



Дифференциальная диагностика симптомов тошноты и рвоты в клинической практике: разбор клинического случая

И.А. Герасименко^{1,2}, А.В. Субботина^{1,3}✉

¹ ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Краснодар, Россия;

² ООО «Клиника Преображенская», Краснодар, Россия;

³ ООО ЛДЦ «Клиника Солнечная», Краснодар, Россия

✉ anastasiya.german@mail.ru

Аннотация

Статья посвящена вопросам дифференциальной диагностики симптомов тошноты и рвоты, кратко изложены этиология и диагностические алгоритмы. Приведен пример диагностики опухоли головного мозга у молодой пациентки с симптомами тошноты и рвоты.

Ключевые слова: тошнота, рвота, дифференциальная диагностика.

Для цитирования: Герасименко И.А., Субботина А.В. Дифференциальная диагностика симптомов тошноты и рвоты в клинической практике: разбор клинического случая. *Клинический разбор в общей медицине*. 2026; 7 (1): 15–20. DOI: 10.47407/kr2026.7.1.00745

Differential diagnosis of nausea and vomiting symptoms in clinical practice: analysis of a clinical case

Ivan A. Gerasimenko^{1,2}, Anastasiya V. Subbotina^{1,3}✉

¹ Kuban State Medical University, Krasnodar, Russia;

² LLC “Clinic Preobrazhenskaya”, Krasnodar, Russia;

³ LLC DTC “Clinic Solnechnaya”, Krasnodar, Russia

✉ anastasiya.german@mail.ru

Abstract

The article is devoted to the issues of differential diagnostics of nausea and vomiting symptoms; the etiology and diagnostic algorithms are briefly described. An example of diagnostics of a brain tumor in a young patient with symptoms of nausea and vomiting is given.

Keywords: nausea, vomiting, differential diagnosis.

For citation: Gerasimenko I.A., Subbotina A.V. Differential diagnosis of nausea and vomiting symptoms in clinical practice: analysis of a clinical case. *Clinical review for general practice*. 2026; 7 (1): 15–20 (In Russ.). DOI: 10.47407/kr2026.7.1.00745

Эметический синдром (от англ. emesis – рвота) – комплекс симптомов, включающих тошноту, позывы к рвоте и собственно рвоту [1]. Частота встречаемости симптомов тошноты и рвоты чрезвычайно высока, и они являются частой причиной обращения пациентов к врачам разных специальностей как амбулаторно-поликлинических лечебных учреждений, так и стационаров.

Тошнота полностью субъективна и обычно описывается как ощущение, которое непосредственно предшествует рвоте. Рвота, напротив, является весьма специфичным физическим событием, которое проявляется быстрой, сильной эвакуацией желудочного содержимого ретроградным образом из желудка вверх в рот и наружу. При рвоте тошнота сопровождается позывами на рвоту (повторяющиеся активные сокращения брюшной мускулатуры). Эти сокращения создают градиент давления, который приводит к эвакуации содержимого – наиболее четко распознаваемому компоненту рвоты [2]. Рвота – это активное и повторяющееся спазматическое сокращение брюшной мускулатуры. В противоположность рвоте, регургитация – это пассивное ретроградное движение пищевода или желудочного

содержимого обратно в рот без диафрагмальной или мышечной активности, характерной для рвоты. Руминация – это срыгивание частично переваренной пищи обратно в рот посредством произвольного повышения внутрибрюшного давления.

