

Спосіб відноситься до медицини, а саме до хірургії, і може використовуватись для комплексного хірургічного лікування гострого деструктивного панкреатиту.

Існує спосіб лікування гнійно-некротичного панкреатиту з використанням 0,1% водного розчину мефенаміату натрію в післяопераційному періоді для промивання гнійної порожнини і сальникової сумки.

Недолік способу - необхідність використання значної кількості лікувальної суміші для фракційного діалізу, місцева подразнююча дія мефенаміату натрію, а також недостатня концентрація препарату в запальнозмінених прилеглих тканинах з порушеною мікроциркуляцією.

В основу винаходу поставлено завдання вдосконалення способу лікування деструктивних форм гострого панкреатиту, в якому аплікація створює умови для пролонгації терапевтичної дії сорбента і місцевого протизапального ефекту активних компонентів медикаментозної суміші, за рахунок чого скорочуються терміни лікування.

Поставлене завдання вирішується тим, що спосіб хірургічного лікування деструктивних форм гострого панкреатиту включає введення лікарських препаратів у сальникову сумку і гнійно-некротичну порожнину після виконання основних етапів хірургічного втручання, згідно винаходу, проводять сеанси аплікаційної сорбції лікувальним олеогелем з аеросилом і мефенаміатом натрію під час операції та в післяопераційному періоді 1 - 2 рази на добу на протязі 6 - 10 днів.

Відмінні ознаки наступні:

- після виконання основних етапів хірургічного втручання здійснюють нанесення лікувального олеогелю на уражені ділянки підшлункової залози та оточуючих тканин, що забезпечує рівномірний розподіл суміші за рахунок аплікаційних властивостей і тим самим пролонговану місцеву дію;

- лікувальний олегель для аплікацій містить аеросил, мефенаміат натрію, дімексид (активні компоненти) та моногліцерид дистильований, твін-80, сорбінову кислоту, гліцерин (основа олеогелю) при наступних співвідношеннях компонентів у масових процентах:

аеросил	0,890-4,425
мефенаміат натрію	0,998-1,002
дімексид	9,995-10,005
моногліцерид	
дистильований	0,801-2,403
твін-80	0,089-0,267
сорбінова кислота	0,098-0,102
гліцерин	решта до 100.

Аеросил забезпечує фізичну і хімічну адсорбцію води, білків, протеолітичних ферментів, поліпептидів, макроорганізмів і продуктів їх життєдіяльності, а також поступову десорбцію (мобілізованих лікувальних складників суміші. Мефенаміат натрію зумовлює патогенетично направлений терапевтичний ефект олеогелю за рахунок антипротеазних, протизапальних, місцевоанестезуючих властивостей, зменшує ексудацію і потенціює антимікробну дію інших компонентів. Введення дімексиду в склад лікувальної композиції обґрунтоване його протизапальною, антимікробною, анальгезуючою, протекторною і транспортуючою здатністю, що сприяє проникненню активних компонентів в уражені тканини, гліцерин як основа гелю забезпечує його гідрофільність та посилює дегідратуючі ефекти суміші, сорбінова кислота використана в якості консерванта.

Основа олеогелю - колоїдна система, в якій дисперсним середовищем є гліцерин, а дисперсною фазою - органічна сполука моногліцерид дистильований (МГД) та твін-80 як загущувач, здатні утворювати просторовий структурний каркас. Завдяки цьому відбувається (мобілізація активних діючих компонентів суміші та сповільнюється їх вивільнення, зменшується адгезія сорбенті, забезпечуються аплікаційні властивості та тривала концентрація препаратів в ділянці патологічного вогнища, а також елімінується подразнюючий ефект мефенаміату натрію.

