

ИЗЖОГА У БЕРЕМЕННЫХ: БЕЗОПАСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Е. Еремина, доктор медицинских наук, профессор
Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева,
Саранск
E-mail: eeu61@mail.ru

Представлены основные механизмы симптома изжоги и тактика ее медикаментозной терапии у беременных. Подчеркнуты роль гастроэзофагеального рефлюкса и связь изжоги во время беременности с последующим развитием гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.

Ключевые слова: гастроэнтерология, изжога, беременность, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, альгинаты.

Изжога, по разным данным, наблюдается во время беременности у 50–95% женщин [1–5] и встречается при любом ее сроке, но чаще – во II и III триместрах [2, 5]. С 20-й недели на частую изжогу жалуются около 30% беременных, а к 38-й неделе – более 90%, причем в 25–79% случаев изжога отмечается ежедневно [5, 6]. Данные о частоте изжоги среди первородящих и повторнородящих женщин неоднозначны: одни авторы [7, 8] не выявили различий, согласно данным других [9], изжога у повторнородящих встречается чаще, причем она повторяется, в какой бы период первой беременности ни возникала.

Изжога создает значительные проблемы беременной, существенно ухудшая качество ее жизни. Обычно она появляется через 30–60 мин после еды (особенно после обильной, жирной, жареной, кислой или острой пищи), продолжается от нескольких минут до нескольких часов, может повторяться в течение дня. Нередко сопровождается дисфагией, отрыжкой воздухом, регургитацией, болями за грудиной несердечного происхождения, ощущением «кома в горле», кашлем, икотой [9].

Причинами изжоги у беременных [4, 5, 10, 11] становятся:

- токсикоз с частой рвотой и, следовательно, раздражением пищевода рвотными массами;
- высокий индекс массы тела (ИМТ) перед беременностью и значительное его увеличение в ходе беременности;
- функциональная недостаточность кардиального отдела желудка во второй половине беременности вследствие снижения тонуса нижнего пищеводного сфинктера, изменения двигательной активности пищевода и желудка, увеличения антиперистальтических сокращений и гормональной перестройки в этот период;
- повышение внутрибрюшного давления, обусловленное ростом матки с увеличением срока беременности, особенно если она многоплодная;
- повышение кислотности желудочного сока, связанное с увеличением уровня гастрин в крови вследствие его дополнительной продукции плацентой и плодом;
- изменение привычного стереотипа питания и двигательного режима во время беременности;

- рецидив или манифестация заболеваний, ведущим симптомом которых является изжога (гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь – ГЭРБ), эзофагоспазм, язвенная болезнь, гастродуоденит, функциональная диспепсия, дисфункциональные расстройства билиарного тракта и др.).

Изжога у беременных, как правило, обусловлена забросом желудочного (или с примесью дуоденального) содержимого в нижний отдел пищевода и раздражающим действием рефлюктата на его слизистую оболочку. В зависимости от состава рефлюктат может быть кислым, слабокислым, слабощелочным или щелочным.

В появлении изжоги имеют значение также повышенная чувствительность слизистой оболочки пищевода, замедление эвакуации содержимого из желудка, ослабление тонуса нижнего пищеводного сфинктера и нарушение его запирающей функции, снижение способности пищевода удалять обратно в желудок попавшее в него содержимое (пищеводный клиренс). Иными словами, изжога у беременных в большинстве случаев служит проявлением ГЭРБ [3, 12].

Согласно современным представлениям, ГЭРБ включает как формы с повреждением слизистой оболочки пищевода, так и случаи (>70%) с типичными пищеводными симптомами ГЭРБ (изжога, регургитация), а также с кардиологическими, бронхолегочными, оториноларингологическими симптомами, при которых эндоскопически видимые изменения слизистой оболочки пищевода отсутствуют. ГЭРБ – распространенная гастроэнтерологическая патология. По данным многоцентрового исследования МЭГРЕ [13], она регистрируется у 13,3% россиян. Симптом изжоги встречается среди населения России, Европы и США с частотой от 20 до 40% [13, 14].

