

РОЛЬ И МЕСТО АНТАЦИДОВ В ЛЕЧЕНИИ КИСЛОТОЗАВИСИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Г.Д. Фадеевко, д.м.н., профессор, Институт терапии им. Л.Т. Малой АМН Украины, г. Харьков

Антациды являются первыми фармакологическими средствами, которые начали использовать в лечении кислотозависимых заболеваний еще несколько столетий назад. До середины XX века эти препараты оставались основными для лечения язвы желудка и двенадцатиперстной кишки и устранения изжоги. С появлением лекарственных средств других фармакологических групп, таких как блокаторы H₂-гистаминовых рецепторов, ингибиторы протонного насоса, которые в настоящее время входят в стандарты лечения пептической язвы и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, антациды не утратили своего значения. Сегодня антациды продолжают широко применять – об этом свидетельствует количество препаратов этой группы, позиционируемых на фармацевтических рынках мира, в том числе и в Украине (в нашей стране зарегистрировано более 30 торговых наименований), и объемы их продаж.

В чем же заключается феномен антацидов? Почему за несколько столетий они не утратили своего значения и продолжают быть востребованными, несмотря на появление принципиально новых лекарственных средств? Во многом это зависит от механизма действия антацидных препаратов и их фармакологических свойств.

В настоящее время существуют препараты антацидов, различающиеся по основному активному веществу, времени действия, форме выпуска, вкусовым качествам.

Все антациды действуют в просвете желудка и/или непосредственно у его стенки и имеют схожий механизм действия. Он заключается в непосредственном взаимодействии с соляной кислотой желудочного сока, приводящем к снижению ее активности. При этом протеолитические свойства желудочного сока снижаются, раздражающее действие соляной кислоты на слизистую оболочку желудка уменьшается, внутрижелудочный pH повышается до 4,0-5,0. Повышение pH в желудке сопровождается снижением активности ряда протеолитических ферментов и ослаблением действия агрессивных факторов.

Сила действия антацидных препаратов определяется их кислотонейтрализующей активностью (КНА), которая выражается в миллиэквивалентах (количество 1N соляной кислоты, титруемое до pH 3,5 определенной дозой препарата за установленное время). КНА различных антацидов значительно различается. Она считается низкой, если составляет менее 200 мэкв/сут; средней – в диапазоне 200-400 мэкв/сут и высокой – более 400 мэкв/сут.

Скорость наступления антацидного эффекта определяется скоростью растворения препарата и его лекарственной формой. Быстрое развитие буферного эффекта характерно для натрия гидрокарбоната, кальция карбоната, а также гидроксида магния, которые достаточно легко растворяются в желудке. Суспензии обычно растворяются быстрее, чем твердые лекарственные формы. На продолжительность действия антацидов существенно влияет скорость их эвакуации из желудка, которая определяется, в свою очередь, наличием или отсутствием пищи в желудке. Антацидный препарат, принятый через час после еды, дольше задерживается в желудке и обеспечивает более продолжительный эффект.

В настоящее время существует две основные группы антацидов. Классификация антацидов базируется на их способности к всасыванию. В соответствии с этим антациды условно разделяют на всасывающиеся (растворимые) и невсасывающиеся. Всасывающиеся антациды могут оказывать системные эффекты, невсасывающиеся действуют преимущественно в желудочно-кишечном тракте. Свойства всасывающихся антацидов хорошо изучены и врачам широко известны.

Всасывающиеся антациды

Натрия гидрокарбонат (натрия бикарбонат, питьевая сода) является наиболее хорошо всасывающимся антацидным средством. Для него характерно быстрое (несколько минут) наступление эффекта при короткой продолжительности действия. Прием такого антацида за очень короткое время (15-20 мин) обуславливает повышение внутрижелудочной pH до 7 и более, что вызывает развитие синдрома отдачи с вторичным возрастанием секреции соляной кислоты. Усилению секреции кислоты способствует и выделение в процессе реакции нейтрализации углекислого газа, растягивающего стенки желудка и вызывающего болевой синдром. Углекислый газ обуславливает также отрыжку и метеоризм – побочные эффекты, особенно нежелательные для больных с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью. При желудочных пептических язвах с глубоким язвенным дефектом растяжение стенок желудка чревато перфорацией. Кроме того, натрия гидрокарбонат обладает системным действием – может развиваться алкалоз (слабость, головная боль, ухудшение аппетита, тошнота, рвота, боль в животе, спазмы мышц и судороги). Риск алкалоза особенно высок у пациентов с нарушением функции почек. На фоне алкалоза может возникать гипокалиемия.

