

ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ЯАМ  
УЛСЫН КЛИНИКИЙН ТӨВ ЭМНЭЛЭГ



**ОНОЛ-ПРАКТИКИЙН  
БАГА ХУРЛЫН ИЛТГЭЛИЙН  
ХУРААНГУЙ  
/XXVI/**

Улаанбаатар  
2001





ЭРҮҮД МЭНДИЙН ЯАМ  
УЛСЫН КЛИНИКИЙН ТӨВ ЭМНЭЛЭГ



**ОНОЛ-ПРАКТИКИЙН  
БАГА ХУРЛЫН ИЛТГЭЛИЙН  
ХУРААНГУЙ  
/XXVI/**

Улаанбаатар  
2001

у

Эмхтгэн хянасан:

*Дэд захирал*

*Дэд доктор*

*Д. Энхбаяр*

*М.Отгон*

Хаяг: Улаанбаатар 210648  
Карл Марксын гудамж 2  
Утас, факс: (976-1 ) 323857, 318007  
e-mail: sccn@magicnet.mn

---

**Өмнөх үг**

УКТЭ бол түүхэн уламжлал ач холбогдлоороо эрдмийн эмнэлэг. Хорин нэгдүгээр зууны анхны жил (2001 он) хорин зургаа дахь ОПБХ-ын илтгэлийн хураангуйг гаргаж байна. Гэвч энэ бол 76 жил хөгжсөн манай эмнэлэг 26 удаа ОПБХ хийсэн гэсэн үг биш. Харин хэн нэгэн эрдэмтний идэвх санаачлагаар ийм чухал хурлын илтгэлийн хураангуйг (1975 оноос болов уу) хэвлэн олны хүртээл болгосноос хойш 30 жил өнгөрч байна гэдэг нь ойлгомжтой. Эрдэм шинжилгээ, судалгаа, туршлага, мэдээлэл дээр тулгуурласан дөчин таван илтгэлийн хураангуй энэ удаа та бүхний гар дээр очиж байна. Энэ оноос эхэлж эмч, эрдэмтэдийн дорвитой бүтээлийг эрдэм шинжилгээний өгүүлэл хэлбэрээр “Эрдмийн бичиг” гаргах болсон нь эрдмийн бүтээлийг хөхүүлэн дэмжих бас нэг алхам болно.

Цаашид уламжлалт бага хурлыг 1-рт жилийн жилд тулгамдсан томоохон асуудлыг тал бүрээс нь судлан дүгнэлт өгөх зарчмыг аль болох барих, 2-рт ОПБХ-ын илтгэлийн хураангуйг хэвлүүлэн зохиогч нарын гар дээр очсоны дараа шүүн хэлэлцэх, 3-рт сайн илтгэлийг урамшуулан цаашид нэг сэдэвт зохиол болгох талаар тусламж, дэмжлэг үзүүлж байх хэрэгтэй байна.

Эмч, багш нарын бүтээлч, судлаач чанарын нэг илтгүүр бол ажиглалт, судалгаа хийж, түүн дээр дүгнэлт өгч, өөрөө өөрийгөө сургаж байгаа явдал гэж зүй ёсоор үнэлэх ёстой.



Профессор Ц. Мухар



**Цөмийн анагаах ухаан  
ба хүний биологи**

*П. Онхуудай, С. Эрдэнэчимэг*

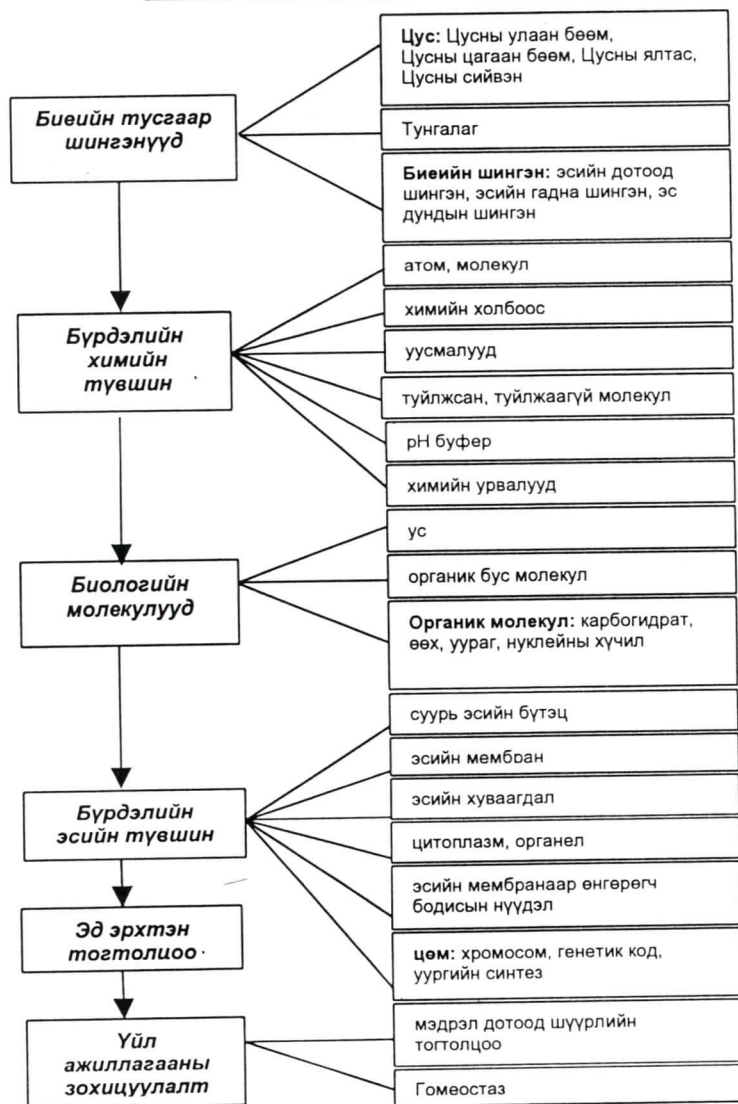
Цөмийн анагаах ухааны үндсийг ойлгоё гэвэл хүний бие махбодын физиологи, химийг сайтар судалсан байх нь зүй. Цөмийн анагаах ухааны шинжилгээ, оношлогоо нь хүний эд, эрхтний үйл ажиллагаа, бүтэцийг дүрслэлээр, хэмжилтээр судалдаг. Эмгэг үйл явцыг эд, эсийн анатомийн өөрчлөлт гарахаас өмнө, үйл ажиллагааны алдагдлын үед оношлох чадвартай.

Дүрслэл физиологийн аргаар хүний эс, эд, эрхтэн тогтолцоог ойлгох нь цөмийн анагаах ухааны оношлогоо шинжилгээний үндэс болно. Энэхүү арга нь цацраг идэвхит изотопыг химийн холбогчтой хэрэглэдэг бөгөөд тэр нь хүний биеийн биологийн элементтэй тусгай замаар харилцан үйлчлэлд ордог. Тэрхүү молекулын химийн ойлголт ба түүний биологийн системтэй харилцан үйлчлэх зам нь цөмийн оношлогооны аргын үндэс суурь болдог юм. Жишээлбэл элгэнд дүрслэл оношлогоо хийснээр элэгний хэвийн болон эмгэг үйл явцыг илрүүлнэ. Үүний тулд элэгний физиологийг мэдсэнээр ямар тусгай радиофармакаг оноон элгэнд аваачих вэ гэдгийг шийдэх ёстой. Элэгний эс –гепатоцит нь цуснаас билирубиныг зайлуулан цус рүү ялгаруулдаг нь HIDA –ийн биохувиарлалт /био-дистрибуаци/-ыг ашиглахад тусалж байгаа юм. Мөн элэг нь залгигч /фагоцит/ эсийг агуулдаг нь элэгний дүрслэл оношлогоонд цацраг идэвхит хүхэрлэг коллоидыг хэрэглэх боломжтой болгож байна.

Хүний бие махбодыг нэг бүхэл бүтэн цогц гэж ойлгоно. Цацраг идэвхит бодисыг биед оруулахдаа нэгэн тусгаарласан эрхтэнтэй бус, бүхэл бүтэн цогцтой харьцаж байна гэсэн үг. Радиофармака нь бүхий л биеэр тархах бөгөөд био хувиарлалтын дагуу, тодорхой эрхтэн, тогтолцоонд илүү давамгайл очсон байх ёстой.

Бүхэл цогц биеийн үйл ажиллагааг ойлгоно гэдэг нь биеийн янз бүрийн “тусгаар шингэнүүд”-тэй холбож ойлгоно. “Тусгаар” юм шиг шингэнүүд гэж үзвэл оношлогоонд ашиглаж буй цацраг идэвхит изотоптой

**Хүний биологийн товчилсон загвар**



холбогдсон олон олон бодисууд нэг тусгаар шингэнээс нөгөө тусгаар шингэн рүү дамжин очиж байдаг.

Хүний бие махбод нь нэг бүхэл цогц гэж ойлгогдох учраас биеийн өвөрмөц хэсгүүдийн эрүүл ёсоороо ажиллах, хамгаалагдах нь мөн л нэг бүхэл бүтэн цогц гэдгээр харилцан зохицуулагдаж байдаг. Эрхтэн буюу эрхтэн тогтолцоо бүр өөрийнхөө үйл ажиллагааг бүхэл бүтэн бие махбодийн төлөө гүйцэтгэнэ.

Жишээ нь:

- Хоол боловсруулах системийг хоолоор хангах
- Уушгийг хүчилтөрөгчөөр хангах
- Зүрх судасны систем эд, эрхтэн рүү тэдгээрийг зөөх үүрэг гүйцэтгэх
- Янз бүрийн ялгаруулах систем нь хорт бүтээгдэхүүнийг зайлуулах.

Бүх дээрх тогтолцооны үйл ажиллагаа нь бие махбод дахь эс бүрийг эрүүл орчинд байлгах үйл явцыг зохицуулж байна. Энэ нь биеийн өвөрмөц хэсгүүд нь бие махбодын бүхэл бүтэн үйл ажиллагааг эрүүл байлгахын тулд хамтран ажилладаг гэсэн үг. Энэ бүх тогтолцооны хяналт, харилцан зохицуулалтын үүргийг мэдрэлийн болон дотоод шүүрлийн тогтолцоо гүйцэтгэнэ.

Биеийн эрүүл орчинг барьж байхын тулд гомеостазис туслаж байдаг.

## **Nuclear Medicine and Human Biology.**

*P. Onkhuudai, S. Erdenechimeg*

This subject aims to give you background knowledge of the physiology and chemistry that is fundamental to understanding nuclear medicine studies. Nuclear Medicine studies are concerned with imaging and /or measuring/ the functional state of various tissues or organs. Pathological processes may alter both anatomical structures and the functioning physiology of tissues and cells that make up those structures. These functional changes may be detected by the nuclear medicine studies before anatomical changes are seen by radiographic studies.

**Цөмийн оношлогоогоор зүрхний  
цусан хангамжийг шинжлэх нь**

*С. Эрдэнэчимэг, П. Онхуудай, Д. Нарантуяа,  
Амаржаргал, Б. Энхтуяа, Ч. Ламжав*

Цөмийн оношлогооны нэг том салбар нь цөмийн кардиологи юм. Зүрхний практикт 1970 оноос эхлэн цөмийн шинжилгээг өргөн ашиглаж эхэлжээ. Өнөөдөр дэлхий нийтэд уг салбар нь эрчимтэй хөгжиж зүрхний практикт голлох үүргийг гүйцэтгэж байна. АНУ-д ойролцоогоор 60 сая хүн зүрхний аль нэг эмгэгтэй бөгөөд, энэ нь 4 хүн тутмын нэг нь титэм судасны эмгэгтэй гэсэн үгээ. Тиймээс өндөр тархалт бүхий энэ өвчнийг оношлох, өвчний явцыг удирдахад цусгүй уг шинжилгээний арга нь чухал үүрэг гүйцэтгэдэг.

Зүрхний цөмийн шинжилгээ нь зөвхөн цусан хангамжийн байдлыг үзээд зогсохгүй, зүрхний булчингийн үйл ажиллагаа, амьдрах чадвар, тавиланг тогтоодог өндөр ач холбогдолтой юм. /D.B.G. Krishna et. Al. 1999, Е.И. Чазов 1982/

Судалгааны зорилго, зорилт, аргачлал:

Зүрхээр өвддөг гэсэн өгүүлэмжтэй хүмүүст зүрхний булчинд гарсан өөрчлөлтийг тогтоох зорилгоор:

- Өгүүлэмжээс өвчинд нөлөөлөх хүчин зүйлүүд байгаа эсэхийг тодруулах;
- Тайван үеийн ЗЦБ нь ачаалал өгөх үед өөрчлөгдөж байгаа эсэх, хэрэв өөрчлөлт байвал цөмийн шингээлтийн өөрчлөлттэй тохирч буй эсэх;
- Цөмийн шинжилгээнд гарсан өөрчлөлтөнд дүн шинжилгээ хийж, оношлогоо ба тавиланд хир ач холбогдолтой болохыг мэдэх зорилтыг дэвшүүлж дараахь аргачлалын дагуу ажлыг явуулав. Үүнд:
- Өвчтөнд нитратыг 18-24 цагийн дотор, Са-ийн эсрэг бэлдмэлийг 72 цагийн дотор,  $\beta$ -блокаторыг 84 цагийн дотор хэрэглэхгүй байхыг зөвлөв.
- Өвчтөнг ЗЦБ-ийн хяналтан дор, эргэлттэй туузан замаар /treadmill/ тэгш талбайгаас өгсүүлэх журмаар

ачааллын хурдыг 5 шаттайгаар нэмэгдүүлэх журмаар гүйлгэв.

- Ачааллын явцад зүрхний цохилтын бай тоог /THR/ насанд нь тохируулан 85%-иар тооцоолж, 8-10mCi Tc-99m Myoview-г судсаар тарив.
- Судсанд тарьснаас 30-45 минутын дараа SPECT камераар ачаалалтай үеийн, түүнээс 4 цагийн дараа давтан 20-25 mCi Tc-99m Myoview-г судсаар тарьж тайван үеийн зургийг /нийт 64x64 хэмжээтэйгээр, 32 төрлийн зураг/ авлаа.

Зүрхний цусан хангамжийг үзэхдээ хөндлөн, хэвтээ, босоо гэсэн 3 тэнхлэгээр зүслэгийг хийж, хөндлөн тэнхлэгийг оройгоос суурь руу, хэвтээг араас өмнөд хана руу, босоог таславчаас хажуу хана руу чиглэлтэйгээ зүсэж, зүслэг болгон дээр дүгнэлт өгсөн болно.

Цөмийн шингээлт хэвийн /100-70%/ бол 4, шингээлт бага зэрэг буурсан /70-50%/ бол 3, илэрхий /50-30%/ бол 2, нилээд их буурсан /30-10%/ бол 1, огт шингээлтгүй /10-0%/ бол 0 буюу "хүйтэн" бүстэй гэж үзлээ.

**Судалгааны үр дүн ба хэлцэмж:**

Нийт 27 хүнд шинжилгээ хийснээс 22 эрэгтэй, 5 эмэгтэй байлаа. Дундаж нас  $49,63 \pm 10.45$  байв.

Судалгаанд хамрагдсан 26 хүн бүгд зүрхээр өвддөг гэсэн зовиуртай, нэг хүн ямар ч зовиургүй, зөвхөн зүүн ховдлын томролттой байв. 7 хүн амьсгааддаг, 5 хүн дотор давчдаж агаар дутагдах мэт болно, зүрх дэлсдэг гэсэн зовиуруудыг хэлж байлаа.

11 хүн нь тамхи татдаг, өөх тос ихтэй хоол хэрэглэдэг, 13 хүнд удамд нь зүрх судасны ямар нэгэн өвчтэй хүн байсан байв. 17 хүний даралт ихэсдэг ба 3 хүн урьд нь зүрхний шигдээс өвчнөөр өвдөж байжээ.

Судалгаанд хамрагдагсадаас зүрх судасны өвчинг үүсгэхэд нөлөөлдөг ямарваа нэгэн эрсдэлийн хүчин зүйлгүй өвчтөн нэг ч байсангүй.

Зүрхний цохилтын бай тоо /THR-85% ба 100%-иар үзэхэд/ дунджаар  $141,26 \pm 17,05$  ба  $171,79 \pm 24,83$  байлаа.

Ачаалалтай бичлэгийг 1 хүн 1, 8 хүн 2, 7 хүн 3, 11 хүн 4, 1 хүн 5-р шатандаа ачааллыг зогсоов.



**Зүрхний ачаалалтай бичлэг дэх өөрчлөлт**

1-р хүснэгт

| Үзүүлэлт | Хугацаа | Хурд /МРН/ | Түвшин /%/ | Зүрхний цохилтын тоо | ST түвшин /мм/ | ST хазайлт mm/sec |
|----------|---------|------------|------------|----------------------|----------------|-------------------|
| Тайван   |         |            |            | 87.9                 | +1.1/-0.6      | +8.8              |
| 1 шат    | 2.57    | 1.7        | 10.0       | 110.4                | +1.4/-0.5      | +12               |
| 2 шат    | 2.47    | 2.5        | 12.0       | 123.6                | +1.6/-0.6      | +17.4/-2          |
| 3 шат    | 2.42    | 3.4        | 14.0       | 144.4                | +1.2/-1.05     | +27.5             |
| 4 шат    | 1.07    | 4.2        | 16.0       | 158.1                | +1.3/-0.3      | +36               |
| 5 шат    | 3.19    | 2.5        | 18.0       | 191                  | +0.5           | +120              |

1 хүн ачааллын 5-р шатанд хүрсэн /цөмийн шингээлт хэвийн байсан/ ба хэвийн үзүүлэлтүүдтэй байлаа. 1 хүн тайван үеийн зүрхний цохилтын тоо 97 байсан ба ачааллын I шатанд хөхрөлт илрэн, THR-ийн /85%/ хэмжээ хэтэрсэн тул зогсоосон болно.

Судалгаанд хамрагдагсадаас 3 хүнд нь зүрхээр өвдөх шинж илэрч, ачаалал THR-85%-д хүрсэнгүй. THR-хүрсэн боловч амьсгаадсан 8, зүрхээр өвдсөн 4, толгой нь эргэж дотор муухайрсан 4, хөхөрсөн 1, ямар нэгэн эмнэл зүйн шинж илрээгүй 11 хүн байлаа.

Ачааллын явцад зүрхний хэм алдагдал ховдлын экстрасистол бүлэглэсэн буюу, бигемини хэлбэрээр, синусын аритми байдлаар илэрч байв.

1 -р хүснэгтээс үзэхэд ачаалал нэмэгдэх тусам зүрхний цохилтын тоо олширон, ачааллыг тэсвэрлэх чанар багасаж байна.

Ачаалалтай бичлэгийг зогсоох үзүүлэлтийн нэг ST сегмент цахилгаан саармаг шугамаас хамгийн дээд зэргээр буюу I шатанд +4.7/-1.1 мм-ээр, II шатанд +5.5/-1.8 мм-ээр, III шатанд +1.8/-1.2 мм-ээр, IV шатанд +2.5/-0.3 мм-ээр дээш, доош шилжсэн байлаа.

2-дугаар хүснэгтээс үзэхэд тайван үеийн ЗЦБ-т эмгэг Q шүд илэрсэн 3, ST сегментийн өөрчлөлттэй 8, Гисийн зүүн хөлний хоригтой 2, баруун хөлний хоригтой 1, хэм алдагдал 2 хүнд илэрсэн байв. ЗЦБ-д огт өөрчлөлтгүй 11 хүн байв.

## Улсын Клиникийн Төв Эмнэлэг

### Technetium 99 mCi Sestamibi шинжилгээг ЗЦБ-тэй харьцуулсан нь

2-р хүснэгт

| Өвчтөн | Хүйс | Нас | Зүрхний шигдээс               | Цусан хангамжийн дутагдал | ЗЦБ /тайван үеийн/                    |
|--------|------|-----|-------------------------------|---------------------------|---------------------------------------|
|        |      |     | /Цөмийн шингээлтээр/          |                           |                                       |
| 1      | Эр   | 48  |                               | inf lat                   | Хэвийн                                |
| 2      | Эр   | 54  |                               |                           | хэвийн                                |
| 3      | Эр   | 43  |                               |                           | Хэвийн                                |
| 4      | Эр   | 52  | Apex ant, lat                 |                           | Ant sep, lat Sep iskh                 |
| 5      | Эр   | 61  |                               | Ant /b/, inf-sep, pos     | Хэвийн                                |
| 6      | Эр   | 55  | Apex, inf /b/                 |                           | inf-apex, lat Sep iskh                |
| 7      | Эр   | 41  | Apex, ant /b/                 | Inf-sep                   | V2-V4 QS inf iskh                     |
| 8      | Эр   | 57  | Ant sep /b/, lat and inf-post | Бүх ханын ишеми           | Гисийн баруун хөлний ориг /Q-хлэлтэй/ |
| 9      | Эр   | 65  | Apex ant, sep                 |                           | V2-V3 QS, V4-5 QRs                    |
| 10     | Эр   | 55  |                               | Ant sep                   | Хэвийн                                |
| 11     | Эр   | 49  | Apex ant lat /b/              |                           | Ant /b/ Sep iskh                      |
| 12     | Эр   | 59  | Ant lat /b/                   |                           | Гисийн зүүн хөлний бүрэн хоригтой     |
| 13     | Эр   | 34  | Apex pos                      | inf-pos                   | III, aVF qR                           |
| 14     | Эр   | 46  |                               | inf-post, sep             | Мерц, экстрасис                       |
| 15     | Эр   | 59  | inf-sep                       |                           | -inf-post Sep iskh                    |
| 16     | Эр   | 49  |                               |                           | Хэвийн                                |
| 17     | Эр   | 39  |                               |                           | Хэвийн                                |
| 18     | Эр   | 59  |                               | inf-post, sep/b/          | Хэвийн                                |
| 19     | Эр   | 46  | Apex                          |                           | Гисийн зүүн хөлний хоригтой           |
| 20     | Эм   | 32  |                               | Sep /b/                   | Хэвийн                                |
| 21     | Эм   | 45  |                               |                           | V3-V5 Sehd iskh                       |
| 22     | Эм   | 41  |                               |                           | inf-pos sep, lat Sep iskh             |
| 23     | Эм   | 43  |                               | A-s /b/, apex             | Ховдлын экстрасистол                  |
| 24     | Эр   | 51  |                               | Sep, inf /b               | Хэвийн                                |
| 25     | Эр   | 45  | Ant-sep/b                     |                           | Septal iskh                           |
| 26     | Эр   | 42  |                               | Sep/b                     | Хэвийн                                |
| 27     | Эр   | 39  |                               |                           | Парок. тахи                           |

Зүрхний шигдээстэй гэж цөмийн шинжилгээгээр оношлогдсон 10 хүний 3 нь ачааллын III шатанд, 6 нь II шатанд, 1 нь I шатандаа ачааллыг зогсоож байлаа. Үүнээс 4 нь толгой эргэнэ, 3 нь зүрхээр өвдлөө гэсэн зовиурын улмаас, 2 нь THR-ын /85%/ хэмжээндээ хүрсэн тул ачааллыг зогсоосон болно.

Зүрхний шигдээстэй нь батлагдсан 10 хүн аравуулаа ачааллыг бүрэн авч чадахгүй эрт шатанд зогсоож байгаа нь шигдээсийн үед зүрхний булчингийн ачааллыг тэсвэрлэх чадвар муудсаныг харуулж байна.

Тайлбар:

|                       |                            |                              |
|-----------------------|----------------------------|------------------------------|
| <b>ant</b> -anterior, | <b>lat</b> -lateral,       | <b>inf</b> -inferior,        |
| <b>/b</b> -basic,     | <b>sep</b> -septum,        | <b>pos</b> -posterior,       |
| <b>iskh</b> -iskhemi, | <b>Sep</b> -subepicardial, | <b>Send</b> -subendocardial. |

Гэтэл зүрхээр өвддөг гэсэн өгүүлэмжтэй боловч ЗЦБ, цөмийн шинжилгээнд өөрчлөлтгүй гарсан хүмүүс ачааллыг өндөр IV,V шат хүртэл авч байлаа. Ачааллыг хэрхэн дааж байгаагаар нь зүрхний булчингийн тэсвэрлэх чанар, булчин ямар байгаа талаар мэдээллийг авч болох нь бидний судалгааны явцад харагдсан.

Цөмийн шинжилгээгээр "Хүйтэн" бүс /давхардсан тоогоор/ хөндлөн-short зүслэгийн орой хэсгийн-өмнөд хажуу хананд 2, өмнөд таславч, өмнөд хананд тус бүр 1, дунд хэсгийн-өмнөд хажуу хананд 2, ар хананд 1, суурь хэсгийн өмнөд хажуу хананд, ар хананд тус бүр 2 тохиолдлоо.

Хөндлөн зүслэгт дунд ба суурь хэсэг хавсран гэмтэх нь элбэг байна.

Дээрх хөндлөн зүслэг дээр гарсан өөрчлөлт бусад 2 зүслэгтэйгээ тохирч байв.

Цөмийн шинжилгээгээр трансмураль шигдээстэй нь батлагдсан 3 хүний ЗЦБ-т эмгэг Q шүд илрээгүй зүүн ховдлын эпикард давхаргын доор тэжээл дутагдлын шинжтэй байлаа. Энэ нь трансмураль шигдээсийн үед эмгэг Q шүд илрэхгүй байж болно гэсэн гадаадын судлаачынхтай тохирч байна /Ю.В.Афончиков 1991, Braunworld 1997/.

ЗЦБ-т тэжээл хэвийн, өөрчлөлтгүй 11 хүний 7 нь зүүн ховдлын тэжээлийн дутагдал буюу далд ишеми илэрлээ. эдгээр 7 хүнд ачаалалтай бичлэг хийх явцад 3 хүнд нь синусын тахикарди, 4 хүнд нь ST сегмент 1.8-2.4

мм хүртэл буурсан болно. Энэ нь эдгээр хүмүүст зүрхний булчингийн далд тэжээлийн дутагдалтай байсныг давхар баталж байна.

Хоёр хүнд хэм алдагдал илэрснээс жирвэгнэх хэм алдагдал ховдлын экстрасистолтой хавсарсан 48 настай эрэгтэйд зүүн ховдлын ар ханын таславчийн тэжээлийн дутагдал, ховдлын экстрасистолтой 43 настай эмэгтэйд өмнөд таславчийн суурь хэсэг ба оройд тэжээлийн өөрчлөлт илэрлээ.

Өвчтөн Г. 56 настай. Багш ажилтай. Цөмийн шинжилгээгээр зүрхний шигдээстэй тэжээл дутагдлын кардиомиопатитай нь батлагдсан.

Өмнө нь зүрхээр хүчтэй өвдөж, амьсгаадаж байгаагүй. Одоо хааяа зүрхээр хүчтэй бус өвдөж, дэлсдэг гэсэн зовиуртай. Аав нь зүрхний өвчтэй байсан. Өөх тостой хоол иддэг, тамхи татдаг, даралт ихэсдэг. Хааяа нэг даралт бууруулах эмийг даралт ихэссэн үедээ хэрэглэдэг.

Үзлэгээр: Өндөр нь 161 см, жин нь 58 кг. Арьс салст ердийн өнгөтэй. Зүрхний авиа бүдэг, хэм жигд шуугиангүй. Зүрхний цохилтын тоо /ЗЦТ/ 1 минутанд 87 удаа. АД 140/95 мм МУБ байлаа.

ЗЦБ-т синусын гаралтай хэмтэй. Хэм нь жигд бус, цөөн тооны зүүн ховдлын экстрасистол илэрнэ. Зүүн ховдол томорсон, ар ханын орой, хажуу хэсгийн эпикард давхаргын доорхи тэжээлийн өөрчлөлттэй.

Аргачиллын дагууд ачааллыг өгөхөд толгой нь эргэн THR-85%-иар 135 удаа болж, ЗЦБ-ын III холболтонд ST сегмент 1.4 мм-ээр буусан тул ачааллыг III шатны явцад зогсоов.

Өвчтөнд зүрхний буулчингийн шингээлт, үйл ажиллагааг үзэхэд хөндлөн зүслэгээр дунд, суурь хэсгийн доод хананд “Хүйтэн” бүс илэрч, хажуу ханын шингээлт дунд хэсэгтээ 2, суурь хэсэгтээ 1 балл байлаа.

Хэвтээ зүслэгийн өөрчлөлт хөндлөн зүслэгийнхтэй тохирч байв. Харин босоо зүслэгт өмнөд хажуу хэсэгт шингээлт 1 балл байлаа.

Ховдлуудын үйл ажиллагааг үзэхэд баруун ховдлын үйл ажиллагаа бага зэрэг буурч, цацалтын үзүүлэлт 34.2% байв. Зүүн ховдлын агшилтын үзүүлэлтийг хана тус бүрээр үзэхэд оройн ба ар ханын



хэсэг агшилтанд оролцохгүй /орой-21%, ар хана 28% /, бусад хануудын хөдөлгөөн багассан /маславч 31%, маславчийн доод хэсэг 22%, хажуу хана 42% байлаа / Зүүн ховдлын цацалтын үзүүлэлт 29% байв/.

MUGA-д зүүн ховдлын орой, ар, хажуу ханын "defect" илэрсэн ба чанарын хяналт /quality control/ хийж үзэхэд энэ батлагдаж, зүүн титэм судасны өмнөд уруудах салаа ба баруун титэм судсаар тэжээгддэг хэсгүүд байлаа.

Цөмийн шинжилгээ хийлгэсэн 3 хүнд ЭхоКГ-ын шинжилгээг хийлгэж үзэхэд 1-д нь аканези ба гипокинезийн бүс илэрсэнгүй, 2-т нь гипокинезийн бүс зөвхөн өмнөд хануудад нь илэрсэн байлаа.