Патофизиологический механизм рвотного рефлекса сложен. Разнообразные сигналы и нейротрансмиттеры сходятся в «рвотном центре» в дорсальном отделе латеральной ретикулярной формации продолговатого мозга. Кора головного мозга, желудочно-кишечный тракт, вестибулярный аппарат и хеморецепторная триггерная зона являются основными источниками афферентных путей к рвотному центру. Эти сигналы синапсируют на ядре одиночного пути блуждающего нерва, впоследствии стимулируя рвотный центр [3]. Эфферентные пути из рвотного центра затем координируют сокращение мускулатуры брюшной полости и грудной стенки, что вызывает рвоту. Высококоординированная серия событий рвотного процесса включает прекращение антральных сокращений, расслабление желудка, повышение тонуса пилорического отдела, расслабление нижнего пищевода сфинктера и сокращение брюшной стенки и диафрагмы, что способствует изгна-

нию желудочного содержимого в ротоглотку. В координации рвотного процесса участвуют многие нейромедиаторы, включая серотонин, ацетилхолин, дофамин, гистамин, субстанцию P, кортизол и эндоканнабиноиды [4].

Дифференциальная диагностика

Дифференциальная диагностика тошноты и рвоты обширна и включает широкий спектр патологических и физиологических состояний, вовлекающих желудочно-кишечный тракт, брюшную полость и центральную нервную систему (ЦНС), а также эндокринные и метаболические нарушения (см. таблицу) [2].

Диагностическую основу формируют тщательный сбор анамнеза и физикальное обследование [5].

Поскольку дифференциальная диагностика острой тошноты и рвоты значительно отличается от диагностики хронической тошноты и рвоты, определение продолжительности симптомов имеет первостепенное значение. Острое начало тошноты и рвоты предполагает гастроэнтерит, панкреатит, холецистит или побочный эффект, связанный с приемом лекарственных средств. Тошнота и рвота считаются хроническими, если их продолжительность превышает 1 мес.

Характеристики эпизодов рвоты

Следует отметить характеристики эпизодов рвоты. Так, например, возникновение утром перед приемом пищи характерно для рвоты, связанной с беременностью, уреимией, приемом алкоголя и внутричерепной

Основные причины тошноты и рвоты <i>The main causes of nausea and vomiting</i>	
Группа причин	Причины
Лекарственные средства и токсины	Противоопухолевые лекарственные препараты Анальгетики Лекарственные препараты для лечения сердечно-сосудистых заболеваний (дигоксин, антиаритмические средства, гипотензивные средства, бета-блокаторы, антагонисты кальция, диуретики) Оральные контрацептивы Гипогликемические средства Антибактериальные/противовирусные препараты Противопаркинсонические препараты Противосудорожные средства Бронхолитические средства (теофиллин) Иммунодепрессанты Никотин Наркотические средства Злоупотребление этанолом Лучевая терапия Гипервитаминоз Ямайская рвотная болезнь
Инфекционные причины	Гастроэнтерит (вирусный, бактериальный) Негастроинтестинальные инфекции
Заболевания кишечника и брюшины	Механическая обструкция (обструкция выходного отдела желудка, тонкокишечная непроходимость) Функциональные желудочно-кишечные расстройства Органические желудочно-кишечные расстройства (аденокарцинома поджелудочной железы, воспалительные заболевания брюшной полости, язвенная болезнь, холецистит, панкреатит, гепатит, болезнь Крона, мезентериальная ишемия, ретроперитонеальный фиброз)
Патология ЦНС	Мигрень Внутричерепная гипертензия (опухоль, кровоизлияние, абсцесс, инсульт, менингит, врожденные пороки развития, гидроцефалия) Судорожные расстройства Демиелинизирующие заболевания Эмоциональные реакции Психиатрические расстройства (тревожные расстройства, нервная анорексия, нейрогенная булимия)
Лабиринтные расстройства	Укачивание Лабиринтит Болезнь Меньера Опухоли
Эндокринологические и метаболические причины	Беременность Уремия Диабетический кетоацидоз Гиперпаратиреоз Гипопаратиреоз Гипертиреоз Болезнь Аддисона Острая перемежающаяся порфирия
Другие причины	Послеоперационная тошнота и рвота Синдром циклической рвоты Сердечно-сосудистые заболевания (инфаркт миокарда, хроническая сердечная недостаточность) Голодание

гипертензией. При состояниях, сопровождающихся внутричерепной гипертензией, возникновению рвоты может не предшествовать тошнота.

