

С.М. Ткач, д.м.н., профессор, Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, г. Киев

Синдром раздраженной кишки: диагноз исключения или диагноз, основанный на симптомах?

Синдром раздраженной кишки (СРК) остается одним из самых частых заболеваний, которые приходится лечить как гастроэнтерологу, так и врачу первичного звена. Правильная и своевременная диагностика СРК нередко сопряжена с определенными трудностями и таит в себе немало потенциальных ловушек. Поскольку каких-либо специфических тестов для диагностики СРК пока не существует, экспертами были разработаны специальные критерии, так называемые Римские критерии (I, II, III), помогающие клиницистам и исследователям устанавливать этот диагноз. Несмотря на их широкое применение, информативность Римских критериев, а также обоснованность их широкого клинического применения до сих пор дебатруется в медицинской литературе.

Диагностические критерии СРК

Первые симптоматические критерии СРК были предложены А. Manning и соавт. в 1978 году, которые провели исследование с целью разграничения СРК и органических заболеваний на основании описания симптомов. В нем приняли участие 109 пациентов, у 32 из них после 17-26 мес наблюдения был поставлен диагноз СРК. Симптомы, характерные для СРК, согласно А. Manning и соавт., таковы: видимое растяжение (увеличение) живота; облегчение (исчезновение) боли внизу живота после дефекации; учащение стула в начале боли; неоформленный жидкий стул в начале боли; выделение слизи с калом; чувство неполного опорожнения кишечника. Четыре первых (основных) симптома были выявлены у 94% лиц с СРК и только у 48% пациентов с органическими заболеваниями кишечника. Уже тогда, выделив четыре типичных симптома, которые значительно чаще встречались у больных с СРК, чем у больных с органической патологией, А. Manning аргументировал, что диагноз СРК может быть поставлен уже при первой консультации больного только на основании анализа жалоб, тщательного анамнеза и физического обследования, и что при этом очень часто нет необходимости в проведении дополнительных тестов или инструментальных исследований.

В дальнейшем было немало попыток улучшить критерии А. Manning. Так, на одной из первых конференций по СРК, проведенной в 1988 г. в Риме, были разработаны и приняты так называемые Римские критерии I диагностики СРК (Thompson et al., 1989), которые включали большинство критериев А. Manning. В последующие годы на рабочих встречах в Риме (1999) и Лос-Анджелесе (2006) были приняты Римские критерии диагностики СРК II и III, которые в настоящее время повсеместно применяются во врачебной практике.

Согласно Римским критериям III диагноз СРК можно заподозрить, если на протяжении 12 нед в течение последних 6 мес абдоминальный дискомфорт или боль сочетались с двумя из трех симптомов:

- облегчение после дефекации и/или
- изменение частоты стула и/или
- изменение консистенции стула.

Американские национальные рекомендации по СРК рекомендуют более простое определение: абдоминальная боль или дискомфорт в сочетании с нарушениями стула на протяжении не менее 3 мес. Подразделение СРК на подтипы основывается не на частоте, а на консистенции стула (согласно Бристольской шкале). Выделяют СРК с диареей (СРК-Д), СРК с запорами (СРК-З), СРК-смешанный тип (СРК-См) и СРК-неопределенный тип.

Помимо уточнения и детализации клинических критериев диагноза, Международной рабочей группой по изучению функциональной патологии ЖКТ особое внимание уделялось критериям исключения диагноза СРК, так называемым симптомам тревоги или красным флагом СРК, дифференциальному диагнозу и стратегии постановки диагноза СРК. Поскольку одной из основных проблем в диагностике СРК являются ложноположительные диагнозы, имеющие своими последствиями недиагностированные и нелеченные органические заболевания, для снижения риска таких ложноположительных диагнозов W. Kruis et al. разработал специальные критерии (так называемая шкала Круса),

которые в настоящее время также часто используются при проведении эпидемиологических и клинических исследований. В шкале Круса (табл. 1) характерные симптомы СРК оцениваются положительными баллами (общая сумма баллов более 44 свидетельствует о наличии СРК), а тревожные симптомы (наличие физических отклонений или другие болезни в анамнезе, повышение СОЭ, лейкоцитоз, анемия, кровь в кале) — отрицательными баллами, снижающими вероятность СРК.

