

МОНГОЛ УЛСЫН
ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ЯАМНЫ ХАРЬАА
ХӨДӨЛМӨРИЙН ГАВЬЯАНЫ
УЛААН ТУГИЙН ХОШОЙ ОДОНТ
УЛСЫН КЛИНИКИЙН ТӨВ ЭМНЭЛЭГ



**УКТЭ БАЙГУУЛАГДСАНЫ
75 ЖИЛИЙН ОЙД ЗОРИУЛСАН
ОНОЛ-ПРАКТИКИЙН БАГА
ХУРЛЫН ИЛТГЭЛИЙН
ХУРААНГУЙ
XXV**

Улаанбаатар
2000



**МОНГОЛ УЛСЫН
ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ЯАМНЫ ХАРЬАА
ХӨДӨЛМӨРИЙН ГАВЬЯАНЫ
УЛААН ТУГИЙН ХОШОЙ ОДОНТ
УЛСЫН КЛИНИКИЙН ТӨВ ЭМНЭЛЭГ**



**УКТЭ БАЙГУУЛАГДСАНЫ
75 ЖИЛИЙН ОЙД ЗОРИУЛСАН
ОНОЛ-ПРАКТИКИЙН БАГА
ХУРЛЫН ИЛТГЭЛИЙН
ХУРААНГУЙ
XXV**

**Улаанбаатар
2000**

Эмхтгэн хянасан:

Анагаах Ухааны доктор
Анагаах Ухааны доктор
Анагаах Ухааны доктор

М. Отгон
Д. Нямсүрэн
Б. Болдсайхан

ӨМНӨХ ҮГ

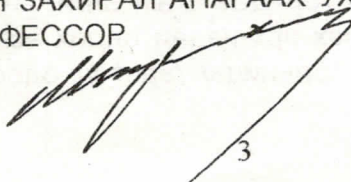
УКТЭ анх 1925 оны 10-р сарын 25-нд шинжлэх ухааны эмнэлгийн манай оронд нэвтрүүлэх зорилгоор байгуулагдсанаас хойш 75 дахь жилийнхээ ойг тэмдэглэж байна. Энэ хугацаанд тус эмнэлгээс улсын томоохон хориод эмнэлгийн байгууллага салбарлан гарсан төдийгүй, одоо 15 клиник, тасаг болон амбулатори, поликлиникийн 23 кабинетээр жилд дунджаар 140.000 орчим хүнд улсын чанартай эмчилгээ, үйлчилгээ үзүүлдэг гуравдах шатлалын эмнэлэг болж чаджээ.

Тус эмнэлгийг ард түмний эрүүл мэндийг сахин хамгаалах, ардын эрүүлийг хамгаалахыг үүсгэн хөгжүүлэх, бэхжүүлэхэд оруулсан хувь нэмрийг төр засаг өндрөөр үнэлж Хөдөлмөрийн Гавьяаны Улаан Тугийн одонгоор 1935, 1975 онуудад хоёр удаа шагнасан байна.

УКТЭ-т 550 гаруй ортой, 600 орчим эмч, мэргэжилтэн ажиллаж байгаа бөгөөд энэ эмнэлгийн клиникийн баялаг туршлага дээр тулгуурлан анагаахын анхны эрдэмтэд эндээс төрсөн юм. Одоо нийт эмч нарын 98 гаруй хувь нь мэргэжлийн зэрэгтэй, тэдний дотор хөдөлмөрийн баатар, төрийн шагналт гавьяат цолтон, эрдэмтэд 20 гаруй байна. 2000 оноос эхлэн эрдмийн зөвлөлтэй болж тус эмнэлэг дээр зохиогдох эрдэм судлалын ажлыг удирдан ажиллахын хамт энэ хураангуйг бэлтгэсэн юм. Тус эмнэлгийн хүчин чадал, боловсон хүчний чадавхиас шалтгаалж ийм хураангуйг жил тутам хэвлэн нийтлүүлж байх шаардлагатай болжээ гэж үзэж байна.

Манай эмч, эрдэмтдээс эмнэлгийнхээ 75 жилийн ойдоо зориулж бүтээсэн эрдэм судлалын ажлын дээжээс хүндэт уншигч та бүхэндээ өргөн барихын ялдамд эрүүл энх, сайн сайхныг бэлэгдэн байгааг минь хүлээн авна гэдэгт итгэж байна.

УКТЭ-ИЙН ЗАХИРАЛ АНАГААХ УХААНЫ ДОКТОР,
ДЭД ПРОФЕССОР 3. МЭНДСАЙХАН



ОРШЛЫН ОРОНД

*УКТЭ - Монгол Улсын Эмнэлгийн сургалт,
Эрдэм судлалын “ЭХ” байгууллага мөн.*

М.Отгон

Одоогийн Улсын клиникийн төв эмнэлэг анх 1925 оны 10 дугаар сарын 25-нд **“Ардын эмнэлэг”** нэртэйгээр байгуулагдсан түүхтэй. Тэр үед тус эмнэлэгт шинжлэх ухааны үндэстэй Европ эмнэлгийн хэвтүүлж эмчлэх 8 ор, лам төвд эмнэлгийн 7 ор, нийт 15 ортой байгуулагдсан. Европ эмнэлгийн тасгийг тэр үеийн цэргийн эмнэлэгт ажиллаж байсан орос эмч П.Н. Шастин нээж үг хэлэн, ажиллаж эхэлсэн байна. УКТЭ-ийн нэрийг түүний гүйцэтгэж байгаа үүргийн дагуу өөрчлөхийн зайлшгүйн талаар санал нэмэрлэхэд эл оршил өгүүллэгийн зорилго оршмой. Эл эмнэлгийн нэрийн утгыг тодруулах зорилгоор дараах хэдэн тайлбарыг хийх нь зүйтэй байх. Үүнд:

1. Манай улсад анхны Европ эмнэлэг байгуулан түүнийгээ **“Ардын эмнэлэг”** гэж нэрлэсэн нь хүн ард, зон олондоо үйлчлэх гэсэн санааг агуулсантай холбоотой бөгөөд харин одоо манайд өргөн хэрэглэгдээд байгаа Аюурведа, төвд гаралтай ардын эмнэлэгтэй огт холбоогүй юм.

2. Тус эмнэлгийг ЭХЯ 1935 онд **“Улсын төв эмнэлэг”** болгон өргөтгөж сүрьеэг эмчлэх тасаг нэмэн байгуулж тэр нь улмаар сүрьеэгийн эмнэлгийн эхний үүсвэр байсан байна.

3. 1960-аад оны үеэс эхлэн олны дунд тус эмнэлгийн **“Нэгдсэн нэгдүгээр эмнэлэг”** гэж хэсэг хугацаанд нэрлэж байсныг СНЗ-ийн 1971 оны 5 дугаар сарын 14-ны өдрийн 150 дугаар тогтоолоор **“Улсын клиникийн төв эмнэлэг”** гэж нэрлэн, үйлчлэх хүрээг өргөтгөн, материаллаг баазыг бэхжүүлсний хамт тус нэр өдийг хүртэл албан ёсоор хэрэглэгдэж байна.

4. Эмнэлэг гэдэг үгэнд клиникийн гэдэг тодотгол илүүдэж байгааг мэргэжлийн уншигч та бүхэн ажиглаж байгаа гэж үзэж байхын хамт энэ тодотгол ДЭМБ-ын ангилалтай дүйцэхгүй байгааг хэлэхгүй өнгөрөх эрх надад олдох ёсгүй. Клиникийн эмнэлэг /клиническая больница/ гэдэг үг одоо зөвхөн орос

хэлэнд хэрэглэгдэж байгаа юм.

5. ДЭМБ эмнэлгүүдийг нэгдэх, хоёрдах, гуравдах шатлалын эмнэлэг гэж ангилдаг бөгөөд энэ ангиллаар УКТЭ нь гуравдах шатлалын эмнэлгийн (tertiary referral hospital) ангилалд багтаж байгаа бөгөөд манай улсын хувьд хамгийн дээд шатлалын категорид ордог цөөхөн госпиталийн нэг юм.

6. ДЭМБ эмнэлгүүдийг ерөнхий (General hospital) болон тодорхой салбарыг дагнасан (Clinics) клиник, жишээлбэл нүдний, зүрхний, эндокринологийн, уушиг, бөөрний клиник гэх мэтээр ангилдаг юм билээ.

7. Эмнэлэг (hospital) гэдэг үгийг манай улсад **“Цэргийн госпиталь”** гэж зөвөөр хэрэглэсэн юм байна гэж бодож явдгаа би нуухгүй. Эмнэлэг буюу госпиталь гэдэг үг өвчтөн эмчлэх, эдгэрүүлдэг клиникийн үйл ажиллагаа явуулдаг газар юм. Клиникийн бус үйл ажиллагаа явуулдаг эмнэлэг гэж хаана ч байхгүй шүү дээ. Учир иймд тус эмнэлгийн нэрийг гүйцэтгэж хийж байгаа үүрэг функцийг харгалзан **“Сургалтын төв эмнэлэг”** гэж өөрчилбөл Дэлхий нийтийн жишигт тохирох юм байна гэж бодож явдаг нэгэн билээ.

8. Гуравдугаар шатлалын Эмнэлэг сургалт болон эрдэм судлалын ажил явуулах бүрэн бололцоотой байдаг бөгөөд энэ шаардлагыг тус эмнэлэг гүйцэтгэсээр иржээ. Энэ байгууллагын нэрийн хуудасны баялаг түүхээс товчхон дурдахад ийм байна.

УКТЭ-ийг түшиглэн 1929 онд сувилагчийн түр курс, тэр нь улмаар 6 сарын курс болон зохион байгуулагдаж, мэргэжлийн анхны сувилагч нарыг бэлтгэж байсан байна. энэ курсийн үр дүнд мэргэжлийн сувилагчийг анх удаа эх орондоо бэлтгэж эхэлсэн гэж үздэг юм. Зөвхөн сувилагч төдий бус бага эмч (фельдшерийг бэлтгэх удирдамж бэлтгэж улмаар хүн эмнэлгийн дунд мэргэжилтэн бага эмч нарыг бэлтгэх, хүн эмнэлгийн техникумийг тус эмнэлгийг түшиглүүлэн байгуулж, сургалтын удирдамж, төлөвлөгөө ёсоор биелж бэлтгэл үе бүрэн хангагдсан тул техникум 1931 онд биеэ даан туурга тусгарласан байна. Энэ техникум тус эмнэлгээс бие даан салбарласан анхны байгууллагын нэг юм. Техникумаар бэлтгэгдсэн боловсон хүчин сувилагч, бага эмч нар тухайн үедээ өндөр хариуцлагатай, эх

оронч санаачилгатай, гарамгай гавьяа байгуулан ажиллаж байснаас үзэхэд тэд ёстой л хөдөөгийн хээр талаар ариун цэвэр, эрүүл мэндийн соёлын үр тарилцсан алдартангууд мөн гэдгийг үгүйсгэх хүн гардаггүй юм. Манай улсад эрүүлийг хамгаалах анхны боловсон хүчин сувилагч, бага эмч нарыг эхлээд дан ганц орос мэргэжилтнүүд зааж сургаж, бэлтгэж байсан юм.

УКТЭ-ийн өнгөрсөн 75 жилийн түүхэн хугацаанд хүн эмнэлгийн техникум, Сэтгэл мэдрэлийн эмнэлэг, Нэгдүгээр амаржих газар, Халдвартын эмнэлэг, Хүүхдийн больниц, тусгай эмнэлэг, Шастины нэрэмжит клиникийн эмнэлэг, Арьс өнгөний эмнэлэг, II амаржих газар, Улаанбаатар хотын түргэн тусламж, Сүрьеэгийн эмнэлэг, Эмгэг анатоми-Шүүх эмнэлгийн товчоо, Цусны төв, Баруун хороодын эмнэлэг, Цацраг туяа эмнэлэг, Гэмтлийн эмнэлэг, Халдвартын диспансер зэрэг олон байгууллагууд салбарлан бие даан үйл ажиллагаа явуулж байгаагаас үзэхэд энэ нь улсын анхны ууган эмнэлэг бөгөөд манай эрүүл мэндийн салбарын түүхэнд хүндтэй байраа нэгэнт эзэлсэн байна. Учир иймд УКТЭ бол манай улсын эрүүлийг хамгаалахын түүхэнд домог болон үлдэх хөдөлмөрийн гавьяа ны хошой одонт цорын ганц байгууллага болжээ. Товчхондоо тус Эмнэлгийн баялаг түүх бол Монгол улсын Эрүүл Мэндийн байгууллагын бичил түүх мөн юм билээ.

1925-1938 оны хооронд дан ганц орос эмч нар энэ эмнэлгийн мэргэжлийн үндсэн боловсон хүчин болж байв. 1930 онд хуралдсан Улсын VI их хурлын төлөөний газрыг БНМАУ-ын Эрүүлийг хамгаалах Яам болгон өргөтгөж анхны сайдаар Н.Пунцаг гэдэг эмэгтэйг томилж байжээ.

1938 онд ЗХУ /тэр үеийн нэрлэснээр/ суралцаад төгсөж ирсэн анхны дөрвөн монгол их эмч нар Б.Гэпилмаа тус эмнэлгийн /7-р тасагт/, Г.Лхамжав /нялхсын тасагт/, В.Ичинхорлоо, Н.Маня нар /мэс заслын тасагт/ тус тус хуваарилагдан ажиллаж эхлэн эмчлэх, хүн эмнэлгийн техникумд багшлах, орчуулах зэрэг аль шаардлагатай ажлыг хавсран гүйцэтгэж байсан байх юм. Ингэж ЗХУ-д төгссөн анхны их эмч нар тус эмнэлэгт орос нөхөдтэйгөө мөр зэрэгцэн ажиллаж хүний их эмч нарыг Монгол эх орондоо бэлтгэх шаардлагатай байгааг нам, засагтаа танилцуулж байсан

гэдэг.

Улсын Төв Эмнэлэгт ажиллаж байсан анхны 4 монгол их эмч нарын мөрөөдөл эмнэлгийн захииргаанд ажиллаж байсан орос сургагч нарын дэмжлэгийг хүлээж ЗХУ-ын тусламжтайгаар 1942 онд УИС-ийн Анагаах ухааны факультетыг УТЭ-ийг түшиглүүлэн 7 тэнхимтэйгээр байгуулсан байна. Эдгээр 7 тэнхимийн анхны эрхлэгч нар нь орос багш нар байв. Тэр үед Анагаах ухааны факультетэд 34 оюутан элсэж, түүнээс 13 оюутан 1947 онд төгсөж, тэд манай анагаах ухааны түүхэнд ёстой од болон гяласан суутан хүмүүс байв. Учир иймд УКТЭ бол АУИС болон дунд сургуулийн төрсөн өлгий, өсөж бойжсон “нутаг” төдийгүй тэдгээрийг эрийн цээнд хүргэсэн түшиг, хүндэтгэж явах ёстой түшиц байсан бөгөөд одоо ч байсаар байна. Ардчиллын шуурганд бий болсон Эмнэлэгийн хувийн хэд хэдэн сургуулиудад төдийгүй бас Техникийн их сургуулийн эмнэлгийн тоног төхөөрөмжийн ангийн оюутнуудын дуртай түшиц газар болон сүүлийн хэдэн жил дараалан амжилттай хамтран ажиллаж байна.

Эрдэм судлалын хувьд 1940 оны 4-р сарын 21-нд төв эмнэлгийн сувилагч нарын онолын анхдугаар бага хурал болж сувилагч Дэжид, Аюуш, Цэрмаа нар илтгэл тавьж байсан бөгөөд тус эмнэлгийн эмчилгээний баялаг материалаар үндэсний их эмч Б.Рагчаа 1953 онд, В. Ичинхорлоо, Г. Лодон нар 1955 онд эрдмийн зэрэг хамгаалж байсныг дурдахад хангалттай билээ. УКТЭ нь нийт 600 гаруй эмч мэргэжилтэнтэй, 550 ортой улсын хэмжээний үйлчилгээ үзүүлдэг 3 дахь шатлалын эмнэлэг юм. Нийт 120 эмч нарын 97.3 эмчийн зэрэгтэй, эмчлэх эрхийн лицензээ авсны хамт тэдний дотор Төрийн шагналт, Хөдөлмөрийн баатар, Гавьяат цолтон 8 байгаагийн гадна эрдмийн зэрэг цолтой, зөвлөхүүд 20 гаруй ажиллаж байна.

1925 оноос өнгөрсөн 75 жилийн дотор эмч мэргэжилтний чадвар мэдлэгийг шалгасан томоохон эмнэлэг болж чадсан учир энэ 2000 оноос эхлэн ЭМНХ-ын сайдын тушаалаар тус эмнэлэгт эрдэм шинжилгээ, сургалт, гадаад харилцаа хариуцсан дэд захирлын орон тоог шинээр батлан ажиллуулсан юм. Энэ хугацаанд тус эмнэлэг дээр 20 гишүүний бүрэлдэхүүнтэй

эрдмийн зөвлөл байгуулж, анхныхаа хурлыг 4 сарын 19-ны бэлэгтэй сайн өдөр зохиож, эрдмийн зөвлөлийн даргаар АУ доктор З.Мэндсайхан (*эмнэлгийн захирал*), орлогч даргаар АУ доктор М. Отгон (*эмнэлгийн дэд захирал*), нарийн бичгийн даргаар АУ доктор Б.Болдсайхан (*Уламжлалт эмнэлгийн тасгийн эрхлэгч*) нарыг санал нэгтэй баталж, протокол хөтөлсөн юм.

Төгсөлтийн дараах сургалтын хувьд гэвэл Эрүүл мэнд Нийгмийн Хамгааллын сайд, Гэгээрлийн сайдын 1999 оны А133/148 тоот хамтарсан тушаалыг үндэслэн УКТЭ-ийн захирлын 2000 оны 4 сарын 07-ны өдрийн А/30 дугаар тушаалаар төгсөлтийн дараах сургалтыг зохицуулах зөвлөлийг 13 салбар зөвлөлтэйгээр байгуулан ажиллав. Энэ их ажлын үр дүнд ЭМНХ-ын сайдын 2000 оны 5 сарын 29-ний өдрийн 156 дугаар тушаалд заасны дагуу 11 зүйлийг бүрдэл болгон шалгуулж одооны байдлаар мэс засал, дотор, мэдрэл, лаборатори, дүрс оношлогооны зэрэг 5 төрлөөр эмчийн мэргэжил олгох резиденсийн 2-3 жилийн хугацаатай сургалт явуулах зөвшөөрөл аваад ажиллаж байгааг дурдах нь зүйтэй байна. Аль ч улсын АУ-ны дээд сургууль, коллежийг түшиц эмнэлэггүйгээр байгуулахыг ДЭМБ зөвшөөрдөггүй юм. Гэвч Монголд байдал өөр байх юм.

Миний бие ДЭМБ-ын зөвлөхөөр сүүлийн 15 жил ажилласан туршлага болон Монгол Улсын Анагаах Ухааны сургалтын системийн зохион байгуулалтын онцлогийг /Сургууль нь Боловсролын Яамны харьяа, Эмнэлэг нь ЭМЯ-ны харьяа/ харгалзан үзээд дараах 2 саналыг дэвшүүлж байна.

1. УКТЭ-ийн гүйцэтгэж ирсэн үүрэг, одоо ба хэтийн зорилгыг үндэслэн түүний нэрийг **“Сургалтын төв эмнэлэг”** /СТЭ/ (The Central Teaching Hospital) болгон өөрчилж, дотоод дүрэмд нь нийтийн жишигт тохирсон өөрчлөлт хийх.

2. Тус эмнэлгийн дэргэдэх эмнэлгийн ажилтны төгсөлтийн дараах сургалтыг /ТДС/ зохицуулах зөвлөлийг түшиглэн Дотор, мэс засал, нүд, мэдрэл, дүрс онош, хамар хоолойн өвчин судлалын зэрэг тэнхимүүдийг байгуулан **“Эмнэлгийн ажилтны ТДС-ын төв буюу Институт”** болгон өргөтгөн зохион байгуулж ажиллуулах шаардлагатай байна гэж үзэж байна.

ОНОЛ-ПРАКТИКИЙН БАГА ХУРЛЫН ИЛТГЭЛИЙН ХУРААНГУЙ

ГИПЕРЛИЗИНУРИЙН БИОХИМИЙН ОНОШЛОГОО

Ц. Энхжаргал
Ч.Цэрэннадмид

Монголын хүн амын дунд оюуны хомсдолын тархалт 1% орчим байна гэсэн мэдээ байдаг /ЭМЯ, 1989/. Энэхүү эмгэгийн нэг шалтгаан нь амин хүчлийн солилцооны удамшлын хямрал бадйаг байна. Дэлхийн ихэнх улс орон амин хүчлийн солилцооны хямралын тархалтыг нарийвчлан тогтоосон байдгаас гадна нярай хүүхдүүдийн биологийн шингэнд амин хүчлүүдийн агууламжийг тогтмол шинжлэн хянаж байдаг. Эмгэгтэй хүүхдүүдийг эрт оношилж, төв мэдрэлийн системд эргэлтгүй өөрчлөлт орохоос нь өмнө тохирох эмчилгээг цаг алдалгүй эхлэвэл уг эмгэгийг эмчлэх боломжтой байдаг. Монгол хүний биологийн шингэн дэх амин хүчлүүдийн агууламж болон Монголын хүн амын дунд амин хүчлийн солилцооны удамшлын хямралын тархалтын түвшинг тогтоосон ажил одоогоор хийгдээгүй байсан юм.

Бид судалгандаа эрүүл болон амин хүчлийн солилцооны удамшлын хямралтай байж болзошгүй нийт 6541 хүмүүсийг хамруулав. Тэдний өглөөний шээсний сорьцон дахь амин хүчлүүдийн агууламжийг цаасан хроматографийн аргаар тодорхойлж, ямар нэгэн өөрчлөлттэй гарсан сорьцийг нимгэн үет хроматографийн аргаар дахин шинжилсэн юм. Уг хоёр шинжилгээгээр амин хүчлийн солилцооны хямралтай байж болзошгүй гэж оношлогдсон хүмүүс болон тэдний эцэг, эх, төрсөн ах, эгч, дүү нараас нь шээс болон цусны сорьц авч, өндөр даралтат шингэний хромтографийн аргаар нарийвчилсан шинжилгээ хийв.

Энэхүү судалгаагаар амин хүчлийн солилцооны харьцангуй хоргүй болон түр зуурын чанартай хямрал нилээд илэрсэн билээ. Эдгээр хямрал нь ихэнхдээ хэрэглэж байсан эм, идсэн хоол болон амин хүчлийн бөөрөн дэх зөөвөрлөлтийн механизмийн өөрчлөлттэй холбоотой байлаа.

Судалгааны явцад оюуны хомсдолтой гэсэн оноштой тусгай сургуулийн сурагч, эрэгтэй хүүхдэд гиперлизури илэрсэн юм.

Түүний шээсэн дэх лизиний агууламж 1210,95 мкмоль/л байв. Хүүг тээх үед эхийн жирэмсэлтийн явц ердийн хүндрэлгүй байсан ба хүү хугацаандаа төрсөн байна. Эх нь сэтгэл мэдрэлийн эмнэлгийн хяналтанд байдаг боловч биологийн шингэн дэх амин хүчлүүдийн хэмжээ өөрчлөгдөөгүй байв. Хүүд зохих эмчилгээ хийхэд оройтсон байлаа.

Иймээс амин хүчлийн солилцооны удамшлын хямралтай өвчтнийг цаг алдалгүй илрүүлж, тохирох эмчилгээг эхлэхийн тулд нярай хүүхдүүдийн дунд илрүүлэх түүвэр шинжилгээ /скрининг шинжилгээ/ хийж байх шаардлагатай байна.

BIOCHEMICAL DIAGNOSIS OF HYPERLYSINURIA

Ts. Enkhjargal

Tsh. Tserennadmid

The study of inherited disturbances of amino acid metabolism in the Mongolian population involved 6.541 urine samples of healthy individuals and population at risk as well as urine and blood samples of the patients with potential disturbances and of their parents and siblings. Analyses of the samples have revealed a number of disturbances of bening and transitory character. Hyperlysinuria (1. 210.50 micromol Lys/L of urine) was detected in a boy from a special school whose mother was under psychiatric surveillance.

НӨХӨРСӨН ҮҮСЭХ АРТЕРИЙН ГИПЕРТЕНЗИЙН ТОХИОЛДОЛ

Б. Бурмаа

А. Өлзийхутаг

Б.Цолмончимэг

Сүүлийн жилүүдэд бие даасан артерийн гипертензигээс

гадна уушигны артерийн даралт ихэссэнээс их эргэлтийн артерийн даралт өндөр болдог тухай нилээд судалгаанууд хийгджээ. /Н.М.Мухарлямов, 1966, Ж.С.Сатбеков, В.В.Сучков 1974/ УУшигны артерийн даралт ихсэхэд оршин сууж буй газрын өндөр, хүйтний уур амьсгал нөлөөлдөг байна. /М.М.Мирахимов ба бусад 1982, 1994, А.П.Милаванов ба бусад 1975, А.Авцын ба бусад 1985/

Манай монгол орны нөхцөлд өндрийн ба хүйтний гипоски их бус боловч энэ хоёрын нийлбэр нөлөөлөл нь артерийн гипертензи үүсгэж байгаа талаар судлагдсан байна.

/А.Өлзийхутаг 1990/

Анагаах Ухааны Их Сургуулийн КТЭ-ийн Зүрх судасны тасагт 1995-1997 онд хэвтэж эмчлүүлсэн 1720 өвчтнөөс 21 хүнд нөхөрсөн үүсэх артерийн даралт ихсэх өвчин тохиолджээ. Эдгээр хүмүүсийн 19-60 насных эрэгтэй 19, эмэгтэй 11 хүн байлаа. Эдгээр хүмүүс нь судлаач Я.Тулгаагийн /1990/ монгол орны ландшафтын бүсчилсэн судалгаанд дурдсан уулын ангийн үнэмлэхүй дундаж өндөртэй уулын бүсэд багтах нутагт амьдарч байна. Дээрх өвчтнүүдийн зургаад нь зүрхээр өвдөх 14-д нь амьсгаадах, 8-д нь толгой өвдөх хүзүү хөшиг зовиуртай байлаа. Бодит үзлэгээр зүрхний агшилтын тоо олширсон 8, зүрхний авиа бүдгэрсэн 13, бүдгэвтэр 4, тод 4, II авиа 11 цэгт өргөлттэй 6, I авиа III цэгт өргөлттэй 1, чагналтаар агшилтын шуугиантай 3, сулралтын шуугиантай 3 хүн тодорхойлогдлоо.

