

# Тошнота і рвота в практиці гастроентеролога і не тільки

(междисциплінарний взгляд на два розпространенні симптома)

21 грудня 2011 г. Універсальна клініка «Оберіг» в г. Києві приймала учасників X гастростудії, котра два рази в рік збирає гастроентерологів і лікарів інших спеціальностей із різних регіонів країни. Партнером заходу виступила вітчизняна фармацевтична компанія ПАО «Київський вітамінний завод». Гастростудія – це особливий формат об'єднання провідних учених-практиків України і спеціалістів клініки «Оберіг» з лікарями, зацікавленими в отриманні цінної практичної інформації. Відмінні особливості заходу – тривалість 3 год, оптимальна для сприйняття і не стомлююча, а також мультидисциплінарне обговорення заздалегідь узгодженої теми в різних клінічних аспектах.

Тематика виступів учасників X гастростудії була побудована навколо двох часто зустрічаються симптомів – тошноти і рвоти. Ці симптоми виникають як проявлення різноманітних захворювань і станів організму і зустрічаються в практиці лікарів багатьох спеціальностей. Своє бачення клінічного значення тошноти і рвоти, а також сучасні можливості купірування цих симптомів представили гастроентерологи, хірурги, лікар-інфекціоніст, кардіолог і навіть психіатр. Пропонуємо читачам коротке викладення їх виступів у вигляді відповідей на запитання.



Професор кафедри внутрішньої медицини № 1 Національного медичного університету ім. А.А. Богомольця, доктор медичних наук **Сергій Михайлович Ткач**

## Яке значення мають тошнота і рвота в діагностиці захворювань шлункової та кишечника?

Механічна обструкція (порушення прохідності) верхніх відділів шлунково-кишкового тракту (ЖКТ) може проявлятися як гострою, так і хронічною тошнотою і рвотою в залежності від їх причин. Причинами обструкції, повторюючої тошноти і рвоти можуть бути ахалазія, стриктури шлункового сфінктера, центральний дивертикул, пептичні язви шлунка з деформацією або стенозом пілорического відділу, привратника або дванадцятипалої кишки, а також пухлики шлункового та кишечника.

Тошнота і рвота також спостерігаються при гастропарезі – хронічному симптоматичному розладі шлунка, який характеризується затримкою евакуації шлункового вмісту при відсутності механічної обструкції. Причини гастропареза і уповільнення опорожнення шлунка різноманітні, а саме: цукровий діабет; дисфункція гладкої мускулатури шлунка (первична – при склеродермії, поліміозитах і дерматомиозитах, вторинна – після хірургічних втручань, таких як ваготомія, частинна резекція шлунка); функціональний диспепсія (постпрандіальний дистрес-синдром); прийом певних лікарських препаратів; порушення метаболізму (кетозидоз, гіпотиреоз, порушення електролітного балансу); психічні захворювання (нервна анорексія); патологія ЦНС (опухоль головного мозку); інфекції (острий вірусний гастроентерит).

Окрім органічних причин тошноти і рвоти виділяють три функціональні розлади, які проявляються цими симптомами (хронічний ідиопатичний диспепсія, функціональна рвота, циклічний рвотний синдром), а також румінаційний синдром.

Хронічний ідиопатичний диспепсія характеризується виникненням необ'ясненої тошноти декілька разів в тиждень при відсутності рвоти, патологічних ендоскопічних змін або метаболічних розладів.

Функціональна рвота – один або декілька епізодів рвоти в тиждень при відсутності порушень глотання, румінаційного синдрому і психічних захворювань, а також патологічних ендоскопічних змін або метаболічних розладів, які могли б пояснити симптоми.

Загальні для цих функціональних розладів критерії постановки діагнозу – симптоми турбують пацієнта як мінімум 3 міс із останніх шести.

Циклічний рвотний синдром – стереотипні епізоди рвоти (три епізоди і більше в тиждень) з однаковим початком і тривалістю (менше 1 нед). Між

вказаними епізодами рвоти і тошнота відсутні.

Румінація – це повторна регургітація їжі, яка випльовується або знову глотається. Слід пам'ятати, що регургітація – це частинний повернення їжі із шлунка в ротову порожнину без повного опорожнення шлунка.

