

# Педіатричні критерії Риму IV: зміни та порівняння з Римськими критеріями III

С.І. Єсипова, Б.Я. Дмитришин, О.А. Бовкун, О.А. Дмитришин  
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ

Актуальність проблеми функціональних гастроінтестинальних розладів (FGID) у дитячому віці визначила мету нашої роботи. У 2016 році були представлені нові Римські критерії IV FGID у дітей. У цій статті наведені основні зміни, які були внесені в Римські критерії IV порівняно з Римськими критеріями III, їхній аналіз та клініко-діагностичне значення у практичній роботі лікаря-педіатра. Проблема FGID вимагає подальшого вивчення для покращення надання медичної допомоги хворим з патологією травного тракту.

**Ключові слова:** Римські критерії IV, функціональні гастроінтестинальні розлади, діти раннього віку.

Функціональні шлунково-кишкові розлади (FGID) значно поширені в усьому світі. Вони охоплюють широкий спектр шлунково-кишкових дисфункцій, які не можуть бути пояснені структурними або біохімічними аномаліями [1, 2, 5, 13].

Діагноз даних розладів базується на симптомах так званих Римських критеріїв, започаткованих у 1994 році, коли група експертів з гастроентерології збиралася у Римі і створила систему класифікації з діагностичними критеріями для FGID у дорослих [9]. В основу критеріїв був покладений аналіз літератури; опрацьований матеріал розглядали як Римські критерії I. Оновлення критеріїв римською робочою групою відбулося у 1999 році (критерії Рим II). У цій публікації групою педіатричних дослідників з гастроентерології були запропоновані специфічні стандартизовані критерії для FGID у дітей [17].

Педіатричні критерії Риму II загалом базувалися на знанні FGID у дорослих, оскільки на той час даних про FGID у дітей було недостатньо. Після публікації Римських критеріїв II кількість наукових досліджень значно зросла, що привело до перегляду критеріїв, і в 2006 році були представлені критерії Риму III [8].

Головним меседжем Римських критеріїв III стало розмежування між FGID у дітей молодшого віку (новонароджений/малюк) і дітей старшого віку (дитина/підліток) [13, 18]. За останнє десятиліття накопичено ще більше документованої інформації про FGID у новонароджених і малюків, що дало підставу для узагальнення та публікації Римських критеріїв IV [5]. У 2016 році були переглянуті Римські критерії для дітей грудного та раннього віку, а також для дітей і підлітків [13].

**Функціональні гастроінтестинальні розлади (ФГІР, FGID)** – це порушення функції органів травлення, що пов'язані зі зміною їхньої регуляції та супроводжуються різноманітною комбінацією (залежно від віку) персистуючих або рецидивуючих гастроінтестинальних симптомів без структурних або біохімічних порушень. Функціональні шлунково-кишкові розлади можуть супроводжувати нормальний розвиток дитини і залежати від розладів регуляції органа на тлі вегетативних дисфункцій, психоемоційних та гуморальних факторів [1, 3, 5, 12, 13].

Труднощі при роботі з FGID полягають у тому, що немає біохімічних маркерів або структурних порушень, які можуть бути використані для об'єктивної діагностики чи моніторин-

гу прогресування цих розладів. Діагнози засновані на історії хвороби та фізичному огляді. Дуже важливо, щоб ці діагностичні критерії на підставі симптомів були точними, ясними і недвозначними. Для клініцистів важливо, щоб ці критерії були прості у використанні і дозволяли адекватно оцінювати та діагностувати дітей, щоб звести до мінімуму тестування і відповідне лікування. Недавні дослідження у сфері епідеміології, патофізіології, здобутки діагностичної роботи та лікування FGID привели до низки змін в умовах Риму IV порівняно з критеріями Риму III. У цьому огляді ми зазначаємо найважливіші зміни в критеріях Риму IV для новонароджених дітей/малюків.

**Мета роботи:** проведення аналізу змін, внесених в Римські критерії IV для новонароджених/малюків порівняно з попередніми критеріями.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Використано теоретичний метод (аналіз, систематизація, порівняння, узагальнення літератури).

