Функциональная изжога и гиперчувствительность пищевода к рефлюксу

По материалам Римских критериев IV-V пересмотра

Голубова Оксана Александровна – доцент, к.мед.н, доцент кафедры факультетской терапии им. А. Я. Губергрица
Шевченко Дмитрий Фёдорович – ассистент кафедры факультетской терапии им. А. Я. Губергрица
Воронин Климентий Александрович – к.мед.н, доцент кафедры факультетской терапии им. А. Я. Губергрица

Актуальность

- Изжога — одна из наиболее частых жалоб при патологии ЖКТ
- Многие пациенты не обращаются к врачу и бесконтрольно принимают антациды
- Изжога не всегда связана с кислым рефлюксом — возможны функциональные расстройства пищевода
- Пациенты с функциональными расстройствами длительно обследуются, имеют сниженное качество жизни
- Римские критерии IV уточнили границы функциональной изжоги (ФИ) и гиперчувствительности пищевода к рефлюксу (ГП)

Место в Римских критериях IV

- ФИ и ГП относятся к функциональным расстройствам пищевода
- Ключевые изменения Rome IV:
  – ГП ранее рассматривалась как форма НЭРБ — теперь включена в группу функциональных расстройств пищевода
  – ФИ требует рефрактерности к ИПП как обязательного условия диагноза
- Оба состояния диагностируются при нормальной эндоскопической картине слизистой
- Необходимо исключить иные объясняющие заболевания

Что изменилось по сравнению с Rome III

- Rome III: ФИ — жжение за грудиной при отсутствии ГЭРБ и наличии признаков функционального расстройства
- Rome IV: ФИ — жжение/боль, рефрактерные к оптимальной терапии ИПП (двойная доза, ежедневно, до еды)
- Отсутствие патоморфологических, структурных и двигательных нарушений
- ГП в Rome IV — самостоятельный функциональный фенотип, а не вариант НЭРБ
- Алгоритм диагностики стал сложнее и разделён для подтверждённой и не подтверждённой ГЭРБ

Эпидемиология

- Точные данные по эпидемиологии ФИ и ГП отсутствуют
- Rome III: функциональная природа изжоги — менее 10% пациентов с изжогой
- Rome IV: ФИ — у 50% пациентов с НЭРБ, не отвечающих на ИПП
- ГП среди пациентов с НЭРБ — до 36%
- Refractory-симптомы: функциональные расстройства — 86,15% (ФИ — 46,9%, ГП — 39,2%)
- После однократного приёма ИПП симптомы сохраняются у 45% пациентов с ГЭРБ; у 75% из них — функциональные изменения

Физиологические рефлюксы: границы нормы

- Гастроэзофагеальные рефлюксы с pH < 4,0
- Возникают у здоровых лиц преимущественно после приёма пищи
- Частота — не более 50 раз в сутки
- Общая продолжительность — не более 1 часа за сутки
- Именно физиологические рефлюксы могут быть триггером симптомов при ГП, но не при ФИ

Функциональная изжога: определение

- Ощущение жжения или боли за грудиной
- Рефрактерность к оптимальной антисекреторной терапии ИПП
- Отсутствие патоморфологических изменений слизистой, характерных для ГЭРБ
- Отсутствие структурных и двигательных нарушений пищевода
- Отсутствие связи симптомов с эпизодами ГЭР — кислыми и некислыми (по pH-импедансометрии)

ФИ: критерии Rome IV

• Диагноз правомерен при наличии всех признаков в течение последних 3 месяцев при общей длительности 6 месяцев:
• 1. Жжение, дискомфорт или боль за грудиной ? 2 раз в неделю
• 2. Симптомы сохраняются несмотря на оптимальную терапию ИПП (двойная доза, регулярно до еды)
• 3. Отсутствует связь симптомов с патологическими или физиологическими ГЭР (pH-импедансометрия)
• 4. Нет структурных изменений, характерных для эозинофильного эзофагита (гистология)
• 5. Нет двигательных нарушений: ахалазия, эзофагоспазм, «отбойный молоток», гипер/гипокинезия