Бүх хүмүүст артерийн даралт 160/95 мм.муб-аас их байлаа. Цусны ерөнхий шинжилгээнд 15 хүнд НВ хэвийн хэмжээнээс ихэссэн байв. Фибриноген 12 хүнд тодорхойлсноос 7 хүнд ихэссэн, АВР 12-11 нь хэвийнхээс багассан буюу цус өтгөрсөн, АПТВ 12-оос 9 нь багассан, липид липопроteid, холлестерин 5 хүнд тодорхойлсон нь хэвийн хэмжээнд байлаа. Мөн Na, K, Ca, Се 7 хүнд тодорхойлсон нь хэвийн байв.

Багажийн шинжилгээнд:

ЗЦБ-т "Р" pulmonalis 21, баруун ховдлын томролт 3, зүүн ховдлын томролт 5, хоёр ховдлын томролт 13, гиссийн багцны баруун хөлийн бүтэн ба хагас хориг 4 тус тус тохиолдлоо. Рентгенд уушигны зураглал олширч уг өргөсөх 11, уушигны

артерын нум цүлхийх 3, хоёр ховдлын томролт 8, зүүн ховдлын томролт 3 хүнд илэрлээ.

Дээрх тохиолдлуудаас үзэхэд нөхөрсөн үүсэх гипертензи цөөнгүй тохиолдох нь харагдаж байна.

Нөхөрсөн үүсэх гипертензийн эмнэл зүйн амьсгаадах, толгой өвдөх, хүзүү хөших зовиур илэрч II ба III цэгт II авиа өргөлттэй болж, шинжилгээнд цус өтгөрч, зүрхний цахилган бичлэг "Р" pulmonalis 2 ховдлын томролын шинж, гиссийн багцны баруун хөлийг хориг, рентгенд уушигны зураглал олширч уг өргөсөх уушигны артерийн нум цүлхийх шинж тэмдэг давамгайлсан илэрч байна.

Hypertension case of cooperative artery

B. Burmaa

C. Ulziikhutag

B. Tsolmonchimeg

In the pathology of hypertension case of cooperative artery shortness of breath, headache and stiffness of neck are revealed.

In the second and the third point the second has an accent. In the analysis the blood becomes thick in ECGP pulmonalis hypertrophy of 2 ventricles blockade of of Gesse bunch in the X-ray symptom of bottom of lung extends and artery achery becomes larger are mostly revealed.

ЗҮРХНИЙ ШИГДЭЭС ЗҮРХНИЙ БУЛЧИНГ ГЭМТЭЭСЭН БАЙДАЛ

Д. Нарантуяа

А. Өлзийхутаг

Г. Тогтох

Зүрхний шигдээс /ЗШ/ зүрхний булчингийн ямар давхаргыг гэмтээж, хүндрэлд илүүтэй хүргэж байгааг судлах зорилго тавин, уг зорилгодоо хүрэхийн тулд ЗШ болгоныг 12 залгалттай зүрхний

цахилгаан бичлэг /ЗЦБ/-ээр, нас барсан хүмүүст задлан шинжилгээгээр тодорхойлон, шигдээс зүрхний булчинг хамарсан байдлыг 1995, 2000 онуудад харьцуулан үзэв.

Судалгаанд нийт 150 хүн хамрагдсанаас 112 /74,6%/ нь эрэгтэй, 38 /25,33%/ нь эмэгтэй байлаа. Үүнээс нас барсан 43 /28,67%/ хүн байв. Нийт судалгаанд хамрагдагсадын дундаж нас $59,73 \pm 13,3$, үүнээс эрэгтэйчүүдийнх $58,8 \pm 7,0$, эмэгтэйчүүдийнх $62,5 \pm 12,3$ байлаа.

ЗШ-ээр эрэгтэйчүүд, эмэгтэйчүүдээс 2,95 дахин илүү өвдөж / $p > 0.001$ /, 1,69 дахин их нас барсан байлаа. ЗШ зүрхний булчинг трансмураль байдлаар $56,00 \pm 4,05\%$ гэмтээж, үлдсэн хэсгийн $44,00 \pm 4,05\%$ -г жижиг голомтот гэмтэл эзэлж байна. Хүйсээр нь үзвэл эрэгтэйчүүдийн дунд трансмураль шигдээс зонхилж, харин эмэгтэйчүүдэд том ба жижиг голомтот гэмтэл ойролцоо түвшинд байлаа.

Бид ЗШ зүрхний булчингийн давхрагыг хамарсан байдлыг 1995 болон 2000 оны байдлаар харьцуулж үзэхэд трансмураль шигдээс 1995 оны байдлаар $36,00 \pm 6,72\%$ байсан бол 2000 онд $56,00 \pm 7,2\%$ болж нэмэгдэн / $p > 0,01$ /, жижиг голомтот шигдээс 1995 онд $44,00 \pm 6,12\%$ байснаа 2000 гэхэд $25,00 \pm 7,02\%$ болж буурсан / $p > 0,05$ / байлаа.

Трансмураль шигдээс эрэгтэйчүүдэд 19%-иар / $30,33 \pm 6,48\%$, $49,00 \pm 7,07\%$, $p > 0.05$ /, эмэгтэйчүүдэд 11%-иар / $6,00 \pm 3,36\%$, $17,00 \pm 5,51\%$, $p > 0.05$ / нэмэгдэж, эмэгтэйчүүдэд субэпикардын шигдээсний тоо 9%-иар / $12,00 \pm 4,59\%$, $8,00 \pm 3,84\%$, $p > 0.05$ / буурч, харин субэндокардын шигдээсийн хувьд эрэгтэйчүүд / $12,00 \pm 4,59\%$, $8,00 \pm 3,84\%$, $p > 0.05$ /, эмэгтэйчүүдэд / $8,00 \pm 3,83\%$, $4 \pm 2,77\%$, $p > 0.05$ / тохиолдлын хувьд өөрчлөлт гараагүй байна.

Бид трансмураль шигдээсийн үед илрэх зовиуруудыг жижиг голомтот шигдээсийн үеийнхтэй харьцуулж, ямар зовиурууд илэрвэл трансмураль шигдээс гэж сэжиглэж болохыг харуулах оролдлого хийлээ. Трансмураль шигдээсийн үед зүрхээр өвдөх /SE45.6; SP 90, DE 67.8/, бөгөлөрөх /SE12.2; SP 95,6 DE 53,9/, амьсгаадах /SE23.3; SP 85.6, DE 54.4/, дотор давчдах /SE24.4; SP 92,2 DE 53.3/, бөөлжих /SE8.89; SP 96,7 DE 52.8/, хүйтэн хөлс гарах /SE13.3; SP 98,9 DE 56.1/, жижиг голомтот субэндокард

шигдээсийн үед толгой эргэх /SE4.54; SP 100, DE 52.27/, субэпикард шигдээстэй үед голоор өвдөх /SE4.54; SP 100, DE 52.07/ гэсэн зовиурууд илүүтэй илэрч байлаа.

Трансмураль шигдээсийн үед өвдөлтөт 53,33±4,8% / SP 82,28 DE 67.7/, хэм алдагдах 12,22±3,05% /SP 98,9, DE 55,56/, багтрат хэлбэр 31,11±2,4% /SP 84,4 DE 57.78/-үүд зонхилон тохиолддог байна. Жижиг голомтот шигдээсийн хэм алдагдах хэлбэр маш цөөн тохиолдож байлаа.

Задлан шинжилгээгээр зүрхний булчинг шигдээс хамарсан байдлыг авч үзэхэд 24 /62,79±7,38%/ тохиолдолд трансмураль, 6 /13,95±5,28/-днь субэндокардад, 4 /9,30±4,43%/-рт нь интрамураль, 2 /4,65±3,21%/ тохиолдолд нь субэндокардад шигдээс байрласан байв. Бусад 4 /9,30±4,43%/ тохиолдолд шигдээс зүрхний булчингийн 2-3 давхаргыг хамарсан байлаа.

Нас барсан тохиолдлуудыг үзэхэд бүтцийн хувьд трансмураль шигдээсээр илүүтэй нас барсан боловч насны бүлэг тутамд харьцангуй интенсив үзүүлэлтийг үзэхэд 44 хүртэл насанд трансмураль байрлалтай шигдээсээр нас барах нь тохиолдлын хувьд ижил, 45-49 насанд интрамураль, 50-54 насанд субэндокард, 55-59 интрамураль, 60 ба түүнээс дээш насанд бусэпикардийн болон булчингийн 2-3 давхаргыг хамарсан 3Ш-ээр нас барах нь илүүтэй байна.

Дээрх судалгаанаас үндэслэн:

1. 3Ш зүрхний булчинг трансмураль байдлаар зонхилон гэмтээж, үлдсэн хэсгийг жижиг голомтот гэмтэл эзэлж байна.

2. Трансмураль шигдээсийн тоо сүүлийн 5 жилд ихсэн, жижиг голомтот шигдээсийн тоо цөөрч байна.

3. Трансмураль шигдээсийн үед өвдөлтөт, хэм алдагдах, багтраат хэлбэрүүд зонхилон тохиолдож, жижиг голомтот шигдээсийн үед хэм алдагдах хэлбэр маш цөөн тохиолдож байлаа.

State of muscles injury in AMI

D. Narantuya

A. Ulziikhutag

G. Togtokh

In our study 112 men and 38 women - total 150 person were involved. Their average age were 59.73 ± 13.3 .

Transmural infarction more occurred than small size infarction. In the last 5 years have been increasing transmural infarction cases, so non-transmyral small size infarction decreased.

The typical pain and asthmathical, arhythmical forms dominated in transmural infarction. Cases of arhythmical form are very rare in non-transmural, small size infarction.

ЗҮРХНИЙ ШИГДЭЭСИЙН /ЗШ/ ҮЕИЙН ЦУСНЫ ШИНЖИЛГЭЭНИЙ ӨӨРЧЛӨЛТ

Д.Нарантуяа

Г.Тогтох

А.Өлзийхутаг

ЗШ-ийг оношлоход ферментийн шинжилгээ 71-100%-ийн магадлалтай байдаг. (Panteghini. M et al 1998) Иймээс бид ЗШ-ийг эрт, зөв оношлоход шаардлагатай лабораторийн /ферментийн/ шинжилгээг хийж, онцлогийг тогтоох зорилго тавив.

Судалгааны ажлын арга зүй:

Судалгаанд ЗШ-тэй гэж урьдчилсан онош тавигдсан /сонгодог болон сонгодог бус өвдөлттэй, зүрхний цахилгаан бичлэгт ЗШ-ийн зураглал гарсан/ 49 хүнд Асат, Алат-ыг U/L нэгжээр тооцон, 20-д нь Герман улсад үйлдвэрлэсэн миоглобин, КФК-MB үзэх сорилын шинжилгээг хийв. Цусны ерөнхий шинжилгээнд лейкоцит, улаан эсийн тунах хурдын өөрчлөлтийн харьцааг үзлээ.

Судалгааны ажлын үр дүн:

49 хүнд цусны ерөнхий шинжилгээг хийснээс шигдээс

болсноос хойшхи 2 цагаас-эхний 1 өдөрт 10 хүнд уг шинжилгээг цагаан эсийн хэмжээ 3 хүнд хэвийн, 6 хүнд $9-13 \times 10^9/\text{л}$, 1 хүнд $16 \times 10^9/\text{л}$ болж нэмэгдсэн, харийн улаан эсийн тунах хурд (УЭТХ) бүгдэнд нь хэвийн хэмжээнд байлаа. 2-4 дэх өдрүүдэд 34 хүнд үзэхэд цагаан эс бүх хүмүүст хэвийн хэмжээндээ байж, УЭТХ 16 хүнд нэмэгдэн $16 \text{ мм}/\text{ц}$ -аас их болсон байв. 5 дахь өдрөөс хойш 6 хүнд цагаан эс үзэхэд бүгдэд хэвийн, харин УЭТХ 2 хүнд л нэмэгдсэн $16 \text{ мм}/\text{ц}$ -аас их болсон байв.

20 хүнд шигдээс болсноос хойшх эхний 5-12 цагт миоглобин болон КФК-МВ-ийн тестийг үзэхэд 20-нд нь эерэг гарсан болно. 23 хүнд ЛДГ үзэхэд дунджаар 636 у/л байсан. Харин АсАт $64,6 \text{ у/л}$, АлАт 40 У/л байж, де Ритисийн коэффициент = 2,3 буюу 1,33-аас их байлаа.

Бидний судалгаанаас үзэхэд цусны ерөнхий шинжилгээ хийсэн 49 хүнээс эхний өдөрт 10 хүний 6-д нь ЗШ-ийн үед гардаг "хайчны" шинж илэрсэн. Харин 2 дахь хоногоос хойш УЭТХ 34 хүнээс 16-д нь ихэссэн, 34-үүлэнд нь цагаан эс хэвийн байсан нь "хайчны" шинж харьцангуй цөөн гарч байгааг харуулж байна. Манай судалгаанд хамрагдагсадын цагаан эс ихэнхдээ ихсэхгүй байгаа нь хүндрэл бага гарахад нөлөөлж байгааг үгүйсгэхгүй. Мөн жижиг голомтот шигдээс давамгайлснаас биеийн эсэргүүцэл бага өөрчлөгдөж байж болно.

The changes of blood test in Acute Miocardial Infarction /AM/

*D. Narantuya
A. Ulziikhutag
G. Togtokh*

In our study were improved 49 person with AMI all that had the general blood analysis /GBA/. In GBA wasn't increased leucocyte so much and the symptom "scissoris" was comparatively rare. In 20 patients tested Myoglobin and CK-MB, that all were posetivy +/-

ХЕЛИКОБАКТЕРПИЛОРИЙН ШАЛТГААНТ ХОДООД, ДЭЭРХ ГЭДЭСНИЙ ШАРХЛАА ӨВЧНИЙ ЭМЧИЛГЭЭНИЙ АСУУДАЛД

Н. Туул

Ходоод, дээрх гэдэсний шархлаа өвчний оношлогоо, эмчилгээнд шинэ, шинэ аргууд олон зууны туршид нэвтэрсээр байгаа билээ. H_2 гистамины рецепторыг хориглогч 1970-аад онд, протоны помпын хориглогч 1980-аад онд нээсэн нь ходоод, дээрх гэдэсний шархлаа өвчнийг зөвхөн мэс заслын эмчилгээгээр "гастрэктоми, сонгомол ваготоми" хийж эмчлэх бус эмийн эмчилгээ тодорхой үр дүнтэйг харуулсан боловч төгс эмчилгээ болж чадсангүй юм.

Ходоодны салтсаас хеликобактерпилори (Нр)-ийг нээсэн нь гастроэнтерологийн төдийгүй бичил судлал, дархлаа, удам зүй, тархалт судлалын шинжлэх ухааны хөгжилд томоохон түлхэц болсон. Хөгжилтэй орнуудын хүн амын 30 орчим, хөгжиж буй орнуудын хүн амын 70 орчим хувьд Нр-ийн халдвар бүртгэгдсэн бөгөөд халдварласан 8 хүний 1 шархлаа өвчнөөр өвчилдөг байна. Нр-ийн халдвартай хүн, амьтнаас эрүүл хүнд халдвар дамждаг, түгээмэл тархалттай нян бөгөөд ихэнхдээ хүүхэд насанд халдварлаад насан туршид ходоодонд оршмол амьдрах онцлогтой гэж үздэг. Сүүлийн 17 жил Нр-ийг олон талаас нь судалж энэхүү нян нь ходоодны үрэвсэл, шархлаа, МАЛТ-лимфома, Менетрийн өвчин, хавдар үүсгэдгийг баталжээ.

Одоо дэлхийн ихэнх оронд Европын гастроэнтерологчдын Маастрихтийн /1996/ зөвшилцлөөр дэвшүүлсэн эмчилгээний заалт, зарчим, хувилбаруудыг баримтлан эмчилж байна. Бид хеликобактерпилориг устгах гуравласан эмчилгээний дараах хувилбараар:

- * Коллойд висмут субцитрат 120 мг-аар өдөрт 4 удаа
- * Амоксациллин 1000-аар өдөрт 3 удаа
- * Метронидазол 250-аар өдөрт 4 удаа 14 хоног уулгасан. Мөн түүнчлэн H_2 гистаминий рецепторыг хориглогч, антацид, цитопротектор эмчилгээ хавсран хийсэн.

Судалгаанд 46 өвчтөн хамрагдсан. Өвчлөлийн бүтцийг авч үзэхэд ходоодны шархлаатай 16, дээрх гэдэсний шархлаатай 20 хүн байв. Шинжлүүлэгчдэд ходоод, дээрх гэдэсний уян дурангийн шинжилгээ, Нр илрүүлэх хурдавчилсан уреаза тестийн шинжилгээ хийгдсэн.

Үр дүн: Эмчилгээний эхэнд 6 өвчтөнд өвдөлт нэмэгдсэн, бусад өвчтөнд эмчилгээ эхэлснээс 3-5 хоногийн дараа өвдөлтийн зовиур арилсан. Биж шинж 38 өвчтөнд гуравласан эмчилгээний явцад болон дараа нь арилсан, харин 8 өвчтний зовиур 12-15 хоногийн дараа арилсан. Эмчилгээнээс 21-28 хоногийн дараа уян дурангийн шинжилгээгээр: 6 өвчтөнд цагаан соривжилт эхэлж эдгэрсэн. 28 өвчтөнд улаан соривжилт эхэлсэн, 8 өвчтөнд соривжилт эхлээгүй боловч эмнэл зүйн сайжрал ажиглагдсан, харин 4 өвчтөнд өвдөлт намдсан боловч биж шинж, цээж хорсох шинж бүрэн арилаагүй төдийгүй шархны хэмжээ хэвээр улаан соривжилт эхлээгүй байлаа. Эдгээр өвчтөний нэг өвчтөний шархны хэмжээ том 3.0: 2.0:5.0, хоёр өвчтөний шархны тоо 2-3 байрлал нь ходоод, дээрх гэдсэнд хоёуланд нь байсан, 3 өвчтөн цус алдаж хүндэрч ирсэн, бүгд шархлаа өвчнөөр 3-аас дээш жил өвчилсөн байна. Энэ 4 өвчтөнд мэс заслын эмчилгээ хийгдсэн. Эмчилгээнээс хойш 1-1,5 сарын дараа 24 өвчтөнд буюу 52,2%-д өвчин дахисан.

Дүгнэлт:

* Судалгаанд хамрагдсан хүмүүсийн 34-д буюу 73,7%, эмнэл зүйн болон дурангийн шинжилгээнд эдгэрэлт эхэлсэн нь гурвалсан эмчилгээ үр дүнтэйг харуулсан юм.

* Гэвч 8,7%-д /4 өвчтөн/ үр дүнгүй байгаа нь шархлаа өвчин хүндэрсэн тохиолдолд мэс заслын эмчилгээ хийх нь зүйтэйг харуулж байна.

* 8 өвчтөнд эмнэл зүй сайжрал илэрсэн боловч шарх эдгэрээгүй, тодорхой хугацааны дараа 24 өвчтөнд буюу 24,2%-д дахилт илэрсэн нь дахин халдвар авсан гэж үзэхээс гурвалсан эмчилгээ үр дүнгүй учир нь метронидазол, амоксациллинд нян мэдрэг болсонтой холбон тайлбарлаж болох юм.

* Иймд гуравласан эмчилгээ үр дүнгүй тохиолдолд нянд

антибиотик мэдрэг чанарыг үзэж, эмчилгээний өөр хувилбар сонгон эмчлэх нь зүйтэй юм.

**The treatment of stomach and
duodenal ulcer associated with Hp**

N. Tuul

We have treated 46 patients by the colloid bismuth 240 mg x 2, amoxicillin 1000 mg x2, methronidazole 250 mg x 4 with antacid and H2 blockage drugs for 14 days in the instruction and principle of the Maastricht gastroenterological conference. In the end of the treatment the 34 patients (73.7%) improved clinical symptoms and began the scarring in the endoscopy. In the 8 patients (17.2%), the scarring was not begin, in the 4 patients (8.7%) did not notice any clinical and endoscopic improvement and did the operation.

Conclusion

1. The medical treatment by the 3 days is effective.
2. If the patients has some complication, the surgical treatment is proper.
3. If the medical treatment is not effective must determine the antibiotic sensibility for the microbe.

**УЛСЫН КЛИНИКИЙН ТӨВ ЭМНЭЛГИЙН ХБЭС КЛИНИКТ
1981-1999 ОНУУДАД ХЭВТЭН ЭМЧЛҮҮЛЭГСДИЙН
ӨВЧЛӨЛИЙН БАЙДАЛД ХИЙСЭН СУДАЛГАА**

Н. Туул

Ж. Оюунчимэг

Д. Нямсүрэн

О. Баярмаа

Бид 1981-1999 оны хугацаанд тус клиникт хэвтэн эмчлүүлэгсдийн өвчлөлийн байдлыг тогтоох зорилгоор нийт хэвтэн эмчлүүлсэн 13409 өвчтөнд судалгаа хийлээ.

Үүнээс 6422 нь буюу 48% нь эрэгтэй, 6987 нь буюу 52% нь

эмэгтэй байв. Өвчлөлийн байдлыг насны бүлгээр авч үзвэл:

Н а с	т о о	х у в ь
16-20	581	4%
21-30	2173	16%
31-40	3126	23%
41-50	3059	23%
51-60	2498	19%
61-70	1329	10%
70 дээш	601	4%

буюу хөдөлмөрийн насны хүмүүс зонхилон өвчилсөн байна.

Өвчлөлийн хувьд:

элэгний эмгэгүүд	6209 (46%)
ходоодны эмгэгүүд	2365 (18%)
гэдэсний эмгэгүүд	934 (7%)
цөсний эмгэгүүд	1548 (12%)
нойр булчирхайн эмгэгүүд	217 (2%)
улаан хоолойн эмгэгүүд	45 (0,35%)

байна. Үүнээс элэгний өвчлөл давамгайлсан илэрсэн бөгөөд үүний 37% (2277) элэгний идэвхт архаг үрэвсэл, 27% (1666) тогтонги явцтай элэгний үрэвсэл, 30% (1866) архаг үрэвсэл, 13% (817) шархлаа, 2% (138) ходоодны хавдар эзэлсэн байна. Ходоод, хос гэдэсний шархлаа өвчний 1990-1994 оны байдлыг 1990-1994 оны байдлыг 1995-1999 оныхтой харьцуулахад өвчлөл 2 дахин ихэссэн байлаа.

Дүгнэлт:

1. Нийт өвчлөгсдийн 46% (6185) 31-51 насны хүмүүс байгаа бөгөөд энэ нь хөдөлмөрийн чадвар алдалт их байгааг харуулж байна.

2. Өвчлөлийн байдлаараа элэгний эмгэгүүд зонхилон тохиолдож байна.

3. Мөн ходоодны эмгэгүүд 2-р байрыг эзэлж байгаа бөгөөд сүүлийн 5 жилийн байдлаар шархалаа өвчин 2 дахин ихэссэн байна.

4. Стационарийн нөхцөлд өмөн хавдрыг оношлох явдал 10% байгаа нь амбулаториор шинжилгээг бүрэн хийх шаардлагатай байгаа харуулж байна.

5. Элэгний тонтонги явцтай архаг үрэвсэл элэгний эмгэгтэй эмчлүүлэгсдийн 27%-ийг эзэлж байга ань стационарт эмчлүүлэх шаардлагагүй эмгэгийг эмчилснийг харуулж байна.

**Survey on diseases of patients
treated by the Gastroenterological Clinic of the Central
Clinical Hosipital 1981-1999**

N. Tuul

J. Oyunchimeg

D. Nyamsuren

O. Bayarmaa

Conslusion:

1. The 46% of all of the patients are 31-51 ages and it shows the high percent of losing ability to work.
2. The morbidity of the liver diseases is most common.
3. By the morbidity, the stomach diseases take the second place and the stomach and duodenal ulcer increased twice for last 5 years.
4. Diagnosing of the cancer is 10% at the in patient department and it shows the out-patient department diagnose is vital.
5. The chronic persistance hepatitis is 27% among the liver diseases and is not required to treat them at the in-parient department.

ХЭВЛИЙД ШИНГЭН ХУРАХ ХАМ ШИНЖИЙГ ЯЛГАН ОНОШЛОХ АСУУДАЛД

Ш.Энхтуяа

Н.Туул

Л.Гаваасамбуу

Хэвлийн шингэн хурах хам шинж нь олон эмгэгүүдийн хүндрэлээр илэрдэг бөгөөд оношлоход нилээд түвэгтэй байдаг. Хэвлийд шингэн хурах хам шинж үүсгэдэг эмгэгүүдийг 4 бүлэгт хуваадаг.

1. Элэг ба түүний судасны эмгэгүүд: элэг хатуурах өвчин, элэгний хавдар, Бадда-Киарийн өвчин, венийн судасны бөглөрөл гм.

2. Хэвлийн гялтан хальсны эмгэгүүд: сүрьеэгийн болон бусад шалтгаант үрэвслүүд

3. Зүрхний эмгэгүүд: зүрхний зогсонги дутал, констриктив перикардит

4. Бусад эмгэгүүд: өндгөвчний хавдар, томорсон уйланхай, нойр булчирхайн цочмог үрэвсэл, уйланхай, Уйплийн өвчин, саркойдоз, мекседема гм.

