

## ИЗЖОГА БЕРЕМЕННЫХ: ИНФОРМАЦИЯ, РАЗМЫШЛЕНИЯ И РЕЗЮМЕ ДЛЯ ПРАКТИЧЕСКОГО ВРАЧА

Е.Ю. Еремина, ГОУ ВПО «Мордовский госуниверситет им. Н.П. Огарева», г. Саранск

*Еремина Елена Юрьевна – e-mail: eeu61@mail.ru*

В статье представлены данные о распространенности, методах диагностики и лечения изжоги беременных. Отмечено, что изжога является весьма распространенной патологией во время беременности, требующей проведения индивидуально подобранной медикаментозной терапии, направленной не только на ликвидацию изжоги, но и на улучшение качества жизни беременной.

**Ключевые слова:** изжога, беременность, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, лечение.

This article contains information about spread of the heartburn among pregnant women, methods of diagnostics and the treatment. It should be noted that the heartburn is a very frequent disease during pregnancy and it requires the individual medicamentous therapy, aimed not only at the elimination of the heartburn, but at improvement of the quality of life as well.

**Key words:** heartburn, pregnancy, gastroesophageal reflux disease, treatment

Изжога наблюдается у 50–80% женщин во время беременности [1], встречается при любом ее сроке, но чаще во II и III триместрах [2]. В отсутствие токсикоза первой половины беременности изжога начинает беспокоить беременную примерно с 20-й недели. С 30-й недели на частую изжогу жалуются около 30% беременных, а к 38-й неделе – свыше 90%, причем в 25% случаев изжога отмечается ежедневно [3]. Данные по частоте изжоги среди первородящих и повторнородящих женщин неоднозначны. В исследованиях Е.А. Ушкаловой (2001), J.E. Richter (2003) различий в частоте изжоги среди первородящих и повторнородящих женщин не выявлено [4, 5]. По другим данным [6], частота изжоги увеличивается у повторнородящих по сравнению с рожавшими один раз, и, в какой бы период первой беременности не возникала, она повторяется во время последующих беременностей.

Изжога появляется обычно через час после еды, особенно обильной, жирной, жареной, кислой или острой, продолжаясь от нескольких минут до нескольких часов и многократно повторяется в течение дня. Изжога усиливается при физической нагрузке, сопровождающейся повышением внутрибрюшного давления, в горизонтальном положении, при наклонах туловища вперед (например, чтобы надеть или застегнуть обувь). Изжога возникает даже ночью во время сна, из-за чего пациентки вынуждены просыпаться, ходить по комнате, пить воду или есть.

Изжога, появляющаяся более трех раз в неделю, существенно ухудшает качество жизни беременных, нередко сопровождается чувством тоски, подавленным настроением, болями за грудиной, дисфагией, отрыжкой воздухом. Иногда изжога настолько мучительна, что женщина, не задумываясь, принимает любой препарат, если реклама убеждает в его эффективности.

Причины изжоги у беременных еще более многообразны, чем в популяции. К ним, в частности, относятся [7]:

**1.** токсикоз с частыми рвотами и, следовательно, раздражением пищевода рвотными массами;

**2.** функциональная недостаточность кардиального отдела желудка во второй половине беременности вследствие снижения тонуса, двигательной активности пищевода и желудка, давления в нижнем пищеводном сфинктере, увеличения антиперистальтических сокращений, свойственных периоду беременности с соответствующими гормональными перестройками;

**3.** повышение внутрибрюшного давления, обусловленное ростом беременной матки с увеличением срока беременности;

**4.** повышение кислотности желудочного сока во второй половине беременности, опосредованное увеличением уровня гастрина в крови беременных в связи с его дополнительной продукцией плацентой и плодом;

**5.** особенности пищевого рациона и двигательного режима;

**6.** рецидив или дебют заболеваний, симптомом которых является изжога (гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), эзофагоспазм, язвенная болезнь, гастродуоденит, функциональная диспепсия, панкреатит, холецистит, билиарные дисфункции, желчнокаменная болезнь и др.).

