Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра педиатрии №1

НАРУШЕНИЕ ПИТАНИЯ, КАК ФАКТОР ПРОВОЦИРУЮЩИЙ ЖИЗНЕУГРОЖАЮЩЕЕ НАРУШЕНИЕ РИТМА СЕРДЦА

Зав. кафедрой, д.мед.н., доцент Пшеничная Елена Владимировна
Асс. Сосна Виктория Викторовна

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь

- ГЭРБ – многофакторное заболевание, непосредственной причиной которого является гастроэзофагеальный рефлюкс (ГЭР) - непроизвольное забрасывание желудочного либо желудочно-кишечного содержимого в пищевод, которое вследствие патологически высокой частоты и/или продолжительности эпизодов способно вызвать физико-химическое повреждение слизистой оболочки пищевода.
- Код по МКБ - К 21.0

Клинические рекомендации, 2025

Причины

- Недостаточность запирательного механизма кардии
- Ухудшение опорожнения желудка (повышение внутрижелудочного давления)
- Рефлюкс желудочного и дуоденального содержимого в пищевод
- Снижение пищеводного клиренса
- Уменьшение резистентности слизистой пищевода

Внепищеводные проявления ГЭРБ

- Дыхательные
- Лор- органов
- Заболевания полости рта
- **Сердечно-сосудистые**

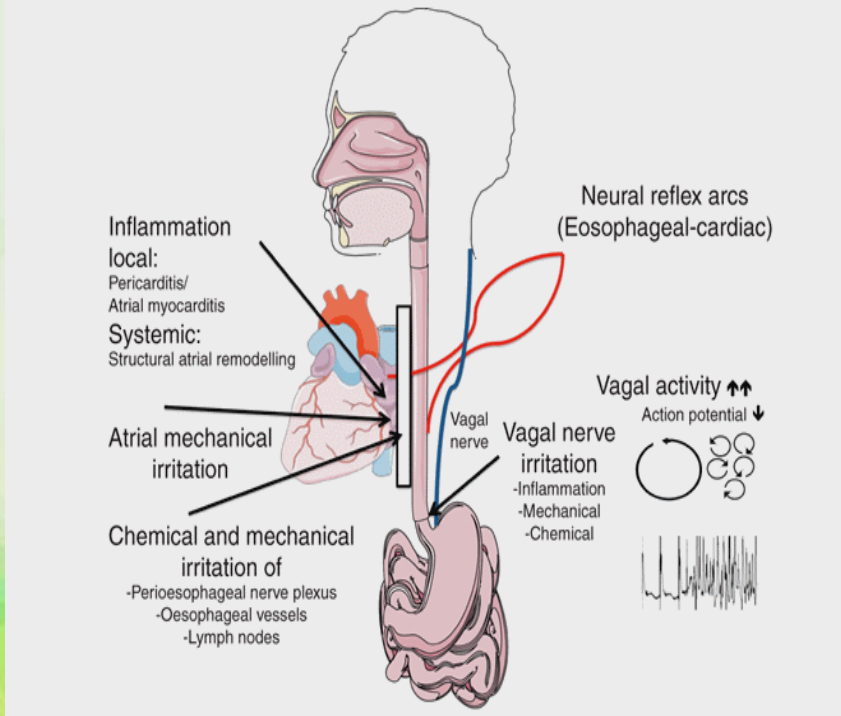
Кардио - диафрагмальный синдром

- Комплекс желудочно - кишечных симптомов, связанных с кардиальными проявлениями называется синдромом Ремхельда (***гастро - кардиальный синдром***).
- Наиболее часто встречается ***триада симптомов***: аритмия, кардиалгия, вегетативная дисфункция.
- Механизм возникновения аритмий связан с развитием висцеро - висцеральных рефлексов, через ***n. Vagus*** к раздражению механорецепторов и хеморецепторов, которые расположены в нижних отделах пищевода, желудке и начальных отделах кишечника.
- Характерные симптомы возникают при ***переполнении желудка пищей***, аэрофагии (заглатывании большого количества воздуха).
- ***Повышенное внутрибрюшное давление*** вследствие выраженного метеоризма и раздражения блуждающего нерва высоко стоящей диафрагмой также может приводить к развитию нарушений ритма.
- Появление ***кардиальных симптомов «обкрадыванием»*** коронарного кровообращения при переполнении желудка пищевыми массами: нарушенное кровообращение в сердце уменьшается вследствие перераспределения крови и притока ее к перегруженному желудку.

