

резидуальной энцефалопатии с гидроцефалией и ановуляторной дисфункции яичников с относительной гиперандрогенией. Для исключения микроаденомы гипофиза рекомендовано динамическое наблюдение за больной, включая контрольные исследования уровня пролактина в сыворотке крови и КТ или ЯМР головного мозга.

Рекомендовано лечение парлоделом по схеме, начиная с 0,125 мг до 2,5 мг на ночь, с подбором дозы под контролем уровня пролактина. В комбинации с препаратами, улучшающими функцию нервной системы: беллатаминал по 1 табл 1р в день, глицин по 0,1 мг 3р в день, микстура Кватера по 1 ст.ложке 3р в день, диакарб по 0,25 г через день в сочетании с приемом панангина по 1 табл. 3р в день. Назначено контрольное обследование в Областном эндокринологическом диспансере через 3-4 месяца.

Целью настоящего сообщения было привлечение внимания практических врачей к синдрому гиперпролактинемии, а также демонстрация диагностических трудностей в установлении причин заболевания и разнообразия клинических вариантов его течения.

Литература

1. Дедов И.И., Мельниченко Г.А. Персистирующая галакторея-аменорея: этиология, патогенез, клиника, лечение. — М., 1985. — С.98-112.
2. Дедов И.И. Алгоритмы диагностики и лечения болезней эндокринной системы. — М., 1995. — С.5-15.
3. Мельниченко Г.А. Клиническая эндокринология. // Под ред. Н.Т. Старковой. — М., 1998. — С.79-88.

Особенностями проявления синдрома гиперпролактинемии у больной явились — молодой возраст, гидроцефальные кризы с падением артериального давления, тошнотой, рвотой, ановуляторная дисфункция яичников, отсутствие лактоген, наличие морфологических изменений (гидроцефалия) на КТ головного мозга.

HYPERPROLACTINEMY SYNDROME

F.Y. Brovina, T.M. Phadeeva, M.E. Gorjashina,
A.M. Kihtenko, E.G. Komogortzeva

(Irkutsk State Medical University,
Endocrinological Dispenser)

The case of a hyperprolactinemia syndrome by the 17-year-old woman with a residual encephalopathy and a hydrocephaly, not eliminating the microprolactinoma of the hypophysis is submitted.

4. Jackson R.D., Wortman J., Malarkey W.B. Endocrinology. — 1989. — Vol.68 — P.1046-1050.
5. Pardenne M., Do Carmo Leibe de Moraes M., Kelly P.A., Gagnerault M.C. Endocrinology. — 1994. — Vol.134 — P.2108-2114.

© СТАЛЬМАХОВИЧ В.Н., ГАЛЧЕНКО В.М., МИХАЙЛОВ Н.И., ЮРКОВ П.С. —
УДК 616.34-007.272:616.381-072.1

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ

В.Н. Стальмахович, В.М. Галченко, Н.И. Михайлов, П.С. Юрков

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор — акад. МТА и АН ВШ А.А. Майборода, Кафедра детской хирургии, зав. — проф. В.В. Подкаменев)

Резюме. В статье отражен опыт лапароскопического лечения острой спаечной кишечной непроходимости у детей за последние пять лет. Описаны методика и основные этапы оперативного вмешательства, направленные на предупреждение дальнейшего спаечного процесса. Описываются противопоказания для лапароскопического лечения острой спаечной кишечной непроходимости.

Спаечный процесс является закономерным исходом большинства операций по поводу воспаления или травм органов брюшной полости. Он может протекать в физиологических рамках и не вызывать осложнений. Однако, при деструктивных формах аппендицита и перитоните, множественные спайки склеивают кишечные петли, нарушая пассаж содержимого и создавая условия для возникновения острой спаечной кишечной непроходимости. Сформи-

ровавшиеся шнуровидные спайки обычно не проявляются, но у некоторых детей, спустя месяцы или годы после операции, они могут служить причиной острой странгуляционной кишечной непроходимости.

