

Улсын Клиникийн Төв Эмнэлэг

**ОНОЛ ПРАКТИКИЙН  
БАГА ХУРЛЫН ИЛТГЭЛИЙН  
ХУРААНГУЙ  
(XXVII)**

**Улаанбаатар хот  
2002**



# ОНОЛ ПРАКТИКИЙН БАГА ХУРЛЫН ИЛТГЭЛИЙН ХУРААНГУЙ

(XXVII)

|                                                                                                                  |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| ӨМНӨХ ҮГ .....                                                                                                   | 7  |
| 1. П.Тогоо, Д.Аръяамаа .....                                                                                     | 8  |
| УКТЭ-ИЙН ЧИХ, ХАМАР, ХООЛОЙН КЛИНИКТ<br>1997-2001 ОНД ХЭВТЭЖ ЭМЧЛҮҮЛЭГСДИЙН<br>ӨВЧЛӨЛИЙН БАЙДАЛД ХИЙСЭН СУДАЛГАА |    |
| 2. Л.Бямбасүрэн, Ш.Бат-Эрдэнэ, А.Баярсайхан .....                                                                | 11 |
| МУНЫ ХӨВЧИЙН СААЖИЛТЫГ ДУРАНГИЙН<br>МЭС ЗАСЛЫН АРГААР ЭМЧИЛСЭН НЬ                                                |    |
| 3. Б.Бямбадаш, Х.Гэлэгжамц .....                                                                                 | 14 |
| ГЕМОДИАЛИЗ ЭМЧИЛГЭЭНИЙ ЧАНАР БА<br>ҮР ДҮНД ХИЙСЭН СУДАЛГАА                                                       |    |
| 4. Д.Нямсүрэн, Ж.Нарантуяа .....                                                                                 | 21 |
| ШОДОЙНЫ ОЛЕОГРАНУЛЕМ БА ШАМРАНД<br>СУУЛГАСАН БӨМБӨЛГИЙН ЭМГЭГ ЖАМ,<br>ЭМЧИЛГЭЭНИЙ АСУУДАЛД                       |    |
| 5. Ч.Цэрэннадмид, Ц.Одгэрэл, Н.Оюундэлгэр, Д.Нэргүй .....                                                        | 25 |
| ЦУСНЫ БҮЛЭГНЭЛТИЙН ЗАРИМ ЭМГЭГИЙН<br>ОНОШЛОГООНД Д-ДИМЕРИЙН АЧ ХОЛБОГДОЛ                                         |    |
| 6. Н.Туул, Ч.Долгорсүрэн, Д.Лундиа .....                                                                         | 29 |
| ЭЛЭГНИЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЙГ ОРНИЦЕТИЛЭЭР<br>ЭМЧИЛСЭН ҮР ДҮН                                                           |    |
| 7. Л.Ганболд, Л.Өнөрзаяа .....                                                                                   | 32 |
| ХАГАЛГААНЫ ДАРААХ ҮЕИЙН ӨВДӨЛТИЙН<br>ЭМЧИЛГЭЭНИЙ БАЙДЛЫГ АСУУЛГЫН АРГААР<br>СУДАЛСАН ҮР ДҮН                      |    |
| 8. Н.Туул, Ц.Дамжин .....                                                                                        | 40 |
| ЭЛЭГ ХАТУУРАХ ӨВЧНИЙ ӨВЧЛӨЛИЙН БАЙДАЛ,<br>ХҮНДРЭЛ, НАС БАРСАН ТОХИОЛДОЛД ХИЙСЭН<br>СУДАЛГАА                      |    |
| 9. Г.Тогтох, Д.Нарантуяа .....                                                                                   | 45 |
| ЗҮРХНИЙ ХУРЦ, АРХАГ ДУТАГДЛЫГ<br>ДОПАМИНААР ЭМЧИЛСЭН ТУХАЙ                                                       |    |

|                                                                                                                                 |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 10. Д.Нарантуяа, Г.Дэжээхүү, Г.Тогтох                                                                                           | 46 |
| МОНГОЛ ХҮМҮҮСИЙН ДУНД ТОХИОЛДОХ<br>ЗҮРХНИЙ ШИГДЭЭСИЙН ХҮНДРЭЛҮҮД                                                                |    |
| 11. Г.Энхцэцэг, Д.Баясгалан, Л.Энхсайхан, Н.Гансүх                                                                              | 49 |
| ТАРХИНЫ ИНСУЛЬТЫН ЭРСДЭЛТ ХҮЧИН<br>ЗҮЙЛС, ЭМНЭЛ ЗҮЙН ЗАРИМ АСУУДЛУУД                                                            |    |
| 12. Л.Энхсайхан, Г.Энхцэцэг                                                                                                     | 52 |
| НҮҮРНИЙ ПАРАСПАЗМЫН ЭМНЭЛ ЗҮЙН<br>ЗАРИМ ОНЦЛОГ                                                                                  |    |
| 13. А.Наранцацралт                                                                                                              | 54 |
| ТӨВӨНХИЙН ӨВЧНҮҮДИЙН ОНОШЛОГООНД<br>ВИДЕОСТРОБОСКОПИЙГ ХЭРЭГЛЭХ НЬ                                                              |    |
| 14. Д.Энхбаяр, Д.Мөнхбаатар                                                                                                     | 57 |
| ЭЛЭГНИЙ ХАТУУРЛЫН ХҮНДРЭЛЭЭС ҮҮССЭН<br>ЭЛЭГНИЙ ХАВДАРЫН НАРИЙН ОНОШЛОГООНД<br>ЦУСНЫ УРСГАЛЫН ХӨДЛӨЛ ЗҮЙН ӨӨРЧЛӨЛТИЙН<br>ҮНЭЛГЭЭ |    |
| 15. Н.Гансүх, А.Энхсайхан                                                                                                       | 61 |
| ЦУСНЫ ДАРАЛТ УДААН ХУГАЦААГААР<br>ИХССЭНИЙ УЛМААС ҮҮСЭХ ХҮНДРЭЛ                                                                 |    |
| 16. Ц.Мухар, Д.Лундиа                                                                                                           | 64 |
| ЭМ ТАРИЛГЫГ ЗӨВ ЗОХИСТОЙ<br>ХЭРЭГЛЭХ АСУУДАЛД                                                                                   |    |
| 17. Д.Нямсүрэн, Ж.Нарантуяа                                                                                                     | 68 |
| ШЭЭЛГҮҮРИЙН МЭДРЭЛ-БУЛЧИНГИЙН<br>ДИСПЛАЗИЙН ЭМЧИЛГЭЭ                                                                            |    |
| 18. Л.Галцог, Н.Даваасүрэн, Ц.Минжүүр, О.Энхцэцэг                                                                               | 74 |
| ЕНТАМОЕВА HYSTOLYTICA-ИЙН ЭЛЭГНИЙ БУГЛАА                                                                                        |    |
| 19. Г.Тогтох                                                                                                                    | 81 |
| ЗҮРХНИЙ АРХАГ ДУТАГДАЛТАЙ ӨВЧТНҮҮДЭД<br>КАПТОПРИЛ ХЭРЭГЛЭСЭН ЭМЧИЛГЭЭНИЙ ҮР ДҮН                                                 |    |
| 20. В.Дэлгэрмаа                                                                                                                 | 83 |
| ГЭДЭСНИЙ ТҮГЖРЭЛИЙН ХЭТ АВИА ОНОШЛОГОО                                                                                          |    |
| 21. Г.Лхагважав, Б.Байгаль, Р.Базаррагчаа                                                                                       | 86 |
| УКТЭ-ИЙН ЯАРАЛТАЙ ТУСЛАМЖ, ЭРЧИМТ<br>ЭМЧИЛГЭЭНИЙ ТАСГИЙН 2000-2001 ОНЫ ХОНОГ<br>БОЛООГҮЙ НАС БАРАЛТАД ХИЙСЭН СУДАЛГАА           |    |
| 22. Г.Лхагважав, Л.Өнөрзаяа, Х.Баялагмаа                                                                                        | 87 |
| МЭДЭЭГҮЙЖҮҮЛЭЛТИЙН ХҮНДРЭЛИЙН БАЙДАЛ                                                                                            |    |



төст амьсгалын дээд замын өвчин дийлэнх хувийг эзэлдэгтэй холбоотойгоор залгиур, хамар түүний дайвар хөндийн хурц архаг идээт үрэвслүүд зонхилон тохиолдож байна.

Нийт хэвтэн эмчлүүлэгчдийн 67%-ийг эзэлж байгаа мэс заслын эмчилгээнээс:

|                               |        |
|-------------------------------|--------|
| 1. Тонзиллоэктомия мэс заслал | 1, 623 |
| 2. Тимопанопластика           | 325    |
| 3. Септоластика               | 117    |

Сүүлийн жилүүдэд дурангийн ба нөхөөн сэргээх мэс заслын тоо өсч нийт мэс заслалын 4%-ийг эзэлж, дурангийн ба нөхөөн сэргээх мэс заслалын дундаж ор хоног 2.1-9.0 хоногоор буурсан.

Нийт чих хамар хоолойн өвчлөлөөс дийлэнх хувийг эзэлж байгаа гүйлсэн булчирхайг авах мэс засал нь 16-35 насанд зонхилон тохиолдож, энэ мэс заслын дундаж ор хоног 7.8-5.4 болж буурсан.

Энэ хугацаанд нийт хэвтэн эмчлүүлэгчдийн 33%-ийг эзэлж байгаа эмийн эмчилгээнээс:

1. Дунд чихний хурц ба архаг үрэвсэл
2. Гүйлсэн булчирхайн архаг үрэвсэл түүний хавсарсан эмгэгүүд
3. Дуу хүлээн авах хэсгийн гаралтай сонсгол бууралт дүлийрэлт зэрэг өвчнөөс зонхилон тохиолдож нийт эмийн эмчилгээний дундаж ор хоног 1.8-2.4 хоногоор буурсан байна.

Тус тасагт жилд дунджаар 992-1,000 хүн хэвтэн эмчлүүлдгээс 67% нь мэс заслын эмчилгээнд хамрагддаг.

Нийт хэвтэн эмчлүүлэгчид ба мэс заслын эмчилгээний 60%-ийг Улаанбаатар хотын иргэд эзэлдэг. Энэ нь хотод хүн амын нягтрал их, тус тасгийн улсын хэмжээний үйлчилгээ давамгайл байдагтай тус тус холбоотой юм.

Сүүлийн жилүүдэд дурангийн ба нөхөөн сэргээх мэс заслын тоо өсч, нийт мэс заслын 40%-ийг эзэлж, дурангийн ба нөхөөн сэргээх мэс заслын дундаж ор хоног 2.1-9.0 хоногоор буурсан бөгөөд үр дүн нь 91.3-98.0%-тай байгаа нь чих, хамар, хоолойн мэс заслын тусламж орчин үеийн шаардлагын түвшинд хийгдэж байгаа гол үзүүлэлт юм. Үүнээс гадна манай чих хамар хоолойн тасгийн ажлын гол үзүүлэлтэд нөлөөлөх хүчин зүйлүүд байдаг.

1. Хэвтэх өвчтнийг зөв оношлон оновчтой сонгож, хэвтэх бэлтгэлийг бүрэн хангах ажлыг зохион байгуулах
2. Оношлогоо, эмчилгээнд орчин үеийн дэвшилтэд техник, технологийг нэвтрүүлснээр дундаж ор хоног тогтвортой буурч 9.0 болсон.

1018-8101

3. Тимпанопластика, маринголастика мэс засалд геласпон, силикон зэрэг эм материалыг хэрэглэснээр эдгээр мэс заслын дундаж ор хоног 12 хоногоор буурч 9.0 болсон нь нийт хэвтэн эмчлүүлэгчдийн дундаж ор хоног буурахад нөлөөлсөн.

### **Incidence by in-patients of ENT department of the Mongolian Medical University Hospital in 1997-2001**

*P.Togoo, D.Aryamaa*

992-1,000 patients undertake treatments at our Department in a year and 67% of them involved in surgical treatment.

60% of total patients and them patients, who undertook surgical treatment is residents of Ulaanbaatar city. This is connected with the fact that there is much concentration of population in Ulaanbaatar and also our Department is scope of service.

During the last years the number endoscopic and rehabilitation surgery was increased and they occupy 40% of total surgical operation. Average number of hospital bed-day of endoscopic and rehabilitation surgery was decreased by 2.1-9.0 days and the effectiveness is 91.3-98.0%. This shows that ear, nose and throat surgical operations are being undertaken on the required level. This is the main indicator. Also following factors influence to the effectiveness of the work of the work of the Department of Ear, nose and Throat :

1. Exactly diagnosing the diseases and right selection the patients who need in stationery hospital treatment and arrangement of works related to preparation the patients for hospital treatment.
2. Introduction of new equipment and technology led to continuously decreasing the number of average hospital bed-day and at present it reached at 9.0.
3. Thanks to the application of gelspone, silicon and other materials and medicines in tympanoplastical and myringoplastical operations the average number of hospital bed-day was decreased by 12 days and reached at 9.0. This fact is influenced to decreasing the number of average hospital-day of total patients.

## ДУУНЫ ХӨВЧИЙН СААЖИЛТЫГ ДУРАНГИЙН МЭС ЗАСЛЫН АРГААР ЭМЧИЛСЭН НЬ

Л.Бямбасүрэн  
Ш.Бат-Эрдэнэ  
А.Баярсайхан

### Зорилго:

Өндөр хөгжилтэй орнуудад хийгдэж буй төвөнхийн дууны хөвчийн саажилтыг бичил дурангийн мэс заслын аргаар эмчилж практикт нэвтрүүлж үр дүнг тооцох.

### Үндэслэл:

Дууны хөвчийн саажилт нь ЧХХ судлалын практикт цөөнгүй тохиолддог эмгэг юм. Хавдар, мэс заслын дараах, тухайлбал бамбай булчирхай болон уушиг авах мэс заслын дараа, ерөнхий унтуулгатай мэс заслын дараа (интубацийн дараах), хүзүүний нэвтэрсэн гэмтэл зэрэг нь өвчний шалтгааны дийлэнхи хувийг эзлэх бөгөөд мэдрэлийн 5-10%, идиопатик 20-25%, халдвар үрэвсэл зэрэг мөн хамаарагдана. (1) Дээрх шалтгаануудын улмаас төвөнхийн буцах мэдрэл (n.Recurrens) гэмтэх бөгөөд төвөнхийн дотор булчингийн хөдөлгөөн алдагдсанаар дууны хөвч голын байрлал (paramedian)-д ордог.(3) Мэдрэлийн нэг талын гэмтлийн үед өвчтний амьсгал дасан зохицсон байдаг бөгөөд 2 талын гэмтлийн үед яаралтай мэс заслын эмчилгээг шаарддаг.(2)

Өвчний тархалтын талаар ном хэвлэл болон интернетээр бид судалгааны материал олоогүй болно. Дээрх эмгэгийг бид 2000 оноос өмнө ларингофиссура мэс заслын аргаар эмчилж байсан бөгөөд энэ арга нь арьсанд том гэмтэл үүсгэдэг, цус их хэмжээгээр гарах, материал их ордог гэх мэт сул талуудтай бөгөөд орчин үеийн ЧХХ-н мэс засалд дурангийн мэс засал дийлэнх хувийг эзэлж байгаа учир бид 2000-2002 онд 4 өвчтнийг сонгон авч амьсгалах үйл ажиллагааг сэргээх зорилгоор дэлхийн өндөр хөгжилтэй орнуудад хийгдэж буй "Cordectomy" дурангийн мэс заслын аргыг хэрэглэв.

### Судалгааны аргачлал:

1. АУИС-ийн КТЭ-ийн ЧХХ судлалын клиникт эрэгтэй 1, эмэгтэй 3 өвчтөн судалгаанд хамрагдав.
2. Мэс заслын цагаан мөгөөрсөн хоолойд гуурс тавих аргыг бичил

дурангийн хөвч авах мэс заслын аргатай хавсруулан хэрэглэв.

3. Төвөнхийн мэс заслыг ерөнхий унтуулгатайгаар Германы Karl Storz фирмийн Клайнзесорийн иж бүрэн төвөнхийн багаж хэрэглэж Япон улсын "Торсон" үйлдвэрийн OMS-60 хагалгааны микроскопийг ашиглан 8-12 дахин өсгөлттэйгээр хийв.

4. Кулон.

5. Өвчтний амьсгалах үйл ажиллагааг Японы видеостробоскопийн тусламжтайгаар тодруулав. Бидний судалгаанд хамрагдсан өвчтнүүдэд амьсгаадах, амьсгал дутагдлын 2-4 зэрэг, дуу сөөнгөтөх, дуу шивнэх, ханиалгах шинжүүд илэрсэн бөгөөд шалтгааныг тодруулахад 3 тохиолдолд бамбай булчирхай авах мэс заслын дараа 1 тохиолдолд шалтгаан тодорхойгүй байлаа.

### Хагалгааны заалт:

1. Эмийн болон физик эмчилгээнд үр дүнгүй.
2. Харшлын ямар нэгэн шинж тэмдэггүй.
3. Амьсгалын дээд зам, амны хөндий эрүүл.

Төвөнхийн дууны хөвчийн саажилтыг эмчлэх аргыг 1915 онд анх Ray үндэслэсэн бөгөөд 1989 оноос Dennis ба Kashima (4) нар CO<sub>2</sub> лазерын аргыг ЧХХ-н практикт нэвтрүүлжээ. Corpectomy-ийн аргуудаас 3-р аргаар бид дээрхи мэс заслыг хийлээ.

Мэс заслыг ерөнхий мэдээ алдуулалттай 2 үе шаттайгаар хийв.

1. Цагаан мөгөөрсөн хоолойг үечлэн зүсч гуурс тавин интубацийн гуурсыг шургуулав.
2. Төвөнхийн шпателийн тусламжтайгаар дууны хөвч, төвөнхийн зайг ил гарган микроскоп байрлуулав. Дууны жинхэнэ хөвчийн чөлөөт ирмэгийн салстыг зүсч m.vocalis-н дээд доод гадаргууг хуулсан. Pr.vocalis болон утгуурын дээд хэсгийг тайрч булчинг доороос дээш сөхөн хайчилж авч хөвчийн салстад 4 ширхэг оёдол тавив. Тусгайлан тосон уусмалд дүрж бэлтгэсэн кулоныг төвөнхийн зайд хөдөлгөөнгүй байрлууллаа.

3. Цагаан мөгөөрсөн хоолойд трахеистомийн гуурсыг тавьж бэхлэв.

Мэс заслын дараах 7-10 хоногт кулоныг авч төвөнхийн амьсгалах үйл ажиллагааг 7 хоног хянасны эцэст цагаан мөгөөрсөн хоолойн гуурсыг аван мэс заслын үр дүнг 21 хоногоос 2 жилийн дотор тооцоход:

|                        |                  |
|------------------------|------------------|
| Амьсгал бүрэн сэргэсэн | 4 (100%)         |
| Дууны өнгө засралт     | 4 (100%) байсан. |

Мэс заслын дараах хүндрэл-тохиолдоогүй бөгөөд 1 өвчтөнд мэс за-

сал хийлгэснээс хойш 1 сарын дараа амьсгалын дээд замын хурц үрэвслээр өвдсөний улмаас төвөнх хавагнаж амьсгал бачуурсан тул гуурсыг дахин тавьж эмийн эмчилгээ хийлээ. 10 хоногийн дараа амьсгалах үйл ажиллагаа бүрэн сэргэсэн тул цагаан мөгөөрсөн хоолойн гуурсыг авлаа.

**Дүгнэлт:**

Төвөнхийн дууны хөвчийн саажилтыг эмчлэх дурангийн мэс заслын арга нь орчин үеийн мэс заслын үндсэн арга бөгөөд манайд хийгдэж буй хагалгааны үр дүн дэлхийн түвшинтэй ойр буйг харуулж байна. Өвчтөнд зовиур шаналгаа болон физиологийн үйл ажиллагааны алдагдал багатай тохиромжтой арга болох нь батлагдлаа.

**The results of endoscopic surgical treatment  
of vocal cord paralysis**

*L.Byambasuren*

*Sh.Bat-Erdene*

*A.Bayarsaihan*

Vocal cord paralysis is a common problem found in the practice of otolaryngology. We investigated 4 patients (age of 47-61) with vocal cord paralysis in 2000-2002. We used complete cordectomy (Type-3) method, which extends from the vocal process to the anterior commissure and tracheotomy.

The better result was achieved with the use of endoscopic surgical treatment.



## ГЕМОДИАЛИЗ ЭМЧИЛГЭЭНИЙ ЧАНАР БА ҮР ДҮНД ХИЙСЭН СУДАЛГАА

Б.Бямбадаш

Х.Гэлэгжамц

### Зорилт:

1. Архаг диализ эмчилгээний үр дүнтэй хувилбарыг сонгох
2. Диализийн бикарбонат болон ацетат уусмалуудыг эмчилгээнд сонгон хэрэглэх
3. Бөөрний хурц болон архаг дутагдлын үед гарч буй хүндрэлүүдийг диализ эмчилгээгээр коррекц хийж буй байдлыг судлах
4. Архаг гемодиализ эмчилгээний үед өвчтний цусан дахь хордлогын үндсэн үзүүлэлтүүдийг тодорхойлох

Бөөрний түүдгэнцэрийн ихэнх хэсэг нь холбогд эдээр солигдон бөөрний гадаад болон дотоод ялгаруулах үйл ажиллагаа буурснаас бие махбодийн гомеостаз өөрчлөгдөж амин чухал эрхтнүүдийн ажиллагаа алдагдах хам шинжийг бөөрний архаг дутагдал гэнэ.

Бөөрний архаг дутагдал нь янз бүрийн оронд нэг сая насан хүрсэн хүмүүст 100-600 тохиолдол бүртэгддэг байна.

Бөөрний архаг дутагдлын үед эрхтэн системүүдэд гардаг өөрчлөлтүүдийг доорхи схемээр үзүүлээ.

### Схем.1

#### 1. Neurologic

Altered level of consciousness  
Peripheral neuropathy  
Change in motor function  
Change in cognition/behavior

#### 2. Cardiovascular

Hypertension  
Dysrhythmias  
Congestive heart failure  
Pericarditis  
Atherosclerosis  
Anemia / clotting factors

#### 3. Respiratory

Apnea

- Uremic fetor
- Pleural effusions
- Pulmonary edema
- Kussmaul breathing
- 4. Gastrointestinal
  - Stomatitis
  - Anorexia
  - Nausea, vomiting
  - Hematemesis, melena
  - Diarrhea or constipation
- 5. Renal
  - Decreased creatinine clearance
  - Oliguria or anuria
  - Altered excretion of drugs
- 6. Dermal
  - Pallor, bruising
  - Pruritus
  - Edema
  - Dry skin, hair
  - Altered pigmentation
- 7. Skeletal
  - Soft tissue calcifications
  - Osteodystrophy
  - Joint swelling, pain
- 8. Ocular
  - Retinal changes (hypertension)
  - Conjunctival calcification
  - Blurred vision
- 9. Reproductive
  - Decreased libido
  - Infertility
  - Impotence
  - Gynecomastia

Бөөрний архаг дутагдлыг үндсэн 3 аргаар эмчилдэг. Үүнд:

1. Эмийн эмчилгээ
2. Диализ эмчилгээ (хэвлийн диализ, гемодиализ)
3. Бөөр шилжүүлэн суулгах эмчилгээ

Эдгээрээс гемодиализ эмчилгээ нь экстракорпораль эмчилгээний

нэг үндсэн хэлбэр бөгөөд бөөрний хурц болон архаг дутагдал өвчтэй хүмүүсийг эмчлэх эмчилгээний гол арга болон хөгжиж байна.

Сүүлийн жилүүдэд дэлхийн олон орнуудын гемодиализийн төвүүдэд БАД өвчтэй хүмүүсийн диализ эмчилгээнд бикарбонат болон ацетат уусмалуудыг тухайн байдалд тохируулах сонгон хэрэглэж байна.

Уг уусмалуудын давуу болон сөрөг талуудыг доорхи хүснэгтүүдээр үзүүлээ.

### Ацетатын диализ

хүснэгт 1.

| Давуу тал                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Сөрөг тал                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>Олон жил хэрэглэж найруулж сурсан</li> <li>Харьцангуй хямд өртөгтэй</li> <li>Эмчилгээнд хэрэглэхэд үр дүн сайтай</li> <li>Тодорхой хэмжээний нянгийн эсрэг үйлчилгээ үзүүлдэг</li> <li>Бэлтгэсэн уусмалыг удаан хугацаагаар хадгалах боломжтой</li> <li>Энгийн аргаар бэлтгэдэг</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>Байнгын гарах хүндрэл</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>Өвчтөнд гаж нөлөө үзүүлдэг (ялангуяа их талбайтай, нэвтрүүлэх чадвар сайтай шүүлтүүр хэрэглэх үед)</li> <li>Зүрх, судасний системийн алдагдал илэрсэн үед</li> <li>Амьсгалын дутагдал гүнзгийрэх</li> <li>Хүчил суурийн тэнцвэржилт тогтвортой бус байх</li> <li>Биологийн тохироо төдийлөн сайн бус байх</li> <li>Шүүлт их хийх үед хүндрэл гарах</li> </ol> |

### Бикарбонат диализ

хүснэгт.2

| Давуу тал                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Дутагдалтай тал                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>Эмчилгээнд хэрэглэхэд өвчтөний биед илүү тохиромжтой</li> <li>Зүрх судасны болон амьсгалын дутагдалтай өвчтөнд уг диализийг явуулахад ацетат диализийн үед гардаг олон хүндрэлүүд тохиолддоггүй</li> <li>Метаболический ацидозыг илүү коррекц хийдэг</li> <li>Диализийн уусмалаас хоруу чанар бүхий хүнд металын давсуудыг зайлуулах давуу талтай</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>Уусмалыг бэлтгэхэд илүү үнэтэй багаж, тоног төхөөрөмж нарийн үйл ажиллагаа шаарддаг</li> <li>Метаболический ацидоз илрээгүй үед алкалоз болох магадлалтай</li> <li>Диализийн уусмал нянгаар бохирдсоноос сепсис болон пирогенный реакц үүсэх риск өндөр байна</li> </ol> |

Төлөвлөгөөт гемодиализ эмчилгээг дээрхи уусмалуудын аль нэгийг цэвэрлэсэн устай зохих харьцаагаар холин хагас нэвтрүүлэх чанар бүхий хялгасан шүүлтүүрийг ашиглан, цусны урсгалын хурдыг 180-250 мл/мин-ын хооронд тохируулж гемодиализын аппаратын тусламжтайгаар 4-6 цагаар явуулдаг.

Уг эмчилгээний чанар үр дүн нь сонгогсон уусмал, шүүлтүүрийн талбай хэмжээ, цусны урсгалын хурд, эмчилгээний үргэлжлэх хугацаа зэрэг олон үзүүлэлтээс хамаардаг.



Манай оронд 1975 оны 12-р сараас эхлэн ихэвчлэн ацетат уусмалаар эмчилгээг явуулж ирсэн. 2000 он гарсаар Герман улсын Braun пүүсийн /Dialog/ аппаратыг суурилуулан ашиглаж эхлэснээр гемодиализ эмчилгээг дээрх 2 уусмалаар сонгон явуулах нөхцөл бололцоо бий болсон юм. Уг хоёр уусмалын найрлагыг хүснэгт 3-р харууллаа.

Ацетат ба Бикарбонат уусмалын найрлага хүснэгт 3.

| Уусмалд хэрэглэх бодисуудын нэр | Ацетатын уусмал (мель/метр) | Бикарбонатын уусмал (мель/метр) |
|---------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| Натрий                          | 135-145                     | 123-145                         |
| Калий                           | 0 - 4.0                     | 0 - 4.0                         |
| Кальций                         | 1.25 - 1.75                 | 1.25 - 1.75                     |
| Магний                          | 0.25 - 0.75                 | 0.25 - 0.5                      |
| Хлор                            | 100 - 119                   | 100 - 124                       |
| Ацетат                          | 35 - 38                     | 2 - 4                           |
| Бикарбонат                      | 0                           | 25 - 38                         |
| $P_aCO_2$ (мм/рт/ст)            | 0.5                         | 40-100                          |
| РН                              | валъирует                   | 7.1 - 7.3                       |

Тус гемодиализын төв нь 2002 он гарсаар Герман улсын Braun пүүсийн /Dialog/ аппарат 2-ыг шинээр нэмж суурилуулснаар нийт 4 аппаратын тусламжтайгаар үйл ажиллагаа явуулж байна.

Энэ хугацаанд бөөрний дутагдал өвчтэй 22 өвчтөнд 351 удаагийн диализ эмчилгээг явууллаа. Бид уг эмчилгээний үед диализ эмчилгээний үр дүнг хянах зорилгоор цусны урсгалын хурдыг 200-250 мл/ мин-ын хооронд өөрчлөх, хялгасан шүүлтүүрийн (CF 80-160) шүүх талбайг ихэсгэх, багасгах замаар 4 цагийн хугацаатайгаар долоо хоногт 3 удаа диализ эмчилгээг явуулж өвчтөнд клиникийн ажиглалт хийсэн ба цусан дахь креатинин, мочевины хэмжээг тодорхойлон үзлээ.

Үүнд нийт 22 өвчтөнд диализийн өмнө ба хойно дээрх үзүүлэлтүүдийн өөрчлөлтийг харьцуулан тодорхойлов. /хүснэгт.4/

|   | Цусан дахь                | креатинины                 | үзүүлэлт                                 | Цусан дахь                | мочевины                   | үзүүлэлтүүд                     |
|---|---------------------------|----------------------------|------------------------------------------|---------------------------|----------------------------|---------------------------------|
|   | Диализийн өмнө /мк/моль/л | Диализийн дараа /мк/моль/л | Креатинины бууралтын үзүүлэлт /мк/моль/л | Диализийн өмнө /мл/моль/л | Диализийн дараа /мл/моль/л | Мочевины бууралтын түвшин URR=% |
| 1 | 429.3                     | 223.6                      | 205.7                                    | 3.8                       | 2.2                        | 42.1                            |
| 2 | 729.6                     | 425.9                      | 303.7                                    | 6.7                       | 4.1                        | 38.8                            |
| 3 | 1020.8                    | 811                        | 209.8                                    | 13.5                      | 9.5                        | 29.6                            |
| 4 | 947.8                     | 926.0                      | 21.8                                     | 12.1                      | 9.0                        | 25.6                            |
| 5 | 1393.0                    | 185.5                      | 1207.5                                   | 15.4                      | 4.5                        | 70.2                            |
| 6 | 600.0                     | 439.0                      | 161                                      | 7.5                       | 4.5                        | 40                              |
| 7 | 467.5                     | 318.6                      | 148.9                                    | 10.0                      | 2.6                        | 74                              |
| 8 | 771.0                     | 453.9                      | 318                                      | 38.5                      | 16.7                       | 56.6                            |
| 9 | 578.3                     | 475.8                      | 102.5                                    | 19.0                      | 12.9                       | 32.1                            |

4 цагийн турш цусны урсгалын хурдыг 200 мл/мин-аар явуулахад 48 литр цус цэвэрлэж байсан бол цусны урсгалын хурдыг 250 мл/мин

|    |        |       |              |      |      |      |
|----|--------|-------|--------------|------|------|------|
| 10 | 1249.0 | 487.9 | 761.1        | 44.7 | 23.4 | 47.6 |
| 11 | 1052.0 | 627.2 | 424.8        | 42.7 | 27.4 | 35.8 |
| 12 | 741.7  | 553.0 | 188.7        | 37.7 | 21.2 | 43.7 |
| 13 | 1440.0 | 727.0 | 713          | 57.7 | 30.3 | 47.4 |
| 14 | 334.7  | 146.9 | 187.8        | 20.8 | 9.5  | 54.3 |
| 15 | 1224.0 | 708.7 | 515.3        | 41.8 | 23.4 | 44   |
| 16 | 485.0  | 205.4 | 279.6        | 26.4 | 10.9 | 58.7 |
| 17 | 1036.0 | 710.2 | 325.8        | 13.2 | 4.5  | 65.9 |
| 18 | 523.5  | 221.0 | 302.5 CF-120 | 28.1 | 10.7 | 61.9 |
| 19 | 566.1  | 312.1 | 254 CF-120   | 26.7 | 11.9 | 56.5 |
| 20 | 714.8  | 433.0 | 281.8 CF-120 | 31.7 | 19.2 | 39.4 |
| 21 | 853.8  | 346.8 | 507 CF-170   | 25.3 | 12.2 | 51.7 |
| 22 | 1186.0 | 773.8 | 412.2 CF-170 | 49.6 | 33.9 | 31.6 |

болгон ихэсгэхэд 60 литр цусыг тус тус цэвэрлэж байлаа.

Мөн энэ хэмжээгээр цусан дахь креатинин 50% хүртэл буурч байгаа нь ажиглагдлаа. Энэ үед шүүлтүүрийн талбайг CF-160 хүртэл томосгон цусан дахь мочевины бууралтын түвшинг доорх томьёогоор уг өвчтнүүдэд тодорхойлон үзэв.

**Мочевины бууралтын түвшин –URR /Urea reduction rate/**

$$URR = \frac{U_{pre} - U_{post}}{U_{pre}} \times 100 > 65\%$$

$U_{pre}$  - Гемодиализийн өмнөх мочевины концентраци

$U_{post}$  - Гемодиализийн дараах мочевины концентраци

$$URR = \frac{25.3 - 12.2}{25.3} \times 100 = 51.7\%$$

Үүнд хамгийн бага үзүүлэлт 39.4%, хамгийн их үзүүлэлт 70.2% тус тус гарч байна. Бикарбонат уусмалаар диализ эмчилгээг явуулах үед мочевины түвшин ацетат уусмалаар уг эмчилгээг явуулснаас илүү буурдаг нь судалгаагаар батлагдсан бөгөөд мочевины индекс 65%-аас дээш байвал уг эмчилгээний үр дүн сайн байгааг харуулах гол үзүүлэлт болдог байна.

Иймд дээрх үзүүлэлтүүдийг дунджаар авч үзэхэд 60% орчим байгаа нь манайд диализ эмчилгээний үр дүн боломжийн түвшинд байна гэж дүгнэж болох юм. Шүүлтүүрийн талбайн хэмжээтэй уг үзүүлэлт шууд хамааралтай байв. Өвчтөнд илрэх хордлогын шинжүүд буурч өвчтний биеийн байдал сайжирч байгаа нь ажиглагдлаа. Ялангуяа архан диализ бүхий өвтөний амьдрах хугацаа уртсаж, амьдралын идэвх сайжирч байгаа практикаар батлагдсан.

