

Пальпируемая опухоль в эпигастральной области замечена при проведении осмотра детей в школе врачом-педиатром, в последующем ребенок был направлен для обследования в Республиканскую детскую клиническую больницу.

Трихотилломания отмечена во всех случаях. Состояние детей при госпитализации — средней тяжести. В нескольких случаях отмечается слабость, периодические боли в животе, многократная рвота. Дети пониженного питания, астенического телосложения. Подкожно-жировой слой выражен слабо. Язык влажный, слегка обложен налетом. Живот асимметричен за счет вздутия нижних отделов, мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области. Перистальтика кишечника вялая. При пальпации в эпигастрии в проекции желудка определялось плотное, малосмещаемое, безболезненное, опухолевидное, бугристое образование размером 12 см × 10 см, нижняя граница образования определялась на уровне пупка. Стул, диурез в норме. В анализах крови выявлена гипохромная анемия 2 степени (Hb — 80 г/л, эритроциты — $2,8 \times 10$). Проведено обследование — МСКТ органов брюшной полости с контрастированием.

В полости желудка определяется инородное образование размером 129 × 56 × 140 мм, повторяющее форму и контуры желудка. Данное образование расценено как безоар. При ФГДС пищевод, кардия обычные, в желудке определяется объемное образование, состоящее из спутанных волос черного цвета, занимающее весь просвет желудка от верхней трети до привратника, слизистая оболочка антрального отдела умеренно воспалена. Привратник приоткрыт. Слизистая оболочка луковицы двенадцатиперстной кишки розовая, умеренно отечная.

Заключение: инородное тело желудка (трихобезоар), поверхностный гастродуоденит.

УЗИ показало, что в проекции пальпируемой опухоли выявлено образование с неровной поверхностью, несмещаемое при изменении положения тела.

На рентгенограммах с барием определяется образование, обтекаемое контрастным веществом.

Эвакуация бария из желудка нарушена.

В одном случае пациентка первично обратилась в связи с суставным синдромом и эритематозной сыпью. В двух наблюдениях дети обратились за медицинской помощью с клиникой острой кишечной непроходимости. После проведенного комплексного обследования всем детям была проведена предоперационная подготовка, включающая в себя инфузионную, антибактериальную терапию.

По улучшению общего состояния ребенка проведено оперативное вмешательство, выполнена операция — срединная лапаротомия, гастротомия по передней стенке желудка, удаление безоара.

В брюшной полости — геморрагический выпот в умеренном количестве. В области желудка определяется объемное образование пластилиновой консистенции. Выполнена гастротомия, удален трихобезоар. Размеры удаленных инородных тел варьировали в пределах 12 см × 7 см, 35 см × 10 см весом до 600 граммов.

Трихобезоар представлял собой плотный войлокоподобный предмет с резким неприятным запахом.

Послеоперационный период протекал без осложнений, в удовлетворительном состоянии дети выписаны домой под наблюдение хирурга, педиатра и психиатра по месту жительства.

ВЫВОДЫ

1. Наличие плотной опухоли в эпигастральной области у детей, особенно у девочек, является ранним признаком трихобезоара
2. Тщательно собранный анамнез заболевания, включая неврологический статус, определяет дальнейшее обследование детей.
3. Применение УЗИ, эндоскопического, рентгенологического исследования позволили установить достоверный диагноз и определить показания к оперативному лечению.
4. Раннее оперативное лечение у детей с трихобезоаром предотвращает послеоперационные осложнения.

Н.В. Дуйбанова^{1,2}, Т.А. Байрова¹, А.Б-Ж. Бимбаев^{1,2}, Г.А. Краснаяров²

ИМПУЛЬСНОЕ НИЗКОИНТЕНСИВНОЕ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОЕ ПОЛЕ В ЛЕЧЕНИИ ПОДРОСТКОВ С ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

*Бурятский филиал научного центра проблем здоровья семьи и репродукции человека
Сибирского отделения РАМН (Улан-Удэ)
Бурятский государственный университет (Улан-Удэ)*

Согласно рекомендациям экспертов ВОЗ, в лечении лабильной эссенциальной артериальной гипертонии (ЭАГ) немедикаментозные методы могут рекомендоваться в качестве основного и даже единственного метода коррекции [2, 3, 4]. В ряду последних достоверно высокую эффективность имеют методы физиотерапии. К настоящему времени разработаны программы физиотерапии АГ в зависимости

от клинко-патофизиологической формы, стадии и особенностей течения заболевания [2, 7]. Вместе с тем, существует необходимость оптимизации и расширения арсенала физиотерапевтических методов коррекции ЭАГ у детей и подростков.

Цель работы изучение эффективности импульсного низкоинтенсивного электромагнитного поля (ИНЭМП) от аппарата «Инфита» при ЭАГ у подростков.

