

Нойр булчирхайн үхжилт ба хэвлийн гялтангийн даамжирсан үрэвслийн үеийн хэвлийн хөндийн төлөвлөгөөт дурангийн хяналт

Лочин Ц.¹, Баасанжав Н.^{1,3}, Бямбахүү Б.¹, Эрдэнэчимэг Ж.²

¹П.Н.Шастины нэрэмжит улсын гуравдугаар эмнэлэг

²"Номун" клиник эмнэлэг

³"Ач" Анагаах ухааны их сургууль

Abstract

Planned endoscopic examination of the abdomen for pancreatic necrosis and advanced peritonitis

Lochin Ts.¹, Baasanjav N.^{1,3}, Byambakhuu B.¹, Erdenechimeg J.²

¹The Third State Central Hospital

²"Nomun" Hospital

³"Ach" Medical University

Introduction

We classify peritonitis as end-stage if it lasts for more than 72 hours or more than three days. At this point, the pleural effusion of the posterior abdominal wall, the pleural layer of the gastrointestinal tract, and the dimples of the esophagus are all scattered with pus. During the first operation, it is very difficult to completely cleanse these abscesses. After the operation, pus will collect in the abdomen and abscesses will form, which will require another operation. If this postoperative complication is not diagnosed in time and operated again (relaparotomy), many other complications can occur and the risk of death is high. 48-hour relaparotomy mortality is higher than early surgery (21.8% -76.8%). Necrotic pancreatitis is chronic peritonitis (an abscess of the lower extremities) in which only non-pancreatic adipose tissue, sebaceous glands, pericardial effusions, pericardial effusions, and kidney adipose tissue become necrotic.

Purpose

Endoscopic surveillance for chronic pleurisy with pancreatic necrosis

Objectives:

1. Endoscopic monitoring of the postoperative course of pancreatic necrosis.
2. Calculate the results of washing and cleaning using binoculars.

Method

Patients with advanced peritoneal inflammation and necrotizing pancreatitis should be selected for reoperation. After removing the dead pancreatic tissue (necrosectomy), all layers of the abdomen are temporarily closed. A 6 mm short tube with surgical rubber is cut into the small pancreas, inserted 2 cm deep into the standard abdomen and sutured to the skin. Or use a silicone tube 4 - 5 cm long.

Result

The study was carried out on 56 patients in 2016-2020. The mean age was 50 (89%) for men, 6 (11%) for women, and 47.5 ± 8.6 .

Conclusion:

1. Endoscopic follow-up showed 19 (76%) persistent postoperative peritonitis and re-clearance, and 6 (24%) patients were not diagnosed with persistent peritonitis.
2. 25 (50%) cases of persistent peritonitis after surgery were washed 1-3 times. This method has proven to be a safe and easy procedure and can be used in any urban or rural hospital.

Key words: laparoscopic surgery, Necrotic pancreatitis advanced peritonitis, necrosectomy

Pp. 32-36, Tables 2, References 17

Үндэслэл

72 цаг буюу гурав хоногоос илүү хугацаанд үргэлжилсэн хэвлийн гялтангийн үрэвслийг бид төгсгөлийн шат гэж ангилан оношилдог. Энэ үед хэвлийн ар өвөр ханын гялтан хальс, ходоод гэдэсний гялтант давхраа, чацархайн хонхруудад нилэнхүйдээ тархмал идээт өнгөр суусан байдаг [1, 2, 3]. Анхны мэс заслын үед энэ идээт өнгөрүүдийг нэг мөсөн угааж цэвэрлэхэд ихээхэн бэрхшээлтэй байдаг. Мэс заслын дараа хэвлийд үлдсэн өнгөрөөс болж идээ шингэн хурж буглаа үүсч дахин мэс засал хийх шаардлага гардаг [4, 5, 6, 7]. Мэс заслын дараах энэ хүндрэлийг цаг алдахгүй оношилж дахин мэс засал (релапаротомии) хийхгүй бол өөр олон хүндрэлүүд гарч улмаар нас барах эрсдэл өндөр. 48 цагаас хойшилж хийгдэх релапаротомийн нас баралт эрт хийсэн хагалгаанаас илүү (21.8%-76.8%) байна [8, 9, 10, 11].

