

<https://doi.org/10.33878/2073-7556-2025-24-4-53-61>



Идиопатический мегаколон и хронические медленно-транзитные запоры: сравнение клинической картины и качества жизни

Алешин Д.В.¹, Ачкасов С.И.^{1,2}, Шахматов Д.Г.^{1,2}, Суровегин Е.С.¹,
Фоменко О.Ю.¹, Игнатенко М.А.¹, Сушков О.И.¹

¹ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России (ул. Саляма Адила, д. 2, г. Москва, 123423, Россия)

²ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России (ул. Баррикадная, д. 2/1, стр. 1, г. Москва, 125993, Россия)

РЕЗЮМЕ

ЦЕЛЬ: сравнить выраженность клинической симптоматики и степень влияния на качество жизни хронических запоров при нормальном размере толстой кишки и в случае наличия мегаколон/мегаректум.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ: в ретроспективный анализ (2003–2024 гг.) были включены 260 пациентов с хроническими запорами, которым выполнялась ирригоскопия для подтверждения/исключения наличия мегаколон/мегаректум. По результатам больные были разделены на 2 группы. Первую составили 158 пациентов с идиопатическим мегаколон/мегаректум. При этом у всех болезнь Гиршпрунга была исключена по совокупности клинической картины, результатов ирригоскопии и аноректальной манометрии и, при необходимости, полнослойной биопсии прямой кишки по Свенсону ($n = 19$). Во вторую группу ($n = 102$) вошли те больные хроническими запорами, у которых размер толстой кишки был в пределах нормы.

РЕЗУЛЬТАТЫ: пациенты 1 группы были статистически значимо моложе ($Me = 26,0$ (19,0; 43,0) лет и $Me = 33,0$ (23,0; 48,0) года ($p = 0,043$)). Кроме того, доля мужчин в 1 группе была статистически значимо больше, чем во второй (87/158 (55,1%) и 15/102 (14,7%), соответственно ($p < 0,0001$)). Выраженность симптомов абдоминального дискомфорта и расстройства дефекации, оцененная в балльных шкалах, а также интенсивность запоров по шкале Векснера были статистически значимо больше у пациентов 2 группы, то есть при нормальном размере кишки ($p = 0,013$, $p = 0,0005$ и $p = 0,01$, соответственно). А суммарная оценка КЖ по шкале IBSQOL статистически значимо лучше у пациентов 1 группы ($p = 0,0001$). При этом значимых различий в общем времени транзита бариевой взвеси по ЖКТ между группами не выявлено ($p = 0,789$), а время дефекации и величина остаточного объема, по данным дефекографии, были статистически значимо больше при наличии мегаколон/мегаректум ($p < 0,0001$ для обоих показателей). Согласно многофакторному регрессионному анализу в общей линейной модели с учетом пола и возраста пациентов, наличие мегаколон/мегаректум оставалось статистически значимым независимым предиктором лучшего качества жизни, наряду с молодым возрастом ($p = 0,001$ и $p = 0,013$, соответственно). Кроме того, в противоположность результатам дефекографии, наличие мегаколон/мегаректум было статистически значимо ассоциировано с меньшей выраженностью симптомов расстройства дефекации ($p = 0,002$). В то же время, единственным из трех, включенных в регрессионный анализ признаков, независимым статистически значимым предиктором тяжести абдоминального дискомфорта и интенсивности запоров по шкале Векснера оказался женский пол ($p = 0,0007$ и $p = 0,048$, соответственно).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: качество жизни пациентов с хроническими запорами на фоне идиопатического мегаколон/мегаректум статистически значимо лучше, а выраженность клинической симптоматики меньше, чем у больных, страдающих медленно-транзитными запорами.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: идиопатический мегаколон, идиопатический мегаректум, хронические медленно-транзитные запоры, качество жизни, ирригоскопия

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ФИНАНСИРОВАНИЕ: источники финансирования отсутствуют

ДЛЯ ЦИТИРОВАНИЯ: Алешин Д.В., Ачкасов С.И., Шахматов Д.Г., Суровегин Е.С., Фоменко О.Ю., Игнатенко М.А., Сушков О.И. Идиопатический мегаколон и хронические медленно-транзитные запоры: сравнение клинической картины и качества жизни. Колопроктология. 2025; т. 24, № 4, с. 53–61. <https://doi.org/10.33878/2073-7556-2025-24-4-53-61>

Idiopathic megacolon and slow-transit constipation: the comparison of clinical features and quality of life

Denis V. Aleshin¹, Sergey I. Achkasov^{1,2}, Dmitriy G. Shakhmatov^{1,2},
Evgeniy S. Surovegin¹, Oksana Yu. Fomenko¹, Maria A. Ignatenko¹,
Oleg I. Sushkov¹

¹Ryzhikh National Medical Research Center of Coloproctology (Salyama Adilya st., 2, Moscow, 123423, Russia)

²Russian Medical Academy of Postgraduate Education (Barrikadnaya st., 2/1, p.1, Moscow, 125993, Russia)