У многих женщин этот симптом возникает впервые в гестационный период [2, 8]. Изжога столь часто беспокоит беременных, что иногда ее считают нормальным проявлением беременности и даже предлагают рассматривать как отдельный симптом [2]. Аргументом для этого служит тот факт, что изжога действительно нередко ограничена периодом беременности и заканчивается после родоразрешения, хотя далеко не всегда ее симптомы в послеродовом периоде исчезают бесследно.

Появление изжоги во время беременности не только существенно нарушает качество жизни женщин, но и повышает в последующем риск развития ГЭРБ, особенно спустя 1 год после родов, когда теряется ее связь с беременностью [15–17]. Так, о послеродовой изжоге сообщили 19,7% женщин, жаловавшихся на изжогу во время беременности [11]. Риск развития ГЭРБ возрастает с увеличением кратности родов. Установлено, что из тех, у кого изжога отсутствовала, ГЭРБ впоследствии развивается у 5,5% [16], при наличии изжоги во время 1-й беременности – у 17,7%, а если ей сопровождалась 2 беременностями – у 36% женщин [16].

Изжога у беременных может быть проявлением рецидива ранее сформировавшейся ГЭРБ или других заболеваний органов пищеварительной системы [8, 12, 13]. Наконец, изжога может быть одним из проявлений крайне тяжелой патологии периода беременности – острой жировой печени беременных.

Для установления наиболее вероятных причин развития изжоги у беременной проводится тщательный сбор анамнеза, выяснение жалоб, анамнеза заболевания и жизни, физикальное обследование и УЗИ печени, желчного пузыря, поджелудочной железы. Эндоскопическое исследование пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки у беремен-

ных используется при осложненном течении заболевания, наличии в анамнезе эрозивно-язвенного процесса в эзофагогастроудоденальной зоне или отсутствии эффективности проводимой терапии [2, 12]. Хотя метод и обременителен для беременной, высокая информативность, безопасность и возможность точной диагностики выдвигают его на 1-е место среди методов исследования при патологии верхних отделов пищеварительного тракта у беременных. Противопоказаниями к его проведению являются значительная деформация шейно-грудного отдела позвоночника, резко выраженный кифоз, сужение пищевода, ригидность глотки, большой зуб, чрезмерная рвота беременных, нефропатия с высокой гипертензией, эклампсия или преэклампсия, предлежание плаценты и высокая степень миопии.

Медикаментозная тактика при ГЭРБ в популяции в настоящее время детально проработана [18, 19] и успешно применяется на практике. Она включает курс основной и поддерживающей терапии по принципу *step down*. Появление изжоги у беременных требует несколько иных подходов, чем в популяции. Безусловно, оно должно эффективно воздействовать на основные патогенетические механизмы гастроэзофагеального рефлюкса, способствовать ослаблению агрессивных свойств рефлюктата и эффекта «кислотного кармана», а также усилению факторов защиты слизистой оболочки пищевода [20]. Необходимо также коррекция сопутствующих патологических состояний, способствующих развитию или манифестации изжоги (запор, билиарная дисфункция, дуоденогастральный рефлюкс и т.д.). Наконец, лечение должно быть безопасным для состояния беременной и плода.

Несмотря на то, что главные структуры органов развиваются у плода в первые 12 нед гестации, а риск пороков развития существует в течение 16 нед после зачатия, лекарства, принимаемые на более поздних сроках беременности, также могут нарушить развитие плода. Поэтому для беременных более предпочтительно лечение, не связанное с системным воздействием. В связи с этим лечение изжоги у беременных начинают с невсасывающихся антацидов или альгинатов, и лишь при отсутствии эффекта или осложненном течении патологии назначают антисекреторные препараты (ранитидин, ингибиторы протонной помпы) [12]. Таким образом, принципом терапии изжоги у беременных является «терапия по возрастанию», или *step up*.