Нойр булчирхайн үхжилт үрэвсэл бол ужгирсан хэсгийн перитонит бөгөөд (бага сэмжний хөндийн буглааны) зөвхөн нойр булчирхай бус орчны өөхөн эд, сэмж, чацархайн хонхрууд, чацархайн уг, бөөрний өөхөн эд зэрэг тэр аяараа үхжилт үрэвсэлд хамрагддаг нь хагалгааны дараах үеийг хүндрүүлэн удаашруулах гол шалтгаан болдог [12, 13, 14, 15].

Зорилго:

Нойр булчирхайн үхжилт үрэвслийн үргэлжилсэн гялтангийн үрэвслийг дурангаар хянах.

Зорилт:

1. Нойр булчирхайн үхжилт үрэвслийн мэс заслын дараах явцыг дурангаар хянах.
2. Дурангийн тусламжтайгаар гүйцэтгэх угаалга, цэвэрлэгээний үр дүнг тооцох.

Материал, арга зүй

Дахин мэс засал хийх магадлал өндөртэй хэвлийн даамжирсан идээт өнгөрт үрэвсэл,

нойр булчирхайн үхжсэн үрэвсэлтэй хүмүүсийг сонгосон.

Мэс заслаас хойш тариа болон хэсгийн мэдээ алдуулалт хийж 5 мм-ийн мэс заслын дуранг трокараар хэвлийд оруулж дурандана. Дурангаараа CO₂ шахах юмуу арьсанд хэсгийн мэдээ алдуулалтын хийж цапкаар хавчин өргөж хөндийрүүлж дурандана. (Бронхоскопийн уян дуран бол нугардаг бүр илүү байдаг) Дурангаа дээш доош, зүүн баруун тийш чиглүүлж өгнө. Ингээд оёдол тавигдсан эсэх, хаа нэгтээ буглаа хурсан, эсвэл нойр булчирхай нэмж үхжин секвестраци болсныг оношилж даруй дахин мэс ажилбар хийнэ.

Нойр булчирхайн үхжсэн эдийг авсны дараа (некроэктоми) хэвлийг бүх давхаргаар нь түр зуур түдүүл тавин битүүрсэн. Нойр булчирхайн бага сэмжний хөндийд мэс заслын резинин бүхий 6 мм богино гуурсыг тайрч хэвлийн стандарт хэсэгт 2 см гүн оруулан тавиад арьстай оёж бэхэлсэн. Түүнтэй зэрэгцүүлэн 4–5 см урттай силикон гуурс тавьсан. Статистик боловсруулалтыг SPSS 21.0 программаар тооцоолов.

Үр дүн

Судалгааг 2016-2020 онд 56 өвчтөнд явуулав. Эрэгтэй 50 (89%), эмэгтэй 6 (11%), дундаж нас 47,5±8,6. Нийт өвчтөний 46 (82,1%) нь 30-65 хүртлэх насны хүмүүс байв. Судалгаанд хамрагдсан өвчтөний насны тархалтыг статистик аргаар анализ хийж Колмогоров Смирнов тестээр шинжлэхэд P<0.005 байв.

Өвчин эхэлсэнээс хойш 72 цагийн дараа мэс заслын тусламж үзүүлсэн өвчтөнүүдэд нас баралт 8 (14.2%) байна. Статистик анализ шинжилгээний корреляцийн арга ашиглан 2 хүчин зүйлийн харилцан хамаарал хүч, нөлөөг тооцож үзэхэд P<0.01 буюу тухайн хувьсах үзүүлэлт эерэг хамааралтай гарч байна.



Figure 1. Laparoscopy Diagnosis

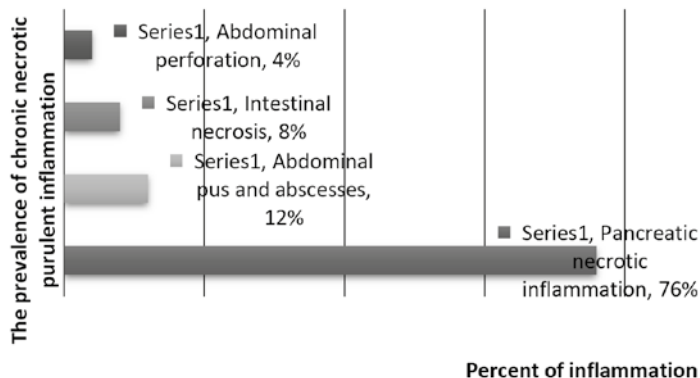


Figure 2. Causes of chronic peritonitis

Мэс заслын дараах үргэлжилсэн перитонитын шалтгаан нь нойр булчирхайн үхжилт үрэвсэл ба хэвлийн хөндийн идээт голомт эзлэж байна.