Рвота, вызванная гастропарезом или обструкцией выходного отдела желудка, как правило, возникает более чем через час после приема пищи. При нервной анорексии или булимии рвота обычно возникает во время или вскоре после приема пищи.

Детали, характеризующие непосредственно рвотные массы, также могут являться важной составляющей диагноза. Например, рвота непереваренной пищей указывает на патологию пищевода (ахалазия, стриктура пищевода или дивертикул Ценкера). Рвота частично переваренной пищей через несколько часов после еды предполагает обструкцию выходного отдела желудка или гастропарез (оба состояния часто возникают при отсутствии значительной боли). При распаде злокачественной опухоли пищевода или желудка рвотные массы приобретают гнилостный запах. Каловая рвота свидетельствует о кишечной непроходимости.

Оценка сопутствующих симптомов

Сопутствующие симптомы могут помочь врачу поставить правильный диагноз. Так, например, описание сопутствующего болевого синдрома может помочь локализовать основной патологический процесс. Боль в животе, предшествующая рвоте, обычно указывает на органическое поражение, такое как непроходимость.

Значительная потеря массы тела может указывать на злокачественный процесс, однако доброкачественная обструкция выходного отдела желудка вследствие язвенной болезни также может вызвать значительную потерю массы тела.

Наличие таких симптомов, как головная боль, головокружение, очаговые неврологические нарушения, предполагает центральную причину тошноты и рвоты. «Классическая» головная боль при опухолях головного мозга – сильная, усиливающаяся по утрам и связанная с тошнотой и рвотой – встречается у меньшинства пациентов. Иногда неукротимая рвота служит единственным проявлением опухоли ствола мозга.

Объективное обследование

Общий осмотр позволяет выявить такие важные признаки, как желтуха, лимфаденопатия, определить конкретные области болезненности, пальпируемые образования брюшной полости, признаки, указывающие на тиреотоксикоз или болезнь Аддисона.

Ключевые данные для постановки диагноза часто позволяет получить неврологическое обследование: оценка ортостатических гемодинамических изменений, исследование черепных нервов (включая проверку на нистагм), оценка походки, исследование глазного дна.

Психиатрические причины, такие как депрессия и тревожность, также могут быть распознаны врачом во время сбора анамнеза и физикального обследования.

Лабораторные исследования

Выбор лабораторных исследований и диагностических тестов должен определяться в первую очередь результатами анамнеза и физикального обследования. Базовые лабораторные исследования включают общий анализ крови, общетерапевтический биохимический анализ крови. У женщин целесообразна лабораторная диагностика беременности – не только как потенциальной причины симптомов, но и в качестве предварительного условия для проведения любых рентгенологических исследований. Дальнейшие лабораторные исследования могут включать скрининг на предмет нарушения функции щитовидной железы. Для оценки проявления токсичности возможно определение концентрации препаратов (например, дигоксина) в сыворотке.

Инструментальные исследования

Если клиническая картина каким-либо образом предполагает механическую обструкцию, следует сделать рентгенограммы брюшной полости [6]. Однако следует всегда помнить, что рентгенологическая картина расширенных кишечных петель с уровнем жидкости не всегда является патогномичным признаком тонкокишечной непроходимости, в то же время их отсутствие не исключает ее наличие у больного. Компьютерная томография с пероральным и внутривенным контрастированием может быть методом выбора для обнаружения и локализации кишечной непроходимости. Этот метод имеет дополнительное преимущество у пациентов с необъяснимой тошнотой и рвотой, поскольку позволяет идентифицировать абдоминальные массы, а также патологию поджелудочной железы, гепатобилиарной или забрюшинной области. Язвенные дефекты слизистой оболочки или проксимальная механическая обструкция могут быть обнаружены посредством эндоскопического исследования.

