

УДК 616.3+613.2:616.12]-053.2
DOI: 10.26435/UC.V012(35).500

М.П. Лимаренко, Д.В. Искович

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк

СИНДРОМ РЕМХЕЛЬДА У ДЕТЕЙ: СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ДАВНЮЮ ПРОБЛЕМУ

Известно, что синдром Ремхельда (гастрокардиальный синдром) представляет собой комплекс желудочно-кишечных симптомов, связанных с кардиальными проявлениями. Данный синдром описан в 1912 году немецким терапевтом Людвигом фон Ремхельдом (1871-1938 гг.) как одна из форм невроза сердца. Основу синдрома составляют изменения рефлекторного характера в работе сердечно-сосудистой системы, в частности уменьшение коронарного кровотока, возникающее при возбуждении рецепторов пищевода и желудка, чувствительных к механическому и химическому воздействиям.

Причиной развития гастрокардиального синдрома является возбуждение блуждающего нерва, возникающее при повышении восприимчивости к раздражению механорецепторов (чувствительных к растяжению) и хеморецепторов (чувствительных к действию химических веществ), которые расположены в нижних отделах пищевода, желудке и начальных отделах кишечника. Характерные симптомы возникают при переполнении желудка пищей, аэрофагии (заглатывании большого количества воздуха). Причиной может быть и повышенное внутрибрюшное давление вследствие выраженного метеоризма и раздражения блуждающего нерва высоко стоящей диафрагмой [1, 2].

Следует отметить, что ряд гастроэнтерологов связывают гастрокардиальный синдром с атеросклеротическими изменениями коронарных сосудов, объясняя его симптомы «обкрадыванием» коронарного кровообращения при переполнении желудка пищевыми массами: нарушение кровообращения в сердце уменьшается вследствие перераспределения крови и притока ее к перегруженному желудку [1].

К развитию патологии склонны пациенты с легко возбудимой нервной системой, ожирением. Кроме того, гастрокардиальный синдром может развиваться на фоне грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, язвенной болезни желудка, опухолей пищевода, кардиального отдела желудка и др. [3-5].

Необходимо подчеркнуть, что аналогичные расстройства могут возникать и при патологии в желчном пузыре, так называемый холецистокардиальный синдром. На данный синдром особое внимание обращал С.П. Боткин, который в клинических лекциях (1883 г.) первым отметил возможность рефлекторных болей в сердце при желчнокаменной болезни, поскольку сам с 25-летнего возраста страдал желчнокаменной болезнью, протекавшей с частыми приступами колики и стенокардитическими болями в области сердца. На основании собственных длительных клинических наблюдений С.П. Боткин сделал вывод о том, что «...нередко холелитиаз выражается в явлениях, сосредотачивающихся преимущественно в области сердца, в особенности в тех случаях, когда передвижение камня совершается в пузырьном протоке. Вы не услышите жалоб на расстройство пищеварения, боль, вздутие живота, больной будет жаловаться преимущественно на приступы болей в стороне сердца, идущие с явными изменениями его функции, аритмией, затруднением дыхания, одним словом, с ясной картиной стенокардии. Такой приступ продолжается 8-10 часов, вместо 1/2 часа или нескольких минут, после нескольких таких приступов больной вдруг желтеет. Но исследуйте его внимательно с самого начала, и вы убедитесь, что печень увеличена, желчный пузырь болезнен. Бывает и так, что расстройство сердца не сопровождается болями, а только аритмией и сильным затруднением дыхания или явлениями так называемой астмы, доходящей иногда до сильной степени. И мне не раз приходилось терять больных во время приступов, а на вскрытии оказывался камень обыкновенно в пузырьном протоке, и подобные случаи вовсе не редки» [1].