Эдгээрээс үзэхэд цөмийн шинжилгээ нь ЗЦБ ба бусад лаборатори багажийн шинжилгээгээр шигдээсийг таних боломжгүй үед болон зүрхний цусан хангамжийн дутагдал ба шигдээсийг хооронд нь ялгахын чухлыг харуулж байна. Цөмийн шинжилгээгээр чанарын хяналтыг хийж, титэм судасны өөрчлөлттэй байгааг тогтоон, ховдлуудын үйл ажиллагааны байдлыг дэлгэрэнгүй үзэж байгаа явдал нь өвчтөний тавиланг тогтооход чухал ач холбогдолтой юм. ЗЦБ ангиографын шинжилгээгээр өөрчлөлттэй гарсан ч цөмийн шингээлт хэвийн байдал тавилан сайн гэж үзэж болдог.

Үр дүн:

1. Судалгаанд хамрагдагсадаас зүрх судасны өвчинг үүсгэхэд нөлөөлдөг ямар нэгэн эрсдлийн хүчин зүйлтэй өвчтөн нэг ч байсангүй.
2. ST сегментийн шилжилтийн дунджийг үзэхэд тайван үеийнхээс тодорхой хэмжээгээр өөрчлөгдөн шилжиж байгаа боловч 2 мм-ээс илүү хэлбэлзэх нь цөөн байв. Ачаалал нэмэгдэх тусам зүрхний цохилтын тоо олширон, ачааллыг тэсвэрлэх чадвар багасаж байна. Зүрхний шигдээсийн үед зүрхний булчингийн ачааллыг тэсвэрлэх чанар мууддаг байна. Ачааллын үеийн ЗЦБ-т гарч буй ST сегментийн өөрчлөлтийг цөмийн шинжилгээний өөрчлөлттэй харьцуулахад ерөнхийдөө тохирч байна.
3. Цацраг идэвхит бодисын шингээлтээр зүрхний цусан хангамжийн байдлыг үзэх шинжилгээ нь оношлогоо болон тавиланг тогтооход чухал ач холбогдолтой юм.



**Myocardial Perfusion Diagnostic with Nuclear  
Medicine Methods.**

*C.Erdenechimeg, P.Onkhuudai, D.Narantuya,  
Amarjargal, B.Enkhtuya, Ch.Lamjav*

Since the advent of myocardial perfusion imaging in the early 1970s, there have been many advances in the available radionuclides for imaging myocardial perfusion, in the hardware and software for imaging acquisition and analysis, and in imaging protocols.

With the aim of defining changes in heart muscles in patients with heart ailments a study on myocardial perfusion imaging has been undertaken. The study involved 28 persons. The average age of patients was  $49.63 \pm 10.45$ . The involved persons have not got any risk factors, influencing heart disease.

The presence of ST segment depression or evaluation of over 2 mm in stress ECG occurred rarely. The adding of stress resulted in increase of heart rate and BP, but in decrease of myocardial tolerance. The decrease in myocardial tolerance was higher in myocardial infarction.

Myocardial perfusion and MUGA studies are very important for diagnosis, prognosis and management of the disease.

**Монгол улс дахь хөхний өмөнгийн өвчлөл,  
оношлогоо, эмчилгээний асуудал**

*Р. Асай, Н. Нямдаваа, Д. Гончигсүрэн*

Дэлхийн Эрүүл Мэндийн Байгууллагын /1999/ мэдээгээр хөхний өмөнгөөр жилд шинээр 910 000 эмэгтэй өвчилж нийт өмөнгийн 9% эмэгтэйчүүдийн өмөнгийн 18.2%-ийг эзэлж, хөхний өмөнгийн улмаас жилд 390 000 эмэгтэй нас барж нийт хавдрын нас баралтын 12.2%-ийг эзэлж байгаа ба цаашид өсөх хандлагатай гэжээ. Хөхний өмөнгийн өвчлөл илүү хөгжилтэй орнуудад их байна.

АНУ, Канада, Швейцари, Франц, Австрали зэрэг өндөр хөгжилтэй орнуудын 100 000 хүн амд ногдох хөхний өмөнгийн тохиодол 87-100 байна /Н.Н. Трапезников, А.А. Шайн/.

Манай орны хувьд хөхний өмөн төдийлөн их биш гэдэг боловч, 1998 оны эмэгтэйчүүдийн нийт хавдрын 5%-ийг эзэлж, сүүлийн 5 жилд 2 дахин нэмэгдэж цаашид өсөх хандлагатай байна гэжээ /Д. Авирмэд 1998 он/.

Гэвч манай оронд хөхний өмөнгийн талаар хийгдсэн магистрийн /Н.Норовцэрэн 1997, Д. Ягаан 1999/ зарим ажил байгаа боловч түүний өвчлөлийн байдлыг тодруулсан судалгааны ажил өнөө хүртэл хийгдээгүй байна.

Иймээс бид энэ удаад өөрийн орны хүн амын дунд хөхний өмөнгийн өвчлөлийн байдалд дүгнэлт өгөх зорилт тавьсан юм.

#### Судалгааны арга зүй

Сүүлийн 5 жилд /1994-1998/ хорт хавдартай болох нь анх тогтоогдсон Хавдар судлалын төвийн дүн бүртгэлийн тасагт мэдээлэгдсэн эрэгтэй 7132, эмэгтэй 6021 нийт 13158 өвчтөний мэдээлэл, 1997-1998 онуудад хавдар судлалын клиникийн эмнэлэгт анх удаа хэвтэн эмчлүүлсэн 2057 өвчтөний өвчний түүхийг ашиглав.

#### Судалгааны үр дүн

Сүүлийн 5 жилд хорт хавдар онош анх тогтоогдсон эрэгтэй 7132 өвчтөнөөс 2 хүн хөхний өмөнгөөр өвчилсөн нь хорт хавдраар өвчилсөн нийт эрэгтэйчүүдийн өвчлөлийн бүтцэд 0.02% -ийг эзэлж байгаа ба эмэгтэй 6021 өвчтөнөөс 330 хүн хөхний өмөнгөөр өвчилсөн нь 5.4% болж байна.

Харин хорт хавдраар өвчилсөн нийт 13153 өвчтөний 2.52% хөхний өмөнгөөр өвчилсөн нь 100 000 хүн амд 2.82 тохиолдол болж байна.

Хавдар судлалын клиникийн эмнэлэгт 1997-1998 онуудад хорт хавдар өвчнөөр анх удаа 2057 өвчтөн хэвтэн эмчлүүлсэн байна. Хэвтэн эмчлүүлэгсдийн дөнгөж 2.8% нь өвчнийхөө 1-р үед, 12.05% нь 2-р үед, 65.19% нь 3-р үед, 19.93% нь өвчнийхөө 4-р үед хэвтсэн байснаас 1-р үе шатанд хэвтэж эмчлүүлэгсдийн 3.44%, 2-р үе шатандаа хэвтэгчидийн 10.08%, 3-р үеийн өмөнтэй өвчтөний 6.33%, өвчтөний төгсгөлийн шатанд (4-р) орсон өвчтөнүүдийн 5.78%-ийг хөхний өмөнтэй өвчтөнүүд эзлэж байна.

Хөхний өмөн өвчнөөр хэвтэн эмчлүүлсэн нийт 119 өвчтөнийг өвчний үе шатаар ангилахад 1.68% нь 1-р үедээ,

21% нь 2-р үед, 71.42% нь 3-р үед, 5.88% нь өвчнийхөө 4-р үед хэвтэн эмчлүүлсэн байна.

Мэс засалын эмчилгээ хийлгэгсдийн 21.60%, туяа эмчилгээ хийлгэсэн өвчтөнүүдийн 1%, хавсарсан эмчилгээний 16.66%, бүрдмэл эмчилгээний 2.28%, шинж тэмдгийн эмчилгээний 1.41%-ийг хөхний өмөн эзэлсэн байна.

Харин хөхний өмөнгийн улмаас хэвтэн эмчлүүлсэн 119 өвчтөнд хийгдсэн эмчилгээний хэлбэрийг сонирхоход тэдний 74.78% мэс заслын, 5.88% туяаны, 3.36% хавсарсан, 10.08% бүрдмэл, харин 5.88% нь шинж тэмдгийн эмчилгээ хийлгэсэн байна.

Дүгнэлт.

1. Манай улсад хорт хавдраар өвчлөгсөдийн 2.52%, хорт хавдартай эмэгтэйчүүдийн 5.48%-ийг хөхний өмөн эзэлж байгаа ба 100 000 хүн амд хөхний өмөн 2.82 тохиолдолтой байна.

2. Хөхний өмөнгийн 71.42% нь өвчний 3-р үед оношлогдож дөнгөж 1.68% 1-р үедээ оношлогдож байгаа нь уг өвчнийг эрт илрүүлэх, оношлох, скрининг аргыг цаашид нэвтрүүлэхэд анхаарах шаардлагатайг харуулж байна.

**Breast cancer Morbidity of Mongolia**

*N.Nyamdavaa, R. Asai, D. Gonchigsuren*

The National Cancer Centre were covered to the given study 7132 of them male and 6021 of them female of total 13158 cancer patients were treated in the last five years (1994-1998).

Breast cancer patients were occupied 2.52% of all 13153 cancer patients. It seems that in the 100 000 population have 2.82 cases breast cancer.

In the Cancer centre 2057 cancer patients were treated in the years of 1997-1998. In this patients 119 of the breast cancer were diagnosed 1<sup>st</sup> stage 1.68%, 2<sup>nd</sup> stage 21%, 3d stage 71.42%, 4<sup>th</sup> stage 5.88% patients.

**Бүдүүн гэдэсний түгжрэлийн үе дэх мэс  
заслын эмчилгээ, түүний хүндрэлээс  
урьдчилан сэргийлэх асуудалд**

*Н. Даваацэрэн, У. Туяабаяр, Э. Бат-Өлзий*

Бид УКТЭмнэлэгийн БШГМЗКлиникт 1999 оноос 2001 оны 06 сар хүртэлх мэс засал хийгдсэн 133 өвчтөнд судалгаа хийлээ. Үүнээс эрэгтэй 64, эмэгтэй 69 байв. Өвчлөгсөд нь 20-69 насны хүмүүс зонхилж байв. Түгжрэлийн байрлалыг хагалгааны өмнөх бодит үзлэг, ирригоскопия, ЭХО болон бусад шинжилгээгээр тодруулан тогтоосныг авч үзвэл махир гэдсэнд 28.9%, шулуун гэдсэнд 27%, мухар гэдсэнд 13.5% байлаа. Түгжрэлийн шалтгаан нь бөглөрөх 76.6%, боймлогдох 4.7%, саажилтын түгжрэл 8.2%, наалдаст түгжрэл 10.5% байна. Бид мэс заслын өмнө бодисын солилцоо, гемодинамикийн өөрчлөлтийг клиник болон биохимийн шинжилгээнд тулгуурлан хордлого тайлах, халдвараас урьдчилан сэргийлэх антибиотик эмчилгээг 5-7 хоног хийж, харин яаралтай мэс засалд орох үед хурдавчилсан бэлтгэлийг унтуулагч эмчтэй хамтран хийж байв. Мэс заслын үед гэдэсний саажилт болон наалдаст түгжрэлээс урьдчилан сэргийлж хамраар нь болон нарийн гэдсэнд нь хаймсуур тавьж, эмийн эмчилгээг хавсран хэрэглэж байлаа. 133 өвчтөн мэс засалд орж 104 өвчтөнд төгс хагалгаа хийгдэж нас баралт 9.7% байлаа. Туслах чанарын мэс засал 29 өвчтөнд хийгдэснээс нас баралт 1.5% байлаа. Хагалгааны дараах хүндрэлийг шалтгаанаар нь авч үзвэл шарх идээлэх 12.8%, гэдэсний цооролт 6%, гялтантас 8.2%, оёдол тавигдах 5.2% зонхилж байв.

Дүгнэлт:

1. Бүдүүн гэдэсний түгжрэлийг эрт оношлох, эмчлэх нь хагалгааны дараах хүндрэлийг бууруулах ач холбогдолтой байна.
2. Хагалгааны дараах хүндрэл нь түгжрэл үүсгэгч өвчин, даамжирсан байдал, хагалгааны өмнөх бэлтгэл, явц, хагалгааны дараах эмчилгээ асаргаанаас шалтгаалж байна.

*-1016-*



**Title Surgery Treatment in the Process  
of Large Intestinal Obstruction and the Problems  
to prevent from it's difficulties**

*N. Davaatseren, U. Tuyabayar, E. Bat-Ulzii*

The authors made research in 133 patients who have large Intestinal Obstruction-When we discovered the obstruction with position, the Sigmoid Colon was 28.9%, Rectum 27%, Cecum 13.5%. The etiology have been show this result: Obstructive Obstruction 10.5%. Radical Surgery Treatment for 104 patients and Palliative Surgery Treatment for 29 patients were operated. After the Surgery, the Mortality was 11.2%.

**Бикарбонат болон ацетат уусмалууд  
бөөрний архаг дутагдалтай /БАД/ өвчтэй  
хүмүүсийн диализ эмчилгээнд хэрэглэсэн  
үр дүнгийн байдал**

*Б. Бямбадаш, Х. Гэлэгжамц, Р. Хурцбаяр*

Зорилт:

1. Диализийн бикарбонат болон ацетат уусмалуудыг эмчилгээнд хэрэглэж үр дүнг харьцуулан судлах
2. Өөрийн оронд бэлтгэсэн бикарбонат уусмалыг эмчилгээнд туршиж, цаашид байнга хэрэглэх боломжийг судлах
3. Бикарбонат уусмалыг эмчилгээнд хэрэглэх үед өвчтөнд гарах эмчилгээний үр дүн ба сөрөг талыг клиник болон лабораторийн шинжилгээгээр судлан үр дүнг тооцох
4. Цаашид бикарбонат диализийг явуулах шаардлага бүхий тодорхой судалгаа санал боловсруулахад оршино.

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

Сүүлийн жилүүдэд дэлхийн олон орнуудын гемодиализийн төвүүдэд БАД өвчтэй хүмүүсийн диализ эмчилгээнд ихэвчлэн бикарбонат уусмалыг хэрэглэдэг болсон.



**Ацетатын диализ**

Хүснэгт 1

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

**Бикарбонат диализ**

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

Төлөвлөгөөт гемодиализ эмчилгээг ацетат ба бикарбонат диализийн уусмал хагас нэвтрүүлэх чанар бүхий шүүлтүүрийг ашиглан цусны урсгалын хурдыг 200 мл/мин-аас илүүгүйгээр тохируулан явуулдаг.

Манай оронд 1975 оны 12 сараас эхлэн ихэвчлэн ацетат уусмалаар эмчилгээг явуулж ирсэн. 2000 он гарсаар Герман улсын Braun пүүсийн /Dialog/ аппаратыг

суурилуулан ашиглаж эхлэснээр гемодиализ эмчилгээг дээрх хоёр уусмалаар сонгон явуулах нөхцөл бололцоо бий болсон юм. Уг хоёр уусмалын найрлагыг хүснэгт 2-оор харууллаа.

**Ацетат ба Бикарбонат уусмалын найрлага**

Хүснэгт 2.

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

БАД оноштой 30 өвчтөнд бикарбонат уусмалаар гемодиализ эмчилгээг явууллаа. Уг эмчилгээний үед цусны урсгалын хурд 180-200 мл/мин-ын хооронд байсан ба 4 цагийн туршид дунджаар 48 литр цус цэвэрлэж байв. Иймээс диализийн өмнө хойно өвчтөний цусан дахь мочевиныг үзэн, улмаар мочевины бууралтын түвшинг тодорхойллоо.

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

$$URR = \frac{U_{pre} - U_{post}}{U_{pre}} * 100 \geq 65\%$$

U<sub>pre</sub>- Гемодиализийн өмнөх мочевины концетраци

U<sub>post</sub>- Гемодиализийн дараах мочевины концетраци

Үүнд хамгийн бага үзүүлэлт 37.2%, хамгийн их үзүүлэлт 75.9% тус тус гарч байна. Бикарбонат уусмалаар диализ эмчилгээг явуулах үед мочевины түвшин ацетат уусмалаар уг эмчилгээг явуулснаас илүү буурдаг нь судалгаагаар батлагдсан бөгөөд мочевины индекс 65%-иас дээш байвал уг эмчилгээний үр дүн сайн байгааг

харуулах гол үзүүлэлт болдог байна. Иймд дээрх үзүүлэлтүүдийг дунджаар авч үзэхэд 55% орчим байгаа нь манайд диализ эмчилгээний үр дүн боломжийн түвшинд байна гэж дүгнэж болох юм.

Дүгнэлт:

1. Ацетат болон бикарбонат уусмалуудаар гемодиализ эмчилгээг явуулж үр дүнг нь харьцуулан үзэхэд бикарбонат уусмалын диализ эмчилгээ нь илүү үр дүнтэй болох нь клиник, лабораторийн судалгаагаар батлагдаж байна.
2. Хими, хими технологийн хүрээлэнд үйлдвэрлэсэн бикарбонат диализийн уусмал нь диализ хийх шаардлагыг хангах боломжтой болох нь харагдлаа.
3. Бикарбонат диализ нь ацетат диализтай харьцуулахад эмчилгээний явцад гарах элдэв хүндрэл гаж нөлөөгөөр харьцангуй бага байна.

**Chronic renal failure**

With diagnosis 30 patients have treated hemodialysis treatment for 4 hours by bicarbonate of sodium solution. During the treatment, blood canal was 180-200 mm/minutes and 48 liter blood has been cleaned for 4 hours. In pre and post dialysis, urea in blood of patients was checked and then was defined urea reduction rates. The minimum indices was 37.2% and maximum was 75.%. So means average indices was about 50%. Therefore, concluded the result of the treatment is opportunity in Mongolia.

**Эрэгтэй хүний шээсний сүвний нарийслыг  
рентген давхар тодосгогчтой  
аргаар шинжлэх асуудал.**

*И. Ганбаатар, Л. Жаамаа, Д. Баян-Өндөр, Б. Даш*

УКТЭ-ийн бөөрний мэс заслын амбулаторид үзүүлсэн ба тасагт хэвтэж эмчлүүлсэн 19-76 насны 52 хүнд дээрх шинэ аргаар шинжилгээг хийлээ. Эдгээрээс 19-68 насны 32 хүнд гэмтлийн гаралтай сүвний нарийсал, 24-76

насны 20 хүнд бэлгийн замын халдварт өвчний дараагаар үүссэн сүвний нарийсал оношлогдсон.

*Нарийсалд хүргэх шалтгаан:*

1. Гэмтлийн гаралтай нарийсал элбэг тохиолдож байна.
2. Бэлгийн замын халдварт өвчин заг хүйтнээр, өвчилсний дараагаар үүссэн нарийсал.

Энэ хэлбэрийн нарийсал хамгийн залуу нь 24 насны 1 хүнд бусад нь 55-76 насны хүмүүст оношлогдсон.

*Энэ аргын давуу тал:*

1. Тодосгогч бодисыг наалдамхай чанартай болгосноор сүвний хана ялангуяа нарийссан хэсэгт нягт наалдаж удаан саатаж сайн тодруулж өгч байна.
2. Рентген телевизийн хяналтын дор уг шинжилгээг явуулснаараа эмч шинжилгээний явц дарааллыг нарийн хянах бололцоотойгоос гадна нарийссан хэсгийн зургийг өөрсдийн сонгосон байрлалаар авах боломжтой.
3. Шинэ аргаар шинжилгээг хийснээрээ хүндрэл бага гардаг, уретровенозный рефлекс ховор тохиолддог, эмболи үүсдэггүй болохыг нотолсон.
4. Давхар тодосгогчтой арга нь нарийссан хэсгийн талаар өндөр мэдээлэл өгч байна.

### **Double contrasted retroplevumourethrography of urethral stricture**

*I. Ganbaatar, L. Jaamaa, D. Bayan-Undur, B. Dash*

This method have following advantages:

1. Contrast becomes stricky and therefore it glues in the urethral wall narrowly. Contrast stays and defermines particularly in the strictured part.
2. Physician has possibility to control under X-ray display to choose the necessary position for urethrography.
3. This new method has less complications such as urethral-venous reflux and embolization.
4. Double contrasted retronevumourethrography is more in formative method for urethral stricture.



**Давсагны хавдрын асуудалд**

*Д. Баян-Өндөр, М. Намсрай*

Бидний судалгаанд УКТЭ-ийн Бөөрний мэс заслын клиникт 1989-2000 он хүртэлх хугацаанд давсагны хавдар оношоор эмчлүүлсэн 19-83 насны нийт 206 өвчтөн хамрагдлаа.

Дүгнэлт:

1. Давсагны хавдар өвчнөөр эрэгтэйчүүд эмэгтэйчүүдээс 3 дахин илүү өвддөг байна (72%:28%). Эдгээр өвчтөнүүдийн дундаж нас эрэгтэйчүүдэд 58.7, эмэгтэйчүүдэд 62.2 байгаа ба сүүлийн 5 жилд 45%-иар ихэссэн байна.
2. Давсагны хавдрын байрлал ихэвчлэн зүүн, баруун хажуу хана, хүзүү, Льетогийн гурвалжинд тохиолдож байна.
3. Давсагны хавдартай 106 өвчтөнийг мэргэжлээр судлахад 25.4% нь (моторчин, жолооч, химийн багш, лаборант) тодорхой хэмжээгээр хортой бодистой ажиллаж байсан байна.

**Some problems of urine bladder tumor**

*D. Bayan-Undur, M. Namsrai*

1. The bladder tumor occurs in men more often than in women (3:1) 72.8%:28%. It is most commonly diagnosed in the average age of 58.7 years old of men, and 62.2 years old of women. In the past 5 years number of patients have been increasing in 45% and their average age 5 years younger.
2. Bladder tumor is most commonly located in left, right lateral areas, in the neck of bladder and in the trigonum of Letto.
3. 25.4 % of total 106 patients had been worked in some toxic condition.

**Шээсний сүвэнд гуурс, сэтгүүр  
тавихад ШЕШ-д нөлөөлөх нь**

*Ж. Нарантуяа, Д. Баян-Өндөр, Н. Нансалмаа*

Нийт 53 өвчтөнд шээсний сүвээр гуурс тавьж үлдэгдэл шээс үзэхэд гуурс тавьсан агшинд өвчтөний 28.3%-д шээсний сүвээр ямар нэг хэмжээгээр цус гарч байсан. Гуурс тавихаас өмнө ба дараах үед авсан ШЕШ-г харьцуулахад 26.4% лейкоцит багассан, 28.3% Ег ихэссэн байна. Мөн шинжилгээний 22.6%-д уураг ихэссэн, 3.7%-д уураг багассан байна.

Энэ судалгаанд үндэслэн доорхи дүгнэлтэнд хүрч байна:

1. Шээсний сүвээр тавьсан гуурс, сэтгүүр, дурангийн ажилбар нь шээсний сүвний салстыг гэмтээж, шээсний өгсөх замын халдварын нэг шалтгаан болдог байна.
2. БМЗ-ын хагалгааны гол заалт болох үлдэгдэл шээсийг шээсний сүвээр гуурс тавилгүйгээр ЭХО-сонографийн тусламжтайгаар тодорхойлох шаардлагатай.

**Influence of transurethral catheterization and  
dilatation over urinal ysis**

*J.Narantuya, D. Bayan-Undur, N. Nansalmaа*

1. Transurethral catheterization, dialatation and endoscopic procedures carry risk of urethral injury and that manipulations often consider the common cause of ascending urinoиnfection.
2. We need assess the residual urine by ultrasound and do not assess by simple catheterization.

**Эпилепсийн стационарын  
өвчлөлийн асуудалд**

*Н. Гансүх, Д. Баясгалан*

УКТЭ-ийн МСК-т хэвтэн эмчлүүлэгсдийн 1996-2000 оны хоорондох 5 жилийн 4500 өвчтөний түүхэнд судалгаа хийж үзэхэд уналт таталтын өвчнөөр эмчлүүлсэн 160

## **Улсын Клиникийн Төв Эмнэлэг**

өвчтөн (3.6%) байв. Оноор нь авч үзвэл, 1993 онд 15 өвчтөн (9.4%), 1997 онд 29 өвчтөн (18.1%), 1998 онд 34 өвчтөн (21.3%), 1999 онд 38 өвчтөн (23.8%), 2000 онд 44 өвчтөн (25%) тус тус эмчлүүлсэн байна. Нийт хэвтэн эмчлүүлэгч нас, хүйсний байдлаар эр-84 (52.5%), эм-76 (47.5%) байв. Дээрхи 160 өвчтөнгөөс эпилепси оноштой 55 (34.4%), шинж тэмдгийн эпилепситэй 105 (65.6%), үүнээс: тархины органик өвчний суурин дээр үүссэн эпилепситэй 20 (12.5%), эпилепсийн хам шинж оноштой 5 (3.1%) байв.

### **Хоёрдогч эпилепсийн шалтгаан**

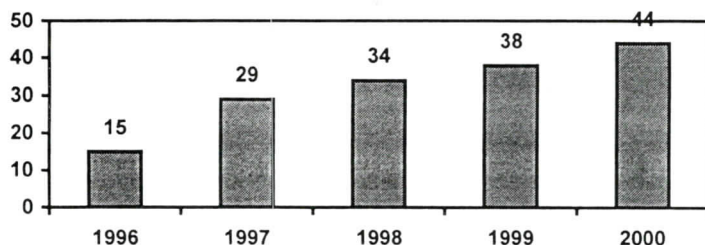
| Шалтгаан                   | Уналтын хэлбэр |        |                   |      |
|----------------------------|----------------|--------|-------------------|------|
|                            | Ерөнхий уналт  |        | Хэсэгчилсэн Уналт | Бүгд |
|                            | ХЧТ            | Абсапс |                   |      |
| Наалдац                    | 8              |        | 3                 | 11   |
| Г.Т. гэмтэл                | 46             | 1      | 6                 | 53   |
| Т.С-ийн эмгэг              | 26             | 1      | 4                 | 31   |
| Мэдрэлийн хавдар           | 3              |        | 2                 | 5    |
| Тархины эзэлхүүний процесс | 3              | 1      | 1                 | 5    |

Анхдагч эпилепсийн уналтын хэлбэр:

1. Ерөнхий уналт
  - ХЧТ-32
  - Абсапс-3
2. Хэсэгчилсэн уналт-20

Хоёрдогч эпилепсийн шалтгааныг үзэхэд гавал тархины гэмтэлийн шалтгаан ихэнх хувийг эзэлж байна.

I. Эпилепси өвчний тохиолдлын тоог оноор нь авч үзвэл:

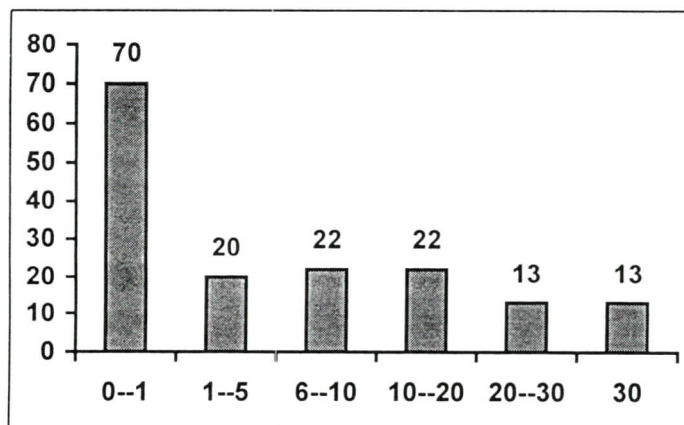


II. Нас хүйсний бүлэг

| Нас<br>Хүйс | Насны бүлэг |       |       |       |       |                | Нийт |
|-------------|-------------|-------|-------|-------|-------|----------------|------|
|             | 18-20       | 21-29 | 30-39 | 40-49 | 50-59 | 60-аас<br>дээш |      |
| Эр          | 3           | 28    | 30    | 14    | 7     | 4              | 86   |
| Эм          | 11          | 17    | 21    | 10    | 9     | 6              | 74   |
| Бүгд        | 14          | 45    | 51    | 24    | 16    | 10             | 160  |

III. Уналт эхэлснээс хойш эмчлүүлж байгаа хугацаагаар нь үзвэл: (жилээр)

Т/т



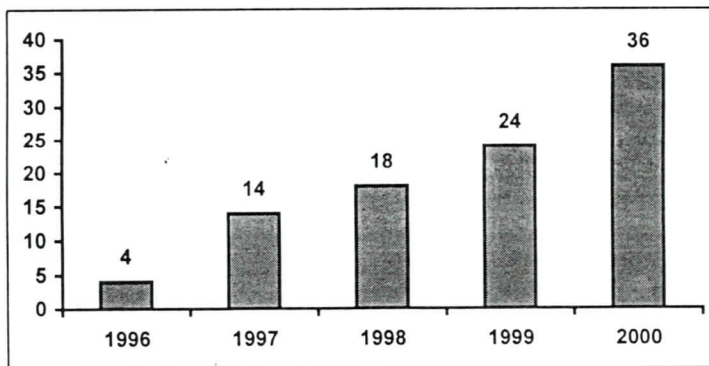
Уналтын хэлбэрийн хувьд: ерөнхий уналттай 124, үүнээс ХЧТ..., абсапс-11, хэсэгчилсэн уналттай-36, статуст орсон –6 байв.

Уналтын тооны хувьд:

|                           |    |
|---------------------------|----|
| - анх уналт өгөөд хэвтсэн | 5  |
| - өдөр бүр уналттай       | 10 |
| - 7 хоногт 1-2 уналттай   | 22 |
| - сард 2-3 уналттай       | 45 |
| - сард 1 уналттай         | 36 |
| - улиралд 2-3 уналттай    | 10 |
| - улиралд 1 уналттай      | 8  |
| - жилд 2-3 уналттай       | 8  |
| - жилд 1 удаа уналттай    | 6  |

Нийт өвчлөгсдийн 55.6% буюу 89 өвчтөнд ЭЭГ-ийн шинжилгээ хийгдсэн байв. Үүнээс 60 өвчтөнд ЭЭГ-д эпилептоид идэвхжил гарсан байна.