Рвота – рефлекторный акт форсированного извержения содержимого желудка через рот, возникающий на фоне спазма привратника, расслабления дна желудка и кардиального жома пищевода при одновременном мощном *толчкообразном сокращении брюшных мышц, опущении диафрагмы и повышении внутрибрюшного давления.*

Обычно рвоте предшествует фаза предизвержения, которая состоит из симптомов *вегетативного и соматического компонентов:* тошноты, появления комка в горле, тягостного ощущения в эпигастрии, рефлюкса из двенадцатиперстной кишки в желудок, слюнотечения, появления бледного «носогубного треугольника», тахикардии, расширения зрачков, потливости.





Буров Н.Е. И соавт. М.,2020

- ***Механизм возникновения аритмий связан с развитием висцеро- висцеральных рефлексов, моделирующихся через n. vagus и приводящих к аритмиям.***
- ***Ряд авторов объясняют появление кардиальных симптомов «обкрадыванием» коронарного кровообращения при переполнении желудка пищевыми массами: нарушенное кровообращение в сердце уменьшается вследствие перераспределения крови и притока ее к перегруженному желудку.***

Диагностика

Кардиолог

Жалобы на:

- *боль за грудиной,*
- *изменения на стандартной ЭКГ(аритмии, феномен удлинения PQ, ишемические изменения)*

Методы обследования:

- суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру ЭКГ
- Проба с дозированной физической нагрузкой
- ЭХО КГ
- Лабораторно исключают воспалительные процессы и электролитные нарушения.

Гастроэнтеролог

Жалобы на:

- *с-м «мокрого пятна»*
- *отрыжка воздухом, кислым, горьким*
- *боль за грудиной при прохождении пищи по пищеводу,*
- *ощущение «кома»*
- *чувство першения и охриплости голоса*

Методы обследования:

УЗИ органов брюшной полости

- ЭФГДС
- Рентгенография с контрастом бария

Лечение

- 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.

Клинический случай

Девочка А. 17 лет, поступила в клинику с жалобами на учащенное сердцебиение, чувство нехватки воздуха.

Анамнез жизни:

Девочка от I беременности протекавшей на фоне анемии легкой степени, роды I срочные (40 недель). Масса тела 3700, длина 57 см. Росла и развивалась по возрасту. Привита по календарю.

