацию
органическое		неврогенное	кишечные инфекции, асфиксия плода, родовая травма
		послеоперационное	повреждение кишечных сфинктеров, выведение кишки вне сфинктеров, гнойно-воспалительные осложнения
		травматическое	падение на кол, изнашивание, перелом костей таза

* По данным [7].

А. Я. Духанов [4] выделяет 4 формы НК, в зависимости от времени возникновения и причин — дневное, ночное, обстипационное и паралитическое. Паралитическая форма, по автору, обусловлена органическим поражением спинного мозга и проявляется атонией толстой кишки. Во всех случаях автор видит сугубо психогенную природу НК и предлагает лишь психотерапевтическое лечение.

В своих классификациях некоторые авторы большое значение придают состоянию нервно-мышечных структур [3]. У взрослых широко применяется классификация, составленная на основе субъективных ощущений: при I степени больные не удерживают газы, при II степени присоединяется недержание жидкого кала, при III степени больные не могут удержать даже твердый кал [3].

У детей по степени выраженности выделяют 3 степени НК [5]:

первая — имеется регулярное чувство позыва и физиологический акт дефекации, которым сопутствует непроизвольное эпизодическое выделение каловых масс малыми порциями;

вторая — у ребенка сохраняется чувство позыва и временами бывает осознанный акт дефекации, однако ежедневно происходит непроизвольное выделение фекалий в большем или меньшем количестве, промежность и ягодицы постоянно запачканы калом, вокруг ануса отмечается раздражение кожи, от больного исходит неприятный запах, на что неблагоприятно реагируют окружающие. Ребенка по несколько раз в день приходится подмывать и менять ему белье;

третья — отсутствие чувства позыва и осознанного акта дефекации с постоянным непроизвольным выделением фекальных масс со всеми вытекающими последствиями.

В детской практике с учетом этиологии и пато-

генеза иногда выделяют невротическую и неврозоподобную форму НК [2]. В основе невротической формы лежат психологический конфликт, психическое напряжение. Эта форма встречается преимущественно у детей 5—8-летнего возраста и обычно возникает на фоне разнообразных невротических расстройств — снижение эмоционального фона, страхов. Наблюдается в основном днем и тяжело переживается ребенком. Неврозоподобная форма НК встречается в возрасте от 3 до 10 лет. В неврологическом статусе достаточно часто регистрируется резидуально-органическая симптоматика различной степени выраженности. Характерно ночное НК и частое сочетание его с недержанием мочи. Отношение ребенка к этому неприятному расстройству часто равнодушное.

Диагностика. Диагноз устанавливается на основании клинической симптоматики и не вызывает сомнений. Сложность состоит в уточнении причинного фактора. При сборе анамнеза важно уточнить начало заболевания, время и условия появления энкопреза (днем, ночью, в школе или вне ее, имеется ли связь с приемом обильной пищи, с аффектом страха, с отвлечением внимания и др.). Важно выяснить, как часто энкопрез наблюдается, выделяется ли кал изредка, но сразу большими количествами, или же часто, но очень маленькими порциями и нет ли непрерывного выделения кала, сохранены ли способность к нормальному выполнению дефекационного акта, ощущение позыва на дефекацию. Необходимо уточнить, не бывает ли периодов с временным прекращением НК, нет ли запоров (характер запоров — поддаются ли они клизмам и слабительным), или привычки подавлять ощущение позыва.

Имеют значение предшествующие заболеванию сильные душевные переживания, травмы заднего прохода, наличие энуреза, патологические привычки (онанизм, ректальная мастурбация).

Важно выяснить успеваемость и поведение ребенка в школе, отношение его к своей болезни, наличие чувства чистоплотности, социально-бытовые и семейные условия, проводилось ли лечение по поводу данного заболевания [4].

Общим для всех больных с функциональным НК является правильно сформированная анальная область, сохраненный анальный рефлекс — при раздражении кожи или слизистой оболочки в области заднего прохода возникает тоническое сокращение мышц произвольного сфинктера, сопровождающееся втяжением заднего прохода, которое хорошо заметно визуально [5, 8].

Для уточнения диагноза применяют рентгенологические (ирригоскопия), функциональные методы исследования толстой кишки, неврологическое обследование.

Большое значение имеют такие функциональные методы исследования, как сфинктерометрия, миография, манометрия [18, 20—22, 24, 25].

Двигательная активность дистальных отделов толстой кишки определяется с помощью баллоногра-

фического метода, который используется с целью качественной и количественной оценки кинетики толстой кишки, что имеет существенное значение при функциональных нарушениях.

Для исследования функции запирающего аппарата прямой кишки используют электроманометрию и электромиографию. Электроманометрию проводят с целью оценки работы сфинктерного аппарата прямой кишки, его деятельности в покое, при произвольных сокращениях и рефлекторных реакциях. Для изучения биоэлектрических свойств мышечных волокон сфинктерного аппарата применяют метод электромиографии.

Лечение требует индивидуального подхода к каждому больному и должно быть комплексным. Консервативная терапия включает в себя следующие мероприятия: 1) психологическая поддержка ребенка и его родителей, которая позволяет выяснить и, по возможности, устранить потенциальные социальные факторы, способствующие НК; 2) диетотерапия и медикаментозные средства, способствующие нормализации дефекации и консистенции каловых масс; 3) выработка навыков контроля за работой удерживающего аппарата. Для этого используют различные виды тренировочных клизм — регулярное очищение кишечника клизмами утром и вечером в течение 25—30 дней [5, 7, 8, 10, 12].

В комплекс лечения входят психотерапия, физиопроцедуры (электростимуляция, дарсонвализация), лечебная физкультура, массаж живота, коррекция дисбактериоза [10, 11, 19].