#### **IV. ЭЭГ-ийн шинжилгээ хийлгэсэн байдлыг авч үзвэл:**



#### **Дээрхээс дүгнэхэд:**

- Өвчтөний ихэнх тохиолдол нь өвчин эхэлсэн эхний жилдээ ирж эмчлүүлсэн байгаагаас үзхэд өвчнийг эрт үед нь оношлож илрүүлэх, эпилепси үүсэхээс урьдчилан сэргийлэх, эмчилгээг хийхийн тулд эпилептологч эмч нарыг бэлдэж, эпилепсийн төв байгуулах



- Эпилепси өвчнийг оношлох гол шинжилгээ нь ЭЭГ бөгөөд ЭЭГ-д давамгайлж илрэх давтамжууд тэдгээрийн тодорхой өөрчлөлтүүд дээрх эпилепсийн эрсдэлт хүчин зүйлийн хамаарлыг тогтоох, эмчилгээ, эдгэрэлтийн үр дүнг хянахад чухал ач холбогдолтой тул мэргэжлийн ЭЭГ-ийн мэргэжилтэн (нейрофизиологч) зайлшгүй шаардлагатай нь харагдаж байна.

**Бүдүүн гэдэсний түгжрэлийн үе дэх мэс  
заслын эмчилгээ, түүний хүндрэлээс  
урьдчилан сэргийлэх асуудалд**

*Н. Даваацэрэн, У. Туяабаяр, Э. Бат-Өлзий*

Бид ЭКТЭ-ийн БШГМЗКлиникт 1999 оноос 2001 оны 6-р сар хүртэлх мэс засал хийгдсэн 132 өвчтөнд судалгаа хийлээ. Үүнээс эрэгтэй 67, эмэгтэй 67 байв. Өвчлөгсөд нь 20-69 насны хүмүүс зонхилж байв.

Түгжрэлийн байрлалыг хагалгааны өмнөх бодит үзлэг, ирригоскопия, колоноскопия, ЭХО болон бусад шинжилгээгээр тодруулан тогтоосныг авч үзвэл махир гэдсэнд 28.7%, шулуун гэдсэнд 23.4%, мухар гэдсэнд 15.9% байлаа. Түгжрэлийн шалтгаан нь бөглөрөх 78.2%, боймлогдох 6.2%, наалдаст түгжрэл 15.6% байна. Бид мэс заслын өмнө бодисын солилцоо, гемодинамикийн өөрчлөлтийг клиник болон биохимийн шинжилгээнд тулгуурлан хордлого тайлах, халдвараас урьдчилан сэргийлэх антибиотик эмчилгээг 5-7 хоног хийж, харин яаралтай мэс засалд орох үед хурдавчилсан бэлтгэлийг унтуулагч эмчтэй хамтран хийж байв.

Мэс заслын үед гэдэсний саажилт болон наалдаст түгжрэлээс урьдчилан сэргийлж хамраар нь болон нарийн гэдсэнд нь хаймсuur тавьж, эмийн эмчилгээг хавсран хэрэглэж байлаа. 132 өвчтнөөс 130 нь мэс засалд орж 98 өвчтөнд төгс хагалгаа хийгдэж нас баралт 18.3% байлаа. Туслах чанарын мэс засал 41 өвчтөнд хийгдэснээс нас баралт 4.7% байлаа. Хагалгааны дараах хүндрэлийг шалгаанаар нь авч үзвэл шарх идээлэх 7.5%, гэдэсний цооролт 6.6%, цус алдалт 2.2%, гялтангас 6.8%, гэдэсний түгжрэл 2.3%, бусад 3.2% байсан.

**Дүгнэлт:**

1. Бүдүүн гэдэсний түгжрэлийг эрт оношлох, эмчлэх нь хагалгааны дараах хүндрэлийг бууруулах ач холбогдолтой байна.
2. Хагалгааны дараах хүндрэл нь түгжрэл үүсгэгч өвчин, даамжирсан байдал, хагалгааны өмнөх бэлтгэл, явц, хагалгааны дараах эмчилгээ асаргаанаас шалтгаалж байна.

**Surgery Treatment in the Process of  
Large Intestinal Obstruction and the  
Problems to prevent from it's difficulties**

*N. Davaatseren, U. Tuyabayar, E. Bat-Ulzii*

The authors made research in 132 patients who have large Intestinal Obstruction. When we discovered the obstruction with position, the Sigmoid Colon was 28.7%, Rectum 23.4%, Cecum 15.9%. The etiology have been show this result: Obstructive Obstruction 78.2%, Strangulation Obstruction 6.2%, Commissural Obstruction 15.6%. Radical Surgery Treatment for 98 patients and Palliative Surgery Treatment for 41 patients were operated. After the Surgery, the Mortality was 23%.

**Дэлүү авах мэс заслын асуудалд**

*Б.Гоош, Н.Даваацэрэн, Б.Мөнхтоогоо, Б.Ганболд*

Дэлүүний олон төрлийн эмгэгийн улмаас зайлшгүй шаардлагаар дэлүү авах мэс засал хийж байна. Дэлүү нь хүний дархлааны тогтолцоонд чухал үүрэгтэй эрхтний хувьд дэлүү авсаны дараа өвчтөнд дархлаа хомсдлын хам шинж илэрч улмаар идээт эмгэгт амархан нэрвэгдэж цусан үжил болдог тухай олон судлаачид бичиж түүнээс урьдчилан сэргийлэх олон аргыг туршин хэрэглэж байгаагийн дотороос нилээд үр дүнтэй зардал багатай хямд, хийхэд хялбар арга нь авсан дэлүүний хэсгийг өөрт нь эргүүлэн суулгах мэс засал гэж үзэж байгаа юм байна.

Орчин үеийн мэс заслын эмчилгээний гол чиг хандлага нь эрхтэн хадгалах мэс засал голлох болсны

дээр дэлүүг авсаны дараа түүний гүйцэтгэж байсан үүргийг нөхөхийн тулд иммуны бэлдмэл нэг хэсэг хугацаанд хэрэглэх шаардлага гардагийн зэрэгцээгээр идээт хүндрэл гарсан тохиолдолд түүний эмчилгээнд ихээхэн зардал гарч эмнэлэг болон хувь хүн багагүй хохирол амсдаг нь тодорхой юм.

Манай орны хувьд ямар нэгэн шалтгаанаар дэлүү авах мэс засал хийсний дараа өвчтөнд аутоспенотрансплантац хийх хагалгаа бараг хийгдэхгүй байгаа нь учир дутагдалтай юм.

УКТЭ-ийн мэс заслын тасагт 1985-1999 онуудад 56 өвчтөнд дэлүү авах мэс засал хийсэн байна. Дэлүү авахуулах мэс засал орсон өвчтнүүдийн хүйсний харьцаа бараг адил 51.79% нь эрэгтэй, 48.21% нь эмэгтэй байсан бөгөөд насны хувьд 20-39 насны хүмүүс ихэнх хувийг (57.14%) эзэлж байлаа.

Элэгний архаг үрэвсэл, циррозын улмаас дэлүү томорч гиперспленизмийн шинж илэрсэн 36 (64.29%), дэлүүний венийн тромбозтой 6 (10.71%), дэлүүний бэтэгтэй 5 (8.93%), цусны өвчний улмаас дэлүү томорсон 3 (5.36%), дэлүүний хавдартай 4 (7.14%), дэлүүний гэмтэл, буглаатай тус бүр нэг өвчтөнд дэлүү авах мэс засал хийжээ.

Дэлүү авахуулсан өвчтөнүүдийн 50 гаруй хувь нь 30-аас дээш хоног хэвтэн эмчлүүлсэн, 87.5% нь хагалгааны дараа ямар нэгэн хэмжээгээр халуурч антибиотик эмчилгээ хийгдсэн байна. Идээт хүндрэл, цусан үжил болж нас барсан тохиолдол гараагүй.

Энэ хугацаанд авсан дэлүүнээс нь суулгавар бэлтгэн аутоспенотрансплантац нэг өвчтөнд хийсэн нь үр дүнтэй болсон.

Аутоспенотрансплантац хийх аргачлал боловсруулах, клиникт нэвтрүүлэх зорилгоор туршилтын амьтанд дэлүүний эд суулгах туршилтын мэс засал хийн туршиж байна.

Тодорхой шалгуур баримтлан авсан дэлүүнээс нь нарийн аргачлалын дагуу суулгавар бэлтгэн өвчтөнд эргүүлэн суулгах мэс засал хагалгааны үед хийж байх шаардлагатай байна.

**The problems of splenectomy.**

*B. Goosh, N. Davaatseren, B. Munkhtogoo, B. Ganbold*

In between 1985-1999 years our doctors did the splenectomy in 56 patients. In 64.29% patients had the splenomegaly as regards echococcus, trombosis splenic vein, haemamologic disease, and splenic tumor.

We need to do the autosplenic transplantation in time splenectomy if we have possibility.

**Ходоод, дээрх гэдэсний шархлааны  
хүндрэлийн өнөөгийн байдал, түүний  
мэс заслын эмчилгээний үр дүн**

*Б. Гоош, О. Сэргэлэн*

Ходоод, дээрх гэдэсний шархлаа хөгжингүй орнуудад түүх болон үлдэж буй ч хөгжиж буй орнууд болон Монголд харин ч нэмэгдэх хандлагатай байна. ЭМЯ-ны дүн бүртгэлийн судалгаагаар 1990 онд 10 000 хүнд 5.1%-ийн өвчлөлтэй байсан бол 1999 онд 13.98% болж өсчээ. Өвчлөлийн өсөлтөө дагаж хүндрэл болон хагалгааны тоо ч эрс нэмэгдсэн. 1990 онд жилд 29 хагалгаа хийгддэг байсан бол 1999 онд 117 болж даруй 4.1 дахин ихэссэн байна. Үүнтэй уялдан хот хөдөөгийн нэгдсэн эмнэлгүүдэд яаралтай болон төлөвлөгөөт журмаар ходоодны хагалгаа хийгдэх нь олширч, хагалгааны дараах үхэл, хүндрэл буурахгүй байгаад бид дүгнэлт хийж ходоод, дээрх гэдэсний шархлааны хүндрэлийн эмчилгээнд эрхтэн хадгалах, хөнгөвчлөх хагалгаа хэрэглэх онолын чигийг эрхэмлэн, манай боловсруулсан хагалгааны арга, тактик баримтлах нь хот хөдөөгийн мэс заслын салбарт эмчилгээний үр дүн сайжрахын үндэс болсон юм.

Судалгааны зорилго:

Манай оронд тохиолдож байгаа ходоод, дээрх гэдэсний шархлаа өвчний байдал, хүндрэлийн давтамж, хэлбэр, түүнд нөлөөлж буй хүчин зүйл, оношлогоог судалсны үндсэн дээр мэс заслын эмчилгээг төгөлдөржүүлж үр дүнгий нь сайжруулах арга зам боловсруулах зорилго тавьж ажиллаа.



Үр дүн:

Бидний судалгаанаас ходоод, дээрх гэдэсний шархлаагаар ид хөдөлмөрийн насны хүмүүс 5-8% (30-49 насанд) өвчилж, эрэгтэйчүүд (82.6%) ихэнх хувийг эзэлсэн. Өвчтөний дунд явуулсан асуулгаар ходоод, дээрх гэдэсний шархлааны хүндрэлд манай нөхцөлд голлон нөлөөлж буй хүчин зүйлд архийг замбараагүй уух (40.98%-60.29%), архаг тамхичин (50.81%-78.94%), болон монгол хүний хоолны дэглэм баримталдаггүй байдал, 97% ялангуяа унтахын өмнө хэт их хоол идэх нь нөлөөлдөг байна.

Мэс заслын эмчилгээ

Шархлааг оёх-энэ хагалгаа нь төгс бус арга гэдэг нь хэн бүхэнд ойлгомжтой. Шархлааг оёсноор шалтгааны эсрэг болон эмгэг жамын эсрэг эмчилгээ болж чадахгүй. Гэвч өвчтөний амийг аврах талдаа илүү юм.

1. Бид 45 (29.41%) өвчтөнд ходоод, дээрх гэдэсний шархлааг оёх, өөлж оёх аргыг хэрэглэсэн. Хагалгааны энэ арга нь техникийн хувьд хөнгөн, хагалгаанд урт хугацаа шаардахгүй, ялангуяа хагалгааны дараа хүндрэл үүсэх магадлал багатай хэвлийн гялтангатай өвчтөнд илүүтэй хөнгөн байсан ба ходоод тайрах аргыг бодвол үхэл эрс бага байлаа. Ийнхүү бидний судалгаанаас үзэхэд хагалгааны дараа аливаа хүндрэл илүүтэй үүсэх нөхцөл бүхий өвчтөнд ваготоми хагалгааг шархлааг өөлж оёх хагалгаатай хавсруулснаар хагалгааны дараах үхэл эрс буурах боломжтой юм. Өнөөдрийг хүртэл ходоодны цоорсон шархлааг бүхий л талаас нь бүрэн эмчилж чадах мэс заслын 100.0% найдвартай аргыг сүвэгчилж чадаагүй бөгөөд тиймдээ ч яаралтай мэс заслын нэгэн чухал асуудал хэвээр үлдсэн юм. Дээрх судалгаанд үндэслэн ходоод, дээрх гэдэсний шархлаанаас цус алдах, цоорох хүндрэлтэй өвчтөнд яаралтай хагалгаа хийхдээ аль болох хөнгөн хагалгаа хийх тухайн үед нь өвчтний амь насыг аврахыг гол зорилгоо болгох нь зүйтэй гэсэн дүгнэлтэнд хүрсэн.

2. Ваготоми. Ходоодны шархыг өөлж оёх аргыг ходоод тайрах аргатай харьцуулахад илүү хялбар, аюулгүй хөнгөн байдгийг олон мэс засалчид хүлээн зөвшөөрдөг. Зарим судлаачид шархлааны эсрэг олон хүчтэй эмүүд ялангуяа хүчтэй  $H_2$  хориг эм бий болсонтой холбогдон шархлааны дахилтыг бууруулах боломжтой гэж үздэг. Гэвч



өвчтөн насан турш  $H_2$  хориг эмийг хэрэглэж чадахгүй бөгөөд уг эмийг их хэмжээгээр хэрэглэснээр эмийн гаж нөлөө ч гарах аюултай юм. Шархлааны дахилтыг цөөрүүлэхэд ваготом хагалгааг хийх заалтыг нарийсган 5 жилд зөвхөн 29 өвчтөнд ваготомийг 3 аргаар хийж үр дүнг харьцуулан судалсан. Ишилсэн ваготом хагалгааны дараах хам шинж харьцангуй өндөр, уг мэдрэлийг хоёр талд нь таслаагүйгээс шархлааны дахилт ч өндөр байсан. Харин сонгомол ваготомийн дараа үр дүн сайн, захалсан – сонгомол ваготомийн дараа ваготомийн дараах хам шинж бага илэрдэг нь уг хагалгааны дараах үр дүнг дээшлүүлэх боломжтойг харуулсан юм.

3. Ходоод, дээрх гэдсийг тайрах. Ходоод тайрах хагалгааг шархлаа хүндэрсэн 108 өвчтөнд хийсэн ба үүнээс 27 (13.8%) өвчтөнд Бильрот I-ээр, 48 (24.6%) өвчтөнд Бильрот II, 16 (8.2%) өвчтөнд Гофмейстр – Фенестрерийн, 14 (7.17%) өвчтөнд ходоод авах хагалгаа хийсэн. Ходоод тайрах хагалгаа нь шархлаа өмөнд шилжсэн, нугалуур сорвижих хүндрэлийн цорийн ганц төгс эмчилгээний арга юм.

Бильрот I арга нь ходоодыг тайрах аргуудаас хамгийн зохистой арга юм. Бильрот I аргыг ходоодын нугалуур орчмын шархлааг тайрч ходоод, дээрх гэдсийг залгахад хүрэлцээтэй байхад хэрэглэнэ. Бид 27(17.6%) өвчтөнд уг аргыг хэрэглэхэд 74.0% нь Visik ангиллын I, II-оор бүрэн эдгэрсэн. Бильрот I аргын дутагдалтай тал нь дээрх гэдэс сорвижсон эсвэл нэвчдэстэйн улмаас оёдол тогтох боломж муутай байхаас гадна залгалт сорвижиж битүүрдэг. Энэ нь ч бидний судалгаанд тусгагдаж манай өвчтний 11.11%-д сорвижил, 14.81%-д нь оёдол тавигдаснаар тодорхойлогдож байна.

Бильрот II аргыг ходоодны 2/3-оос их хэсэг тайрагдах ялангуяа шархлаа өмөнд шилжсэн эсвэл шархлааг өөлж авахаар хагалгааг хязгаарлах боломжгүй үед хэрэглэнэ. Бильрот II арга нь ходоодны амсрыг үлдээн ходоодыг тайрч дээрх гэдэсний ёзоорыг битүүлэн оёж ходоод гэдсийг хоёр янзаар залгаж болдог. Бид нийт 41 өвчтөнд Бильрот II хагалгаа хийснээс 7 өвчтөнд ходоодыг нарийн гэдэсний богино гогцоон дээр залгасан. Ходоодыг нарийн гэдэсний урт гогцоон дээр залгаснаар нарийн гэдэс ходоодны үрэвслийг багасгадаг. Гэвч энэ арга техникийн

хувьд төвөгтэй, хагалгааны дараах үхэл (8.3%), оёдол тавигдах (12.5%), залгаас үрэвсэх хүндрэл (27.8%) ихтэй. Хэдийгээр хагалгааны дараах хүндрэл ихтэй ч шархлаа өмөнд шилжсэн болон нугалуур сорвижих хүндрэлийн ихэнх тохиолдолд цорын ганц төгс эмчилгээний арга гэдгийг дахин дурдъя.

Ийнхүү ходоод тайрах олон аргаас ходоодыг Бильрот II-оор тайрч нарийн гэдэсний урт гогцоон дээр Браун нэмэлт холболттойгоор хийх нь илүү тохиромжтой, үр дүнтэй арга гэж үзлээ.

Энэ бүх судалгааны үзүүлэлтийг дүгнэж ганц өгүүлбэрээр илэрхийлэхэд бидний гаргасан нэгдсэн зарчмаар ходоод, дээрх гэдэсний шархлаа хүндэрсэн өвчтөнг эмчилснээр хагалгааны дараах хүндрэл үхэл эрс буурсан бөгөөд цаашид ч буурах юм.

**The present situation of complications gastro-duodenal ulcer and the results of surgical treatment gastro-duodenal ulcers**

*B. Goosh, O. Serghelen*

The aim of the present study was to investigate the effect of surgical treatment of complications gastro-duodenal ulcer.

Following methods are used in aforesaid surgical operations. Ulcerorrhaphy in 45 patients, gastric resection and Bilrot-I anastomosis in 27 patients, gastric resection and Bilrot-II anastomosis combined with Braun anastomosis in 48 patient and total gastrectomy in 14 patient.

These methods are used with vagotomy.

The results of surgical treatment of the gastro-duodenal ulcer was success and the after operations mortality was decrease in last year.

**Панкреотодуоденальный резекции хийх хагалгааны онцлог**

*Б.Гоош, Г. Нямхүү, Б. Төмөрбаатар*

Нойр булчирхайн толгой хэсгийн хавдрын үед хийгдэх төгс хагалгаа нь панкреотодуоденальный резекци

бөгөөд үүний учир нь нойр булчирхайн хавдар дотроос толгой хэсгийн хавдар 63.8%-ийг эзэлж байгаатай холбоотой юм (Giziebash A. 1998). Манай эмнэлэгт (тасагт) дээрх нарийн төвөгтэй хагалгааг хийх туршлага хуримтлагдаж мэс засал хийх, цаашилбал орчин үеийн мэс заслын технологийг авч хэрэгжүүлэх бүрэн боломжтой болж байна. Бидний үзэж байгаагаар дээрх нарийн төвөгтэй мэс заслыг амжилттай хийхийн тулд хэд хэдэн нөхцөл шаардлагатай гэж үзэж байна.

1. Өвчтөнийг нарийн судлах, эмгэг голомтын байрлал, эмгэг явцыг тодорхой тогтоох үүний тулд орчин үеийн лаборатори, эндоскопи, УЗИ, ангиограмм холангиограмм, КТ, болон бусад шинжилгээг ашиглах.
2. Өвчтөний ерөнхий байдал, (нас, хүйс, өвчний явц, тархалт амьдарлын чухал эрхтний үйл ажиллагааны тогтворжилт) хийх хагалгааны цар хүрээг урьдчилан тодорхойлох.
3. Хагалгааны зүслэгээ зөв сонгох: (Зүслэгийг аль болох чөлөөтэй хүрэлцээтэй хамгийн ойрхон хүрэх замыг сонгох) Жишээ: Хэвлэлийн дээд хөндлөн зүслэг, хэвлийн голын дээд, дунд зүслэгийг хавсрах гэх мэт.
4. Хагалгааны явцад хэвлийн хөндийг сайтар шалгах, эмгэг голомтын байрлал, тархалт, хавдарт хэсгийг тайрч болох эсэхийг тодорхойлохоос гадна боломжгүй үед буцаад төгс бус хагалгаа хийх боломж хэлбэрийг (тухайн эрхтний анатомын бүтэц, үйл ажиллагааг алдагдуулахгүйгээр) сонгож авсан байх, өөрөөр хэлбэл төгс хагалгаа хийх эцсийн шийдвэрийг гаргасны дараа ПДЗоныг чөлөөлж суллах ажиллагааг хэрэгжүүлж эхлэх ёстой.

Нойр булчирхайн дээрхи гэдсийг тайрах нөхөн сэргээх мэс заслын үед хагалгааны зарим нэмэгдэл аргуудыг хагалгааны явцад (нойр булчирхайг бага гэмтээх, өвдөлтийг сайтар намдаах болон оёдлын олон хэлбэрийг, оёдлыг, утас, аппаратыг сонгох, залгаасны битүүмжийг сайтар шалгах) зөв сонгож ажиллах хэрэгтэй. Энэ заалтыг зөрчиснөөс үүдэн хагалгааны хүндрэл ихсэх талтайг үгүйсгэж болохгүй юм.

Үүнд:

- Хагалгааны дараах нойр булчирхайн үлдсэн хэсгийн хурц үрэвсэл үүссэнээс үүдэж нойр булчирхай эхлэх

гэдэсний залгаас ханзрах, сулрах

- Цөсний ерөнхий цорго-нарийн гэдэсний залгаас ханзрах, сулрах
- Ходоод-гэдэсний залгаас ханзрах
- Хэвлийд цус алдах, фермент хуралдах.

Дээрх хүндрэлээс гадна хэвлийн хөндийд үүсэж болох зарим хүндрэлээс идэвхитэйгээр урьдчилан сэргийлэх зорилгоор залгааснуудын орчимд болон хэвлийн хөндийн бусад хэсэгт урсгуур тавих шаардлагатай. Дээр дурьдсан хүндрэлүүдийг гаргахгүй байх багасгах зорилгоор зарим аргуудыг хэрэглэж байна.

- Эхлэх гэдэс, нойр булчирхайн үлдэц хэсгийг залгах аргыг зөв сонгох (вирсунги цоргыг нарийн гэдэстэй залгах, нойр булчирхайг өмхүүлэн залгах гэх мэт)
- Нойр булчирхайн эдээс гарах цус, ферментийг сайтар тогтоох (тайрах явцад лазерийн хутга хэрэглэх, орчин үеийн цавуу ашиглах фириновийн клей, тиссукал, берипласт гэх мэт)
- Билиодегистив залгалтын үед цоргоны болон гэдэсний хөндийг хаймсуурдах аргыг өргөн хэрэглэж байна (хамрын хөндийгөөр, энтерстомоор, цөсний цорго, нарийн гэдсийг хаймсуурдах зэрэг вариантаар).
- Ходоод гэдэсний залгаасыг орчин үеийн оёдлын утас, оёж үдэх аппаратыг ашиглан хийх нь илүү найдвартай гэж үзэж байна.

Эцэст нь энэ их ажилбартай, хүнд том хагалгааны ажлын үр дүнг сайжруулах, амьдрах хугацааг уртасгахын тулд тунгалагийн булчирхайг сайтар түүж авах шаардлагатай бөгөөд хагалгааны дараа хими эмчилгээг тодорхой хэмжээгээр хийх нь зүйтэй юм.

- I. In our observation, in the records of last years, case of the tumors and cystis of the pancreas and tumors of Sphincter of Odd are currently increasing in Mongolia.
- II. In this point, in our department we have a good possibility to do all examination and surgical treatment for pancreatitis and for tumor of the pancreas.



**Цөс чулуужихын хэт авиан шинж  
тэмдгүүдийг судлах асуудалд**

*Ц. Бадамсэд, Б. Цэрэндаш, Б. Баярчимэг,  
Т. Нарантуяа, Ц. Бурмаа, Э. Алтантулга*

Орчин үед клиникийн практикт хэт авиан оношлогоо нэвтэрсэн нь оношлогооны том амжилт, цөсний хүүдийн эмгэгүүдийг илрүүлэх талаар тэргүүлэх оношлогооны арга болохыг гадаадын /Freeny ба бусад, 1982, О.Н. Минушкин, Н.С. Ищенко, 1991, Lorenz, 1992 /болон манай судлаачид/С.Сонин, Р.Амраа, 1996, П. Онхуудай, 1993, 2000, Ц. Бадамсэд, Б. Цэрэндаш, 2000,2001 он/ тэмдэглэж байна.

Судалгааны зорилго:

Цөс чулуужих өвчний хэт авиан шинжилгээний зарим шинж тэмдгүүдийг судлахад судалгааны ажлын зорилго оршино.

Судалгааны аргачлал:

Бид 2000-2001 онуудад Төрийн Тусгай Албан Хаагчдын Нэгдсэн Эмнэлэг, Шүүхийн Шийдвэр Биелүүлэх Ерөнхий Газрын харьяа Хорихын Нэгдсэн Эмнэлэг, Ачтан клиникийн эмнэлгийн хэт авиан оношлогооны кабинетуудад цөсний хүүдийн ба цөсний ерөнхий сувгийн чулуу гэж оношлогдсон 64 өвчтөний хэт авиан шинжилгээгээр илэрсэн зарим шинж тэмдгүүдэд дүгнэлт хийв. Шинжлүүлэгчдэд клиник, цөсний хүүдийг авах мэс ажилбар, ЭХПХГ, биопсийн шинжилгээнүүдээр оношийг баталсан. Хэт авиан шинжилгээг Япон улсын Алока, Хитачи, Тошиба фирмийн суурин ба зөөврийн аппаратыг ашиглаж, стандарт байрлалаар хэт авиа үүсгэгчийг байрлуулж хэмжилтүүдийг хийж, хэт авиан шинж тэмдгүүдийг тодорхойлсон. Цөсний хүүдийн ба цөсний ерөнхий сувгийн хэмжээнүүдийг гаргахдаа Ц.Бадамсэд, Б.Цэрэндаш, /2000 он/ нарын боловсруулсан "Монгол хүмүүсийн элэг ба цөсний замын хэт авиан шинжилгээний лавламж хэмжээ"-тэй харьцуулсан.

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



Судалгааны үр дүн ба хэлцэмж:

Бидний хийсэн судалгаанд хамрагдсан 64 өвчтөний 59.4%±6.1-д цөсний хүүдийн ба цөсний ерөнхий сувагт хэт авиан нягтрал ихэссэн голомтот өөрчлөлт тодорхойлогдож, доош хэт авиан цуурайжилтгүй сүүдэржилт хаях, 56.3%±6.2-д хэт авиан нягтрал ихэссэн голомтот өөрчлөлтийн байрлал өөрчлөгдөх, 28.1±5.6-д цөсний хүүдийн арын хана жигд бус болох, 18.8±4.9-д цөсний хүүдий томрох, 26.6%±5.5-д цөсний хүүдийн хөндий тод ялгаран харагдахгүй байхад цөсний хүүдийн байрлалд шулуун шугаман хагас сар хэлбэрийн хэт авиан нягтралгүй сүүдэржилт тодрох, 23.4%±5.3-д цөсний хүүдийн өмнөд ханын дүрс долгионтох, 10.9%±3.9-д цөсний хүүдийн ба цөсний ерөнхий сувагт хэт авиан нягтрал ихэссэн голомтот өөрчлөлт илрэх боловч сүүдэржилт өгөхгүй, 9.4%±3.6-д цөсний ерөнхий сувгийн дээд хэсэг өргөсөх, 14.1±4.4-д цөсний ерөнхий сувагт хэт авиан цуурайжилтгүй сүүдэржилт тодрох шинжүүд илэрч байна.

59.4%±6.1 / $P<0.001$ / -д цөсний хүүдийн цөсний ерөнхий сувагт хэт авиан нягтрал ихэссэн голомтот өөрчлөлт тодорхойлогдож, доош хэт авиан цуурайжилтгүй сүүдэржилт хаях шинж тэмдэг илэрч буй нь Mc Donald ба бусад 1981, Gooperberg, Gibey, 1987 нарын дүгнэлттэй дүйж байна.

Бидний судалгаагаар цөсний хүүдийн ба цөсний ерөнхий сувагт дүүрэн чулуутай байхад 8мм-ээс том чулуу хагас сар хэлбэрийн, 6мм-ээс жижиг чулуу шулуун шугаман хэт авиан нягтралгүй сүүдэржилт маягаар илрэх онцлог шинж илэрч байна. Бид цөсний хүүдийн ба цөсний ерөнхий сувагт буй чулуу нь доош хэт авиан цуурайжилтгүй сүүдэржилт өгөхгүй байгааг 1-рт холестерины чулуу, 2-рт хэт авиа үүсгэгчийн давтамж нам, 3-рт жижиг чулуу, 4-рт хэт авиа үүсгэгчийн төвд чулуу байрлахгүйтэй холбоотой гэж тайлбарлаж байна.

