Ю.В. Белоусов, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой педиатрической гастроэнтерологии и нутрициологии Харьковской медицинской академии последипломного образования

Патология аноректальной зоны у детей и хронический запор

Ю.В. Белоусов

В структуре хронической патологии кишечника у детей в любом возрастном периоде существенное место занимают хронические запоры, которые чаще носят функциональный характер (алиментарные), но в ряде случаев имеют и органическую природу [6, 12, 14].
Одной из достаточно существенных причин развития запоров у детей является патология аноректальной зоны (трещина заднего прохода, геморрой, недостаточность сфинктера заднего прохода, парапроктит, сужение прямой кишки и заднего прохода), хотя аноректальные изменения, кроме сужения прямой кишки и анального отверстия, могут быть не только причиной, но и осложнением запора [1, 2, 13].

В структуре хронической патологии кишечника у детей в любом возрастном периоде существенное место занимают хронические запоры, которые чаще носят функциональный характер (алиментарные), но в ряде случаев имеют и органическую природу [6, 12, 14].

Одной из достаточно существенных причин развития запоров у детей является патология аноректальной зоны (трещина заднего прохода, геморрой, недостаточность сфинктера заднего прохода, парапроктит, сужение прямой кишки и заднего прохода), хотя аноректальные изменения, кроме сужения прямой кишки и анального отверстия, могут быть не только причиной, но и осложнением запора [1, 2, 13].

Анальная трещина – это дефект стенки заднепроходного канала линейной или треугольной формы, длиной 1-2 см и глубиной 2-3 мм с гладкими, ровными краями; дном ее является мышечная ткань сфинктера заднего прохода. Трещины располагаются преимущественно на задней стенке анального канала, реже – на передней, и очень редко встречается сочетание передне- и заднестеночных трещин. Чаще всего у детей анальная трещина образуется как следствие запора в результате повреждения слизистой оболочки прямой кишки при ее растяжении плотными каловыми массами во время дефекации или при длительном натуживании.

Основными клиническими проявлениями анальной трещины являются резкая боль в заднем проходе во время дефекации (при острой трещине) или спустя некоторое время после акта дефекации (при хронической трещине), спазм сфинктера заднего прохода и выделение незначительного количества крови (несколько капель или полоска крови на кале) во время дефекации. Выраженные болевые ощущения заставляют ребенка задерживать акт дефекации, что приводит к развитию хронического проктогенного запора. Скопление каловых масс в толстой кишке способствует образованию токсических веществ (индола, скатола), которые отрицательно воздействуют на организм, вызывая тошноту, головокружение, слабость, аллергические реакции. У некоторых больных анальные трещины осложняются свищами прямой кишки; при этом кожа в области заднего прохода мокнет, появляется сильный зуд. Если родители ребенка вовремя не обращаются к врачу, на месте трещины может образоваться язва. Хронический запор при анальной трещине нередко приводит к развитию воспаления слизистой оболочки толстой кишки и может стать причиной образования полипов прямой кишки, лечение которых иногда требует хирургического вмешательства.

Следует отметить, что у некоторых детей анальная трещина может протекать бессимптомно, без выраженных болевых ощущений и обнаруживается обычно при осмотре аноректальной зоны и прямой кишки, к которым обязан прибегнуть врач при наличии жалоб на хронический запор. Анальную трещину обычно обнаруживают при разведении стенок заднего прохода. Однако в некоторых случаях необходимо применить пальцевое исследование, причем при выраженных болевых ощущениях приходится ввести под место предполагаемой трещины 4-5 мл 1% раствора новокаина.

