

Римские критерии IV функциональных гастроинтестинальных расстройств: что нового в последней версии

Хотя функциональные гастроинтестинальные симптомы известны уже на протяжении нескольких столетий, понятие «функциональные гастроинтестинальные расстройства» (ФГИР) появилось несколько десятилетий назад. В настоящее время ФГИР рассматривают как наиболее распространенную патологию желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), в основе которой лежат комбинированные морфологические и физиологические отклонения, связанные с нарушениями моторики ЖКТ, защитного слизистого барьера, иммунной функции, состава кишечной микробиоты, висцеральной гиперчувствительностью, а также расстройствами со стороны центральной нервной системы (ЦНС).

Исторический экскурс

В конце 1980-х усилиями итальянских профессоров А. Торсоли и Е. Корразиари, канадского профессора Б. Томпсона и других ведущих гастроэнтерологов мира была создана общественная организация «Римский Фонд». Ее основной целью стало изучение патофизиологии ФГИР, разработка, совершенствование и внедрение их классификации, диагностических критериев и практических алгоритмов ведения больных. Именно для диагностики ФГИР на основании характерных симптомов и их сочетаний были разработаны 4 версии так называемых Римских критериев диагностики ФГИР (1994, 1999–2000, 2006 и 2016).

В 1999 г. в Римских критериях II впервые было представлено новое научное направление в гастроэнтерологии, получившее название «нейрогастроэнтерология», которое стало изучать фундаментальные и прикладные аспекты ФГИР. Тогда же была предложена новая концепция гастроинтестинальных заболеваний, нарушений моторики и ФГИР, основанная на трех базовых положениях: 1) органические (структурные) расстройства (например, эзофагиты, воспалительные заболевания кишечника и др.) класси-

фицируют в рамках органной морфологии. Критерии их диагностики основываются на макро- и микроскопических изменениях; 2) нарушения моторики (например, гастропарез, интестинальная псевдообструкция) классифицируют в рамках органной функции и специфических нарушений моторики. Их диагностируют на основании повторных физиологических тестов (например, измерение скорости кишечного транзита или опорожнения желудка); 3) ФГИР (например, функциональная диспепсия, синдром раздраженной кишки) зависят от интерпретации пациента и его восприятия болезни, то есть классифицируются и диагностируются в первую очередь на основании совокупности симптомов.

Уже в середине 1990-х американское фармацевтическое агентство FDA рекомендовало использовать Римские критерии для синдрома раздраженной кишки (СРК) в фармакологических исследованиях, после чего Римский Фонд стали поддерживать ведущие фармацевтические компании мира. Это позволило в 2000 г. издать большим тиражом «Римские критерии II». В написании этой работы были задействованы 52 автора из 13 стран, а в 2006 году — «Римские критерии III» (87 авторов из 18 стран). Римские критерии III отличались от предыдущих версий тем, что при их разработке впервые были использованы не консенсусы экспертов, а подходы, основанные на данных доказательной медицины. После 2006 г. Римские критерии III стали во всем мире рассматривать как основополагающие диагностические критерии ФГИР как для клиницистов, так и для исследователей.

В Римских критериях III упомянуто о том, что существуют определенные ограничения для их применения, в частности: 1) сам термин ФГИР, хотя и широко упоминается в литературе, является не совсем точным и имеет определенную степень стигматичности; 2) хотя диагностические критерии были разработаны для применения в клинической практике, они не являются

специфичными для исследования патогенетических особенностей данной патологии; 3) критерии существенно упрощают полное восприятие больным своих страданий, но не могут точно идентифицировать физиологические подгруппы или биомаркеры, которые позволят проводить целенаправленную таргетную терапию; 4) критерии были разработаны на основе доказательных исследований, вошедших в современную базу данных для западных стран, в связи с чем они могут иметь ограничения для применения в других странах среди лиц другой культуры (например, в странах Азиатско-Тихоокеанского региона). Поэтому Римский фонд обнародовал эти ограничения для их последующего изучения и представления в последующих Римских критериях.

