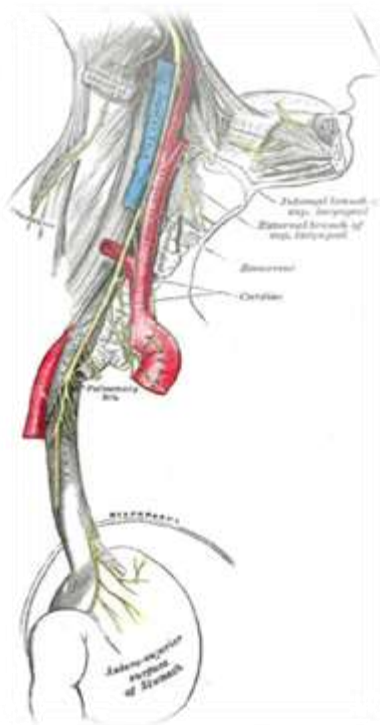




Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Факультет непрерывного медицинского и фармацевтического образования
Кафедра педиатрии №3
Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака

СИНДРОМ РЕМХЕЛЬДА У РЕБЕНКА КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ



**Дубовая А.В.,
Бордюгова Е.В.,
Кошеленко К.С.**

История

Синдром Ремхельда впервые был описан в 1912 году немецким терапевтом Людвигом Ремхельдом.



Roemheld Ludwig
1871 — 1938

Источник: https://meduniver.com/Medical/genetika/sindrom_remxelda.html MedUniver

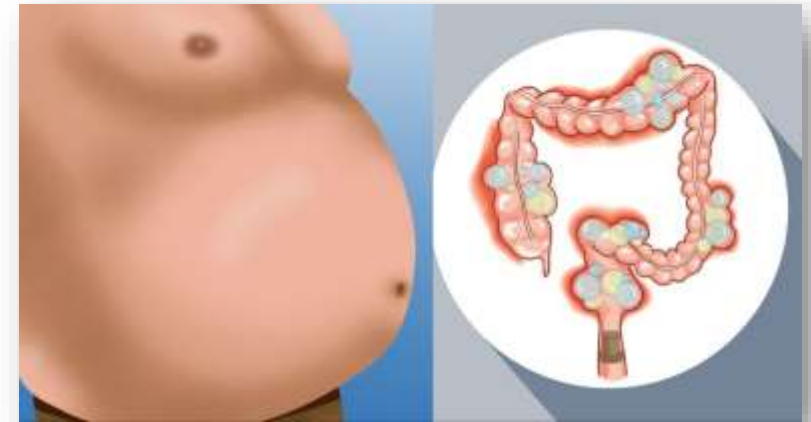
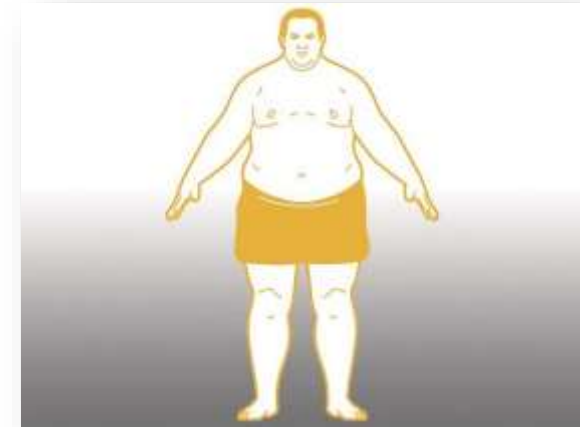
Определение

- ❑ Это совокупность изменений рефлекторного характера в работе сердечно-сосудистой системы, возникающих при возбуждении рецепторов пищевода и желудка, чувствительных к механическим и химическим воздействиям. Причиной развития приступов является раздражение блуждающего нерва при переполнении желудка или повышении давления в брюшной полости.



