

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ  
Первый заместитель министра

\_\_\_\_\_ Д.Л. Пиневич  
06.06.2014  
Регистрационный № 030-0414

**МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ  
ОСТРОГО НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ПАНКРЕАТИТА**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЯ-РАЗРАБОТЧИКИ: УО «Белорусский государственный  
медицинский университет», УЗ «10-я городская клиническая больница»

АВТОРЫ: д-р мед. наук, проф. Г.Г. Кондратенко, канд. мед. наук, доц.  
А.И. Протасевич, О.А. Куделич, Ю.Н. Патупчик, А.В. Есепкин

Минск 2014

В настоящей Инструкции по применению (далее – инструкция) изложен метод диагностики гнойных осложнений (секвестраций) у пациентов, перенесших дренирующее вмешательство в ферментативной стадии острого некротизирующего панкреатита. Метод включает компьютерную томографию (КТ) с болюсным внутривенным введением рентгеноконтрастных средств и одномоментную КТ-фистулографию через ранее установленный дренаж.

Метод, предложенный в настоящей инструкции, существенно повышает качество диагностики гнойных осложнений острого деструктивного панкреатита, поскольку он позволяет достоверно выявить наличие секвестров и топографически точно оценить их расположение и размеры. Практическое применение данного метода дает возможность безошибочно установить показания к повторной операции и составить рациональный план хирургического вмешательства.

Метод предназначен для врачей-хирургов, врачей-рентгенологов организаций, которые оказывают медицинскую помощь пациентам с острым панкреатитом.

### **ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ**

- сохранение и/или нарастание признаков интоксикации в послеоперационном периоде;
- необходимость контроля дренированных полостей, затеков;
- подозрение наличия крупных секвестров в сальниковой сумке или забрюшинном пространстве;
- появление гнойного отделяемого из дренажной трубки.

### **ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ**

- наличие аллергии и индивидуальная непереносимость йодсодержащих медикаментов;
- бронхиальная астма или аллергическое заболевание в тяжелой форме;
- выраженные нарушения функции почек и печени;
- тяжелый сахарный диабет с наличием почечной недостаточности;
- беременность;
- заболевания щитовидной железы (гипертиреоз).

### **ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО ОБОРУДОВАНИЯ, РЕАКТИВОВ, ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ И ИНСТРУМЕНТАРИЯ**

#### **Оборудование:**

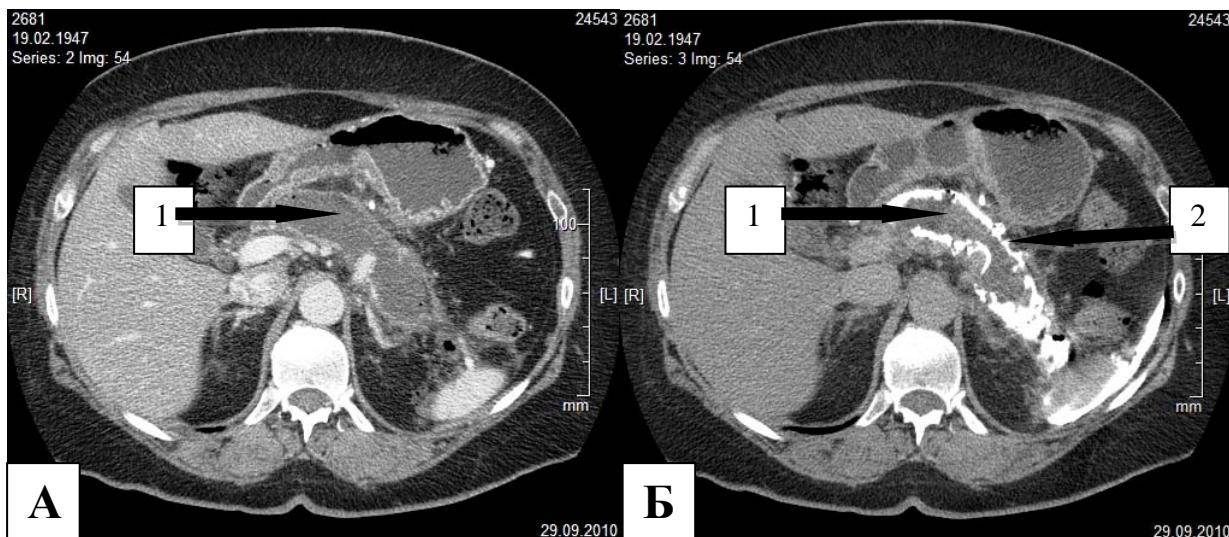
- мультиспиральный компьютерный томограф;
- шприцы и иглы для инъекций;
- разъем для соединения канюли шприца с дренажной трубкой.