В 2008 г. руководство Римского фонда определило ключевые направления исследований, которые членам его 18 комитетов предстояло решить в течение 10 лет и представить в виде Римских критериев IV. Основные области интересов — визуализация головного мозга при ФГИР, тяжесть течения СРК, особенности кишечной микробиоты, роль пищи и диеты при ФГИР, разработка Азиатского опросника, учитывающего различие азиатской и европейской культур в интерпретации симптомов и оказании первичной помощи, а также пересмотр и обновление самих Римских критериев. В течение последующих 8 лет экспертами изучались и критически оценивались все проведенные исследования в области ФГИР, создавались и пересматривались соответствующие документы. В декабре 2014 г. на согласительной конференции в г. Риме новые критерии были приняты в целом, а осенью 2015 г. они были опубликованы. Официальная презентация Римских критериев IV состоялась 22 мая 2016 г. на соответствующем симпозиуме в рамках 52-й американской гастроэнтерологической недели (г. Сан-Диего, США). Полностью все материалы Рима IV опубликованы в двухтомном руководстве, а основные статьи — в специализированном выпуске журнала *Gastroenterology* (2016, Vol. 150, N 6) [1].

Определение и классификация функциональных гастроинтестинальных расстройств

Говоря об определении понятия ФГИР, следует подчеркнуть, что оно много раз менялось в зависимости от взгляда на природу заболеваний, уровня научных знаний, научных доказательств, уровня подготовки и квалификации клиницистов, например, от «отсутствия органических заболеваний и структурных нарушений» или стресс-

индуцированных или психических расстройств до «дисмоторных расстройств» или, согласно Римским критериям III, до «нарушений гастроинтестинального функционирования». Римские критерии IV определяют ФГИР достаточно просто — расстройства взаимодействия «кишка — головной мозг» (disorders of gut — brain interaction).

Современная Римская классификация ФГИР больше основана на оценке симптомов, чем на физиологических критериях. Это является преимуществом для применения в клинике, поскольку сразу позволяет установить первичный диагноз. В некоторых случаях могут применяться физиологические критерии, если они позволяют уточнить диагноз, например, при аноректальных расстройствах. Кроме того, классификация построена по анатомическому принципу, позволяющему в большинстве случаев связать диагноз с определенным органом. Тем не менее в некоторых случаях при болевых формах ФГИР (например, при СРК, функциональной диспепсии, центрально-опосредованном абдоминальном болевом синдроме) точно установить локализацию боли очень трудно.

Функциональные гастроинтестинальные расстройства: расстройства взаимодействия кишка — головной мозг

- A. Эзофагеальные расстройства
 - A1. Функциональная загрудинная боль
 - A2. Функциональная изжога
 - A3. Рефлюксная гиперчувствительность
 - A4. «Ком» в горле
 - A5. Функциональная дисфагия
- B. Гастроуденальные расстройства
 - B1. Функциональная диспепсия
 - B1a. Постпрандиальный дистресс-синдром
 - B1b. Эпигастральная болевая синдром
 - B2. Расстройства отрыгивания
 - B2a. Чрезмерная супрагастральная отрыжка
 - B2b. Чрезмерная желудочная отрыжка.
 - B3. Тошнотные и рвотные расстройства
 - B3a. Синдром хронической тошноты и рвоты
 - B3b. Циклический рвотный синдром.
 - B3c. Синдром чрезмерной каннабиоидной рвоты
 - B4. Руминационный синдром
- C. Кишечные расстройства
 - C1. Синдром раздраженной кишки
 - СРК с преобладанием запора
 - СРК с преобладанием диареи
 - СРК смешанного типа
 - Неклассифицируемый СРК

- C2. Функциональный запор
- C3. Функциональная диарея
- C4. Функциональное абдоминальное вздутие/растяжение
- C5. Неспецифический функциональный кишечный синдром
- C6. Опиоид-индуцированный запор
- D. Центральное-опосредованные расстройства гастроинтестинальной боли
 - D1. Центральное-опосредованный абдоминальный болевой синдром
 - D2. Наркотический кишечный синдром (опиоид-индуцированная гастроинтестинальная гипералгезия)
- E. Расстройства желчного пузыря и сфинктера Одди
 - E1. Билиарная боль
 - E1a. Функциональное билиарное пузырное расстройство
 - E1b. Функциональное расстройство билиарного сфинктера Одди
 - E2. Функциональное расстройство панкреатического сфинктера Одди
- F. Аноректальные расстройства
 - F1. Недержание кала
 - F2. Функциональная аноректальная боль
 - F2a. Синдром *m. levator ani*
 - F2b. Неспецифическая функциональная аноректальная боль
 - F2c. Прокталгия
 - F3. Функциональные расстройства дефекации
 - F3a. Неадекватная дефекационная пропульсия
 - F3b. Диссенергическая дефекация
- G. Педиатрические ФГИР (новорожденные и младенцы)
 - G1. Регургитация новорожденных
 - G2. Руминационный синдром
 - G3. Циклический рвотный синдром
 - G4. Колика новорожденных
 - G5. Функциональная диарея
 - G6. Дишезия новорожденных
 - G7. Функциональный запор
- H. Педиатрические ФГИР (дети и подростки)
 - H1. Функциональные тошнотные и рвотные расстройства
 - H1a. Циклический рвотный синдром.
 - H1b. Функциональная тошнота и функциональная рвота
 - H1c. Руминационный синдром
 - H1d. Аэрофагия
 - H2. Функциональные абдоминальные болевые расстройства