Предлагаются различные упражнения для тренировки анального сфинктера: 15—20 раз в день вытягивать и напрягать мышцы анального жома, много раз в день, приподнявшись на пальцы ног с силой, всей тяжестью тела ударять пятками об пол, кататься на велосипеде и др. [5].

Другие авторы предлагают следующее упражнение. Газоотводную трубку вводят в анальный канал на глубину 4—5 см. Просят ребенка сжимать и расслаблять сфинктер, действуя не ягодичными мышцами, а анальным жомом (с 3—5 сокращений до 25—30 раз). Потом ребенка заставляют ходить, удерживая трубку в заднем проходе, в течение 5—8 мин, а затем выталкивать ее, как бы производя акт дефекации. Курс составляет 15—20 дней, параллельно с тренировочными клизмами (клизмы утром, упражнения на ночь) [5].

Основными принципами лечения функционального НК являются следующие: снятие психологического напряжения у ребенка, строгая регламентация времени актов дефекации, лечение запоров, предупреждение эмоциональных переживаний ребенка или устранение их последствий.

Очень популярен метод биологической обратной связи (метод биофидбек). Принцип этого метода основан на фундаментальном законе, гласящем, что функция системы зависит от возврата информации о ее работе. Этот метод применяют для восстановле-

ния сознательного и произвольного контроля над висцеральными функциями. При НК целью проводимого лечения является восстановление работы нейромышечного сфинктерного аппарата путем специальных тренировок. Эффективность лечения повышается, если ребенок контролирует физиологические процессы в организме и осознанно способствует их изменению в необходимом направлении, по-другому у детей старшего возраста и у взрослых [13—17, 23, 25].

Таким образом, функциональная недостаточность сфинктерного аппарата прямой кишки является довольно распространенным заболеванием в детском возрасте. Расплывчатость терминов не дает возможность определить истинную частоту данного заболевания. Определенный контингент больных в сочетании с разновидностью нозологий свидетельствуют об огромной роли нарушения нервного механизма дефекации (вегетативный центр спинного мозга и коры головного мозга) в развитии энкопреза. Учитывая, что у взрослых больных с функциональными нарушениями толстой кишки это явление встречается крайне редко, можно предполагать, что в развитии патофизиологических механизмов энкопреза имеют определенное место и возрастные особенности организма.

ЛИТЕРАТУРА

1. Буянов М. И. Недержание мочи и кала. — М., 1985. — 182 с.
2. Детская гастроэнтерология (руководство на компакт-диске под общ. ред. С. В. Бельмера и А. И. Хавкина). — М., 2001.
3. Дульцев Ю. В., Саламов К. Н. Анальное недержание. — М., 1993. — 185 с.
4. Духанов А. Я. Недержание кала у детей. — М., 1950. — 153 с.
5. Гачечиладзе Т. В. Недержание кала у детей: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. — М., 1987. — 33 с.
6. Колесников Л. Л. Сфинктерный аппарат человека. — СПб., 2000. — 93 с.
7. Лаптев Л. А. Нейродисфункции тазовой диафрагмы в генезе расстройств функций органов кало-мочевыделения у детей при миелодисплазии: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. — М., 1998. — 49 с.
8. Ленюшкин А. И. Детская колопроктология. — М., 1990. — С. 324—334.
9. Мазурин А. В., Запруднов А. М. // Педиатрия. — 1987. — № 4. — С. 97—101.
10. Сащенкова Т. П., Шульман С. А., Беляева Т. Ю., Дубровина Т. В. // Педиатрия. — 1992. — № 7—9. — С. 78—79.
11. Смирнов А. Н. Недержание кала у детей: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. — М., 1990. — 480 с.
12. Эль-Мур Таниос Элиас. Лечение энкопреза у детей: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — Минск, 1997. — 29 с.
13. Corazziari E. Chronic gastrointestinal disorders. — Ital., 2000. — P. 367—384.
14. Enck P., Schafer R. // J. Gastroent. Hepat. — 1996. — Vol. 8. — P. 534—539.
15. Faure N., Ferriere S., Maurage C., Holland J. C. // Arch. Pediatr. — 1995. — Vol. 21, № 11. — P. 1055—1059.
16. Gantke B., Enck P., Schafer A. et al. // Dis. Colon Rectum. — 1994. — Vol. 36. — P. 1037—1041.
17. Guillemot F., Bouche B., Gower-Rousseau C. et al. // Dis. Colon Rectum. — 1995. — Vol. 38. — P. 393—397.
18. Loening-Baucke V. // J. Pediatr. — 1996. — Vol. 128, № 3. — P. 336—340.
19. Loening-Baucke V. // Pediatr. Clin. North. Am. 1996. — Vol. 43, № 1. — P. 279—298.
20. Loening-Baucke V. // Pediatrics. — 1997. — Vol. 100, № 2. — P. 228—232.
21. Rasquin-Weber A., Humanb P. E., Cucchiarae S. et al. // Gut. — 1999. — Vol. 45. — Suppl. 2. — P. 1160—1168.
22. Reminga M. A., Buller H. A., Heymans H. S. et al. // Arch. Dis. Child. — 1994. — Vol. 71, № 3. — P. 186—193.
23. Schafer R., Heyer T., Gantke B. et al. // Dis. Colon Rectum. — 1997. — Vol. 40. — P. 293—297.
24. Seth R., Heyman M. B. // Gastroenter. Clin. North. Am. — 1994. — Vol. 23, № 4. — P. 621—636.
25. Whitehead W. E., Waldb A., Diamantic N. E. et al. // Gut. — 1999. — Vol. 45. — Suppl. 2. — P. 1155—1159.