фонд помощи хосписам
Вера

Осетрова О.В.
(АНО «Самарский хоспис»),
Гремякова Т.А., д.м.н.
(Благотворительный фонд помощи хосписам «Вера»,
ГБУ «НИИ ОЗММ ДЗМ», г. Москва)

ИКОТА

в паллиативной помощи

Практические рекомендации для врачей

ИКОТА

Определение

Икота – периодически возникающее непроизвольное миоклоническое сокращение диафрагмы с возможным вовлечением межреберных мышц (обычно одностороннее). Сокращение приводит к внезапному вдоху с последующим закрытием голосовой щели, которое сопровождается характерным звуком.

Продолжительность

Непродолжительная – до 48 часов;
длительная – от 48 часов до 1 месяца;
трудноразрешимая – более 1 месяца.

Распространенность

Длительная, трудно купируемая икота довольно часто встречается у пациентов с прогрессирующими онкологическими заболеваниями.

Анатомия и патофизиология

Физиологический механизм икоты остается до конца неясным. «Рефлекторная дуга» икоты включает:

- ***афферентные пути:***
  диафрагмальный и блуждающий нервные пути,
  симпатическая нервная система;
- ***диффузный «центр икоты»:***
  средний мозг, ствол головного мозга,
  проксимальный шейный отдел спинного мозга (С3 – С5);
- ***центральные нейромедиаторы:***
  дофаминергические и гамма-аминомасляная кислота (ГАМК);
- ***эфферентные пути:***
  диафрагмальный, блуждающий и межреберные нервные пути,
  проводящие сигналы, вызывающие сокращение диафрагмы.

КЛАССИФИКАЦИЯ

Легкая, непродолжительная икота

Распространенное явление, может встречаться у каждого и обычно проходит самостоятельно. Причинами такой икоты могут быть: разражение желудка (переедание, аэрофагия, то есть заглатывание воздуха в желудок), употребление газированных напитков, острой пищи, алкоголя, быстрое растяжение желудка, а также психологические факторы, внезапные перепады температуры, курение и др.

Длительная икота

Может быть вызвана различными причинами:

Периферические

- желудочно-кишечные: гастроэзофагальный рефлюкс (ГЭРБ), грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, гастрит/пептическая язва, парез желудка, кишечная непроходимость, холецистит, раздражение диафрагмы, растяжение желудка, панкреатит, опухоль;
- не желудочно-кишечные: инфаркт миокарда, перикардит, аневризма аорты, увеличение щитовидной железы, астма, бронхит, пневмония, туберкулез, отит (раздражение барабанной перепонки).

Центральные

- неврологические: цереброваскулярные нарушения (инсульт), черепно-мозговая травма, внутричерепная опухоль, рассеянный склероз, эпилепсия, болезнь Паркинсона;
- психогенные: беспокойство, возбуждение, стресс, страх.

Метаболические

- нарушение электролитного обмена, вызванное обильным приемом жидкостей: гипонатриемия, гипокалиемия, гипокальциемия;
- гипергликемия, уремия, гипокапния, гипоадренализм (недостаточность надпочечников) и другие нарушения биохимического баланса;

Интоксикации: инфекции, алкоголь, онкология и др.

Лекарственные: опиоиды, бензодиазепины, глюкокортикостероиды, агонисты допамина, цитохимиотерапевтические средства, антибиотики и др.

Другие: хирургические вмешательства, гепатомегалия.

Трудноразрешимая икота

Из всех вышеперечисленных причин чаще всего трудноразрешимую икоту вызывают:

- выраженное растяжение желудка;
- увеличение печени;
- объемное образование или острое нарушение мозгового кровообращения;
- раздражение блуждающего и глоточного нервов (объемные образования области шеи, легких, средостения, сдавливающие нервы; эзофагиты, обструкция пищевода, операции на грудной клетке);
- метаболические нарушения;
- лекарственные препараты (например, опиоиды).

Анамнез:

- тяжесть и продолжительность каждого эпизода икоты (тяжесть не всегда свидетельствует о серьезной органической причине, в ряде случаев легкая икота может быть трудно контролируемой);
- соотношение икоты и сна (если икота исчезает во сне, возможной причиной ее является психогенный фактор);
- сопутствующие признаки и симптомы;
- предшествующая травма, операция или острое заболевание;
- медикаментозный анамнез;
- характеристика предыдущих эпизодов икоты, предпринятые меры ее купирования и их результат.