- H2a. Функциональная диспепсия
 - H2a1. Постпрандиальный дистресс-синдром
 - H2a2. Эпигастральный болевой синдром
- H2b. Синдром раздраженной кишки
- H2c. Абдоминальная мигрень
- H2d. Функциональная неспецифическая абдоминальная боль
- H3. Функциональные расстройства дефекации
 - H3a. Функциональный запор
 - H3b. Неретентивное недержание кала

Изменения, внесенные в Римские критерии IV

Сразу оговоримся, что в рамках одной обзорной статьи очень трудно рассмотреть все изменения, внесенные в обновленные Римские критерии. Поэтому мы ограничимся только наиболее значимыми и клинически важными моментами, не затрагивая подробно биопсихосоциальные и патофизиологические аспекты, а также практические алгоритмы ведения больных, которые так же, как и подробный анализ всех обновленных критериев, будут освещены в наших последующих публикациях.

Авторы новых Римских критериев предлагают везде, где это возможно, не применять функциональную терминологию. Дебаты о том, чтобы убрать или изменить термин «функциональный/ая», продолжаются уже несколько десятилетий. Однако слово «функциональный/ая» уже настолько прочно вошло в медицинскую терминологию, что его очень трудно сразу изъять или заменить. Тем не менее его употребление имеет свои ограничения, поскольку оно является неспецифичным и достаточно знаковым для больных. Поэтому была предложена новая дефиниция ФГИР (нарушения взаимодействия между ЖКТ и ЦНС) с целью уточнения их значения и понимания. Кроме того, слово «функциональный/ая» убрано из названия разделов (например, «Эзофагеальные расстройства» вместо «Функциональные эзофагеальные расстройства») и некоторых диагнозов (например, «недержание кала» вместо «функциональное недержание кала»), приведенных в Римских критериях III. Диагноз «функциональный абдоминальный болевой синдром» изменен на «Центральное-опосредованный абдоминальный болевой синдром» как более соответствующий патогенезу этого расстройства, минимизирующий значение термина «функциональный» и

отражающий современную информацию о взаимодействии ЖКТ и ЦНС. Названия некоторых клинических расстройств, например, «Функциональная изжога» или «Функциональная диарея» не претерпели изменений, поскольку позволяют разграничить расстройства, имеющие сходные симптомы, но протекающие с явными структурными изменениями.

В новую редакцию Римских критериев добавлены новые и модифицированы некоторые старые разделы. Например, добавлен раздел «Кишечное микроокружение и ФГИР», рассматривающий роль кишечного микробиома, пищи и питания и улучшающий понимание внутрипросветных аспектов ФГИР. Название раздела «Фармакологические и фармакокинетические аспекты ФГИР» изменено на «Фармакологические, фармакокинетические и фармакогенетические аспекты ФГИР», что отражает роль генетических факторов в формировании клинического ответа на фармакотерапию. Раздел «Возраст, пол, общество, культура и перспективы пациента» разделен на две части, которые более полно отражают увеличение объема знаний в этой области, — «Возраст, пол, женское здоровье» и «Пациент и мультикультуральные аспекты ФГИР». Раздел «Психосоциальные аспекты ФГИР» изменен на «Биопсихосоциальные аспекты ФГИР», чтобы подчеркнуть мультифакториальную природу биопсихосоциальных процессов. Как упомянуто выше, раздел «Функциональный абдоминальный болевой синдром» изменен на «Центрально-опосредованные расстройства гастроинтестинальной боли», что подчеркивает преимущественный вклад нарушений со стороны ЦНС в формирование симптомов.

