

Беременность и изжога: причинно-следственная взаимосвязь и возможности ее коррекции

Улучшение качества жизни пациентов становится главной задачей современной медицины; это направление остается приоритетным на всех уровнях диагностики и лечения.

В отношении беременных данный вопрос рассматривается особенно тщательно, поскольку, с одной стороны, необходимо создать условия для наиболее благоприятного течения всего периода гестации, с другой – при появлении каких-либо признаков патологии всегда непросто решиться на применение медикаментозной терапии, оценить ее риск и пользу.

Одним из симптомов, который может существенно ухудшить самочувствие во время беременности, нарушить сон, потребовать соблюдения диеты и быть довольно навязчивым, является изжога. Ощущение жжения за грудиной испытывают более 50% женщин в разные периоды беременности, чаще во II и III триместрах, при этом у большинства из них оно возникает во время беременности впервые. Изжога является одним из преобладающих симптомов, и ее проявления, как правило, усиливаются с увеличением срока беременности. Большинство пациенток указывают на ухудшение симптомов во время еды и перед сном, вследствие чего из-за интенсивности постпрандиальной изжоги некоторые беременные вынуждены принимать пищу только 1 раз в день и/или спать в полувертикальном положении. Все это бесспорно ухудшает качество жизни женщин в период гестации.

Среди многообразия патогенетических механизмов гастроэзофагеального рефлюкса определяющим во время беременности становится несостоятельность нижнего пищеводного сфинктера. Основными факторами, приводящими к патологическому рефлюксу, являются релаксирующее действие прогестерона, прием сопутствующих медикаментов (чаще препаратов, обладающих спазмолитическими свойствами), пищевые привычки, такие как употребление шоколада, животных жиров, напитков, содержащих кофеин. Трудно обсуждать значение алкоголя и табака в этиопатогенезе гастроэзофагеального рефлюкса в связи с вероятным развитием более грозной патологии как у беременных, позволяющих себе употребление этих токсических веществ, так и у плода. Роль повышения внутрибрюшного давления с увеличением размеров матки как вероятного изолированного фактора развития гастроэзофагеального рефлюкса на сегодняшний день считается спорной. Некоторые исследователи предполагают, что развитию изжоги во время беременности могут способствовать дискоординированное опорожнение желудка или задержки транзита по тонкому кишечнику.

По данным исследований, опубликованных в обновленном руководстве Американского гастроэнтерологического колледжа (ACG) *Pregnancy in Gastrointestinal Disorders*, повышение уровня прогестерона в сочетании с повышением внутрибрюшного давления, обусловленным увеличивающимися размерами матки у беременных, способствует развитию симптомов изжоги.

Патологическое воздействие других рефлюксных механизмов, таких как недостаточность пищеводного клиренса, патологические состояния со стороны желудка, усиливающие выраженность физиологического рефлюкса, а также преходящие эпизоды расслабления нижнего пищеводного сфинктера, может рецидивировать во время беременности при наличии анамнестических данных в пользу гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ). Таким образом, изжога может появляться либо как состояние, обусловленное непосредственно беременностью, либо в качестве проявлений ГЭРБ, имевшей место до беременности. В случае развития

вследствие первой причины изжога может самостоятельно разрешиться в послеродовом периоде.

Осложнения ГЭРБ, впервые возникшей в период беременности, особенно эзофагит и образование стриктур, встречаются крайне редко, прежде всего потому, что рефлюкс носит непродолжительный характер. Таким образом, при отсутствии симптомов тревоги, как и в случаях с другими категориями пациентов, диагноз устанавливается исключительно на основе клинических проявлений. Прибегать к проведению верхней эндоскопии необходимо только в случаях, резистентных к лечебным мероприятиям, обеспечивая при этом тщательный мониторинг функции сердечно-сосудистой системы и оксигенации плода. В качестве менее травматичного исследования в трудных для диагностики случаях можно использовать суточный мониторинг pH пищевода. Следует отметить, что необходимость в дополнительных методах исследования возникает крайне редко и не является безотлагательной.

В настоящее время во многих публикациях в описанной ситуации в качестве терапии первой линии в легких случаях и основополагающего лечения при среднетяжелых и тяжелых вариантах предлагаются мероприятия по изменению образа жизни: прекращение приема пищи на ночь, отказ от пищевых продуктов, провоцирующих изжогу, курения и употребления алкоголя, сон с приподнятым на 10-15 см головным концом кровати. Все это важные, но чаще всего недостаточные меры по устранению гастроэзофагеального рефлюкса.