## Як необхідно обстежити пацієнта з скаргами на повторюючу тошноту і рвоту?

В першу чергу слід ретельно зібрати анамнез для встановлення характеру тошноти і рвоти, умов її виникнення, можливої зв'язки симптомів з прийомом певних препаратів, тривалістю або психічними розладами. Анамнез і фізикальне обстеження дозволяють виявити типові ознаки органічних захворювань (пептична язва, стеноз, механічна обструкція), які частіше за все стають причиною диспепсії. Рвота після прийому їжі частіше за все є психогенною або пов'язаною з розладом шлункової моторики – булімією. Виникнення рвоти пізніше ніж через 1 год після прийому їжі – типовий симптом стенозу пілорического відділу шлунка або ознак гастропареза. У деяких пацієнтів з язвою в області привратника шлунка рвота може виникати одразу після їжі. Рвота неперевареною їжею дозволяє передположити непрохідність (стеноз) пілорического відділу шлунка. Наявність в рвотних масах жовчі виключає таку локалізацію непрохідності. Зникнення або значиме зменшення болю в епігастрії після рвоти – патогномічний симптом язви. При звуженнях і дивертикулах шлункового сфінктера рвотні маси майже повністю складаються із неперевареної їжі. Стеноз шлункового сфінктера веде до виникнення регургітації, а не істинної рвоти.

Дальший діагностичний алгоритм включає інструментальні та лабораторні методи обстеження, консультації спеціалістів. При підозрі на функціональний гастропарез необхідно оцінити швидкість опорожнення шлунка. Золотим стандартом є скінтіграфія із радіоізотопом <sup>99m</sup>Tc або <sup>111</sup>In. Також можна застосувати <sup>13</sup>C-дихальний тест з октановою кислотою і відеокапсульна ендоскопія.

Якщо ознаки органічної патології ЖКТ не виявлені, а швидкість опорожнення шлунка не уповільнена, можна передположити наявність одного із функціональних розладів.

## Які засоби для купірування тошноти і рвоти переважно використовувати в клінічній практиці?

В даний час ефективною є евакуація вмісту шлунка в дванадцятипалу кишку і регуляція кишкової моторики, з якою пов'язано противотошнотне і противорвотне діє при розладах ЖКТ, доведено для невеликої кількості препаратів. Це блокатори дофамінових рецепторів (метоклопрамід і домперидон), антагоністи і агоністи серотонінових рецепторів (ондансетрон, ітоприд, моприд, пруклопрандол) і антибіотик еритромицин.

Метоклопрамід зазвичай застосовують в нашій країні із-за виражених побічних ефектів. На зміну йому прийшов домперидон – сучасний прокінетик для

лікування диспепсії, тошноти і рвоти. В Україні домперидон виробляється ПАО «Київський вітамінний завод» під назвою Моторікс.

Домперидон підвищує тиск нижнього шлункового сфінктера, запобігаючи виникненню гастроэзофагеального рефлюкса, прискорює евакуацію вмісту шлунка в дванадцятипалу кишку, посилює моторику кишечника, скорочує час транзиту. Відмінно від інших прокінетиків центрального діє (цизаприд, метоклопрамід) домперидон практично не проникає через гематоенцефалічний бар'єр і не має седативного діє, дозволено до застосування у дітей з 12 років.

Домперидон є класичним компонентом патогенетичної терапії при гастроэзофагеальній рефлюксній хворобі, функціональній неязвенній диспепсії, гастритах, гастропарезі, симптоматичній регургітації.

Відмінно від інших препаратів домперидону Моторікс є більш доступним за ціною при збереженні високої якості, присуще препаратом Київського вітамінного заводу. Крім того, ефективність і безпека Моторікса доведено в клінічних дослідженнях, проведених в Україні. Так, в нашому дослідженні було підтверджено достовірне вплив Моторікса на швидкість опорожнення шлунка у пацієнтів з гастропарезом за даними <sup>13</sup>C-дихального тесту з октановою кислотою.