Вместе с тем гидрокарбонат натрия приводит к ощелачиванию мочи и способствует образованию фосфатных камней, ухудшает водно-электролитный обмен организма (2 г гидрокарбоната задерживают в организме столько же жидкости, сколько и 1,5 г хлорида натрия). Это, в свою очередь, может обуславливать повышение артериального давления, усиление отеков и нарастание признаков сердечной недостаточности у пациентов пожилого возраста с патологией сердечно-сосудистой системы.

Кальция карбонат взаимодействует с соляной кислотой несколько медленнее, чем натрия гидрокарбонат. В результате такого взаимодействия также выделяется углекислый газ. Кроме того, ионы кальция оказывают прямое стимулирующее влияние на секрецию гастрин-клетками слизистой оболочки желудка, что стимулирует вторичную секрецию соляной кислоты еще в большей степени, чем в случае приема натрия гидрокарбоната.

При длительном применении всасыванию подвергается примерно 10% принятого кальция карбоната, что может привести к развитию гиперкальциемии, особенно у больных с нарушенной функцией почек. При длительном использовании кальция карбоната возможны запоры и образование камней в почках. При повышении уровня кальция в крови угнетается продукция паратгормона, что вызывает задержку выведения фосфора, накопление фосфата кальция и как результат – нефрокальциноз. При применении кальция карбоната также может развиваться алкалоз. Сочетанный прием кальцийсодержащих антацидов с молоком способствует развитию «молочно-щелочного» синдрома (гиперкальциемия, транзиторная азотемия, тошнота, рвота, полиурия и психические нарушения).

Как и все препараты, невсасывающиеся антациды обуславливают ряд нежелательных эффектов. Наиболее частым побочным эффектом алюминийсодержащих антацидов является запор, связанный с угнетением моторики кишечника. Однако следует помнить и о потенциальной опасности более серьезных последствий приема этих средств. Невсасывающиеся алюминийсодержащие антациды при длительном применении или приеме в высоких дозах могут вызывать ряд серьезных побочных эффектов: нарушение минерального костного обмена, развитие нефро- и энцефалопатии. Из-за их способности образовывать в тонкой кишке соли фосфата алюминия нарушается всасывание фосфатов и развивается гипофосфатемия, проявляющаяся недомоганием и мышечной слабостью. Выраженный дефицит фосфатов вызывает остеомаляцию и остеопороз. Предполагается, что алюминий нарушает непосредственно минерализацию костной ткани, оказывает токсическое действие на остеобласты, влияет на функцию паращитовидных желез и угнетает синтез активного метаболита витамина D₃ – 1,25-дигидрооксихолекальциферола. Гипофосфатемия, в свою очередь, способствует усилению всасывания кальция, развитию гиперкальциемии, гиперкальциурии и образованию кальциевых камней. Накопление алюминия в мембранах клубочков почек может вызвать развитие почечной недостаточности или ее усугубление. В связи с этим алюминийсодержащие антациды необходимо назначать с особой осторожностью пациентам пожилого и детского возраста. Фосфат алюминия (в частности фосфалюгель) противопоказан беременным.

Все невсасывающиеся антациды уменьшают абсорбцию других препаратов при их совместном применении, что необходимо учитывать, назначая схему приема лекарств (например сердечных гликозидов, непрямых антикоагулянтов, антигистаминных, снотворных и многих других средств). В связи с этим необходимо следовать единому правилу: промежуток времени между приемом антацидов и других препаратов должен составлять не менее 2 ч.

Слабыми антацидными свойствами обладают также препараты висмута (висмута субцитрат коллоидный, висмута субнитрат и др.) и алюминиевая соль октасульфата сахарозы (сукральфат).