Когда врач должен принимать решение о медикаментозной терапии беременной, основным является вопрос вероятности тератогенного эффекта препарата. Необходимо обсудить с пациенткой преимущества и риск назначаемого терапевтического курса и обязательно получить информированное согласие на лечение. Надо отметить, что большинство лекарств не тестировались в рандомизированных контролируемых исследованиях у женщин в период беременности и лактации по этическим соображениям, ввиду чего рекомендации по безопасности лекарственных средств возникают из тематических докладов и отчетов когортных исследований врачей, фармацевтических компаний или FDA.

Вышеупомянутое руководство ACG определяет четкую стратегию для облегчения симптомов изжоги у беременных, в качестве мероприятий по устранению провоцирующих факторов рекомендуя исключение жирной и острой пищи, шоколада, мяты перечной, томатных соусов, кофеина, газированных напитков, цитрусовых. Целесообразно ношение свободной одежды, питание частыми и небольшими порциями с последним приемом пищи за 3 ч до сна. Вероятно, при редко возникающей и непродолжительной изжоге эти рекомендации могут быть полезны. Однако у большинства пациенток отмечается рецидивирование симптомов рефлюкса с увеличением сроков беременности. Использовать или не использовать медикаментозные препараты у этой категории

пациенток? По словам президента ACG А.Е. Foxx-Orenstein, лекарства от изжоги для лечения кислотного рефлюкса во время беременности должны быть сбалансированными, т. е. облегчать симптомы матери, одновременно защищая развивающийся плод. Многочисленные публикации, обобщающие опыт применения медикаментозных средств для купирования изжоги у беременных, в качестве терапии первой линии отдают приоритет применению антацидных препаратов. Но все ли антациды одинаковы и какому из них следует отдать предпочтение? Современный подход к применению этой группы препаратов выглядит следующим образом: при лечении изжоги в период беременности безопасными и эффективными считаются антациды, содержащие алюминий, кальций, магний.

Сегодня происходит переоценка роли антацидных средств как второстепенных препаратов при лечении ГЭРБ (особенно при впервые выявленной НЭРБ; также в сочетании с дуоденогастральным рефлюксом), расширяются показания для их назначения, увеличивается практическая потребность.

Антациды – одна из наиболее хорошо изученных групп лекарственных средств, незаменимые эффекты которых позволяют им и сегодня оставаться популярными как среди врачей, так и среди пациентов. К настоящему времени достаточно четко определилось место антацидов в лечении и дифференциальной диагностике кислото-зависимых заболеваний органов пищеварения:

- для проведения дифференциальной диагностики между кардиальными и некардиальными загрудинными болями;
- для дифференциальной диагностики эпигастральных язвенных и билиарных болей;
- для купирования симптомов язвенной болезни, ГЭРБ, хронического панкреатита в первые дни обострений до назначения лечения;
- в режиме по требованию, дополнительно к лечению при изжоге, язвенных «голодных» болях, язвенной диспепсии и т. д.

Более чем вековой опыт применения антацидов в качестве симптоматического средства основан, прежде всего, на их способности нейтрализовать соляную кислоту. Известным действием антацидов является их способность повышать тонус нижнего пищеводного сфинктера, что в свете обсуждаемой темы является принципиально важным. Именно взаимодействие этих двух механизмов позволяет быстро, эффективно и безопасно купировать изжогу у беременных.

Антациды разделяют на всасывающиеся (системные, растворимые) и не всасывающиеся (несистемные, нерастворимые).

Всасывающиеся антациды представлены такими соединениями, как:

- натрия гидрокарбонат (сода – NaHCO_3);
- магнезия окись (жженая магнезия);
- магнезия карбонат основной – смесь $\text{Mg}(\text{OH})_2, 4\text{MgCO}_3, \text{nH}_2\text{O}$;
- кальция карбонат основной – CaCO_3 ;
- смесь Бурже (сернистый Na, фосфорнокислый Na, бикарбонат Na);
- смесь Ренни (кальция карбонат + магнезия карбонат);
- смесь Тамс (кальция карбонат + магнезия карбонат).

