

УДК 616.33/346168

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЗАПОРА И ЭНКОПРЕЗА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Малых А.Л.

ГОУ ВПО «Ульяновский государственный университет», Ульяновск, e-mail: lpu019@mail.ru

В статье приведены клинико-психологические проявления хронического запора (ХЗ) и энкопреза, изученные на основе клинических наблюдений 63 детей и подростков в возрасте от 7 до 16 лет. Отмечено, что хроническая патология толстой кишки приводит к различным психосоматическим изменениям личности ребенка. Для пациентов с ХЗ характерны замкнутость, повышенная чувствительность, изменение индекса агрессивности, чувство вины, протекающей на фоне вербальной агрессии. В качестве базового метода лечения было предложено сочетание интерференцтерапии и электростимуляции с иглорефлексотерапией, проводимые в зависимости от установленного типа дисфункции толстой кишки.

Ключевые слова: хронический запор, энкопрез, реактивная и личностная тревожность, дифференцированный режим воздействия

CLINICAL-PSYCHOLOGICAL MANIFESTATIONS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH CHRONIC CONSTIPATION AND ENCOPIRESIS

Malykh A.L.

SEI HPE «Ulyanovsk State University», Ulyanovsk, e-mail: Lpu019@mail.ru

The article presents the clinical and psychological manifestations of chronic constipation and encopresis, studied at the clinical observation of 63 children and adolescents aged 7 to 16 years. Noted that the chronic pathology of the colon, leads to various psychosomatic changes in the child's personality. For patients with chronic constipation is characterized by isolation, increase sensitivity and index of aggression, guilt, running on the background of verbal aggression. As a basic treatment method was proposed combination interferential and electrical stimulation with acupuncture, conducted according to established type dysfunction of the colon.

Keywords: chronic constipation, encopresis, reactive and personal anxiety, differential treatment effects

Хронические расстройства резервуарно-эвакуаторной функции толстой кишки (ТК) ввиду их высокой распространённости, разнообразия клинических проявлений, высокого риска развития осложнений, что часто приводит к стойкой утрате функции тазовых органов и, в конечном итоге, к детской инвалидности и снижению качества жизни ребенка, представляют серьезную медико-социальную проблему подростковой педиатрии.

Среди хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта ведущее место занимают ХЗ и энкопрез, на долю которых приходится до 30% всех обращений к гастроэнтерологу и 10% – к неврологу [1].

Уже к 3–5 годам у 25–35% детей с ХЗ появляются особенности в морфофункциональном состоянии желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы, связанные с вегетативными изменениями в ЦНС. Кроме того, ХЗ необходимо рассматривать как социально-значимую проблему, т.к. данная патология в 45–55% случаев сочетается с различными проявлениями вегетативных расстройств, что создает условия для возникновения таких заболеваний, как ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, язвенная болезнь желудка [2].

По данным литературы, для детей с хроническими расстройствами пищеварения, характерно формирование определенного типа личности с проявлениями импульсности поведения, склонностью к невротическим, агрессивным реакциям, с плохой приспособляемостью к изменяющимся условиям жизни (начало посещения сада, школы, смена места жительства). Это связано с изменениями мобильности эмоциональной сферы ребенка, которая зависит от его физиологического роста и развития самого организма, что создает предпосылки для возникновения, с одной стороны, морфофункциональных заболеваний желудочно-кишечного тракта, а с другой, влияет на появление хронического психоэмоционального стресса, который уже сам способствует возникновению тяжелой патологии в желудочно-кишечном тракте и других органах и системах детского организма [3].

Возникающие психосоматические стрессовые расстройства личности имеют прямую коррекционную зависимость от общепатологического процесса и требуют индивидуального подхода к диагностике и лечению с учетом психологических особенностей личности ребенка [4, 5].

В связи с этим цель данного исследования – выявить клинические, вегетативные

и психологические особенности детей с ХЗ и энкопрезом, проведя их коррекцию с помощью физиотерапевтических методов лечения.

Материалы и методы исследования

В основу работы положен анализ результатов комплексного обследования 63 пациентов в возрасте от 7 до 16 лет (мальчиков 36 и девочек 27) с ХЗ. Средний возраст обследованных составил $11,3 \pm 1,8$ года. Группу контроля составили 20 детей, не имевших хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Диагностику клинических проявлений ХЗ осуществляли на основании данных анамнеза жизни и заболевания, объективного осмотра, инструментальных исследований (УЗИ брюшной полости и мочевого пузыря), для верификации уровня и степени поражения желудочно-кишечного тракта использовали эзофагогастродуоденоскопию (ЭФГДС), проктодефектографию.