Дүгнэлт

1. Цөсний хүүдийн ба цөсний ерөнхий сувагт хэт авиан нягтрал ихэссэн голомтот өөрчлөлт тодорхойлогдож доош хэт авиан цуурайжилтгүй сүүдэржилт хаях хэт авиан нягтрал ихэссэн голомтот өөрчлөлтийн байрлал

өөрчлөгдөх шинж тэмдгүүд нь статистикийн үнэн магадлалтай байна. / $P < 0.001$ /

2. Цөсний хүүдийн ба цөсний ерөнхий сувагт дүүрэн чулуутай байхад 8мм-ээс том чулуу хагас сар хэлбэрийн, 6мм-ээс жижиг чулуу шулуун шугаман хэт авиан нягтралгүй сүүдэржилт тодрох шинжээр илэрч байна.

### **The problems of studying the ultrasonographic symptoms of cholelithiasis**

*Ts. Badamsed, B. Tserendash, B. Bayarchimeg,  
T. Narantuya, Ts. Burmaa, E. Altantulga*

We have conducted the study at the Department of Ultrasonography of the Central Hospital from 2000-2001 with diagnoses of cholelithiasis.

### **Элэгний хатуурлын хэт авиан шинж тэмдгүүд**

*Ц. Бадамсэд, Б. Цэрэндаш, Б. Баярчимэг  
Ц. Бурмаа, Э. Алтантулга*

А.С. Логинов /1977/ элэгний хатуурлыг эсийн бүтцээр нь элэгний цуллагын дэлбэнцэрийн бүтэц өөрчлөгдөх, фиброз ба холбогч эдийн зангилаа үүсэх, бүтцийн шинжээр нь жижиг ба том товруут, холимог, гүйцэд бус таславчтай гэж ангилсан. Хэт авиан шинж тэмдгүүд элэгний хатуурлын үе шатаас хамаарна. Үүнд: элэгний хатуурлын эхний үе шатанд элэг томрох, элэгний өнцөг мохоо /гол төлөв элэгний зүүн дэлбэн/, элэгний хил хязгаар тод жигд, бүтэц нэг төрлийн, нягтрал нь ихэсдэг /В.Н. Демидов, Г.П. Сидорова 1984/. Элэгний хатуурлын даамжирсан үе шатанд элэгний хэт авиан нягтрал ихсэх /F.S. Weill, 1978/, хэвийн /R.Omoto, M. Kobayshi, 1981/, элэгний хэвийн хэт авиан нягтралаас бага ялгагддаг./В.Н. Демидов, Г.П. Сидорова 1984/.

Элэгний хатуурлын сүүлчийн үе шатанд элэгний баруун дэлбэн жижгэрч, сүүл дэлбэн томорч, элэг хэмжээгээрээ багасдаг учир хэт авиа үүсгэгчийг хавирга

хооронд байрлуулж шинжилдэг /R.Omoto, M. Kobayshi, 1981; D.O. Cosgrove, Y.R. Mc Cready, 1982; B.H. Демидов, Г.П. Сидорова; 1984; Н.М. Мухарлямов, 1987/

Судалгааны зорилго:

Элэгний хатуурлын үе шат бүр дэх элэг, дэлүү, үүдэн ба дэлүүний венийн голчийн хэмжээ, элэгний зүүн дэлбэнгийн өнцөг, элэгний нягтрал, асцитыг хэт авиан шинжилгээгээр тогтооход судалгааны ажлын зорилго оршино.

Судалгааны аргачлал:

Бид 2000-2001 онуудад П.Н. Шастины нэрэмжит Клиникийн төв эмнэлэг, Төрийн тусгай албан хаагчдын нэгдсэн Эмнэлэг, Шүүхийн шийдвэр биелүүлэх ерөнхий газрын харьяа Хорихын нэгдсэн эмнэлэг, Ачтан клиникийн эмнэлгийн хэт авиан оношлогооны кабинетуудад элэгний хатуурал гэж оношлогдсон 48 өвчтний хэт авиан шинжилгээгээр илэрсэн зарим шинж тэмдгүүдэд дүгнэлт хийв. Шинжлүүлэгчдэд клиник, лаборатори, уян дуран, улаан хоолой, ходоодны анхдагч ба давхар тодосгогч бодистой рентген харалт ба зураг авалт, ердийн ба тодосгогч бодистой рентген компьютерийн томографи, биопсийн шинжилгээгээр оношийг баталсан. Хэт авиан шинжилгээг Япон улсын Алока, Хитачи, Тошиба фирмийн суурин ба зөөврийн аппаратыг ашиглаж, стандарт байрлалаар хэт авиа үүсгэгчийг байрлуулж хэмжилт хийж дүгнэлт гаргасан. Элэг, дэлүү, дэлүүний ба үүдэн венийн хэмжээ, элэгний өнцөг, элэгний нягтралыг үнэлэхдээ Б. Цэрэндаш, Ц. Бадамсэд нарын боловсруулсан Монгол хүний элэг, дэлүү, дэлүүний ба үүдэн вен, элэгний нягтрал, өнцгийн хэт авиан шинжилгээний лавламж хэмжээтэй харьцуулсан.

Судалгааны үр дүнг статистикийн түгээмэл хэрэглэгдэх дундаж үзүүлэлт ба үзүүлэлтүүдийн алдааг тодорхойлж, Студентийн шалгуураар үзүүлэлтүүдийн магадлалыг тодорхойлов.

Судалгааны үр дүн ба хэлцэмж:

Элэгний хатуурлын эхний үе шатны өвчтөний  $77.8\% \pm 14.7$  / $P < 0.05$ /-д элэг томрох, дэлүүний венийн хэмжээ хэвийн, элэгний зүүн дэлбэн мохоо,  $55.6\% \pm 17.6$  / $P < 0.05$ /-д элэгний нягтрал ихсэх,  $66.7\% \pm 16.7$  / $P < 0.05$ /-д

дэлүү томрох, үүдэн вен өргөсөх,  $88.9\% \pm 11.1$  / $P < 0.001$ /-д хэвлийд шингэн байхгүй шинжүүд давамгайлж байна.

Элэгний хатуурлын даамжирсан үе шатны өвчтөний  $72.1\% \pm 10.9$  / $P < 0.01$ /-д элэг томрох, үүдэн вен өргөсөх,  $61.1\% \pm 11.8$  / $P < 0.001$ /-д элэгний нягтрал ихсэх,  $77.8\% \pm 0.1$  / $P < 0.001$ /-д дэлүү томрох, дэлүүний вен өргөсөх,  $55.6\% \pm 12.1$  / $P < 0.05$ /-д хэвлийд шингэн хурах,  $53.3\% \pm 9.1$  / $P < 0.001$ /-д элэгний зүүн дэлбэнгийн өнцгүүд мохоо шинжүүд илүүтэй илэрч байна.  $61.1\% \pm 11.8$  -д элэгний нягтрал ихэсч буй нь G. Rettenmaier /1973/ F.S. Weill /1978/ нарын дүгнэлттэй дүйж, элэгний хатуурлын даамжирсан үе шатанд элэгний хэт авиан нягтралыг үнэлж болохгүй /R. Omoto, M. Kobayshi /1981/, хэвийн /В.Н. Демидов, Г.П. Сидорова, 1984/ байна/ гэсэн судлаачдын дүгнэлттэй тохирохгүй байна.

Элэгний хатуурлын сүүлийн үе шатны өвчтөний  $71.4\% \pm 10.1$  / $P < 0.01$ /-д элэг багасах,  $57.1\% \pm 11.1$  / $P < 0.05$ /-д элэгний нягтрал холимог,  $85.7\% \pm 7.8$  / $P < 0.001$ /-д дэлүү томрох, дэлүүний вен өргөсөх,  $80.9\% \pm 8.8$  / $P < 0.01$ /-д үүдэн вен өргөсөх,  $95.2\% \pm 4.8$  / $P < 0.01$ /-д элэгний зүүн дэлбэн мохоо болох шинжүүд статистикийн үнэн магадлалтай байна.

Дүгнэлт:

Элэгний хатуурлын эхний үе шатанд  $77.8\% \pm 14.7$  / $P < 0.05$ /-д элэг,  $69.7\% \pm 16.7$ -д дэлүү томрох,  $55.6\% \pm 17.6$  -д элэгний нягтрал ихсэх, даамжирсан үе шатанд  $71.4\% \pm 10.1$ -д элэг багасах,  $90.5\% \pm 6.6$  -д асцит шинж тэмдгүүд давамгайлж илэрч байна.

**Ultrasonographic symptoms of liver cirrhosis**

*Ts. Badamsed, B. Tserendash, B. Bayarchimeg,  
Ts. Burmaa, E. Altantulga*

We have studied 48 patients with liver cirrhosis by ultrasonography. The bases and auxiliary ultrasonic symptoms were determined as liver cirrhosis. In liver cirrhosis not concerning the period, the corner of left liver obtuse was  $77.8\% \pm 9.2$ .



In the last period of liver cirrhosis, 71.4%±10.1 liver decrease and 90.5%±6.6 ascites were dominating.

**Харшлын зарим өвчинд өвчтөний өөрийн нь  
сийвэнг эмчилгээнд хэрэглэсэн нь**

*Р.Оюунгэрэл*

Өвчтөний өөрийнх нь цусны сийвэн нь дархлал тогтолцоо болон бодисын солилцооны завсарын бүтээгдэхүүн зэргийг агуулсан өвөрмөц шинж чанар бүхий биологийн идэвхитэй орчин учраас харш гаж нөлөөгүй биеийн дархлааг сайжруулан аливаа өвчнийг эсэргүүцэх чадварыг дээшлүүлдэг гэж судлаачид үздэг.

Манай орны хүн амын дунд зонхилон тохиолдож байгаа харшлын зарим өвчин ургамлын тоосны харшил, хүйтний, нарны харшил, харшилт арьстас, харшилт нармайтас зэрэг өвчнийг, өвчтөний өөрийн нь сийвэнгээр эмчлэх аргыг поликлиникийн нөхцөлд эмчилгээнд хэрэглэж өвчний явц, эмнэлзүйн эдгэрэлтэнд судалгаа хийв.

1998-2000 онд УКТЭ-ийн Харшил судлалын кабинетад өвчтөний өөрийнх нь сийвэнгээр эмчлэгдсэн 200 хүн хамрагдав.

Судалгаанд хамрагдсан 200 өвчтөний дотор харшилт арьстас 40(20%), ургамлын тоосны харшил өвчтэй 36(18%), харшилт нармайтас 30(15%), чонон хөрвөс 22(11%), нүдний харшил 19(9.5%), эмийн харшил 19(9.5%), нарны харшил 21(10.5%), хүйтэний харшил 14(7%), архаг намарс 18.1(9%) байв.

Үүнд:

1. Сийвэн эмчилгээнд хамрагдсан хүмүүсийг нас, хүйс, мэргэжлийн хувьд.
2. Клиник эмнэлзүйн шинж тэмдгийг 3 үе шаттайгаар дүгнэв.

Янз бүрийн гаралтай харшлын өвчний клиник шинж тэмдэг эмчилгээний үе шатаас хамааран үр дүн нь өөр өөр байв.

| Үе шат                | I          | II         | III                       |
|-----------------------|------------|------------|---------------------------|
| Эмнэлзүйн шинж тэмдэг | 70-80 хувь | 50-60 хувь | 10-22 хувь буурсан байна. |

I үе шатанд өвчнөөс 40.0 мл цус аваад Сийвэнг лабораторийн аргаар ялган авч тусгайлан ариутгасан саванд савлаж цельсийн 4<sup>0</sup>-т хадгалсан тусгай схемийн дагуу арьсан дор тарьж хэрэглэнэ.

I үеийн эмчилгээ дууссаны дараа 45 хоногийн дараа давтан курс эхлэнэ.

Курс эмчилгээний явцад өвчин сэдрэх хандлагатай. Энэ үед аль болохоор эмийн эмчилгээ хэрэглэхгүй өөрийнх нь дархлал урвалын шинж чанараар хамгаалж өнгөрөх нь практикт үр дүнтэй байна.

Эмчилгээний дараа эмнэлзүйн шинж тэмдэг тодорхой хувиар буурч нүдний харшилт үрэвсэл, хүйтэний харшил, эмийн харшил, нарны харшил зэрэг өвчний шинж тэмдэг арилсан нь ажиглагдсан.

Насны хувьд 21-40 хүртэл /158.79%/ идэр насны хүмүүст, ажил мэргэжлийн хувьд оюуны хөдөлмөр эрхэлдэг хүмүүст харшлын өвчин илүү тохиолдож байгаа нь мэдрэлийн сульдал, хэт ачаалал нөлөөлөлийг харуулж байна.

Дүгнэлт:

1. Энэхүү судалгаа нь өвчтөний өөрийн сийвэнг эмчилгээнд хэрэглэж болох аргыг боловсруулж манай нөхцөлд харшлын өвчний эмчилгээнд нэвтрүүлж үр дүнг судалсан явдал юм.
2. Харшлын өвчнийг эмчлэх олон хавсарсан арга байдгийн нэг нь өвчтөний өөрийн сийвэнг эмчилгээнд хэрэглэх арга юм. Энэ арга нь эмийн болон бусад эмчилгээтэй харьцуулан дүгнэхэд практикт хэрэглэхэд хялбар, олдоц сайтай, эмгэг жамын засал эмчилгээ биологийн ерөнхий идэвхижүүлэгч нөхөн сэргээх нөлөө үзүүлж байна.
3. Өвчтөний өөрийн цусны сийвэнг эмчилгээнд хэрэглэх нь цусаар дамжих халдварыг багасгах ач холбогдолтой.
4. Сийвэн эмчилгээ нь харшлын болон арьсны загатнаат өвчний архаг явцтай үед ямар ч насны өвчтөнд хэрэглэхэд тохиромжтой болох нь эмнэлзүйн ажиглалтаар нотлогдсон.
5. Сийвэн эмчилгээг поликлиникийн нөхцөлд хийхэд хялбар бөгөөд 30 хоногийн курс эмчилгээнд 1800 төгрөг зарцуулдаг бол эмийн эмчилгээ хийхэд 1 хүнд

5500-7000 төгрөг зарцуулагдаж байгаа нь эдийн засгийн хэмнэлттэй.

6. Сийвэн эмчилгээг дараах өвчнүүдийн үед хэрэглэхэд эмчилгээний үр дүн өгөх боломжтой.

- харшилт арьстас
- Харшилт нармайтас
- Ургамлын тоосны өвчнүүд
- Хүйтэний, нарны харшил
- Архаг чонон хөрвөс
- Арьсны загатнаат өвчнүүд.

**Autosero vaccine treatment for some allergic diseases**

*R. Oyungerel, M.D. Allergologist*

We have studied the duration of diseases for a predetermined period after using autosero vaccine for allergic diseases in an observation recovery clinic. Since 1978 the subdepartment of allergology has been tabulating the results and has begun autosero vaccine treatment for chronic allergic diseases and some chronic skin diseases. In order to improve recovery and to reduce the frequency of occurrences.

There is a difference between various etiological allergic diseases depending on clinical signs and stages of treatment. There are three stages in autosero vaccine treatment.

In the first stage we took 20-40 ml blood, separated the plasma by laboratory techniques, stored the plasma in a special sterilized vessel at +4°C and used it by particular scheme. After 1-30 days we began the next course of therapy. Many patients experienced acute attacks of their illnesses during the treatment. We found that it was better not to use the drug treatment within this period.

We divided in three stages by clinical signs,

|   |                |         |          |           |
|---|----------------|---------|----------|-----------|
| 1 | Stages         | I stage | II stage | III stage |
| 2 | Clinical signs | 70-80%  | 50-60%   | 10-20%    |

The clinical signs of some diseases decreased and signs of eye allergic diseases, cold allergy, drug allergy, sun allergy disappeared after the treatment.

1. It is easy to treat patients by autoserovaccine therapy and it costs only 800-1000 tugrigns. It's cheaper than other treatment. For example: The treatment of cold allergy costs 2500-3000 tugrigns.
2. We can prevent infectious diseases, wich spread by palsma by using autoserovaccine.
3. Autoserovaccine has results in following diseases.
  - Lupus rythematosus
  - Allergic rhinitis
  - Plant dust diseases
  - Cold allergy
  - Drug allergy
  - Skin itching diseases
4. It is more comfortable to use autoserovaccine improve individual reacts.

**Эмнэл зүйн анагаах ухааны  
хувьсал, өөрчлөлт**

*Ц. Мухар*

Шинэ зуунд (XXI) анагаах ухаанд шинэ зорилго, зорилт, олон шийдвэрлэх асуудал гарч ирж байна.

XX- зуунд анагаахын шинжлэх ухааны салбарт гарсан оношлогоо эмчилгээний ололт, ахуйн эерэг хувьсал, өөрчлөлттэй холбоотойгоор олон хурц ба халдварт өвчин, мөн нийгмийн шалтгаант зарим өвчин багасгах буюу оргүй алга болжээ. Энэ бол нийгмийн дэвшлийг дагаж гарч ирсэн нийгмийн эрүүл мэндийн зайлшгүй үзэгдэл юм. Жишээлбэл: цагаан цэцэг, хумх, бөөсний хижиг өвчин үндсэндээ устаж улаан бурхан, сахуу, уушигны цусан хатгаа, хүүхдийн сульдаа тэжээлийн доройтол, цагаан хорхой шимэгчдийн өвчин эрс багассан байна. Гэвч нөгөө талаар шинэ өвчин эмгэг гарч, нийгэм-гадаад орчинтой холбоотой олон өвчин нэмэгджээ.

Хүний амьдралын нөхцөл өөрчлөгдөж, эмчилгээнд олон янзын хүчтэй анибиотик хэрэглэх болсноор өвчин



үүсгэх нянгийн шинж чанар хувьсаж, мэдрэг чанар багасч жишээлбэл сүрьеэгийн савханцарыг устгах эм нэн ховордох байдал ажиглагдаж байна. Анагаах ухаанд “Хүн ба нян”, “нян ба антибиотик” гэсэн “тэмцэл” хурцдаж эхэллээ.

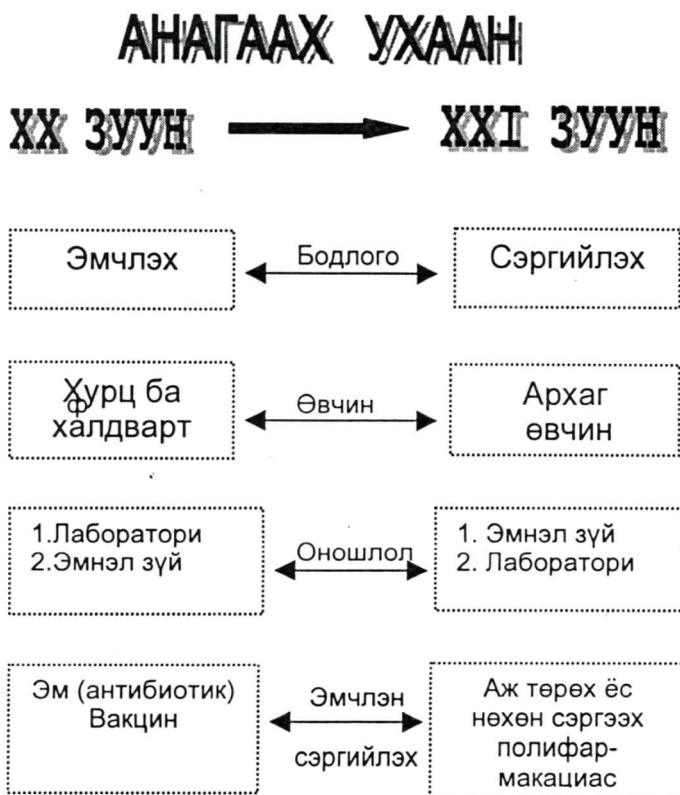
Шинэ залуу өвчний үүсэх шалтгаан олон хүчин зүйлийн нэгдэл /полиэтиологи/, эмнэлзүйн хувьд ужиг явцтай архагших /хронизаци/ хандлагатай болж улмаар эмчилгээнд эдийн засгийн бэрхшээл учирч байгаа ерөнхий хандлага илэрч байна.

ДЭМБ-ын мэдээгээр хүн амын нас баралтын шалтгаанд халдвар бус архаг өвчин ( NCD ) дэлхийн хөгжингүй улс оронд 87.4%, хөгжиж буй оронд 53.8% эзэлж байхад бидний судалгаагаар Монгол оронд 66.7% байна /1999 он/.

Зүрх судасны өвчин (ЗСӨ) ба хавдар монгол хүний нас баралтын эхний 2 шалтгаан болж цаашид өсөх хандлага байна. Сүүлийн 15 жилд ДЭМБ -ын Номхон далайн баруун эргийн бүсийн улс орны хүн амд (Монгол улсын бүсэд ордог) ЗСӨ 2 дахин хавдар 1.5 дахин өссөн бол монголд 7 жилийн хугацаанд (1990-1997) бараг ийм хэмжээнд хүртэл (1.8 ба 1.1 дахин) өссөн нь үүнийг гэрчилж байна. Манай оронд хүн амын эрүүл мэндийн байдалд архаг өвчин ихсэх хандлага байгааг ЗСӨ тархварын судалгаа харуулж байна. 35-аас дээш насны хүмүүсийн дунд цусны даралт ихсэх өвчин хотын 1000 хүн амд 121.7 (эмэгтэй) ба 191.8 (эрэгтэй), хөдөөд 121.7 ба 121.1 байна. Зүрхний цус тасалдах өвчин хотын 1000 насанд хүрэгчдэд (35-аас дээш насны) 61.8-64.1, хөдөөд 34.9-75.2 тохиолдож байна.

Өвчин архагших байдлыг Улсын Клиникийн Төв Эмнэлгийн материал дээр хийсэн урьдчилсан судалгаанаас бас харж болно. Хурц ба халдавт өвчин УКТЭ-т хэвтэн эмчлүүлсэн байдлаар 1935 онд нийт өвчлөлийн 75.9%-ийг эзэлж байсан бол 2000 онд 24.1% болж харин архаг өвчний хувийн жин 77.6 болтлоо өсчээ. Энэ жишээг сүүлийн 60 гаруй жилд монгол хүний эрүүл мэндийн байдалд гарсан эмнэлзүйн түгээмэлд өөрчлөлт гарсан гэж дүгнэж болно.

Орчин үеийн /XXI зууны / эмнэлзүйн анагаах ухааныг өнгөрсөн зууны /XX зуун/ өвчин эмгэгээс ялгарах онцлог бол бодлогын хувьд урьдчилан сэргийлэх чиглэлтэй, өвчин эмгэгийн хувьд архагших хандлагатай, оношлогоонд техник-технологийн /дүрслэл оношлогоо, иммун, биохими, эд эс судлал, клиникийн лаборатори / дэвшилтэт аргыг өргөн ашигласан, эмчилгээнд хүний аж төрөх ёс, нөхөн сэргээх аргыг голчилж эмийг эмх замбараагүй хэрэглэхээс зайлсхийсэн зарчмын хандлага гарч ирж байна (Зураг 1).



Зураг 1. Орчин үеийн эмнэлзүйн анагаах ухааны хандлага

Дүгнэлт:

Орчин үеийн эмнэлзүйн анагаах ухаанд архаг явцтай өвчин эмгэг зонхилох болсон нөхцөл байдалд үндэслэн хүний аж төрөх ёсонд өөрчлөлт оруулж архаг өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх хүн амд суурилсан бодлого баримтлах, эмнэлгийн менежментийн талаар амбулатори-поликлиник, гэрээр үзүүлэх тусламжийг өргөжүүлж хүн амд ойртуулах, стационарын тусламжид эрчимт эмчилгээ, эмийн оновчтой хэрэглээ, нөхөн сэргээх эмчилгээний аргыг чанаржуулах улмаар дундаж ор хоногийг багасгах, нэг ор хоногт ногдох зардлыг багасгах замаар эмнэлгийн эдийн засгийн үр ашгийг дээшлүүлэх явдал өнөөгийн чухал зорилтуудын нэг болоод байна.

**Change and evolution of clinical medicine**

*Ts. Mukhar*

Change and evolution the last century (XX) the chronic illness and Noncommunicable diseases (NCD) are shown the increasing trends.

Cardiovascular diseases (CVD) and cancer are major causes of premature mortality, morbidity and disability in Mongolia. The research in this area is very limited. Preventive activities, especially community-based integrated prevention and control of CVD and cancer program have not been visible due to the limited coverage of the program, and have not impacted on the reduction of mortality of CVD and cancer.

Health policy Development should be including: to raise awareness of general public and politicians in promoting the health lifestyles.

**Бамбай булчирхайн гаж байрлал,  
ховор тохиолддог өвчний тухайд**

*Ц. Ишдорж, Х.Аюуш, Б.Туяабадрах, Д.Мягмар*

Бамбай нь ховор тохиолддог өвчин бөгөөд 1980 онд хэвлэгдсэн ДЭМБ-ын экспертийн хэсгээс гаргасан олон улсын ангилалд анх тодорхой бичжээ. Үүнд: Бамбайн хавдраас гадна, бамбайн гаж байрлал болон ховор

тохиолддог өвчнүүд гэж ангилалд оруулжээ. Бамбай булчирхай нь хүзүүний урьд голлон байрлах боловч заримдаа хэлэн дээр, хэлэн дор, хэлний угт, эгэмний цаана, өвчүүний ард болон цээжинд байрлахаас гадна цагаан мөгөөрсөн хоолой, төвөнх, улаан хоолой, дагз, зүрх, цөсний хүүдий, цавь үтрээнд байрладаг тухай С.Б. Пинский бусад судлаачдын хамт 1999 онд бичсэн байна. Төөрч байрласан булчирхай буюу " Эктопи " нь маш ховор тохиолддог ба эдгээрээс өвчүүний арын байрлал нь харьцангуй олон тохиолддог байна.

Dietrich-ийн судалгаагаар хэлний угийн байрлал бамбайн эмэгтэй 3-4 мянган өвчний дунд 1. өвчүүний арын болон цээжин дэхь байрлал Б.В. Лукьянченкогийнхоор 0.1-1%-д тохиолддог гэж тэмдэглэсэн байна.

УКТЭ-ийн мэс заслын I, II клиникт 1996-2000 онуудад бамбай булчирхайн төрөл бүрийн эмгэгтэй 863 өвчтөнд мэс заслын эмчилгээ хийгдсэнээс хэлний угийн байрлалтай бамбайн зангилаа 1 тохиолдол буюу 0.11% өвчүүний арын байрлалтай бахуу 1 тохиолдол буюу 0.43% гарч тус тус мэс заслын эмчилгээ хийлгэсэн. Эдгээрийг оношлоход түвэгтэй байсан ба иод шингээлт  $T_3$   $T_4$  TSH гормоны илрүүлэлт, компьютер томограф, рентген болон ЭХО шинжилгээг бодит үзлэгийн хамт ашиглан онош тогтоосон болно.

Хэлний угийн байрлалтай зангилаат, бахуутай өвчтөнд юм залгихад түвэгтэй, гадны биет хоолойд байгаа мэт мэдрэмж төрөх, ярианы хөг өөрчлөгдөх, амьсгаадах зэрэг шинжүүд илэрч байсан ба үзэхэд: хэлний угт том хэмжээний хавдарлаг зүйл харагдаж байв. Энэ хэлний угт төөрч, байрласан бахууг эмч нартай хамтарч ерөнхий мэдээгүйжүүлэлт дор амны хүрцээр авах мэс заслыг хийсэн.

Өвчүүний арын болон цээжний байрлалтай бахуугийн 9 тохиолдол бүгдээрээ зангилаат хэлбэрийнх байсан ба 1 зангилаатай 8, 2 зангилаатай 1 тохиолдол байв. Эдгээр нь бүгдээрээ урд голтод байрлаж байлаа. Ф.Г. Углов (1990 он) өвчүүний арын болон цээжний байрлалтай бахуугийн бүх тохиолдлын 0.3%-нь арын голтод байрладаг тухай тэмдэглэжээ.

Эмнэл зүйн шинж нь: Бамбай хэмжээнээс голлон хамаарч голтын эрхтэнүүдийг дарж, шахаж амьсгаадах,

---



залгахад түвэгтэй болгох, дууны өнгө өөрчлөгдөх зэргээр илэрдэг. Улаан хоолойг тодотгогч бодистой харах шинжилгээ нь өвчүүний арын бахууг бусад голомтот эмгэгээс ялган оношлоход чухал ач холбогдолтой. Голтын хавдаруудтай андуурагддаг ба рентген шинжилгээ оношлогоонд голлох үүрэг гүйцэтгэдэг.

Өвчүүний арын болон цээжний байрлалтай бахуугийн мэс заслын эмчилгээг ерөнхий мэдээгүйжүүлэлт дор хийсэн ба техникийн хувьд төвөгтэй мэс засал байлаа. Энэ тохиолдолд *p.recurrens* гэмтэх нь элбэг байдаг тухай С.П. Пинккий бичжээ. Бамбайн ховор тохиолддог сүрьеэ, бэтэг, мөөгөнцөр, амилоидоз, тэмбүү, лимфогрануломатоз, саркойдоз зэрэг өвчнүүд байдаг ба бидэнд бамбайн сүрьеэ 1 (0.119%) лимфогрануломатоз 1 (0.11%) тохиолдож мэс заслын эмчилгээ хийлгэсэн бөгөөд онош нь хагалгааны материалд хийсэн эсийн шинжилгээгээр батлагдсан. Ховор ч гэсэн эдгээр өвчин ганц нэг тохиолдож байгаа нь цаашид оношлогоог сайжруулахын чухлыг харуулж байна. Мэс заслын өмнө ховор тохиолддог хэлбэрүүдийг оношлоход аспирац биопси, пункционний биопси хийх нь чухал ач холбогдолтой юм.