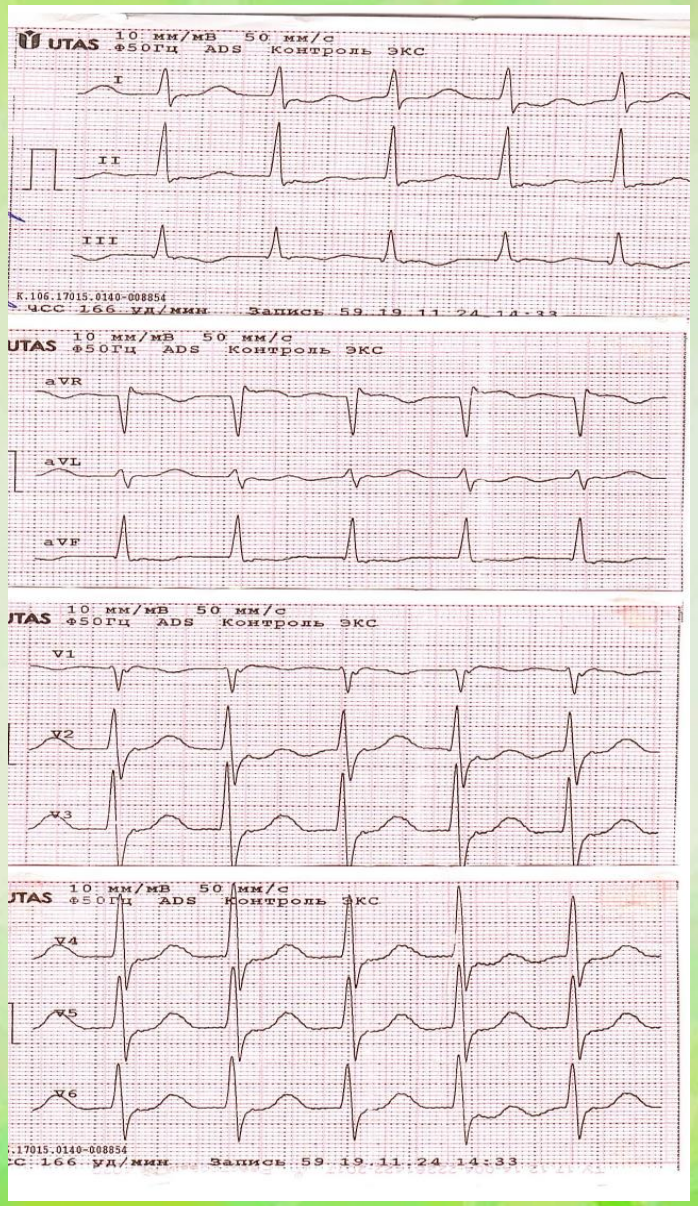
С 2017г. (возраст 10 лет) ежегодно, 2-3 р/год острый трахеобронхит, иногда протекает с обструктивным компонентом. Выздоровление наступает после применения курса азитромицина, ингаляций пульмикорта.

Отягощен аллергический семейный анамнез (у отца – аллергический ринит), у девочки проявляется, как сезонный риноконъюктивит на цветение амброзии.

Случаев внезапной сердечной смерти в возрасте до 45 лет среди родственников нет. ЭКГ отца и матери пределах нормы.

Плановая ЭКГ во время профилактического осмотра в школе от 05.06.2024г.: PQ-0,16", QT – 0,34", RR-0,66 ", ЧСС – 90 уд/мин, ритм синусовый, вольтаж не снижен, зубец Т «–» в III, V1, нормальное положение ЭОС.

Клинический случай



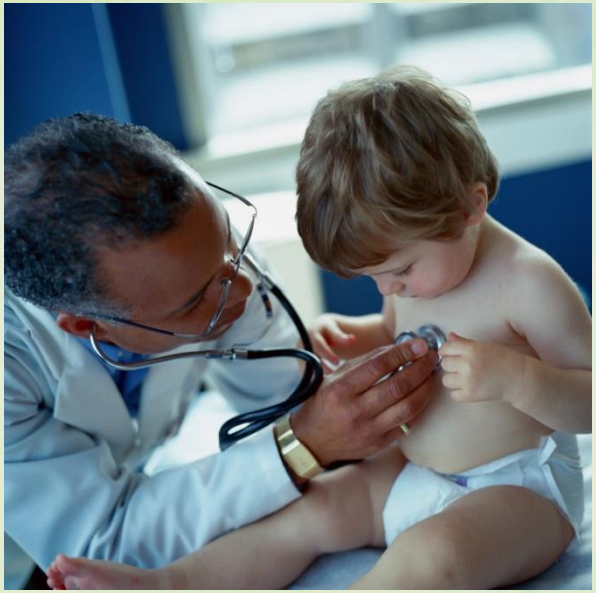
Анамнез заболевания:

- Впервые приступ учащенного сердцебиения возник 19.11.2024г. на уроке физкультуры во время игры в волейбол.
- БСМП на ЭКГ зарегистрирована предсердная пароксизмальная тахикардия с ЧСС 170 уд/мин. Приступ купирован приемом атенолола 25 мг, девочка доставлена в клинику для обследования и определения дальнейшей тактики ведения.