Холецистокардиальный синдром может развиваться при следующих заболеваниях желче-

выводящих путей: хроническом бескаменном холецистите; остром и хроническом калькулезном холецистите (максимально проявляется во время желчной колики); холедохолитиазе без развития желчной гипертензии, с желчной гипертензией (с развитием механической желтухи); патологических процессах, приводящих к сужению терминального отдела общего желчного протока (стенозирующий папиллит, опухоли большого сосочка двенадцатиперстной кишки, индуративный панкреатит) [3, 6, 7].

Основные жалобы пациентов с синдромом Ремхельда связаны с нарушением деятельности сердечно-сосудистой системы. Характерный приступ обычно развивается после приема пищи. Чаще всего возникают нарушения ритма (брадикардия, тахикардия, экстрасистолия), боли в области сердца. Боль может иметь различный характер – от давящей, ноющей до жгучей и интенсивной, напоминающей приступ стенокардии и вызывающей страх смерти. Болевой синдром может быть кратковременным или длиться несколько часов. Пациенты четко описывают локализацию болезненных ощущений – за грудиной слева, в области расположения сердца. Приступ может сопровождаться повышением артериального давления (АД), головокружением, бледностью кожных покровов, холодным потом. Характерным признаком гастрокардиального синдрома является прекращение симптомов после самостоятельно спровоцированной пациентом рвоты или продолжительной отрыжки воздухом [1, 5, 8].

Диагностика гастрокардиального синдрома основана на сборе анамнеза, исключении патологии сердца (нарушений ритма, ишемической болезни), других заболеваний органов средостения (медиастинитов, аневризмы грудной части аорты), а также выявлении патологии желудочно-кишечного тракта, которая может быть причиной приступов (грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, язвенная болезнь желудка, опухоли желудка, пищевода и др.).

С целью исключения заболеваний сердечно-сосудистой системы пациентам с подозрением на синдром Ремхельда проводится электрокардиография (ЭКГ). В момент приступа возможна регистрация брадикардии, тахикардии, экстрасистолии, атриовентрикулярной блокады I ст., признаков ишемии миокарда. План обследования данных пациентов также включает исследование биохимических показателей крови (МВ-КФК, ЛДГ и др.), суточное мониторирование ЭКГ и АД по Холтеру, эхокардиографию (ЭХОКГ), изучение функции внешнего дыхания, пробы с функциональными нагрузками (велоэргометрию, тредмил-тест), стресс-ЭХОКГ, по показани-

ниям – чреспищеводную электрическую стимуляцию сердца, МРТ сердца, зондирование полости сердца.

Следует подчеркнуть, что в практической гастроэнтерологии современная компьютерная техника дала возможность получать и обрабатывать информацию о состоянии кислотообразующей функции желудка, характере моторных нарушений практически непрерывно и на протяжении длительного времени. Интрагастральная и внутриводная рН-метрия с компьютерной обработкой полученных данных стала основным методом функциональной диагностики заболеваний пищевода и желудка. Новым шагом в использовании рН-метров является сочетанное рН-обследование с ЭКГ. Метод одно-временного 24-х часового рН- и ЭКГ-мониторирования завоевывает все большую популярность, поскольку повышает возможность интерпретации кардиалгий, причин и условий их возникновения, позволяет проводить дифференциальную диагностику между гастроэзофагеальным рефлюксом и заболеваниями сердца либо их сочетанием [1, 3, 5].

Кроме того, с целью диагностики грыжи пищеводного отверстия диафрагмы выполняется контрастная рентгенография. Ультразвуковое исследование (УЗИ) органов желудочно-кишечного тракта позволяет исключить патологию печени и желчного пузыря. В план обследования может включаться дыхательный уреазный тест, позволяющий выявить *Helicobacter pylori*.

Необходимо отметить, что для диагностики гастрокардиального синдрома противопоказано выполнение до лечения эндоскопических методов исследования (фиброэзофагогастродуоденоскопии), так как психологический стресс и раздражение рецепторных зон пищевода и желудка могут привести к чрезмерному возбуждению блуждающего нерва и остановке сердца [1].