К современным невсасывающимся антацидам относятся препараты, в составе которых содержится алюминия фосфат или гидроксид, магния гидроксид или карбонат, карбонат кальция, гидротальцит, а также их разнообразные сочетания. Алюминийсодержащие и некоторые магнийсодержащие невсасывающиеся антациды относятся к группе низкого риска, поэтому их допустимо назначать беременным в зависимости от ситуации или коротким курсом. Они нейтрализуют соляную кислоту, адсорбируют пепсин и желчные кислоты, снижают давление в желудке и двенадцатиперстной кишке, устраняют мышечный спазм и дуоденогастральный рефлюкс, сокращают время эвакуации желудочного содержимого.

Для купирования изжоги их принимают обычно через 1 ч после еды, когда снижается защитное действие пищи, а также перед сном – для уменьшения агрессивного действия соляной кислоты и желчи на слизистую оболочку желудка в ночное время. При приеме натощак (за 30–40 мин до еды) происходит быстрая эвакуация антацидов, при этом продолжительность их действия не превышает 20–40 мин, в то время как при приеме препарата через 1 ч после еды нейтрализующее действие сохраняется в течение 3 ч.

Разные лекарственные формы антацидов (таблетки, гели, суспензии) и их комбинации (с симетиконом, местнодействующим анестетиком, сорбитолом и др.) облегчают подбор индивидуальной терапии. Суспензии и гели содержат более мелкие частицы активного вещества, чем таблетки, поэтому быстрее растворяются в кислой среде желудка, обеспечивая равномерное распределение препарата по поверхности слизистой оболочки. Для таблетированных форм характерна большая продолжительность поддержания pH желудочной среды на уровне 4,0.

При длительном применении (такая необходимость возникает именно у беременных) невсасывающиеся антациды способны вызывать ряд нежелательных побочных эффектов [21, 22]. Для алюминийсодержащих антацидов – это запор, связанный с угнетением моторики кишечника, реже – нарушение минерального обмена, развитие нефро- и энцефалопатии, недомогание и мышечная слабость, остеопороз и др. При взаимодействии алюминия гидроксида, входящей в состав антацидов, с кислотой в желудке может всасываться от 17 до 30% образующегося алюминия хлорида [23]. Гипералюминемия и гипермагниемия вследствие длительного применения антацидов могут быть ассоциированы (как у матери, так и у плода) с нейротоксическим эффектом, остеоцистозом, нефролитиазом, гипотонией и респираторным дистресс-синдромом [24]. Избыточное употребление кальция карбоната может привести к молочно-щелочному синдрому Бернетта.

Антациды нельзя принимать одновременно с другими лекарственными препаратами, особенно с препаратами железа (широко используемыми в период беременности), так как антациды обладают адсорбирующими свойствами и уменьшают всасывание железа.

Следует учитывать, что при наличии у беременной запора показаны магнийсодержащие антациды, а при ослаблении стула – алюминийсодержащие (чаще – препараты фосфата алюминия), при наличии панкреатита или желчнокаменной болезни, в том числе на стадии билиарного сладжа, не следует назначать антациды, содержащие кальций.

Современные клинические исследования показали высокую степень безопасности купирования отдельных эпизодов изжоги, особенно в рамках курсового лечения, препаратами из группы альгинатов, в частности, препаратом альгиновой кислоты Гевискон® форте [17].

Альгинаты не только эффективно нейтрализуют агрессивное воздействие кислотного-пептического фактора на слизистую оболочку пищевода и желудка, но также создают антирефлюксный барьер [6, 18, 22]. Согласно результатам исследований Ю.П. Успенского и соавт., на фоне 2-недельного применения препарата Гевискон® улучшаются показатели суточного внутрипищеводного pH-мониторинга и значительно уменьшается период времени с интрагастральным pH < 2 в ночные часы у большинства пациентов с ГЭРБ [25].

Гевискон® не всасывается в кровь, а следовательно, лишен системных побочных эффектов и может применяться для лечения изжоги у беременных [6, 17, 22]. При приеме внутрь он быстро реагирует с кислотой в просвете желудка, образуя альгинатный гелевый барьер на поверхности содержимого желудка, физически препятствующий возникновению гастроэзофагеального рефлюкса и связанной с ним клинической симптоматики (изжоги, регургитации, отрыжки, дисфагии, ретростернальных болей и др.). В случае регургитации (рефлюкса) гель попадает в пищевод, уменьшая раздражение слизистой оболочки [6, 21, 26].

