

DOI: 10.31550/2712-8601-VT-2023-5-6-4

## КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТКИ С СИНДРОМОМ ЦИКЛИЧЕСКОЙ РВОТЫ

Д.Р. Акберова ✉, Е.С. Бодрягина, К.И. Мидхатова, А.А. Камартдинова

ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации; Россия, г. Казань

### Резюме

**Цель статьи.** Демонстрация клинического случая синдрома циклической рвоты у пациентки с поражением центральной нервной системы и патологией верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

**Основные положения.** Синдром циклической рвоты — это хроническое периодическое расстройство детского возраста, которое может сохраняться у взрослых. В качестве причин его возникновения выделяют поражения центральной нервной системы: абдоминальную мигрень, эпилепсию, структурные повреждения головного мозга, митохондриальные заболевания, вегетативные расстройства и др. Патология желудочно-кишечного тракта может проявляться эпизодами повторяющейся интенсивной рвоты и тошноты, продолжающимися от нескольких часов до нескольких дней, с различными по длительности бессимптомными промежутками.

**Заключение.** Детальное изучение синдрома циклической рвоты поможет сократить диагностический поиск у пациентов с сочетанной патологией, требующей междисциплинарного подхода.

*Ключевые слова:* синдром циклической рвоты.

### Для цитирования

Акберова Д.Р., Бодрягина Е.С., Мидхатова К.И., Камартдинова А.А. Клиническое наблюдение пациентки с синдромом циклической рвоты. *Вестник терапевта*. 2023. № 5-6 (60-61). DOI: 10.31550/2712-8601-VT-2023-5-6-4. URL: <https://journaltherapy.ru/statyi/klinicheskoe-nabljudenie-pacientki-s-sindromom-ciklicheskoj-rvoty/> (дата обращения: дд.мм.гггг)

### Авторы

**Акберова Диляра Рашатовна** ✉ — к. м. н., ассистент кафедры госпитальной терапии ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России. 420012, г. Казань, ул. Бутлерова, д. 49. eLIBRARY.RU SPIN: 7740-4376. <http://orcid.org/0000-0002-0109-0509>. E-mail: dile4ek@mail.ru

**Бодрягина Евгения Сергеевна** — к. м. н., ассистент кафедры госпитальной терапии ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России. 420012, г. Казань, ул. Бутлерова, д. 49. eLIBRARY.RU SPIN: 7518-7885. <http://orcid.org/0000-000-9120-3588>. E-mail: snezenka@rambler.ru

**Мидхатова Карина Ильхамовна** — ординатор кафедры оториноларингологии ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, 420012, г. Казань, ул. Бутлерова, 49. E-mail: midhatova\_karina@mail.ru

**Камартдинова Айназ Асьфатовна** — студентка 6-го курса лечебного факультета ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России. 420012, г. Казань, ул. Бутлерова, д. 49. E-mail: kamartdin2001@mail.ru

# CLINICAL OBSERVATION OF A PATIENT WITH CYCLIC VOMITING SYNDROME

D.R. Akberova ✉, E.S. Bodryagina, K.I. Midkhatova, A.A. Kamartdinova

Kazan State Medical University; 49 Butlerov Str., Kazan, Russian Federation 420012

## Abstract

**Aim.** To demonstrate a clinical case of cyclic vomiting syndrome in a patient with central nervous system damage and pathology of the upper gastrointestinal tract.

**Main points.** Cyclic vomiting syndrome is a chronic periodic disorder of childhood that can persist into adulthood. The causes of its occurrence include central nervous system disorders such as abdominal migraines, epilepsy, structural brain damage, mitochondrial diseases, autonomic disorders, and others. Gastrointestinal tract pathology can manifest as episodes of recurrent intense vomiting and nausea lasting from several hours to several days, with varying symptom-free intervals.

**Conclusion.** Detailed study of cyclic vomiting syndrome can help reduce diagnostic search in patients with combined pathology requiring an interdisciplinary approach.

*Key words:* cyclic vomiting syndrome.

## Введение

Одну из лидирующих позиций в структуре патологии органов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) занимают функциональные нарушения. Несмотря на то, что они широко распространены во врачебной практике, изучение этиологии и патогенеза этой группы заболеваний на сегодняшний день продолжается [1].