Кандидат медичних наук **Екатерина Леонідівна Кваченко** (Київський міський консультативно-діагностичний центр)

## Які особливості диспептичного синдрому при патології печінки, жовчовивідних шляхів та підшлункової залози?

Тошнота і рвота – часті симптоми захворювань печінки, жовчовивідних шляхів і підшлункової залози, в тому числі функціональних розладів. Асоціація болювого синдрому з тошнотою і рвотою – один із підтверджувальних критеріїв при діагностиці функціональних розладів жовчного міхура і сфінктера Одди за Римськими критеріями III (2006).

Для дисфункції жовчовивідних шляхів характерна билиарна рвота з примісью жовчі в рвотних масах в поєднанні з болем і іншими симптомами.

При патології печінки тошнота і рвота мають свої особливості. Синдром цитолиза супроводжується зниженням дезінтоксикаційної функції печінки, що відображається в астенії, тошноті і рвоті. При цьому тошнота виникає на фоні загальної слабкості, сонливості, вона постійна, «нудна», причому не залежить від прийому їжі, а рвота не приносить полегшення, як при патології шлунка і дванадцятипалої кишки.

При захворюваннях підшлункової залози диспептичний синдром спостерігається у всіх пацієнтів. Для хронічного панкреатиту характерні упорна тошнота і рвота, не приносять полегшення, однак цим симптомам не присущі специфічні особливості, які можна було б врахувати при диференціальній діагностиці. При гострому панкреатиті виникнення тошноти і рвоти пов'язано з рефлекторним порушенням

моторики шлунка і дванадцятипалої кишки. Тошнота набуває постійного характеру, рвота багаторазова (може бути неукротимою), не приносить полегшення.

Тошнота і рвота входять в число найбільш частих симптомів раку підшлункової залози. Наряду з жовтухом, абдомінальною болем і втратою маси тіла тошнота і рвота спостерігаються у 50% пацієнтів (Cello J.P., 1998).

Для купірування тошноти і рвоти застосовують препарати різних класів. Необхідно відзначити, що при повній відсутності симптомів диспепсії виникає неадекватна етіотропна і патогенетична терапія захворювань печінки і підшлункової залози. Із засобів патогенетичної терапії з чітким впливом на диспептичні симптоми слід відзначити ферментні препарати і жовчегонні засоби.

Артихол – вітчизняний рослинний препарат із листя артишоку польового (*Synala cardunculus* var. *scolymus*) виробляється ПАО «Київський вітамінний завод». Артихол має жовчегонне, мочогонне і гепатопротекторне діє, тому може успішно замінювати декілька препаратів. Рослинне походження гарантує високу безпеку. Артихол може застосовуватися в лікуванні багатьох захворювань гепатобіліарної системи: при дискинезії жовчних шляхів гіпотонічного типу, хронічному гепатиті, цирозі печінки, хронічному некалькульозному холестазі, а також при нирковій недостатності і хронічному нефриті.

Із специфічних противотошнотних і противорвотних засобів гастроентерологи багатьох країн віддають перевагу блокує D<sub>2</sub>-дофамінових рецепторів домперидону, який в Україні відомий під назвою Моторікс. Цей сучасний вітчизняний препарат для лікування функціональної диспепсії і купірування симптомів тошноти і рвоти різного походження.

## Як застосовувати Моторікс (домперидон)?

Моторікс рекомендується приймати перорально до їди, оскільки при прийомі після їди абсорбція препарату декілька уповільнюється. При хронічних диспептичних симптомах Моторікс застосовують дорослим починаючи з дози 10 мг (1 табл.) 3 рази в день за 15-30 хв до їди і в разі потреби дозу удваивають. При гострих і підострих станах, супроводжуваних тошнотою і рвотою, Моторікс застосовують дорослим по 20 мг (2 табл.) 3-4 рази в день, в разі потреби – перед сном. Максимальна добова доза домперидону – 80 мг.



Голова гастроентерологічного центру «Універсальна клініка «Оберіг», доцент кафедри внутрішньої медицини № 3 Національного університету ім. А.А. Богомольця, кандидат медичних наук **Галина Анатоліївна Солов'єва**

## Тошнота і рвота при функціональній диспепсії: як допомогти пацієнту?

Частота зустрічальності диспептичних скарг, в тому числі тих, які свідчать про порушення моторики шлунка

«КІЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД»  
Якість без компромісів!