В лечении данной патологии принимают участие кардиолог, гастроэнтеролог, психотерапевт, при необходимости – хирург. Независимо от причины лечение гастрокардиального синдрома включает диетотерапию, основой которой является предупреждение перееданий. Пациент должен питаться дробно, маленькими порциями. Необходимо ограничить химически грубую пищу, а также продукты, провоцирующие избыточное газообразование. При наличии ожирения проводится комплекс мероприятий, направленных на нормализацию массы тела. Для профилактики развития приступов за полчаса до планируемого приема пищи используются спазмолитики (папаверин, дротаверин). Медикаментозное лечение заключается в ис-

пользовании седативных препаратов. Если гастрокардиальный синдром не имеет органической причины, необходимо проведение психотерапии. Данное лечение обладает высокой эффективностью и существенно улучшает качество жизни пациентов.

При наличии органической патологии желудочно-кишечного тракта в первую очередь требуется лечение основного заболевания. При язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки назначается терапия, направленная на эрадикацию *Helicobacter pylori*, ингибиторы протонной помпы, препараты висмута. При грыжах пищеводного отверстия диафрагмы возможна консервативная терапия, целью которой является устранение гастроэзофагеального рефлюкса, предупреждение повышения давления в брюшной полости и профилактика гастрокардиального синдрома.

При неэффективности медикаментозного лечения, в том числе частом возникновении приступов, а также при наличии осложнений проводится хирургическое лечение. Операция направлена на ушивание грыжевых ворот, укрепление пищеводно-диафрагмальной связки (круропластика), фиксацию желудка [5].

Прогноз гастрокардиального синдрома благоприятный. Заболевание хорошо поддается коррекции, при устранении органической причины наступает полное выздоровление. Если гастрокардиальный синдром не имеет первичной причины и развивается на фоне вегетативной дисфункции, хороший эффект оказывает психотерапевтическое лечение. Профилактика заключается в нормализации образа жизни и питания, предупреждении переизбытка, приеме пищи 5-6 раз в сутки, достаточном уровне физической активности, поддержании нормальной массы тела.

Необходимо отметить, что в медицинской литературе последних лет мало статей, посвященных синдрому Ремхельда, а сообщения о гастрокардиальном синдроме в детском и подростковом возрасте крайне редки.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Целью представленной работы явилось изучение состояния сердечно-сосудистой системы у детей с синдромом Ремхельда.

Под нашим наблюдением находились 23 ребёнка от 10 до 18 лет с синдромом Ремхельда, проходившие лечение в отделении детской кардиологии и кардиохирургии ИНВХ им. В.К. Гусака г. Донецка с сентября по декабрь 2019 года. Мальчиков обследовано 13 чел. (56,5%), девочек – 10 чел. (43,5%). Комплекс исследований включал: изучение биохимических показателей кро-

ви (МВ-КФК, титра АСЛО, С-реактивного белка), выявление маркеров персистирующих вирусных инфекций, ЭКГ, суточное мониторирование ЭКГ и АД по Холтеру, ЭХОКГ, УЗДГ сосудов головы и шеи, УЗИ щитовидной железы, УЗИ органов желудочно-кишечного тракта.

Все больные при поступлении предъявляли жалобы на кардиалгии, перебои в работе сердца, чувство нехватки воздуха, головокружение. Появление отмеченных жалоб было связано с приёмом пищи. На ЭКГ, записанной во время приступов, у 22 (95,7%) детей отмечался синусовый ритм, у 14 (60,9%) пациентов – синусовая тахикардия, у 8 (34,8%) больных – синусовая брадикардия, у 4 (17,4%) пациентов – атриовентрикулярная блокада 1-й степени, у 3 (13,0%) детей – одиночная наджелудочковая экстрасистолия, у 1 (4,3%) ребёнка – пароксизмальная суправентрикулярная тахикардия. Нарушение процессов реполяризации миокарда зафиксировано у 8 (34,8%) больных. У 15 (65,2%) пациентов во время приступов зарегистрировано повышение АД.

