



# Диагноз синдрома раздраженного кишечника: должна ли быть онконастороженность?

А. А. Шептулин, Н. Л. Джахая, А. В. Седова

ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный университет им. И. М. Сеченова»  
(Сеченовский университет) Министерства здравоохранения Российской Федерации,  
кафедра пропедевтики внутренних болезней, Москва, Российская Федерация

**Цель обзора.** Обосновать необходимость включения колоректального рака (КРР) в круг дифференциально-диагностического поиска при подозрении на синдром раздраженного кишечника (СРК).

**Основные положения.** В соответствии с последними Римскими критериями СРК IV пересмотра диагноз данного заболевания ставится главным образом на оценке клинических симптомов и данных объективного обследования при очень ограниченном перечне дополнительных исследований. При этом колоноскопия при подозрении на СРК проводится лишь больным старше 50 лет при наличии наследственной предрасположенности к КРР и обнаружении «симптомов тревоги». В настоящее время показано, что КРР может протекать под «маской» СРК. При этом нередко опухоли толстой и прямой кишки могут встречаться у пациентов моложе 50 лет при отсутствии наследственной предрасположенности к КРР и «симптомов тревоги». Это делает необходимым проведение колоноскопии всем больным с подозрением на СРК.

**Заключение.** В перечень заболеваний, требующих проведения дифференциального диагноза у больных с подозрением на СРК, следует обязательно включать КРР.

**Ключевые слова:** синдром раздраженного кишечника, колоректальный рак, дифференциальный диагноз, колоноскопия

**Конфликт интересов:** авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Для цитирования:** Шептулин А.А., Джахая Н.Л., Седова А.В. Диагноз синдрома раздраженного кишечника: должна ли быть онконастороженность? Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2019;29(2):76–80. <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2019-29-2-76-80>

## Irritable Bowel Syndrome Diagnosis: Should There Be Alertness to Cancer?

Arkady A. Sheptulin, Natiya L. Jahaya, Alla V. Sedova

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russian Federation

**Aim.** To justify the need to include colorectal cancer (CRC) in the circle of differential diagnostic search for suspected irritable bowel syndrome (IBS).

**Background.** In accordance with the latest Rome IV criteria for IBS, its diagnosis is mainly based on the assessment of clinical symptoms and objective examination data with a very limited list of additional studies. In this case, colonoscopy for suspected IBS is performed only in patients aged over 50 years old, provided a hereditary predisposition to CRC and the “alarm symptoms” are detected. It has been recently shown that CRC can proceed under the “mask” of IBS. However, colorectal and rectal tumours are often found in patients younger than 50 years old in the absence of hereditary predisposition to CRC and “anxiety symptoms”. This makes it necessary to conduct colonoscopy for all patients with suspected IBS.

**Conclusion.** The list of diseases requiring differential diagnostics in patients with suspected IBS should always include CRC.

**Keywords:** irritable bowel syndrome, colorectal cancer, differential diagnosis, colonoscopy

**Conflict of interest:** the authors declare no conflict of interest.

**For citation:** Sheptulin A.A., Jahaya N.L., Sedova A.V. Irritable Bowel Syndrome Diagnosis: Should There Be Alertness to Cancer? Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology. 2019;29(2):76–80. <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2019-29-2-76-80>

Согласно последним Римским критериям функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта IV пересмотра, синдром раздраженного кишечника (СРК) определяется как функциональное заболевание кишечника, характеризующееся болями в животе, возникающими по меньшей мере 1 раз в неделю на протяжении последних 3 месяцев, связанными с актом дефекации и сочетающимися с изменениями частоты стула и консистенции кала, при общей продолжительности жалоб не менее 6 месяцев [1]. Приведение этого определения в самом начале представляется очень важным, поскольку соответствие жалоб больного указанным признакам играет, по мнению разработчиков данных критериев, основополагающую роль при постановке диагноза СРК.

Если вернуться на несколько лет назад, то в соответствии с предшествующими «Римские критерии» III пересмотра (2006) при отсутствии «симптомов тревоги» (alarm symptoms) или «красных флагов» (red flags), к которым относятся наличие колоректального рака у родственников I степени родства, кишечных кровотечений (при отсутствии геморроя или анальной трещины), немотивированное похудание, анемия и др., предлагается ставить диагноз СРК, *всцело ориентируясь на соответствие жалоб больных «Римским критериям», считая их критериям «позитивного диагноза»*. Вот выдержки из этих рекомендаций: «При наличии типичных симптомов СРК и отсутствии «симптомов тревоги» требуется мало диагностических тестов...», «Диагноз СРК часто правильно ставится без обследования...», «Важно поставить диагноз СРК при первом визите больного к врачу...» [2].