Консервативная терапия при анальной трещине заключается в устранении болевого синдрома, снятии спазма сфинктера и нормализации стула. Исключаются острые, жирные, соленые, кислые и жареные блюда. В рационе должна преобладать растительная клетчатка. Одним из непременных условий успешного лечения является ликвидация запора. Ежедневно утром за 30 мин-1 ч до предполагаемого опорожнения кишечника вводят в задний проход обезболивающую свечу, обладающую также противовоспалительным и заживляющим действием. Если дефекация отсутствует, приходится прибегнуть к очистительной клизме объемом 0,5-1 л прохладной воды. Под воздействием клизмы происходит размягчение каловых масс и облегчается акт дефекации, она оказывает дезинфицирующее, обезболивающее, вяжущее и кровоостанавливающее действие. С этой целью для клизмы могут быть использованы настои из цветков ромашки, зверобоя, тысячелистника, мяты перечной, крапивы двудомной, шалфея. Смазанный вазелином наконечник следует вводить осторожно, прижимая к свободной от трещины стенке заднего прохода. После освобождения кишечника необходимо подмыть ребенка прохладной водой с мылом, вновь ввести обезболивающую свечу, затем сделать сидячую ванночку, для чего в тщательно вымытый эмалированный таз наливают теплую (38-39° С) воду с несколькими крупинками марганцевокислого калия для получения раствора розового цвета. Продолжительность ванночки составляет 10-15 мин, затем задний проход промокают туалетной бумагой или бумажной салфеткой и смазывают антибактериальной смягчающей мазью. Вечером маленькой детской спринцовкой вводят 50-60 г теплого отвара ромашки и вновь смазывают анус мазью. После этих процедур не рекомендуют ложиться в течение 1-1,5 ч (можно сидеть, стоять, ходить), чтобы введенное лекарство воздействовало на трещину. На ночь в задний проход на 1,5-2 см вводится маленький тампон, смоченный маслом шиповника или облепихи. Такое лечение продолжается 2-3 недели; при необходимости через две недели его следует повторить. Для достижения более быстрого и стойкого эффекта при длительно не заживающих трещинах используют инъекции 25 мг гидрокортизона в 2-3 мл 0,5-1% раствора новокаина. На курс рекомендуется 5-6 инъекций непосредственно под трещину, через 2-3 дня [5].

Геморрой представляет собой расширение кавернозных вен подслизистого слоя прямой кишки. При расширении кавернозных вен под кожей анальной области определяют наружный геморрой, при расширении вен анального канала – внутренний.

Хронический запор и геморрой – чрезвычайно частое сочетание. В ряде случаев невозможно определить первичность геморроя и вторичность запора и наоборот. Но непреложным фактом является то обстоятельство, что геморрой без запора практически не встречается, и дети, страдающие хроническими запорами, составляют группу риска развития геморроя. Хронический запор не только часто предшествует развитию геморроя, но и усугубляет его проявления. Жалобы, характерные для геморроя, появляются у больных, как правило, после периода затрудненного стула, причем главной из них является жалоба именно на запор. Отмечаются также жалобы на кровотечение, выпадение геморроидальных узлов и боль, главным образом при обострении заболевания.

Начало заболевания, как правило, постепенное. Больной жалуется на неприятные ощущения в области заднего прохода, легкий зуд, склонность к запору. Затем во время дефекации появляются следы крови на каловых массах, боль в заднем проходе, которая усиливается при ходьбе и нарушениях диеты; в основе боли лежит спазм сфинктера заднего прохода. При прогрессировании заболевания кровотечение из анального канала усиливается и может отмечаться выпадение внутренних геморроидальных узлов.

Заподозренный на основании анамнеза и жалоб геморрой подтверждается при осмотре области заднего прохода, что позволяет обнаружить воспаленные геморроидальные узлы и определить состояние перианальной зоны. Больному предлагают натужиться, что способствует пролабированию внутренних узлов. С помощью пальцевого исследования устанавливают наличие уплотненных геморроидальных узлов, определяют тонус сфинктера заднего прохода. Для исключения сопутствующего воспалительного процесса рекомендуется проведение ректоскопии.