Под наблюдением находилось 69 подростков с ЭАГ от 15 до 18 лет. С целью исключения вторичного генеза все подростки проходили комплекс клинического обследования. Для объективизации работы до начала курса лечения и после его окончания использовали: измерения систолического (САД) и диастолического артериального давления (ДАД) по общепринятой методике, исследование актуального психического состояния (тест Кеттелла), электроэнцефалографию (ЭЭГ) на компьютерном комплексе «Нейрон-спектр 2», дуплексное сканирование общих сонных артерий на аппарате «Алока 5 500», определение катехоламинурии (метод О.В. Осинской в модификации А.М. Бару).

Всем пациентам проводились курсы ИНЭМП-терапии. ИНЭМП нетепловой интенсивности, генерируемое аппаратом «Инфита» в базовой комплектации с зеркальным электродом, представляет собой в зоне воздействия квазистационарное электростатическое поле, биотропное организму человека. Излучающей поверхностью является зеркальный электрод, глядя в который пациент получает лечебное воздействие. На поверхность излучателя подается импульсное низкочастотное напряжение отрицательной полярности, причем длительность спада импульса составляет $7,5 \times 10^{-3}$ с, а длительность фронта $0,3 \times 10^{-6}$ с. В зависимости от вида терапии обследуемые были разделены на 3 группы: первая группа состояла из 21 подростка, которым проводилось лечение согласно методическим рекомендациям для взрослых пациентов, страдающих гипертонической болезнью I стадии [1, 5, 6]. Воздействие ИНЭМП проводилось с частотой 30 – 40 Гц. Продолжительность первой процедуры 7 минут. Длительность последующих процедур увеличивали на 1 – 2 минуты, к 4 – 5-й процедуре она достигала 12 – 15 минут. А затем длительность процедур последовательно уменьшали, к концу лечения достигая начальной величины, то есть 7 – 12 минут. Процедуры проводили ежедневно. На курс 10 сеансов. Вторую группу составили 38 обследуемых, которым проводилась ИНЭМП терапии в модифицированном нами (по согласованию с авторами метода) константном режиме, состоящем из 10 ежедневных сеансов, с частотой 30 – 40 Гц, в течение 9 минут. Группа контроля включала 10 человек, которым проводилась терапия плацебо (без включения аппарата), также в течение 10 сеансов.

Все пациенты отмечали хорошую переносимость процедур. Улучшение самочувствия, уменьшение интенсивности головной боли, нормализацию сна отмечали пациенты I и II обследуемых групп. При этом положительная динамика клинических симптомов у пациентов II основной группы наблюдалась к 5 – 8 сеансам лечения, а в I группе к 9 – 10 сеансам. Результаты проведенных исследований представлены в таблице 1.

Таблица 1

Сравнительная оценка эффективности ИНЭМП терапии

№	Показатели	Первая группа (12 пациентов)		Вторая группа (21 пациент)		Контрольная группа (10 пациентов)	
		до ИНЭМП	после ИНЭМП	до ИНЭМП	после ИНЭМП	до ИНЭМП	после ИНЭМП
1	САД: (мм рт.ст.)	145,6 ± 7,2	140,3 ± 9,5	143,2 ± 6,6**	118,5 ± 5,3 **	141,2 ± 1,5	135,4 ± 1,5
2	ДАД: (мм рт.ст.)	88,3 ± 7,2	86,2 ± 8,2	84,4 ± 6,2 *	72,2 ± 5,4 *	92,3 ± 3,2	85,4 ± 1,2
3	Тест Кеттелла:						
	С – показатель эмоцион. стабильности;	3,2 ± 0,3	5,1 ± 0,6	4,8 ± 0,8	7,58 ± 0,3	4,2 ± 0,7	4,0 ± 0,6
	О – уровень тревожности;	9,5 ± 1,4	6,5 ± 1,8	10,2 ± 1,6	4,1 ± 1,1	7,8 ± 1,5	8,5 ± 1,3
	Q ₄ – уровень напряженности;	8,9 ± 1,7	6,9 ± 1,3	8,6 ± 1,5	4,7 ± 1,2	8,1 ± 1,3	7,5 ± 1,7
4	ЭЭГ:						
	Индекс α-ритма	75 %	75–80 %	70–75 %	80–85 %	70–75 %	70–75 %
	Доминирующая частота ритма	9,5–10Гц	9,5–10Гц	9,5–10Гц	10–11Гц	9,5–10Гц	9,5–10Гц
	Индекс патологических форм активности	20–22 %	18–20 %	15–20 %	15 %	18–20 %	19–20 %
5	Билатерально синхронные вспышки в α -диапазоне	86,1 %	82,3 %	81,5 %*	45,6 %*	79,8 %	76,4 %
	Допплерография:						
	V _{пик} – скорость кровотока пиковая;	77,1	71,3	79,3	60,3	74,7	73,5
	V _{ср} – скорость кровотока средняя;	31,6	30,0	32,3	29,9	29,4	26,7
	IR – индекс резистентности;	0,85	0,80	0,87	0,85	0,81	0,83
	IP – индекс пульса;	2,46	2,2	2,48	2,0	2,1	2,1
6	t _{асс} – время ускорения;	0,036	0,04	0,034	0,047	0,04	0,035
	Содержание катехоламинов в моче (мкг/сутки):						
	Адреналин	22,1 ± 1,8*	17,1 ± 1,4*	23,1 ± 1,6*	14,5 ± 1,4*	21,1 ± 1,4	19,5 ± 1,3
	Норадреналин	51,6 ± 1,2	35,6 ± 1,2	55,6 ± 1,5	45,6 ± 1,3	53,2 ± 1,7	48,6 ± 1,7

Примечание: * – p < 0,05; ** – p < 0,01.

