

С.М. Ткач, д.м.н., профессор, Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, г. Киев

Ведение больных с отрыжкой, икотой и аэрофагией

Отрыжки и икота могут часто возникать у любого здорового индивидуума, не имеющего каких-либо болезней или патологических состояний, поэтому с подобными жалобами пациенты достаточно редко обращаются к врачам. Отрыжки и икота могут рассматриваться как патологические только в тех случаях, если они становятся частыми и начинают беспокоить больных. Аэрофагия и чрезмерные отрыжки являются двумя разными состояниями, которые нередко трудно отделить друг от друга. Аэрофагия – это расстройство, при котором заглатывается избыточное количество воздуха, приводящее к вздутию и растяжению живота, в то время как при чрезмерных отрыжках доминирующим симптомом является отхождение воздуха через рот.

Отрыжки

Желудочные и наджелудочные отрыжки

Отрыжка (медицинский термин для обозначения этого явления – «эруктация») представляет собой слышимое отхождение воздуха из пищевода в ротоглотку и далее наружу. Различают два вида отрыжек: желудочные и наджелудочные.

Желудочные отрыжки – это отхождение проглоченного внутрижелудочного воздуха, который поступает в пищевод во время преходящей спонтанной релаксации нижнего пищеводного сфинктера (СРНПС), которая стимулируется растяжением проксимального отдела желудка и выступает как механизм декомпрессии, позволяющий заглоченному воздуху выходить из желудка, а не пройти дальше через привратник в тонкую кишку. Поэтому СРНПС сейчас рассматривается как рефлекторный процесс, при котором возвращающийся в пищевод воздух приводит к растяжению пищевода, что, в свою очередь, способствует расслаблению верхнего пищеводного сфинктера (ВПС) и выходу воздуха через ротоглотку. Желудочные отрыжки, возникающие обычно 25–30 раз в день, рассматриваются как физиологические, они являются произвольными и рефлекторными.

Наджелудочные отрыжки, наоборот, не являются рефлекторными, а рассматриваются как следствие особенностей поведения. При этом воздух происходит не из желудка, а из пищевода. Механизм их возникновения, изученный с помощью импеданс-мониторинга и пищевой манометрии высокого разрешения, заключается в следующем. Сокращения диафрагмы создают отрицательное давление в грудной полости и пищеводе, с последующей релаксацией ВПС, сопровождающейся обратным всасыванием воздуха в пищевод. Этот воздух при произвольном напряжении мышц основания языка и глотки немедленно возвращается в фарингеальном направлении и выходит наружу.

Чрезмерные наджелудочные отрыжки

Некоторые пациенты обращаются за консультацией только по поводу эпизодов частых неконтролируемых отрыжек, которые нередко возникают с частотой 15–20 раз в течение минуты прямо во время осмотра. Практически всегда в таких случаях отрыжки являются наджелудочными, они часто сопровождаются тревожными расстройствами и обычно усиливаются во время повышенных стрессовых воздействий. Чрезмерные отрыжки также могут возникать при обсессивно-компульсивных расстройствах, булимии, энцефалитах. У многих больных чрезмерные отрыжки исчезают во время беседы или отвлечения внимания пациента, и наоборот, усиливаются, если на них обращают внимание. Наджелудочные отрыжки никогда не возникают во время сна. Для постановки диагноза обычно бывает достаточно подробного расспроса, хотя иногда для их разграничения с ГЭРБ и руминационным синдромом может потребоваться проведение пищевода импеданс-мониторинга или пищевой манометрии высокого разрешения. Наджелудочные отрыжки обычно не сопровождаются другими диспепсическими симптомами или изжогой/регрurgитацией. Если они все же имеются, особенно в сочетании с наличием тревожных симптомов, это является показанием для дальнейшего дообследования.