Одним из непременных условий успешной терапии геморроя является устранение запора. Больные, страдающие геморроем, должны избегать длительного сидения на жестких стульях, поднятия тяжестей. После каждого акта дефекации необходимо подмывать область заднего прохода теплой водой с мылом, ежедневно менять трусы. Чрезвычайно полезны занятия лечебной физкультурой, сокращение мышц заднего прохода 100-120 раз подряд несколько раз в день. Обязательно строгое соблюдение диеты, рекомендуемой при хроническом запоре. Из слабительных препаратов предпочтительны средства, увеличивающие объем каловых масс (Ламинарид, Мукофальк) и сборы лекарственных трав послабляющего действия. При обострении геморроя прибегают к очищению кишечника с помощью клизм. Назначают теплые сидячие ванночки со слабым раствором калия перманганата 2-4 раза в день. При сильных болях рекомендуют вначале на область заднего прохода холод, затем компрессы с мазью Вишневского. Утром и на ночь, а также после акта дефекации в анальный канал вводят свечи Ультрапрокт, Анузол, Бетиол, а при сильных болях – Проктогливенол и Ауробин, содержащие лидокаин и левасил с тримекаином. В период стихания обострения применяют средства, улучшающие регенерацию: солкосерил, актовегин, 5% мазь Дибунол. При зуде в анальном канале показан Постеризан. Для устранения кровотечения используют свечи, состоящие из фибриногена и тромбина и образующие на поверхности слизистой фибриновые пленки (Адроксон, Феракрил, Берипласт, Тахикомб). Хороший эффект оказывает фитотерапия – настой травы почечуйника (водяного перца) – 10:200 по одной десертной или столовой ложке 3 раза в день или жидкий экстракт водяного перца – по 20-30 капель 3 раза в день. С целью предупреждения или санации травматизации слизистой анального канала твердыми каловыми массами при запоре рекомендуются микроклизмы растительных масел, рыбьего жира, бальзама Шостаковского. Они проводятся после акта дефекации и обмывания области заднего прохода. В прямую кишку вводится 20-30 мл масла, после чего ребенок укладывается на спину с подложенной под тазовую область подушкой на 15-20 мин. Полезны также теплые (28-30° С) сидячие ванны продолжительностью 10-15 мин с настоями лекарственных растений – ромашки, шалфея, чистотела, оказывающими противовоспалительное, спазмолитическое, болеутоляющее действие. Хороший эффект при консервативном лечении геморроя оказывает мумие. Кусочек мумие величиной с пшеничное зерно разводят в 100 мл кипяченой воды и пьют эту дозу утром натощак и вечером через 2 ч после еды в течение 4 недель. Одновременно кончиком пальца осторожно вводят немного мумие в прямую кишку на глубину 3 см и смазывают пораженный участок. На курс лечения необходимо около 20 г мумие.

В последние годы хирургическое удаление геморроя (геморроидэктомию) проводят лишь у некоторых больных. В большинстве случаев применяют малоинвазивные методы лечения (склеротерапия, лигирование геморроидальных узлов латексными кольцами, электрокоагуляция, криодеструкция). Основным способом профилактики геморроя является предупреждение хронического запора.

Сужение прямой кишки и заднего прохода. В большинстве случаев стеноз локализуется в области гребешковой линии анального кольца или несколько выше анального отверстия. При выраженном стенозе запор может наблюдаться с первых дней жизни, однако в большинстве случаев проявляется с переходом ребенка на более плотную пищу. Клинические проявления также определяются степенью стеноза, но во всех случаях отмечаются затруднения при дефекации, длительное натуживание, сопровождающееся беспокойством ребенка. Каловые массы имеют вид ленты («плотный тонкий» кал) или узкой цилиндрической фекаломы, живот постепенно увеличивается в объеме, появляются и нарастают явления хронической интоксикации, развивается типичная клиническая картина вторичного мегаколона, тем более выраженная, чем старше ребенок. Осмотр аноректальной области в некоторых случаях выявляет воронкообразную форму ануса. При ректальном исследовании место сужения ощущается как эластическое кольцо; при более выраженном сужении провести палец через стриктуру не удается.

Изолированный стеноз прямой кишки также диагностируется при пальцевом исследовании, исключая случаи его высокого расположения, выявляемые ректоскопически. Ирригография позволяет определить протяженность стриктуры и состояние слизистой оболочки кишки вокруг нее [3, 4].

Сужение прямой кишки и заднего прохода требует обычно хирургического вмешательства. Однако терапию всегда следует начать с бужирования, которое производят пальцем или специальными бужами (расширители Гегара). Бужирование особенно эффективно при рано диагностированной мембранозной форме заболевания. Отсутствие эффекта в течение 1-1,5 месяца является показанием к хирургическому вмешательству, сроки которого определяются степенью выраженности приобретенного мегаколона.