ABSTRACT AIM: to compare the clinical features and quality of life in patients with chronic constipation due to idiopathic megacolon/megarectum and slow-transit constipation.
PATIENTS AND METHODS: the retrospective study (2003–2024) included 260 patients with chronic constipation, which were undergone barium enema to exclude/confirm megacolon/megarectum. First group (n = 158) included patients with idiopathic megacolon/megarectum. Hirschsprung's disease was excluded in all patients by clinical features, barium enema and anorectal manometry and rectal Swenson's biopsy if needed. One-hundred and two patients with chronic slow-transit constipation and normal size of the bowel were included in the 2 group.
RESULTS: in the 1 group patients were significantly younger (Me = 26.0 (19.0; 43.0) years and Me = 33.0 (23.0; 48.0) years ($p = 0.043$)) and significant male predominance was revealed (87/158 (55.1%) vs 15/102 (14.7%), ($p < 0.0001$)). Wexner constipation scale rate, burden of symptoms of abdominal discomfort and defecation difficulties in point scale were significantly higher in the 2 group of patients with normal size of bowel ($p = 0.01$, $p = 0.013$ and $p = 0.0005$, respectively). QoL with an IBSQOL questionnaire were significantly better in 1 group ($p = 0.0001$). At the same time there were no significant difference in overall transit time between groups ($p = 0.789$). Defecation impairment assessed by defecography (time of defecation and rest volume) were significantly higher in the 1 group ($p < 0.0001$ for both). In multivariate analysis the presence of megacolon/megarectum was significant independent predictor of better quality of life, as the young age as well ($p = 0.001$ u $p = 0.013$, respectively). In addition, contrary to defecography results, there was significant association between the presence of megacolon/megarectum and lower rate of "defecation difficulties" scale ($p = 0.002$). At the same time female gender was only significant independent predictor of burden of Wexner constipation scale and "abdominal discomfort" scale ($p = 0.0007$ u $p = 0.048$, respectively).
CONCLUSION: patients with chronic constipation due to idiopathic megacolon/megarectum have significantly better quality of life and lower burden of clinical features then slow-transit constipation ones.

KEYWORDS: idiopathic megacolon, idiopathic megarectum, slow-transit constipation, quality of life, barium enema

CONFLICT OF INTEREST: the authors declare no conflict of interest

FOR CITATION: Aleshin D.V., Achkasov S.I., Shakhmatov D.G., Surovegin E.S., Fomenko O.Yu., Ignatenko M.A., Sushkov O.I. Idiopathic megacolon and slow-transit constipation: the comparison of clinical features and quality of life. *Koloproktologia*. 2025; 24 (4):(in Russ.). <https://doi.org/10.33878/2073-7556-2025-24-4->

АДРЕС ДЛЯ ПЕРЕПИСКИ: Аleshин Д.В., ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России, ул. Салыма Адилы, д. 2, Москва, 123423, Россия; e-mail: aleshindv@yandex.ru

ADDRESS FOR CORRESPONDENCE: Denis V. Aleshin, Ryzhikh National Medical Research Center of Coloproctology Salyama Adilya st., 2, Moscow, 123423, Russia; e-mail: aleshindv@yandex.ru

Дата поступления — 07.07.2025

Received — 07.07.2025

После доработки — 28.08.2025

Revised — 28.08.2025

Принято к публикации — 10.11.2025

Accepted for publication — 10.11.2025

ВВЕДЕНИЕ

Обычно идиопатический мегаколон/мегаректум рассматривается в рамках хронических запоров [1–5]. Довольно часто у этих пациентов возникает необходимость в хирургическом лечении, в основном по причине возникновения жизненно опасных осложнений или высокого риска их развития. При этом в выборе объема резекции кишки значительное число авторов ориентируются на подходы, применяемые в отношении медленно-транзитных расстройств, как

наиболее близких и лучше изученных [1,5–9]. Однако в отличие от мегаколон, при медленно-транзитных запорах основным показанием для операции является не спасение жизни, а улучшение ее качества, когда мы предполагаем, что именно запоры ответственны за его снижение.

Поэтому нам представилось интересным сравнить выраженность клинической симптоматики и степень влияния на качество жизни хронических запоров при нормальном размере толстой кишки и в случае наличия мегаколон/мегаректум.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

Проведен сравнительный ретроспективный анализ выраженности клинической симптоматики, результатов обследования и оценки качества жизни больных хроническими запорами с нормальным размером толстой кишки и при мегаколон/мегаректум.

В исследование включались пациенты, наблюдавшиеся с 2003 по 2024 гг. ($n = 260$), с жалобами на хронические запоры, которым выполнялась ирригоскопия для подтверждения/исключения наличия мегаколон/мегаректум.

Первую группу ($n = 158$) составили пациенты, у которых в процессе обследования был выявлен идиопатический мегаколон/мегаректум. Болезнь Гиршпрунга была исключена во всех случаях. У большинства больных ($n = 139$) — на основании сочетания характерной рентгенологической картины и данных аноректальной манометрии — сохранности ректо-анального ингибиторного рефлекса. А в случае сомнительных результатов и противоречий в указанных тестах — на основании морфологического подтверждения наличия ганглиев в полнослойных биоптатах стенки прямой кишки, полученных при биопсии по Свенсону ($n = 19$).

Во вторую группу ($n = 102$) вошли те больные хроническими запорами, у которых, по результатам ирригоскопии, размер толстой кишки был в пределах нормы. Рентгенологические параметры нормы в соответствии с отечественными клиническими рекомендациями приводились нами ранее [12].

Выраженность клинической симптоматики оценивалась с помощью специального опросника по интегральным показателям «абдоминальный дискомфорт», «расстройство дефекации» и интенсивность запоров по шкале Векснера. Показатели рассчитывались путем простого суммирования балльной оценки выраженности соответствующих симптомов согласно методике, описанной ранее [12]. Количественная оценка качества жизни (КЖ), также в балльной шкале, выполнялась с помощью опросника IBSQOL [13]. Этот опросник включает такие разделы, как эмоциональная сфера, психическое здоровье, сон, общий тонус, физическая активность, питание, социальная активность, способность к выполнению основной деятельности и сексуальные отношения. Показатели рассчитываются в процентном отношении к наилучшему возможному для данного раздела суммарному баллу и колеблются, таким образом, в интервале от 0 до 100. Суммарная оценка рассчитывается как среднее значение показателей по разделам. Чем ниже полученная оценка, тем хуже качество жизни.