### Дүгнэлт

### Дүгнэлт

1. Гемодиализ эмчилгээний чанар, үр дүн нь уг өвчтөнд хэрэглэж буй техник хэрэгсэлтэй шууд хамааралтай болох нь судалгаагаар батлагдаж байна.
2. Цусны урсгалын хурдыг эмчилгээний хугацаанд ихэсгэж цэвэрлэх цусны хэмжээг нэмэгдүүлснээр цусан дахь креатинин, мочевины үзүүлэлтүүд буурч байгаа нь ажиглагдсан.
3. Шүүлтүүрийн талбайг томосгох тутам хордлогын үзүүлэлтүүдийн бууралт сайн байгаа нь дээрх мочевины бууралтын индексийн үзүүлэлтээс харагдаж байна.
4. Архаг төлөвлөгөөт диализ эмчилгээг 7 хоногт 12 цагаас доошгүй хугацаагаар явуулах нь зайлшгүй шаардлагатай байгаа нь ажиглалт судалгаагаар нотлогдсон.
5. Үр дүн сайтай, чанарын шаардлага хангасан диализ эмчилгээг явуулахын тулд бидний судалсан дээрх шаардлагуудыг онцгой анхааран үзэх нь уг эмчилгээний чанар ба үр дүнд шууд хамааралтай болох нь практикаас харагдаж байна.

Chronic renal failure (CRF) is a slow, insidious, and irreversible impairment of renal function. Uremia usually develops slowly.

Major causes of CRF include polycystic kidney disease, chronic glomerulonephritis, chronic pyelonephritis, chronic urinary obstruction, hypertensive nephropathy, diabetic nephropathy, and gouty nephropathy.

These causes can arise as primary renal disease or secondary to other systemic diseases. Primary renal disease includes glomerulonephritis, pyelonephritis, polycystic kidneys, and renal cell carcinoma. Causes that develop secondary to systemic disease include hypertensive nephropathy, gouty nephropathy, lupus nephritis, renal amyloidosis, myeloma kidney, nephrocalcinosis, and hereditary nephropathy.

With diagnosis 22 patients have treated haemodialysis treatment for 4 hours by bicarbonate of sodium solution. During the treatment, blood cannel was 180-200 mm/minutes and 48 liter blood has been cleaned for 4 hours. In pre and post dialysis, urea in blood of patients was checked and then was difined urea reduction rates. The minimum indices was 39.4% and maximum was 70.2%. So means average indices was about 60%. Therefore, concluded the result of the treatment is opportunity in Mongolia.

## НОМ ЗҮЙ

1. Лечение хронической почечной недостаточности Под.ред С.И.Рябова  
Санкт-Петербург 1997 с9-66, 435-443
2. Современный гемодиализ Е.А.Стецюк Москва 1998
3. Лечение почечной недостаточности А.Ю.Николаев, Ю.С.Милованов  
Москва 1999 с93-171, с173-214
4. Ермоленко В.М. Хпн некоторые вопросы патогенеза и лечение  
Тер.архив 1982.07. 114
5. Тэрбиш.Х Лечение больных с острой и хронической почечной  
Недостаточностью Дисс УБ 1982 г.
6. А.С Чиж Нефрологич в терапевтической практике
7. Kidney international Volume 53 Number 2 1998 P465-473
8. Clinical and experimental nephrology Vol.5 No.2 2001 P109-114
9. The Kidney H.E.de Wardener 1998 P181-240

## ШОДОЙН ОЛЕОГРАНУЛЕМ БА ШАМРАНД СУУЛГАСАН БӨМБӨЛГИЙН ЭМГЭГ ЖАМ, ЭМЧИЛГЭЭНИЙ АСУУДАЛД

Д.Нямсүрэн  
Ж.Нарантуяа

### Түлхүүр үг:

1. **Олеогранулем**-шодойн шамрангийн хэсэгт болон арьсан доогуур нь вазелин, глицерин, тосон эмульс шахаж эмгэг үүсгэх.
2. **Хуванцар бөмбөлөг**-зориудын аргаар шодойн шамрангийн салстын дор суулгасан бөмбөлөг.
3. **Циркумциция**-шамранг тойруулан зүсэж авах хагалгаа
4. **Некроз**-тэжээлийн дутагдалд орж шархны ирмэг үхжиж харлах.

**Оршил:** Хүний биеийн аль нэг хэсгийн хэлбэр галбирыг сайжруулах нөхөн засварлах гоо сайхны мэс засал хийх зорилгоор 100 гаруй жилийн өмнөөс эмч нар энэ төрлийн хагалгааг сонирхон хийх болжээ. Өнгөрсөн зуунд дээд зэргийн наалдамхай унжгай чанартай шингэнийг хэрэглэж байсан тухай ном сударч тэмдэглэгдэн үлджээ. [1]

Өнөөдөр урологийн практикт шээс гоожилтыг эмчлэхэд хүний биед ороод гаж нөлөө үзүүлдэггүй унжгай чанартай зөөлөн латекс резинлэг биеийг давсагны амсарт хуниас булчингийн дефект орон зайг орлуулан хийж нөхөн сэргээх, бэлгийн сулралтай өвчтний шодойн хөндийлөг биеийн хоорондуур пластмасан чиг тавьж суулгах эмчилгээг эмч эрдэмтэд хийж байна. [1. 2]

Сүүлийн жилүүдэд шодойн шамрангийн хэсэгт болон арьсан дор нь төрөл бүрийн тос, глицерин зэргийг агуулсан химийн бэлдмэлүүдийг шприцээр шахаж тарих, шамрангийн салстын дор жижиг зүслэг хийж хуванцар бөмбөлгийг суулгах зэрэг ажилбарыг залуучууд өөрөө өөртөө болон найз нөхөд харилцан бие биендээ хийж үүнээс үүдэж гарсан эмгэгийг эмчилж байгаа мэдээлэл, энэ эмгэг өсөх хандлагатай байгаа тухай эмч эрдэмтдийн судалгаа цөөнгүй байна (1-3).

Шамрангийн салстын дор эргэн тойронд нь вазелин, глицерин, преднизолон, гидрокортизоны эмульс зэргийн аль нэгийг шприцээр шахаж гэмтэл учруулснаас шахагдаж орсон тосон уусмал уусдаггүй учир томоохон хэмжээний булдруунууд үүсгэж орчны арьс салстыг гэмтээж, шодойн хөндийлөг болон хөвсгөр биед их хэмжээний сорвижилт, үрэвслийн нэвчдэс, жижиг бичил буглаа үүсэж улмаар шодойн



хэлбэр хэмжээ өөрчлөгдөж хэв гажилт үүсэж хүндрэх тохиолдол ихэнхэд нь тохиолдож байна. Шодойн шамрангийн салстын дор бөмбөлөг байрлуулснаас шалтгаалж үрэвсэх, өөртөө болон эмэгтэй хүнд эвгүй мэдрэмж эмгэг үүсгэж зовлонд учруулдаг (1-3).

Судалгааны зорилго нь эмгэгийг үүсгэж буй шалтгаан, үүсэх үр дагавар, эмчилгээний асуудлыг хөндөж товч дүгнэлт гаргахад оршино.

**Клиник судалгаа:** Бидний судалгаагаар УКТЭ-ийн 1999-2001 оны Бөөрний мэс заслын тасагт болон амбулаториор 23-39 насны 24 тохиолдол бүртгэгдсэний 16 (66.7%) тохиолдол нь шодойн шамрангийн хэсэгт болон их биеийн доод 1/3-ийн арьсан дор 6-15 мл-ийн хэмжээтэй тосон бэлдмэл шахаж тарьжээ. Үүнд: глицерин 4 тохиолдолд, вазелин 5, парафин 2, эритромицетиний болон тетрациклиний тос 3, преднизолоны эмульс 2 тохиолдолд тус тус шахуулжээ.

8 (33.3%) тохиолдолд шамрангийн арьсан дор буюу салстын дор хуванцар бөмбөлөг суулгуулсан байв. Бөмбөлгийн диаметр 0.5 см хүртэл хэмжээтэй байлаа. Бөмбөлгийг 6 тохиолдолд шамран, шодойн толгойтой нийлэх заагт 9, 15 цагийн байрлалд суулгасан, 2 тохиолдолд шодойн хөвчний ойролцоо 1 бөмбөлөг суулгуулжээ.

5 тохиолдолд бөмбөлгийг эмнэлгийн бус орчинд шүдний сойзны ишийг бөөрөнхийлж улмаар тодорхой хугацаанд амандаа хүлхэн өө сэвгүй бөөрөнхий болгосны дараа хурц сахлын хутгаар шодойн шамрангийн салстыг зүсээд зүссэн хэсгээрээ бөмбөлгөө тунель (хонгил) үүсгэж суулгасан анамнезтэй, 3 тохиолдолд бэлэн хуванцар бөмбөлгийг суулгуулсан өгүүлэмжтэй байлаа.

Бидэнд шодойндоо гаднын биет тос шахуулсан, бөмбөлөг суулгуулсан өвчтнүүд 6 сараас 7 жилийн дараа хандсан. Шодойн зөөлөн эдэд эмгэг өөрчлөлтүүд гүнзгийрч хүндрэлүүд (шодойнд хэв гажилт үүссэн, тахийж мурийсан, шодойн толгойн эргэн тойронд шамрангийн хэсэгт зузаарч булдруутаж хатуурч хавагнаж, улайж, нэвчдэс үүссэн, байнга чинэрч өвдөж тайван бус байдалд орсон, шодойн эргэн тойронд яс шиг хатуурч хэтэрхий томорсноос хэвийн физиологийн үйл ажиллагаа явуулах боломжгүй болсон зэрэг) үүссэнээс өвчтнүүд өөрсдөө эмнэлгийн тусламж авахаар ирцгээсэн.

Дээрх эмгэгт өртсөн залуучууд сексийн мэдрэмжээ хүчтэй болгож бэлэг эрхтнээ том болгох зорилгоор тос шахуулж, бөмбөлөг тавиулсан гэсэн өгүүлэмжтэй байлаа. Шодойн олеогранулям болон тэнд суулгасан хуванцар бөмбөлгийн эмчилгээ нь зөвхөн мэс заслын аргаар анагаагдана. Төгс мэс засал хийхийн өмнө 4 тохиолдолд үүссэн идээт хүндрэлийг нээлт хийж цэвэрлэж түр хугацаагаар УВЧ-ээр шарлага хийж, 10%-ийн NaCl-ийн уусмалаар компресс тавьж байлаа.



Бид шодойн олеогранулемтай 16 тохиолдлын 14-д нь циркумци-ция-шодойн доод 1/3-ийн арьс шамранг оролцуулан эргэн тойронд нь эмгэгтэй хэсгийг тойруулан өөлж авч оёдол тавьсан. 2 тохиолдолд шодойн их бие рүү хуйхнагийн хэсэгт олеогранулем үүссэн байсныг циркумциция хийхийн сацуу, шодойн арьсан дороос олеогранулемыг өвчиж авсан. Энэ 2 тохиолдолд шодойн арьсыг нилээд хэмжээгээр татаж тайрч авснаас татагдаж оёгдсон шархны ирмэг хэсэгт нэвчдэс үүссэнээс оёдол сэтэрсэн, зарим хэсэгт тэжээлийн дутагдал некроз үүссэн тул шарханд цэвэршүүлэх эмчилгээ хийсний дараа хоёрдогч оёдол тавьсан. Мэс заслын эмчилгээ хийсний дараа марганцтай уусмалд шархтай хэсгийг дүрж цэвэрлэж эмчилсэн.

Шодойн шамрангийн салстан дор суулгасан хуванцар бөмбөлөгтэй 8 өвчтөнд амбулаторийн мэс заслын кабинетээр бөмбөлгийг нь авах мэс ажилбар хийж эмчилсэн. Эмчлэгдсэн өвчтнүүдээс нэгээс бусад нь бидэнд эргэж хандаагүй.

**Дүгнэлт:** Бөмбөлөг суулгах, янз бүрийн тосон бэлдмэл шодойндоо шахах үйлдэлийн эцсийн зорилго нь хурьцах үйл ажиллагааг хүчтэй мэдрэмжтэй болгох, шодойгоо томруулах зорилт тавьдаг ч тэр бүгд бүтэлгүй оролдлого болох нь тодорхой болж эр хүний хоёрдох зүрх болсон амьдралын амин чухал эрхтнээрээ тоглож эрэмдэг болох их үүсвэр болж байна.

Шодойн олеогранулем болон бөмбөлөг тавиулсан тохиолдлыг зөвхөн мэс заслын аргаар эмнэлгийн нөхцөлд эмчлэх, хүндэрсэн хэлбэрийн олеогранулямийг мэс засал, эмийн эмчилгээг хавсарч хийх нь үр дүнтэйг бидний судалгаа харуулж байна.

## НОМ ЗҮЙ

1. J.Steffens, B.Kosharsky, R.Hiebl, B.Schünberger, R.Rüttger, S.Leqning. Paraffinoma of the External Genitalia after Autoinjection of Vaseline.
2. Lee T, Choi HR, Lee VT, Lee VH. Paraffinoma of the penis. Yonsei Med. J 1994;35:344
3. Д.А.Коганов, Е.Д.Жданова. Хирургическое лечение олеогранулем наружных половых органов у мужчин. Урология 1998 № 5 ст.40-41

## Conclusion

*D.Nyamsuren*

*J.Narantuya*

Transplantation of ball, injection of oil preparations to the external genitalia pennis have the mean goal to make sexual interaction nice and sensitive. A negative consequence of this treatment might be that the man will become unhappy with is organ.

Our study showed that complicated cases can be treated just by surgery in hospitals using medical (surgical) treatment.

## ЦУСНЫ БҮЛЭГНЭЛТИЙН ЗАРИМ ЭМГЭГИЙН ОНОШЛОГООНД Д-ДИМЕРИЙН АЧ ХОЛБОГДОЛ

Ч.Цэрэннадмид, Ц.Одгэрэл  
Н.Оюундэлгэр, Д.Нэргүй

Цусны бүлэгнэлтийн зарим эмгэгүүд (тухайлбал уушигны артерийн тромбоз, янз бүрийн байрлалтай гүний вений тромбоз) тохиолдлын хувьд элбэг бус боловч оношлоход өртөг ихтэй аргаар тухайн хүндээ таатай бус шинжилгээг (ангиографи, судасны хэт авиан шинжилгээ гэх мэт) олон дахин хийж үзэх шаардлага тулгардаг. Үүнээс гадна лейкоз, ДВС хам шинж, зүрхний булчингийн болон тархины хурц шигдээс, ишеми, элэгний өвчнүүд, зарим халдварт өвчин, сепсис, гломерулонефрит, бөөрний архаг дутагдал, гэмтэл, хорт хавдар, эх барих эмэгтэйчүүдийн зарим эмгэгүүд (преэклампси, эклампси, умайд ургийн хөгжил зогсох гэх мэт) болон том мэс заслын дараа цусны бүлэгнэлтийн хямралыг зөв шуурхай тодорхойлж бодитой үнэлгээ өгөх нь чухал. Түүнчилэн тромболитик эмчилгээ хийж байгаа үед эмчилгээний үр дүнг цаг тухайд нь хянах хэрэгтэй болдог.

Энэ бүхэнд тромбин үүсэлт фибринолизийг хянах лабораторийн шинжилгээнүүд чухал үүрэгтэй бөгөөд сүүлийн үед фибрин задралын бүтээгдэхүүн болох Д-димерийг тодорхойлох арга нь нэлээд оновчтой хялбар шинжилгээ болж байгаа юм.

Цус бүлэгнэлтийн 3-р шатанд тромбины үйлчлэлээр фибриноген фибрин болж хувирснаар тромбо үүсэлт эхэлдэг. Тромбын бүтцийн гол бүрэлдэхүүн хэсэг нь өөр хоорондоо хөндлөн холбогдсон уусамтгай биш фибриний тор юм. Энэхүү фибриний хөндлөн холбоосууд нь зэргэлдээ 2 фибрин мономерийн хоёр Д-домайны хооронд үүсдэг байна. Д-димер бол фибриний тор плазмины протеолитик үйлчлэлээр задрахад үүсч байгаа хамгийн бага молекул жинтэй, өвөрмөц эсрэг төрөгч шинж чанартай фибриний тасархай юм.

Д-димерийг тодорхойлох хэд хэдэн аргууд байдаг. Үүнд:

- ELISA /Enzyme-Linked Immunosorbent Assay/
- Латекс-тестийн арга
- WBA / Whole Blood Agglutination Assay /

Эдгээр арга нь өөр өөрийн давуу болон сул талтай бөгөөд бүгдээ-

рээ Д-димер тасархайн эпитоп-д өвөрмөц холбогдох чадвартай моноклональ эсрэг биеийг ашигладаг.

Эрүүл хүнд Д-димер сийвэнд 0.2 мг/л-ээс бага байдаг. Д-димерийн хэмжээ ихсэх нь янз бүрийн шалтгаантай цусны бүлэгнэлтийн эмгэгүүдийн үед түгээмэл боловч ДВС хам шинж, уушигны артерийн тромбозомболи, гүний венийн тромбозын үед илүү өндөр тодорхойлогддог. Канадын судлаач Ginsberg нар гүний венийн тромбозтой 401 хүнд Д-димер тестийг венографийн шинжилгээтэй хавсруулан судлахад тэдний 97.1%-д нь Д-димер өндөр гарсан байна.

Америкийн судлаач Bernard нар гүний венийн тромбозтой байж болох 946 хүнд Д-димерийг венийн хэт авиан шинжилгээтэй хавсруулан судалснаас 686-д нь Д-димер хэвийн гарсан бөгөөд тэдгээр хүмүүст дахин хэт авиан шинжилгээ хийх шаардлагагүй гэж үзсэн. 3 сарын дараа тэднээс зөвхөн 3 хүнд гүний венийн тромбоз үүссэн нь Д-димер тестийн шинжилгээ нь 99.9%-ийн өндөр магадлалтайг харуулж байна гэж тогтоожээ. Эдгээр судалгаанаас харахад Д-димер сийвэнд хэвийн байвал дээрх эмгэгүүдийг үгүйсгэх магадлалтай гэж болохоор байгаа юм.

**Судалгааны аргачлал** Тус судалгааг УКТЭ-ийн ДШЦСК-т явуулсан. Судалгаанд Австралийн AGEN BIOMEDICAL LIMITED компанийн Димер латекс тестийг ашиглав. Энэ тест нь өндөр өвөрмөц ДД-ЗВ6/22 моноклональ эсрэг биеийг латекс хэсэгт холбосон суспензийг ашиглан чанарын болон тоон аргаар цусны сийвэнд Д-димерийг тодорхойлдог.

**Судалгааны баримт** Бид судалгаандаа УКТЭ-т амбулатороор эмчлүүлэгч, хэвтэн эмчлүүлэгч 16-86 насны 10 эрэгтэй, 10 эмэгтэй нийт 20 хүнийг хамруулсан. Өвчний оношоор бүлэглэвэл:

|                                           |          |
|-------------------------------------------|----------|
| Уушгины хурц үрэвсэл, гялтангийн үрэвсэл, |          |
| уушгины артерийн тромбозомболи            | 4        |
| Зүрхний тэжээл хомсдол, шигдээс           | 3        |
| Тархины судасны тромбоз                   | 1        |
| Хөлийн гүний венийн тромбоз               | 2        |
| Цусны хорт хавдар, коагулопати            | 8        |
| Элэгний хатуурал, ходоодны шархлаа        | 2 байна. |

Судалгаанд хамрагдагсдын цусанд Д-димер, тромбоцит, коагулограммын үзүүлэлтүүдийг тодорхойлж харьцуулан судалсан. Нийт хүмүүсийн 80%-д нь (16 хүн) Д-димер өндөр байснаас 43.7% (7хүн)-д нь Д-димер 3.2 мг/л хүртэл өндөр гарсан. Энэ нь ДВС хам шинж, гүний

венийн тромбозтой хүмүүст тохиолдож байлаа. 56.3% (9 хүн)-д нь 0.8 мг/л хүртэл байсан нь архаг миелолейкоз дэлүүний тромбоз, шигдээсээр хүндэрсэн, зүрхний тэжээл хомсдол, зүрхний шигдээс оношлогдсон хүмүүс байсан.

Үлдсэн 20%-д нь (4 хүн) Д-димер хэвийн байсан нь цус бүлэгнэлтийн 1, 2-р шатны хямралтай холбоотой коагулопатид илэрч байв. Өөрөөр хэлбэл, энэ нь фибрин, тромбо үүсэлттэй шууд холбоогүй юм.

Судалгаанд Д-димер болон фибриногений үзүүлэлтүүдийн корреляци хамаарлыг тогтоож үзэхэд (корреляцийн коэффициент нь 0.27 корреляцийн коэффициентийн алдаа нь  $\pm 0.23$ , үнэн магадтайн шалгуур нь 1.69) тэдгээрийн хооронд сул шууд хамаарал байсан.

**Үр дүн ба хэлцэмж** Янз бүрийн шалтгаантай цусны бүлэгнэлтийн эмгэгүүдийг оношлоход Д-димер тест мэдрэг болох нь дээрх судалгаанаас харагдаж байна. ДВС хам шинж, гүний венийн тромбозын үед Д-димерийн оношлогооны ач холбогдол илүү байгаа нь гадаадын судлаачдынхтай дүйж байгаа юм. Сийвэн дэх Д-димерийн хэмжээ болон фибриногений хооронд хүчтэй хамаарал илрээгүй.

Д-димерийн хэмжээ цус бүлэгнэлтийн 1, 2-р шатны хямралтай холбоотой коагулопатийн үед ихсэхгүй байгаа нь тромбын гол бүрэлдэхүүн болох фибрин үүсээгүй эсвэл фибринолизийн идэвх сул байгааг илтгэж байна гэж үзэж байна.

Д-димер тест нь өвөрмөц чанар багатай, бүлэгнэлтийн эмгэгүүдийн фибринолизийн идэвхжилийн үед ихсэх нь түгээмэл байдаг ч хэвийн хэмжээнд байвал уг эмгэгийг үгүйсгэх өндөр магадлалтай, хялбар, мэдрэх чанар сайтай, мэдээлэл хурдан өгдөг давуу талтай тул цаашид клиникийн практикт хэрэглэх нь чухал ач холбогдолтой юм.

## НОМ ЗҮЙ

1. Ч.Цэрэннадмид, Ц.Одгэрэл. "Цус" төсөлт ажлын тайлан
2. Tripodi A. Markers of activated coagulation and their usefulness in the clinical laboratory. Clin Chem. 1996;42:664-669.
3. Ginsberg JS, Kearon C. The use of D-dimer testing and impedance plethysmographic examination in patients with deep vein thrombosis. Arch Intern Med. 1997;157:1077-1081
4. Patrick Brill-Edwards, Agnes Lee. D-dimer testing in the diagnosis of acute venous thromboembolism. Thrombosis and Haemostasis 1999;82:688-694



### Abstract

The objective of this report is to evaluate the use of D-dimer testing in diagnosis of some coagulation disorders. The D-dimer, two domains of fibrin and their crosslinks is the smallest and best-characterized degradation product.

Elevated D-dimer levels are found in many clinical conditions in which fibrin is degraded by plasmin including deep vein thrombosis and pulmonary embolism but the specificity for deep vein thrombosis is low for all D-dimer assays. D-dimer tests, however, because of the high sensitivity and corresponding negative predictive values, are potentially useful as tests to exclude a diagnosis of deep vein thrombosis and disseminated intra vascular coagulation syndrome.

## ЭЛЭГНИЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЙГ ОРНИЦЕТИЛЭЭР ЭМЧИЛСЭН ҮР ДҮН

Н.Туул  
Ч.Долгорсүрэн  
Д.Лундиа

Элэгний цочмог, архаг үрэвсэл, элэг хатууралын үед өвчтөнд үүсэж буй тархины үйлийн хямралыг ЭЭ (хаалган тогтолцооны энцефалопати-ХТЭ) гэж тодорхойлдог бөгөөд, өдөөн хатгаж буй хүчин зүйлийг нь цаг алдалгүй танин оношлож, эмчлэхэд эргэн наашлах боломжтой хүндрэл юм [1].

Элэгний энцефалопати нь өвчтний цусанд шүвтэрийн хэмжээ хэт ихэссэнээс оюун санааны чадавхи буурах, ухаан санаа хямрах, бие хүний зан аяг өөрчлөгдөх, тархины цахилгаан бичлэгт өөрчлөлт гарах байдлаар илэрдэг.[1]

Элэг шүвтэрийг мочевин, глютамин болгон биеэс зайлуулдаг.

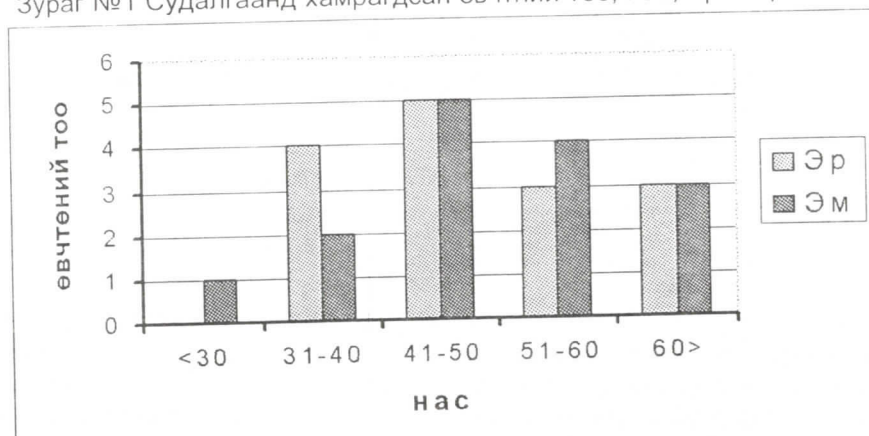
Гэвч элэг дангаараа шүвтэрийг биеэс зайлуулж чаддаггүй, үүссэн шүвтэрийн гуравны нэг анхны саадыг хувиралгүй давдаг бөгөөд хувираагүй шүвтэрийг булчин хоргүйжүүлдэг[2].

Элэгний энцефалопати илэрсэн үед элэг шүвтэрийг хоргүйжүүлэх ажиллагаа 80% буурч, булчinguуд хатингиршиж үйл ажиллагаагаа явуулж чадахгүй болсоноос өвчтний цусанд шүвтэрийн хэмжээ 90% хүртэл ихсэж, тархи мэдрэлийг хордуулдаг бөгөөд түүний түвшин буурахад эмнэлзүйн сайжрал илэрдэг[3].

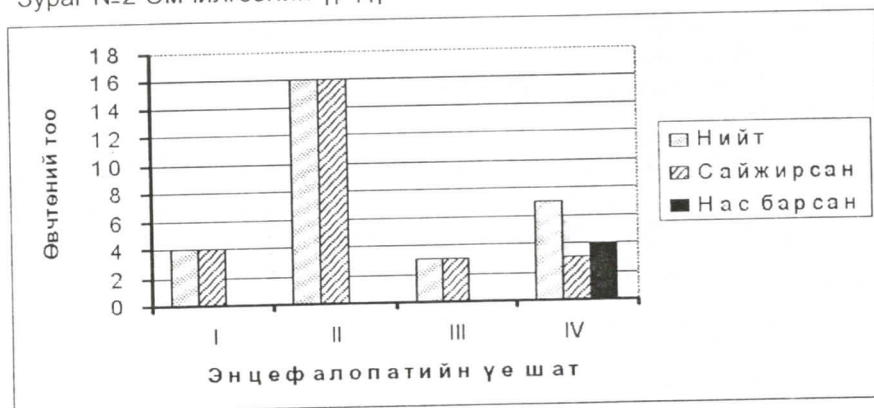
УКТЭ-ийн гастроэнтерологийн клиникт сүүлийн 10 жилд элэгний энцефалопатитай 134 өвчтөн эмчлүүлснээс 45 (33.5%) нас барсан тохиолдол бүртгэгдсэн байна.

Судалгаанд 2000-2002 онд гастроэнтерологийн клиникт хэвтэн эмчлүүлсэн элэгний энцефалопатийн 1, 2, 3, 4-р зэрэгтэй 30 өвчтнийг цусан дахь шүвтэрийг саармагжуулж, зайлуулагч орницетил аспартат (L-кетоглютарын хүчил) 10g-ийг 0.9% NaCl 100ml 8-12 цагийн зайтай судсаар тарьж эмчилгээний үр дүнг судласан. Түүнчлэн уламжлалт глюкокортикоид, гепатопротекторуудтай хавсран эмчилсэн [4, 5].

Зураг №1 Судалгаанд хамрагдсан өвчтний тоо, нас, хүйсээр



Зураг №2 Эмчилгээний үр дүн

**Үр дүн, дүгнэлт:**

1. Элэгний энцефалопатийн 1, 2, 3-р зэрэгтэй 23 (100%) өвчтөнд үр дүнтэй байгаа нь цаашид орницетилийг практикт өргөн хэрэглэх нь зүйтэйг харуулсан.
2. Элэгний энцефалопатийн 4-р зэрэгтэй бөөрний цочмог, архаг дутагдал хавсарсан 2, элэгний некрозтой 1, эмчилгээний хугацаа 5 хоногоос цөөн байсан 1, нийтдээ 4 (57%) өвчтөнд үр дүнгүй байв.
3. Цаашид эмчилгээний үр дүнг дээшлүүлхэд орницетилийг лактулозатай хавсран хэрэглэх нь зүйтэй юм.

### Conclusion

1. In hepatic encephalopathy 23 (100%) patients stages 1, 2, 3 have shown good results and practical usage of ornice<sup>til</sup> is good.
2. In hepatic encephalopathy stage 4 patients uremia 2, hepatic necrosis 1, treatment shorter than 5 days 1 person, all together 4 people (57%) the cure was not useful.
3. In the future to increase the results of treatment it is advisable to use ornice<sup>til</sup> and lactulosa together.

### НОМ ЗҮЙ

1. Майр К.П., Гепатит и последствия гепатита. Москва, 1999, с.313-375.
2. Лопаткина Т.Н. Лечение печеночной энцефалопатии при циррозе печени, //Клиническая фармакология 96. №1.с. 48-50.
3. Маев И.В, Гуревич К.Г. Лечение и профилактика печеночной энцефалопатии гепатопротекторами //Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2001. №4. с. 41-45.
4. Sleisenger and Fordtrans. Gastrointestinal and Liver Disease Volume 2, p.1334-1339
5. Любшина О.В, Гречко В.Е. и др, Эффективность различных гепатопротекторов при печеночной энцефалопатии //Клиническая медицина 1999. №11.с.17-20.

## ХАГАЛГААНЫ ДАРААХ ҮЕИЙН ӨВДӨЛТИЙН ЭМЧИЛГЭЭНИЙ БАЙДЛЫГ АСУУЛГЫН АРГААР СУДАЛСАН ҮР ДҮН

Л.Ганболд

Л.Өнөрзаяа

Манай клиникийн эмнэлгүүдэд мэс зэслын эмчилгээний явцад өвчтөн хэр зэрэг хүчтэй өвдөлт мэдэрч байгаа болон өвчтөн дээрх өвдөлтийг хэрхэн дүгнэж хүлээн авч байгааг тодорхойлох зорилгоор энэ судалгааг хийсэн болно. Өвдөлтийн эмчилгээний чанарыг улам бүр дээшлүүлж, өвчтөнг өвдөх шаналгаанаас хамгаалахын тулд үр дүнг асуулгын аргаар байнга судалж байх хэрэгтэй юм. Асуулга хуудсыг хэрэглэх нь эмчилгээ үйлчилгээний ажлын чанар, үр дүнг судлах, хэд хэдэн төрлийн аргыг хооронд нь харьцуулан үзэх зэрэгт ач холбогдолтой билээ. Өвчтөнд нэргүй хуудас, судалгааны анкет тараан өгч бөглүүлэх нь тухайн төрлийн эмчилгээ стандартын шаардлагыг хангаж байгаа эсэхийг дүгнэх шударга хэлбэр гэж үзэг.

Хагалгааны дараах үеийн өвдөлт намдаах эмчилгээний үр дүнгийн өнөөгийн байдлыг үнэлэх асуулга судалгааг биеийн янз бүрийн хэсэгт мэс засал хийлгэсэн эрэгтэй 43, эмэгтэй 57 (дундаж нас  $39.05 \pm 16.24$ ) бүгд 100 өвчтнийг хамруулан явуулав (Хүснэгт 1).

Хүснэгт 1. Өвдөлтийн эмчилгээний үр дүнгийн судалгаанд хамрагдсан өвчтний бүлгийн ерөнхий мэдээлэл

| Өвтөний нас, хүйс, өвчний онош |                 | Өвчтөний тоо | Эзлэх хувь |
|--------------------------------|-----------------|--------------|------------|
| Хүйс                           | Эр              | 43           | 43%        |
|                                | Эм              | 57           | 57%        |
| Дундаж нас $39.05 \pm 16.24$   |                 | 100          | 100%       |
| Мэс заслын төрөл:              |                 |              |            |
|                                | Хэвлийн         | 38           | 38%        |
|                                | Цээжний         | 10           | 10%        |
|                                | Шулуун гэдэсний | 21           | 21%        |
|                                | Бөөрний         | 9            | 9%         |
|                                | Эмэгтэйчүүдийн  | 16           | 16%        |
|                                | Бусад           | 6            | 6%         |

ХДҮӨ-ийн эмчилгээний үр дүн нь мэс заслын өмнөх үед өвчтөнд



өвдөлтийн тухай ойлголт мэдлэг эзэмшүүлэх, түүнийг эмчлэх аргуудыг танилцуулах, эдгээр аргын зөрөг, сөрөг тал, бололцоо ба хүндрэлийн тухай өвчтөнд олгосон мэдээллээс ихээхэн шалтгаална. Хагалгааны дараах өвдөлтийн эмчилгээг судлаачид өвчтөн болон эмнэлгийн үйлчлэгчдийг өвдөлт, өвдөлтийн эмчилгээний тухай мэдлэг эзэмшүүлэхэд онцгой анхааран ажиллаж чанарын дэвшилт гаргасан тухай мэдээлсэн нь олонтой.

Манай клиникийн эмнэлгүүдэд хагалгааны дараах өвдөлтийн тухай ойлголт мэдлэгийг өвчтөнд хэн, хэзээ эзэмшүүлж байгааг судалж үзэв (График 1).