(тошнота, рвота, регургитация, икота, раннее насыщение и чувство переполнения желудка), среди населения развитых стран составляет 30–40%. То есть, каждый четвертый человек предъявляет жалобы на диспепсические расстройства (Talley N.J., 1999). По данным ряда зарубежных авторов, более чем у 50% пациентов причиной диспепсических симптомов является функциональная диспепсия (Heikkinen, 1996; Stanghellini, 1996; Williams, 1998).

Согласно III Римскому консенсусу по функциональной патологии органов пищеварения (2010) для постановки диагноза функциональной диспепсии необходимо наличие одного или более симптомов, беспокоящих пациента как минимум в течение 3 мес за последние шесть до обращения к врачу:

- боль в эпигастральной области по срединной линии;
- чувство переполнения;
- жжение в области эпигастрия;
- раннее насыщение.

В то же время диагноз функциональной диспепсии – это диагноз исключения, он может быть выставлен при отсутствии данных в пользу органической патологии, включая результаты ЭГДС и морфологического исследования.

Причины развития функциональной диспепсии по D.A. Drossman (1998):

- нарушения моторной функции верхних отделов ЖКТ;
- снижение порога чувствительности рецепторного аппарата ЖКТ (желудочная или дуоденальная гиперсенситивность), вследствие чего обычные раздражители, такие как пища, кислота желудочного сока, сокращения желудка, вызывают боль и другие симптомы диспепсии;
- особенности психосоциального статуса пациента (тревожность, депрессивность, хронический стресс, неврозы и ипохондрия);
- нарушения взаимодействия мозга с органами пищеварения, опосредованного общими гормонами (холецистокинин, субстанция P, серотонин и др.).

В соответствии с доминирующими причинами в лечении функциональной диспепсии применяются различные препараты и подходы:

- ингибиторы протонной помпы – для снижения желудочной секреции (у больных функциональной диспепсией базальная кислотопродукция находится в пределах нормы, но кислотозависимые симптомы могут возникать по причине желудочной или дуоденальной гиперсенситивности);
- прокинетики;
- психотропные препараты и психотерапия.

Независимо от клинического варианта функциональной диспепсии нарушения моторики желудка встречаются у 75% пациентов (McCallum R.W., 1998), что обосновывает широкое применение прокинетики. Мета-анализ 14 исследований с участием 1053 больных функциональной диспепсией подтвердил эффективность прокинетики (61 против 41% в группах плацебо) (Moayyedi P., 2003).

Примером современного прокинетики с оптимальным соотношением эффективности купирования симптомов диспепсии, безопасности и цены является препарат Моторикс (домперидон).



Заведующий центром психосоматики и депрессий Универсальной клиники «Оберіг», кандидат медицинских наук **Сергей Александрович Малайов**

### Когда пациентам гастроэнтерологов нужна консультация психиатра?

Большое количество пациентов, которые обращаются к гастроэнтерологам с диспепсическими жалобами, не имеют органической патологии. С начала общения с больным следует рассматривать возможность того, что тошнота и рвота являются проявлением соматизированной тревоги, депрессии или

стрессового реагирования на определенные жизненные ситуации. При подозрении на соматоформное расстройство необходимо сотрудничество гастроэнтеролога с психиатром, но при этом не должна ставиться цель постановки психиатрического диагноза. Следует избегать императивной конфронтации с больным, а стараться проявлять эмпатию. Во всех случаях необходимо признавать, что пациент имеет реальные соматические симптомы, огорчающие его, с сопутствующими психологическими нарушениями, а не высказывать подозрения по поводу симуляции страдания или наличия психического расстройства.

Как правило, причиной обращения больного к врачу является не столько специфический набор симптомов, сколько их выраженность, контрастность с субъективным телесным опытом (необычная интенсивность или приступообразный характер), а также степень нарушения повседневной жизнедеятельности, которую они причиняют. Поэтому больной ждет от врача не только купирования симптомов, но и восстановления функционирования.