### Реактивы:

- неионное йодсодержащее контрастное средство;
- 0,9% раствор хлорида натрия.

## ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ МЕТОДА

Предложенный метод предусматривает последовательное выполнение следующих этапов. Вначале выполняется стандартное КТ-сканирование брюшной полости в условиях болюсного внутривенного введения контрастного средства. Контрастное усиление осуществляют неионными контрастными препаратами в количестве 100 мл при весе пациента до 80 кг и 150 мл при весе более 80 кг. Затем выполняют собственно КТ-фистулографию, при которой через дренажную трубку жидкое водорастворимое рентгеноконтрастное средство вводят под давлением, позволяющим туго заполнить полости с затеками, располагающимися в забрюшинной клетчатке (рис.1).



1 – некротизированная ткань (секвестр) поджелудочной железы, 2 – рентгеноконтрастное средство обтекает секвестр поджелудочной железы

Рис.1- КТ пациентки К., 63 года. А – Компьютерная томография органов брюшной полости (фаза контрастирования); Б – КТ-фистулография

Совмещение данных, полученных при КТ с болюсным усилением и КТ-фистулографии, позволяет не только в разных проекциях определить форму и локализацию дренированной полости, но и выявить наличие секвестров, их размеры, объем, пространственное расположение, а также установить патологическое сообщение отдельных полостей с просветом полых органов.

## **ПЕРЕЧЕНЬ ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ МЕТОДА И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ**

Существует незначительная вероятность развития осложнений, которые могут быть связаны с индивидуальной непереносимостью йодсодержащих контрастных средств:

- легкие (не требующие вмешательств) – появление ощущений жара, сухости во рту, тошноты, нехватки воздуха, головной боли, легкого головокружения. При возникновении вышеуказанных осложнений необходимо прекратить введение контрастного средства;

- умеренные (требующие лечения, но не угрожающие жизни) – сильная тошнота, рвота, риноконъюнктивит, озноб, зуд, крапивница, отек Квинке. При развитии этих побочных эффектов вводят антидот – натрия тиосульфат (10-30 мл 30% раствора внутривенно), адреналин (0,5-1,0 мл 0,1% раствора подкожно), антигистаминные препараты – дифенгидрамин (1-5,0 мл 1% раствора внутримышечно), хлоропирамин (1-2,0 мл 2% раствора внутримышечно), преднизолон (30-90 мг внутривенно в растворе глюкозы). При появлении признаков бронхоспазма назначают бронходилататоры в виде ингаляций;

- тяжелые (опасные для жизни) – бледность, резкое падение артериального давления, коллапс, тахикардия, астматический статус, судороги. При развитии тяжелой анафилактической реакции или истинного анафилактического шока необходимо вызвать врача-реаниматолога, установить систему для внутривенных вливаний и начать ингаляции кислорода (2-6 л/мин). Внутривенно вводится натрия тиосульфат (20 мл 30% раствора), адреналин (0,5-1,0 мл 0,1% раствора), хлоропирамин (1-2,0 мл 2% раствора) или дифенгидрамин (1-2,0 мл 1% раствора), гидрокортизон 250 мг в изотоническом растворе хлорида натрия.