**Демпингсиндром**

Демпингсиндром возникает у больных, перенесших обширную резекцию желудка, особенно в модификации

Выделяют ранний и поздний демпингсиндром.

Ранний демпингсиндром наблюдается у большинства оперированных больных в ближайшем послеоперационном периоде, в отдаленные сроки у 30% больных легкой степени и у 10% тяжелой. Частота демпингсиндрома зависит от характера выполненной операции: она максимальна после резекции по Бильрот1, менее выражена после резекции по Бильрот1 и меньше всего после ваготомии с дренирующими желудок операциями. Причиной развития демпингреакции является быстрое поступление в верхний отдел тонкой кишки необработанной пищи, имеющей высокую осмолярность, что приводит к перемещению в просвет кишки внеклеточной жидкости, растяжению стенки кишки и выделению биологически активных веществ: гистамина, серотонина, кининов. В результате этих процессов происходит уменьшение ОЦК, вазодилатация, усиливается перистальтика кишечника.

Симптомы, течение. Через 10-15 мин после приема пищи, особенно сладких и молочных блюд, появляются слабость, головокружение, головная боль, боль в области сердца, сердцебиение, обильный пот, чувство жара. Наряду с этим распирание и боль в эпигастрии, урчание, коликообразная боль и понос. При выраженном демпингсиндроме больные вынуждены после еды принимать горизонтальное положение. Диагностика основывается на клинической симптоматике, данных рентгенологического исследования пассажа рентгеноконтрастной пищевой смеси по желудочнокишечному тракту.

Поздний демпингсиндром (гипогликемический) развивается через 23 ч после приема пищи. Он связан с избыточным выделением инсулина во время ранней демпингреакции, сопровождающейся повышением уровня сахара в крови. Повышенный выброс инсулина снижает уровень сахара до субнормальных цифр.

Симптомы. Слабость, резкое чувство голода, острая сосущая боль в эпигастрии, дрожь, головокружение, сердцебиение, снижение АД, брадикардия, бледность, пот. Эти симптомы быстро проходят после приема небольшого количества пищи, особенно, углеводистой. Больные нередко носят с собой сахар, печенье и при первых симптомах гипогликемии принимают их. Диагноз основан на типичных проявлениях заболевания, снижении уровня сахара в крови в момент приступа.

Классификация демпингсиндрома по степени тяжести: легкая демпингреакция возникает только после молочных и сладких блюд. Она характеризуется незначительной слабостью, учащением пульса на 1015 в 1 мин. Продолжительность приступа до получаса, дефицит массы тела не более 5 кг, трудоспособность сохранена; средняядемпингреакция возникает при приеме любой пищи, на высоте реакции больной вынужден ложиться, учащение пульса на 2030 в 1 мин, АД с тенденцией к повышению систолического давления. Длительность приступа до 1 ч, дефицит массы тела до 10 кг, трудоспособность снижена; тяжелая демпингреакция развивается при приеме любой пищи; больные принимают пищу лежа и находятся в горизонтальном положении до 23 ч после еды, учащение пульса более чем на 30 в 1 мин, АД лабильное, иногда брадикардия, гипотензия, коллапс. Дефицит массы тела более 10 кг, трудоспособность утрачена.

Лечение может быть консервативным и хирургическим. Консервативное лечение: диета с высоким содержанием белков, ограничением углеводов, особенно простых. Раздельный прием плотной и жидкой пищи небольшими порциями, 56 раз в день. Для уменьшения реакции на быстрое поступление пищи в тонкую кишку перед едой назначают новокаин, анестезин, антигистаминные препараты (пипольфен, супрастин), резерпин, инсулин п/к. Заместительная терапия: желудочный сок, соляная кислота, панзинорм, фестал, витамины. При появлении психопатологических синдромов лечение по согласованию с психиатром.

Хирургическое лечение применяется редко. Оно показано при демпингсиндроме тяжелой степени в случае неэффективности лечебного питания и длительного комплексного медикаментозного лечения. Оперативное вмешательство заключается в редуоденизации с гастродуоденопластикой. Тонкокишечный трансплантат замедляет опорожнение культи желудка, а включение двенадцатиперстной кишки улучшает пищеварение и у ряда больных может уменьшить интенсивность демпингреакции.

Профилактика: широкое применение органосохраняющих операций в сочетании с ваготомией при лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. В случае необходимости выполнения резекции желудка целесообразно произвести наложение гастродуоденоанастомоза.

**Список литературы**

Для подготовки данной работы были использованы материалы с сайта <http://max.1gb.ru/>