

Alexander von Gontard

Энкопрезом (или недержанием кала) страдают дети во всем мире. Это еще более стигматизирующее и связанное с высоким уровнем дистресса как среди детей, так и среди родителей расстройство, чем недержание мочи. Энкопрез сопровождается также высоким уровнем распространенности сопутствующих эмоциональных нарушений, поражая от 30 до 50% детей, страдающих этим расстройством (von Gontard et al, 2011).

Можно выделить две формы энкопреза: энкопрез с запором и без запора. Такое разделение крайне важно, так как в основе этих двух форм лежит разная патофизиология, они имеют разные клинические признаки, и в отношении них применяются разные подходы в лечении (т.е. вторая форма энкопреза не реагирует на применение слабительных, тогда как в лечении первой они играют существенную роль). Цель этой главы – представить обзор практических подходов в диагностике и лечении этих двух подтипов энкопреза.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ И КЛАССИФИКАЦИЯ

В соответствии с МКБ-10 (World Health Organization, WHO, 2008) и DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, APA, 2000), энкопрез определяется как произвольная либо непроизвольная дефекация в неподходящих местах, возникающая у детей старше четырех лет, после исключения органических причин. Несмотря на значительное сходство этих систем классификации, они отличаются по существенным моментам, особенно, что касается выделения подтипов. По МКБ-10 для диагностики энкопреза необходимо, чтобы эпизоды случались с частотой один раз в месяц на протяжении, как минимум, трех месяцев. В МКБ-10 не выделяются подтипы и не проводится четкой дифференциации между энкопрезом с запором и без. Для диагностики энкопреза в соответствии с DSM-IV-TR (2000) требуется та же длительность эпизодов, однако выделяются два подтипа расстройства: с запором и без запора.

Наиболее точная систематизация, основанная на данных научных и валидационных исследований, была предложена детскими гастроэнтерологами в разработанной ими классификации функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта – Rome-III (Таблица С.5.1) (Rasquin et al, 2006). Первое отличие состоит в том, что был выбран более нейтральный термин *недержание кала*, вместо –

энкопрез. Это значит, что энкопрез и недержание кала могут использоваться, как синонимы (равно как и в данной главе). Второе отличие заключается в том, что запор был определен как основное расстройство, которое может (но не обязательно должно) ассоциироваться с пачканьем белья калом. Запор, в действительности, более распространенное явление, чем энкопрез. Большинство детей, страдающих запорами, не пачкают белье. Главные симптомы функционального запора представлены в Таблице С.5.1. Определение запора не должно основываться только на редких дефекациях: некоторые дети опорожняют кишечник каждый день, тем не менее, задерживают фекальные массы в толстой и прямой кишке. Таким образом, необходимо учитывать дополнительные признаки и сим-

Таблица С.5.1 Диагностические критерии функционального запора и недержания кала без задержки в соответствии с классификацией Rome-III (Rasquin et al, 2006)

Функциональный запор*

Должен включать наличие двух или более перечисленных ниже признаков у ребенка с функциональным возрастом старше четырех лет и при несоответствии критериям диагностики синдрома раздраженной толстой кишки:

- Две или меньше дефекаций в неделю в туалете
- Как минимум один в неделю эпизод недержания кала
- Использование специальных поз для удержания кала или преднамеренной длительной задержки стула в анамнезе
- Болезненная или затрудненная дефекация в анамнезе
- Наличие большого количества каловых масс в прямой кишке
- Уплотненные каловые массы большого диаметра, препятствующие испражнению в анамнезе.

* Признаки должны наблюдаться как минимум один раз в неделю на протяжении двух месяцев

Недержание кала без задержки*

Должны присутствовать все из перечисленных ниже признаков у ребенка с функциональным возрастом старше четырех лет:

- Дефекация в местах, не соответствующих социальному контексту, как минимум один раз в месяц
- Отсутствие каких-либо воспалительных, анатомических, метаболических или неопластических процессов, которыми можно объяснить наблюдающиеся у пациента симптомы
- Отсутствие признаков задержки стула

* Критерии должны присутствовать как минимум на протяжении двух месяцев.

птомы, которые подробно описаны в классификации Rome-III. Для того, чтобы способствовать более раннему началу лечения и избежать хронификации, авторы выбрали более короткий период присутствия симптомов – два месяца. Должны присутствовать два симптома: редкая дефекация; пачканье одежды калом; специ-альные позы для задержки каловых масс; болезненная, затрудненная дефекация и большой объем фекальных масс.

Для энкопреза без запора предложен более нейтральный термин – *недержание кала без задержки стула*. Этиология этого подтипа неизвестна, и ему было посвящено значительно меньше научных исследований, чем запору (Bongers et al, 2007). За исключением более короткого периода присутствия симптомов (два месяца), критерии не отличаются от тех, что представлены в DSM-IV.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Энкопрез – заболевание, которым страдают 1–3% детей старше четырех лет (определяющий возраст). Можно выделить три разных типа течения (Heron et al, 2008):

- Дети с хроническим энкопрезом, наблюдающимся на протяжении многих лет
- Дети с рецидивирующим течением заболевания
- Группа детей с тенденцией к спонтанным ремиссиям.

По данным исследования, проведенного в Голландии, 4,1% детей в возрасте 5–6 лет, и 1,6% в возрасте 11–12 лет страдали энкопрезом (van der Wal et al, 2005). Показатель распространенности зависит от используемой классификации. Например, 5,4% семилетних детей пачкали нижнее белье, но только 1,4% один раз в неделю и чаще (Joinson et al, 2006). Энкопрез может сохраняться в подростковом и даже юношеском возрасте. По данным длительного катамнестического наблюдения, в случае энкопреза без запора (т.е. недержание кала без задержки стула), 49% детей пачкали одежду калом в возрасте 12 лет, и 15% в возрасте 18 лет (Bongers et al, 2007). При запоре прогноз менее благоприятный: только у 80% отмечался положительный исход к 16 годам, и у 75 – 80% в возрасте 16 – 27 лет (Bongers et al, 2010).