**Класифікація функціональних гастроінтестинальних розладів у дітей раннього віку (новонароджених та малюків)**

*Г. Дитячі функціональні гастроінтестинальні розлади:*

G1. Регургітація у немовлят (Infant Regurgitation або дитяча регургітація).

G2. Синдром румінації у немовлят (Infant Rumination Syndrome).

G3. Синдром циклічного блювання (Cyclic Vomiting Syndrome).

G4. Кольки у немовлят (або малюкові кольки – Infant Colic).

G5. Функціональна діарея (Functional Diarrhea).

G6. Дисезія у немовлят (дитяча дисезія – Infant Dyschezia).

G7. Функціональний закреп (Functional Constipation).

Діагностика FGID у маленьких дітей, які не можуть точно повідомити про симптоми, в основному заснована на батьківському спостереженні та їхній інтерпретації симптомів дитини. Це ускладнює визначення критеріїв для FGID у цій віковій групі. Для діагностики регургітації, кольок, дисезії, синдрому дитячої румінації і циклічного блювання, функціональної діареї та закреп формування критеріїв було змінено. Це зроблено, щоб усунути труднощі під час оцінювання складних симптомів у маленьких дітей, наприклад, нездатність адекватно повідомляти про нудоту або біль. Крім текстових змін і незначних уточнень щодо критеріїв частоти та тривалості, наведені вище діагнози не були істотно змінені [12].

**Регургітація у немовлят (малюкові зригування)** – невимуслене повернення у ротovu порожнину їжі, яку дитина проковтнула; може супроводжуватись витіканням її з рота. На відміну від блювання цей процес не супроводжується участю м'язів тонкого кишечника, шлунка, стравоходу та діафрагми.

Критерії діагностики зригувань згідно з Римськими критеріями III:

Наявність у здорової дитини у віці 3 тиж – 12 міс:

- відрижки (витікання їжі з рота або з носа) два або більше разів на день протягом 3 тиж і більше;
- відсутність блювання, домішок крові у блювотних масах, аспірації, апное, порушень загального стану, труднощів при годуванні і ковтанні або неправильного положення під час і/або після годування.

**Рим IV.** У документі Північноамериканського товариства педіатричної гастроентерологічної гепатології та харчування (NASPGHAN) і Європейського товариства педіатричної гастроентерології «Гепатологія і харчування» в якості одного з критеріїв диференціації дитячої регургітації від гастроєзофагеальної хвороби (GERD) додано так звані «настирливі симптоми» («troublesome» symptoms) [22].

Римський робочий комітет погодився не включати «неприємні» або «настирливі симптоми» до нових критеріїв Риму IV, оскільки кількісні методи визначення «проблемних» симптомів відсутні, а немовлята не можуть спілкуватися, якщо їх турбують певні симптоми. Тобто, не було внесено жодних змін до діагнозу дитячої регургітації у Римі IV порівняно з Римом III [5, 11].

**Румінація** – це постійна регургітація нещодавно з'їденої їжі, яку дитина знову пережовує й повторно ковтає, але при цьому відсутні ознаки якогось-небудь органічного ураження. Синдром румінації у малюків згідно з Римськими критеріями III діагностували, якщо:

- протягом 3 міс і більше відзначаються повторні скорочення м'язів черевного пресу, діафрагми та язика;
- зригування шлункового вмісту в ротову порожнину, де він знову пережовується й ковтається або відкашлюється; наявні три або більше ознак з наведених нижче:
  - початок у віці 3–8 міс;
  - відсутність ефекту від заходів, що застосовуються при гастроєзофагеальній рефлюксії хвороби або від антихолінергічних препаратів, зміни характеру харчування, при годуванні через зонд або гастростому;
  - не супроводжується нудотою або неспокоєм;
  - румінація відсутня протягом сну та під час спілкування дитини з оточуючими.

**Рим IV.** До римських критеріїв IV були внесені тільки дві невеликі зміни для синдрому румінації порівняно з критеріями Риму III.

Тривалість скарг була змінена на 2 міс замість 3 міс, щоб відповідати критеріям для румінації для більш старших вікових груп.