До сих пор причины наджелудочных отрыжек и соответствующего поведения больных не совсем ясны. Некоторые пациенты отмечают, что они первоначально специально прибегали к отрыжкам с целью облегчения чувства вздутия живота и абдоминального дискомфорта, однако со временем перестали контролировать это состояние. Очень важно подчеркнуть, что супрагастральные

отрыжки не являются равнозначными понятиям заглатывания воздуха и аэрофагии. С каждым глотком некоторое количество воздуха проглатывается и с перистальтической волной проходит в желудок, это называется *заглатыванием воздуха*. *Аэрофагия* является расстройством, при котором наблюдается истинное *избыточное заглатывание воздуха*, именно это отличает ее от наджелудочных отрыжек. В отличие от аэрофагии при наджелудочных отрыжках перистальтических сокращений пищевода нет, воздух в пищевод засасывается вследствие сокращения глоточных мышц или отрицательного внутригрудного давления, при этом вздутия живота нет.

Ведение больных с наджелудочными отрыжками

Поскольку очень часто пациенты с чрезмерными отрыжками ввиду специфического характера жалоб оказываются в социальной изоляции и у них снижается качество жизни, врачу очень важно воспринимать эти симптомы серьезно. Во всех случаях следует попытаться объяснить пациенту возможный механизм формирования отрыжек, что нередко бывает трудной задачей, поскольку больные убеждены, что их симптомы являются не поведенческими расстройствами, а следствием повышенного газообразования в желудке и кишечнике. В тех случаях если есть подозрение на вторичный характер отрыжек вследствие психических расстройств, необходима консультация психиатра.

Ведение пациентов с чрезмерными наджелудочными отрыжками разработано недостаточно (табл. 1). В одном из открытых неконтролируемых исследований (Hemmink et al.) хороший эффект отмечался у 10 из 11 больных, которые проходили лечение у специально подготовленного фониатора. При этом терапия фокусировалась на подробном объяснении особенностей поведения пациента, которые приводили к засасыванию воздуха в пищевод, а также сопровождалась тренировкой глотки и гортани, голосовыми упражнениями и специальной дыхательной гимнастикой. Таким образом, эффективность такой голосовой терапии оказалась обнадеживающей. К сожалению, такое лечение может проводиться только в высокоспециализированных ларингологических центрах, где имеются специально подготовленные врачи-фониаторы.

Таблица 1. Клиническое обследование и лечение при чрезмерных отрыжках	
Анамнез	частота отрыжек, их наличие во время сна или активных действий, влияние стресса, наличие дисфагии, диспепсии, рефлюксных симптомов, признаков психических расстройств
Физикальное обследование	исключить другие причины, тщательный осмотр области шеи и живота
Пищеводный импеданс-мониторинг	частые наджелудочные отрыжки, нормальное заглатывание воздуха
Верхняя эндоскопия по показаниям	наличие дисфагии, диспепсии, рефлюксных симптомов
Лечение	голосовая терапия, когнитивная поведенческая терапия, гипнотерапия, баклофен (?)

Учитывая то, что чрезмерные наджелудочные отрыжки являются поведенческим расстройством, в качестве альтернативы рассматривается когнитивная поведенческая терапия, ставящая своей целью убеждение больного в том, что его жалобы являются следствием расстройств поведения. Имеются также данные об эффективности при этом расстройстве гипнотерапии и терапии обратной биологической связью.



С.М. Ткач

В то же время медикаментозное лечение чрезмерных отрыжек разработано плохо. В частности, применение антифлатулентов, таких как диметикон и симетикон, обычно эффекта не оказывает. В некоторых случаях эффект отмечался при назначении β-агониста γ-аминомасляной кислоты баклофена, способного снижать частоту СРНПС.

Чрезмерные отрыжки при ГЭРБ и функциональной диспепсии

Отрыжка относится к числу частых симптомов у больных ГЭРБ, следующих сразу за изжогой и регургитацией. Поскольку пациенты с ГЭРБ чаще и больше заглатывают воздух, чем здоровые, большая часть отрыжек при ГЭРБ является желудочными, хотя наджелудочные отрыжки также могут иметь место. В таких случаях назначение кислотоснижающих препаратов или баклофена уменьшает частоту отрыжек.

Частые отрыжки отмечаются не менее чем у 80% больных с функциональной диспепсией, у которых заглатывание воздуха также повышено. Кроме того, частые отрыжки могут наблюдаться и при органической патологии, вызывающей абдоминальную боль и дискомфорт (пептические язвы, панкреатиты, стенокардия, ЖКБ), однако в таких случаях доминируют другие симптомы.