Поскольку объективные неврологические признаки иногда могут отсутствовать у пациентов с внутричерепными поражениями, следует рассмотреть возможность проведения визуализационного исследования у пациентов с необъяснимой тяжелой хронической тошнотой и рвотой. Магнитно-резонансная томография (МРТ) считается предпочтительным исследованием в этой ситуации.

Клинический случай

Пациентка К., 19 лет, обратилась к врачу-гастроэнтерологу клиники с жалобами на тошноту и рвоту.

Из анамнеза: считает себя больной в течение 3 нед, когда возникли жалобы на тошноту и рвоту. Бригадой скорой помощи доставлена в хирургический стационар, где обследована – данных, свидетельствующих о наличии острой хирургической патологии, не получено. В связи с тем что жалобы возникли вновь, обратилась к врачу-гастроэнтерологу клиники.

Объективные данные: рост – 150 см, масса тела – 50 кг, индекс массы тела – 22,2 кг/м², температура тела – 36,7°C, артериальное давление – 110/80 мм рт. ст., частота сердечных сокращений – 70 в минуту, частота ды-

Рис. 1. МРТ. PD + T2_TSE_TRA (аксиальная проекция).
Fig. 1. MRI. PD + T2_TSE_TRA (axial projection).



хательных движений – 18 в минуту. Кожные покровы обычной окраски. Язык влажный, не обложен. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под реберной дуги, селезенка не пальпируется.

Результаты лабораторных исследований. ОАК: эритроциты – $4,21 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин – 121 г/л, лейкоциты – $9,49 \times 10^9$ /л, тромбоциты – 275×10^9 /л; биохимический анализ крови: общий билирубин – 18,4 мкмоль/л, прямой билирубин – 3,3 мкмоль/л, аланинаминотрансфе-

раза – 13,0 Ед/л, аспаратаминотрансфераза – 22,0 Ед/л, альфа-амилаза – 32,0 Ед/л, липаза – 13,0 Ед/л, С-реактивный белок – 1,0 мг/л.

Результаты инструментальных исследований. УЗИ органов брюшной полости – патологии не выявлено.

Пациентка направлена на консультацию к врачу-неврологу. По данным осмотра: сознание ясное, ориентируется в пространстве и во времени. Астенизирована, эмоционально лабильна. Внимание, память не нарушены. Менингеальных знаков нет. Обоняние не нарушено. Поля зрения при ориентировочном тесте в норме. Глазные щели D=S, зрачки D=S, фотореакции живые. Движения глазных яблок в полном объеме. Легкий установочный нистагм в крайних отведениях. Лицо симметрично. Слух в норме. Речь не нарушена, глотание не нарушено, глоточный рефлекс сохранен. Язык по средней линии. Объем пассивных и активных движений в суставах в полном объеме. Мышечная сила во всех группах мышц – 5 баллов. Сухожильные рефлексы с верхних конечностей: живые, D=S; с нижних конечностей: коленные – живые, D=S, ахилловы – живые, D=S. Патологические рефлексы с верхних и нижних конечностей не выявляются. Рефлексы орального автоматизма отрицательные. Координационные пробы выполняет верно. В позе Ромберга – пошатывание.

Выполнена МРТ головного мозга. В задней черепной ямке, в структуре правой доли мозжечка визуализируется интрааксиальное солидно-кистозное объемное образование с выраженным перифокальным отеком вещества мозга, с компрессией ствола мозга, IV желудочка, цереброспинального перехода. Кистозный компонент располагается сверху, овоидной формы, с четкими ровными контурами ($34 \times 27 \times 15$ мм), солидный компонент – снизу, неправильно округлой формы, с бугристыми контурами ($27 \times 21 \times 19$ мм). Сольный и кистозный компоненты не имеют признаков ограничения диффузии. Срединные структуры смещены в задней черепной ямке влево, максимально около 8 мм. Миндалины мозжечка несколько гиперплазированы, нижние полюса заострены, пролабируют в большое затылочное отверстие, максимально на 9 мм. IV желудочек в дистальных отделах прослеживается щелевидно, 1–2 мм; в проксимальных отделах – 12×8 мм, деформирован. Базальные цистерны не прослеживаются. Супратенториально – без очаговых изменений и патологических образований. Боковые желудочки мозга обычной конфигурации, несколько расширены, максимально около 13,5 мм. III желудочек – около 5 мм. Субарахноидальное конвекситальное пространство несколько сужено. Борозды полушарий головного мозга также несколько сужены. Хиазмальная область без особенностей. Турецкое седло и гипофиз не изменены. Параселлярные структуры без особенностей. Видимые отделы околоносовых пазух без признаков патологического содержания. Глазницы без особенностей (рис. 1–3).