Определенные сложности в диагностике данных расстройств связаны с отсутствием органических изменений, поскольку субъективные жалобы пациентов могут существенно не отличаться от возникших вследствие заболевания с органическими проявлениями. Однако дисбаланс моторики органов ЖКТ не должен оставаться без внимания, так как со временем возможно развитие вторичных изменений, проявляющихся в виде расстройства переваривания и всасывания. Отсутствие структурных изменений не исключает наличия биохимических нарушений [2].

Одним из проявлений функциональной патологии верхних отделов ЖКТ является рвота. Синдром циклической рвоты (СЦР) — мультифакторное заболевание, в основе которого лежат расстройства различной этиологии: неврологические, метаболические, эндокринные, а также двигательные нарушения ЖКТ [3, 4]. СЦР характеризуется повторяющимися интенсивными эпизодами тошноты и рвоты, длящимися от нескольких часов до нескольких дней и разделенными неделями или месяцами бессимптомного, нормального самочувствия [5]. Заболевание имеет четыре фазы: продромальную, острую (эпизоды рвоты/гиперемии), восстановление и ремиссию (или межэпизодическую фазу) [5].

Распространенность СЦР у взрослых пациентов, обратившихся с жалобами на необъяснимую тошноту и рвоту, составляет 3–14% [6], в педиатрической популяции пациентов — 0,04–2% [3, 7]. Это заболева-

ние чаще всего встречается у детей школьного возраста, а среди взрослых — у лиц мужского пола [7]. С момента появления симптомов до времени постановки диагноза может пройти от 1 года до 4 лет, средний возраст, в котором заболевание было диагностировано, у детей и взрослых составляет 5,2 и 25,4 года соответственно [7]. Проявления СЦР в среднем происходят 12 раз в год [2], в типичных случаях — не более двух эпизодов рвоты в неделю. Средняя продолжительность приступа — 1–2 суток (минимум 2 часа), однако может достигать также 10 и более дней. Протяженность периодов, когда пациент практически здоров и его ничего не беспокоит, тоже различна [8]. Отмечено, что из-за рвоты школьники вынуждены пропускать около месяца занятий за учебный год [5].

Установлена весьма тесная взаимосвязь между циклической рвотой и мигренью: до 40% пациентов с СЦР имеют головные боли во время атак, и в 27% случаев циклические рвоты трансформируются в подростковом возрасте в типичные приступы мигрени [1].

Среди причин возникновения рвоты как часто встречающегося расстройства принято выделять неправильный образ жизни, травматические повреждения, стресс [1]. В 68% случаев при сборе анамнеза родители отмечают наличие провоцирующих факторов. У 41% пациентов приступы развиваются на фоне перенесенной инфекции любой этиологии. В трети случаев начало синдрома провоцируют стресс и тревога, связанные с семейными конфликтами, школьными экзаменами и днями рождения. Реже появление СЦР обусловлено физическими нагрузками, травмой, менструацией и иногда употреблением некоторых продуктов [3, 9]. В работе S. Chow и R.D. Goldman описаны такие клинические проявления, сопутствующие рвоте, как сонливость, бледность, боль в животе, анорексия, тошнота [10]. Сопровождать рвоту могут и разнообразные мигренеподобные

симптомы — головная боль, фотофобия, фонофобия и головокружение [3, 11].

На развитие СЦР оказывают влияние также генетические и экологические патогенные факторы. Это расстройство, для которого во многих случаях характерно материнское наследование вариантов последовательности митохондриальной ДНК [3]. Так, при проведении анализа родословных детей с циклической рвотой было выявлено статистически достоверное преобладание у родственников по материнской линии таких заболеваний, как мигрень, миопатии, судороги и вегетативная дисфункция. Наследственность при возникновении указанных заболеваний была отягощена у 75% матерей и только у 11% отцов [12]. R.G. Boles и соавт. считают, что определенные мутации митохондриальной ДНК могут быть фактором риска развития СЦР [12]. У таких пациентов часто отмечаются симптомы, которые перекликаются с функциональными заболеваниями ЖКТ. Митохондриальная дисфункция в первую очередь поражает мышечную и нервную ткани, поэтому следует уделять особое внимание нарушениям моторики [2].