Следует, тем не менее, признать, что независимо от причины, изжога у беременных обусловлена забросом кислого, щелочного или смешанного желудочного или/и дуоденального содержимого в нижний отдел пищевода и раздражающим действием рефлюктата на его слизистую оболочку. В появлении изжоги у беременных имеют значение также повышенная чувствительность слизистой оболочки пищевода, замедление эвакуации содержимого из желудка, нарушение запирательной функции нижнего пищеводного сфинктера, способности пищевода удалять обратно в желудок попавшее в него содержимое, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Иными словами, изжога у беременных в абсолютном большинстве случаев является проявлением ГЭРБ.

Согласно современным представлениям, ГЭРБ не является синонимом рефлюкс-эзофагита. Это более широкое понятие, включающее в себя как формы с повреждением слизистой оболочки пищевода, так и случаи (их более 70%)

с типичными симптомами ГЭРБ, при которых эндоскопически видимые изменения слизистой оболочки пищевода отсутствуют. ГЭРБ является весьма распространенной гастроэнтерологической патологией. Изжога, являющаяся основным симптомом ГЭРБ, встречается у 20–40% взрослого населения Европы и США [8]. Исследования, проведенные во многих странах мира, показали, что 7% населения испытывают изжогу ежедневно, 14% – не реже 1 раза в неделю, 40% – не реже 1 раза в месяц. Что касается рефлюкс-эзофагита, то его распространенность в популяции составляет всего 4–5% [9]. По данным проведенного в России многоцентрового исследования МЭГРЕ (2007), в котором принимал участие гастроэнтерологический центр Мордовского государственного университета, распространенность ГЭРБ в России составляет в среднем 13,3%. В Республике Мордовия симптом изжоги отмечается с разной частотой у 49,6% населения, в том числе диагностически значимой для ГЭРБ (1 раз в неделю и чаще на протяжении последних 12 месяцев) – у 9,9%.

У большинства женщин симптом изжоги возникает впервые именно в гестационный период [2, 5]. Изжога столь часто беспокоит беременных, что как сами пациентки, так и многие врачи акушеры-гинекологи иногда считают ее нормальным проявлением беременности, не требующим особого внимания. Некоторые исследователи предлагают даже выделять «изжогу беременных» как отдельный симптом, свойственный беременности, появляющийся на ее фоне и ею же обусловленный. Данное предположение аргументируется еще и тем фактом, что изжога по времени нередко ограничена периодом беременности – начинается во время беременности и заканчивается после родоразрешения.

На наш взгляд, подобный подход в современных условиях не вполне оправдан. Изжогу у беременных не следует считать безвредным и преходящим состоянием. Дело в том, что появление изжоги во время беременности не только существенно нарушает качество жизни женщин в этот ответственный и волнительный период жизни, но и повышает в последующем риск развития ГЭРБ, особенно спустя 1 год после родов [10]. Риск развития ГЭРБ возрастает с увеличением числа родов. На эту зависимость не влияет ни возраст, ни наличие ожирения у беременной женщины [11]. Среди женщин, не имеющих изжоги во время беременности, ГЭРБ развивается в 5,5% случаев. При наличии изжоги во время 1-й беременности частота ГЭРБ составляет 17,7%, а две беременности, сопровождающиеся изжогой, в 36% случаев приводят к развитию ГЭРБ [11].

Изжога у беременных может быть следствием рецидива ранее сформировавшейся ГЭРБ, а также других заболеваний и патологических состояний органов пищеварительной системы, создающих условия для ее манифестирования (гастрит, дуоденит, язвенная болезнь, дисфункциональные расстройства билиарного тракта, синдром раздраженного кишечника, функциональная диспепсия, запоры и др.) [5, 8]. Изжога может быть также проявлением крайне тяжелой патологии

периода беременности – острой жировой печени беременных (ОЖПБ). В этой связи симптом изжоги у беременной всегда требует пристального внимания со стороны врача.