В связи с достаточно широким выбором антацидных средств сформулированы предъявляемые к ним требования:

- хорошая способность к связыванию HCl и поддержанию pH на уровне 3,0-4,0;
- высокая адсорбирующая способность для желчных кислот, лизолецитина и пепсина;
- оптимальное соотношение Al/Mg;
- отсутствие феномена обратного пика секреции HCl, как, например, у антацидов, содержащих карбонат кальция или натрия;
- незначительное влияние на минеральный обмен, моторную активность желудочно-кишечного тракта и pH мочи;
- минимально возможная энтеральная абсорбция ионов алюминия и магния;
- минимальный риск развития метеоризма;
- быстрое купирование болевого и диспепсического синдромов.

Таким требованиям, несомненно, соответствуют невсасывающиеся антациды. Всасывающиеся же антациды из-за большого количества побочных эффектов практически утратили свое клиническое значение и применяются населением в основном для

самолечения. Питьевую соду, к сожалению, до сих пор часто используют в быту в качестве самолечения для устранения изжоги, боли в животе. В связи с возможными нарушениями водно-солевого обмена, повышением артериального давления, нарастанием сердечной и почечной недостаточности такое самолечение недопустимо, особенно у лиц пожилого возраста и у беременных.

Классической точкой приложения медицинского эффекта антацидов, известной с глубокой древности, является химическая нейтрализация соляной кислоты в просвете желудка. На принципе уменьшения агрессивных свойств соляной кислоты желудочного сока и пепсина построены все стратегии лечения кислотозависимых заболеваний и в настоящее время.

К основным кислотозависимым заболеваниям относят: пептические язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, гастроэзофагеальную рефлюксную болезнь, функциональную диспепсию, функциональные нарушения пищевода, гастропатии (гастриты, язвы), вызванные приемом нестероидных противовоспалительных препаратов, симптоматическую изжогу. При разнообразии этиологических факторов вышеперечисленные кислотозависимые заболевания объединены единым патогенетическим механизмом их развития, суть которого состоит в воздействии соляной кислоты желудочного сока на слизистые оболочки верхних отделов пищеварительного канала.

Несмотря на столь продолжительную историю применения ощелачивающих средств и наличие в настоящее время препаратов, позволяющих эффективно контролировать продукцию соляной кислоты (ингибиторов протонного насоса, блокаторов H₂ рецепторов), применение антацидов не теряет своей актуальности. Напротив, в последние годы роль антацидных средств (как второстепенных препаратов в лечении кислотозависимых заболеваний) переоценена, расширяются показания к назначению антацидов, увеличивается их практическая потребность. В каких же случаях целесообразно назначение антацидов?

Варианты назначения невсасывающихся антацидов при пептических язвах

- Для быстрого купирования выраженного болевого синдрома в период скрининговой фазы, а также в первые сутки приема ингибитора протонного насоса (до наступления блокады продукции кислоты проходит 1-3 сут) в 4-6 приемов. Суточная доза разделяется в зависимости от режима питания (принимать антацидный препарат следует через 1 и 3 ч после еды, то есть после снижения буферного действия пищи и для компенсированного ощелачивания полости желудка после эвакуации желудочного содержимого).
- При язве, не ассоциированной с *H. pylori*, в качестве монотерапии (при небольших размерах язвенного дефекта и коротком язвенном анамнезе) и в комбинации с ингибиторами протонного насоса (при длительно незаживающих язвах для усиления цитопротективного эффекта).
- При язве, ассоциированной с *H. pylori*, в случаях с ее затрудненным рубцеванием (феномен фиксации факторов роста).
- В случае применения блокаторов H₂-рецепторов гистамина и их отмены, для купирования явления «рикошета».
- После эрадикационной терапии для купирования возможного эпизодического болевого и диспепсического (изжога) синдромов (прием любых антацидов и прочих сорбирующих

средств во время проведения эрадикационной терапии нежелателен из-за возможного снижения ее эффективности).

- В качестве противорецидивной терапии.

Варианты назначения невсасывающихся антацидов при гастритах и дуоденитах

- Для лечения острого гастродуоденита (в качестве дополнительного адсорбирующего и антисекреторного средства к терапии блокаторами H₂-рецепторов гистамина или ингибиторами протонного насоса).
- Для профилактики рецидивов хронического дуоденита любой этиологии (в том числе – режим «по требованию»).
- Для профилактики возникновения гастро- и дуоденопатий на фоне приема нестероидных противовоспалительных препаратов (как самостоятельно, так и совместно с антисекреторными средствами).
- В качестве препаратов выбора при противопоказаниях к приему антисекреторных средств, побочных эффектах ингибиторов протонного насоса, H₂-рецепторов гистамина, непереносимости указанных средств.

