**ПРО здоровье и НЕ здоровье**

**(Консультация по запросу)**

Акт дефекации — это сложный нервно-рефлекторный акт. Продвижение каловых масс осуществляется благодаря сокращению мышечной стенки кишечника под влиянием импульсов со стороны центральной и вегетативной нервной системы. Позывы на дефекацию возникают, если каловые массы поступают в прямую кишку, растягивают ее и раздражают находящиеся здесь нервные окончания. У детей старшего возраста дефекация осуществляется произвольно, находясь под контролем центральной нервной системы. У детей раннего возраста нервно-рефлекторные связи развиты недостаточно, общая незрелость нервно-мышечного аппарата кишечника у детей первых месяцев жизни также может способствовать задержке каловых масс.

Какие бывают запоры? Запоры можно разделить на органические и функциональные.

Органические запоры связаны с анатомическими дефектами толстого кишечника врожденного или приобретенного характера. Чаще всего при врожденных органических запорах у ребенка отсутствует самостоятельный стул с рождения. Могут быть и приобретенные органические запоры — вследствие спаек после оперативных вмешательств в области прямой кишки или в брюшной полости. Заподозрить эти варианты запора можно в том случае, когда у ребенка отсутствует самостоятельный стул (например, при врожденных вариантах — практически с рождения или с первых месяцев жизни с постепенным нарастанием). Кроме запоров, этих детей часто беспокоят боли в животе, на которые они реагируют криком. Если не удается успокоить ребенка, то необходимо вызвать врача, чтобы исключить у ребенка хирургическую патологию. Среди органических причин запоров у детей чаще всего встречаются **долихосигма и болезнь Гиршпрунга**.

Долихосигма — это удлинение сигмовидной кишки, при этом кишка имеет к тому же повышенную подвижность, все это создает условия для нарушения формирования и продвижения каловых масс. Характерными признаками долихосигмы являются появление (или усиление) запоров после 2—3—4-летнего возраста, наличие плотного кала чрезмерно большого диаметра, иногда напоминающего "еловую шишку".

Болезнь Гиршпрунга характеризуется нарушением иннервации толстого кишечника (чаще в области прямой и сигмовидной кишки), в результате чего возникает сужение в нижнем отделе толстого кишечника и задержка продвижения каловых масс.

Причинами функциональных запоров у детей раннего возраста являются:

• Неправильный режим питания кормящей матери.

• Недостаточный питьевой режим при естественном (не дают воду после введения прикорма) или при искусственном вскармливании (ребенок не пьет воду).

• Быстрый перевод на искусственное вскармливание.

• Быстрый переход с одной смеси на другую.

• Неправильная диета ребенка (большое содержание в рационе белка, жиров, углеводов), механически и термически щадящая диета

• Рахит, при котором наблюдается пониженный тонус мышц, в том числе и мускулатуры кишечной стенки. В ряде случаев через 2~3 недели после назначения витамина О запоры у ребенка исчезают.

• Последствия гипоксического или травматического повреждения центральной нервной системы, развившиеся при неправильном течении беременности и родов. В ряде случаев лечение запоров у детей раннего возраста необходимо проводить совместно с детским неврологом.

• Гипотиреоз (снижение функции щитовидной железы)

• Дефицит железа (железо — важный микроэлемент, входит в состав белка мышц миоглобина, при его дефиците мышечный тонус кишечника значительно снижается). Эта причина запоров у доношенного ребенка наблюдается после 6 месяца жизни.

• Дисбактериоз кишечника, при котором наблюдается нарушение баланса микрофлоры кишечника, что приводит к уменьшению выработки молочной кислоты, стимулирующей двигательную активность кишечника.

• Пищевая аллергия (к белкам коровьего молока, белку сои, белку злаковых — глютену и др.), приводящая к воспалительным изменениям аллергического характера в стенке кишечника, сопровождающимся нарушениями двигательной активности кишечника.

• Существенную роль в развитии функциональных запоров у детей дошкольного возраста играет отсутствие выработки рефлекса на дефекацию. Такой вид запоров нередко отмечается у детей, которые не приучены к горшку в результате длительного ношения подгузников. Психогенные запоры возникают у стеснительных детей в период адаптации к новым условиям (при поступлении в ясли, детский сад, школу). В результате постоянного подавления рефлекса на дефекацию наблюдается уплотнение каловых масс, травматизация слизистой прямой кишки с развитием реактивного ее воспаления (проктит, проктосигмоидит), болезненности при дефекации, "боязни горшка", в результате чего усиливаются запоры.

В результате воздействия указанных причин меняется тонус кишечной стенки. При повышении тонуса участка кишки возникает спазм, в результате чего каловые массы не могут преодолеть это место — таков механизм развития спастического запора, внешние проявления которого — наличие плотного, фраг-ментированного, "овечьего" кала. Другая разновидность функциональных запоров — гипотонические или атонические запоры, для которых характерна задержка стула до 3—5—7 дней, каловый цилиндр большого объема, но не плотный.