Мальчики страдают энкопрезом в три – четыре раза чаще девочек (Bellman, 1966). Наиболее часто эпизоды недержания кала отмечаются в дневное время суток (Bellman, 1966). Ночной энкопрез чаще всего связан с органическими причинами и требует более детального соматического обследования.

Начиная с возраста четырех лет и дальше, большинство детей опорожняют кишечник один раз в сутки, при этом отмечаются значительные индивидуальные колебания (Bloom et al, 1993). Хронический запор более распространенное расстройство, чем энкопрез. В соответствии с данными большого мета-анализа, средняя распространенность в мировом масштабе при использовании разных определений составляет 9% (van den Berg et al, 2006). В этот мета-анализ были включены исследования, проведенные в таких странах, как Италия, США, Гонконг, Япония, Финляндия, Турция, Бразилия, Саудовская Аравия и др.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ И СИМПТОМЫ

Поскольку разделение на два подтипа – запор и недержание кала без задержки стула – имеет решающее значение для назначения лечения, важно знать основные признаки и симптомы каждого из них. Главные отличия между этими подтипами, основанные на данных, опубликованных Benninga et al (1994; 2004), а также результатах других исследований, представлены в Таблице С.5.2.

У детей с энкопрезом, сочетающимся с запором (или функциональным запором) отмечаются редкие дефекации с большим объемом фекальных масс измененной консистенции (слишком жидкие или слишком твердые). Такие дети часто испытывают боль во время дефекации. Часто наблюдаются боли в животе и отсутствие аппетита. Повышено время прохождения каловых масс по толстой кишке, пальпируются абдоминальные и ректальные массы. При ультразвуковом исследовании наблюдается увеличение диаметра прямой кишки (>25 мм). Этот подтип энкопреза часто сочетается с дневным недержанием мочи и даже с энурезом. Сопутствующие эмоциональные и

Таблица С.5.2 Отличия между энкопрезом с запором и недержанием кала без задержки стула

	Энкопрез с запором	Недержание кала без задержки стула
Дефекации	Редко	Ежедневно
Большой объем фекальных масс	Да	Нет
Нормальные фекальные массы (консистенция)	Половина	Почти все
Боль во время дефекации	В половине случаев	Редко
Боли в животе	Часто	Редко
Аппетит	Снижен	Хороший
Время прохождения каловых масс в толстом кишечнике	Длительное	В норме
Пальпируемые ректальные массы	Часто	Никогда
Ректальный диаметр (УЗИ)	Увеличенный	Нормальный
Дневное недержание мочи	Одна десятая	Редко
Ночной энурез	Одна треть	Одна десятая
Коморбидность с поведенческими и эмоциональными расстройствами	30-50%	30-50%
Лечение с использованием слабительных	Эффективно	Неэффективно, может даже способствовать ухудшению

поведенческие расстройства обнаружены у 30-50% таких детей. И наконец, эффективным оказалось лечение с использованием слабительных средств.

У детей с энкопрезом без запора (недержание кала без задержки стула) отсутствуют многие из перечисленных выше симптомов. У них отмечаются ежедневные дефекации с нормальным объемом и консистенцией каловых масс. Боли встречаются редко, а аппетит в норме. Время прохождения каловых масс в толстом кишечнике соответствует показателям нормы, а ректальные массы не пальпируются. Энурез и дневное недержание мочи встречаются редко, хотя коморбидность с психологическими проблемами наблюдается на том же уровне, что и при первом подтипе энкопреза (30-50%). И наконец, слабительные лекарственные препараты абсолютно неэффективны и могут даже способствовать учащению эпизодов пачкания нижнего белья калом.

ЭТИОЛОГИЯ

Удержание кала достигается вслед за формированием способности удерживать мочу в дневное и ночное время (Largo et al, 1978; 1996). Раннее обучение навыкам пользования туалетом может способствовать более раннему удержанию кала в младенчестве и в дошкольном возрасте, но не влияет на возникновение энкопреза в возрасте четырех лет. Энкопрезу может предшествовать задержка развития и сложный темперамент у ребенка, равно как депрессия и тревога у матери (Joinson et al, 2008).

Функциональный запор

Генетические факторы действительно влияют на склонность к запорам, но в меньшей степени проявляют себя при энкопрезе. Коэффициент конкордантности при запоре у монозиготных близнецов составил 70%, у дизиготных – 18%. Риск возникновения расстройства составляет 26%, если один из родителей страдал запорами; 46%, если страдали оба родителя; 40%, если только отец, и 19%, в том случае, если страдала мать (Bakwin & Davidson, 1971).

Функциональный запор обычно возникает после острого запора, которым страдают от 16 до 20% детей младшего возраста. Это может быть спровоцировано широким кругом психологических факторов, таких как стрессовые события жизни, потери, семейные конфликты, а также соматических, таких как трещины заднего прохода, нарушения диеты, интенсивное обучение пользованию туалетом и медикаментозное лечение (Cox et al, 1998). Независимо от первоначального провоцирующего фактора, любая хроническая задержка стула чревата последствиями. Острый запор вызывает боли и, как следствие, избегание дефекации, включая и парадоксальные сокращения наружного анального сфинктера, которые становятся привычкой. Избегание опорожнения кишечника приводит к накоплению фекального материала в прямой и толстой кишке. Удлиняется время продвижения каловых масс в кишечнике, замедляется перистальтика и снижается чувствительность. Обратное всасывание жидкости приводит к увеличению объема твердых каловых масс и мегаколону. Энкопрез происходит за счет того, что эти массы препятствуют ректальной функции и свежий жидкий кал просачивается вокруг них.

