Выпадение прямой кишки

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: K62.2, K62.3, K63.3 · Общероссийская общественная организация "Ассоциация колопроктологов России"

Выпадение прямой кишки — выход всех слоёв прямой кишки через задний проход; при внутреннем варианте кишка инвагинирует в собственный просвет без наружного выпадения. Рекомендация посвящена подтверждению диагноза, оценке нарушений тазового дна и выбору между симптоматическим консервативным и хирургическим лечением.

Главное

- При формулировке диагноза указывают наружный и/или внутренний компонент, стадию выпадения при полном выпадении, фазу компенсации функции мышц тазового дна и степень недостаточности анального сфинктера.
- Наружное выпадение проявляется выходом кишки при дефекации, нагрузке или переходе в вертикальное положение; при внутренней инвагинации типичны неполное опорожнение, затруднение эвакуации и необходимость ручного пособия. Недержание кишечного содержимого отмечается у 50–75% пациентов.
- Ключевые факторы риска — запоры и натуживание, тяжёлые физические нагрузки, хронические заболевания лёгких, беременность и осложнённые роды, а также слабость мышц и связок тазового дна.
- Консервативная терапия у взрослых устраняет запоры и уменьшает симптомы, но сама по себе не считается методом излечения выпадения прямой кишки.
- При низком анестезиологическом риске предпочтителен трансабдоминальный доступ; у пожилых пациентов с выраженными сопутствующими заболеваниями обычно выбирают промежностные операции.
- После хирургического лечения требуется наблюдение колопроктолога: в первый год — один раз в 6 месяцев, затем — ежегодно.

Диагностика

1. При подозрении на заболевание направляют на осмотр к врачу-колопроктологу или врачу-хирургу для подтверждения диагноза и выбора тактики диагностики и лечения (УУР С, УДД 4).
2. Уточняют наличие наружного выпадения, самостоятельного или ручного вправления, симптомов обструктивной дефекации, крови и недержания; одновременно выявляют запоры, натуживание, тяжёлые нагрузки, хронические болезни лёгких, особенности беременности и родов.
3. Проводят осмотр промежности и анального отверстия с натуживанием, при необходимости — в положении на корточках, а также трансректальное пальцевое исследование (УУР С, УДД 4).
4. Выполняют аноскопию и ректороманоскопию для выявления внутренней инвагинации, изменений слизистой и солитарной язвы (УУР С, УДД 4).
5. Всем пациентам с подозрением на выпадение прямой кишки рекомендуется проктография (дефекография); она позволяет выявить внутреннюю инвагинацию, ректоцеле, сигмоцеле и диссинергию мышц тазового дна (УУР С, УДД 4).
6. Оценивают функцию сфинктера с помощью сфинктерометрии, а при технической возможности дополняют исследование электромиографией мышц тазового дна и стимуляционной ЭМГ (УУР С, УДД 4).
7. При задержке стула более 3 дней исследуют транзит по желудочно-кишечному тракту с рентгеноконтрастными или радиоизотопными маркерами; транзит свыше 72 часов указывает на нарушение функции кишки (УУР С, УДД 4).

Лечение

- Всем пациентам проводят консервативные мероприятия для устранения запоров (УУР А, УДД 1): нормализуют моторно-эвакуаторную функцию, уменьшают боль, воспалительные изменения и анальное недержание.
- При выраженных сопутствующих заболеваниях, когда риск операции выше ожидаемой пользы, используют ручное пособие при дефекации и упражнения для повышения тонуса мышц тазового дна.

- При внутреннем выпадении прямой кишки и ФРД проводят БОС-терапию: упражнения выполняют 15–30 раз, курс составляет 10–15 сеансов (УУР С, УДД 4).
- Основной метод лечения — операция; доступ выбирают с учётом возраста, сопутствующих заболеваний, анестезиологического риска, моторно-эвакуаторной функции кишечника и опыта хирурга.
- При низком анестезиологическом риске выполняют трансабдоминальную ректопексию, включая шовную ректопексию, заднепетлевую ректопексию или ректо(кольпо)сакропексию, в том числе с видеоэндоскопической технологией (УУР А, УДД 1).
- У пожилых и старческих пациентов с выраженными сопутствующими заболеваниями применяют промежностную проктопластику по Делорму; при ущемлении — промежностную резекцию по Альтмейеру. При внутреннем выпадении без солитарной язвы возможна трансанальная слизисто-подслизистая резекция по Лонго (УУР С, УДД 4).
- После операции реабилитация включает контроль физической активности, нормализацию стула с достаточным количеством жидкости и пищевых волокон, гимнастику Кегеля; при диссинергии проводят БОС-терапию. Контрольные осмотры выполняют через 1, 3 и 6 месяцев, инструментальное обследование — через 6, 12, 24 и 36 месяцев.

Когда направить и как наблюдать

- При любом подозрении на выпадение прямой кишки, анального канала или внутреннюю инвагинацию направляют к колопроктологу или хирургу.
- При подтверждённом диагнозе показана плановая госпитализация для хирургического лечения в специализированный колопроктологический стационар.
- После операции пациента выписывают при стойком улучшении и возможности продолжать лечение амбулаторно под наблюдением колопроктолога, а также при отсутствии показаний к дальнейшему стационарному лечению.
- После хирургического лечения наблюдают у колопроктолога в течение первого года каждые 6 месяцев, затем — один раз в год.

Частые вопросы

Как клинически подтвердить выпадение прямой кишки?

Диагноз подтверждают при осмотре с натуживанием или во время дефекации, если выявлено циркулярное выпадение всех слоёв прямой кишки через задний проход. Если выпадение не определяется, основным объективным методом служит проктография (дефекография).

Чем внутреннее выпадение отличается от наружного?

При внутреннем выпадении стенка прямой и/или сигмовидной кишки инвагинирует в просвет, но не выходит через задний проход; при наружном выпадении все слои прямой кишки выходят через заднепроходное отверстие.

Можно ли вылечить выпадение прямой кишки консервативно?

У взрослых консервативная терапия имеет симптоматическую цель: устраняет запоры, уменьшает боль, воспаление и недержание, но не приводит к излечению выпадения. При внутреннем выпадении и ФРД применяют БОС-терапию.

Как выбрать между трансабдоминальной и промежностной операцией?

Трансабдоминальный доступ выбирают при низком анестезиологическом риске. Промежностные операции обычно выполняют у пожилых пациентов с выраженными сопутствующими заболеваниями; выбор операции зависит также от состояния моторно-эвакуаторной функции кишечника, предпочтений и опыта хирурга.

Что контролировать после операции?

В ходе реабилитации контролируют физическую активность и нормализуют функцию желудочно-кишечного тракта с помощью достаточного количества жидкости и пищевых волокон. Контрольные осмотры проводят через 1, 3 и 6 месяцев.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/177-vypadenie-pryamoj-kishki. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/177_5