Запор

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: K59.0 · Общероссийская общественная организация "Ассоциация колопроктологов России", Российская Гастроэнтерологическая Ассоциация, Межрегиональная Общественная Организация "Научное сообщество по содействию клиническому изучению микробиома человека"

Запор — состояние с твердым или комковатым стулом, обычно при дефекации менее 3 раз в неделю; он может быть функциональным или вторичным, связанным с органическими, неврологическими, эндокринными и другими причинами. Рекомендация описывает диагностику, исключение тревожных признаков и ступенчатое лечение — от коррекции питания и образа жизни до лекарственной терапии и, в редких случаях, хирургического лечения.

Главное

- Ключевой признак запора — 1-й или 2-й тип кала по Бристольской шкале: отдельные твердые комочки или оформленный, но твердый комковатый стул.
- Запор классифицируют как первичный функциональный или вторичный.
- При хроническом запоре с учетом времени транзита кишечного содержимого и состояния мышц тазового дна выделяют варианты с замедленным транзитом, нарушением акта дефекации и нормальным транзитом, включая синдром раздраженного кишечника с запором.
- При запорах частота стула составляет 3 раза в неделю и реже; больные испытывают ощущение неполного опорожнения кишечника, повышенное натуживание и иногда используют мануальные манипуляции. Масса кала становится менее 35 г в сутки.
- При сборе анамнеза необходимо искать симптомы тревоги: кровь в кале, потерю более 10% массы тела за 3 месяца и наследственную отягощенность по колоректальному раку.
- Лечение должно сочетать изменение образа жизни, коррекцию питания и лекарственные препараты. При недостаточном эффекте диетических мероприятий и псиллиума препаратами первой линии являются макрогол, лактулоза и лактитол.
- Хирургическое лечение рассматривают только при подтвержденном замедлении транзита, отсутствии эвакуаторных нарушений и моторных нарушений верхних отделов ЖКТ, а также неэффективности длительной консервативной терапии; таких пациентов направляют в специализированные проктологические клиники.

Диагностика

1. Уточнить частоту дефекации за неделю, форму и консистенцию кала, натуживание, ощущение препятствия или неполного опорожнения, мануальные приемы, применение слабительных и клизм, сопутствующие вздутие, боль и похудание. Оценить длительность и темп нарастания симптомов, заболевания, операции, лекарства и семейный анамнез.
2. Провести пальпацию живота и пальцевое ректальное исследование для исключения опухолей брюшной полости и выявления перианальных изменений, геморроя, трещин, ректоцеле и нарушений тонуса сфинктера (УУР С, УДД 5).
3. Назначить общий клинический анализ крови для исключения анемии как возможного следствия скрытой кровопотери (УУР С, УДД 5).
4. Выполнить колоноскопию при хроническом запоре у пациентов старше 50 лет, при симптомах тревоги или наследственной отягощенности по колоректальному раку (УУР С, УДД 5).
5. Для уточнения механизма запора исследовать время транзита по толстой кишке рентгенологическим методом с маркерами (УУР С, УДД 5).
6. При подозрении на диссинергию мышц тазового дна провести тест изгнания баллона: обычно баллон изгоняют в течение 1 минуты, невозможность сделать это за 3 минуты позволяет предположить диссинергию (УУР В, УДД 1). Для подтверждения функциональных расстройств дефекации используют аноректальную манометрию и электромиографию; тест эвакуации баллона применяется для первичной скрининговой оценки.

