DOI: https://doi.org/10.21518/2079-701X-2019-11-157-159

Возможность лечения каловой инконтиненции у детей

Т.К. КАЛАНТАРОВ
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Детская городская поликлиника №94 Департамента здравоохранения г. Москвы»: 125362, Россия, г. Москва, ул. Вишнёвая, д. 20, корп. 2

Информация об авторе:

Калантаров Тофич Кямалович – д.м.н., детский хирург, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Детская городская поликлиника №94 Департамента здравоохранения г. Москвы»; тел.: +7(968) 728-62-52; e-mail: ktofik56@mail.ru

РЕЗЮМЕ

В статье представлены данные по наблюдению 11 детей в возрасте от 6 до 11 лет с диагнозом «фекальная инконтиненция». У девяти из них не было установлено органической патологии периферической нервной системы и замыкательного аппарата дистального отдела прямой кишки. Регулярная ирригация прямой кишки в этой группе пациентов способствовала устранению недержания кала.

Ключевые слова: *фекальная инконтиненция, запор, ирригация кишечника*

Для цитирования: Калантаров Т.К. Возможность лечения каловой инконтиненции у детей. *Медицинский совет.* 2019; 11: 157-159. DOI: https://doi.org/10.21518/2079-701X-2019-11-157-159.

Конфликт интересов: автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Possibility of treatment of fecal incontinence in children

Tofich K. KALANTAROV
State Budgetary Healthcare Institution «Children's City Outpatient Clinic No 94 of Moscow Health Department»: 125362, Russia, Moscow, Vishnevaya St., 20, b. 2

Author credentials:

Kalantarov Tofich Kyamalovich – Dr. of Sci. (Med.), Pediatric Surgeon, State Budgetary Healthcare Institution «Children's City Outpatient Clinic No 94 of Moscow Health Department»; Tel.: +7(968) 728-62-52; e-mail: ktofik56@mail.ru

ABSTRACT

The results of treatment of eleven children aged six to eleven years with fecal incontinence were traced. It was found that nine of them did not have an organic cause of the disease. Regular irrigation of the rectum in this group of patients contributed to the elimination of the encopresis.

Keywords: *fecal incontinence, constipation, bowel irrigation*

For citing: Kalantarov T.K. Possibility of treatment of fecal incontinence in children. *Meditsinsky Sovet.* 2019; 11: 157-159. DOI: https://doi.org/10.21518/2079-701X-2019-11-157-159.

Conflict of interest: The author declare no conflict of interest.

АКТУАЛЬНОСТЬ

Недержание кала детей не является редким состоянием. По данным K. Gonring et al., 2019, в США среди подростков фекальная инконтиненция регистрируется в 4,5% случаев.

Около 60% пациентов с энкопрезом имеют заболевания спинного мозга, у 20% больных недержание кала связано с неоднозначными результатами хирургического лечения таких заболеваний, как инперфорированный анус и аганглиоз прямой кишки. У 8% детей диагностируются функциональные нарушения кишечника, связываемые некоторыми авторами с психологическими проблемами (A.C. Gimenez et al., 2019). Отмечено, что почти у 68% больных каловым недержанием имеет место запор (P. Lallemant-Dudek et al., 2019).

Проблемы лечения детей с сочетанной патологией: энкопрезом и запором – признаются большинством экспертов. В то же время активно применяемая в настоящее время ирригация прямой кишки дает положительный эффект почти у 60% пациентов. Дополнительное использование электростимуляции сакральных нервов демонстрирует улучшение результатов лечения этих больных (M. Brunner et al., 2019).

Предлагаем вашему вниманию свой опыт лечения больных с сочетанной патологией: запором, недержанием кала.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За 2018 год на хирургический прием в поликлинику №94 обратилось 11 больных с жалобами на недержа-

ние кала. Двое из них: юноша 14 лет был оперирован по поводу инперфорированного ануса и ребенок трех лет по поводу болезни Гиршпрунга. Эти пациенты были исключены из дальнейшего анализа в связи с тем, что отсутствие анального канала как анатомического субстрата, играющего решающую роль в рефлекторных процессах каловой континенции, определяет совершенно определенные возможности лечения этих больных.