Иногда у детей может возникать кратковременная задержка стула, что может быть связано с погрешностями в диете, во время лихорадочных состояний и т.д. Так называемый ложный запор появляется у детей, находящихся на грудном вскармливании (если младенцы получают недостаточное количество грудного молока вследствие гипогалактии у матери, наличия дефектов полости рта, вялого сосания, срыгиваний). В этих ситуациях после устранения причины, вызвавшей задержку стула, все нормализуется. Часто бывает достаточным отрегулировать диету, правильно выпаивать ребенка, например, при лихорадке.

В каком случае следует обратиться к врачу?

Если у ребенка раннего возраста нет стула в течение 2-х дней, Вам следует обязательно обратиться к врачу! Если ребенок более старшего возраста, то Вам следует обратиться к врачу, когда:

• запор сопровождается рвотой, болями в животе, вздутием, снижением аппетита (это может быть проявление кишечной непроходимости);

• в стуле ребенка замечена кровь;

• ребенок удерживает стул по эмоциональным (негативным) причинам, особенно во время приучения к горшку;

• у ребенка периодически отмечается непроизвольный стул или каломазание (энкопрез). Энкопрез — состояние, при котором твердые каловые массы скапливаются в прямой кишке, а жидкий кал непроизвольно выделяется наружу **вследствие утраты ребенком контроля над сфинктерным аппаратом** прямой кишки.

Какие специалисты должны осмотреть Вашего ребенка?

1. Педиатр.

2. Детский невролог.

3. Детский эндокринолог (по показаниям).

4. Детский хирург.

В первую очередь нужно посетить педиатра, поскольку именно он должен определить необходимость консультаций других специалистов.

При первом обращении к врачу мама должна быть готова ответить на следующие вопросы:

1. Страдает ли кто-нибудь из родственников запорами, отягощена ли наследственность по заболеваниям желудочно-кишечного тракта, заболеваниям щитовидной железы.

2. Подробно рассказать о течении беременности, наличии токсикоза (гестоза), острых заболеваний или обострения хронических заболеваний в период беременности. Не только патологическое течение беременности, но и патология в родах может привести к поражению центральной нервной системы, а это в свою очередь является причиной функциональных нарушений толстого кишечника.

3. Уточнить режим и характер вскармливания ребенка, а также ее собственного диетического режима, если ребенок находится на естественном вскармливании.

4. Время возникновения запоров.

5. Какие еще симптомы, кроме запора, есть у ребенка.

Какие осложнения возможны при запорах у детей? Длительно существующий запор может вызывать различные осложнения. Чаще всего у детей возникают нарушения микрофлоры кишечника, что влечет за собой нарушение переваривания и всасывания в кишечнике, а также размножение патогенных микроорганизмов в просвете кишки. Возможно нарастание интоксикации, обусловленной преобладанием процессов гниения в кишечнике и образованием при этом токсинов (индола, скатола и др.), результатом чего является снижение сопротивляемости организма к инфекциям, нарушение микроциркуляции в кишечной стенке, развитие воспалительного процесса, формирование функционального мегаколона (расширение просвета кишечника). У детей раннего возраста болезненная дефекация приводит к появлению страхов перед актом дефекации.

Запор может являться симптомом заболеваний вышележащих отделов желудочно-кишечного тракта (например, желчнокаменной болезни, гастрита с повышенной секрецией и т.д.), а также осложняться патологией ЖКТ (дискинезия желчевыводящих путей, реактивный панкреатит и т.д.). Длительные запоры способствуют появлению воспалительных заболеваний прямой кишки (проктит, проктосигмоидит). Нередко при запорах у детей разного возраста возникают трещины прямой кишки, сопровождающиеся появлением алой крови на поверхности калового цилиндра. Упорные запоры могут вызывать выпадение слизистой прямой кишки.

Какие исследования проводят при запорах у детей?

Распознать запоры у ребенка не представляет трудностей, значительно труднее разобраться, что явилось причиной нарушения деятельности кишечника.

Обследование ребенка с запорами начинается с проведения исследования:

1. клинического анализа крови;  
2. клинического анализа мочи;  
3. кала на копрологию;  
4. кала на углеводы;  
5. кала на дисбактериоз кишечника;  
6. кала на паразиты и гельминты.

Как правильно собрать кал для исследования микрофлоры кишечника?

Собирают кал непосредственно перед исследованием, в чистую стерильную посуду с притертой крышкой. Хранить собранный материал не рекомендуется, так как возможно размножение патогенных микроорганизмов и гибель нормальной микрофлоры, что не позволит правильно оценить результаты исследования.