Гиперчувствительность пищевода к рефлюксу: определение

- Комплекс пищеводных симптомов (изжога, боль за грудиной)
- Возникает в ответ на физиологические ГЭР
- Нормальная эндоскопическая картина
- Отсутствие патологической экспозиции кислоты в пищеводе при pH-мониторировании
- Ранее обозначалась как «гиперсенситивный пищевод» и рассматривалась как вариант НЭРБ
- В Rome IV отнесена к функциональным расстройствам пищевода

ГП: критерии Rome IV

- 1. Характерные симптомы (изжога, боль за грудиной); ответ на ИПП не исключает диагноз
- 2. Связь симптомов с физиологическими кислыми или некислыми ГЭР при нормальной экспозиции кислоты
- 3. Нормальная эндоскопическая картина слизистой пищевода
- 4. Отсутствие структурных изменений, характерных для эозинофильного эзофагита
- 5. Отсутствие основных заболеваний пищевода с нарушением двигательной функции
- 6. Симптомы 2 раз в неделю на протяжении последних 3 месяцев при длительности 6 месяцев

Патогенез: общее и различия

- Общее:
  – Повышенная висцеральная чувствительность пищевода
  – Нарушение восприятия и центральной обработки сигналов от пищевода
  – Роль психосоциальных факторов
- Различия:
  – ФИ — отсутствует триггерное значение ГЭР; симптомы не связаны с рефлюксами
  – ГП — обязательна связь с эпизодами физиологических ГЭР; важны сенситизация ноцицепторов, повышение проницаемости слизистой, цитокины, TRPV1, ASIC, P2X

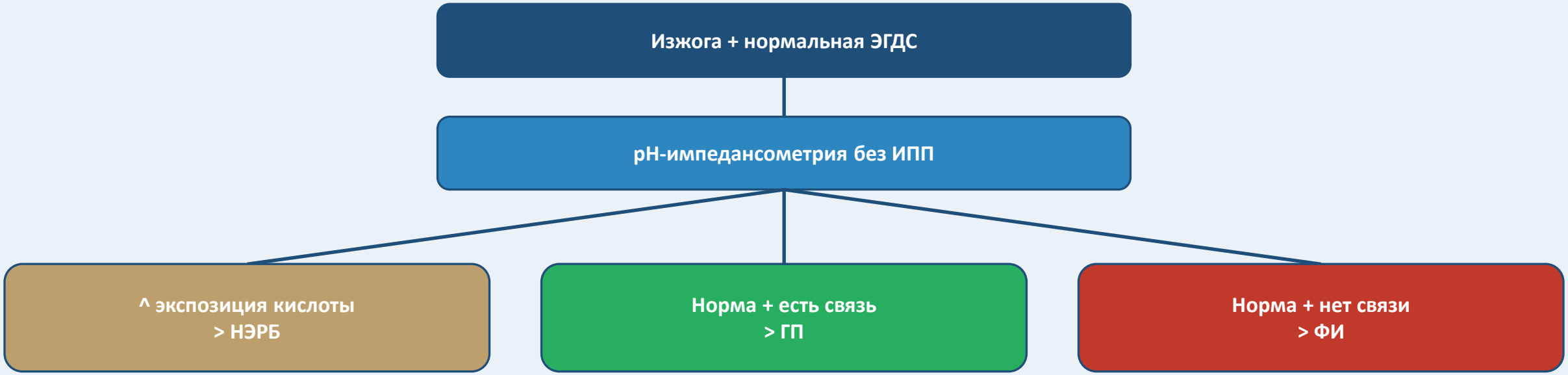
Психологические факторы

- При ФИ важны высокий уровень тревоги и соматизации
- У пациентов с ФИ отмечена более низкая социальная поддержка
- Психосоциальные факторы влияют на взаимодействие «ЖКТ — головной мозг» и тяжесть симптомов
- Тревожность значимо чаще встречается при НЭРБ и функциональных заболеваниях пищевода
- Сами симптомы рефлюкса могут вызывать депрессию и беспокойство
- Психоэмоциональные расстройства не всегда позволяют отличить органическую и функциональную патологию