Для оценки психоневрологического статуса, кроме общепринятого осмотра использовали данные ЭЭГ, исследование функционального состояния вегетативной нервной системы (опросник А.М. Вейна, индекс Кердо, ортостатическая проба, тест Спилберга, в модификации Ю.А. Ханина).

Тест Ч.Д. Спилберга позволяет определить степень личностной и реактивной (ситуационной) тревожности. Оценку результатов проводили в баллах. Ситуационная тревожность дает представление о возможности противостоять действию различных стрессовых факторов, а личностная – показывает наличие собственных механизмов, способствующих выздоровлению. Результаты тестов оценивали в градации: до 30 баллов – низкая, от 31 до 45 баллов – средняя и более 46 баллов – высокая степень тревожности.

Для определения психологического статуса у 45 детей мы дополнительно использовали личностные опросники Р. Кеттела и Басса–Дарки, который позволяет определить степень агрессивности и враждебности ребенка, указывая на деструктивные тенденции личности, и оценивается по количеству положительных и отрицательных ответов.

Тест Р. Кеттела определяет наиболее характерные типы личности детей школьного возраста. Ответы на все вопросы просматривались стандартным шаблонным ключом. Каждый положительный ответ оценивался в 1 балл, затем все результаты суммировались по каждому фактору и сравнивались в соответствии с нормальными данными, представленными в виде таблиц, формируемых в зависимости от пола и возраста (7–11 и 12–16 лет).

Пациентов консультировали невролог, психолог, оториноларинголог, детский хирург, офтальмолог (по показаниям).

Всем детям, кроме базисной терапии, включавшей в себя гипертонические клизмы, метаболическую терапию витаминами группы А, В в сочетании с глицином и кудесаном, назначались сеансы комплексной терапии, включавшей в себя сеансы групповой психотерапии в составе 3–5 детей, дифференцированное воздействие в зависимости от типа дисфункции ТК аппаратом «Муомед-932» (Enraf Nonius, Нидерланды) и иглорефлексотерапию (ИРТ). Групповая психотерапия проводилась во время сеансов ИРТ, включала в себя сочетание аутогенной тренировки с

элементами самовнушения в фазу физиологического засыпания.

Статистическая обработка полученных данных проводилась стандартными методиками (включая параметрический метод U-критерия теста Mann-Whitney), критерием достоверности считали $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Для дифференциального подхода к коррекции выявленных клинико-психологических изменений нами были классифицированы основные синдромы ХЗ: абдоминальный, синдром вегетативных нарушений и психологических расстройств. Абдоминальный синдром наблюдался у 51 (80,9%) пациентов и проявлялся болями в гастродуоденальной зоне или правом подреберье и у 7 (11,1%) обследованных – тянущими болезненными ощущениями в пояснично-крестцовой области.

Расстройство стула в виде изменения формы и консистенции кала имело место у всех нами наблюдаемых больных. При этом у детей 7–11 лет распространенность морфофункциональных изменений пищеварительного тракта составила 64%, а у детей 12–16 лет – 100% (табл. 1).

Таблица 1
Распространённость морфофункциональной патологии органов брюшной полости у детей с ХЗ и энкопрезом

Диагноз	Количество обследованных детей (n = 63)			
	7–11 лет (n = 31)		12–16 лет (n = 32)	
	Абс.	%	Абс.	%
Хронический гастрит	10	15,8	22	34,6
Дуоденогастральный рефлюкс	7	11,1	12	19,4
Хронический бульбит	2	3,1	7	11,1
Дискенизия желчевыводящих путей	11	17,4	8	12,6
Гиперспленомегалия	2	3,1	4	6,2
Долихосигма	7	11,1	8	12,6
Мегадолихосигма	2	3,1	3	4,7
Дополнительная петля сигмовидной кишки	3	4,5	-	-
Сочетание двух и более симптомов	21	30,3	28	44,4

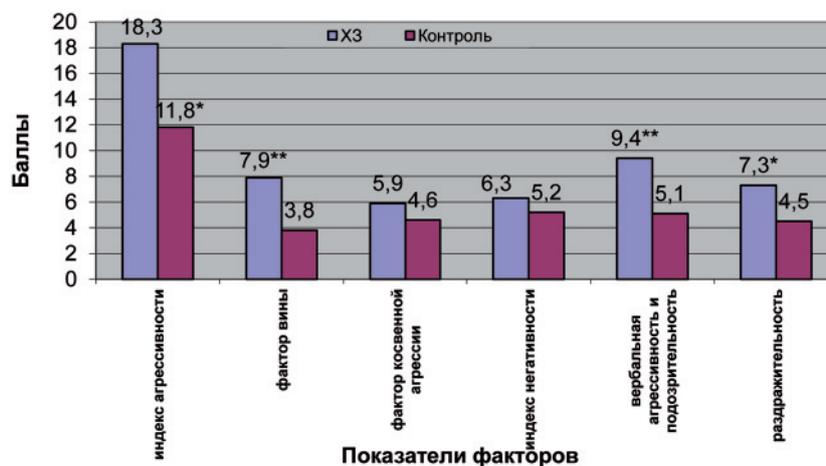
Синдром вегетативных нарушений проявлялся, чаще всего, изменением глубины сна – у 59 (94%) детей, трудностью засыпания – у 41 (65%), похолоданием конечностей – у 31 (49,6%), повышением потливости – 21 (33,3%), головными болями – 28 (44,4%) обследованных. При невро-