Из врачебных методов исследования обязательным для всех больных раннего возраста, страдающих запорами, является пальцевое исследование прямой кишки. При подозрении на наличие воспалительного процесса в слизистой оболочке толстого кишечника показаны эндоскопические методы исследования (ректороманоскопия, колонофиброскопия). Вопрос о необходимости проведения данного обследования может решить врач, а сами процедуры проводятся только в условиях стационара. Помимо эндоскопических методов, используются и рентгенологические. Рентгеновское обследование толстого кишечника с ректальным введением бариевой (рентгеноконтрастной) взвеси через клизму называется ирригографией. Данное обследование проводится при подозрении на врожденную или приобретенную (посттравматическую, послеоперационную и др.) аномалию развития толстой кишки.

Лечение запоров у детей раннего возраста Основной целью лечения запоров у детей является восстановление консистенции кишечного содержимого и скорости транзита его по толстой кишке.

Какие методы лечения запоров применяются у детей раннего возраста?

1. Консервативное лечение:

• диетотерапия;  
• лекарственная терапия;  
• физиолечение;  
• лечебная физкультура и массаж;  
• механическое опорожнение кишечника

2. Хирургическое лечение (оперативное восстановление проходимости кишечника, уменьшение его длины, удаление измененных участков).

Коррекция функциональных запоров у ребенка при естественном вскармливании: - Если у ребенка имеются симптомы, свидетельствующие о перинатальном повреждении центральной нервной системы, лечение проводится совместно с детским неврологом.

- В случае наличия симптомов рахита, назначается витамин О. Вопрос о дозе витамина Оз и продолжительности лечения решает только врач-педиатр!

- При нарушении функции щитовидной железы (гипотиреозе) терапия определяется эндокринологом.

Во всех случаях коррекция запоров должна быть комплексной и в первую очередь включать в себя общегигиенические меры и диетотерапию. И в ряде случаев запоры развиваются именно на фоне нарушения режима и характера питания ребенка. В этой ситуации гигиенических мер и диетической коррекции бывает достаточно, чтобы отрегулировать стул ребенка.

- У ребенка должен быть активный двигательный режим. Младенца первых месяцев жизни необходимо выкладывать на живот перед каждым кормлением на 5—10 минут. В утренние часы заниматься упражнениями по возрасту в течение 10—15 нут, в этот комплекс обязательно должен входить массаж живота по часовой стрелке. С каждым месяцем двигательная гимнастика должна расширяться, т.е. должно включаться все больше упражнений с активным участием рук, ног и брюшного пресса. Продолжительность гимнастики также должна увеличиваться.

- Не менее важная роль отводится правильному питанию ребенка. Вскармливание грудным молоком является оптимальным питанием для ребенка первого года жизни. В настоящее время рекомендуют прикладывать ребенка первых двух месяцев к груди столько раз, сколько он требует, не соблюдая временных интервалов между кормлениями, включая ночные часы. При таком режиме вскармливания дети сами постепенно устанавливают интервалы между кормлениями. Ребенка в течение первого месяца жизни можно прикладывать к груди до 10-12 раз в сутки, если он этого требует. Длительность кормления составляет от 10 до 20 минут. Однако к концу первого месяца жизни кратность кормлений постепенно сокращается самим ребенком до 7—8 раз в сутки и их длительность уменьшается. Не все дети выдерживают ночной перерыв, и в этом нет необходимости. Со временем ребенок сам откажется от ночных кормлений, а до этого времени можно прикладывать его ночью, если он этого требует. Режим свободного вскармливания ребенка способствует установлению стабильной лактации. Это очень важно для ребенка, так как именно материнское молоко дает ребенку необходимые пищевые и биологически активные вещества, которые обеспечивают ему возможность расти, развиваться и предохраняют его от многих инфекций.

- Наиболее важное значение в профилактике и коррекции запоров у младенца имеет правильное питание кормящей матери с исключением продуктов, стимулирующих повышенное газообразование (свежие огурцы, виноград, инжир и т.д.), а также нормализация моторики кишечника у кормящей женщины.

- В рацион питания младенца старше 4—5 месяцев вводится крупяной или овощной прикорм (по согласованию с педиатром) как источник пищевых волокон.

- После введения "густого" прикорма необходимо следить, чтобы у ребенка был достаточный водный режим (кипяченая вода до 100 мл в сутки), так как при недостатке воды в организме она всасывается из толстого кишечника, а сухие каловые массы вызывают повреждение слизистой прямой кишки.

- При выявлении нарушений микробиоценоза кишечника по результатам анализа кала на дисбактериоз проводится его коррекция с ипользованием про- и пребиотиков (назначается врачом).

- Как средство "скорой" помощи используются очистительные клизмы. Очистительная клизма проводится кипяченой водой комнатной температуры.