Крім того, слово «нудота» було виключено з критеріїв через складність оцінювання цього симптому у немовлят.

**Синдром циклічного блювання (СЦБ)** зустрічається в усіх вікових групах. Це захворювання проявляється стереотипними повторними епізодами нудоти та блювання, що тривають від декількох годин до декількох днів, змінюються періодами повного благополуччя.

Використовували такі **діагностичні критерії СЦБ**:

- 1) два або більше епізодів інтенсивної нудоти й стійкого блювання або тривалого блювання протягом декількох годин чи днів;
- 2) повернення до звичайного стану здоров'я, що триває декілька тижнів або місяців.

**Рим IV.** Для CVS найбільш важливим рішенням, що стосуються критеріїв Риму IV, є кількість повторюваних епізодів, необхідних для виконання діагностичних критеріїв. Комітет розглянув заяву консенсусу NASPGHAN про синдром

циклічного блювання [16] та Міжнародного співтовариства з питань головного болю [10], в якій рекомендується мінімум п'ять нападів інтенсивної нудоти та блювання в будь-якому інтервалі для діагностики CVS у дітей. Проте жодні дослідження не підтвердили керівні принципи NASPGHAN та International Headache [7, 15, 20].

Враховуючи ці дані і виходячи з впливу нападу CVS на якість життя дитини та сім'ї, робоча група Риму IV вирішила, що рання діагностика важлива і залишила мінімальну кількість (2 епізоди) для діагностики CVS без змін.

Слово нудота було опущено, так як робоча група вважає, що цей симптом важко оцінити у немовлят через нездатність повідомити про наявність нудоти.

Доволі часто у малюків зустрічаються **кольки** – раптові та виражені приступи плачу і неспокою тривалістю 3 год та більше за добу протягом 3 днів і більше на тиждень.

**Малюкові кольки діагностували у немовлят до чотирьох-місячного віку**

1. Під час приступів (пароксизмів) дратівливості, неспокою або крику, які починаються і припиняються раптово, без очевидної причини.
2. Тривають 3 год та більше за добу.
3. З'являються не менше 3 днів на тиждень протягом хоча б 1 тиж.
4. Не супроводжуються порушеннями розвитку.

**Рим IV.** У Римських критеріях IV зроблено істотні зміни щодо критеріїв дитячої кольки. Робочий комітет відмовився від «правила трійки» Васселя – плач більше 3 год на день більше 3 днів на тиждень більше 3 тиж поспіль, оскільки в якості діагностичних критеріїв є занадто довільними, неточними і непрактичними у застосуванні [23]. Замість того, щоб використовувати ці довільні межі для кількості плачу, критерії тепер зосереджені на факторах, які, як було показано, викликають страждання у батьків, тобто тривалий і незрозумілий характер плачу та зміни поведінки. Крім того, для клінічних досліджень були додані більш конкретні діагностичні критерії [5, 11, 13].

Більш того, термін «пароксизм» (або напад) не враховується, оскільки відсутні докази того, що дитяча колька відрізняється звуком і починається більш різко порівняно зі звичайними епізодами плачу.

Нарешті, комітет Рим IV вирішив додати два критерії – дитина плакала або метушилася (criedorfussed) протягом 3 год або більше на день, протягом 3 днів або більше на попередньому тижні. Крім того, батьки повинні вести 24-годинний щоденник поведінки, щоб підтвердити, що загальна тривалість плачу і метушливості становить понад 3 год на добу.

До функціональних розладів дефекації у дітей **належить функціональна діарея**.

Діагностичними критеріями функціональної діареї були:

1. Безболісна дефекація, **не менше 3 разів на добу**, значною кількістю неоформлених випорожнень.
2. Ознаки тривають **понад 4 тиж**.
3. Початок симптомів відзначається у віці 6–36 міс життя.
4. Збільшення частоти випорожнень спостерігається під час неспання.
5. Відсутні відхилення у здоров'ї та розвитку при адекватному калоражі.