Физикальный осмотр для выявления возможных причин икоты:

- общий вид: признаки интоксикации;
- голова: напряженность височной артерии;
- уши: инородный предмет, раздражающий барабанную перепонку;
- горло: фарингит;
- шея: увеличение щитовидной железы, киста, увеличение лимфатических узлов, ригидность шеи, опухоль;
- грудная клетка: признаки пневмонии, перикардита;
- живот: вздутие, кишечные шумы, напряжение, увеличение печени;
- нервная система: признаки острого нарушения мозгового кровообращения; делирий, связанный с токсическими/метаболическими причинами.

Лечение

Немедикаментозное

Рекомендуется к использованию до применения медикаментозных средств, назначается сугубо индивидуально. Наиболее распространенными видами немедикаментозной терапии являются следующие.

Изменение режима питания: уменьшить разовые объемы принимаемой пищи с увеличением кратности приема.

Употребление настоя мяты: способствует расслаблению сфинктеров, должен быть свежеприготовленным, не применять вместе с прокинетиками, которые увеличивают тонус мышц желудка и кишечника и нижнего пищеводного сфинктера.

Приемы носоглоточной стимуляции:

- промыть нос холодной водой;
- всасывать через соломинку холодную воду, глотать или рассасывать маленькие кусочки льда;
- проглотить 1 чайную ложку сухого сахарного песка;
- быстро выпить два стакана воды;
- полоскать горло водой;
- рассасывать кусочки лимона;
- глотать кусочки сухого хлеба;

- вдыхать физиологический раствор через небулайзер;
- вытягивать шею;
- массаж мягкого неба в течение 1 минуты;
- вытягивать пальцами язык;
- с силой нажимать на язык.

Предотвращение раздражения диафрагмы:
сделать наклон вперед, прижимая колени к животу.

Стимуляция дерматома С5 (прерывает стимуляцию нервной дуги икоты):

- похлопывание или почесывание задней поверхности шеи;
- помещение холодного безопасного металлического предмета за воротник (например, ключа);
- холодный компресс на лицо.

Дыхательные манипуляции:

- задержка дыхания;
- провоцирование чихания или кашля;
- частое глубокое дыхание (гипервентиляция);
- дыхание в бумажный пакет (гиповентиляция);
- «прием Вальсальвы» (форсированное выдыхание при закрытых носе и рте). Не следует проводить при простудном заболевании, т.к. инфекция может проникнуть в полость среднего уха, и больным с заболеваниями сердца (повышает артериальное давление). С осторожностью у больных с эмфиземой легких, первичным/вторичным опухолевым поражением легких, чтобы не спровоцировать легочное кровотечение.

Медикаментозное

Лечение икоты определяется причиной ее возникновения. В паллиативной помощи икота чаще всего обусловлена несколькими причинами, для лечения применяется, как правило, комплексный симптоматический подход (см. схему 1, Приложение 1).

Схема 1. Алгоритм лечения трудноразрешимой икоты

Пациенты со стойкой икотой, приводящей к существенному снижению качества жизни и не поддающейся купированию немедикаментозными приемами

↓

Определите потенциальную ***причину икоты*** на основании анамнеза, клиники и лабораторных тестов

↓

Причина	Препараты первой линии	Препараты второй линии	Альтернатива
Периферическая (ЖКТ)	Метоклопрамид/ Церукал или ИПП: Лансопразол/ Эпикур, Пантопразол/Нольпаза, Омепразол/Омез (при подозрении на рефлюкс)	Баклофен/Баклосан Габапентин Нейронтин Прегабалин/Лирика	Мидазолам/ Дормикум Нимодипин Нимотоп Оланзапин
Периферическая (не ЖКТ)	Метоклопрамид /Церукал Домперидон/Мотилиум		Лидокаин
Центральная	Баклофен/ Баклосан	Габапентин/ Нейронтин Прегабалин/ Лирика	Галоперидол Нимодипин/ Нимотоп

↓

Если причина не установлена, назначьте **ингибиторы** / **блокаторы протонной помпы** (Лансопразол, Пантопразол, Омепразол)

↓

Если все вышеперечисленное не помогает, рассмотрите возможность применения интервенционных методов (медикаментозная или хирургическая блокада глоточного, диафрагмального или блуждающего нервов)

↓

Если пациент в ***терминальной стадии заболевания***, рассмотрите назначение Мидазолама

В таблице 1 представлены лекарственные препараты и дозировки, используемые при лечении икоты. Путь введения препаратов пероральный (внутрь), если не указано иное.