Лечение

- Лечение хронического запора должно быть комплексным и включать изменение образа жизни с увеличением физической нагрузки, изменение характера питания и прием лекарственных препаратов.
- Включить в рацион растительные волокна (УУР А, УДД 1). В исследованиях применялись, в частности, полидекстроза 8–12 г/сут, псиллиум 10–40 г/сут, инулин 12–15 г/сут, галактоолигосахариды 5,5–11 г/сут, пектин 24 г/сут и пшеничные отруби 12,5 г/сут; возможный недостаток — метеоризм. Наиболее эффективным для увеличения частоты стула был псиллиум, а для нормализации консистенции кала — псиллиум и инулин.
- Пребиотики можно включать в рацион для нормализации стула (УУР С, УДД 5).
- Доказавшие эффективность штаммоспецифические пробиотики назначают при функциональном запоре для увеличения частоты стула и улучшения его консистенции (УУР А, УДД 1).
- Если диета и псиллиум неэффективны, препаратами первой линии являются макрогол (УУР А, УДД 1), лактулоза (УУР С, УДД 4) или лактитол (УУР С, УДД 5). В критериях качества для макрогола указан курс 4–6 недель при сохранении симптомов; лактулоза отдельно отмечена как препарат выбора при запоре во время беременности, в послеродовом периоде и у пожилых, которым требуется длительный прием слабительных.
- Контактные слабительные — бисакодил, натрия пикосульфат и сеннозиды А и В — рекомендуются для кратковременной нормализации стула, на период до 2 недель (УУР С, УДД 5). Более длительный прием не рекомендован из-за риска диареи, схваткообразной боли, метеоризма и электролитных нарушений.
- При недостаточной эффективности слабительных назначают прукалоприд (УУР В, УДД 1): 1 мг 1 раз в сутки пациентам старше 65 лет и 2 мг 1 раз в сутки пациентам моложе 65 лет. В критериях качества для него указан курс 4–6 недель при сохранении симптомов.
- При сочетании рефрактерного запора с функциональным расстройством дефекации до операции проводят БОС-терапию (УУР С, УДД 4). При клинически значимом ректоцеле сначала корректируют ректоцеле (УУР С, УДД 5); колэктомию можно обсуждать, если после коррекции эвакуаторных нарушений запор сохраняется.
- Пациентам с запорами, обусловленными замедлением транзита, рекомендуется выполнение колэктомии с илеоректальным, цекоректальным или асцендоректальным анастомозом при хирургическом лечении (УУР С, УДД 4). Сегментарные резекции и фиксирующие операции при долихоколоне или колоптозе не рекомендуются.

Когда направить и как наблюдать

- При рефрактерном запоре направить пациента в специализированную проктологическую клинику, где есть возможность и опыт проведения всего спектра необходимых функциональных тестов, включая исследование времени транзита по ЖКТ, а также рентгенологических и физиологических методов оценки расстройств дефекации.
- Вопрос о хирургическом лечении направляют на решение специалистам при клинически значимом запоре с подтвержденным замедлением транзита, без эвакуаторных и моторных нарушений верхних отделов ЖКТ, если длительная терапия осмотическими и стимулирующими слабительными и прокинетиками не улучшила состояние, а запор существенно ограничивает повседневную активность и качество жизни.
- Колоноскопия обязательна при симптомах тревоги и наследственной предрасположенности к колоректальному раку; у всех пациентов с хроническим запором старше 50 лет целесообразна скрининговая колоноскопия.

Частые вопросы

Какие критерии позволяют заподозрить запор?

Ориентируются на изменение консистенции кала по Бристольской шкале до 1-го или 2-го типа, урежение частоты стула менее 3 раз в неделю и уменьшение массы кала менее 35 г в сутки.

Когда пациенту с запором нужна колоноскопия?

При хроническом запоре ее проводят пациентам старше 50 лет, а также при симптомах тревоги или наследственной отягощенности по колоректальному раку. К симптомам тревоги относятся, в частности, кровь в кале и потеря более 10% массы тела за 3 месяца.

Что назначать после неэффективности диеты и псиллиума?

Препаратами первой линии являются макрогол, лактулоза или лактитол. Для макрогола в критериях качества указан курс 4–6 недель при сохранении симптомов.

Как долго можно применять контактные слабительные?

Бисакодил, натрия пикосульфат и сеннозиды A и B назначают на короткий срок — до 2 недель. Более длительный прием не рекомендован из-за риска диареи, болей, метеоризма и электролитных нарушений.

Какая доза прукалоприда указана в рекомендации?

Пациентам старше 65 лет назначают 1 мг 1 раз в сутки, пациентам моложе 65 лет — 2 мг 1 раз в сутки. Препарат используют, когда слабительные недостаточно эффективны; в критериях качества указан курс 4–6 недель при сохранении симптомов.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/274-zapor. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/274_3