Не вызывает сомнения, что объем диагностических мероприятий у беременных с симптомом изжоги должен быть минимальным. Однако прежде всего необходимо исключить ОЖПБ, для которой характерна изжога. Изжога при ОЖПБ является следствием рефлюкс-эзофагита. Вначале она кратковременная, затем становится все более продолжительной и интенсивной, сопровождается одинофагией, усиливается не только при проглатывании плотной пищи, но и жидкости. Достигнув максимального развития, изжога нередко завершается рвотой «кофейной гущей» вследствие эрозирования или изъязвления слизистой оболочки пищевода при развитии ДВС-синдрома. Диагноз ОЖПБ основывается на комплексе клинических (слабость, вялость, тошнота, нарастающая изжога, рвота «кофейной гущей», чувство дискомфорта или боли в животе, желтуха, энцефалопатия, не приводящая к утрате сознания, олиго- или анурия) и лабораторных показателей (повышение активности аланиновой и аспарагиновой трансаминаз,  $\gamma$ -глутамил-транспептидазы, щелочной фосфатазы, лактатдегидрогеназы, гипербилирубинемия, лейкоцитоз, тромбоцитопения, гипопротейнемия, гипогликемия, гиперурикемия, азотемия, снижение протромбинового индекса и фибриногена).

Параллельно с мероприятиями по исключению ОЖПБ определяются наиболее вероятные индивидуальные причины и механизмы развития изжоги у беременной, для чего обычно бывает достаточно результатов тщательного расспроса, физикального обследования, проведения УЗИ печени, желчного пузыря и поджелудочной железы, а также лабораторно-биохимических исследований крови. Эндоскопическое исследование пищевода, желудка и 12-перстной кишки у беременных не противопоказано и может быть использовано в ограниченном числе случаев, например, при развитии осложнений или при неэффективности адекватно проводимой терапии [12]. Хотя метод и обременителен для беременной, но его высокая информативность, относительная безопасность, возможность точной диагностики и дифференциальной диагностики заболеваний выдвигают его на первое место среди методов исследования при патологии верхних отделов пищеварительного тракта у беременных.

Противопоказаниями к проведению эндоскопии у беременных являются резкая деформация шейно-грудного отдела позвоночника, резко сужение пищевода, ригидность глотки, большой зоб, чрезмерная рвота беременных, нефропатия с высокой гипертензией, эклампсия или преэклампсия, предлежание плаценты и высокая степень миопии.

Лечение изжоги у беременных – не простая задача. Оно должно способствовать ослаблению агрессивных свойств рефлюктата, усилению факторов защиты слизистой оболочки пищевода и коррекции патологических состояний,

способствующих развитию или манифестированию изжоги. Для решения первых двух задач применяются антациды, алгинаты, антисекреторные препараты и прокинетики, не противопоказанные в период беременности и назначаемые в соответствии с методикой терапии «по нарастающей». Она заключается в том, что на первом этапе назначаются антацидные препараты: алюминийсодержащие фосфалюгель, альфогель, гастралюгель, гастерин; гидротальцид (рутацид, тальцид, тисацид); гелусил, гестид, ренни, альпрогель, тамс, маалокс, мегалак (кроме I триместра)) [13–15]. При этом следует учитывать сопутствующие нарушения функций кишечника – при послаблении стула более показаны алюминийсодержащие антациды, а при наличии запоров – магнийсодержащие, однако магнийсодержащие антациды лучше не назначать в последние недели беременности, поскольку сульфат магния может привести к задержке родов, слабости родовой деятельности и развитию судорог.

Антациды являются относительно безопасной для лечения изжоги беременных группой препаратов при непродолжительном или эпизодическом применении в терапевтических дозах и не обладают тератогенными свойствами. Они обладают комплексным действием – нейтрализуют выделившуюся в просвет желудка соляную кислоту, адсорбируют компоненты желчи и пепсин, оказывают цитопротекторный эффект, позволяющий стимулировать локальные репаративно-регенераторные процессы, снижают давление в желудке и двенадцатиперстной кишке, устраняют мышечный спазм и дуоденогастральный рефлюкс, сокращают время эвакуации желудочного содержимого из желудка. При этом антациды обладают минимальной энтеральной абсорбцией, что является особенно важным для периода беременности и лактации.

