

При магнитно-резонансной томографии головного мозга у 18 больных 2-й группы были обнаружены патологические участки в виде ограниченной зоны отека диаметром в среднем 1 см, которые быстро претерпевали обратное развитие. При применении чрезкожного лазерного облучения крови эти изменения протекали быстрее в среднем на 2 суток. У 10 пациентов выявлены контузионные очаги диаметром около 2 см. Регресс очаговых изменений наблюдался в одинаковые сроки у больных, получавших лазеротерапию, и в контрольной группе.

Итак, наибольший клинический эффект с тенденцией к нормализации нарушений мозгового кровообращения был достигнут при применении чрезкожного лазерного облучения крови у больных с черепно-мозговой травмой средней тяжести.

По данным транскраниальной доплерографии, лечение локального ангиоспазма в остром периоде черепно-мозговой травмы эффективнее при использовании чрезкожного лазерного облучения крови, что подтверждается более быстрым регрессом общемозговой и очаговой симптоматики.

Улучшение мозгового кровотока на капиллярном уровне обеспечивается не только за счет непосредственного влияния лазерного облучения на тонус мозговых сосудов, но и в результате снижения свертывающей активности крови, повышения ее фибринолитического потенциала реологических свойств.

УДК 616—001:616.34—007.44—053.2

М.В. Четин (Ульяновск). Сочетание различных видов травм с инвагинацией кишечника у детей

Вопросы диагностики и лечения инвагинации кишок у детей до настоящего времени остаются одними из наиболее актуальных в детской хирургии. Нередко инвагинация кишечника сочетается с различными видами травм.

Приводим два клинических наблюдения.

1. П., 7 лет, поступил в хирургическое отделение 05.07.1998 г. с жалобами на головную боль, слабость после падения с высоты с потерей сознания за 1 час до поступления. После осмотра ребенка нейрохирургом и его обследования был поставлен диагноз: открытая черепно-мозговая травма; ушиб головного мозга средней тяжести; перелом основания черепа. Назначены анальгетики, сосудистые препараты, витамины, седативные препараты. На фоне проводимого лечения стала нарастать анемия, самочувствие пациента ухудшилось.

УЗИ органов брюшной полости показало наличие свободной жидкости в брюшной полости, смазанность контуров селезенки.

Заключение: гемоперитонеум, разрыв селезенки (?). После консультации детского хирурга и проведения диагностической лапароскопии диагноз разрыва селезенки с внутрибрюшным кровотечением был подтвержден.

Произведены срединная лапаротомия, спленэктомия. При ревизии органов брюшной полости на расстоянии около 30 см и 70 см от связки Трейтца имеются тонко-тонкокишечные инвагинаты (по ходу перистальтики кишки) протяженностью до 4 см. Последние легко расправились после предварительного введения 0,25% раствора новокаина в корень брыжейки. После дренирования левого поддиафрагмального пространства операционная рана ушита. Послеоперационное течение гладкое, дренаж удален на 3-и сутки, швы сняты на 10-е сутки, заживление произошло первичным натяжением. Выписан в удовлетворительном состоянии через один месяц после поступления.

2. З., 1 год 8 месяцев, поступил 10.07.1998 г. с тяжелой сочетанной травмой, полученной в результате автодорожной аварии. Диагноз: открытая черепно-мозговая травма; вдавленный перелом височной кости справа; линейный перелом теменной кости справа; ушиб головного мозга тяжелой степени; рваные раны правой половины лица. При комплексном обследовании во время УЗИ органов брюшной полости выявлен гемоперитонеум.

Параллельно операции, которую проводили нейрохирурги, была выполнена диагностическая лапароскопия. Выявлен разрыв передней поверхности правой доли печени (2,5×1,5 см) с продолжающимся кровотечением. Произведены переход на лапаротомию, ушивание раны печени. При ревизии органов брюшной полости на расстоянии около 40 см и 80 см от связки Трейтца — тонко-тонкокишечная инвагинация по ходу перистальтики кишки. Протяженность инвагинатов около 3 см. После введения 0,25% раствора новокаина в корень брыжейки инвагинаты свободно расправлены. Участки кишки, находящиеся в инвагинате, жизнеспособны. Операционная рана ушита послойно наглухо. Послеоперационное течение гладкое, швы сняты на 10-е сутки. Заживление произошло первичным натяжением. Выписан через 1,5 месяца после поступления.

Дети дважды (через 3 и 7 мес) были осмотрены: самочувствие хорошее, нарушений со стороны желудочно-кишечного тракта не отмечено.

С учетом спастического механизма развития инвагинации кишечника, редкости сочетания различных видов травм с данной инвагинацией и соответственно сложности диагностики последней приведенные наблюдения будут интересны для нейрохирургов, травматологов и детских хирургов.