Идиопатический мегаколон

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: K59.3 · Общероссийская общественная организация "Ассоциация колопроктологов России"

Идиопатический мегаколон — хроническое расширение толстой кишки, для которого не удается установить четкую причину. Рекомендация посвящена подтверждению мегаколона, исключению вторичных причин, консервативному ведению и выбору хирургической тактики при осложнениях или неэффективности лечения.

Главное

- Диагноз устанавливают в два этапа: сначала подтверждают расширение толстой кишки или прямой кишки, затем исключают известные кишечные и внекишечные причины мегаколона.
- Ирригоскопия показана всем пациентам с подозрением на идиопатический мегаколон, если нет признаков острой кишечной непроходимости; диагноз подтверждают при превышении нормальной ширины просвета любого отдела кишки.
- Мегаректум диагностируют при диаметре прямой кишки более 8,5 см, а мегасигму — при ширине сигмовидной кишки более 6 см.
- Типичные проявления — длительные запоры и вздутие живота; острые боль, вздутие и прекращение отхождения газов или кишечного содержимого указывают на возможный заворот или другое осложнение.
- Консервативная терапия не восстанавливает нормальный диаметр кишки. Ее цель — подобрать приемлемый режим опорожнения кишечника и уменьшить дискомфорт.
- Операцию выполняют при осложнениях, высоком риске их развития либо неэффективности или непереносимости консервативного лечения.

Диагностика

1. Уточнить длительность и характер запоров, вздутия, каломазания, эпизодов нарушения отхождения газов; короткий анамнез требует особенно тщательного поиска вторичного мегаколона.
2. При физикальном обследовании искать признаки вторичного мегаколона или осложненного течения идиопатического мегаколона: лихорадку, тахикардию, озноб, тошноту, рвоту и перитонеальные симптомы.
3. Выполнить осмотр перианальной области и пальцевое исследование прямой кишки: оценить каломазание, наличие калового камня или большого количества содержимого, расширение прямой кишки, тонус сфинктера и исключить опухоль, стеноз или атрезию.
4. При отсутствии признаков острой кишечной непроходимости провести ирригоскопию для подтверждения мегаколона, определения распространенности поражения и дифференциации с болезнью Гиршпрунга. Диаметр прямой кишки более 8,5 см соответствует мегаректуму, сигмовидной кишки более 6 см — мегасигме.
5. После подтверждения расширения исключить вторичные причины: опухоль или воспалительную стриктуру, токсический мегаколон, синдром Огилви, органическое поражение центральной нервной системы, эндокринные расстройства; при соответствующем анамнезе — болезнь Чагаса.
6. При отсутствии осложнений выполнить аноректальную манометрию для дифференциации с болезнью Гиршпрунга; сохраненный ректоанальный ингибиторный рефлекс характерен для идиопатического мегаколона, а его отсутствие — надежный признак болезни Гиршпрунга. УУР С, УДД 3.
7. Если результаты манометрии и рентгенологического исследования противоречат друг другу, выполнить полнослойную биопсию прямой кишки по Свенсону; выявление аганглиоза подтверждает болезнь Гиршпрунга.

Лечение

- При неосложненном течении начать с высокошлаковой диеты, пищевых волокон, увеличения потребления жидкости и физической активности. Эффект пищевых волокон проявляется в течение 3–4 недель; на фоне высокошлаковой диеты состояние пациентов с мегаколоном может ухудшаться за счет усиления метеоризма и тяжести в животе.

- При завороте сигмовидной кишки без признаков ишемии или перфорации выполнить колоноскопию для оценки жизнеспособности кишки и, если она сохранена, эндоскопическую деторсию и декомпрессию. УУР С, УДД 5.
- При необходимости операции у взрослых с мегаколоном и нормальными диаметром и функцией прямой кишки рекомендуется колэктомия с формированием илеоректального анастомоза или другие перечисленные варианты резекции; наиболее надежным в смысле риска рецидива запоров является формирование илеоректального анастомоза. УУР В, УДД 3.

Когда направить и как наблюдать

- Экстренно госпитализировать при осложненном мегаколоне — завороте ободочной кишки или нарушении проходимости каловым камнем, если осложнение нельзя устранить амбулаторно эндоскопической деторсией или эвакуацией калового камня.
- Планово госпитализировать, если диагностические или лечебные манипуляции невозможно выполнить амбулаторно либо требуется хирургическое вмешательство.
- При неэффективности консервативной ликвидации заворота, а также при ишемии, перфорации или перитоните требуется срочное хирургическое вмешательство.
- После формирования временной или постоянной стомы направить пациента на консультацию и наблюдение к специалисту по реабилитации стомированных пациентов.

Частые вопросы

Как отличить идиопатический мегаректум от болезни Гиршпрунга?

Для идиопатического мегаректума типичны каломазание, расширение прямой кишки сразу за анальным каналом и наличие в ней большого количества замазкообразного содержимого или калового камня при пальцевом исследовании. При болезни Гиршпрунга ампула прямой кишки чаще всего пуста, а перианальная область не изменена.

Какие размеры подтверждают мегаректум и мегасигму?

Мегаректум диагностируют при ширине прямой кишки более 8,5 см, мегасигму — при ширине сигмовидной кишки более 6 см по данным ирригоскопии.

Нужно ли оперировать пациента, если слабительные контролируют симптомы?

Нет, при эффективной консервативной терапии ее продолжают, пока сохраняется эффект или не исчерпаны терапевтические возможности. Операцию рассматривают при осложнениях, высоком риске их развития или неэффективности либо непереносимости консервативного лечения.

Что делать при завороте сигмовидной кишки?

При отсутствии клинических или рентгенологических признаков ишемии либо перфорации выполняют колоноскопию с оценкой жизнеспособности кишки, эндоскопической деторсией и декомпрессией.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/182-idiopaticheskij-megakolon. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/182_3