Альгинатный «плот» оказывает цитопротективное действие на слизистую оболочку желудочно-пищеводного соединения, не изменяя при этом процесс нормального пищеварения в желудке [18]. Важно, что «плот» не влияет на эвакуацию химуса из желудка и уровень внутрижелудочного pH.

Альгинаты не вмешиваются в нормальные физиологические процессы пищеварения [21]. В ряде исследований показаны пребиотические свойства альгинатов, которые, эвакуируясь в кишечник, становятся питательной средой для нормальной микробиотической флоры [6, 27]. Описаны и другие полезные эффекты альгинатов, обеспечивающие их эффективность в лечении ГЭРБ, — прокинетический, обволакивающий, легкий слабительный и гемостатический [17].

Безопасность альгинатов оценена Объединенным экспертным комитетом по пищевым добавкам (JECFA); Продовольственная и сельскохозяйственная организация ООН, а также Всемирная организация здравоохранения установили приемлемое ежедневное потребление для альгиновой кислоты и ее солей как «неограниченное» [17].

Профиль эффективности и безопасности препарата Гевискон® для лечения изжоги и предотвращения рецидивов рефлюкс-эзофагита в разных популяционных группах, в том числе у беременных, подтвержден многочисленными исследованиями [3, 6, 28].

Так, многоцентровое исследование ВИА АПИА (Россия) показало [29], что при курсовом лечении препаратом Гевискон® форте к 7-му дню происходило стойкое купирование изжоги у 48,6% и регургитации — у 64,6% больных, к 14-му дню — соответственно у 84,2 и 88,5%. Полный контроль симптомов рефлюкса сопровождался значимым улучшением самочувствия и качества жизни больных.

В открытом многоцентровом исследовании S. Lindow и соавт. [28] установлены высокая безопасность и эффективность препарата Гевискон® форте для купирования изжоги и регургитации во все сроки беременности. Его применение в течение 4 нед у 150 женщин с изжогой при сроке беременности ≤38 нед приводило к купированию симптома у 90% обследованных.

В нескольких работах продемонстрирована более высокая эффективность препарата Гевискон® при купировании изжоги, чем при применении алюминий-магниевых антацидов: препарат действует быстрее, эффект сохраняется дольше (до 4 ч) [6, 22].

В исследовании по оценке безопасности и эффективности препарата Гевискон® [28] большинство женщин отметили быстрое начало его действия: 57% — через 10 мин и 93% — через 20 мин. При этом 90% обследованных оценили эффективность 4-недельного лечения препаратом Гевискон® форте во время беременности как «очень хорошую» или «хорошую». По данным Д.С. Бордина и соавт. [26], Гевискон® приносит облегчение от изжоги через 1 мин и купирует ее в среднем через 3,6 мин.

Показана более отчетливая эффективность и быстрота действия препарата Гевискон® [30] перед антацидами в купировании изжоги, вызванной приемом специфической, («рефлюксогенной») пищи, провоцирующей изжогу, — с высоким содержанием жира. Имеются данные о преимуществе альгината для быстрого облегчения симптома изжоги и предотвращения эзофагеального рефлюкса перед медикаментами для системного снижения кислотности (ранитидином, омепразолом), а также цисаприда моногидратом, применяемого для уменьшения симптомов диспепсии [6]. К несомненным преимуществам препарата Гевискон® относится способность



GAVISCON®

Гевискон® — уникальный препарат*, обладающий физическим механизмом действия, поэтому его можно применять для быстрого облегчения изжоги в любом триместре**

* Мониторинг розничных продаж ЛС в аптечной сети РФ от октября 2014 г. ООО «ЦМИ Фармак-сперт». ** Инструкция по нелицензионному применению препарата Гевискон® Форте. Дата выхода материала: май 2015. Номер материала: 000367. Фармакотерапевтическая группа: средство лечения рефлюкс-эзофагита. Рег. удостоверение: ЛС-002447. Информация предназначена для медицинских работников. Представили данную информацию, наша компания ни в какой мере не рассчитывает на первоочередную рекомендацию нашей продукции и не требует передачи информации о продукции компании пациентам. Реклама.

