

УДК 616.34-089.168.1-06-053.2

**М. А. Груздева, Е. А. Ревенкова, К. В. Ривкина**

*Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»,  
г. Гомель, Республика Беларусь*

## **ДЕМПИНГ-СИНДРОМ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)**

### ***Введение***

Демпинг-синдром (ДС) – это синдром, для которого характерно ускоренное перемещение содержимого желудка в кишечник без должного переваривания питательных веществ. Это состояние, которое часто возникает после операций на желудке, таких как гастрэктомия, а также после хирургического лечения стенозов. Основным механизмом развития раннего демпинг-синдрома является быстрая эвакуация желудочного содержимого в тонкую кишку, что может быть спровоцировано удалением или рассечением пилорического жома во время операции, а также исключением двенадцатиперстной кишки из акта пищеварения. Также в развитии ДС немаловажную роль играет нарушение функции вегетативной нервной системы, когда происходят изменения в нейрогуморальных системах. Плохо переработанная пища из желудка раздражает слизистую тонкой кишки, что приводит к увеличению кровоснабжения в кишечнике и снижает кровоснабжение головного мозга. Это способствует выбросу серотонина в кровь и изменяет функциональное состояние холинергического и симпатoadреналового аппарата [1].

Длительный демпинг-синдром приводит к значительному истощению, что проявляется в белковой и витаминной недостаточности, нарушении минерального обмена и выраженной астенизации нервно-психической деятельности. Механизм развития позднего варианта ДП связан с резким повышением уровня глюкозы в крови после приема пищи и последующей чрезмерной секрецией инсулина, который снижает содержание сахара крови до субнормальных значений. Такая демпинговая атака может длиться от 30 минут до 1 часа и исчезает после приема углеводистой пищи.

### ***Цель исследования***

Проанализировать клинический случай позднего (гипогликемического) варианта демпинг-синдрома у ребенка.

### ***Материалы и методы исследования***

Медицинская карта стационарного пациента, находившегося на лечении в учреждении «Гомельская областная детская клиническая больница» (У «ГОДКБ»).

### ***Результаты исследования и их обсуждение***

Пациент В, 4 года (2020 г.р.). Ребенок от 2-ой беременности, протекавшей без осложнений, 2 срочных родов в 38 недель. При рождении: ребенок доношенный, вес 3700 г, рост 52 см, оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Вскармливание естественное.

В периоде раннего возраста физическое и нервно-психическое развитие соответствовало возрастным нормам.

Из анамнеза установлено, что срыгивания беспокоят с рождения, с 2-х месячного возраста срыгивания усилились, появилась рвота фонтаном. В мае 2020 г. оперирован по поводу врожденного пилоростеноза, После оперативного вмешательства срыгивания не после каждого кормления, меньшими порциями, выписан с диагнозом: Врожденный

### *Секция «Педиатрия»*

порок развития ЖКТ: врожденный стеноз пилорического отдела желудка. Врожденная высокая частичная кишечная непроходимость. Состояние после хирургической коррекции ВПР ЖКТ: стеноз пилорического отдела желудка (резекция пилорического отдела желудка, гастродуоденоанастомоз «конец в конец») от мая 2020 года. Далее количество и объем срыгиваний постепенно увеличивались, ребенок неоднократно проходил обследование и лечение в хирургическом отделении У «ГОДКБ», а также в РНПЦ детской хирургии г. Минска:

С 11.11.2021 г по 02.12.2021 г обследовался и лечился в хирургическом отделении У «ГОДКБ» с диагнозом: «Синдром нарушенного кишечного всасывания. Синдром руминации. Дегидратация изотоническая II степени».

Госпитализирован в г. Минск УЗ «3-я ДГКБ» 04.06.2022. Выполнено ФГДС с биопсией от 10.06.2022: эритематозная гастропатия, недоразвитие привратника, нормальное гистологическое строение слизистой желудка, НР отрицательно, нормальное гистологическое строение слизистой 12-перстной кишки.

Стационарное лечение РНПЦ детской хирургии г. Минска с 03.04.2023 г. по 07.04.23 г.: выполнена рН-метрия, выявлен патологический гастроэзофагеальный рефлюкс. ФГДС с биопсией от 04.04.23: очаговый дуоденит. Запланирована фундопликация по Ниссену. R-скопия пищевода, желудка, дуоденума: ГЭР 2–3 степени от 03.05.2023. Стационарное лечение в РНПЦ детской хирургии г. Минска 04.2023 – 06.2023 – после оперативного вмешательства жалобы сохраняются.