Парапроктит – воспаление анальных крипт и анальных желез, приводящее к развитию воспалительного процесса околопрямокишечной клетчатки, причем инфекция распространяется со стороны прямой кишки. Выделяют острую и хроническую формы парапроктита. Острая форма сопровождается повышением температуры тела, беспокойством ребенка; появляются боли в околоанальной области, усиливающиеся в сидячем положении и во время акта дефекации, вследствие чего последняя становится затруднительной, ребенок сдерживает позывы на дефекацию, что, в свою очередь, способствует затвердению кала и развитию запора. При осмотре обращает на себя внимание припухлость в области анального отверстия с гиперемией кожи, иногда отмечается сглаженность кожной складки и изменение формы ануса. При пальпации обнаруживается плотный, резко болезненный инфильтрат, по мере созревания которого появляется флуктуация.

При переходе заболевания в хроническую форму отмечаются периодические обострения с отеком и гиперемией тканей, возникновением гнойника, который через некоторое время вскрывается, образуя гнойный свищ. Диагностика как острого, так и хронического парапроктита обычно не представляет затруднений. Иногда приходится прибегать к осмотру анального канала с помощью зеркала.

При остром парапроктите обычно прибегают к хирургическому вмешательству, однако на ранних стадиях заболевания, при начинающейся инфильтрации тканей проводится консервативное лечение: постельный режим, сидячие ванны температурой 39-40° С, согревающий компресс на область промежности, теплые микроклизмы с лекарственными растворами. Обязательно парентеральное назначение антибиотиков. В ряде случаев консервативная терапия предупреждает нагноение и способствует обратному развитию процесса. Отсутствие положительной динамики, тем более нарастание симптомов, является показанием для срочной операции. Сущность операции заключается во вскрытии и дренировании гнойной полости и ликвидации внутреннего отверстия, через которое полость гнойника сообщается с прямой кишкой.

При хроническом парапроктите консервативное лечение направлено на очищение свища и предотвращение рецидивов заболевания. Его следует проводить новорожденным и старшим детям до окончательного формирования свищевого хода. Назначают 2-3 раза в день теплые сидячие ванны с перманганатом калия, осуществляют туалет промежности антисептическими растворами, проводят антибактериальную терапию. При облитерации внутреннего отверстия эффективно местное применение 20% спиртового раствора прополиса, который вводят в наружное отверстие или после вскрытия абсцесса накладывают на рану густо смоченные прополисом салфетки. При неэффективности терапии показана операция, которую выполняют лишь при полностью сформировавшемся свище.

Полипы и опухоли прямой кишки. Ведущим клиническим симптомом этих новообразований является выделение крови из заднего прохода в виде прожилок, отдельных капель или более выраженного кровотечения, что связано с натуживанием во время акта дефекации. Боязнь кровотечения иногда заставляет ребенка сдерживать дефекацию, что способствует возникновению проктогенного запора; в свою очередь, плотный кал травмирует поверхность полипа и способствует появлению кровотечения. Чаще у детей встречаются полипы, локализующиеся преимущественно в прямой кишке, как правило, одиночные, реже групповые. Из опухолей встречаются преимущественно гемангиомы, которые клинически могут проявляться кровотечением уже в периоде новорожденности. Они представляют собой доброкачественные опухоли, способные как к росту, так и к обратному развитию, что требует своевременной их диагностики и динамического наблюдения для решения вопроса о хирургическом вмешательстве.

Обследование больного начинают с осмотра заднего прохода для исключения аноректальной патологии (геморрой, трещина). Затем проводится пальцевое исследование прямой кишки, которое позволяет выявить большинство полипов; диагноз уточняется при ректороманоскопическом исследовании. Диагностика гемангиомы более сложна. Обязательно проведение эндоскопического исследования, которое в типичных случаях выявляет отсутствие нормального рисунка пораженного участка слизистой, который отличается синюшностью, бугристостью, усиленным сосудистым рисунком; иногда видна линия перехода пораженной слизистой оболочки в нормальную.

Недостаточность сфинктера заднего прохода развивается при нарушении функций удержания и эвакуации кишечного содержимого из прямой кишки, чему в определенной степени способствует хронический запор; в свою очередь, боязнь ребенка «осрамиться» может привести к подавлению физиологического акта дефекации и тем самым способствует закреплению запора. В основе недержания обычно лежит изменение эластичности прямой кишки и нарушение запирательной функции сфинктерного аппарата, что приводит к частому выделению, в том числе и твердого кала. Установленный клинически диагноз должен быть подтвержден пальцевым исследованием, позволяющим определить снижение тонуса сфинктера. Обязательно также проведение сфинктерометрии и электромиографии прямой кишки.

