

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до інтенсивної терапії та реанімації і може бути використана для лікування респіраторного дистрес-синдрому на тлі гострого деструктивного панкреатиту.

Відомий сучасний спосіб лікування респіраторного дистрес-синдрому на тлі гострого деструктивного панкреатиту передбачає пункцію та катетеризацію венозної судини та введення засобів, які нормалізують тканинний капілярний кровообіг і покращують реологічні властивості крові в рамках патогенетичної та посиндромної терапії гострого деструктивного панкреатиту. [Зильбер А.П. Респираторная медицина. - Петрозаводск, 1996. - С.367-370].

Однак внутрішньовенна інфузія лікарських засобів збільшує об'єм легеневого капілярного кровообігу, а отже, створює рідинне навантаження на легені, яке спричиняє легенеvu артеріальну гіпертензію. Тому даний метод покращення тканинного кровообігу може не дати бажаного результату, а на більш пізніх стадіях ведення хворого взагалі може стати шкідливим.

Сучасні експериментальні та клінічні дані вказують на те, що механізм ураження легень на тлі гострого деструктивного панкреатиту обумовлений гетерогенними порушеннями перфузії та альвеолярної вентиляції. Це викликає підвищення об'єму внутрішньосудинної води легень, виникнення набряку, легеневої гіпертензії, збільшення внутрішньолегеневого шунта [Мальцева Л.А., Усенко Л.В., Льюлюко И.В., др. Острые панкреатиты: эпидемиология, патогенез, диагностика, организация лечения, хирургическое лечение, интенсивная терапия. - Днепропетровск, 2005. - С.141]. Таким чином, здійснення контролю за внутрішньовенною інфузією та попередження ятрогенного пошкодження легень має бути важливим завданням в комплексній терапії гострого деструктивного панкреатиту, особливо у випадках, загрозливих по розвитку респіраторного дистрес-синдрому.

В основу корисної моделі «Спосіб лікування респіраторного дистрес-синдрому на тлі гострого деструктивного панкреатиту» поставлене завдання оптимізувати інфузійну терапію в комплексі лікувальних заходів при гострому деструктивному панкреатиті, перебіг якого ускладнився розвитком респіраторного дистрес-синдрому, шляхом катетеризації черевного стовбура та введення інфузійних середовищ і лікарських засобів внутрішньоартеріально, що зменшує об'ємне рідинне навантаження на легені та попереджає їх ятрогенне пошкодження.

Поставлене завдання досягається способом, що передбачає пункцію та катетеризацію судин для проведення інфузійної терапії та введення лікарських засобів за допомогою інфузомату в загальноприйнятних дозах, в якому згідно корисної моделі катетеризують черевний стовбур та здійснюють інфузію лікарських засобів в безперервно-мурежимі протягом 5-9 діб.

Спосіб здійснюється наступним чином. Після підготовки ангіографічної апаратури та інструментарія, шкіру в місці пункції обробляють 2% розчином йоду, після - 70% розчином етанолу. Операційне поле обкладають стерильними рушниками. Під місцевим знеболенням 0,5% розчином новокаїну проводять пункцію стегнової артерії. Під рентген-контролем проводять катетеризацію черевного стовбура за методикою Сельдингера. Катетер фіксують до шкіри. До катетера під'єднують інфузомат. Інфузію лікарських засобів здійснюють безперервно протягом 5-9 діб, швидкість введення інфузійних середовищ - 25-50мл протягом години. Об'єм внутрішньоартеріальної інфузії 800-1200мл протягом доби.

Приклад. Хворий Тодорчук М.Ф. 43р. Діагноз: Гострий деструктивний панкреатит. Тотальний панкреонекроз. Флегмона заочеревинного простору. Лівобічний ексудативний плеврит. Респіраторний дистрес-синдром І-ІІст. Дихальна недостатність ІІст. Токсичний міокардит.

Знаходився на лікуванні в відділенні інтенсивної терапії Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М.І. Пирогова. Історія хвороби №271.

При обстеженні хворого виявлено:  $PaO_2=68,44\text{mm Hg}$ ,  $PaCO_2=56,31\text{mm Hg}$ ,  $SaO_2=82,5\%$ ,  $Cl=2,1\text{л/м}^2\cdot\text{хв}$ , ЦВТ - 12-14см вод.ст. Рентгенограма органів грудної клітки - реактивний правобічний плеврит, зниження прозорості легеневої тканини, розсіяні білатеральні вогнищеподібні тіні. Всі ці показники вказують на наявність у хворого синдрому гострого легеневого пошкодження. Хворому в комплексній терапії гострого деструктивного панкреатиту виконана катетеризація черевного стовбура та проведена пролонгована регіонарна внутрішньоартеріальна інфузія інфузоматом зі швидкістю 25-50мл/год., в об'ємі 680-1000мл/доб протягом 9 діб. Це дозволило обмежити об'єми внутрішньовенних інфузій до 1600-1800мл/доб. На 9-ту добу:  $PaO_2=152,58\text{mm Hg}$ ,  $PaCO_2=40,26\text{mm Hg}$ ,  $SaO_2=97,5\%$ ,  $Cl=3,0\text{л/м}^2\cdot\text{хв}$ , ЦВТ - 5-6см вод.ст. Таким чином, на фоні лікування відмічається як покращення показників газового складу артеріальної крові, кисневого бюджету організму, так і оптимізація роботи серцево-судинної системи.