Первым шагом в алгоритме ведения таких пациентов должна быть рациональная психотерапия, направленная на изменение сложившегося стереотипа поведения и уменьшение стрессового реагирования с возможным участием в процессе терапии членов семьи. Медикаментозная терапия с применением психотропных средств (антидепрессантов, анксиолитиков) может использоваться в комплексе реабилитационных мероприятий после определения симптомов-мишеней.



Заведующий отделением общей и абдоминальной хирургии клиники «Оберіг», кандидат медицинских наук **Николай Андреевич Мендель**

### В каких случаях тошнота и рвота являются сигналами опасности?

Тошнота и рвота могут быть симптомами разнообразных острых заболеваний и состояний органов пищеварения, которые требуют вмешательства хирургов: перитонита, кишечной непроходимости, острого панкреатита, острого холецистита, острого аппендицита, мезентериальной ишемии, опухолей и кровотечений из ЖКТ.

Первое, что следует исключить у пациента с жалобами на тошноту и рвоту в момент осмотра, это механическая обструкция ЖКТ, перитонит, дегидратация и кровотечение. Для этого необходимо тщательно собрать анамнез, обращая внимание на условия возникновения и характеристики рвоты (частота, объем и характер рвотных масс, наличие патологических примесей), а также возможные сопутствующие симптомы (абдоминальная боль, лихорадка, диарея, головкружение и др.).

Тревожные признаки и возможные причины тошноты и рвоты можно выявить при физикальном обследовании:

- признаки дегидратации (сухой язык, сниженный тургор кожи, постуральная гипотензия);
- запах алкоголя или ацетона изо рта;
- дезориентация вследствие гиперкальциемии или гипонатриемии;
- абдоминальные симптомы – признаки перитонита, гастростаза или острой кишечной непроходимости;
- неврологические симптомы: менингеальные знаки, нистагм, изменения на глазном дне;
- признаки инфекционных и других заболеваний (сыпь на коже и слизистых оболочках).

При подозрении на хирургическую патологию обязательно проводится обзорная рентгенография органов брюшной полости. Хотя ее информативность варьирует в пределах 40–60%, она является стандартом диагностики острой кишечной непроходимости. В зависимости от преобладающих

симптомов могут применяться другие инструментальные и лабораторные методы исследования. Хочу обратить внимание врачей на то, что не следует ориентироваться на результаты какого-либо одного исследования. Острая кишечная непроходимость может быть неполной или компенсированной, например при сдавлении просвета кишки абсцессом кишечной стенки. При этом на обзорной рентгенографии не наблюдаются типичные признаки кишечной непроходимости, что ведет к задержке хирургической помощи и угрожает жизни больного. В других случаях патологический процесс, например опухоль, может быть локализован в отделах тонкой кишки, недоступных для эндоскопа. Установить диагноз помогает компьютерная или магнитно-резонансная томография.

При рвоте кровью в первую очередь необходимо оценить жизненно важные функции. У пациентов с нестабильной гемодинамикой немедленно следует начать инфузионную терапию, провести интубацию и экстренную ЭГДС в условиях операционной.



Заведующая кафедрой инфекционных болезней НМУ им. А.А. Богомольца, главный специалист МЗ Украины по специальности «инфекционные болезни», доктор медицинских наук, профессор **Ольга Анатольевна Голубовская**

### Что делать при подозрении на инфекционную природу тошноты и рвоты?

Тошнота и рвота – неспецифические симптомы многих инфекционных заболеваний, вызванных бактериями, простейшими и вирусами. Эти симптомы также могут наблюдаться при гельминтозах, которыми поражено около 25% населения.

Частыми причинами тошноты и рвоты являются пищевые токсикоинфекции, отравления и интоксикации. Следует различать эти понятия. Пищевая токсикоинфекция вызвана наличием в продуктах питания микроорганизма и его токсина. Пищевое отравление возникает из-за употребления в пищу ядовитых продуктов (как правило, это грибы или ягоды). Пищевая интоксикация вызывается токсическими веществами, которые попали в продукты питания извне (пестициды, свинец и т.п.).