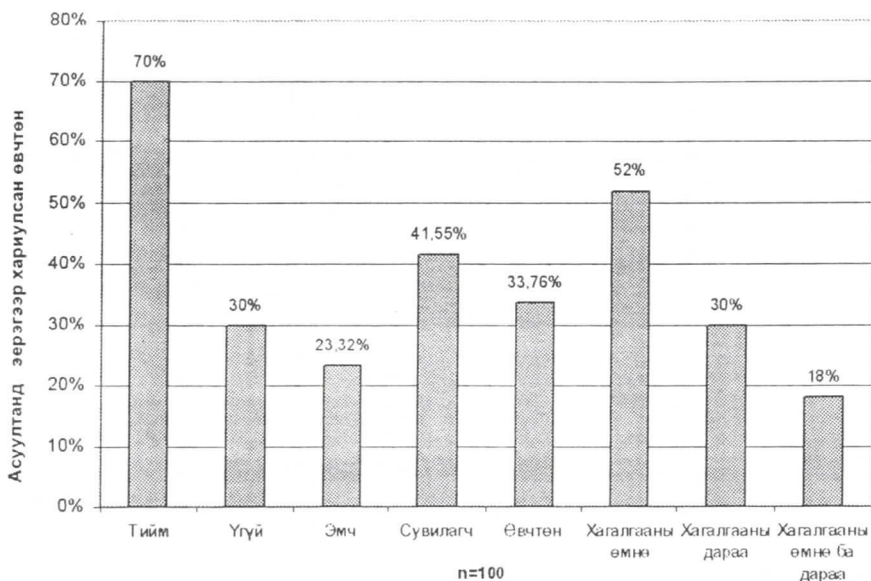


График 1. Хагалгааны дараах өвдөлтийн тухай эмнэлгийн ажилтан өвчтөнд тайлбарласан эсэх, хэн, хэдийд?

Мэс заслын эмчилгээ хийлгэж байгаа өвчтний 30% нь хагалгааны дараах өвдөлтийн тухай ямар нэгэн мэдээлэл, ойлголтгүйгээр хагалгаанд орсон, 23.32% нь хагалгааны дараах өвдөлтийн тухай мэдээллийг эмчээс, 41.5% нь сувилагчаас авсан гэж хариулсан байхад 33.76% нь хажуугийн өвчтнөөс мэдэж авсан байна. Түүнчлэн өвчтнүүдийн 30% нь хагалгааны дараах өвдөлтийн тухай мэдээллийг мэс заслын дараа л сонсож мэддэг гэж хариулсан байна. Хагалгааны дараах өвдөлтийн тухай мэдээлэл, мэдлэгийг өвчтөнд эзэмшүүлэх нь өвдөлтийг намдаах эмчилгээний амжлтын нэг чухал хүчин зүйл болдог билээ. Харин бидний судалгааны үзүүлэлтүүдийг дүгнэж үзэхэд

дээрх хүчин зүйлийг төдийлэн хайхрахгүй орхигдуулж байгаа нь харагдаж байна.

Өвдөлт намдаах эмчилгээний үр дүнгийн тухай өвчтний сэтгэгдлийг график 2-т үзүүлэв.

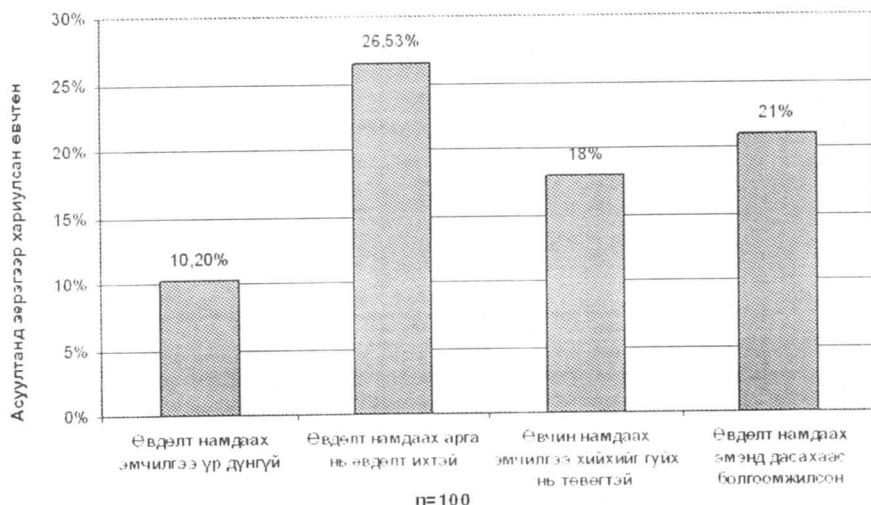


График 2. Өвдөлт намдаах эмчилгээний тухай өвчтний сэтгэгдэл

Асуулгад хамрагдагсдын 10.2% дээрх өвдөлт намдаах эмчилгээ хийхэд огт үр дүнгүй, 26.53% нь өвдөлт намдаах эмчилгээ нь өөрөө өвдөлт үүсгэдэг, өвдүүлдэг гэж хариулсан байна. Бид өвчтөнд нэмэлт өвдөлт үүсгэдэггүй өвдөлт эмчилгээний аргуудыг сонгож хэрэглэх нь зүйтэй юм.

Хагалгааны дараах үед өвчтний мэдэрсэн өвдөлт тухайн өвчтний мэс заслын эмчилгээний өмнөх үед төсөөлж байсантай хэрхэн дүйж байгааг судалж үзлээ (график 3).

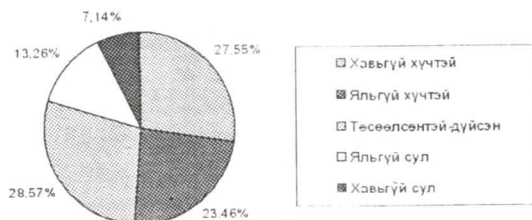


График 3. Хагалгааны дараах өвдөлтийн хүчийг өвчтний төсөөлж байсантай харьцуулсан үзүүлэлт

Эндээс үзэхэд өвчтнүүдийн 50.9% нь хагалгааны дараах үеийн өвдөлт тэдний төсөөлж байснаас "илүү хүчтэй", 27.5% нь төсөөлснөөс "хавьгүй хүчтэй" өвдөлттэй байснаа илэрхийлсэн байна. Үүнээс үзэхэд нийт өвчтний 78.4% нь хагалгааны дараах үеийн өвдөлт (ХДҮӨ) тэдний төсөөлснөөс илүү хүчтэй байсан ажээ.

Хагалгааны дараах үеийн өвдөлт өвчтний төсөөлж байсантай харьцуулсан үзүүлэлтийг Италийн Ром хотын эмнэлгийнхтэй харьцуулсныг график 4-т үзүүлэв.

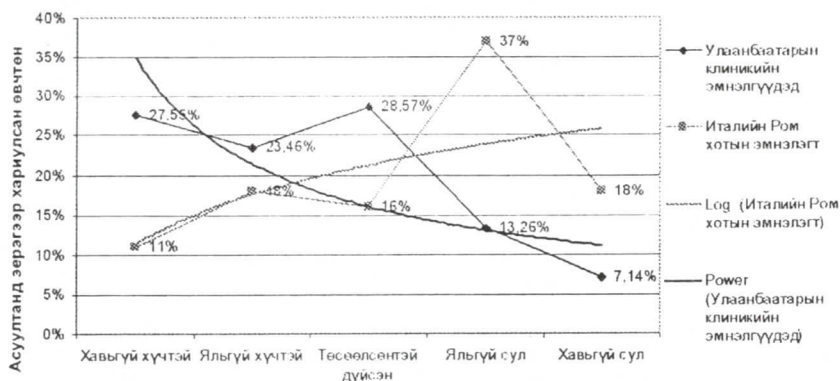


График 4. Хагалгааны дараах өвдөлтийн хүчийг өвчтөний төсөөлж байсантай харьцуулсан үзүүлэлт

Ром хотын эмнэлэгт төсөөлснөөс сул өвдсөн хувь өндөр байхад, манай улсын клиникийн эмнэлгүүдэд төсөөлснөөс хавьгүй хүчтэй өвдөнө гэсэн зовиуртай өвчтний хувь өндөр байв. Судалгааны дээрх үр дүн өвдөлт намдаах эмчилгээ хангалтгүй, өвчтний өвдөлтийн тухай мэдээлэл, төсөөлөл бодит байдлаас зөрөөтэй байгааг харуулж байна.

Хагалгааны дараах үед өвчтний мэдэрсэн хамгийн хүчтэй өвдөлтийн эрчмийг ШШҮ-ийн аргаар тодорхойлж, энэ нь хагалгааны дараах хэдий үед голчлон тохиолдож байгааг судалж үзэв (график 5).

Судалгаанд хамрагдсан өвчтний 25.75% нь мэдээгүйжүүлгээс сэрэх үед "хүчтэй өвдөлт мэдэрсэн" гэсэн нь анестезиолог эмч мэдээгүйжүүлгийн төгсгөл үед хагалгааны дараа сэрэх үеийн өвдөлтийг бууруулахад чиглэсэн эмчилгээг хийхгүй байгааг илэрхийлж байгаа юм. Мөн өвчтнүүдийн 32.57% нь хагалгааны дараах өвдөлт 3 хоног үргэлжилж байна гэсэн нь түүнийг эрчимтэй эмчлэхгүй олон цаг, хоногоор өвдөлт үргэлжилж энэ хэлбэрийн цочмог өвдөлт архагших нөхцөл бүрэлдэж буйг нотолж байна. ШШҮ-ийн аргаар хамгийн хүчтэй өвдөл-

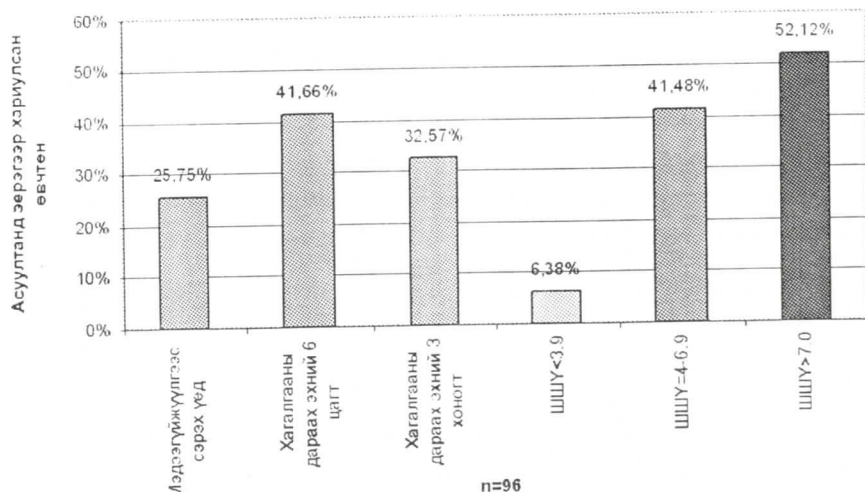


График 5. Хагалгааны дараах хамгийн хүчтэй өвдөлтийг ШШҮ-ээр хэмжиж тодорхойлсон нь

тийг илэрхийлэн гаргахад өвчтнүүдийн 52.12% нь нэн хүчтэй (ШШҮ>7.0), 41.48% нь хүчтэйвтэр (ШШҮ=4-6.9) өвдөлт мэдэрсэн гэсэн нь энэ төрлийн судалгаа явуулсан эрдэмтдийнхээс мэдэгдэхүйц өндөр үзүүлэлтэй байна (Laura Bertini, MD. Continuous Quality Improvement Approach to an Italian Acute Pain Service model, 2000).

Өвдөлт эмчилгээний талаархи өвчтний сэтгэл ханамжийн шалгуурыг судалж үзэв (график 6). Судалгаанд хамрагдсан өвчтнүүдийн

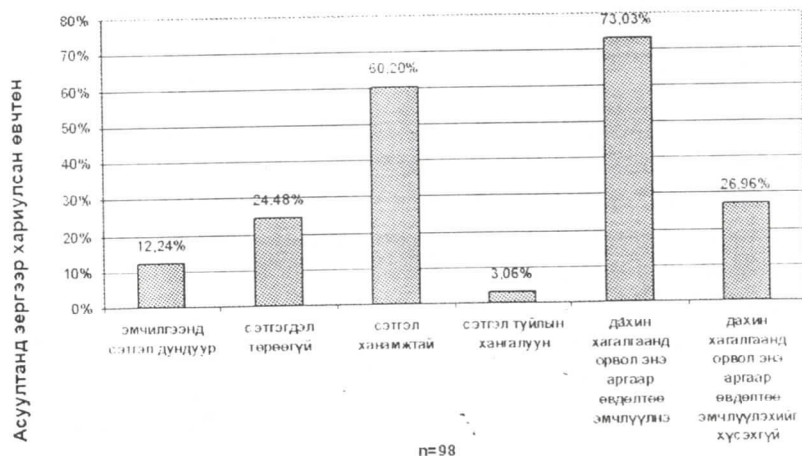


График 6. Өвдөлт эмчилгээний талаархи өвчтөний сэтгэл ханамж

12.24% нь хагалгааны дараах үеийн өвдөлт эмчилгээнд "сэтгэл дундуур" гэсэн байхад 60.2% нь "сэтгэл ханамжтай байна" гэжээ. Харин тэдний 26.96% нь энэ удаад хэрэглэсэн өвдөлт намдаах эмчилгээний аргыг "дахин хэрэглэхийг хүсэхгүй" гэж хариулжээ.

Манай нөхцөлд хагалгааны дараах өвдөлтийн эмчилгээний явцад тохиолдох дагалдах сөрөг нөлөө, хүндэрлийг авч үзвэл өвчтөн нойрмоглох (36.2%), дотор муухайрах (22.2%) (МБЭ-ийн бодисын сөрөг нөлөө), шээс түдэх (21.2%) (дамжуулах замын мэдээгүйжүүлгийн дагалдах сөрөг нөлөө) зэрэг хүндрэлүүд давамгайлж байна (График 7). Эдгээр хүндрэл нь бид ХДҮӨ-ийг гол төлөв цөөн нэр төрлийн эмээр, булчинд тарих замаар хэрэглэдэгтэй холбоотой гарч байна.



График 7. Өвдөлт намдаах эмчилгээний дагалдах сөрөг нөлөө, хүндрэл

Харин манай эмнэлгүүдэд тохиолддог хүндрэлүүд бидний жишээ

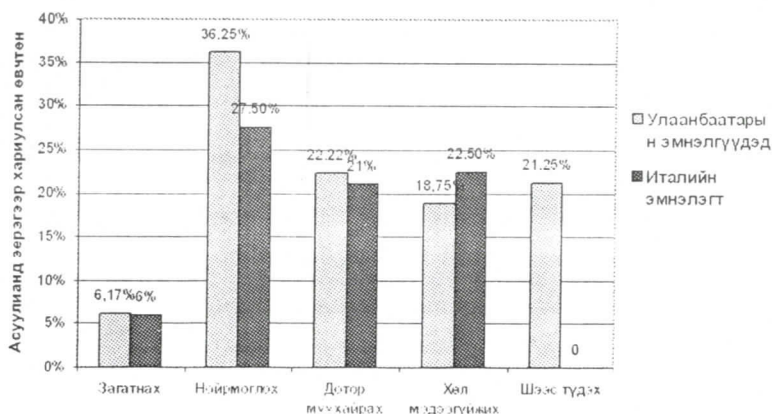


График 8. Өвдөлт намдаах эмчилгээний дагалдах сөрөг нөлөө, хүндрэл



болгон үзсэн Италийн эмнэлэгтэй ойролцоо байгааг график 8-аас харж болно.

Хагалгааны дараах өвдөлт намдаах эмчилгээний талаар өвчтөн ямар хүсэлттэй байгааг судалж үзэхэд 46.09% нь өвдөлт намдаах эмчилгээний илүү үр дүнтэй арга хэрэглэхийг, 31.25% нь хүссэн үед өвдөлт намдаах эмчилгээг хурдан хийж өгч байхыг, 18.75% нь хагалгааны дараах өвдөлт ба өвдөлт намдаах эмчилгээний тухай тайлбар мэдээлэл хийж байхыг хүссэн байна (График 9).

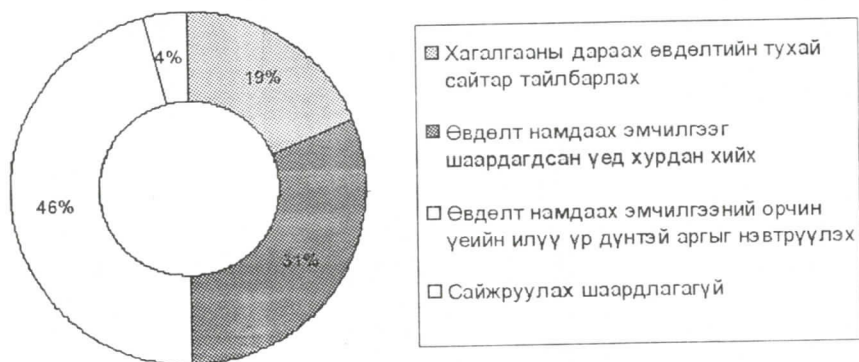


График 9. Өвдөлт намдаах эмчилгээний талаархи өвчтөний санал хүсэлт

Дээрх судалгаанаас дүгнэн үзэхэд манай клиникийн эмнэлгүүд ХДҮӨ-ийн тухай өвчтнүүдэд ойлголт, мэдлэг эзэмшүүлэх, энэ талаар эмч, сувилагч нарын дадлага туршлагыг дээшлүүлэх, өвдөлт намдаах эмчилгээний илүү үр дүнтэй, дэвшилтэт стандартыг хэрэгжүүлэх, өвдөлт эмчилгээний салбар хоорондын хамтлаг байгуулан ажиллах зэрэг чиглэлээр эмнэлгийн үйлчилгээний бүхий л шатанд анхааран тодорхой ахиц дэвшил гаргах шаардлагатай болох нь харагдаж байна.

## Summary

### A quality assessment survey of current postoperative pain management

The quality of pain management is a topic of great importance to the health care provider. Many institutions want to provide good quality patient care in order to stay competitive as a successful caring institutions in open market system.

**Aim of Investigation:** We surveyed the patients who underwent operations with the questionnaire and measured the postoperative pain intensity in the postoperative period to evaluate the quality of the pain management in the larger clinics of Ulaanbaatar.

**Methods:** We worked out the questionnaire on pain education, impression, intensity and satisfaction and interviewed 100 patients with a mean age  $39.05 \pm 16.24$  who underwent different operations.

**Results:** The interview shows that 30% of the patients were not informed about the postoperative pain and its management. In 10.2% the postoperative pain relief was ineffective and 25.7% of the patients feel the strongest pain during emergence from anesthesia. The maximum pain scores were greater than 7 (VAS) in 51.2% of the all patients who underwent operations and 46.09% of the patients expressed their wishes to use more effective pain relief method in the postoperative period and 26.9% would not like their pain treated the same way if they have to be operate upon again.

**Conclusion:** The pain assessment and measurement reports were shown to pinpoint areas needing improvement. This may be best achieved through the organization and development of APS team and introduction of effective new techniques and methods appropriate for Mongolian needs.

## НОМ ЗҮЙ

1. Implementing the JCAHO Pain Management Standards. American Society 19th Annual Meeting. November 2, 2000
2. Pain Management Standards Take Center Stage for JCAHO.
3. MCQuay HJ. Evidence-Based Acute Pain. Pain Research, Nuffield Department of Anaesthetics University of Oxford 1999
4. Bruster S, National survey of hospital patients. BMJ 1994; 309:1542-6
5. Hinnerk Wulf, MD, PhD. Postoperative patient management-how can we make progress? Acute Pain 1998;1 (4):32-44
6. Laura Bertini, MD. Continuous Quality Improvement Approach to an Italian Acute Pain Service model, 2000. Analgesia Volume 11, Number 2, p. 2-8.

## ЭЛЭГ ХАТУУРАХ ӨВЧНИЙ ӨВЧЛӨЛИЙН БАЙДАЛ, ХҮНДРЭЛ, НАС БАРСАН ТОХИОЛДОЛД ХИЙСЭН СУДАЛГАА

Н.Туул

Ц.Дамжин

**Судалгааны үндэслэл:** Вирусийн шалтгаант элэгний архаг үрэвслийн урхаг нь эрхтний хатуурах өөрчлөлт юм [1]. Элэгний архаг үрэвсэл, элэг хатуурах нь элэг судлалын тулгамдсан асуудлын нэг юм. Элэг хатууралтыг ховор тохиолдолтой гэж үздэг байжээ [2]. Гэвч сүүлийн 10 жилд дэлхийн улс оронд өвчлөл ихэссэн байна[3]. А.Ф.Блюгерийн судалгаагаар ЗХУ-д (хуучнаар) 1980-1986 элэг хатуурах өвчний өвчлөл 0.25%-1% дөрөв дахин ихэссэн байна[3]. Европод уламжлалаар дарс үйлдвэрлэж хэрэглэхийн зэрэгцээ, вирусийн шалтгаант элэгний архаг үрэвсэл элбэг Итали, Франц, Испани, Португали зэрэг орнуудад элэг хатуурах өвчин харьцангуй илүү өвчлөлтэй байна [2]. Дэлхийн эрүүл мэндийн байгууллагын судалгаагаар элэг хатуурах өвчний улмаас нас баралт 8 дугаар байранд ордог[3]. Элэгний эмгэгүүдийн улмаас хүн амын дунд хэвтэн эмчлүүлэх нь 2-4 дүгээр байранд орж, 20-60 насны хөдөлмөрийн чадвартай хүмүүсийг голчлон хамардаг (Б.Н.Левитан, А.В.Дедов). ЗХУ-д (хуучнаар) задлан шинжилгээний явцад 1%, Баруун Европ, АНУ-д 3-8.6% бүртгэгдсэн байна [4]. Элэг хатуурах өвчтэй хүний амьдрах хугацааг уртасгах нь нэн чухал асуудал билээ [5, 6].

Манай оронд вирусийн шалтгаант элэгний архаг үрэвсэл, элэг хатуурах өвчин цөөнгүй тохиолдож, ялангуяа хоол боловсруулах замын эмгэгээс энэ өвчний улмаас нас баралт элбэг байгаа нь вирусийн шалтгаант элэгний цочмог үрэвслийн өвчлөл буурахгүй, хүн амын дунд архины хэрэглээ ихэссэн, химийн бодис хөдөө аж ахуйд өргөн хэрэглэгдэх болсон, анагаах ухаанд эмийн төрөл олширсон, элэгний эмгэгүүдээс урьдчилан сэргийлэх (анхдагч, хоёрдогч) арга хэмжээ төдийлөн үр дүнгүй байгаатай холбоотой юм.

**Судалгааны зорилго:** Элэг хатуурах өвчний өвчлөлийн байдал, нас баралтын шалтгааныг тогтоох.

### **Судалгааны зорилт:**

1. Элэг хатуурах өвчний өвчлөл, нас баралтын улсын статистик су-

далгааг гаргах,

2. Сүүлийн 10 жилд УКТЭ-ийн гастроэнтерологийн тасагт хэвтэн эмчлүүлэгсэдийн дунд элэг хатуурах өвчний өвчлөлийн байдалыг судлах, элэг хатуурах өвчний нас баралтын шалтгааныг тогтоох.

**Судалгааны материал, арга:** Улсын статистикийн 1992-2001 оны судалгаагаар элэг хатуурах өвчний өвчлөл, нас баралтын хувийг гаргаж, УКТЭ-ийн гастроэнтерологийн тасагт хэвтэн эмчлүүлсэн 845 өвчтний өвчний түүхэнд түүвэр хийж, өвчлөлийн тохиолдол, нас, хүйсний харьцаа, хүндрэлийн хэлбэрүүд, нас барсан шалтгааны судалгааг хийсэн болно.

**Судалгааны үр дүн хэлцэмж:** Улсын статистик үзүүлэлтээр 1992-2001 онд нийт 886,400 өвчтөн бүртгэгдсэнээс элэг хатуурах эмгэгтэй 3,613 (0.4%) байв. Хүйсээр нь авч үзвэл мэдэгдэхүйц ялгаа ажиглагдсангүй.

Улсын статистик судалгаанд бүртгэгдсэн элэг хатуурах өвчлөлийн байдлыг хүйсний ялгаагаар хүснэгт 1-д үзүүлэв.

Хүснэгт 1. Элэг хатуурах өвчний тохиолдол  
(улсын статистик судалгаа)

| Он     | Нийт өвчлөл | Элэг хатуурах<br>(%) | Эрэгтэй<br>(%) | Эмэгтэй<br>(%) |
|--------|-------------|----------------------|----------------|----------------|
| 1992   | 936,293     | 4,739 (0.51)         | --             |                |
| 1993   | 889,014     | 3,179 (0.36)         | --             |                |
| 1994   | 874,139     | 3,353 (0.38)         | --             |                |
| 1995   | 949,633     | 3,850 (0.41)         | --             |                |
| 1996   | 801,895     | 4,368 (0.54)         | 2,204 (50.5)   | 2,164 (49.5)   |
| 1997   | 852,903     | 2,524 (0.30)         | 1,411 (55.9)   | 1,113 (44.1)   |
| 1998   | 857,067     | 2,649 (0.31)         | 1,480 (55.9)   | 1,169 (44.1)   |
| 1999   | 826,858     | 3,202 (0.39)         | 1,678 (52.4)   | 1,524 (47.6)   |
| 2000   | 883,636     | 4,005 (0.45)         | 2,027 (50.6)   | 1,978 (49.4)   |
| 2001   | 992,558     | 4,261 (0.43)         | 2,154 (50.6)   | 2,107 (49.4)   |
| Дундаж | 886,400     | 3,613 (0.41)         | 1,826 (52.1)   | 1,676 (47.9)   |

Улсын статистикийн сүүлийн 10 жилийн үзүүлэлтээр жилд дундаар 15,394 хүн нас барснаас элэг хатуурах өвчнөөр 328 тохиолдол бүртгэгдсэн буюу 2.1% байна (хүснэгт 2).

Хүснэгт 2. Элэг хатуурах өвчнөөр нас барсан тохиолдол  
(улсын статистик судалгаа)

| Он   | Нийт нас<br>баралт | Элэгний<br>хатуурлаар (%) | Эрэгтэй<br>(%) | Эмэгтэй<br>(%) |
|------|--------------------|---------------------------|----------------|----------------|
| 1992 | 17,421             | 354 (2.0)                 | 180 (50.8)     | 174 (49.2)     |



|      |         |             |               |               |
|------|---------|-------------|---------------|---------------|
| 1993 | 16,839  | 412 (2.4)   | 205 (49.8)    | 207 (50.2)    |
| 1994 | 15,000  | 389 (2.6)   | 197 (50.6)    | 192 (49.4)    |
| 1995 | 16,186  | 448 (2.8)   | 229 (51.1)    | 219 (48.9)    |
| 1996 | 15,113  | 187 (1.2)   | 87 (46.5)     | 100 (53.5)    |
| 1997 | 15,020  | 250 (1.7)   | 129 (51.6)    | 121 (48.4)    |
| 1998 | 14,573  | 294 (2.0)   | 144 (49.0)    | 150 (51.0)    |
| 1999 | 14,996  | 298 (2.0)   | 160 (53.7)    | 138 (46.3)    |
| 2000 | 14,237  | 309 (2.2)   | 180 (58.3)    | 129 (41.7)    |
| 2001 | 14,555  | 336 (2.3)   | 179 (53.3)    | 157 (46.7)    |
| Нийт | 153,940 | 3,277 (2.1) | 1,690 (51.6%) | 1,587 (48.4%) |

УКТЭ-ийн гастроэнтерологийн тасагт сүүлийн 10 жилд нийт 9,603 өвчтөн хэвтэн эмчлүүлсний дотор 831(8.7%) нь элэг хатуурах өвчний улмаас эмчлүүлсэн (хүснэгт 3). Элэг хатуурах өвчтэй хэвтэн эмчлүүлэгсдээс 425 (51.1%) ээнэгшил алдсан үедээ, үүнээс элэгний архаг дутагдалтай 134 (31.5%), хэвлийд шингэн хурах хам шинжтэй 174 (40.9%), улаан хоолой ходоодны өргөссөн судаснаас цус алдсан 117 (27.5%) байна. Ээнэгшилтэй, хагас ээнэгшилийн үедээ эмчлүүлсэн 406 (48.9%) байжээ.

Хүснэгт 3. Элэг хатуурах өвчнийг эмнэл зүйн үе шатаар авч үзсэн нь  
(улсын статистик судалгаа)

| Он   | Элэгний<br>архаг<br>дутагдал |    | Хэвлийд<br>шингэн<br>хурах |    | Цус<br>алдалт |    | Элэг,<br>хатуурал<br>ээнэгшил/хагас<br>ээнэгшилтэй |     | Бүгд |     |
|------|------------------------------|----|----------------------------|----|---------------|----|----------------------------------------------------|-----|------|-----|
|      | Эр                           | Эм | Эр                         | Эм | Эр            | Эм | Эр                                                 | Эм  | Эр   | Эм  |
| 1992 | 9                            | 7  | 7                          | 8  | 3             | 5  | 4                                                  | 14  | 23   | 34  |
| 1993 | 7                            | 6  | 7                          | 8  | 4             | 5  | 10                                                 | 14  | 28   | 33  |
| 1994 | 8                            | 7  | 10                         | 11 | 6             | 6  | 6                                                  | 6   | 30   | 30  |
| 1995 | 6                            | 5  | 6                          | 5  | 5             | 3  | 10                                                 | 19  | 27   | 32  |
| 1996 | 4                            | 6  | 6                          | 6  | 8             | 6  | 6                                                  | 13  | 24   | 31  |
| 1997 | 3                            | 3  | 6                          | 8  | 4             | 8  | 5                                                  | 14  | 18   | 33  |
| 1998 | 11                           | 10 | 4                          | 9  | 7             | 8  | 7                                                  | 11  | 29   | 38  |
| 1999 | 9                            | 7  | 10                         | 11 | 10            | 8  | 19                                                 | 42  | 48   | 68  |
| 2000 | 5                            | 5  | 10                         | 12 | 4             | 5  | 37                                                 | 60  | 56   | 82  |
| 2001 | 5                            | 11 | 13                         | 17 | 5             | 7  | 46                                                 | 63  | 69   | 98  |
| Бүгд | 67                           | 67 | 79                         | 95 | 56            | 61 | 150                                                | 256 | 352  | 479 |

УКТЭ-ийн гастроэнтерологийн клиникт сүүлийн 10 жилд нийт 149 нас баралт бүртгэгдсэнээс, элэг хатуурах өвчний шалтгаант элэгний комор 45, улаан хоолой, ходоодны өргөссөн хураагуур судаснаас цус алдаж 33, бүгд 78 тохиолдол буюу нас баралтын 52.3%-ийг эзэлж



байна.

Өвчлөлөөр хүйсний ялгаагүй шахам боловч нас барсан тохиолдлоор эрэгтэйчүүд 51(65.4%), эмэгтэйчүүд 27(34.6%) байна.

Хүснэгт 4 . Элэг хатуурах өвчнөөр нас барсан тохиолдол (УКТЭ)

| Он   | Нийт нас баралт | Кома |    | Цус алдалт |    | Бүгд       |
|------|-----------------|------|----|------------|----|------------|
|      |                 | Эр   | Эм | Эр         | Эм |            |
| 1992 | 10              | 2    | 1  | 2          | -  | 5 (50.0%)  |
| 1993 | 14              | 1    | 3  | 3          | 1  | 8 (7.1%)   |
| 1994 | 11              | 2    | 2  | 1          | -  | 5 (45.4%)  |
| 1995 | 8               | 2    | 1  | 1          | 1  | 5 (62.5%)  |
| 1996 | 16              | 3    | 1  | 2          | 2  | 8 (50.0%)  |
| 1997 | 20              | 4    | 2  | 4          | 2  | 12 (60.0%) |
| 1998 | 19              | 4    | 2  | 3          | 2  | 11 (57.8%) |
| 1999 | 17              | 6    | -  | 1          | 1  | 8 (47.0%)  |
| 2000 | 19              | 3    | 2  | 3          | 1  | 9 (47.3%)  |
| 2001 | 15              | 3    | 1  | 1          | 2  | 7 (46.6%)  |
| Бүгд | 149             | 30   | 15 | 21         | 12 | 78 (52.3%) |

### Дүгнэлт:

1. Улсын статистик үзүүлэлтээс харахад элэг хатуурах өвчин 0.4% өвчлөлтэй, нас баралт 2.1%; өвчлөл, нас барсан тохиолдлыг хүйсний хувьд эрс ялгаа ажиглагдсангүй.
2. УКТЭ-ийн гастроэнтерологийн тасагт сүүлийн 10 жилд нийт хэвтсэн өвчтнөөс 8.7% элэг хатуурах өвчний улмаас, 51.1% ээнэгшилгүй үедээ, 48.9% ээнэгшилтэй, хагас ээнэгшилтэй үедээ эмчлүүлжээ. Ээнэгшилтэй, хагас ээнэгшилтэй үедээ эмчлүүлсэн өвчтөн тал хувийг эзэлж байгааг стационарт бус өрхийн эмчийн хяналтад эмчлүүлэх боломжтой байсныг харуулав.
3. Сүүлийн 10 жилд гастроэнтерологийн тасагт элэг хатуурах өвчний улмаас 78(52.3%) нас барсан барж, эрэгтэйчүүд эмэгтэйчүүдээс бараг 2 дахин илүү тохиолдолтой байгааг биеийн хүчний ажил, доргион, архи зэрэг сэдэрэхэд нөлөөлдөг хүчин зүйлүүдтэй холбон тайлбарлаж болох юм.

### **НОМ ЗҮЙ**

1. Майр К.П., Гепатит и последствия гепатита. Москва, 1999, с.313-375.
2. Малеев А.Т., Клинична гепатология. София, 1989, с. 326-363.
3. Г.Н.Андреев, Э.А.Апсатаров., Диагностика и лечение осложнений Портальной гипертензии. Алматы 1994

4. Левитан Б.Н. и Дедов А.В., 50-летний опыт клинического изучения цирроза печени. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии, 2002, №1, с.76-79.
5. Хазанов А.И., Из полувекового опыта наблюдения за больными циррозом печени. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 1999, №2, с.50-56.
6. Левитан Б.Н., Колчина В.П., Проблема выживаемости и причины летальности при циррозах печени по результатам длительного проспективного наблюдения. Южно-русский медицинский журнал, 1999, №2, с.76-78.