Недержание кала без задержки стула

В отличие от понятной модели функционального запора этиология недержания кала без задержки стула не известна (Bongers et al, 2007). Это расстройство не связано только лишь с психологическими факторами, поскольку показатель коморбидности одинаков для обоих подтипов энкопреза: 30 – 50% случаев (Benninga et al, 1994; 2004; von Gontard et al, 2011).

КОМОРБИДНОСТЬ

В целом, 30 – 50% детей с энкопрезом имеют сопутствующие эмоциональные и поведенческие расстройства. Это означает, что дети с энкопрезом в три – пять раз чаще, чем здоровые дети, страдают от дополнительных нарушений.

По результатам большого популяционного исследования детей в возрасте 7½ лет, у детей, страдающих энкопрезом, были значительно более высокие показатели по таким проблемам, как тревога, связанная с разлукой (4,3%), специфические фобии (4,3%), генерализованная тревога (3,4%), РДВГ (9,2%) и оппозиционно-вызывающее расстройство (11,9%) (Joinson et al, 2006). Другими словами, дети с недержанием кала демонстрируют гетерогенный паттерн коморбидности как по интернализирующим, так и по экстернализирующим расстройствам. Независимо от подтипа, как у детей, страдающих энкопрезом с запором, так и у детей с недержанием кала без запора, поведенческая составляющая в клиническом диапазоне одинакова (Benninga et al, 1994; 2004). Иными словами, они не отличаются по поведенческой коморбидности.

ДИАГНОЗ

Оценка детей, страдающих энкопрезом должна быть настолько, насколько это возможно, неинвазивной и всегда проводиться с участием родителей или других опекунов. Для большинства детей вполне достаточно базовой оценки, которая, во многих случаях, может быть осуществлена в условиях первичной медицинской помощи (Таблица С.5.3).

Наиболее важный аспект оценки – анамнез. Если он собирается правильно и внимательно, то удастся получить наиболее существенную информацию. Очень важно уделить достаточно времени для проведения первичной консультации. Вопросы для сбора подробного анамнеза можно найти в Приложении С.5.1.

Эффективной, позволяющей сберечь время, получить необходимую информацию и проверить, насколько полно собран анамнез, может быть процедура использования вопросников. Краткий вопросник представлен в Приложении С.5.2.

Очень удобным инструментом является Бристольская таблица кала (Bristol Stool Chart). В ней представлены семь разных форм стула в диапазоне от «отдельные твердые комки, размером с орех (продвигаются с трудом)» (тип 1) до «водянистый, без твердых частиц, полностью жидкий» (тип 7). Эта таблица очень наглядна, не содержит длительных подробных описаний, и позволяет родителям и детям легко идентифицировать преобладающий тип стула. С ее помощью можно также проводить мониторинг курса лечения.

Таблица С.5.3 Стандартная и расширенная оценка при энкопрезе

Стандартная оценка (достаточная в большинстве случаев)

- Анамнез
- Вопросы и шкалы
- Физикальное обследование
- Ультразвуковое исследование
- Скрининг на наличие поведенческих расстройств или полный психиатрический осмотр

Расширенная оценка (только по показаниям)

- Бактериологический анализ кала
- Радиологическое обследование:
 - Рентгенография органов брюшной полости
 - Контрастная рентгенография толстой кишки
 - МРТ толстой кишки
- Манометрия
- Эндоскопия и биопсия

Каждый ребенок должен пройти физикальное обследование. Рекомендуется как педиатрический, так и неврологический осмотр. Необходимо осмотреть околоанальную и перигенитальную зоны. Нужно описать особенности строения позвоночника, разницу рефлексов и асимметрию ягодиц. Как минимум один раз необходимо провести ректальное исследование. Если доступно ультразвуковое исследование, им можно заменить ректальный осмотр, в том случае если нет подозрений на органическую природу недержания кала.

Очень полезно ультразвуковое исследование брюшной полости, почек, мочевого пузыря и ретровезикальной области. Наиболее важным результатом будет подтверждение увеличения диаметра прямой кишки > 25-30 мм у детей с запором (Joensson et al, 2008). В таких случаях можно избежать процедуры ректального исследования. При недоступности УЗИ, следует провести стандартный ректальный осмотр с пальпацией ректальных масс.

Учитывая высокий уровень коморбидности, рекомендовано проведение психиатрического осмотра в условиях детской психиатрии. В других условиях следует провести скрининговое обследование с использованием стандартизированных вопросников (таких как Вопросник по поведению ребенка (Child Behavior Checklist; Achenbach, 1991)). Если полученные результаты находятся в пределах клинического диапазона, рекомендовано дальнейшее, более детальное обследование или направление в детское психиатрическое учреждение (von Gontard et al, 2011).

Все другие обследования не показаны в плановом порядке, к ним необходимо прибегать лишь в том случае, если есть подозрение на органическую природу недержания кала. Очень важно избегать ненужных и инвазивных методов обследования. Более подробную информацию, касающуюся диагностической оценки можно найти в руководстве, опубликованном von Gontard and Neveus (2006).