Сравнительный анализ терапевтической эффективности ИНЭМП терапии в 3-х группах указывает на наибольшее снижение показателей АД при работе во II режиме. При этом нами выявлено, статистически достоверное снижение показателей, как САД с $143,2 \pm 6,6$ до $118,5 \pm 5,3$ ($p < 0,01$), так и ДАД с $84,4 \pm 6,2$ до $72,2 \pm 5,4$ мм рт.ст.

Высокая результативность ИНЭМП терапии во II режиме определяется, по-видимому, психофизиологическими особенностями детского возраста. Известно, что ЭАГ у детей и подростков по существу является болезнью регуляции. Это проявляется нарушением взаимодействия между нейрогуморальными системами регуляции АД, а также развивающимися по мере прогрессирования гипертензии функциональными, а в последующем и структурными изменениями сосудов. Именно функциональный характер изменений определяет целесообразность проведения физиотерапевтических мероприятий в модифицированном константном режиме курсового воздействия низкоинтенсивного электромагнитного поля (с частотой 30 Гц) с постоянной продолжительностью сеансов (9 минут). Так как данный режим оказывает менее выраженное раздражающее воздействие на сосудодвигательные центры головного мозга, усиливая тем самым седативный эффект.

Положительными моментами ИНЭМП терапии являются не просто неинвазивность, а полная бесконтактность, низкая интенсивность воздействия, малое количество противопоказаний и отсутствие осложнений. Наличие относительно недорогого отечественного оборудования позволяет предполагать хорошие перспективы применения этого метода в реабилитации подростков с ЭАГ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андреев Е.А. Реакция организма человека на электромагнитные излучения миллиметрового диапазона / Е.А. Андреев, М.У. Белый, С.П. Ситько // Вестник АН СССР. — 1985. — № 3. — С. 24–33.
2. Боголюбов В.М. Программы физиотерапии артериальной гипертензии / В.М. Боголюбов // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. — 2002. — № 3. — С. 51.
3. Профилактика, диагностика и лечение первичной артериальной гипертензии в Российской Федерации. Доклад экспертов ВОЗ / В.А. Алмазов [и др.] // Клиническая фармакология и терапия. — 2000. — № 3. — С. 5–30.
4. Рекомендации по диагностике, лечению и профилактике Артериальной гипертензии у детей и подростков: Методические рекомендации / А.Г. Автандилов [и др.]. — Волгоград, 2003. — 43 с.
5. Эффективность низкоинтенсивных воздействий при гипертонической болезни / Т.А. Князева [и др.] // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. — 1994. — № 1. — С. 8–9.
6. Non-pharmacological control of blood pressure and physical fitness in subjects with arterial hypertension / H. Rosolova [et al.] // Cor Vasa. — 1991. — N 33. — С. 123–131.
7. Tibblin Gaberg H. Non-pharmacological treatment of hypertension: differences between health centers inpatients' blood pressure and success at withdrawal from drugs / H. Tibblin Gaberg // Fam Pract. — 1990. — N 7. — С. 47–51.

Н.В. Дуйбанова^{1,2}, Т.А. Баирова¹, А.Б.-Ж. Бимбаев^{1,2}, Г.А. Краснояров²

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА

*Бурятский филиал научного центра проблем здоровья семьи и репродукции человека
Сибирского отделения РАМН (Улан-Удэ)
Бурятский государственный университет (Улан-Удэ)*

Детский церебральный паралич (ДЦП) занимает одно из лидирующих мест среди инвалидизирующих заболеваний детей и подростков во всем мире. С 1997 г. в международный стандарт лечения спастического синдрома при ДЦП включен метод внутримышечного введения миорелаксанта пролонгированного действия — ботулинического токсина типа А: Ботокс (Allergan) и Диспорт (IPSEN).

Целью нашей работы явился анализ эффективности применения препарата Диспорт в комплексном лечении спастических форм ДЦП. В течение 2-лет пролечено 120 пациентов, страдающих ДЦП со спастическими парезами. Средний возраст больных $6,5 \pm 3,5$ года. По половому признаку: 53 (45 %) девочки, 67 (55 %) — мальчики. Диспорт применялся в стандартных, рекомендуемых производителями дозировках (30 ЕД на 1 кг массы тела). Курс лечения проводился соматически здоровым детям без признаков острых воспалительных заболеваний. Препарат вводился в мышцы, являющиеся ключевыми в формировании патологических мышечных синергий, сопровождающих спастическую диплегию или гемипарез при ДЦП. В течение всего курса лечения применяли методы кинезотера-