### Conclusion

1. From state statistics of ill people 0.4 % of them had liver cirrhosis and 2.1 % death occurrence. Considering illness and death occurrence there was no noticable difference between genders.
2. In gastroenterlogy department of central clinic hospital over the past 10 years 8.7% of all patients had liver cirrhosis. 51.1% were in compensation and 48.9% in compensation and semi-compensation. These facts show that patients with compensation and semi-compensation had a half and shows the need for them to be under supervision of family doctors.
3. In the last 10 years in gastroenterlogy department 78 people or 53.8% of all deceased patients had the cause of liver cirrhosis. Men had a twice more occurrence of liver cirrhosis than women, which can be explained as men having more physical burden, usage of achohol and other causing factors.

## ЗҮРХНИЙ ХУРЦ, АРХАГ ДУТАГДЛЫГ ДОПАМИНААР ЭМЧИЛСЭН ТУХАЙ

Г.Тогтох

Д.Нарантуяа

АУИС-ийн харьяа УКТЭ-ийн Зүрх судасны клиникт 1996-1997 онд Допаминыг эмчилгээний практикт хэрэглэсэн үр дүнгээс дараахь дүгнэлтийг хийж байна.

1. Клиник ажиглалтыг 1996-1997 онд эмчлэгдсэн 24 өвчтөнд хийлээ. Халдвар харшлын гаралтай зүрхний хурц үрэвсэл, зүрхний хурц шигдээсийн хүндрэл шок, цусны даралтын гэнэтийн бууралт, шигдээсийн дараахь зүрхний булчингийн хатуурал, эмийн ба архины хордлого, тайван үеийн зүрхний бахын үе дэх артерийн даралтын уналт, нойр булчирхайн хурц үрэвслийн шок, артерийн гипертензи, зүрхний титэм судасны архаг цус хомсрох өвчин, зангилаат, хордлогот бах зэргийн эмгэгүүдийн улмаас үүссэн зүрхний хурц, архаг дутагдлууд хамрагдсан байна.
2. Эмчлэгдсэн өвчтнийг нас, хүйс, өвчлөлийн байдалаар нь авч үзвэл: 30-65 насны эрэгтэй 13 (54.2%), эмэгтэй 11 (45.8%); архаг дутагдалтай 6 (25%), хурц дутагдалтай 18 (75%) хүн тус бүр хамрагдав.
3. Допаминыг 5 мкг/кг/мин тунгаар хэрэглэсэн болно.
4. Допаминыг хэрэглэсэн клиникийн ажиглалтаас үзэхэд гадаадын судлаачдын дүгнэлттэй харьцуулахад допаминд монгол хүмүүс илүү мэдрэг байж болох талтай байгаа нь хэрэглэсэн тунгийн хэмжээ харьцангуй бага байснаар илэрч байлаа. Жишээ нь: 70 кг жинтэй хүнд хоногийн тун нь 400 мг гэж В.И.Метелица 1984 онд бичсэн байхад бидний ажиглалтаар 200 мг байсан байна.
5. Судалгаанд хамрагдагсдын пульс дунджаар 15-25-аар цөөрч, артерийн даралт 15-30 мм МУБ-аар нэмэгдсэн байв.
6. Допаминаар эмчлэгдсэд артерийн даралт гэнэт буурах, зүрхний цохилтын тоо гэнэт олширох, цээжээр ба зүрхээр өвдөх, зүрхний хэм алдагдах гаж нөлөөнүүд 1-6 тохиолдолд илэрч байв.

### Summary

Use of Dopamine in patients with acute and chronic heart failure

1. Dopamine was more effective for the treatment of acute heart failure.
2. Further study on the use of Dopamine for chronic failure is needed.

## МОНГОЛ ХҮМҮҮСИЙН ДУНД ТОХИОЛДОХ ЗҮРХНИЙ ШИГДЭЭСИЙН ХҮНДРЭЛҮҮД

Д.Нарантуяа

Г.Дэжээхүү

Г.Тогтох

**Судалгааны зорилго:** Монголчуудын дунд тохиолдох зүрхний шигдээсийн (ЗШ) үед гарах хүндрэлүүдийг судлах

### **Судалгааны зорилт:**

1. ЗШ-ийн үед гардаг хүндрэлүүдээс Монголчуудын дунд элбэг тохиолдох хэлбэр
2. ЗШ-ийн эмнэл зүйн хэлбэр, хүндрэлүүдийн хамаарал

**Судалгааны аргачлал:** Бид АУИС-ийн зүрх судасны тэнхим, Улсын клиникийн I эмнэлэг, Улаанбаатар хотын нэгдсэн III эмнэлэг, хотын дүүргүүдийн нэгдсэн эмнэлэг, Эмгэг судлал, шүүх эмнэлгийн төвийн материаллаг бааз дээр түшиглэн Анагаах Ухааны Үндэсний хүрээлэнгийн эрдмийн зөвлөлийн хурлаар баталсан аргачлалын дагуу судалгааг хийж гүйцэтгэлээ.

Судалгаанд ЗШ-тэй 33-74 насны 112 эмэгтэй, 32 эмэгтэй, нийт 144 өвчтөн хамрагдав.

**Судалгааны үр дүн, хэлцэмж:** ЗШ-тэй 144 өвчтний 93-т нь буюу  $64.52 \pm 2.13\%$ -д нь зүрхний дутмагшил илэрсэнээс  $50.0\%$  нь далд хэлбэрээр,  $40.0\%$  нь тодорхой хэлбэрээр илэрч, зүрхний эрс дутмагшил харьцангуй цөөн тохиолдов. Зүрхний оворго 18 ( $12.5 \pm 3.20\%$ ), зүрхний дутмагшил 14 ( $9.72 \pm 2.89\%$ ), ходоод гэдэсний замын хүндрэл 4 ( $2.78 \pm 1.63\%$ ), зүрх хагарах 6 ( $4.17 \pm 1.98\%$ ), хурц цүлхэн 7 ( $4.86 \pm 2.13\%$ ), сэтгэцийн өөрчлөлт 3 ( $2.08 \pm 1.42\%$ ), Дресслерийн хам шинж 2 ( $1.39 \pm 1.17\%$ ) хүнд тус тус илрэв.

Манай судалгаанд хамрагдагсдын  $64.52 \pm 2.13\%$ -д нь зүрхний дутагдал илэрснээс  $50.0\%$ -д нь далд хэлбэрээр,  $40.0\%$ -д нь тодорхой хэлбэрээр,  $10.0\%$ -д нь эрс дутагдал байдлаар илэрч байгаа нь судлаач Н.М. Куталадзе (1989), О.И. Глазовой (1990) нарынхтай харьцуулахад манай хүмүүст зүрхний дутагдах харьцангуй хөнгөн хэлбэрээр зонхилон явагддагийг харуулж байна.

ЗШ-ийн үед зүрхний оворго илрэх нь зүүн ховдлын хурц дутагдлын

дээд зэргийн хүнд хэлбэр юм. Судлаач С.Рacley (1977) судалгаандаа зүүн ховдлын 40-өөс доошгүй хувь нь шигдээсээр нэрвэгдсэн үед зүрхний оворгод ордог гэжээ.

П.Е.Лукомскийн судалгаагаар 10.0-15.0% нь, Vnitr Lek-ийнхээр (1997) 18% нь зүрхний оворгод орж байжээ.

Бидний судалгаагаар нийт 18 хүн ( $12.50 \pm 3.20\%$ ) оворгод орсон нь дээрх судлаачдынхтай ойролцоо байна. Зүрхний оворгод зонхилон трансмураль шигдээстэй буюу өвдөлттэй хэлбэр дангаараа эсвэл багтрах хэлбэртэй хавсран тохиолдож буй үед (100%) орж байв.

ЗШ-ийн үед зүрх хагарах (15.0%), цүлхэн үүсэх (3.5-34.0%), тромбоэмболи (13.0-30.0%), перикардит (6.0-23.0%), хоол боловсруулах, шээс ялгаруулах, сэтгэцийн эрхтний талаас өөрчлөлт өгөх, бугалганы хам шинж, Дресслерийн хам шинж (15.0-23.0%) илрэх зэрэг хүндрэлүүд гардаг ажээ. (А.П.Зыско 1981, М.Я.Руда ба бусад 1981, Б.А.Сидоренко ба бусад 1988, N.A.Endivott 1989).

Манай судалгаанд хурц цүлхэн  $4.86 \pm 2.13\%$ , зүрх хагарах  $4.17 \pm 1.98\%$ , ходоод гэдэсний замын хүндрэл  $2.78 \pm 1.63\%$ , сэтгэцийн өөрчлөлт  $2.08 \pm 1.42\%$ , Дресслерийн хам шинж  $1.39 \pm 1.17\%$  илэрч байгаа нь дээрх судлаачдынхтай харьцуулахад цөөн байв. ЗШ-ийн үеийн цүлхэн 40 хүртэлх насанд 13%, 60-аас дээш насныханд 5.5% тохиолддог. Энэ нь залуу насны хүмүүст том, трансмураль ЗШ их байдагтай холбоотой гэж үздэг (Д.М.Аронов 1974). Манай судалгаагаар 7 ( $4.86 \pm 2.13\%$ ) хүнд хурц цүлхэн үүссэн нь бүгд 60-аас дээш насны хүмүүс байснаас 5 нь эрэгтэй, 2 нь эмэгтэй байлаа. Цүлхэн нь эрэгтэйчүүдэд эмэгтэйчүүдээс илүү үүсдэг.

ЗШ-ийн үхлийн шалтгааны 10-16%-ийг зүрх хагарах хүндрэл эзэлдэг бөгөөд ихэвчлэн 60-аас дээш насны эмэгтэйчүүд, цусны даралт ихсэх суурь өвчтэй хүмүүс уг хүндрэлээр нас бардаг ажээ (Т.Нirhle ба бусад 1999). Бидний судалгаагаар зүрх хагарсан 6 хүний 5 нь эмэгтэй, тэдгээрийн 4 нь 60-аас дээш насны хүмүүс байсан бөгөөд үхжлийн голломтод цагаан эс, залгиур эс, олон хэлбэржилтэт эсийн нэвчдэс их байсан нь судлаач Т.Нirhle ба бусад судлаачдын судалгааны дүнтэй тохирч байв.

### Дүгнэлт

1. Манай хүмүүсийн дунд ЗШ-ийн үед зүрхний дутмагшил далд, тодорхой хэлбэрээр илэрч, зүрхний эрс дутмагшил харьцангуй цөөн тохиолдож байгаа нь зүрхний дутагдал харьцангуй хөнгөн хэлбэрээр зонхилон явагддагийг харуулж байна. ЗШ-ийн үеийн бусад хүндрэлүүд болох зүрхний оворго, ходоод гэдэсний замын хүнд-



рэл, зүрх хагарах, хурц цүлхэн, сэтгэцийн өөрчлөлт, Дресслерийн хам шинж зэрэг хүндрэлүүд илэрч, эдгээр нь гадаадын судлаачдын мэдээллээс цөөн илэрч байгаа нь ЗШ харьцангуй хөнгөн явцтай байгааг харуулж байна.

2. Зүрхний оворгод зонхилон трансмураль шигдээстэй буюу өвдөлттэй хэлбэр дангаараа, эсвэл багтрах хэлбэртэй хавсран тохиолдож буй үед орж байв. Зүрхний цүлхэн эрэгтэйчүүдэд, зүүн ховдлын өмнөд хананд, зүрхний хагарал 60-аас дээш насны эмэгтэйчүүдэд илүү тохиолдож байна.

### **Complications of myocardial infarction among Mongolian population**

*D. Narantuya*

*G. Degeekhuu*

*G. Togtokh*

1. Heart failure during the myocardial infarction in Mongolians is expressed in light and manifested forms, and the acute heart failure occurs relatively less frequently. These findings show that heart failure has relatively mild course in Mongolians. Other complications of myocardial infarction such as cardiogenic stroke, gastroenterological complications, cardiac rupture, ventricular aneurysm, mental disorders, Dressler's syndrome were manifested and their incidence was less than those reported by other foreign researchers, which shows that myocardial infarction is relatively milder in Mongols.

2. Cardiogenic stroke manifested in transmural infarction or pain forms, or combined with pulmonary congestion. Ventricular aneurysm occurred more in males in left ventricle anterior wall, cardiac rupture was observed more frequently in females of age above 60.

## ТАРХИНЫ ИНСУЛЬТЫН ЭРСДЭЛТ ХҮЧИН ЗҮЙЛС, ЭМНЭЛ ЗҮЙН ЗАРИМ АСУУДЛУУД

*Г.Энхцэцэг, Д.Баясгалан*

*Л.Энхсайхан, Н.Гансүх*

Мэдрэл судлалын клиникийн практикт тархины инсульт элбэг тохиолддог бөгөөд нас баралт өндөртэй, хөдөлмөрийн чадварыг гүнзгий алдагдуулдаг өвчин юм. Иймд бид тархины инсультайн эмнэлзүйн хэлбэрүүдийн шалтгаан, эрсдэлт хүчин зүйлс, нас хүйсний хамаарлаар харьцуулан авч үзэх, тархины инсультайн төрх байдал, эмнэл зүйн зарим онцлогийг тодорхойлох зорилт тавилаа.

Бидний судалгаанд тархины инсульт өвчний учир эмчлүүлсэн 154 эрэгтэй (52.7%), 138 эмэгтэй (47.3%) /бүгд 292 өвчтөн хамрагдав. Нийт өвчтний 37.9% нь цус харвах инсульттэй, 63% нь цус хомсрох инсульт өвчний учир эмчлүүлсэн бөгөөд цус харвах инсульт болон цус хомсрох инсультайн харьцаа 1:1.7 байв ( $p < 0.001$ ). Инсультайн энэхүү 2 хэлбэрт хүйсний ялгаа ажиглагдсангүй. Судалгаанд хамрагдсан 27-85 насны өвчтөнг насны бүлэгт хуваан авч үзэхэд цус хомсрох инсульт 45 хүртэлх насанд 13.3 хувь, 46-59 насанд 39.1 хувь, 60-аас дээш насанд 47.6 хувь тохиолдов.

Цус харвах инсульт 45 хүртэлх насанд 22.7 хувь, 40-59 насанд 39.9 %, 60-аас дээш насанд 37.4 % тохиолдсон бол цус хомсрох инсультайн 14.5% нь 45 хүртэлх насанд, 18.1% нь 46-59 насанд, 67.5% нь 60-аас дээш насанд тус тус тохиолдов. Цус харвах инсульттэй эрэгтэйчүүдийн 52.1%, эмэгтэйчүүдийн 28.0% нь 40-49 насанд гэтэл эмэгтэйчүүдийн 48%, эрэгтэйчүүдийн 26.3% нь 60-аас дээш насанд тохиолдож байхад цус хомсрох инсульттэй өвчтний (эрэгтэйчүүдийн 64.9%, эмэгтэйчүүдийн 71.5%) дийлэнх хувь нь 60-аас дээш насанд өвчилсөн байв.

Тархины инсульттэй өвчтнүүдэд шалтгаан, эрсдэлт хүчин зүйлсийг 15 үзүүлэлтээр асуумжийн аргаар тодорхойлж, инсультайн хэлбэрээр ялган авч үзэв. Артерийн гипертензи 87.5% ( $t = 1.8$ ), судасны хатуурал 77% ( $t = 1.9$ ), сэтгэлийн дарамт 45.8% ( $t = 2.8$ ), зүрхний эмгэг 40% ( $p < 0.05$ ), хөдөлгөөн багадалт, таргалалт 25.0% ( $p < 0.001$ ), 20.8%-д архаг архидалт ( $t = 1.04$ ), архаг тамхисал 22.9% ( $t = 2.17$ ) цус харвах инсультайн эрсдэлт хүчин зүйл болсон байхад цус хомсрох инсультайн хувьд судасны хатуурал 90.7% ( $t = 1.9$ ) артерийн гипертензи 74.0% ( $t = 1.8$ ),

зүрхний эмгэг 63.7% ( $t=2.49$ ), архаг тамхисал 42.5% ( $t=2.17$ ), архаг архидалт 29.6% ( $t=1.04$ ), хөдөлгөөн багадалт, таргалалт тус бүр 22.2% ( $p<0.001$ ), сэтгэлийн дарамт 20.3% ( $t=2.8$ )-иар эхний байруудад орлоо.

Инсультын эмнэл зүйн онцлог зарим шинжийг инсультын хэлбэр тус бүрээр тодорхойлов. /Хүснэгт № 1/

| № Шинж тэмдэг               | Цус<br>харвах<br>инсульт | Цус<br>хомсрох<br>инсульт | Корреляцийн<br>коэффициент |
|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|----------------------------|
| 1 Өвчин гэнэт эхлэх         | 63.5                     | 16.3                      | +0.55                      |
| 2 Нойронд инсульт үүсэх     | 7.6                      | 36.2                      | +0.77                      |
| 3 Ухаан саруул              | 14.5                     | 67.6                      | +0.85                      |
| 4 Ухаан саруулбус           | 85.8                     | 32.4                      | +0.69                      |
| 5 Гүн саа үүсэх             | 78.9                     | 50.8                      | +0.47                      |
| 6 Хөнгөн саажил             | 8.9                      | 41.0                      | +0.65                      |
| 7 Ликвор цустай байх        | 83.0                     | 0                         | +0.92                      |
| 8 Артерийн өндөр даралт     | 81.4                     | 50.3                      | +0.66                      |
| 9 Цусанд улаан эс олшрох    | 71.1                     | 38.2                      | +0.59                      |
| 10 Зүрхний хэм алдагдал     | 6.9                      | 35.2                      | +0.76                      |
| 11 Шинж тэмдэг аажим арилах | 0                        | 18.9                      | +0.95                      |

### ДҮГНЭЛТ:

1. Нас ахих тутам цус хомсрох инсульт нэмэгдэх хандлагатай бол цус харвах инсульт 45-59 насанд илүүтэй тохиолдож, инсультын хэлбэрийн хувьд цус хомсрох инсульт давамгайлан тохиолдож байна.
2. Цус харвалтат инсультын үед артерийн гипертензи, судасны хатуурал, сэтгэлийн дарамт, зүрхний эмгэг, хөдөлгөөн багадалт, таргалалт, архаг тамхисал, архаг архисал, цус хомсрох инсультын үед судасны хатуурал, артерийн гипертензи, зүрхний эмгэг, архаг тамхисал, архаг архисал, хөдөлгөөн багадалт, таргалалт эрсдэлд хүргэгч хүчин зүйл болж буй онцлогтой байв.

## SOME ASPECTS OF CLINICAL MANIFESTATION AND RISK FACTORS OF STROKE

*L.Enkhsaikhan  
G.Enkht setseg  
D.Bayasgalan  
N.Gansukh*

**Summary:** The purpose of our research was to define types of brain stroke and some features of clinical manifestation and risk factors.

We conducted observation of 292 patients (154 male, 138 female) who have been treated at the neurology clinic of the central hospital, Mongolia.

With the aging process the ischemic stroke tends to rise and this kind of hemorrhage stroke is common between the ages of 45 and 49.

For the type of stroke the ischemic stroke have taken place more than the other type.

For stroke modifiable risk factors include:

Hypertension, stress, cardiac failure, atherosclerosis, obesity and physical inactivity, alcohol intake, cigarette smoking for ischemic stroke: cardiac failure, cigarette smoking alcohol intake, obesity and physical inactivity.

## НҮҮРНИЙ ПАРАСПАЗМЫН ЭМНЭЛ ЗҮЙН ЗАРИМ ОНЦЛОГ

*Л.Энхсайхан*

*Г.Энхцэцэг*

Нүүрний параспазм нь экстрапирамид эмгэг дотроос хамгийн элбэг тохиолддог нүүрний төрх байдлыг өөрчилдөг, зовиур шаналгаа ихтэй эмгэг юм. Бид судалгаандаа нүүрний параспазмын эмнэл зүйн онцлог шинж төрхийг судлах зорилт тавилаа.

Нийт 32 өвчтөн судалгаанд хамрагдсны 22 эмэгтэй (68.8%), 10 эрэгтэй (31.2%) дундаж нас 52.5 байлаа. Өвчний эхлэл шинж тэмдэг дунджаар 48 насанд ажиглагджээ. Өвчин ихэнх тохиолдолд (93.7%) блефароспазмаар, 2 тохиолдол буюу 6.3%-д писчий спазмаар эхэлжээ.

Блефароспазм нь аажмаар нүүрний бусад хэсгийн булчин, зажлуурын булчин, хэл, амьсгалын булчин зэрэг рүү тархах онцлог ажиглагдав. Блефароспазм 13.4% (4 тохиолдол) нь 1 талын байрлалтай байв. Өвчний анхны шинж тэмдэг илэрснээс хойш 6 сараас 8 жилийн дараа (ихэнх тохиолдолд 2-3 жил) параспазмд шилжжээ. Блефароспазмын илрэл нь дахилт бүрт өөчлөгдөн ихсэх хандлагатай байсан боловч булчингийн агшилтын давтамж, эрчим, тархалтын хоорондын холбоо ажиглагдсангүй. Нүүрний булчингийн хүчтэй татвалзлын үед вегетатив урвал (нүүр улайх, хөлс гарах г.м) хамт гарна.

Параспазм бүхий өвчтний 75%-д хэт хөдөлгөөнтөл багасгах сорилд эерэг үр дүн үзүүлээ. Зажлах, дуулах, инээх, уйлах, тамхи татах зэрэг үед нүүрний татвалзал (67.5%) багасч байлаа. Блефароспазм харааны анализатортой холбоотой болох нь ажиглагдлаа. Тухайлбал нүдээ аних, бараан шил зүүх үед хэт хөдөлгөөнтөл багасгах байдал илэрлээ.

Органик гаралтай блефароспазм унтаж сэрсний дараа хэдэн минут таас цаг хүртэл хугацаанд эмгэг хөдөлгөөн намдаж байв. Блефароспазм бүхий өвчтний 33%-д нүүрийн бусад хэсгийн булчин руу тархахдаа тэгш бус хэмтэйгээр гиперкинез үүсч буй нь ажиглагдлаа. Өвчтөний зарим хэсэгт (12.4%) ярих үед параспазм илрэв.

Мэдрэлийн тусгайлсан үзлэгээр параспазм бүхий өвчтний 80%-д нь бусад ямар нэгэн алдагдал илрээгүй. Нийт өвчтөнд сэтгэцийн хувьд тайван биш, түгшүүртэй, ужиг стрессийн байдал илэрсэн. Өвчний



үүсэлд сэтгэл санааны хүчтэй цочрол (психотравма) чухал нөлөөтэй болох нь ажиглалтын 40%-д нь тогтоогдов.

ЭЭГ-ийн аргаар өвчтнийг сэрүүн үед шинжлэхэд тооны болон чанарын магадлалтай үзүүлэлт илэрсэнгүй.

Параспазм бүхий өвчтөнд эрүүл хүнийхтэй харьцуулбал илүү гүн нойрсолт үүсч байв. Энэ нь нойрны өнгөц нойрсолтын шат богиносонтой холбоотой.

#### **ДҮГНЭЛТ:**

Нүүрний параспазм нь блефароспазмаар хожуу насанд эхэлж, аажмаар нүүрний бусад булчин руу тархдаг, ужиг явцтай, даамжрах хандлагатай эмгэг болох нь ажиглагдав.

## ТӨВӨНХИЙН ӨВЧНҮҮДИЙН ОНОШЛОГООНД ВИДЕОСТРОБОСКОПИЙГ ХЭРЭГЛЭХ НЬ

*А.Наранцацралт*

Төвөнхийн эмгэг, үйл ажиллагааны байдлыг судлахдаа төвөнхийн шууд ба шууд бус тольдолт, микроларингоскопия, фиброскопия хийдэг. Дээрх арга болгон тодорхой хэмжээний сайн талтай боловч зарим эмгэгийг илрүүлэхэд бүрэн гүйцэд мэдээллийг өгч чаддаггүй байна. Үүний нэг тодорхой жишээ нь, дээрх бүх арга нь дууны хөвчийн хэлбэлзлийг илрүүлж чаддаггүй. Орчин үед дууны хөвчийн хэлбэлзлийг судлахын тулд видеостробоскопийг хэрэглэж байна. Энэ арга нь эртний механик ба электрон стробоскопийн үндсэн дээр суурилагдсан юм.

Стробоскопия--гэдэг нэр томъёо нь Грекийн Strobos-Эргэлдэх, Скоreo-харах гэсэн үгнээс гаралтай байна. Стробоскопийн аргыг анх техникт ашиглаж байсан ба 1878 онд М.Оерталь төвөнх судлалд ашиглаж эхэлсэн. Сүүлийн 10-аад жилийн анагаах ухааны технологийн үсрэнгүй хөгжил нь ВИДЕОЛАРИНГОЭНДОСТРОБОСКОПИЙН хөгжлийн үндсийг хангаж өгсөн. Ердийн аргаар ларингоскопийн үзлэг хийхэд дууны хөвч авиа гаргах үед хөдөлгөөнгүй харагддаг.

Үнэн хэрэг дээрээ дууны хөвч нь авиа гаргах үед хэлбэлзэж байдаг ба энэ нь харах эрхтний хязгаарлагдмал чадавхаас болж бидэнд харагдахгүй. TALBOT-ын хуулийн дагуу стробоскопийн эффект нь харааны хүлээж авах чадварын инерцээс үүсдэг оптикийн иллюзи (гэрлийн хийсвэр үзэгдэл) дээр үндэслэгдсэн. Хүний нүд торлог дээр хоорондоо 0.2 секундээс багагүй хугацаатай бууж байгаа дараалсан дүрсүүдийг ялгаж харах чадвартай. Хэрэв энэ хугацаа нь 0.2 секундээс бага байвал дараалсан дүрснүүд нь нийлж үргэлжилсэн дүрс мэт харагдана.

Стробоскопийн эффектийг (үзэгдлийг) гаргаж авахад судалгааны объект руу чиглэсэн тасалдсан гэрлийн үүсгэвэр хэрэгтэй. Орчин үеийн электрон стробоскопид тасалдсан гэрлийн туяаг тусгай чийдэнгийн тусламжтайгаар (1 сек-д 1000 удаа асаж унтарна) гаргаж авдаг. Стробоскопийн үед дууны хөвчийн хэлбэлзлийн давтамж чийдэнгийн асалтын давтамжтай таарахгүй ч байж болно, таарч ч болно.

Эдгээр давтамжийн харьцаа нь стробоскопийн зураглалыг тодор-

хойлно. Давтамжууд нарийн тохирч байвал жинхэнэ дууны хөвчүүд туйлын хөдөлгөөнгүй юм шиг харагдана. Учир нь бидний нүд долгиолж байгаа биетийг байнга адилхан нэг үед хардаг. (\*зогсонго\*-зураг) Дууны хөвчийн хэлбэлзлийн давтамж ба гэрлийн үүсгэврийн импульсийн давтамжууд хоорондоо тохироогүй үед дууны хөвчүүд хөдөлж байгаа мэт харагддаг, гэхдээ эдгээр үзүүлэлтүүдийн бага ялгаатай үед хэлбэлзэл нь удаан ба ховор болж харагдана (хөдөлгөөний-зураглал), их ялгаатай үед хурдан ба элбэг харагдана.

### **Хэрэглэгдэх тоног төхөөрөмж**

Төвөнхийн видеостробоскопийн шинжилгээнд Германы \*KARL STORZ-ENDOSKOPE\* фирмийн аппарат, тоног, төхөөрөмжийг хэрэглэж байна. Видеостробоскопийн бүрдэлд:

1. Эндостробоскоп / уян ба хатуу эндоскоп /
2. Видеосистем (видеомонитор, видеомагнитофон, видеопринтер, телекамер, конвертор, модуль) орно. Хатуу дуран: Манайд 70 ба 90 градусын дуран ашиглаж байна. Энэ нь төвөнхийг 2-6 дахин томруулах ба видеокамерт холбогдсон конверторыг ашигласнаар дүрс ахин 2 дахин томорно.

Хатуу дурангийн уганд өндөр мэдрэмжтэй микрофон байрлах ба судалж буй хүний дуу авиаг модуль руу дамжуулна. Модулийн тусламжтай дэлгэц дээр судалж буй хүний дууны давтамж /ГЦ/, дууны хүч /ДБ/ тоон үзүүлэлтээр гарна. Оношлогоо, эмчилгээ, судалгаанд хамрагдсан хүмүүсийн овог, нэр, төрсөн он сар өдөр, нас, хүйс, онош, төвөнхийн эмгэг, дууны давтамж, өнгө, хүчийг видео хальсанд буулгаснаар архивын үнэтэй видео баримт болох ба дахин дахин үзэж ашиглах, сүргэлт, судалгаа явуулахад өндөр ач холбогдолтой.

Мөн өвчтний эмчилгээний өмнөх эмгэг байдлыг эмчилгээний дараахи сэргэлттэй харьцуулж эмчлүүлэгчдэд өөрсдөд нь үзүүлэх нь эдгэрэлтэд нөлөөлөх сэтгэл зүйн доминант ач холбогдолтой байдаг.

### **Видеостробоскопоор өвчтнийг шинжлэх аргачлал**

Шинжилгээг стандартны нөхцөлд хийнэ. Телевизийн дэлгэцийн хяналтын дор амны хөндийн голын шугамаар хатуу дуранг явуулж төвөнхийг харах тохиромжтой байдалд байрлуулна. Өвчтөн ердийн авиагаар \*И\* гэж дуугарна. Мэргэжлийн дуучид, жүжигчдийн дуу авиаг шинжлэхдээ бүх цар хэмжээнд нь давтамжийг шалгана. Өвчтөн залгиурын рефлекс ихтэй бол 10% лидокаинаар өнгөц мэдээ алдуулна. Шинжилгээ тодорхой дэс дараалалтай хийгдэнэ.

1. Тойм видеоларингоскопии. Энэ шинжилгээгээр төвөнхийн бүх хэсгийн салст бүрхэвчийн өнгийг судлах, таглаа мөгөөрсийн хэл-

бэр хэмжээ, дууны хөвчийн тонус, амьсгалах ба авиа гаргах үеийн дууны хөвчийн зайн хэлбэр, тэгш хэмт байдал, утгуур мөгөөрсний хөдөлгөөн, хэлбэр, авиа гаргахад хуурамч хөвчний оролцох байдал, хөвчийн доодхи хэсэг, цагаан мөгөөрсөн хоолойн 1-р цагираг зэргийг үзэж үнэлэлт өгнө.

2. Видеостробоскопий /хөдөлгөөнтэй буюу хөдөлгөөнгүй дүрслэл гэсэн 2 аргаар үзнэ.

А-хөдөлгөөнтэй дүрслэлийн аргаар дууны хөвчийн хэлбэлзлийн дараахь параметруудад үнэлгээ өгнө. Үүнд:

- дууны хөвчийн хэлбэлзлийн тэгш хэмт байдал
- хэлбэлзлийн тогтмол байдал
- хэлбэлзлийн далайц
- чөлөөт ирмэгийн салстын хөдөлгөөн буюу салстын долгион
- дууны хөвчид хэлбэлзэхгүй хэсэг байгаа эсэхийг илрүүлэх

Б-хөдөлгөөгүй дүрслэлийн аргаар дараахь байдлыг дүгнэнэ. Үүнд:

- дууны хөвчийн завсрын хэлбэр
- дуу авиа гаргах үе /нээх, хаах нийлэх/

## НОМ ЗҮЙ

1. Л.Б.Димитриев, Л.М.Телелева, С.Л.Таптапова, И.И.Ермакова "Фониатрия и фонопедия" Москва Медицина 1990 г. х 3-5, х 32-40
2. В.Г.Ермолаев, Н.Ф.Лебедева, В.П.Морозов "Руководство по фониатрии" Издательство \*Медицина\* Ленинградское отделение 1970 г.
3. Ю.Е.Степанова, Н.В.Швалев "Применение видеостробоскопии для диагностики заболеваний гортани" Санкт-Петербург 1998 г.

## ЭЛЭГНИЙ ХАТУУРЛЫН ХҮНДРЭЛЭЭС ҮҮССЭН ЭЛЭГНИЙ ХАВДАРЫН НАРИЙН ОНОШЛОГООНД ЦУСНЫ УРСГАЛЫН ХӨДЛӨЛ ЗҮЙН ӨӨРЧЛӨЛТИЙН ҮНЭЛГЭЭ

*Д.Энхбаяр*

*Д.Мөнхбаатар*

Өнгөт Допплерт Хэт авиан оношлогооны аппарат нь эмнэлгийн практикт өргөн хэрэглэж буй оношлогооны компьютер, технологийн хөгжил дэвшлийн үр дүнд бий болсон оношлогооны өндөр, нарийн мэдрэмжтэй орчин үеийн шилдэг багаж хэрэгсэл бөгөөд, цусны урсгал нь удаан, жижиг голчтой цусны судасны эмгэг өөрчлөлтийг ч нарийн дүрслэн, оношлох боломжтойгоороо онцлог юм.

Ихэнх судасны өвчнүүд нь сүүлийн шатандаа буюу архаг үедээ зөвхөн Ангиографийн шинжилгээгээр оношлогдож байсан бол, өнөө үед Өнгөт Допплерт ХАО ачаар эхэн үедээ нарийн оношлогдож байна. Түүнчлэн Өнгөт Допплерт ХАО нь ямар нэгэн эмгэг голомт болон, эмгэг үүсвэрийн оношлогоонд тэргүүлэх зэргийн ач холбогдолтой.

Артерийн цусны хангамжийг нарийн нягт судлах нь элэгний хатуурлын хүндрэл ба, элэгний хатуурлын шалтгаант зангилааны байдалд үнэлгээ өгөхөд чухал ач холбогдолтой.

Өнгөт Допплерт ХАО-д цусны урсгалын хурд ба давтамжийн шинж, чанараас хамаарч цусны урсгал нь тодорхой заагдсан өнгөөр дүрслэгдэх бөгөөд, тухайлбал хавдар руу чиглэсэн цусны урсгал нь цусны урсгалын байрлалаас хамаарч улаан ба цэнхэр өнгөөр дүрслэгдэх ба харин хавдарын доторх цусны урсгал нь судас тахийж, мурийх үед улаан ба цэнхэр өнгөөр дүрслэгдэнэ.

Цусны урсгалын онцгой шинжүүдийг FFT-н шинжилгээгээр таниж тогтооно. Гүн амьсгаа аваад тодорхой хугацаанд барьж чаддаггүй өвчтөнд, мөн цусны урсгал нь удаан, жижиг голчтой цусны судасыг судлахад уг шинжилгээг ашиглахад хүндрэлтэй байдаг.