Впоследствии Британское общество гастроэнтерологии (2007) и Американский колледж гастроэнтерологии (2009) в своих клинических рекомендациях подчеркнули, что признание концепции тревожных симптомов при постановке диагноза СРК является обязательным и требует проведения дальнейшего обследования. Рекомендуемые этими двумя организациями тревожные симптомы (симптомы красных флагов), требующие дальнейшего обследования больных с предполагаемым диагнозом СРК, следующие:

- документированная потеря веса;
- наличие ночных симптомов;
- отягощенный семейный анамнез по колоректальному раку;
- наличие видимой крови в стуле;
- недавний прием антибиотиков;
- значимые отклонения при физикальном обследовании;
- возраст свыше 50 лет;
- короткий анамнез (недавнее начало симптомов);
- мужской пол.

Ценность и информативность диагностических критериев СРК

Для того чтобы объективно оценить диагностическую ценность того или иного метода диагностики, традиционно вычисляют чувствительность и специфичность метода, а также отношение правдоподобия (ОП) для положительного и отрицательного результата. Чувствительный тест часто дает положительный результат при наличии заболевания (обнаруживает его), и особенно информативен он, когда дает отрицательный результат, так как редко пропускает пациентов с заболеванием. Специфичный тест редко дает положительный результат при отсутствии заболевания и особенно информативен при положительном результате, подтверждающий диагноз. В отношении СРК чувствительность — это пропорция пациентов с СРК, которые отвечают предложенным симптоматическим критериям, а специфичность — это пропорция пациентов без СРК, которые не отвечают этим критериям.

ОП для положительного результата теста — это чувствительность, деленная на 1 минус специфичность. Таким образом, ОП отражает одновременно и чувствительность, и специфичность теста. Если ОП положительного результата теста равно 1, то это значит, что вероятность положительного результата теста у больного такая же, как вероятность положительного результата теста у здорового. Если ОП положительного результата теста равно 5, то это значит, что вероятность положительного результата теста у больного в 5 раз выше, чем вероятность положительного результата теста у здорового. Преимущество отношения правдоподобия состоит в том, что они помогают выйти за рамки грубой классификации результатов теста (норма-патология), с которой сталкиваются, если описывают точность

теста только в терминах чувствительности и специфичности при единственной точке разделения.

В отношении СРК ОП для положительного результата (чувствительность/1-специфичность) отражает пропорцию пациентов с СРК, отвечающих диагностическим критериям по сравнению с пациентами без СРК, также отвечающими этим критериям, и показывает, во сколько раз у пациента больше шансов действительно иметь СРК при наличии соответствующих критериев. Если положительное ОП для какого-либо теста равно 1, то он считается бесполезным, если ОП равно 1-2, то имеются минимальные, 2-4 — умеренные, а более 10 — его выраженные преимущества (например, положительное ОП для определения антител к тканевой трансглутаминазе, которые считаются надежным серологическим маркером целиакии, равно 11). Наоборот, негативное ОП (1-чувствительность/специфичность) показывает, насколько ОП для СРК менее вероятно, если больной не отвечает диагностическим критериям. В то же время при негативном ОП 1 тест считается бесполезным, при 0,2-0,5 демонстрирует слабые, при 0,1-0,2 — умеренные и при 0,0-0,1 — выраженные преимущества (так, негативное ОП для антител к тканевой трансглутаминазе при диагностике целиакии составляет 0,009).

Недавний метаанализ показал, что использование только какого-либо одного из критериев А. Manning не обладает высоким позитивным ОП, но использование совокупности любых трех критериев повышает его до 3,5 (табл. 2). По данным этого метаанализа, средняя чувствительность критериев Маннинга составила 78%, специфичность — 72%, позитивное ОП — 2,9, отрицательное ОП — 0,92. То есть, критерии Маннинга следует признать полезным диагностическим тестом, поскольку их наличие повышает вероятность того, что у больного имеется СРК, примерно в 3 раза.



С.М. Ткач

Диагностическая информативность оригинальных критериев Круса дополнительно изучалась в трех больших исследованиях, проведенных другими авторами, в которых была подтверждена их достаточно высокая чувствительность и специфичность. Проведенный метаанализ этих исследований показал высокую информативность шкалы Круса (позитивное ОП составило 8,6, негативное — 0,26), что еще раз подтвердило клиническую пользу этих критериев.