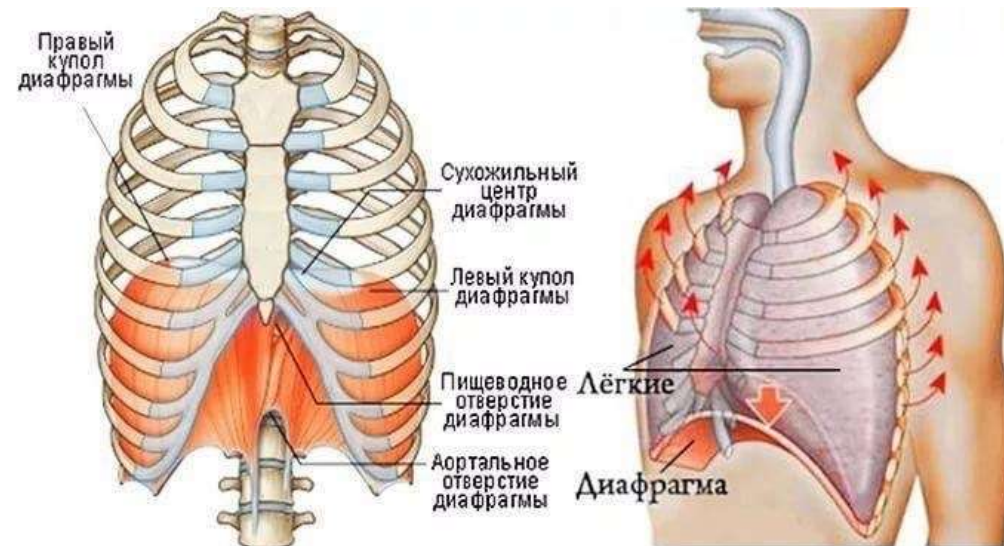
Синдром Ремхельда развивается преимущественно у следующих групп пациентов:

- ❑ Гиперстеники;
- ❑ Пациенты с абдоминальным ожирением;
- ❑ Больные с выраженным метеоризмом, который приводит к повышению внутрибрюшного давления;
- ❑ Люди истероидного типа, которые имеют легко возбудимую нервную систему.



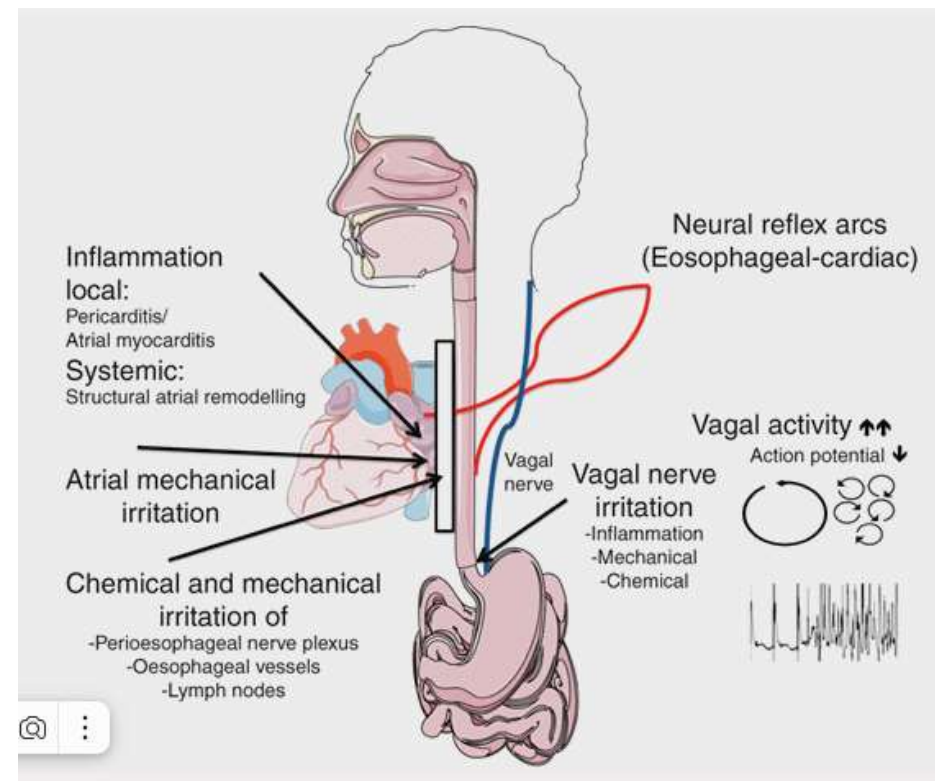
Патогенез

- ❑ Механические изменения дисфункции кишечника могут сдавить блуждающий нерв в любом месте вдоль него, замедляя работу сердца.
- ❑ Когда сердце замедляется, запускаются вегетативные рефлексы, повышающие артериальное давление, частоту сердечных сокращений.
- ❑ Это дополняется желудочно-коронарными рефлексами, при которых коронарные артерии сужаются с «функциональными сердечно-сосудистыми симптомами», похожими на боль в груди с левой стороны, левом плече, одышку, потоотделение, вплоть до приступов, подобных стенокардии, с extrasистолами, падением артериального давления, тахикардией (учащенное сердцебиение) или синусовой брадикардией (сердцебиение ниже 60).