Дифференциальный диагноз

Соматические причины присутствуют у 5% детей с хроническим запором, поэтому они должны быть исключены в первую очередь. К ним относятся анатомические проблемы, такие как трещины заднего прохода, абсцессы, папилломы, дерматиты, анальный стеноз и другие анально-ректальные дефекты. Метаболические и эндокринные причины включают муковисцидоз, целиакию, непереносимость коровьего молока/аллергию, сахарный диабет и гипотиреоз. К неврологическим причинам относятся: церебральный паралич, незаращение дужек позвонков (*spina bifida*) и миеломенингоцеле. Запор могут вызывать многие лекарственные препараты (von Gontard and Neveus, 2006).

Очень важно проводить дифференциальную диагностику с болезнью Гиршпрунга, которая поражает 1:5000 младенцев, и представляет собой врожденное нервно-мышечное заболевание желудочно-кишечного тракта, характеризующееся аганглиозом. Симптомы в виде рвоты, вздутия живота и отказа от пищи начинаются уже в неонатальном периоде. У старших детей могут наблюдаться каловые камни, тогда как пачкание одежды калом встречается редко. Большинство случаев (80%) диагностируются до четырехлетнего возраста (Felt et al, 1999).

Органические причины недержания кала без задержки стула встречаются значительно реже – максимум у 1% детей. Среди них наиболее важными являются: инфекционная диарея, неврологические состояния, такие как скрытое расщепление дужки позвонка (*spina bifida occulta*) и остаточные послеоперационные симптомы.

ЛЕЧЕНИЕ

После проведения диагностической оценки детям и их родителям предоставляется подробная информация о подтипе энкопреза (психосоциальное – обучение психологической самопомощи). Как и при лечении энуреза, большое значение имеют неспецифические факторы, такие как усиление мотивации и построение хороших терапевтических взаимоотношений. Могут быть вербализованы: чувство вины, дисфункциональные убеждения родителей («мой ребенок делает это специально») и разочарование. Можно также обсудить с родителями неэффективные вмешательства, к которым они часто прибегают, такие как наказания или не показанные медикаменты. Если ребенок преимущественно принимает пищу с низким содержанием клетчатки, к положительному эффекту может привести изменение его диеты. Также необходимо увеличить потребление жидкости, так как большинство детей пьют недостаточно в течение дня.

Обучение навыкам пользования горшком

Нет необходимости в расчетном периоде с наблюдением и ведением записей. Наоборот, приучение ребенка к опрятности инициируется с самого начала. Такое обучение показано при обоих типах энкопреза. Детей просят садиться на горшок три раза в день после приема пищи. Это время подходит больше всего, так как в эти моменты наиболее активны, возникающие после приема пищи, рефлексы дефекации. Детей просят сидеть на горшке в течение пяти – десяти минут в расслабленной позе, кроме того, очень важно, чтобы при этом их ноги стояли на полу. В противном случае необходимо использовать подставной стульчик для ног. Такие сессии посещения туалета должны проходить в позитивной атмосфере: детям разрешают просматривать комиксы, читать книги, играть с мобильным телефоном, рисовать и т.п. От них требуется, чтобы они каждый раз при посещении туалета опорожнили кишечник или помочились. Эти сеансы фиксируются в дневнике, как показано в Приложении С.5.3. При необходимости, сотрудничество с ребенком может быть позитивно подкреплено на вербальном уровне с помощью простой похвалы. Следует избегать любой критики или наказания.

Слабительные средства

В случае недержания кала без задержки стула такое обучение навыкам опрятности становится главным аспектом лечения. Слабительные лекарственные препараты не показаны. У детей с запором обучение навыкам пользования горшком сочетается с назначением слабительных: сначала добиваются освобождения кишечника, а затем подбирают поддерживающее лечение.

Освобождение кишечника необходимо для того, чтобы в начале лечения вывести фекальные массы. Это можно осуществить ректально или перорально. При ректальном освобождении используются клизмы. Наиболее широко распространенными и рекомендованными являются клизмы с фосфатами, такими как динатрийфосфат и моносодийфосфат. Рекомендованы дозы 30 мл/10 кг веса или пол клизмы для детей дошкольного и $\frac{3}{4}$ для детей школьного возраста. Часто процедуру необходимо повторить несколько раз. В качестве альтернативы может быть использовано пероральное освобождение кишечника с назначением полиэтиленгликоля (ПЭГ; макрогол). Используются большие дозы – до 1,5 г/кг веса в день. Для достижения оптимального эффекта от применения этих осмотических слабительных средств необходимо потребление достаточного количества жидкости.

После того, как удается добиться высвобождения большого количества фекальных масс, следует перейти на более низкие поддерживающие дозы. Благодаря использованию данных процедур успех достигается у 80% детей при ректальном и у 68% детей при пероральном освобождении кишечника, которое в обоих случаях приводит к нормализации времени прохождения каловых масс в толстой кишке (Bekkali et al, 2009).

Поддерживающее лечение

После успешного освобождения кишечника для того, чтобы избежать повторно накопления фекальных масс, проводят длительное поддерживающее лечение на протяжении от шести месяцев до двух лет (Felt et al, 1999). Кроме тренинга

пользования туалетом (три раза в день после приема пищи), назначаются пероральные слабительные средства. Стандартным и наиболее эффективным слабительным средством является полиэтиленгликоль (ПЭГ, макрогол) – длинный, линейный полимер, связывающий воду (Candy & Belsey, 2009; Pijpers et al, 2009). Побочные эффекты, такие как боли в животе, встречаются редко. Начальная доза составляет 0,4 г/кг веса в день. Если стул слишком твердый, дозу повышают, если слишком мягкий – снижают. Терапевтический диапазон колеблется от 0.2 г/кг до 1,4 г/кг веса в день (Nurko et al, 2008). Лактулоза (дисахарид) менее эффективна, и обладает более выраженными побочными эффектами. Доза жидкой лактулозы колеблется от 1 мл/кг до 3 мл/кг веса в день от одной до трех доз.