Степень тяжести транзитных нарушений оценивалась путем пассажа бариевой взвеси

по желудочно-кишечному тракту (ЖКТ) в течение 5 дней. Сравнение групп проводилось по показателю общего времени транзита (ОВТ), выраженному в баллах, где ОВТ до 24 часов, 24–48 часов, 49–72 часов, 73–96 часов и более чем 96 часов соответствовали 1, 2, 3, 4 и 5 баллам.

Состояние эвакуаторной функции прямой кишки изучалась с помощью рентгеновской дефекографии. Сравнение проводилось по времени дефекации и величине остаточного объема.

В силу дефектов заполнения пациентами опросников, а также неодинакового объема обследования и технических ограничений самих диагностических тестов, количество наблюдений по каждому из сопоставляемых признаков могло быть различным. Поэтому в таблицах указано количество наблюдений в соответствующих строках.

Статистический анализ

Статистический анализ выполнялся с помощью программы STATISTICA версии 13.3 (TIBCO, США). Качественные признаки описывались абсолютными и относительными частотами. Количественные переменные представлялись медианами (Me), 1-м и 3-м квартилями (Q1; Q3). Сравнение групп по бинарным признакам выполнялось с помощью двустороннего точного критерия Фишера. Различия по количественным признакам оценивались с помощью U-критерия Манна–Уитни. Различия признавались статистически значимыми при $p < 0,05$. Многофакторный анализ проводился путем построения общей линейной модели множественной регрессии, позволяющей учитывать влияние как количественных, так и категориальных (порядковых или номинальных бинарных) признаков. Для оценки общей значимости каждой построенной регрессионной модели применяли F-критерий; при $p < 0,05$ считали, что хотя бы один из предикторов имеет значимую связь с переменной отклика, и такую модель, в целом, считали статистически значимой. Для дальнейшего поиска связи конкретного предиктора с переменной отклика применяли t-критерий и при $p < 0,05$ считали, что есть статистически значимая связь. Распределение зависимых переменных в многофакторном анализе оценивалось методом Колмогорова–Смирнова, согласно которому распределение всех четырех показателей (суммарная оценка КЖ, интенсивность запоров по шкале Векснера, «абдоминальный дискомфорт» и «расстройство дефекации») можно было считать нормальным. Распределение остатков, согласно визуальной оценке гистограмм, также было близко к нормальному. Поэтому мы посчитали возможным использовать линейный регрессионный анализ. Необходимо также отметить, что во всех моделях

Таблица 1. Соотношение мужчин и женщин в группах**Table 1.** The ratio of men and women in the groups

Признак		Хронические запоры		p
		мегаколон/мегаректум (1)	нормальный размер толстой кишки (2)	
		n / N (%)	n / N (%)	
Пол	Мужской	87/158 (55,1)	15/102 (14,7)	< 0,0001
	Женский	71/158 (44,9)	87/102 (85,3)	

Таблица 2. Клиническая симптоматика, оценка КЖ, тяжесть транзитных нарушений и эвакуаторных расстройств у пациентов 1 и 2 групп**Table 2.** Clinical symptoms, assessment of QOL, severity of transit disorders and evacuation disorders in patients of groups 1 and 2

Признак		Хронические запоры				p
		мегаколон/мегаректум		нормальный размер толстой кишки		
		n	Me (Q1; Q3)	n	Me (Q1; Q3)	
Возраст (лет)		158	26,0 (19,0; 43,0)	102	33,0 (23,0; 48,0)	0,043
Самостоятельный стул (баллы)		124	2,0 (1,0; 4,0)	75	1,0 (0,0; 2,0)	< 0,0001
Частота дефекации (баллы)		126	3,0 (2,0; 4,0)	85	2,0 (2,0; 4,0)	0,07
Позывы к дефекации (баллы)		118	2,0 (1,0; 2,0)	100	1,0 (0,0; 2,0)	0,002
«Абдоминальный дискомфорт» (баллы)		114	11,5 (8,0; 15,0)	101	13,0 (10,0; 17,0)	0,013
«Расстройство дефекации» (баллы)		112	8,0 (5,0; 12,0)	95	12,0 (7,0; 15,0)	0,0005
Интенсивность запоров (шкала Векснера)		113	13,0 (9,0; 16,0)	91	15,0 (11,0; 18,0)	0,01
IBSQOL	Эмоциональная сфера	107	68,7 (50,0; 81,2)	89	56,2 (37,5; 68,7)	0,007
	Психическое здоровье	107	70,0 (60,0; 85,0)	89	60,0 (45,0; 75,0)	< 0,0001
	Сон	109	75,0 (58,3; 83,3)	89	75,0 (50,0;83,3)	0,215
	Тонус	106	50,0 (37,5; 75,0)	90	37,5 (25,0;50,0)	< 0,0001
	Физическая активность	99	66,7 (50,0; 83,3)	88	50,0 (25,0; 83,3)	0,006
	Питание	108	60,0 (46,7; 66,7)	90	48,3 (33,3; 66,7)	0,011
	Социальная активность	106	56,2 (31,2; 75,0)	89	50,0 (18,7; 75,0)	0,034
	Основная деятельность	102	43,7 (25,0; 75,0)	90	37,5 (12,5; 68,7)	0,240
	Сексуальные отношения	56	79,2 (58,3; 100,0)	58	50,0 (16,7; 83,3)	0,0002
	Суммарная оценка	108	61,1 (49,6; 73,9)	90	48,4 (36,2; 65,9)	0,0001
Транзит по ЖКТ (баллы)		98	5,0 (5,0; 5,0)	64	5,0 (5,0; 5,0)	0,789
Дефекография	T _{деф} (с)	71	40,0 (27,0; 70,0)	53	25,0 (15,0; 38,0)	< 0,0001
	V _{ост} (мл)	79	38,0 (20,0; 65,0)	65	20,0 (15,0; 25,0)	< 0,0001