Эдгээр эмгэгүүдээс элэг хатуурах өвчин зонхилох буюу 90%-ийг эзэлдэг. Бидний судалгаагаар УКТЭ-ийн ХБЭС-т 1997-1999 онуудад нийт хэвтэн эмчлүүлэгсдээс 502 хүн 16,7% элэг хатуурах өвчтэй, үүнээс 174 хүнд хэвлийд шингэн хурах хам шинж илэрсэн байв. Үүнээс 159 хүн 91,4% нь элэг хатуурах өвчний улмаас, 8 хүн 4,6% хэвлийн сүрьеэ, 6 хүн 3,4% хэвлийн болон бага аарцгийн эрхтнүүдийн хавдар, 1 хүн 0,6% зүрхний зогсонги дутлын улмаас хэвлийд шингэн хурсан байв.

Элэгний хатуурлын бус шалтгаанаар хэвлийд шингэн хурсан хам шинжийг дээр шинжилгээнүүдээс гадна зүрхний цахилгаан бичлэг, уушиг, зүрх гэрэлд харах, хэвлийд хатгалт хийж шингэнд нян судлалын шинжилгээ, эмнэл зүйн шинжилгээ хийснээс гадна, хэвлийн эрхтнүүдийг дурандаж оношлосон.

Дээрх өвчтнүүдийн оношийг эмнэлэгт хэвтсэнээс хойш 11-15 дахь хоногт оношлосон байгаа нь оношлох хугацаа олон хоног

байжээ. Үүний шалтгаан нь шинжилгээг оновчтой төлөвлөөгүй, нарийн мэргэжлийн эмчээс зөвлөгөө авахаар цаг алдсан, хэвлийн эрхтэн дурандах шинжилгээ хүлээгдэлтэй байсантай холбоотой байжээ.

Дүгнэлт:

1. Хэвлийд шингэн хурах хам шинжийн шалтгааны зонхилох хувийг элэг хатуурах өвчин эзэлж байна.
2. Элэгний бус шалтгаанаар хэвлийд шингэн хурах шинжээс сүрьеэ өвчний шалтгаан зонхилсон байв.
3. Шинжилгээг оновчтой төлөвлөөгүй, нарийн мэргэжлийн эмчийн зөвлөгөө авах, хэвлийн эрхтнийг дурандах шинжилгээ хүлээгдэлтэй байснаас клиникийн төгсгөлийн онош тавигдсан хугацаа урт байжээ.

**Problems in differential diagnosis
of ascites**

Sh.Enkhtuya

. N. Tuul

L. Gavaasambu

It should be remembered that the syndrome of ascites in pelvis arch occurs not only during the cirrosis, it also takes place due to many other diseases.

As a result of the investigation, we were able to come to the conclusion that for 8.6% of all ascites-syndrom-ed patientes the cirrosis-diagnose is cancelled.

In particular, 4.6% tuberculosis abdominalis, 3.4% tumor abdominalis, 0.6% deficiency of heart

Conclusion: Correct decision in solving the problems of differential diagnosis gives great opportunities to execute the treatment effectively and fast.

ЭРҮҮЛ БОЛОН ДОТРЫН ЗАРИМ ЭМГЭГТЭЙ ХҮМҮҮСИЙН ВИЛЛЕБРАНДЫН ФАКТОРЫН ХЭМЖЭЭГ СУДАЛСАН ДҮН

Ч.Цэрэннадмаид

Р. Одончимэг

Манай оронд урьд нь хийгдэж байгаагүй гемостазын хэд хэдэн шинжилгээг сүүлийн арвад жилд эзэмшин, судалгаа шинжлэл, онош эмчилгээний практикт нэвтрүүлсэн бөгөөд судас-ялтсын болон сийвэнгийн бүлэгнэлтийн гемостазад чухал үүрэгтэй фон Виллебрандын факторыг орчин үеийн мэдрэг аргаар тодорхойлох боломж 1998 оноос гарснаар эрүүл болон артерийн даралт ихдэх өвчин/АДИӨ/, зүрхний цус тасалдах архаг өвчин /ЗЦТАӨ/ зэрэг үүсэл, эмгэг жам, явц, хүндрэлд нь гемостазийн өөрчлөлт онцгой нөлөөлтэй өвчнүүдийн үед ВФ-г тодорхойлох нь онол, практикийн ач холбогдолтой юм. ВФ нь 12-р хромосом дахь генээр жолоодогдон судасны эндотелийн эсэнд үүсэх ба багавтар хэсэг нь ясны улаан чөмөгний мегакариоцит дотор нийлэгждэг бөгөөд эндотелийн эсээс гараад нилээд нь субэндотелийн эс, коллаген болон гепаринтай холбогдон судасны хананд хадгалагддаг. Цусанд орсон Виллебрандын фактор нь VIIIK-тэй нэгдэж, том молекултай нэгдэл үүсгэн цусаар эргэлдэж байдаг. Эрүүл болон дотрын зарим эмгэгийн үеийн Виллебрандын факторын хэмжээг харьцуулан гаргах судалгаанд 18-70 насны анхдагч доноруудаас 30-г хяналтын бүлэг болгон сонгон авч, мөн зүрхэнд цус тасалдах архаг өвчтэй болон дархлал, дархлалын бус шалтгаантай тромбоваскулит өвчний улмаас УКТЭ-ийн зүрх-судасны тасаг, цусны клиникт хэвтэн эмчлүүлсэн 20-70 насны 20 өвчтнийг тус тус хамруулав. Судалгаанд хамрагдагсадыг нас, хүйсний байдлаар авч үзэхэд 37,7% нь эрэгтэй, 63,3% нь эмэгтэй байв. Үүнээс 26,7% нь 18-30 насных, 23,3% нь 31-40 насных, 16,7% нь 41-50 насных, 6,6% нь 51-60 насных, 26,7% нь 61-70 насны хүмүүс байв.

Фон Виллебрандын факторын хэмжээ 18-40 насны эрүүл

хүмүүст $84 \pm 5,65\%$ байгаа нь гадаадын бусад судлаачдынхтай үндсэндээ тохирч байгаа юм. Харин ВФ-н концентраци 45-аас дээш насны хүмүүст 120% -с дээш гарч байгаа нь уг бүлгийн хүмүүсийн бүлэгнэлтийн системийн идэвх нас ахих тутам идэвхжиж байгаатай холбоотой гэж үзэж байна. Зүрхэнд цус тасалдах архаг өвчин болон артерийн даралт ихдэх өвчтэй хүмүүст антикоагулянт, антиагрегант эмчилгээг хийхээс өмнөх ВФ-н хэмжээг тодорхойлоход $110,7 \pm 16,7\%$ байв. Дээрх өвчтнүүдэд эмчилгээний дараа ВФ-н хэмжээ $90,6 \pm 5,7\%$ болж буурч байгаа нь эмчилгээний үр дүнг хянах бололцоотой гэдгийг харуулж байна. Янз бүрийн шалтгаантай бичил тромбоваскулит өвчтэй хүнд ВФ-н концентрацийг уг өвчний идэвхжил, хүндрэлийг тооцох зорилгоор эмчилгээний өмнө ба дараа тус тус тодорхойлоход ВФ-н хэмжээ буурах үед клиникт засрал өгч байсан нь уг өвчний хөгжих механизмд түүний гүйцэтгэх үүрэг онцгой болохыг харуулж байна. Эмчилгээний өмнө $162,8 \pm 2,3$, эмчилгээний дараа $101,2 \pm 8,9\%$ болж буурч байна.

Abstract

Von Willebrand factor is investigated in healthy persons and patients with some cardiovascular diseases.

Levels of VWF in healthy persons are in average of $84 \pm 5.65\%$. The values of vWf have been increased relatively (110.7 ± 16.7), normalizing to $90.6 \pm 5.7\%$ after course of the treatment.

ДЭЛҮҮ ТОМРОХ ШАЛТГААН ЗҮЙН ЗАРИМ АСУУДАЛ

Д.Лундиа
Г.Зулхүү

Олон эмгэг өвчнүүдийн үед дэлүү томордог. Иймээс түүний томорсон учир шалтгаан нягтлан тунгаах нь хялбар биш бөгөөд андуу ташаа оношлогдох ч цөөнгүй байдаг.

Ажлын зорилго: Дэлүү томрох шалтгаануудын дотор ямар өвчин эмгэг зонхилон тохиолдож буйг тогтоох.

Арга ба материал: Бидний судлагаанд 23-50 насны (эр/эм=6/15) өвчтөн хамрагдав. Тэдний дотор хавдар -10, элэгний цирроз -7, бусад оношоор -4 эмнэлэгт ирсэн байв. Өвчтнүүдийн оношийг үнэн зөв магадлан тогтоохын тулд цусны дэлгэрэнгүй, шээсний шинжилгээ, элэгний биохими, эхосонографи, спленопортотрографи зэрэг дүрс оношлогооны аргууд, мөн элэгний биопсийн шинжилгээнүүдийг хийв.

Үр дүн: Өвчтнүүдэд уг эмгэг өвчин мэдэгдсээр 6-12 сарын хугацаа өнгөрсөн байв. Шинжилгээнүүдийн дүнд судлагаанд хамрагдсан хүмүүсийн 9(42.8%) онош батлагдаж, харин 12 (57,2%) тохиолдолд ирэх үеийн онош өөрчлөгдөв. Андуурагдсан онош дотор архаг гепатит 2(16,6%), элэгний цирроз -5(41,69), дэлүүний венийн бүлэн -3(25%) мөн дэлүүний уулинхай, хавдар -1 (8.3%) тус тус байв. Дэлүү томрох шалтгаануудын дотор элэгний цирроз -10(47,6%), хавдар ба дэлүүний венийн бүлэн тус тус 3(14,3%), лейкоз болон архаг гепатит тус тус 2(9,5%) мөн уулинхай -1 (4,7%) эзэлж байв.

Дүгнэлт:

1. Дэлүү томрох шалтгаан дотор элэгний цирроз, түүний хүндрэл (47,6%) ($<0,05$) зонхилж байна.

2. Дэлүү томтой өвчтнүүд андуу ташаа оношлогдох нь цөөнгүй.(57.1%) ($<0,05$)

Summary

Etiological patterns of splenomegaly

D. Lundia

G. Zulkhuu

We have investigated 21 patients (6-male, 16-female) aged 25-50, with splenomegaly. The Aim of our study was to presents ground causes of this pathology. The end of our investigations showed diagnoses in 12 patients were incorrect.

Conclusions: A major cause of splenomegaly is liver cirrhosis (47,6%) and its complications.

ЦУС ГООЖИЖ БУЙ ХОДООД, ДЭЭРХ ГЭДЭСНИЙ ШАРХЛААНЫ ЭМЧИЛГЭЭНИЙ ЗАРЧИМ

Б. Гоош
О.Сэргэлэн
С. Эрдэнэ

Цус гоожиж буй ходоод, дээрх гэдэсний шархлааны эмчилгээний зарчим аль эртнээс шийдэгдсэн мэт харагдах боловч конгсерватив болон мэс заслын эмчилгээний дүн чамлагдаж байгааг олон орны эрдэмтэд судлаачид олонтой анхааруулж байна. Ю.Г. Шапкин, В.Ю.Климашевич нар /2000/ ходоод, дээрх гэдэсний цус гоожсон шархлааны мэсзаслын дараах үхэл 17,2% байна гэсэн нь дээрх санааг нотолж буй хэрэг. Сайн эрчимтэй хийгдсэн конгсерватив эмчилгээ ходоод гэдэсний шархланаас цус гоожихыг бүх тохиолдлын 88%-д зогсоож чадаж байгаа бөгөөд дараа нь 2-6 долоо хоногт мэс заслаар эмчлэхэд хагалгааны дараах үхэл 1,4%-с хэтрэхгүй байгааг бид онцгойлон тэмдэглэмэр байна. Манай судалгаанд ходоод гэдэснээс цус гоожсон 71 тохиолдолд конгсерватив эмчилгээг 40-д нь, яг цус гоожиж буй үед нь хагалгааг 31 тохиолдолд хийснээс хагалгааны дараах үхэл 8,45%, нийт үхэл 15,4% байлаа. Энэ нь ид цус алдаж буй үед аргагүйдэж хийгдэх "цөхрөнгөө барсан" хагалгааг цөөлөх боломж, үүнээс эмчилгээний үр дүнг сайжруулах замыг харуулж байгаа бус уу?

Энд дурангаар цус тогтоолт хийх асуудлыг бид онц чухалчилж байна. Манай орны мэс засалд дурангийн шинжилгээ нэгэнт нэвтэрч, ходоод дээрх гэдэсний шархлааны оношлогоог заавал дурангаар тордуулдаг сайхан заншилтай болжээ. Манай судалгаанд хамрагдсан ходоод дээрх гэдэсний шархлаатай өвчтний 94%-д нь эхлээд дурангийн шинжилгээг яаралтай журмаар хийж чадсан байна. Одоо харин дурангаар ходоод, дээрх гэдэсний шархланаас цус гоожихыг тогтоодог аргыг эзэмших дараагийн асуудлыг шийдвэрлэх хэрэгтэй юм. Тухайлбал мэс заслын тасаг бүр өөрсдөө дурантай, эмч нар нь түүнийг хэрэглэх арга барилд суралцсан байж өдөр шөнийн аль ч цагт өөрсдөө ходоод, гэдэсний шархланаас цус гоожихыг

оношлодог, тогтоодог зуршилтай болмоор байна.

Бид цус гоожихыг консерватив эмчилгээгээр хэр тогтоосны үнэлгээг тодруулах зорилгоор цус тогтолтын эмнэл зүйн ангилал санаачилан эмч нарт дэвшүүллээ.

Цус гоожих байдал	Эмнэл зүйн шинж	Дурангийн шинж
Цус гоожилт тогтсон	Цусны гемодинамик өөрчлөлтгүй	Шархлаа эпителижсэн Фибринээр хучигдсан Тромбо тогтсон, Нөж бэхлэгдсэн
Цус гоожилт бүрэн тогтоогүй	Цусны гемодинамик хувьсалтай Цус багадалтай	Тромбо нь хөдөлгөөнтэй Нөжний дороос цус гарах Шархлааны дотор онгойсон судас харагдах Шинэ цус байх

Энэ нь консерватив эмчилгээг цаашид үргэлжлүүлэх эсэхэд ач холбогдлоо өгнө. Ю.Г. Шапкин, В.Ю. Климашевич нар /2000/ цус гоожилтын зэрэг, консерватив аргаар цус гоожихыг хэр тогтвортой тогтоож чадахыг 28 үзүүлэлт бүхий компьютерийн программ зохион хэрэглэсэн нь хагалгааны дараах үхлийг 8,5% хүргэж багасгах бололцоо олгожээ.

Энэхүү шалгуур манай монголын нөхцөлд нөсөр төвөгтэй болохоор бидний дэвшүүлсэн тойм боловч энгийн шалугур практикт нэмэр тусаа өгнө гэж найдна.

Possibilities to improve surgical methods of treatment for bleeding gastroduodenal ulcer

*B. Goosh
O.Sergelen
S.Erdene*

The article describes an original variant of treatment of patients with bleeding ulcer of the stomach or duodenum. A classification of surgical interventions is proposed depending on the time of perform-

ing the operation. Verification of unstable hemastasis with the help in patients with arrested bleeding and performing preventive emergency operation led to less postoperative lethality.

СҮҮЛИЙН ТАВАН ЖИЛД ЦУСНЫ ТАСАГТ ХЭВТЭН ЭМЧЛҮҮЛЭГЧДИЙН ДУНД ЦУСНЫ ӨВЧНИЙ ТӨРӨЛ ЗҮЙЛИЙГ СУДАЛСАН ДҮН

Н.Оюундэлгэр
Р.Одончимэг
Н.Бямбасүрэн

УКТЭ-ийн Дотоод шүүрэл - Цус судлалын тасагт 1995-2000 онуудад хэвтэн эмчлүүлсэн өвчтнүүдийн өвчний түүхэнд судалгаа явуулж, сүүлийн 5 жилийн хугацаанд оношлогдсон цусны эмгэгийн төрөл зүйлийн тархалтын байдлыг судалж гаргав. Үзүүлэлтийг хүснэгтээр үзүүлэв.

он	1995	1996	1997	1998	1999
Нийт хэвтэн эмчлүүлсэн хүний тоо	11166	12376	13245	13011	12890
Дотрын тасагт хэвтэн эмчлүүлсэн хүний тоо	4622	5600	5954	5898	6038
Цус багадалтын улмаас хэвтэн эмчлүүлсэн хүний тоо	79	13	64	82	77
Цусны эсийн гаралтай хавдрын улмаас хэвтэн эмчлүүлсэн хүний тоо	31	6	24	32	38
Цусны бүлэгнэлтийн системийн эмгэг	22	2	45	50	61

Дүгнэлт: Хүснэгтээс үзэхэд

1. Жил ирэх тутамд цусны өвчлөлийн тоо нэмэгдсэн байна.
2. Цусны эмгэгийн төрөл зүйлийн хувьд авч үзэхэд сүүлийн

жилүүдэд цусны хавдар болон бүлэгнэлтийн системийн эмгэг ихсэж ирсэн байна. Үүнд: Ялангуяа янз бүрийн шалтгаантай бичил судасны хананы тромбот үрэвсэл нь огцом нэмэгдсэн нь харагдаж байна. Энэ нь манай улс зах зээлийн чөлөөт эдийн засгийн системд шилжсэнээр баталгаатай баталгаагүй хүнсний бүтээгдэхүүн ихээр хэрэглэх болсноор хүнд халдвар харшлын хэт мэдрэг урвалыг үүсгэсэнтэй холбоотой болов уу. Энэ байдал цаашид иммунгемостазийн нарийн шинжилгээний аргуудыг оношлогоо эмчилгээнд хэрэглэхийг биднээс шаардаж байна.

УУШИГНЫ АРХАГ БӨГЛӨРӨЛТ ӨВЧНИЙ ҮЕД ХИЙГДЭХ ГУУРСАН ХООЛОЙГ ЦЭВЭРЛЭХ ЭМЧИЛГЭЭНИЙ ҮР ДҮН

*Б. Гомбосүрэн
Ц.Төмөр-Очир
Б.Батсэрээдэнэ
Д.Цогт*

Уушигны архаг бөглөрөлт өвчний (УАБӨ) тархалт жил ирэх тутам өсч дэлхий нийтийн анхаарах хойшлуулшгүй асуудлын нэг болсон төдийгүй аажим даамжрах явцтай, амьсгалын эрхтэнг эргэшгүй өөрчлөлтөнд оруулан улмаар хүндэрч, нас барах тохиолдол ихсэж байгаа нь уг өвчний эмчилгээний асуудал өнөөг хүртэл төгс боловсронгуй болоогүйг харуулж байна /В.Н.Шмелев 1999/

Бид судалгаандаа УАБӨ-тэй 40 өвчтнийг сонгон авч гуурсан хоолойг цэвэрлэх эмчилгээг үндсэн бүлгийн 30 өвчтөнд, уламжлалт эмийн эмчилгээг хяналтын бүлгийн 10 өвчтөнд хийж эмчилгээний үр дүнг харьцуулан судлахын зэрэгцээ, гуурсан хоолойг цэвэрлэх эмчилгээний аргуудыг (дурангийн, хаймсурдах, хавсарсан) өөр хооронд нь харьцуулан судлав. Эмчилгээний үр дүнг дурангийн болон гадаад амьсгалын шинжилгээнд гарсан зарим өөрчлөлтүүдийг үндэслэн тогтоов.

Дурангийн шинжилгээгээр гуурсан хоолойн цэвэрлэх эмчилгээг хийлгэсэн үндсэн бүлгийн өвчтнүүдийн 79,2%-д нь сэдрэлтийн шинж тэмдэг арилсан, 16,7%-д нь эерэг өөрчлөлт тод илэрсэн, үлдсэн 4,2%-д эерэг өөрчлөлт маш бага илэрсэн бол уламжлалт эмийн эмчилгээг хийлгэсэн хяналтын бүлгийн өвчтнүүдийн 50%-д нь сэдрэлтийн шинж тэмдэг арилсан, 40%-д эерэг өөрчлөлт тод илэрсэн, 10%-д нь эерэг өөрчлөлт маш бага илэрсэн. Гадаад амьсгалын шинжилгээнд VC, FEV₁ хоёр үзүүлэлтийг шинжилж үзэхэд гуурсан хоолойг цэвэрлэх эмчилгээний дараа 76,6%-д нь сайн үр дүн өгсөн ($P<0,05$), 16,8%-д үр дүн дунд зэрэг, үлдсэн 6,6%-д огт үр дүн өгөөгүй ($P<0,05$) нь эмгэг жамын хувьд эргэшгүй өөрчлөлт гарсныг харуулж байна. Харин эмийн эмчилгээний дараа мэдэгдэм өөрчлөлт гараагүй байна ($P<0,05$).

Үндсэн бүлгийн 30 өвчтөнд хийсэн гуурсан хоолойг цэвэрлэх аргуудыг өөр хооронд нь харьцуулан судлахад дурангийн арга 50%, хаймсуурдах арга 70%, хавсарсан арга 80% нь тус тус сайн үр дүнг өгсөн байна. Энэ нь хавсарсан арга хамгийн сайн үр дүнтэй болохыг харуулж байна. Мөн хаймсуурын тусламжтайгаар гуурсан хоолойг угаах аргын үр дүн 70% байгаа нь уг аргын үр дүнтэйг харуулж байна.

Дүгнэлт:

1. Үндсэн болон хяналтын бүлгийн өвчтөнүдэд хэрэглэсэн эмчилгээний аргууд нь үр дүнтэй боловч гуурсан хоолойг цэвэрлэх эмчилгээ нь эмийн эмчилгээний аргаас илүү давуутай болох нь дурангийн динамик өөрчлөлт ($P<0,05$), гадаад амьсгалын шинжилгээнд гарсан сайжрал ($P<0,05-0,01$) зэрэгээр нотлогдож байна.

2. Гуурсан хоолойг цэвэрлэх эмчилгээний аргуудыг хооронд

нь харьцуулж судлахад гуурсан хоолойг цэвэрлэх хавсарсан арга давуу болох нь бидний судалгаанаас харагдаж байна.

ЭЛЭГНИЙ ХАТУУРАЛ ӨВЧНИЙ ШАЛТГААН, ЭМНЭЛ ЗҮЙН ЗАРИМ ОНЦЛОГ

Б.Дагвадорж

О.Баярмаа

Элэгний хатуурал өвчин нь элэгний эмгэгүүд дотроо хүндрэлээрээ тэргүүн байрыг эзэлдэг бөгөөд манай улсын хэмжээнд сүүлийн 5 жилийн судалгаагаар 10000 хүний 5,3-5,88 нь элэгний хатуурал өвчтэй байдаг байна. Уг эмгэгийн үед гарах гол хүндрэлүүд нь улаан хоолой, ходоодны өргөссөн судаснаас цус алдах, элэгний архаг дутагдалд орох, өмөн хавдарт шилжих зэрэг болно.

Бид элэгний хатуурал бүхий 136 өвчтөнд уг өвчний шалтгаан, эмнэлзүйн зарим онцлогийг судаллаа. Оношийг эмнэл зүй, биохимийн үзүүлэлт, чанд авиан ба уян дурангийн шинжилгээнд үндэслэн баталсан.

Судалгаанд хамрагдсан 136 хүний 93 (68,3%) нь эрэгтэй, 43 (31,7%) нь эмэгтэй байсан. Нийт өвчтөний 51,4% нь вирусийн, 27,9% нь архи ба хордлогын шалтгаантай, 20,5% нь шалтгаан тодорхойгүй байлаа. Вирусийн шалтгаант элэгний хатуурал өвчний 51 (72,8%) В вирус, 19 (27,2%) нь С ба дельта вирусийн халдвартай байсан.

В болон С гепатитаар өвчлөгсдийн 2/3 орчимд нь 10-15 жилийн дараа, архи ба хордлогын шалтгаантай хүмүүсийн 70% орчимд нь 4-5 жилийн дараа элэгний хатуурал өвчний эмнэл зүйн шинжүүд илэрчээ.

Архи ба хордлогын шалтгаант элэгний хатуурал бүхий өвчтний 2/3-аас илүү хувь нь 5-с доошгүй жил архийг тогтмол хэрэглэгчид байна. Ийм өвчтөнд цусархаг болон үүдэн венийн даралт ихсэх, дэлүү томрох хам шинж, вирусийн шалтгаант

элэгний хатууралтай өвчтөнд шарлах, элэг томрох, мэдрэл сульдал, бодисын солилцоо хямрах зэрэг хам шинжүүд илүүтэй илэрч байна.

**Some etiological and clinical peculiarities
of the liver cirrhosis**

B. Dagvadorj

O. Bayarmaa

In the investigation there were 93 (68.3%) of male, 43 (31.7%) of female and 51.4% caused by virus, 27.9% caused by alcohol or intoxication, and 20.5 % were without clear cause.

Among the cirrhosis of liver caused by virus there were 51 (72.8%) B, 19 (27.2%) C and D virus infection.

The clinical symptoms of the cirrhosis of liver are releaved after 10-15 years 2/3% of patients with B and C hepatitis, but 70% of patients with cirrhosis caused by alcohol or intoxication after 4-5 years.

In the patients with cirrhosis of liver caused by alcohol or intoxication occur hemorrhage, portal hypertension syndrome and splenomegaly, and in the patients with cirrhosis caused by virus occur the cholestatic, asthenoneurotic synrome, disorder of metabolism and hepatomegaly more than other.

**ХОДООДНЫ АРХАГ ҮРЭВСЛИЙН ЗАРИМ ХЭЛБЭРИЙГ
ПОЛИКЛИНИКИЙН НӨХЦӨЛД ОНОШЛОХ**

Ц.Минжүүр

Б.Дэгвадорж

Сүүлийн 2 жилийн материалаас үзэхэд хоол боловсруулах эрхтний архаг эмгэгийн улмаас эмчид үзүүлж байгаа 5 хүний 1 нь ходоодны архаг үрэвсэлтэй байгаа нь өвчлөгсдийн тоо өндөр байгааг харуулж байна.

