

*Медицинские науки***ВОЗМОЖНОСТЬ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ОЦЕНКЕ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕОТИТА**

Басаев Д.Р., Басаев Э.Р., Кульчиев А.А.,  
Хабицов В.С.

*Контроль Центр «Антибиотеррор», Особый оперативный отдел «Война Эпидемия Беженцы», ГОУ ВПО СОГМА, РСО-Алания, Шалинская, Курчалоевская ЦРБ, Владикавказ, e-mail: fortuna-Asya777@yandex.ru*

Проблемы, связанные с диагностикой и лечением острого панкреатита остаются актуальными. Это связано и с ростом заболевания и сложностью его распознавания. Специалисты, занимающиеся этими вопросами единодушны в том, что своевременная и точная диагностика морфологического и функционального состояния поджелудочной железы крайне необходима. Среди современных инструментальных методов диагностики используемых для этих целей важное место занимает компьютерная томография, особенно у пациентов с затрудненной ультразвуковой визуализацией органов брюшной полости вследствие метеоризма или других причин, нечеткой дифференциации паренхимы поджелудочной железы из-за инфильтративных изменений в железе и парапанкреатической клетчатке. Это не означает, что компьютерная томография (КТ) исключает ультразвуковое исследование. Напротив, взаимное дополнение диагностических признаков при комплексной лучевой диагностике острого панкреатита и его осложнений повышает эффективность этих методов, позволяет с наибольшей точностью оценить состояние поджелудочной железы, распознать гнойно-некротические отложения заболевания и дать точную топографо-анатомическую характеристику выявленных изменений.

В настоящей работе при анализе клинического материала нами были выделены следующие группы компьютерно-томографических КТ-признаков, встречающиеся при остром панкреатите.

1. Признаки, характеризующие состояние поджелудочной железы: увеличение ее размеров, сглаженность контуров, утрата четкости контуров, диффузное или очаговое снижение плотности паренхимы при нативном исследовании, диффузное или очаговое снижение накопления контрастного вещества после внутривенного контрастированного.

2. Признаки, отражающие состояние клетчатки брюшной полости: уплотнение парапанкреатической клетчатки брюшной полости (по ходу латеральных каналов, паранефральной, в корне брыжечки тонко и толстой кишок, в воротах селезенки, большого сальника, вокруг

левого надпочечника), неоднородность инфильтрации жировой клетчатки, появления в инфильтрате пузырьков газа.

3. Признаки, характеризующие состояние серозных оболочек: утолщение листков брюшины в непосредственной близости от поджелудочной железы, утолщение почечных фасций, появление свободной жидкости в брюшной полости (в том числе в области утолщенных листков брюшины), скопление жидкости между листками брюшины; наличие плеврального выпота.

Таким образом, в целом компьютерную томографию можно считать высокоинформативным неинвазивным методом диагностики, позволяющим оценить состояние поджелудочной железы, выявить признаки острого панкреатита, определить ее форму, оценить выраженность реактивных изменений и динамику патологического процесса, распознать гнойно-некротические осложнения заболевания и дать точную и дать точную топографо-анатомическую характеристику выявленных изменений.

В совокупности с клинически данными это позволяет уточнить степень тяжести течения воспалительно-деструктивного процесса в брюшной полости, планировать тактику консервативного лечения и хирургическую тактику, а также оценить эффективность лечебных мероприятий.

**ХАРАКТЕРИСТИКА МИКРОБНОГО ПЕЙЗАЖА ПУНКТАТА ПОЛУЧЕННОГО ОТ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ ГНОЙНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ. ТАКТИКА ЦЕЛЕНАПРАВЛЕННОЙ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ**

Басаев Д.Р., Басаев Э.Р., Дворников В.С.,  
Шевчуков В.С., Иванов А.А., Хабицов В.С.,  
Ефимов К.Ф., Фидаров Э.З

*Контроль Центр «Антибиотеррор», Особый оперативный отдел «Война Эпидемия Беженцы», ГОУ ВПО СОГМА, РСО-Алания, Шалинская, Курчалоевская ЦРБ, Владикавказ, e-mail: fortuna-Asya777@yandex.ru*

В настоящей работе дан анализ микробного пейзажа на основании бактериологического исследования биологического материала (содержимого плеврокнет, перипанкреатических абсцессов) у больных с острым панкреатитом при наличии гнойного характера воспалительного процесса. Материал получали методом пункционного дренирования полостей жидкостных образований под контролем ультразвукового исследования, в ряде случаев дополненным компьютерно-томографической навигацией ввиду недостаточной визуализацией.