С диагнозом «солидно-кистозное объемное новообразование в правой гемисфере мозжечка с компрессией

Рис. 2. MPT. T1_MPRAGE_TRA (аксиальная, коронарная, сагиттальная проекции).
 Fig. 2. MRI. T1_MPRAGE_TRA (axial, coronal, sagittal projections).

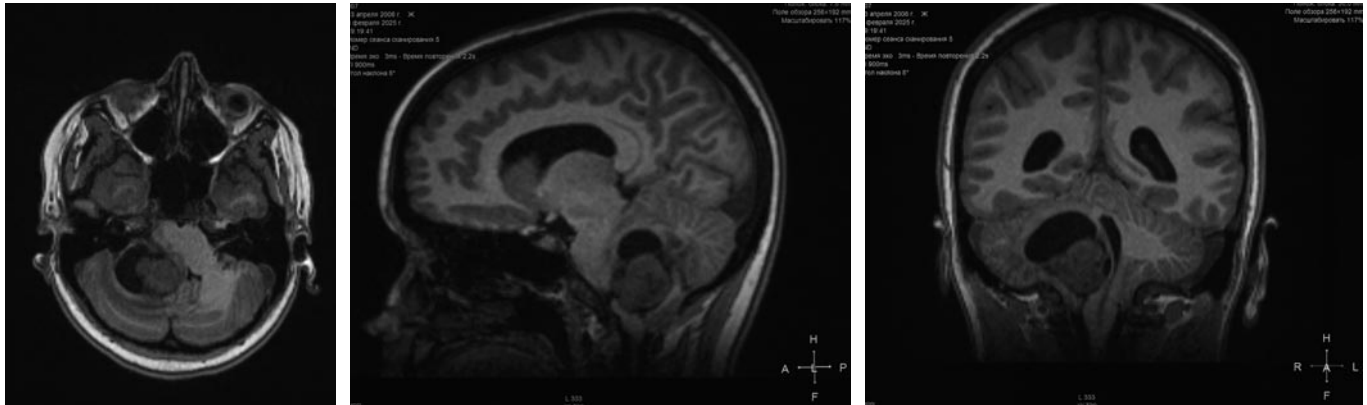


Рис. 3. MPT. T2_TIRM_TRA_DARK-FLUID (аксиальная, сагиттальная проекции), T2_TSE COR (коронарная проекция).
 Fig. 3. MRI. T2_TIRM_TRA_DARK-FLUID (axial, sagittal projections), T2_TSE COR (coronal projection).



ствола головного мозга и IV желудочка» пациентка направлена в нейрохирургическое отделение, где выпол-

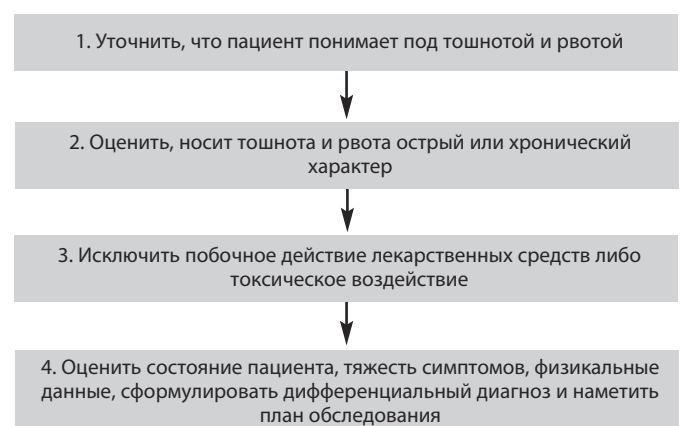
нены срединная костно-пластическая трепанация задней черепной ямки, тотальное удаление опухоли, пластика твердой мозговой оболочки. По данным патологоанатомического исследования операционного материала – атипичная хориоидпапиллома G2, ICD-O 9390/1.