Дүгнэлт:

1. Бамбай булчирхайн гаж төөрсөн байрлал манайд хэлний угийн болон өвчүүний ар, цээжин дэх хэлбэрээр 1.153% тохиолдож байна.
2. Бамбай булчирхайн ховор тохиолддог өвчнүүд 0.22%-д тохиолдож байна.
3. Оношлогоог сайжруулахын тулд хүн бүрт рентген шинжилгээ, сэжигтэй тохиолдолд биопси шинжилгээг заавал хийх нь чухал ач холбогдолтой гэж үзэж байна.

**Deseases of thyroid gland and its  
abnormal location which occur rarely**

1. Abnormal location of the thyroid gland in the form of at the bottom of the tongue, behind the breast bone and in the chest (1.153%)
2. Rare deseases of the thyriod gland occur in 0.22%.
3. In order to improve the diagnose it is necessary to do the analyses of the x-ray and in doubted case to take biopsy.

**Цочмог лейкозын хэлбэрийг цитохимийн  
урвалаар ялгасан дүн**

*Г. Наран, Shoki Yano, Ш. Тунгалаг*

Цочмог лейкозын оношийг Оросын эмч К. Славянский (1867) , Германы эмч E.Freidreich /1857/, B.Kussner нар анх тавьсан бөгөөд 1889 онд W.Epstein цочимог лейкозыг бие даасан өвчин болохыг баталжээ / Ковалева Л.Г, 1990/.

Орчин үед цочмог лейкозыг эс судлалын арга, цитохимийн урвал, электрон микроскоп, эсийн удам зүйн шинжилгээгээр ялган оношилж байна / Lunch D, 1986/.

УКТЭ-ийн цус судлалын клиникт 1997 онд Лейкоз оноштой 42 / 5.28%/ өвчтөн эмчилүүлсэн бол 1999 онд 68/6.63%/ өвчтөн эмчилүүлснээс үзэхэд лейкозтой өвчтөний тоо нэмэгдэх хандлагатай байна.

УКТЭ-ийн Лабортори 1999 онд цусны дэлгэрэнгүй болон ясны химийн шинжилгээгээр цочмог лейкозтой 8 өвчтөний, 2000 онд 15 өвчтөний оношийг тодруулжээ.

Судалгааны зорилго, аргачлал:

Цочмог лейкозын хэлбэрийг ялгах зорилгоор цусны наалдцанд Грэхем-Кноллийн аргаар пероксидазын урвал, Шабадашийн аргаар гликогений урвал, Гольдмений аргаар липидийн урвалыг тус тус тавьж үр дүнг гаргалаа.

Судалганы үр дүн :

Судалгаанд хамрагдсан 17-64 насны 15 /эрэгтэй 4, эмэгтэй 11/ хүний цусны дэлгэрэнгүй шинжилгээгээр гемоглобин  $85.0 \pm 8.0$  г/л, лейкоцит  $44.10^9 / \text{л} \pm 14.3$ , ЭТХ  $45 \pm 6$  мм/цаг, эритроцит  $2.29 \cdot 10^{12} / \text{л} \pm 0.17$ , ясны химийн шинжилгээнд бласт эсийн эзлэх хувь  $52 \pm 7.1$  байв. Судалгаанд хамрагдсан 15 хүнээс 12 хүнд пероксидазын урвал тавьж үзэхэд 2 хүнд энэ урвал сөрөг, 10 хүнд эерэг буюу цитохимийн дундаж үзүүлэлт /ЦДҮ/  $1.86(0.16-4.03)$  байв. Липидийн урвалыг 10 хүнд тодорхойлоход 4 хүнд эерэг (40%), 6 хүнд сөрөг (60%) илэрсэн. Судалгаанд хамрагдсан 12 хүнд гликогений урвал тавьж үзэхэд гликоген зарим бласт эсэд жигд тархсан, зарим бласт эсэд мөхлөг хэлбэртэй харагдаж байсан ба гликогений урвалын ЦДҮ  $2.04 (1.72-2.67)$  байлаа.

Дүгнэлт:

1. Цитохимийн урвалын эцэст липид эерэг, пероксидазын ЦДҮ 2.1 гликоген жигд тархсан байдлыг цус, ясны химийн шинжилгээний дүнтэй нэгтгэн хоёр тохиолдлыг архаг миеолейкоз гэж үзлээ.
2. Пероксидазын урвалын ЦДҮ 3.65, липид эерэг, гликоген эсийн цитоплазмд жигд тархсан 2 тохиолдлыг цочмог миелобластын лейкоз гэж дүгнэв.
3. Цочмог лимфобластын лейкозын үед пероксидаза, липидийн урвалууд сөрөг, гликоген бласт эсийн цитоплазмд мөхлөг хэлбэрээр илэрдэг.

**Some results of the study on the differentatio  
acute leukemias by cytochemical reactions**

*G.Naran, Shoki Yano, Sh.Tungalag*

We studied 15 patients who have with leukemia and determine cytochemical characteristics such peroxidase, sudan, PAS reactions.

1. In patient with acute myeloblastic leukemia was found CMC of peroxidase 3.65, sudan and PAS reactions positive.
  2. Patient with chronic myelogenous leukemia was found CMC of peroxidase 2.1, sudan and PAS reactions positive.
- In patient with acute lymphoblastic leukemia was found peroxidase, sudan negative and PAS reactions positive.

**Бөөрний архаг дутагдлын  
зарим асуудалд**

*Н.Нансалмаа, Л. Жамбалжав*

Бид УКТЭ – ийн бөөр судлалын клиникт хэвтэн эмчлүүлсэн бөөрний архаг дутагдалтай нийт 171 эмчлүүлэгчийн өвчний түүхэд судалгаа хийлээ. Судалгаанд хамрагсдын нас, хүйс, онош, дундаж ор хоног, шээсний шинжилгээнд илэрсэн хувийн жин, уураг, лейкоцит, эритроцит, цилиндрийн өөрчлөлтүүд, цусан дахь креатинины өөрчлөлтүүд, эмчилгээний ямар хэлбэрт хамрагдсан, гемодиализ эмчилгээ хийгдсэн болон

## Улсын Клиникийн Төв Эмнэлэг

тэдгээрээс бөөр шилжүүлэн суулгах эмчилгээ хийлгэсэн байдлыг судаллаа.

Нас, хүйсний байдлаар бүлэглэж үзвэл:

Хүснэгт 1

| Насны бүлэг   | Хүйс эр/эм | Нийт | Эзлэх хувь % |
|---------------|------------|------|--------------|
| 20 хүртэл     | 1/1        | 2    | 1.5          |
| 20 – 29       | 16/25      | 41   | 23.9         |
| 30 – 39       | 30/13      | 43   | 25           |
| 40 – 49       | 24/17      | 41   | 23.9         |
| 50 – 59       | 21/11      | 33   | 18.7         |
| 60 – аас дээш | 7/4        | 11   | 6.1          |

Хүйсний харьцаа эр 97 (57.6%), эм 74 (42.4%) байв. Бөөрний архаг дутагдлын өвчлөл идэр насанд хамгийн их буюу 20 – 49 насанд зонхилон тохиолдож байгаа ба 20–29 насны эмэгтэйчүүд, 30-39, 40-49 насны эрчүүд илүү их өвчилжээ.

Бөөрний архаг дутагдалд хүргэсэн эмгэгийн бүтцийг судлахад:

|                             |              |
|-----------------------------|--------------|
| Бөөрний архаг түүдгэнцэртэс | 134 (78.4%), |
| Бөөрний архаг тэвшинцэртэс  | 25 (14.6%),  |
| Бөөрний поликистоз          | 3 (1.8%),    |
| Түрүү булчирхайн аденома    | 4 (2.4%),    |
| Жинхэнэ даралтдах өвчин     | 4 (2.4%),    |
| Амилоидоз                   | 1 (0.7%)     |

тус тус эзэлж байна.

Цусанд байгаа креатинины хэмжээг үзүүлэхэд:

Хүснэгт 2

| Креатинин /цусанд/      | Тоо | Эзлэх хувь / %/ |
|-------------------------|-----|-----------------|
| 124 – 400 мкмоль/л      | 65  | 38.10           |
| 401 – 700 мкмоль/л      | 57  | 33.30           |
| 701 – ээс дээш мкмоль/л | 49  | 28.60           |



## **Улсын Клиникийн Төв Эмнэлэг**

Шээсний шинжилгээнд илэрсэн хувийн жин, уураг, цагаан, улаан, бортгон эсүүд илэрсэн байдлыг /хүснэгт №3/ хүснэгтээр үзүүлбэл:

*Хүснэгт 3*

### *А. Шээсний хувийн жин*

| Үзүүлэлт                   | Тоо | Хувь, % |
|----------------------------|-----|---------|
| Хувийн жин 1010 – аас бага | 37  | 21.60   |
| 1011 – 1018                | 109 | 63.80   |
| 1019 – 1025                | 16  | 8.80    |
| 1026 – аас дээш            | 2   | 1.50    |
| Хувийн жин тодорхойлоогүй  | 7   | 4       |

### *Б. Протейнурия*

| Үзүүлэлт               | Тоо | Хувь, % |
|------------------------|-----|---------|
| Уураг 0.1 – 2 г/л      | 110 | 64.60   |
| Уураг 2 г/л – ээс дээш | 51  | 29.40   |
| Цилиндрурия            | 110 | 64.60   |
| Уураггүй               | 10  | 6.00    |

### *В. Лейкоцитурия, гематурия*

| Үзүүлэлт             | тоо | Хувь, % |
|----------------------|-----|---------|
| Цагаан эс 0 – 10 х/т | 70  | 40.70   |
| Пиурия               | 97  | 57      |
| Микрогематурия       | 82  | 47.80   |
| Макрогематурия       | 21  | 12      |
| Улаан эс илрээгүй    | 64  | 37.50   |

БАД – тай эмчлүүлэгчдийн дундаж ор хоног 27.8 хоног байлаа.

Судалгаанд хамрагдагсадын 53 нь буюу 30.1 % нь эмийн эмчилгээний зэрэгцээ гэдсэн диализ эмчилгээ хийлгэсэн ба энэхүү эмчилгээ нь БАД – ын эхний шатанд буюу цусан дахь кератинины хэмжээ 350 мкмоль/л – ээс бага байхад хэрэглэхэд зохимжтой байдаг байна [Г. Ганхуяг, Т. Ариунаа].

1997 оноос хойш 2001 оны 6 сар хүртэл тус эмнэлэгийн **гемодиализын эмчилгээнд** БАД – тай нийт 34 өвчтөн хамрагдсан ба энэ нь 1 жилд дундачаар 8.5 өвчтөн гемодиализ эмчилгээнд хамрагджээ. Манай орны хувьд архаг гемодиализаар хамгийн удаан амьдарсан нь 3 жил 12 хоног буюу нийт 290 удаагийн сеанс эмчилгээ хийлгэсэн байна.

Гемодиализ эмчилгээ хийлгэсэн дээрх өвчтөнгүүдийн 27/87.5%/ нь нас барж, 7(12.5%)нь БНХАУ-д бөөр шилжүүлэн суулгуулсанаас 2 нь нас барсаны нэг нь бөөр шилжүүлэх мэс засал хийлгэснээс 3 сарын дараа вирусын халдварын хүндрэлээр, нөгөө нь тархины цус харвалтын улмаас бөөр шилжүүлэх мэс заслаас хойш 7 хоногийн дараа нас барсан юм. Одоо байгаа 7 өвчтөн 2(28.6%) архаг гемодиализаар, 5 (71.49) нь шилжүүлэн суулгасан бөөртэй амьдарч байна.

Дүгнэлт:

1. Манай орны хувьд БАД-аар идэр насны эрэгтэйчүүд илүү их өвчилж байгаа ба бөөрний архаг түүдгэнцэртэс нь БАД-д хүргэж байгаа эмгэгүүдийн олонхийг 78.4%-ийг эзэлж байна.
2. Шээсэнд илрэх өөрчлөлтүүдээс гипоизостенурия (63.89%), 0.1-2г/л хүртэл протейнурия (64.8%), пиоурия (57% ), микрогематурия (47.8%) хамгийн их тохиолдож байна.
3. Цусан дахь креатинины хэмжээ 124-400 мкмоль/л буюу БАД-ын эхний шатандаа 65(38.1%) байгаа нь II,III шатанд байгаа БАД-тай хүмүүсээс бага зэрэг илүү байна.
4. Жилд 8.5 БАД-тай хүн гемодиализ эмчилгээнд хамрагдаж байгаа тул цаашид уг аппаратын тоо, архаг гемодиализын өвчтөний хамралтыг нэмэгдүүлэх шаардлагатай. БАД-ын эмчилгээнд хамгийн үр дүнтэй

эмчилгээ нь бөөр шилжүүлэн суулгах эмчилгээ болох нь харагдаж байна.

**Some results of chronic renal failure**

*N. Hansalmaa, Lkh. Jambaljav*

We studied 171 patients with chronic renal failure who were treated in the Nephrological Department of State Central Clinical Hospital.

1. Chronic renal failure most commonly in young men than in women, in their 30-49 age and etiological structure of them were chronic glomerulonephritis in 78.4%, chronic pyelonephritis in 14.6%, in 7.3% group of other diseases.
2. Results of the urinalysis were shown appearance of hyposthenuria in 63.89%, 0.1-2g/l proteinuria in 64.8%, leukocyturia in 57% and microhaematuria in 47.8% in survey.
3. The blood creatinin level were little more in the first stage of chronic renal failure (124-400  $\mu\text{mol/l}$  in 38.1%).
4. We need to increase number of haemodialysis machine and number of patients suffering from chronic renal failure. The most effectiveness treatment in the chronic renal failure is kidney transplantation.

**Гентамицины тунг цусанд  
тодорхойлсон урьдчилсан дүн**

*Г. Наран, Н. Нансалмаа, Л. Жамбалжав, Ж. Нарантуяа*

Мэс заслын практикт халдвараас урьдчилан сэргийлэх зорилгоор хагалгаа эхлэхээс 1 – 2 цагийн өмнө антибиотикийг өндөр тунгаар тарихад уг эм хагалгаа эхлэхээс дуусах хүртэл цусанд байж мэс заслын шарх идээлэх болон бусад халдвар, хүндрэлээс сэргийлдэг [Зайцев А. А., Карпов М. И., Гельфанд Б. Р., Гологорский В. А., 1997, 1999].

Энэ аргыг бөөрний мэс заслын клиникт 1998 оноос хэрэглэж шархны идээлэлтийг бууруулж, дундаж ор хоногийг багасган цөөлөх, эм, ороох боох материалыг хэмнэж байна.

Дээрх байдлыг үндэслэж бид гентамициныг хагалгаа эхлэхээс 2 цагийн өмнө өвчтөний хураагуур судсанд тарьж, цусанд байх тунг тодорхойлох зорилго тавьж судалгааг явууллаа.

Гентомицин нь өргөн хүрээний үйлчилгээтэй макролидын бүлгийн эм бөгөөд эмчилгээний тун цусанд 5 – 8 мкг/мл, цусан дахь хамгийн өндөр тун буюу  $T_{\max}$  тарьснаас 1 – 2 цагийн дараа, хамгийн бага тун  $T_{\min}$  нь тарьснаас 7 – 8 цагийн дараа тодорхойлогддог байна.

Судалгаанд БМЗК, БСК – т хэвтэж эмчлүүлж буй 12 хүнийг сонгон авч шинжилгээг Клиник – Биохимийн Лабораторит хийв. БМЗК – н 6 өвчтөнд хагалгаа эхлэхээс 2 цагийн өмнө 160 мг – аар гентамициныг тарьж, 2, 7 цагийн дараа цусыг авч АНУ – ын Abbott пүүсийн TDX/FLX эмийн тун тодорхойлох имунализатороор гентамицины тун ( $T_{\max}$ ,  $T_{\min}$ ) - г тодорхойллоо. Бид БМЗК – т 6 өвчтөнд хагалгаа эхлэхээс 2 цагийн өмнө хураагуур судсаар 160 мг гентамицин тарьж 2, 7 цагийн дараа 2 удаа хураагуур судаснаас цусыг авч гентамицины тунг тодорхойлов. БСК – ийн 6 өвчтөнг хяналтын бүлэг болгон, 80 мг – аар 8 цагаар гентамициныг тарьж дээрхийн адил цусыг авч шинжлэн гентамицины тунг тодорхойллоо.

Судалгаанаас гентамициныг 160 мг – аар тарихад 2 цагийн дараа  $T_{\max}$  дундаж тун 6.66 мкг/мл, хамгийн их бага тунгийн хэлбэлзэл 5.05 – 7.31 мкг/мл, 7 цагийн дараа  $T_{\min}$  дундаж тун 1.57 мкг/мл, хамгийн их бага тунгийн хэлбэлзэл 1.42 – 2.48 мкг/мл байв.

80 мг – аар тарихад  $T_{\max}$  дундаж тун 2.82 мкг/мл, хамгийн их бага тунгийн хэлбэлзэл 2.33 – 3.24 мкг/мл, 7 цагийн дараа  $T_{\min}$  дундаж тун 0.71 мкг/мл, хамгийн их бага тунгийн хэлбэлзэл 0.39 – 0.83 мкг/мл тодорхойлогдов.

Дүгнэлт:

1. Гентамициныг урьдчилан сэргийлэх тунгаар хэрэглэхдээ хүн бүрт ижил тунгаар 160 мг – аар бус, 2.5 – 3 мг/кг байхаар тооцож тунг тохируулан хэрэглэх нь зохимжтой байна.
2. Гентамициныг 80 мг – аар 8 цагийн зайтай тарьж хэрэглэхэд эмчилгээний тунд хүрэхгүй байгаагаас үзэхэд уг судалгааг үргэлжлүүлэх шаардлагатай.



**Blood level of gentamycin**

*G. Naran, N. Nansalmaа, Lkh. Jambaljav, J. Narantuya*

1. The study proves that the preventive using of gentamycin need to count of drug dose in 2.5 – 3 mg/kg, and do not take the equal dose (160mg) of gentamycin for all patients.
2. The using of gentamycin in 80mg 3 times a day does not reach the minimal inhibitor concentrate in blood.

**Архаг гломерулонефритын сувилал  
эмчилгээ**

*Г. Ганхуяг, Э. Ариунаа*

Архаг гломерулонефриттэй өвчтнүүдийг халуун дулаан, хуурай уур амьсгалтай, зөөлөн салхитай, хоногийн агаарын хэмийн хэлбэлзэл багатай газрын сувилалд эмчилдэг. Сувилал эмчилгээний гол хүчин зүйл нь жилийн дулаан улиралд цаг агаараар эмчилж, эмчилгээний хоол, эмчилгээний гимнастик, нөхөн сэргээх эмчилгээ байдаг.

Элсэн эмчилгээний үйлчилгээ:

Элс нь нарны шууд тусгалд халж хэт улаан туяа ялгаруулж үүний нөлөөгөөр ерөнхий бодисын солилцоог сайжруулан исэлдэх урвалыг түргэсгэж, булчингийн тонусыг сулруулж спазмыг тавиулан өвдөлтийг багасгадаг ба хэсэг газрын лейкоцитоз, фагацитоз урвалыг идэвхжүүлдэг.

АГН – ийн хавагнах хэлбэрийн үед 6 - 8 сарын хооронд, холимог хэлбэртэйд 4 – 9 сарын хооронд, далд хэлбэртэйд 4 – 10 сарын хооронд сувилуулахад нэн тохиромжтой.

Судалгаанд Говь – Алтай аймгийн Бигэр суманд байрладаг “Таван элс” сувилалд сувилуулсан архаг гломерулонефрит оноштой 112 өвчтөн хамрагдсан ба нийт өвчтөний 70 /63%/ эрэгтэй, 42 /37%/ эмэгтэй, 95 /84,5%/ нь 40 - өөс доош насны идэр залуу хүмүүс байлаа.

Нийт өвчтөний 48 /42%/ АГН – ийн хавагнах хэлбэр, 41 /37%/ даралт ихтэй хэлбэр, 29 /21%/ нь далд хэлбэр оноштой байлаа.

Сувилал эмчилгээний үр дүнг судлахад:

| Зовиур              | Эмчилгээний өмнө |      | Эмчилгээний дараа |      |
|---------------------|------------------|------|-------------------|------|
|                     | тоо              | Хувь | тоо               | хувь |
| Ууц нуруугаар өвдөх | 88               | 78.6 | 42                | 37.5 |
| Бие сулрах          | 46               | 41   | 37                | 33   |
| Амархан ядрах       | 38               | 34   | 25                | 22.3 |
| Толгой өвдөх        | 22               | 19.6 | 10                | 9    |
| Шилбээр хавагнах    | 12               | 11   | 2                 | 1.8  |
| АД 140/90 хүртэл    | 38               | 34   | 16                | 14.3 |
| АД 180/110 хүртэл   | 8                | 7.2  | 2                 | 1.8  |

Сувилал эмчилгээний өмнө АГН – тэй өвчтөнүүд жилд дунджаар 1.7 дахин сэдэрдэг байсан бол сувилал эмчилгээний дараа жилд 1.5 дахин сэдэрдэг болжээ. Сувилалд сувицуулсан артерийн даралт ихтэй өвчтөний цусны даралт эмчилгээний 7 – 12 дахь өдөр буурах буюу хэвийн хэмжээндээ орсон байна.

Дүгнэлт:

Архаг гломерулонефритийн үеийн сувилал эмчилгээ нь өвчтөний зовиур шаналгааг багасгаж, өвчний намжмал үеийг уртасган сэдрэлийг цөөрүүлснээр өвчний явцад эерэг нөлөөтэй / $p < 0.005$ ,  $t = 3.05$ / байна.

### **Balneotherapy of chronic glomerulonephritis**

*G. Gankhuyag, T. Ariunaa*

We studied 112 patients with chronic glomerulonephritis who had balneotherapy in 'Tavan els' sanatorium of Biger sum, Govi Altai aimag. The climate of 'Tavan els' is close to desert climate (hot and dry). Results of balneotherapy were decreasing frequency of activating of the chronic glomerulonephritis and allevating of complaints, and normalizing of blood pressure.

**Уушигны ателектаз, түүний шалтгаан  
ба рентген шинжүүд**

*О. Ганхуяг, Д. Гончигсүрэн, З. Хишигжаргал, Л. Жаамаа*

Ателектазыг төрөлхийн, олдмол гэж ангилах боловч сүүлийн үед шалтгаанаар нь бөглөрөлийн, дарагдлын, тэлэгдлийн буюу үйл ажиллагааны, рефлексийн гэж ангилах болсон. Харин байршлаар нь тархмал, дэлбэнгийн, сегментийн, дэлбэнцрийн гэж ангилдаг.

**Ателектазын рентген шинжүүд**

Ателектазын рентген шинжүүдийг шууд ба шууд бус гэж 2 ангилах бөгөөд шууд рентген шинж нь:

1. Тодорхой дэлбэн ба сегментийн хэлбэрийг давтсан, сууриараа гялтан хальс руу шахаж, оройгоороо ихэвчлэн голтын сүүдэртэй нийлж байрласан тод жигд, нэг төрлийн сүүдэр харагдах бөгөөд үүний суурин дээр уушигны зураглал тодорхойлогдохгүй.
2. Хавирга хоорондын зай эмгэгтэй талд нарийсна.
3. Эмгэгтэй талын өрц өргөгдөж, уушигны угийн байрлал өөрчлөгдөн, өрцний төвгөр дээшлэх шинж юм.

Уушигны ателектазын үед гарах шууд бус, рентген шинжүүдэд уушигны ателектаз үүссэн уушигны талбай ба эзлэхүүн хэмжээгээрээ багасах, эрүүл уушгинд нь викарный эмфизем үүсэх болон голтын эрхтнүүд эмгэг тал руу татагдан шилжих зэрэг шинжүүд багтана.

Ателектазын үйл ажиллагааны шинж: Шинжлүүлэгчийг гүн амьсгал авахуулахад голтын эрхтнүүд эмгэг тал руу шилждэг ба үүнийг Гольцнехта – **Якобсоны шинж** гэдэг.

**Atelectasis of lungs. Causes and  
roentgenographic signs.**

*O. Gankhuyag, D. Gonchigsuren, Z. Khishigjargal, L. Jaamaa*

Atelectasis is pathology of lungs, caused by obstruction or restriction of bronhi.

**The main roentgenographic signs:**

1. Homogenic and intensive shadow.
2. The shape of shadow is similar with shape of lobes or segments of lung.

**Зүрхний хоёр хавтаст-гол судасны хавхлагын  
олдмол хавсарсан гажгийн рентген шинж  
тэмдгүүдийг судлах асуудалд**

*Ц. Бадамсэд, Р.Пүрэв, Д. Дэлгэрцэцэг, Б. Баярчимэг*

Зүрхний олон хавхлагын олдмол хавсарсан гажгийг оношлоход рентген шинжилгээ шийдвэрлэх үүрэгтэйг гадаадын /L.W.Stephenson, R.N.Edie, A.H.Hagkель 1984; В.И.Маколин, 1986; В.И. Бураковский, Л.А.Бокерия 1989/ болон манай орны /Ч. Батмөнх 1990; Ц.Бадамсэд, З. Пүрэв 1995; Н. Баасанжав, Ш. Баяртогтох 1999; Ц. Бадамсэд 2000/ судлаачид тэмдэглэж байна.

Манай оронд зүрхний хоёр хавхлагыг зэрэг засах хагалгааг эмнэлэгийн практикт нэвтэрүүлсэн нь зүрхний рентген шинжилгээг нарийвчлан хийж рентген оношлогоог төгөлдөржүүлэхийг зүй ёсоор шаардах боллоо.

Судалгааны зорилго нь:

Зүрхний хоёр хавтаст- гол судасны хавхлагын олдмол хавсарсан нарийсал ба дутмагшил гажгийн үед илрэх рентгенкардиометрийн зарим үзүүлэлтүүдийг тодорхойлоход оршино.

Судалгааны аргачлал:

Бид 1994-2000 онуудад П.Н. Шастины нэрэмжит клиникийн төв эмнэлэгийн рентген оншлогооны тасагт зүрхний хоёр хавтаст – гол судасны хавхлагын олдмол хавсарсан дутмагшил, гажиг /  $P=24$  /, зүрхний хоёр хавтаст-гол судасны хавхлагын олдмол хавсарсан нарийсал, гажиг /  $P=34$  /-тай онош батлагдсан 58 тохиолдолын 4-5 стандарт байрлалаар зүрх, том судасны рентген харалт хийж, зураг авч цусны бага эргэлтийн талаас гарах рентген өөрчлөлт, кардиометрийн зарим үзүүлэлтүүдийг тодорхойлсон.

Шинжлүүлэгчдэд клиник, зүрхний цахилгаан бичлэг, зүрхний дуут бичлэг, зүрхний хэт авиа, зүрх, том судас сэтгүүрдэх, зүрхний хөндийд тодосгогч бодис шахаж зураг авч дүрс бичлэг хийх шинжилгээнүүд хийж эцэст нь зүрхний мэс ажилбараар оношийг баталсан.

Цусны бага эргэлтийн талаас гарах рентген өөрчлөлтүүдийг И.Х.Рабкины, гол судасны багцийн лугшилтыг Б.М.Кудишийн, зүрх уушигны индексийг И.А.Григоряны, зүрхний эзлэхүүнийг Рохрер-



Кильстрофийн, гол судасны өгсөх хэсгийг Крабелийн, зүрхний зүүн ба баруун ховдлыг П.Н.Мазаев, А.М.Гришкевич, А.Н.Кайдаш нарын зүрхний баруун гарын тосгуурыг И.А.Григоряны аргаар тус тус үнэлсэн. Зүрхний баруун ташуу байрлалд авсан рентген зураг дээр уушигны конусыг хэмжсэн. Зүрхний баруун ташуу байрлалд бари уулгаж харалт хийж, зураг авч зүүн тосгуурын түвшинд тодорсон улаан хоолойн хазайлтаар зүүн тосгуурын томролтыг үнэлсэн. Рентгенкардиометрийн үзүүлэлтүүдийг И.Х.Рабкин, И.А.Григорян /1975/ нарын нас, хүйсний бүлгийн хэвийн хэмжээтэй харьцуулан үнэлсэн.

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

Судалгааны үр дүн ба хэлцэмж:

Зүрхний хоёр хавтаст – гол судасны хавхлагын олдмол хавсарсан дутмагшил, гажгийн үед  $58.3\% \pm 10.28$  / $P < 0.01$ / - д зүрхний эзлэхүүн 2 –р зэргийн томролттой байна. Энэ нь М.А.Иваницкая, В.С.Михина /1963/; В.С.Михина /1966/; П.Н.Мазаев, А.М.Гришкевич, А.Н.Кайдаш /1985/ нарын судалгаагаар зүрхний эзлэхүүн 3 – р зэргийн томролттой байна гэснээс бага байна.  $66.7\% \pm 9.8$  / $P < 0.05$ / - д зүрх – уушигны индекс 2 – 3 – р зэргийн томролттой байгаа нь В.С.Михина /1966/; П.Н.Мазаев ба бусад /1985/ нарын судалгаатай дүйж байна. Зүрх – уушигны индекс ба зүрхний эзлэхүүний томролт нь зүрхний хоёр хавтаст – гол судасны хавхлагын олдмол хавсарсан дутмагшил гажгийн төрөл, зүрхний хоёр хавтаст ба гол судасны хавхлагын олдмол дутмагшлын зэргээс шалтгаалж буй онцлог илэрч байна.  $62.5\% \pm 10.1$  / $P < 0.01$ / - д зүүн тосгуурын  $58.3\% \pm 10.28$  / $P < 0.01$ / - д баруун ховдол 2 – 3 – р зэргээр томорсон байна. Баруун ховдлын томролтын зэрэг нь хоёр хавтаст ба гол судасны хавхлагын дутмагшлын зэрэг, зүрхний баруун ховдлын агших үйл ажиллагаанаас хамаарч байна.  $70.8\% \pm 9.5$  – д зүрхний баруун тосгуурын томролтгүй байгаа ба  $70.8\% \pm 9.5$  – д гол судасны багц нилэнхүйдээ өргөсч, гол судасны лугшилтын далайц ихэссэн нь П.Н.Мазаев ба бусад /1985/ нарын дүгнэлттэй ойролцоо байна.