Традиционное лечение заключается в проведении экстренной лапаротомии и энтеролизиса. Однако, при этой методике создаются условия для образования новых спаек в области послеопера-

ционного шва, где происходит повреждение брюшины на довольно протяжённом участке, что не исключает вероятности новых эпизодов острой спаечной кишечной непроходимости. У ряда больных с поздней острой кишечной непроходимостью во время операции имеется несоответствие между большим объёмом оперативного доступа и минимальным вмешательством в брюшную полость. Речь идет, прежде всего о единичных шнуровидных спайках вызывающих кишечную непроходимость.

Методы и материалы

Последние 5 лет, для лечения острой спаечной кишечной непроходимости не поддающейся консервативному лечению, нами стала использоваться лапароскопическая техника. За указанный период прооперированно 10 детей с данной патологией. Из них двое с ранней и 8 детей с поздней острой спаечной кишечной непроходимостью.

Заболевание возникло после операции по поводу острого гангренозного аппендицита (6 больных), аппендикулярного перитонита (2), огнестрельного ранения органов брюшной полости и забрюшинного пространства (1), а у одного ребёнка после устранения синдрома Ледда, осложнённого перитонитом.

Противопоказаниями для проведения лапароскопического лечения острой спаечной кишечной непроходимости считаем: массивный спаечный процесс в брюшной полости у неоднократно оперированных детей и выраженный парез кишечника у поступивших в поздние сроки, поскольку невозможно создание адекватного пневмоперитонеума, хорошего осмотра брюшной полости и проведения в ней манипуляций.

Операции проводились с применением эндоскопической установки фирмы Olympus. Под интубационным наркозом, в левой подвздошной области в брюшную полость вводится игла Veress'a и создаётся пневмоперитонеум 14 мм.рт.ст. Рядом с иглой вводится 5 мм. троакар для оптики. Производится первичный осмотр брюшной полости и выбор места для введения других троакаров в свободном от спаек месте, постоянный троакар для оптики чаще устанавливаем в области пупка.

С помощью манипуляторов производится энтероллизис. Для предупреждения кровотечения из пересеченных спаек проводится их предварительная коагуляция биполярным коагулятором. Все манипуляции с кишечником проводятся только с применением "мягких" зажимов, что предупреждает повреждение висцеральной брюшины и предупреждает спайкообразование в послеоперационном периоде. Обязательным этапом операции является промывание брюшной полости физиологическим раствором и введение в неё аминокaproновой кислоты, что так же предупреждает дальнейший спаечный процесс.

Результаты и обсуждение

В наших наблюдениях причиной кишечной непроходимости у 6 больных послужила плотная швартка, у 1 – перегиб тонкого кишечника в виде "двустволки", еще у 1 – образование внутренней грыжи, ворота которой были сформированы тонкой кишкой и большим сальником между которыми была ущемлена петля тонкой кишки. У 2 детей после осмотра брюшной полости отказались от дальнейших манипуляций, так как у одного ребёнка был массивный спаечный процесс после неоднократных операции по поводу синдрома Ледда. Во втором случае выраженный парез кишечника при ранней острой спаечной кишечной непроходимости затруднял создание адекватного пневмоперитонеума, осмотр и манипулирование в брюшной полости.

Мы считаем, что применение лапароскопического метода лечения острой спаечной кишечной непроходимости имеет ряд преимуществ перед традиционными методами. В первую очередь это малая травматичность и снижение срока пребывания больного в стационаре и, во вторых, хороший косметический эффект по сравнению с срединной лапаротомией. Отсутствие новой лапаротомной раны брюшной стенки, минимальный болевой симптом в послеоперационном периоде позволяют на 2 сутки после операции активизировать больных, что уже само по себе является предупреждением рецидива спаечного процесса.

EXPERIENCE OF TREATMENT ACUTE ADGESIVE ILEUS WITH USE OF LAPAROSCOPIC ENGINEERING

V.N. Stalmachovich, V.M. Galchenko, N.I. Michaylov, P.S.Jurkov

(Irkutsk State Medical University)

In clause the experience of laparoscopic treatment acute adgesive ileus at children for last five years is reflected. Are described a technique and basic stages of operative intervention directed on the prevention further of adhesive process. The contra-indications for laparoscopic treatment acute adhesive ileus are described.