- При вздутии живота, повышенном газообразовании, беспокойстве используются препараты на основе симетикона (Саб Симплекс, Эспумизан), укропная вода, чай с фенхелем, ромашкой.

- При отсутствии стула в течение суток проводится механическая стимуляция дефекации, с этой целью используются: газоотводная трубка, глицериновые свечи, массаж кожи вокруг заднего прохода.

- С целью ликвидации мышечной гипотонии врачом рекомендуются курсы массажа, лечебной физкультуры.

- Если при помощи вышеперечисленных мероприятий добиться регулярного стула не удается, рекомендуется слабительное средство, содержащее лактулозу, например Лизалак, Нормазе, Лактусан, Дюфалак и другие. Лактулоза не только увеличивает объем каловых масс, размягчает стул и стимулирует опорожнение кишечника, но также способствует поддержанию роста нормальной микрофлоры кишечника. Доза препарата подбирается индивидуально, назначается врачом.

- Если не удается сохранить лактацию и продолжить грудное вскармливание, необходим подбор адаптированной молочной смеси и перевод ребенка на искусственное вскармливание.

Коррекция функциональных запоров у детей, находящихся на искусственном вскармливании, предусматривает: 1. Выполнение основных мероприятий для детей на грудном вскармливании (см. выше).

2. Кроме этого, для детей первого года жизни используются специальные смеси, содержащие пищевые волокна (клейковина рожкового дерева, олигосахариды), пребиотик лактулозу, или адаптированные кисломолочные смеси. Использование специальных смесей у детей, страдающих функциональными запорами, способствует образованию рыхлого пищевого комка в кишечнике, повышает вязкость и объем каловых масс, улучшает перистальтику и стимулирует рост нормальной микрофлоры кишечника. Эти смеси можно использовать как в полном объеме, так и для замены нескольких кормлений. Например, смесью Фрисовом 1 (содержит клейковину рожкового дерева) можно полностью заменить привычную ребенку смесь. В первый день на Фрисовом 1 заменяется 30 мл смеси в каждом кормлении (в отдельной бутылочке), во второй день — 60 мл в каждом кормлении и т.д. Ее также можно рекомендовать в виде нескольких кормлений в сутки (2—3 раза) или части кормления (в сочетании со смесью Фрисолак 1 или какой-либо другой). Следует обратить внимание на способ приготовления смеси Фрисовом 1: смесь необходимо разводить горячей кипяченой ВОДОЙ (75° С). Ребенка старше 6 мес. рекомендуется кормить смесью Фрисовом 2.

В домашних условиях в случае необходимости можно применить очистительную клизму. В питание детей, начиная с 4,5 месяцев, можно добавить продукты, обладающие послабляющим эффектом (свеклу, морковь, чернослив, курагу и др.). Следует отметить, что для ребенка, особенно в раннем возрасте, применять слабительные препараты можно только по назначению врача, так как многие из них имеют серьезные побочные эффекты.

Выработка рефлекса на дефекацию

Выработка условного рефлекса на дефекацию является чрезвычайно важным аспектом лечения запоров у детей. К сожалению, в последнее время врачи отмечают, что длительное применение у детей раннего возраста подгузников приводит к тому, что ребенок привыкает очищать кишечник стоя или лежа, не в горшок, а только в подгузники. Восстановление или формирование регулярности акта дефекации возможно при настойчивом выполнении ряда мер:

1. Утром, натощак, выпить минеральную воду комнатной температуры, которая оказывает мощное стимулирующее влияние на моторную функцию кишечника.  
2. Завтрак (через 20—30 минут после приема минеральной воды).  
3. Для преодоления "боязни горшка" можно воспользоваться холодной свечой (глицериновой, новокаиновой), которую вставляют в задний проход за 15—20 минут до высаживания ребенка на горшок.  
4. Регулярное посещение туалета (высаживание на горшок) в одно и то же время, желательно после завтрака. Следует обратить особое внимание на то, что ребенок в туалете должен опираться на ножки, держать спинку прямо.

Достаточный питьевой режим обеспечивает "мягкий" стул и безболезненную дефекацию.

Рекомендуемый объем жидкости:

• при массе тела до 10 кг — 100 мл/сутки;  
• от 10 до 20 кг массы тела — 100 мл+50 мл на каждый кг массы свыше 10 кг);  
• при массе тела более 20 кг — 600 мл+20 мл на каждый кг массы (свыше 20 кг).

Роль пищевых волокон в коррекции запоров

Введение в рацион ребенка пищевых волокон является важным компонентом лечения. Исследования показали, что количество пищевых волокон, принимаемых с пищей у детей, страдающих запорами, значительно ниже, чем у здоровых детей

Пищевые волокна — компоненты пищи (полисахариды), которые не перевариваются пищеварительными ферментами желудочно-кишечного тракта человека.