N.J. Talley, один из признанных лидеров в изучении функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта, выпустил для больных СРК научно-популярную книгу, в которой, обращаясь к ним, заключил раздел, посвященный диагностике данного заболевания, следующими словами: «Лучший тест (имеется в виду для диагностики СРК. — А.Ш.) — это “Римские критерии”... Ваш доктор может быть вполне уверен, что у Вас СРК, если Ваши жалобы соответствуют Римским критериям (Your doctor can be pretty sure it's IBS if you fulfill the Roma criteria)» [3]. Как, оказывается, все просто! Больной сам себе ставит диагноз и отправляется к врачу: «А ну-ка, доктор, удостоверь, что у меня СРК; видишь, мои жалобы соответствуют Римским критериям!»

Понятно, что такой подход к диагностике СРК, неизбежно повышающий риск серьезных ошибок, не мог не вызвать обоснованных возражений. В российских и немецких рекомендациях по диагностике и лечению СРК отмечалось, что клинические симптомы СРК неспецифичны, в связи с чем этот диагноз является диагнозом исключения и может быть поставлен только после тщательного обследования больного [4, 5]. М. Camilleri, один из крупнейших специалистов в области диагностики и лечения нарушений моторики желудочно-кишечного тракта,

на Европейской гастроэнтерологической неделе в своем докладе с показательным названием «СРК через 10 лет: взгляд внутрь хрустального шара» (IBS ten years from now: a look into the crystal ball) подчеркнул, что «диагноз СРК — это диагноз исключения» (irritable bowel syndrome — a diagnosis of exclusion) и что полное обследование больного должно вытеснять диагностику, основанную на рутинной оценке Римских критериев [6].

Аргументированные критические замечания заставили авторов новых Римских критериев СРК IV пересмотра (2016) внести в алгоритм диагностики данного заболевания определенные коррективы: «Ряд состояний, к числу которых относятся хронические воспалительные заболевания кишечника, целиакия, микроскопический колит... могут протекать под маской СРК, в связи с чем больным с подозрением на СРК может быть проведен ограниченный круг исследований» [1].

Справедливости ради следует отметить, что данный шаг вперед сопровождался при этом, образно говоря, двумя шагами назад: «Однако, — продолжили авторы, — у большинства пациентов, у которых клинические симптомы соответствуют критериям СРК и нет “симптомов тревоги”, необходимость в диагностических исследованиях должна быть минимальной... Врач должен ставить позитивный диагноз СРК, опираясь на оценку симптомов и ограниченный круг исследований. Использование “батарей” исследований у всех больных с подозрением на СРК неоправданно». Первостепенное внимание при этом было уделено сбору анамнеза с анализом привычек питания больного, его психосоциального статуса, результатам непосредственного обследования [1]. Безусловно, можно согласиться с авторами, что обнаружение у пациента асцита и гепатоспленомегалии исключает диагноз СРК. Но, положив руку на сердце, спросим себя: часто ли у больных, обращающихся к врачу с жалобами, характерными для СРК, при объективном обследовании мы выявляем асцит и гепатолиенальный синдром?

Если говорить о колоректальном раке (КРР), то, в отличие от российских и немецких рекомендаций по диагностике и лечению СРК, в Римских критериях IV пересмотра это заболевание не включено в круг дифференциально-диагностического поиска при обследовании больных с подозрением на СРК. Оно упоминается лишь в контексте наследственной предрасположенности к КРР, наличие которой рассматривается в одном ряду с «симптомами тревоги».

Как известно, решающую роль в диагностике органических заболеваний кишечника (в том числе и КРР) играет выполнение первичной колоноскопии. Авторы Римских критериев IV рекомендуют проводить ее лишь больным старше 50 лет при наличии «симптомов тревоги» и уже упоминавшегося отягощенного семейного анамнеза по КРР [1].

Постараемся дальше проанализировать, насколько указанный подход к постановке диагноза

СРК соответствует принципам онкологической настороженности. При оценке такого критерия, как возраст, изучение регистра больных с КРР в Калифорнии за период с 1990 по 2014 г. продемонстрировало, что из 349 176 находившихся в нем больных 9 % пациентов были моложе 50 лет [7]. Анализ статистических данных, касающихся больных с КРР, проведенный Национальным институтом рака в США, показал, что 12 % пациентов к моменту обнаружения опухоли были моложе 50 лет [8].