Всасывающиеся антациды вступают в прямую реакцию нейтрализации с соляной кислотой в просвете желудка, поэтому их эффект наступает быстро, но его продолжительность невелика. Всасываясь, эти препараты могут существенно влиять на обмен электролитов; кроме того, они способны вызывать целый ряд нежелательных эффектов и осложнений при длительном применении. Так, прием препаратов, представленных карбонатами (натрия, магнезия и кальция), из-за образования большого количества углекислоты сопровождается выраженным вздутием живота, метеоризмом, отрыжкой. Раствор гидрокарбоната натрия (соды) до сих пор, к сожалению, часто применяется в быту в качестве самолечения при изжоге. Это может отрицательно повлиять на водно-солевой обмен и привести к появлению отеков, повышению артериального давления, что делает такое самолечение недопустимым, особенно у беременных, и объясняет ограниченное применение всасывающихся антацидов в настоящее время.

Современный уровень качества оказания медицинской помощи выдвигает следующие требования к антацидным препаратам, такие как:

- быстрое начало действия и продолжительный эффект;
- способность адсорбировать компоненты желчи, лизолецитин, соляную кислоту, пепсин;
- буферность действия (удержание интрагастрального pH в интервале 3,0-5,0);
- оптимальное соотношение Al и Mg (0,9);
- отсутствие синдрома «рикошета» и вторичной гиперсекреции;
- отсутствие газообразования;
- минимальная энтеральная абсорбция ионов алюминия и магнезия;
- отсутствие системных побочных эффектов и нарушений кислотно-щелочного баланса;
- наличие нескольких лекарственных форм;
- хорошие органолептические свойства;
- стабильность при длительном хранении;
- доступная цена.

Практически всем этим требованиям соответствует группа не всасывающихся антацидов, которые, в свою очередь, подразделяются на 4 подгруппы:

Таблица. Кислотонейтрализующая активность некоторых антацидов

Препарат	Количество	КНА, мэкв
Альмагель	15 мл	25,50
Викалин, Викаир	1 таблетка	9,50
Ренни	1 таблетка	16,00
Маалокс®	1 таблетка	18,50
Маалокс®	15 мл	40,50
Топалкан	1 таблетка	1,15
Фосфалюгель	10 мл	4,32

Характеристики препарату Маалокс® відповідають вимогам, які визначають ефективність і безпеку застосування антацидів у вагітних. Нижче наведено деякі з них.

- Оптимальне співвідношення гідроксидів алюмінію та магнію (0,9 в суспензії та 1,0 в таблетках) забезпечує взаємодоповнювальне дію компонентів препарату, визначає швидкий і тривалий антацидний ефект і легке слабительне дію (що в числі прочого є позитивним фактором для вагітних).
- Буферне дію препарату забезпечує досягнення внутрішньочеревного рН 3,0-5,0.
- Після однократного застосування препарату Маалокс® рН в шлунку зберігається на рівні 4,5 не менше 3 ч.
- Препарат адсорбує жовчні кислоти та лізолецитин, що дозволяє уникати пептичного ураження слизової оболонки шлунку у пацієнтів не тільки з кислотним, а й з жовчним рефлюксом.
- При застосуванні препарату практично відсутні небажані побічні ефекти. Так, на відміну від антацидів, що містять карбонати кальцію, магнію або натрію, Маалокс® не викликає газоутворення, метеоризму та здригання.
- Маалокс® випускається в 4 лікарських формах:
 - таблетки № 20 по 400 мг гідроксиду алюмінію та магнію;
 - суспензія в флаконах по 250 мл (в 15 мл суспензії 525 мг гідроксиду алюмінію та 600 мг гідроксиду магнію);
 - суспензія в пакетиках по 15 мл (525 мг гідроксиду алюмінію та 600 мг гідроксиду магнію в співвідношенні 0,9);
 - Маалокс® міні – суспензія для перорального застосування, пакети по 4,3 мл.
- Хороші гастропротекторні властивості сприяють підвищенню привабливості лікування пацієнтів.
- Препарат не потребує спеціальних умов зберігання та довго зберігає стабільність.