Консервативное лечение недостаточности сфинктера заднего прохода направлено на улучшение нервнорефлекторной деятельности запирательного аппарата прямой кишки. С этой целью назначают 0,05% раствор прозерина по 0,5-1 мл подкожно 2 раза в день. Обязательна лечебная физкультура с основными упражнениями, направленными на укрепление мышц тазового дна. Наиболее эффективным методом консервативной терапии является электростимуляция анального сфинктера и мышц промежности с помощью портативного стимулятора ЭАС-6-1 или стационарного аппарата Эндотон-1. Процедуру проводят в течение 15 мин в прерывистом режиме: 2 с – стимуляция, 4 с – пауза, ежедневно, на курс 10-15 сеансов [5]. При отсутствии эффекта показано хирургическое вмешательство.

Выпадение прямой кишки встречается преимущественно у детей дошкольного возраста и обусловлено смещением стенок дистального отдела толстой кишки, которые при натуживании выпадают через анальное отверстие. В происхождении этой патологии существенную роль играют анатомофизиологические особенности детского организма, прежде всего слабое развитие крестцово-копчиковой кривизны, отсутствие сагиттальных изгибов прямой кишки, длинная брыжейка сигмовидной кишки, низкое расположение дна кармана Дугласа. Непосредственной причиной выпадения является повышение внутрибрюшного давления в результате длительного натуживания ребенка при хроническом запоре, тенезмов при острых кишечных инфекциях, длительный упорный кашель при респираторных инфекциях, воспалительные заболевания толстой кишки. Нельзя не отметить, что систематическое длительное пребывание ребенка на горшке, нередко имеющее место в детских дошкольных учреждениях, является одним из факторов, способствующих выпадению прямой кишки, даже при отсутствии каких-либо заболеваний ребенка.

В начальной стадии болезни выпадение прямой кишки может длительное время быть незамеченным, так как первоначально выпадает только слизистая оболочка во время акта дефекации, которая после опорожнения кишечника самостоятельно вправляется обратно. По мере прогрессирования процесса развивается гипотония мышц тазового дна и наружного анального жома, что делает выпадение более легким и частым. Постепенно выпадать начинает не только слизистая оболочка, но и все слои кишки: выпавшая часть имеет цилиндрическую или шарообразную форму, слизистая оболочка ее синюшная, легко кровоточит; самопроизвольное вправление кишки не происходит и приходится прибегать к ручному. Вследствие развития слабости сфинктеров выпадение происходит не только во время акта дефекации, но и при кашле, смехе, незначительной физической нагрузке; иногда одновременно имеет место каломазание или даже недержание кишечного содержимого.

Выпадение может осложниться ущемлением, которое сопровождается сильной болью в области ануса, выпавшая кишка резко увеличивается, становится болезненной, сине-багрового цвета, вправление ее в домашних условиях становится невозможным и требует обращения к врачу.

Диагноз в большинстве случаев затруднений не вызывает. В начале заболевания при маловыраженной симптоматике ребенка следует усадить на горшок после легкой очистительной клизмы, что позволяет наблюдать выпадение и при необходимости провести последующее вправление кишки. Пальцевое исследование проводится для исключения низко расположенного полипа, который может периодически выпадать через анальное отверстие. Для профилактики заболевания очень важна разъяснительная работа с родителями и, особенно, персоналом детских дошкольных учреждений.

Тактика лечения выпадения прямой кишки дифференцируется с учетом возраста ребенка, анатомической формы и степени выпадения, периода заболевания. Консервативная терапия показана у детей 4-5-летнего возраста при выпадении слизистой оболочки и выпадении прямой кишки 1а-2б степени. Следует придерживаться следующей тактики:

– устранение причины заболевания (запор, понос) – диета с ограничением балластных веществ в рационе, вазелиновое масло по 1 десертной ложке 3 раза в день, легкие очистительные клизмы;

– сведение к минимуму напряжения мышц брюшного пресса при дефекации (ребенка не высаживают на горшок, дефекация осуществляется только лежа на спине, на боку или стоя);

– немедленное вправление прямой кишки при ее выпадении – выпавшую кишку обильно поливают вазелиновым маслом и, осторожно захватывая через марлевую салфетку или полиэтиленовую пленку пальцами обеих рук, постепенно, без большого усилия начинают вправлять ее от центральной части. По мере погружения центральной части края выпавшей кишки сами уходят внутрь. После этого ребенка кладут на живот и сводят ягодицы; последние целесообразно фиксировать полосками липкого пластыря.