Выделяют следующие виды пищевых волокон:

• растворимые — клейковина рожкового дерева, олигосахариды, лактулоза, пектин;  
• нерастворимые: пшеничные отруби.

Ребенку с запором и жалобами на вздутие живота ограничивают или исключают из рациона продукты, богатые пищевыми волокнами и вызывающие повышенное газообразование: бобовые, капуста, щавель, шпинат, виноград и т.д.

При запорах, сопровождающихся выраженной кишечной перистальтикой, болями в животе спастического характера, диета, богатая пищевыми волокнами, может усилить боли. В таких г 12 случаях рекомендуется уменьшить или ИСКЛЮЧИТЬ о пищевые волокна из рациона ребенка.

Важно соблюдать правильный режим питания. Пища должна приниматься не менее 5 раз в день. Большие перерывы между приемами пищи недопустимы. Поступление пищевых продуктов в верхние отделы желудочно-кишечного тракта рефлекторно вызывает усиление моторной активности нижерасположенных отделов кишечника, что способствует его опорожнению.

Как правильно использовать отруби? Перед употреблением отруби следует "заварить" кипятком, чтобы они набухли, стали мягче, а надосадочную жидкость слить. Их можно употреблять как самостоятельный продукт, а также добавлять в различные блюда (компоты, супы, кисели).

Рекомендуется применять отруби с 1/2 — 1 чайной ложки 3 раза в день, постепенно увеличивая дозу до 1 столовой ложки три раза в день в течение 2 недель. При достижении нужного эффекта дозу снижают до 1~2 чайных ложек на прием. Курс лечения составляет не менее 4-6 недель. Желательно отруби принимать натощак.

Лечебный эффект отрубей при запорах заключается в увеличении объема фекалий, содержания в них воды, ускорении времени продвижения по кишечнику, возможно учащение стула.

Кисломолочные продукты в питании детей, страдающих запорами Кисломолочные продукты относятся к продуктам с пробиотической активностью. Пробиотиками называют живые микробные компоненты пищи, полезные для здоровья человека (ребенка).

Основными свойствами пробиотиков является способность:

- повышать противоинфекционный иммунитет организма,  
- оказывать гипоаллергенное действие,   
- стимулировать и регулировать пищеварение.

Наиболее известными и распространенными микроорганизмами, обладающими пробиотическим эффектом, являются бифидобактерии, лактобациллы, а также штаммы термофильного стрептококка и кефирные грибки. Эти микроорганизмы оказывают полезное воздействие на организм человека, что обуславливает их широкое применение в качестве заквасок для приготовления кисломолочных продуктов. Сегодня при искусственном вскармливании широко используются адаптированные кисломолочные смеси, /Предназначенные для вскармливания детей первого года жизни. Эти смеси по своему составу максимально приближены к составу женского молока, содержат белки, жиры и углеводы в соответствии с возрастными потребностями ребенка, в том числе таурин и карнитин, а также витамины и минеральные вещества.

Кисломолочные смеси вырабатываются с использованием специальных заквасок, включающих ацидофильные палочки и бифидобактерии. Рекомендуемое соотношение кисломолочных смесей к пресным в суточном рационе составляет 50:50.

Какие бывают клизмы? Одним из самых простых методов помощи ребенку с запорами в домашних условиях является клизма.

Клизмы бывают очистительные и лечебные.

Очистительные клизмы проводят в том случае, когда необходимо подготовить кишечник к обследованию, опорожнить кишечник при запоре, для диагностических мероприятий,

Лечебные клизмы могут быть водные (холодные при лихорадке), лекарственные и масляные.

Сифонные клизмы проводятся только в стационаре.

Вредно ли делать клизмы?

При достаточных показаниях и правильном проведении клизмы эта манипуляция совершенно безопасна для ребенка. Если у вашего ребенка отсутствует стул в течение нескольких суток, то проведение очистительной клизмы необходимо, так как стул становится очень плотным и может возникать болезненная дефекация. Однако проведение клизм регулярно и длительно в течение нескольких лет (вместо правильного лечения) может привести к привычным вторичным запорам и подавлению рефлекса нормальной дефекации.

Как правильно проводить очистительную клизму?

Главное условие проведения данной манипуляции - это психологическая подготовка. Ребенок не должен испытывать страх или неприятные ощущения от проведения клизмы. Клизма проводится резиновой грушей, объем которой зависит от возраста ребенка и его веса. Вода должна иметь температуру ниже комнатной, примерно 18—20° С, при лихорадке вода берется 15—17° С. Наконечник груши смазывают вазелиновым или растительным маслом, и вводят в просвет прямой кишки на глубину до 7 — 10 см, аккуратно выпускают воду, затем пальцами зажимают ягодицы на 5—15 минут. Далее можно высаживать ребенка на горшок. Если проведенная манипуляция не привела к ожидаемой дефекации, процедуру можно повторить через 15—30 минут.