Ходоодны архаг үрэвслийн ямар хэлбэр эмнэл зүйн ямар онцлогтой тохиолдож байгаа болон поликлиникийн нөхцөлд оношлох зарим шалгуурыг тогтоох зорилгоор энэхүү ажиглалтыг

мэдээлж байна.

Ходоодны архаг үрэвслээр өвчлөгсдийн эмнэл зүйн зарим онцлог

Хүснэгт № 1

Эр	Эм	Нас						Оюуны хөдөлмөр эрхлэгчид	Малчин	Ажлагчин
		18-25	26-30	31-40	41-50	51-60	61-ээс дээш			
10	21	5	7	8	4	6	1	14	6	7
32,2%	67,8%	16,1%	22,5%	25,8%	12,9%	19,3%	3,4%	45,1%	19,3%	22,5%

Хүснэгт № 1-ээс харахад ходоодны архаг үрэвсэлтэй 31 хүний 67,9% нь эмэгтэй, 62,2% нь эрэгтэй 56,6% нь 35 хүртэлх насны залуус, 45,1% нь оюуны хөдөлмөр эрхлэгчид байна. Ходоодны архаг үрэвсэл

/ХАҮ/ үүсэхэд нөөлөлсөн хүчин зүйлсийг Хүснэгтэд № 2-т үзүүлэв.

№	Асуулт	Хүний тоо	Хувь
1	Архи уудаг	10	32,2
2	Тамхи татдаг	15	48,3
3	Хоолны дэглэм жбарьдаггүй	22	70,9
4	Удамшилтай	4	12,9

Судалгаанд орсон 31 хүний 1 нь "А" хэлбэрийн, 30 нь "Б" хэлбэрийн архаг үрэвсэлтэйн гадна, "Б" хэлбэрийн архаг үрэвсэлтэй хүмүүсийн 61,2% (19) нь ходоодны салстыг тархмалаар гэмтээсэн үрэвслээр өвчилжээ.

Ходоодны шүүрэл ялгаралтыг чанар тодорхойлох хаймсуурын бус аргаар тодорхойлоход 61,2% ходоодны хүчил багассан ба 6 хүртэл жил өвчилсөн, 4, 10 хүртэл жил өвчилсөн, 5, 10-с дээш жил өвчилсөн 5 хүнд хүчил багассан ба ходоодны хүчил байнга хэрэглэдэг хүмүүс байв.

Уян дурангийн шинжилгээнд ходоод хатингаршилтай архаг үрэвсэлтэй 19 хүн илэрсэн ба "А" хэлбэрийн үрэвслээр өвчилсөн 1 хүнд Витамин В₁₂-дутагдлын цус багадалт тод илэрсэн.

Ходоодны салст хатингаршин хүчил ялгаруулалт багассан архаг үрэвсэлтэй хүмүүст дараах шинжүүд оношийн ач холбогдолтой байсныг дурдъя:

1. Аюулхай орчмоор хөндүүрлэн өвдөх
2. Дотор цанхайж хоолны шингэж муудах
3. Хэл өнгөртөх, огиудас хүрэх, дотор муухайрах
4. Ам гашлах, аманд эвгүй амтагдах
5. Махан хоолны шингэц муудах, идсэний дараа өмхийгээр хэхрүүлнэ
6. Гэдэс дүүрэх, хоолны дараа хордлого авах нь амархан
7. Сүүний зохимж муу, уусны дараа амархан суулгана.
8. Шингэн дутмагшлын шинжүүд илэрсэн. (Арьс хуурайших шинжүүд, завьж урагдах, хэл, буйл шархлах, үс унах, хумс нимгэрэх, хугарах)
9. Демпинг хам шинж ажиглагдах

Судалгаа явуулсны эцэст дараах дүгнэлтийг хийж байна.

1. Хоолны дэглэм баримталдаггүй архи тамхи мэт хорт зуршилтай хүмүүст ХАҮ элбэг тохиолдож байна.

2. ХАҮ эмэгтэйчүүдэд (67,8%) тохиолдож, 56,6% нь 35 хүртэлх насны залуус байгаа нь анхаарал татаж байна.

3. Поликлиникээр үзүүлэгсдийн дотор "А" хэлбэрээс "Б" хэлбэрийн архаг үрэвсэл давамгайл байгааг анхаарууштай юм.

4. Энэ хэлбэрийг бүрэн тогтоохын тулд хелико бактер болон түүний эсрэг биеийг тодорхойлж, онош эмчилгээний асуудлыг

төгс шийдэх нь зүйтэй байна.

**To diagnose some form of chronic gastritis
in polyclinic condition**

*Ts. Minjuur
B. Dagvadorj*

By conducting the investigation we conclude the followings:

1. Gastritis widely occurs on the people who doesn't follow the diet and have an abuse habit of drinking and smoking.
2. Gastritis mostly occurs on the women (67.8%) 8 56.6 per cent of the people are up to 35 year olds. It attracts the attention.
3. Among the patients the *B* form of chronic gastritis occurs more than the *A* form 6
4. In order to determine this form completely we'll define keliko bacteria and its antibody and solve the problem of diagnose and treatment.

**ГУУРСАН ХООЛОЙН БАГТРААНЫ (ГХБ)
БАГТРАЛЫН ҮЕИЙН ИНГАЛЯЦИ ЭМЧИЛГЭЭ**

*Д. Туяа
А. Оюунбилэг*

Сүүлийн хэдэн арван жил Монголд ГХБ-ны багтралыг богино үйлчилгээтэй B_2 агонистыг цацах (сальбутамол), эуфиллиний уусмалыг судсаар, глюкокортикоидыг дуслуар хийж байна. ГХБ өвчин ихсэж байгаа уламжлалт эмчилгээнд дарагдахгүй, хүндэвтэр хүнд хэлбэрүүд давамгайлах болж өвчний болон эмийн эмчилгээний хүндрэл гарч байгаа учир ингаляци эмчилгээний асуудал нэн чухал болсон.

Ингаляци эмчилгээний гол зорилго нь эмийн бодисыг амьсгалын замд хүргэх системийн гаж нөлөөг багасгахад оршино.

Орчин үед хэрэглэгдэж байгаа эмийн бодисуудыг амьсгалын

замд оруулж байгаагаар 3 бүлэг болгодог.

1. Тунлагдсан аэрозоль ингалятор

2. Нунтаг

3. Небулайзор

Эмчилгээний шинэ арга болох небулайзерийн талаар танилцуулъя.

Небулайзерийн тусламжтайгаар эмийн бодисыг сонгомол 1-5 мкм d аэрозоль болгон хувиргадаг 5 мкм дээш бол эмийн бодис амьсгалын дээд замд суудаг, 1 мкм доош байвал эмийн бодис амьсгал гаргалтаар гадагшилна.

Небулайзерийн эмчилгээний залт нь уушгинд богино хугацаанд эмийн өндөр туг хүргэх тохиолдол. Энэ нь ГХБ-ны багтралын үе.

ГХБ-ны багтралын үед небулайзерийн тусламжаар сульбутамолийг хэрэглэж үр дүнг тооцсон ажил уушиг судлалын тэнхим дээр хийгдсэн. Судалгаанд ГХБ оноштой 26 өвчтөн хамрагдсан. Багтралыг тавиулах зорилгоор Германы spira небулайзерийн тусламжаар утлаганд зориулсан ventoline (salbutamol)-ыг 0,5 мл-0,25 та+0,9% NaCl 2.0 ml уусмалтай 5-20 минут амьсгалуулахад багтрал тавигдаж байв. Эмчилгээний өмнө ба дараа амьсгалын тоо, зүрхний цохилтын тоо пикфлоуметрийн үзүүлэлтийг хэмжсэн. Хамрагдсан 26 өвчтнөөс 12 өвчтөнд (46,1%) анхны ингаляцийн дараа багтрал тавигдсан 8 өвчтөн (30,7%) 5-10 минутийн зайтай салбутамолоор дахин амьсгалуулахад багтрал тавигдсан. 6 өвчтөн (23%) биеийн байдал сайжраагүй гэж үнэлсэн.

ГХБ багтралын небулайзерийн аргаар салбутамол ингаляци хийхэд уламжлалт аргаас эдийн засгийн үр дүн харьцангуй хямд байна.

ГХБ-ны багтралын үед небулайзерийн арга хэрэглэх нь эмчилгээний болон эдийн засгийн үр дүнтэй байна.

Abstract

Therapy with nebulazer is an important new method in treatment of bronchial asthma. Nebulazer was used in 26 patients suffering from

bronchial. Ventoline (salbutamol) inhalations 0.5 ml were performed by means of Nebulazer Spira. Heart rate, respiratory movements rate, peakflow metry were evaluated before and after the inhalations via nebulazer proved clinically and cost effective.

ЭЛЭГНИЙ БУГЛАА ӨВЧНИЙГ ОНОШЛОХ АСУУДАЛД

Ц. Минжүүр
Л.Долгор
Д.Жавзансүрэн

Элэгний буглаа нь олон шалтгаантай өвчин. Халдвар орох зам нь олон янз байдаг.

1. Цусаар
2. Тунгалагийн замаар
3. Хавьтлын замаар
4. Цөсний замаар
5. Гэмтлээс шалтгаалан элэг гэмтэх үед гэх мэт.

Эмнэл зүй: Өвчин цочмог эхэлнэ. Биеийн ерөнхий байдал хүнд. Өвчтөн өндөр халуурч чичирнэ. (өглөө оройны халууны хэлбэлзэл 4-6° байна.) Хордлогын шинж тод илэрнэ, маш их хөлөрнө, баруун сүвээгээр өвдөнө, өвдөлт нь цээжний баруун тал руу дамжина, амьсгаадана, зүрх дэлсэнэ.

Бодит үзлэгт: Элэг, дэлүү том, элгийг тэмтрэхэд эмзэглэл ихтэй байна. Том хэмжээтэй олон тооны буглаа үүссэн үед шарлах шинж илэрнэ. Судасны лугшилтын тоо 1 минутад 130-аас дээш болно.

Оношлогоо:

1. Асуумжийн арга
2. Бодит үзлэг
3. Лабораторийн шинжилгээ: лейкоцитоз, нейтрофилия
4. Биохимийн шинжилгээ: шууд ба шууд бус билирубин ихэснэ.

5. Гэрлийн шинжилгээ: элэг томорсон эсэхийг тодруулна, ерцний хөдөлгөөн хязгаарлагдана, плеврийн хөндийн шингэн

хуралдана.

6. Компьютер томографийн шинжилгээ

7. Ангиографийн шинжилгээ

8. Сцинтиграцийн шинжилгээ

9. Хэт авианы шинжилгээ

УКТЭ, ХБЭСК-т оношлон эмчилсэн тохиолдлыг танилцуулья.

Өвчтөн Ж.Ж 38 настай, эрэгтэй, Баянхонгор аймгийн Баянлиг сум, 1998.12.11-1999.01.13 хүртэл эмчлүүлсэн.

Зовиур: Өвдөлтийн, халууралтын, ядрал сульдлын хам шинж тод илэрсэн.

Анамнезаас: Уг өвчин 1998,11,18-аас халуурч, хэвлийгээр өвдөж эхэлсэн ба сумын эмнэлэгт 10 хоног, аймгийн эмнэлэгт 15 хоног эмчлүүлж, пенициллин, гентомицин, преднизолон, витамин эмчилгээ хийлгэсэн боловч засрал аваагүй учир КТЭ-т илгээжээ. Өвчтөн 1970 онд шарласан. Үзлэгт биеийн байдал хүндэвтэр, хэл цайвар өнгөтэй, хэвлий дүүрэнги. Хэвлийд 12 сарын 14-өөс эхлэн шингэн хуралдсан. Элэг хавирганы нумнаас доош 3-4 см зайд тэмтрэгдэнэ, эмзэглэл ихтэй. Дэлүү тэмтрэгдэхгүй.

Шинжилгээнд: Шээсний шинжилгээнд - хэмжээ 280 мл, улаан шар өнгөтэй, хувийн жин 1016,0, хавтгай эптели 4-5х/т, лейкоцит 6-7х/т

Цусны ерөнхий шинжилгээ

Сар өдөр	12.14	12.15	12.22	12.23	12.31	1.06	1.31
Гемоглобин	109	123	-	105	70	130	126
Лейкоцит (10*9)	9,7	10.0	8.7	9.1	7.5	7.3	5.4
СОЭ	6	15	23	35	40	32	10

12 сарын 1 - Цээж гэрэлд харахад: уушигны зураглал нэлэхүйдээ ихэссэн, уушигны уг өргөн, зүрх зүүн тийш томорсон, тали өргөссөн.

1 сарын 11- Цээж гэрэлд харахад: зүүн талд 6-р хавирганы урд ирмэгнээс доош синуст шингэнтэй, уушгинд голомтот ба нэвчдэст сүүдэргүй. Зүрхний лугшилт бага зэрэг хурдан. Аорт хэвийн.

1 сарын 22 - Асцитын шингэн: 0,5 л, шаргал өнгөтэй, уураг 0,825, лейкоцит 4-9, эритроцит 3-6

12 сарын 16 - Бюрнегийн урвал (-), Райтийн урвал (-), Хеддельсоны урвал (-)

12 сарын 28 - Лапароскопи: Элэгний хэмжээ хэвийн, ирмэг нь хурц, гадаргуу тэгш, ямар нэг тууралтгүй, баруун дэлбээний ирмэг бага зэрэг мохоо, хэвлийд бага зэрэг сул шингэнтэй. Дэлүү хэмжээгээрээ томорсон хатуувтар, орой дээрээ 2 шар тууралттай.

Дэлүүний сүрьеэ ба буглааг ялгах

ЭХО шинжилгээ

Элэгний буглаа гэсэн онош тавигдаж антибиотик эмчилгээг явуулснаар өвчтөн эдгэрч эмнэлгээс гарсан юм.

12.14	12.23	01.11
Элэг томорсон, элэгний доторх судас зузаарсан. Цесний хүүдий чулуугүй, хана зузаан. Нойр булчирхай, бөөр хэвийн. Дэлүү бага зэрэг томорсон. Плеврийн болон хэвлийн хөндийн шингэнтэй.	Элэг томорсон, эхо шингээлт нь ихэссэн, жижиг тууралтуудтай, цесний хүүдий чулуугүй хана нь зузаан нугаларсан, өтгөн цөстэй. Плеврийн болон хэвлийн хөндийд бага зэрэг шингэнтэй. <u>Дүгнэлт:</u> Элэгний буглаа	Хэвлийд их хэмжээний сул шингэнтэй. Плеврийн хөндийн шингэнтэй. Элэг дэлүү том. Элэгний голомтууд багассан, тоо цөөрсөн байна.

Дүгнэлт:

1. Элэгний буглаа өвчнийг оношлоход өвчтөнг нягтнямбай үзэж, энгийнээс нарийн хүртэлх шинжилгээг дэс дараатай оновчтой явуулах нь зүйтэй.

2. Бидний тохиолдолд элэгний буглааг оношлоход хэт авиан шинжилгээ илүү үр дүнтэй байлаа.

To the problem of diagnose of liver abscess

Ts. Minjuur

L. Dolgor

D. Javzansuren

1. In order to diagnose liver abscess it is necessary to examine the patient carefully and to do analysis from the very simple to the detailed ones.

2. In our cases in diagnosing liver abscess echography was more effective than others.

ЦӨМИЙН ОНОШ ЗҮЙН ТАСАГ 25 ЖИЛД

П. Онхуудай

Эрүүлийг Хамгаалах Яамны Сайдын тушаалаар 1975 оны 3-р сарын 31-нд Улсын Клиникийн төв эмнэлгийн дэргэд Цөмийн онош зүйн лабораторийг нээн ажиллуулснаас хойш 25 жил болж байна. Манай орны анагаах ухааны практикт ингэж атом-изотопийг анх удаа хэрэглэж эхэлсэн нь онош зүйн салбарт цоо шинэ дэвшил болсноос гадна атом, цөмийн энергийг энх тайван амьдрал, хүний сайн сайхан, эрүүл энхийн үйлст ашиглаж буй нэгэн тод жишээ болсон юм. Цөмийн онош зүйн лабораторийн анхны үндсэн төхөөрөмж сканер, гамма тоолуурыг БНУАУ-аас нийлүүлж угсран, хэд хэдэн төрлийн тэмдэгт изотопийг тэр үеийн ЗХУ, БНАГУ-аас авч хэрэглэж байв.

Анагаах ухааны энэ салбар нь энэ зууны 60-аад оны үед анх нэвтэрч эхэлсэн бөгөөд манай орны эмнэлгийн практикт

харьцангуй хурдан нэвтэрсэн явдал нь төр засгийн ард түмнийхээ эрүүл мэндийн төлөө цаг ямагт анхаарч байдгийн илрэл билээ. Хүний бие махбод эрхтэн системийн эмгэгийг оношлох нь тэдний анатоми, физиологи, биохими, эмгэг физиологийн онцлог байдалд үндэслэх ёстой. Цөмийн онош зүй нь тэмдэгт атом-изотоп, тухайн эд эрхтэнд тохирсон радиохимийн холбогчууд, түүнийг бүртгэгч өндөр нарийн мэдрэмтгий электрон тоолуурын тусламжтайгаар янз бүрийн эрхтэн системийн өвчнийг эрт оношлохын тулд үйл ажиллагааны, байршлын оношлогоог хийдэг юм. Лаборатори анх байгуулагдаад цөмийн оношлогоог изотоп иод 131, алт 198, мөнгөн ус 203 изотопоор хийж байлаа.

Ингэж ЭХЯ, УКТЭ-ийн захиргаа тусгай анхаарч үзсэнээр 1982 онд эмч, физик инженер, лаборант оролцсон групп мэргэжилтнийг ЗХУ-д 2 сарын курст суралцуулав. 1982 онд ДЭМБ, ОУАЭХ-ны шугамаар хамгийн сүүлийн үеийн электроникийн ололт болох цөмийн оношлогооны өндөр чадвартай иж бүрэн тоног төхөөрөмж Гамма камер, радиоиммунологийн аппаратууд авсан явдал өндөр хөгжилтэй орнуудын хэмжээнд оношлогоо шинжилгээ явуулах нөхцөл бүрдэж чадсан юм. Тус тасагт 1982 онд радиоиммунологийн, 1985 онд хэт авиан оношлогоо шинээр хийгдэж эхэлсэн юм.

Тус тасгийн оношлогооны тоног төхөөрөмж үе үеэр шинэчлэгдэж ирсэн бөгөөд АНУ, ХБНГУ, Японд үйлдвэрлэсэн орчин үеийн багаж хэрэгслээр ажиллаж байна. Бүх эмч, инженер, лаборант, техникч нар гадаадад мэргэжил эзэмших болон дадлагажих дамжааг дүүргэцгээлээ. Тус тасгийн эмч, ажилтнууд тасагтаа E-mail, INTERNET ашиглан мэдлэг боловсролоо дээшлүүлэх боломж нээгдлээ.

Цөмийн оношлогооны чанар дээшилж, шинжилгээний нэр төрөл олшров. 1975 онд 319 хүнд шинжилгээ хийж байсан бол 1984 онд 9217 бол 28 дахин өссөн ба 25 жилийн хугацаанд 80000 гаруй хүнд оношлогоо шинжилгээ хийгээд байна.

Тус тасагт элэг, цөс, бамбай, нойр булчирхай, тархи, бөөр, ясны өвчнүүдэд болон радиоиммунологийн 24 нэрийн шинжилгээг иод 125, 131, техници 99м, инди 133м изотоп түүний

нэгдлээр хийж, иод 131-р эмчилгээ явуулж байна.

Олон улсын атомын энергийн агентлагтай 1982 оноос байнгын төсөлтэй ажиллаж ирлээ. Уг төслийн хүрээнд 800 сая гаруй төгрөгний тоног төхөөрөмж авсан бөгөөд ижил бүрийн хэрэгцээт изотоп, түүний холбогч радиоимунологийн оношлуураар хангагдаж байна. Тус тасгийнхан 25 жилийнхээ ойг угтаж оношлогоо, шинжилгээндээ чанарын дэвшил гаргахаас эхлэн, зүрхний өвчнүүд, тухайлбал зүрхний булчингийн цусан хангамж, шигдээс, чихрийн шижингийн үеийн бөөрний эмгэг, нярайн бамбай булчирхайн үйл ажиллагааны дутагдлыг эрт илрүүлэн оношлох, элэг болон хөхний хорт хавдрын оношлогоо, эмчилгээнд шинэ аргуудыг нэвтрүүлэн XXI зуунтай золгохоор шамдан ажиллацгааж байна.

The 25th year of Nuclear Medicine

Prof. P. Onkhuudai

The first medical application of radioisotopes in Mongolia was the imaging and non imaging measurement of radioiodine ^{131}I in patient with thyroid disorders by means of a probe scintillation detector system and a Gamma Muvek rectilinear scanner, which was set up in the First State Central Hospital, Ulaanbaatar in 1975.

In 1982 the Department of Nuclear Medicine was extended and new former, a new Siemens Gamma camera with computer, radioimmunoassay laboratory and Ultrasound diagnostics unit.

In tandem with developments in the field of nuclear medicine, the department acquired its first SPECT camera in 2000, a single detector device with 40 cm field of view and as well as a scintillation probe system for uptake measurements and RIA and performs up to 50 studies daily.

ДҮРСЛЭЛ ОНОШЛОГОО ГУРВАН ХЭМЖЭЭСТ РҮҮ

П. Онхуудай

Орчин үеийн анагаах ухааны салбарт дүрслэл оношлогооны байр суурь, ач холбогдол улам өсч, үндсэн өөрчлөлтүүд гарч байна. Дүрслэл оношлогоо буюу Imaging Diagnostics анагаах ухаанд шинээр гарч ирсэн хамгийн орчин үеийн салбаруудын нэг юм. Дүрслэл оношлогооны салбарт цөмийн онош зүй, хэт авиан оношлогоо, дурант дүрслэл оношлогоо, компьютерт томографи, рентген онош зүй, дигиталь, субстракцион /тоон хасалт/ рентген оношлогоо, термографи, цөмийн соронзон резонансын томографи зэрэг аргууд хамаарагдана.

Дүрслэл оношлогооны арга бүр өөрийн өвөрмөц чанартай байдаг. Дүрслэл оношлогооны эмиссийн компьютер томографи ПЭТ, позиторны эмиссийн томографи, СПЭКТ-синглофотоны эмиссийн компьютер томографи нь цацраг идэвх изотопийн заагууртайгаар эд эсийн бодисын солилцоог үзүүлэн дүрслэн зураглаж үйл ажиллагааны мэдээллийг өгч чадаж байна. Трансмиссийн компьютер томографи уламжлалт рентген оношлогоо шиг рентген туяаны шингээлтийн нягтын ялгааг ашиглан дүрслэл зураг гарган өгч чадав.

Ер нь орчин үеийн дүрслэл оношлогооны салбарын хөгжилтөнд гурван үндсэн чиг хандлага байна гэж үзэж байна.

1. Одоо зөвхөн оношлогоондоо ч биш . . . өндөр хөгжилтэй орнуудад өнөөдрийн хэрэглэж буй дүрслэл оношлогооны аргууд нь ер нь ихэнх өвчнүүдийг зөв оношлож чаддаг боллоо гэж хэлж болно. Ийм учраас оношлогооны аргыг олшруулан, сайржуулахдаа шинэ олж авах оношийн мэдээлэл нь үнэнхүү эмчилгээнд аль нэг талаар ашигтай нөлөө үзүүлж чадах уу гэдгийг иш үндэс блгох боллоо. Энд эдийн засгийн талыг ч бодолцох хэрэгтэй.

2. Оношоос гар мэс засал руу дүрслэл оношлогооны арга нь сүүлийн үед мэс заслыг удирдах, чиглүүлэх, эмчилгээ болон өвчний явцыг хянах тал руу хандах боллоо. Ингэснээрээ оношлогч эмч тухайлбал радиологч рентген, эхо, эндоскоп, цөмийн онош зүйн эмч нараас гадна мэс засалчид оношлогоонд ихэд оролцох болж байна.

3. Хоёр хэмжээст /димензи/ гарван хэмжээст рүү

Компьютер томографийн давхаргын зүслэгийн, хэт авиан /эхо-графи/, планар гамма камерийн зургууд нь хоёр хэмжээст зураг юм. Хүний эрхтнийг яагаад гэвэл тэр байгаа хэв, дүрсээр нь харуулахын тулд гурван хэмжээст зураг авах шаардлагатай байна.

The new trends of Nuclear Medicine and 2 and 3 images

P. Onkhuudai

As with a present, the future of nuclear medicine remains intimately linked to the study of patients, in diagnosis, in the monitoring of their conditions and in the treatment of their diseases. The next challenge is, Nuclear Medicine scanning is producing a 2-D image on a monitor and in the future, it is possible to construct 3-D images. Another development is multiple gamma camera detector, SPECT-system, and more complex computer configurations systems.

ЭЛЭГНИЙ ӨМӨНГИЙН АСУУДЛУУД

П. Онхуудай

Элэгний өмөнгийн өвчлөл тархалтыг бүсчлэл, улс орноор үзүүлж их, дунд, бага эрсдэлтэй нутаг гэж зэрэглэжээ.

Бүс нутаг	Эрэгтэй /100000/	Эмэгтэй /100000/
1. Их эрсдэлтэй		
а. Мозамбик, Зимбабве, Хятад, Вьетнам, Тайван	30-120	9-30
б. Япон, Өмнөд Африк, Грек	10-30	3-9
2. Дунд эрсдэлтэй		
Өмнөд Европ /Испани/, Итали, Франц, Швейцари, Аргенти	5-10	2-5
3. Бага эрсдэлтэй	< 5	< 3
Хойт Европ, АНУ, Канад, Энэтхэг		

Манай оронд хамгийн их тохиолдож буй 5 хорт хавдрын дотор элэгний өмөн давамгайлж байна. /1998/ Үүнд: элэгнийх 34%, ходоодных 15%, уушигных 12%, улаан хоолойнх 11%, умайнх 9% байна. Эдгээр 5 төрлийн хот хавдар нь бүх хавдрын 81% болж байгаа бөгөөд элэгний өмөнгөөр нас баралт нь бүх хавдраар нас барагсдын бараг 40%-г эзлэх болсон ба үүнд эрэгтэйчүүдийн нас баралт давамгайлж байна.