Корректное изучение информативности Римских диагностических критериев СРК сопряжено с определенными трудностями, поскольку требует проведения больших проспективных исследований амбулаторных больных с кишечной (тонкой и толстокишечной) симптоматикой, в которых бы первичный клинический диагноз сопоставлялся с данными, полученными в ходе дообследования больных. Пока проведено только два подобных исследования. В одном из них, охватившем 602 амбулаторных пациента с симптомами, характерными для заболеваний тонкой и толстой кишки, показано, что чувствительность Римских критериев в постановке диагноза СРК у этих больных была равной 85%, что приближалось к чувствительности такого объективного маркера воспаления кишки при органической патологии, как повышенный уровень калпротектина (89%). И хотя специфичность Римских критериев при постановке диагноза СРК у этих больных была невысокой (всего 71%), однако при исключении «тревожных» симптомов она резко

Таблица 1. Критерии Круса для постановки диагноза СРК

Симптомы СРК	Баллы
Боль, флатуленция, нерегулярность стула	+34
Продолжительность симптомов больше 2 лет	+16
Описание абдоминальной боли (от чувства жжения до неинтенсивных болей)	+23
Чередование диареи и запора	+14
Тревожные симптомы	
Наличие физических отклонений, патогномичный анамнез или другие болезни	-47
СОЭ >10 мм/ч	-13
Лейкоцитоз >10×10 ⁹ /л	-50
Анемия	-98
Наличие крови в стуле в анамнезе	-98
Общая сумма баллов более 44 — диагноз СРК	

Таблица 2. Диагностическая ценность критериев А. Manning

Симптом	Чувствительность	Специфичность	Позитивное ОП	Негативное ОП
Боль внизу живота	0,90	0,32	1,3	0,29
Облегчение боли после дефекации	0,6	0,66	1,8	0,62
Неоформленный жидкий стул в начале боли	0,53	0,72	1,9	0,67
Учащение стула в начале боли	0,58	0,73	2,1	0,59
Видимое растяжение живота	0,39	0,77	1,7	0,79
Любой 1 критерий Маннинга	0,97	0,42	1,6	0,07
Любые 2 критерия Маннинга	0,94	0,54	1,4	0,10
Любые 3 критерия Маннинга	0,84	0,76	3,5	0,2

повышалась, приближаясь к 100%. Другое проспективное наблюдение за 95 пациентами, которые отвечали Римским критериям и не имели тревожных симптомов, подтвердило диагноз СРК в 93% случаев и дало только два ложноположительных результата. Таким образом, учитывая высокую распространенность СРК в популяции и высокую положительную предсказательную ценность клинических критериев, при отсутствии тревожных симптомов диагноз СРК может быть достаточно надежно поставлен только на основании Римских критериев.

Несмотря на существование диагностических критериев СРК (Римских, критериев Крусса, Маннинга), врачи первичного звена в большинстве случаев их не знают или знают плохо, а диагноз устанавливают большей частью интуитивно. В недавно проведенном в Нидерландах опросе было установлено, что только 7% практических врачей регулярно пользуются указанными критериями. Следует отметить, однако, что у врачей первичного звена всегда имеется преимущество в том, что они длительно наблюдают своих пациентов, и поэтому специфические кишечные проблемы никогда не остаются без внимания. К дополнительным полезным диагностическим особенностям на первичном уровне оказания медицинской помощи следует отнести: персистенцию симптомов более 6 мес; частые консультации пациентов по поводу негастроэнтерологической симптоматики; наличие предшествующих необъяснимых с медицинской точки зрения симптомов; четкую связь появления или усиления симптомов после стрессовых ситуаций. Все эти клинические особенности значительно чаще встречаются и более характерны для пациентов с СРК, чем для больных с органическими заболеваниями.

Хотя большинство гастроэнтерологов уверены, что первичный диагноз и лечение СРК должны основываться на соответствующих симптомах и Римских критериях, имеются и противники такого подхода. В качестве главных контраргументов для широкого использования этих диагностических критериев приводят их недостаточную специфичность, перекрещивание различных «симптом-основанных» категорий и расстройств, неспецифическую характеристику критериев боли, невозможность разграничения СРК с функциональной или органической кишечной патологией, которая может его имитировать, а также невозможность оптимизировать лечение СРК при отсутствии соответствующих объективных исследований. Противники широкого использования Римских критериев отмечают, что хотя они и удобны для первичной диагностики СРК, все же являются потенциальной диагностической «ловушкой» и несут в себе потенциальную опасность диагностических ошибок, что неизбежно ведет к неправильному лечению.