Объем воды для проведения очистительной клизмы в зависимости от возраста ребенка:

До 6 месяцев 50-100 мл

6-24 месяца 100-200 мл

2-5 лет 300 мл

6-9 лет 400 мл

10 лет 500 мл

Энкопрез- деликатная проблема..

Одной из тяжелых проблем в педиатрии считается проблема со стулом, особенно если ребенок уже большой. Я имею ввиду непроизвольное недержание кала, которое называют энкопрезом.

Энкопрез может начаться в абсолютно любом возрасте. Наиболее часто это явление можно встретить у детей до пятилетнего возраста. Недержание кала может сочетаться с энурезом - недержанием мочи. И это абсолютно не случайно. Причина появления этих заболеваний примерно одна и та же. В основном, это отклонение на психологическом уровне, которое возникает на рубеже двух видов нервных расстройств.

Основной причиной возникновения энкопреза являются хронические психотравмирующие конфликтные ситуации, которые носят несколько своеобразный характер. Многие исследователи этого вопроса склонны считать, что энкопрез представляет собой **реакцию протеста вследствие внутрисемейных конфликтов, связанных с приходом в семью отчима или мачехи**. Возможен протест и иного рода. Давно замечено, что данная болезнь часто возникает в тех семьях, где родители, особенно мать, уделяют неоправданно большое внимание физиологическим отправлениям ребенка. В качестве протеста может возникнуть нарушение регулярности дефекации, вначале в виде задержки стула, а затем недержания кала.

Играет немаловажную роль **и острая психотравма (внезапный испуг**), после чего наступает понос («медвежья» болезнь), что в дальнейшем может перейти в энкопрез. Известно, что в случае волнения и эмоционального напряжения возникают частые позывы к мочеиспусканию и дефекации. Такое состояние следует рассматривать как обычную реакцию на стресс, но у детей с определенным преморбидным состоянием она может послужить началом энкопреза.

 Нередко наблюдается энкопрез в тех семьях, которые взяли на воспитание отказных детей. Примечателен и тот факт, что указанное расстройство преимущественно встречалось у тех детей, которые взяты в семью в возрасте 2—3 лет. Возможно, что в таких случаях требование обычных навыков опрятности воспринимается ребенком как насилие над его свободой. **Причиной является недостаток родительских чувств (заботы, любви) или общая ослабленность организма. В большинстве случаев, данное отклонение встречается чаще у мальчиков, чем у девочек. Еще намного чаще, энкопрез может встречаться у мальчиков, у которых отцы страдают алкоголизмом, а матери о них плохо заботятся.** Так же, подобная проблема может возникнуть, если мать хотела родить девочку, а после рождения мальчика она не может относиться к нему с должной любовью.

Недержание кала – энкопрез, обычно наблюдается у детей днем в основном во время игры или когда ребенок гуляет на улице. Вне дома естественный позыв в туалет подавляется, затем ребенок увлекается игрой и полностью забывает о том, что хотел в туалет и в большинстве случаев вообще не чувствует непроизвольной дефекации кишечника.

Иногда, позыв в туалет может быть слишком сильным и быстрым, тогда дети не в силах сдержать кал и происходит непроизвольное опорожнение кишечника. Особенно часто это происходит у гиперактивных и подвижных детей.

Несмотря на все это, энкопрез может встречаться в любом возрасте. Это могут быть одноразовые случае при сильном волнении или испуге, а так же при различных расстройствах желудка. Само заболевание, обусловливается полной или частичной дисфункцией прямой кишки человека, а так же дисфункцией сфинктера заднего прохода. Данное отклонение, может быть вызвано каким - либо нарушением центральной или периферической иннервации. Энкопрезом могут страдать дети вследствие системных и частных неврозов. Но, следует отметить, что причин появления энкопреза гораздо больше и половина из них до сих пор неизвестна.

Что же способствует появлению данного заболевания? Энкопрез - заболевание неизученное. Медики считают, что первопричиной появления данного заболевания становятся невропатические отклонения. Так же, предполагаемой причиной может стать резидуально-органическая церебральная недостаточность. Определение данного расстройства заключается в сочетании недержания кала с другими невротическими заболеваниями или если присутствует какая - либо ситуация, которая травмирует не сформировавшуюся психику ребенка. Точный диагноз можно поставить только если исследовать вместе с симптомом энкопреза такие заболевания и психические отклонения как олигофрения, шизофрения, а так же на основе изучения органических заболеваний головного мозга и заболеваний спинного мозга.