Для постановки диагноза функциональной патологии ЖКТ с нарушением моторики в настоящее время используются Римские критерии IV пересмотра (2016) [4]. У пациентов на протяжении как минимум 6 месяцев должны наблюдаться два или более эпизодов тяжелой или неукротимой приступообразной рвоты с позывами на рвоту или без них, длительностью от нескольких часов до нескольких дней; между эпизодами могут проходить различные по продолжительности промежутки времени отсутствия симптомов. Последний критерий особенно актуален в случаях сочетания вышеуказанных признаков СЦР с симптомами тревоги, к которым относятся следующие: рвота с желчью; боль при пальпации живота либо тяжелая абдоминальная боль; случаи, когда приступы провоцируются интеркуррентными заболеваниями, голоданием или высокобелковой пищей; наличие отклонений при оценке неврологического статуса (нарушений в умственном, психомоторном развитии, отека диска зрительного нерва и т. д.) [5].

Целями лечения СЦР являются выявление и предотвращение провоцирующих факторов, предупреждение повторных острых эпизодов с помощью профилактического медикаментозного лечения, симптоматическое облегчение острых эпизодов и подбор поддерживающей терапии, а также оказание психологической помощи пациенту и семье [13]. Хотя для долгосрочного лечения СЦР используются несколько классов лекарств, ремиссия симптомов достижима не у каждого пациента. Основными факторами риска отсутствия ответа являются сопутствующие плохо контролируемые головные боли, как при мигрени, психические расстройства и хроническое употребление опиоидов или марихуаны [13, 14].

Приведенный ниже клинический случай демонстрирует сложности диагностического поиска причин циклической рвоты у мультиморбидной пациентки.

**Цель статьи:** демонстрация клинического случая синдрома циклической рвоты у пациентки с поражением центральной нервной системы и патологией верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

## Клиническое наблюдение

*Пациентка Т., 18 лет, обратилась с жалобами на рвоту съеденной пищей, затем сменяющуюся рвотой желчью. Приступы длились около суток, возникали с периодичностью примерно один раз в месяц. Некоторые эпизоды рвоты пациентка связывала с эмоциональными потрясениями — сдачей экзаменов, ссорой с близкими людьми; они не зависели от характера и типа питания, а также каких-либо других факторов. Пациентка отмечала неожиданное начало рвоты без предшествующих симптомов диспепсии — тошноты, тяжести в животе либо других проявлений ауры. Во время приступов ее беспокоили крутящие боли в животе. В межприступном периоде самочувствие было удовлетворительным.*

Данные состояния беспокоили пациентку с детства, примерно с подросткового возраста. В 14 лет она проходила обследование у гастроэнтеролога, по данным эзофагогастродуоденоскопии и ультразвукового исследования (УЗИ) органов брюшной полости органической патологии не выявлено.

Из анамнеза также выяснилось, что пациентка с детства наблюдалась у невролога в связи с имеющейся перинатальной патологией центральной нервной системы: пирамидальной недостаточностью, резидуальным поражением головного мозга, синдромом гипервозбудимости с дефицитом внимания, гипоксически-ишемической энцефалопатией. На основании имеющихся нарушений она проходила периодические курсы сосудистой терапии и лечения ноотропами. Последний курс лечения проводился в возрасте 12 лет.

Кроме того, у пациентки имелось нарушение менструального цикла, в связи с чем она находилась на заместительной гормональной терапии комбинированным препаратом эстрадиола и дидрогестерона.

Следует отметить сложность сбора анамнеза в связи с имеющимися у пациентки нарушениями речевой функции. Проведение объективного осмотра было также затруднено в связи с повышенной нервной возбудимостью пациентки, гипертонусом мышц и повышенной чувствительностью при физикальном обследовании.