Патогенез

- ❑ Когда на блуждающий нерв накладывается чрезмерная сила, частота сердечных сокращений, артериальное давление могут сильно колебаться.
- ❑ Когда частота сердечных сокращений и артериальное давление падают, вегетативная нервная система активируется выбросом катехоламинов в кровь, чтобы увеличить его.
- ❑ Увеличение циркулирующих катехоламинов вызывает значительное повышение кровяного давления, частоты сердечных сокращений.



Лебедев Д. С., Михайлов Е. Н., Неминущий Н. М., Голухова Е. З., и соавт. Желудочковые нарушения ритма. Желудочковые тахикардии и внезапная сердечная смерть. Клинические рекомендации 2020.

Патогенез

- ❑ Кислотные рефлюксы вызывают местный воспалительный процесс, который изменяет вегетативную иннервацию слизистой оболочки пищевода. Может проникать через его стенку и стимулировать соседние блуждающие нервы. Повреждение дистального отдела ухудшают реакции нерва, в частности сенсбилизацию афферентных путей.
- ❑ Избыток газа, вздутие живота из-за дисбиотической флоры в тонкой кишке увеличивает давление в эпигастрии. Это приводит к движению желудка вверх, вызывая желудочно-сердечный синдром. Производство водорода, метана, сероводорода в результате ферментации с помощью дисбиотической флоры усиливает вздутие живота. Особенно, если употреблять пищу с высоким содержанием FODMAP (ферментируемые олиго-, ди-, моносахариды, полиолы).
- ❑ Наконец, ожирение играет роль в возникновении синдрома Ремхельда, повышая риск развития грыжи пищевода, проблем с сердцем. Риск возникновения расстройства на **3–8% выше** при увеличении индекса массы тела. Перикардальный жир связан с расширением левого предсердия. Кроме того, ожирение приводит к прогрессирующему структурному и электрическому ремоделированию предсердий.

Дифференциальная диагностика

- ❑ Стенокардия.
- ❑ Диафрагмальная грыжа.
- ❑ Воспалительные процессы в левом верхнем квадранте живота, особенно заболевания поджелудочной железы.
- ❑ Каскадный желудок.



Обследование

- ❑ Электрокардиография (при наличии синдрома не покажет никаких патологических отклонений в сердечной мышце, тем самым подтвердит присутствие СР);
- ❑ Ультразвуковое исследование брюшной полости (поможет обнаружить патологии внутренних органов, задействованных при синдроме Ремхельда);
- ❑ Рентгенография с контрастным веществом;
- ❑ Дыхательный тест для обнаружения бактерии *Helicobacter pylori* (способной спровоцировать изменения в желудке патологического характера).



Лечение

Схему лечения обычно составляют кардиолог, гастроэнтеролог, диетолог, психотерапевт, хирург.

- ❑ Диета: дробность питания. Рацион должен быть тщательно сбалансирован. Пищу следует принимать небольшими порциями 4-6 раз в сутки. Переесть категорически запрещается. Необходимо полностью отказаться от грубой и жирной пищи, а также от продуктов, приводящих к избыточному газообразованию.
- ❑ Если врач считает, что нужен прием препаратов, то ими обычно становятся седативные средства, спазмолитики, транквилизаторы.



При неэффективности консервативного лечения не исключается проведение операции.

Профилактика

- ❑ Лечение сопутствующей патологии
- ❑ Соблюдение принципов диеты
- ❑ Коррекция образа жизни
- ❑ Предупреждение переедания
- ❑ Прохождение курса лечения у психотерапевта
- ❑ Борьба с гиподинамией
- ❑ Уменьшение показателей массы тела
- ❑ Предотвращение рефлюкса
- ❑ Профилактика запоров и пр.



- ! *Как правило, при соблюдении всех рекомендаций врача и учета требований профилактики, рецидивов не возникает.*
- ! *После устранения всех основных причин ее развития гастрокардиальный синдром исчезает очень быстро.*

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ!