Варианты назначения невсасывающихся антацидов при различных заболеваниях органов пищеварения

- При обострении хронического панкреатита для эффективного купирования болевого синдрома, создания покоя поджелудочной железе (снижение pH в двенадцатиперстной кишке обеспечивает своевременность активации ферментных препаратов, быстроту наступления обезболивающего и заместительного эффекта). Возможно назначение антацидных средств при использовании ферментных препаратов без кислотоустойчивых оболочек.
- Включаются в обязательные схемы лечения больных с бескаменным и калькулезным холециститом, дискинезиями желчевыводящих путей, бродильной диспепсией.
- В качестве дополнительного средства при лечении функциональной диспепсии.
- Для устранения симптомов желчного и смешенного рефлюкса при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.
- При функциональной изжоге, в том числе у беременных.

Изжога при беременности

Следует отметить, что невсасывающиеся антациды используются в качестве основного средства для устранения «пищеводных и желудочных» симптомов у беременных. Изжога в период беременности встречается довольно часто, приблизительно у 50-80% женщин. Она настолько часто беспокоит беременных, что как акушеры, так и сами пациентки считают ее нормальным проявлением беременности, не требующим особого внимания. Некоторые исследователи предлагают даже выделять «изжогу беременных» как отдельный симптом, свойственный беременности, который появляется на ее фоне и ею обусловлен, поскольку изжога начинается в период беременности и заканчивается вскоре после родоразрешения.

Одной из наиболее частых причин изжоги при беременности является обострение имевшейся ранее гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Как показывают исследования, немногим более чем у 15% беременных с рефлюкс-эзофагитом

заболевание впервые возникает во время беременности. При детальном опросе беременных установлено, что изжога впервые появилась у 52% женщин в первом, у 24% – во втором и лишь у 9% – в третьем триместре беременности, возникала более часто и была более выраженной в последние месяцы беременности.

В основе гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у беременных лежат те же механизмы, что и у прочих пациентов, однако имеются и некоторые особенности. Так, при беременности снижается давление нижнего пищеводного сфинктера, что усугубляется в зависимости от срока беременности, а восстановление тонуса происходит вскоре после родов. Кроме того, в гестационный период нарастает внутрижелудочное давление, а давление в нижнем пищеводном сфинктере должным образом не только не повышается, но и снижено, что в покое приводит к забросу кислого желудочного содержимого в пищевод и изжоге.

Еще одной не менее важной причиной, способствующей желудочно-пищеводному рефлюксу, является повышение внутрибрюшного давления, обусловленное увеличением матки при беременности. Наряду с этим смещение желудка вверх по мере увеличения срока беременности на фоне снижения тонуса мышц диафрагмы приводит не только к нарушению запирающей функции кардии, но и развитию грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Эти нарушения объясняют не только анатомическими изменениями, происходящими в организме беременной, но и повышением уровня половых гормонов, в первую очередь прогестерона (возможно, в комбинации с эстрогенами), оказывающих релаксирующее действие на тонус гладких мышц всего организма.

Изжога при беременности часто носит постоянный и нередко мучительный характер. Ее продолжительность – от нескольких минут до часов, она возникает многократно по нескольку раз в день, усиливаясь в горизонтальном положении, при повороте с одного бока на другой, при наклонах туловища вперед, например, чтобы одеться или застегнуть обувь. Помимо неприятных ощущений, изжога значительно ухудшает качество жизни беременных. Для устранения или уменьшения выраженности изжоги, возникающей в ночное время, беременные вынуждены вставать, некоторое время ходить по комнате, пить воду, спать сидя в кресле. Ощущение изжоги сопровождается тягостным чувством тоски, подавленным настроением. На фоне длительной изжоги возможно появление боли за грудиной, одышки, отрыжки воздухом.

При проведении профилактических и терапевтических мероприятий у женщин в период беременности следует помнить о том, что можно использовать только лекарственные средства с установленными особенностями метаболизма и только те препараты, которые не оказывают никакого воздействия на плод и хорошо зарекомендовали себя в клинической практике.