В обновленные Римские критерии IV добавлены три новых диагноза с известной этиологией. Так, в раздел «Центрально-опосредованные болевые гастроинтестинальные расстройства» добавлен диагноз «Наркотический кишечный синдром» («Опиоид-индуцированная гастроинтестинальная гипералгезия»), в раздел «Кишечные расстройства» — диагноз «Опиоид-индуцированный запор», в раздел «Гастродуоденальные расстройства» — диагноз «Синдром чрезмерной каннабиоидной рвоты». Клинические проявления этих состояний сходны с ФГИР, но должны быть отделены от них, поскольку они не являются настоящими «функциональными» расстройствами. От других ФГИР они отличаются не только известным этиологическим фактором (опиоиды или каннабиоиды), но и тем, что устранение этих факторов способствует полному вы-

здоровлению. Поскольку эти расстройства еще недостаточно хорошо изучены, их пока еще нельзя рассматривать как отдельные нозологические формы (такие, например, как лактазная недостаточность или микроскопические коли-ты). Тем не менее они включены в новую редакцию Римских критериев, поскольку отражают новую дефиницию ФГИР: расстройства взаимодействия между кишечником и головным мозгом связаны с нарушением функции ЦНС или энтерической нервной системы (ЭНС).

Кроме того, в подраздел V3 введено новое понятие V3a — «Синдром хронической тошноты и рвоты», который объединил ранее существовавшие понятия «Хроническая идиопатическая тошнота» и «Функциональная рвота». Это связано с частым сочетанием этих двух симптомов и недостатком доказательств эффективности отдельных диагностических и лечебных подходов у больных с тошнотой и рвотой. Хотя мы по-прежнему идентифицируем пациентов, имеющих только тошноту, клинические подходы к диагностике и ведению больных с тошнотой и рвотой одинаковые.

В раздел «Эзофагеальные расстройства» добавлен диагноз «Рефлюксная гиперсенситивность», который отделен от понятия «Функциональная изжога» и, соответственно, от неэрозивной гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Это понятие используют у пациентов, имеющих физиологический гастроэзофагеальный рефлюкс, но чрезмерно чувствительных к физиологическому действию кислоты и вследствие этого испытывающих изжогу.

Пересмотрены диагностические критерии дисфункции сфинктера Одди (ДСО). Прежние рекомендации проведения папиллосфинктеротомии при III типе ДСО (расширение холедоха, повышение уровня трансаминаз и панкреатических ферментов) не получили убедительного подтверждения и сопровождалась повышением риска развития панкреатита, прободения и кровотечения. Поэтому прежний III тип ДСО (согласно Милуокской классификации) из новых критериев удален, пациентам без доказательства обструкции желчного протока не следует проводить ЭРХПГ с манометрией и сфинктеротомией, а рекомендуется назначать симптоматическое лечение. При лечении ДСО билиарного типа с умеренными доказательствами билиарной обструкции до проведения сфинктеротомии должны рассматриваться другие диагностические возможности.

Функциональные кишечные расстройства в новой редакции Римских критериев рассматри-

вают как спектр кишечных симптомов, который формирует пять категорий: СРК, функциональный запор, функциональная диарея, функциональное вздутие/растяжение и неспецифическое функциональное кишечное расстройство. При этом несколько изменена идентификация субтипов СРК. Как известно, в Римских критериях III разделение на субтипы (СРК с запором, диареей, смешанный или неклассифицируемый) основывалось на пропорции нарушения консистенции стула по Бристольской шкале по отношению к общему стулу. Поскольку у многих пациентов часто имеют место длительные периоды стула нормальной консистенции, это приводит к необоснованному увеличению доли лиц с неклассифицируемым субтипом в структуре субтипов СРК. В новой редакции Римских критериев при разделении на субтипы рекомендуется учитывать только долю измененного стула (комковатый/твердый или неоформленный/жидкий), а не весь стул (включая нормальный). В результате существенно уменьшилось количество больных с неклассифицируемым субтипом СРК. Кроме того, в определении СРК изменена частота абдоминальной боли — для постановки диагноза СРК пациент должен испытывать абдоминальную боль по меньшей мере 1 день в неделю в течение 3 последних месяцев (в Римских критериях III — по меньшей мере 3 дня в течение месяца). Из диагностических критериев СРК также удалено такое понятие как «дискомфорт», так как оно по-разному трактовалось пациентами на разных языках, было слишком неопределенным, а в 4 из 5 случаев диагноз СРК устанавливали без учета этого понятия. Кроме того, в новых критериях фраза «улучшение после дефекации» изменена на «связанная с дефекацией», поскольку у большого количества пациентов с СРК после дефекации отмечается не улучшение, а ухудшение абдоминальной боли. Слова «начало абдоминальной боли» удалены из критериев 2 и 3 СРК предыдущей версии, поскольку не все пациенты с СРК отмечают первое появление абдоминальной боли одновременно с нарушением частоты или консистенции стула.