Цель:

Анализ клинического случая синдрома Ремхельда у ребенка 12 лет.



Жалобы

Родители мальчика 12 лет обратились на консультацию к педиатру с жалобами на

- приступы колющей боли в области сердца,
- ощущение тяжести в груди,
- нехватку воздуха,
- общую слабость,
- головокружение.

Со слов родителей впервые вышеуказанные жалобы появились 2 недели назад на фоне стресса.



Анамнез жизни

- ❑ Ребенок от I беременности, протекавшей на фоне анемии, преэклампсии тяжелой степени. Роды I, в сроке гестации 33-34 недели, путем кесарева сечения в ургентном порядке. Масса тела при рождении 1650,0 г.
- ❑ Находился в отделении интенсивной терапии периода новорожденности с диагнозом: «Задержка внутриутробного развития, гипопластическая форма, рассеянные ателектазы лёгких, недоношенность II степени».
- ❑ В возрасте 6 лет предъявлял жалобы на боль в животе.
- ❑ Состоит на диспансерном учёте у гастроэнтеролога с диагнозом: билиарная дискинезия, хронический колит.
- ❑ Аллергологический и наследственный анамнез не отягощен.



Анамнез заболевания

- При аускультации сердца выслушан систолический шум на верхушке. На электрокардиограмме (ЭКГ) - ST на изолинии. Было рекомендовано проведение ЭХО-КГ и консультация кардиолога. На ЭХО-КГ – пролапс передней створки митрального клапана, недостаточность I степени; недостаточность трёхстворчатого клапана I степени;
- Кардиологом установлен диагноз вегетативная дисфункция по кардиальному типу, диспластическая кардиопатия.
- Ребенок направлен на госпитализацию в кардиологическое отделение для уточнения диагноза и назначения лечения.



Объективный осмотр

- ❑ В отделении при объективном осмотре выявлено дисгармоничное физическое развитие, за счёт малой окружности грудной клетки.
- ❑ Язык влажный, обложен белым налётом у корня. Отмечается избыточная гибкость в суставах.
- ❑ При аускультации сердца выслушивается короткий систолический шум на верхушке, щелчок митрального клапана в горизонтальном положении.
- ❑ Живот при пальпации мягкий, пальпируется сигмовидная кишка в виде плотного тяжа до 3 см в диаметре. У ребёнка имеет место склонность к запорам. Стул 1 раз в 2-3 дня.



Лабораторные исследования

- ❑ **Клинический анализ крови:** эритроц. – 4.65 Т/л, гемоглобин – 126 г/л, гематокрит – 36.0 %, тромбоциты – 183 Г/л, лейкоциты – 5.3 Г/л, п – 2, с – 60, м – 6, лимф. – 31, эоз.- 3, СОЭ – 5 мм/ ч.
- ❑ **Биохимическое исследование крови:** общий белок – 69.0 г/л, глюкоза – 5.09 ммоль/л, мочевины – 3.16 ммоль/л, креатинин – 58 мкмоль/л, билирубин общий – 17.0 мкмоль/л, билирубин прямой – 4.25 мкмоль/л, билирубин не прямой – 12.75 мкмоль/л, АСТ – 16 Е/л, АЛТ- 19 Е/л, железо – 11.39 мкмоль/л.
- ❑ **Острофазовые показатели:** АСЛО – отриц., С-реактивный белок – отриц.
- ❑ **Иммуноферментный анализ:** HbsAg – отрицательный, АТ к (IgM+IgG) к антигенам HCV – отрицательный, АТ к ТПО – 5.59 (норма 0-30 ЕД/мл), ТТГ – 1.67 мкМЕ/мл (норма 0.23 – 3.4 мкМЕ/мл), Т4своб. – 9.83 пмоль/л (норма 10.0-23.2 пмоль/л), Т3своб. – 6.11 пмоль/л (норма 2.5 – 7.5 пмоль/л).
- ❑ **Коагулограмма:** ПТИ – 89%, ПТВ – 12.8 сек., АЧТВ – 24.7сек., фибриноген – 3.2 гр./л.
- ❑ **Анализ мочи:** жёлт., мутн., отн.пл. – 1019, рН- кислая, белок – 0.21, глюкоза – нет, эритроц. – неизмен. 1 в п./зр., лейкоц. – 8 в п/зр., эпителий –пл. неб. кол-во, слизь – нет.
Кал на я/г и соскоб на э/б: отрицательный.