Так, только на основании Римских критериев III трудно разграничить СРК-3 и функциональный запор (ФЗ), о чем свидетельствуют данные клинических исследований. В частности Wong et al. в большом 12-месячном исследовании 1615 пациентов с функциональными кишечными расстройствами установили, что 97,5% больных СРК-3 отвечали критериям диагностики ФЗ, а при перекресте симптомов 45,9% больных с ФЗ отвечали критериям диагностики СРК. На основании только Римских критериев III особенно трудно разграничить СРК-Д от других кишечных расстройств, сопровождающихся диарейным синдромом. Заболевания, часто имитирующие СРК-Д, хорошо известны и требуют других подходов к диагностике и лечению (табл. 3).

Ценность и информативность дополнительных обследований при СРК

Обычно пациентам с СРК назначается несколько стандартных лабораторных тестов, хотя имеется очень мало доказательств необходимости их применения. Так, Sanders и соавт. с помощью набора гематологических и биохимических тестов обследовали 300 пациентов, отвечавших Римским критериям III. При этом было обнаружено снижение числа эритроцитов только у 1 (0,3%) пациента, изменение печеночных проб вследствие приема алкоголя у 2 (0,7%), повышение

Расстройство/заболевание	Принципы ведения больных
Пищевая аллергия/непереносимость	Диета исключения
Мальабсорбция углеводов	Диагностика с помощью H ₂ -дыхательных тестов; диета исключения
Целиакия	Серологический скрининг (антитела к ТТГ; распространенность в популяции 1:100); пожизненная безглютеновая диета
Глютеновая непереносимость (при отсутствии целиакии)	HLA-DQ2 – позитивность; хороший ответ на безглютеновую диету (5:1)
Микроскопические колиты	Биопсия слизистой кишечника; лечение препаратами висмута, месалазинном, будесонидом
Идиопатическая мальабсорбция желчных кислот	Сцинтиграфия с ⁷⁵ Se-метионином, сывороточный 7-αНСО; желчные кислоты в кале; лечение секвестрантами желчных кислот
Синдром избыточного бактериального роста	Распространенность точно неизвестна; лечение зависит от подлежащей причины

уровня С-реактивного белка – у 2 (0,7%) и повышение СОЭ – у 1 (0,3%) пациента. Другие исследования также подтвердили эти данные, показывая у больных СРК очень низкий уровень патологических отклонений со стороны общего анализа крови и биохимических

исследований, а также изменений стула, включая яйца глистов и паразитов.

Причина, по которой многие клиницисты назначают больным СРК лабораторные анализы – боязнь пропустить и надежда найти какое-либо органическое заболевание со

сходными симптомами. Однако проведенные исследования показали, что пациенты с СРК имеют не более высокий уровень воспалительных заболеваний кишки, колоректального рака или дисфункции щитовидной железы, чем общая популяция. Среди расстройств, часто имитирующих СРК-Д, только уровень целиакии и лактозной мальабсорбции у пациентов с СРК выше, чем в общей популяции (табл. 4).

Тестирование на целиакию. Целиакия, характерными проявлениями которой являются диарея и абдоминальная боль, очень часто ошибочно диагностируется как СРК. Претестовая вероятность целиакии у больных с симптоматикой СРК более чем в 4 раза выше, чем в общей популяции. При исследовании 952 пациентов с симптомами СРК серологические и морфологические признаки целиакии были выявлены у 34 (3,6%) из них, тогда как при обследовании 1798 здоровых пациентов в группе контроля целиакия была

Продолжение на стр. 46.

Спазмомен®

Снимет спазм и боль как рукой



Рег. свид. № UA/7146/01/01

- Спазмомен купирует спазм и боль в животе
- Спазмомен восстанавливает физиологическую перистальтику толстой кишки
- Спазмомен действует только в кишечнике*

*Информация для специалистов



BERLIN-CHEMIE
MENARINI

С.М. Ткач, д.м.н., профессор, Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, г. Киев

Синдром раздраженной кишки: диагноз исключения или диагноз, основанный на симптомах?