Половой состав и возраст группы, вошедшей в исследование, отражены в *таблице 1*.

Таблица 1. Возраст и пол пациентов, обратившихся с жалобами на энкопрез

Table 1. Age and sex of patients, who complain of encopresis

Пол	Возраст	Средний возраст (в годах)	Число больных
Мальчики	6 7 7 8 10 10 11	8,4	7
Девочки	9	9	2

Для изучения группы были использованы следующие методы:

1. Сбор анамнеза заболевания.
2. Оценка общего состояния ребенка.
3. Осмотр области заднего прохода (состояние кожных покровов, сомкнутость или зияние анальной воронки).
4. Проведение пальцевого исследования прямой кишки с оценкой выраженности и состояния замыкательного аппарата.
5. Определение анокутанного рефлекса (смыкание анального сфинктера на штриховое раздражение перианальной кожи пальцем). Положительным считалось смыкание, отрицательным – отсутствие его.
6. Определение аноректального рефлекса (смыкание анального сфинктера при введении пальца в нижнеампулярный отдел прямой кишки).

С целью восстановления пассажа по кишечнику родителям и детям было предложено проведение очистительных клизм. Очистительные клизмы должны были выполняться в наиболее привычное для ребенка время (утро/вечер). Очистительная клизма проводилась 50 мл прохладной воды. После ирригации прямой кишки обязательно проводился контроль эффективности дефекации. В случае отсутствия опорожнения прямой кишки ирригация проводилась повторно.

Результаты проведения лечения оценивались через месяц на основании критериев:

- отсутствие помарок кала на нижнем белье;
- отсутствие задержки дефекации более одних суток.

СОБСТВЕННЫЕ ДАННЫЕ

Изучение анамнеза показало, что сроки от первых эпизодов недержания кишечного содержимого, проявляющиеся появлением каловых масс на нижнем белье ребенка, до обращения его к хирургу составляли от шести месяцев до четырех лет. Все это время дети получали лечение слабительными общего и местного действия.

Установлено, что у пяти детей отмечалась задержка дефекации от двух до четырех суток. Из них два мальчика с задержкой дефекации более двух дней были в возрасте 10 лет, один в возрасте 11 лет. Девочки с аналогичным нарушением пассажа кала были в возрасте 9 лет. Оставшиеся четверо мальчиков опорожняли прямую кишку более регулярно, без четкого временного режима, с задержкой до 2 суток.

Причину недержания кишечного содержимого дети объясняли однотипно: «Не чувствую выделения кала».

Предположено, что причиной развития инконтиненции были психологические факторы. Для оценки этого фактора изучены взаимоотношения в семьях.

Установлено, что трое детей были из неполных семей: двоих воспитывали матери и один ребенок находился на иждивении бабушки.

Случаев семейного насилия в семьях зафиксировано не было.

Были выделены некоторые типы предыстории для возникновения инконтиненции. Эти факты нельзя определить как причину, т. к. предшествующее событие не всегда укладывается в причинно-следственную связь (*табл. 2*).

Таблица 2. События, предшествующие развитию инконтиненции

Table 2. Events preceding the development of incontinence

	Число случаев
Переход от дефекации в памперс к дефекации на горшок	2
Переход от утренней к вечерней дефекации при нахождении в детском саду или школе	3
Внутрисемейные стрессы (ссоры, развод родителей)	3
Рождение младшего ребенка (соперника) в семье	1

Ни один ребенок из изучаемой нами группы не имел хронических общесоматических заболеваний. Отмечено, что у всех пациентов с энкопрезом имелся незначительный избыток массы тела.

Набор примененных клинических тестов не продемонстрировал нарушений замыкательной функции анального жома (*табл. 3*).

Через месяц после начала нормализации опорожнения прямой кишки улучшение отмечено у всех детей. Двум девочкам проведение очистительных клизм ограничилось двумя эпизодами. В дальнейшем предложение проведения очистительной клизмы приводило к проведению самостоятельной ежедневной дефекации.

