

2017 год

Болезни оперированного желудка

ДЕМПИНГ-СИНДРОМ

Этиология и патогенез

В последнее время большинство авторов понимают под ним комплекс сосудистых и нейровегетативных и кишечных расстройств возникающий после приема пищи у больных, перенесших резекцию желудка.

Ускоренное поступление из оперированного желудка значительного количества непереваренной пищи в верхний отдел тонкой кишки → Неадекватное раздражение ее рецепторов → повышение осмolarity ее содержимого → перемещение в просвет кишки внеклеточной жидкости → растяжение стенок кишки → выделение клетками слизистой БАВ (кинины, серотонин и т.д.)

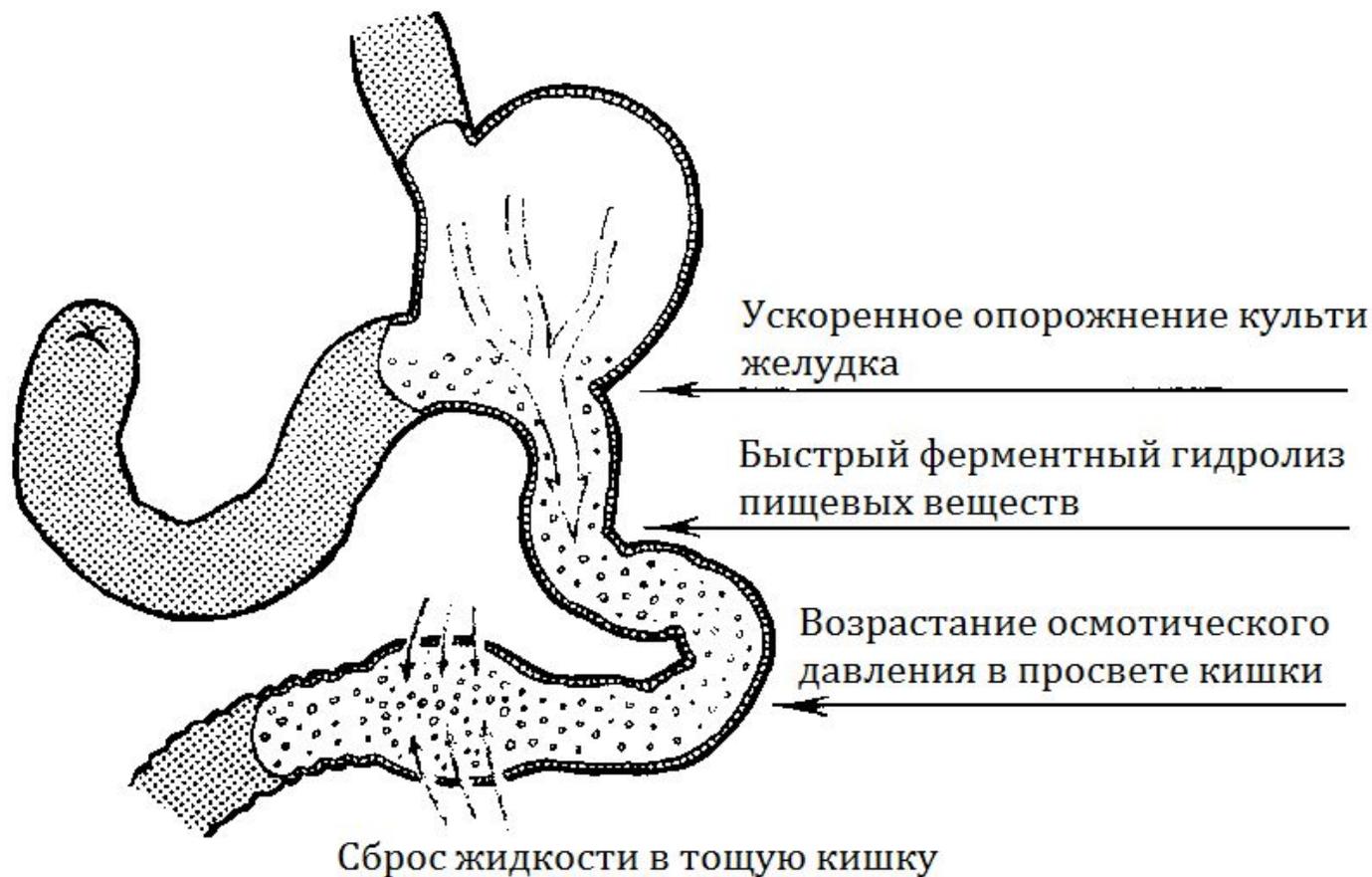
→ снижение ОЦК и периферическая вазодилатация

→ усиление моторики

→ нарушение переваривания белков, жиров и углеводов, снижение массы тела, анемия, гиповитаминоз

→ кишечные колики, диарея

Патогенез



Выделение вазоактивных аминов

Ранние вазомоторные симптомы: тошнота, диарея.

Уменьшение объёма плазмы

Тахикардия, снижение артериального давления, изменения ЭКГ, общая слабость.

Гипергликемия

Увеличение концентрации инсулина в крови, последующая гипогликемия.

Классификация

Легкая форма (1 степень) – это легкая форма заболевания, характеризующаяся слабо выраженными клиническими и непродолжительными по времени 10-15 минут приступами слабости или недомогания после приема сладкой пищи и молока. При соблюдении диеты и режима питания больные чувствуют себя хорошо и трудоспособны. Дефицит веса до 3-5 килограмм, но питание удовлетворительное.