Үргэлжилсэн перитонитын зонхилох шалтгаан нь нойр булчирхайн үхжилт үрэвсэл 76% (44) байв.

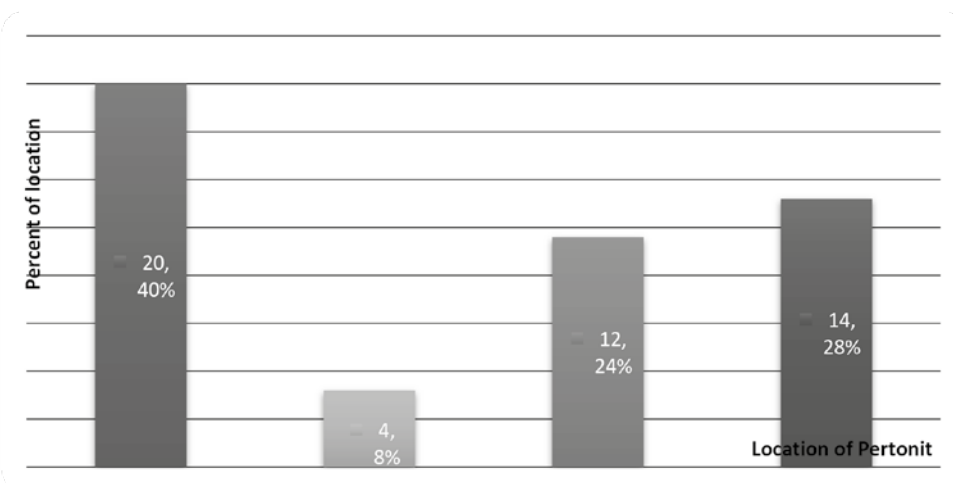


Figure 3. Proliferation of chronic purulent-necrotic inflammation

Нэг дэх тохиолдол:

2015 оны 7 сард мухар олгойн үхжилт үрэвсэл, хэвлийн гялтангийн хэсэг газрын идээт үрэвсэлтэй 24 настай эрэгтэйд өвчтөнд мухар олгойг авах, хэвлийг угааж цэвэрлэх, урсгуур тавих мэс засал хийгдсэн. Хагалгааны дараа элэгний доор буглаа үүсч хүндэрсэн бөгөөд, эмнэл зүйн үзлэгээр хэвлийн хаа нэгтээ буглаа үүссэн гэж сэжиглэгдэж байсан боловч хяналтын хэт авиа, КТГ-ийн шинжилгээнд огт илрээгүй юм. Иймд пиелефлебит болсон гэх оноштойгоор, эмийн эмчилгээ хийж нилээд

хугацаа алдсны дараа дахин мэс засалд ороход элэгний доорх буглаа нь бүдүүн гэдэсний ханыг үхжүүлсэн байсан тул өгсөх гэдэс тайрах, хэвлийг угааж гоожуурдах дахин мэс заслын дараа цооролт үүсч гуравдахь мэс засал, дараа нь гэдэс залгах дөрөвдэх мэс засал хийгдэж байлаа. Нөхцөл хүнд байсан ч өвчтөний амь аврагдсан. Олон удаагийн Эхо болон КТГ-ийн шинжилгээнд буглаа үүссэн нь огт илрэхгүй байсан нь цаг алдах гол шалтгаан байв.

Table 1. Re-clearance of persistent necrotic inflammation:

№	Origin	Number of re-clearance				All	P value
		1-3 time	4-6 time	7-9 time	10 above		
1	Perforation abdomen cavity	1 (50%)	1 (50%)	-	-	2 (4%)	0,912
2	Intestinal necrosis	2 (50%)	1 (25%)	1 (25%)	-	4 (8%)	0,887
3	Abdominal pus and abscesses	2 (33%)	3 (50%)	1 (17%)	-	6 (12%)	0,656
4	Pancreatic necrotic inflammation	20 (38%)	11 (53%)	5 (29%)	2 (13%)	38 (76%)	0,000
	total	25 (50%)	16 (32%)	7 (14%)	2 (4%)	50 (100%)	0,912

Нойр булчирхайн үхжилт үрэвсэл хүндэрч удсан, хөндийт эрхтэн цоорч 24 цагаас дээш хугацаа өнгөрсөн, хэвлийн хөндийд идээ түгээмэлээр тархсанаас хамаарч хэвлийд олон дахин цэвэрлэгээ угаалга хийгдэж байна.