Клинический случай

- 22.11.2024г. во время проведения бифункционального исследования (ХМ ЭКГ+АД) самочувствие девочки было нарушено из-за тошноты, чувства распирания и тяжести в желудке, 1-й дня болезненных mensis (нельзя исключить погрешность диеты, ротавирусную инфекцию). Ночью, на фоне выраженной тошноты возникла рвота. Во время рвоты над унитазом в положении «сидя на корточках» потеряла сознание, длительность обморока неизвестна. После возвращения сознания девочка чувствовала себя удовлетворительно. Ситуация повторилась трижды с интервалом 1,5 – 2,0 часа.
- При этом на ЭКГ зарегистрирована тахикардия с ЧСС 115 - 150 уд/мин. с переходом в субтотальную АВ – блокаду с длительностью асистолии желудочков 2500 - 17564 мсек с последующим восстановлением нормального АВ – проведения.

Физикальное обследование



Самочувствие ребенка не нарушено. На момент осмотра жалоб нет. Кожные покровы и видимые слизистые бледно - розовые, умеренно влажные. Язык густо обложен белым налетом с отпечатками зубов. Пальпируются заднешейные лимфатические узлы до 0,8 - 1,0 см мягкой консистенции не спаяны между собой и с окружающими тканями. В легких дыхание везикулярное, ЧД – 18в/мин, ЧСС – 90 в/мин, АД – 110/70 мм рт.ст., Sa O2 – 98%. Сердечная деятельность ритмична, выраженная тахикардия, тоны приглушены, систолический шум в I и V точках. Живот мягкий, чувствительный при пальпации в эпигастральной области. Печень, селезенка не пальпируются. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Лабораторные методы обследования

Общий ан. крови от 20.11.24:Нв -139 г/л, Эр - 4,4 Т/л, Тромбоциты -360 Г/л, Ht - 40,0%, Л - 19,8 Г/л, Э – 1, п – 2, С – 79, л – 12, м – 6, СОЭ - 12 мм/час,

Биохимический ан. крови: общий белок – 73, креатинин – 76, мочевина - 4,0мм л, холестерин - 5,12 мм/л, Общ. билирубин - 12,7мкм/л, пр. 0,5, непрямой - 12,2мкм/л, АЛТ – 27 Е/л, АСТ – 40 Е/л, глюкоза – 6,1 мм/л, ГГТ -13 Е/л, мочевая кислота – 217 мкм/л, кальций – 2,04 мм/л, Магний/хлор – 1,08/107 мм/л, калий – 4,40 мм/л, натрий – 141 мм/л, щелочная фосфатаза – 284 Е/л.

Общий ан. мочи от 20.11.2024г. : без патологии.

25.11.24г.: тромбиновое время - 19,7сек, протромбиновое время 13,4сек, протромбиновый индекс 94,3%, А 34,0сек, МНО 1,04, фибриноген 2,72г/л

Тиреоидная панель 02.12.24г

Тиреотропный гормон	3,75 мкМЕ/мл (0,35-5,1)
Т4 свободный	13,14пмоль/л (6,44-18)
Тз свободный	4,59 пмоль/л (2,76 – 9,1)
Антитела к пероксидазе тиреоцитов	1,1 МЕ/мл (<9)

Инфекция –другое 02.12.2024г

1qG Chlamydia pneumoniae	отрицательный
1qG к Toxoplsma qondii	отрицательный
1qG к Cytomeqalvirus	отрицательный

Инструментальные методы обследования

- ЭКГ 19.11.24, 20 часов 53 мин: PQ-0,18", RR-0.65 ", ЧСС-90 уд/мин, электрическая ось – не отклонена. Заключение: промежуточная электрическая позиция сердца, замедление AV-проводимости.
- ЭКГ 28.11.24, 10 часов 50 мин.: PQ-0.14", RR-0.80 ",QT – 0.35", ЧСС- 75 в/мин, ритм синусовый, вольтаж не снижен, электрическая ось – не отклонена, систолический показатель – 43%, ST и T без особенностей. Заключение: промежуточная электрическая позиция сердца.
- ЭхоКГ от 26.11.2024г: давление в легочной артерии 20 мм.рт.ст. Клапанный аппарат не изменен. Полости сердца не расширены. Миокард не утолщен. Сократимость миокарда удовлетворительная.