Біофармацевтичними дослідженнями стверджено, що максимальне вивільнення активних компонентів олеогелю відбувається на протязі 24 годин, причому в першу 1 годину - 66% дімексиду, чим забезпечується протизапальний ефект і penetрація речовин в уражену ділянку, десорбція мефенаміату натрію в перші 6 годин сягає 90% вихідної кількості, що забезпечує пролонгований лікувальний ефект медикаментозної суміші. Вираженість адсорбційної здатності аеросилу залежить від кількості ексудату і органічних включень, небажана адгезія зменшена до мінімуму за рахунок рівномірного розподілу частинок сорбента в колоїдній системі та завдяки стабільності просторового трьохмірного структурного каркасу. Аплікаційні властивості зменшуються в міру насичення рідиною, що сприяє пасивному відтоку гелю по дренажам. На основі результатів досліджень створена схема комплексної терапії даного захворювання.

Винахідницький рівень забезпечується поєднанням аплікаційної сорбції і патогенетично направленного методу лікувальної дії та неординарністю якісного і кількісного складу олеогелю, що веде до досягнення технічного результату.

Спосіб здійснюється наступним чином. Під час лапаротомії експонується підшлункова залоза, проводяться дігітоклазія та некректомії, розкриваються гнійні вогнища. В сальникову сумку і порожнину абсцесу через основну рану і контрапертуру проводять спарені дренажні трубки. Один

дренаж встановлюють над ділянкою максимальних некротичних змін, другий - у відлеглому місці порожнини, чим забезпечуються оптимальні умови для аплікаційної сорбції і адекватного відтоку ексудату. Шприцом ємністю 20мл товстою голкою або з допомогою стерильної трубки діаметром 3мм набирають з флакона підігрітий до температури тіла олеогель. Аплікацію здійснюють рівномірним нанесенням лікувальної суміші на зону ураження, контролюючи адекватність дренажування. В післяопераційному періоді через дренажну трубку до місця некрозу шприцом вводять підігрітий олеогель в кількості 20мл 1 - 2 рази на добу, видалення сорбента здійснюється шляхом пасивного відтоку або промиванням дренажів при перев'язках. Кратність сеансів аплікаційної сорбції залежить від клінічного ефекту, тривалість терапії 6 - 10 днів.

Лікувальну суміш у вигляді олеогеля для аплікацій готують екстемпорально в асептичних умовах аптек згідно наступної технології. Посуд і складові компоненти геля (крім діметилсульфоксиду і кислоти сорбінової - консерванти) попередньо стерилізують при 120°C на протязі 2 годин згідно загальних вимог фармакопейної статті "Стерилізація" (ДФ-ХІ). У фарфоровій ступці на водяній бані сплавляють МГД, твін-80, і третю частину розрахованої кількості гліцерину. Окремо готують гель аеросилу: спочатку шляхом його набухання, а потім з розчиненням у другій третині кількості гліцерину. Обидві основи в теплому стані змішують і гомогенізують в ступці або мікрозмільчувачем РТ-2 при 5тис.об/хв на протязі 3 хвилин. До охолодженої маси поступово додають приготований окремо розчин мефенаміну натрію і консерванта в діметилсульфоксиді та решту гліцерину до 100. Отриману суміш остаточно гомогенізують вибраним способом і розфасовують по 20г у флакони для кровозамінників (скло марки НС-2) ємністю 50мл та закупорюють стандартними корками (ТУ-38006314 - 79) "під обкатку". Готову лікувальну суміш у вигляді олеогеля зберігають в холодильнику при температурі +4°C до використання на протязі 3 місяців.

Приклад 1. Готують олеогель як вказано вище при наступних мінімальних співвідношеннях компонентів у масових процентах:

аеросил	0,890
мефенамінат натрію	0,998
діметилсульфоксид	9,995
МГД	0,801
твін-80	0,089
сорбінова кислота	0,098
гліцерин	решта до 100.

Приклад 2. Готують олеогель як вказано вище при наступних максимальних співвідношеннях компонентів у масових процентах:

аеросил	4,425
мефенамінат натрію	1,002
діметилсульфоксид	10,005
МГД	2,403
твін-80	0,267
сорбінова кислота	0,102
гліцерин	решта до 100.