регрессионного анализа множественный скорректированный коэффициент детерминации R² был низким и не превышал 0,1. Это свидетельствует о слабой общей объяснительной силе выбранных предикторов. Однако, поскольку целью построения моделей было не прогнозирование, а оценка статистической значимости взаимосвязи признаков с наличием или отсутствием мегаколон/мегаректум, результаты регрессионного анализа сохраняют релевантность.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Пациенты с запорами на фоне мегаколон/мегаректум (1 группа) были статистически значимо моложе. Так, медиана возраста у них составила 26,0 (19,0; 43,0) лет, в то время как у пациентов с нормальным размером толстой кишки (2 группа) этот показатель был равен 33,0 (23,0; 48,0) годам ($p < 0,0001$) (Табл. 2). Кроме того, отмечены статистически значимые гендерные различия между группами: если в 1-й группе

соотношение мужчин и женщин было примерно одинаковым, то во 2-й доля женщин превышала 85% (Табл. 1).

При сравнении выраженности клинической симптоматики значимые различия были отмечены в величине интегральных показателей «абдоминальный дискомфорт» и «расстройство дефекации», а также в интенсивности запоров по модифицированной шкале Векснера в пользу большей их выраженности у пациентов 2 группы, то есть при нормальном размере кишки. Соответственно, оценка КЖ пациентами первой группы была выше по всем доменам шкалы IBSQOL, включая суммарный показатель. Причем, за исключением влияния на сон и основную деятельность, эта разница была статистически значимой (Табл. 2).

В то же время, значимых различий в тяжести транзитных нарушений между группами не выявлено, общее время транзита бариевой взвеси по ЖКТ превышало 96 часов у большинства обследованных пациентов обеих групп (Табл. 2, Табл. 3). Правда доля больных, у которых во время исследования транзита имела

Таблица 3. Общее время транзита (OBT) по данным исследования пассажа бариевой взвеси по ЖКТ
Table 3. Overall transit time (OTT) according to gut transit test with a barium suspension

OBT	Хронические запоры	
	мегаколон/мегаэктум (1)	нормальный размер толстой кишки (2)
	n / N (%)	n / N (%)
24-48 часов	7/98 (7,2)	0/64 (0,0)
49-72 часа	6/98 (6,1)	5/64 (7,8)
73-96 часов	10/98 (10,2)	10/64 (15,6)
более 96 часов	75/98 (76,5)	49/64 (76,6)

Таблица 4. Доля пациентов, у которых во время исследования транзита по ЖКТ была самостоятельная дефекация
Table 4. Proportion of patients who had self-defecation during the gut transit study

Признак	Хронические запоры		p
	мегаколон/мегаэктум (1)	нормальный размер толстой кишки (2)	
	n / N (%)	n / N (%)	
Самостоятельная дефекация во время исследования транзита по ЖКТ	48/70 (68,6)	26/58 (44,8)	0,008

Таблица 5. Влияние возраста, пола и наличия мегаколон/мегаэктум на суммарную оценку КЖ (общая линейная модель, множественный скорректированный коэффициент детерминации $R^2 = 0,098$, $p = 0,00004$)
Table 5. The influence of age, gender, and the presence of megacolon/megarectum on the overall assessment of QOL (general linear model, multiple adjusted coefficient of determination $R^2 = 0.098$, $p = 0.00004$)

Table 5. The influence of age, gender, and the presence of megacolon/megarectum on the overall assessment of QOL (general linear model, multiple adjusted coefficient of determination $R^2 = 0.098$, $p = 0.00004$)

Признак	β-коэффициент	Стандартная ошибка β-коэффициента	p
Возраст	-0,170	0,068	0,013
Мужской пол	0,070	0,073	0,338
Мегаколон/мегаэктум	0,243	0,073	0,001

Таблица 6. Влияние возраста, пола и наличия мегаколон/мегаэктум на величину интегрального показателя «расстройство дефекации» (общая линейная модель, множественный скорректированный коэффициент детерминации $R^2 = 0,048$, $p = 0,0049$)
Table 6. Influence of age, gender, and the presence of megacolon/megarectum on the value of the integral indicator “defecation difficulties” (general linear model, multiple adjusted coefficient of determination $R^2 = 0.048$, $p = 0.0049$)

Table 6. Influence of age, gender, and the presence of megacolon/megarectum on the value of the integral indicator “defecation difficulties” (general linear model, multiple adjusted coefficient of determination $R^2 = 0.048$, $p = 0.0049$)

Признак	β-коэффициент	Стандартная ошибка β-коэффициента	p
Возраст	-0,095	0,068	0,167
Мужской пол	0,017	0,073	0,816
Мегаколон/мегаэктум	-0,235	0,073	0,002

место самостоятельная дефекация (среди тех, у кого этот показатель можно было оценить), в первой группе оказалась все-таки статистически значимо больше, чем во второй (Табл. 4). Это косвенно может свидетельствовать о несколько менее выраженном нарушении пропульсивной активности толстой кишки в группе мегаколон.

Что же касается эвакуаторных расстройств, то результаты дефекографии свидетельствуют в пользу значительно большей их выраженности у пациентов первой группы. Так, и время дефекации, и величина остаточного объема были статистически значимо больше при наличии мегаколон/мегаэктум, чем без таковых (Табл. 2).