Для купирования изжоги антациды обычно принимают через 1 час после еды, когда снижается защитное действие пищи, а также перед сном – для уменьшения агрессивного действия соляной кислоты на слизистую оболочку желудка в ночное время. Антациды нельзя принимать одновременно с другими препаратами, в т. ч. с препаратами железа, широко используемыми в период беременности, т. к. антациды обладают адсорбирующими свойствами и уменьшают их всасывание. Поэтому антациды назначаются через 1 час после приема других лекарственных средств.

Антациды выпускаются в разных лекарственных формах (гели, таблетки, суспензии) и комбинациях, что значительно облегчает подбор терапии в каждом конкретном случае и позволяет эффективно решать различные клинические задачи. Гели и суспензии быстрее растворяются в желудке, обеспечивая равномерное распределение препарата по поверхности его слизистой оболочки и обладают более выраженным быстроедействием. Для таблетированных лекарственных форм характерна большая продолжительность поддержания внутрижелудочного pH на уровне 4,0.

При сочетании изжоги с выраженными симптомами диспепсии (чувством переполнения в эпигастрии, быстрым

насыщением, отрыжкой, тошнотой, рвотой, регургитацией) может быть применен коротким курсом (до 2 недель) прокинетик домперидон по 10 мг 3 раза в день за 15–30 мин. до еды. При наличии рвоты домперидон используется в виде лингвальных таблеток. При наличии у беременной, наряду с изжогой и желудочной диспепсией, метеоризма применяют пепсан Р, гестид, препараты симетикона или диметикона (саб симплекс, эспумизан), в т. ч. в комбинации с антацидами (маалокс плюс).

При частой мучительной изжоге, не купируемой антацидами в течение 5 дней, при наличии эндоскопических признаков эзофагита, особенно эрозивного, осложнений ГЭРБ (пищеводные язвы, кровотечения) назначаются антисекреторные препараты – не противопоказанные беременным ингибиторы протонной помпы (ИПП) пантопразол (санпраз), или эзомепразол (нексиум) в минимально эффективных дозах. Пантопразол и эзомепразол отнесены FDA к категории В, что позволяет при необходимости использовать их в период беременности [5, 16–18], однако длительность терапии ИПП обычно ограничивается 2 неделями с последующим переходом на антациды при необходимости пролонгирования терапии.

При лечении изжоги у беременной следует учитывать наличие у нее запоров, а также дисфункциональных расстройств желчного пузыря и желчевыводящих путей, лечение которых должно проводиться одновременно и комплексно. Натуживание при запорах способствует повышению внутрибрюшного давления, забросу агрессивного желудочного содержимого в пищевод и появлению изжоги. Для лечения запоров используются не противопоказанные в период беременности слабительные препараты (зубикор, лактулоза, макрогол), а также содержащие лактобактерии синбиотики (нормофлорины Л и др.), обладающие высокой эффективностью не только для лечения запоров, но и для коррекции сопряженного с запорами кишечного и вагинального дисбиоза. Следует отметить, что использование зубикора, лактулозы, нормофлоринов и т. п. препаратов беременной представляется полезным не только и не столько с лечебной целью, сколько с профилактической, для комплексной нормализации функционирования кишечника, печени, желчного пузыря и желчевыводящих путей, кишечного и вагинального биоценоза. Мероприятия по лечению и профилактике запоров и билиарных дисфункций должны проводиться в течение всего периода беременности и даже предшествовать ее наступлению для того, чтобы предотвратить многие нежелательные проблемы во время беременности, родов и послеродовом периоде.

Эффективность немедикаментозных мероприятий при изжоге в популяции признана недостаточной, но для лечения беременных с изжогой они сохраняют свое значение. Рекомендации по немедикаментозному лечению и профилактике изжоги широко представлены в литературе, поэтому остановимся лишь на трех, наиболее важных для беременных:

**1.** Следует избегать положений, способствующих возникновению изжоги, например, сна в постели с опущенным изголовьем, наклонных положений тела, напряжения брюшного пресса, натуживания при дефекации. Рекомендуется сон с приподнятым на 20 см головным концом кровати (одних «высоких» подушек недостаточно).