Весьма существенную роль играют мероприятия, направленные на укрепление мышц тазового дна: физиотерапия, лечебная физкультура, электростимуляция. Скрупулезное выполнение перечисленных мероприятий, продолжительность которых составляет от 2 недель до 3-4 месяцев, в большинстве случаев дает благоприятный эффект и позволяет избежать более сложных и травматических методов лечения, к числу которых относится склерозирующая терапия. Она показана преимущественно детям старше 5 лет; младшим детям – только при неэффективности консервативной терапии. Оперативное лечение применяют в исключительных случаях. Оно показано у детей старшего возраста при выпадении прямой кишки 3в стадии при неэффективности склерозирующей терапии.

Заболевания аноректальной зоны, протекающие с хроническим запором, нередко сопровождаются **осложнениями**, к которым прежде всего следует отнести каловые камни и связанную с ними каловую интоксикацию и энкопрез [7].

При образовании **каловых камней** могут постепенно развиться явления **кишечной непроходимости**. Это состояние – полное противопоказание для назначения слабительных средств. Обычно неэффективны и попытки поставить клизму: клизменный наконечник, как правило, не может свободно проникнуть выше камня, им нельзя пользоваться вслепую с целью дробления камня из-за опасности травмирования стенки кишки. Необходимо рукой в толстой резиновой перчатке, хорошо смазав указательный палец мазью, начинать осторожное и постепенное дробление дистальной части камня, извлекая его освободившиеся обломки. Положение больного на боку (лучше на левом) с согнутыми в коленях и прижатыми к животу ногами. Обычно эта манипуляция удается без особого труда, так как у таких больных тонус заднепроходного сфинктера снижен и анус почти зияет. Тем не менее процедура эта длительная и в значительной степени дискомфортная для больного ребенка, поэтому целесообразно предварительно назначить болеутоляющие препараты. Когда наиболее плотные дистальные участки камня раздроблены, остальные, верхние его части, удаляются намного легче и в конце может начаться самостоятельная обильная дефекация. Если этого не происходит, то после удаления плотного камня следует поставить сифонную клизму.

Противоположностью каловых камней является другое осложнение хронического запора – **энкопрез**. Лечебные мероприятия при этой патологии прежде всего должны быть направлены на создание благоприятной обстановки в семье; одновременно нуждается в психотерапии сам больной ребенок и его родители, так как понимание функциональной сущности расстройства и вера в безусловное выздоровление являются непременными компонентами успешности терапии.

В тех случаях, когда недержание кала носит преимущественно дневной характер, лечение следует начинать с регулярного очищения кишечника клизмами утром и вечером в домашних условиях в течение 25-30 дней. Это позволяет предупредить самопроизвольное выделение каловых масс ввиду их отсутствия и способствовать выработке рефлекса на дефекацию в определенное время, который очень важно преобразовать в стереотип, сделав акт дефекации необходимым утром после завтрака. Если недержание кала преимущественно ночное, необходимо обеспечить дефекацию перед отходом ко сну. С целью выработки такого рефлекса рекомендуются вечерние тренировочные термоконтрастные клизмы в течение 15-20 дней с 300-600 мл воды. Одновременно приучают ребенка делать упражнения на удержание – опорожнять кишечник не сразу, а постепенно, порциями. Особенно эффективна подобная процедура при

Продолжение на стр. 46.

Ю.В. Белоусов, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой педиатрической гастроэнтерологии и нутрициологии Харьковской медицинской академии последипломного образования

Патология аноректальной зоны у детей и хронический запор

Продолжение. Начало на стр. 44.

подкреплении психотерапией: ребенку внушают, что он будет ощущать позывы и просыпаться для естественной дефекации.

Независимо от вида энкопреза, существенную роль в комплексе консервативной терапии играет электростимуляция анального сфинктера и мышц промежности. Курс лечения состоит обычно из 8-10 процедур; при необходимости повторный курс проводится спустя 1,5-2 месяца.