Энкопрез может сочетаться с тяжелыми формами запора - это усложняет процесс лечения, но не стоит расстраиваться, так как здесь можно найти некоторые действенные способы лечения данных отклонений! Для этого будет вполне достаточно соблюдать несложную, специальную диету. Данная диета, должна быть легкой и должна способствовать усилению перистальтики. Так же, подобная диета ни в коем случае не должна раздражать желудочно-кишечный тракт. Поэтому, всем пациентам, которые страдают от подобных видов заболеваний, рекомендуется употреблять только молочно-растительную пищу.

КАК ПРОЯВЛЯЕТСЯ ЭНКОПРЕЗ?

 Энкопрез характеризуется непроизвольным или частично осознанным (реже) отхождением кала. Различные клинические формы энкопреза (согласно используемой в настоящее время классификации) отличаются друг от друга временем возникновения непроизвольной дефекации, сопутствующими симптомами, провоцирующими факторами и отношением ребенка к своему состоянию.

Так, первичный энкопрез является продолжением физиологического непроизвольного каловыделения, т.е. возникает без выработки навыка опрятности. Такие дети в дошкольном и раннем школьном возрасте в большинстве случаев безразлично относятся к своему состоянию и лишь в 12—14 лет начинают переживать свой дефект из-за замечаний и насмешек сверстников. У них постепенно формируются вторичные психопатологические черты характера. Такие больные становятся угрюмыми, замкнутыми или, наоборот, повышенно агрессивными. И все же отношение к первичному энурезу и энкопрезу бывает несколько различным. Больные с энкопрезом чаще и более рано реагируют на свой дефект, чем больные энурезом. Возможно, это связано с тем, что энкопрез труднее скрыть от окружающих, что является причиной отрицательного отношения к такому ребенку. Если энкопрез сочетается с профундосомией (глубокий сон), то одновременно может наблюдаться и ночной энурез.

Первичный энкопрез, как правило, наблюдается в дневное время. В анамнезе таких больных часто отмечаются множественные факторы риска в дородовом периоде и во время родов, а в первые годы жизни нередко диагностируется ранняя детская нервность (см. ниже). В ряде случаев бывает задержка темпов психомоторного развития, но уже к 1,5—2 годам они, как правило, догоняют своих сверстников:

**Вторичный энкопрез, как правило, психогенно обусловленный и возникает в основном в дневное время. Как уже отмечалось, он наступает преимущественно вследствие конфликтных ситуаций в семье, в которые вовлечен ребенок,** воздействия факторов эмо­циональной депривации и острых психотравм (реакция испуга). Клинически наблюдаются некоторые различия в зависимости от разновидностей психогенного энкопреза — невротического или патохарактерологического.

При невротическом энкопрезе ребенок, по словам родителей, обычно немного пачкает штаны, не ощущая позыва на дефекацию. Это может наступить при эмоциональном напряжении, например, во время игры (забегался, заигрался) или без, видимой причины. Такие дети болезненно переживают свой дефект, стыдятся его, прячут запачканное белье и т.д. Однако в ряде случаев можно наблюдать почти безразличное отношение ребенка к своему состоянию.

Несколько по-иному протекает патохарактерологический энкопрез, который почти всегда является реакцией протеста. Последняя, к примеру, может быть направлена на приход в семью отчима или мачехи, посещение детского сада. Этот вид энкопреза обычно наступает у детей дошкольного возраста, и особенно в тех случаях, когда изменение внешней обстановки сопровождается наказанием или вызывает у ребенка отрицательные эмоциональные реакции.

КАК ЛЕЧИТЬ ЭНКОПРЕЗ?

Лечение подобного заболевания длительное и требует терпения со стороны родителей. Если вашему ребенку диагностировали энкопрез, то отнеситесь к подобному заболеванию серьезно и вплотную займитесь его лечением. Методами лечения данного заболевания, может стать смена привычной жизни и отношения к ребенку со стороны родителей. Если ребенок посещает детский сад или ясли, то следует позаботиться о том, что бы воспитатель могла каждый час напоминать ребенку о том, что если он хочет в туалет, то она может его отвести. Это делается для того, что бы ребенок научился самостоятельно контролировать этот процесс.

Само заболевание может быть невротического характера, но это не дает повод думать, что это заболевание легче лечить. Наоборот - лечение невротического энкопреза намного более сложное и в большинстве случаев требует лечения вне дома, например в стационаре. Так же можно посоветовать обратиться за помощью в специализированные санатории. В последнем случае ребенок может одновременно поправить свое здоровье и одновременно избавиться от заболевания. Это делается для того, что бы ребенок мог отдохнуть от какой - либо травмирующий его психику ситуации в семье.

Традиционным методом лечения энкопреза является психотерапия — индивидуальная, игровая, семейная, суггестивная - внушение в бодрствующем, предсонная....  Формула внушения может быть различной при невротическом и неврозоподобном энкопрезе, а также в зависимости от переживаемо  ребенком своего состояния.