нейтрализации кислотного «кармана», не свойственная антисекреторным препаратам. W. Rohof и соавт. [31] отмечено, что ингибиторы протонной помпы, в отличие от альгината, не оказывают значимого влияния на кислотный «карман», а значит, несмотря на некоторое уменьшение его размеров и изменение положения, на фоне приема ингибитора протонной помпы сохраняются условия для рефлюкса и развития симптомов ГЭРБ.

Положительным моментом является снижение частоты и выраженности на фоне приема препарата Гевискон® форте не только еженедельной, ежедневной и ночной изжоги, но и часто сопутствующих ей симптомов регургитации и ретростернальной боли [4]. Наконец, следует отметить, что Гевискон не влияет на фармакокинетику других лекарственных средств [32], что особенно важно для беременных.

Накопленные к настоящему времени данные позволяют считать форму препарата Гевискон® – Гевискон® форте при беременности в дозе 5–10 мл (в зависимости от потребности) высокоэффективным препаратом для облегчения изжоги во время беременности [34]. Препарат можно применять для быстрого облегчения изжоги и в качестве курсовой терапии в любом триместре беременности. Он выпускается в формате саше, которые удобно брать с собой.

При частой мучительной изжоге, не купируемой антацидами или альгинатами, при эндоскопических признаках эрозивного эзофагита могут быть назначены антисекреторные препараты – блокатор H_2 -рецепторов гистамина ранитидин (в дозе 150–300 мг/сут) или ингибиторы протонной помпы (ИПП) (омепразол – 20 мг/сут или эзомепразол – 10–20 мг/сут) [8, 33]. Согласно рекомендациям американских ученых [24], большинство ИПП, а также H_2 -гистаминоблокатор ранитидин в терапевтических дозах считаются безопасными для течения беременности и плода, даже при использовании в I триместре. Тем не менее длительность терапии данными препаратами в период беременности следует предельно ограничивать, стремясь при необходимости максимально раньше переходить на альгинат.

Повышению комплаентности беременной с изжогой служат общие рекомендации по модификации образа жизни и питания, представленные ниже.

1. Избегать положений, способствующих возникновению изжоги (опущенное изголовье во время сна, длительное пребывание в наклонном положении, выполнение упражнений, связанных с напряжением брюшного пресса). Рекомендуются сон с приподнятым на 15–20 см головным концом кровати (одних «высоких» подушек недостаточно). Следует ограничивать по времени ношение бандажа; отказаться от работ в наклонном положении, особенно после приема пищи.
2. Принимать пищу часто (5 раз в день), с одинаковыми интервалами между приемами пищи, малыми порциями, избегая переедания. В пищу необходимо включать продукты, обладающие щелочной реакцией: нежирные молоко, сливки, сметану, творог, паровые омлеты, отварное мясо, рыбу, птицу. Блюда и гарниры из овощей употреблять в отварном или протертом виде. Яблоки лучше запекать. Не рекомендуются жирные, жареные блюда, острые соусы и приправы, кислые фруктовые соки и компоты, овощи, содержащие грубую клетчатку и эфирные композиции (белокочанная капуста, редис, редька, репчатый лук, чеснок), грибы, черный хлеб, газированные напитки, горячий крепкий чай, черный кофе.

3. После еды не ложиться как минимум 40 мин, лучше посидеть или походить, что способствует более быстрой эвакуации пищи из желудка.
4. Избегать приема лекарственных препаратов, снижающих тонус нижнего пищеводного сфинктера (теофиллин, прогестерон, антидепрессанты, седативные и транквилизаторы, α - или β -адреноблокаторы, нитраты, антагонисты кальция, миогенные спазмолитики и др.) или индуцирующих воспалительный процесс в слизистой оболочке пищевода и желудка (ацетилсалициловая кислота и нестероидные противовоспалительные препараты).
5. Ликвидировать запор, поскольку натуживание способствует повышению внутрибрюшного давления, забросу агрессивного желудочного содержимого в пищевод и появлению изжоги. С этой целью используются не противопоказанные в период беременности слабительные препараты (лактолоза, макрогол и др.). При наличии метеоризма целесообразно применять «пеногасители» – препараты симетикона и диметикона, в том числе в комбинации с антацидами. Для комплексной нормализации функций кишечника, желчного пузыря и желчевыводящих путей используются пищевые волокна.

