

лидная цистография является альтернативным методом. J. Smellie (1984) предложил классификацию рефлюкс-нефронатии при радиологическом исследовании:

- 1 тип - не более 2 очагов нефросклероза;
- 2 тип - более 2 очагов нефросклероза с сохранением участков неизмененной паренхимы;
- 3 тип - генерализованные изменения почечной паренхимы, уменьшение размеров почки;
- 4 тип - конечная стадия сморщивания почки, с сохранением менее 10% функционирующей паренхимы.

При выявлении сочетанной патологии мочевыводящей системы и в сложных диагностических случаях целесообразно использовать компьютерную томографию с целью дифференциальной диагностики.

Таким образом, ведущее место в диагностике ПМР принадлежит комплексу лучевых методов исследования, из которых предпочтение следует отдавать малоинвазивным, достаточно информативным методикам УЗИ, которые можно использовать в качестве скрининга в группе больных с инфекцией мочевыводящих путей, аномалиями развития мочевыводящей системы, нейрогенными дисфункциями и симптомом преходящей пиелозктазии. Для диагностики ПМР следует комбинировать УЗИ с микционной цистографией, радионуклидными методами, при необходимости дополняя этот комплекс экскреторной урографией. Лишь в исключительных случаях с целью дифференциальной диагностики следует прибегать к дорогостоящему (70 ДМ), нагрузочному и малодоступному методу компьютерной томографии.

## **РОФЭС - ДИАГНОСТИКА НА ЭТАПАХ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЕМ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ**

**Альтман Н.С.**

— Хронические заболевания органов пищеварения у детей широко распространены и частота их в последние годы имеет тенденцию к увеличению. Рецидивирующий характер течения со склонностью к прогрессированию морфофункциональных изменений и сочетанному поражению органов пищеварения, а в ряде случаев недостаточная эффективность проводимой терапии и ранняя инвалидизация детей, определяют повышенное внимание к патологии органов пищеварения.

При лечении хронических гастродуоденальных заболеваний возникает ряд нерешенных вопросов: недостаточно учтены критерии эффективности и длительности лечения, больных в стационаре, требуют более четкой разработки принципы реабилитации; необходимы методы ранней доклинической диагностики.

В связи с изложенным и в целях раннего выявления заболеваний нами используется методика экспресс диагностики аппаратно-программно-много комплекса электропунктурной диагностики - «РОФЭС» (Регистратор оценки функционально-эмоционального состояния). Методика ориентирована на выявление дезадаптационного синдрома, позволяя комплексно оценить степень напряжения адаптационных процессов, количественно и качественно охарактеризовать варианты нарушений, интерпретировать в терминах клинической медицины и психологии характер выявленных изменений. В компьютерной программе «РОФЭС» предусмотрено графическое отображение биорезонансных характеристик меридианальной системы организма человека.

В основе аппаратно-диагностического комплекса «РОФЭС» лежит теория Риодораку (I. Nakatani, 1977), согласно которой существует тесная взаимосвязь между функциональным состоянием внутренних органов и электрическим сопротивлением в точках, расположенных по линиям соответствующих меридианов.

На лечебно-диагностическом комплексе «РОФЭС» обследовано 89 детей, находившихся в гастроэнтерологическом отделении ГДМБ № 9. Возраст больных был от 8 до 15 лет, девочек и мальчиков соответственно 42 и 47 детей, среди которых 54 ребенка имели язвенную болезнь желудка или 12 перстной кишки, 35 детей - эрозивные процессы в различных отделах желудка и 12 перстной кишки. Получены диагностические данные о повышении электропроводимости в репрезентативных точках ветвей меридиана Е-желудка и достоверное снижение в точках меридиана GI-толстой кишки (табл. 1).

Таблица 1

**Электропроводимость в репрезентативных биологически активных точках меридианов GI-толстой кишки и Е-желудка**

Ветви меридианов	Среднее значение электропроводимости тока в репрезентативных БАТ меридианов желудка и толстой кишки, М+m	Среднее значение электропроводимости репрезентативных БАТ меридианов желудка и толстой кишки, М+m
Желудок (слева)	38+1,17 p<0,05	44,1+2,84 p<0,005
Желудок (справа)	37,9+1,34 p<0,05	
Толстая кишка (слева)	13,3+1,85P<0,005	
Толстая кишка (справа)	23+1,93 p<0,005	

В соответствии с теориями китайской медицины, повышение проводимости тока указывает на состояние избыточности меридиана, а снижение проводимости тока - на состояние недостаточности.

При анализе круговых рофограмм для всех больных отмечались характерные изменения в меридианах GI-E (толстого кишечника и желудка), кото-

рые характеризуют относительную недостаточность или избыточность энергетической и функциональной составляющей меридиана В дальнейшем при проведении этим больным традиционного медикаментозного курса, а также физиотерапии на круговой рофограмме происходило выравнивание до нормы энергетической и функциональной составляющей меридианов GI-E. Одновременно происходило улучшение как клинической картины (боль, диспепсические проявления и др.), так и результатов лабораторно-инструментального обследования, а именно: фиброгастроскопии, дуоденального и панкреатического зондирования.

При очередном диспансерном приеме, кроме осмотра и лабораторно-инструментального обследования, проводился «РОФЭС» контроль. Больные на рофограмме которых отмечались характерные изменения меридианов GI-E, свидетельствующие об обострении, подлежали углубленному обследованию и лечению.

#### **Выводы**

«РОФЭС»-диагностика по сравнению с используемой диагностической аппаратурой имеет ряд преимуществ: методика не инвазивна, нет опасности инфицирования во время процедуры, позволяет выявить сочетанную патологию и самое главное – диагностика обострений возможна задолго до первых клинических проявлений.

## **УЛЬТРАЗВУКОВОЕ СКАНИРОВАНИЕ ВИЛОЧКОВОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

**Вутирас Я.Я., Огурцова О.Г.**

С 1995 года в отделении лучевой диагностики ОДКБ№1 внедрена, усовершенствована и продолжает изучаться методика ультразвукового исследования вилочковой железы у детей раннего возраста.

Методика не имеет противопоказаний, позволяет оценить положение, эластичность, форму, массу (размеры), структуру железы и сосуды средостения.

Исследования выполняются стационарно и в палатах отделений реанимации и патологии новорожденных. Применяются ультразвуковые сканеры типа: Sanolaine, Acuson, Sum 5000 plus. Специальной подготовки пациента и анестезиологического пособия не требуется.

Для получения многоплоскостного изображения используются надгрудный, межреберный и трансгрудный доступы. Наиболее объективную информацию обеспечивает секторный датчик 5 МГц.

За период 1995 - 2000 г.г. выполнено 2490 исследований детям в возрасте с первых часов жизни до 3,5 лет.

Показаниями к исследованию вилочковой железы являются.