Стационарное лечение в РНПЦ детской хирургии г. Минска. УЗИ ОБП от 21.06.2024 – диффузные изменения печени за счет сосудистого рисунка. По данным рН-метрического исследования сохраняется патологический ГЭР.

С мая 2023 года ребенок начал жаловаться на головокружения и пароксизмальные состояния в виде нарушения координации и отключенного взгляда, не реагирует на обращенную речь, слабость (приступ длится около пяти-семи минут), после чего не помнит, где он находится, периодически по ночам состояние в виде психического возбуждения, садится в кровати, кричит и весь трясется.

Был госпитализирован в неврологическое отделение У «ГОДКБ» в июле 2023 года. Были проведены ряд исследований (биохимический анализ крови – глюкоза 4,73 ммоль/л, общий анализ крови, общий анализ мочи, вирусологические исследования на ЦМВ, ВЭБ, токсоплазмоз, ВПГ, ЭКГ, УЗИ сердца, дуплексное ультразвуковое исследование брахиоцефальных артерий, УЗИ щитовидной железы, холтер ЭКГ, ЭЭГ – без значимой патологии, МРТ головного мозга – арахноидальная киста в медиальном отделе правой височной области.). Выписан с диагнозом: Пароксизмальные состояния в виде вертиго и ночных психотических с моторным компонентом приступов с нарушением сознания. Арахноидальная киста в медиальном отделе правой височной области. Состояние после хирургической коррекции ВПР ЖКТ: стеноз пилорического отдела желудка (резекция пилорического отдела желудка, гастродуоденоанастомоз «конец в конец») от мая 2020 года. Назначена вальпроевая кислота (депакин хроносфера).

В октябре 2023 года повторная госпитализация в неврологическое отделение У «ГОДКБ» с жалобами на приступы в виде закатывания глаз, сонливость, повышенное потоотделение, длительность приступа от нескольких секунд до 5 минут, купируются приемом сладкого чая. Ребенок полностью обследован для исключения эпилептического генеза пароксизмов, во время приступов зафиксировано снижение уровня глюкозы до 1.9–3.9 ммоль/л. Выставлен диагноз: Вегетативно-висцеральные пароксизмы (демпинг-синдром с проявлением в виде гипогликемических кризов?) на фоне состояния после хирургической коррекции ВПР ЖКТ: стеноз пилорического отдела желудка

## *Секция «Педиатрия»*

(резекция пилорического отдела желудка, гастродуоденоанастомоз «конец в конец») от мая 2020 года. Арахноидальная киста в медиальном отделе правой височной области.

4 сентября 2024 года поступил в У «ГОДКБ», в педиатрическое отделение № 4 с жалобами на тошноту, иногда рвоту после приема пищи, периодические приступы сонливости, слабости и неадекватного поведения (видит пауков и «бабаев»). Данные жалобы начались с лета 2024 года. Состояние при поступлении средней степени тяжести за счет диспепсии, гипогликемических состояний. Гиперактивен. Физическое развитие среднее гармоничное (вес 17 кг, рост 107 см). Аллергологический анамнез: не переносит молоко, перловую крупу, пшено. Наследственный анамнез: отягощен – у старшей сестры ЮИА.

На момент настоящей госпитализации для уточнения диагноза проводился гликемический профиль, по результатам которого отмечался пониженный уровень глюкозы, чаще в вечернее время через час после ужина и в ночное время.

05.09 в вечернее время после ужина ребенок пожаловался на слабость, говорил, что видит пауков. Уровень гликемии составил 2,9 ммоль/л.

07.09 мама пожаловалась на приступ слабости и сонливости у ребенка. Уровень гликемии – 2,8 ммоль/л.

09.09 отмечалось снижение уровня глюкозы преимущественно во второй половине дня в пределах 2,5–2,8 ммоль/л.

10.09 отмечались колебания уровня гликемии от 1,6 до 2,9 ммоль/л.

11.09 и 12.09 ни мама, ни ребенок жалоб не предъявляли, уровень гликемии был в норме.

13.09 снова отмечалась гипогликемия (3–3,5 ммоль/л), купируемая сладким питьем.

Общий анализ крови, общий анализ мочи и биохимический анализ крови без патологии. Уровень гликированного гемоглобина составил 5,2 %.