Среднетяжелая форма (2 степень) - характеризуется клиническими проявлениями средней тяжести. Приступы могут проявляться после приема любой пищи и длиться 30-40 минут, по своей яркости они имеют более выраженный характер. Стул неустойчивый. Трудоспособность снижена. Дефицит веса составляет 8-10 кг.

Тяжелая форма (3 степень) –расстройства возникают после каждого приема пищи и продолжаются 1,5-2 часа. Больные во время приступа вынуждены лежать, т.к. при попытке встать наступает обморок. Боязнь приема пищи и резкие нарушения в процессе пищеварения и усвоения пищи приводят больных к истощению. Изнуряющий понос. Трудоспособность значительно снижена, больные имеют инвалидность 2 группы. Дефицит веса до 13-15 кг.

Клиника

Анализ характера жалоб позволяет разграничивать 5 их категорий.

1. **Сосудистые и нейровегетативные** (приступы слабости, сердцебиение, побледнение или чувство жара с покраснением лица, дрожание пальцев и кисти, головокружение, потемнение в глазах, холодный пот, неприятное ощущение в верхней части туловища, чувство прилива жара, гиперемия лица) Эти жалобы непосредственно связаны с приемом пищи и наблюдаются исключительно во время приступа демпинг – приступа.
2. **Диспептические** (отсутствие аппетита, тошнота, урчание в животе, жидкий неустойчивый стул, запоры) Данная категория жалоб связана с нарушением моторно-эвакуаторной деятельности ЖКТ и расстройствами внешнесекреторной функции поджелудочной железы.
3. **Жалобы, связанные с недостаточным пищеварением с нарушениями метаболического порядка:** исхудание, малокровие, общее ослабление организма, понижение трудоспособности, физическое бессилие, импотенция.
4. **Различные болевые ощущения,** обусловленные чаще всего воспалительным процессом в гепатопанкреодуоденальной системе, дуоденостазом и спаечным процессом в брюшной полости. Для демпинг-синдрома «в чистом виде» болевой синдром не характерен.
5. **Психоневрологические нарушения и астенизация личности:** раздражительность, плаксивость, бессонница, головные боли, неуравновешенность, фиксационная неврастения

Диагностика

Диагностика демпинг-синдрома при наличии характерной симптоматики не вызывает затруднений.

Быстрая эвакуация бариевой взвеси («сброс») из культи желудка и ускоренный пассаж по тонкой кишке, выявленные при рентгенологическом исследовании, характерная гликемическая кривая после углеводной нагрузки подтверждают диагноз.

РЕНТГЕНОСКОПИЯ С БАРИЕВОЙ ВЗВЕСЬЮ

**ГЛИКЕМИЧЕСКАЯ КРИВАЯ
(ПОСЛЕ УГЛЕВОДНОЙ НАГРУЗКИ)**

Принципы лечения

Лечение больных с демпинг-синдромом **легкой степени** не представляет серьезной проблемы. Его можно купировать диетой:

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕБНОГО ПИТАНИЯ ПРИ ДЕМПИНГ-СИНДРОМЕ

1. Частое дробное питание небольшими порциями (5-7 раз в день); принимать пищу следует медленно
2. Ограничение продуктов и блюд, наиболее часто вызывающих демпинг-синдром: сладостей (сахар, мёд, варенье), очень горячих и очень холодных блюд, жидких сладких молочных каш и др
3. Недопустимость приёма жидкости вместе с остальными блюдами, т.е. чай, молоко, 3-е блюдо в обед и кефир вечером следует употреблять через 20-30 минут после основного приёма пищи. Количество жидкости за один приём не должно превышать 1 стакана.
4. По возможности ложиться на 15-20 мин после еды, особенно после обеда.

В первые 3 месяца после операции больным назначается диета – стол №1.



При демпинг-синдроме **средней тяжести** кроме диетотерапии целесообразно принимать :

- средства, замедляющие эвакуацию из желудка и снижающие перистальтику тонкой кишки (препараты атропина, ганглиоблокаторы)
- проводить общеукрепляющую терапию (инфузии растворов глюкозы с инсулином, парентеральную витаминотерапию).
- Больным с выраженными психоневрологическими нарушениями показаны нейролептические средства.



Тяжелый демпинг-синдром является показанием к хирургическому лечению. Основным смыслом реконструктивных операций состоит в замедлении опорожнения оперированного желудка

Данные о методах реконструктивных операций можно схематически классифицировать в следующем виде.

- 1) уменьшение размеров желудочно-кишечного соустья при операции Бильрот-2;
- 2) реконструкция с изоперистальтическим кишечным трансплантантом между культей желудка и 12 перстной кишкой (операция Захарова- Генлея);
- 3) образование дополнительного кишечного резервуара из спаренных между собой кишечных петель (операция Пота)



- 5) реконструкция желудочно-кишечного соустья типа Бильрот-2 в операцию Бильрот-1;
- 6) фиксация приводящей петли к малой кривизне желудка;
- 7) реконструкция с антиперистальтическим сегментом тощей кишки между культей желудка и 12-перстной кишкой (операция Геррингтона);
- 8) реконструкция с толстокишечной пластикой;
- 9) сужение гастродуоденального анастомоза после резекции желудка по Бильрот-1 (операция Макаренко);
- 10) наложение добавочного межкишечного анастомоза между приводящей и отводящей петлей по Брауну;

Операции устранившие перегибы приводящей петли



Подшивание ПП к малой кривизне или брюшине



Резекция избыточной ПП

Операции замедляющие эвакуацию



Реконструкция анастомоза по Рейхелю-Полиа в анастомоз по Гофмейстеру-Финстереру



Гастроэюнопластика по Кристиасу