Хэлцэмж

Хэвлэлийн материалаас Cocorullo G, Mirabella A, Falco N, Fontana T нар (2017)-ын чацархайн судасны цусан хангамжийг хянахаар хэвлийд трокарууд үлдээж 24 цагийн дараа дурангаар шалгах нь ач холбогдолтой байсныг тэмдэглэжээ [12].

Европын болон бусад хөгжилтэй орнуудад ихэвчлэн цөсний замын эмгэгээр хижээл насныхан өвчилж байхад манайд залуу насны эрэгтэйчүүд их өвчилж байна. Баасанжав Н. нар (2010)-ын боловсруулсан үнэлгээний системийн ангилалаар бидний судалгаанд хамрагдсан өвчтөний 45 (80%) нь хүнд зэрэгт хамрагдаж байна. Үнэлгээний системийн тоо нэмэгдсэн нь эрдгэрэлтийн хувь буурч, нас баралт нэмэгдэх статистик мадагалтай байна. Carlos A нар (2006 он)-ын судалгаанд НБЦҮҮ-ийн үед амилаза, липаза, эластаза болон трипсин ферментүүд нэгэн зэрэг ялгардаг. Цусны шилжилгээ авах хугацаанаас хамааран хэмжээ нь харилцан адилгүй байдгийг тэмдэглэжээ [5]. Н.Баасанжав нар (2010)-ын судалгаагаар НБЦҮҮ-ийн хүнд хэлбэр, үхжилт үрэвслийн үед сийвэнгийн амилаза эхэн үедээ ихэсдгийг ($p < 0.05$) тоон үзүүлэлтээр магадлав. НБЦҮ-ийн үед ийлдэс дэх липаза нь амилазаас удаан хугацаанд ихэссэн байна.

Липаза нь өвчний эхэлсэнээс хойш 4-8 цагийн дотор өсч, 24 цагт дээд хэмжээнд хүрч ойрын 7-14 хоногт хэвийн хэмжээнд хүртэл буурдаг байна. Carlos A. Ordocez, Juan Carlos Puyana

нарын 2006 оны судалгаагаар НБҮҮ-ийн үед липаза ихэсдэг нь оношлогооны 95%-ийн ач холбогдолтойг тогтоожээ [5].

Түүнчлэн судалгаанд прокальцитонины түвшин нэмэгдэх нь өвчин хүндэрснийг илтгэж байлаа. НБЦҮ-ийн хүнд хэлбэрийн буюу үхжилттэй үед цусанд кальцийн хэмжээ багасч байна.

Гадаадын зарим улсад хэвлийг дурангаар хянах эмчилгээг ихэвчлэн чацархайн судасны бүлэгнэлтийн үед бүлэнг авч үхжсэн гэдэс тайрч залгах мэс засал хийсэний дараа залгаас бүтэн эсэхийг шалгах зорилгоор давтан мэс засал хийдэг байна [14].

Бид нойр булчирхайн үхжилт үрэвслийн хагалгааны дараа дахин халдвар тархах, үлдэгдэл идээт голомтыг цаг алдахгүй эмчлэхээр хэвлийн хөндийг дурангийн тусламжтайгаар хянаж цэвэрлэгээ хийв. Хэвлийн гялтангийн үрэвсэлттэй бол хэвлийг дахин нээж угааж цэвэрлэх ба НБҮҮ-тэй өвчтөний хагалгааны шархны оёдлыг бүрэн ба хэсэгчлэн авч хэвлийг дахин нээж угааж цэвэрлэнэ. Бага сэмжний хөндийг нээгээд задгай аргад шилжих тактик барьж ажиллах нь үр дүнтэй байв. Нээлттэй ба хагас нээлттэй аргаар угаалгыг зохих хугацаанд стандартын дагуу хийснээр давтан хагалгааны тоог цөөрүүлж эдгэрэлтийн хувийг нэмэгдүүлсэн юм.

Хагалгааны дараа үргэлжилсэн хэвлийн гялтангийн идээт үрэвслийг эрт оношлохын тулд дурангийн шинжилгээ хийж эмчилгээний тактикийг боловсруулан ажиллах нь мэс засалч бүрийн мөрдөх нэгэн зарчим болж байна.