Продолжение. Начало на стр. 44.

обнаружена только у 12 (0,7%) из них (отношение шансов 4,34; 95% доверительный интервал 1,78-10,58). Считается, что скрининг на целиакию у больных СРК экономически эффективен, если уровень распространенности целиакии в популяции превышает 0,5-1%. Согласно последним американским рекомендациям по СРК серологический скрининг на СРК рекомендуется только у больных СРК-Д и СРК-См. Как наиболее простой и в то же время чувствительный и специфичный тест для диагностики целиакии Американская гастроэнтерологическая ассоциация рекомендует определение антител к тканевой трансглутаминазе (IgA-tTGA).

Тестирование на мальабсорбцию углеводов. Метаанализ трех исследований типа случай-контроль показал, что мальабсорбция лактозы у больных СРК также встречается чаще, чем в общей популяции (38 против 26%; ОШ – 2,57, 95% ДИ – 1,27-5,22). Вопрос о том, встречается ли мальабсорбция лактозы среди больных СРК чаще или симптомы лактозной мальабсорбции чаще проявляются у больных СРК, остается открытым. Последние американские рекомендации при подозрении на мальабсорбцию лактозы у больных СРК рекомендуют сначала устанавливать возможную связь между непереносимостью лактозы и симптомами СРК путем ведения пищевого дневника, а если этого недостаточно, проводить больным лактозный водородный дыхательный тест.

Так же как и мальабсорбция лактозы, мальабсорбция других углеводов, таких как фруктоза и сахароза, может обострять симптомы СРК. В небольшом исследовании у 31 (39%) из 80 больных СРК оказались положительными результаты фруктозного водородного дыхательного теста, свидетельствующие о непереносимости фруктозы. Назначение диеты с ограничением фруктозы привело к улучшению симптоматики у этих пациентов. В другом исследовании у 24 пациентов с непереносимостью фруктозы диета, обогащенная фруктозой и фруктантами, приводила к обострению симптомов СРК, тогда как их ограничение сопровождалось клиническим улучшением. Таким образом,

для таких больных непереносимость фруктозы может быть существенным фактором риска.

Визуализация кишечника. Исследования по визуализации кишечника продемонстрировали низкую вероятность наличия структурных изменений у больных СРК без тревожных симптомов. Недавний систематический обзор трех исследований, включивший 636 пациентов с СРК, показал, что визуализация кишечника путем проведения колоноскопии или ирригоскопии с/без гибкой сигмоидоскопией идентифицировала органические или структурные изменения в 1,3% случаев (95% ДИ 0,06-2,3). Точно так же проспективное американское мультицентровое исследование, включившее 216 пациентов с СРК-Д и СРК-См и 416 здоровых пациентов, которым выполнялась колоноскопия с целью скрининга колоректального рака, не показало различий между группами в превалировании колоректального рака (группа СРК – 0%; группа контроля – 0,2%) или воспалительных заболеваний кишки (группа СРК – 0,46%; группа контроля – 0%).

Основываясь на этих данных, последние национальные клинические рекомендации США по ведению больных СРК (2009) рекомендуют проведение рутинной колоноскопии до 50 лет только пациентам, имеющим тревожные симптомы (анемия, потеря веса, ночная диарея, семейный анамнез по колоректальному раку или воспалительным заболеваниям кишки). Согласно недавним рекомендациям по скринингу колоректального рака визуализирующее исследование кишки должно проводиться всем лицам старше 50 лет и афроамериканцам в возрасте старше 45 лет.

Биопсия кишки на предмет микроскопических колитов. В упомянутом выше проспективном исследовании 216 больных СРК при колоноскопии с биопсией микроскопические колиты были выявлены у 5 пациентов (2,3%), причем все из них отвечали критериям СРК. Другой ретроспективный анализ историй болезней пациентов с микроскопическими колитами показал, что примерно половина из них отвечала критериям СРК. Основываясь на этих результатах, в настоящее время у всех больных СРК-Д, которым проводится колоноскопия, должна выполняться

и слепая биопсия для исключения микроскопического колита.