При общей тенденции к снижению заболеваемости КРР в США его частота среди лиц моложе 50 лет возрастает (у мужчин — на 1,5 % в год, у женщин — на 1,6 %) [9]. Е.А. Mayers и соавт., обнаружив среди 437 больных, оперированных по поводу КРР, 11,2 % пациентов моложе 50 лет, пришли к следующему заключению: «В США многие врачи ошибочно полагают, что колоректальный рак не свойствен лицам моложе 50 лет. Эта неверная концепция приводит к запоздалой диагностике рака и его выявлению уже на поздних стадиях» [10]. Таким образом, если определять показания к проведению колоноскопии исходя из возраста пациентов, то у каждого десятого пациента с КРР она не будет проведена своевременно. В результате такого подхода у больных с КРР старше 50 лет с момента появления первых симптомов по постановки диагноза проходит в среднем 29,5 дня, а у пациентов моложе 50 лет — 217 дней [11]. Понятно, что все эти 7 месяцев больные велись с ошибочным диагнозом, включая СРК.

Другие показания, определяющие согласно Римским критериям IV пересмотра необходимость проведения колоноскопии при постановке диагноза СРК, также не вполне отвечают принципам онкологической настороженности. Так, наследственная предрасположенность отмечается лишь у 15–20 % больных КРР [12], и ее наличие, следовательно, может помочь в распознавании рака толстой и прямой кишки лишь у 1 из 5–6 больных с подозрением на СРК.

Что касается «симптомов тревоги», то, как свидетельствовали систематический обзор и метаанализ 205 исследований, включавших 119 443 больных КРР, большинство упомянутых симптомов (за исключением ректальных кровотечений с выделением темно-красной крови, а также пальпируемой в животе опухоли) имеют низкую чувствительность [13, 14], и в уже упоминавшихся немецких рекомендациях по диагностике и лечению СРК подчеркивается, что их отсутствие еще не свидетельствует в пользу наличия у больного СРК [5]. У 50–60 % больных с КРР в начальный период «симптомы тревоги» отсутствуют [15].

То, что КРР способен протекать под маской СРК, подтверждается целым рядом исследований. Так, при динамическом наблюдении 91 746 больных СРК и 183 746 лиц контрольной группы было отмечено, что в первые 2 года после постановки

диагноза СРК КРР у таких пациентов выявлялся в 7 раз чаще, чем в контрольной группе [16]. В другой работе, включавшей 57 851 пациента, было показано, что в первые 3 месяца после постановки данного диагноза частота обнаружения рака толстой кишки возрастала в 8,4 раза, а рака прямой кишки — в 4,8 раза [17]. Общий вывод, который можно сделать из данных исследований, очевиден: симптомы КРР первоначально неправильно интерпретировались у ряда больных как клинические проявления СРК.

Д.Т. Quach и соавт. провели колоноскопию 404 больным с клиническими симптомами, полностью соответствовавшими Римским критериям СРК III пересмотра. При этом у 4,7 % пациентов была диагностирована развернутая стадия аденомы, а у 2,2 % больных — инвазивный колоректальный рак [18].

Как отмечается в немецких рекомендациях по диагностике и лечению СРК, онкологическую настороженность при наличии симптомов СРК следует соблюдать не только в отношении КРР, но и применительно к раку яичников. Более чем у 85 % таких пациенток в период, предшествовавший обнаружению опухоли (в большинстве случаев на протяжении 6 месяцев), особенно на начальной стадии, наблюдались симптомы, сходные с таковыми при СРК [5].

Таким образом, как подчеркивается в российских и немецких рекомендациях по диагностике и лечению СРК, возможность КРР и других злокачественных новообразований (в частности, рака яичника) протекать под маской СРК делает необходимым полное обследование больных с подозрением на СРК, включающее в себя обязательное проведение ультразвукового исследования (УЗИ) органов брюшной полости и колоноскопии [4, 5].

Разработчики Римских критериев нередко жалуются на то, что практические врачи при постановке диагноза не пользуются Римскими критериями, предпочитая проведение комплекса лабораторных и инструментальных исследований [19]. Попробуем объяснить, почему это происходит.