Понятие «диарейный синдром», часто используемое в практике инфекционистов, кроме диареи включает возможность наличия у пациента и других симптомов поражения ЖКТ, в том числе тошноты и рвоты.

В зависимости от ведущего патогенетического механизма различают энтеротоксигенные и энтероинвазивные инфекционные диареи. При энтеротоксигенных диареях (пищевые токсикоинфекции, сальмонеллез, некоторые эшерихиозы) преобладают поражение верхних отделов ЖКТ, интоксикационный синдром и секреторные потери жидкости. При энтероинвазивных диареях (шигеллез, некоторые эшерихиозы) поражаются преимущественно нижние отделы кишечника, а потеря жидкости происходит за счет экссудации.

Если при энтеротоксигенных диареях лечение, как правило, ограничивается детоксикацией (парентеральной или пероральной) и диетой, то основу лечения среднетяжелых и тяжелых энтероинвазивных диарей составляет антибиотикотерапия (ципрофлоксацин или азитромицин по рекомендациям ВООЗ 2006 г.).

Дисбиоз и функциональные расстройства кишечника – частые последствия антибиотикотерапии. Для их профилактики и лечения широко применяются про- и пребиотики. Примером средства с комплексным эффектом оптимизации работы кишечника является диетическая добавка Бионорм производства ПАО «Киевский витаминный завод» – оригинальная комбинация пищевых волокон с сорбционными свойствами и пребиотика (содержит лигнин активированный, целлюлозу микрокристаллическую и лактулозу).



Врач-кардиолог клиники «Оберіг», кандидат медицинских наук **В.И. Кутовой**

### Что может связывать симптомы диспепсии с инфарктом миокарда?

В практике кардиолога немало состояний, которые могут сопровождаться тошнотой и рвотой:

- гипертонический криз;
- инфаркт миокарда (ИМ);
- застойная хроническая сердечная недостаточность (ХСН);
- передозировка сердечных гликозидов;
- тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА).

Рефлекторная рвота иногда наблюдается при остром ИМ, особенно с локализацией в задней стенке левого желудочка, и может становиться причиной диагностических ошибок. Сочетание тошноты, рвоты и других симптомов со стороны ЖКТ с болью в подложечной области при гастралгическом варианте ИМ еще больше затрудняет постановку диагноза. Клиническая картина очень напоминает острое заболевание органов пищеварения. Однако внимательный расспрос о характере боли (выявление помимо абдоминальной боли за грудиной локализации), а также данные о наличии периода учащения эпизодов стенокардии, предшествовавшего настоящему болевому приступу, позволяет правильно диагностировать ИМ, а экстренная ЭКГ – подтвердить диагноз.

При ХСН нарушается функция органов пищеварения, что проявляется в виде застойного гастрита с атрофией желудочных желез и симптомов диспепсии – тошноты, метеоризма, запоров. Застойный гастрит при ХСН легко распознать с учетом анамнеза и клиники основного заболевания.

При передозировке сердечных гликозидов наблюдаются тошнота, рвота, головкружение, общая слабость, ощущение замиранья, перебоев в работе сердца. ЭКГ позволяет правильно распознать причину симптомов (характерные изменения сегмента ST и зубца T), а также специфические для дигиталисной интоксикации расстройства зрения (темные и цветные пятна, кольца, шары перед глазами, видение в желтом или зеленом цвете).

Абдоминальная боль возникает примерно у 6% пациентов с ТЭЛА. Ее причиной считаются раздражение диафрагмальной плевры или острое увеличение печени. Боль резкая, может сопровождаться рвотой, нарушением стула и симптомами раздражения брюшины. При массивных инфарктах правого легкого может возникнуть резкая боль в правом подреберье, которая сопровождается парезом кишечника, тошнотой, рвотой, упорной икотой, псевдоположительными симптомами Щеткина-Блюмберга, Ортнера, что связано с острой правожелудочковой недостаточностью и резким застойным набуханием печени. Эти явления имитируют картину острого живота. Распознать ТЭЛА помогает наиболее характерный симптом – резко возникающая инспираторная одышка без ортопноэ, а также положительный симптом Плеша – надавливание на болезненную печень вызывает набухание шейных вен.

Подготовил **Дмитрий Молчанов**