Тестирование на синдром избыточного бактериального роста (СИБР). Исследования с использованием водородных дыхательных тестов с глюкозой или лактулозой как суррогатными маркерами СИБР показали, что у части пациентов с СРК симптомы могут быть обусловлены и СИБР. К сожалению, точность водородных тестов по-прежнему остается под вопросом. В исследованиях с применением глюкозных, лактулозных и сахарозных водородных дыхательных тестов было показано, что частота позитивных результатов на СИБР у больных СРК варьировала от 28 до 61%. В то же время, когда применялся метод посева аспиратов тощей кишки, являющийся золотым стандартом диагностики СИБР, последний был диагностирован только у 4% больных СРК. Исходя из этого, в настоящее время проведение водородных дыхательных тестов на СИБР у больных СРК не рекомендуется.

Новые сывороточные маркеры СРК. Недавно в помощь для постановки диагноза СРК были предложены новые сывороточные маркеры. Сначала компьютерный поиск идентифицировал более 600 возможных патофизиологических составляющих СРК, вовлекающих около 60 тыс. биомаркеров. После тщательного анализа список этих факторов был резко сужен, а количество сывороточных биомаркеров уменьшено до 10 наиболее информативных (табл. 5). Информативность этих тестов была изучена в когорте из 516 пациентов, половина из которых страдала СРК, а половина представляла контрольную группу. Набор из указанных 10 тестов показал чувствительность 50% и специфичность 88% в идентификации СРК с общей диагностической точностью (процент правильных предсказаний) на уровне 70%.

Конечно, такие современные серологические тесты, как определение ASCA или ANCA, в сочетании с определением антител к tTGA или других менее информативных маркеров органической патологии в диагностике СРК были бы очень удобными. К сожалению, они пока демонстрируют только небольшое диагностическое преимущество (позитивное ОП – 4,1) по сравнению с критериями Маннинга (позитивное ОП – 3,5), а их отрицательное ОП (0,6) значительно хуже, чем отрицательное ОП для критериев Маннинга (0,2). Поэтому, хотя вышеперечисленные серологические тесты и рассматриваются как многообещающие и перспективные, но в настоящее время они не имеют преимуществ перед значительно более простыми «симптом-основанными» критериями СРК.

Фекальные биомаркеры для дифференциации СРК от ВЗК. Для разграничения СРК и ВЗК изучалась информативность нескольких лейкоцитарных протеинов, таких как калпротектин, лактоферрин и полиморфнонуклеарная эластаза. Теоретическими предпосылками для их изучения явились предположения о том, что при воспалении слизистой оболочки происходит большее слущивание лейкоцитов в просвет кишки и ее содержимое, что может быть количественно измерено в кале. Действительно, в нескольких исследованиях было показано, что уровень указанных воспалительных маркеров у больных ВЗК выше, чем у больных СРК. Некоторые центры уже сегодня используют определение калпротектина и лактоферрина для дифференциации ВЗК и СРК в своей рутинной практике.

Таким образом, каких-либо надежных биомаркеров или диагностических тестов, на основании которых сразу можно поставить диагноз СРК, до настоящего времени не существует. Считается, что открытие 100% чувствительного и специфичного теста на СРК было бы достойно присуждения Нобелевской премии. К сожалению, пока единственным надежным «средством» диагностики СРК остается практический врач, непосредственно контактирующий с пациентом, оценивающий характер симптоматики в соответствии с Римскими диагностическими критериями, назначающий первичное лечение и принимающий решение о том, в каком объеме при необходимости проводить дополнительное обследование больного.

До того, как в клинической практике стало широко применяться диагностический подход, основанный на характерных симптомах СРК, подавляющее большинство больных испытывало явную неудовлетворенность своим диагнозом. Это было связано с прохождением многочисленных исследований и тестов, дававших негативный результат, после которых больным говорили, что «у вас нет ничего серьезного». В связи с тем что при этом целенаправленное лечение не проводилось, а симптомы СРК сохранялись и рецидивировали, такой ответ больных не устраивал. Поэтому многие обращались к другим специалистам, проходили другие ненужные исследования и лабораторные тесты, нередко подвергаясь необоснованным оперативным вмешательствам, таким как холецистэктомия (ОШ 2,1), аппендэктомия (ОШ 1,5) или гистерэктомия (ОШ 1,7).