В начале 2004 г. в Москве состоялось узкое совещание, которое проводил М. Delvaux, член комитета по разработке готовившихся тогда Римских критериев СРК III пересмотра. Один из авторов данной статьи, участвовавший в работе совещания, выступая в дискуссии, касавшейся возможности постановки диагноза СРК на основании соответствия жалоб упомянутым критериям, подчеркнул, что российские врачи никогда не ставят диагноз СРК, ориентируясь на соответствие клинических симптомов данным критериям, а рассматривают этот диагноз как диагноз исключения, который правомерно ставить только после тщательного обследования больного с проведением УЗИ органов брюшной полости и колоноскопии. Выслушав выступление, М. Delvaux заметил: «Во Франции врачи поступают точно так же».

Практические врачи одинаковы во всех странах. Так, в Великобритании при постановке диагноза СРК в 73 % случаев проводилась колоноскопия, в 43 % случаев — УЗИ органов брюшной полости. Только 6 % врачей ставили диагноз на основании формального соответствия жалоб Римским критериям [20]. В Голландии только 7 % врачей общей практики и гастроэнтерологов используют критерии СРК как критерии «позитивного диагноза» (т.е. ставят диагноз СРК без обследования больного). F. Mearin, также известный специалист по функциональным расстройствам желудочно-кишечного тракта, выступая на Американской гастроэнтерологической неделе, привел интересные данные анкетирования различных специалистов: только 30 % врачей общей практики считают возможным постановку диагноза СРК лишь на основании соответствия клинических симптомов Римским критериям, а остальные 70 % рассматривают этот диагноз как диагноз исключения. Среди гастроэнтерологов это соотношение составляет уже 40 и 60 %. А среди экспертов — 90 и 10 % [Mearin F. Lower gastrointestinal bowel disorders. AGA Institute Rome Foundation lectureship: the launching of Rome IV: what's new and why? Digwestive Disease Week. San Diego, 2016. Oral presentation.]. Полагаем, что дан-

ные различия связаны с неодинаковым характером работы врачей, непосредственно занимающихся лечением больных и хорошо знающих, во что обходятся диагностические ошибки, и экспертов.

В заключение хотелось бы привести следующую параллель. Лет 20 назад на Европейской гастроэнтерологической неделе авторы одного из докладов представили результаты постановки больным диагноза функциональной диспепсии только на основании соответствия имевшихся симптомов Римским критериям, без проведения гастродуоденоскопии. Авторы отметили, насколько эффективным в стоимостном отношении оказалось такое обследование. Правда, добавили они, у двух больных не был своевременно распознан рак желудка. Председательствовавший на заседании известный испанский гастроэнтеролог J.-R. Malagelada заметил по этому поводу: «Обследование оказалось эффективным в стоимостном отношении только потому, что те двое больных своих адвокатов не прислали».

Конечно, нет никакой необходимости ежегодно повторять больным с уже установленным диагнозом СРК весь комплекс лабораторных и инструментальных исследований, но первичное обследование больных — во избежание диагностических ошибок — должно быть максимально полным.

