

Тошнота і рвота в практиці гастроентеролога і не тільки

(междисциплинарный взгляд на два распространенных симптома)

21 декабря 2011 г. Универсальная клиника «Оберіг» в г. Киеве принимала участников X гастростудии, которая два раза в год собирает гастроэнтерологов и врачей других специальностей из разных регионов страны. Партнером мероприятия выступила отечественная фармацевтическая компания ПАО «Киевский витаминный завод». Гастростудия – это особый формат общения ведущих ученых-практиков Украины и специалистов клиники «Оберіг» с врачами, заинтересованными в получении ценной практической информации. Отличительные особенности мероприятия – длительность 3 ч, оптимальная для восприятия и не утомляющая, а также мультидисциплинарное рассмотрение заранее согласованной темы в различных клинических аспектах. Тематика выступлений участников X гастростудии была построена вокруг двух часто встречающихся симптомов – тошноты и рвоты. Эти симптомы возникают как проявления разнообразных заболеваний и состояний организма и встречаются в практике врачей многих специальностей. Свое видение клинического значения тошноты и рвоты, а также современные возможности купирования этих симптомов представили гастроэнтерологи, хирурги, врач-инфекционист, кардиолог и даже психиатр. Предлагаем читателям краткое изложение их выступлений в виде ответов на вопросы.



Профессор кафедры внутренней медицины № 1 Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца, доктор медицинских наук **Сергей Михайлович Ткач**

Какое значение имеют тошнота и рвота в диагностике заболеваний пищевода и желудка?

Механическая обструкция (нарушение проходимости) верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) может проявляться как острой, так и хронической тошнотой и рвотой в зависимости от их причин. Причинами обструкции, повторяющейся тошноты и рвоты могут быть ахалазия, стриктуры пищевода, цинкеровский дивертикул, пептические язвы желудка с деформацией или стенозом пилорического отдела, привратника или двенадцатиперстной кишки, а также опухоли пищевода и желудка.

Тошнота и рвота также наблюдаются при гастропарезе – хроническом симптоматическом расстройстве желудка, которое характеризуется задержкой эвакуации желудочного содержимого при отсутствии механической обструкции. Причины гастропареза и замедления опорожнения желудка разнообразны, а именно: сахарный диабет; дисфункция гладкой мускулатуры желудка (первичная – при склеродермии, полимиозитах и дерматомиозитах, вторичная – после хирургических вмешательств, таких как ваготомия, частичная резекция желудка); функциональная диспепсия (постпрандиальный дистресс-синдром); прием определенных лекарственных препаратов; нарушения метаболизма (кетацидоз, гипотиреоз, нарушение электролитного баланса); психические заболевания (нервная анорексия); патология ЦНС (опухоль головного мозга); инфекции (острый вирусный гастроэнтерит).

Помимо органических причин тошноты и рвоты выделяют три функциональных расстройства, которые проявляются этими симптомами (хроническая идиопатическая тошнота, функциональная рвота, циклический рвотный синдром), а также руминационный синдром.

Хроническая идиопатическая тошнота характеризуется возникновением необъяснимой тошноты несколько раз в неделю при отсутствии рвоты, патологических эндоскопических изменений или метаболических расстройств.

Функциональная рвота – один или более эпизодов рвоты в неделю при отсутствии нарушений глотания, руминационного синдрома и психических заболеваний, а также патологических эндоскопических изменений или метаболических расстройств, которые могли бы объяснить симптомы.

Общий для этих функциональных расстройств критерий постановки диагноза – симптомы беспокоят пациента как минимум 3 мес из последних шести.

Циклический рвотный синдром – стереотипные эпизоды рвоты (три эпизода и более в течение года) с одинаковым началом и продолжительностью (менее 1 нед). Между

указанными эпизодами рвоты и тошнота отсутствуют.

Руминация – это повторная регургитация съеденной пищи, которая выплевывается или снова глотається. Следует также напомнить, что регургитация – это частичный возврат пищи из желудка в ротовую полость без полного опорожнения желудка.

Как необходимо обследовать пациентов с жалобами на повторяющуюся тошноту и рвоту?