Диагностика: обязательный минимум

- ЭГДС — исключение органической патологии, оценка слизистой
- При рефрактерном течении — биопсия пищевода (эозинофильный эзофагит, пищевод Барретта, аденокарцинома)
- Суточная внутрипищеводная pH-метрия / pH-импедансометрия — ключевой метод дифференциальной диагностики НЭРБ, ГП и ФИ
- Оценка связи симптомов с эпизодами рефлюкса
- Исключение двигательных нарушений пищевода

Алгоритм при ранее не подтверждённой ГЭРБ



«Чистый фон» = до назначения ИПП или через 7 дней отмены

Алгоритм при подтверждённой ГЭРБ



В Rome IV обозначено как «сочетание», хотя критерий ФИ требует absence of GERD — противоречие, отмеченное авторами обзора.

Диагностика



Алгоритм диагностики функциональной изжоги у пациентов с рефрактерной изжогой, которые не ответили на терапию ИПП два раза в день

Дополнительные и перспективные методы

- MNBI — средний ночной базовый импеданс; помогает отличить ГЭРБ от ФИ/ГП
- Пепсин слюны (Pertest) — неинвазивный перспективный метод; выше при ГЭРБ, одинаков у здоровых и при ФИ
- Стоматологическое обследование — эрозии эмали + заболевания пародонта как предиктор ГЭРБ; при ФИ обычно отсутствуют
- Оральный/глоточный транзит при ФИ не отличается от контроля
- Расширенные межклеточные пространства информативны только при эрозивной ГЭРБ

Лечение: общие принципы

- Лечение ФИ и ГП остаётся эмпирическим
- Важны разъяснение диагноза и убеждение пациента в отсутствии опасного заболевания
- Избегать необоснованных инвазивных вмешательств
- Антирефлюксная хирургия и эндоскопические методы при ФИ не рекомендуются
- ИПП могут быть эффективны при ГП с физиологическими кислыми рефлюксами
- При слабокислых/некислых рефлюксах — обычно рефрактерность к ИПП

Лечение: нейромодуляторы и психотерапия

- Трициклические антидепрессанты: имипрамин 50 мг/сут; амитриптилин 10–20 мг/сут
- СИОЗС: сертралин 50–200 мг/сут; пароксетин 50–75 мг/сут; циталопрам 20 мг/сут
- Антидепрессанты — нейромодуляторы при висцеральной гиперчувствительности; побочные эффекты 3%
- Проблема — низкая приверженность; важно объяснять смысл назначения
- Психотерапия: КПТ, гипнотерапия, диафрагмальное дыхание, релаксация по Джекобсону, акупунктура

Спорные вопросы и заключение

- Главное изменение Rome IV: ГП выведена из рамок НЭРБ и включена в функциональные расстройства пищевода
- В определение ФИ введена обязательная рефрактерность к ИПП
- Противоречия:
  – «Сочетание ГЭРБ и ФИ» противоречит критерию absence of GERD
  – Данные о частоте ФИ у пациентов, хорошо отвечающих на ИПП, не согласуются с требованием рефрактерности
  – Включение ахалазии и эзофагоспазма в дифференциальный поиск спорно
- Российские рекомендации: неэффективность 4-недельного курса ИПП + нормальная ЭГДС + отсутствие патологических рефлюксов и корреляции = ФИ
- Необходимо дальнейшее совершенствование критериев

Источники информации

- Функциональная изжога и гиперчувствительность пищевода к рефлюксу. (По материалам Римских критериев функциональных заболеваний пищевода IV пересмотра). А.А. Шептулин, В.О. Кайбышева
- Функциональная изжога: проблемы диагностики и лечения. В. А. Ахмедов, Г. Р. Бикбавова, М. С. Цыбулькина
- Ахмедов Вадим Адильевич, Бикбавова Галия Равильевна, Цыбулькина Мария Сергеевна Функциональная изжога: проблемы диагностики и лечения // ЛВ. 2024. №2.
- Баранов С. А., Шульпекова Ю. О., Нечаев В. М. Современные представления о патогенезе изжоги // СМЖ. 2018. №3.
- Римские критерии V пересмотра (2026)
- Римские критерии IV пересмотра (2016)