Если имеют место коморбидные эмоциональные и поведенческие расстройства, их лечение проводится отдельно. Не пролеченные коморбидные расстройства негативно влияют на соблюдение пациентом рекомендаций и предписанного режима терапии, и, как следствие, на исход лечения энкопреза.

ТЕЧЕНИЕ И ИСХОД

Оба подтипа энкопреза при отсутствии лечения и длительном течении имеют неблагоприятный прогноз. Запор и недержание кала без задержки стула могут сохраняться в подростковом возрасте и даже в юности (см. эпидемиологию). Таким образом, энкопрез нуждается в активном лечении, и пациент должен регулярно осматриваться специалистами. В случае энкопреза с запором слабительные средства следует использовать достаточно долго, у некоторых детей в течение двух лет и дольше.

ПРИЛОЖЕНИЕ С.5.1

СБОР КЛИНИЧЕСКОГО АНАМНЕЗА ПРИ ЭНКОПРЕЗЕ И ЗАПОРАХ: ПРИМЕРНЫЕ ВОПРОСЫ*

Представление

- Ты знаешь, почему находишься здесь?
- Это из-за того, что ты пачкаешь свои трусы калом?
- Ты бы хотел/ла поговорить об этом?

Частота эпизодов недержания кала

- Ваш ребенок пачкает трусы днем?
- Сколько раз на день это происходит?
- В какое время дня он обычно пачкает трусы калом (утром, в обед, после обеда, вечером)?
- Бывает ли так, что ваш ребенок пачкает трусы ночью?
- Сколько раз за ночь это происходит?

Симптомы

- Если ваш ребенок пачкает трусы, то какое количество кала он не удерживает (только мазки кала на нижнем белье; мазки и каловые массы; только каловые массы)?
- Какой консистенции этот кал (твердый, мягкий, водянистый – покажите Бристольскую таблицу кала)?
- В каких ситуациях ваш ребенок пачкает белье?
- Это связано со стрессовыми ситуациями?
- Может ли Ваш ребенок отсрочить дефекацию, если нет возможности сходить в туалет, например, во время поездки в автомобиле? Если да, то на какое время?

Рецидивы

- Были ли в жизни вашего ребенка такие периоды, когда он не пачкал белье калом?
- Если да, то сколько длился самый продолжительный из них?

- В каком возрасте это было?
- Что послужило причиной обострения (без видимой причины, запор, диарея, боль во время дефекации, совпало с началом посещения детского сада или школы, рождения брата или сестры, развод родителей, другие жизненные события)?

Поведение, связанное с посещением туалета

- Ваш ребенок носит разовые подгузники?
- Если да, то в какое время суток (в течение дня, только ночью, днем и ночью)?
- Сколько дней в неделю он опорожняет кишечник, пользуясь туалетом?
- Сколько раз в день он испражняется?
- Каким объемом кала ваш ребенок испражняется в туалете?
- Приходится ли вам заставлять вашего ребенка сходить в туалет? Если да, то насколько это эффективно?
- Ваш ребенок, когда сидит в туалете, читает, играет?

Ассоциированные симптомы

- Ваш ребенок ходит в туалет регулярно, в одно и то же время? Если да, то когда?
- У него есть проблемы с прохождением кала?
- Ему необходимо делать усилия?
- Дефекация болезненна?
- Какой консистенции кал (твердый, мягкий, водянистый, с разными примесями, с кровью – покажите Бристольскую таблицу кала)?
- Ваш ребенок жалуется на боли в желудке и животе? Если да, то как часто?

*von Gontard & Neveus, 2006; von Gontard, 2010.

- Какой интенсивности эта боль?
- Когда он чувствует боли в желудке? До или после еды?
- Боль проходит после посещения туалета?
- У вашего ребенка отходят газы?
Восприятие эпизодов пачкания белья и реакция на них
- Ваш ребенок замечает, что испачкал нижнее белье?
- Вы замечаете, что ваш ребенок пачкает трусы?
- Как вы это замечаете?
- Он говорит вам о том, что испачкал трусы?
- Если нет, то не пытается ли он скрыть это? Он прячет свои трусы?
- Как он реагирует на то, что испачкал трусы (безразличен, реакция отсутствует, расстроен, встревожен, опечален, обеспокоен, стесняется, злится, отчаивается или другие реакции)?
- Кто удаляет кал с одежды (или с кровати)?
- Ваш ребенок расстраивается из-за того, что пачкает одежду? Если да, то насколько сильно?
- Если да, то как у него дистресс проявляется внешне?
- Ваш ребенок мотивирован на то, чтобы пройти курс лечения?

Реакция родителей и других людей из окружения ребенка

- Как вы реагируете, когда ваш ребенок пачкает калом белье?
- Вы расстроены тем, что это происходит? Если да, то насколько?
- Вы наказывали своего ребенка за то, что он пачкает трусы?
- Вы считаете, что он делает это специально?
- Кто знает о том, что он пачкает калом трусы?
- Его когда-либо отвергали сверстники из-за того, что он пачкает трусы? Если да, то как?

- Как часто это происходит?
- Приходилось ли ему отказываться от каких-либо мероприятий из-за того, что он пачкает трусы? Если да, то от каких именно (школьные экскурсии, занятия плаванием и др.)?
- Ваш ребенок занимается спортом? Если да, то каким видом?

Привычки приема пищи и употребления жидкостей

- Сколько жидкости ваш ребенок выпивает в течение дня?
- Он предпочитает пищу с низким содержанием клетчатки? Если да, то какие именно продукты?
- Предпочитает ли ваш ребенок какие-то специфические продукты? Если да, то какие?