Обсуждение

Любое состояние, связанное с внутричерепной гипертензией, будь то опухоль, инсульт, внутричерепное кровоизлияние, инфекция или врожденное заболевание, может вызывать тошноту и рвоту посредством активации структур ствола мозга, опосредующих данные симптомы. Очаговые поражения, особенно те, которые затрагивают ствол мозга и заднюю черепную ямку, также могут вызывать тошноту и рвоту [7]. Кроме того, тошнота и рвота могут быть последствиями судорожных расстройств [8] и являются частыми симптомами мигрени [9]. Куда более редкие поражения ЦНС, проявляющиеся тошнотой и рвотой, включают демиелинизирующие заболевания [10], кисты мозжечкового угла [11] и нейроцистицеркоз [12].

Учитывая огромное количество и разнообразие потенциальных причин тошноты и рвоты, необходим тщательно продуманный и упорядоченный подход к

Рис. 4. Алгоритм дифференциальной диагностики тошноты и рвоты.
 Fig. 4. Algorithm for differential diagnosis of nausea and vomiting.



обследованию пациентов с тошнотой и рвотой, чтобы избежать диагностических ошибок (рис. 4).

При первичном обращении пациента в первую очередь следует оценить остроту симптоматики, экстренность клинической ситуации и показания для госпитализации.

При обследовании пациента с длительной тошнотой и рвотой следует учитывать широкий круг клинических состояний, которые могут вызывать эти симптомы. Характеристики симптомов или сопутствующая симптоматика зачастую указывают на одну из этих диагностических категорий [13].

Иногда причина тошноты и рвоты может остаться не диагностированной после первичного обследования и потребовать тщательной повторной оценки.

Заключение

Многообразие нозологических единиц и состояний, при которых в клинической картине встречается рвота, свидетельствует о том, что дифференциальная диагностика этого симптома является междисциплинарной проблемой и представляет интерес не только для врача первого звена, но и для врачей других специальностей. Подробный анамнез и физикальное обследование формируют основу диагноза и служат ориентиром для проведения диагностических исследований.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Список литературы доступен на сайте журнала <https://klin-razbor.ru/>

The list of references is available on the journal's website <https://klin-razbor.ru/>

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Герасименко Иван Александрович – врач-терапевт, главный врач ООО «Клиника Преображенская», ассистент каф. поликлинической терапии с курсом ОВП (семейная медицина) ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет». E-mail: gerasimenko_ivan@inbox.ru; ORCID: 0009-0008-5743-536X

Субботина Анастасия Владимировна – врач-терапевт ООО ЛДЦ «Клиника Солнечная», ассистент каф. поликлинической терапии с курсом ОВП (семейная медицина) ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет». E-mail: anastasiya.german@mail.ru

Поступила в редакцию: 09.10.2025

Поступила после рецензирования: 16.10.2025

Принята к публикации: 23.10.2025

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

Ivan A. Gerasimenko – therapist, Chief Physician of Preobrazhenskaya Clinic, LLC, Assistant, Kuban State Medical University. E-mail: gerasimenko_ivan@inbox.ru; ORCID: 0009-0008-5743-536X

Anastasiya V. Subbotina – therapist, Solnechnaya Clinic, LLC, Assistant, Kuban State Medical University. E-mail: anastasiya.german@mail.ru

Received: 09.10.2025

Revised: 16.10.2025

Accepted: 23.10.2025