Класс препарата	Препарат	Купирование острых симптомов	Поддерживающий режим
Агонисты ГАМК (соблюдать осторожность у пациентов с почечной недостаточностью и пожилых пациентов)	Баклофен/Баклосан	5 мг п/о	5–20 мг п/о 3 р/д
Ингибиторы протонной помпы (ИПП)	Пантопразол/Нольпаза Лансопразол/Эпикур Омепразол/Омез	30 мг п/о 20 мг п/о 20 мг п/о	20–30 мг п/о каждое утро
Противоэпилептические средства (антиконвульсант целесообразно использовать раньше галоперидола и нифедипина)	Габапентин/Нейронтин	100–300 мг п/о	300 мг п/о 2 р/д (лицам пожилого возраста, со сниженной функцией почек 100 мг 2 р/д)
	Прегабалин/Лирика	75 мг п/о	5–150 мг п/о 2 р/д
	Карбамазепин/Финлепсин натрия 2-пропилвалерат/ Вальпроат натрия, Депакин	200 мг п/о 200–500 мг п/о	200–400 мг п/о 2 р/д 15 мг/кг/24 ч дробно
Антагонисты дофамина	Метоклопрамид/Церукал Галоперидол	10 мг п/о или п/к 0,5–1,5 мг п/о или п/к	10 мг п/о или п/к 3 р/д 1,5–3 мг п/о или п/к 3 р/д
Блокаторы кальциевых каналов (внимание! Могут привести к снижению артериального давления)	Нифедипин/ Коринфар	10 мг п/о, сублингвально	10 мг п/о, сублингвально 3 р/д
Бензодиазепины (показаны терминальным больным с сопутствующими икоте возбуждением и делирием)	Мидазолам/ Дормикум	2 мг в/в, с последующим увеличением на 1–2 мг каждые 3–5 мин до достижения эффекта	10–60 мг/24 ч непрерывной подкожной инфузии
Уменьшение растяжения ЖКТ и гастроэзофагального рефлюкса			
Антифлатуленты (пеногасители)	симетикон/Эспумизан	10 мл п/о (суспензия) 2–3 капсул п/о	10 мл п/о 4 р/д 2–3 капсул п/о 4–5 р/д
	симетикон/ Саб-симплекс	40 капель п/о	30–40 капель п/о 4 р/д
	альверина цитрат + симетикон/Метеоспазмил	1 капсул п/о	1 капсул п/о 3–4 р/д
Прокинетики	Домперидон (Мотилиум, Мотилак)	10 мг п/о	10 мг п/о 3 р/д
Другое			
Сорбент	Активированный уголь	Доза подбирается постепенно и индивидуально	
Местные анестетики (возможно введение через небулайзер)	Лидокаин	2 мл р-ра Лидокаина + 2 мл воды	
Глюкокортикоиды	Дексаметазон	Начинать с дозы 8–16 мг п/о, в/м	Постепенное уменьшение дозы до минимально эффективной

Осложнения

Длительная и трудноразрешимая икота может вызвать серьезные нарушения: усиление боли, потерю веса, нарушение всасывания пищи в ЖКТ, эзофагит, дегидратацию, истощение, бессонницу, психологический стресс и, соответственно, значительное снижение качества жизни.

Благодарим за помощь в подготовке материалов

Кравченко Т.В. (главного врача ГБУЗ ЦПП ДЗМ),

Гуркину С.П. (заместителя главного врача по организации стационарной помощи ГБУЗ ЦПП ДЗМ),

Ибрагимова А. Н. (руководителя филиала «Первый Московский Хоспис им. Веры Миллионщиковой» ГБУЗ ЦПП ДЗМ).

Список источников

1. Абузарова Г.Р. Невзорова Д.В.
Обезболивание в паллиативной помощи.
Практическое руководство для врача. Москва, 2018.