Утрата способности к отрыжкам

Физиологическое значение отрыжек хорошо иллюстрируется на примере пациентов, у которых развивается потеря способности к отрыжкам, что чаще всего отмечается после антирефлюксной операции – фундопликации по Ниссену. Ее следствием является снижение частоты СРНПС и повышение давления нижнего пищеводного сфинктера (НПС) во время СРНПС. При этом параллельно со снижением количества рефлюксных эпизодов резко снижается и частота желудочных отрыжек, а некоторые больные вообще теряют способность отрыгивать воздух. Это часто сопровождается усилением вздутия живота и флатуленции. Все эти симптомы иногда бывают настолько выражены, что ввиду резкого снижения качества жизни некоторые пациенты меняют работу или настаивают на повторной операции для восстановления нормальной анатомии НПС. Нами наблюдалась пациентка, которой вследствие подобной симптоматики, развившейся после фундопликации и рефрактерной к любому виду консервативного лечения, пришлось поменять престижное и ответственное место работы заместителя председателя правления большого банка на менее публичное. К счастью, примерно через год после фундопликации у данной больной симптоматика начала постепенно редуцироваться (по-видимому, вследствие ослабления функции вновь сформированного НПС) и через два года почти полностью исчезла.

Очень редко причиной затрудненных отрыжек может быть ахалазия кардии, возникающая вследствие дегенеративных процессов в нейронах, контролирующей двигательную активность гладких мышц пищевода. Следствием этого является отсутствие перистальтики, неспособность НПС к расслаблению и супрастенотическое расширение пищевода. Нередко в таких случаях затруднение отрыжки или ее отсутствие сочетается с болью за грудиной. Считается, что подобным образом снижение способности НПС к расслаблению может иметь патогенетическое значение у некоторых пациентов с некардиальной болью за грудиной.

Икота

Подобно отрыжкам, икота часто возникает случайно и эпизодически. Только в тех случаях, когда она

появляется в виде частых и продолжительных эпизодов, икота может рассматриваться как патологическая. В настоящее время не известно, играет ли эта патология какую-либо физиологическую роль.

Икота — это непроизвольные спастические сокращения дыхательных мышц. Чаще возникают унилатеральные сокращения только левой половины диафрагмы, хотя иногда в этот процесс вовлекается вся диафрагма и межреберные мышцы. В зависимости от продолжительности икота классифицируется как персистирующая (при ее продолжительности более 48 ч) или как упорная (при продолжительности более 1 мес).

В возникновении икоты главную роль играет повреждение или патологическая стимуляция одного из отделов рефлекторной дуги (состоящей из афферентных вагальных, диафрагмальных и симпатических нервов), центральной обработки сигнала в продолговатом мозге и эфферентной передачи сигнала на диафрагму и межреберные мышцы. Некоторые непосредственные причины этой патологии хорошо известны и изучены, как и ответ на соответствующее этиотропное лечение. Например, икота, возникающая при ишемическом инсульте, исчезает после тромболитической/антикоагулянтной терапии, так же как икота вследствие менингита исчезает при соответствующем лечении. Это явление может появляться не только вследствие органических повреждений, но и по причине избыточной стимуляции рецепторов. В частности, икота может возникать при растяжении пищевода и желудка воздухом или пищей, горячей жидкостью, при патологическом гастроэзофагеальном рефлюксе или стенокардии. Описано также возникновение икоты при наджелудочных отрыжках. Нередко она возникает при уремии, катетеризации центральной вены, установке эзофагеального стента, бронхоскопии, во время электростимуляции левого предсердия.

Причины упорной икоты:

Периферическая нервная стимуляция

- Гастроинтестинальная
 - растяжение пищевода, ГЭРБ
 - растяжение желудка, язвы желудка
 - панкреатиты
 - ЖКБ
- Кардиоваскулярная
 - инфаркт миокарда
 - перикардиты
- Локальное сдавление нервов
 - опухоль
 - увеличенные лимфоузлы средостения
 - абсцесс
 - тиреотоксикоз
 - манипуляции (интубация, катетеризация, стентирование)
- Локальная нейроинфекция (герпес)
- Пульмональная
 - пневмония
 - астма
 - опухоль легкого