**Рим IV.** У Римських критеріях IV частота дефекації, необхідна для діагностики функціональної діареї, змінилася з 3 до 4-разового випорожнення на добу, ґрунтуючись на результатах дослідження Ван Тілбург та співавторів [21], в якому показано, що частота випорожнень 3 рази на добу поширена серед дітей молодшого віку. Більш того, виділення стільця під час сну було скасовано через його низьку специфічність; 25% матерів повідомили, що їхня дитина виділяє калові маси уві сні [22].

У дітей перших місяців життя може траплятися **малюкова дисхезія**. Діагностичні критерії дисхезії (згідно з Римськими критеріями III).

Для немовлят, які не досягли 6-місячного віку, необхідно включати в себе наступне:

- Як мінімум, 10 хв напруження і плачу перед успішним проходженням м'якого стільця.
- Жодних проблем із здоров'ям.

**Рим IV.** Ураховуючи дослідження Крамер та співавторів [14], вікова межа для цього діагнозу була змінена і тепер становить 9 міс у Римських критеріях IV. Крім того, напруження і плач, які є характерними симптомами дитячої дисхезії, більше не повинні асоціюватися з успішною дефекацією, але також можуть бути пов'язані з невдалим проходженням стільця.

**Функціональний закреп (ФЗ)** – патологія дітей будь-якого віку, яка пов'язана з порушенням функцій кишечника, що проявляється збільшенням інтервалів між дефекаціями (порівняно з індивідуальною нормою) або систематичним недостатнім випороженням кишечника і в основі якої немає органічних ушкоджень. У 40% випадків симптоми ФЗ з'являються на першому році життя.

Згідно з Римськими критеріями III ФЗ діагностували за наявності у дітей до 4-літнього віку не менше двох із таких ознак (протягом 1 міс у дітей молодшого віку, протягом 2 міс – у дітей старшого віку):

- не більше 2 дефекацій за тиждень;
- нетримання калу після придбання дитиною гігієнічних навичок (1 раз на тиждень і більше);
- ознаки затримки дефекації в анамнезі;
- ознаки **болісних дефекацій** або наявність твердих випорожнень;
- наявність великої кількості фекальних мас у прямій кишці;
- вказівки на випороження каловими масами **великого діаметра** в анамнезі.

Супутні симптоми можуть включати дратівливість, зниження апетиту і/або раннє насичення. Супутні симптоми зникають одразу ж після відходження великої маси фекальних мас.

**Педиатрические критерии Рима IV: изменения и сравнения с Римскими критериям III**  
**С.И. Есипова, Б.Я. Дмитришин, О.А. Бовкун, О.А. Дмитришин**

Актуальность проблемы функциональных гастроинтестинальных расстройств (FGID) в детском возрасте определила цель нашей работы. В 2016 году были представлены новые Римские критерии IV FGID у детей. В этой статье мы приводим основные изменения, которые были внесены в Римские критерии IV по сравнению с Римскими критериями III, их анализ и клинико-диагностическое значение в практической работе врача-педиатра. Проблема FGID требует дальнейшего изучения для улучшения оказания медицинской помощи больным с патологией пищеварительного тракта.

**Ключевые слова:** Римские критерии IV, функциональные гастроинтестинальные расстройства, дети раннего возраста.

**Рим IV.** У Римських критеріях IV сьогодні проводиться диференціація між дітьми, які мають навички туалету (тобто привчені до горщика), і дітьми, які їх не мають. Зміна критеріїв базується на даних, що свідчать про те, що більшість дітей молодшого віку (менше 2,5 року) не є підготовленими до туалету. Крім того, визнання нетримання калу у немовлят та малюків, що носять підгузки, ненадійні. Це особливо актуально для критерію фекального нетримання і для характеристики великих об'ємів фекальних мас. Крім того, критерії для немовлят і дітей молодшого віку, дітей і підлітків були скориговані, щоб відповідати один одному в Римі IV.

**ВИСНОВКИ**

**Перспективи подальших досліджень.** Отже, у IV Римські діагностичні критерії для немовлят і малюків (FGID) були внесені поправки. Очікується, що запропоновані критерії дозволять поліпшити клінічну допомогу дітям. Крім того, дані міжнародно визнаних критеріїв слід дотримуватися у майбутніх наукових медичних дослідженнях з метою встановлення однорідності дизайну, що дозволить коректно порівнювати отримані результати.