Предыдущее лечение

- Ваш ребенок принимает слабительные средства? Если да, то какие? Как долго?
- Ваш ребенок обследовался до того, как начал пачкать одежду? Если да, то где и когда?
- Он лечился раньше по поводу недержания кала? Если да, то где и когда?
- Что вы лично делали для того, чтобы вылечить вашего ребенка?

Семейный анамнез

- Кто-либо из членов вашей семьи страдал недержанием кала?
- Кто-либо из ваших родственников страдал запорами? Ночным энурезом или дневным недержанием мочи?
- Кто-либо из ваших родственников страдал заболеваниями почек, желудка или мочевого пузыря?

ПРИЛОЖЕНИЕ С.5.2

ВОПРОСНИК ПО ЭНКОПРЕЗУ – СКРИНИНГОВАЯ ВЕРСИЯ

(von Gontard and Neveus, 2006 ; von Gontard, 2010)

ВОПРОСЫ	ОТВЕТЫ
Частота энкопреза	
Ваш ребенок пачкает одежду калом в дневное время?	<input type="checkbox"/> да
	<input type="checkbox"/> нет
Как часто ваш ребенок пачкает одежду калом днем?	___ дней в неделю
	___ дней в месяц
Как часто ваш ребенок пачкает одежду калом в течение дня?	___ раз в день
Ваш ребенок пачкает одежду калом ночью?	<input type="checkbox"/> да
	<input type="checkbox"/> нет
Как часто ваш ребенок пачкает одежду калом ночью?	<input type="checkbox"/> ночей в неделю
	<input type="checkbox"/> ночей в месяц
Симптомы энкопреза	
Если ваш ребенок пачкает одежду, то какой объем кала выделяет при этом?	<input type="checkbox"/> только мазки
	<input type="checkbox"/> мазки и каловые массы
	<input type="checkbox"/> только каловые массы
Какой консистенции каловые массы у вашего ребенка?	<input type="checkbox"/> твердый
	<input type="checkbox"/> мягкий
	<input type="checkbox"/> водянистый
Рецидивы	
Были ли в жизни вашего ребенка периоды, когда он не пачкал калом одежду?	<input type="checkbox"/> да
	<input type="checkbox"/> нет

Если да, то в каком возрасте? – в возрасте от ____ лет; месяцев
до ____ лет; месяцев

Пользование туалетом

Сколько дней в неделю ваш ребенок испражняется в туалете? ____ дней в неделю

Сколько раз в день ваш ребенок совершает акт дефекации? ____ раз в день

Какой объем каловых масс при посещении туалета?
 небольшой
 средний
 большой

Какой консистенции кал при посещении туалета?
 твердый
 мягкий
 водянистый
 с кровью

Ребенок испытывает боли при дефекации?
 да
 нет

У вашего ребенка бывают боли в области желудка или живота?
 да
 нет

Реакция ребенка на то, что он пачкает одежду калом?

Ваш ребенок страдает эмоционально, в связи с тем, что пачкает одежду калом?
 да
 нет

Мотивирован ли ваш ребенок на то, чтобы пройти курс лечения?
 да

Вы наказывали своего ребенка за то, что он пачкает калом одежду?
 да
 нет

Недержание мочи

Как часто ваш ребенок посещает туалет для того, чтобы помочиться? ____ раз в день

Бывает ли так, что ваш ребенок не удерживает мочу днем?
 да
 нет

Если да, то как часто? _____ дней в неделю

Ваш ребенок мочится ночью в постель? [] да
[] нет

Если да, то как часто? _____ дней в неделю

Сколько жидкости в течение дня выпивает ваш ребенок? _____ литров в день

ПРИЛОЖЕНИЕ С.5.2

ЕЖЕДНЕВНАЯ ЗАПИСЬ ОБУЧЕНИЯ НАВЫКАМ ПОЛЬЗОВАНИЯ ТУАЛЕТОМ (ДНЕВНИК ЭНКОПРЕЗА)*

Дата		ПН	ВТ	СР	ЧТ	ПТ	СБ	ВС
Утро								
Отправлен в туалет (→) Сходил сам (!)								
Трусы:	Сухие (С) Мокрые (М) Небольшое количество кала (Н) Большое количество кала (Б)							
Туалет:	Моча (М) Кал (К)							
Полдень								
Отправлен в туалет (→) Сходил сам (!)								
Трусы:	Сухие (С) Мокрые (М) Небольшое количество кала (Н) Большое количество кала (Б)							
Туалет:	Моча (М) Кал (К)							
Вечер								
Отправлен в туалет (→) Сходил сам (!)								
Трусы:	Сухие (С) Мокрые (М) Небольшое количество кала (Н) Большое количество кала (Б)							
Туалет:	Моча (М) Кал (К)							

* (von Gontard and Neveus, 2006 ; von Gontard, 2010)