Зүрхний хоёр хавтаст – гол судасны хавхлагын олдмол хавсарсан нарийсал гажгийн үед  $76.5\% \pm 7.3$  - д зүрхний зүүн тосгуур 2 – 3 –р зэргээр томорч байгаа нь П.Н.Мазаев ба бусад /1985/; В.И.Буряковский, Л.А.Бокерия /1989/ нарын дүгнэлттэй дүйж байна. Зүрхний хоёр хавтаст – гол судасны хавхлагын нарийсал ижил ба гол судасны хавхлагын нарийсал хоёр хавтаст хавхлагын нарийслаас давамгайлсан үед зүрхний зүүн ховдол  $84.6\% \pm 10.4$  – д 2 – 3 – р зэргээр, хоёр хавтаст хавхлагын нарийсал гол судасны хавхлагын нарийсалтаас давамгайлсан үед зүрхний зүүн ховдол  $66.7\% \pm 10.5$  – д 1 – 3 – р зэргээр тус тус томорч байгаа нь статистикийн үнэн магадлалтай / $P < 0.05$ / байна. Энэ нь М.М.Загородская /1961/; Б.П.Соколов /1963/; В.С.Михина /1966/; Г.И.Цукерман /1969/ нарын дүгнэлтийг баталж байна.

Хоёр хавтаст ба гол судасны хавхлагын нарийсал ижил үед уушигны артерийн нум  $87.5\% \pm 12.5$  – д 2 – 3 – р зэргээр, хоёр хавтаст хавхлагын нарийсал гол судасны хавхлагын нарийслаас давамгайлсан үед зүрхний баруун ховдол  $80.0\% \pm 8.9$  – д 2 – 3 – р зэргээр тус тус томорч байна.

Зүрхний хоёр хавтаст ба гол судасны хавхлагын нарийсал ижил үед  $62.5\% \pm 18.3$  – д гол судасны өгсөх хэсэг өргөссөн ба төвийн артерийн зогсонгишил давамгайлсан хэлбэр, гол судасны хавхлагын нарийсал хоёр хавтаст хавхлагын нарийслаас давамгайлсан үед  $80.0\% \pm 20.0$  – д гол судасны өгсөх хэсэг өргөссөн,  $60.0\% \pm 24.5$  – д төвийн венийн зогсонгишил давамгайлсан хэлбэр, зүрхний хоёр хавтаст хавхлагын нарийсал гол судасны хавхлагын нарийслаас давамгайлсан үед  $61.9\% \pm 10.9$  – д гол судасны өгсөх хэсэг өргөссөн,  $66.6\% \pm 10.8$  – д төвийн артерийн зогсонгишил давамгайлсан хэлбэр тус тус тохиолдож буй нь Н.Н.Худабаян, К.А.Кандарян, З.А.Долабчян /1963/; И.Х.Рабкин /1967/; М.А.Иваницкая /1970/ нарын дүгнэлттэй ойролцоо байна.

Дүгнэлт:

1. Зүрхний хоёр хавтаст – гол судасны хавхлагын олдмол хавсарсан дутмагшил гажгийн үед зүрхний эзэлхүүн

58.3%  $\pm$  10.28 – д 2 – р, зүрх – уушгины индекс 66.7%  $\pm$  9.3 – д 2 – 3 – р зэргээр тус тус томорч буйг тогтоов.

2. Зүрхний хоёр хавтаст – гол судасны хавхлагын нарийсал ижил гажгийн үед 87.5%  $\pm$  12.5 – д зүрхний зүүн тосгуур, ховдол томорч, 62.5%  $\pm$  18.3 – д гол судасны өгсөх хэсэг өргөсч, төвийн артерийн зогсонгишил давамгайлсан хэлбэр тохиолддогийг илрүүлэв.

### **The problems of studing the roentgenological semiotics of mitral aortic – cardiac defect**

*Ts.Badamsed, R.Purev, D.Delgertsetseg, B.Bayarchimeg*

We have been conducting my study at the roentgenologic Department of the Clinical hospital №3 from 1994 – 2000 on 58 patients with diagnosis of mitral – aortic cardiac defect.

During our research work we have discovered heart – pulmonary index of 58%  $\pm$  0.08, enlargement of left atrium of 87.3%  $\pm$  0.16, enlargement of right ventricle of 64,5%  $\pm$  0.18, and enlargement of left ventricle of 73.1%  $\pm$  0.11 in 24 patients with mitral – aortic decompensation of cardiac defect.

The climp part of the aorta seed was 61 % when aortic stenosis overbalanced from mitral stenosis.

### **Монгол хүний дэлүүний урт, өргөний хэт авиан шинжилгээний лавламж хэмжээ**

*Ц.Бадамсэд, Б.Цэрэндаш, Б.Баярчимэг, Т.Нарантуяа*

#### Судалгааны ажлын зорилго:

Монгол хүний дэлүүний урт, өргөний хэт авиан шинжилгээний лавламж хэмжээг судлан тогтооход оршино.

#### Судалгааны аргачлал:

Бид 1999 – 2001 онуудад Төрийн Тусгай Албан Хаагчдын Нэгдсэн Эмнэлэг, Шүүхийн шийдвэр биелүүлэх ерөнхий газрын харъяа Хорихын нэгдсэн эмнэлэг, Сэлэнгэ аймгийн төв, Архангай аймгийн төв, Тариат, Хотонт, Өгий нуур, Өлзийт, Төвшрүүлэх сум, Хөвсгөл аймгийн Галт, Жаргалант сум, Дархан хот, Сэлэнгэ аймгийн Зүүнхараа

суманд хэт авиан шинжилгээний үзлэгт орж эрүүл гэж оношлогдсон 294 шинжлүүлэгчдэд тусгай судалгааны карт боловсруулж, судалгааг явуулсан. Судалгаанд Япон улсын Хитачи, Алока, Тошива фирмийн суурин ба зөөврийн аппаратыг ашиглаж, стандарт байрлалаар хэт авиа үүсгэгчийг байрлуулж хэмжилтүүдийг хийж дүгнэлт өгсөн. Бид судалгаанд хамрагдагсдын насыг залуу, идэр, ахмад гэж авч үзсэн.

Судалгааны үр дүн ба хэлцэмж:

Судалгаанд хамрагдагсадын 88 /29.9%/ нь 18 – 36 насны, 101 /34.4%/ нь 37 – 55 насны, 105 /35.7%/ нь 56 – 74 насны хүмүүс тус тус байв. Хүйсний хувьд 151 /51.4%/ нь эрэгтэй, 143 /48.6%/ эмэгтэй байлаа. Хэт авиан шинжилгээгээр дэлүүний урт эрэгтэйд залуу насанд  $10.70 \text{ см} \pm 0.21$ , идэр насанд  $10.97 \text{ см} \pm 0.16$ , ахмад насанд  $9.63 \text{ см} \pm 0.22$ , эмэгтэй залуу насанд  $9.86 \text{ см} \pm 0.16$ , идэр насанд  $10.39 \text{ см} \pm 0.25$ , ахмад насанд  $9.16 \pm 0.06$ , дэлүүний өргөн эрэгтэйд залуу насанд  $4.83 \text{ см} \pm 0.18$ , идэр насанд  $4.89 \text{ см} \pm 0.21$ , ахмад насанд  $4.37 \text{ см} \pm 0.13$ , эмэгтэйд залуу насанд  $4.54 \text{ см} \pm 0.13$ , идэр насанд  $4.51 \text{ см} \pm 0.05$ , ахмад насанд  $4.19 \text{ см} \pm 0.22$  тус тус байна.

Монгол хүний дэлүүний урт хэт авиан шинжилгээгээр 9.16см-10.97см байгаа нь Франк ба бусад /1986/; А.И. Дергачев /1995/ нарын судалгаатай ойролцоо, Г.П. Сидорова, В.Н. Демидов /1987/ нарын судалгаанаас бага байна. Дэлүүний өргөн 4.19см-4.89см байгаа нь Франк ба бусад /1986/ нарын дүгнэлттэй дүйж, Г.П. Сидорова, К.Н. Демидов /1987/; Р.И. Колесникова, Е.К. Габуня /1995/ нарынхаас бага байна.

Дүгнэлт:

Хэт авиан шинжилгээгээр монгол хүний дэлүүний урт 9.16-10.97см өргөн 4.19-4.89см тус тус байгааг тогтоов.

**Ultrasonographical reference value of the  
spleen in healthy Mongolians**

*Ts.Badamsed, B.Tserendash, B. Bayarchimeg, T.Narantuya*

Ultrasonographical research of the spleen has been conducted in 294 healthy individuals aged 18-74 years, by



ultrasonographic equipment made by Hitachi, Aloka, and Toshiba.

Ultrasonographical reference of the healthy mongolians are: the length of spleen 9.16-10.97cm, width of spleen 4.19-4.89cm.

**Монгол хүний нойр булчирхайн хэт авиан  
шинжилгээний лавламж хэмжээ**

*Ц. Бадамсэд, Б. Цэрэндаш*

Орчин үед клиникийн практикт хэт авиан оношлогоо нэвтэрсэн нь оношлогооны том амжилт, нойр булчирхайн эмгэг өөрчлөлтийг илрүүлэх талаар тэргүүлэх шинжилгээний арга болохыг гадаадын /Л. П. Орлова, 1987; Brogha ба бусад, 1991; А. И. Дергачев, 1995/ болон манай орны судлаачид /П. Онхуудай 1993, 2000; Ц. Бадамсэд, Б. Цэрэндаш ба бусад, 2000/ тэмдэглэж байна.

Монгол хүний нойр булчирхайн хэт авиан шинжилгээний лавламж хэмжээг судлан гаргах нь хойшлуулашгүй чухал асуудал мөн.

Судалгааны ажлын зорилго ба зорилтууд:

Монгол хүний нойр булчирхайн хэт авиан шинжилгээний лавламж хэмжээг тогтооход судалгааны ажлын зорилго оршино. Зорилгоо хэрэгжүүлэхийн тулд дараах үндсэн зорилтуудыг шийдвэрлэнэ. Үүнд:

1. Монгол хүний нойр булчирхайн толгой, их бие, сүүлийн хэт авиан шинжилгээний лавламж хэмжээ, нас, хүйсний хамаарал
2. Нойр булчирхайн хэт авиан шинжилгээний бүтцийн лавламж хэмжээ, насны хамаарал
3. Нойр булчирхайн цоргын хэлбэр, өргөний хэт авиан шинжилгээний лавламж хэмжээ, насны хамаарлыг тус тус тогтоох явдал юм.

Судалгааны аргачлал:

Бид төрийн тусгай албан хаагчдын нэгдсэн эмнэлэг, Шүүхийн шийдвэр биелүүлэх ерөнхий газрын харъяа Хорихын нэгдсэн эмнэлэг, Архангай ба хөвсгөл аймгийн зарим сумуудад хэт авиан шинжилгээний үзлэгт орж эрүүл гэж оношлогдсон 182 шинжлүүлэгчдэд тусгай судалгааны карт боловсруулж судалгаа хийсэн.

Судалгаанд Япон улсын Хитачи, Алока, Тошиба фирмийн суурин ба зөөврийн аппаратыг ашиглаж, стандарт байрлалаар хэт авиа үүсгэгчийг байрлуулж, хэмжилтүүдийг хийж дүгнэлт өгсөн. Бид судалгаанд хамрагсадын насыг залуу /18-аас 37 нас хүртэлх/, идэр /37-гоос 56 нас хүртэлх/, ахмад /56-гаас 75 нас хүртэлх/ гэж авч үзсэн.

Судалгааны үр дүн ба хэлцэмж:

Хэт авиан шинжилгээгээр монгол хүний нойр булчирхайн толгойн босоо хэмжээ 1.54 – 1.84 см, их бие 0.82 – 1.45 см, сүүл 1.39 – 1.61 см тус тус байна. Нойр булчирхайн хэлбэр нум маягийн / $P<0.001$ /, бүтцийн ижил төрөлшилтэй / $P<0.001$ /, нягтрал нь элэгний нягтралаас ихэссэн / $P<0.01$ /, цоргын хэлбэр тодорхойлогдохгүй / $P=0.05$ / шинжүүд статистикийн үнэн магадлалтай байна. Монгол хүмүүсийн нойр булчирхайн толгойн хэт авиан шинжилгээний лавламж хэмжээ нь В.Г.Смагин, О.Н.Минушкин, Л.П.Орлова /1983/ нарын судалгаатай ойролцоо, Н.М.Мухарлямов /1987/, С.Т.Тусупбеков ба бусад /1990/ нарын судалгаанаас бага байна. Нойр булчирхайн сүүлийн хэт авиан шинжилгээний лавламж хэмжээ нь Л.П.Орлова /1987/, Н.М.Мухарлямов /1987/, С.Т.Тусупбеков ба бусад /1990/ нарын дүгнэлттэй дүйж байна. Монгол хүний нойр булчирхайн хэт авиан шинжилгээний нягтрал  $52.8\pm 3.7$  – д элэгний нягтралаас ихэссэн нь Н. М. Мухарлямов /1987/ дүгнэлттэй ойролцоо, Л.П.Орлова /1987/, B.D.Doust /1975/, II.P.Lee /1984/ нарын судалгаанаас илүү,  $36.6\pm 3.5$  – д элэгний нягтралтай ижил буй нь H.I.Utz, R.Petzolo, H.F.Fuchs /1976/ нарын дүгнэлтээс бага, Л.П.Орлова /1987/ - гийн судалгаанаас илүү байна. Нойр булчирхайн цорго  $16.5\pm 2.8$  – д нарийн хэт авиан нягтрал ихэссэн нэг судал,  $37.4\pm 3.6$  – д жигд өргөссөн хэт авиан нягтрал ихэссэн хоёр судал байгаа нь А.И.Дергачев /1995/-ын дүгнэлттэй дүйж,  $46.2\pm 3.7$ -д нойр булчирхайн цорго тодорхойлогдохгүй нь G.S.Pertmutter /1977 /, Л.П. Орлова /1987/ нарын судалгаанаас бага, Н.М. Мухарлямов / 1987 /-ын дүгнэлтээс илүү байна.  $51.1\pm 3.7$ -д монгол хүний нойр булчирхайн цоргын өргөн 1-2 мм байгаа нь Н. М. Мухарлямов /1987/, Л.П. Орлова /1987/, Brogha ба бусад /1991/ судалгаатай тохирч байна.

Дүгнэлт:

Хэт авиан шинжилгээгээр монгол хүний нойр булчирхайн толгойн босоо хэмжээ 1.54 - 1.84 см, их бие 0.82-1.45 см, сүүл 1.39-1.61 см байгааг тогтоов.

1. Нойр булчирхай 61.5%+3.6-д нум хэлбэрийн, 77.5%+3.1-д бүтэц ижил төрөлшилтэй, 52.8% ±3.7-д нойр булчирхайн нягтрал элэгний нягтралаас ихэссэн байна.

2. 51.1% ±3.7-д булчирхайн ерөнхий цоргын өргөн 1-2 мм байна.

**Ultrasonographical reterenve value  
of the pancreas in healthy Mongolians.**

*Ts. Badamsed, B. Tserendash*

Ultrasonographical investigation of the pancreas has been conducted in 182 healthy people aged 18-74 years by ultrasonographical eguipment produced by Hitachi, Aloke, and Toshiba.

Ultrasonographical reference value in the healthy Mongolians are as follows: The vertical size of head pancreas 1.54-1.84cm, body pancreas 0.82-1.45cm, tail pancreas 1.39-1.61 cm, arch8 from 61.5+3.6, changed homegenety of ultrasonographical structure 77.5+3.1, the pancreas with more echosignal than the liver 52.8+3.7, and with the ductus pancreas 1-2mm.

**Архат гепатитийн хэт авиан оношлогооны  
зарим асуудал**

*Ц.Бадамсэд, Б. Цэрэндаш, Б.Баярчимэг, Ц.Бурмаа*

Элэг судлалд хэт авиан оншлогоо нэвтэрсэн нь оношлогооны том амжилт, элэг ба цөсний хүүдийн эмгэгийг илрүүлэх талаар тэргүүлэх оношлогооны арга болохыг гадаадын /F.S.Weill, 1978; L.T.Ferucci, 1979; M.Fukuda, 1979/ судлаачид тэмдэглэсэн байна. Архат гепатитийн бага зэргийн идэвхит хэлбэрийн үед элэг томрох ба элэгний бүтэц нэг төрлийн, өндөр идэвхит хэлбэрийн үед элэг томрох, элэгний бүтэц нэг төрлийн бус байна. / F.S.Weill, 1978; В.Н.Демидов, Г.П.Сидорова, 1984; А.А.Чиркин, А.Н.Соколова, И.И.Гончарик, 1993/.

**Судалгааны зорилго:**

Архаг идэвхит гепатиттай өвчтөний элэг, дэлүүний хэмжээ, нягтралыг хэт авиан шинжилгээгээр тогтооход судалгааны ажлын зорилго оршино.

**Судалгааны аргачлал:**

Бид 2000-2001 онуудад П.Н.Шастины нэрэмжит Клиникийн төв эмнэлэг, Төрийн тусгай Албан Хаагчдын Нэгдсэн Эмнэлэг, Шүүхийн шийдвэр биелүүлэх ерөнхий газрын харъяа Хорихын нэгдсэн эмнэлэг, Ачтан клиникийн эмнэлгийн хэт авиагаар оношлогдсон 28 өвчтөний хэт авиан шинжилгээгээр илэрсэн зарим шинж тэмдгүүдэд дүгнэлт хийв.

Шинжлүүлэгчдэд клиник, лаборатори, уян дуран, улаан хоолой, ходоодны анхдагч ба давхар тодосгогч бодистой рентген харалт ба зураг авалт, ердийн ба тодосгогч бодистой рентген компьютерийн томографи, биопсийн шинжилгээнүүдээр оношийг баталсан. Хэт авиан шинжилгээг Япон улсын Алока, Хитачи, Тошиба фирмийн суурин ба зөөврийн аппаратыг ашиглаж, стандарт байрлалаар хэт авиа үүсгэгчийг байрлуулж хэмжилт хийж, дүгнэлт гаргасан.

Элэг дэлүүний хэмжээ ба элэгний нягтралыг үнэлэхдээ Б. Цэрэндаш, Ц.Бадамсэд нарын боловсруулсан “Монгол хүний элэгний дэлүүний хэт авиан шинжилгээний лавламж хэмжээ” хэмээх аргачлал хэмжээнүүдтэй харьцуулсан.

Судалгааны үр дүнг статистикийн түгээмэл хэрэглэгдэх дундаж үзүүлэлт ба үзүүлэлтүүдийн алдааг тодорхойлж, Стюдентийн шалгуураар үзүүлэлтийн магадлалыг тодорхойлов.

**Судалгааны үр дүн ба хэлцэмж:**

Элэгний хэмжээ  $17.9\% \pm 7.3$ -д хэвийн  $7.1\% \pm 4.9$ -д багасах,  $75.0\% \pm 8.3$ -д томрох, элэгний нягтрал  $21.4\% \pm 7.9$ -д хэвийн,  $14.3\% \pm 6.3$ -д буурсан,  $17.9\% \pm 7.3$ -д ихэссэн,  $46.4\% \pm 9.6$ -д холимог, дэлүүний хэмжээ  $60.7 \pm 9.4$ -д хэвийн,  $7.2\% \pm 4.9$ -д багасах,  $32.1\% \pm 8.9$ -д томрох, хэт авиан шинж тэмдгүүд илэрч байна. Элэг томрох/  $P < 0.001$ /, нягтрал холимог /  $P, 0.05$ / шинжүүд статистикийн үнэн магадлалтай байна.



Бидний судалгаагаар  $46.4\% \pm 9.6$ -д элэгний нягтрал холимог байгаа нь архаг идэвхит гепатитийн үед элэгний нягтрал холимог байгаа нь архаг идэвхит гепатитийн үед элэгний нягтрал ихсэх /В.И.Демидов, Г.П.Сидорова, 1984 /буюу хэвийн / F.S.Weill, 1978; L.T.Ferucci, 1979; M.Fukuda, 1979/ байна гэсэн судлаачдын дүгнэлттэй тохирохгүй, харин А.А.Чаркин, А.Ю.Окорков, И.И.Гончарик /1993/ нарын дүгнэлттэй ойролцоо байна.

Дүгнэлт:

Архаг гепатитийн үед  $75.0\% \pm 8.3$ -д элэг томрох,  $46.4\% \pm 9.6$ -д элэгний нягтрал холимог хэт авиан шинж тэмдгүүд илэрдэгийг тогтоов.

**Some problems in ultrasonic  
diagnosis of chronic hepatitis**

*Ts.Badamsed, B.Tserendash, B. Bayarchimeg, Ts.Burmaa,*

Ultrasonographical investigation has been taken in 28 patients with chronic hepatitis. The basic ultresonic symptoms were defermined as chronic hepatitis. According to the ultrasonic diagnosis, it was determined that chronic active hepatitis causes  $75.0 \pm 8.3$  hepatomegalia and  $46.4\% \pm 9.6$  mixed liver density and their dominance.

**Цөс зогсонгийн хам шинжийн үеийн  
элэгний биотрансформаци**

*Б. Цэрэндаш, Ц.Минжүүр, Ц.Бурмаа, Э.Алтантулга*

Хүний бие махбодод гаднаас орсон химийн нэгдэл, түүний дотор эмийн бодисын хувирлыг илрүүлэн судлах явдал орчин үеийн туршилтын болон эмнэлзүйн анагаах ухааны нэг үндсэн зорилт мөн / Лакин К.М., Крилов Ю.Ф., 1981; Цэрэндаш Б. 1994/. Энэ асуудал эмийн эмчилгээг зөв явуулах онлын үндэс болдог.

Эмийн болон олон талт үйл ажиллагааны нэгэн чухал хэсэг нь эмийн болон гадны хориг бодис /ксенобиотик/-ын биотрансформаци юм. Эмийн ба ксенобиотик бодисын биотрансформаци голдуу

гепатоцитийн дотор явагдах ба харин Купферийн эсийн дотор биотрансформацийн урвал сул идэвхтэй байна/berg M.L.Boman D. 1972; Morland J, Olsen H. 1977, 1982/.

Эмийн бодисын биотрансформаци урвалын дотроос онол практикийн чухал ач холбогдолтой нь элэгний эсийн цитозолын дотор N-ацетилтрасфереза ферментийн оролцоотойгоор явагддаг ацетилжуулах урвал юм/ Лакин К.М, Крылов Ю.Ф.,1981; Цэрэндаш Б, Рагчаа Б, 1981, 1994, Chatamrama K, Procter E, 1981, Olsen H, Morland J, 1982/.

Эмнэлзүйн анагаах ухааны нэг чухал асуудал бол элэгний өвчний үеийн эмийн биотрансформацийн өөрчлөлт юм. Элэгний өвчний үед цитохром Р-бодисын ялгаран гарах хугацаа удааширна / Hephher G.M, Vessel E.S, 1975; Klotz U, Avent G.R, 1975/.

Харин элэгний өвчний үед ялангуяа цөс зогсонгийн хамшинжтэй өвчтөнд элэгний биотрансформаци хэрхэн өөрчлөгдөх талаар хийсэн судалгааны ажил одоог хүртэл маш ховор байна.

Судалгааны зорилго:

Цөс зогсонгийн хамшинжийн үед элэгний биотрансформаци хэрхэн өөрчлөгддөг болохыг элэгний ацетилжуулах хэлбэр ба чадварыг тодорхойлсны үндсэн дээр тогтоох зорилго тавьсан болно.

Судалгааны аргачлал:

1992-2000 онд УКТЭ ба П.Н.Шастины нэрэмжит Клиникийн төв эмнэлэгт хэвтэж эмчлүүлж байсан цөс зогсонгийн хамшинж болох нь үзлэг, шинжилгээний аргуудаар тогтоогдсон 85 өвчтөнд Сульфадимецин / СДМ /-ийн тусламжтайгаар өвчний цус ба шээсэнд ацетилжуулах хэлбэр ба чадварыг тодорхойлов.

Судалгааны үр дүн:

Цөс зогсонгийн хамшинжийн үед хурдан ацетилжуулах 17365%ь удаан ацетилжуулагч 82.35% байгаа нь эрүүл хүмүүсийн элэгний ацетилжуулах хэлбэрээс эрс ялгаатай байна.

Элэгний ацетилжуулах чадварыг цөс зогсонгийн хамшинжийн үед өвчтөний ийлдэст тодорхойлоход хурдан ацетилжуулагчдад чөлөөт СДМ-ын хэмжээ  $6.2 \pm 0.45$  мкг/мл, ацетил СДМ-ын ацетилжуулах хэмжээ  $50.7 \pm 4.0\%$ , удаан

ацетилжуулагчдад чөлөөт СДМ-ын  $12.4 \pm 1.0$  мкг/мл, ацетил, СДМ-ын хэмжээ  $3.8 \pm 0.7$  мкг/мл, нийт СДМ-ын хэмжээ  $16.2 \pm 0.8$  мкг/мл, СДМ-ын ацетилжих хэмжээ  $23.6 \pm 4.5\%$  хүртэл өвчтөний шээсэнд хурдан ацетилжуулагчдад чөлөөт СДМ-ын хэмжээ  $53.7 \pm 5.5$  мкг/мл, ацетил СДМ-ын хэмжээ  $149.3 \pm 2.5$  мкг/мл, нийт СДМ-ын хэмжээ  $203.0 \pm 7.2$  мкг/мл, СДМ-ын ацетилжих хэмжээ  $73.6 \pm 1.8\%$  удаан ацетилжуулагчдад чөлөөт СДМ-ын хэмжээ  $130.0 \pm 9.4$  мкг/мл, СДМ-ын ацетилжих хэмжээ  $37.5 \pm 3.7\%$  болж эрүүл хүмүүстэй харьцуулахад  $1.3-3$  дахин  $P < 0.001$  багассан байв.

Дүгнэлт:

1. Цөс зогсонгийн хамшинж голдуу удаан ацетилжуулагч хэвшинжийн хүмүүст тохиолдож байна.
2. Цөс зогсонгийн хам шинжийн үед элэгний биотрансформацийн зарим үзүүлэлтүүд болох ацетил, чөлөөт болон нийт СДМ-ын хэмжээ, түүний ацетилжих чадвар эрс буурч байна.

**Hepatic biotransformation  
by cholestatic syndrome**

*B.Tserendash, Ts. Minjuur, Ts.Burmaa, E.Altantulga*

Has been determined the liver acetylation phenotype and capacity in 85 patients with chol-static syndrom.

Cholestatic syndrom mainly occur in the slowly acetylators /82.359/. In the cholestatic syndrom decreased some indication of hepatic biotransformation is an average size of acetyl, free and all SDM, capacity of acetylation.

**Амёбын гаралт элэгний буглаа**

*Л.Галцог, Н.Даваацэрэн, Ц.Минжүүр,  
О.Энхцэцэг, Ж. Оюунчимэг.*

УКТЭ-ийн мэс заслын клиникт DS: Элэгний буглаа оношоор эмчлүүлж байгаад нас барсан 42 настай тохиолдлын цогцсын шинжилгээний өөрчлөлт ба оношийн тухай өгүүлжээ. Өвчтөн 42 градус халуурна, гэдэс дүүрч

цанхайна, хэвлий базалж хоногт олон удаа шингэнээр суулгана, 1 сард 20 кг турсан, хөлөрнө, халуурч чичирнэ гэсэн зовиуртай ирсэн ба 2сарын өмнөөс бөөлжиж гүйлгэж, халуурч сумын эмнэлэгт 5 хоног, аймгийн эмнэлэгт 1сар хэвтэж эмчлүүлсэн боловч засрал аваагүй учир нааш ирсэн байна.

Үзлэгт:

Биеийн байдал хүндэвтэр, ухаан саруул, склер ба арьс салс шар туяатай, уруул омголтсон, хэл бохир саарал, өнгөртэй. Хэвлий дүүрэнгэ, цардгар, элэг хавирганы нумаас доош тэмтрэгдсэн, эмзэг хатуувтар.

Шинжилгээнд:

ЦЕШ-нд : Хb81-88г/л, l-14.4\*10<sup>9</sup>-3.4\*10<sup>9</sup> СОЭ-63-70мм/ц 09.30-нд бүдүүн гэдэс гэрэлд харахад: Бүдүүн гэдэсний байрлал хэлбэр хэмжээ хэвийн, сигма гэдэс хауструм жигд биш.

Дүгнэлт:

Сигмоидит. Эхо шинжилгээ 2 удаа хийснийг дурьдвал: 09.22-нд: Элэгний хэмжээ бага зэрэг том, эхо ойлт ихэссэн, цөсний

хүүдий чулуугүй, хана зузаан, нойр булчирхай, дэлүү, бөөр хэвийн. Аортын лимф томорсон.

Дараагийн харалтанд:

10.05-нд: Элэг дэлүү томорсон, элэгний зүүн дэлбэнгийн буглаа, асцет гэж оношлогдон элэгний буглаанд хатгалт хийж суллан гуурс тавьжээ. Хатгалтаар их хэмжээний өмхий идээ гарсан ба сепсис, перитонитын шинж илэрч биеийн байдал засрахгүй байсан тул 10.13-нд мэс засалд орж элэгний зүүн дэлбэнг тайруулах мэс ажилбар хийлгэсэн болно. Хагалгааны дараа сепсис, перитонитын шинж үргэлжилж хордлоготой байсан ба гэдэсний түгжрэл үүсч давтан мэс засалд орсны дараа өвчтөн нас баржээ.