Одоогийн менежментийн байдал, бодлого

1. Мэс заслын эмчилгээ /гепатозектоми ганц голомтот/ хэмжээ 3-5 см буюу олон голомтот <3 хавдар, элэгний хатуурал, судасны энвази болон экстрагепатик үсэрхийлэлгүй, элэгний үйл ажиллагаа зохих түвшинд үнэлэгдсэн ба сонгосон өвчтний 30-50% нь 5 жил амьдрах магадлалтай байх.

2. Мэс заслын бус эмчилгээнд Перкутан этанол тарилт /PEIT/, химиотерапи, транскатетер артериал тосон химиоэмболизаци /TACE/, интерартериал липоидолтой иод 131, радионуклид эмчилгээ.

3. Хавсарсан эмчилгээнд мэс засал, TACE, PEIT, болон химиотерапи, радионуклид эмчилгээг хэрэглэнэ.

4. Урьдчилан сэргийлэх эмчилгээнд гепатит В вакцинжуулалт болон интерфероны эмчилгээг чухалд үзэж байна.

Орчин үед мэс заслын бус эмчилгээн дотроос цөмийн анагаах ухааны цацраг идэвхт изотопоор хийгддэг радионуклид, радиоиммунотерапи эмчилгээнд найдвар тавьж, шинэ шинэ изотопууд, аргуудыг өргөн хэрэглэх боллоо.

The problem of liver cancer

P. Onkhuudai

Hepatocellular carcinoma (HCC) is defined as a malignant epithelial tumor arising from parenchymatous liver cells and is one of the world most common malignancies causing almost one million deaths annulally.

HCC has a heterogeneous geographical distribution which is

probably related to differences in prevalence of the risk factors among different regions of the world.

The patients with HCC have an extremely poor prognosis, orthotopic liver transplantation (OLT), percutaneous injection to induce coagulative necrosis of the tumor using agents like ethanol, acetic acid, not saline, microwave, laser have been considered as radical treatment of HCC aiming to cure them. Uncontrolled studies using radiosotopes like I-131, Y-90, Ho-166, Re-188 conjugated lipoidol or chemical compounds have shown promising results.

ШАРГАЛЖУУТЫН УСАН БОЛОР РАШААН

С. Бямбанамжил

УКТЭ-ийн харшил судлалын кабинет нь сүүлийн 20 гаруй жилийн парктик үйл ажиллагаа, ажиглалт, судалгаанаас дүгнэж үзэхэд амьсгалын замын харшил, ургамлын тоосны харшил (поллиноз), гуурсан хоолойн архаг үрэвсэл, гуурсан хоолойн багтраа (халдварын бус гаралтай) өвчтэй хүмүүсийг Шаргалжуутын рашаан сувилалд сувилуулсан нь 60-70%-д эмчилгээний үр дүн сайн байгаа нь харагдсан. Энэ байдлаас үндэслэн бид 1997 оноос эхлэн Шаргалжуутын рашаан сувиллын захиргаа, эмч нартай хамтарч ажилласан. Амьсгалын замын харшил өвчтэй ялангуяа ургамлын тоосны харшил өвчтэй хүмүүсийг Шаргалжуутын рашаан сувилалд явуулж сувилуулсан ба эмчилгээний үр дүнг судлах тусгай картхөтлөн ажиллаж 3 жилийн дараа эмчилгээний үр дүнг тооцов.

Хүснэгт № 1

*Шаргалжуутын рашаан сувилалд явуулж
эмчлүүлсэн өвчтнүүд (Поллиноз)*

№	он	өвчтний тоо	анх удаа	давтан	сайжирсан	хэвийн	дордсон
1	1997	7	4	3	5	2	-
2	1998	6	3	3	5	1	-
3	1999	5	4	1	4	1	-
	Бүгд	18	11	7	14 78%	4 22%	

Хүснэгт № 2

*Шаргалжуутын рашаан сувилалд
эмчлүүлсэн өвчтнүүд*

№	Он	өвчтний тоо	анх удаа	давтан	эрс сайжирсан	сайжирсан	хэвийн	дордсон
1	1997-1999	352	150	202	88 (25%)	253 (71,8%)	10 (2,8%)	

Шаргалжуутын рашаан сувилал нь Улаанбаатар хотоос 665 км, Баянхонгор аймгийн төвөөс 64 км зайтай газар оршдог. Халуун рашаан юм. Рашааны халуун нь цельсийн $+45^{\circ}$ - $+90^{\circ}$ градуст хэлбэлзэнэ. Рашаан засал эмчилгээ, халуун хад, улаан, ногоон, хар өнгийн замаг, халуун уур, $+60^{\circ}$ халуунтай хүхэрлэг шавар эмчилгээ бий. Рашаанд орох, уухын зэрэгцээгээр рашааны халуун шингэсэн хад, чулуугаар жигнэх, шавших, замаг шавраар эмчлэх, уураар утах зэргээр эмчилгээнд хэрэглэж байна. Рашаан сувиллын үйлчилгээнээс гадна бариа засал, иллэг, зүү эмчилгээнүүд хавсран хийгддэг. Мөн нар, ус, агаар, тунгалаг урсгалт голын шуугиан нь рашааны чанар дээр нэмэгдэж хүний биеийг сувилан засаж, сэтгэл мэдрэлийг тайвшруулан бие махбодыг чийрэгжүүлэхэд онцгой нөлөөтэй байгалийн өгөөж юм.

Амьсгалын замын харшил өвчнийг эмчлэхэд: Амьсгалын үйл ажиллагааг сайжруулна. Гуурсан хоолойн дренажный үйл ажиллагааг сайжруулна. Ханиад намжаана. Гуурсан хоолойн агшилт тавигдаж, амьсгал чөлөөтэй болж, цээж хөнгөрдөг.

Шаргалжуутын рашаан сувилал нь арьсан дахь мэдрэлийн судлыг цочроож, мэдрэлийн тогтолцоогоор дамжин цусны урсгал, бодисын солилцоо, дотоод шүүрлийн ажиллагаанд өөрчлөлт үзүүлэх тул үе мөчний өвчин, эмэгтэйчүүдийн болон арьсны зарим өвчнийг эмчлэх заалттай юм байна. Рашааны онцлог нь биеийн дулааныг дээшлүүлж, үрэвслийг түргэн татна. Рашаанд ороход цусны судсыг тэлэгдүүлж, үрэвслийг түргэн татна. Рашаанд ороход цусны судсыг тэлэгдүүлж, захы цусан хангамж сайжирч, өвдөлт намдана. Сэтгэл мэдрэлийг тайвшруулж хэт мэдрэмтгий байдлыг бууруулдаг.

Рашаан нь зөвхөн эрхтэнд нөлөөлөөд зогсохгүй бүх эрхтэн системд нөлөөлнө. Хүний бид хими, физик, биологийн үндсэн нөлөөнүүдийг үзүүлнэ. Эмчилгээнд хүндрэх, архаг өвчин сэдэрэх явдал тохиолддог тул хүний ярьснаар юмуу, турших журмаар явж рашаан сувилалд сувилуулж болохгүй.

Дүгнэлт:

Ургамлын тоосны харшил болон бусад гаралтай харшлын өвчнүүдийг Шаргалжуутын рашаан сувилалд явуулж сувилуулах нь эмчилгээний үр дүн сайн байна.

АМБУЛАТОРИОР ҮЗҮҮЛЭГЧДИЙН ДУНД ХИЙСЭН ХАРШЛЫН ОНОШЛОГООНЫ СОРИЛЫН ҮР ДҮНГИЙН СУДАЛГАА

Р.Оюунгэрэл

Харшлын өвчнийг оношлох олон арга байдгийн нэг хэлбэр нь арьсан дээр зурах оношлуурын арга юм.

1998 оны 1 сараас 1999 оны 2 сар хүртэл хугацаанд амбулаториор 9482 өвчтөн үзүүлснээс 822 нь харшлын сорилд хамргдсан байна. Энэ нь нийт өвчний 11,5 хувийг эзэлж байна. Нийт 822 сорил нь дараах аргаар тавигдсан байна.

- арьсан дээрх сорил	770
- арьсан доорх сорил	30
- хүйтний сорил	14
- бигнүүрийн сорил	3
- хэлэн доорх солил	5

Нийт 822 сорил нь өвчний ангиллаар:

1. Ургамлын тоосны өвчин	644
2. Бүх төрлийн эмийн харшил	67
3. Ахуйн тоосны харшил	70
4. Үйлдвэрийн тоосны харшил	20
5. Бусад	21

Эдгээр өвчнийг илрүүлэх зорилгоор оносон аллергеныг хэрэглэсэн. 822 сорил тавигдсанаар 450 сорил нь эерэг илэрсэн. Энэ нь нийт сорилын 54,7%-г эзэлж байна. Сорилд хамрагдсан өвчтнийг насны хувьд авч үзвэл: 20-39 насны хүмүүс харшлын өвчинд өртөмтгий байна гэдэг нь харагдаж байна.

Харшлын өвчлөлд мэргэжил, эрхэлж байгаа ажил нь нөлөөтэй болохыг харуулж байна. Нийт 450 сорил эерэг илэрсэнээс ургамлын тоосны харшлын 92% эзэлж байгаагаас дан шарилж 48%, хоёрлосон ургамлын тоосны сорил +/- 23,5%, гуравласан ургамлын тоосны сорил +/- 10,5%, эмийн харшил 4,1%, ахуйн тоос 2,9%, үйлдвэрийн тоос 2% тус тус эзэлж байна.

Эдгээр сорилын эерэг байдлаас судлан үзэхэд харшлын өвчнийг эрт оношлон эмчлэхэд харшлын сорилууд үр дүнгээ өгч байгаа нь харагдаж байна. Цаашид: Харшил өвчний тархал зүйн судалгааг нарийвчлан гаргаж урьдчилан сэргийлэх үзлэгт оношлуурыг бүрэн ашиглах нь зүйтэй юм.

НЯРАЙД TSH ТОДОРХОЙЛСОН ДҮН

Я. Оюунчимэг

Эрүүл мэндийн ноцтой байдалд хүргэдэг олон эмгэгийг нярай үед нь оношилж болох бөгөөд ингэснээр эдгээр эмгэгийг эмчлээгүйгээс учрах шаналгаа зовлон болон эдийн засгийн асар

их хэмжээтэй хохирлоос сэргийлэх болно. Нярайн скрининг шинжилгээ нь бүх нийтийн урьдчилан сэргийлэх эрүүл мэндийн салшгүй хэсэг юм. Нярайн үед хийгддэг скрининг шинжилгээний нэг нь төрөлхийн гипотиреозыг илрүүлэх зорилгоор хийгддэг нярайн TSH /бамбайн дааврыг идэвхжүүлэгч/-ийг тодорхойлох шинжилгээ юм. Энэ скрининг шинжилгээг хийх нь ялангуяа иод дутагдлын бүсэд оршдог, хүн амын 29,2% нь иод дутагдлын бахулур илэрсэн манай улсын хувьд онцгой ач холбогдолтой. Индикаторын аргаар 1-р амаржих газарт төрсөн 30 нярайд TSH тодорхойлоход 9 нярай буюу 30%-д нь TSH-ийн хэмжээ хэвийн, 21 нярай буюу 70%-д нь TSH-ийн хэмжээ өндөр гарлаа.

Дүгнэлт:

1. TSH-ийг тодорхойлох скрининг шинжилгээ хийх нь нэн шаардлагатай гэдэг нь харагдаж байна.
2. TSH-ийн хэмжээ өндөр гарсан нярайд цаашид TSH-ийн хэмжээг давтан үзэж төрөлхийн гипотиреозоос сэргийлэх эмчилгээг эрт эхлэх боломжтой болно.

**ТАРХИНЫ ИНСУЛЬТ СУДАСНЫ ӨВЧНИЙ
ЭМНЭЛ ЗҮЙН ХЭЛБЭР, ОНЦЛОГ**

Д.Баясгалан

Л.Энхсайхан

Г.Энхцэцэг

Бид судалгаандаа тархины инсультийн төрх байдал, эмнэл зүйн зарим онцлогийг тодорхойлох зорилт тавилаа.

Бид УКТЭ-ийн Мэдрэл судлалын клиникт эмчлүүлсэн 189 өвчтөнд (эр 99, эм 90) эмнэл зүйн ажиглалт хийв.

Инсульт бүхий нийт өвчтний 63% нь цус хомсрох, 37% нь цус харвах инсульт өвчний учир эмчлүүлсэн бөгөөд цус харвах инсульт болон цус хомсрох инсультийн харьцаа 1:1,7 байв. ($p < 0.001$)

Инсультийн энэхүү 2 хэлбэрт хүйсний ялгаа ажиглагдсангүй. Судалгаанд хамрагдсан 27-85 насны өвчтөнг насны 3 бүлэгт хуваан авч үзэхэд цус хомсрох инсульт 45 хүртэлх насанд 13,3 хувь, 46-59 насанд 39,1 хувь, 60-с дээш насанд 47,6 хувь, байхад цус харвах инсульт 45 хүртэлх насанд 21,6 хувь, 46-59 насанд 45,2 хувь, 60-с дээш насанд 33,2 хувь тус тус тохиолдов.

Инсультийн эмнэл зүйн онцлог зарим шинжийг инсультийн хэлбэр тус бүрээр тодорхойлов. /Хүснэгт № 1/

№	Шинж тэмдэг	Цус харвах инсульт	Цус хомсрох инсульт	Корреляцийн 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 саруул бус	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 алагдал, шинж тэмдэг аажим арилах	6,9	35,2	+0,76
11		0	18,9	+0,95

Дүгнэлт:

Нас ахих тутам цус хомсрох инсульт нэмэгдэх хандлагатай бол, цус харвах инсульт 45-59 насанд илүүтэй тохиолдож, инсультийн хэлбэрийн хувьд цус хомсрох инсульт давамгайлсан тохиолдож байна.

**Some aspects of clinical manifestation
stroke**

*D. Bayasgalan
L. Enkhsaikhan
G. Enkhtsetseg*

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

We conducted observation of 189 patients (99 male, 90 female) who have been treated at the neurology clinic of the central hospital, Mongolia.

**КОМПЬЮТЕРТ ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЙН
ШИНЖИЛГЭЭНИЙ ОНОШ ЗҮЙН АЧ ХОЛБОГДОЛ**

*А.Товуудорж
Г.Цагаанхүү
Н. Гансүх*

Орчин үеийнд тархины үйл оношлогооны идэвхжил, төв мэдрэлийн тогтолцооны голомтот эмгэг, түүний эсүүдийн биопотенциалын өөрчлөлтийг тархины цахилгаан бичлэг, дуудлагат потенциал, спектр анализын аргуудаар судлах асуудал улам боловсронгуй болон хөгжиж байна.

Нейрофизиологийн салбарт 1990-д оноос компьютерт электроэнцефалографийн (КЭЭГ) шинжилгээ нэвтэрсэн нь мэдрэлийн системийн эмгэгийн оношлогоонд томоохон дэвшил болсон юм. Манай оронд 1999 онд Япон улсын Mitsubishi компанийн *REEGA-16*, Солонгос улсын *Neuronics* төрлийн багажууд орж ирснээр ЭЭГ-ийн шинжилгээ хийгдэх боломж цоо шинэ төвшинд тавигдсан билээ. КЭЭГ нь бичлэг хийх тусгай программаар хангагдсан бичлэгийн явцыг зайнаас хянах, удирдах боломжтойгоос гадна бичлэгийг, бусад шаардлагатай эмнэлэг лаборатори руу электрон шуудангаар дамжуулах боломжтойгоороо давуу талтай юм. (DUFFY F.H., 1994).

КЭЭГ-ийн шинжилгээг судалгааны зорилгоор өвчтөнд олон цагаар хийхэд нэн тохиромжтой бөгөөд ингэснээрээ тархины үйл ажиллагааны далд хэлбэрийн эмгэгийг илрүүлэн оношлоход ихээхэн үр дүнтэй аргад тооцогддог.

Бидний судалгаанд хяналтын 30, өвчтэй 50 тохиолдол хамрагдсанаас толгойн өвдөлттэй 32 (64%), гэмтлийн шалтгаант эпилепситэй 18 (36%) байв.

Судалгаанд хамрагдсан нийт тохиолдлын КЭЭГ-ийн дүгнэлтээр хэвийн, завсрын, эмгэг үзүүлэлттэй гэж хуваасан. Хяналтын бүлгийн хүмүүсийн 18 (60%)-д, толгойн өвдөлтийн 15 (46%)-д, альфа ритмийн далайц 60 ± 5 мкв, давтамж $9 \pm 1,5$ гц, бета ритмийн далайц 20 ± 3 мкв, давтамж 31 ± 4 гц, дельта, тета долгион бүх бичлэгийн 12%-с хэтрэхгүй байлаа. Харин хяналтын бүлгийн хүмүүсийн 12 (40%), толгойн өвдөлттэй хүмүүсийн 13 (46%)-д ЭЭГ-ийн үзүүлэлт завсрын хэмжээнд байв.

Судалгаанд хамрагдсан гэмтлийн шалтгаант эпелипсийн 10(55%) хурц долгион, 5 (27%) спайк, 3 (18%) спайк-хурц долгионы бүрдэл илэрсэн.

КЭЭГ дээр илэрсэн эпилепсийн голомтыг байршлаар нь авч үзвэл чамархайн дэлбэнд 12 (66%), духны дэлбэнд 4 (22%) зулай дагзны дэлбэнд 2 (11%) эзэлж байв. КЭЭГ-ийн гэрлийн жирэлзэл, амьсгалын сорилоор толгой өвдөлттэй хүмүүсийн 5 (15,6%) тохиолдолд эпилепсийн далд хэлбэр байгааг илрүүлэв. Эдгээрийн 3-д спайк, 2-д спайк-хурц долгионы бүрдэл илэрч байв ($p < 0.05$).

Дүгнэлт:

1. КЭЭГ нь орчин үеийн өндөр түвшинд дүгнэлт гаргах боломжтой, судалгаа шинжилгээ хийхэд нэн тохиромжтой арга болно.

2. КЭЭГ нь тархины олон төрлийн эмгэгийг оношлоход ач холбогдолтойгоос гадна эпилепсийн далд хэлбэрийг илрүүлэхэд ($p < 0.05$) онцгой үр дүнтэй байв.

МЭДРЭЛИЙН СИСТЕМИЙН ЗАРИМ ӨВЧНИЙГ ЭМГ, ЭНМГ-ИЙН АРГААР СУДАЛСАН БАЙДАЛ

Д.Балдандорж

Л.Энхсайхан

Д. Баясгалан

Г.Энхцэцэг

Орчин үеийн клиникийн нейрофизиологийн оношлогооны нэг чухал чиглэл бол электромиограф, электронейромиограф шинжилгээний арга юм.

Мэдрэлийн эмгэг бүхий өвчтний нилээд тохиолдолд нь хөдөлгөөний хүрэн талаас илэрсэн өөрчлөлттэй байдаг.

Хөдөлгөөний хүрээ болон захын мэдрэлийн эмгэгийг шинжлэхэд ЭМГ, ЭНМГ-ийн аргыг сүүлийн жилүүдэд өргөн ашиглах боллоо.

Бид мэдрэлийн системийн янз бүрийн эмгэг бүхий өвчтэй 25 хүнд /эр 14, эм 11/ ЭМГ, ЭНМГ-ийн аргаар өнгөц болон зүү электродыг ашиглан шинжилгээг "Нейропак" /Японы/ багаж дээр хийлээ.

Бидний судалгаанд хүзүүний үений тэжээл доройтол (шейны остеохондроз) эмгэгтэй 9 /эр 3, эм 6/, булчин сулрал (миастение)-3 /эм 2, эр 1/, үечилсэн булчин саажил (пароксизмальная миоплегия)-3 /бүгд эр/, нугасны бор эдэд цус хурсан (гематомиелия)-4 /эр/, нугас хөндийдөх (сирингомиелия)-1 /эр/, хэсгийн булчингийн үрэвсэл (локальный миозит)-3 /эм/, эпилепсия-2 /эр/ оноштой өвчтнүүдэд ЭМГ, ЭНМГ-ийн аргаар шинжилгээ хийлээ.

Шейный остеохондроз оноштой 9 өвчтний 4 өвчтөнд ЭМГ-ийн аргаар n.medianus sin /3/, dex/1/ m.opp.poll дээр өнгөц электродоор холболт хийн булчинг чангалахад шилжилтийн хэлбэрийн (переходный тип) шинж илэрсэн.

Харин ЭНМГ аргаар F долгион, СДХ үзэхэд хэвийн хэмжээнд байв.

1 өвчтөнд ЭМГ-ийн өөрчлөлт илрээгүй. 1 өвчтөнд n.medianus sin (m.opp.poll) зүүн электродоор холболт хийхэд шилжилтийн

хэлбэрийн шинж илэрсэн.

1 өвчтөнд *n.radialis sin (m.ext.digit.communis)* өнгөц электродоор холболт хийхэд өөрчлөлт илрээгүй.

2 өвчтөнд *n.ulnaris.sin (m.ext.digit)* өнгөц электродоор холболт хийхэд 1 өвчтөнд шилжилтийн хэлбэрийн өөрчлөлт илэрсэн ба нөгөө 1 өвчтөнд өөрчлөлт илрээгүй.

Эдгээр өвчтнүүдэд F долгион, СДХ өөрчлөлтгүй байлаа.

Миастения-3 /эм 2, эр 1/, 1 /эм/ өвчтөнд миастенийн урвал инкремент хэлбэрээр илэрсэн. Өнгөц электродыг *n.ulnaris.sin (m.ext.digit)* байрлуулан цочролыг секундэд 5, 10, 20 хэлбэлзлэлээр өгөхөд далайц нь аажмаар нэмэгдсэн. Үлдсэн 2 өвчтөнд ЭМГ-ийн өөрчлөлт илрээгүй.

Пароксизмальная миоплегия -3 /эр/, эпилепсия-2 /эр/ оноштой хүмүүст ЭМГ, ЭНМГ-ийн шинжилгээгээр онц өөрчлөлт илрээгүй ба F долгион, СДХ (гэрэл дамжих хурд) хэвийн байлаа.

Гематомиелия оноштой 2 өвчтний 1 өвчтөнд *n.ulnaris.dext (m.opp.poll)* нөгөө 1 өвчтөнд *n.ulnaris.dext (m.ext.dig)* зүүн электродоор холболт хийхэд шилжилтийн хэлбэрийг ЭМГ илэрсэн ба СДХ (36,9 мс , 42,6 мс) удааширсан шинж ажиглагдлаа.

Сирингомиелия оноштой 1 /эр/ өвчтөнд *m.biceps.dext* дээр зүүн электродоор холболт хийхэд шилжилтийн хэлбэрийн ЭМГ-ийн шинж тэмдэг тод илэрсэн. (в виде частотола)

Локальный миозит оноштой 3 /эм/ өвчтний 2 өвчтөнд *m.triceps.sin* зүүн электродоор холболт хийхэд далайц нь (амплитуд) намсан, полифазийн шинж илэрсэн.

Миозит оноштой 1 өвчтөнд *n.peroneus dext(m.ext.dig.brevis)* өнгөц электродоор холболт хийхэд далайц нь намссан полифизийн шинж илэрсэн ба F долгион, СДХ, H рефлекс хэвийн байлаа.

ЭМГ, ЭНМГ-ийн шинжилгээний дүгнэлтээс үзэхэд 25 өвчтнөөс шейный остеохондроз оноштой 6 өвчтөнд мэдрэлийн гаралтай булчингийн цахилгаан өөрчлөлт /неврогенный тип нарушения мышечного электрогенеза/, гематомиелия оноштой 2, сирингомиелия 1 өвчтөнд нугасны урд эврийн хэлбэрийн булчингийн цахилгаан өөрчлөлт /переднероговый тип нарушения

мышечного электрогенеза/, Миозит оноштой 3 өвчтөнд булчингийн гаралтай булчингийн цахилгаан өөрчлөлт /миогенный тип нарушения мышечность электрогенеза/ 12 өвчтөнд ЭМГ-ийн эмгэг илэрсэн.

Дүгнэлт:

1. Мэдрэлийн системийн үйл ажиллагааны эмгэгийг судлахад онол практикийн хувьд ашиглах бүрэн боломжтой.
2. ЭМГ, ЭНМГ-ийн шинжилгээний арга нь мэдрэл болон булчингийн ширхэгийн аль гэмтснийг ялгах онош тогтооход ач холбогдолтой.

**ШҮД ЭРДЭСЖҮҮЛЭГЧ ЛАКНЫ
ҮЙЛЧИЛГЭЭГ СУДАЛСАН ДҮНГЭЭС**

Б. Адьяа

Л.Мөнгөнцэцэг

Б. Оюунбат

Ж. Энхтуяа

Х.Цэцэгмаа

Дэлхийн олон оронд шүд цоорох өвчний тархалт, эрчим хоол ундны хэрэглээтэй холбогдон нэмэгдэж байгаа хэдий боловч түүнээс урьдчилан сэргийлэх бэлдмэлүүдийг хэрэглэж үр дүнд хүрч байгааг ДЭМБ-гаас мэдээлсээр байгаа билээ. Монгол хүмүүсийн дунд түүний дотроос хүүхэд залуучууд, шүд цоорох өвчинд өртөмтгий, өвчлөлийн эрчим өсөх хандлагатайгаас эрт шүдгүйдэлд хүргэж болзошгүй нь судлаачдын анхаарлыг татаж байгаа юм. Иймд бид ургамлыг оролцуулсан бэлдмэлийг бэлдэж хөгжилтэй орнуудын нэгэн даилр шүд цоорох өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх аргыг нэвтрүүлэх зорилго тавьсан билээ.