- Achenbach TM (1991). Manual for the Child Behavior Checklist / 4-18 and 1991 Profile. Burlington, VT: University of Vermont,
- Aman MG, Singh NN, Stewart AW et al (1985). The aberrant behavior checklist: a behavior rating scale for the assessment of treatment effects. *American Journal of Mental Deficiency*, 89:485-491.
- American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Text Revision (DSM-IV-TR). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Asperger H (1938). [Das psychisch abnormale Kind]. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 51:1314–1317.
- Asperger H (1944). [Die "Autistischen Psychopathen" im Kindesalter]. *Archiv für psychiatrie und nervenkrankheiten*, 117: 76–136. Translated and annotated by Frith U (1991). Autistic psychopathy in childhood. In Frith U (ed), *Autism and Asperger Syndrome*. Cambridge, UK: Cambridge University Press, pp37–92.
- Baeyens D, Roeyers H, D'Hase L et al (2006). The prevalence of ADHD in children with enuresis: Comparison between samples of primary care and pediatric clinic. *Acta Paediatrica*, 95: 347-352.
- Bakwin H (1973). The Genetics of Enuresis. In Kolvin I, Mac Keith RCI, Meadow SR (eds). *Bladder control an enuresis*. London: William Heinemann, pp73-77.
- Baron-Cohen S (2009). Autism: the empathizing-systemizing (ES) theory. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1156:68-80.
- Bellman M (1966). Studies on encopresis. *Acta Paediatrica Scandinavica*, 170 (sup):1-151.
- Belmonte MK, Allen G, Beckel-Mitchener A et al (2004). Autism and abnormal development of brain connectivity. *The Journal of Neuroscience*, 24:9228– 9231.
- Bishop DVM, Whitehouse AJO, Watt HJ et al (2008). Autism and diagnostic substitution: evidence from a study of adults with a history of developmental language disorder. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 50:341-5.

- Bongers MEJ, van Wijk MP, Reitsma JB et al (2010). Long-term prognosis for childhood constipation: clinical outcomes in adulthood. *Pediatrics*, 126:e156-e162.
- Cassidy SB (1997). Prader-Willi syndrome. *Journal of Medical Genetics*, 34:917-923.
- Centers for Disease Control and Prevention (2009). National Center on Birth Defects and Developmental Disabilities.
- Chondrogianni V, Marinis T (2011). Production and processing asymmetries in the acquisition of tense morphology by sequential bilingual children. *Bilingualism: Language and Cognition*, pp1-17.
- Courchesne E, Redcay E, Kennedy DP (2004). The autistic brain: birth through adulthood. *Current Opinion in Neurology*, 17:489-496.
- Dagli AI, Williams CA (2011). Angelman Syndrome.
- Daily DK, Ardinger HH, Holmes GE (2000). Identification and evaluation of mental retardation. *American Family Physician*, 61:1059-1067.
- Durkin MS, Schneider H, Pathania VS et al (2005). Learning and Developmental Disabilities. In DT Jamison, JG Breman, AR Measham et al (eds) *Learning and Developmental Disabilities, Disease Control Priorities in Developing Countries*. Washington: Oxford University Press, pp933-951.
- Goodman R (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38:581-586.
- Einfeld SL, Tonge BJ (2002). *Manual for the Developmental Behaviour Checklist: Primary Carer Version (DBC-P) & Teacher Version (DBC-T)*, 2nd edition. Clayton, Melbourne: Monash University Centre for Developmental Psychiatry and Psychology.
- Equit M, Sambach H, Niemczyk J et al (2012). [Blasen- und Darmschulung: Gruppentherapie für Kinder und Jugendliche mit komplexen Ausscheidungsstörungen]. Göttingen: Hogrefe.
- Erdogan A, Akkurt H, Boettjer NK et al (2008). Prevalence and behavioural correlates of enuresis in young children. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 44:297-301.
- Fein D, Barton M, Eigsti IM et al (2013). Optimal outcome in individuals with a history of autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54: 195-205.
- Felt B, Wise CG, Olsen A et al (1999). Guideline for the management of pediatric idiopathic constipation and soiling. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 153:380-385.
- Fombonne E (2009). Epidemiology of pervasive developmental disorders. *Pediatric Research*, 65:591-598.
- Franco I (2007). Overactive bladder in children. Part 1: pathophysiology. *Journal of Urology*, 178:761-768.
- Freitag CM, Staal W, Klauck SM et al (2010). Genetics of autistic disorders: review and clinical implications. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 19:169-178.

- Fuentes-Biggi J, Ferrari-Arroyo MJ, Boada-Muñoz L et al (2006). [Good practice guidelines for the treatment of autistic spectrum disorders]. *Revista de Neurologia*, 43:425-438.
- Garber KB, Visootsak J and Warren ST (2008). Fragile X syndrome. *European Journal of Human Genetics*, 16:666-672.
- Glazener CMA, Evans JHC (2004). Simple behavioural and physical interventions for nocturnal enuresis in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD003637.
- Glicklich LB (1951). An historical account of enuresis. *Pediatrics*, 8:859-876.
- Grzadzinski R, Huerta M, Lord C (2013). DSM-5 and autism spectrum disorders (ASDs): an opportunity for identifying ASD subtypes. *Molecular Autism*, 4:12, doi:10.1186/2040-2392-4-12.
- Harris JC (2006). *Intellectual Disability: Understanding its Development, Causes, Classification, Evaluation, and Treatment*. New York, NY: Oxford University Press, pp42-98.
- Houts AC (2000). Commentary: Treatments for enuresis: criteria, mechanisms, and health care policy. *Journal of Pediatric Psychology*, 25:219-224. doi: 10.1093/jpepsy/25.4.219.
- Houts AC, Berman JS, Abramson H (1994). Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for nocturnal enuresis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62:737-745.
- Hulme C, Snowling MJ (2009). *Developmental Disorders of Language, Learning and Cognition*. Oxford: John Wiley & Sons.
- Johnson CP, Myers SM (2007). Identification and evaluation of children with autism spectrum disorders. *Pediatrics*, 120:1183-215.
- Joinson C, Heron J, Butler U et al (2006). Psychological differences between children with and without soiling problems. *Pediatrics*, 117:1575-1584.
- Killeen AA (2004). *Genetic Inheritance. Principles of Molecular Pathology*. Totowa, NJ: Humana Press, p41.
- Kuhn R (2004). Eugen Bleuler's concepts of psychopathology. *History of Psychiatry*, 15:361-366.
- Kuhn S, Natale N, Siemer S et al (2009). Clinical differences in subtypes of daytime wetting - urge incontinence and voiding postponement. *Journal of Urology*, 182:1967-1972.
- Lai MC, Lombardo MV, Chakrabarti B, et al (2013). Subgrouping the autism "spectrum": Reflection on DSM-5. *PLOS Biology*, 11(4): e1001544
- Lainhart JE (2006). Advances in autism neuro-imaging research for the clinician and geneticist. *American Journal of Medical Genetics. Part C, Seminars in Medical Genetics*, 142C:33-39.
- Largo R, Gianciaruso M, Prader A (1978). [Die Entwicklung der Darm- und Blasenkontrolle von der Geburt bis zum 18. Lebensjahr]. *Schweizer Medizinische Wochenschrift*, 108:155-160.