Поскольку оценка КЖ и тяжести клинической симптоматики зависят от возраста и пола пациентов [12], а по этим параметрам группы статистически значимо отличались, для уточнения влияния именно размеров

толстой кишки был проведен многофакторный анализ.

Согласно многофакторному регрессионному анализу в общей линейной модели с учетом пола и возраста пациентов, наличие мегаколон/мегаэктум оставалось статистически значимым независимым предиктором лучшего качества жизни, наряду с молодым возрастом. Причем, судя по величинам β-коэффициентов и вероятности ошибки первого рода (p) обоих предикторов, размер кишки имел большее значение, чем возраст (Табл. 5).

Кроме того, в противоположность результатам дефекографии, наличие мегаколон/мегаэктум было статистически значимо ассоциировано и с меньшей выраженностью симптомов расстройства дефекации (Табл. 6).

В то же время, единственным статистически значимым независимым предиктором большей тяжести

Таблица 7. Влияние возраста, пола и наличия мегаколон/мегаректум на величину интегрального показателя «абдоминальный дискомфорт» (общая линейная модель, множественный скорректированный коэффициент детерминации $R^2 = 0,082$, $p = 0,0002$)

Table 7. Influence of age, gender, and the presence of megacolon/megarectum on the value of the integral indicator "abdominal discomfort" (general linear model, multiple adjusted coefficient of determination $R^2 = 0.082$, $p = 0.0002$)

Признак	β-коэффициент	Стандартная ошибка β-коэффициента	p
Возраст	-0,054	0,068	0,430
Мужской пол	-0,250	0,073	0,0007
Мегаколон/мегаректум	-0,114	0,073	0,120

Таблица 8. Влияние возраста, пола и наличия мегаколон/мегаректум на интенсивность запоров по шкале Векснера (общая линейная модель, множественный скорректированный коэффициент детерминации $R^2 = 0,037$, $p = 0,016$)

Table 8. Influence of age, gender, and the presence of megacolon/megarectum on the intensity of constipation on the Wexner scale (general linear model, multiple adjusted coefficient of determination $R^2 = 0.037$, $p = 0.016$)

Признак	β-коэффициент	Стандартная ошибка β-коэффициента	p
Возраст	0,031	0,069	0,655
Мужской пол	-0,149	0,075	0,048
Мегаколон/мегаректум	-0,119	0,075	0,112

Таблица 9. Клиническая симптоматика, оценка КЖ, тяжесть транзитных нарушений и эвакуаторных расстройств в 1 и 2 группах без учета пациентов с заворотом в анамнезе

Table 9. Clinical symptoms, assessment of QOL, severity of transit disorders and evacuation disorders in groups 1 and 2, excluding patients with sigmoid volvulus in anamnesis

Признак		Хронические запоры				p
		мегаколон/мегаректум без заворотов в анамнезе		нормальный размер толстой кишки без заворотов в анамнезе		
		n	Me (Q1;Q3)	n	Me (Q1;Q3)	
Возраст (лет)		107	22,5 (18,0; 38,0)	101	33,0 (23,0; 48,0)	0,0002
Самостоятельный стул (баллы)		80	2,0 (1,0; 4,0)	74	1,0 (0,0; 2,0)	0,0009
Частота дефекации (баллы)		83	3,0 (1,0; 3,0)	85	2,0 (2,0; 4,0)	0,717
Позывы к дефекации (баллы)		78	2,0 (1,0; 2,0)	100	1,0 (0,0; 2,0)	0,047
«Абдоминальный дискомфорт» (баллы)		72	13,0 (9,0; 16,0)	100	13,0 (10,0; 17,0)	0,268
«Расстройство дефекации» (баллы)		71	10,0 (7,0; 13,0)	94	12,0 (7,0; 15,0)	0,109
Интенсивность запоров (шкала Векснера)		71	14,0 (11,0; 18,0)	91	15,0 (11,0; 18,0)	0,859
IBSQOL	Эмоциональная сфера	66	62,5 (43,7; 75,0)	88	56,2 (37,5; 68,7)	0,188
	Психическое здоровье	67	70,0 (60,0; 85,0)	88	60,0 (45,0; 75,0)	0,0009
	Сон	68	75,0 (58,3; 83,3)	88	75,0 (54,2;83,3)	0,648
	Тонус	67	50,0 (37,5; 62,5)	89	37,5 (25,0;50,0)	0,007
	Физическая активность	62	66,7 (41,7; 83,3)	87	50,0 (25,0; 83,3)	0,049
	Питание	67	60,0 (46,7; 73,3)	89	50,0 (33,3; 66,7)	0,030
	Социальная активность	67	50,0 (31,2; 68,7)	88	50,0 (18,7; 75,0)	0,400
	Основная деятельность	64	37,5 (18,7; 71,9)	89	37,5 (12,5; 68,7)	0,978
	Сексуальные отношения	33	66,7 (50,0; 100,0)	57	50,0 (16,7; 83,3)	0,007
Суммарная оценка		67	56,0 (45,9; 70,5)	89	48,5 (36,4; 65,9)	0,016
Транзит по ЖКТ (баллы)		57	5,0 (4,0; 5,0)	64	5,0 (5,0; 5,0)	0,300
Дефекография	T _{деф} (с)	49	50,0 (30,0; 70,0)	53	25,0 (15,0; 38,0)	< 0,0001
	V _{ост} (мл)	54	40,0 (20,0; 80,0)	65	20,0 (15,0; 25,0)	< 0,0001

абдоминального дискомфорта и интенсивности запоров по шкале Векснера оказался женский пол (Табл. 7,8).