Таблица 3. Клинические тесты функции анального жома
Table 3. Clinical tests for sphincter ani externum function

Тест	Число положительных результатов	Число отрицательных результатов
Помарки кала на перианальной коже в момент осмотра	5	4
Анальная воронка сомкнута	9	0
Анокутанный рефлекс сохранен	7	2
Аноректальный рефлекс сохранен	9	0
Ампула прямой кишки заполнена калом	7	2

Двум детям (шести и семи лет) очистительные клизмы не проводились в связи с невозможностью установления доверительного контакта между ними и родителями. Дети отказались от проведения клизм, но эпизоды запора и помарок кала стали реже.

Другие мальчики через четыре недели перестали пачкать калом нижнее белье. Проведение очистительных клизм стало эпизодическим, чаще по просьбе ребенка.

ОБСУЖДЕНИЕ

В нашем наблюдении отсутствовали пациенты с врожденными запорами и недержанием кала. Нарушения пассажа по кишечнику и энкопрез развились в процессе жизни. Удовлетворительное состояние замыкательного аппарата и сохранность аноректального рефлекса (*табл. 3*) дает основания полагать, что у детей отсутствовала органическая патология периферической нервной системы и замыкательного аппарата дистального отдела прямой кишки. Следовательно, возникновение инконтиненции имело другую, функциональную причину.

Результаты (*табл. 2*) демонстрируют предысторию возникновения инконтиненции. И хотя в одной группе недержание кала сопровождалось запором, в другой группе задержка дефекации отсутствовала, объединение их в одну группу закономерно на основании событий, предшествовавших заболеванию. У всех детей присутствовала эмоциональная неудовлетворенность в результате действий взрослых, вторгшихся в их личное пространство. Можно предположить, что задержка дефекации явилась пассивным протестом ребенка на сложившуюся вокруг него внутрисемейную ситуацию. Поведенческий стереотип в группе детей с анальной каловой инконтиненцией определяет ее вторичность по отношению к задержке кала в прямой кишке.

Приняв положение о вторичности энкопреза по лечению запора было определено лечение, нацеленное на безусловное регламентированное во времени опорожнение прямой кишки. Неустанный контроль и контакт с ребенком позволили сформировать парадигму без альтернативности нормализации процесса дефекации. Сложности реабилитации ребенка возникают при невозможности проведения лечебных мероприятий.

ВЫВОДЫ

При стандартном поликлиническом обращении в большинстве случаев нарушение пассажа кала по кишечнику у детей имеет субъективную причину протестного характера. В этих эпизодах каловая инконтиненция является следствием переполнения ампулы прямой кишки с невозможностью дальнейшей задержки дефекации.

Проведение регулярной ирригации кишечника способствует восстановлению пассажа кала по кишечнику и ликвидации энкопреза.

Поступила/Received 11.06.2019

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Bananzadeh A., Hosseini S.V., Izadpanah A., Izadi A., Khazraei H., Zamani M., Bahrami F. Outcomes of Implementation of Sacral Nerve Stimulation in Incontinent Patients in Shiraz. *Adv Biomed Res*. 2019 Mar 20;8:21. doi: 10.4103/abr.abr_202_18.
2. Gonring K., Dolan B., Kapke T.L., Begotka A., Sood M., Silverman A.H. Group Treatment of Fecal Incontinence: A Description of an Interdisciplinary Intervention. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2019 Apr 15. doi: 10.1097/MPG.0000000000002372.
3. Giménez Aleixandre C., Ruiz Pruneda R., Aranda García M.J., Sánchez Morote J.M., Fernández Ibieta M., Villamil V., Sánchez Sánchez A., Montoya Rangel C.A., Hernández Bermejo J.P. Transanal irrigations in patients with constipation and fecal incontinence: results, indications and follow up in our center. *Cir Pediatr*. 2019 Apr 22;32(2):81-85.
4. Lallemant-Dudek P., Cretolle C., Hameury F., Lemelle J.L., Ranke A., Louis-Borrione C., Forin V. Multicentric evaluation of the adherence to Peristeen® transanal irrigation system in children. *Ann Phys Rehabil Med*. 2019 Apr 30. pii: S1877-0657(19)30059-4. doi: 10.1016/j.rehab.2019.04.003.