Цусны урсгалын хөдлөл зүйн өөрчлөлт (PFD)-ийг илрүүлэх аппарат нь Өнгөт Допплерт ХАО-д цусны урсгалын хөдлөл зүйн онцгой шинжүүдийг зөвхөн сонгосон нэг л өнгөөр дүрслэн үзүүлнэ.

Цусны урсгалын хөдлөл зүйн өөрчлөлтийг илэрхийлэх цусны урсгалын хурд, давтамж ба цусны урсгалын хүчний хувьсал өөрчлөлтүү-



дийг энэ аргаар нарийн тогтооно.

Энэ аргыг элэгний хатуурлын хүндрэлээс үүссэн элэгний хавдрын оношлогоонд хэрэглэсэн бөгөөд, цусны урсгалын хөдлөл зүйн өөрчлөлтийг тусгайлан сонгосон, зөвхөн нэг л өнгөөр дүрслэн үзүүлж үнэлгээ өгсөн.

### **Судалгааны аргачлал**

Судалгаанд хамрагдсан өвчтний 13 нь элэгний өмөн, 3 нь аденоматозный гиперплази гэж Өнгөт Допплерт ХАО ба цусны урсгалын хөдлөл зүйн эмгэг өөрчлөлтөөр оношлогдсон. Судалгаанд хамрагдсан өвчтнүүд нь эмнэл зүйн шинж, альфа-фетопротеиний түвшин, хэт авиан оношлогоо ба компьютерт томографийн шинжилгээгээр элэгний хатуурал гэж оношлогдсон байсан.

Элэгний өмөнтэй өвчтний 4 тохиолдолд нь элэгний хавдарыг тэжээгч судасыг бөглөх эмчилгээний өмнөх үе ба, дараах үеийн цусны урсгалын хөдлөл зүйн эмгэг өөрчлөлтүүдийг судалж, тогтоосон.

Судалгаанд хамрагдсан бүх өвчтөнд хавдарын цусны урсгалын хөдлөл зүйн өөрчлөлтүүдийг нь Өнгөт Допплерт ХАО-шинжилсэн бөгөөд, FFT-н шинжилгээ хийж цусны урсгалын хөдлөл зүйн эмгэг өөрчлөлтүүдийг / PFD/ нь баталсан.

Бид судалгаандаа ACUSON Computed Sonography 128XP/10, MEDISON SA8800 ХАО-ний аппарат ашигласан.

PFD буюу цусны урсгалын хөдлөл зүйн эмгэг өөрчлөлт нь ногоон өнгөөр дүрслэгдсэн бөгөөд, цусны урсгалын бусад хэлбэрүүд нь цусны урсгалын чиглэл, шинж чанарааас хамааран улаан ба цэнхэр өнгөөр дүрслэгдсэн.

### **Үр дүн**

1. Судалгаанд хамрагдсан бүх өвчтөнд цусны урсгалын хөдлөл зүйн өндөр эмгэг өөрчлөлтүүдийг FFT-н шинжилгээгээр нээж илрүүлсэн бөгөөд энэ өөрчлөлт нь ногоон өнгөөр тэмдэглэгдэн, дүрслэгдсэн харин FFT-н шинжилгээгээр цусны урсгалын хөдлөл зүйн өөрчлөлт нь өндөр биш цусны урсгалууд нь цусны урсгалынхаа чиглэлээс хамааран улаан ба цэнхэр өнгөөр дүрслэгдсэн.
2. Элэгний өмөнтэй өвчтний, хавдарын доторх цусны урсгал нь Өнгөт Допплерт ХАО-р ногоон өнгөөр дүрслэгдсэн байхад, хавдар руу чиглэсэн цусны урсгал нь / PFD-р / улаан ба цэнхэр өнгөөр дүрслэгдсэн.

Харин хавдрын гаднах цусны урсгал, мөн түүнчлэн хавдрын цусны урсгалтай холилдсон цусны урсгалын хөдлөл зүйн өөрчлөлт нь улаан

ба цэнхэр өнгөөр тэмдэглэгдсэн. Элэгний хавдрыг тэжээгч судсыг бөглөх эмчилгээний өмнөх үед цусны урсгалын хөдлөл зүйн өөрчлөлт нь ногоон өнгөөр дүрслэгдсэн бол, дараах үед нь цусны урсгал нь дүрслэгдээгүй.

3. Аденоматоз/гиперплази-тай өвчтнүүд нь Өнгөт Допплерт ХАО, КТ, гистологийн шинжилгээгээр оношлогдсон бөгөөд, Өнгөт Допплерт ХАО-д carbon dioxide microbubbles гэсэн тодотгогч бодис ашигласан. FFT-н шинжилгээгээр цусны урсгал нь улаан ба цэнхэр өнгөөр дүрслэгдсэн.

#### **Өнгөт Допплерт ХАО-ний практикийн ач холбогдол, онцлог**

1. Судасны өвчин, эмгэгүүд ба хавдрыг ялган оношлох
2. Хавдрын доторх цусны урсгалын хөдлөл зүйн онцлог, бүтцийн байдал, эзэлхүүн болон тоо, хэмжээний өөрчлөлтөд суурилан оношлох
3. Тухайн эрхтэн дэх анхдагч эмгэг үүсвэрийг оношлох
4. Хоргүй болон үсэрхийлсэн хавдаруудыг ялган оношлох
5. Үсэрхийлсэн хавдарын шалтгаант судасны инвазийн өөрчлөлтийг оношлох
6. Тухайн эмгэг өөрчлөлтийн үйл явцыг ажиглах, эмчилгээний үр дүнг хянах

Өнгөт Допплерт ХАО-ны практикийн ач холбогдол ба хэрэглээ нь улам өсөн нэмэгдэж байгаа бөгөөд, дүрслэл оношлогооны салбарт тэргүүлэх зэргийн үүргийг гүйцэтгэх болсон.

Зарим венийн судас, тухайлбал элэгний вени ба үүдэн венийн судасны цусны урсгалын хурд, давтамж буюу түр зуурын хувьсал өөрчлөлт нь өндөр учраас артери ба венийн цусны урсгалыг ялган дүрслэх нь хэцүү байна.

Элэгний ба үүдэн венийн цусны урсгал нь, артерийн цусны урсгалаас ялгаатай нь спектрийн хувьсан өөрчлөлт нь нарийн байдаг.

Өнгөт Допплерт ХАО элэгний өмөнг эрт үед нь оношлох нь элэгний өмөнгийн эмчилгээний аргыг сонгох чухал ач холбогдолтой.

## НОМ ЗҮЙ

1. Helenon O, Rody, CorrensJM, et al: Color Doppler US of renovascular disease in native kidneys.
2. Hirai T, Ohishi H, Yamada R, et al; Color Doppler flow imaging of pancreatic arteriovenous malformation. J Ultrasound Med 1995;
3. Tanaka S, Kitamura K, Fujita M, et al: Intrahepatic venous and portal venous aneurysms examined by color Doppler flow imaging. J Clin Ultrasound 1992;
4. Choi BI, Kim TK, Han JK, et al: Power versus conventional color Doppler sonography: comparison in depiction of vasculature in liver tumors. Radiology 1996
5. Suzuki Y, Kataoka H, Jibiki T, et al: Real-time pulsatile flow detection: Nobel technology in flow discrimination by ultrasound imaging. J Ultrasound Med 2000;
6. Mori H, Haneki H, Yamakawa T, et al: Pulsatile flow detection for evaluation of tumor vessels of hepatocellular carcinoma. Jap J Gastroent 2000;

## ЦУСНЫ ДАРАЛТ УДААН ХУГАЦААГААР ИХЭССЭНИЙ УЛМААС ҮҮСЭХ ХҮНДРЭЛ

*Н.Гансүх*

*А.Энхсайхан*

Цусны даралт ихсэх нь өндөр настай хүмүүсийн зүрх судасны төдийгүй мөн мэдрэлийн нэн чухал асуудлын нэг бөгөөд өвчтний эрүүл мэнд болон амь насны уртасахад онцгой нөлөө үзүүлдэг төдийгүй инсульт, ИБЕ мэтийн амь насанд халтай зүрх судасны өвчин үүсэж даамжрах хүчин зүйл болдог.

Энэхүү өвчний үүслийг олон арван жил судалсан боловч цусны даралт ихсэх өвчнийг судалсан түүхэнд шийдэгдээгүй олон асуулт байсаар байна. [1, 2, 3, 4, 5]

Цусны даралт ихэссэний улмаас зүрх, тархи, нүдний торлог, болон бөөрний судас гэмтэх эмгэг ашиглагддаг. Ийм учраас судасны даралт ихсэх өвчтэй хүмүүст өвчтний нас, өвчний удаан үргэлжилсэн багдалтай огтын холбогдолгүй дагалдах олон эмгэг шинж тэмдэг илэрдэг.

Цусны даралт ихсэх өвчний гэмтээх нөлөөлний улмаас үүссэн хүндэрлийг илрүүлэх зорилгоор бид тодорхой зүйл хийсэн юм.

Цусны даралт ихсэх өвчтэй 108 хүнд судалгаа хийсний 47 эмэгтэй, 61 нь эрэгтэй байв. Судалгаанд хамрагдсан хүмүүсийн насны ангиллыг хүснэгт 1-д үзүүлээ.

Цусны даралт ихсэх өвчтэй хүмүүсийг насны байдлаар үзүүлбэл:

|         | 31-40 | 41-50 | 51-60 | 61-70 | 70< | Бүгд |
|---------|-------|-------|-------|-------|-----|------|
| Эрэгтэй | 3     | 3     | 13    | 22    | 20  | 61   |
| Эмэгтэй |       |       | 11    | 17    | 19  | 47   |
| Нийт    | 3     | 3     | 24    | 39    | 39  | 108  |

Цусны даралт ихсэх өвчин 61-ээс юм уу түүнээс ахмад хүмүүст тохиолдож байсныг тэмдэглэх хэрэгтэй юм. Эрэгтэйчүүдийн 70%, эмэгтэйчүүдийн 76.6% цусны даралт ихсэх өвчтэй байв.

Үргэлжлэх байдлын үзүүлэлтийг хүснэгт-2-т үзүүлэв.

Хүснэгт-2 Янз бүрийн насны хүмүүсийн дундах  
цусны даралт ихсэх өвчний үргэлжлэх байдал

| Нас           | Өвчний үргэлжлэх байдал |                  |                  |                  |           |
|---------------|-------------------------|------------------|------------------|------------------|-----------|
|               | 5 жил<br>хүртэл         | 10 жил<br>хүртэл | 15 жил<br>хүртэл | 20 жил<br>хүртэл | 20-с дээш |
| Эрэгтэй       |                         |                  |                  |                  |           |
| 50 нас хүртэл | 4                       | 1                | 1                |                  |           |
| 51-60         | 6                       | 5                | 2                |                  |           |
| 61-70         | 8                       | 7                | 3                | 5                |           |
| 71-ээс дээш   | 1                       | 3                | 4                | 9                | 2         |
| Эмэгтэй       |                         |                  |                  |                  |           |
| 51-60         | 2                       | 2                | 4                | 3                |           |
| 61-70         | 8                       | 7                | 3                | 5                |           |
| 71-ээс дээш   | 1                       | 3                | 4                | 9                | 2.        |
| Эмэгтэй       |                         |                  |                  |                  |           |
| 51-60         | 2                       | 2                | 4                | 3                |           |
| 61-70         | 3                       | 5                | 6                | 2                | 1         |
| 71-ээс дээш   | 1                       | 2                | 8                | 8                |           |
| Бүгд          | 16                      | 24               | 24               | 24               | 20        |

Цусны даралт ихсэх болон түүнийг дагалдах өвчний оношийг урьдчилан сэргийлэх үзлэгийн юм уу эмнэлэгт хэвтсэн үед тавьсан байна.

Бүх өвчтөнд 2 шаттай схемийн дагуу эмнэл зүйн, аппаратно-инструмент болон лабораторийн шинжилгээ хийсэн бөгөөд нэг талаас, энэ нь цусны даралт ихсэлтийн шалтгааныг тогтоож нөгөө талаас, эрхтний (зүрх, бөөр, тархины судас, нүдний уг, нойр булчирхай) байдалд дүгнэлт өгөхөд чиглэсэн юм.

Артерийн даралтыг Коротковын аргаар эмнэлэгт хэвтэх юм уу, поликлиникт ирэхэд нь суугаа байдалд үзсэн болно. ДЭМГ-ийн шалгуураар артерийн даралт 140/90 мм м.б. байвал ихсэн гэж үзлээ. Бүх өвчтний артерийн даралт 160/95-230-135 мм м.б хооронд тогтвортой байв. 30% тохиолдолд өвчний явц кризис шинжтэй байлаа. Бүх өвчтнөөс авсан асуулгаас харахад артерийн даралт ихсэх нь удамшлын шинжтэй байсан юм.

Өвчтний асуулгыг судлаж үзэхэд өвчний явц 1 эрэгтэй өвчтний хувьд геморраг типийн тархины цусны эргэлтэд хурц өөрчлөлт, 7 эмэгтэй, 18 тохиолдолд (30%) эрэгтэй өвчтөнд шигдээс маягийн (ишемический) (17%) өөрчлөлт гарч байв.

Хоёр өвчтөнд тархины эргэлтийн өөрчлөлт давтан гарсан байна. Хүндрэлийн 15 тохиолдолд зүрхний шигдээс тохиолдсон. Цусны даралт ихсэх өвчтэй хүмүүст цөөнгүй тохиолдолд өвчний кризис явцын



дэвсгэр дээр ОНМК болон зүрхний шигдээс хосолсон хүндрэл гарч байв. Энэ нь 61-ээс ахмад насны (17%) бүлгийн өвчтний дунд илүү тохиолдож байв. Хэвлэлийн мэдээллээр бол эдгээр өвчтөнд тохиолдож байгаа тархины цусны эргэлтийн болон зүрхний шигдээсийн өөрчлөлт янз бүр байж болох бөгөөд түүний дотор бүлэгнэлийн гаралтай өөрчлөлт манай өвчтний зарим хэсэг гарч байсныг тэмдэглэсэн билээ.

Цусны даралт ихсэх өвчтэй 5 өвчтний аюултай хүндрэл чихрийн шижин байв. Эдгээр тохиолдолд артерийн даралт ихсэж, тогтвортой байсан юм.

Цусны даралт ихсэх өвчтэй өвчтний 62% тохиолдолд антиоретиопати гол төлөв II болон III шатандаа байв. Тархины цусны эргэлтийн өөрчлөлт давтан гарсан өвчтний хувьд IV шатны антиоретиопати ажиглагдсан болно. Бөөрний өөрчлөлтийг судлах зорилго тавиагүй юм.

Дээр өгүүлснээс үзэхэд цусны даралт ихссэний улмаас үүссэн хүндрэл нь бүх л бие махбодид аюултай өөрчлөлт гаргаж хөдөлмөрийн чадварыг удаан хугацаагаар алдуулж, зарим тохиолдолд өвчтнийг бүрэн тахир дутуу болгодог байна.

### НОМ ЗҮЙ

1. Ланг.Г.Ф. Гипертоническийи болезнь Л.Медгиз, 1950-496 с
2. Мясников А.Л. Гипертоническийи болезнь и атеросклероз. М.Медицина, 1965-615 с
3. Шевацабая И.К. Кардиология 1980, № 9 С5-13
4. Эрина.Е.В. Кардиология 1980 № 9
5. Кушаковский М.С Гипертоническийи болезнь и вторичные артериальные гипертензиц, медицина 1975-663с
6. Постнов Ю.В. Орлов С.Н. Первичная гипертензия как патология клеточных мембран М. 1987.190с
7. Шмидт Е.В. Сосудистая заболелание головного мозга Медицина 1975-663 с
8. Арабидзе Г.Г. Бюллетень всесоюз. кардиол. науч центра 1978 №2-с 118-127

## ЭМ ТАРИЛГЫГ ЗӨВ ЗОХИСТОЙ ХЭРЭГЛЭХ АСУУДАЛД

Ц.Мухар  
Д.Лундиа

Эм тарилгыг зөв зохистой хэрэглэх асуудал хэвлэл мэдээллийн анхаарлын төвд байна. Эмнэлгийн тусламжийг үзүүлэх явцад эм тарилгыг хэрэглэхэд дагаж мөрдөх дэг журам, заалт, аюулгүй байдал зөрчигдсөний улмаас манай гариг дээр жил бүр 8-16 сая хүн В гепатитын, 2.3-4.7 сая хүн С гепатитын, 8-16 мянган хүн ДОХ-ын вирусын халдвар авдаг тухай (ДЭМБ-ын санамж) мэдээлжээ. Манай орны тухайд ч мөн ялгаагүй 0-15 насны хүүхдүүдийн 6.4% нь гепатитын В вирусын гадаргуугийн антиген (HBзАд) тээгч, мөн 10.7% нь гепатитын С вирусын эсрэг бие эерэг болохыг судлаачид (Д.Даваасүрэн 2001) тогтоожээ.

Дэлхийн өндөр хөгжилтэй улс гүрнүүдэд эм тарилга хийх шаардлагаар хатгалт хийх тохиолдол жилд 2.5-3.5 байдаг бол манай оронд 13 байдаг гэсэн тоог ДЭМБ-ын шинжээчид тогтоожээ. Ялангуяа эмнэлгийн стационарын тусламж үзүүлэх явцад хэрэглэж буй эм тарилгууд нь зайлшгүй шаардлагатай эсэх, тэдгээрийн хоорондын нийцэл зохицол нь зөв эсэх, цаг үеэ олсон эсэх талаар шинжлэх ухааны үндэслэлтэй ажиглалт, судалгаа хийх явдал манай эмнэлгийн байгууллагуудын тулгамдсан асуудал болсоор байна. Энэ асуудал манай УКТЭ-т ямар байгааг судлахыг эрмэлзэв. Бидний ажлын

**Зорилго:** Эм тарилгын хэрэглээ УКТЭ-т ямар түвшинд байгааг тогтоох үүний тулд Эм тарилгын хэрэгцээ, зарцуулалт, өртөгийн байдалд дүн шинжилгээ хийх, клиникийн эмнэлэгт шаардлагатай эм тарилгын нэр төрлийг тогтоох зорилт тавив.

**Арга ба материал:** Улсын Клиникийн Төв Эмнэлгийн үйл ажиллагааны сүүлийн 3 жилийн үзүүлэлтүүд тухайлбал нийт эмчлүүлэгсдийн тоо, эм тарилга урвалжийн үнэд зарцуулсан өртөг, дундаж ор хоног, 1 өвчтөнд ногдох эмчилгээний дундаж өртөг, мөн дотор мэдрэлийн 6 тасгийн 2002 оны 4-р сард 117 өвчтөнд зарцуулсан эм тарилгын нэр төрөл, тоо, тэдгээрийн хоорондын нийцэмж зэрэгт дүн шинжилгээ хийв.

**Үр дүн:** Сүүлийн 3 жилд тус эмнэлэгт хэвтэн эмчлүүлэгсэд, зарцуулсан эм тарилга, урвалжийн өртөг дундаж ор хоног, нэг хүнд ног-

дох эмчилгээний дундаж өртөг зэргийг хүснэгт 1-ээр харуулав.

Хүснэгт 1. Үйл ажиллагааны зарим үзүүлэлтүүд

| Үзүүлэлтүүд | Хэвтэн эмчлүүлэгсдийн тоо | Эм тарилга, урвалжийн зардал | Дундаж ор хоног | 1 хүнд ногдох эмчилгээний зардал |
|-------------|---------------------------|------------------------------|-----------------|----------------------------------|
| 1999        | 13045                     | 455,1749,00                  | 13.9            | 34,893                           |
| 2000        | 14935                     | 501,915,912                  | 13.1            | 32,900                           |
| 2001        | 15944                     | 561,546,321                  | 11.3            | 33,800                           |

Дээрх хүснэгтээс үзвэл, хэвтэн эмчлүүлэгсдийн тоо 2000 онд 14%, 2001 онд 22% өсч үндсэндээ орны эргэлт хурдассан байна. Хэрэглэсэн нийт эм тарилга, урвалжийн үнэ 2000 онд 10.2 %, 2001 онд 23.3 % тус өсчээ. Нэг өвчтний эзэлсэн дундаж ор хоног 2000 онд 5.7%, 2001 онд 18.7% тус тус буурсан байна. Нэг өвчтөнд ногдох эмчилгээний дундаж өртөг 2000 онд 6%, 2001 онд 3%-иар буурсан байна. Зарцуулсан эмчилгээний үнэ өртөг дотор антибиотик болон тариурт зарцуулсан зардлын хувийн жинг жич авч үзэв

Хүснэгт 2. Антибиотик болон тариурт зарцуулсан зардал, нян судлалын шинжилгээний тоо

| Он   | Зардал | Антибиотикт зориулсан зардал /төг/ | Нян судлалын шинжилгээний эзлэх хувь | Тариурт зарцуулсан мөнгө /төг/ |
|------|--------|------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|
| 1999 |        | 68.9 сая                           | 41                                   | 55.3 сая                       |
| 2000 |        | 71.0 сая                           | 36                                   | 56.2 сая                       |
| 2001 |        | 80.8 сая                           | 37                                   | 50.1 сая                       |

Антибиотикт зориулсан зардал 2000 онд 3%, 2001 онд 14.2% нэмэгдсэн нь нэг талаар эм тарилгын зах зээлийн знийн өсөлттэй холбоотой боловч нөгөө талаар тэдгээрийг зөв зохистой хэрэглэх, мөн оношлогоо эмчилгээний стандартыг баримтлах явдлыг судлан үзэх шаардлага зайлшгүй гарч байна. Иймд дотор мэдрэлийн тасгийн 117 өвчтний түүхэд оношлогоо, эмчилгээний стандартад холбогдсон судалгааг хийж үзэв.

Нэг өвчтнийг эмчлэхэд 7.1 төрлийн эмийг хэрэглэсэн бөгөөд тэдгээрийн 59%-ийг тарилга байдлаар хэрэглэжээ. Тохиолдлын 6.7%-д өвчтний оношинд холбогдолгүй эм тарилга хэрэглэсэн. Мөн зарим тохиолдолд ижил үйлчилгээтэй эм тарилгыг давхардуулан хэрэглэсэн байна. Мөн эмчлүүлэгсдийн дунд асуумж судалгаа явуулахад эм та-

рилгыг хэрэглэх зайлшгүй шаардлага, түүний гаж нөлөөны тухай мөн өвчнөөс сэргийлэхэд зөв аж төрөх, урьдчилан сэргийлэх, нөхөн сэргээх бусад эмчилгээний ач холбогдолын тухай зөвлөгөө өгсөн тохиолдол 67% байв.

### **Дүгнэлт**

1. УКТЭ-ийн 1 орны эргэлт хурдасч, үйлчлүүлэгсдийн тоо нэмэгдсэн, үүнтэй холбоотойгоор 1 өвчтөнд зарцуулах онош, эмчилгээний зориулалттай эм тарилга, урвалжийн хэрэглээ өсчээ.
2. Өвчин үүсгэгчийн антибиотикт мэдрэг чанарыг тодорхойлолгүйгээр тааварлан хэрэглэх тохиолдол элбэг (62%) байна. Эм тарилгыг шүтэх, олон эм ( $>7.1$ )-ийг богино хугацаанд зэрэгцүүлэн хэрэглэх явдал байна. Оновчтой цөөн эм тарилга, эмчилгээний аргыг хэрэглэх талаар эмч нар санаачилга муутай ажиллаж байна.
3. 4-р зэрэглэлийн эмнэлэгт зайлшгүй хэрэгтэй диализийн сорбентууд, иммунодепрессантууд, вирусийн эсрэг үйлчлэлтэй эмүүд, дархлаа зохицуулагч зэрэг дэлхий нийтэд хүлээн зөвшөөрөгдсөн эм тарилгыг ЗШЭ-ийн жагсаалтад нэмж оруулах шаардлагатай байна.

### **The aspects of cost effectiveness and quality management of the medical treatment**

*Ts.Mukhar, D.Lundia*

The cost effective using of drugs and injections is a very important aspect especially in Clinical hospitals and as well as in outpatient settings. We have been proposed to study this problem in some aspects of medical services of the internal departments and their influences financial expense.

**Material and method:** It had been analyzed statistical reports of the medical services and its expenses of the Clinical Hospital No 1 in the last 3 years and involved 117 medical history of patients, whom hospitalized in the internal departments.

**Results:** In last three years, the number of inpatients were increased from 14.4 up to 22.2%. And the total volume of money spent to cover the costs of the medicine, injections and laboratory tests have been increased from 10.2 up to 23.3%. Average length of stay had been shortened in 0.8-2.6 days. Payment for medical services for one patient had been decreased from 5.1 to 3.1% with the tendency to fall. However, the expense for antibiotics-therapy increased from 3 to 16.5 percent. The costs for dispo-

sable syringe had been tendency to decrease (for about 9%). Antibiotics sensitivity was tested in 37-41% of the patients treated by antibiotics.

Conclusion: The number of inpatients were added every years, that leads to increase financial expence for their medical services. However, Payment for medical services for one patient was decreased and average length of stay is with tendency to shortning and accelerated bed turn over. It was indicated unimportant and too many (>7.1) kinds of medicine and drugs, specially antibiotic, that without testing their sensitivity .



## ШЭЭЛГҮҮРИЙН МЭДРЭЛ-БУЛЧИНГИЙН ДИСПЛАЗИЙН ЭМЧИЛГЭЭ

Д.Нямсүрэн  
Ж.Нарантуяа

### Түлхүүр үг:

**Нейро-мышечный дисплази** - мэдрэл булчингийн хомсдол.  
**ахалази** - шээлгүүрийн зөвхөн доод хэсэг өргөсөж усжих  
**мегауретер** - өргөсөж усжисан шээлгүүр  
**уретерогидронефроз** - шээлгүүрийн хана өргөсөж агшилтгүй болж бөөр усжих  
**уретерцистоанастомоз** - шээлгүүрийг давсагтай залгах мэс ажилбар  
**дубликатурний оёдол-давхарлаж (хоёрлож) оёх**

**Оршил:** Сүүлийн жилүүдэд урологийн практикт нейромышечный дисплази буюу мегауретера гэсэн онош элбэг тавигдах болсон. Энэ нэр томъёон дор түүний шалтгаан, эмгэг жам, эмнэлзүй, оношлогоо энэ бүгдэд тохирсон төрөл бүрийн хувилбар аргуудаар мэс заслын эмчилгээг хийхээс гадна цөөн тохиолдолд нь эмийн эмчилгээ хийдэг. Энэ өвчнийг "мегауретер", "мегалуретер" гэж нэрлэж байсныг үгчлэн монгол хэлэнд буулгаваас "өргөссөн шээлгүүр" гэж орчуулна.

Бид 1990 оноос УКТЭ-ийн Урологийн клиникт оношлож буй өргөссөн шээлгүүртэй өвчтнүүдийн оношлогоо эмчилгээний асуудалд анхаарлаа хандуулж шээлгүүрт гарсан өөрчлөлтүүдийг нь судлан үзэхэд дараах хэлбэрийн эмгэгүүд илэрч байна. Шээлгүүрийн зөвхөн доод хэсэг өргөссөн (ахалазия), шээлгүүр бүхэлдээ өргөсөж уртассан (мегауретер), улмаар бөөр усажсан (мегауретергидронефроз) эмгэг өөрчлөлтүүд илэрсэн тохиолдолд судалгаа хийлээ.

Бид энэ өвчний эмнэл зүй, явц, патоморфологийн өөрчлөлтүүдийг нэгтгэн дүгнэсний эцэст дараах байдлаар 3 үе шат болгон Н.А.Лопаткин, Л.Н.Житников нарын ангилснаар эмчилгээг хийж байна.

I үе шат - Ахализи, II үе нь мегауретер, III үе нь уретергидронефроз гэж ангилдаг. Энэ ангилал нь тодорхой цаг хугацаагаар шалгагдаж практикт ашиглахад хялбар ойлгомжтой.

Нейромышечный дисплази гэдэг нь тодорхой биеэ даасан өвчний

ойлголт юм. Энэ нь шээлгүүрийн бүх хэсгийн булчин давхарга болон түүний мэдрэлийн сүлжээний төгсгөлийн хэсгийн төрөлхийн дутуу хөгжилтэй гэсэн ойлголт.

Гистолог шинжилгээгээр үрэвслийн процесс давамгайлж гялгар булчин атрофия болж, зарим хэсэгтээ голомтлог сорвижилтууд үүсдэг гэж судлаачид тэмдэглэжээ.

Бидний судалгаагаар булчинлаг давхаргын элементүүдэд хэв гажилт үүсч багцалж бөөгнөрч атрофи, склерозийн сорвижилт илэрхий илэрч мэдрэлийн ширхэгүүдэд гүнзгий өөрчлөлт орж зарим газартаа мэдрэлийн эс ширхэггүй болж хоосордог нь шинжилгээгээр батлагдсан.

Шээлгүүрийн мэдрэл булчингийн дисплази нь шээлгүүрийн давсагт нээгдэх хэсгийн төрөлхийн нарийсалттай хавсарч тохиолдох нь ховор биш тул энэ нь цаашдаа уродинамикийн хэвийн дамжуулалт алдагдах урьдчилсан нөхцөлийг бүрдүүлдэг.

Өвчний эхний үе шатанд шээлгүүрийн доод цистоид буюу доод 1/3 нь өргөсөж агшилтгүй болсон хэдий ч дээд талын 2 цистоид буюу дээд 2/3 нь агших чадвараа хадгалж байдгийг экскреторная урограф, радио изотопная динамическая гаммасцинтиграммын шинжилгээнүүдээр баталгааждаг. Өвчний I үе шатанд урьдчилан сэргийлэх үзлэгээр тохиолдолын байдалтай, бөөр нуруугаар өвдөж байна гэж эмчид хандснаар оношлогддог.

Шээлгүүрийн дисплазитэй өвчтний эмнэлзүйн онцлог шинж тэмдэг нь шээсний уродинамик буюу хөдлөл зүй нь алдагдаж удааширч зогсонгишин нуруугаар унжирч битүү буюу цочмогоор хүчтэй өвдөж, цусны даралт ихсэж, макро ба микрогематурийн шинж илэрдэг. Халдвартай хавсарсан тохиолдолд халуурах, заримдаа цочмог пиелонефритийн эмнэл зүйн шинж тэмдэг тод илэрдэг. Зарим тохиолдолд, шээлгүүрийн мэдрэл булчингийн дисплази нь чулуу үүсэх шалтгаан ч болдог.

Өвчний идэвхжилийн явц, шинж тэмдэг тодорч эмгэг процесс ихээхэн гүнзгийрсэн үед өвчтнийг бүх талаас нь тодорхой шинжлэх шаардлагатай. Хромоцистоскопии хийх үед индигокармин хожуу удаан ялгарна. Экскреторная урограмма-ийн шинжилгээнд өвчний I үе шатанд шээлгүүрийн зөвхөн доод 1/3 өргөсдөг, харин II, III шатанд шээлгүүр бүхэлдээ уртсаж өргөсөж, цаашилбал бөөрний хөндийт тогтолцоо нь илэрхий өргөсдөг.

**Судалгаа:** Бидний сүүлийн (1992-2002) 10 жилийн судалгаагаар 15 тохиолдолд шээлгүүрийн мэдрэл-булчингийн дисплази нь экскре-

торная урограмма, ретроградная урограмма, эхо, изотопийн динамик сцинтиграмм бусад шинжилгээгээр батлагдсан, 21-46 насны 7 (46.7%) нь эрэгтэй, 8 (53.3%) нь эмэгтэй. тохиолдол байлаа. Бүгд хүндрэлийн шат буюу II, III үедээ оношлогдсон. Тохиолдлын 10 (66.7%) нь шээлгүүр давсаг руу шургаж нээгддэг хэсэгтээ нарийсалтай, 2 тохиолдолд давсаг шээлгүүрийн рефлекс үүссэн байлаа.

Хагалгааны үеийн макро шинжилгээгээр шээлгүүр 2-3 см-ийн диаметртэй болж өргөсөж, сорвижиж хэлбэр дүрсээ алдаж агшилтгүй усаар дүүрсэн хүүдий-уретерогидронефроз үүссэн байлаа.

Давсаг дурандахад шээлгүүрийн амсар онгойсон шээх агшинд бие арзайж эвгүй болж бөөр рүү өвддөг гэсэн рефлексийн эмнэлзүйн шинж тэмдэг 2 (13.3%) өвчтөнд тодорхой илэрч байлаа.

Шээлгүүрийн дисплазийг 1 ба 2 талын, төрөлхийн ба олдмол гэж ангилдаг. Бидний судалгаанд хамрагдсан бүх тохиолдолд 2 талдаа ижилхэн эмгэг процесс явагдаж байсан нь шинжилгээгээр тодорхойлогдсон.

Олдмол гаралтай нейромышечный дисплазийн үед үрэвслийн процессийн улмаас давсагны хана, шээлгүүрийн давсагт нээгдэх хэсгийн үрэвслийн процессийн гүнзгий өөрчлөлтөнд орсоны улмаас төрөлхийн мэдрэл-булчингийн дисплазийн өөрчлөлттэй ижил төстэй эмгэгшил явагддагийг судалаачид тогтоожээ. Өнөөдрийг хүртэл шээлгүүрийн мэдрэл-булчингийн дисплазийн мэс заслын эмчилгээний арга, сонголт, эмчилгээ хийх хугацааны тухай асуудал бүрэн шийдэгдээгүй хэвээр байсаар байна.

Мэдрэл булчингийн дисплазийг эмийн эмчилгээгээр эмчлэх практик боломж байхгүй. Өвчний эхний үе шатанд шинж тэмдгийн, үрэвслийн эсрэг, шимэгдүүлэх эмчилгээг, шээлгүүрийн хананы агшилтыг сэргээх эмчилгээтэй хавсран явуулж дараагийн эмчилгээнд бэлтгэснээр хагалгааны үр дүнг дээшлүүлэх боломжийг бүрдүүлдэг. Өвчний аль ч үе шатанд мэс заслын эмчилгээг хийж болох заалттай ч бөөрний ялгаруулах үйл ажиллагаа алдагдаж шээс дамжуулалт түүний хөдлөл зүйд ямар нэг хэмжээгээр саад илэрч, эмнэл зүйн шинж тэмдэг тод илэрсэн тохиолдолд мэс заслаар эмчлэх зайлшгүй шаардлагатай.