логическом осмотре выраженных изменений в неврологическом статусе у большинства детей обнаружено не было. Лишь у 12 (19%) пациентов, имевших в анамнезе перенесенное органическое поражение головного мозга, выявлялись признаки минимальной мозговой дисфункции, проявившиеся снижением аккомодации и конвергенции, асимметрией носогубных складок и легкой неустойчивостью в позе Ромберга.

Синдром психологических расстройств диагностировался у 48 (76,1%) детей и проявлялся у 41 (65%) – тревожно-фобическими и у 7 (11,1%) тревожно-депрессивными изменениями. Проведенное тестирование когнитивных функций (память, внимание, мышление) показало на ряд изменений интеллектуально-амнестической сферы у больных с сочетанием ХЗ и энкопреза. Общая картина патологии характеризовалась неустойчивостью внимания у 37 (58,1%) обследованных, недостаточным словарным запасом – у 42 (63,6%), ограниченностью абстрактных и конкретных представлений у 29 (46,3%), умеренно-выраженным снижением показателей кратковременной памяти и дивергентного мышления – у 16 (23,3%) и у 12 (19%) детей и подростков – выраженным снижением долговременной памяти.

У 47 (74,4%) пациентов сохранялась критичность оценки окружающих и себя, счета до 100, праксиса, гнозиса, ориентации во времени, пространстве и собственной личности, понимания, почему и зачем они проходят тестирование и лечение в больнице. Более 16% подростков в возрасте 12–15 лет активно интересовались механизмами методов их лечения и возможностью выздоровления или улучшения их собственного здоровья. Достоверных различий в группе сравнения и детей с ХЗ и энкопрезом в показателях когнитивных функций мы не установили, а в эмоционально-волевой сфере эти различия были существенны, причем они носили возрастной характер. У детей 7–11 лет с ХЗ средний бал реактивной ($34,5 \pm 2,9$ б.) и личностной ($47,8 \pm 3,6$ б.) тревоги соответствовали, согласно методике Ч.Д. Спилберга, уровню средней и высокой степени тревожности. Тогда как у здоровых детей они соответствовали уровню низкой реактивной и личной тревожности, что составило $26,8 \pm 3,1$ б. и $28,7 \pm 3,5$ б. соответственно.

Основные психологические проявления патологии личности у детей с ХЗ и энкопрезом по тесту опросника Басса-Дарки представлены на рисунке.



Психологические особенности детей с ХЗ и энкопрезом по основным показателям теста Басса-Дарки:

* – знак статистической достоверности, ($p < 0,05$) по сравнению с показателями группы контроля; ** – знак статистической достоверности, ($p < 0,001$) по сравнению с показателями группы контроля

Для детей с ХЗ характерны негативизм, раздражительность. Фактор подозрительности и вербальная агрессия являются наиболее распространенными чертами психологического статуса ребенка с ХЗ, что его достоверно отличает от здоровых детей ($p < 0,001$). Самая большая разница в средних показателях была выявлена в факторах

чувства вины (48,1%) и индекса агрессивности (64%), что говорит о серьезных психологических проблемах ребенка, которые могут постепенно трансформироваться в сложный акцентуировано-агрессивный тип личности.

Анализ данного теста, в зависимости от возраста и пола, показал некоторые его

особенности. У группы детей с 7 до 11 лет показатели вины были на 13% выше, чем в старших возрастах, для которых были более характерны повышенные показатели враждебности и негативизма. У мальчиков достоверно чаще выявлялся индекс подозрительности и враждебности, а у девочек – фактор вины и раздражительности.

После проведенного обследования и определения 4 типов дисфункций ТК назначался дифференцированный режим воздействия физическими факторами лечения, которые зависели от уровня неусушей и амплитудомоделирующей частоты, а также от времени процедуры (табл. 2).

Таблица 2

Алгоритм дифференцированной немедикаментозной терапии у детей и подростков с хроническим запором

Тип дисфункции ТК	Виды токов			Частота несущая (Гц)	Амплитудомодулируемая частота (Гц)	Время воздействия (мин)	
	2-х полюсная интерференцтерапия	Биополярный симметричный (TENS)	Электростимуляции			Электролечение	ИРТ
Гиперрефлекторный	+	–	+	2000	100	15	45
Норморефлекторный	+	±	–	1500	50	10	30
Асимметричный	+	±	±	500–1200	–	20	15–30
Гипорефлекторный	–	+	+	50–100	35–40	5–8	5–10

Примечания: «+» – назначения этого вида тока эффективно, «±» – строго дифференцировано, «–» – использование данного режима воздействия противопоказано.

