

ОПТИМІЗАЦІЯ РЕНТГЕНОЛОГІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ СПАЙКОВОЇ КИШКОВОЇ НЕПРОХІДНОСТІ

Пак В.Я.

*Сум ДУ, медичний інститут, кафедра хірургії з дитячою хірургією
та курсом онкології*

Гострій кишковій непрохідності (ГКН) надається значна увага і публікується багато наукових статей та інших матеріалів практична значимість яких невелика. Найскладнішим у проблемі спайкового синдрому є диференціювання спайкової кишкової непрохідності та спайкової хвороби, оскільки від вирішення цього питання залежить вибір лікувальної тактики. Залишається відкритим питання пошуку критеріїв, які могли б бути взяті за основу оцінки ефективності консервативної терапії та показань до своєчасного оперативного втручання. Але ґрунтом для цього повинна бути об'єктивізація інформації, що характеризує патологічний процес.

Нами удосконалено діагностику непрохідності тонкої кишки (НТК) за рахунок визначення додаткових рентгенологічних ознак (рішення про видачу патенту за заявкою № u 2005 07959 від 11.08.2002).

Динаміку ГКН оцінювали за зміною площі газового міхура чаші Клойбера, оскільки вона збільшувалась при прогресуванні кишкового стазу. На оглядовій рентгенограмі визначали висоту газового міхура – l і довжину рівня рідини – h . Розраховували площу чаш Клойбера за формулою:

$$S = \frac{2}{3} \times (h \times l).$$

Проводячи повторне дослідження, при збільшенні кількості та площі раніше виявлених чаш Клойбера діагностують прогресуючу тонкокишкову непрохідність.

З наростанням НТК, прогресують деструктивні процеси. Внаслідок втрати тонусти стінки довжина рівня рідини чаші Клойбера превалює над висотою газового міхура. Об'єктивно це можна вирахувати за допомогою прогностичного індексу (П.І.):

$$П.І. = \frac{l}{h}$$

де l – довжина рівня рідини; h – висота газового міхура.

Якщо П.І. більше 3 – х одиниць, це свідчить на користь оперативного лікування.

Таким чином забезпечується підвищення інформативності рентгенологічного дослідження спайкового синдрому, що дозволяє своєчасно встановити діагноз і визначити лікувальну тактику.