Ахалази, мегауретерийн (эхний 2) шатанд нь ихэнх тохиолдолд мэс заслын эмчилгээний пластик аргуудаар эмчилдэг. Энд Бишоф, Демеля-Блохин, Боари, дупликатор үүсгэж оёох зэрэг аргуудыг ашигладаг. Бишофийн арга нь шээлгүүрийг дагууд нь ердийн голчтой шээлгүүрийн хэмжээнд хүртэл зүсэж авах арга юм. Энэ хагалгааны алсын үр дүн нь шээлгүүрийн хана нь агших чадвараа бараг бүрэн алдсан байдгаас эмчилгээний үр дүн муутай нь судлаачдынхаар бат-

лагдсан.

Шээлгүүрийн хананд тайралт хийснээр нэмэлт гэмтэл үүсгэж улмаар мэдрэл булчингийн үлдсэн элементүүдийг зүсч авснаар сорвижилт нэмэгдэн үүсэж шээлгүүрийн хана хэсэгчилсэн байрлалаар ч агшиж сэргэх найдвараа бүрэн алддаг.

Демеля-Блохиний хагалгаа нь шээлгүүрийн доод 1/3-ийн өргөссөн хэсгийг тайрч аваад Боарийн хагалгаа шиг давсагны ханаар шээлгүүрийг орлуулах мэс ажилбар. Шээлгүүрийн урт нь хүрэлцээтэй тохиолдолд рефлюксийн эсрэг хамгаалалт бүхий уретероцистоанастомоз хийдэг.

Н.Е.Савченко зэрэг эмч эрдэмтэд шээлгүүрийн доод дунд 2/3-ийг тайраад (аутотрансплантаци) өөрийн нь бөөрийг өөрт нь шилжүүлэн суулгах хагалгааг хийж байсан. Энэ хагалгаа нь бөөрөндөө ч үлдэж буй шээлгүүрийн хувьд үр дүн нь эргэлзээтэй, эрсдэл өндөртэй ажилбар юм.

Шээлгүүрийн мэдрэл булчингийн дисплазийн I-II үе шатанд шээлгүүрийн сувгийг нарийсгаж дубликатур үүсгэх пластик хагалгааны арга нь үр дүнтэй аргад тооцогдож байна. Хагалгаанд тавигдах үндсэн шаардлага нь шээлгүүрийн дамжуулалтыг сэргээх, шээлгүүрийг нөхөн сэргээж дахин хэлбэржүүлэхийн тулд дараах арга хэмжээг авах шаардлагатай.

1. Хагалгаа нь рефлюксийн эсрэг байх.
2. Шээлгүүрийн голчийг нарийсгаж уртыг богиносгоход түүний мэдрэл булчингийн аппаратын бүрэн бүтэн байдлыг алдагдуулж болохгүй.
3. Эдгээр шаардлагыг хангах үүднээс шээлгүүрийн ханыг дубликатур үүсгэн оёж голчийг нь эрүүл анатомын хэмжээнд ойртуулж нарийсгах, рефлюксийн эсрэг хамгаалалтыг тухайн тохиолдолд тохирсон хувилбар аргаар хийж өгнө.

Шээлгүүрийг урт хэмжээгээр тайрч шууд уретероцистостомии хагалгаа хийсэн тохиолдолд рефлюксийн эсрэг хамгаалалтыг сэргээж хийх шаардлагатай.

Шээлгүүрт дубликатур үүсгэж хөвөрдөх оёдлоор оёход шээлгүүр богиносгох, цусан хангамж тэжээл нь алдагдах эрсдэлтэй тул богиносгохоос урьдчилан сэргийлж зангилаат оёдолоор оёх нь тохиромжтой.

Бид 13 (86.7%) тохиолдолд уретероцистостомии хагалгааг нэг талын шээлгүүрт хийснээс 5 тохиолдолд үр дүн муу, уродинамик сэргээгүй, залгаас дээр нарийсалт үүссэн тул давтан мэс засал хийсэн.



Бөөрний үйл ажиллагааны архаг дутагдалд орсон, 2 талдаа төрөлхийн нейромышечний дисплазитэй тохиолдолд ихэнх төлөв 2 шаттай мэс ажилбар хийх нь тохиромжтой. Эхний шатанд эхо буюу рентген хяналтын дор пункт хийж нефростом тавина. Нефростом тавиад 1.5-2 сарын турш хордлого тайлах, үрэвслийн эсрэг эмчилгээ хийж цусны сийвэн дэх мочевины, креатинин хэмжээг хэвийн болгож, бөөрний шээс ялгаруулах үйл ажиллагаа сэргэсэн тохиолдолд дараагийн 2 дахь шатны нөхөн сэргээх төгс мэс заслыг хийнэ.

Үүнээс гадна нефростом тавьж 1.5-2 сар түүнээс ч дээш хугацаагаар бөөр, шээлгүүрийн ачаалалыг хөнгөлсөнөөр шээлгүүрийн хананы агших чадвар нь тодорхой хэмжээгээр сэргэж, өөрийн байгаа бодит боломжоо хадгалж үлддэг, мөн эргэж буцашгүй эмгэг өөрчлөлтөд орсон бол илэрхий болдог.

Хоёр дахь шатны хагалгаа нь шээлгүүрийг нарийн гэдсээр орлуулах мэс засал юм. Өвчин 2 дахь шатандаа буюу мегауретертэй үед заавал пункционный нефростом тавих шаардлагагүй, хагалгааны дараа бөөрөө хамгаалах нэмэлт арга хэмжээнүүдийг авах шаардлагатай.

Бид нейромышечной дисплазитэй 1 (6.7%) өвчтний II-шатанд 1996 онд шээлгүүрийг нь дубликатор үүсгэн зангилаат оёдлоор дотогш нь чихэж оёж, доод хэсгээс тайрч уретероцистоанастомоз хийж, стэнд тавьж үлдээсэн. Стэндээ 14 хонуулаад авсан. Ойрын болон алсын үр дүн нь сайн байна.

Өвчтөний III үе уретерогидронефрозын шатанд 1 (6.7%) тохиолдолд нарийн гэдэсний чөлөөт гогцоогоор шээлгүүрийг орлуулж хийх аргыг нэвтрүүлэхийг зорьж анх удаа 2001 онд хийсэн нь үр дүнтэй болсон.

Мэдрэл-булчингийн дисплазийн I-II үед нь дубликатор үүсгэн шээлгүүрээ нарийсгаж сувгаа хэлбэржүүлээд уретероцистоанастомоз хийх, II-III үед нь шээлгүүрийг нарийн гэдсээр бүрэн орлуулах мэс засал хийх нь ашигтай гэсэн дүгнэлтийг гадаадын судлаачид ч бичиж дүгнэж байна. Бидний судалгаанд хамрагдсан цөөн тохиолдолд ч дээрх дүгнэлттэй санал нэг байна.

## НОМ ЗҮЙ

1. Житникова Л.Н., Лечение нейромышечной дисплазии мочеточника - Урол. и нефрол. 1985 № 6 св13-16
2. Кан Д.Н. Востановительная хирургия мочеточников. -М., 1986. с.488
3. Уретерогидронефроз: Руководство по урологии (Под.ред. Н.А.Лопаткина.-М., 1998.-Т-2)



4. Kilciler, M., Tan, Ц., Tahmaz, L., Ureterocystoplasty in Bilateral Functional kidneys. Eur Urol 2000; 38:742-747

### **The treatment of Neuromuscular ureteral dysplasia**

*D.Nyamsuren*

*L.Narantuya*

Experience with the treatment of neuromuscular ureteral dysplasia is reviewed. Preferens is largely given to uretral duplicature, a method first described in 1996, intestinal plastic of the ureter, -first described in 2001 year at the Urological department of Central Clinical Hospital. Symptoms and diagnosis of the disease are discussed in relation to its stage on the basis of an earlier classification.

Neuromuscular ureteral dysplasia is conceived as a combination of congenital stenosis of ureteral intramural part, reflux and neuromuscular dysplasia of the Lower cystoid. Three stages of the condition are identified as achalasia (stage 1), megaloureter (stage 2) and ureterohydronephrosis (stage 3).

## ENTAMOEBA HYSTOLYTICA-ИЙН ЭЛЭГНИЙ БУГЛАА

*Л.Галцог, Н.Даваасүрэн,  
Ц.Минжүүр, О.Энхцэцэг*

Манай оронд амёбиаз тархвар судлалын хувьд ямар нэгэн аюул учруулахуйц халдвар биш ч гэсэн дэлхий нийтэд өргөн тархмал халдвар учраас бусад орноос зөөгдөн орж ирэх боломж байгаа юм. Амёбиаз гэдэг нь өвчтний амьд ахуй цагт онош тавихад тийм ч хялбар бус бөгөөд шалтгааны эсрэг эмчилгээ хийгээгүй нөхцөлд өндөр үхэлтэй байдаг байна. Амёб нь 20-35 мкм хэмжээтэй *Entamoeba histolytica*-хэмээх эгэл биетний шалтгаант цусархаг шархлаат (колит болон бусад эрхтэн, ялангуяа элгэнд хаалган венийн цусаар түгж буглаа үүсгэдэг өвчин юм.

Амёбиазын үүсгэгч нь өөрийн хөгжийн мөчлөгтөө ургал (вегетатив) ба уйланхай (цист) хэмээх хоёр үеийг агуулна. Амёбын эдгээр хэлбэр бие биенээсээ хэмжээ бүтцээрээ ялгаатай. Амёбиазын эмнэл зүйн явцын янз бүрийн хэлбэрүүдийн үед үүсгэгч нь янз бүрийн үе шатанд байна.

Вегетатив хэлбэрийн үед хуурамч хөлтэй, ихээхэн хөдөлгөөнтэй байдаг. *Entamoeba histolytica*-ийн эмгэг жамын болон эмнэл зүйн гол чухал нь тэрээр трипсин болон пепсин зэрэг уураг хайлуулагч фермент ялгаруулж гэдэсний эпителийг задладагт оршино. Цааш салстын доод давхар болон гүнд нэвтрэн орохдоо гиалуронидаза оролцсон «нэвтрэлтийн хүчин зүйлс»-ээр холбох эдэн тогтолцооны гол бүрэлдэхүүн болох гликозаминогликаныг деполимераз-д оруулдаг ажээ.

Амёбын эмгэг төрүүлэгч штаммууд 80% хүртэл гиалуронидаза агуулдаг байна. Гарал үүслийг гүйцэд тогтоогоогүй олон ферментүүд лейкоцитуудад цитотоксик нөлөө үзүүлж сөрөг хемотаксис үүсгэх буюу ө.х түүнийг хөдөлгөөнгүй болгоно. Гэвч нилээд олонх тохиодолд амёб нь хүний биед тэр бүр эмгэг төрүүлэгч нөлөө илрүүлэлгүйгээр л хамтран оршиж, зохицон амьдардаг ажээ. Энэ бол өвчлөлийн шийдвэрлэх үүргийг биеийн дархлааны харилцан үйлчлэл хариуцдаг болохын үзүүлэлт байж болно.

Амёбиазын эмгэг жамын үндэс нь амёб гэдэсний хана руу нэвтэрч, дээрх ферментүүдийн тусламжтайгаар эдийг задладагт оршдог

байна. Амёб гэдсэнд нэвтэрсэн орчинд эд үхжиж шархлаа үүснэ. Гэдэс шархлахаас гадна амёб бусад эрхтэнд цусаар нэвтэрч амёбын буглаа үүсгэх боломжтой. Амебиазын үед гол төлөв бүдүүн гэдэсний хана үхжин, цус харвах өөрчлөлтүүд илэрдэг. Үрэвслийн өөрчлөлт нь эхлээд мухар гэдэс ба бүдүүн гэдэсний өгсөх хэсэгт илэрнэ. Амёбыг эмчлээгүй, эсвэл өөр өвчинтэй хавсран тохиолдсон, мөн дархлалын хомсдолтой бол хошноого хүртэлх бүх гэдсийг нэлэнхүйд нь, түүгээр ч үл барам нарийн гэдэсний цутгалан хэсгийг хамарч болно. Өвчний даамжралыг хурдасгах нөхцөл бүрдэхэд шархлаа ихсэж, үхжил хавсран бактерийн хоёрдогч халдвар нэмэрлэж хүндрэл гарах боломжтой болно.

Микроскопын шинжилгээнд шархлааны ёроол нь бактерийн хольц бүхий үхжсэн эд, цусны нөсөө, бааснаас тогтоно. Хүндрэх тусмаа ёроолын үхжил нь гүнзгийрнэ. Дараачийн үе нь гэдэсний өөрийн эдийн үхжлээс бүрэлдэнэ. Энэ үед үрэвслийн эсүүд огт байхгүй. Тод хүчиллэг будагдсан байхаас гадна хааяа эсийн бөөмийн задралаас үүссэн сууриллаг голомтууд үзэгдэнэ. Энэ давхарт амёб үгүй, харин бактерийн колони маш элбэг. Үхжлийн давхрыг өнгөрөхөд гэдэсний ханын зааг дээр амёб маш элбэг. Эдгээр нь том вегетатив хэлбэртэй, сийвэн дотор нь залгисан цусны улаан эс, цэврүү их харагдана. Цусны улаан эс хүрэн улаан өнгөтэй, вакуолиуд ШИК-сөрөг байна.

Амёбыг хүрээлсэн эдэд үрэвслийн урвал маш ядуулаг. Амёбууд өөрчлөлтөд хараахан өртөөгүй гэдэсний гүн давхраас ч олдоно. Энд амёбыг тойрсон голомтлог үрэвслийн урвал маш сул харагдана. Харин судасны цөөрөлт бүхий газарт ямагт тромб үүсэх албагүй бөгөөд цусны улаан эстэй зэрэгцэн амёбууд харагдана.

Элэгний амёбын халдвар нь гэдэсний амебиазаас гарах хүндрэл юм. Өвчин амны болон гэдэсний замаар дамжин үүснэ. Паразит хаалган венээр дамжин элгэнд хүрнэ. Гэвч элэгний буглааны үед хагасаас үлэмж хувьд нь бааснаас болон бүдүүн гэдэснээс амёбын халдварын биес олддоггүй байна. Ийм нөхцөлд иммунологийн шинжилгээ оношийн үнэлж баршгүй ач холбогдолтой,

Эхэн үеийн гэмтэл нь бор шаргал өнгөтэй үхжилт голомтуудаас тогтоно. Жижиг голомтууд нийлж томрох хандлагатай, элэгний үхжилт эд шингэрэн «амёбын» буглаа гэгчийг үүсгэнэ. Энэ буглаа нь 2-20 см хэмжээтэй, нэг буюу олон, элэгний 2 дэлбэнд байрлаж болно. Элэгний баруун дэлбэнгийн ар хэсэг илүү өртөмтгий, буглаа нь плеврийн хөндий буюу баруун уушигны угт шууд тархах боломжтой. Ийм тохиолдолд амёб баруун уушигны доод дэлбэнд нэвчин үрэвсүүлж амёб-бактерийн хавсарсан буглаанд хүргэнэ. Цусаар цааш түгж

тархснаас дэлүү, элэг арьсанд тархаж буглаажил тохиолдож болно. Перитонит маш элбэг (75% хүртэл). Энэ нь бүдүүн гэдэс нэвт цоорох, мөн элэгний буглаа хэвлийн хөндий рүү цоорсноос үүснэ. Амёбын элэгний буглааны эмнэл зүй нь халуурал ба баруун сүвээн дор чинэрч өвдөхтэй хосолж явагдана. Уг буглааг элэгний эсийн өмөнтэй андуурч болох тул орчин үеийн дүрс оношлогоо нь онош тогтооход үнэлж баршгүй чухал юм.

**Эмгэг судлалын шинжилгээнд:** Буглааны агууламж нь гель маягийн цэлцэгэр тогтоцтой, цайвар шаргал өнгөтэй, захаараа цусархаг хүрээтэй байна. Бактерийн хоёрдогч халдвар хавсарсан тохиолдолд идээлэг шаргал-ногоон-бор болж өөрчлөгдөнө. Элэгний буглааны ханыг усны хүчтэй урсгалаар угааж харахад хөвд мэт олон сархиагт сараалжаас тогтсон нь элэгний эдийн холбох эдэн хэрээс болно.

**Гистологийн шинжилгээнд:** Архаг буглаа нь гадна талаасаа сорвижсон бүрхүүлгүй, энд цус залгисан амёб харагдана. Буглаанаас зайдуу орших элэгний эдэд амёбыг үзэж бас болно.

Гэдсэнд байдгийн ижил элэгний амёбыг тойрч үрэвслийн урвал төдий л илрэхгүй. Буглааны хөндий дотор цусан улаан хүрэн өнгийн, эсвэл цөстэй холилдоноос шаргал ногоон туяа бүхий зүйл агуулагдана. Захаар орших үхжилт эдээс биетнийг илрүүлэх боломжтой. Эхэн үеийн гэмтэл нь эдгэрэх буюу эсвэл үхжил даамжирч эсийн төдий л урвалгүйгээр өргөжин тэлж томорно. Үхжлийн гадуур хүрээлсэн буглааны ханын мөхлөгөнцөр эдийн нарийн зурвас нь цөөн тооны гистацит эс, сийвэнт болон лимфоцит эсүүдийг агуулна. Үүний гадуур буглаанд дарагдаж шахагдсан элэгний эд хүрээлнэ. Ийм буглааны хана зузааран сорвижиж болно. Тропозойтууд нь 60 микрон хэмжээ бүхий дугариг зууван биес байдаг.

Бөмбөлөг бөөмтэй кариосомыг агуулна.

Сийвэн дотор нь цусны улаан эс агуулагдаж болох юм. PAS-урвалаар будагдах бөгөөд Хейденхены гемотоксилинээр будаж тодруулна. Мөн биетнийг парафин цутгамал дээд иммунофлюоресценц аргаар илрүүлж болно.

Элэгний буглаа нь ихэвчлэн мухар олгойн идээлсэн үрэвсэл хүндрэн идээлүүлэгч нян хаалган венийн тогтолцоогоор дамжин элгэнд хүрч үүсдэг нь мэс заслын практикт элбэг тохиолддог билээ. Харин амёбын цөмрөлтөөс үүссэн элэгний буглаа манай орны анагаах ухаан-эрүүл мэндийн практикт урьд нь бичигдсэн болон бидний олон жилийн оношлогоо эмчилгээний үйл явцад тохиолдож байгаагүй тул амёбын шалтгаант элэгний буглааны энэхүү анхны тохиолдлыг бид нийтэлж байна.



Өвчтөн Ж.42. настай, эрэгтэй.

УКТЭ-ийн Хоол боловсруулах эрхтний судлалын клиникт хэвтэж эмчлүүлсэн, ирэхдээ 42 хэм хүртэл халуурна, гэдэс дүүрч цанхайна, хэвлийгээр базалж хоногт олон удаа шингэнээр суулгана, 1 сард 20 кг турсан, хөлөрнө. Халууч чичирнэ гэсэн зовиуртай. Энэ өвчин одоогоос 2-3 сарын өмнөөс бөөлжиж гүйлгэж, халуурч сумын эмнэлэгт 5 хоног, аймгийн эмнэлэгт 1 сар хэвтэж эмчлүүлсэн боловч засрал аваагүй учир нааш нь илгээсэн.

Үзлэгт: Биеийн байдал хүндэвтэр, ухаан саруул, асуултад зөв тод хариулна. Нүдний эвэрлэг ба арьс, салст шар туяатай, уруул омголтсон, хэл бохир саарал өнгөртэй. Хэвлий дүрэнгэ, цардгар, элэг хавирганы нумаас доош тэмтрэгдэнэ, элэг хатуувтар. Зүрх судас болон уушигны тогтолцооны талаас илрэх өөрчлөлтгүй.

Шинжилгээнд:

Цээж гэрэлд харахад болон зураг авахад: Уушиг голомтот болон нэвчдэст сүүдэргүй, уг хэвийн, синус чөлөөтэй, өрц хөдөлгөөнтэй, зүрх гол судас хэвийн.

Ходоод гэрэлд харахад: Ходоодны салстын архаг хатингаршилт үрэвсэл, ходоодны суналт 3-р зэрэг.

Бүдүүн гэдэс гэрэлд харахад: Бүдүүн гэдэсний байрлал хэлбэр хэмжээ хэвийн, сигма гэдэс, хаустр жигд биш.

Дүгнэлт: Сигмоидит - Ходоод дурандахад улаан хоолойн доод хэсгийн хөх судас 1-р зэргээр өргөссөн, ходоодны архаг үрэвсэл, ходоодны буланд сорвижиж буй шархтай.

Эмчилгээнд: элэг дэмжигч эмүүд, антибиотик, сульфамид, витамин, шинж тэмдгийн эмчилгээнүүд хийлгэн ХБЭӨЭЖ-т 16 хоног эмчлүүлэх хугацаанд халууралт намдаагүй биеийн байдал хүндэрсээр байсан бөгөөд хэд хэдэн удаагийн хэт авиан шинжилгээгээр элгэнд голомтот өөрчлөлт илэрсэн тул элэгний голомтот өөрчлөлтийг эмчлүүлэхээр өвчтнийг дотрын клиникээс мэс заслын клиникт шилжүүлжээ.

Эхо шинжилгээ 2 удаа хийснийг дурдвал: Эхнийхэд элэг бага зэрэг том, эхо ойлт ихэссэн, цөсний хүүдий чулуугүй, хана зузаан, нойр булчирхай, дэлүү, бөөр хэвийн. Аортын лимф томорсон (1.5:1.2:0.9). Дараагийн харалтад: Элэг дэлүү томорсон, элэгний зүүн дэлбэнгийн буглаа, асцит гэж оношлогдон элэгний буглаанд хатгалт хийж суллан гуурс тавьжээ.

Хатгалтаар их хэмжээний өмхий идээ гарсан ба ужиг хүндрэл, перитонитын шинж илэрч биеийн байдал засрахгүй байсан тул мэс за-



салд орж элэгний зүүн дэлбэнг тайруулах мэс ажилбар хийлгэсэн болно. Хагалгааны дараа үжил ба перитонитын шинж үргэлжилж хордлоготой байсны гадна гэдэсний түгжрэл үүссэн тул давтан мэс засалд орсны дараа өвчтөн нас баржээ.

Эмгэг судлалын шинжилгээнд: Арьсан бүрхэвч цайвар хэвлийн өмнөт шуумгаар 20 см урт мэс заслын сорвитой, хэвлийн 2 талд гуурс тавьсан нүхтэй байв.

Амьсгалын дээд зам чөлөөтэй, цээжний тунгалгийн зангилгаанууд хэвийн хэмжээтэй, уушигны агаарлаг чанар багассан, хар хүрэн махархаг, зүсэхэд амьсгуурс ба жижиг гуурсанцруудын салстын жижиг судсууд тодрон улайссан, уушигны эдээс хөөсөрхөг шингэн шахагдан гоожиж байв.

Зүрхний булчинт давхар улбагар зөөлөн, тууш хэмжээ уртасч 16 см хүрчээ. Ходоод гэдэсний салстын нугалаасууд гөлийсөн, бүдүүн гэдэсний салст нимгэвтэр шархлаат өөрчлөлтгүй байв. Хэвлийн хөндийд шингэнгүй. Элэгний зүүн дэлбэн тайрагдсан, хагалгааны суурь хэвийн, элэгний гадаргуу шаргал өнгөтэй, гөлгөр, ирмэг нь хурц, тогтоц улбагар. Зүсч үзэхэд эдийн гүнд маш олон тооны, янз бүрийн хэмжээний ногоовтор хүрэн шаргал өнгийн голомтуудтай, зарим нь зөөлөрч нялцгар болжээ.

Дэлүү: 14x10x6 см, улбагар, зүсэхэд маш зөөлөн, хусам ихтэй.

Бөөр: Гадаргуу нь гөлгөр, хальс нь хуулахад хялбар, зүсэхэд биерхэг, 2 эдийн зааг бүдэг гэжээ.

Бичил өөрчлөлтөөс: Элэгний эдийн дотор үхжиж хайлсан олон тооны голомтуудтай, үхжлийн гадуур мөхлөгөнцөр маягийн холбох эдээр хүрээлэгдсэн ханатай. Энэ орчим нейтрофиль, лимфоцит, макрофаг эсүүд их бөөгнөрсөн. Үхжлийн захаар дугариг зууван, гемотоксиклин будгаар тод хар өнгөөр будагдсан биетүүд олон тоотой байв. Үхжлийн голомт нь хайлсан, задрал ихтэй шингэрсэн байлаа. Ван-Гизоны будагт үхжлийг хүрээлж холбох эдэн бүрхүүл үүссэн нь ажиглагдав. ШИК-ийн урвалд дээр дурдсан дугариг зууван биетүүд эсрэгээр будагдсан.

Үүний үндсэн дээр элэгний амёбын халдвараас үүссэн бүрхүүлжсэн буглаа болох нь батлагдав. Сийвэн дотроо цусны улаан эсүүд (ЦУЭ) агуулснаас гадна бөөм нь тод харагдаж байв. Уг биетүүдийн хэлбэр хэмжээ, ЦУЭ болон бөөмтэй байдлыг харгалзан амёбын тропозонтууд гэж оношлов.

Уушиг: Жижиг амьсгуурсанцар болон цулцангийн хөндийнүүдэд нейтрофил эсийн их хэмжээний нэвчдэстай. Дүгнэлт-Үхжлийн хатгаа.

Дэлүү: Фолликулууд томорч үржлийн төвүүд тодорсон улаан шахам Ж цус ихтэй, синусын эсийн үржил, нейтрофилийн нэвчилт ихэссэн харагдав. Энэ өөрчлөлт нь үхжлийн хүндэрлийн илрэл болно.

Ийнхүү уг өвчтөн нь амёбын гарапт буглаа өвчинтэй байсан бөгөөд эхнээсээ элэгний буглаа нь оношлогдоогүй нь өвчин ужгарч хүндрэхэд хүргэжээ. Эхлээд элэгний буглааг оношлож дараа нь буглааны шалтгааныг эрж хайх ёстой атал 3 сар шахам өөр оношоор эмчлэгдэж байжээ.

Элэгний амёбын халдвар нь гол төлөв гэдэсний амёбын колитоос хаалган тогтолцоогоор элэг рүү дамждаг гэж үздэг. Харин бидний толилуулан буй тохиолдолд бүдүүн гэдэсний шархлаат үрэвсэл мэдэгдэхүйц байсангүй. Үүний учир бол амёбоор халдварласны дараагаар бүдүүн гэдэсний клиник илрэл бүхий үрэвсэл үүсээгүй боловч, хаалган венийн тогтолцоогоор амёб элгэнд очиж буглаа үүсгэжээ.

Толилуулан буй энэхүү тохиолдолд олон өвчнийг анагаан эмчлэгч эмч, мэс засалчдын үйл ажилд санаа сэтгэмж нэмэрлэх болов уу хэмээн бид үзэж байна.

### Amebic Liver abscess

*L.Galtsog, N.Davaatseren,  
Ts.Minjuur, O.Enhtsetseg*

An observation of a clinically unidentified case of amoebiasis of the liver in 42 years is described. The patient had clinical signs of diarrhea and fever. In the state central hospital observed liver abscess, after which the left lobe of liver was surgically resected. The case of liver amoebiasis has been verified on the basis of histological and histochemistry methods.

The so-called amoebic liver abscess was found in left lobe of the liver and consisted of coagulative necrosis with large lytic lesions, the cavity contains red brown blood stained material. Abscess formation surrounded by a layer of granulation tissue containing numerous of histiocytes, plasma cells and other mononuclear cells.

By means of Mallory's histological and PAS reaction methods there was found trophozoites of *Entamoeba histolytica*. There are PAS positive central karyosome. Cytoplasm of the some organisms were contains red blood cells. The case was very rare in Mongolia and first extraordinary disease in condition of our country.

## НОМ ЗҮЙ

1. Andersen's pathology. Edited by John M.Kissane, Amebic abscess p 1156.
2. Pathology of the Liver. Edited by Roderick N.M.MacSween, Peter Antony, Peter J.Scheuer, New York, 1990, p 246-248.
3. Daniel H. Connor, Ronald. C, Neafie and Wayne M.Meyers: Pathology of Tropical and Extra ordinary diseases (pages 308-317), 1986. AFIP, Washington.

## ЗҮРХНИЙ АРХАГ ДУТАГДАЛТАЙ ӨВЧТНҮҮДЭД КАПТОПРИЛ ХЭРЭГЛЭСЭН ЭМЧИЛГЭЭНИЙ ҮР ДҮН

Г.Тогтох

Ангиотензинийг хувиргагч ферментийн үйлчилгээг саатуулагч бүлгийн эмүүдийг олон улсын зүрх судасны эмчилгээний практикт 10 гаруй жилийн өмнөөс хэрэглэж ирсэн ба манай клиникт 1995 оноос эхлэн хэрэглсэн юм. Эдгээр эмүүдийн гол үйлчилгээ нь плазм дахь ангиотензин II ба альдостероны хэмжээг бууруулан, брадикинины нийлэгжилтэд хориг үүсгэн простогландин-Е, простоциклин үүсэлтийг идэвхжүүлснээр катехоламины гаралтыг удаашруулж, захын судсыг өргөсгөснөөр шээс гаралт натрийн гадагшлалтыг ихэсгэдэг байна.

Бидний практикт ихэвчлэн тохиолддог титэм судасны цус хомсдох өвчин, цусны даралт ихдэх өвчин, зүрхний гажиг зэргээс үүссэн зүрхний архаг дутагдлын эмчилгээнд зүрхний гликозид, шээс хөөх эмтэй каптоприллийг хавсран хэрэглэсэн үр дүнг клиник илрэлийн засралын шинжүүд, ор хоногийн зөрүүгээр тооцон гаргалаа. Судалгаанд нийт зүрхний архаг дутагдлын II, III, IV зэрэгтэй 30 өвчтөн хамруулсаны 15 нь зүрхний гликозид, шээс хөөх эмийг хэрэглэсэн, 15 нь дээрх хоёр эмтэй каптоприллийг хавсарган хэрэглэж харьцуулан ажиглалт хийлээ.

Ажиглалтын хугацаанд каптоприл хэрэглээгүй нөхцөлд зүрхний гликозидийг 0.05 мг-ийг өдөрт 2 удаа, шээс хөөх эм (фуросемид)-ийг 40 мг-аар өдөрт 2 удаа хэрэглэсэн бол, харин каптоприллийг хэрэглэсэн нөхцөлд зүрхний гликозид дигоксин 0.25 мг-аар өдөрт 2 удаа, шээс хөөх эмийг өдөрт 40 мг-аар 1 удаа, каптоприллийг 12.5 мг-аас 25 мг-аар өдөрт 2-3 удаа хэрэглэсэн юм.

### Дүгнэлт:

1. Дээрх суурь 3 өвчний үед үүссэн зүрхний архаг дутагдалтай өвчтнүүдэд каптоприллийг хавсаргаж хэрэглэхэд үр дүн өгч байгаа нь нийтлэг ажиглагдаж байна. Титэм судасны цус хомсдох архаг өвчин, цусны даралт ихдэх өвчний улмаас үүссэн зүрхний архаг дутагдлын үед илүү үр дүнтэй нь харагдаж байна.
2. Зүрхний архаг дутагдалтай өвчтнүүдэд зүрхнийгликозид ба шээс хөөх эмийг хэрэглэх үед гардагзарим гаж нөлөө, тухайлбал, цу-

санд кали багасах, натри ихсэх, зүрхний хэм алдагдал гарах, зүрхний хоригууд үүсэх зэрэг нь каптоприлл хэрэглэсэн /хослон/ нөхцөлд харьцангуй багасч байна.

3. Каптоприллийг хослон хэрэглэсэн нөхцөлд эмчилгээний үр дүнд сайнаар нөлөөлөөд зогсохгүй, эмнэлгийн практик үйл ажиллагаанд эдийн засгийн хэмнэлттэй үр ашиг өгөх нь харагдаж байна.
4. Дээрх хавсарсан эмчилгээний явцад зарим тохиолдолд шээсэнд бага зэрэг уураг илрэх, ханиах, толгой эргэх, цусны даралт хэт буурах зэрэг гажуу нөлөө илэрч байсныг хэлэх нь зүйтэй.
5. Дээрх дүгнэлтүүдээс үндэслэн цаашид санал болгоход эмчилгээний үр дүн, шинжлэх ухааны үндэслэлийг бодитой болгох үүднээс клиник шинж тэмдэгийн илрэлүүдийг ЭхоКГ, ЭКГ, лабораторийн шинжилгээнүүдтэй харьцуулан иж бүрэн хийж нэгтгэн судлах нь зүйтэй байна. Нөгөөтэйгүүр өвчний үе шатуудад тохируулан каптоприллийг дангаар нь хэрэглэж үр дүнг судлах нь зүйтэй байна.

The positive effects of Captoprill used in combined treatment of chronic heart failure caused by the coronary atherosclerosis, arterial hypertension and heart defects were observed. Its effect was more visible in treatment of chronic heart failure caused by the coronary atherosclerosis and arterial hypertension.

The side effects of cardiac glycosides and diuretic drugs such as hypokaliemia, hypernatremia, arrhythmia, atrioventricular blocks occurred less frequently in treatment combined with Captoprill. The combined use of Captoprill showed its usefulness not only in improved treatment results but also in reducing costs of medical treatment. It should be also noted that during combined treatment there were observed the side effects such as proteinuria, coughing, vertigo and arterial hypertension.

In conclusion, to give the scientific evaluation to the Captoprill treatment results, clinical symptoms should be evaluated in conjunction with the results of echocardiography, ECG and laboratory investigations. Further, the effects of treatment by Captoprill alone in different stages of cardiac diseases should be studied.



## ГЭДЭСНИЙ ТҮГЖРЭЛИЙН ХЭТ АВИА ОНОШЛОГОО

*В.Дэлгэрмаа*

Гэдэсний хурц түгжрэл нь хэвлийн хөндийн эрхтнүүдийн мэс заслын хурц өвчнүүдийн 3.5-9%-ийг эзэлдэгч түүнийг цаг алдалгүй оношлож эмчлэх шаардлагатай байдаг. Хэт авиан шинжилгээ нэвтрэхээс өмнө гэдэсний хурц түгжрэл өвчнийг эмнэл зүй болон рентген шинжилгээний тусламжтайгаар оношлож байв.

Гэдэсний хурц түгжрэлийн эхний үед оношийг бүрэн тавьж чаддаггүй. Мэс заслын тасагт хэвтэн эмчлүүлэгчдийн 16-34%-д нь оношийн алдаа гардаг.