Инструментальные методы обследования

- За время наблюдения средняя ЧСС днём 100 уд/мин, ночью 77 уд/мин. Минимальная ЧСС 57 уд/мин во сне. Максимальная ЧСС при ФН 171/ вне ФН 156 уд/мин (субмаксимальная ЧСС достигнута 84% (>80%)).(Значения ЧСС получены при периоде расчета 60 с.).
- В течение мониторирования наблюдался Синусовый ритм со средней частотой 97 уд/мин (от 61 до 171).ЧСС в течение суток в пределах возрастной нормы.

Инструментальные методы обследования

- ***Эзофагогастродуоденоскопия от 21.11.2024г.*** : эритематозная гастропатия.
- ***УЗИ ОБП от 03.12.2024г*** : эхографических признаков изменений структур визуализируемых фрагментов печени, селезенки, поджелудочной железы, интра- и параорганных патологических включений в брюшной полости и забрюшинном пространстве в настоящее время не выявляется.
- Эхографических признаков изменений размеров желчного пузыря, интра- и паравезикальных структурных тканевых изменений и патологических включений, а так же изменений визуализируемых фрагментов внепеченочных желчных протоков в настоящее время не определяется.
- Эхографических признаков изменений паренхимы почек, дополнительных патологических включений в их проекции в настоящее время не выявляется. Коллекторная система не расширена.
- ***УЗИ ЩЖ от 04.12.2024:*** нормальная эхографическая картина щитовидной железы.

Лечение

- Ноотропную терапию (Фенибут 250 мг по 1т*3р/день)
- Препараты, оказывающие стимулирующее влияние и улучшающие проведение нервного импульса (В - комплекс);
- Кардиотрофическую (Ацекардил в/в 100мг/мл *10, затем 500мг 1т/*1р/день)
- ИПП (Омепразол 20 мг*1р/день)
- Прокинетики (Домперидон по 1т*2р/день

В настоящее время, принимая во внимание единственный пароксизм предсердной тахикардии с ЧСС – 170 уд/мин, протекавший без нарушения гемодинамики и купировавшийся приемом атенолола 25 мг, наличие эпизодов АВ блокады, рекомендовано воздержаться от плановой антиаритмической терапии.

Лечебные и трудовые рекомендации

- Продолжить курсы кардиотрофической и ноотропной терапии до 2-х месяцев
- Динамическое наблюдение. Ведение дневника АД, ЧСС, самочувствия (смарт – часы, пульсоксиметр, электронный тонометр).ЭКГ 1р/3 месяца, ХМ ЭКГ 1р/6 месяцев.
- Обучение ребенка и родителей проведению «вагусных проб» с исключением проб, вызывающих кардио-диафрагмальный рефлекс (проглатывание твердой и холодной пищи, нажатие на корень языка).
- Терапия по схеме «таблетка в кармане»
- При приступах учащенного сердцебиения – подсчет ЧСС, вызов БСМП регистрация ЭКГ, консультация в клинике.
- Освободить от уроков физкультуре до конца учебного года.
- Консультация гастроэнтеролога
- Консультация кардиохирурга

Вывод:

- ***Данный случай представляет клинический интерес развития жизнеугрожающего нарушения ритма: субтотальной АВ – блокады после рвоты, является редким вариантом проявления кардио-диафрагмального синдрома, требует взаимодействия детских кардиологов, кардиохирургов, гатроэнтерологов, дальнейшего изучения, решения вопроса об имплантации искусственного водителя ритма.***

Спасибо за внимание!!!