– алюмінієві солі фосфорної кислоти, наприклад Фосфалюгель;
 – алюмінієво-магнієві антациди, представлені такими препаратами, як Маалокс®, Альмагель;
 – алюмінієво-магнієві препарати з додаванням альгінату;
 – алюмінієво-магнієві антациди со слоисто-сетчастою структурою (Тальцид).
 Антацидні властивості цих сполук такі, що їх розчинення та реакція нейтралізації соляної кислоти шлунку продовжуються лише до того моменту, поки рН вмісту шлунку не досягне значень 3,0-4,0.

Швидкість настання нейтралізуючого ефекту при застосуванні невсасуваних антацидів незначно менше, однак тривалість дії досягає 2,5-3 ч. В терапевтичних дозах ці препарати практично позбавлені небажаних системних ефектів.

Більшість невсасуваних антацидів містять в складі сполуки магнію та алюмінію. Гідроксид магнію забезпечує швидке початок кислотно-нейтралізуючої дії, а сполуки алюмінію – пролонгований ефект. Відомо, що солі алюмінію викликають запор, а солі магнію мають незначний слабительний ефект. Гідроксид магнію запобігає висвоженню пепсину, а гідроксид алюмінію адсорбує пепсин, жовчні солі, лізолецитин, викликає цитопротекторне дію за рахунок підвищення секреції простагландинів (PGE₂), збільшує тонус нижнього езофагеального сфінктера.

Антацидний ефект, який є основним для препаратів цієї групи, може розглядатися або як кислотно-нейтралізуючий (якщо 1 молекула антацида нейтралізує 1 молекулу HCl), або як кислотопоглинаючий (якщо 1 молекула антацида нейтралізує більше 1 молекули HCl). При цьому всі препарати даної групи нейтралізують тільки вже виділену HCl, не впливаючи на її секрецію. Кислотно-нейтралізуюча активність (КНА) антацидів виражається в міліеквівалентах (мэкв), що відповідає кількості 1 N соляної кислоти, яку витіснює до рН 3,5 визначеною дозою препарату за встановлений час (зазвичай 15 хв). КНА антацидів наведена в таблиці.

Безпека більшості антацидів, що містять алюміній, магній або кальцій, підтверджена багаторічним досвідом їх широкого застосування в період вагітності, а також доказаним відсутнім тератогенним ефектом. В реальній клінічній практиці у 30-50% вагітних для усунення изжоги достатньо застосування тільки антацидів. По частоті застосування в період вагітності антациди займають друге місце серед усіх лікарських засобів, поступаючи лише анальгетикам: в останні 15 днів до народження їх застосовують 11% жінок.

Оптимальний вибір антацида для вагітних

Враховуючи властивості цієї групи препаратів, сьогодні не стоїть питання про призначення всасуваних антацидів. Відповідь очевидна, це повинні бути тільки несистемні (невсасуваний) антациди. Принципово важливою властивістю препарату повинна бути наявність інструкції з медичного застосування препарату, в якій однозначно вказано, що вагітність не є протипоказанням до застосування даного препарату.

В даній клінічній ситуації є лікарський засіб, використання якого може суттєво покращити якість життя вагітної, позбавив її від изжоги, – препарат Маалокс®, який є найбільш вивченим та успішно застосованим антацидом.

Висвоження іонів алюмінію та магнію відбувається поступово в залежності від рН шлункового соку. Препарат Маалокс® забезпечує швидку та тривалу нейтралізацію соляної кислоти з підтримкою рН, близькою до 4,5, викликає захисну дію на слизову оболонку шлунку, зменшує протеолітичну активність пепсину, зв'язує жовчні кислоти.

Своєчасне призначення лікарем, що лікує вагітну, ефективного та безпечного антацидного препарату Маалокс® дозволяє швидко усунути изжогу, покращити якість життя та уникнути розвитку більш тяжких стадій ГЕРБ.

Список літератури знаходиться в редакції.

АНОНС

Міністерство охорони здоров'я України
 Вищий державний навчальний заклад «Українська медична стоматологічна академія»

Науково-практична конференція з міжнародною участю Сучасна гастроентерологія і гепатологія: стандарти діагностики і лікування з позицій доказовості

12-13 травня 2010 р., м. Полтава

До участі в конференції запрошуємо провідних фахівців у галузі гастроентерології та гепатології, лікарів-терапевтів, гастроентерологів, інфекціоністів, сімейних лікарів і лікарів інших спеціальностей. Наукова програма передбачає доповіді на пленарних і секційних засіданнях, лекції провідних фахівців, круглі столи з обговоренням проблемних питань діагностики та лікування захворювань органів травлення.