Задлан шинжилгээнд:

Элэгний зүүн дэлбэн мэс заслаар тайрагдан, элэгний гадаргуу гөлгөр, шаргал өнгөтэй, зүсч үзэхэд эдийн гүнд маш олон тооны ногоовтор хүрэн шаргал өнгийн янз бүрийн хэмжээний голомтуудтай, зарим нь зөөлөрч нялцайсан байв. Бичил өөрчлөлтөөс: Элэгний эдийн дотор үхжиж хайлсан олон тооны голомтуудтай, үхжилийн дотор цусархаг зүйл агуулагдсан, үхжилийн голомтийг тойроод



үрэвслийн эсүүд эхээр бөөгнөрсөн, үхжилийн захаар гемотоксилин будгаар хар хөх өнгөөр будагдсан биетнүүд олон тоотой байв. PAS-урвалд дээр дурьдсан дугариг зууван биетүүд эерэгээр будагджээ. Ийнхүү уг өвчтөн нь амёбын гаралт буглаа өвчтэй байсан бөгөөд манай нөхцөлд анх удаа элгэнд тохиолдсон бүдүүн гэдэсний амёбын гаралт үрэвсэлгүй үүссэн ер бусын өвчин байв.

**Extraordinary case of amoebiasis in the liver**

*L. Galtsog, N. Davaatseren, Ts. Minjuur  
O. Enkhtsetseg, J. Oyunchimeg*

An observation of clinically unidentified case of amoebiasis of the liver in 42 years man is discribed. The case has been verified on the basis of hystollogical and hystochemistry method's.

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

By means of Mellory's hystollogical and PAS positive oval bodies approximately 60µm in size, contains a small distinctive central karyosome.

Cytoplasm of some organisms were contains red blood cells.

The case was wery rere and first extraordinary desease on condition our country.

**2000 онд ХБЭСК-т нас барсан  
тохиолдлын шалтгааны судалгаа**

*Ц.Минжүүр, Л. Долгор, Д. Нямсүрэн  
Д. Жавзансүрэн, Ц. Тунгалаг*

ХБЭСК-т 2000 онд нас барсан 20 тохиолдол байна. Хүснэгт №1-ээс харахад эрчүүд 12 нь буюу 60% нь эмэгтэйчүүд 8 нь буюу 40%-ийг эзэлж байна. Насны хувьд 36-45, 46-55 насанд 12 тохиолдол буюу 60%-ийг эзэлж байна.

## **Улсын Клиникийн Төв Эмнэлэг**

УБ хотын иргэн 6 нь буюу 30% хөдөө орон нутгийн иргэд 14 тохиолдол буюу 70%-ийг эзэлж байна.

Хүснэгт 1

| Эр  | Эм  | Нас   |       |       |       |       |           | УБ хотын иргэн | Хөдөө орон нутгаас иргэн |
|-----|-----|-------|-------|-------|-------|-------|-----------|----------------|--------------------------|
|     |     | 18-25 | 26-35 | 36-45 | 46-55 | 56-65 | 66-с дээш |                |                          |
| 12  | 8   | 2     | 2     | 6     | 6     | 4     | -         | 6              | 14                       |
| 60% | 40% | 10%   | 10%   | 30%   | 30%   | 20%   |           | 30%            | 70%                      |

Хүснэгт 2

| Ор хоног  | 0-1 | 1-3 | 4-7 | 8-12 | 13-15 | 16-19 | 20-дээш |
|-----------|-----|-----|-----|------|-------|-------|---------|
| Тохиолдол | 4   | 4   | 6   | 2    | -     | -     | 4       |
| Хувь      | 20% | 20% | 30% | 10%  | -     | -     | 20%     |

Ор хоногоор нь үзвэл 0-1 хоног, 1-3 хоног, 4-7, 20-иос дээш хоногт зонхилох тохиолдлууд байна.

Хүснэгт 3

| Онош | Элэгний хатуурал | Цирроз-рик печени | Менингоэнцефалит | Грануломатозный гепатит | Элэгний оворго | Цус алдалт |
|------|------------------|-------------------|------------------|-------------------------|----------------|------------|
|      | 16               | 2                 | 1                | 1                       | 14             | 6          |
| Хувь | 80%              | 10%               | 5%               | 5%                      | 70%            | 30%        |

20 тохиолдлын 18 хувь нь элэгний хатуурал ба хавдар буюу 90%-ийг, үлдэх 10%-ийг менингоэнцефалит, грануломатозный гепатит эзэлж байгаа ( тус бүр 5%) бөгөөд 70% нь элэгний оворгоор, 30% нь улаан хоолой ходоодны өргөссөн судаснаас цус алдсаны улмаас нас барсан байна.

Дүгнэлт:

1. Нас барсан тохиолдлын 60% нь эрчүүд байна.
2. Идэр залуу /36-55/ насны хүмүүс зонхилж байна.
3. 70% нь хөдөө орон нутгаас ирсэн иргэд байгаа нь өвчтөн хэт хүндэрсэн хойноо ирж хэвтсэнтэй холбоотой байна.
4. Үүний дотроос элэгний оворгоор нас барсан нь илүү байгааг анхаарууштай байна.

**Study of mortality cause of  
Gastro-enterological Clinics in 2000**

*Ts.Minjuur, L. Dolgor, D. Nyamsuren,  
D. Javzansuren, Ts. Tungalag*

Conclusion:

1. 70% of mortality case was males.
2. Mostly they were at the age of 36-55.
3. 70 of them were the people from the countryside. It is connected with later coming the clinic.
4. Mostly in cause of mortality case was liver diseases with complication.
5. It must be considered that among them coma of liver more occurs.

**Гипертериозыг I-131 –ээр  
эмчилсэн нь**

*Б.Энхтуяа, П.Онхуудай, Л.Цэвэлмаа*

**Гипертиреодизм** - (Graves Disease, Morbus Basedov)ыг эмчилэхэд I-131-ийг анх 1946 оноос хэрэглэж эхэлжээ. 50 гаруй жилийн түүхтэй. 1995 оны мэдээллээр АНУ-д I-131 нь гол эмчилгээ болжээ. I-131 эмчилгээг эмч нар тухайлбал хойт Америкынх 69% (1990), Европынх 22% /1987/, Японых 11% / 1988 / илүү үр дүнтэй гэж үздэг.

Гипертиреодизмын үед ямар эмчилгээг сонгох асуудал одоо болтол нэг мөр болж чадахгүй байна. Энэ нь сонгосон эмчилгээний үнэ, ая тухтай байдал, нас, эмчилгээний төгс үр дүнгийн объектив үзүүлэлт, субъектив нөлөө, өвчтөний давуу эрх гэх мэттэй холбоотой юм. 3 жилийн өмнөөс УКТЭ-ийн Цөмийн онош зүйн тасагт

гипертиреозыг I-131-ээр эмчилж эхэлсэн бөгөөд эмчилгээнд 22 өвчтөнийг сонгон авав.

Эрэгтэй 9, эмэгтэй 13, 26-76 насны хүмүүс байв. Орчин үед гипертиреозыг эмчлэх 3 сонгомол аргыг хэрэглэж байна.

1. Антитиреод эмээр эмчлэх (Баймбайн гармоны синтезийг зогсоох)
2. Субтоталь тиреодэктоми (Бамбайн жинг багасгах)
3. Цацраг идэвхит изотоп –131-ээр эмчлэх. (Тироцит – бамбайн эсийг “устгах”)

Бид эндокринолог эмчтэй зөвлөлдсөнөөр клиникт бамбайн үйл ажиллагааны үзүүлэлт T-3, T-4 TST гармон бамбайн сцинтиграмм, иодын шингээлт, антитиреод эмчилгээ хийлгэсэн эсэх, зэрэг үзүүлэлтүүдээр оношлогоог бататгасны дараа I-131-ийн эмчилгээг хийсэн.

Эмчилгээний тунг тохируулахдаа дээрхи үзүүлэлтүүдийг үндэслэн 5-18мКи, I-131-ийг амаар уулгасан. Эмчилгээг 3 хэлбэрээр явуулав. (70-80%-д 1 удаагийн, 10-20%-д 2 удаагийн, 5% орчимд 3 удаагийн тунгаар) Зарим шаардлагатай өвчтөнүүдэд I-131-ээр эмчилсэн эхний сард антитиреод бэлдмэл, бетта-блокатор, (нүдэнд) стероидный гармонуудыг хавсран хэрэглэж байсан.

Үр дүн:

- Өвчтөний 92%-д гипертиреозын хордлогын шинж тэмдгүүд арилж, 1 ба 2 дахь эмчилгээний дараа бамбайн хэмжээ багасаж, үйл ажиллагааны үзүүлэлт хэвийн болсон.
- Бага тун нь гипотиреозод оруулахгүй сайн талтай боловч, эмчилгээний үр дүн удаан байв. Өндөр тун нь гипотиреозод оруулахгүй сайн талтай боловч, эмчилгээний үр дүн хурдан байсан 2 өвчтөнд гипотиреоз илэрсэн.
- Эмчилгээг T-4, TST гармоны үзүүлэлтээр хянах нь үр дүнтэй.
- Цаашид I-131-ээр бамбайн өмөнг эмчлэх эмчилгээг хийх болно.



**Radioiodine-I-131 Therapy for Hypertheroidism**

*B. Enkhtuya, P. Onkhuudai, L. Zevelmaa*

The use of I-131 in 1946 for the treatment of hyperthyroidism marked a historic event. Today I-131 has become one of the most commonly used agent for the treatment of hypertheroidism.

A three years study was done the Nuclear Medicine Department of First State Central Hospital on radioiodine therapy for hyperthyroidism. A total 22 patient received I-131 after careful selection hence in this study. A predominantly female population was scan (13) compared to (9) males. Doses ranged from 5 to 18 mci depending on gland size, and degree of toxicity. Succes rate of treatment was 92% which meant that the symptoms were abated and there was shrinkage of the thyroid gland after a single dose iodine.

**Гломерулонефритийн "туйплин засал"  
эмчилгээ плазмаферез төст  
үйлдэлтэй болох нь**

*Б.Бямбадорж, Х.Гэлэгжамч, З.Мэндсайхан  
Б.Саранцэцэг, М.Амбага*

Сүүлийн үед манай оронд бөөр шээс бэлгийн замын үрэвсэлт өвчний эзлэх хувь нэмэгдэж буй бөгөөд улмаар бөөрний архаг дутагдал (БАД)-д хүрэх шалтгаануудын дотор гломерулонефрит 39.8-59.5%-ийг эзлэж байна. Гломерулонефритийн эмчилгээнд дааврын болон цитостатик бэлдмэлүүдийг энтиагрегант, антикоагулянт эмүүдтэй хавсруулан болон дангаар хэрэглэхээс гадна плазмаферез, гемосорбци эмчилгээг хэрэглэж байна. Орчин үеийн эмчилгээний эдгээр аргууд нь гаж нөлөө ихтэй, хэт өндөр өртөг зардал шаарддаг. Нөгөөтэйгүүр бөөр судлаачдын өмнө тавигдаж буй гол тулгамдсан асуудлын нэг нь хугацааг уртасгах явдал билээ. Энэхүү асуудлыг шийдэхэд дорно дахины болон монголын уламжлалт анагаах ухаанд бөөр болон холбогч эдийн эмгэгүүдийн үед хэрэглэсээр ирсэн туйплин, түүний эмчилгээний идэвхи зүй ёсны анхаарлыг татдаг юм.

Иймд бид энэхүү эмчилгээний үйлдлийн механизмыг судлах, эмчилгээний үр нөлөөллийг тогтоох зорилгоор туйплингийн спирт болон усан ханд, уламжлал болгон хэрэглэж байсан туйплинг зэс, улаан чавгатай хавсруулсан зэрэг 3 аргын эмчилгээний үр дүнг харьцуулсан судалгааг туршилтын нефритийн загвар дээр судлахад бүгд эмчилгээний үйлдэл сайтай байсан ба антиоксидант (АО) болон холбогч эдийн ургалтыг саатуулах идэвхиэрээ уламжлалт арга нь илүү болох нь харагдсан юм. Иймд бид туйплингийн эмчилгээний үр дүнг үнэлэх эмнэл зүйн судалгаанд туйплинг хэрэглэх уламжлалт аргыг сонгож авсан болно.

Туйплинг 3 мм болтол жижиглэн уламжлалт аргын дагуу зэс, улаан чавгын хамт чанамал байдлаар тогтсон дэг журам, идээ ундаа явдал мөрийг баримтлан 14 хоног эмчлэв.

Эмчилгээний өмнө болон дараа дархлааны (CD3, CD4, DC8, IgG, IgM, IgA), бөөрний үйл ажиллагааг үнэлэх түүдгэнцэрийн шүүлтийн хурд /ТШХ/, сийвэнгийн креатинин, цусны бүлэгнэлтийн тогтолцооны байдал, сийвэнгийн уураг, уургийн фракц, холестерин, натри, калийн агууламж, шээсний шинжилгээний үзүүлэлтээр судлав. Мөн эмчилгээний үеийн хөлсний шинжилгээг хийлээ. 6, 12 сарын дараа Ig G, M, A, ТШХ сийвэнгийн креатинины агууламж болон өвчний сэдрэлтийн байдлыг судаллаа.

Судалгааны ажлын үр дүн :

Эмнэл зүйн судалгаанд эмнэл зүй болон лабораторийн шинжилгээгээр архаг гломерулонефрит болох нь тогтоогдсон 30 хүнийг сонгон авснаас хавагнах хэлбэр 8, холимог хэлбэр 8 байв.

Эмчилгээний үед артерийн даралт ихдэх шинж давамгайлсан бүх хүнд (100%) систолын артерийн даралт (САД) 140-160 мм МУБ байснаа 100-105 мм МУБ болтол буурч байсан ба эмчилгээнд хамрагдсан бүх өвчтөнд хөлрөх, шээс хөөх, биеийн жин буурах, тамирдах шинж илэрч байлаа. Эмчилгээний дараа 2-3 сарын турш хөлрөх үзэгдэл ажиглагдаж байсан нь эмчилгээний үр нөлөөллийг дээшлүүлэхэд их ач холбогдолтой болох нь 6, 12 сарын турш ажиглалт судалгаа хийсэн баримтаар харагдаж байлаа.

Дэлхийн олон оронд туйплинг хэрэглэж ирсэн түүхтэй бөгөөд өнөө ч хэрэглэж буй бөгөөд манай оронд хэрэглэж буй уламжлалт арга нь бидэнд мэдэгдсэн баримтаас үзэхэд зөвхөн монголын уламжлалт анагаах ухаанд хэрэглэгддэг арга бөгөөд эмчилгээний явцад хоол унд, явдал мөрийн нарийн дэглэмийг баримталдаг онцлогтой юм. Эмчилгээний үед ялгарах хөлсөнд шинжилгээ хийхэд нийт уураг 5.9 г/л, билирубин 13.02 мкм/л, креатинин 31.4 мкм/л натри 60.3 ммоль/л, кали 18.4 ммоль/л, ЦИК 16.4 ЕД тодорхойлогдож байсан (хүснэгт №1) нь туйплинд агуулагдах сапонин, стреоид нэгдлүүдийн нөлөөгөөр хөлөргөх үйлдлийг үзүүлэн хордлого тайлах идэвхийг үзүүлж буй үндэстэй байна. Эмчилгээний дараах болон өмнөх үетэй нь харьцуулахад сийвэнгийн нийт уураг, натри, калийн агууламжид өөрчлөлт ороогүй ба Ig G, М-ын хэмжээ 1.07 -1.17 дахин буурч, CD8-ын агууламж 1.05 дахин ихэссэн ( $P<0.05$ ) зэрэг нь (хүснэгт №2.3) хөлөргөх болон туйплингийн фармаколог үйлдлийн нөлөөгөөр дархлаа дарангуйлах үйлдэл үзүүлдэг нь харагдаж байна.

**Архаг гломерулонефритийн үеийн болон  
Туйплин засал чимэглэлийн үеийн  
дархан бүрдлийн хөдлөл зүй**

Хүснэгт №1

| № |                   | Сийвэнд агуулагдах<br>хэмжээ /ЕД/ | Хөлсөөр ялгарах<br>хэмжээ /ЕД/ |
|---|-------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| 1 | Эмчилгээний өмнө  | 37.6±5.3                          | 16.4±3.3                       |
| 2 | Эмчилгээний дараа | 22.1 ±1.6                         |                                |

**Архаг гломерулонефритийн үеийн туйплин  
засал эмчилгээний үеийн шингэний  
дархлааны хөдлөл зүй**

Хүснэгт №2

|                                        | <b>Ig Gмг%</b> | <b>Ig Амг%</b> | <b>LgМмг%</b> |
|----------------------------------------|----------------|----------------|---------------|
| Эмчил-<br>гээний<br>өмнөх<br>үзүүлэлт  | 941.53±31.8    | 137.32±2.5     | 120.08±11.09  |
| Эмчил-<br>гээний<br>дараах<br>үзүүлэлт | 869.36±28.27   | 117.14±8.6     | 107.91±10.8   |
| Эрүүл<br>хүмүү-<br>сийн<br>үзүүлэлт    | 1088.5±13.58   | 113.24±15.12   | 87.97±11.25   |

**Архаг гломерулонефритийн үеийн  
Т лимфоцитийн тоо хэмжээнд гарах  
өөрчлөлт, түүнд туйплин  
заслын үзүүлэх нөлөө**

Хүснэгт №3

|                            | <b>CD<sub>3</sub></b> | <b>CD<sub>4</sub></b> | <b>CD<sub>8</sub></b> | <b>CD<sub>4</sub>:CD<sub>8</sub></b> |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------------------|
| Эрүүл<br>хяналтын<br>бүлэг | 69.1±2.1              | 48.4±1.66             | 20.7±0.95             | 2.33±0.15                            |
| Эмчилгээний<br>өмнө        | 77.95±1.2             | 54.8±0.64             | 22.3±0.43             | 2.45±0.45                            |
| Эмчилгээний<br>дараа       | 78.72±1.05            | 54.68±0.65            | 23.59±0.36            | 2.31±0.2                             |



Нөгөө талаар туйплин засал эмчилгээний үед шингэний балансыг тооцох аргаар хөлрөлтийн хөдлөл зүйг судлахад эмчилгээний эхний 2-3 хоногт шээсний хэмжээ нэмэгдэж байсан ба биеийн жин 200-250 гр-аар буурсан ч хөлсний хэмжээг тогтоох боломжгүй байна. Эмчилгээний бусад хоногуудад хоногт ялгарах шээсний хэмжээ багасч, биеийн жин 200-450 гр-аар буурч, ялгарах хөлсний хэмжээ 450-1490мл болж байлаа. Ийнхүү туйплин засал эмчилгээний үед биеэс их хэмжээний шингэн ялгарч буй ч цусанд агуулагдах электролит, эрдэс давсны найрлага хэмжээ хэрхэн дагаж өөрчлөгдөж байгааг сийвэнгийн натри, калийн агууламжаар төлөөлүүлэн хянахад биед эрдэс давсны найрлага хэмжээ хэвийн түвшиндээ хадгалагдаж байсан /хүснэгт №4/.

**Архаг гломерулонефритийн  
туйплин засал эмчилгээний үеийн  
сийвэнгийн натри, калийн байдал**

Хүснэгт 4

|                                | Сийвэнгийн натри<br>(ммоль/л) | Сийвэнгийн кали<br>(ммоль/л) |
|--------------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| Эрүүл хүмүүсийн<br>үзүүлэлт    | 140.1±2.3                     | 3.6±0.8                      |
| Эмчилгээний өмнөх<br>үзүүлэлт  | 139.05±7.05                   | 3.8±0.7                      |
| Эмчилгээний дараах<br>үзүүлэлт | 141.9±4.17                    | 3.56±0.4                     |

Энэ нь туйплингийн найрлаганд агуулагдах микроэлементүүд дотор хүний биед агуулагдах 15 эссенциаль бичил элементүүдээс эрүүл биеийн хэвийн байдлыг хангаж байдаг төмөр, зэс, цинк, кобальт, марганц, мольбедин, селен, хром зэрэг 9 элемент бүгд тодорхойлогддог нь организмын хэвийн тэнцвэрт байдлыг хангахад чухал үүрэгтэйг илтгэж байна.

Туйплин засал эмчилгээний хөлөргөх үйлдэл нь биеийн нийт гадаргуу талбайгаар явагдаж буй бөгөөд 170 см өндөртэй 60-70 кг жинтэй хүний арьсны гадаргуу ойролцоогоор 1.6м<sup>2</sup> талбай эзэлдэг ба хамгийн сонирхолтой нь хүний 2 бөөрний түүдгэнцэрийн хялгасан судасны талбай дунджаар 1.5-1.6 м<sup>2</sup> байдаг.

Экстракорпораль эмчилгээний нэг төрөл болох ультрафильтраци, гемофильтрацийн эмчилгээнд хэрэглэгдэх 0.6-1.6м<sup>2</sup> талбайтай шүүгч мембран бүхий шүүлтүүр ашигладаг. Ультрафильтраци эмчилгээгээр шүүгч мембранаар хүний цусыг дамжуулан шүүж гаргасан шүүгдэс доторх найрлага, агууламжийг тогтоосон судалгааны материалтай жишихэд түүнд агуулагдаж буй найрлага нь гломерулонефритийн туйплин засал эмчилгээний үед биеэс ялгаран гарч буй хөлсөнд хийсэн шинжилгээний дүнтэй харьцуулахад ялгарах бодисын молекул жингийн байдал ойролцоо байсан. Өөрөөр хэлбэл туйплин засал эмчилгээгээр их талбайг тухайлбал арьс, салстын капилляр судсуудыг хамарсан фильтрацийн процесс хоногийн 24 цаг, бүр цаашилбал 2-3 сарын турш хадгалагдан хөлрөх замаар хордлого тайлах, биеэс хортой бодис зайлуулах, шүүх эмчилгээ хийгдэж байна гэх үндэстэй юм. Энэ нь гемофильтраци төст үйлдэл үзүүлж байна гэж хэлж болох юм.

Нөгөө талаар туйплингийн чанамалын хоол боловсруулах замд шимэгдэх чадваргүй гадаргуугийн идэвхитэй бодисууд нь ходоод гэдэсний замын хөндий рүү шүүрсэн хорт нэгдлийг өөртөө шингээж биеэс зайлуулах үйлдэлтэй байдаг нь энтеросорбци үйлчилгээг үзүүлж байна.

Капиллярийн ханаар фильтраци болох, молекул нэвтрэх процесс зэрэг нь урсаж буй цусны даралтын хүчний үйлчлэлээр явагддаг бөгөөд хэвийн үеийн даралт капилляр судсанд 10-12 мм МУБ байснаа цус дүүрэлтийн үед 40мм МУБ болтол нэмэгддэг нь гол нөхцөлдүүлэх хүчин зүйл болж байдаг. Мөн капилляр нь хөдөлгөөний идэвхитэй байдгийг Вейс, Ванг /1936/ нарын тогтоосноор өөрийн диаметр нь өдөр, сар, жилийн янз бүрийн үеүдэд өөр өөр байдаг байна. Тухайлбал намар-өвлийн цагт нарийсч бодисын солилцооны эрч багасч өөрчлөлт гардаг байна. Туйплин заслыг намар-өвлийн цагт хийдэг нь шинжлэх ухааны үндэстэй байж болох юм.

Ийнхүү туйплин засал эмчилгээ нь хөлөргөх замаар эмчилгээний үйлдэл үзүүлж буй нь агшсан судсыг тэлэх, судасны саажилтыг арилгах замаар судасны ихэссэн багассан нэвчимтгий байдлыг хэвийн болгон эсийн тэжээл, хүчилтөрөгчийн хангалтийг сайжруулах, эдийн цэвэрлэгдэх

---

процессийг хөнгөвчлөх, тэдний энергийн потенциалийг нэмэгдүүлэхэд хүргэдэг. Эдгээр нь организмд удаан хугацааны туршид архагаар үүссэн хортой бүтээгдэхүүнүүдийн хуримтлалыг арилган бие махбодийн хэвийн тогтолцоог хангах үйлдэлтэй болох нь харагдаж байна. Ингэснээр эсийн гадагш болон дотогш харьцах физиологийн олон талт процесс идэвхиждэг ба энэ нь хүний биед туйплин эмчилгээний үед болон дараа бие хөнгөрөх, бодисын солилцоо эрчимжих, хэрэглэх эм болон хоол тэжээлийн хүлээн авах чадвар нэмэгдэх, бие нялхрах зэрэг макро төвшингийн өөрчлөлт илрэл нь эцэстээ эсийн мембраны төлөв өөрчлөгдөн идэвхижих (сийрэгжих буюу шүүрэн шанага шиг болох) процесс явагддаг нь сорил туршилтын судалгаагаар илэрсэн юм.

Сүүлийн жилүүдэд биеийн гаднаас хордлого тайлах (Экстракорпоральная детоксикация) олон төрлийн аргуудыг (хүснэгт №5) янз бүрийн өвчин эмгэгүүдийн үеийн дагалдан гарах үр дагавар, цусанд хуримтлагдсан гадаад ба дотоод гаралтай нэгдлийг зайлуулахад өргөн ашиглах болсон. Туйплан засал эмчилгээ нь эмчилгээний эдгээр аргуудтай төстэй байх талтай юм. Хордлогыг үүсгэдэг биологийн 3 төрлийн бодисууд байдаг бөгөөд тухайлбал эмгэг процессийн улмаас гэмтэж сөнөсөн эд эсийн зүйлүүд, нян тэдгээрийн хорууд, бодисын солилцооны хямралаас үүссэн гистамин, адреналин, серотонин, уураг задлагч ферментүүд, кинин, аммиак, меркаптин, тосны чөлөөт хүчлүүд, фенол болон дархлааны урвалын цитокинууд зэрэг олон төрлийн бодис ордог байна.

Энэ байдлаас үзэхэд энэхүү эмчилгээний арга нь организмын өөрийнх нь өвөрмөц чанарыг ашиглан хийдэг дулааны (элсэн эмчилгээ) болон скипидар банн зэрэг эмчилгээний аргуудыг сайжруулсан дэвшилтэт эмчилгээний арга байж болох юм.

**Орчин үед хэрэглэж буй эмчилгээний аргуудыг  
үйлчилгээнийх нь зарчмаар ангилбал:**

**Хүснэгт №5**

| Нэвчилтээр                              | Шүүлтээр                                  | Сорбци сорох               | Гравитаци                                           |
|-----------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------------------|
| Гемодиализ                              | Тусгаарлагд-<br>мал аргаар<br>шингэн шүүх | Гемосорбци                 | Плазмаферез                                         |
| Гемодиа-<br>филтраци                    | Гемофилт-<br>раци                         | Плазмосорбци               | Цитоплазмаферез                                     |
| Шүүлттэй<br>гемодиализ                  | Плазмо-<br>филтраци                       | Иммунсорбци<br>Лимфосорбци | Тромбоцитаферез<br>Лейкоцитаферез<br>Лимфоцитаферез |
| Сэлгэлттэй<br>гемодиа-<br>филтраци      | Каскад<br>плазмо-<br>филтраци             | Ликворсорбци               | Гранулоцитаферез<br>Эритроцитаферез                 |
| Хэвлийн<br>диализ                       | Хэвлийн<br>шингэнийг<br>шүүх              | Энтеросорбци               | Өөрийн нь цусыг өөрт<br>нь сэлбэх                   |
| Плеврийн<br>диализ                      |                                           |                            | Цусны сийвэнгийн<br>фотоферез                       |
| Эрчимжүүлсэн эмчилгээний хавсарсан арга |                                           |                            |                                                     |

Туйплин засал эмчилгээ нь биеийг макро болон микро түвшинд хордлогоос гаргах, бие махбодийн хэвийн тогтоолоог сэргээх үйлдэлтэй нь харагдаж байгаа бөгөөд орчин үеийн анагаах ухаанд өргөнөөр хэрэглэж буй экстракорпораль эмчилгээний идэвхийг хүний бие организмын өөрийнх нь гайхамшигт чадвар дээр суурилан үзүүлж байна гэж үзэх боломжтой байна.

**Some results of clinical trails of Smilax Glabra in  
patients with chronic glomerulonephritis similarity  
with the therapeutic plasma exchange**

*B. Byambadorj, Kh. Gelegjamts, Z.Mendsaikhan  
B.Sarantsetseg, M.Ambaga*

Smilax's medicinal use has been as tonic and a blood purifier. We studied 30 patients with chronic glomerulonephritis. Our study has shown that reduced serum creatinin, cholestrol and patient's body weight. Increases the GFR (Glomerular



filtration rate), eliminated circulating antigen-antibody complexes, potassium, sodium, bilirubin and protein by perspiration. We have shown that our treatment's method use has been as a plasmapheresis (Yui-filtration).

### **Бясалгал ба эрүүл мэнд**

*М. Отгон, Ц. Саранцэцэг*

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

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

Бясалгал хийж сурна гэдэг нь товчхондоо олон нийтийн хэлээр медитэйшн (meditation) хийж сэтгэлээ жолоодохыг хэлж байгаа юм. Хувь хүний гол зорилго юу юм бэ? Би гэдэг чинь чухамдаа юу юм бэ? Хэн юм бэ? Миний хүүхэд яагаад нөгөө айлын хүүхэд шиг онц сурч чадахгүй байна вэ? гэх мэт маш олон асуулт хэн нэгний сэтгэлд өдөр бүр буусаар байх авч хүмүүсийн ихэнх нь зөв хариулт олж авч чадахгүй сэтгэл мунгинасан хэвээр байх юм. Хүн бүхний гол зорилго бол сэтгэлийн энергийг гадаад орчинд цацаж сэтгэлийн сульдаанд орохын оронд тэр их хүчийг 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 юм байна.