В первую очередь следует тщательно собрать анамнез для установления характера тошноты и рвоты, условий ее возникновения, возможной связи симптомов с приемом определенных лекарств, тревогой или психическими расстройствами. Анамнез и физикальное обследование позволяют выявить типичные признаки органических заболеваний (пептическая язва, стеноз, механическая обструкция), которые чаще всего становятся причиной симптомов диспепсии. Рвота сразу после приема пищи чаще всего является психогенной или связана с расстройством пищевого поведения – булимией. Появление рвоты позже чем через 1 ч после приема пищи – типичный симптом стеноза пилорического отдела желудка или признаков гастропареза. У некоторых больных с язвой в области привратника желудка рвота может возникать сразу после еды. Рвота непереваренной пищей позволяет предположить непроходимость (стеноз) пилорического отдела желудка. Наличие в рвотных массах желчи исключает такую локализацию непроходимости. Исчезновение или значительное облегчение боли в эпигастрии после рвоты – патогномичный симптом язвы. При сужениях и дивертикулах пищевода рвотные массы почти полностью состоят из непереваренной пищи. Стеноз пищевода ведет к появлению регургитации, а не истинной рвоты.

Дальнейший диагностический алгоритм включает инструментальные и лабораторные методы обследования, консультации специалистов. При подозрении на функциональный гастропарез необходимо оценить скорость опорожнения желудка. Золотым стандартом является скинтиграфия с радиоизотопами ⁹⁹Tc или ¹¹¹In. Также могут применяться ¹³C-дыхательный тест с октановой кислотой и видеокапсульная эндоскопия.

Если признаки органической патологии ЖКТ не выявлены, а скорость опорожнения желудка не замедлена, можно предположить наличие одного из функциональных расстройств.

Какие средства для купирования тошноты и рвоты предпочтительно применять в клинической практике?

В настоящее время эффекты ускорения эвакуации содержимого желудка в двенадцатиперстную кишку и регуляции кишечной моторики, с которыми связано противотошнотное и противорвотное действие при расстройствах ЖКТ, доказаны для небольшого числа препаратов. Это блокаторы дофаминовых рецепторов (метоклопрамид и домперидон), антагонисты и агонисты серотониновых рецепторов (ондансетрон, итоприд, мосаприд, пруклоприд) и антибиотик эритромицин.

Метоклопрамид все реже применяется за рубежом и в нашей стране из-за выраженных побочных эффектов. На смену ему пришел домперидон – современный прокинетики для

лечения диспепсии, тошноты и рвоты. В Украине домперидон производится ПАО «Киевский витаминный завод» под названием Моторикс.

Домперидон повышает тонус нижнего пищевого сфинктера, препятствуя возникновению гастроэзофагеального рефлюкса, ускоряет эвакуацию содержимого желудка в двенадцатиперстную кишку, усиливает моторику кишечника, сокращает время кишечного транзита. В отличие от других прокинетики центрального действия (цизаприда, метоклопрамида) домперидон практически не проникает через гематоэнцефалический барьер и не обладает седативным действием, разрешен к применению у детей с 12 лет.

Домперидон является классическим компонентом патогенетической терапии при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, функциональной неязвенной диспепсии, гастритах, гастропарезе, симптоматической регургитации.

В отличие от других препаратов домперидона Моторикс является более доступным по цене при сохранении высокого качества, присущего препаратам Киевского витаминного завода. Кроме того, эффективность и безопасность Моторикса доказаны в клинических исследованиях, проведенных в Украине. Так, в нашем исследовании было подтверждено достоверное влияние Моторикса на скорость опорожнения желудка у пациентов с гастропарезом по данным ¹³C-дыхательного теста с октановой кислотой.



Кандидат медицинских наук **Екатерина Леонидовна Кваченюк** (Киевский городской консультативно-диагностический центр)

Каковы особенности диспептического синдрома при патологии печени, желчевыводящих путей и поджелудочной железы?

Тошнота и рвота – частые симптомы заболеваний печени, желчевыводящих путей и поджелудочной железы, в том числе функциональных расстройств. Ассоциация болевого синдрома с тошнотой и рвотой – один из подтверждающих критериев при диагностике функциональных расстройств желчного пузыря и сфинктера Одди согласно Римским критериям III (2006).

Для дисфункции желчевыводящих путей характерна билиарная рвота с примесью желчи в рвотных массах в сочетании с болью и другими симптомами.