Для устранения изжоги у беременных необходимо максимальное усиление факторов защиты от рефлюкса и ослабление агрессивного кислотно-пептического фактора, что предусматривает соблюдение рекомендаций по изменению стиля жизни и диеты. Прежде всего, следует избегать тех положений, которые способствуют возникновению изжоги (наклоны вперед, выполнение гимнастических упражнений). Также необходимо устранять запоры, если таковые развиваются, поскольку любое натуживание приводит к повышению внутрибрюшного давления, забросу кислого желудочного содержимого в

пищевод и появлению изжоги. После приема пищи не следует ложиться, лучше посидеть или даже постоять, так как это способствует более быстрой эвакуации пищи из желудка.

В рацион желательно включать продукты, способные повышать рН («пищевые антациды»): молоко, сливки, сметану, творог, паровые омлеты, отварное мясо, рыбу, птицу, сливочное и растительное масло, белый хлеб. Блюда и гарниры из овощей следует употреблять в отварном или протертом виде (пюре). Не рекомендуется употребление жирных, жареных блюд из мяса, птицы, рыбы, копченостей, острых соусов и приправ, кислых фруктовых соков и компотов, овощей, содержащих грубую клетчатку (белокочанная капуста, редис, редька, репчатый лук, чеснок), грибов, черного хлеба, шоколада, газированных и шипучих напитков, горячего чая, черного кофе.

В качестве препаратов выбора для устранения изжоги в данном случае могут быть невсасывающиеся антациды. Антациды относятся к одной из самых часто используемых лекарственных средств у беременных и уступают по частоте приема лишь препаратам железа. Однако следует помнить, что не рекомендуется применять у беременных препараты, содержащие фосфат алюминия, о чем сообщается в инструкциях. Кроме того, замечено, что сульфат магния может привести к задержке родов и слабости родовой деятельности, развитию судорог.

Выбор оптимального антацида

Наиболее оптимальным антацидным средством, соответствующим всем требованиям, предъявляемым к антацидам, для устранения симптомов изжоги и лечения кислотозависимых заболеваний, в том числе у беременных, является препарат Маалокс. Это один из наиболее хорошо изученных и часто применяемых антацидов в мире. Оптимальное соотношение гидроксидов алюминия и магния (0,9 в суспензии и 1,0 в таблетках) обеспечивает взаимодополняющее действие компонентов препарата, определяющее быстрый и продолжительный антацидный эффект и легкое слабительное действие. Маалокс активно нейтрализует соляную кислоту и может адсорбировать ее. Это способствует скорости наступления антацидного эффекта и увеличению его продолжительности. После однократного введения Маалокса рН в желудке сохраняется на уровне 4,5 не менее 3 ч. Буферное действие препарата обеспечивает достижение внутрижелудочного рН 3,0-5,0, что позволяет не только предотвращать нежелательные последствия более высокого повышения рН (вторичной гиперсекреции), но и применять его при кислотозависимых заболеваниях в сочетании с антисекреторными средствами, значительно ускоряя купирование боли и диспепсических расстройств.

Маалокс обладает умеренной пепсиноадсорбирующей активностью, что, с одной стороны, усиливает его терапевтический эффект, а с другой – не «выключает» желудок из процесса гидролиза компонентов химуса. Он также адсорбирует желчные кислоты и лизолецитин, что позволяет предотвращать пептическое поражение слизистой оболочки желудка и пищевода у больных с желчным рефлюксом.

Маалокс оказывает цитопротективное действие, обусловленное увеличением синтеза простагландина E₂. Он стимулирует секрецию бикарбонатов и защитной мукополисахаридной слизи, улучшает микроциркуляцию, что способствует повышению устойчивости слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки к влиянию

различных ulcerогенных факторов, включая нестероидные противовоспалительные препараты.

Наконец, Маалокс обладает способностью связывать эпителиальный фактор роста и фиксировать его в зоне язвенного дефекта, стимулируя тем самым локальные репаративно-регенераторные процессы, клеточную пролиферацию и ангиогенез.