Судалгааны материал арга зүй

Туршилтыг хүнээс авсан төрөл бүрийн группийн 50 шүдэнд лабораторийн нөхцөлд явуулав. Тухайн шүднүүдийг эрүүл, цоорлын толбын үе, цоорсон гэж 3 ангилж үзсэнээс гадна цоорлын толбын үеийн 30 шүдийг сонгон авч 2 хувааж 1-р хэсгийн 10 шүдэнд Оросын Холбооны Улсад үйлдвэрлэсэн Белагелээр лакаар, 2-р хэсгийн 10 шүдэнд өөрсдийн бэлтгэсэн лакаар тус бүр 15 минутын хугацаатайгаар 3 өдөр дараалан лакдсаны дараа шүдний хатуу эдийн химийн бүтцийг геологийн төв лабораторид бутлагч машинд оруулж нунтаг жингийн, титрийн, атом шингээлтийн, фотоэлектроколориметрийн аргуудыг хэрэглэн тодорхойлов.

Судалгааны үр дүн:

	Элементийн нэр	SiO ₂	TiO ₂	Al ₂ O ₃	Fe ₂ O ₃	CaO	MgO	P ₂ O ₅
№ Арга		ФЭ К	ФЭ К	ФЭ К	ФЭ К	Титр	ААС	ФЭ К
1	Эрүүл шүд	11,65	0,02	0,36	1,96	36,0	1,10	30,6
2	Цоорлын толбын үеийн шүд	10,08	0,0015	0,29	0,91	-	0,88	31,63
3	Цоорлын шүд	9,01	0,015	0,31	1,29	40,09	0,86	31,63
4	Белагелээр лакдсан шүд	6,74	0,01	<0,01	0,70	34,37	0,81	30,6
5	Эрдэсжүүлэгч лакаар үйлчилсэн шүд	14,05	0,02	0,28	2,06	35,1	0,86	30,04

Дүгнэлт:

1. Шүд цоорох өвчинд өртсөн шүдний хатуу эдийн эрдсийн найрлаганд төмөр, магни, силицин багасч фосфорын хэмжээ нэмэгдсэн байна.

2. Эрдэсжүүлэгч лак нь Белагелийг бодвол эрдэсжүүлэх чанараараа илүү байгаа тул хойшид эрдэсжүүлэгч лагыг хүний шүдэнд түрхэж үр дүнг тооцох шаардлагатай нь харагдаж байна.

БӨӨРНИЙ МЭС ЗАСЛЫН КЛИНИК
1996-2000 ОН

Д. Нямсүрэн
Ж. Нарантуяа

Манай оронд бөөрний мэс заслын алба үүсгэн байгуулагдсаны 43 дахь ойн жил, УКТЭ-ийн 75 жилийн ойтой давхцаж байна. Бөөрний мэс заслын клиник нь улсын хэмжээний үйлчилгээтэй оношлогоо, эмчилгээ, сургалт судалгааны төв болтлоо өргөжин 7 их эмч, 20 гаруй сувилагч, үйлчлэгчтэйгээр хэвтэн эмчлэх 45 ортой тасаг, дуран, мэс заслын оношлогоо, эмчилгээний кабинетуудтайгаар үйл ажиллагаагаа явуулж байна. Жилд дунджаар 9400 өвчтөнг амбулаториор үзэж эмчилж, үүнээс 1000 орчим өвчтөн клиникт хэвтэж 70%-д нь нээлттэй болон дурангийн мэс заслын эмчилгээ хийж байна. 50 төрлийн нэршил бүхий оношоор 39 төрлийн мэс засал хийжээ.

Мэс заслын эмчилэгэнд нөхөн сэргээх мэс засал, дурангийн мэс заслын эзлэх хувийн жин 10-18%-р өссөн. Өнгөрсөн 5 жилд эмчилгээ үйлчилгээнд 10 гаруй оновчтой санал нэвтрүүлж 8-г нь баталгаажуулж Оюуны өмчийн газраас гэрчилгээ авсан.

1996.07.09-нд тус клиникт бөөр шилжүүлэн суулгах мэс заслыг анх удаа хийж, 1998 онд **“Бөөр шилжүүлэн суулгах арга”** Л.Жамбалжав, Д.Нямсүрэн, Ж. Нарантуяа зэрэг хамтлаг шинэ бүтээлийн патент /№ 1378/ авсан.

1999 оны 10 сард АНУ-ын Бөөрний мэс засалч Soderdahl.D тус клиникт түрүү булчирхайг шээсний сүэвэр дурандаж ууршуулах мэс заслын шинэ арга, Д. Нямсүрэн, Уретероцисторнеостомийн шинэ хувилбар арга, шээсний сүвгүй тохиолдолд сүвний уретро пластик, уретросигмоидонеостоми мэс засал, Ж.Нарантуяа түрүү булчирхайн хэвтэшт цус тогтоох шинэ 2 хувилбар арга, давсганд ургуур тавих аргыг боловсронгуй болгох, бөөрний гидронефрозийн пластик хагалгааны шинэ хувилбар зэрэг нөхөн сэргээх мэс заслуудыг клиникийн практикт нэвтрүүлээ.

1996 оны 7-р сард Бөөр шилжүүлэн суулгах төвийн дарга

Л.Жамбалжав Монгол Улсын гавьяат эмч цолоор шагнагдсан. 1997.09.17 Бөөрний мэс заслын эмч (С.Янжин, Ө.Бямбаа, Д.Нямсүрэн, Ж.Нарантуяа, М.Намсрай, Ж.Эрдэнэцэцэг) нар "Түрүү булчирхайн хоргүй хавдрын оношлогоо эмчилгээг иж бүрдлээр нь шийдсэн" тул "Төрийн шагнал"-аар шагнуулсан. "Эрүүлийг хамгаалахын тэргүүний ажилтан" тэмдгээр бага эмч Д.Цолмон, хагалгааны сувилагч С.Лхагважав нар 1996-2000 онд. Эрүүлийг хамгаалахын "Жуух"-аар сувилагч Д.Цэвэлмаа, Б.Алтантуяа нар 1996, 1999, Оны тэргүүний сувилагчаар Г.Баасанжав 1996, Б.Чулуунцэцэг 1998 онуудад шалгарч шагнагдаж хамт олноо манлайлсан байна.

1999 онд Д.Нямсүрэн, М. Намсрай нар Анагаах ухааны (Ph.D) докторын, Ж. Нарантуяа эмийн тэргүүлэх зэргийг тус тус хамгаалсан. Д.Нямсүрэнг Европын бөөрний мэс заслын холбоо сурвалжлагч гишүүнээрээ элсүүлсэн.

Бидний ойрын зорилт: Бөөр шилжүүлэн суулгах эрдэм шинжилгээний төсөлт ажлыг клиникийн практикт нэврүүлэх бөөрний мэс заслын албыг олон улсын жишигт ойртуулан хөгжүүлэх, оношлогоо, эмчилгээний төрлийг олшруулж чанарыг сайжруулж эдийн засгийн үр өгөөжийг дээшлүүлэх, гадаад харилцааг хөгжүүлэх, боловсон хүчний бодлогыг зөв зохистой төлөвлөх, эрдэм судлалын ажлыг зорилго чиглэлтэй хийх гэх мэт тулгамдсан зорилтууд шийдлээ хүлээж байна.

ШЭЭЛГҮҮРИЙГ ДАВСАГТ СУУЛГАХ МЭС ЗАСЛЫН ЗАРИМ АРГА БАРИЛЫН ТУХАЙ

Д.Нямсүрэн
Л.Жамбалжав
Ж.Нарантуяа
С.Амарсайхан

Бөөр шээсний тогтолцооны дээд замын уродинамик алдагдах /бөөр усжих гм/ шалтгаануудын нэг нь шээлгүүрийн

аарцгийн болон давсагт шургах, нийлэх хэсгийн олдмол ба төрөлхийн /сорвижилт, нарийсалт, мэдрэл булчингийн зохицуулалтын алдагдал гм/ өвчин эмгэгүүд юм. Шээлгүүрийн доод хэсгийн эмгэгүүдийг мэс заслын төрөл бүрийн аргаар эмчилдэг ч шээлгүүрийг давсагт суулгах /уретероцистонеостоми/ 40 гаруй төрлийн хувилбар аргууд бий.

1990-2000 онд шээлгүүрийн доод хэсгийг хамарсан эмгэгтэй 18-55 насны 28/90,4% эм, 3/9,6% эр, 31 өвчтөнд давсаг-хэвлийн гялтангийн гаднах хавсарсан хүрцээр Самсон, Рихард-Блохины аргуудаар 25/80,6%-д, 2000 онд гялтангийн гаднах Пирговийн хүрцээр Лиха-Грегуарын /Бээжийнгийн Найрамдал эмнэлгийн Бөөр шилжүүлэн суулгах төвийн/ аргаар 6 тохиолдолд /2 хүн 2 талдаа/ бүгд 8 мэс засал тус тус хийсэн. Шинээр нэвтрүүлсэн Лиха-Грегуарын мэс заслын арга, эмчилгээний үр дүнгээс товч танилцуулъя.

Мэс заслын арга: Пригоровийн хүрцээр шээлгүүрийн доод хэсгийг чөлөөлж эмгэгтэй хэсгийн дээгүүр тайрч үлдэцийг боож цэгцлээд шээлгүүрийн давсагт суулгах хэсгээ хөндлөн огтлолыг нь өргөсгөж 30-45 хэмийн өнцөг үүсгэж өөлж өгнө. Шээлгүүр давсагт таталтгүйгээр суух шаардлага хангасан байна. Давсгийг 300-400,0 мл фурациллинээр урьдчилан дүүргээд хажуу ар ханан дээр шээлгүүрийн голчоос 3-4 дахин урт зүслэгийг булчин дээр салстыг нээлгүйгээр хийж дараа нь зүслэгийн өмнөд хэсэгт шээлгүүрийн диаметртэй тохирох нүхийг давсагны салстад үүсгээд шээлгүүрт 10-12 см стөнд тавьж, шээлгүүрийн хананы бүх давхаргыг оёдолд хамруулж давсагны салст бүрхэвчтэй залгалт хийнэ. Давсагны булчинлаг давхаргаар залгаасан дээгүүрээ тунель үүсгэн оёж рефлюксийн эсрэг хамгаалалт хийнэ. Давсагт катетер тавьж, залгаасны орчинд гоожуурга үлдээж шархаа битүүлнэ.

Бид 2 талын шээлгүүрийн давсаг руу шургах хэсэгтээ

нарийсалттай 2 өвчтний 4 хагалгаа, эмэгтэйчүүдийн мэс засал, туяа, чулууны улмаас гэмтэж бөглөрсөн 4 тохиолдолд Лиха-Грегуарын аргаар бүгд 8/19,4%/ мэс засал хийсэн. Мэс засал хийлгэсэн өвчтнүүдийн бөөр, уродинамикийн үйл ажиллагаа сэргэж, зовиур, шаналгаа бүрэн арилж эдгэрсэн. Бидний ажиглалт цөөн хэдий ч уламжлалт арга, хүрцээр эмчлэгдсэн өвчтний мэс заслын дараах өвдөлт шаналгаа их, дундаж орхоног 18 байсан бол өдгөө 14 болсон, мэс заслын дараах өвдөлт багассан. Бидний нэвтрүүлсэн дан хүрц, уротероцистонеостомийн шинэ арга нь өвчтөндөө хагалгааны гэмтэл бага үүсгэж, хагалгааны үргэлжлэх хугааг цогиносгож, рефлюксийн эсрэг хамгаалалтыг сайн хийж байгаагаараа шархны халдвараас урьдчилан сэргийлэх, эдгэрэлт хурдасч орхоног богиносох гэх мэт сайн талтай. Энэ арга нь бөөр шилжүүлэн суулгахад уротероцистонеостоми хийхэд хамгийн тохиромжтой.

About some methods of surgery treatment of ureterocystoneostomy

*D. Nyamsuren
L. Jambaljav
J. Narantuya
S. Amarsaikhan*

One of the reasons of urodynamic disorders of the upper urinary tract are diseases of ukstavesical and intramural part of uretery. There are more than 40 surgery methods-ureterocystoneostomy for diseases of the distal part of ureter.

There were 8 surgeries in 6 cases /bilateral structure was in 2 cases/ using the Liha-Gregar's method of Pirogov's appraoch in Urological Clinic of the SCCHospital in the year of 2000. We did 8

surgeries using Liha-Greguar's method in 4 cases of following genigological operations, and x-ray therapy, traums, stone reasons, 2 patients 4 cases of stenosis and structure diseases. Results for ureterocystoneostome were succelful operative treatment.

The new method for ureterocystoneostomy and approach introduced by us, decreased the operation's trauma, shorted the time of surgery, made good protection for from antirefluxion and ets. This method-ureterocystoneostomy most suitable for the kidney transplantation.

**ТҮРҮҮ БУЛЧИРХАЙН АДЕНОМА-Д ДУРАНГИЙН
ЭМЧИЛГЭЭНИЙ ШИНЭ АРГА ВАПОРИЗАЦИ (УУРШУУЛАХ)
МЭС ЗАСЛЫГ АНХ ХЭРЭГЛЭСЭН ТУХАЙ**

*Д.Нямсүрэн
Soderdahl. D
М.Намсрай*

Эдүгээ Анагаах ухаан өндөр хөгжсөн оронд түрүү булчирхайн хоргүй хавдартай өвчтөнгүүдийн 60-90%-д шээсний сүвээр дурандаж түрүү булчирхайг зүсч авах (TURP-Trans Urethral Resection of the Prostate) аргаар эмчилж байна. (Мартов, А.Г 1997, Mebust W.K et al 1994). Манай орны нөхцөлд түрүү булчирхайн аденомтой өвчтний 40,3%-д нь дурангаар (TURP) зүсч авах мэс засал хийж байна. Түрүү булчирхайн дурангийн мэс заслыг нээлттэй мэс засалтай харьцуулахад эцсийн үр дүнгээрээ адилхан ч дараах давуу талдуудыг өөртөө агуулдаг. Үүнд:

- гэмтэл бага учруулдаг, эрсдэл багатай, хүндрэл цөөн өгдөг, богино хугацаанд хөдөлмөрийн чадвар сэргэдэг сайнталуудтай ч, мэс заслын дараа 1-18%-д нь хагалгааны үеийн ба дараах цус алдалт, усны хордлого (TUR syndrom), шээсээ барихгүй болох, давсагны хүзүү, түрүү булчирхайн хэвтэш хоёрдогчоор сорвижиж хатуурах, шээсний сүвний нарийсал, үрийн шингэн

сөөргөө урсах, бэлэг эрхтэн хөвчрөхгүй болох зэрэг хүндрэлүүд тохиолддог (Лопаткин Н.А 1997, Kaplan S.A 1996).

Хүндрэл бага өгдөг, үр дүнтэй эмчилгээний шинэлэг аргуудыг туршиж практикт нэвтрүүлэх шаардлага амьдралаас урган гарч байна. Эрэл хайгуулын үр дүнд түрүү булчирхайг дурангаар эмчлэх олон альтернатив аргууд нэвтэрсэн хэдий ч хамгийн үр дүнтэй өргөн нэвтэрч байгаа аргын нэг нь түрүү булчирхайг өндөр хүчдэлтэй, өндөр давтамжтай цахилгаан гүйдлийн тусгай электрод ашиглаж ууршуулах мэс засал хийх арга юм.

Түрүү булчирхайн эдийн ихэнх бүтэц бүрэлдэхүүн нь электролитүүд тул цахилгаан дамжуулагч болдог. Иймд цахилгаан мэс заслаар эмчлэхэд тохиромжтой. Стандартын TURP хийхэд булчирхай авах /зүсэх/ цус тогтоох /түлэх/ гэсэн цахилгаан мэс заслын 2 үйлчилгээг ашигладаг.

TUVP-(transurethral vaporization of the prostate) хийхэд эсийн шингэнд өндөр температурын үйлчлэлээр дэлбэрэлт үүсч, эс үхэж, цахилгаан нуман электродын үзүүрт уур манан болон замхардаг. Физикийн ийм үйлчлэл нь эдийн хязгаарлагдмал орон зайд явагддаг. TUVP мэс заслыг хийхэд стандартын төрөл бүрийн загвартай бултай голон дээр эргэлддэг бөмбөлгөн, хэрчлээстэй гэх мэт электрод бүхий гогцоо багаж (vaportrod), тусгай зориулалттай өндөр хүчдлийн генераторын хамт ашигладаг. Өндөр давтамжтай, хүчтэй цахилгаан гүйдлээр /230-300 вт, 250-400 кГц/ үйлчилж булчирхайн эдийг ууршуулж тэр агшинд электрод хүрэлцэж буй талбайд нэгэн зэрэг цус тогтоож цусгүй мэс засал хийж байгаад энэ аргын ач холбогдол оршиж байгаа юм.

TURP мэс засалтай харьцуулахад вапоризацийн электрод харьцангуй том талбай дээр хүрэлцэж маш богино хугацаанд эсийн шингэнд дэлбэрэлт үүсэж эс шингэнээ алдаж ууршдаг. Цахилгааны хутганы дэгээ ашиглаж /TURP/ хагалгаа хийснээс 8-10 дахин давуу сайн талуудтай.

Вапоризацийн мэс засал хийхэд цус алдах болон бусад төрлийн хүндрэл тохиолддоггүй. Ажилбарыг телевизийн экрэн дээр хянаж, нүдээрээ харан бүх үйлдлээ хянах бүрэн

бололцоотой, мэс засалчдад хагалгаа хийхэд маш сайн баримжаа өгдөг, цус алдалт үгүй, усны хордлого (TUR syndrom) өгдөггүй давуу талтай. (Мартов А.Г хамт 1997, Те А.Е 1996). Вапоризац хийх үед эдийнталбайд нүүрсжсэн үе үүсдэг тул энэ нь вапоризацийн хүчийг сулруулдаг учир электродныхоо өнхрөлтийг бага зэрэг удаашруулахад эсэд регидратац үүсэж үргэлжлэн ажиллах нөхцөлийг сайржулдаг. (Лопаткин Н.А 1997, Cockett A.T.K 1989)

Түрүү булчирхайн гэр /капсул/ хүртэл ууршуулах мэс засал хийхэд муу нөлөөгүй. Харин үрийн төвгөрийг гэмтээхээс болгоомжлох шаардлагатай. Мэс ажилбараа дуусгаад шээсний сүвэнд 18-22 F фоллегийн катетерэ тавьж, бөмбөлгийг авсан эдийн хэмжээтэй ариутгасан шингэнээр дүүргээд, зарим тохиолдолд 2 цаг орчим катетерээс нь зөөлөн татлага хийж өгнө.

Мэс заслын техник:

Германы K.Storz (Circon ACMI, эсвэл stanford, corn.,USA) фирмийн гадна хонгионы диаметр нь N 26 шаррьертэй байнгын угаагуурын системтэй дуран, төрөл бүрийн вапоризацийн электрод ашиглаж мэс заслыг хийнэ. Ихэнх тохиолдолд нуруу нугасаар мэдээ алдуулж булчирхайн дунд, хажуугийн, дээд хэсэгт ууршуулж дээрх дарааллаар эргэн тойронд нь үе шаттайгаар авдаг.

- Бид анх 1999 оны 10 сард TUVF мэс заслаар түрүү булчирхайн хоргүй хавдартай 61-76 насны 6 өвчтөнг эмчилсэн. Өвчтнүүд ам цангаж шөнөдөө 4-5 удаа дүлүүлж шээдэг, давсагт шээс үлддэг зовиуртай. Бодит үзлэгээр түрүү булчирхай шулуун гэдэс рүү томорсон, 4-4,5 см урттай голын ховил нь мэдрэгдэхгүй, 100-600 ml үлдэгдэл шээстэй. Дурангийн шинжилгээгээр түрүү булчирхайн давсаг уретрийн зай руу шахаж томорсон. Мэс заслын өмнө шаардлагатай шинжилгээнүүдийг (ЭХО, ЭКС-урограмма, ЭКГ гм) хийсэн. Мэс засал хийсний дараа өвчтнөө 2-

4 хоног ажиглалтанд байлгаад гаргасан. Мэс засал хийснээс хойш 20-30 хоногт 4 өвчтөнг давтан үзэхэд шээсний гаралт сайжирч, шөнө шээдэггүй, шээс нь бүрэн гардаг болсон байв. Шээсний сүвээр тавьсан катетерийг 2-3 хонуулаад авсны дараа шээхэд шээсний сүвээр бага зэрэг хорсох зовиур илэрч байсан. Дурангаар түрүү булчирхайг ууршуулж эмчлэх TUVF арга нэвтэрснээр бөөрний мэс заслын салбарт дурангийн хагалгааны эзлэх хувь ихсэж, түрүү булчирхайд дурангаар мэс засал хийх заалт өргөсөж үр дүн өндөртэй эмчилгээний арга практикт нэвтэрч байгаагаараа ач холбогдол нь өндөр юм.

ELECTROPORIZATION- A NEW TREATMENT OF BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA (BPH)

*D.Nyamsuren
Soderdahl.D
M. Namsrai*

Though transurethral resection (TUR) remains a routine treatment for benign prostatic hyperplasia (BPH). It's complications observed in up to 18% of patients necessitate active search for novel endoscopic methods.

Vaporization (TUVF) is among them. TUVF was made in 6 BPH patients aged 61-76 years in oct.1999. Thus, the scheme of BPH patients examinations, the operative techniques and indications in TUVF are the same as in TURP.

The advantages of the Electrovaporization: minimizes operation risk; a minimum in complications like: bleeding, TUR syndrome, urethral stricture, bladder neck stenosis, incontinence and impotence, infection, retrograde ejaculation, quickly convalescence and decreasing stay time in hospital and catheterisation time. Recent studies of transurethral electrovaporization of the prostate, a modification of existing transurethral technology appears promising. The modifications

which enable larger volumes of tissue to be vaporised with concurrent desiccation and coagulation are an increase in the surface area of the electrode and effective delivery of high electrical energy by electrical generators. the most extensively studied instrument is the spacial vapor electrode, use of which has been introduced for the first time in Mongolia.

БЭЛГИЙН СУЛРАЛЫГ ВИАГРАГААР ЭМЧИЛСЭН ЗАРИМ ҮР ДҮН

Д. Нямсүрэн

Бэлгийн ажиллагаа хийх байнгын боломжгүй, эсвэл бэлэг эрхтэн хөвчрөөд богино хугацаанд сулрах, хангалттай таашаал авахгүй байгаа зэрэг эмгэг өөрчлөлтийг бэлгийн сулрал гэнэ. Бэлгийн сулралт нь янз бүрийн насны бүлгийн хүмүст харилцан адилгүй тохиолдож, 40 эргэм насны эрчүүдийн 39%, нас ахих тутам энэ эмгэгийн эзлэх хувийн жин 75% хүртэл ихэсдэгийг эрдэмтэд (Morley J.E 1986, Feldmen H.A, Goldstein I. et al 1994) судлан тогтоожээ.

Дэлхийн дээр 100 гаруй сая эрчүүд энэ эмгэг нэрвэгдсэнийг судлаачид нэгэнт тогтоогоод байна. Бэлгийн сулрал дараах үндсэн шалтгаануудаас үүсдэг. Үүнд:

- 1.Органик шалтгаантай-мэдрэл, судас, дааврын эмгэгүүд, цаашилбал бэлэг эрхтний хөндийлөг биеийн гэмтэл ба эмгэгүүд
2. Сэтгэл зүйн шалтгаантай-механик гэмтлийн нөлөөгүй боловч төвийн гаралтай дарангуйллын нөлөөтэй
3. Холимог-органик ба сэтгэлзүйн шалтгаантай бэлгийн сулрал гэж шалтганаар нь ангилдаг.

Бэлгийн сулралыг эмчлэхийн тулд бэлэг эрхтний хөвчрөлтийн механизмыг товч өгүүлье. Бэлгийн үйл ажиллагааны өдөөлтийн үед шодойны хөндийлөг биед азотын эсэл (NO) хуримтлагдан концентрац нь ихсэж, улмаар цагирган гуанилатциклаза ферментийг идэвхжүүлж гуанизинмонофосфат /цГМФ/-ын хэмжээ ихсэж, түүний бодисын солилцоонд оролцох

түвшинг сайжруулснаар бэлэг эрхтний хөндийлөг биеийн гялгар булчингууд бүрэн суларч цус түрж дүүрэлт нь хурдасч шодой хөвчирдөг.(Andersson K.E., Wagner G 19958 Burnett A.L 1997). Шодойны хөндийлөг биеийн гялгар булчингийн эс, цусны судаснууд, эргэлдэж байгаа тромбоцитүүдэд цГМФ-н инактиватор-фосфодиэстераза 5 /ФДЭ5/ байдаг. Түүнийг сонгомлоор дарангуйлагч нь виагра буюу силденафил юм (Ballard S.A, Gingell C.J.C, Naylor A et al 1996).

Силденафил нь шодойны хөндийлөг биеийн гялгар булчинг сулруулах окись азотын үйлчилгээг хүчтэй болгож, хөвчрөлтийг нь хэвийн болгож, бэлгийн үйл ажиллагааг сэргээж, түүний сулралыг эмчлэхэд зайлшгүй чухал үүрэгтэй. Виагра нь АНУ-ын *Pfizer international, inc* фирмийн бүтээгдэхүүн.

Эдүгээ Виаграг клиникт өргөн хүрээтэй хэрэглэж үр дүнд хүрч байна. Манай оронд 1990 оноос хойш нийгэм нээлттэй болж, ардчилал хөгжиж, бэлгийн амьдралтай холбоотой мэдээлэл сайжирч амьдралын амин чухал оршин тогтох үндсийн нэг бэлгийн харьцаатай холбоотой асуудлаар өвчтөн эмчид хандах нь олширч тухайлбал "бэлгийн сулралтай" өвчтнүүд эмчлүүлж байна.

Бид 1996 оноос хойш 22-63 насны 61 хүнд зөвлөгөө өгч, эм (проверон, sexfort, виагра) уулгаж, монгол эм өгч, зарим нэгэнд нь улирлын чанартай биологийн /цэвэр/ бэлдмэлийг эдүүлж, уулгаж эмчилсэн.