Оношийн алдааны шалгаан нь:

- а) Өвчтний анамнезд дутуу дүгнэлт хийх
- б) Динамик түгжрэлийн шинж тэмдэг илэрсэн гэж үзэх
- в) Өвчний явц өвөрмөцөөр илрэх
- г) Эмийн эмчилгээг үр дүнгүй удаан хугацаагаар хийх
- д) Эмнэл зүйн шинжилгээг дутуу хийх зэрэг юм.

Гэдэсний хурц түгжрэлийн эмгэг физиологийн үндэс нь гэдэсний хөндийд шингэн агуулагдахуунууд илүү их хуримтлагдах явдал юм. Зарим тохиолдолд 2-10 л хүртэл шингэн хуримтлагдсан байдаг.

Энэ нь дегидритацыг үүсгэн гэдэсний хананд хүчтэй механик ачааллыг өгдөг байна. Энэ шинж гэдсийг Хэт авиагаар оношлох үндсэн нөхцөл болдог. Ходоод гэдэсний зам нь хий ихтэй учир Хэт авиагаар онолоход төвөгтэй байдаг.

Гэдэсний хурц түгжрэлийг Хэт авиагаар оноглох талаар хийсэн судалгаа одоо үед их цөөхөн байна. 1991-1995 онд Москвад болсон Хэт авиан оношлогооны эмч нарын 1, 2-р хурал, 1997 онд 6, 8-р олон улсын Хэт авиа судлагчдын хуралд ходоод гэдэсний замыг Хэт авиагаар шинжлэх тухай асуудлууд хөндөгдөж байжээ. Харин Америк, Японы эрдэмтэд энэ талаар нилээд их судалгаа хийсэн байна.

**Судалгааны зорилго:** Гэдэсний түгжрэл, гэдэсний саажилтын үед илрэх шинж тэмдэг, байршлыг Хэт авиагаар оноглох боломжтой эсэхийг тогтооход оршино.

**Судалгааны материал, арга зүй:** УКТЭ-ийн Мэс заслын тасагт 1992-1997 онд гэдэсний хурц түгжрэл оноштой хэвтэн эмчлүүлсэн 167

өвчтний түүхээс түүвэрлэн авч судалгааны карт хөтлөн экстенсив, интенсив үзүүлэлтүүдийг гаргаж магадлалыг бодож үзлээ.

**Судалгааны үр дүн:** Бидний судалгаанд хамрагдсан 167 өвчтөнд гэдэсний хурц түгжрэлийн эмнэл зүй, Гэрлийн ба Хэт авиан шинжилгээний шинж тэмдгүүд илэрч онош батлагдсан, мэс заслын эмчилгээ хийгдсэн байв.

Мэс заслын эмчилгээний дараа тавигдсан оношоор нь судалж үзэхэд:

1. Гэдэсний наалдац өвчний улмаас үүссэн түгжрэл 56.5%
2. Гэдэсний бөглөрөл буюу хавдрын улмаас үүссэн түгжрэл 10.2%
3. Чацархайн судас дарагдсанаас үүссэн түгжрэл 8.6%
4. Үйл ажиллагааны буюу динамик түгжрэл 16%
5. Бусад мэс заслын өвчний хүндрэлээс үүссэн түгжрэл 9.3% тохиолдсон байна.

Судалгаанд 16-86 насны өвчтнүүд хамрагдсанаас 66.3% эрэгтэй, 33.7% эмэгтэй байсан байна. 30-60 насанд тохиолдох нь илүү бөгөөд 23.9% эзэлж байна. Судалгаанд хамрагдсан бүх хүнд онош батлах зорилгоор 45 өвчтөнд Гэрлийн ба Хэт авиан шинжилгээг хавсарч, 159 өвчтөнд Гэрлийн шинжилгээг, 59 өвчтөнд Хэт авиан шинжилгээг дангаар нь хийсэн байна. Гэрлийн шинжилгээнд гэдэсний хурц түгжрэлийн үед илэрдэг Калибрын аяга, Аркын шинж тэмдгүүд гэдэсний хийжилтийн шинж тэмдгүүд бүгд илэрч байсан байна.

Харин гэдэсний хурц түгжрэлийн үед Хэт авиан шинжилгээнд дараахь шинж тэмдгүүд илэрсэн байна.

1. Гэдэсний гогцоонуудын өргөсөлт 54 тохиолдол буюу 91%
2. Гэдэсний гогцоо дотроо шингэнээр дүүрэх нь 54 тохиолдол (91%)
3. Гэдэсний хэт хийжилт 5 тохиолдол буюу 8.4%
4. Гэдэсний гүрвэлзэх хөдөлгөөний өөрчлөлт 3 тохиолдол (5.0%)
5. Хэвлийн доод хэсгээр шингэн хуралдах нь 4 тохиолдол буюу 6.7% илэрсэн байна.

Хэт авиан шинжилгээгээр гэдэсний түгжрэлийн үеийн дээрх шинжүүдийг илрүүлэхийн тулд хэвлийд ташуу, дагуу зүслэгүүдийг нарийн гэдэс, бүдүүн гэдэсний проекцид хийж гүйцэтгэсэн байна.

### **Дүгнэлт:**

1. Гэдэсний хурц түгжрэл нь ихэвчлэн гэдэсний наалдац өвчний улмаас (56.5%) үүсч байна.
2. Гэдэсний хурц түгжрэл нь 30-60 насны хүмүүст (23.8%) болон эрэгтэй хүмүүст голчлон тохиолдож байна.

3. Гэдэсний хурц түгжрэлийн үед илэрдэг Хэт авиан үндсэн шинж болох гэдэсний гогцооны өргөсөлт (91%), гэдэсний гогцоо дотроо шингэн хуримтлуулах (91%) зэрэг нь Америк, Японы судлаачдын судалгаатай дүйцэж байна.

Эдгээрээс үндэслэн гэдэсний хурц түгжрэлийг Хэт авиан шинжилгээгээр шинжилж, оношийг баталж болох юм гэсэн дүгнэлтэд хүрлээ.

## НОМ ЗҮЙ

1. Абдуллаев. Р. Я. Белоусов. М. А. Атлас ультразвуковой Диагностики - Харьков: Прапор, 1995-Т.2-96с.
2. Алиев М. А. Шальков Ю. Л. Хирургия острой кишечной непроходимости Алматы: Б1Л1М, 1996-256. с.
3. Богер М. М. Мордвов С. А. Ультразвуковая диагностика в гастроэнтерологии. Новосибирск: Наука, 1988-159 с.
4. Даценко Б. М. Тамм Т. И. Бардок А. Я. Ультразвуковая диагностика ранних Форм послеоперационного перитонита // Первый Моск. Междунар. конгрессхирургов.-М., 1995-С 23-24.
5. Дорошев И.А. Ультразвуковое исследование в диагностике острой механической кишечной непроходимости: Дис. канд. Мед. Наук-М., 1994- 138 с.
6. Звягин В. П. Способ ультразвуковой диагностики механической кишечной непроходимости// Тез. 1-го съезда ассоциации специалистов ультразвуковой диагностики в медицине- М., 1991-С. 94
7. Кириллов С. В. Ультразвуковая диагностика и мониторинг острой кишечной непроходимости // Рос. Журн. Гастроэнтерол., гепатол., колопроктол.- 1997.-Т, 7, № 5, (прил. №4).- С. 258-259.
8. Климова И. Б. Терешко Т. К. Ультразвуковая диагностика острой кишечной непроходимости // Тез. Всерос. Конф. «Актуальные вопросы абдоминальной хирургии». Пятигорск, 1997-С-144-145
9. Перфильев В. В., Пак И. Л. Ультразвуковое исследование в диагностике острой кишечной непроходимости// Тез. Всерос. конф. «Актуальные вопросы абдоминальной хирургии», - Пятигорск, 1997-С. 146
10. Попова И. С. Жидовинов Г. И., Шварцман И. М., Маскин С.С. Сонография в диагностике острой кишечной непроходимости // Рос. Журн. Гастроэнтерол., гепатол, колопроктол.-1996.-Т. 6, №4, (прил. №3).- С. 118
11. Bedi D. G., Pagan C. J., Nocera R.M. Sonographic diagnosis of small bowel obstruction presenting with fluid-filled loops of small bowel// J.C.U 1985-Vol. 13, ISIQ1. -P. 23-30

## УКТЭ-ИЙН ЯАРАЛТАЙ ТУСЛАМЖ, ЭРЧИМТ ЭМЧИЛГЭЭНИЙ ТАСГИЙН 2000-2001 ОНЫ ХОНОГ БОЛООГҮЙ НАС БАРАЛТАД ХИЙСЭН СУДАЛГАА

Г.Лхагважав  
Б.Байгаль  
Р.Базаррагчаа

Тус тасагт 2000, 2001 онд нийт 84 өвчтөн нас барснаас 38 нь хоног болоогүй нас баржээ.

Үүнээс 18 нь хотын, 20 нь хөдөөний өвчтөн байна.

Хоног болоогүй нас баралтын голлох шалтгааныг хөдөөнөөс хотод ирж амьдарч байгаа боловч шилжүүлэггүй бичиг баримтгүйгээс эмнэлэгт хандалгүй хугацаа алдсан (6), өвчний эцсийн шатанд хөдөөнөөс болон хотын дүүргүүдийн эмнэлгээс явуулсан (13) хүмүүс эзэлж байгаа ба цөөн хувийг амьдрал ядуугийн улмаас эмчилгээ тасарсан (3), цочмог аминд аюултай өвчин, үхлүүт байдал (11) зэрэг шалтгаан эзэлсэн байна. Мөн архины хордлого түүний хүндрэл цөөнгүй (5) тохиолджээ.

### Хоног болоогүй нас баралтыг бууруулах арга зам

1. Ядуу хүмүүст үзүүлдэг эмнэлгийн тусламжийг өргөжүүлэх
2. Хөдөө орон нутаг, дүүргийн эмнэлгээс дээд шатлалын эмнэлэгт өвчтөн шилжүүлэх журмыг боловсруулах.
3. Хүнд архаг өвчний эцсийн шатанд орсон үед шилжүүлэхийн өмнө зөвлөх эмч нараас утсаар болон дуудаж зөвөлгөө авах тогтолцоо бий болгох.

### Дүгнэлт:

Манай эмнэлэг шууд харьяалдаг орон нутаг, хүн амын харьяалал байдаггүй учир хоног болоогүй нас баралт бүрийг эмнэлэгт ирсэнээс хойшхи яаралтай тусламж, сэхээн амьдруулах арга хэмжээний дутагдал үгүй бол манай эмнэлгийн ажлын чанарын үзүүлэлтэд оруулах нь учир дутагдалтай бөгөөд тухайн нас баралтыг харьяа дүүрэг орон нутгийн эмнэлэгт тооцох нь зүйтэй байна.

Цаашид 600 мянган хүн амтай Улаанбаатар хотын хэмжээнд хоног туршийн шинжилгээ оношлогооны тусламжтай яаралтай тусламжийн эмнэлэг байгуулж ажиллуулах шаардлагатай байна.



## МЭДЭЭГҮЙЖҮҮЛЭЛТИЙН ХҮНДРЭЛИЙН БАЙДАЛ

*Г. Лхагважав.*

*Л.Өнөрзаяа.*

*Х.Баялагмаа*

УКТЭ-ийн мэдээгүйжүүлэлтийн хүндрэлийг тооцох жагсаалт хийж долоо хоног, сар, жилээр дүгнэдэг болсон ба 2000, 2001 онуудын хүндрэлийн байдалд судалгаа хийж үзэхэд 2000 онд нийт мэдээгүйжүүлэлт 3,443 хийгдсэний 233 (6.76%)-д, 2001 онд 3,774 мэдээгүйжүүлэлтийн 146 (3.86%)-д нь ямар нэг хүндрэл бүртгэгдсэн байна.

Мэдээгүйжүүлэлт тус бүрээр нь хүндрэлийн байдлыг авч үзэхэд эндотрахеал мэдээгүйжүүлэлтийн үед 2000 онд 5.2%, 2001 онд 4.51%-д нь хүндрэл тэмдэглэгдсэн ба ларингоспазм, түвэгтэй интубац, зүрх зогсох, АД буурах ба ихсэх хүндрэлүүд голчлон тохиолджээ. Эдгээрээс зүрх зогсож нас барсан тохиолдол 3 байна.

Нугасны гадна хөндийн мэдээгүйжүүлэлтийн үед 2000 онд 31.31%, 2001 онд 6.73%-д, нугасны мэдээгүйжүүлэлтийн үед 2000 онд 9.65%, 2001 онд 1.47%-д ямар нэг хүндрэл бүртгэгдсэн ба АД буурах ба ихсэх мэдээгүйжүүлэлт хангалтгүй болон хугацаа нь богинодсон хүндрэлүүд голчлон тохиолдсон байна.

Дүгнэлт:

1. Түвэгтэй интубацийн тохиолдлуудыг судлах, дараагийн арга хэмжээг авах бэлтгэлтэй байх
2. АД ихсэх хүндрэлүүд нь өвчтний бэлтгэл хангалтгүйтэй холбоотой байна.
3. Удаан үйлчилгээтэй хэсгийн мэдээгүйжүүлэгч бодис хангалтгүй.
4. Регионар мэдээгүйжүүлэлтийн хийж хөтлөх шаардлагатай байна.



## НОЙР БУЛЧИРХАЙН ХОРТ ХАВДРЫН КОМПЬЮТЕР ТОМОГРАФИЙН ШИНЖ ТЭМДГҮҮД

*Ц.Бадамсэд, Р.Пүрэв,  
Т.Нарантуяа, П.Онхуудай,  
Д.Лхагвасүрэн, Д.Болормаа,  
А.Сайнжаргал, Т.Дуламсүрэн,  
Д.Баярмаа*

Нойр булчирхайн толгой нь бүсэлхийн 1 ба 2-р нугалмайн түвшинд дээд гэдэсний гогцоонд оршиж, баруун талаараа дээд гэдэсний уруудах хэсэг.хаалган вен, ар талаараа хөндий вен, баруун бөөрний вен, хаалган венийн эхлэх хэсэг, урд талаараа ходоодтой, их бие ба сүүл хэсэг нь ар талаараа дэлүүний вен, артеритай, урд талаараа ходоодны ар ханатай, доод талаараа нарийн гэдэсний гогцоотой хиллэдэг. (J.R.Naaga, R.J.Alfidi, T.R.Haulilla, 1978, G.J.Wittenberg, J.T.Ferrucci 1978, M.Toflyu, B.H.Федоров, М.И.Кузин, 1991, Р.И.Габуня, Е.К.Колесникова, 1995, Р.Пүрэв, Ц.Бадамсэд, 1996).

Нойр булчирхайг зэргэлдээх ходоод, гэдэсний хиллэлтээс тод ялган илрүүлэхийн тулд 200 мл усанд 76%-ийн 10 мл Верографины уусмалыг холж хутгаад шинжилгээ эхлэхээс 10-15 минутын өмнө уулгаж шинжилнэ /Р.Пүрэв, Ц.Бадамсэд, 1996/. Верографины 1 кг жинд 1 мл оногдохоор судсанд тарьж, компьютер томографи шинжилгээг дахин хийж нойр булчирхайн цуллаг, голомтот өөрчлөлтийн нягтралын ихсэлт, бууралтыг тогтоож, нойр булчирхайн эмгэгүүдийг өөр хооронд нь ялган оношлоно (J.A.Ambrose, 1973, J.R.Naage, N.E.Reich, 1978, П.Онхуудай, 1993, Р.Пүрэв, Д.Бадамсэд, 1996).

Нойр булчирхайн хавдрын хэмжээ 2 см хүртэл (Р.И.Габуня, Е.К.Колесникова, 1996), нягтрал нь хэвийн нойр булчирхайн нягтралтай ижил (J.R.Naaga, N.E.Reich, 1978) байвал компьютер томографиар оношлох боломжгүй байна.

**СУДАЛГААНЫ ЗОРИЛГО:** Нойр булчирхайн хорт хавдрын компьютер томографийн шинж тэмдгүүдийг тогтоох нь судалгааны ажлын зорилго оршино.

**СУДАЛГААНЫ АРГАЧЛАЛ:** Бид судалгааны карт боловсруулж 1996-2002 онуудад П.Н.Шастины нэрэмжит клиникийн төв эмнэлэг, Ачтан клиникийн эмнэлэг, Хавдар судлалын төвийн компьютер томо-

графийн кабинетуудад нойр булчирхайн хорт хавдар гэж оношлогдсон 32 өвчтөнд судалгааг явуулсан.

Шинжлүүлэгчдэд клиник, лаборатори, рентген, хэт авиан, целиакографи, биопсии шинжилгээнүүд, мэс ажилбараар оношийг баталсан.

Компьютер томографи шинжилгээг Япон улсын Хитачи, Тошиба фирмийн аппаратыг ашиглан явуулсан.

Судалгааны үр дүнг статистикийн түгээмэл хэрэглэгдэх дундаж үзүүлэлт, үзүүлэлтийн алдаа зэргийг тодорхойлж, Стьюдентийн шалгуураар үзүүлэлтийн магадлалыг шалгасан.

**СУДАЛГААНЫ ҮР ДҮН БА ХЭЛЦЭМЖ:** Нойр булчирхайн хавдрын үед  $62.5\% \pm 8.6$ -д голомтот өөрчлөлтийн дүрс зөв биш,  $65.6\% \pm 8.4$ -д хэмжээ 3.1 см - ээс их,  $46.9\% \pm 8.8$ -д нягтрал буурсан,  $65.6\% \pm 8.4$ -д хил хязгаар тэгш бус,  $62.5\% \pm 8.6$ -д хил хязгаар тод,  $75.0 \pm 7.7$ -д нойр булчирхайн голомтот өөрчлөлтийн эргэн тойрны өөхлөг эд ялгаран харагдахгүй,  $65.6\% \pm 8.4$ -д тодосгогч бодис тарьсны дараах хавдрын нягтрал жигд ихсэх,  $59.4\% \pm 8.7$ -д элэгний доторх цөсний суваг өргөсөх,  $65.6\% \pm 8.4$ -д цөсний ерөнхий суваг өргөсөх,  $59.4\% \pm 8.3$ -д цөсний хүүдий томрох,  $25.0\% \pm 7.7$ -д нойр булчирхайн толгой, их бие, сүүл хэсэгт хуурамч уйланхай үүсэх,  $53.1\% \pm 8.5$ -д хэвлийн гол судасны лимфийн булчирхай томрох,  $34.4\% \pm 8.4$ -д дэлүү томрох шинжүүд илэрч байна

Нойр булчирхайн хавдар  $25.0\% \pm 7.7$ -д нойр булчирхайн их биед,  $15.6\% \pm 4.3$ -д сүүлд байрлаж буй нь Н.Н.Блохин ба бусад /1982/ судлаачдынхаас их байна.  $65.6\% \pm 8.4$ -д тодосгогч бодис тарьсаны дараа нойр булчирхайн хавдрын нягтрал жигд ихсэж буй нь J.R.Naaga, R.J.Alfidi, T.R.Haulilla /1977/ нарын дүгнэлттэй ойролцоо байна.

Бид өөрсдийн судалгаанд үндэслэн нойр булчирхайн хавдрын компьютер томографийн үндсэн шинжүүд нь дүрс зөв биш, байрлал янз бүр, хэмжээ 2.1 см-ээс их, нягтрал буурсан, хил хязгаар тэгш бус, тод, хавдрын эргэн тойрны өөхлөг эд ялгаран харагдахгүй, тодосгогч бодис тарьсны дараа хавдрын нягтрал жигд ихсэх, цөсний ерөнхий сувгийн өргөсөлт, цөсний хүүдийн томролт гэж тогтоов.

#### **ДҮГНЭЛТ:**

1. Нойр булчирхайн хавдрын үед  $62.5\% \pm 8.6$ -д дүрс зөв биш ба хил хязгаар тод,  $96.9\% \pm 3.1$ -д хэмжээ 2.1 см-ээс их,  $65.6\% \pm 8.4$ -д хил хязгаар тэгш бус, тодосгогч бодис тарьсны дараа хавдрын нягтрал жигд ихсэх ба цөсний ерөнхий суваг өргөсөх,  $75.0\% \pm 7.7$ -д нойр булчирхайн хавдрын эргэн тойрны өөхлөг эд ялгаран харагдахгүй зэрэг компьютер томографийн үндсэн шинжүүд илэрдгийг тогтоов.

## SYMPTOMS OF PANCREATIC TUMORS BY COMPUTER TOMOGRAPHY

*Ts.Badamsed, R.Purev,  
T.Narantuya, P.Onkhuudai,  
D.Lkhagvasuren,  
D.Bolormaa, A.Sainjargal,  
T.Dulamsuren, D.Bayarmaa*

The study is based on an examination of the abdomen cavity, performed on 1,298 patients, employing a computer tomograph Toshiba/ Japan. In 32 cases, pathology of pancreatic tumors has been detected. The pancreatic tumors 2 to 3 cm in diameter are diagnosed by densitometry. Taking into account the clinical signs of the disease. Large tumors deform the gland and alter its contours, they also have pathologic density which promotes their detection. The differential diagnosis is aided by the preliminary stomach and small intestine contrast examination as well as by accurate densitometry.

## ЦЭЭЖНИЙ ГЯЛТАНГИЙН ИДЭЭТ ҮРЭВСЛИЙН ҮЕД ХИЙГДЭХ ДЕКОРТИКАЦИ МЭС ЗАСАЛ

*Б.Гоош, Л.Амгалан,  
Д.Цогт, С.Мөнхбурам*

Сүрьеэ болон уушигны хурц хатгаа өвчинг оношлоход алдаа гаргах, эдгээрийг эмчлэх явцдаа хугацаа алдах, бүрэн төгс эмчилгээ хийлгээгүйгээс гарах хүндрэлүүд, гялтангийн хурц шүүдэст үрэвсэл, улмаар гялтангийн идээт үрэвсэл оройтож оношлогдон ирдэг. Үүний зэрэгцээ ихэнх тохиолдолд практикийн эмч нар гялтангийн хурц үрэвслийг (шүүдэст идээт) бүрэн эмчилж чаддаггүйгээс мэс заслын тасагт ирэх гялтангийн архаг идээт үрэвсэл ихэсдэг. 1997-2001 онд бид гялтангийн архаг идээт үрэвсэлтэй 18 хүнд үндсэн эмчилгээний аргаар зузаарч үрэвсэж гялтанг хуулах, "декортикаци" мэс заслын аргыг хэрэглэсэн. Үүнд: Эр 14, эм 14, Дундаж нас  $36 \pm 6$

Мэс засалд орсон өвчтний 16 (88.9%) нь уушигний хатгаа, буглаат хатгааны улмаас эмпиема үүссэн 2 хүн (11.1%) нь сүрьеэгээс гаралтай анхдагч плеврээс хүндэрч байна. Мэс заслын өмнө бүх өвчтөнд рентген кардиограмм болон клиник шинжилгээг хийсэн. Мэс заслын хамгийн тохиромжтой хугацаа нь Ц.Х.Г.И. Үрэвсэл үүссэнээс 1.5-2 сарын дотор хийх нь үр дүнтэй байна. Цаг хугацаандаа хийгдсэн (декортикаци) мэс засал нь эрхтэнг хадгалах мэс засал болохын хувьд, үр дүн сайтай, уушигны үйл ажиллагаа хадгалагдан үлдсэнээрээ онцлог юм.

Ц.Х.Г.И.Үрэвсэл удах тусмаа дарагдсан уушгинд фиброз, идээт буглаа үүсэх хүндрэл өргөсч ажиглагдсан. Энэ үед мэс заслын хэмжээ өргөсч декортикацийн зэрэгцээ дэлбэн авах болон (торкопластик) мэс засал хавсран хийгдэж байна. Бидний ажиглалтад авсан өвчтнүүдээс 2 хүнд дунд, доод дэлбэнг авах, 1 хүнд торакопластик мэс заслыг хавсран хийгдсэн. 2 тохиолдолд эмпиемийн хана 1-2 см хүртэл зузаарч байсан ба энэ үед зузаарсан ханыг нимгэлж, уушгин дээр нягт наалдсан хэсгүүдийг цонхолж авах мэс засал хийсэн.

Клиник ажиглалтаас харахад Ц.Г.И.Ү-ийн үед /декортикац/ мэс засал хийх үр дүнтэй аргын нэг боловч хагалгааны эцсийн үр дүн өвчтний биеийн байдал идээт процессийн тархалт, хүндрэл болон мэс

заслын бэлтгэл эмчилгээ зэргээс шалтгаалж байна. Иймээс эрхтэн хадгалах эмчилгээг эрхлэхийн тулд идээт плеврийн эмчилгээний явцыг сайтар хянан эмпиенийг эрт оношлон мэс заслын эмчилгээг цаг тухайд нь хийх шаардлагатай юм.

Нөгөө талаар, эмпиенийн эдгэрэлтэд саад болох хүчин зүйлийг судлах, эмпиенийн эдгэрэлтийг тодорхойлох явц шаардагдаж байна. K.B.Lynn /1958/, J.Jacobs /1962/, В.И.Сергеев /1967/ нар эмпиенийн эдгэрэлтэд бронхийн том жижиг цоорхой 6.7-10.6% хавсарч саад болдог гэжээ. Хэвлэлд тэрчлэн уушигны хатгалгаа нь дараах эмпием онцгой байр эзэлдэг байна. Гэтэл энэ тухай манайд анхаарагдсан зүйлгүй. M.O.Bushmann, H.Hackerott /1953/ цээжний гялтангийн идээт үрэвслийг хининээр эмчлэхэд 6.7%, сульфаниламидаар бол 4.8% пенициллинээр эмчлэхэд 1.2% нь эмпием болж байсныг дурдсан нь хуучин цагийн гэх боловч өдгөө сүүлийн үеийн хүчтэй антибиотик хэрэглэхэд эмпиемээр өвчлөх явцдаа ямар болж буйг магадлах шаардлага байна.

Сүүлийн 10 гаруй жилийн хэвлэлийн тоймыг харахад пневмонигоос үүсэлтэй эмпием ховорджээ. Манайд тохиолдож буй эмпием устгах эсэхийг шийдэхийн тулд эмпиенийн нянгийн төрх, өвчтний дархлал тогтолцоо, нян-антибиотикийн молекул-биологийн судалгаа шаардагдаж буйг илтгэн эмч судлаачдын анхааралд толилуулъя.



## ЦЭЭЖНИЙ ХӨНДИЙН ГЯЛТАНГИЙН АРХАГ ИДЭЭТ ҮРЭВСЭЛД ХИЙХ МЭС ЗАСЛЫН АСУУДАЛД

*Б.Гоош, Л.Амгалан,  
Д.Цогт, С.Мөнхбурам*

Өдгөө Ц.Х.Г.А.И.Ү -ын мэс заслын практикт толгой өвтгөсөн асуудал хэвээр байна. Энэ нь: I. Энэ өвчний шалтгаан гарал нь уушигны гялтангийн сүрье, хавдар, олон төрлийн нянгийн үрэвсэлт өвчин гэмтлийн гэмтэлт хатгаа, ханиад, мэс заслын дараах хүндрэл болон бусад олон өвчнөөр өвчилдөг, тэр нь оношилгоо эмчилгээнд хамрагдаж төдийлэн чаддаггүйгээс Ц.Х.Г.А.И.Ү-ийг эмчлэх төгс арга аргачлал үр дүнгийн шалгуур одоог болбол боловсрогдож гүйцээгүйтэй холбоотой болов уу?

Бид УКТЭ-ийн мэс заслын тасагт 1992-2001 хүртэл хэвтэж эмчлэгдсэн 66 хүнд эмчилгээ хийхдээ энэ удаагийн судалгаагаар мэс заслын арга бүрийн заалтыг тодруулах, энэ нь ямар үе шатанд хир зэрэг ашигтай болж буйг тодруулах хичээлээ Ц.Х.Г.А.И.Ү-ийг эмчлэх мэс заслын аргыг бид М.И.Перельман нарын 1987 онд гаргасан заалтад нэмэлт оруулсан 7 ангид хувааж үзлээ. Үүнд:

1. Тандалт сэргээн босголтын мэс засал (гялтангийн хаалт, гуурс тавих дораклопластик буюу дурангийн мэс засал)
2. Сэргээн босголтын мэс засал (гялтангийн ханыг хуулах, уушгийг барьсан наалдац салгах)
3. Тайралт сэргээн босголтын мэс засал (гялтангийн хальсыг хуулах, уушигны наалдацыг салгах, уушигны хэсгийг тайрах мэс заслыг хамтран хийх)
4. Уушиг тайрах (уушгийг гялтан хальсны хамт бүтэн тайрч авах)
5. Нөхөн сэргээх болон нөхөх мэс засал (Цээжний хөндийг тайрч дарах хувилбарууд, гуурсан хоолойг нэмж тайрах, булчин, сэмжээр хааж оёх мэс заслууд)
6. Өвчүү үнхэлцэгний болон эсрэг талын цээжний хөндийн замаар гол гуурсан хоолойн цоргыг битүүлэх мэс засал
7. Цээжний хөндийг нээх, нээлттэй үлдээх, идээт гялтангийн хөндийг урсгууртай орших мэс заслууд

Хүснэгт 1

| Д<br>д | Өвчлөл                                         | М/з<br>-д<br>орс<br>он | Сүр<br>ьез<br>өвч<br>ний<br>учир | Уушг<br>ины<br>архаг<br>идээт<br>өвчи<br>н | Гэм<br>тли<br>йн<br>дар<br>аа | Хав<br>дар<br>ын<br>гар<br>алт<br>ай | Анхда<br>гч<br>эмпи<br>е<br>м<br>пиопн<br>евиот<br>оракс | Мэс<br>засл<br>ын<br>дар<br>аах<br>хүнд<br>рэл |
|--------|------------------------------------------------|------------------------|----------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| 1      | Тандалт, сэргээн босголтын мэс заслууд         | 4                      |                                  | 2                                          |                               |                                      | 2                                                        |                                                |
| 2      | Сэргээн босголтын мэс засал                    | 12                     |                                  | 7                                          | 5                             |                                      |                                                          |                                                |
| 3      | Тайралт, сэргээн босголтын мэс засал           | 10                     | 3                                | 2                                          | 5                             |                                      |                                                          |                                                |
| 4      | Уушиг тайрах мэс засал                         | 13                     | 5                                | 3                                          |                               | 3                                    | 2                                                        |                                                |
| 5      | Нөхөн сэргээх, нөхөх мэс засал                 | 7                      |                                  | 1                                          | 1                             |                                      | 4                                                        | 1                                              |
| 6      | Гол гуурсан хоолойг битүүлэх мэс засал         | 2                      |                                  |                                            |                               |                                      |                                                          | 2                                              |
| 7      | Цээжний хөндийг нээх, нээлттэй орхих мэс засал | 18                     | 3                                | 6                                          |                               |                                      | 6                                                        | 3                                              |
|        | Бүгд                                           | 66                     | 11                               | 21                                         | 11                            | 3                                    | 14                                                       | 6                                              |

Бидний ажиглалтаар Ц.Х.Г.А.И.Ү-тэй өвчтэй 35(53.03%)-ыг уушиг-ны архаг идээт өвчин анхдагч эмпема өвчин эзэлж байна. Үүнтэй хол-

## Хүснэгт 2

| Д<br>Д | Мэс заслын үр<br>дүн                     | Нийт<br>өвчтөн | Эдгэр-<br>сэн | Сай-<br>жир-<br>сан | Үр<br>дүн<br>муу | Нас<br>бар-<br>сан |
|--------|------------------------------------------|----------------|---------------|---------------------|------------------|--------------------|
|        | Өвчин                                    |                |               |                     |                  |                    |
| 1      | Сүрьеэ                                   | 11             | 7             | 2                   | 1                | 1                  |
| 2      | Уушигны архаг<br>идээт өвчин             | 21             | 13            | 2                   | 4                | 2                  |
| 3      | Гэмтэл                                   | 11             | 8             | 1                   | 1                |                    |
| 4      | Хавдар                                   | 3              |               | 1                   | 1                | 1                  |
| 5      | Анхдагч<br>эмиема<br>пиопневмотора<br>кс | 14             | 3             | 7                   | 2                | 2                  |
| 6      | Мэс заслын<br>дараах хүндрэл             | 6              | 4             | 2                   |                  |                    |
|        | Нийт                                     | 66             | 36            | 15                  | 9                | 6                  |

боотойгоор сэргээн босголтын уушиг тайрах, цээжний хөндийг нээх мэс заслууд 43(65.1%)-ийг эзэлж байна.

**Дүгнэлт:**

1. Ц.Х.Г.А.И.Ү.-ИЙН өвчтний буурахгүй байгаа нь анхдагч өвчинг эрт оцошлох, эмчилгээний зөв баримжааг сонгох асуудалтай холбоотой байна.
2. Ц.Х.Г.А.И.Ү.-ИЙГ эмчилэхэд мэс заслын эмчилгээ голлох үүрэгтэй. Үүнд мэс заслын олон хувилбараас төгс мэс заслын алгыг олж боловсруулах шаардлагатай.

## ЗҮРХ СУДАСНЫ ЗАРИМ ЭМГЭГТЭЙ ХҮМҮҮСИЙН ЦУС БҮЛЭГНЭЛТИЙГ СУДАЛСАН ДҮН

*С.Баярсайхан  
Б.Цолмончимэг  
Л.Туул*

Зүрх судасны болон олонхи эмгэгүүдийн үед цусны реологийн шинж чанар алдагдаж, цус бүлэгнэлт идэвхждэг бөгөөд энэ нь өвчний явц, тавиланд муугаар нөлөөлж, хүндрэл үүсгэх үндсэн шалтгааны нэг болдог билээ. Цусны реологийн шинж чанар буурч, цус бүлэгнэлт идэвхжихэд захын жижиг судсанд цусны урсгалыг удаашруулж, эдийн бичил орчинд хүчилтөрөгчийн дутагдлыг үүсгэх ба цусны зуурамтгай чанарыг ихэсгэх замаар захын судасны эсэргүүцлийг нэмэгдүүлж, артерийн даралтыг ихэсгэх нөлөө үзүүлдэг болохыг судлаачид тогтоосон билээ.