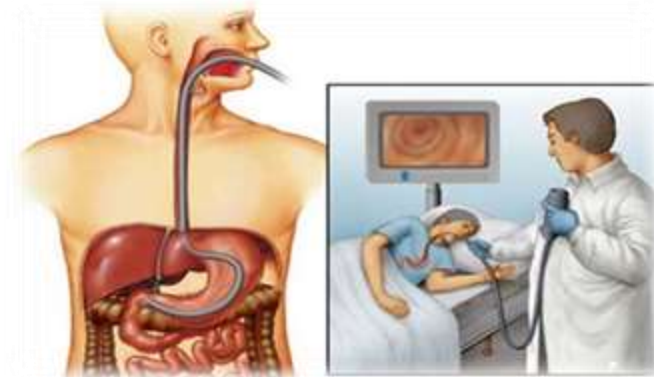


Инструментальные обследования

- ❑ ЭКГ : ритм синусовый, регулярный. Нормальное положение ЭОС. ST на изолинии.
- ❑ ЭХО-КГ : пролапс передней створки митрального клапана, недостаточность I степени; недостаточность трёхстворчатого клапана I степени;
- ❑ Суточное мониторирование ЭКГ - в ночное время брадикардия. Преходящая АВ-блокада 1 степени. Имеет место вегетативная дисфункция синусового узла. Регистрируются паузы ритма: RR – 619-1588 мс. Регистрируются эпизоды депрессии сегмента ST до 218 мкВ во II, III, V5, V6, регистрируются в течение 3 минут во время одной из лестничных проб, которая была проведена после приёма пищи. В течение суток наблюдалось удлинение QTc свыше 450 мс в течение 33 минут. В дневное и ночное время зарегистрирована транзиторная АВ-блокада 1 степени общей длительностью 3 часа, 10 минут.

Инструментальные обследования

- ❑ УЗИ ОБП : печень – правая доля 110 мм, левая доля 33 мм, ткань обычной эхогенности, однородная. Желчный пузырь: не увеличен, стенка 2.1 мм, конкрементов нет. Поджелудочная железа: обычных размеров и эхогенности. Почки: обычной формы, размеров и положения. Паренхима однородная. ЧЛС не расширена.
- ❑ ФГДС : пищевод свободно проходим. В просвете умеренное количество слизи. В нижней трети слизистая ярко-розовая. Кардия **полусомкнута**. Желудок натошак. В просвете умеренное количество густой слизи. Просвет желудка обычных размеров. Складки продольны, извиты, изогнуты, обычных размеров. Слизистая диффузно гиперемирована. Угол желудка закруглён. В антральном отделе рельеф обычный, визуализируются очаговые эритемы. Полипы, язвы, эрозии не выявлены. Привратник округлый, **зияет**. Луковица 12-ти перстной кишки обычной формы. В просвете большое количество прозрачной желчи. Слизистая светло-розовая, местами отёчна, гиперемирована. Постбульбарный отдел без особенностей. *Экспресс – тест на H.Pylori отрицательный. Умеренная гипоацидность. Заключение: очаговая эритематозная гастропатия, дуоденопатия (поверхностный гастрит, дуоденит).



Клинический диагноз: синдром Ремхельда (внепищеводные проявления гастроэзофагеальнорефлюксной болезни: депрессия сегмента ST во время лестничной пробы, проводимой после приёма пищи, сопряжённая с кардиалгией).

Сопутствующий диагноз: вегетативная дисфункция по кардиальному типу. Вегетативная дисфункция синусового узла. Дисплазия соединительной ткани: пролапс митрального клапана с митральной недостаточностью I степени, гипермобильный суставной синдром, долихосигма. Гастроэзофагеальнорефлюксная болезнь. Хронический гастродуоденит не ассоциированный с *H. pylori*, с нормальной секреторной функцией, период обострения.

Рекомендовано: диета №5, включить в терапию витамин E; магне B6; элькар; пирацетам. Сон с возвышенным изголовьем! Исключить наклоны, приседания, подъем тяжестей на 6 мес.

Заключение:

- ❑ Синдром Ремхельда требует междисциплинарного подхода. Ранняя диагностика и назначение корректной терапии, способствует предотвращению возможных осложнений и улучшению качества жизни пациента.





Спасибо за внимание!