Дүгнэлт:

1. Хяналтын дурангийн шинжилгээгээр мэс заслын дараа үргэлжилсэн перитонит 19

(76%) тохиолдож дахин цэвэрлэгээ хийсэн ба 6 (24%) өвчтөнд үргэлжилсэн перитонит байхгүйг оношиллоо.

2. Мэс заслын дараах үргэлжилсэн перитонитын 25 (50%)-д нь 1-3 удаа угаалга, цэвэрлэгээг хийсэн. Энэ арга нь хөнөөл багатай, хөнгөн ажилбар тул хот хөдөөгийн аль ч эмнэлэгт нэвтрүүлэх бүрэн боломжтой юм.

Талархал

Бидний судалгааны ажлыг дэмжиж тусалсан Шастины нэрэмжит улсын гуравдугаар эмнэлгийн ерөнхий мэс заслын тасгийн хамт олонд талархал илэрхийлье.

Номзүй

1. Баасанжав Н., Пунцаг Ч., Баяраа Г., Эрдэнэболд Д. Нойр булчирхайн үрэвслийн хөнгөн, хүнд хэлбэрийн оношлогоог боловсронгуй болгох асуудалд. Мэс засал сэтгүүл. 2010 он, х.34.
2. Лочин Ц., Баяраа Г., Алтангэрэл Б. Нойр булчирхайн үхжилт үрэвсэл. Улаанбаатар. Мэс засал, 2014 он. х.46
3. Campbell K.L, Munro A. Acute conditions in the large intestine. Simon Paterson-Brown (Ed.), Emergency surgery and critical care. A companion to specialist surgical practice, W.B.Saunders company (1997).
4. Лочин Ц., Баяраа Г., Алтангэрэл Б. “Нойр булчирхайн цочмог үрэвсэлийн мэс заслын эмчилгээний асуудалд”. Мэс засал, 2013.
5. Carlos A. Ordocez, Juan Carlos Puyana. Management of Peritonitis in the Critically Ill Patient. SurgClin North Am. 2006 Dec; 86(6): 1323–1349.
6. Cocorullo G, Mirabella A, Falco N, Fontana T, et al. An investigation of bedside laparoscopy in the ICU for cases of non-occlusive mesenteric ischemia. World J Emerg. Surg. 2017; 12: 4.
7. Paye F, Frileux P. Reoperation for severe pancreatitis: a 10-year experience in a tertiary care center. Archsurg.134.3.316
8. Баяраа Г., Лочин Ц., Алтангэрэл Б. “Нойр булчирхайн цочмог үрэвслийн мэс заслын эмчилгээний туршлага”. Мэс засал, 2008;11: х.48-49.
9. Bailey J.J, Tate T. Acute conditions of the small bowel and appendix (including perforated peptic ulcer). Simon Paterson-Brown (Ed.), Emergency surgery and critical care. A companion to specialist surgical practice, W.B.Saunders Company (1997).
10. Koperna T, Schulz F. Relaparotomy in peritonitis: prognosis and treatment of patients with persisting intra-abdominal infection. World J Surg. 2000;24(1):32.
11. Wig JD, Mettu SR, Jindal R, et al. Closed lesser sac lavage in the management of pancreatic necrosis. J Gastroenterol Hepatol. 2004; 19:1010-1015.
12. Ntiranganya, G. Ntakiyarita, I. Kakande. Prediction of outcome using the Mannheim peritonitis index on patients with peritonitis at Kigali University Teaching Hospital. East Cent Afr. J Surg, 17 (2) (2012), pp. 48-59.
13. Denecke H, Stiegler H. Indications and results of second-look operation in acute mesenteric vascular occlusion. Langenbecks Arch Chir Suppl II Verh Dtsch Ges Chir. 1990;311-5.
14. Anadol AZ, Ersoy E, Taneri F, Tekin EH et al. Laparoscopic "second-look" in the management of mesenteric ischemia. Surg. Laparosc Endosc Percutan Tech. 2004; 14:191–193.
15. Harris H.W., Barcia A, Schel MTI, Schecter WP. Necrotizing pancreatitis: a surgical approach independent of documented infection. H P B (Oxford). 2004; 6(3): 161-168.

Танилцаж, нийтлэх санал өгсөн:

*Анагаах ухааны доктор, профессор
А.Шийрэвнямба*