При энкопрезе нейрогенного происхождения хороший эффект дает рефлексотерапия. Исходя из принципа сегментарной иннервации прямой кишки, используют следующие точки акупунктуры: Т 1,2,3,4; V 53,54, 31-36; GI (4,11); RP (6,2,9); E 36,2; VB 34. На ушной раковине воздействуем на точку толстой кишки, точку запора, симпатическую, шэнь-мэнь.

В подавляющем большинстве случаев аноректальные проявления являются следствием хронического запора, но даже будучи причиной его развития требуют проведения общих с хроническим запором профилактических мероприятий [8, 9, 18]. Прежде всего это сбалансированное рациональное соответствующее возрасту ребенка питание (следует как можно дольше сохранить грудное вскармливание), которое должно сочетаться с правильным питьевым режимом. Достаточное количество жидкости необходимо ребенку не только в грудном возрасте, но и во все периоды его роста и развития. Жидкость (не менее 1-2 л в сутки в зависимости от возраста) способствует размягчению клетчатки в кишечнике, что способствует образованию мягкого, легко выходящего кала. Необходимо также нормализовать двигательный режим детей. Здоровый ребенок должен быть активным, ему нужны пешеходные и велосипедные прогулки, бег, катание на лыжах и коньках, плавание. Полезен общий массаж, способствующий укреплению мышц, особенно младшим детям с мышечной гипотонией и замедленным формированием рефлексов. В более старшем возрасте показана лечебная физкультура, направленная на укрепление мышц брюшного пресса [15, 16].

Наряду с диетическим и двигательным режимами, которые являются основной и чрезвычайно действенной мерой профилактики развития запора и связанных с ним заболеваний аноректальной зоны, необходимы также энергичные меры воспитательного и культурно-просветительного характера. Большое значение имеют правильный режим и благоприятная психологическая атмосфера. Необходимо рациональное чередование занятий и отдыха, исключение значительных психоэмоциональных нагрузок. Категорически неприемлемо длительное (часами) проведение времени у телевизора или компьютера. Следует стремиться к доверительному контакту с ребенком, что позволит своевременно предупредить и решить возникающие проблемы. Во избежание психоэмоционального стресса, который может способствовать возникновению хронического запора, связанных с ним аноректальных проявлений, не следует преувеличивать «провинности» ребенка. Если необходимо наказание – оно должно быть адекватно проступку. В детском, особенно раннем возрасте, нервно-рефлекторные связи еще не совершенны; механизм дефекации вырабатывается постепенно в зависимости от окружающей обстановки и индивидуальных особенностей организма. Навык опорожнения кишечника начинает формироваться с первых месяцев жизни и закрепляется по типу условного рефлекса. Поэтому воспитание ребенка играет исключительно важную роль в профилактике развития хронического запора и проктологических заболеваний. Создавая условный рефлекс на акт дефекации, можно и нужно регулировать его. Необходимо стремиться прививать детям навык ежедневной утренней дефекации, считая это столь же необходимым, как формирование привычки умываться, чистить зубы и т.д. В младших группах детского сада (в отличие от ясельной), как правило, уже нет горшков и режима высаживания на горшок. Считается, что дети этого возраста полностью себя обслуживают и не требуют особого внимания при посещении туалета. Тем не менее имеющиеся детские унитазы высоки для трехлеток, психологический стресс (отрыв от дома, от родителей), отсутствие привычных условий для дефекации, должного внимания персонала детского сада, другие режимные моменты могут стать настоящей проблемой в жизни ребенка. Школьные годы также связаны с проблемой дефекации у многих детей: стеснительность, отсутствие определенных санитарно-гигиенических условий в школьных туалетах, насмешки старших школьников, проблема отпроситься в туалет с урока приводят к систематическому подавлению рефлекса на опорожнение кишечника. Дальнейшее уплотнение каловых масс, формирование фекаломы с диаметром, не соответствующим возможностям анального канала, боязнь дефекации усугубляют проблему. Поэтому актуальной проблемой профилактики запоров и аноректальных проявлений является решение вопросов психологического и социального характера, иногда требующее вмешательства детского психотерапевта.