Дээр эмчлэгдсэн өвчтний 33-62 насны 15 тохиолдолд виаграг бэлгийн ажил хийхээс 1 цагаас 1 цаг 30 минутийн өмнө 50-100 мг-р уулгаж 1-2 сарын хугацаанд ажиглалт хийлээ. Виагра үнэ ихтэй тул хүн болгон авч уухад эдийн засгийн хувьд хүндрэлтэй. Виагра уусан өвчтний 10 нь органик шалтгаантай бэлгийн сулралтай, 3 сэтгэцийн, 2 нь холимог шалтгаантай байлаа. Органик өөрчлөлтийн шалтгааныг тодруулбал түрүү булчирхай, шээсний сүвний мэсзаслын дараах байдалтай 4, сахарын шижинтэй 3, архаг простатитэй 3 тус тус байв. Өвчтнүүд 6 сарын 5 жил зовж шаналсан, үүний 6 тохиолдол нь бэлгийн ажил хийх хүсэл байсан ч шодой хөвчирдөггүй, 4 шодой хангалттай хөвчирдөг хэдий ч маш хурдан дур тавьдгаас эмэгтэй хүнтэй

ойртохоос айдас төрдөг болсон, 5 тохиолдолд шодой сулхан хөвчрөөд өөрөө аяндаа сулардаг өгүүлэмжтэй байв. Виаграг 50 мг шахмалаар 9 өвчтөнд, 100 мг шахмалаар 6 өвчтөнд уулгахад 50 мг-р уусан өвчтнүүд 100%, 100 мг-р уусан өвчтний 3 тохиолдолд хангалттай үр дүн үзүүлж бэлгийн чадавх /чалх/ бүрэн сэргэсэн, үлдсэн 3 /20%/-д хярзан, бэлэг эрхтний суурь хэсэг ихээр гэмтсэн /1/, сахрын шижинтэй /1/, нуруу нугасны хүнд гэмтэл авсан /1/ тохиолдол тус тус ажиглагдлаа.

Виагра хэрэглэсэн өвчтөнүүдэд гаж нөлөө илрээгүй. Харин гадаадын хэвлэлүүд түр зуурын чанартай (толгой өвдөх, нүүр халуу оргих, хамар битүүрэх, нүдний хараа, өнгө, мэдрэмж өөрчлөгдөх) гаж нөлөө 10-23%-д ажиглагдаж байсныг тэмдэглэсэн байна. Эмийн гаж нөлөө нь 20-40 минутийн дараа ямар нэг муу үр дагавар үлдээлгүй өөрөө арилдаг (Boolell M, Allen M, J, Ballard S.A et all 1997).

Viagra therapy of erectile dysfunction

D. Nyamsuren

Among the drugs used to treat erectile dysfunction (ED) most common are provera, sexford, vitamins, biogenic natural stimulators and viagra, etc.

- 15 patients aged 22-62 years with erectile dysfunction of different origin received viagra, 50 or 100 mg on the effect and tolerance. Viagra is used for ED, on the treatment between 4-9 weeks. Viagra was effective in 809 of patients with psychogenic and organic erectile dysfunctions, respectively.

“МАРФАНЫ” ХАМ ШИНЖИЙН ТУХАЙ АСУУДАЛД

Т.Булган
П.Бүрэнжаргал
Н. Цэдэнхүү

“Марфаны” хам шинжийг анх 1979 онд Pyeritz&McKusick нар тэмдэглэжээ. Уг хам шинж нь аутомсом доминант хэлбэрээр удамшдаг өвчин ба үндсэн 3 шинжээр илэрдэг байн. Үүнд:

1. Зүрх судасны
2. Араг яс, булчингийн
3. Нүдний гажгаар

Зүрх судасны тогтолцооны талаас гол судасны өргөсөлт болон аневризм, үе мөч, араг ясны тогтолцоонд туранхай өндөр чац, урт хуруу, нарийн шуу, хавчиг цээж зэрэг өөрчлөлт илэрдэг бол нүдний талаас 2 талын болрын мултралт цайлт, өндөр харалган, торлогийн хууралт илэрч болдог.

Судлаач Тейлорын үзсэнээр Марфаны хам шинж 100 мянган хүн тутамд 4-6 тохиолддог ба 15-25 мянган төрсөн хүүхдэд 1 тохиодог байна. Уг хам шинжийн 15%-д нь ямар нэгэн мэдээ баримт түүх олддогүй ажээ.

Бид монгол орны 0-16 насны хүүхдийн сул хараа, сохорлын тархалт, шалтгааныг тодорхойлж судалгааны явцад Баянхонгор аймагт Марфаны хам шинжийн 3 үе дамжсан тохиолдлыг илрүүлсэн юм. Марфаны хам шинж Монголд нүдний үзлэгээр илэрч байсан боловч ах дүү, үр хүүхэдтэй судлагдсан тэмдэглэл байхгүй байна.

Судалгаанд Баянхонгор аймгийн Галуут сумын харьяат Т-н гэр бүлийн II, III дахь үеийн 8 сул хараа болон хараагүй насанд

хүрэгсэд болон хүүхэд үзэж удмын түүхийг сэргээв. Т-н гэр бүл нийт 7 хүүхэдтэйгээс 5 нь аутосом доминант хэлбэрээр эцгээсээ марфаны хам шинжийг удамшин авчээ. 3 үе дамжсан уг хам шинж нь уг ургийн зураглалаар нийт 13 хүнд илэрсэн байв. Нийт үзүүлсэн 8 хүнээс 2 нь болрын мултралаас шалтгаалан хоёрдогч даралтаар 2 нүд нь хараагүй болсон байв. Бусад 6 хүүхэд маш сул хараатайн улмаас жирийн сургуульд сурах чадваргүй байсан.

Марфаны хам шинж Т-н хүүхэд, ач гучид илэрч цаашид тэд нараас хараа султай хүүхэдтөрөх, уг хам шинж үе болгонд удамших нь тодорхой байна. Иймд сул хараа, сохролоос сэргийлэх зорилгоор уг өвчнийг эрт илрүүлэх, тус өвчний хор уршгийг үнэн зөвөөр ойлгуулсны үндсэн дээр гэл бүл төлөвлөх, хүүхэдтэй болсон тохиолдолд тусгай сургуульд сурч боловсруулах асуудлыг шийдвэрлэх хэрэгтэй байна. Ингэснээр сохролын нэг шалтгааныг сэргийлж бүр цаашилбал таслан зогсоох бололцоотой юм.

Case of *Marfan's* syndrome in one family

*T. Bulgan
P. Burenjargal
N. Tsedenkhuu*

During study of children with low vision and blindness we revealed family with *Marfan's* syndrome in Bayankhnogor aimag. There were 8 people with very severe low vision. Prevention of Blindness from genetic eye decease is becoming inportant necessity in Mongolia.

БЯСАЛГАЛ - ХҮНИЙ ТАРХИНЫ ТЭЖЭЭЛ**Ц. Саранцэцэг****М. Отгон**

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.

Миний гол зорилго юу юм бэ? Би гэдэг чинь чухамдаа юу юм бэ? Хэн юм бэ? Миний хүүхэд яагаад нөгөө айлын хүүхэд шиг дандаа онц сурц чадахгүй байна вэ? гэх мэт маш олон асуулт хэн нэгний сэтгэлд өдөр болгон буусаар байх авч хүмүүсийн ихэнх нь зөв хариулт олж авч чадахгүй сэтгэл мунгинасан хэвээр байх юм. Хүн бүхний гол зорилго бол сэтгэлийн хүчийг гадаад орчинд цацаж сульдаанд орохын оронд тэр их энергийг өөрийн биеийн дотоодод, бүр чадвал гүнд оруулж сурах нь амьдралын гол агуулга гэж үзэх бүрэн үндэстэй юм. Үүнийг хүн төрөлхтөн зөвхөн бясалгалын ачаар сурч ирсэн түүхтэй юм байна.

Бясалгал хийж сурна гэдэг нь товчхондоо олон нийтийн хэлээр медитэйшн (meditation) хийж сэтгэлээ жолоодож сурахыг хэлж байгаа юм. Медитэйшн хийж сурна гэдэг нь хүн усанд алдаж онон байж сэлж сурдаг лугаа адил цаг, идэвх шаардсан нарийн дасгал учир түүнд хэрхэн суралцах талаар Энэтхэгийн их багш Шри Шри Равишанкарын аргаар 1990 оноос түр хугацаагаар зааж байгаад 1998 онд "Шри Шри амьдрах ухааны төв" нэртэй төрийн бус байгууллага байгуулан ажиллаад нилээд үр дүнд хүрч байна.

Хүний сэтгэлийг он оны халаа сэлгээнд удаан хугацаанд олон талаар судалж ирсэн эрдэмтэн мэргэд сэтгэл (mind) гэдэг

нь хүний таван мэдрэхүйн өнгөц сэрэмжинд ч өөрчлөгдөж байдаг сургахад бэрхтэй "амьтан" гэж бичсэн байдаг нь үнэнтэй юм. Эрдэмтэд хүн сэтгэлээ жолоодож чадахгүйгээс болж олон янзын эмгэг, мэдрэлийн ядаргаанд хүрдэгийг (психоиммүни өвчнүүд) нотолсон. Манай дэлхий дээр бясалгал хийж сэтгэлийн хөдөлгөөнийг ажиглаж сурахыг эрхэмлэгчид олон болоод байгаа нь нэн их сайшаалтай хэрэг бөгөөд монголчууд бидэнд энэ их хөдөлгөөнөөс хоцрох эрх байхгүй биз ээ. Бясалгалын ачаар сэтгэлээ жолоодож олон тоны эмгэгээс ангижирч чадаж байгааг бидний судалгаа харуулж байна. Сэтгэлээ жолоодох талаар манай ухаалаг ардууд **"Сэлбийг өгсвөл сэрүүхэндээ, сэтгэл гэдэг нь жолоогүйдээ гэж"** уянгалуулан дуулж байсан нь үнэн боловч дээрх их багшийн аргаар суралцаж, сэтгэл юугаа жолоодох бүрэн боломж нээгдлээ.

Meditation -food for human brain

*Ts. Sarantsetseg
M. Otgon*

Meditation is the only royal road to the attainment of freedom, liberation from bombardment of senses, daily stresses and without help of meditation people cannot grow into the divine state. It was clear to our brilliant sages and saints that it is not easy to control our mind but it is now completely possible due to discovery of Sri Sri Ravishankar, an enlightened master of India. This article deals with some experiences *Art of living foudation* of Mongolia.

ИОГА БА ЭРҮҮЛ МЭНД

*Ц. Саранцэцэг
М. Отгон*

Эртний Энэтхэгийн оточ нар эрүүл, урт наслах сургаал буюу иогын ухааныг ард түмэндээ өвлүүлэн үлдээжээ. Иогийн тухай олон ном зохиол, сургууль байх боловч манайхны дотор

хэсэгчилсэн, бүрэн бус мэдлэг авсан нь цөөнгүй юм билээ.

Энэтхэгийн Йога дөрвөн мянган жилийн түүхтэй, бие сэтгэлийн нэгдлийн тухай сургаал юм. Иогыг дотор нь : Хатха, Ража, Карма, Бакти, Жанана гэж таван ангилалд хувааж үздэг боловч Патанжала иогын найман үе шатыг тодорхойлсон байдаг.

Йога гэдэг нь нэгэн хүний бие сэтгэлийн эвсэл гэсэн утгатай самгард үг юм. Тодруулбаас хүний биеийн хөдөлгөөн нь санаа сэтгэлээс хамааралтай гэж үздэг. Аливаа иогын нийтлэг зарчим бол санаа эрүүл бол бие эрүүл байна гэж сургадаг. Энэ зарчмыг манай ард түмэн эртнээс мэдэж "Саруул ухаан эрүүл биед" гэж сургасаар ирсэн билээ. Доорх найман үе шатыг аль нэгэн хэмжээгээр бүрэн эзэмшсэн хүнийг дээд зиндааны иогчин гэж үздэг юм билээ.

Нэгдүгээр үе шат: Яама буюу хүний ааш зангийн төлөвшилт. Энэ үед хүмүүс өөр хоорондоо хүч үл хэрэглэх, зодоон нүдээн, хэрүүл маргааныг цээрлэх, үнэнч шударгыг эрхэмлэх, хулгай хийх ба худал хэлэхийг цээрлэх, аальгүйтэх, садар самууныг тэвчих, үргэлгэн бус арвич байх, алив эд хогшлыг өөрийн хэрэгцээнд тохируулан хэрэглэж сурахыг зааж сургах чухал үе шат юм. Энэ үед эх эцгийн үлгэр жишээ үүрэг нэн чухал байдаг байна. Аж ахуйч байхын жишээг дараах байдлаар хэлвээс: хүн заавал алтаар хийсэн, эсвэл очир алмааз шигтгэсэн цаг зүүх нь чухал бус, харин зөв ажилладаг цагтай байх нь хэрэгцээ юм гэжээ.

Хоёрдугаар үе шат: Нияама буюу баритмлах дэглэм, ариун ёсонд суралцах. Хүн бага наснаасаа өвөг дэдсийн сургаал, ёс заншлыг хүндэтгэх, элдэв сөрөг зан үйлдэлд автахгүй, уусахгүй байх, бодол санагаа үргэлж ариун тунгалаг, өөртөө зовлонгүй байлгах, өөрийн амьдрал ахуйдаа хийгээд хүн болж төрсөндөө сэтгэл хангамжтай байх, эрхлэхийг бус эрдмийг сурах, аашийг нь бус ажилсагийг нь дуурайх, ариун гэгээний сургаалыг дагаж, бурхан шашныг шүтэхгүй ч хүндэтгэж сурах гэх мэт ерөнхий ойлголтыг олж авах, суралцах үе шат юм.

Гуравдугаар үе шат: Асанууд буюу биеийн тамирын дасгалуудыг хийж, эрүүл мэндээ сайжруулах үе шат юм.

Дөрөвдүгээр үе шат: Пранаяама буюу амьсгалаар эрчим

хүч авах олон төрлийн дасгалууд юм. "Прана" гэдэг нь эрчим хүч, энерги гэсэн утгатай самгард үг юм. Азийн зарим оронд "чи" - "хи" гэх мэтээр бичсэнтэй төсөөтэй юм билээ. Энэ үе шатанд хүний биеийн эрчим хүчийг сайжруулах амьсгалын дасгалуудыг хийж сурдаг байна. Хүүхэд эхийн хэвлийгээс төрөнгүүт эсэн мэндээ илэрхийлэн анхныхаа амьсгалыг авч, хашгиран орилохын баярыг эх баригч бүр мэднэ. Амьсгал авах бүрийд эд эсэд энерги очиж, хүний амьрдалыг тэтгэж байдаг. Хэрвээ 2-3 минут амьсгал боогдвол хүн амьсгалаа хурааж, "бурхан" болох аюултайг бид мэдэж байх ёстой. Аюурведа буюу амьдралын тухай шинжлэх ухаанд хүн хэрэгцээтэй энергийн 80%-ийг амьсгалаар, 20%-ийг нойр, хоол унд, бодлын төвлөрлөөс авдаг гэж сургадаг. Үүнээс үзэхэд зөв амьсгалж, эрчим хүчээ арвижуулж, аз жаргалаар дүүрэн, эрүүл саруул амьдруулдаг агаарын агуу их хүчин чадлыг хэлж баршгүй.

Тавдугаар үе шат: Пратиахара буюу мэдрэмжийг хийсвэрлэж сурах үе. Энэ үеийн онцлог нь хүний 5 мэдрэхүйн /амтлах, харах, сонсох, үнэрлэх, хүрэлцэх/ үйл ажиллагааг дотоод сэтгэлийн дүгнэлттэй холбож сурахад чиглэсэн байдаг. Жишээ нь аль нэгэн сайхан болон тааруухан мэдээг сонсоод сэтгэлийн гүнд тунгаан бодож, учир шалтгааныг хийсвэр бодож, олохыг эрхэмлэдэг дасгалууд юм. Энэ утгаараа 5 дугаар үе шат бол танин мэдэхүйд хүний сэтгэл санаа, мэдрэхүйн 5 эрхтний үүрэг ажиллагааг хянаж сурахад үндэслэсэн оюуны дасгалууд байн. Энэ үед Хатха болон Ража योगын холбоо тодорч ирдэг бөгөөд танин мэдэхүйд ухамсрын үүргийг тодруулан тавьдаг гүн ухааны шинжтэй хийсвэрлэсэн дүгнэлт гаргаж сургадаг тун сонирхолтой үе шат юм билээ. Таван мэдрэмж: сэтгэлийн уялдааг сайжруулах нь хүний ухаан төвлөрөхийн урьдал үе гэж үздэг.

Зургадугаар үе шат: Дарана буюу ухаан төвлөрөн, концентраци хийж сурахад зориулагдсан дасгалуудыг суралцах үе юм. Хүн нүдээрээ нэгэн объект дээр удаан ширтвээс сэтгэл санаа төвлөрч концентраци болно. Ингэж сэтгэлээ төвлөрүүлж чадваас сэтгэлийн амгаланд суралцдаг байх юм.

Долоодугаар үе шат: Диана бодлоо төвлрүүлж бясалгал хийж сурах үе юм. Энэ үед тархины өндөр давтамжийг

зохиомлоор бууруулж эрүүл мэнд, дархлалаа сайжруулж сурах хамгийн чухал үе юм.

Наймдугаар үе шат: Самади буюу иогын дээд үе. Энэ үед хүн сэтгэл амгалан бол жаргалын дээд гэдэгт суралцдаг оюуны иог юм.

Бид эдгээр аргуудыг Шри Шри амьдрах ухааны төвд тусгай программын дагуу зааж, ард түмнээ эрүүлжүүлэх үйл хэрэгт сайхан амжилт олсоор байна

Yoga and health

Ts. Sarantsetseg

M. Otgon

Yoga is an integrated system of education for the human body, mind and inner spirit. Indian scientists say that yoga is a way of life and it has been developed four thousand years ago there and has meaning yoke or unity in Sanscrit.

During the past several milenium five different paths of yoga (Karma, Hatha, Raja, Bhakti and Jnana) have developed. Out of these paths raja yoga is more scientific and is being spread all over the world. In the article we described eight steps or limbs of raja yoga such as:

1. Yama (abstensions)-truth, nonviolence, control of sexual energy, non-stealing, non-covetousness.
2. Niyamas (observances) - austerities, purity, contentment, study, surrender of the ego.
3. Asanas - Physical poses.
4. Pranayama - control of vital energy.
5. Pratyahara - withdrawal of the senses.
6. Dharana - concentration of the mind
7. Dhyana - meditation
8. Samadhi - the super-conscious state.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕРХНОГО ОТДЕЛА ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА И ТРАХЕОБРОНХИАЛЬНОГО ДЕРЕВА

Маслов В.И

Цель работы: Проследить эндоскопическую динамику

структуры заболеваний верхнего отдела пищеварительного тракта и трахеобронхиального дерева.

Таблица 1

Заболевания верхнего отдела ЖКТ

ЗАБОЛЕВАНИЯ	1996 г		1999 г	
	% от общего количества ФГС	% от конкретного заболева- ния	% от общего количества ФГС	% от конкретного заболева- ния
Эзофагиты	3,8		3,8	
Из них:				
Поверхностный		24,2		18,9
Эрозивно-язвенный		75,7		81,0
Гастриты	67,0		68,2	
Из них: /по форме/				
Поверхностный		77,0		78,3
Атрофический		7,8		6,3
Гипертрофический		1,5		2,6
Зернистый		4,6		5,6
Ригидный		0,3		0,17
Рефлюкс- гастрит+эрозивный		8,6		6,1
/по локализации/:				
Диффузный		49,7		54,8
Антральный		37,1		40,2
Фундальный		13,0		4,9
Бульбиты	6,0		8,0	
Из них:				
Поверхностный		27,2		36,0
Эрозивный		9,0		10,5
Лимфофолликулярный		63,6		53,5

УЛСЫН КЛИНИКИЙН ТӨВ ЭМНЭЛЭГ

1	2	3	4	5
Гастродуодениты	4,4		6,9	
Язвенная болезнь желудка и ДПК	7,8		11,1	
Из них:				
Желудка		66,2		59,5
ДПК		33,7		40,5
Рак	3,4		4,0	
Из них				
Пищевода		26,8		25,7
Желудка		72,2		73,2
ДПК		0,8		0,1
Полипы	2,4		2,8	
Из них:		10,7		14,0
Пищевода		83,3		83,0
Желудка		5,9		2,8
ДПК				
по типу:		54,7		64,7
I-II тип		45,2		35,2
III-IV тип				
Варикозное расширение вен пищевода	1,4		2,4	
Из них:				
1-2 степень		57,1		67,2
3-4 степень		42,8		32,7
Синдром Маллори Вэйсса	1,0		1,1	
Инородное тело	0,3		0,4	
Дивертикулы	0,17		0,2	
Из них:				
Пищевода		66,6		40,0
ДПК		33,3		60,0
Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы	0,17		0,07	
Дуоденогастральный рефлюкс	10,7		14,8	
Гастроэзофагеальный рефлюкс	5,7		6,2	
Другие редкие заболевания	0,1		0,15	
Нормальная картина	2,2		4,0	

Таблица 2

Заболевания трахеобронхиального дерева

ЗАБОЛЕВАНИЯ	1996 г		1999 г	
	% от общего количества ФГС	% от конкретного заболевания	% от общего количества ФГС	% от конкретного заболевания
Эндобронхиты	81,9		58,5	
Из них:		59,3		55,9
Диффузный		33,8		37,0
Частичный диффузный		6,7		7,0
Ограниченный				
Степень воспаления:				
I степень		63,0		60,6
II степень		29,1		28,3
III степень		7,8		11,0
Катаральный		81,3		72,1
Гнойный		18,6		27,8
С атрофией		26,2		26,7
Рак бронха	6,2		9,2	
Из них:				
Левого		77,7		55,0
Правого		22,2		45,0
Кровохарканье	1,0		2,7	
Инородное тело	1,0		1,3	
Бронхиальный свищ	0,34		1,3	
Другие редкие заболевания	0,1		0,15	
Нормальная картина	3,1		1,3	

Вывод

1. Анализируя данные, можно сказать, что по эндоскопическим данным из заболеваний верхнего отдела ЖКТ увеличилось количество эрозивно-язвенного эзофагита, незначительно поверхностного и гипертрофического гастрита диффузной и антральной локализации, а также бульбиты, гастродуодениты, значительно язвенная болезнь /за счет язв ДПК/, рак /ранная форма по морфологии/, варикоз и рефлюкс.

2. Из заболеваний трахеобронхиального дерева уменьшилось количество эндобронхита, хотя среди данного

заболевания увеличилось количество эндобронхита 3-й степени воспаления и гнойного с атрофией слизистой оболочки, а также увеличилось кол-во рака бронха, больных с кровохарканьем и бронхиальным свищем.

PS Количество заболеваний больше количества проведенных эндоскопий т.к. у некоторых больных встречаются одновременно несколько патологий.

КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ ВЕРХНЕГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

/эндоскопические данные/

Маслов В.И

Кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта, причиной которых являются многие заболевания, продолжают оставаться сложной проблемой. Мы проанализировали заключения 6552 фиброгастродуоденоскопий за 2 года.

Ниже мы приводим данные основанных заболеваний, которые могут вызвать кровотечения из верхнего отдела желудочно-кишечного тракта.

Таблица 1

Основные заболевания вызывающие кровотечения из верхних отделов ЖКТ

ИЗ 6552 ФГС ЗА 2 ГОДА					
Заболевания	Кол-во больных	%от об- щего ко- личества ФГС	С крово- течением	% от 817 больных	% от 296 с крово- течением
Язва желудка	312	4,76%	106	34%	52%
Язва луковицы 12п/к	101	1,54%	43	42,5%	
Сочетанная язва	18	0,27%	5	27,7%	
Варикозное расширение вен пищевода	I-II ст-41 III-IVст -55	1,46%	34	61,7%	11,4%

Синдром Маллори-Вейса	57	0,86%	57	100%	19,2%
Рак желудка /инф. язвен. форма/	93	1,41%	27	29%	9,1%
Полипы	129	1,96%	22	17%	7,4%
Другие	11	0,16%	2	18%	0,6%
ИТОГО:	817	12,4%	296	36,2%	

Учитывая тот факт, что наибольшее количество кровотечений дает язвенная болезнь, мы решили выделить данные о локализации язв в отдельную таблицу /Таблица 2/. А так же приводим данные об эндоскопической оценке активности кровотечений /Таблица 3/.

Таблица 2

Локализация кровоотчащих язв	Число наблюдений
Тело	31
Анtrum	9
Кардия	39
Привратник	11
Угол	16
Лук-ца 12 п/к Задняя стенка	27
Передняя стенка	21

Таблица 3

Эндоскопическая оценка активности кровотечения				
Активность кровотечения по J. A. Forrest	Язва желудка	Язва луковицы	ВРВП	Синдром М-Вейса
1. Продолжающееся				
1а - струйное	2	1		
1б - капиллярное	8	4	10	9
2. Состоявшееся				
2а - наличие тромбированного сосуда	63	26	6	28
2б - наличие точечных тромбов, гематина	23	10	7	11
3. Локальное проажнение +/-: Отсутствуют признаки кровотечения	10	7	11	9

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПЕРИТОНЕОВЕНОЗНОГО ШУНТИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И РЕЗИСТЕННЫМ АСЦИТОМ

Т.С.Бохян
В.М.Лебезев
В.К.Горев
Г.Д.Гунзынов

Под наблюдение находилось 70 больных с портальной гипертензией /ПГ/ и резистентным асцитом /РА/, которым было выполнено перитонеовенозное шунтирование /ПВШ/, из них 52 пациента с циррозом печени /ЦП/, 16-с болезнью и синдромом

Бадда-Киари и 2-с внепеченочной портальной гипертензией./ ВПГ/

Мужчин -31, женщин -39. Возраст больных составил 21-65 лет.