Отличительным свойством Маалокса является практическое отсутствие нежелательных побочных эффектов, присущих другим антацидным препаратам. Так, в отличие от антацидов, содержащих карбонаты кальция, магния или натрия, Маалокс не вызывает газообразования, метеоризма и отрыжки. В отличие от антацидов, содержащих карбонат кальция, он не усугубляет стеаторею у больных панкреатитом. Ввиду того что Маалокс не содержит натрия, он не способствует увеличению объема циркулирующей крови, в связи с чем его можно назначать пациентам с сопутствующей гипертонической болезнью, недостаточностью кровообращения, портальной гипертензией и беременным. В отличие от ряда других антацидов Маалокс существенно не влияет на электролитный состав и pH мочи и не способствует возникновению уролитиаза. В отличие от препаратов, содержащих кальция карбонат, он не вызывает гиперкальциемии и снижения выработки паратгормона.

Маалокс хорошо переносится больными разного возраста, включая пожилых людей и детей, а также беременными. Его основным побочным эффектом является легкое слабительное действие, как правило, не приводящее к необходимости отмены препарата. Накопление в организме алюминия и магния при применении Маалокса возможно только у больных с выраженной почечной недостаточностью.

Маалокс выпускается в трех лекарственных формах:

- в таблетках № 20 (по 400 мг гидроксида алюминия и магния);
- в суспензии во флаконах по 250 мл (в 15 мл суспензии 525 мг гидроксида алюминия и 600 мг гидроксида магния);
- в суспензии в пакетиках по 15 мл (525 мг гидроксида алюминия и 600 мг гидроксида магния в соотношении 0,9).

Используя данные лекарственные формы препарата, применяя разную частоту приема и варьируя разовыми дозами, можно достичь необходимой для конкретного больного КНА лекарственного средства в течение суток. При применении твердой лекарственной формы Маалокса его эффект можно пролонгировать, если разжевывать таблетки и держать их во рту до полного рассасывания.

Маалокс имеет хорошие органолептические свойства, способствующие повышению приверженности пациентов к лечению. Он не требует специальных условий хранения и длительно сохраняет стабильность.

Эффективность Маалокса при кислотозависимых заболеваниях доказана в многочисленных исследованиях. В частности, в них показано, что частота рубцевания гастродуоденальной язвы при использовании Маалокса составляет 75%. Это обусловлено как его высокой КНА, так и цитопротективными свойствами. Препарат способствует не только рубцеванию язвы, но и восстановлению функциональной активности слизистой

оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, дополняя, а нередко и исправляя эффекты антисекреторных препаратов.

Высокая эффективность Маалокса продемонстрирована при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Применение препарата приводило к исчезновению клинических проявлений заболевания, эффективно устраняя изжогу. Эффективность и безопасность позволяют рекомендовать Маалокс в качестве монотерапии пациентам пожилого возраста, детям и беременным при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.

Маалокс наряду с другими антацидами, связывающими желчные кислоты и лизолецитин, может рассматриваться в качестве препарата выбора для профилактики и лечения желчного рефлюкса. В последнее время появились данные, свидетельствующие об участии желчных кислот в формировании пищевода Барретта, следовательно, антациды, связывающие желчные кислоты, также могут оказаться препаратами выбора и у этой категории больных.

Обоснована целесообразность применения Маалокса при функциональной диспепсии в качестве не только антацида, но и средства, косвенно способствующего ускорению открытия сфинктера привратника, эвакуации химуса из желудка, снижению давления в желудке и двенадцатиперстной кишке. Стимулирующее влияние Маалокса на перистальтику определяет его благоприятное воздействие на моторику кишечника при запорах, в частности при синдроме раздраженной толстой кишки с преобладанием запоров.

Сочетание эффективности и безопасности обуславливает широкое использование Маалокса для профилактики и терапии кислотозависимых заболеваний без возрастных ограничений, а также у беременных.

Таким образом, антациды остаются высоковостребованной группой лекарственных средств и продолжают широко применяться при кислотозависимых заболеваниях в качестве как дополнительных компонентов терапии, так и монотерапии, когда назначение ингибиторов протонного насоса и блокаторов H₂ рецепторов нежелательно или противопоказано. Они с успехом могут использоваться для быстрого устранения таких симптомов, как изжога, боль, дискомфорт, ощущение переполнения после еды в эпигастральной области.

Маалокс как эффективный и наиболее безопасный антацид, оказывающий комплексное действие (кислотонейтрализующее, цитопротективное, адсорбирующее), с успехом продолжает применяться при различных кислотозависимых заболеваниях у пациентов разного возраста и у беременных.