Изучение состояния сердечно-сосудистой системы свидетельствует о наличии: врождённого порока сердца (открытого артериального протока-0,2 см) у 1 (4,3%) ребёнка, открытого овального окна – у 1 (4,3%) пациента, пролапса передней створки митрального клапана – у 2 (8,7%) детей, двухстворчатого аортального клапана – у 2 (8,7%) пациентов, вегетативной дисфункции синусового узла – у 1 (4,3%) ребёнка, вегето-сосудистой дисфункции – у 22 (95,7%) детей. Кроме того, неинвазивное электрофизиологическое исследование, выполненное одному ребёнку, позволило диагностировать типичную атриовентрикулярную узловую реципрокную тахикардию.

Сопутствующая патология у детей с гастрокардиальным синдромом представлена: избыточной массой тела – у 7 (30,4%) больных, хроническим тонзиллитом – у 4 (17,4%) пациентов, диффузным нетоксическим зобом I ст. – у 3 (13,0%) больных, ювенильным деформирующим артрозом шейного отдела позвоночника – у 2 (8,7%) пациентов, персистирующей Эпштейн-Барр вирусной инфекцией – у 2 (8,7%) детей. Признаки недифференцированной дисплазии соединительной ткани (диспластичный рост зубов, гипермобильный суставной синдром, деформация грудной клетки, сколиоз, плоскостопие и др.) отмечались у всех детей с синдромом Ремхельда.

Следует отметить, что все обследованные пациенты в анамнезе имели патологию органов желудочно-кишечного тракта: грыжу пищеводного отверстия диафрагмы – 2 (8,7%) пациента,

гастроэзофагеальную рефлюксную болезнь – 5 (21,7%) детей, хронический гастродуоденит, ассоциированный с *Helicobacter pylori* – 18 (78,3%) детей, дискинезию желчевыводящих путей на фоне извитости желчного пузыря – 10 (43,5%) пациентов, хронический холецистит – 5 (21,7%) детей.

Лечение пациентов с синдромом Ремхельда включало соблюдение диеты, предупреждение переизбытка, назначение спазмолитических, седативных, кардиотрофических средств, сеансы психотерапии. Эффективность терапии составила 100%, что проявилось стойким уменьше-

нием частоты и продолжительности приступов у всех наблюдавшихся детей.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, синдром Ремхельда является актуальным в практической деятельности педиатра, детского кардиолога, детского гастроэнтеролога. Дети и подростки, имеющие заболевания желудочно-кишечного тракта, при появлении кардиальных жалоб нуждаются в углубленном обследовании сердечно-сосудистой системы с применением современных методов диагностики.

М.П. Лимаренко, Д.В. Искович

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк

СИНДРОМ РЕМХЕЛЬДА У ДЕТЕЙ: СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ДАВНЮЮ ПРОБЛЕМУ

Статья посвящена актуальной проблеме в педиатрии – синдрому Ремхельда. Обследовано 23 ребёнка с синдромом Ремхельда. В анамнезе у 78,3% детей наблюдался хронический гастродуоденит, у 21,7% – гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, у 8,7% – грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Изучение состояния сердечно-сосудистой системы показало наличие у 60,9% пациентов синусовой тахикардии, у 34,8% – синусовой брадикардии, у 13,0% – экстраси-

столии, у 4,3% – пароксизмальной наджелудочковой тахикардии, у 4,3% – вегетативной дисфункции синусового узла. Дети и подростки, имеющие заболевания желудочно-кишечного тракта, при появлении кардиальных жалоб нуждаются в углубленном обследовании сердечно-сосудистой системы.

Ключевые слова: синдром Ремхельда, дети, сердечно-сосудистая система.