На основании жалоб, анамнеза жизни, анамнеза заболевания, данных лабораторно-инструментальных обследований был выставлен клинический диагноз: «Врожденный порок развития желудочно-кишечного тракта: стеноз пилорического отдела желудка, состояние после оперативного лечения (гастродуоденоанастомоз конец в конец от мая 2020 г.). Гастроэзофагеальный рефлюкс, состояние после оперативного лечения (фундопликация по Ниссену от мая 2023 г.). Демпинг-синдром»; сопутствующий диагноз: «Гипогликемия симптоматическая. Арахноидальная киста правой височной области. Малая аномалия сердца: открытое овальное окно».

### ***Выводы***

Данный пациент представляет собой сложный клинический случай с множественными проблемами, связанными с врожденными аномалиями и последующими осложнениями. Демпинг-синдром, хоть и не является очень распространенным заболеванием, представляет собой актуальную и важную проблему. Он значительно ухудшает качество жизни пациентов, перенесших операции на желудке. Гипогликемия, возникающая чаще всего при позднем демпинг-синдроме, может вызывать такие симптомы, как головокружение, тошнота, сонливость, слабость, потеря сознания и т. д. Все эти симптомы в значительной мере снижают активность ребенка и нарушают его нормальную жизнедеятельность. Это подчеркивает необходимость мультидисциплинарного подхода в лечении и наблюдении за пациентами с подобными сложными клиническими случаями.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Демпинг-синдром: современный взгляд на патогенез, диагностику и лечение / О. Ю. Гасиева, Ю. В. Эмбутникс, О. И. Березина, Д. С. Бордин // Эффективная фармакотерапия. – 2022. – № 14. – С. 42–47.

УДК 616.2-022

А. И. Зарянкина<sup>1</sup>, И. Ф. Зимелихина<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

г. Гомель, Республика Беларусь

<sup>2</sup>Учреждение «Гомельская областная детская клиническая больница»,

г. Гомель, Республика Беларусь

**ОСТРАЯ РЕСПИРАТОРНАЯ ВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ:  
ОТ ПРОСТОГО К СЛОЖНОМУ**

**Введение**

Острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ) – самая частая патология, особенно у детей раннего/дошкольного/младшего школьного возраста. Ежедневно каждый врач педиатр участковый сталкивается с ОРВИ у своих пациентов.

ОРВИ – это разнородная по этиологии и клиническим проявлениям группа заболеваний. На сегодняшний день насчитывается более 200 респираторных вирусов, поражающих верхние и нижние дыхательные пути [1]. Респираторные вирусы циркулируют в окружающей человека среде круглый год, вызывая острую инфекцию респираторного тракта. Летом наиболее активны энтеровирусы, вызывающие поражение верхних дыхательных путей и желудочно-кишечного тракта, риновирусы, обладающие тропизмом к слизистой оболочке носа. Наибольший подъем отмечается в холодное время года, в межсезонье, чему способствуют охлаждение, снижение резистентности организма. Растет число детей и взрослых, инфицированных вирусом гриппа, коронавирусом. На смену метапневмовирусу приходит респираторно-синцитиальный вирус, что значительно повышает удельный вес детей первого полугодия жизни с острым бронхолитом.

Клиническая картина ОРВИ разнообразна. Многие респираторные вирусы обладают тропизмом к различным отделам дыхательных путей. Риновирус, сезонный коронавирус поражают преимущественно слизистую полости носа с развитием ринита. Аденовирус вызывает фарингоконъюнктивальную лихорадку, поражая не только слизистую глотки, но и конъюнктиву. Парагрипп у детей раннего возраста часто вызывает поражение гортани с развитием ларинготрахеита, зачастую стенозирующего, требующего экстренной медицинской помощи. Грипп – тяжелая инфекция, протекающая с выраженными симптомами интоксикации и клиникой поражения трахеи с развитием навязчивого, болезненного, сухого кашля. Вирусы гриппа занимают первое место по масштабу вызываемых вспышек/эпидемий и ущербу, который они наносят здоровью человека. Для детей первого полугодия жизни опасен респираторно-синцитиальный вирус (РС-вирус). Поражая бронхиолы, РС-вирус вызывает развитие бронхолита – тяжелого заболевания, протекающего с клиникой обструкции, дыхательной недостаточности, требующей интенсивной терапии.

Тяжесть течения ОРВИ во многом зависит от вируса, его вирулентности, от возраста ребенка и его фона. В большинстве случаев респираторные вирусные инфекции