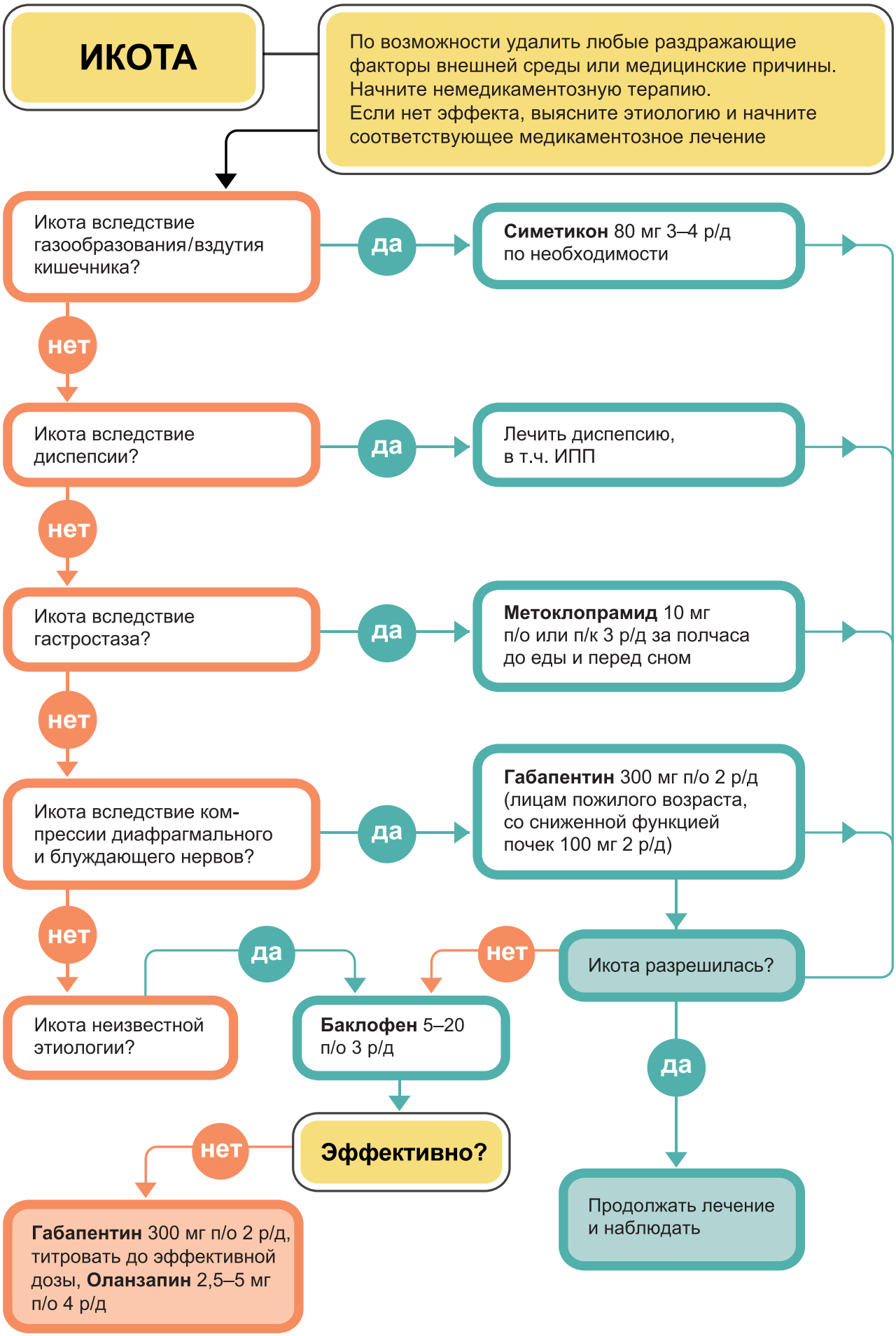
2. Хронический болевой синдром (ХБС) у взрослых пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи.
2016. МКБ 10: R52.1/ R52.2.

3. Introducing Palliative Care Fifth Edition. Editors Twycross R., Wilcock A., 2016.

4. Hospice and Palliative Care Training for Physicians. Unipac Self-Study Program, 2008.

5. Lanarkshire Palliative Care Guidelines, 2012.

6. ProCare HospiceCare. Hospice Medication Utilization Guidelines.
Eds. S. Shah, M. Madison.


ИКОТА
По возможности удалить любые раздражающие факторы внешней среды или медицинские причины. Начните немедикаментозную терапию. Если нет эффекта, выясните этиологию и начните соответствующее медикаментозное лечение
Икота вследствие газообразования/вздутия кишечника?
да
Симетикон 80 мг 3–4 р/д по необходимости
нет
Икота вследствие диспепсии?
да
Лечить диспепсию, в т.ч. ИПП
нет
Икота вследствие гастростаза?
да
Метоклопрамид 10 мг п/о или п/к 3 р/д за полчаса до еды и перед сном
нет
Икота вследствие компрессии диафрагмального и блуждающего нервов?
да
Габапентин 300 мг п/о 2 р/д (лицам пожилого возраста, со сниженной функцией почек 100 мг 2 р/д)
нет
Икота разрешилась?
нет
да
да
Икота неизвестной этиологии?
Баклофен 5–20 п/о 3 р/д
Эффективно?
нет
да
Продолжать лечение и наблюдать
Габапентин 300 мг п/о 2 р/д, титровать до эффективной дозы, Оланзапин 2,5–5 мг п/о 4 р/д