По мнению многих ведущих гастроэнтерологов, при отсутствии симптомов органической патологии или биохимических аномалий, которые могли бы насторожить врача и потребовать проведения дополнительных исследований, первичный диагноз СРК в настоящее время должен устанавливаться анамнестически на основании Римских критериев III, которые обеспечивают правильный диагноз в подавляющем большинстве случаев. Учитывая это, современное определение СРК звучит следующим образом: синдром раздраженной кишки – это распространенная биопсихосоциальная функциональная патология, диагностика которой основывается на клинической оценке устойчивой совокупности симптомов (Римские критерии I, II, III), относящихся к дистальным отделам кишечника, ограниченная исключением симптомов тревоги, органических заболеваний и необходимостью повторного пересмотра диагноза по результатам первичного курса лечения. Главным изменением в новом диагностическом алгоритме при СРК является рекомендация обязательного тестирования на целиакию всех больных, отвечающих критериям СРК-Д и СРК-См. Кроме того, в новом алгоритме по диагностике СРК подчеркивается недостаточная информативность стандартных диагностических тестов и визуализирующих исследований.

В последних клинических рекомендациях Американского колледжа гастроэнтерологии и Британского общества гастроэнтерологии, а также в Глобальном руководстве по СРК, опубликованном Всемирной гастроэнтерологической организацией в 2009 г., подчеркивается, что «пациенты, полностью отвечающие симптоматическим критериям СРК и не имеющие тревожных симптомов, перед постановкой диагноза нуждаются только в минимальном дополнительном обследовании».

Ранний положительный диагноз СРК с выделением его подтипа, который ставится уже при первой консультации врача, хорош для больных тем, что позволяет проанализировать возможные механизмы развития болезни и сразу назначить соответствующее лечение, которое не проводится при неясном или сомнительном диагнозе. При этом выделяется доминирующий клинический симптом (боль, запор или диарея), в зависимости от которого больному назначается пробный первичный курс лечения. В случаях преобладания боли и метеоризма препаратами выбора являются спазмолитики (наиболее эффективным – отилония бромид, известный под торговой маркой Спазмомен), в случаях преобладания запора – шелуха семян подорожника или осмотические слабительные, при преобладании диареи – лоперамид. Первичный курс лечения продолжается 3-6 нед, после чего оценивается его эффективность. В случаях успешности назначенного первичного лечения ставится окончательный клинический диагноз СРК. Если же первичное лечение неэффективно, всегда следует думать о каком-либо альтернативном диагнозе и применять другие диагностические критерии. В этом случае для исключения/подтверждения других функциональных или органических заболеваний назначаются дополнительные специальные диагностические тесты и уже затем по их результатам проводится соответствующая коррекция лечения.

Таблица 4. Претестовая вероятность различных органических гастроинтестинальных заболеваний у больных СРК и в общей популяции

Органические гастроинтестинальные заболевания	Претестовая вероятность у больных СРК, %	Распространенность в общей популяции, %
Воспалительные заболевания кишки	0,51-0,98	0,3-1,2
Колоректальный рак	0-0,51	0-6
Дисфункция щитовидной железы	4,2	5-9
Гастроинтестинальные инфекции	0-1,5	Не изучалась
Целиакия	3,6	0,7
Лактозная мальабсорбция	38	26

Таблица 5. Новые и перспективные биомаркеры для диагностики СРК

Биомаркер	Описание
Интерлейкин 1β	Провоспалительный цитокин
Ростзависимый онкоген α	Хемокин, вовлеченный в миграцию нейтрофилов
Мозговой нейтрофильный фактор	Вовлечен в регуляцию нейрональной трансмиссии
IgA-антитела против <i>Saccharomyces cerevisiae</i> (ASCA)	Ассоциируются с болезнью Крона
Антинейтрофильные цитоплазматические антитела (ANCA)	Ассоциируются с язвенным колитом
Анти-SB1г антитела	Распознают бактериальный флагеллин
Антитела к тканевой трансглутамине (tTGA)	Распознают главный аутоантиген при целиакии
TNF-подобный индуктор апоптоза	Цитокин, вовлеченный в множественные процессы
Тканевой ингибитор металлопротеиназы-1	Ингибирует металлопротеиназы, которые разрушают белки экстрацеллюлярного матрикса
Нейтрофильный желатиназа-ассоциированный липокалин	Модулирует различные клеточные ответы