Новые Римские критерии, основанные на симптомах, имеют свои ограничения при использовании в клинической практике, хотя широко применяются в клинических исследованиях. В частности, диагнозы могут исключать пациентов, которые не полностью отвечают Римским критериям, хотя получают такое же лечение. Например, пациенты с абдоминальной болью и кишечной дисфункцией в течение менее чем 6 мес или с частотой менее 1 эпизода в неде-

лю, или те, кто имеет менее 2 из 3 критериев при ассоциации абдоминальной боли с нарушениями стула, или те, у кого абдоминальная боль не ассоциируется с нарушениями стула, не отвечают Римским критериям IV и им диагноз СРК не устанавливается. Более того, пациент может иметь два и более ФГИР (например, СРК и функциональная диспепсия), хотя при проведении клинических испытаний такое сочетание исключается. Кроме того, диагнозы, установленные на основании Римских критериев IV, не всегда позволяют оптимизировать терапию функциональных расстройств. Например, пациент с функциональной диспепсией, имеющий умеренные симптомы без снижения качества жизни, может не нуждаться в специальном лечении. Такой же пациент с выраженной болью, депрессией и похуданием вследствие ограничений в питании требует соответствующего лечения.

Кроме изменений в диагностических критериях, в обновленных рекомендациях представлены **новые подходы к оптимизации лечения и взаимоотношений между врачом и пациентом с ФГИР**. Рекомендуются 12 шагов для усиления терапевтического воздействия.

1. Улучшение удовлетворенности пациента, которая во многом зависит от его восприятия врача как человека, компетентного специалиста, интересующегося психологическими проблемами и предоставляющего достоверную медицинскую информацию. Важна также невербальная коммуникация: хороший контакт глазами, мягкий тембр голоса, закрытая межличностная дистанция, создание партнерских взаимоотношений.

2. Сбор анамнеза путем непрямого, интеллигентного, направленного на пациента интервью. Рекомендуется внимательно выслушать пациента, задавать ему вопросы, больше направленные на его чувства, мысли и опыт, чем стандартные вопросы.

3. Выяснение непосредственной причины визита пациента: 1) новые или старые факторы риска (диетические погрешности, сопутствующие медицинские проблемы, включая побочные эффекты новых лекарств); 2) выяснение наличия серьезных заболеваний (в том числе у членов семьи); 3) выяснение личностных или семейных стресс-факторов (годовщина смерти члена семьи, неприятности на работе, злоупотребление алкоголем, наркотиками и др.); 4) ухудшение течения сопутствующей психиатрической патологии (депрессия, тревожность и др.); 5) ухудшение ежедневных функций (ухудшение работоспособности, физической активности, общения на работе).

4. Проведение внимательного физикального осмотра и назначение экономически обоснованных недорогих исследований.

5. Выяснение того, как пациент понимает свою болезнь и ее причины.

6. Подробное объяснение пациенту сущности симптомов, которые его больше всего беспокоят (например: «Я понимаю, вы уверены, что у вас имеется своевременно не диагностированная инфекция. По моему мнению, инфекции уже нет, но она какое-то время воздействовала на ваши нервные окончания, поэтому вы продолжаете ощущать остаточные боли по типу фантомных»).

7. Выяснить, какое улучшение больной ожидает от вас (например: «Как вы думаете, чем я мог бы вам помочь?»).

8. По возможности установить связь между симптомами и стресс-факторами, в которые пациент верит. Большинство пациентов не в состоянии связать стрессорные воздействия с болезнью, хотя признают их влияние на эмоциональное состояние.

9. Установить строгие ограничения, включая лекарства (например: «Я понимаю, что вы испытываете сильные боли, но сильные лекарства, например, наркотики, вам не показаны, поскольку они принесут еще больший вред»).

10. Вовлекать пациента в процесс лечения (например: «Давайте рассмотрим вместе с вами такой вариант лечения»).

11. Давать врачебные рекомендации соответственно интересам пациента (например: «Антидепрессанты обычно назначают для лечения депрессии, но вам мы их назначаем для уменьшения боли, причем в дозах, которые намного меньше тех, которые используют для лечения депрессии»).