Операция выполнялась в варианте, описанным Le Veep (1974) с применением клапанов отечественного производства и трубок из силикозированной резины.

В комплекс обследования больных до и после операции были включены изучение показателей ренин ангиотензин-альдастероновой системы, количественная оценка общего печеночного кровотока методом разведения электроимпедансных индикаторов, определение кровотока по собственно печеночной артерии методом трансдуоденальной тетраполярной реографии. Также эффективность операции оценивали по степени активности цирротического процесса методом биохимических исследований.

Оценка непосредственных результатов операции у больных ПГ и РА производилась по следующим критериям. Результат оценивался как хороший, если окружность живота уменьшилась более чем на 1/3, суточная доза мочегонных снизилась на 50% и более, суточный диурез без мочегонных препаратов увеличился в два раза, и масса тела уменьшилась на 10-20% от исходного. Результат считался удовлетворительным, если окружность живота уменьшилась менее чем на 1/3, суточная доза препаратов снизилась на 10-40%, суточный диурез без применения лекарств препаратов увеличился в 1,5-2 раза, и масса тела уменьшилась до 10% от исходного. Ситуация оценивалась как неудовлетворительная, если в состоянии больного положительной динамики не отмечалось.

В раннем послеоперационном периоде хороший результат был выявлен у 29 больных, удовлетворительный у 6, а у 9 пациентов констатирован неудовлетворительный исход.

В отдаленном периоде 19 больным были выполнены повторные вмешательства в связи с нарушением проходимости шунта в сроки от 2,5 месяцев до 3-х лет.

Максимальный срок функционирования шунта без замены его частей составил 36 месяцев, средняя продолжительность работы шунта - 9,6 месяца.

При анализе результатов специальных методов исследований было выявлено достоверное снижение показателей ренин-ангиотензин-альдостероновой системы больных в послеоперационном периоде ($p < 0.05$), а также отмечено увеличение общего печеночного кровотока и артериального притока к печени ($p < 0.05$), что объясняется, возможно, повышением объема циркулирующей плазмы и снижением внутрибрюшного давления.

Изучение динамики биохимических показателей крови и показателей экскреторной функции печени до и после вмешательств свидетельствует от том, что ПВШ вызывает улучшени функции печени в незначительной степени ($p < 0.05$), что связано, по-видимому, с истощением компенсаторных возможностей печени у данной категории больных.

Летальность в течение года доходит до 70% по данным различных авторов. Основной причиной летальных исходов в отдаленном периоде были пищеводножелудочные кровотечения и прогрессирование печеночной недостаточности.

ТАКТИКА ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Б. С. Данзанов

В. У. Раднаев

Г. Ф. Жигаев

Г. Д. Гунзынов

Б. Ч. Дамдинов

С 1996 года по настоящее время нами выполнено 424 лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) по поводу хронического и острого холецистита. При выполнении ЛХЭ

наиболее опасным осложнением является повреждение внепеченочных протоков, желчеистечение и кровотечение. Желчеистечение в послеоперационном периоде было отмечено у 10 /2,4%/ больных, у 5 больных оно проявлялось в первые сутки выделением желчи по страховому дренажу от 100 до 300 мл, в 5 случаях-симптомами раздражения брюшины через 2-3 суток после оперативного вмешательства.

Всем больным в послеоперационном периоде при неблагоприятных обстоятельствах проводили диагностическую программу: УЗИ органов брюшной полости, клиническое и биохимическое исследование крови, ретроградная холангиопанкреатография, релапароскопия. Своевременная диагностика ранних послеоперационных осложнений устанавливалась только при релапароскопии, которая позволила одновременно устранить причину желчеистечения, санировать и дополнительно дренировать брюшную полость.

При ранней релапароскопии было выявлено:

1. Несостоятельность культи пузырного протока в 3 случаях, из них в 1 случае из-за неполного клипирования, в 1 случае-в результате "перекусывания" протока клипсой, в 1 случае причиной явилось термическое повреждение ткани в области культи.

2. Краевое повреждение холедоха в месте слияния с пузырным протоком у 1 больного.

3. Подтекание желчи из добавочного правого печеночного протока в 1 случае.

У 6 больных при релапароскопии нами удалось устранить причину желчеистечения: путем клипирования культи пузырного протока у 1 больного, наложением лигатуры на широкий пузырный проток в 5 случаях и ушиванием атравматической нитью поврежденный холедох. Данные больные выписаны из стационара в обычные сроки (на 6-8 сутки)

Таким образом, желчеистечение после ЛХЭ является тяжелым осложнением, требующим своевременной хирургической коррекции. Считаем, что ЛХЭ при остром холецистите следует обязательно заканчивать постановкой

дренажа, так как наиболее ранним проявлением повреждении внепеченочных желчных протоков или несостоятельности культы пузырного протока является выделение желчи по дренажу. При подозрении на травму внепеченочных желчных протоков основным диагностическим исследованием должна стать релапароскопия, так как раннее ее проведение позволяет своевременно устранить причины желчеистечения, не удлиняя сроков пребывания больных в стационаре в послеоперационном периоде.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛИМФОВЕНОЗНОГО АНАСТОМОЗА НА ШЕЕ У БОЛЬНЫХ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И РЕЗИСТЕНТНЫМ АСЦИТОМ

*В.М. Лебезев
Г.Д. Гунзынов
Т.С. Бохян*

В литературе нет единого мнения о целесообразности лимфовенозного анастомоза (ЛВА) для лечения резистентного асцита /РА/ у больных портальной гипертензией /ПГ/.

Цель: Оценить эффективность ЛВА у больных портальной гипертензией /ПГ/ и резистентным асцитом.

Проведен анализ 42 клинических наблюдений за больными ПГ и РА, которые были разделены на 2 группы. В первую группу вошли 34 пациента с циррозом печени /ЦП/ и портальной гипертензией, во вторую 1 больная с внепеченочной протальной гипертензией /ВПГ/ и 7 синдромом Бадда-Киари. Мужчин было 20, женщин - 22. Возраст больных составил 25-28 лет. Обе группы были сопоставимы по полу и возрасту.

ЛВА выполнялся под местным обезболиванием или внутривенным наркозом из обычного доступа на шее в левой надключичной области разрезом параллельно ключице. В окружающей место слияния подключичной и яремной вен клетчатке выявляется шейный отдел грудного лимфатического протока /ГЛП/. После выделения сосудов, измерения их ширины,

манометрии для определения прессорного градиента, накладывали ЛВА в той или иной модификации.

Основным условием для выполнения операции считали наличие прессорного градиента в области лимфовенозного соустья на шее, определяемого методом манометрии до наложения анастомоза.

У 16 больных было отмечено повышение прессорного градиента в среднем до 45 мм водного столба, у остальных 26 пациентов давление в грудном лимфатическом протоке /ГЛП/ приблизительно соответствовало венозному. Во всех наблюдениях повышение давления в ГЛП было выявлено при ЦП в активной стадии. Вместе с тем, наиболее высокий прессорный градиент был выявлен у больных с явлением печеночной недостаточности.

В первой группе у 10 больных в послеоперационном периоде отмечено значительное уменьшение асцита, что расценено, согласно выработанным нами критериям, как хороший результат. Однако полное исчезновение асцита наблюдалось только у одной пациентки. У 6 больных отмечено умеренное снижение количество асцитической жидкости (удовлетворительный результат), тогда, когда у остальных 18 пациентов заметного эффекта не было отмечено.

Во второй группе хороший результат отмечен только в одном случае, выразившийся у больного в значительном уменьшении окружности живота, и у одного пациента с болезнью Бадда-Киари получен удовлетворительный результат. В остальных 6 случаях операция оказалась неэффективной.

Таким образом, наибольший эффект при ЛВА был достигнут, в основном, у больных 1 группы с высоким прессорным градиентом в области естественного лимфовенозного соустья при выраженной активности цирротического процесса в печени.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АХАЛАЗИИ ПИЩЕВОДА

Быков А.Д

Жигаев Г.Ф

Цыбиков Е.Н

Бальжинимеев Б.Ц

Кардиоспазм (ахалазия пищевода)-первичное заболевание неясной этиологии, характеризующееся дисфагией, регургитацией и загрудинными болями.

Оперативных способов лечения ахалазии пищевода предложено много. Но все еще описываются новые операции, которые нередко являются повторением уже применявшихся ранее методик.

Неэффективные способы лечения ведут к прогрессированию болезни, а порочные оперативные вмешательства вызывают тяжелые послеоперационные осложнения-"лечение осложнений лечения".

В отечественной и зарубежной литературе, посвященной лечению кардиоспазма, нет единого мнения, но многие хирурги (О.Д.Федорова, 1973, С.А Кондрашин с соавт 1999, Doney S.N et al 1996 и др) располагающие наибольшим опытом и возможностями, отдавали предпочтение методу сформированного расширения кардии с помощью баллонной дилатации.

В случае неэффективности этого способа лечения показано оперативное.

Основным этиологическим фактором заболеваний пищевода по мнению авторов (А. З.Морганштерн 1968, А.А Khan et al 1998 и др) в 12-94% является психический.

В этой связи оперативное лечение чаще являлось симптоматическим, устраняющим основное страдание-функциональную непроходимость пищеводно-желудочного перехода. Целый арсенал разработанных оперативных вмешательств оставлен из-за неэффективности и рефлюкс - эзофагита.

Чаще применялась операция Готтстейна (1901), в

модификации Геллера (1913) и проводилась абдоминальным доступом.

До данным различных авторов в 80-90% хорошие функциональные результаты получены при операции Геллера, рецидивы заболевания были в 7-50%, летальность составила 4-6,5% (Т.А.Суворова)

За 1990-1999 г 14 пациентов (11 женщин, 3 мужчин) оперированы по поводу ахалазии пищевода. Возраст больных составил: от 21-30 лет 3 больных, от 31-40 лет 6 больных, от 41-50 3, старше 50 2 больных.

По стадиям заболевания пациенты распределились: III стадия - 14 человек. У 11 пациентов причиной ахалазии явился психоэмоциональный фактор (78,6%), у 3-х видимой причиной возникновения ахалазии не выявлено (21,4%).

Операция Геллера произведена у 4-х пациентов. В ближайшем послеоперационном периоде наблюдалось нагноение послеоперационного шва у 1 пациента. Через 2-3 месяца возник рецидив заболевания у 2-х больных. 10-ти пациентам произведена операция - эзофагокардиомиотомия с эзофагокардиогастропластикой (операция Т.А.Суворовой)

Операционный доступ: торакальный слева в VII-ом межреберье без пересечения реберной дуги. По вскрытии плевральной полости надсекалась легочно-диафрагмальная связка и медиастинальная плевра. Над диафрагмой под пищевод проводилась марлевая полоска, за которую он подтягивался вверх. Затем надсекалась апоневротическая часть диафрагмы. По передней стенке проводилась внеслизистая эзофагокардиомиотомия, начинался разрез от расширенной части пищевода через суженный отдел и кардию. Мы всегда обращали внимание на тщательный гемостаз. Имеющаяся рубцовая ткань иссекалась. Полученный обширный дефект в мышечном слое пищевода и кардии и обнаженная слизистая закрывались передней стенкой желудка, которая подтягивалась в виде треугольной пластинки и подшивалась к краям мышечного дефекта.

Восстанавливалась в целостность диафрагмы и хиатуса.

Ставился дренаж плевральной полости по Бюллау-Петрову.

Рана грудной стенки ушивалась послойно наглухо. После данной операции наблюдалось одно осложнение - ограниченная эмпиема плевры. Лечение эмпиемы проводилось пункционным способом плевральной полости и антибиотикотерапией. Рецидив заболевания после применения данной методики не наблюдали. По нашим наблюдениям считаем, что метод эзофагокардиогастропластики имеет значительные преимущества перед операцией Геллерэ.

СИМУЛЬТАНТНЫЕ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Е. Н. Цыбиков

М. П. Рябов

Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки и хронический калькулезный холецистит выявлены нами у 79 больных, которым было выполнено хирургическое вмешательство. Сочетание такой патологии чаще встречалось у женщин (48 больных), чем у мужчин (31) в возрасте от 40 до 60 лет. Средняя продолжительность заболевания составила 15 лет. У большинства больных консервативное лечение на протяжении многих лет давало кратовременный эффект.

Всем больным, кроме тщательного клинического обследования было проведено рентгенологическое исследование (включая холегарфию, РХПГ), эндоскопическое, ультразвуковое, эзофагоманометрическое исследования. Также проводилось изучение секреторной и эндокринной функции желудка. Все исследования проводились как до, так и после операции в раннем и отдаленном периодах.

Клиника сочетанной патологии, как правило, весьма ранообразна и трудна для анализа. Большинство больных жаловались на боли: в эпигастрии 68, за грудиной 31, в правом подреберье 63, в левом подреберье 24, в спине 32, в области сердца 31. Изжогу отмечали у 48 больных, отрыжку 30,

срыгивание 21, дисфагию 11, рвоту 9, тошноту 9, похудание 8. Жгучая распирающая боль натошак и ночью, за грудиной, в эпигастрии, изжога, отрыжка, срыгивание, дисфагия, а также приступообразные боли после приема жареной, жирной пищи в правом подреберье позволяли заподозрить язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки с рефлюкс-эзофагитом и калькулезным холециститом.

При рентгенологическом исследовании пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки выявлены кардиальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы у 43 больных, рефлюкс-эзофагит-22, язва или рубцово-язвенная деформация двенадцатиперстной кишки-у 6, стеноз выходного отдела желудка -у 5.

Эндоскопическим методом исследования (56 больных) выявлено у 31 больного скользящая кардиальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, у 33 рефлюкс-эзофагит, у 79 язва или рубцово-язвенная деформация, у 5 -стеноз выходного отдела желудка.

У 53 больных обнаружен хронический калькулезный холецистит при УЗИ.

Во время операции проводилось обязательное обследование наружных желчных путей и желчного пузыря, которое заключалось в измерении гепатикохоледох. Во время интраоперационной холангиографии у 2-х выявлены камни в холедохе.

В 17 случаях мы выполнили резецию желудка по Гофмейстеру-Финстереру, холецистэктомия, причем у 2-х больных с дренированием холедоха. У одного больного была выполнена резекция желудка по Гофмейстеру-Финстереру, холецистэктомия и холедоходуо-деноанастомоз. Одному больному выполнена резекция желудка по Бильрот-I и

холецистэктомия.

49-м больным выполнена СПВ, фундопликация и холецистэктомия (у 2-х с наружным дренирование холедоха), у 5-СПВ, фундопликация, холецистэктомия и пореречный гастродуоденоанастомоз, у 1-СПВ, фундопликация, холецистэктомия и трансдуоденальная папиллосфинктеротомия.

В раннем послеоперационном периоде у 4-х больных (21.1%), перенесших резекцию желудка и холецистэктомию развились различные осложнения. У 1 панкреатит и анастомиозит, которые консервативным путем удалось ликвидировать и больной выздоровел. У второго-открылся дуодельный свищ и от сепсиса больной скончался. У третьего-по поводу несостоятельности культи двенадцатиперстной кишки выполнена релапаротомия и наложен гастроэнтероанастомоз, больной выздоровел. У четвертого-после резекции желудка по Гофмейстеру-Финстереру, холецистэктомии и холедоходуоденоанастомоза развился некроз поджелудочной железы, потребовавший релапаротомии и дренирования брюшной полости-больной умер.

У больных, перенесших различного вида ваготомии и холецистэктомию, осложнений не выявлено.

Таким образом, при сочетании дуоденальной язвы и хронического калькулезного холецистита показано сочетанное оперативное лечение, направленное на излечение как от язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, так и хронического калькулезного холецистита. Симультантные операции при сочетании дуоденальной язвы с хроническим калькулезным холециститом стали достаточно безопасными после внедрения в клиническую практику СПВ, которая позволяет получить оптимальный результат у этой категории больных.

РЕЛАПАРОТОМИЯ ЕЁ ПРИЧИНЫ И ДИАГНОСТИКА

С.Нэргүй
О.Ганбат
Л.Амгалан

Целы работы:

Основной целью работы было разработать комплексные эффективные методы ранней диагностики послеоперационных внутрибрюшных осложнений.

Материалы и методы:

Послеоперационные осложнения, требующие релапаротомии, отмечаются у 0,85% больных из 11908 пациентов, перенесших операцию на органах брюшной полости за последние 9 лет в хирургическом отделении ЦРКБ.

Для решения поставленных задач мы провели анализ данных 102 больных с послеоперационным осложнением в брюшной полости.

Среди 102 больных было 57 мужчин /55,8%/ и 43 женщины /43,5%/. Основная группа больных с послеоперационным осложнением 73,4% было в возрасте от 25 до 59 лет. Данные свидетельствуют о том, что послеоперационные осложнения встречались среди людей наиболее трудоспособного возраста. Поэтому поиски путей ранней диагностики осложнений, своевременное оперативное вмешательство имеет большое медицинское и социальное значение. Из 102 пациентов 21 /20,5%/ поступило в лечебное учреждение в плановом порядке, а 81 /79,5%/ в экстренном.

Среди обследованных больных с послеоперационным осложнением наибольшее число осложнений наблюдалось после аппендэктомии у 45 /44,1%/ больных. По характеру осложнений первое место занимает перитонит, а вместе с осумкованным, последний составил 77 от общего числа больных, второе занимает ранняя спаечная кишечная непроходимость - 19.

Заклучения:

В хирургической практике нашей страны проведено целенаправленное исследование в области диагностики послеоперационных внутрибрюшных осложнений, требовавших релапаротомии и установлены наиболее типичные сроки возникновения их причин. Разработанные авторами комплексно-диагностические алгоритмы, включая эхографическое исследование, являлись результативными диагностическими методами для раннего выявления внутрибрюшных осложнений, возникших после абдоминальной операции.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТОЭКТОМИЯ

*Г.Нямхуу
С.Нэргуй
Н.Даваадорж*

Цель работы:

Улучшение метода лапароскопической холецистоэктомии, расширение кругов и методов диагностики, лечения, и их преимуществ, определения показаний к операции, сравнение с традиционными методами.

Материалы и методы исследования:

Впервые в мире лапароскопическая холецистоэктомия была выполнена почти 10 лет назад. В многих странах мира заболевания желчных путей в 90-95% случаев оперируются эндоскопически. Этот метод в условиях Монголии является совершенно новым и требует дальнейших исследований. У нас появились полные возможности для подготовки врачей и аппаратуры, расширения видов операции и внедрения в практику других больниц.

Наши наблюдения основаны на данных истории болезни и операционных материалах больных с заболеваниями желчных путей в отделении хирургии Центральной Республиканской больницы с 1994-1997 г. Нами было оперировано всего 1191

УЛСЫН КЛИНИКИЙН ТӨВ ЭМНЭЛЭГ

больных: традиционным методом 962 /80,7%/, эндоскопическим 218 /18,3%/, комбинированным методом 11/0,92%/.

Заклучение:

Лапароскопическая холецистэктомия является современным, клинически и экономически подавляюще премуищественным методом в лечении патологии желчных путей.

ГАРЧИГ

1.Өмнөх үг /З. Мэндсайхан/	3
2.Оршлын оронд УКТЭ-Монгол улсын Эмнэлгийн сургалт, Эрдэм судлалын *ЭХ* байгууллага мөн. /М. Отгон/	4
3.Гиперлизинурийн биохимийн оношлогоо /Ц.Энхжаргал, Ч.Цэрэннадмид/	10
4.Нөхөрсөн үүсэх артерийн гипертензийн тохиолдол /Б. Бурмаа, А.Өлзийхутаг, Б. Цолмончимэг/	11
5.Зүрхний шигдээс зүрхний булчинг гэмтээсэн байдал /Д.Нарантуяа, А.Өлзийхутаг, Г.Тогтох/	13
6. Зүрхний шигдээсийн /ЗШ/ үеийн цусны шинжилгээний өөрчлөлт /Д.Нарантуяа, Г.Тогтох, А.Өлзийхутаг/	16
7. Хеликобактерпилорийн шалтгаант ходоод, дээрх гэдэсний шархлаа өвчний эмчилгээний асуудалд /Н.Туул/	18
8. УКТЭ-ХБЭСК-т 1981-1999 онуудад хэвтэн эмчлүүлэгчдийн өвчлөлийн байдалд хийсэн судалгаа /Н.Туул, Ж.Оюунчимэг, Д. Нямсүрэн, О.Баярмаа/	20
9. Хэвлийд шингэн хурах хам шинжийг ялган оношлох асуудалд /Ш. Энхтуяа, Н.Туул, Л.Гаваасамбуу/	23
10. Эрүүл болон дотрын зарим эмгэгтэй хүмүүсийн Виллебрандын факторын хэмжээг судалсан дүн /Ч.Цэрэннадмид, Р.Одончимэг/	25
11. Дэлүү томрох шалтгаан зүйн зарим асуудал /Д. Лундиа, Г.Зулхүү/	26
12. Цус гоожиж буй ходоод, дээрх гэдэсний шархлааны эмчилгээний зарчим /Б.Гоош, О.Сэргэлэн, С.Эрдэнэ/	28
13. Сүүлийн 5 жилд цусны тасагт хэвтэн эмчлүүлэгчдийн дунд цусны өвчний төрөл зүйлийг судалсан дүн /Н.Оюундэлгэр, Р.Одончимэг, Н.Бямбасүрэн/	30
14. Уушигны архаг бөглөрөлт өвчний үед хийгдэх гуурсан хоолойг цэвэрлэх эмчилгээний үр дүн	
15. Элэгний хатуурал өвчний шалтгаан, эмнэл зүйн зарим онцлог /Б. Дагвадорж, О. Баярмаа/	31
16. Ходоодны архаг үрэвслийн зарим хэлбэрийг поликлиникийн нөхцөлд оношлох /Ц.Минжүүр, Б. Дагвадорж/	33

17. Гуурсан хоолойн багтрааны (ГХБ) багтралын үеийн ингальяци эмчилгээ /Д.Туяа, А.Оюунбилэг/	37
18. Элэгний буглаа өвчнийг оношлох асуудалд /Ц.Минжүүр, Л.Долгор, Д.Жавзансүрэн/	39
19.Цөмийн онош зүйн тасаг 25 жилд /П.Онхуудай/	42
20.Дүрслэл оношлогоо гурван хэмжээст рүү /П.Онхуудай/	45
21.Элэгний өмөнгийн асуудлууд /П.Онхуудай/	46
22. Шаргалжуутын усан болор рашаан /С.Бямбанамжил/	48
23. Амбулаториор үзүүлэгчдийн дунд хийсэн харшлын оношлогооны сорилын үр дүнгийн судалгаа /Р.Оюунгэрэл/	50
24. Нярайд TSH тодорхойлсон дүн /Я.Оюунчимэг/	51
25. Тархины инсульт судасны өвчний эмнэл зүйн хэлбэр, онцлог /Д.Баясгалан, Л. Энхсайхан, Г.Энхцэцэг/	52
26. Компьютерт электроэнцефалографийн шинжилгээний онош зүйн ач холбогдол /А.Товуудорж, Г.Цагаанхүү, Н.Гансүх/	54
27. Мэдрэлийн системийн зарим өвчнийг ЭМГ, ЭНМГ-ийн аргаар судалсан байдал /Д.Балдандорж, Л.Энхсайхан, Д.Баясгалан, Г.Энхцэцэг/	56
28. Шүд эрдэсжүүлэгч лакны үйлчилгээг судалсан дүнгээс /Б.Адьяа, Л.Мөнгөнцэцэг, Б.Оюунбат, Ж.Энхтуяа, Х.Цэцэгмаа/	58
29. Бөөрний мэс заслын клиник 1996-2000 он /Д.Нямсүрэн, Ж.Нарантуяа/	60
30.Шээлүүрийн давсагт суулгах мэс заслын зарим арга барилын тухай /Д.Нямсүрэн, Л.Жамбалжав, Ж.Нарантуяа, С.Амарсайхан/	61
31. Түрүү буляирхайн аденома-д дурангийн эмчилгээний шинэ арга вапоризаци (ууршуулах) мэс заслыг анх хэрэглэсэн тухай / Д.Нямсүрэн, Soderdahl. D, М.Намсрай/	64

32. Бэлгийн сулралыг виаграгаар эмчилсэн зарим үр дүн /Д.Нямсүрэн/	68
33. *Марфаны* хам шинжийн тухай асуудалд /Т.Булган, П.Бүрэнжаргал, Цэдэнхүү/	71
34. Бясалгал-хүний тархины тэжээл /Ц.Саранцэцэг, М.Отгон/	73
35. Йога ба эрүүл мэнд /Ц.Саранцэцэг, М.Отгон/	74
36. Эндоскопическая характеристика заболеваний верхнего отдела пищеварительного тракта и трахеобронхиального дерева /Маслов В. И/	77
37. Кровотечение из верхнего отдела желудочно-кишечного тракта (эндоскопические данные) /Маслов В.И/	81
38. Оценка эффективности перитонеовенозного шунтирования у больных с портальной гипертензией и резистентным асцитом /Т.С. Бохян, В.М.Лебезев, В.К.Горев, Г.Д.Гунзынов/	83
39. Тактика после лапораскопической холецистэктомии в раннем послеоперационном периоде /Б.С.Данзанов, В.У.Раднаев, Г.Ф.Жигаев, Г.Д.Гунзынов Б.Ч.Дамдинов/	85
40. Результаты лимфовенозного анастомоза на шее у больных с портальной гипертензией и резистентным асцитом /В.М.Лебезев, Г.Д.Гунзынов, Т.С.Бохян/	87
41. Оперативное лечение ахалазии пищевода /Быков А.Д, Жигаев Г.Ф, Цыбилов Е.Н, Бальжинимаев Б.Ц/	89
42. Симультантные операции у больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки /Е.Н.Цыбилов, М.П.Рябов/	91
43. Релапаротомия её причины и диагностика /С.Нэргүй, О.Ганбат, Л.Амгалан/	94
44. Лапароскопическая холецистэктомия /Г.Нямхүү, С.Нэргүй, Н.Даваадорж/	95