Как и при других системных неврозах и неврозоподобных состояниях,  широко используется «психотерапию воображения». Она особенно эффективна при невротическом энкопрезе, когда ребенок переживает свой дефект и желает от него избавиться. В случае неврозолодобного энкопреза с индифферентным отношением к своему состоянию первоначально проводятся различные психотерапевтические воздействия с целью выработки у больного желания выздороветь. Техника проведения данного вида психотерапии аналогична той, которая используется при тиках и ночном энурезе. Она легко осуществляется родителями в амбулаторных условиях. Следует максимально развить воображение ребенка в получении различных вполне осуществимых приятных ассоциаций, которые он будет иметь, избавившись от своего дефекта (например, поездка отдыхать на море, к родственникам, в другой город и т.д.).

В детском возрасте эмоционально-стрессовая психотерапия должна создать у ребенка состояние душевного спокойствия, равнодушия к имевшим место психотравмирующим воздействиям, отвлечь его от болезненных переживаний, воспитать уверенность в себе, мужество и стойкость.

Помимо всего этого, может использоваться специальная тренировка функции контроля за процессом испражнения. Данный метод заключается в том, что ребенка через определенное время несколько раз в день посылают в туалет на пять минут. Если ребенок сходит по-большому, то это поощряется какими - либо средствами.

Так же, для того, что бы следить за сопутствующими психологическими расстройствами ребенку следует назначить прием транквилизаторов. Частота энкопреза может быть различной. В основном, данное заболевание проходит вместе с плохим настроением, раздражительностью, плаксивостью, частыми жалобами на самочувствие, расстройством сна и аппетита. Так же, данное заболевание может проходить вместе с энурезом.

Следующим методом может стать квантовая терапия энкопреза. Это процедура высоко эффективна и в большинстве случаев приносит положительных эффект. В процессе лечения у больных энкопрезом уменьшаются или вовсе прекращаются подобные случаи. Восстанавливается ритм организма и ребенок начинает постепенно контролировать этот процесс самостоятельно.

Если  энкопрез сочетается с запорами, то следует соблюдать определенную диету, которая бы способствовала усилению перистальтики и не раздражала желудочно-кишечный тракт. Таким больным рекомендуется в основном молочно-растительная пища. Всем больным энкопрезом в сочетании с запорами необходимо делать утреннюю физ.зарядку с достаточной физической нагрузкой. В теплое время года это может быть бег на улице (лучше в парке) с постепенным увеличением скорости и дистанции. Хорошо, если в этом принимает участие один из родителей. Можно также приучить ребенка к бегу на месте в квартире в течение 3—5 минут, а еще лучше попрыгать со скакалкой. Это, с одной стороны, оказывает общетонизирующее действие, а с другой — усиливает перистальтику кишечника.

Крайним вариантом опорожнения кишечника является очистительная клизма, которая способствует выработки позыва на дефекацию. Однако не следует приучать ребенка к постоянным клизмам и тем более к назначению слабительных, особенно при запорах, так как это только усугубляет невозможность оправиться без посторонней помощи.

При ночном энкопрезе  используется гипноз в сочетании с ректальным введением жидкости. Вначале ребенку вводится ректально резиновая трубка, а затем его усыпляют с помощью гипнотического сна. Во время сна через трубку вводится 1—3 литра воды, температура которой несколько ниже температуры тела. После такой процедуры ребенок просыпается с ощущением позыва на дефекацию и ему внушается, что он в последующем проснется сам.

В случае низкого тонуса анального сфинктера рекомендуется тренировать сфинктер путем многократного сжимания и втягивания анального отверстия. Можно ввести ректально резиновую трубку или кончик клизмы и предложить ребенку зажать их и удерживать определенное время.

Однако одних психотерапевтических мероприятий нередко бывает недостаточно. В таких случаях они сочетаются с медикаментозной терапией, физиотерапией, лечебной физкультурой, массажем и общеоздоровительными мероприятиями. Какие принимать медикаменты, должен решить врач. Это может быть настой успокаивающих трав, некоторые психотропные средства — радедорм или медазепам, антидепрессанты — амитриптилин и др. Мы во многих случаях, даже при невротическом энкопрезе, рекомендуем использовать ноотропные средства, в основном ноотропил (пирацетам) или энцефабол в течение 1—2 месяцев, ноофен, а также транквилизатор с ноотропной активностью — адаптол (детям с 10 лет).

При всех формах заболевания следует проводить массаж шейно-воротниковой зоны, поясницы и брюшного пресса.

В комплексном лечение энкопреза большое внимание должно уделяться лечебной физкультуре и общим оздоровительным мероприятиям. Они аналогичны таковым при ночном энурезе.

**Источник: подборка из- интернет –ресурсов.**