Почти треть (51/158; 32,3%) пациентов первой группы имели завороты сигмовидной кишки в анамнезе. Таким образом, мегаколон/мегаректум у них носил осложненный характер и поводом для обращения в клинику были не только запоры,

но и профилактика рецидива заворота. Во второй группе заворот сигмовидной кишки был только у 1/101 (0,9%) больной. Такие различия могут быть причиной систематической ошибки при сопоставлении выраженности клинической симптоматики и качества жизни. Поэтому мы провели повторный сравнительный анализ без учета этих пациентов (Табл. 9).

Таблица 10. Влияние возраста, пола и наличия мегаколон/мегаректум на суммарную оценку КЖ без учета пациентов с заворотом в анамнезе (общая линейная модель, множественный скорректированный коэффициент детерминации $R^2 = 0,080$, $p = 0,0014$)

Table 10. The effect of age, gender, and the presence of megacolon/megarectum on the overall assessment of QOL excluding patients with sigmoid volvulus in anamnesis (general linear model, multiple adjusted coefficient of determination $R^2 = 0.080$, $p = 0.0014$)

Признак	β -коэффициент	Стандартная ошибка β -коэффициента	p
Возраст	-0,240	0,080	0,003
Мужской пол	0,048	0,085	0,575
Мегаколон/мегаректум	0,126	0,084	0,135

Таблица 11. Влияние возраста, пола и наличия мегаколон/мегаректум на величину интегрального показателя «абдоминальный дискомфорт» без учета пациентов с заворотом в анамнезе (общая линейная модель, множественный скорректированный коэффициент детерминации $R^2 = 0,030$, $p = 0,044$)

Table 11. Influence of age, gender, and the presence of megacolon/megarectum on the value of the integral indicator “abdominal discomfort” excluding patients with sigmoid volvulus in anamnesis (general linear model, multiple adjusted coefficient of determination $R^2 = 0.030$, $p = 0.044$)

Признак	β -коэффициент	Стандартная ошибка β -коэффициента	p
Возраст	-0,037	0,077	0,634
Мужской пол	-0,211	0,083	0,012
Мегаколон/мегаректум	-0,013	0,082	0,876

Действительно, как видно из таблицы 9, статистически значимой разницы в величине показателей «абдоминальный дискомфорт» и «расстройство дефекации», а также интенсивности запоров по шкале Векснера между группами не обнаружено. При этом оценка КЖ в связи с запорами пациентами с мегаколон/мегаректум по-прежнему была статистически значимо лучше, чем в группе с нормальным размером кишки, хотя разница оказалась менее выраженной. Многофакторный анализ, выполненный аналогично предыдущему, не продемонстрировал статистически значимой ассоциации оценки КЖ с наличием мегаколон/мегаректум как независимым фактором. Таким оказался только возраст пациентов (Табл. 10). В отношении величины показателя «абдоминальный дискомфорт» статистически значимая взаимосвязь по-прежнему прослеживалась только с полом пациентов (Табл. 11). А для интенсивности запоров по шкале Векснера и величины параметра «расстройство дефекации» ни один из трех предикторов, включенных в регрессию, не оказался значимым (все $p > 0,05$).

ОБСУЖДЕНИЕ

Запоры являются одним из основных клинических проявлений идиопатического мегаколон/мегаректум, хотя и не самым частым [14]. В реальной клинической практике мегаколон обычно выявляется во время обследования по поводу запоров. В силу этого традиционным является отношение к мегаколон как к одному из патогенетических типов хронических запоров,

наряду с медленно-транзитными нарушениями и эвакуаторными расстройствами [1,5]. Более того, ряд авторов рассматривают мегаколон как последнюю, наиболее выраженную стадию медленно-транзитных запоров [9]. Соответственно, выявление мегаколон служит критерием более тяжелого течения запоров и дополнительным аргументом в пользу целесообразности хирургического вмешательства. Такой подход предполагает экстраполяцию на мегаколон хирургической тактики, применяемой в лечении медленно-транзитных запоров с нормальным размером толстой кишки. А именно, что основным фактором, определяющим КЖ и выраженность клинической симптоматики, является тяжесть транзитных нарушений. Причем последние наиболее выражены в расширенных отделах, но имеют место не только в них. Таким образом, помимо расширенных, удалять имеет смысл и визуально нормальные отделы ободочной кишки, которые, во-первых, могут обладать нарушенной перистальтикой. А во-вторых — в последующем расширяться и быть причиной неудовлетворительного функционального исхода операции в силу обоих этих обстоятельств. Исходя из этого, значительное число авторов рекомендуют колэктомии с илеоректальным анастомозом в качестве метода лечения мегаколон при нормальном размере прямой кишки и колпроктэктомии с формированием тазового тонкокишечного резервуара в случае сочетания мегаколон с мегаректум [6–8,10,11].

Подобная тактика не является, на наш взгляд, очевидной. Тем более, что ранее нам не удалось обнаружить у пациентов с идиопатическим мегаколон/

мегаректум статистически значимой взаимосвязи интенсивности запоров по шкале Векснера и выраженности абдоминального дискомфорта ни с размерами толстой кишки по данным ирригоскопии, ни с тяжестью транзитных нарушений [14]. Поэтому мы попытались сопоставить клиническую симптоматику и КЖ больных хроническими запорами на фоне мегаколон и при нормальном размере толстой кишки с тем, чтобы оценить, насколько обосновано восприятие мегаколон как более тяжелого варианта медленно-транзитных запоров и, соответственно, насколько применима к нему хирургическая тактика, используемая в отношении последних.

