

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-Германия).

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-

смотря на несомненные успехи в современной гастроэнтерологии, число больных с этой патологией не снижается.

Если схемы лечения больных с заболеваниями верхних отделов желудочно-кишечного тракта хорошо разработаны и нынешний арсенал лечебных средств позволяет их купировать, то профилактика и превентивное лечение требуют дальнейшего развития.

Известно, что до 90% болезней, которыми страдают люди, являются психосоматическими.

Низкая физическая культура, раннее приобщение к алкоголю, курению, а также несоблюдение режима питания, сна и бодрствования ведет к увеличению факторов риска и дискоординации биологических ритмов.

Основу биологических ритмов составляет единство и борьба противоположностей, накопление энергии, ее использование, ассимиляция и диссимиляция, сон и бодрствование и т.д. Биологические ритмы являются ритмами адаптивного назначения. Они позволяют приспосабливаться к меняющимся условиям внешней среды (смена дня и ночи, смена время года). Структура биологических ритмов у здорового человека сохраняется на протяжении всей жизни. Меняется лишь амплитуда колебаний показателей физиологических функций. Все это и многое другое формирует адаптационный потенциал человека, роль которого состоит в регуляции физиологических и гомеостатических показателей на протяжении суток.

Повреждающими факторами, ведущими к дезорганизации биоритмов, является, помимо прочих, нарушение режима дня.

В течение учебного года (9 мес.) школьники соблюдают один жизненный ритм - ранний подъем 7-00, ранний завтрак 7-15, обед 14-00, ночной сон не позднее 23-24 час. В период каникул (3 мес.) считается очень «полезным» дать ребенку «отоспаться»: подъем - 9-30—10-30, завтрак по времени смещается к обеду. Считается позволительным отход ко сну позже 24 час., т.е. смешаются биоритмы по сравнению с обычными на 2-2,5 час.

В начале учебного года у школьников происходит повторное смещение биоритмов (симптом «качелей»), ребенок с трудом входит в рабочий режим: повышается утомляемость, раздражительность, снижается внимание на уроках и т.д. После 2-3 недель такой учебы появляются признаки утомления, перенапряжения компенсаторных сил и как результат - новое обострение хронических заболеваний. Это одно из возможных объяснений осеннего обострения поражений верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

Для предотвращения развития дезадаптации всем детям, находящим под нашим контролем, мы рекомендовали во время каникул не нарушать привычный режим дня.