**2.** Следует ограничивать по времени ношение бандажа.

**3.** Принимать пищу 5 раз в день через одинаковые промежутки времени, 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, грибы, черный хлеб, газированные напитки, горячий крепкий чай, черный кофе, мята и продукты ее содержащие. После еды не ложиться как минимум 40 минут, лучше походить, что способствует более быстрой эвакуации пищи из желудка.

В заключение данной статьи хотелось бы подчеркнуть, что тактика лечения беременных с изжогой должна быть не выжидательной, ухудшающей качество жизни пациенток, усугубляющей психоэмоциональные расстройства и течение заболевания, а более активной, способствующей быстрому и адекватному устранению негативной симптоматики и связанного с ней стресса. Пациентка должна быть подробно информирована о своей патологии, ее особенностях во время беременности, возможных рисках, в том числе при отсутствии адекватной терапии, а также о необходимости и

характере назначаемой комплексной медикаментозной терапии и ее возможных побочных эффектов.



#### ЛИТЕРАТУРА

1. Rodriguez A., Bohlani G., Lindmark G. Symptoms across pregnancy in relation to psychosocial and biomedical factors. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 2001. 80. 213-223.
2. Бурков С.Г. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у женщин в период беременности. *Гинекология.* 2001. № 5. С. 12-15.
3. Nebel O.T., Fornes M.F., Castell D.O. Symptomatic gastroesophageal reflux incidence and precipitating factors. *Am. J. Dig. Dis.* 1996. № 21. P. 953-956.
4. Ушкалова Е.А. Лечение гастроэзофагеального рефлюкса у беременных женщин. *Гинекология.* 2001. № 3. С. 89-90.
5. Richter J.E. Gastroesophageal reflux disease during pregnancy. *Gastroenterol. Clin. North. Am.* 2003. № 32. P. 235-261.
6. Bainbridge E.T. et al. Symptomatic gastro-esophageal reflux in pregnancy: a comparative study of white Europeans and Asians in Birmingham. *Br. J. Clin. Pract.* 1993. № 37. P. 53-57.
7. Smout A.J., Akkermans L.M. Normal and Disturbed Motility of the Gastrointestinal Tract. *Wrighton Biomedical Publishing LTD, Petersfield.* 1999. P. 31-33.
8. Stanghellini V. Management of gastroesophageal reflux disease. *Drugs Today.* 2003. № 39. P. 15-20.
9. Ивашкин В.Т., Шептулин А.А. Болезни пищевода и желудка. М. 2002.
10. Rey E. et al. Симптомы гастроэзофагеального рефлюкса во время и после беременности. *The American Journal of Gastroenterology.* Русское издание. 2008. № 2. (1). P. 1-6.
11. Bor S., Kitapcioglu G., Dettmar P., Baxter T. Связь между изжогой во время беременности и риском гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. *Клиническая гастроэнтерология и гепатология.* Русское издание. 2008. № 6. P. 396-400.
12. Шехтман М.М., Коротко Г.Ф., Бурков С.Г. Физиология и патология органов пищеварения у беременных. Ташкент. 1989. 160 с.
13. Кирющенко А.П., Тараховский М.А. Влияние лекарственных средств на плод. М. 1990.
14. Клиническая фармакология при беременности. Под ред. Х.П. Кьюмерле, К. Брендела. В 2 т. М. 1987. Т. 1. 328 с.
15. Lacroix I., Damase-Michel C., Lapeyre-Mestre M. Montastruc prescription of drugs during pregnancy in France. *Lancet.* 2000. 356 (18). P. 1735-1736.
16. Harper M.A., McVeigh J.E., Thompson W., et al. Successful pregnancy in association with Zollinger-Ellison syndrome. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1995. № 173. P. 863-864.
17. Brigg G.G., Freeman R.Y., Yaffe S. J. *Drugs in pregnancy and lactation: a reference guide to fetal and neonatal risk.* Baltimore: Williams and Wilkins. 2002.
18. Prevacid [product information]. TAP Pharmaceuticals. Lake Forest, IL. 2001.