Результаты сравнения оказались довольно противоречивыми. С одной стороны, по сравнению с медленно-транзитными запорами, идиопатический мегаколон/мегаректум ассоциирован с куда большими рисками осложненного течения (завороты, нарушение кишечной проходимости каловыми камнями/завалами). Но при этом КЖ у этих пациентов статистически значимо лучше, а выраженность симптомов абдоминального дискомфорта и расстройства дефекации, а также интенсивность запоров по шкале Векснера меньше, чем у страдающих медленно-транзитными запорами, при сопоставимой тяжести транзитных нарушений и более значительных нарушениях эвакуации из прямой кишки. Согласно многофакторному анализу с учетом возрастных и гендерных различий между группами, наличие мегаколон остается независимым предиктором лучшего качества жизни и меньшей выраженности затруднений при дефекации. А вот интенсивность запоров по шкале Векснера и выраженность абдоминального дискомфорта статистически значимо ассоциированы только с полом. В то же время, для пациентов с неосложненным течением мегаколон преимущество в КЖ менее выражено и скорее обусловлено более молодым возрастом пациентов, чем разницей в размере кишки. Величина же интегральных показателей тяжести клинической симптоматики статистически значимо не отличается от таковой у больных, страдающих медленно-транзитными запорами.

Интерпретация результатов сравнительной оценки пациентов с хроническими запорами на фоне мегаколон/мегаректум и при нормальном размере кишки затруднена двумя факторами, ассоциированными с риском систематической ошибки. Первый заключается в том, что поводом для обращения за помощью у значительной части пациентов с мегаколон являлось осложненное течение аномалии, предполагающее хирургическое лечение вне зависимости от выраженности клинической симптоматики. В то время как больные 2 группы, прежде всего, искали способ избавления от запоров, абдоминального дискомфорта

и затруднений при дефекации для улучшения качества жизни, снижение которого они связывали как раз с запорами. И большинство из них ставили перед клиницистами вопрос о возможности хирургической коррекции запоров. Тем не менее, мы полагаем сопоставление оправданным, поскольку конечной целью его является определение хирургической тактики у пациентов с идиопатическим мегаколон/мегаректум. С этой точки зрения нам представляется логичным сравнение их с той группой больных, страдающих стойкими медленно-транзитными запорами, у которых возникает вопрос о целесообразности оперативного лечения.

Второе существенное ограничение связано с методологией оценки пропульсивной активности кишки — исследованием транзита по ЖКТ. Действительно, при сравнении групп статистически значимых различий в тяжести транзитных нарушений мы не обнаружили. Но вполне возможно, что степень замедления транзита у пациентов 2 группы была все-таки больше, просто мы не смогли это выявить, поскольку исследование проводится в течение 5 дней, и у большинства пациентов обеих групп мы можем только сказать, что время пассажа бариевой взвеси было более 96 часов. Косвенно возможность такой ситуации подтверждается статистически значимо меньшей долей пациентов во 2 группе, у которых во время исследования транзита был стул. Соответственно, разница в КЖ может быть обусловлена, в том числе, и разницей в тяжести транзитных нарушений. Но тогда у нас еще меньше оснований считать, что мегаколон/мегаректум ассоциирован с более выраженным нарушением пропульсивной активности ободочной кишки, большей тяжестью клинической симптоматики и худшим качеством жизни, чем хронические медленно-транзитные запоры.

В таком случае возникает вопрос, насколько оправдана агрессивная тактика при хирургическом лечении мегаколон аналогично медленно-транзитным запорам. А именно, колэктомия вне зависимости от распространенности и локализации расширения ободочной кишки. Возможно, более подходящей является левосторонняя гемиколэктомия для левостороннего мегаколон, субтотальная резекция с асцендоректальным анастомозом для субтотального и только для тотального мегаколон — колэктомия. Тем более, что рецидив мегаколон в оставшихся отделах ободочной кишки, даже если и возникнет, возможно, не является свидетельством неудачного исхода, если нет рецидива заворота и достигнуто клиническое улучшение. Во всяком случае, вполне можно рассчитывать, что это влияние будет менее значимым, чем эффект поносов и анальной инконтиненции, ассоциированных с илеоректальным анастомозом и тазовым тонкокишечным резервуаром.

Понятно, что в идеале преимущество того или иного лечебного подхода необходимо демонстрировать проведением сравнительного рандомизированного исследования. Но это вряд ли возможно в отношении идиопатического мегаколон/мегаректум и в силу редкости состояния, и по этическим соображениям. Поэтому, на наш взгляд, при выборе объема резекции следует учитывать даже такие косвенные аргументы, как приведенные в настоящем исследовании.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Качество жизни пациентов с хроническими запорами на фоне идиопатического мегаколон/мегаректум статистически значимо лучше, а выраженность клинической симптоматики меньше, чем у больных, страдающих медленно-транзитными запорами.

УЧАСТИЕ АВТОРОВ

Концепция и дизайн исследования: Аleshin Д.В., Achkasov С.И.

Сбор и обработка материалов: Аleshin Д.В.

Статистическая обработка: Аleshin Д.В., Ignatenko М.А.

Написание текста: Аleshin Д.В.

Редактирование: Achkasov С.И., Sushkov О.И., Shakhmatov Д.Г., Surovegin Е.С., Fomenko О.Ю.