При патологии печени тошнота и рвота имеют свои особенности. Синдром цитолиза сопровождается снижением дезинтоксикационной функции печени, что находит отражение в астении, тошноте и рвоте. При этом тошнота возникает на фоне общей слабости, сонливости, она постоянная, «нудная», почти не зависит от приема пищи, а рвота не приносит облегчения, как при патологии желудка и двенадцатиперстной кишки.

При заболеваниях поджелудочной железы диспептический синдром наблюдается у всех больных. Для хронического панкреатита характерны упорная тошнота и рвота, не приносящая облегчения, однако этим симптомам не присущи специфические особенности, которые можно было бы учитывать при дифференциальной диагностике. При остром панкреатите появление тошноты и рвоты обусловлено рефлекторным нарушением

моторики желудка и двенадцатиперстной кишки. Тошнота приобретает постоянный характер, рвота многократная (может быть неукротимой), не приносит облегчения.

Тошнота и рвота входят в число наиболее частых симптомов рака поджелудочной железы. Наряду с желтухой, абдоминальной болью и потерей массы тела тошнота и рвота отмечаются более чем у 50% пациентов (Cello J.P., 1998).

Для купирования тошноты и рвоты применяются препараты различных классов. Необходимо отметить, что условием исчезновения симптомов диспепсии является назначение адекватной этиотропной и патогенетической терапии заболеваний печени и поджелудочной железы. Из средств патогенетической терапии с отчетливым влиянием на диспептические симптомы следует отметить ферментные препараты и желчегонные средства.

Артихол – отечественный растительный препарат из листьев артишока полевого (*Cynara cardunculus* var. *scolymus*) производства ПАО «Киевский витаминный завод». Артихол оказывает желчегонное, мочегонное и гепатопротекторное действие, поэтому может успешно заменять одновременно несколько препаратов. Растительное происхождение гарантирует высокую безопасность. Артихол может применяться в лечении многих заболеваний гепатобилиарной системы: при дискинезии желчных путей по гипотоническому типу, хроническом гепатите, циррозе печени, хроническом некалькулезном холецистите, а также при почечной недостаточности и хроническом нефрите.

Из специфических противотошнотных и противорвотных средств гастроэнтерологи многих стран мира отдают предпочтение блокатору D₂-дофаминовых рецепторов домперидону, который в Украине известен, в частности, под названием Моторикс. Это современный отечественный препарат для лечения функциональной диспепсии и купирования симптомов тошноты и рвоты различного происхождения.

Как следует применять Моторикс (домперидон)?

Моторикс рекомендуется принимать перорально до еды, поскольку при приеме после еды абсорбция препарата несколько замедляется. При хронических диспепсических симптомах Моторикс назначают взрослым начиная с дозы 10 мг (1 табл.) 3 раза в день за 15-30 мин до еды и в случае необходимости перед сном. При недостаточном эффекте дозу удваивают. При острых и подострых состояниях, сопровождающихся тошнотой и рвотой, Моторикс назначают взрослым по 20 мг (2 табл.) 3-4 раза в день, в случае необходимости – перед сном. Максимальная суточная доза домперидона – 80 мг.



Руководитель гастроэнтерологического центра «Универсальная клиника «Оберіг», доцент кафедры внутренней медицины № 3 Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца, кандидат медицинских наук **Галина Анатольевна Соловьева**

Тошнота и рвота при функциональной диспепсии: как помочь пациенту?

Частота встречаемости диспептических жалоб, в том числе тех, которые свидетельствуют о нарушении моторики желудка

«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 эпигастриальной 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);
- нарушение 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 прокинетиков. Мета-анализ 14 исследований с участием 1053 больных функциональной диспепсией подтвердил эффективность прокинетиков (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 Малаев**

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 больно жмет 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, гастростаз 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 отделе 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 поражения 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 ВОЗ 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).



Доцент кафедры факультетской терапии №1 НМУ им. А.А. Богомольца, кандидат медицинских наук **Виктор Иванович 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 загрудинной 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, головокружение, 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 плевы или острое увеличение печени. Боль резкая, может сопровождаться рвотой, нарушением стула и симптомами раздражения брюшины. При массивных инфарктах правого легкого может возникать резкая боль в правом подреберье, которая сопровождается парезом кишечника, тошнотой, рвотой, упорной икотой, псевдоположительными симптомами Шеткина-Блюмберга, Ортенра, 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**