При осмотре кожные покровы чистые, нормальной влажности, физиологической окраски. Язык чистый, влажный. Живот при пальпации мягкий, несколько болезненный в эпигастрии, участвует в акте дыхания. Печень и селезенка не увеличены. Общий анализ крови показал: гемоглобин — 136 г/л, эритроциты —  $4,57 \times 10^{12}/л$ , лейкоциты —  $5,7 \times 10^9/л$ , тромбоциты —  $222 \times 10^9/л$ , скорость оседания эритроцитов — 12 мм/ч. Биохимический анализ крови не выявил нарушений функции печени

и почек. По данным УЗИ органов брюшной полости органической и функциональной патологии не обнаружено. От проведения эндоскопического исследования верхних отделов ЖКТ пациентка отказалась в связи с выраженным затруднением глотательной функции.

На основании полученных данных пациентке был выставлен диагноз: *Функциональная диспепсия — постпрандиальный дистресс-синдром* и назначен итоприд 150 мг в сутки.

Через 4 недели при наблюдении в динамике на фоне терапии итопридом улучшения состояния не выявлено, поэтому к лечению добавлен ингибитор протонной помпы 40 мг в сутки. После консультации невролога были назначены лечение ноотропами и метаболическая терапия, а также реабилитационные мероприятия — гимнастика и психолого-педагогическая коррекция.

Через два месяца комбинированной терапии пациентка отметила удовлетворительное состояние, отсутствие за этот промежуток приступов рвоты.

## Обсуждение

Главной задачей диагностики СЦР является проведение дифференциального поиска с исключением заболеваний различной этиологии, которые могут сопровождаться рвотой. Зачастую ведением таких пациентов занимаются гастроэнтерологи, однако рвота, не приносящая облегчения, может быть симптомом возможных нарушений со стороны центральной нервной системы, в связи с чем необходима консультация невролога [15].

В представленном клиническом наблюдении продемонстрирован пример диагностического поиска причины СЦР у пациентки с патологией центральной нервной системы и функциональным нарушением верхних отделов ЖКТ. Сложность данного случая была обусловлена имеющейся у паци-

ентки тяжелой пирамидной недостаточностью, что осложняло детальный сбор анамнеза, обуславливало широкую вариабельность клинических проявлений в приступный период, а также затрудняло проведение диагностических тестов.

Терапия при СЦР направлена на предотвращение провоцирующих факторов. По данным литературы, существуют профилактические методы лечения, которые демонстрируют некоторую пользу, несмотря на вероятность возникновения побочных эффектов [4, 8]. Так, антидепрессанты и противоэпилептические препараты показывают общее уменьшение или ремиссию симптомов более чем у 70% пациентов [7]. В представленном случае монотерапия прокинетиками не привела к уменьшению клинических проявлений, что потребовало пересмотра терапевтического подхода, коррекции проводимого лечения и динамического наблюдения гастроэнтеролога и невролога. На фоне измененной терапии у пациентки отмечалось уменьшение выраженности клинических проявлений и увеличение межприступного периода.

Таким образом, комплексный подход в ведении междисциплинарного пациента с СЦР позволил улучшить клинические исходы заболевания.

## Заключение

СЦР — это сложный симптомокомплекс с мультифакторной этиологией и различными патофизиологическими механизмами. У пациентов наблюдается картина эпизодических, стереотипных приступов повторяющейся рвоты. Как правило, симптомы являются изнурительными и требуют медицинской помощи. Поэтому наиболее важным представляется проведение тщательного диагностического поиска причин СЦР, что позволит осуществить всестороннее ведение пациентов на междисциплинарном уровне.