Напрями та дискусійні питання:

- новітні досягнення у вивченні патогенезу захворювань органів травлення;
- кислото залежні захворювання органів травлення: сучасні принципи медикаментозної терапії, профілактики; резистентність до кислотосупресивної терапії та перспективи її подолання;
- вірусні та невірусні захворювання печінки;
- медикаментозні та аутоімунні ураження печінки;
- органи травлення і метаболічний синдром – міждисциплінарні інтеграційні аспекти;
- захворювання біліарного тракту та підшлункової залози;
- функціональні захворювання органів травлення;
- хронічні запальні захворювання кишечника: діагностика й стандарти лікування;
- захворювання органів травлення у сполученні із захворюваннями інших органів і систем;
- психосоматичні аспекти захворювань органів травлення;
- дитяча, підліткова й доросла гастроентерологія;
- лікувальне харчування в гастроентерології;
- експериментальна гастроентерологія і гепатологія.

У рамках конференції планується проведення секційного засідання молодих учених. Статті у роздрукованому вигляді і на електронних носіях із супровідними документами та копії чеків про оплату за публікацію надіслати до 31 березня 2010 р. за адресою: кафедра внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів, ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», вул. Шевченка, 23, м. Полтава, 36024 (Маслової Ганні Сергіївни). Заявку-анкету учасника конференції необхідно обов'язково надіслати до 15 березня 2010 р. за адресою: ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», вул. Шевченка, 23, м. Полтава, 36024 (завідувачу кафедри внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів Ігорю Миколайовичу Скрипнику) або в електронному форматі на e-mail: scrin69@yandex.ru

Організатори конференції

Професор Ігор Миколайович Скрипник (питання участі, заявка усної доповіді): тел.: (05322) 2-43-95; 2-56-07; моб.: (050) 597-49-08; тел./факс: (05322) 21450; факс: (0532) 693213, e-mail: scrin69@yandex.ru
 Асистент Олександр Феліксівич Гопко (питання проживання, екскурсії): тел.: (05322) 2-14-50; моб.: (097) 512-26-76, e-mail: AIGopko@yandex.ru
 Аспірант Ганна Сергіївна Маслова (питання щодо публікації матеріалів): тел.: (05322) 2-43-95; факс: (0532) 69-32-13; моб.: (050) 346-16-48, e-mail: maslova1708@yandex.ru

АНОНС

Академія медичних наук України
 Міністерство охорони здоров'я України
 Українське наукове медичне товариство оториноларингологів
 ДУ «Інститут отоларингології ім. О.С. Коломійченка АМН України»

XI ЗІЗД ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІВ УКРАЇНИ

17-19 травня 2010 р., м. Судак

Наукова програма

- Історія оториноларингології.
- Алергологія та імунологія в оториноларингології.
- Ринологія та ринопластика.
- Ларингологія, фоніатрія.
- Ендоскопічна та лазерна хірургія.
- Отологія, аудіологія, вестибулологія, кохлеарна імплантація.
- ЛОР-онкологія.
- Травматичні ушкодження ЛОР-органів.

Заїзд учасників – 16-17 травня 2010 р.

Проживання делегатів та гостей зїзду – в туристсько-оздоровчому комплексі «Судак» (98000, Україна, АР Крим, м. Судак, вул. Леніна, 89).
 Бронювання та оплату номера необхідно здійснити до 25 квітня 2010 р.
 Тел.: (067) 247-82-07
 (067) 441-75-24, тел./факс: 244-91-83,
 e-mail: o.kornienko@males.com.ua, s.kornienko@males.com.ua

Реєстрація делегатів та гостей зїзду буде проводитися у вестибюлі конференц-зали туристсько-оздоровчого комплексу «Судак»:
 16.05.2010 р. – з 8:00 до 22:00
 17.05.2010 р. – з 8:00 до 10:00
 За додатковою інформацією звертайтеся:
 тел. (044) 483-12-82
 тел./факс (044) 483-15-80
 e-mail: amtc@kndio.kiev.ua, kholodenko@list.ru, www.ents.com.ua