Литература

1. Белоусов Ю.В. Проктогенные запоры у детей // Ю.В. Белоусов, О.Ю. Белоусова // Проблеми медичної науки та освіти. – 2002. – № 1. – С. 13-16.
2. Бєлоусов Ю.В. Аномалії та вади розвитку органів травлення у дітей: Навч. посібник. – Суми: друк. СумДУ, 2005. – 138 с.
3. Губергриц Н.Б. Аномалии толстой кишки // Здоров'я України. – 2006. – № 9/1. – С. 64-65.
4. Поздеев Е.Г. Запоры при пороках развития и заболеваниях толстой кишки у детей / Е.Г. Поздеев, В.В. Бушмелев // Дет. гастроэнтерология: Материал 8-й конф. «Акт. пробл. абдомин. патологии у детей». – М., 2001. – С. 97-9
5. Радонежская Е. Заболевания аноректальной зоны // Doctor. – 2002. – № 2. – С. 40-45.
6. Факторы риска и причины возникновения запоров у детей / Л.И. Позднякова, Н.А. Рагозина, Н.И. Шишацкая и др. // Дет. гастроэнтерология: настоящее и будущее: Материалы 7-го конгр. педиатров России. – М.
7. Філіпов Ю.О. Констипаційний синдром: Метод. рекомендації / Ю.О. Філіпов, Т.Й. Бойко. – К.: Книга, 2004. – 23 с.
8. Цветкова Л.Н. Профилактика и лечение запоров у детей // Вопр. соврем. педиатрии. – 2004. – Т. 3, № 5. – С. 74-85.
9. An important issue in the management of elimination dysfunction in children: parental awareness of constipation // I. Akyol, C. Adayener, T. Senkul et al. // Clin. Pediatr. (Phila). – 2007. – Vol. 46, № 7. – P. 601-603.
10. Browning S.M. Constipation, diarrhea, and irritable bowel syndrome // Prim. Care. – 1999. – Vol. 26, № 1. – P. 113-139.
11. Factors associated with childhood constipation / M. Inan, C.Y. Aydiner, B. Tokuc et al. // J. Paediatr. Child. Health. – 2007. – Vol. 43, № 10. – P. 700-706.
12. Heaton K.W. Does diet matter, in constipation? // Constipation and anorectal insufficiency: Falk Symposium 95. – Kluwer Acad. Publ., 1997. – P. 115-120.
13. Mertz H. Physiology of refractory chronic constipation / H. Mertz, B. Naliboff, E.A. Mayer // Am. J. Gastroenterol. – 1999. – Vol. 94, № 3. – P. 610-615.
14. Novel and alternative therapies for childhood constipation / O. Liem, M.A. Benninga, H.M. Mousa, C. Di Lorenzo // Curr. Gastroenterol. Rep. – 2007. – Vol. 9, № 3. – P. 214-218.
15. Sweeney M. Constipation. Diagnosis and treatment // Home Care Provid. – 1997. – Vol. 2, № 5. – P. 250-255.
16. Wong S.W. Slowtransit constipation: evaluation and treatment / S.W. Wong, D.Z. Lubowski // ANZ J. Surg. – 2007. – Vol. 77, № 5. – P. 320-328.

Анкета читателя

Здоров'я України

Для получения тематического номера газеты заполните анкету и отправьте по адресу:

«Медична газета «Здоров'я України», ул. Народного ополчения, 1, г. Киев, 03151

***Укажите сведения, необходимые для отправки тематического номера* «Педиатрия. Акушерство. Гинекология»**

Фамилия, имя, отчество .....

.....

.....

Специальность, место работы .....

.....

Индекс .....

город.....

село.....

район ..... область.....

улица ..... дом .....

корпус ..... квартира .....

Телефон: дом.....

раб. .....

моб. .....

E-mail: .....

Нам важно знать ваше мнение!

Понравился ли вам тематический номер «Педиатрия. Акушерство. Гинекология»? .....

.....

Назовите три лучших материала номера .....

1. .....

2. .....

3. .....

Какие темы, на ваш взгляд, можно поднять в следующих номерах? .....

.....

.....

.....

Публикации каких авторов вам хотелось бы видеть? .....

.....

Хотели бы вы стать автором статьи для тематического номера «Педиатрия. Акушерство. Гинекология»? .....

На какую тему? .....

.....

Является ли для вас наше издание эффективным в повышении врачебной квалификации? .....

.....