Центральная нервная система

- сосудистые нарушения
- опухоли
- воспаление
- травмы
- инфекции
- уремия

Системные факторы

- медикаменты
- электролитные расстройства
- алкоголь

Ведение больных с икотой

Большинство эпизодов икоты являются преходящими и самоограничивающимися, не требуют специального дообследования или лечения. В тех случаях, когда икота возникает во время инвазивных процедур (бронхоскопия и др.) или инфузии медикаментов (анестетики, химиопрепараты и др.), ее причина сразу становится ясной. Однако нередко триггерные факторы сразу идентифицировать не удается, что требует поиска основной причины. Клиническое обследование пациентов с персистирующей или упорной икотой включает:

- сбор анамнеза: наличие других симптомов, продолжительность симптомов и триггеров, прием медикаментов, проведение манипуляций;
- полное физикальное обследование, включая осмотр ЛОР-органов и неврологическое обследование;

- анализ крови: общий анализ крови, электролиты, мочевина, кортизол, липаза, амилаза, печеночные пробы, С-реактивный белок;

- инструментальные методы: ЭКТ, КТ органов грудной клетки, ЭГДС, МРТ головного мозга, пищеводная манометрия и импеданс-рН-мониторинг.

В тех случаях, когда обычные клинические исследования не позволяют идентифицировать причину, может потребоваться проведение специальных диагностических процедур, таких как МРТ головного мозга, пищеводная манометрия или 24-часовой импеданс-рН-мониторинг. В тех случаях, когда причина установлена, проблема может быть решена путем этиотропной терапии. Если же явную причину идентифицировать не удается или на нее невозможно эффективно воздействовать (например, при раке), проводится симптоматическое лечение. Первичная помощь при икоте обычно начинается с определенных физикальных приемов (табл. 2).

Таблица 2. Физические приемы и народные методы при икоте	
Прием	Эффект
Испугать пациента	Вагальная стимуляция
Быстрый непрерывный прием жидкости	Стимуляция носооглотки и пищевода
Надавливание на глазные яблоки	Вагальная стимуляция
Задержка дыхания	Прерывание дыхательного цикла
Глубокий максимальный вдох	Индукция гиперкапнии
Интраназальная инстилляция уксуса	Стимуляция носооглотки
Глотание сахара	Стимуляция носооглотки и пищевода
Жевание лимона	Стимуляция носооглотки и пищевода
Массаж каротидного синуса	Вагальная стимуляция

Среди медикаментов для лечения упорной икоты наиболее широко применяется хлорпромазин, который является единственным препаратом, утвержденным FDA по этому показанию. Лечение хлорпромазином начинают с низких доз (25 мг 3-4 раза в день), при хорошей переносимости дозировка может увеличиваться. Хороший эффект при упорной икоте также оказывают баклофен и габапентин (эффективны в 75% случаев), хотя побочные эффекты могут ограничивать их применение. Баклофен назначают по 5 мг 3 раза в день, медленно повышая дозировку при хорошей переносимости. При икоте описана эффективность таких препаратов, как карведилол, метоклопрамид, амантадин, мидазолам и некоторых других, а также марихуаны. В ряде случаев эффект достигается при акупунктуре или гипнотерапии. В случаях икоты, резистентной к медикаментозному лечению, описана эффективность блокады диафрагмального нерва под контролем ультразвука или его хирургического пересечения.

Аэрофагия

Аэрофагия рассматривается как расстройство, при котором пациент слишком часто заглатывает воздух в повышенном количестве, что обычно проявляется такими симптомами, как воздушные отрыжки, вздутие и растяжение живота, реже отмечается флатуленция, абдоминальная боль и запор. Эти симптомы очень часто встречаются у больных с синдромом раздраженной кишки (СРК), функциональной диспепсией и запором, в то время как истинная изолированная аэрофагия наблюдается очень редко. Желудочные отрыжки у пациентов с аэрофагией не являются доминирующим симптомом, а наджелудочные отрыжки не бывают вообще. Методы обследования при аэрофагии:

- анамнез: вздутие, отрыжки, флатуленция, растяжение живота, запор, абдоминальная боль, отсутствие рвоты;
- физикальное обследование: распространенный тимпанит по всему животу, нормальные кишечные шумы, отсутствие кишечной непроходимости;
- обзорная рентгеноскопия живота: раздутые воздушном петли кишок, отсутствие чаш Клойбера;
- чрезмерное заглатывание воздуха и большое количество желудочных отрыжек, отсутствие наджелудочных отрыжек;
- ЭГДС по показаниям.