У подальшому треба враховувати той факт, що патофізіологічні механізми у більшості дітей молодшого віку з ФРТ ще недостатньо вивчені та зрозумілі, тому необхідні багаточисельні проспективні генетичні, метаболічні та нейрофізіологічні дослідження великої кількості хворих. Протягом наступних 5–10 років очікується поглиблення наших знань про патофізіологію та лікуванні FGID у дітей, що, ймовірно, призведе до нових спроб уточнення Римських критеріїв. Краще розуміння патофізіології FGID може привести до визначення нових підтипів FGID та вплинути на діагностику та лікування FGID у дітей в майбутньому десятилітті [12].

На думку J.N. Коррен та співавторів, нові стратегії лікування можуть включати нові фармакологічні засоби, а також нефармакологічні методи лікування, спрямовані на весь мозок–кишечник (наприклад гіпноterapia, самогіпноз і йога), а також методи лікування, спрямовані на нормалізацію мікробіоти кишечника (наприклад пребіотики, пробіотики і фекальний трансплантати) [6, 19].

**Pediatric criteria of Rome IV: changes and comparisons with the Roman criteria of III**  
**S.I. Esipova, B.Ya. Dmitrishin, O.A. Bovkun, O.A. Dmitrishin**

The relevance of the problem of functional gastrointestinal disorders in childhood has determined the purpose of our study. In 2016, new Rome criteria IV functional gastrointestinal disorders in children were introduced. In this article, we present the main changes that have been made in the Rome criteria IV in comparison with the Rome criteria III, their analysis, clinical and diagnostic significance in the practical work of a pediatrician. There is no doubt that the FGID problem requires further study to improve the provision of medical care for children with gastrointestinal pathology.

**Key words:** pediatric Rome IV criteria, Functional gastrointestinal disorders, neonate, toddler.

**Сведения об авторах**

**Есипова Светлана Ивановна** – Кафедра педиатрии № 5 Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца, 03151, г. Киев, ул. Вольнская, 21; тел.: (068) 198-41-01

**Дмитришин Богдана Ярославовна** – Кафедра педиатрии № 5 Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца, 03151, г. Киев, ул. Вольнская, 21; тел.: (044) 243-13-00

**Бовкун Оксана Анатольевна** – Кафедра педиатрии № 5 Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца, 03151, г. Киев, ул. Вольнская, 21; тел.: (044) 243-13-00

**Дмитришин Ольга Андреевна** – Кафедра педиатрии № 5 Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца, 03151, г. Киев, ул. Вольнская, 21; тел.: (044) 243-13-00