В заключение хотелось бы подчеркнуть, что тактика лечения беременных с изжогой должна быть не выжидательной, ухудшающей качество жизни пациенток и усугубляющей психоэмоциональные расстройства, а также течение заболевания, а более активной, способствующей быстрому и адекватному устранению негативной симптоматики. Пациентка должна быть подробно информирована об особенностях течения своего заболевания во время беременности и возможном влиянии на развитие плода, в том числе при отсутствии адекватной терапии, а также о необходимости и характере назначаемой медикаментозной терапии и ее возможных побочных эффектах.

Литература

1. Rodriguez A., Bohlani G., Lindmark G. Symptoms across pregnancy in relation to psychosocial and biomedical factors // *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* – 2001; 80: 213–23.
2. Бурков С.Г. Изжога беременных // *Consilium Medicum. Гинекология (Прил.)*. – 2004.
3. Елохина Т.Б., Тютюнник В.Л. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь при беременности // *Эксперим. и клин. гастроэнтерол.* – 2009; 3: 93–7.
4. Онучина Е.В., Горобец Э.А., Рожанский А.А. и др. Симптомы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у беременных // *Лечащий врач.* – 2010; 2: 88–91.
5. Ramu B., Mohan P., Rajasekaran M. et al. Prevalence and risk factors for gastroesophageal reflux in pregnancy // *Indian J. Gastroenterol.* – 2011; 30 (3): 144–7.
6. Мандел К.Г., Дегги Б.П., Броди Д.А. и др. Альгинатсодержащие препараты в лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // *Справочник поликлинического врача.* – 2008; 10: 46–9.
7. Ушкалова Е.А. Лечение гастроэзофагеального рефлюкса у беременных женщин // *Гинекология.* – 2001; 3: 89–90.
8. Richter J. Gastroesophageal reflux disease during pregnancy // *Gastroenterol. Clin. North. Am.* – 2003; 32: 235–61.
9. Bainbridge E. Symptomatic gastro-oesophageal reflux in pregnancy: a comparative study of white Europeans and Asians in Birmingham // *Br. J. Clin. Pract.* – 2003; 37: 53–7.
10. Fil S., Malfertheiner M., Costa S. D., Monkemuller K. Handling of the gastroesophageal reflux disease (GERD) during pregnancy—a review // *Z. Geburtshilfe Neonatol.* – 2007; 211: 215–23.
11. Naumann C., Zelig C., Napolitano P. et al. Nausea, vomiting, and heartburn in pregnancy: a prospective look at risk, treatment, and outcome // *J. Maternal-Fetal Neonatal. Med.* – 2012; 25 (8): 1488–93.