Следует отметить, что дифференциация выраженной аэрофагии и механической кишечной непроходимости может быть существенно затруднена. В одном из исследований сообщалось, что 30% пациентов с аэрофагией, поступивших по скорой помощи, были подвергнуты необоснованной лапаротомии в связи с подозрением на кишечную непроходимость. При СРК и запорах также часто обнаруживается избыточное количество воздуха в кишечнике, хотя при этих состояниях, как правило, аэрофагии нет. В плане дифференциальной диагностики следует также помнить и о чрезмерном бактериальном росте в тонкой кишке и синдроме мальабсорбции.

Ведение больных с аэрофагией

Следует четко разграничивать пациентов с аэрофагией, имеющих стабильные хронические симптомы, и больных с остро возникшими и тяжелыми эпизодами аэрофагии, которые могут привести к угрожающей ситуации. Последние нередко отмечаются у умственно отсталых пациентов и могут проявляться симптомами кишечной непроходимости и расстройствами дыхания вследствие повышенного внутрибрюшного давления. В таких случаях рекомендована постановка назогастрального зонда для удаления избытка воздуха и назначение седативных средств (например, лоразепама) для уменьшения повторного заглатывания воздуха. Тем не менее значительно чаще симптомы являются хроническими, таким больным рекомендуются общие мероприятия, такие как отказ от употребления газированных и горячих напитков, а также медленный прием пищи. Целесообразной, как и при наджелудочных отрыжках, может быть голосовая терапия.

Однако наиболее часто при аэрофагии, сопровождающейся метеоризмом, применяются антифлатуленты, самым известным среди которых является симетикон, представляющий собой смесь полимера диметилсилоксана с диоксидом кремния (SiO₂). Исследования *in vitro* показали, что симетикон снижает поверхностное натяжение пузырьков газа в пищеварительном тракте, способствуя их слиянию и разрыву с последующим выведением из организма, вследствие чего достигается противоположный и антифлатулентный эффект. Фармакологические данные свидетельствуют о том, что симетикон обладает выраженным противоспенивающим действием, которое в 10³-10⁴ выше, чем у адсорбентов. Симетикон выгодно отличается от других препаратов тем, что не всасывается в ЖКТ, не влияет на pH и объем желудочного содержимого, не обладает чувствительностью к каким-либо микроорганизмам, не нарушает всасывание питательных веществ и не влияет на процессы пищеварения. Препарат не токсичен, не вызывает побочных эффектов, имеет превосходную совместимость с другими лекарствами и может применяться во всех возрастных группах для лечения любой патологии, связанной с избыточным газообразованием. Кроме того, симикон также широко применяется для подготовки к исследованию органов брюшной полости (рентгенография, УЗИ, эндоскопия).

В тех случаях когда аэрофагия, кроме вздутия живота, сопровождается возникновением запоров, показан прием простых слабительных или кишечных прокинетиков.

Таким образом, отрыжки и икота могут отмечаться достаточно часто и быть вариантом нормы. Тем не менее, когда отрыжки и икота отмечаются слишком часто или становятся персистирующими, это может существенно беспокоить пациентов и служить основанием для консультаций и дообследования. Патогенетические механизмы желудочных и наджелудочных отрыжек различные, в связи с чем подходы к их лечению отличаются. Персистирующая икота может выступать в качестве первого проявления серьезных расстройств, причину которых следует активно выяснять при помощи дополнительных исследований. Если явная причина икоты не выявлена, проводят симптоматическое лечение. Аэрофагия является следствием избыточного заглатывания большого количества воздуха и значительно чаще проявляется хроническими симптомами, такими как вздутие и растяжение живота. Лечение указанных расстройств проводится в основном эмпирическим путем, поскольку данные доказательной медицины в отношении эффективности различных вмешательств в настоящее время отсутствуют. При различных вышеописанных расстройствах в разной степени эффективны голосовая терапия, когнитивно-поведенческое лечение, гипнотерапия, малые транквилизаторы, баклофен, кислотоснижающие средства и антифлатуленты.