## Литература

1. Бельмер С.В., Волынец Г.В., Горелов А.В., Гурова М.М. и др. Функциональные расстройства органов пищеварения у детей. Рекомендации Общества детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов. Часть 3. *Российский вестник перинатологии и педиатрии*. 2020;65(6):133–44. Belmer S.V., Volynets G.V., Gorelov A.V., Gurova M.M. Functional disorders of digestive system in children. Guidelines of Society of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. Part 3. *Russian Bulletin of Perinatology and Pediatrics*. 2020;65(6):133–44. (in Russian). DOI: 10.21508/1027-4065-2020-65-6-133-144
2. Зиганшина А.А. Гастроинтестинальные проявления митохондриальной дисфункции. *Российский вестник перинатологии и педиатрии*. 2016;61(6):38–42. Ziganshina A.A. Gastrointestinal manifestations of mitochondrial dysfunction. *Russian Bulletin of Perinatology and Pediatrics*. 2016;61(6):38–42 (in Russian). DOI: 10.21508/1027-4065-2016-61-6-38-42
3. Белоусова Е.Д. Циклическая рвота. *Российский вестник перинатологии и педиатрии*. 2011;56(6):63–5.
4. Камалова А.А., Шакирова А.Р. Синдром циклической рвоты. *Современная медицина*. 2017;4(8):59–61. Kamalova A.A., Shakirova A.R. *Cyclical vomiting syndrome*. *Modern medicine*. 2017;4(8):59–61. (in Russian)
5. Foreman, M.S., Camp T. Cyclical vomiting syndrome. *Pediatr. Rev.* 2018;39(2):100–1. DOI:10.1542/pir.2016-0137
6. Stanghellini V., Chan F.K., Hasler W.L., Malagelada J.R. et al. Gastrointestinal disorders. *Gastroenterology*. 2016;150(6):1380–92. DOI: 10.1053/j.gastro.2016.02.011
7. Hayes W.J., Van Gilder D., Berendse J., Lemon M.D. et al. Cyclical vomiting syndrome: diagnostic approach and current management strategies. *Clin. Exp. Gastroenterol.* 2018;11:77–84. DOI: 10.2147/CEG.S136420
8. Новоселя Н.В., Кокуева О.В., Герц В.Р., Карчин О.В. Сложная диагностика повторяющейся рвоты. *Международный научно-исследовательский журнал*. 2019;12(90):208–9. Novoselya N.V., Kokueva O.V., Herts V.R., Karchin O.V. Complex diagnostics of repeated vomiting. *International Research Journal*. 2019;12(90):

- 208–9. (in Russian) DOI: <https://doi.org/10.23670/IRJ.2019.90.12.044>
9. Li B.U., Misiewicz L. Cyclic vomiting syndrome: a brain-gut disorder. *Gastroenterol. Clin. North Am.* 2003;32(3): 997–1019. DOI: [10.1016/s0889-8553\(03\)00045-1](https://doi.org/10.1016/s0889-8553(03)00045-1)
  10. Chow S., Goldman R.D. Treating children's cyclic vomiting. *Can. Fam. Physician.* 2007;53(3):417–9
  11. McAbee G.N., Mours A.M., Cook W., Tang V. et al. Neurological etiologies and pathophysiology of cyclic vomiting syndrome. *Pediatr. Neurol.* 2020;106:4–9. DOI: [10.1016/j.pediatrneurol.2019.12.001](https://doi.org/10.1016/j.pediatrneurol.2019.12.001)
  12. Boles R.G., Adams K., Ito M., Li B.U.K. Maternal inheritance in cyclic vomiting syndrome with neuromuscular disease. *Am. J. Med. Genet. A.* 2003;120A(4):474–82. DOI: [10.1002/ajmg.a.20126](https://doi.org/10.1002/ajmg.a.20126)
  13. Hejazi R.A., McCallum R.W. Cyclic vomiting syndrome: treatment options. *Exp. Brain Res.* 2014;232(8):2549–52. DOI: [10.1007/s00221-014-3989-7](https://doi.org/10.1007/s00221-014-3989-7)
  14. Kingsley M., Levinthal D.J. Cyclic vomiting syndrome subtypes — do they provide insight into cyclic vomiting syndrome pathogenesis? In: Hasler W.L., Levinthal D.J., Venkatesan T., eds. *Cyclic vomiting syndrome and cannabinoid hyperemesis*. Academic Press; 2022: 55–68. DOI: [10.1016/B978-0-12-821597-5.00015-0](https://doi.org/10.1016/B978-0-12-821597-5.00015-0)
  15. Бельмер С.В., Разумовский А.Ю., Хавкин А.И., ред. *Детская гастроэнтерология. Национальное руководство*. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2022. 864 с. Belmer S.V., Razumovsky A.Yu., Khavkin A.I., eds. *Pediatric gastroenterology. National leadership*. М.: GEOTAR-Media; 2022. 864 p. (in Russian). DOI: [10.33029/9704-6990-3-GAS-2022-1-864](https://doi.org/10.33029/9704-6990-3-GAS-2022-1-864) ■