### Литература / References

1. Lacy B.E., Mearin F., Chang L. et al. Bowel disorders. *Gastroenterology*. 2016;150:1393–407.
2. Longstreth G.F., Thompson W.G., Chey W.D. et al. Functional bowel disorders. *Gastroenterology*. 2016;130:1480–91.
3. Talley N.J. Conquering irritable bowel syndrome. 2 ed. — People's Medical Publishing House-USA Shelton, Connecticut, 2012. 175 p.
4. Ивашкин В.Т., Шельгин Ю.А., Баранская Е.К. и др. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению больных с синдромом раздраженного кишечника. *Рос журн гастроэнтерол гепатол колопроктол*. 2014;24(2):92–101. [Ivashkin V.T., Shelygin Ju.A., Baranskaja E.K. et al. Clinical guidelines for the diagnosis and treatment of patients with irritable bowel syndrome. *Rus J. Gastroenterol. Hepatol. Coloproctol*. 2014;24(2):92–101 (In Rus.)].
5. Layer P., Andresen V., Pehl C. et al. Guideline irritable bowel syndrome: definition, pathophysiology, diagnosis and therapy. Joint Guideline of the German Society for Digestive and Metabolic Diseases (DGVS) and the German Society for Neurogastroenterology and Motility (DGNM). *Z. Gastroenterol*. 49:237–93.
6. Camilleri M. IBS ten years from now: A look into the crystal ball. 21. United European Gastroenterology Week. Berlin, 2013. Oral presentation.
7. Ellis L., Abrahao R., McKinley M. et al. Colorectal cancer incidence trends by age, stage and racial/ethnic group in California, 1990–2014. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2008;27(9):1011–8.
8. Ries L.A.G., Eisner M.P., Kosary C.L. et al. Cancer statistics review. 1973–1997, National Cancer Institute. NIH Pub No 00-2789, Bethesda, MD, 2000.
9. Siegel R.L., Jemal A., Ward E.M. Increase in incidence of colorectal cancer among young men and women in the United States. *Cancer Epidemiol. Biomarkers Prev*. 2009;18(6):1695–8.
10. Myers E.A., Feingold D.L., Forde K.E. et al. Colorectal cancer in patients under 50 years: a retrospective analysis of two institutions' experience. *World J. Gastroenterol*. 2013;19(34):5651–7.
11. Scott R.B., Rangel L.E., Osler T.M., Hyman N.H. Rectal cancer in patients under the age of 50 years: the delayed diagnosis. *Am. J. Surg*. 2016;211(6):1014–8.
12. Winawer S.J., Fletcher R.H., Miller L. et al. Colorectal cancer screening: clinical guidelines and rational. *Gastroenterology*. 1997;112:594–642.
13. Whitehead W.E., Palsson O.S., Feld A.D. et al. Utility of red flag symptom exclusions in the diagnosis of irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther*. 2006;24:137–46.
14. Ford A.C., Veldhuyzen van Zanten S.J., Rodgers C.C. et al. Diagnostic utility of alarm features of colorectal cancer: systematic review and meta-analysis. *Gut*. 2008;57(11):1545–53.
15. Juul J.S., Hornung B., Andersen B. et al. The value of using the faecal immunochemical test in general practice on patients presenting with non-alarm symptoms of colorectal cancer. *Br J Cancer*. 2018;119(4):471–9.
16. Hsiao C.W., Huang W.Y., Ke T.W. et al. Association between irritable bowel syndrome and colorectal cancer: a nationwide population-based study. *Eur J Intern Med*. 2014;25(1):82–6.
17. Norgaard M., Farkas D.K., Pedersen L. Irritable bowel syndrome and risk of colorectal cancer: a Danish nationwide cohort study. *Br J Cancer*. 2011;104(7):1202–6.
18. Quach D.T., Hiyama T., Nguyen T.A. et al. Asia-Pacific Colorectal Screening score: A useful tool to stratify risk for colorectal advanced neoplasms in Vietnamese patients with irritable bowel syndrome. *J Gastroenterol Hepatol*. 2018;33(1):150–5.
19. Thompson W.G. A world-view of IBS. In: Irritable bowel syndrome. Diagnosis and treatment Camilleri M., Spiller R.C. (eds). London, Saunders; 2002:17–26.
20. Shekhar C., Syed Z., Patody N. et al. Prospective survey of functional gastrointestinal disorders in U.K. gastroenterological clinics and its management. 21. United European Gastroenterology Week. Abstracts. *UEG Journal*. 2013;1(suppl. 1):A242.

### Сведения об авторах

**Шептулин Аркадий Александрович\*** — доктор медицинских наук, профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» (Сеченовский университет) Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Контактная информация: arkalshep@gmail.com;  
119991, г. Москва, ул. Погодинская, д. 1, корп. 1.

**Джахая Натия Леонтьевна** — кандидат медицинских наук, ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» (Сеченовский университет) Министерства здравоохранения Российской Федерации.

**Седова Алла Владимировна** — кандидат медицинских наук, ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» (Сеченовский университет) Министерства здравоохранения Российской Федерации.

### Information about the authors

**Arkady A. Sheptulin\*** — Dr. Sci. (Med.), Prof., Department of Internal Diseases Propedeutics, Medical faculty, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University).

Contact information: arkalshep@gmail.com;  
119991, Moscow, Pogodinskaya str. 1, building 1.

**Natiya L. Jahaya** — Cand. Sci. (Med.), Research Assistant, Department of Internal Diseases Propedeutics, Medical Faculty, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University).

**Alla V. Sedova** — Cand. Sci. (Med.), Research Assistant, Department of Internal Diseases Propedeutics, Medical Faculty, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University).

Поступила: 03.12.2018 Принята после доработки: 16.01.2019 Опубликовано: 30.04.2019  
Submitted: 03.12.2018 Revised: 16.10.2019 Published: 30.04.2019

\* Автор, ответственный за переписку / Corresponding author