AUTHORS CONTRIBUTION

Concept and design of the study: Denis V. Aleshin, Sergey I. Achkasov

Processing of the material: Denis V. Aleshin

Writing of the text and statistical data processing: Denis V. Aleshin, Maria A. Ignatenko

Editing: Sergey I. Achkasov, Oleg I. Sushkov, Dmitriy G. Shakhmatov, Evgeniy S. Surovegin, Oksana Yu. Fomenko

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ (ORCID)

Ачкасов С.И. — 0000-0001-9294-5447

Алешин Д.В. — 0000-0001-8863-2229

Шахматов Д.Г. — 0000-0001-9780-7916

Суrowегин Е.С. — 0000-0001-5743-1344

Фоменко О.Ю. — 0000-0001-9603-6988

Игнатенко М.А. — 0009-0005-1182-419X

Сушков О.И. — 0000-0001-9780-7916

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS (ORCID)

Sergey I. Achkasov — 0000-0001-9294-5447

Denis V. Aleshin — 0000-0001-8863-2229

Dmitriy G. Shakhmatov — 0000-0001-9780-7916

Evgeniy S. Surovegin — 0000-0001-5743-1344

Oksana Yu. Fomenko — 0000-0001-9603-6988

Maria A. Ignatenko — 0009-0005-1182-419X

Oleg I. Sushkov — 0000-0001-9780-7916

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

- Herold A, Lehur P-A, Matzel KE, et al. Coloproctology. 2008. doi: [10.1007/978-3-540-71217-6](https://doi.org/10.1007/978-3-540-71217-6)
- Autschbach F, Gassler N. Idiopathic megacolon. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*. 2007;19(5):399–400. doi: [10.1097/meg.0b013e3280116](https://doi.org/10.1097/meg.0b013e3280116)
- Chen B, Knowles CH, Scott M, et al. Idiopathic slow transit constipation and megacolon are not associated with neurturin mutations. *Neurogastroenterology and Motility*. 2002;14(5):513–517. doi: [10.1046/j.1365-2982.2002.00354.x](https://doi.org/10.1046/j.1365-2982.2002.00354.x)
- Constantin A, Achim F, Spinu D, et al. Idiopathic Megacolon-Short Review. *Diagnostics*. 2021;11(11):2112. doi: [10.3390/diagnostics11112112](https://doi.org/10.3390/diagnostics11112112)
- Gladman MA, Scott SM, Lunniss PJ, et al. Systematic review of surgical options for idiopathic megarectum and megacolon. *Ann Surg*. 2005;241(4):562–574. doi: [10.1097/01.sla.0000157140.69695.d3](https://doi.org/10.1097/01.sla.0000157140.69695.d3)
- Stabile G, Kamm MA, Hawley PR, et al. Colectomy for idiopathic megarectum and megacolon. *Gut*. 1991;32(12):1538–1540. doi: [10.1136/gut.32.12.1538](https://doi.org/10.1136/gut.32.12.1538)
- O Súilleabháin CB, Anderson JH, McKee RF, et al. Strategy for the surgical management of patients with idiopathic megarectum and megacolon. *Br J Surg*. 2001;88(10):1392–1396. doi: [10.1046/j.0007-1323.2001.01871.x](https://doi.org/10.1046/j.0007-1323.2001.01871.x)
- Yoshioka K, Keighley MR. Clinical results of colectomy for severe constipation. *Br J Surg*. 1989;76(6):600–604. doi: [10.1002/bjs.1800760625](https://doi.org/10.1002/bjs.1800760625)
- Bharucha AE. Treatment of Severe and Intractable Constipation. *Curr Treat Options Gastroenterol*. 2004;7(4):291–298. doi: [10.1007/s11938-004-0015-3](https://doi.org/10.1007/s11938-004-0015-3)

s11938-004-0015-3

- Hosie KB, Kmiot WA, Keighley MR. Constipation: another indication for restorative proctocolectomy. *Br J Surg*. 1990;77(7):801–802. doi: [10.1002/bjs.1800770726](https://doi.org/10.1002/bjs.1800770726)
- Stewart J, Kumar D, Keighley MR. Results of anal or low rectal anastomosis and pouch construction for megarectum and megacolon. *Br J Surg*. 1994;81(7):1051–1053. doi: [10.1002/bjs.1800810742](https://doi.org/10.1002/bjs.1800810742)
- Алешин Д.В., Ачкасов С.И., Шахматов Д.Г., и соавт. Качество жизни больных идиопатическим мегаколон и его взаимосвязь с клинической симптоматикой и результатами диагностических тестов. *Колопроктология*. 2023;22(2):40–48. doi: [10.33878/2073-7556-2023-22-2-40-48](https://doi.org/10.33878/2073-7556-2023-22-2-40-48) / Aleshin D.V., Achkasov S.I., Sushkov O.I., et al. Clinical features and quality of life of patients with idiopathic megacolon. *Koloproktologia*. 2023;22(2):40–48. (in Russ.). doi: [10.33878/2073-7556-2023-22-2-40-48](https://doi.org/10.33878/2073-7556-2023-22-2-40-48)
- Hahn BA, Kirchdoerfer LJ, Fullerton S, et al. Evaluation of a new quality of life questionnaire for patients with irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther*. 1997;11(3):547–552. doi: [10.1046/j.1365-2036.1997.00168.x](https://doi.org/10.1046/j.1365-2036.1997.00168.x)
- Алешин Д.В., Шахматов Д.Г., Суrowегин Е.С., и соавт. Идиопатический мегаколон: взаимосвязь клинических проявлений с результатами объективных методов обследования. *Колопроктология*. 2024;23(2):35–45. doi: [10.33878/2073-7556-2024-23-2-35-45](https://doi.org/10.33878/2073-7556-2024-23-2-35-45) / Aleshin D.V., Shakhmatov D.G., Surovegin E.S., et al. Idiopathic megacolon: relationship between clinical features and diagnostic tests results. *Koloproktologia*. 2024;23(2):35–45. (in Russ.). doi: [10.33878/2073-7556-2024-23-2-35-45](https://doi.org/10.33878/2073-7556-2024-23-2-35-45)