

*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.

В результате проведенных бактериологических исследований выяснилось, что характерной чертой являлась многокомпонентность микробного пейзажа, включившего ассоциации из 3-5 видов как неклостридиальных анаэробов, так и анаэробных микроорганизмов, по-видимому, обусловлено тяжелое в некоторых случаях течение заболевания, плохо поддающихся лечению, и неэффективность традиционно применяемых антибиотиков.

Анализ видового состава бактерии показал, что доминирующее место среди неклостридиальных анаэробов занимали *Bacteroides fragilis* и анаэробные Грам-положительные кокки. Также удавалось выделить *Bacteroides melaninogenicus*, *Bacteroides spp.*, представителей рода *Fusobacterium*, анаэробные Грам-положительные палочки.

В ассоциативной аэробной микрофлоре наиболее часто выявляли представителей Грам-отрицательных бактерий (семейство Enterobacteriaceae), *Esch. Coli*, *proteus*, *Enterobacter*. Проведенное изучение количественного состава аэробной микрофлоры показало высокое содержание микробов в исследуемом материале, составившее 100 000 до 100 000 000 бактерий в 1 мл.

Антибактериальная терапия проводилась нами в три этапа. На первом этапе до идентификации микрофлоры применялись антибиотики широкого спектра действия, а после выявления микроорганизмов – целенаправленная антибактериальная терапия. В дальнейшем, при выявлении микроорганизмов использовали метронидазол, триканикс, клиндамицин, хлорамфеникол и линкоцид. Если предполагалось или было доказано наличие *Bacteroides fragilis*, от назначения таких широко используемых антибиотиков, гентамицин, канамицин, бензилпенициллин, амициллин, воздерживались, так как к ним была отмечена абсолютная устойчивость. При этом в программу антибиотикотерапии включали метронидазол, триканикс или хлорамфеникол. Спектр чувствительности выделенных штаммов *Bacteroides melaninogenicus*, *Bacteroides spp.*, анаэробных Грам-положительных кокков был шире чем у *Bacteroides fragilis*. Все выделенные штаммы анаэробных неспорообразующих бактерий были чувствительны к диоксидану.

Антибиотико чувствительность выделенных штаммов – представителей семейства Enterobacteriaceae – существенно отличалась от чувствительности анаэробных микроорганизмов. Так наиболее часто встречающаяся *Esch coli*, как правило была чувствительна к аминогликозидам и устойчива к препаратам пенициллинового ряда, эритромицину линкомицину. Поэтому при выявлении ассоциативной аэробной и анаэробной микрофлоры для воздействия на оба ее компонента применяли сочетание метронидазол, триканикса или лорамфеникола с амин-

фликозидами (гентамицин). После получения результатов микробиологических исследований проводили целенаправленную антибактериальную терапию в соответствии с чувствительностью микрофлоры.

### **ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАХРОНОГРАФИИ В ОЦЕНКЕ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА И ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОВОДИМЫХ ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ**

Басаев Д.Р., Басаев Э.Р., 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.*

Воспалительные заболевания поджелудочной железы среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости по частоте встречаемости занимают третье место, уступая лишь острому аппендициту и острому холециститу. При этом число случаев острого панкреатита неуклонно увеличивается, с одновременным увеличением частоты крупноочагового панкреанекроза, сопровождающихся высокой летальностью, достигающей 60-80 %.

Своевременное подключение диагностической информации позволяет использовать опережающий характер лечебных мероприятий, а в случае необходимости своевременно применить хирургическое вмешательство. Наиболее часто для этих целей используются современные методы инструментальной диагностики, прежде всего, ультразвуковое исследование. Применение ультразвука открыло новую страницу в диагностике заболеваний на поджелудочной железе, поскольку этот метод впервые дал возможность неинвазивно визуализировать паренхиму железы, оценить состояние ее протоковой системы и парапанкреатических тканей.

В настоящей работе при проведении ультразвукового исследования нами оценивались следующие параметры: форма органа, размеры, контуры, структура и эхогенность, качество визуализации панкреатического протока и его диаметр, наличие или отсутствие очаговых изменений в железе, состояние сальниковой сумки, и окружающих поджелудочковую железу тканей, а также наличие или отсутствие жидкости в брюшной и плевральной полостях.

При ультразвуковом исследовании отек поджелудочной железы сопровождался ее диффузным снижением эхогенности паренхимы, свойственна более однородная эхоструктура паренхимы с сохранением ее характерного рисунка.

Наличие некротизированной ткани в поджелудочной железе проявлялось при УЗИ. Появление аваскулярных зон в виде гипозоногенных очагов, окруженных, как правило, анэхогенным