Приклад 3. Готують олеогель як вказано вище при наступних оптимальних співвідношеннях компонентів у масових процентах:

аеросил	2,655
мефенамінат натрію	1,000
діметилсульфоксид	10,0
МГД	1,602
твін-80	0,178
сорбінова кислота	0,100
гліцерин	решта до 100.

Приклад. Хворий Р., 52 років, поступив із скаргами на болі в епігастрії постійного характеру, загальну слабкість, підвищену температуру тіла до 38°C. Хворіє на протязі 4 тижнів, лікувався стаціонарно. Загальний стан задовільний, шкіра дещо бліда. Пульс 72уд/хв, АТ 125/60мм рт.ст., температура тіла 37°C. Живіт не здутий, в епігастральній ділянці пальпується нерухомий малоболіючий інфільтрат 15 × 5см, який сягає лівого підребер'я. Перитонеальних симптомів не виявлено. Гемограма: Нв 72г/л, лейкоцитоз $5,6 \times 10^9$, лейкограма: еозинофіли 0, палочкоядерні 14, сегментоядерні 60, лімфоцити 16, моноцити 10. Загальний білок крові 72,6г/л, загальний білірубін 5,9ммоль/л. Ультрасонографія: в тілі підшлункової залози біля головки гідрофільна зона діаметром 44мм з ущільненням в центрі, хвіст гідрофільний, контури нечіткі. Комп'ютерна томографія: в тілі підшлункової залози ближче до хвоста маєтья круглої форми утвір з рідинним вмістом і вираженою мембраною, до 54мм в поперечнику. Утвір в нижній частині переходить в негомогенний конгломерат.

Оперований через 9 днів з моменту госпіталізації (12.01.94р.). Лапаротомія вздовж лівого

підребер'я з. переходом на мезогастрій. Через шлунково-кишкову зв'язку розкрито абсцес із щільною піогенною капсулою, який захоплював тіло і хвіст підшлункової залози, брижу поперечної ободової кишки. Через позаочеревинний доступ в лівій здухвинній ділянці розкрито другий гнійник, який поширювався ретроколярно до лівого товсто-кишкового кута і біля лівого синуса очеревини з'єднувався з абсцесом сальникової сумки. Проведено евакуацію густого гнійного ексудату, дренажування порожнини абсцесу сальникової сумки 2 трубками і тампоном в напрямі до хвоста підшлункової залози через основну рану, в порожнину ретроколярного абсцесу введено 1 трубку і тампон в напрямі до лівого товстокишкового кута через рану в лівій здухвинній ділянці. Шви на підреберну рану до дренажів.

В післяопераційному періоді з першої доби значне покращення: зменшились болі, нормалізувалась температура тіла, з дренажів гнійні виділення у великій кількості, в порожнину абсцесу сальникової сумки через дренажну трубку введено 20мл олеогелю. На другу післяопераційну добу відмічено виділення шлункового вмісту в невеликій кількості з дренажів сальникової сумки, проба з прийомом барвника підтвердила наявність нориці; в порожнину гнійника введено 20мл олеогелю, налагоджено постійну аспірацію шлункового вмісту через назогастральний зонд. На 3 - 4 п/операційні дні - загальний стан без погіршення, по дренажам виділялось до 300мл дуоденального вмісту із жовцю і гнійним ексудатом, в порожнину абсцесу сальникової сумки вводилось по 20мл олеогелю 1 раз на добу. На 5 - й п/операційний день (17.01.94р.) розвинулась ерозивна кровотеча в порожнину сальникової сумки, оперований: релапаротомія, тампонада сальникової сумки, зупинка кровотечі (джерела не виявлено). В подальшому - стан поступово покращувався, кількість виділена з норицевого ходу зменшилась до 50 - 60мл в добу. Фістулографія (18.02.94р.) - контраст проходить в одну з перших петель тонкої кишки, запливів нема. Виписаний в задовільному стані через 40 днів після операції, нориця закрилась.