Нами были определены показания и противопоказания к применению различных видов электролечения, включая 2-х полюсную интерференцтерапию, которые проводились на аппарате «Муомед-932». Данных рекомендаций следует строго придерживаться при назначении дифференцированной терапии ХЗ, так как это является важнейшим условием проведения эффективной программы лечения. При этом в табл. 2 указывается сравнительное время воздействия для ИРТ, акупунктурный рецепт которой также формировался в зависимости от типа ТК и МП.

После 3-х курсов комплексной терапии, проводимой через 1, 3 и 6 месяцев, мы достоверно отмечали улучшение резервуарно-эвакуаторной функции ТК, что проявлялось уменьшением степени проявлений абдоминального синдрома, с нормализацией частоты стула с $3,2 \pm 0,6$ дней до $1,8 \pm 0,7$ дней ($p < 0,05$). Частота энкопреза урежалась более чем на 50% почти у половины всех пролеченных пациентов. У 82,5% детей на фоне психо- и рефлексотерапии уменьшилась подавленность настроения, улучшился исходный вегетативный статус и на 67% уменьшилось количество жалоб и клинических симптомов. Это, в конечном итоге, по-

зволило добиться суммарно положительной динамики заболевания у 58,2% детей и подростков с ХЗ (табл. 3).

Наиболее быстрой регрессии из клинических симптомов после комплексной терапии подвергались проявления ночного недержания мочи, вздутие живота с нормализацией ритма мочеиспускания.

Заключение

Таким образом, для большинства детей и подростков с ХЗ и энкопрезом характерны замкнутость, легкая возбудимость, повышенная чувствительность с постоянно повышенным чувством тревоги, с отклонениями в выполнении когнитивных функций. У большинства детей с ХЗ уже к 7 годам развивается хроническая патология желудочно-кишечного тракта, сочетающаяся с увеличением размеров печени или селезенки, изменения структуры поджелудочной железы, ее объема.

Дети с ХЗ негативно оценивают окружающую среду: крайне обидчивы, для них характерна вербальная агрессия. Эти особенности психологического и соматического статуса требуют комплексной корригирующей терапии, включающей методы психо- и рефлексотерапии, электролечения, которые

следует проводить дифференцированно в зависимости от клинических и психологических проявлений различных типов хронической дисфункции ТК.

Таблица 3

Оценка эффективности комплексной терапии у детей и подростков с ХЗ и энкопрезом по клиническим проявлениям

Клинические симптомы	Абсолютное число больных					
	до лечения		эффективность проводимой терапии			
	Абс.	%	Абс.	%*	Абс.	%**
Хронический запор	54	85,7	17	26,9	20	31,3
Энкопрез	19	30,1	4	6,3	12	19
Ночное недержание мочи	27	42,8	14	22,2	9	14,3
Поллакурия	16	25,3	8	12,6	2	3,1
Императивные позывы к мочеиспусканию	11	17,4	4	6,3	1	1,5
Урежение мочеиспускания	6	9,5	3	4,7	-	-
Вздутие живота	47	74,6	19	40,4	16	25,3

Примечание: * – частота исчезновения клинического симптома после лечения, ** – частота уменьшения клинических проявлений патологии не менее, чем на 50%.

Список литературы

1. Хавкин А.И., Жихарева Н.С., Рачкова Н.С. Хронические запоры у детей // Лечащий врач. – 2003. – № 5. – С. 42–45.
 2. Гасибердова Р.У. Динамика клинико-инструментальных показателей и прогнозирования терапевтического ответа при комбинировании дисфункции у детей и подростков: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Саратов, 2007. – 21 с.
 3. Сулабелидзе И.Э. Клиническая, психо-вегетативная и фенотипическая характеристика детей с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2007. – 26 с.
 4. Пахомов С.М. Исследование некоторых психологических показателей у больных с патологией желудоч-

но-кишечного тракта // Медицинский альманах. – 2010. – № 1 (10). – С. 104–107.

5. Хитров Н.К., Салтыков А.Б. Психосоматическая, психическая патология как необходимые и взаимосвязанные части общей патологии // Пат. физиол. и эксперим. терапия. – 2003. – №3. – С. 2–9.

Рецензент –

Кан Н.И., д.м.н., профессор, зав. кафедрой последипломного образования и семейной медицины ГОУ ВПО «Ульяновский государственный университет», г. Ульяновск.