12. Постараться обеспечить длительные взаимоотношения с пациентом или пациента с врачом первичного звена (например: «В зависимости от результатов этого лечения я буду думать и о других методах терапии, для этого мне нужно вас наблюдать»).

В новых Римских критериях большое внимание также уделено установлению тяжести течения ФГИР как основания для проведения соответствующего лечения. Поэтому при планировании терапии рекомендуется выделить больных с легким, среднетяжелым и тяжелым течением ФГИР.

Легкое течение. Доля пациентов с легкими и нечастыми симптомами составляет примерно 40 % от всех больных. Они чаще обращаются к врачу первичного звена, чем к гастроэнтерологу, обычно не имеют ухудшения функций или пси-

хологического дистресса. Симптоматика часто связана с гастроинтестинальной дисфункцией (тошнота, диарея, запор), боль носит минимальный или легкий характер, у пациентов нет доминирующей психопатологической симптоматики, а качество их жизни обычно не страдает или изменяется незначительно. Такие пациенты редко обращаются к врачу и ведут обычный образ жизни без каких-либо ограничений. В таких случаях рекомендуется подробно объяснить пациенту сущность симптомов, рассказать, как с ними бороться немедикаментозными методами, обычно с помощью модификации диеты (ограничение или исключение некоторых пищевых субстанций — глютена, лактозы, FODMAPs, жирной пищи, алкоголя).

Течение средней тяжести. Доля таких пациентов несколько меньше — около 30–35 %. Они чаще наблюдаются у гастроэнтерологов, отмечают ухудшение качества жизни и повседневной активности. Обычно испытывают боль умеренной интенсивности и отмечают психологический дистресс, могут иметь сопутствующие заболевания, включая психопатологию. Всегда нуждаются в назначении медикаментозного лечения, проводимого в зависимости от преобладающего(их) симптома(ов). Пациентам рекомендуется ежедневный мониторинг симптомов в течение 2 нед с целью идентификации возможных провоцирующих факторов и последующего воздействия на них. Также больным рекомендуется психологическое лечение, включая когнитивно-поведенческую терапию, релаксацию, гипноз и др.

Тяжелое течение. Около 20–25 % больных имеют выраженные и нередко рефрактерные симптомы. У них часто имеется и доминирует психопатологическая симптоматика, существенно ухудшается качество жизни, они часто обращаются за консультацией ко многим врачам и проводят большое количество ненужных диагностических исследований, ставят перед собой нереальные цели лечения. В таких случаях врач должен назначить дополнительные исследования в соответствии с объективными данными, а не с требованиями больного, ставить реальные цели лечения (например, улучшение качества жизни, а не полное избавление от боли), повысить ответственность больного за лечение и выполнение врачебных рекомендаций. Обычно также проводят психологическое лечение и назначают антидепрессанты (трициклические или ингибиторы обратного захвата серотонина-норадреналина). Наибольший эффект оказывает мультидисциплинарный подход к ведению таких больных.

Выводы

Таким образом, за 10 лет, прошедших со времени публикации Римских критериев III, было накоплено большое количество новых данных о природе ФГИР, их диагностике и новых подходах к ведению больных, что нашло отражение в Римских критериях IV. Еще раз подчеркнем, что в данном обзоре мы осветили только их основные положения и изменения по сравнению с предыдущими рекомендациями, но не рассматривали подробно новые взгляды на патогенез ФГИР, а также современные подходы к диагностике, лечению и ведению больных с функцио-

нальной гастроинтестинальной патологией. Безусловно, каждый раздел и подраздел обновленного Рима IV нуждается в подробном рассмотрении и анализе. В последующих публикациях мы более подробно рассмотрим обновленные алгоритмы диагностики и лечения конкретных ФГИР. Это представляется важной задачей, поскольку новые рекомендации следует рассматривать как непосредственное руководство по диагностике и лечению функциональных гастроинтестинальных расстройств на ближайшие 8–10 лет, вплоть до их обновления и появления Римских критериев V.

Подготовил С. М. Ткач

Украинский научно-практический центр эндокринной хирургии, трансплантации эндокринных органов и тканей
МЗ Украины

Список литературы

1. Drossman D.A. Functional gastrointestinal disorders: history, pathophysiology, clinical features, and Rome IV // *Gastroenterol.* — 2016. — Vol. 150, N 6. — P. 1262—1279.