Иймээс бид артерийн гипертензи, зүрхний ишеми өвчинтэй зарим хүмүүсийн цус бүлэгнэлт, артерийн даралтыг хэмжин судлаж, хүйснээс хамаарах онцлогийг тогтоох зорилго тавилаа. Судалгаанд 29-82 насны, артерийн гипертензи (АГ) ба зүрхний ишеми өвчтэй нийт 89 хүн хамрагдсаны дотор эрэгтэй 43, эмэгтэй 46 өвчтөн байлаа. Үүнээс артерийн гипертензитэй 45 (эрэгтэй 14, эмэгтэй 31), зүрхний ишеми өвчинтэй 44 (эрэгтэй 29, эмэгтэй 15) хүн хамрагдав.

**Судалгааны үр дүн:** Судалгааны дүнг өвчний оношоор бүлэглэж 1-р хүснэгтээр харуулав.

Хүснэгт 1. Зүрх судасны зарим эмгэгтэй хүмүүсийн цус бүлэгнэлт, артерийн даралтын үзүүлэлт

| Үзүүлэлт                         | Хэвийн үзүүлэлт     | АГ         | АГ %  | Зүрхний ишеми өвчин | Зүрхний ишеми өвчин % |
|----------------------------------|---------------------|------------|-------|---------------------|-----------------------|
| ЗИТ хугацаа                      | 36.0 сек            | 28.1±1.1   | 78.1  | 27.96±0.75          | 77.7                  |
| Идэвхжсэн дахин кальцжих хугацаа | 50.0 сек            | 33.67±1.3  | 67.3  | 32.85±1.1           | 65.7                  |
| Протромбины хугацаа              | 12-14 <sup>II</sup> | 17.17±1.9  | 132.1 | 16.12±0.32          | 123.8                 |
| Тромбины хугацаа                 | 15 сек              | 16.12±0.38 | 107.5 | 15.33±0.31          | 102.2                 |
| Фибриноген                       | 2-4 г/л             | 3.5±0.37   | 100.0 | 3.16±0.16           | 100.0                 |
| Систолын даралт                  | 140                 | 184±4.8    | 132.4 | 139.72±3.7          | 100.5                 |
| Диастолын даралт                 | 90                  | 101.67±1.7 | 144.2 | 86.94±2.1           | 98.0                  |

Тайлбар: ЗИТХ-зориуд идэвхжүүлсэн тромбопластины хугацаа

Хүснэгт 1-ээс үзэхэд артерийн гипертензитэй өвчтний цусны шинжилгээнд зориуд идэвхжүүлсэн тромбопластины хугацаа 21.9%-иар, идэвхжсэн дахин кальцжих хугацаа 32.7%-иар тус тус хурдсан, цусны бүлэгнэлт түргэссэн байлаа. Харин тромбины хугацаа, фибриногений идэвхид онцгой өөрчлөлт илрээгүй байв.

Судалгаанд хамрагдсан артерийн гипертензитэй өвчтний систолийн даралт 32.4%-иар, диастолийн даралт 14.2%-иар ихэссэн байлаа.

Зүрхний ишеми өвчинтэй өвчтний цусны шинжилгээнд зориуд идэвхжүүлсэн тромбопластины хугацаа 22.3%-иар, идэвхжсэн дахин кальцжих хугацаа 34.3%-иар тус тус хурдсан, цусны бүлэгнэлт түргэссэн байлаа. Харин тромбины хугацаа, фибриногены идэвхи хэвийн байсан болно.

Зүрхний ишеми өвчинтэй өвчтний артерийн систолийн болон диастолийн даралт хэвийн түвшинд байв.

Судалгаанд хамрагдсан зүрх судасны зарим эмгэгтэй нийт хүмүүсийн цусны бүлэгнэлт, артерийн даралтны үзүүлэлт хүйснээс хамаарах байдлыг хүснэгт 2-р үзүүлэв.

| Үзүүлэлт                         | Хэвийн үзүүлэлт | АГ            |                | АГ %          |        | Зүрхний ишеми  |                | ЗИ %          |       |       |
|----------------------------------|-----------------|---------------|----------------|---------------|--------|----------------|----------------|---------------|-------|-------|
|                                  |                 | эр            | эм             | эр            | эм     | эр             | эм             | эр            | эм    |       |
| ЗИТ хугацаа                      | 36.0 сек        | 27.27<br>±1.6 | 28.41±<br>1.5  | 75.8          | 78.9   | 27.25±<br>1.01 | 29.34±<br>0.97 | 75.7          | 81.5  |       |
| Идэвхжсэн дахин кальцжих хугацаа | 50.0 сек        | 35.54<br>±2.8 | 32.81±<br>1.37 | 71.1          | 65.6   | 32.77±<br>1.28 | 33.0±<br>2.02  | 65.5          | 66.0  |       |
| Протромбины хугацаа              | 12-14"          | 15.4±<br>0.47 | 15.3±0<br>.33  | 118.5         | 117.7  | 15.8±<br>0.39  | 16.69±<br>0.56 | 121.5         | 128.4 |       |
| Тромбины хугацаа                 | 15 сек          | 5.0±<br>0.43  | 16.64±<br>0.5  | 100.2         | 110.9  | 15.3±<br>0.38  | 15.39±<br>0.59 | 102.0         | 102.6 |       |
| Фибриноген                       | 2-4 г/л         | 3.14±<br>0.27 | 3.7±<br>0.52   | 100.0         | 100.3  | 3.15±<br>0.19  | 3.18±<br>0.31  | 100.0         | 100.0 |       |
| Систолийн даралт                 | эр              | эм            | 175.0          | 188.6±        | 125.9  | 157.2          | 143.48         | 133.1±        | 102.5 | 110.9 |
|                                  | 140             | 120           | ±9.4           | 5.3           |        |                | ±4.8           | 5.8           |       |       |
| Диастолын даралт                 | 90              | 60            | 97.86<br>±3.5  | 103.6±<br>1.9 | 109.95 | 172.6          | 87.39±<br>2.5  | 86.15±<br>3.8 | 98.2  | 143.6 |

Хүснэгт 2-оос үзэхэд, артерийн гипертензитэй судалгаанд хамрагдсан эрэгтэй хүмүүсийн цусны шинжилгээний ЗИТ-ны хугацааг 24.2%-иар, идэвхжсэн дахин кальцжих хугацаа 28.9%-иар тус тус богиносон, цусны бүлэгнэлт хурдассан байлаа. Эмэгтэй хүмүүсийн ЗИТ-ны хугацаа 21.1%-иар, идэвхжсэн дахин кальцжих хугацаа 34.4%-иар тус тус богиносон, цусны бүлэгнэлт хурдассан байлаа. Энэ үзүүлэлтээс харахад эрэгтэйд ЗИТ-ны хугацаа 3.1%-иар хурдассан, эмэгтэйн идэвхжсэн дахин кальцжих хугацаа 5.5%-иар хурдассан байгаа нь ажиглагдлаа.



Зүрхний ишеми өвчтэй хүмүүсийн цусны шинжилгээний ЗИТ-ны хугацаа эрэгтэй хүмүүст 24.3%-иар, идэвхжсэн дахин кальцжих хугацаа 28.9%-иар тус тус хурдассан байлаа. Эмэгтэй хүмүүст ЗИТ-ны хугацаа 18.5%-иар, идэвхжсэн дахин кальцжих хугацаа 34%-иар тус тус хурдасчээ. Харин тромбины хугацаа, фибриногены идэвхид онцын өөрчлөлт ажиглагдаагүй болно.

Энэ үзүүлэлтээс үзэхэд зүрхний ишеми өвчинтэй эрэгтэй өвчтөнд зориуд идэвхжүүлсэн тромбопластин эмэгтэй хүмүүсийнхээс илүү идэвхжсэн байгаа нь анхаарал татаж байлаа. Артерийн гипертензитай эрэгтэй хүмүүст систолийн даралт 25.9%-иар, диастолийн даралт 9.95%-иар ихэссэн байлаа. Эмэгтэй хүмүүст систолийн даралт 57.2%, диастолийн даралт 72.6%-иар хэвийн түвшингээс илүү ихэссэн байлаа.

Зүрхний ишеми өвчинтэй эрэгтэй хүмүүст систолийн болон диастолийн даралт хэвийн түвшинд байлаа. Эмэгтэйд систолийн даралт 10.9% ихэссэн, диастолын даралт 43.6%-иар ихэссэн байв.

Энэ судалгааны үзүүлэлтэд дүгнэлт хийхэд артерийн гипертензи, ЗИ өвчтэй хүмүүст тромбопластины идэвх идэвхжих нь давамгайлбайгаагийн дотор эрэгтэй хүмүүст улам илүү идэвхжсэн байна. Энэ нь гадаадын эрдэмтдийн судалгааны үзүүлэлттэй тохирч байна. Иймээс артерийн гипертензи болон зүрхний ишеми өвчинтэй хүмүүст цусны бүлэгнэлтийн шинжилгээ хийж инфарктаас сэргийлэх эмчилгээ хийж байх нь чухал ач холбогдолтой болоод байна.

## НОМ ЗҮЙ

1. Б.В.Петровского; Е.И.Чазова; С.В.Андреева. "Актуальные проблемы гемостазиологии" г. Москва 1981. Издательство "Наука"
2. Е.А.Кост. Справочник по клиническим лабораторным методам исследования "Медицина" г.Москва 1975.
3. М.А.Базарной, В.Т.Морозовой. "Руководство по клинической лабораторной диагностике. г.Киев 1986
4. А.М.Капитаненко, И.И.Дочкин. "Клинический анализ лаборатори исследования"
5. Just H; Drexler H; Hasenfuss G (Freidurg) Pathophysiology and Treatment of Congestive Heart Failure.
6. Преображенский Д.В, Сидоронко Б.А. Место аспирина в первичной профилактике и клинической болезни сердца. "Кардиология" 2002 № 1

## ТӨВИЙН ГАРАЛТАЙ ЗОВХИНЫ ЦАГИРАГ БУЛЧИНГИЙН АГШИЛТ, АНИВЧИЛТЫГ БОТУЛИНЫ ТОКСИНООР ЭМЧИЛСЭН ТУХАЙ

Д. Лхагвадолгор

Д. Энхболд

Эссенциаль блефараспазм буюу төвийн гаралтай зовхины агчил нь *m.orbicularis oculi*, *m procerus*, *m. corrugator*-уудыг хамрах бөгөөд 80 орчим хувьд нь бусад хэсгийн өөрчлөлтүүдтэй хавсардаг. Үүнд: нүүр ам, эрүү хүзүүний булчингуудын алдагдал хамаарна. Энэхүү хүчилсэн агшилтууд нь

1. Үйл ажиллагааны хараагүйдэл
2. Гоо сайхны алдагдалд хүргэнэ.

Ихэвчлэн хоёр талынх байх ба тасралтгүй болон тасралттай үргэлжлэлтэй байж болно. өвчлөгсөдийн дундаж нас 56 бөгөөд эрэгтэйчүүдэд 3 дахин илүү тохиолдоно. өвчний эхний үед нүд цавчих хөдөлгөөн олширч хугацааны хувьд удааширна. Хурц гэрэл, стресс, ном унших зэрэгт сэдэрч, унжиж амрах, алхахад багасдаг. Нүдний цагираг булчингийн байнгын агчлаас болж

1. *M.orbicularis oculi* болон түүний дээрх арьс хоёрын холбоо суларч *dermatochalasis* буюу арьсны унжилт үүснэ.
2. Ухархайн дээд ирмэг болон хөмсөгний хальс суларснаас хөмсөгний унжилт *eyebrowptosis* үүснэ.
3. Хөмсөг болон арьсны унжилтаас болж харааны талбайн дээд хэсгээр хаалт үүснэ.
4. Дотна болон гадна холбоос суларч *m.orbicularis* агшсанаас зовхины урвалт болон эргэлт илэрч болно.

Эдгээр шалтгаанаас болж ихэнх өвчтөнд нүд нээхэд хүндрэлтэй болдог бөгөөд нүүрний болон бусад хэсгийн булчингуудын чангарлаас болж амьсгал саадтай болох залгилтын үйл ажиллагаа алдагдах нь цөөнгүй. Патолофизиологийн хувьд таламус суурийн зангилаа болон хар биеийн гэмтэлтэй холбоотой байдаг байна.

### Эмчилгээ

Энэхүү өвчний үед эмийн болон мэс заслын эмчилгээ хийгддэг.

1. Парасимтатомиметик, антимускарин, катехоламин саатуулагч

бэлдмэлүүдийг хэрэглэдэг боловч үр дүн муутай байдаг.

2. Сүүлийн үед ботулин А токсинь өргөн хэрэглэж байгаа бөгөөд энэ нь хамгийн үр дүнтэй байна. Энэхүү токсин нь мэдрэлийн төгсгөлөөс ялгарах ацетилхолиныг саатуулж тэр хэсгийн булчинд түр зуурын саажилт үүсгэнэ. Тодорхой цэгүүдээр арьсан доор 10-25 нэгж токсин тарьснаар 6-7 долоо хоног булчинг сулруулна. Тунг зөв сонгосон үед гаж үйлдэл илрэхгүй.

Нийт 4 өвчтөнд энэ эмчилгээг хийсэн.

1. Өвчтөн 2 нүдний цагираг булчингийн агшилттай. Энэ нь 30 сек-1 минут орчим харж чадахгүй байдаг. Мөн уруул орчмын цагираг булчин, хацрын булчингууд таталддаг хүнд өвчтөн байсан ба олон жил өвдсөн.
2. Өвчтөн 2 нүдний зовхи анивчдаг нүүрний бусад булчин чангаралтай, өвчтөн санаа сэтгэлээр маш их унасан. Эхлээд удаагүй.
- 3, 4. Өвчтөн зөвхөн нэг нүдний зовхи анивчдаг, зовиур багатай байсан.

Ботулины токсиньг зохих зааврын дагуу тогтоосон цэгт арьсны дор тарьсан.

1-р хүнд тарьсан даруйд үйлчилж нүд ам, хацрын булчингууд тэнийсэн, 2-р хүнд 7 хоногийн дараа, 3, 4-р хүнд 5 хоногийн дараа үр дүн өгсөн.

### **Үр дүн:**

1. Урьд нь эмчлэгддэггүй байсан өвчинд 100 хувь үр дүнтэй байсан.
2. Уг өвчин эдгэснээр энэ шалтгаанаар мөхөс хараа үүсэхээс хамгаалж, сэтгэл санааны цочрол арилна.
3. Мөн нүүрний үрчлээг арилгах зорилгоор гоо засалд хэрэглэнэ.

## ВИТРЕКТОМИЙН МЭС ЗАСЛЫГ МАНАЙ ОРОНД НЭВТРҮҮЛСЭН ТУРШЛАГААС

Д. Энхболд

Торлог шилэнцрийн мэс заслын нэг төрөл болох витректомиг хийхэд орчин үеийн өндөр үнэтэй тоног төхөөрөмж шаардагддаг. Манай оронд 2001 оны намраас энэхүү хагалгаа хийгдэж эхэлсэн. Витректомийн хагалгаа нь дараах өвчнүүдийн үед хийгдэнэ. үүнд

1. Чихрийн шижингийн үед үүсэх шилэнцрийн цус харвалтууд болон сорвижилт
2. Зарим төрлийн торлогийн хууралтууд
3. Нүдэн доторхи идээт үрэвсэл
4. Битүү болон нэвтэрсэн гэмтэл, гадны биет
5. Торлог бүрхүүлийн үрчийлт
6. Болрын мэс заслын дараа үүсэх зарим хүндрэлүүд

Эдгээр өвчний үед гэрлийг нэвтрүүлж торлог бүрхүүлдхүргэх гол үүрэгтэй шилэнцэрт цус, сорвижсон эд, идээ гадны биет зэрэг нь орж гэрлийг хаадаг байна. Витректомийн хагалгааг хийснээр өөрчлөлтэй хэсгүүдийг гадагшлуулж хараа засрах боломжтой болдог. Мэс заслын өмнө өвчтөнд хэт авиан шинжилгээ (манай эмнэлэгт байхгүй) флюоросцентийн ангиограмм болон электроретинография (манай оронд байхгүй) хийгдсэн байх нь маш чухал юм. Өвчний хүүхэн харааг маш сайн өргөсгөж мэдээ алдуулалт хийсний дараа микроскоп болон тусгай эвэрлэгийн линз ашиглан мэс заслыг хийнэ.

Уурган бүрхүүлд лимбээс 4 мм-рт 3 жижиг зүслэг хийгээд тус бүрд нь витректомын хошуу, чийдэн мөн инфузийн канюль оруулан бэхлэнэ. Витректомийн хошуу нь маш хурдтай (1с-900 хүртэл) хайчилж сорон өөрчлөлттэй хэсгүүдийг гадагшлуулна. Хайчлалтын хурд, соролтын хүчийг багаж дээрээ нарийн тохируулж болдог. Шаардлагатай үед витректомийн хошууг хайч, гадны биет авах пинцет, ээдолазерын хошуу, түлэгч зэргээр сольж ажилбарууд хийж болно. Мэс засал нэгээс хэдэн цагийн турш үргэлжлэх бөгөөд өөр мэс ажилбаруудтай хавсран хийгдэж болно. Мэс заслыг үр дүнтэй болгохын тулд дараах ажилбарууд хийгдэж болно.

Үүнд:

- а. Шилэнцрийг бүхлээр нь авах

- б. Торлогийн гадаргуу дээр үүссэн сорвижсон эдийг авах
- в. Гадны биет авах
- г. Цус тогтоох, шинээр ургасан судасны ургалтыг дарах мөн дотор бүрхүүлийг нааж бэхлэх зорилгоор лазер эмчилгээ хийх (Endolazer)
- д. Тусгай хий болон агаарын тусламжтайгаар торлог бүрхүүлийг байранд нь оруулах
- е. Шилэнцрийг орлох шингэн нүдний дотор оруулах

Олон улсын " ORBIS" байгууллага "Series ten thousand ocutome" багажаар ханган сургалт явуулснаар майнай оронд витректомийн хагалгаа хийгдэх боломжтой болсон юм. 2001 оны 9 сараас одоог хүртэл нийт 29 хүнд дээрх мэс засал хийгдсэнээс

1. Дан витректоми 20 хүнд,
2. Мембранэктомитой хавсарсан 5 хүнд,
3. Нүд бүслүүрдэх ажилтай хавсарсан 2 хүнд,
4. Тусгай шингэн оруулахтай хавсарсан 3 хүнд, 10 хүнд мэс заслын дараа лазер эмчилгээ хийгдсэн.

### **Үр дүн:**

Гэрэл мэдрэхээс эхлэн 1 метрт хуруу тоолох төдий хараатай байсан 29 өвчтнөөс 22 нь 0.1-99 хүртэл сайжирсан, үлдсэн 7 нь хэдэн метрт хуруу тоолох боломжтой болсон.

Шалтгааны хувьд нийт өвчнүүдийн 27% нь цусны даралт ихдэх өвчний улмаас үүсэх торлогийн хураагуур судасны бөглөрөлтийн дараахи шинээр ургасан судаснуудын улмаас, 30% нь торлогийн судасны үрэвсэлт өвчнүүдийн улмаас, 20% нь гэмтлийн дараах, 10% нь чихрийн шижингийн микроангиопати, 13% нь торлогийн хууралтын үед үүсэх цөцгийн сорвижилт, 5% нь нүдний идээт үрэвсэл байсан байна.

### **Дүгнэлт:**

- 1/ Торлог, шилэнцрийн мэс засал хийлгэх шаардлагатай өвчтнүүдийн 70-80% нь өөрийн оронд эмчлэх боломжтой болсон.
- 2/ Бүрэн дүүрэн оношлогоо хийж эмчилгээний тактик боловсруулахад нүдний хэт авиан оношлуур, фундускамер, электроретинографийн багаж зайлшгүй шаардлагатай байна.



**УЛСЫН КЛИНИКИЙН ТӨВ ЭМНЭЛГИЙН  
УУШИГНЫ КАБИНЕТААР 2001 ОНД  
ҮЙЛЧЛҮҮЛЭГЧДЭД ХИЙСЭН  
ТАМХИНЫ СУДАЛГАА**

С.Өлзийсайхан

Б.Цэвэлмаа

Улсын Клиникийн Төв Эмнэлгийн Поликлиникт уушигны кабинетаар 2001 оны байдлаар нийт 6,273 өвчтөн үзүүлж, зөвлөгөө авч, эмчлүүлсэн байна. Үүний 3,313 нь тамхи татдаг болохыг судалгаагаар гаргалаа. Энэ 3,313 хүний 2,985 нь эрэгтэй, 328 нь эмэгтэй тамхичид байлаа. Насны байдлаар нь авч үзвэл:

|                          |      |       |                  |
|--------------------------|------|-------|------------------|
| 15-25 насны 78 хүн       | буюу | 2.3%  |                  |
| 25-34 насны 204 хүн      | буюу | 6.1%  |                  |
| 35-45 насны 495 хүн      | буюу | 14.9% |                  |
| 45-55 насны 579 хүн      | буюу | 17.4% |                  |
| 55-65 насны 851 хүн      | буюу | 25.9% |                  |
| 65-75 насны 701 хүн      | буюу | 21.1% |                  |
| 75-85 насны 382 хүн      | буюу | 11.5% |                  |
| 85-аас дээш насны 23 хүн | буюу | 0.6%  | нь тус тус байв. |

Өвчлөлийн байдлаар нь судалбал:

1. Гуурсан хоолойн архаг үрэвсэлтэй 2405 буюу 72, 5%
2. Гуурсан хоолойн архаг бөглөрөлтөт үрэвсэлтэй 914 буюу 27, 7%
3. Гуурсан хоолойн багтраатай 57 хүн буюу 1, 7%
4. Гуурсан хоолойн тэлэгдэлтэй 19 хүн буюу 0, 5%
5. Уушгины хурц үрэвсэл 38 хүн буюу 1, 1%
6. Уушгины архаг үрэвсэлтэй 42 хүн буюу 1, 2%-ийг тус тус эзэлж байлаа.

Судалгаанд хамрагдсан нийт тамхи татдаг эдгээр өвчтнүүдийн 70% нь янжуур буюу шүүлтүүртэй тамхи, 30% нь дүнсэн буюу ороомог хэлбэрээр татдаг байна. Мөн түүнчлэн өвчтнүүдийг тамхи татсан жилээр нь ангилж үзвэл:

- 1-5 жил татсан 21 хүн буюу 0, 6%
- 10-20 жил татсан 2050 хүн буюу 61, 8%
- 20-30жил татсан 1120 хүн буюу 3, 08%

30-40 жил татсан 122 хүн буюу 3, 06% тус тус байлаа.

Энэхүү судалгааг хийх болсон гол шалтгаан нь амьсгалын замын өвчин үүсэхэд хамгийн гол хүчин зүйлүүдийн нэг нь тамхи татах явдал бөгөөд өвчтнүүдийн нас, хүйс, татсан жил болон ямар өвчний үүсэл, даамжралд тамхидалт илүүтэй ихээр нөлөөлж байна гэдгийг нарийвчлан гаргаж харуулах хэрэгцээ юм.

### **Дүгнэлт:**

2001 онд тус эмнэлгийн амбулаторын уушгины кабинетаар үзүүлж эмчлүүлэгчдийн 52% нь архаг тамхичид байлаа. Энэ нь амьсгалын замын өвчин үүсэхэд нөлөөлөх гол хүчин зүйлийн нэг болох нь тогтоогдлоо. Тэр дундаа тамхийг олон жил татсан хүмүүст гуурсан хоолойн архаг болон архаг бөглөрөлтөт үрэвсэл элбэг тохиолддог байна.

Дэлхий даяараа тамхитай тэмцэж байгаа даяарчлалын энэ эрин үед өөрийн болон бусад бүх шатлалын эмнэлэг, сум, баг, өрхийн эмч нарыг өөрсдийн үйлчлүүлэгчдэдээ тамхины хор холбогдлыг тайлбарлан ухуулах замаар аажмаар тэднийг энэ хорт зуршлаас нь татгалзуулах, эрүүл аж төрөх ёсонд хэвшүүлэх, амьсгалын замын дээрхи өвчнүүд болон эдгээрийн хүндрэлээс урьдчилан сэргийлэх үйл ажиллагаа явуулахад нь тус дэм болоход энэхүү судалгааны ач холбогдол оршино.

## БЯСАЛГАЛИЙН ХЭЛБЭРҮҮД

Ц.Саранцэцэг,  
М.Отгон

Дэлхийн олон үндэстэн тэр дотор манай монголчууд даяанчлах, бясалгах зэргийг эрт дээр үеэс мэдэж байсан боловч орчин үеийн шинжлэх ухааны үндэстэй нэгдсэн нэгэн ойлголт байсангүй. Орчин үеийн хүмүүсийн эрүүл мэнд доройтох, ядаргаа, стресст орох нь элбэгшиж байгаа энэ үед бясалгалын талаар олон судалгаа гарч, түүний үндсийг тайлбарлах, эрүүл мэндийг сайжруулж болох талаар нилээд зүйл хэвлэгджээ. Гэхдээ бясалгал бол найман шатлалт Патанжала иогийн долоодох шатны биеэ даасан хэсэг гэдгийг тодруулах нь зүйтэй юм.

Энэ судалгааны гол зорилго нь бясалгалын олон янзын аргын ангилал түүний зарчим улмаар хүний эрүүл мэндийг сайжруулахад хэрхэн нөлөөлдөгийг тайлбарлахад оршино.

20-р зуун бясалгалын гайхамшгийг хүн төрөлхтөнд бэлэглэснээрээ гайхагдаж байна. Бясалгалын тусламжтайгаар та бид өөрийгөө (нээж), бүрэн мэдэх боломжтой болдог. Бясалгалын хүчээр хүн төрөлхтөн тэнгэрлэг үзэлтэй болж, сэтгэлийн олон үзүүрт уяа хүлээснээсээ тайлагдаж, энэхүү нэгэн биеийн жинхэнэ эрх чөлөөг олох бөгөөд бясалгалыг харанхуйгаас гэрэлд, алдаанаас үнэнд, зовлонгоос жаргалд, сандралаас тайванд, үл тоомсорлохоос мэдлэгт хүрэх дардан зам гэж үздэг болой.

Бясалгал гэдэг нь товчхондоо олон нийтийн хэлээр медитэйшн (meditation) хийж сэтгэлээ жолоодохыг хэлж байгаа юм.

Хүний гол зорилгын нэг бол сэтгэлийн энергийг өөрийн эрүүл мэндийг сайжруулах, бүтээлч ажиллагаагаа сайжруулахад зориулах нь шинэлэг зүйл болж байгаа бөгөөд үүнийг хүн төрөлхтөн зөвхөн бясалгалын ачаар сурч ирсэн түүхтэй юм. Манай дэлхийн олон оронд дэлгэрээд байгаа бясалгалуудыг хэрэглэж байгаа арга, үүсэж хөгжсөн цаг хугацаа, судлагдаж ирсэн ном хэвлэлийн тоймтой танилцаад дараахи 4 томоохон хэлбэрт хуваан үзэж болох юм. Үүнд:

Нэг. Бирма, Энэтхэг, Шриланка зэрэг улсад өргөн хэрэглэгдэж байсан **випассана** гэдэг бясалгал. Энэ бясалгалыг 2500 жилийн одоогийн Балбын Сидхарта Гоатама гэгч хаан хүү Жагар оронд байдаг

Бодьгаяа хотод Бодь модны доор сууж, өөрийн биеэр зориглон хийж Буддаа бурханы дүрийг олж, гэгээрсэн гэдэг. Энэ арга нь нилээд тэвчээр, хатуужил шаардсан тусгай байранд 10 хоног завилан сууж байж сурах бясалгал юм. Дээр үеээс улбаатай энэ арга эртний пали хэлнээ бичигдэж, голдуу лам, хувраг хүмүүс хичээлдэг байсныг Бирма улс тусгаар тогтнолоо 1948 онд олсон тэр цагт пандит Махаси Саяадав Собхана гэгч эрдэмтэн, тэр үед Ерөнхий сайд байсан У Ну -гийн зөвлөсний дагуу пали хэлнээс орчин цагийн хэлнээ орчуулж, олон хүмүүст заан сургаж улмаар 500 орчим хүн бясалгал хийх газар доорхи заалыг Рангуунь (одоо Янгуунь) хотод бариулж эхлэснээр энэ бясалгалын дахин сэргэлт эхлэсэн түүхтэй юм билээ.

М.Отгон 1987 онд Бирма улсад хэдэн хоног ажиллах хугацаандаа энэхүү бясалгалын тухай бичсэн ном, судартай товч боловч танилцах, дээрх бясалгалын заалыг үзэх жавшаан тохиож эртний энэ аргыг хүн төрлөхтөнд зааж сургах талаар Бирмад төрсөн жагар нөхөр С.Н. Гоенкагийн гавьяа, боловсронгуй болгосон аргыг дурьдахгүй өнгөрч болохгүй нь мэдээж юм. Манай улсад энэ аргыг их эмч Н.Хатанбаатар нэвтрүүлж, олон хүнд заан сургаж тэдний эрүүл мэндийг сайжруулж байгаа байна.

**Хоёр.** Энэтхэгийн Махариши Махеш Йоги хэмээх багшийн боловсронгуй болгосон **Трансценденталь ТМ**-хэмээх бясалгал 1950-иад оны үеэс дэлхийн нилээд оронд тухайлбал АНУ, Англи, Нидерландад өргөн тархсан арга юм. Энэ аргыг номын дагуу эхний суралцахад бүтэн 8 өдөр шаардлагатай байдаг бөгөөд сайн сурсан хүн суудлаасаа 8-10 см хөндийрч чадах (yogic flying) шалгууртай учир уйгагүй хөдөлмөр шаарддаг арга мөн. Энэ арга сүүлийн үед Нидерландад байгаа төвөөс зохиож байгаа ажлын үр дүнд Орос, Болгари улсад нэвтэрч байгаа юм. Манай улсад энэ хичээлийг заадаг үндэсний мэргэжилтэн бэлтгэгдээгүй байгааг ашиглан гадаадын зарим иргэд халтуур хийж, миний нутаг нэгтнийг минь хохироож байгааг энэ бясалгалыг Шинэ Дели хотноо С.Пант багшаар заалгаж явсан жирийн сэхээтэн бид харамсаж явдагаа нууж үл чадмой.

**Гурав.** АНУ-ын иргэн Хосе Сильва 1944 оноос нэвтрүүлж эхэлсэн сэтгэлийг жолоодох (**Silva Mind control**) бясалгал гэж бий. Энэ аргын онцлог нь хүний тархины давтамжийг альфа төвшинд оруулж, программлан эрүүл мэнд, хөдөлмөрийн бүтээмжийг сайжруулах арга юм. Бид энэ бясалгалын эхний курсийг багш ноёнтон Бимол Ракшитоор 1994 онд, дээд курсийг уг бясалгалыг үндэслэгч их багш Хосэ Сильва гуайгаар 1995 онд хоёр удаа заалгаж үнэмлэхээ авсандаа бахархаж явдаг юм.



Энэ аргыг альфа бясалгалч гэж нэрлэсэн ч хэвлэл байх бөгөөд тус арга Европын улс орнуудад ихээхэн өргөн тархсан, судалгаанаас үзэхэд альфа түвшинд тухайн хүн өөрөө өөрийгээ праграмлан, эрүүл мэндээ сайжруулах, зорьсондоо хүрэхийн тулд арвижиж ихэссэн эерэг энергээ ашиглаж чаддаг болгодог онцлогтой гэж үзэж байна. Анхан шатны курсэд суралцахад бүтэн 5 өдөр, дээд курсэд бүтэн 2 өдөр зарцуулагдах бөгөөд багшийн курсэд нэг долоо хоног шаардагдах бөгөөд унших ном хэвлэл элбэгтэй, сайн судлагдсан хэлбэр боловч хүний эмчийн мэргэжлийн үүднээс өөлмөөр юмгүй гэж үзэхгүй байна.

**Дөрөв.** Энэтхэгийн Гэгээрсэн их багш Шри Шри Рави Шанкар гуайн 1982 онд үндэслэсэн **эрүүлжих амьсгал** (Sudarshan Kriya) бясалгал бол дээрх бүх аргаас аль сайн бүхнийг авч богино хугацаанд тархины давтамжийг альфа, тета төвшинд оруулдаг бясалгалын боловсронгуй хэлбэр юм. Энэ хүний үндэслэсэн арга одоо дэлхийн 110 онд дэлгэрч, өргөн хэрэглэгдэж, улмаар олон улсын төрийн бус байгууллага (ТББ) болсон юм. Энэ арга нь суралцахад хялбар, олон дасгалууд нь хүний хэвийн физиологийн үйл ажиллагаан дээр түшиглэсэн учир богино хугацаанд олон улс оронд салбар төвтэй болсон төдийгүй манай улсад өөрийн төвтэй болж, 1996 оноос манай улсад бид энэ аргыг нэвтрүүлж, уг аргыг үндэслэгч пандит их багш Шри Шри Рави Шанкартай хамтран ажиллаж байна.

Шинэ арга нь дэлхийн олон хүмүүст таалагдан сайшаагдсан учир тэрээр 1997 онд АНУ-д хийсэн "Дэлхийн Гурван Ухаантан" хэмээх киноны гол баатрын нэг болсоныг тэмдэглэхэд таатай байна. Энэхүү онцгой аргыг үндэслэгч суут, цаг зав муутай энэ хүн 2000 онд гуравхан хоног манай улсад анхны ерөнхийлөгч П.Очирбатын урилгаар айлчлах үеэрээ "Дэлхийн энергийн төв Монгол оронд байдаг бөгөөд 2020 он гэхэд танай улсад тэнгэрлэг үзэл оргилдоо хүрч хөгжих болно" гэж ярьж байсныг Монгол түмэндээ сонордуулах аз бид нарт заяасан бусуу. Үнэхээр ч төв Азийн үрчлээт духан дээр байрласан миний Монголд дэлхийн эерэг энергийн төв байдагийг үгүйсгэхгүй бөгөөд хойшид энэ үзэгдлийг судлах нь манай эрдэмтдийн ойрын зорилт байх ёстой гэж үзэж байна. Энэ аргыг бид 1996 онд эх орондоо авч ирж нэвтрүүлсэн юм.



## MEDITATION AND IT'S FORMS

*Ts.Sarantsetseg*

*M.Otgon*

This abstract deals with the definition of meditation which has been widely used in many countries during the last 20 years or so. Writers have explained majors types of meditation such as vipassana, transcendental

(TM) meditation, Silvamind control by Joce Silva and sudarshan kriya meditation presented and discovered by an enlightened master Sri Sri Ravi Shankar of India in 1982. Mongolia is one of the countries where the sudarshan kriya meditation has been successfully introduced by the writers in 1996 under Guruji's guidance. People who have taken this course have improved their health, creativity and motivation to work.