M.P. Lymarenko, D.V. Iskovich

SEI HPE «M. Gorky Donetsk National Medical University», Donetsk

ROEMHELD SYNDROME IN CHILDREN: A MODERN VIEW OF A LONG-STANDING PROBLEM

The article is devoted to an urgent problem in pediatrics - Roemheld syndrome. 23 children with Roemheld syndrome were examined. In the anamnesis, 78,3% of children had chronic gastritis, 21,7% had gastroesophageal reflux disease, and 8,7% had a hiatal hernia. The study of the state of the cardiovascular system showed the presence of sinus tachycardia in 60,9% of patients, sinus bradycardia in 34,8%, extrasystole in 13,0%,

paroxysmal supraventricular tachycardia in 4,3%, and 4,3% - autonomic dysfunction of the sinus node. Children and adolescents with gastrointestinal diseases, when cardiac complaints appear, need an in-depth examination of the cardiovascular system.

Key words: Roemheld syndrome, children, cardiovascular system.

ЛИТЕРАТУРА

1. Булатов В.П., Мамлеев Р.Н. Висцерокардиальные синдромы в детской гастроэнтерологии. Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2008; 53 (5): 48-51.
2. Ветшев П.С., Ногтев П.В. Холецистокардиальный синдром – миф и реальность. Хирургия. 2005; (3): 59-64.
3. Гриднев А.Е. Холецистокардиальный синдром. Доступен по: <http://health-ua.com/article/17828-cholecistokardialnyj-sindrom>
4. Мамлеев Р.Н., Тукаева Э.З. Влияние фракционного дуоденального зондирования на выраженность холецистокардиальных влияний у детей с билиарной патоло-

REFERENCES

1. Bulatov V.P., Mamleev R.N. Viscerocardial syndromes in pediatric gastroenterology. Russian Bulletin of Perinatology and Pediatrics. 2008; 53 (5): 48-51. (in Russian).
2. Vetshev P.S., Nogtev P.V. Cholecystocardial syndrome - myth and reality. Surgery. 2005; (3): 59-64. (in Russian).
3. Gridnev A.E. Cholecystocardial syndrome. Available at: <http://health-ua.com/article/17828-cholecistokardialnyj-sindrom> (in Russian).
4. Mamleev R.N., Tukaeva E.Z. The effect of fractional duodenal sounding on the severity of cholecystocardial influences in children with biliary pathology. Kazan medical jour-

- гией. Казанский медицинский журнал. 2006; (87): 114.
5. Шаповалова М.М. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и нейрогенные аритмии сердца (обзор литературы). Молодой ученый. 2014; (5): 165-167.
 6. Kotin V.Z., Cherems'ky A.P., Kutieпов S.B. Ischemic variant of cholecystocardial syndrome in the diseases of gallbladder. *Klin Khir.* 2007 Sep; (9):28-9.
 7. Kotin V.Z., Cherems'ky A.P., Kutieпов S.B. Pseudocoronary syndrome in patients with gallbladder pathology. *Vestn Khir Im I I Grek.* 2007; 166(5):96-98.
 8. Saeed M., Bhandohal J.S., Visco F., Pekler G., Mushiyeв S. Gastrocardiac syndrome: A forgotten entity. *Am J Emerg Med.* 2018 Aug; 36(8):1525.e5-1525.e7. doi: 10.1016/j.nal. 2006; (87): 114. (in Russian).
 5. Shapovalova M.M. Gastroesophageal reflux disease and neurogenic cardiac arrhythmias (literature review). *Young scientist.* 2014; (5): 165-7. (in Russian).
 6. Kotin V.Z., Cherems'ky A.P., Kutieпов S.B. Ischemic variant of cholecystocardial syndrome in the diseases of gallbladder. *Klin Khir.* 2007 Sep; (9):28-9.
 7. Kotin V.Z., Cherems'ky A.P., Kutieпов S.B. Pseudocoronary syndrome in patients with gallbladder pathology. *Vestn Khir Im I I Grek.* 2007; 166(5):96-98.
 8. Saeed M., Bhandohal J.S., Visco F., Pekler G., Mushiyeв S. Gastrocardiac syndrome: A forgotten entity. *Am J Emerg Med.* 2018 Aug; 36(8):1525.e5-1525.e7. doi: 10.1016/j.