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бережний В.В., Козачук В.Г. Новий підхід у лікуванні дітей раннього віку з функціональними розладами травного тракту / Современная педиатрия. – 2016. – № 8 (80). – С. 116–122.
2. Майданник В.Г. РИМСЬКІ КРИТЕРІЇ IV (2016): ЩО НОВОГО? Міжнародний журнал педіатрії, акушерства та гінекології Липень/серпень 2016. – Т. 10, № 1.
3. Ткач С.М. Самое ожидаемое событие года в гастроэнтерологии: Римские критерии IV функциональных гастроинтестинальных расстройств // Здоров'я України. Тематичний номер «Гастроентерологія, гепатологія, колопроктологія». – 2016. – № 2 (40). – С. 24–26.
4. Barr RG. Excessive crying. In: Sameroff AJ, Lewis M, Miller SM, editors. Handbook of developmental psychopathology. 2nd ed. New York: Kluwer Academic / Plenum Publishers; 2000. – P. 327–350.
5. Benninga MA, Faure C, Hyman PE, St James Roberts I, Schechter NL, Nurko S. Childhood functional gastrointestinal disorders: neonate/toddler. Gastroenterology. – 2016. – Vol. 150, № 6. – P. 1443–1455.
6. Colman R., Rubin D. Fecal microbiota transplantation as therapy for inflammatory bowel disease: a systematic review and meta-analysis. 2014 J Crohns Colitis 8: 1569–1581.
7. Devanarayana NM, Adhikari C, Pannala W, Rajindrajith S. Prevalence of functional gastrointestinal diseases in a cohort of Sri Lankan adolescents: comparison between Rome II and Rome III criteria. J Trop Pediatr. 2011;57:34–39.
8. Drossman DA. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process. Gastroenterology. 2006; 130: 1377–1390.
9. Drossman DA. Functional gastrointestinal disorders: history, pathophysiology, clinical features and Rome IV. Gastroenterology. 2016;150:1262–1279.e2.
10. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The international classification of headache disorders, 3rd edition (beta version) Cephalalgia. 2013;33:629–808.
11. Hyman PE, Milla PJ, Benninga MA, Davidson GP, Fleisher DF, Taminau J. Childhood functional gastrointestinal disorders: neonate/toddler. Gastroenterology. 2006;130:1519–1526. [PubMed]
12. Ilan J.N. Koppen, Samuel Nurkub, Miguel Saps, Carlo Di Lorenzo and Marc A. Benninga. The pediatric Rome IV criteria: what's new? Journal Expert Review of Gastroenterology & Hepatology. Volume 11, 2017 – Issue3. Pages 193-201.
13. Judith Zeevenhooven, Ilan J.N. Koppen, and Marc A. Benninga The New Rome IV Criteria for Functional Gastrointestinal Disorders in Infants and Toddlers. PediatrGastroenterolHepatolNutr. 2017 Mar; 20(1): 1–13.
14. Kramer EA, den Hertog-Kuijl JH, van den Broek LM, van Leengoed E, Bulk AM, Kneepkens CM, et al. Defecation patterns in infants: a prospective cohort study. Arch Dis Child. 2015;100:533–536.
15. Lewis ML, Palsson OS, Whitehead WE, van Tilburg MA. Prevalence of functional gastrointestinal disorders in children and adolescents. J Pediatr. 2016;177:39–43.
16. Li BU, Lefevre F, Chelmsky GG, Boles RG, Nelson SP, Lewis DW, et al. North american society for pediatric gastroenterology, hepatology, and nutrition consensus statement on the diagnosis and management of cyclic vomiting syndrome. J PediatrGastroenterolNutr. 2008;47:379–393.
17. Rasquin-Weber A, Hyman PE, Cucchiara S, Fleisher DR, Hyams JS, Milla PJ, et al. Childhood functional gastrointestinal disorders. Gut. 1999;45(Suppl 2):II60–II68.
18. Rasquin A, Di Lorenzo C, Forbes D, Guiraldes E, Hyams JS, Staiano A, et al. orders: child/adolescent. Gastroenterology. 2006;130:1527–1537.
19. Shaan Gupta, Emma Allen-Vercoe, and Elaine O. Petrof. Fecal microbiota transplantation: in perspective. TherapAdvGastroenterol. 2016 Mar; 9(2): 229–239.
20. Saps M, Adams P, Bonilla S, Chogle A, Nichols-Vinueza D. Parental report of abdominal pain and abdominal pain-related functional gastrointestinal disorders from a community survey. J PediatrGastroenterolNutr. 2012;55:707–710.
21. van Tilburg MA, Hyman PE, Walker L, Rouster A, Palsson OS, Kim SM, et al. Prevalence of functional gastrointestinal disorders in infants and toddlers. J Pediatr. 2015;166:684–689.
22. Vandenplas Y, Rudolph CD, Di Lorenzo C, Hassall E, Liptak G, Mazur L, et al. Pediatric gastroesophageal reflux clinical practice guidelines: joint recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (NASPGHAN) and the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) J PediatrGastroenterolNutr. 2009;49:498–547.
23. Wessel MA, Cobb JC, Jackson EB, Harris GS, Jr, Detwiler AC. Paroxysmal fussing in infancy, sometimes called colic. Pediatrics. 1954; 14:421–435. [PubMed].

Статья поступила в редакцию 02.03.2018