

В случае отсутствия "открытой" точки, проводилось «СКОНАР»-стимуляция одной из точек БАТ в течение 10 мин. После 1-2 сеансов точка открывалась и была готова к КВЧ - терапии.

Сочетанное применение методов БИО и МУЛЬТИрезонансной терапии позволило сократить среднее количество процедур на 30-40% при эрозивных гастритах, и на 15-20% при язвенном поражении верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

Эффект терапии объясняется универсальностью метода и максимально индивидуального подхода к лечению.

РЕНТГЕН-КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ОДКБ № 1

Комаров А.В.

По мере накопления опыта использования рентген компьютерной томографии (РКТ) и сопоставления его с другими методами лучевой диагностики, произошли изменения взглядов на роль и возможности РКТ в детской клинической практике. Вопросам о показаниях и результатах проведения РКТ при заболеваниях органов и систем детского организма посвящено ряд работ, в основном зарубежных авторов, и практически нет сведений о результатах применения метода у детей первых месяцев жизни, тем более недоношенных и отстающих в физическом развитии. Наиболее вероятной причиной ситуации является крайне недостаточное техническое обеспечение детских ЛПУ. Из всех областных, краевых, республиканских детских больниц (всего 62) только в 6 в наличии кабинеты рентгенкомпьютерной диагностики.

С 1995 г. в ОДКБ № 1 работает кабинет РКТ, оснащенный аппаратом Somatom AR HP ф. Сименс и всем необходимым медицинским оборудованием, обеспечивающим проведение исследований. Программное обеспечение аппарата и технические возможности позволяют проводить исследования независимо от возраста и тяжести состояния исследуемого.

За истекший период выполнено 6595 исследований. Большинство исследований проводилось в сочетании с другими методами лучевой диагностики: рентгенологическими, МРТ, УЗИ, радионуклидной диагностикой. Результаты исследований РКТ верифицируются операционными, секционными и сложными лабораторными методами исследований.

Мы убедились, что заложенные в компьютер детские диагностические программы достаточны и при определенном индивидуальном изменении обеспечивают проведение исследований детей первых месяцев жизни. Практика ОДКБ № 1 показывает, что РКТ выявляет превалирующее большинство симптомов пороков развития и заболеваний органов и систем детей, имеющих анатомоморфофункциональные проявления.

Показанием к назначению РКТ является клинический диагноз, основанный на клинико-лабораторных, рентгенологических, ультразвуковых данных. В настоящее время в достаточной степени уточнены взаимоотношения рентгенологических. УЗ методов с РКТ в диагностике патологии у детей (Диагностические программы ВОЗ, КЭР-Германии).

За 5 лет применения РКТ детям младшего возраста проведено 2466 исследований (37%).

Исследования головного мозга и позвоночника - 70%, выявленная патология - 41%. Исследования брюшной полости - 15%, выявленная патология 98%. Исследования грудной клетки - 5%, выявленная патология 100%. Исследования КСС, мягких тканей и пр. - 10%, выявленная патология 95%. Общий процент выявленной патологии 83,5%. Основную группу выявленной патологии составляют аномалии развития органов и систем, последствия натальной травмы головного мозга и шейного отдела позвоночника, опухолевые процессы, воспалительные процессы.

Сопоставления проведены в 52% (секционные, операционные, МРТ). Расхождения составляют 2,5% - все категории «предел метода». Высокий процент выявления патологии объясняется тщательным отбором пациентов на РКТ с применением необходимых предварительных исследований по диагностическим программам.

Таким образом, можно сделать выводы.

1. Метод РКТ занял достойное место среди других видов лучевой диагностики в педиатрии. Определены возможности и пределы метода.
2. Использование РКТ требует глубоких знаний детской анатомии, детской хирургии и педиатрии.
3. Результат исследования зависит от правильного обеспечения процесса исследования. Необходим индивидуальный подход к выполнению программы у детей младшего возраста.
4. Врач рентгенолог, выполняющий РКТ должен владеть УЗИ диагностикой и иметь возможность выполнять УЗИ до и после КТ для сравнения результатов и дополнения полученных сведений.

ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА КАК СИНДРОМ ДЕЗАДОПТАЦИИ

Альтман Н.С.

В последние годы наблюдается отчетливая тенденция роста числа больных, страдающих неинфекционными заболеваниями органов пищеварения, особенно поражает рост эрозивно-язвенного поражения верхних отделов желудочно-кишечного тракта (эрозивного гастрита, язвенной болезни). Не-