

Икота становится предметом неотложной терапии при выраженной затянувшейся форме. Она, как правило, зависит от проведения ритмичных импульсов в двигательных волокнах диафрагмального нерва и наступает в результате судорожных клонических сокращений диафрагмы.

При этом возникает рефлекторная дуга, в состав которой входят чувствительные окончания и волокна **диафрагмального** и **блуждающего** нерва, центры спинного и продолговатого мозга, а возможно, и определенные участки коры головного мозга. При длительной или часто повторяющейся икоте эта нервно-рефлекторная дуга приобретает черты закрепленного автоматизма. В зависимости от уровней ее «включения» можно выделить периферическую, центральную и отраженную икоту.

Икота, возникающая после быстрого приема пищи, особенно сухой и плотной, а также алкоголя, зависит от раздражения чувствительных нервных окончаний в желудке (периферическая «желудочная» икота). Продолжительная икота наблюдается при некоторых заболеваниях желудочно-кишечного тракта в связи с вторичным раздражением окончаний **диафрагмального нерва** — при патологии желчного пузыря, поражении диафрагмальной брюшины, после операций на органах брюшной полости. Известна икота, вызываемая гельминтами, лямблиями. Упорная икота бывает при диафрагмальной грыже. Икота может быть вызвана раздражением ствола диафрагмального нерва на уровне средостения — при медиастините, плеврите, опухоли, увеличении лимфатических узлов, аневризме аорты, после операции.

Центральная икота является результатом органического поражения нервной системы, преимущественно в нижних отделах ствола головного мозга (опухоли, менингиты, энцефалиты, травмы, нарушения [мозгового кровообращения](#) в бассейне вертебробазиллярной системы и др.). Известна и функциональная, психогенная икота. Более сложны механизмы икоты вследствие тяжелых интоксикаций (уремия, сахарный диабет, инфекционные заболевания и т. д.). Считают, что иногда икота вызывается наркозом при операциях.

Отраженная икота (например, при заболеваниях органов малого таза) также имеет сложный рефлекторный генез. При продолжительной икоте, наряду с лечением основного заболевания, проводят симптоматическую терапию. Применяют атропин, аминазин, этаперазин, седативные средства, транквилизаторы. Упорная икота требует поиска индивидуально эффективных мероприятий. Среди них следует иметь в виду

раздражение некоторых **рефлексогенных зон** (надавливание на глазные яблоки, между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы, прием Вальсальвы, использование той или иной позы и т. д.). Иногда дают эффект вагосимпатическая новокаиновая блокада по Вишневскому, блокада диафрагмального нерва, внутривенное введение эуфиллина, кальция хлорида, новокаина. Психогенная икота требует психотерапевтических приемов, иногда — гипнотерапии. Некоторые варианты упорной икоты прерываются сеансами иглорефлексотерапии.

Материалы по теме:

- 1) [Лечение тромбоэмболии легочной артерии](#)
- 2) [Электролитный баланс](#)
- 3) [Анатомия червеобразного отростка](#)