- Leybaert J (2005). Learning to read with a hearing impairment. In MJ Snowling, C Hulme (eds), *The Science of Reading: A Handbook*, Oxford, UK: Blackwell: 379-396.
- Lister-Sharp D, O'Meara S, Bradley M et al (1997). A Systematic Review of the Effectiveness of Interventions for Managing Childhood Nocturnal Enuresis. York: NHS Centre for Reviews and Dissemination, University of York.
- Maulik PK, Mascarenhas MN, Mathers CD et al (2011). Prevalence of intellectual disability: a meta-analysis of population-based studies. *Research in Developmental Disabilities*, 32:419-436.
- Mottron L, Dawson M, Soulières I et al (2006). Enhanced perceptual functioning in autism: an update, and eight principles of autistic perception. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36:27-43.
- Muhle R, Trentacoste SV, Rapin I (2004). The genetics of autism. *Pediatrics*, 113:472-486.
- Nag S, Snowling MJ (2011). Reading comprehension, decoding skills and oral language. *The EFL Journal*, 2:85-105.
- NAPE (1999-2008). Report of the National Assessment of Progress in Education, Uganda National Examinations Board.
- Nevéus T, Eggert P, Macedo A et al (2010). Evaluation of and treatment for monosymptomatic enuresis: A standardization document from the International Children's Continence Society. *Journal of Urology*, 183:441-447.
- NICE (2011). *Autism: Recognition, Referral and Diagnosis of Children and Young People on the Autism Spectrum*. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.
- Nordin V, Gillberg C (1998). The long-term course of autistic disorders: update on follow-up studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97:99-108.
- Oner P, Oner O, Munir K (2013). Three-item Direct Observation Screen (TIDOS) for autism spectrum disorders. *Autism*. Oct 14 [epub ahead of print] PubMed PMID: 24126869
- Pennington BF (2006). From single to multiple deficit models of developmental disorders. *Cognition*, 101:385-413.
- Pennington BF, Olson R (2005). Genetics of dyslexia. In MJ Snowling, C Hulme (eds), *The Science of Reading: A Handbook*, Oxford, UK: Blackwell: 379-396.
- Rasquin A, Di Lorenzo C, Forbes D et al (2006). Childhood functional gastrointestinal disorders: child/adolescent. *Gastroenterology*, 130:1527-1537.
- Roizen NJ, Patterson D (2003). Down's syndrome. *Lancet*, 361:1281-1289.
- Sadock BJ, Sadock VA (2008). *Kaplan & Sadock's Concise Textbook of Child and Adolescent Psychiatry*. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins, pp 65-74.
- Swithinbank LV, Heron J, von Gontard A, Abrams P (2010). The natural history of daytime urinary incontinence in children: a large British cohort. *Acta Paediatrica*, 99:1031-1036.

- van den Berg MM, Benninga MA, Di Lorenzo C (2006). Epidemiology of childhood constipation: a systematic review. *American Journal of Gastroenterology*, 101:2401-2409.
- Vellutino FR (1979). *Dyslexia: Research and Theory*. The MIT Press.
- Vijverberg MAW, Elzinga-Plomp A, Messer AP et al (1997). von Gontard A, Baeyens D, Van Hoecke E et al (2011b). Bladder rehabilitation, the effect of a cognitive training Psychological and psychiatric issues in urinary and programme on urge incontinence. *European Urology*, fecal incontinence. *Journal of Urology*, 185:1432-1437. 31:68-72.
- von Gontard A (2010). [Enkopresis: Erscheinungsformen – Diagnostik – Therapie, 2nd ed]. Stuttgart: Kohlhammer.
- von Gontard A, Baeyens D, Van Hoecke E et al (2011). Psychological and psychiatric issues in urinary and fecal incontinence. *Journal of Urology*, 185:1432-1437.
- von Gontard A, Neveus T (2006). Management of disorders of bladder and bowel control in childhood. London: MacKeith Press.
- von Gontard A, Neveus T (2006). Management of Disorders of Bladder and Bowel Control in Childhood. London: MacKeith Press.
- WHO (1996). *ICD-10 Guide for Mental Retardation*. Geneva: Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse, WHO.
- WHO (2010). *Better Health, Better Lives: Children and Young People with Intellectual Disabilities and their Families*. November 26-27.
- World Health Organisation (2008). *Multiaxial Classification of Child and Adolescent Psychiatric Disorders: The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders in Children and Adolescents*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- World Health Organisation (2008). *Multiaxial Classification of Child and Adolescent Psychiatric Disorders: The ICD10 Classification of Mental and Behavioural Disorders in Children and Adolescents*. Cambridge: Cambridge University Press.