12. Еремина Е.Ю., Машарова А.А. Заболевания органов пищеварительной системы у беременных / Саранск, 2009; 200 с.
13. Лазебник Л.Б., Машарова А.А., Ткаченко Е.И. и др. Многоцентровое исследование МЭГРЕ: первые итоги // Эксперим. и клин. гастроэнтерол. – 2009; 6: 4–12.
14. Stanghellini V. Management of gastroesophageal reflux disease // *Drugs Today*. – 2003; 39: 15–20.
15. Rey E. Симптомы гастроэзофагеального рефлюкса во время и после беременности // *Am. J. Gastroenterol.* Русское издание. – 2008; 2: 1: 1–6.
16. Bor S., Kitapcioglu G., Dettmar P. et al. Связь между изжогой во время беременности и риском гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // *Клин. гастроэнтерол. и гепатол.* Русское издание. – 2008; 6: 396–400.
17. Успенский Ю.Л., Барышникова Н.Б. Изжога и гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у беременных: актуальность использования альгинатов // *Лечащий врач*. – 2012; 11: 17–20.
18. Маев И.В., Дичева Д.Т., Андреев Д.Н. и др. Место альгинатов в современных алгоритмах терапии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // *Гастроэнтерология*. – 2012; 2: 12–7.
19. Стандарты диагностики и лечения кислотозависимых и ассоциированных с Нр заболеваний (5-е Московские соглашения), 2015.
20. McColl K., Clarke A., Seenan J. Acid pocket, hiatus hernia and acid reflux // *Gut*. – 2010; 59: 430–1.
21. Щербинина М.Б., Морозова Н.К. Гевискон форте – надежный помощник в лечении ГЭРБ. Новости медицины и фармации // *Гастроэнтерология* (тематический номер). – 2008: 239.
22. Tran T., Lowry A., El-Serag H. Meta-analysis: the efficacy of over-the-counter gastro-oesophageal reflux disease drugs // *Aliment. Pharmacol. Ther.* – 2007; 25 (2): 143–53.
23. Berthon G. Aluminium speciation in relation to aluminium bioavailability, metabolism and toxicity // *Coord. Chem. Rev.* – 2002; 228: 319–41.
24. Mahadevan U., Kane S. American gastroenterological association institute medical position statement on the use of gastrointestinal medications in pregnancy // *Gastroenterology*. – 2006; 131: 278–82.
25. Успенский Ю.П., Барышникова Н.В., Пахомова И.Г. Клинические перспективы использования препаратов на основе альгиновой кислоты в лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // *РЖГГК*. – 2009; 19 (2): 79–84.
26. Бордин Д.С., Машарова А.А., Фирсова Л.Д. и др. Оценка скорости начала действия и купирования изжоги при однократном приеме альгинатов у больных ГЭРБ // *Экспер. и клин. гастроэнтерол.* – 2009; 4: 83–91.
27. Janczyk P., Pieper R., Smidt H. et al. Effect of alginate and inulin on intestinal microbial ecology of weanling pigs reared under different husbandry conditions // *FEMS Microbiol. Ecol.* – 2010; 72 (1): 132–42.
28. Линдоу С., Регнелл П., Сайке Дж. и др. Открытое многоцентровое исследование по оценке безопасности и эффективности нового средства от изжоги (Гевискон Форте®) во время беременности // *РМЖ*. – 2008; 6: 439.
29. Лазебник Л.Б., Бордин Д.С., Машарова А.А. и др. Восстановление качества жизни устранением и предотвращением изжоги альгинатом: результаты многоцентрового исследования ВИА АПИА // *Эксперим. и клин. гастроэнтерол.* – 2010; 6: 70–6.
30. Strugala V., Dettmar P., Sarratt K. et al. A randomized, controlled, crossover trial to investigate times to onset of the perception of soothing and cooling by over-the-counter heartburn treatments // *J. Int. Med. Res.* – 2010; 38: 449–57.
31. Rohof W., Bennink R., Boeckxstaens G. Effect of PPI on the size, position and acidity of the postprandial acid pocket // *Gastroenterology*. – 2012; 124: 92.
32. Махов В.М., Турко Т.В., Тарба К.С. Лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни – многофакторный подход // *Рус. мед. журн.* – 2013; 31: 3–6.
33. Brigg G., Freeman R., Yaffe S. *Drugs in pregnancy and lactation: a reference guide to fetal and neonatal risk* / Baltimore: Williams and Wilkins, 2002.
34. Инструкция по медицинскому применению препарата Гевискон®, Гевискон® форте.

HEARTBURN IN PREGNANT WOMEN: SAFE TREATMENT

Professor E. Eremina, MD

N.P. Ogarev Mordovia State Medical University, Saransk

The paper presents the basic mechanisms of heartburn and its drug therapy policy in pregnant women. It emphasizes the role of gastroesophageal reflux and an association of heartburn in pregnancy with the subsequent development of gastroesophageal reflux disease.

Key words: gastroenterology, heartburn, pregnancy, gastroesophageal reflux disease, alginates.