Судалгааны зорилго:

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

Ангилал:

Эрүүлжих, сэтгэлийн ядаргааг эмчлэх, стрессийг тайлах зорилгоор гарсан бясалгалуудыг хэрэглэж байгаа арга, үүсэж хөгжсөн цаг хугацаа, ном хэвлэлийн тоймтой танилцаад дараахи 4 томоохон бүлэгт хуваан үзэж болох юм. Үүнд:

**Нэг.**

Бирма, Энэтхэг, Шриланка зэрэг улсад өргөн хэрэглэгдэж байсан випассана гэдэг бясалгал. Энэ бясалгалыг 2500 жилийн тэртээ одоогийн Балбын Сидхарта Гоатама гэгч хаан хүү Жагар оронд байдаг Бодьгаяа хотод бодь модны доор сууж, өөрийн биеэр зориглон хийж Будда бурханы дүрийг олж, гэгээрсэн гэдэг. Энэ арга нь нилээд тэвчээр хатуужил шаардсан тусгай байранд 10 хоног завилан сууж байж сурах бясалгал юм. Дээр үеэс улбаатай энэ арга эртний пали хэлнээ бичигдэж, голдуу лам хувраг хүмүүс хичээллэдэг байсныг Бирма улс тусгаар тогтнолоо 1948 онд олсон тэр цагт пандит Махаси Саяадав Собхана гэгч эрдэмтэн тэр үед Ерөнхий сайд байсан У Ну – гийн зөвлөсний дагуу пали хэлнээс орчин цагийн хэлнээ орчуулж, олон хүмүүст заан сургаж улмаар 500 орчим хүн бясалгал хийх газар доорхи заалыг Рангуунь (одоо Янгуунь) хотод бариулж эхлэснээр энэ бясалгалын дахин сэргэлт эхлэсэн түүхтэй юм билээ.

Илтгэгч миний бие 1987 онд Бирма улсад хэдэн хоног ажиллах хугацаандаа энэхүү бясалгалын тухай бичсэн ном судартай товч боловч танилцах, дээрхи бясалгалын заалыг үзэх завшаан тохиосныг дурьдсу. Эртний энэ аргыг хүн төрөлхтөнд зааж сургах талаар Бирмад төрсөн жагар нөхөр С.Н.Гоенкагийн гавьяа, боловсронгуй болгосон аргыг дурьдахгүй өнгөрч болохгүй нь мэдээж юм.

Манай улсад энэ аргыг их эмч Н.Хатанбаатар нэвтрүүлж, олон хүмүүст заан сургаж тэдний эрүүл мэндийг сайжруулахад биечлэн оролцсон гавьяатай үйлстэний нэг гэж бид бахархаж явдаг юм.

**Хоёр.**

Энэтхэгийн Махариши Махеш Иоги хэмээх багшийн боловсронгуй болгосон Трансценденталь ТМ – хэмээх бясалгал 1950 – иад оны үеэс дэлхийн нилээд оронд тухайлбал АНУ, Англи, Нидерландад өргөн тархсан арга юм. Энэ аргыг номын дагуу сурахад бүтэн 8 өдөр шаардлагатай байдаг бөгөөд сайн сурсан хүн суудлаасаа 5 – 8 см хөндийрч чадах (yogic flying) шалгууртай учир энэ хичээлийг заагаад байгаа гадаадынхан маань хөндийрч чаддаггүй байж манай залуучуудын толгойг хир удаан эргүүлэх юм бол доо бүү мэд. Гэвч монголчууд бол монголчуудын үгнээс гадаадын хүний үгэнд илүү оромтгойг ясандаа нэвтэртэл мэдэрсэн илтгэгч миний бие энэхүү ёс бус зуршлыг дурьдахгүй өнгөрөхийг хүсэхгүй байна.

Энэ арга сүүлийн үед Нидерландад байгаа төвөөс зохиож байгаа ажлын үр дүнд Энэтхэг, Орос, Болгари улсад нэвтэрч байгаа юм. Манай улсад энэ хичээлийг заадаг үндэсний мэргэжилтэн бэлтгэгдээгүй байгааг ашиглан гадаадын зарим иргэд халтуур хийж, миний нутаг нэгтнийг минь хохироож байгааг энэ бясалгалыг Шинэ Дели хотноо С.Пант багшаар олон удаа заалгаж явсан жирийн сэхээтэн бид харамсаж явдагаа нууж үл чадмой.

**Гурав.**

АНУ – ын иргэн Хосе Сильва 1944 оноос нэвтрүүлж эхэлсэн сэтгэлийг жолоодох (Silva Mind control) бясалгал гэж бий. Энэ аргын онцлог нь хүний тархины давтамжийг альфа төвшинд оруулж програмлан эрүүл мэнд, хөдөлмөрийн бүтээмжийг сайжруулах арга юм.

Бид энэ бясалгалын эхний курсийг багш ноёнтон Бимол Ракшитоор 1994 онд, дээд курсийг уг бясалгалыг үндэслэгч их багш Хосе Сильва гуйгаар 1995 онд хоёр удаа заалгаж үнэмлэхээ авсандаа бахархаж явдаг юм.

Энэ аргыг альфа бясалгал гэж нэрлэсэн хэвлэгч байх бөгөөд тус арга Европын улс орнуудад өргөн тархсан, бид нарт байгаа судалгаанаас альфа төвшинд тухайн хүн өөрөө өөрийгөө програмлан эрүүл мэндээ сайжруулах, зорисондоо хүрэхийн тулд арвижиж ихэссэн эерэг энергийг

ашиглаж чаддаг болгодог онцлогтой гэж үзэж байна. Анхан шатны курсэд суралцахад бүтэн 5 өдөр, дээд курсэд бүтэн 2 өдөр зарцуулагдах бөгөөд багшийн курсэд нэг долоо хоног шаардлагатай байдаг бөгөөд монголчуудын хувьд асар өндөр өртөгтэй арга гэж үзэх үндэстэй юм.

Манай улсад энэ бясалгалыг заах багш АНУ – д бэлтгэгдэх ёстой бөгөөд энэ арга нилээд өргөн тархсан, унших ном хэвлэл элбэгтэй, сайн судлагдсан хэлбэр боловч хүний эмчийн мэргэжлийн үүднээс өөлмөөр юмгүй гэж үзэхгүй байна.

### **Дөрөв.**

Энэтхэгийн гэгээрсэн их багш Шри Шри Рави Шанкар гуйн 1982 онд үндэслэсэн эрүүлжих амьсгал (Sudarshan Kriya) бясалгал бол дээрхи бүх аргуудаас аль сайн бүхнийг авч богино хугацаанд альфа, тета төвшинд оруулдаг бясалгалын боловсронгуй хэлбэр юм. Энэ хүний үндэслэсэн арга одоо дэлхийн 110 оронд дэлгэрч өргөн хэрэглэгдэж улмаар олон улсын төрийн бус байгууллага (ТББ) болсон юм.

Энэ арга нь суралцахад хялбар, олон дасгалууд нь хүний хэвийн физиологийн үйл ажиллагаан дээр түшиглэсэн учир богино хугацаанд олон улс оронд салбар төвтэй болсон төдийгүй манай улсад өөрийн төвтэй болж сүүлийн нэг жилийн дотор нилээд ахицтай хөгжиж байна. Шинэ арга нь дэлхийн олон улс оронд таалагдан сайшаагдсан учир аргыг үндэслэгчийг 1997 онд АНУ – д хийгдсэн **“Дэлхийн Гурван Ухаантан”** хэмээх киноны гол баатрын нэг болсоныг тэмдэглэхэд таатай байна. Энэхүү онцгой аргыг үндэслэгч, суут, цаг зав муутай энэ хүн 2000 онд манай улсад анхны Ерөнхийлөгч П.Очирбатын урилгаар гуравхан хоног айлчлах үеэрээ “Дэлхийн энергийн төв Монгол оронд байдаг бөгөөд 2020 он гэхэд танай улсад тэнгэрлэг үзэл оргилдоо хүрч хөгжих болно” гэж ярьж байсныг Монгол түмэндээ бичиж үлдээх аз бид нарт заяасан бусуу. Үнэхээрч төв Азийн үрчлээт духан дээр байрласан миний Монголд дэлхийн эерэг энергийн төв байдгийг хэн ч үгүйсгэхгүй бөгөөд цаашид энэ үзэгдлийг судлах нь манай эрдэмтдийн ойрын зорилго байх ёстой гэж үзэж байна.

Энэ аргыг Энэтхэг улсад бясалгалын багшийн зэрэг авсан анхны монгол их эмч 1996 оноос манай улсад



нэвтрүүлж, уг аргыг нээсэн гэгээрсэн их багш Шри Шри Рави Шанкартай хамтран ажиллаж, нутаг нэгтэндээ зааж сургаж байна.

Судалгааны арга

Бясалгал (meditation) хийж сурна гэдэг нь хүн усанд алдаж онон байж сэлж сурдаг лугаа адил цаг, идэвхи шаардсан нарийн дасгал бөгөөд олон аргууд байвч тэд цөм нэгэн зорилготой байх юм. Их эмч Ц.Саранцэцэг багшийнхаа боловсруулсан аргаар багшлах эрхийг 1996 онд олж аваад 1996, 1997, 1998, 1999 онуудад Энэтхэг, Бутан улсуудад ажиллаж, амьдарч байхдаа гадаадын хүмүүст англи хэлээр заахын зэрэгцээ богино хугацаагаар Эх орондоо зуны амралтаар ирэх үеэрээ хичээл зааж байгаад 1998 онд манай улсад **"Шри Шри Амьдрах Ухааны төв"** гэдэг ТББ байгууллагыг байгуулж, 2000 оноос байнгын ажиллагаатай болж, эдүүгээг хүртэл тус байгууллагын тэргүүнээр ажиллаж байна. Тэрээр одооны байдлаар нийт 3000 орчим хүнд хичээл заасны зэрэгцээ, 7 – 14 насны багачууд хамрагдаж болох хүүхдийн хичээлийг тусгай программын дагуу эхлүүлэн зааж байна.

УКТЭ – ийн дэргэд бясалгалын төвийг байгуулж 5 хоногийн курсийг 2000 оны 01 сараас эхлэн ажиллуулж, эл курст энгийн иргэдээс эхлэн эмч, багш сурган хүмүүжүүлэгчид, залуучууд, УИХ – ын зарим эрхэм гишүүд амжилттай суралцаж эрүүл мэндээ сахин хамгаалах, хөдөлмөрийн бүтээмжээ дээшлүүлэхэд идэвхтэй оролцож байна. Олон жил хичээл заагаад тухайн аргыг улам боловсронгуй болгоод "Эрчимт амьсгал, бясалгалаар эрүүлжих арга" гэдэг ашигтай загварыг боловсруулж, ОӨБ – аас гэрчилгээ аваад байна. Энэ загварын тусламжтайгаар бясалгал хүний эрүүл мэндэд хэрхэн нөлөөлдөгийг орчин үеийн анагаах ухааны үүднээс судлах боломжтой юм.

Энэ загвар нь асана дасгалууд, пранаяма, мудра, бастрика, бясалгал зэрэг олон тооны аргууд хосолсон, хүний эерэг энергийг ихэсгэхэд илүү давуу талтай болох нь ажиглагдаад байна.

**Бясалгалын нейрофизиологийн үндэс нь юу вэ?**

Анхны шашины тайлбарыг няцааж Дэлхий бол нарыг тойрон эргэлддэг гэж одон орон судлаач Коперник алдарт нээлтээ хийж гал дээр шатаагдаж байсан тэр

цагаас шинжлэх ухаан хөгжсөн гэж үздэг эрдэмтэдийнхээр бол шинжлэх ухаан гаруй жилийн түүхтэй болж байгаа билээ. Эдүүгээг хүртэл шинжлэх ухаанд олон нээлт хийгдсэн боловч хүний тархины үйл ажиллагааны нууцыг бүрэн нээж чадаагүй хэвээр байна.

Бясалгалын арга олон байж болох боловч физиологийн нийтлэг үндэс нь тархины давтамжийг цөөрүүлж бетагаас альфа, улмаар тета түвшинд удаан барьж, хүний эрүүл мэндийг сайжруулахад оршино. 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. 2000 онд их эмч Гербер (Gerber) хүн сэтгэлгээ жолоодож чадахгүйгээс болж олон тооны өвчин, эмгэгт хүрдэгийг нотлоод эмийн бус эмчилгээний үнэнхүү давуу талыг тодорхой бичсэн.

Манай дэлхий дээр бясалгал хийж сэтгэлийн хөдөлгөөнийг ажиглаж сурахыг эрхэмлэгчид олон болоод байгаа нь нэн их сайшаалтай хэрэг бөгөөд монголчууд бид нарт даяарчлалын эрин үеийн энэ их хөдөлгөөнөөс хоцрох эрх байхгүй биз ээ. Бясалгалын ачаар сэтгэлээ жолоодож олон тооны эмгэгээс ангижирч чадаж байгааг бидний судалгаа харуулж байна. Сэтгэлээ жолоодох нь тийм ч амаргүйг манай ухаалаг ардууд сайтар мэдээд "Сэлбийг өгсвөл сэрүүхэндээ, сэтгэл гэдэг нь жолоогүйдээ" гэж уянгалуулан дуулж байгаа боловч дээрх их багшийн аргаар бясалгад суралцаж, сэтгэл юугаан жолоодох бүрэн боломж нээгдлээ.

Хүний тархины давтамжийг авч үзвэл бета түвшинд нэг секундэд 14-25 удаа давтамжтай байхад, альфа түвшинд нэг секундэд 14-7 давтамжтай, тета түвшин нэг секундэд 7-4 давтамжтай, дельта түвшинд нэг секундэд 4-3 давтамжтай болтлоо цөөрдөгийг бясалгалд ашиглаж байгаа юм. Бясалгалын үр дүнд хүний тархины давтамж секундэд 14-7, улмаар 7-4 хүртэл цөөрч, үүний үр дүнд хүний эрүүл мэнд, иммунитет сайжирч байгааг нейрофизиологчид электроэнцефалографи (ЭЭГ) болон бусад олон төрлийн судалгаагаар нотолсон байна.

Вишну-Девананд бичихдээ Шри Шри Рави Шанкарын арга нь хүний энергийн төв **чакра**-г нэн ялангуяа

кундалин чакраг сэргээдэг гэж үзсэн байна. Үүнтэй уялдуулан АНУ-ын эрдэмтэн Андеа Жүдит хүний чакраг сэргээх тусгай дасгалуудыг боловсруулж зааж эхлээд байгаа нь бясалгалын үйлчлэх механизмыг тайлбарлахад шинэ эргэлт хийнэ гэдэгт бид бүрэн итгэлтэй байна.

Бид юуны өмнө бясалгалын сүүлийн үеийн нэгэн аргыг практикт нэвтрүүлж, анхны төвийг байгуулан хүн ардынхаа эрүүл мэндийг сахин хамгаалахад бага боловч хувь нэмэр оруулахыг хичээн ажиллаж байна. Бясалгалын үед хүний тархины хоёр хагас бөмбөлөгийн үйл ажиллагаа тэнцвэржиж, түүний дотоод нөөц бололцоог аль болох ихээр ашиглах боломж олгож, хүний биоэнергийн дутагдлыг сэргээх ингэснээрээ хөдөлмөрийн чадвар ихсэх хийгээд өвчин, эмгэгээс урьдчилан сэргийлэх, дархлал сайжрах олон талын ашигтай юм.

Эрдэмтэдийн судалгаанаас үзэхэд сэтгэл бол дан ганц тархины бүтээгдэхүүн биш бөгөөд тэр нь хүний 5 мэдрэхүй, ухамсараас их хамааралтай байдаг байна. Иймд ухамсар, материйн холбоог судалдаг философичид мөн сэтгэлийн эволюци хөгжлийг нухацтай судалж, эволюци хөгжил болбоос зөвхөн биологийн үзэгдэл бус харин физик үзэгдэл гэж тайлбарлаж байгаа физикийн шинжлэх ухааны эрдэмтэдийн шинэ нээлт, үйл ажиллагаанаас Анагаах ухааны ирээдүйн хөгжил ихээхэн хамаарна гэж үзэх үндэстэй болоод байна.

**Төгсгөлд:**

1. Дэлхийн олон нийтийн дунд ихээхэн тархаж, манай оронд эхлэл төдийхөн байгаа бясалгалын талаар бичсэн ном хэвлэлтэй танилцаад бид дээр өгүүлсэн ёсоор бясалгалын өргөн хэрэглэгдэж байгаа дөрвөн хэлбэрүүдийн онцлогийг харьцуулан авч үзэж, манай улсад аль арга нь нилээд түлхүү хөгжиж байгааг судалж үзлээ.
2. Шри Шри Амьдрах ухааны төв дээр “Эрчимт амьсгал, бясалгалаар эрүүлжих арга” гэдэг ашигтай загвар нэгийг УКТЭ-ийн практикт нэвтрүүлж цаашид хүмүүсийн эрүүл мэндэд хэрхэн нөлөөлж байгааг судлах боломжтой болов.
3. Өргөн тархсан дээрхи 4 аргад биечлэн суралцаад бид аль ч бясалгалын үед хүний тархины чахилгаан давтамж цөөрдөг нийтлэг нэгэн

онцлогтой гэж дүгнэхийн хамт, хүний дархлал хийгээд эрүүл мэндийг сайжруулах, хөдөлмөрийн бүтээмжийг дээшлүүлэх ач холбогдолтой учир аль ч албан газар, эмнэлгийн практикт нэвтрүүлэх боломжтой бөгөөд шаардлагатай болж байна гэж үзэж байна.

**Meditation and health**

*M. Otgon, Ts. Sarantsetseg*

Meditation is considered as one of techniques of drugless treatment and caring of the community. The meditation has main objectives to control or manage human mind which involves hard work of many world known scholars from different corners of the world. We think that four types of meditation have been widely practiced in the world namely: Vipassana meditation; Silvamind control or alfa meditation; Transcendental meditation and Sudharshan meditation discovered by Sri Sri Ravishankar of India.

It is noticed that the mind is being constantly stimulated by the bombardment of perceptions from the outer world through human senses. Without the help of meditation you can not manage the stress and liberate yourself from the trammels of the mind attain knowledge of the Self and will not understand the essence of health and happiness. It repairs the ravages of stress at alfa level and strengthens the immune system. Scientists have made a discovery that during the meditation brain waves have been slowed down at different frequency or cycles per a second which indicated by hertz. This article describes beta, alfa, teta and delta levels of meditation and its types in details and their benefits to improve health, immunity and creativity.

**Бөхцөтийн өвчний эмнэл зүйн зарим онцлог**

*Б.Жавзандулам, Ж.Баасанхүү, Д.Аюуш, Э.Санжаа*

Судалгааны ажлын үндэслэл:

1930 оны 11 сард Грекийн нүдний эмч В.Адамтаидис нь Атены Эмнэлгийн нийгэмлэгт "амны шархлаа, бэлэг эрхтэний шархлаа ба дахидаг гипопион



бүхий залуу өвчтөнг илрүүлсэн"-ээр Бехчетийн өвчин гэж нэрлэгдэх болсон юм.

Бехчетийн өвчний тархалт нь газар зүйн орчинтой нягт уялдаа холбоотойгоор торгон замын дагуух тодорхой угсаатны бүлгүүдэд янз бүрийн тархалттайгаар тохиолдож байна. Жишээ нь: Туркэд 100 000 хүн амд 8-37 өвчтөн, Ази тивд 100 000 хүн амд 2-30 өвчтөн, Европ болон АНУ-д 100 000 хүн амд 0.1-7.5 өвчтөн, Солонгост 10 000 хүн амд 1.8 өвчтөн тохиолдож байна.

Амны шархлаа нь (92-100%), бэлэг эрхтэний шархлаа (57-93%), арьсны гэмтэл (38-99%), нүдний үрэвсэл (29-100%) тохиолдоно. Газрын дундад тэнгисийн орчмын орнууд болон Өмнөд Азийн газар зүйн орчинд HLA-B51-тэй холбоотой өвчний харьцангуй өртөмхий чанар өндөр байна.

Бехчетийн өвчин нь идэр, хөдөлмөрийн чадвартай хүмүүст тохиолдож хоёр нүдийг хамран өвчлүүлэх ба эмчлэхгүй бол 90% нь 3.6 жилийн дотор сохроход хүрдэг тавилан муутай хүнд өвчин юм.

Судалгааны зорилго:

Бехчетийн өвчний тохиолдол, эмнэл зүйн онцлогийг тодруулах, энэ өвчний удмын өвдөмтгий хүчин зүйлийг хүний эд эрхтэн хоорондын генетик нийцэмжийн систем HLA-тай холбон судлах зорилго тавилаа.

Судалгааны материал, арга зүй:

УКТЭ-ийн нүдний кабинетаар 1998, 1999 онд нийт 12253 өвчтөн үзүүлснээс 2446 нь нүдний клиникт хэвтэж эмчлүүлсэн байна. Тэдгээрээс 111 өвчтөн нь увеит өвчтэй ба тэдэнд судалгаа хийхэд 6 өвчтөн (12 нүд) Бехчетийн өвчтэй байлаа. Хүйсийн хувьд 4 эрэгтэй, 2 эмэгтэй (эр:эм 2:1), 38-66 насны хүмүүс хамрагдсан байна. Оношийг клиникийн үзлэг, анамнез, нүд шинжлэлийн аргад тулгуурлан явуулсан ба 3 өвчтөнд HLA системийн серологийн аргыг АУИС-ийн хүн судлалын лабораторийн эрдэм шинжилгээний ажилтантай хамтран гүйцэтгэсэн.

Бехчетийн өвчин нь нүдний өвчлөлийн 0.2%-ийг эзэлж байна. 100000 хүн амд 24 өвчтөн тохиолдож байна.

1-р хүснэгтэд хүйс, насны хязгар, өвчин эхэлсэн хугацааг харууллаа.

## Улсын Клиникийн Төв Эмнэлэг

### Нүдийг хамарсан Бехчеттэй өвчтөний нас болон хүйсний байдал

Хүснэгт 1

|                       | %              | N өвчтөн |
|-----------------------|----------------|----------|
| Эр                    | 66             | 4/6      |
| Эм                    | 44             | 2/6      |
| Насны хязгаар         | 38-66          |          |
| Өвчин эхэлсэн хугацаа | 24-38 насандаа |          |

### Нүдний Бехчеттэй өвчтөний клиник

Хүснэгт 2

|                               | %   | N өвчтөн |
|-------------------------------|-----|----------|
| Дахидаг амны шархлаа          | 100 | 6        |
| Увеит                         | 100 | 6        |
| Дахидаг бэлэг эрхтний шархлаа | 50  | 3/6      |
| Арьсны эритем                 | 83  | 5/6      |
| Бусад                         |     |          |
| HLA-B51 эерэг                 | 100 | 6        |
| ҮЕний үрэвсэл                 | 100 | 6        |
| ТМС-с гарах өөрчлөлт          | 66  | 4        |

### Нүдний хэлбэрийн Бехчетийн өвчин

Хүснэгт 3

| Байрлал           | %    | Нүд |
|-------------------|------|-----|
| Өмнөд Увеит       | 75   | 9   |
| Арын увеит        | -    | -   |
| Пан увеит         | 25   | 3   |
| Хүндрэл           |      |     |
| Арын байрлал      | 75   | 9   |
| Болрын бүдэгшил   | 50   | 6   |
| ХМД-н хатингаршил | 41   | 5   |
| Торлогийн хууралт | 25   | 3   |
| Сохорсон нүд      | 58.3 | 7   |

**Харааны байдал**

Хүснэгт 4

|                     |       |
|---------------------|-------|
| Нүдгүй              | 25%   |
| Дөнгөж гэрэл мэдрэх | 16.6% |
| 1 м-т хуруу тоолох  | 16.6% |
| 50%-ийн хараатай    | 16.6% |
| 100%-ийн хараатай   | 25%   |

Жич: Нийт нүдний 25%-д нь нүдийг ширгээх (эвисцерац) мэс засал хийсэн байлаа.

**Бехчеттэй өвчтөний үе мөчийг хамарсан байдал**

Хүснэгт 5

|                         | %    |
|-------------------------|------|
| Тохой                   | 66.6 |
| Өвдөг                   | 50   |
| Сарвуу                  | 33.3 |
| Бугуй                   | 16.6 |
| Шагай                   | 16.6 |
| <b>Артритийн хэлбэр</b> |      |
| Моноартрит              | 50   |
| Олигоартрит             | 16.6 |
| Полиартрит              | 33.3 |

**Дүгнэлт:**

1. Манай оронд Бехчетийн өвчний талаар хийгдсэн судалгаа ховор байсан ба бидний судалгаагаар Бехчетийн өвчин нь нүдний өвчлөлийн 0.2%-ийг эзэлж, 100000 хүн амд 24 өвчтөнд тохиолдож байна. Эрэгтэйчүүдэд тохиолдлын тоо 2 дахин их байна.
2. Насны хувьд идэр насны (38-66) хүмүүс зонхилж байна. Харааны хувьд маш хүнд тавилантай /25% нь нүдгүй, 33.2% нь хараагүй болох/ байна. Клиникийн үндсэн 3 шинж тэмдэг болох дахидаг амны шархлаа 100%, увеит 100%, дахидаг бэлэг эрхтэний шархлаа 50%-ийн илрэлтэй байна.
3. Уг өвчтөн нь HLA-B51-тэй эерэг холбоотой нь тодорхойлогдлоо.

**Хэлцэмж**

1. Цаашид уг өвчний бусад эрхтэн системд тохиолдох шинж тэмдэгийг гүнгийрүүлэн судлах
2. Тархалт, оношлогоо болон эмчилгээний талаар гүнзгийрүүлэн судалгаа хийх шаардлагатай байна.

**Clinical manifestations in Behcet's disease**

*B. Javzandulam, J. Baasankhuu, D. Auysh, E. Sanjaa*

Behcet's disease (BD) is a multi-system inflammatory disorder. We performed 111 patients with uveitis who have been treated in the department of Ophthalmology of the Central Clinical Hospital for 1998-1999. 6 patients (12 eyes) with an age range of 38-66 years, 4 were males had Behcet's disease. The diagnosis was made through clinical manifestations and HLA class I typing. The frequency of criteria were as follows; eye lesions 100%(6), oral ulcers 100% (6), genital ulcers 50%(3), skin lesions 83%(5), arthritis 100%(6) and CNS 66%(4). 9 eyes had anterior uveitis, 3 eyes had panuveitis. Complications of BD included; eyes(25), posterior sinechia 9 eyes (75%), blindness 5 eyes (41%). We have investigated 3 patients with BD were identified positive HLA-B51.

**Эрүүл мэндийн даатгалын нөхцөлд  
Эмнэлзүйн стационарын тусламжийн  
эдийн засгийн үр дүн**

*Н. Оюун*

XX зууны сүүлчээр дэлхийн дийлэнх улс оронд эдийн засаг, хүн ам зүй, хүн амын өвчлөл, нийгэм, улс төрийн огцом өөрчлөлтүүд гарч, улмаар эрүүл мэндийн санхүүжилтийн эх үүсвэрүүдийг тогтвортой хадгалах шаардлагыг бий болгосон. Дэлхий дахинд эрүүл мэндийн даатгал, хувийн секторын хөрөнгө, иргэдийн төлбөр, гадаад эх үүсвэр гэсэн үндсэн 5 эх үүсвэртэй байдаг.

Манай улс зах зээлийн харилцаанд шилжсэнээс хойш эрүүл мэндийн салбарын санхүүжилтийн эх үүсвэрийг зах зээл хөгжсөн орнуудын жишигт хүргэх зорилт



тавин ажилласнаар өнөөгийн байдлаар дээр дурьдсан 5 эх үүсвэрийн эх суурь ямар нэг хэмжээгээр тавигдаад байна. Тухайлбал, 1994 оноос эрүүл мэндийн салбар санхүүжилтийн эх үүсвэрийн хэлбэрийн хувьд дэлхийн жишигт хүрсний нэг илрэл юм. Өнөөгийн байдлаар манай улс жилийн нийт төсвийн 12.9 хувийг эрүүл мэндийн салбарт зарцуулж байгаа нь үнэхээр чамлахааргүй хөрөнгө болох нь Азийн зарим орон тухайлбал: Шриланка (4.8), Филиппин (4.2), Тайланд (7.4), Индонез /2.4/, Энэтхэг /1.4 / улс эрүүл мэндийн салбарт улсын төсвөөс зарцуулж байгаа хөрөнгөтэй харьцуулан үзэхэд тодорхой харагдаж байна.

Өнөөгийн шатанд эрүүл мэндийн салбарт зарцуулж байгаа хөрөнгийг нэмэгдүүлэх асуудлын тухай бус харин тус салбарын санхүүжилтийг боловсронгуй болгох асуудалд илүүтэй анхаарал хандуулах нь чухал шаардлага мөн.

Эрүүл мэндийн салбарын санхүүжилтийг боловсронгуй болгоход дараах үндсэн 2 асуудалд анхаарал хандуулах шаардлагатай гэж үзэж байна.

Үүнд:

1. Төрийн ачааллыг хөнгөвчлөх бодлогыг хэрэгжүүлэх шаардлагатай, тэгэхдээ эрүүл мэндийн салбарт зарцуулах нийт хөрөнгийн хэмжээг бууруулахгүй байх.
2. Эрүүл мэндийн салбарт зарцуулж байгаа хөрөнгийн төлөвлөлт, хуваарилалтыг боловсронгуй болгох, хуваарилагдсан хөрөнгийн ашиглалтыг сайжруулах зохистой хөшүүргийг нэвтрүүлэх.

Зорилго:

Эрүүл мэндийн даатгалын тогтолцооны нөхцөлд стационарын орны фонд ашиглалт хэрхэн явагдсанд дүгнэлт хийхэд оршино.

Судалгааны арга, материал:

1996-2000 оны УКТЭ-ийн үйл ажиллагааны тайлангийн материалд тулгуурлан гаргав.

Орос Улсын С.Л.Вардосанидзе, Н.В.Мелешкина, А.И.Лихота нарын аргачлалыг өөрийн эмнэлгийн үзүүлтэнд үндэслэн гаргав.

1994 оноос эрүүл мэндийн даатгалын тогтолцоог нэвтрүүлсний үр дүнд эрүүл мэндийн салбарын нийт санхүүжилтийн 1/3-ийг эрүүл мэндийн даатгалын

санхүүжилт эзлэх болсноор барахгүй эрүүл мэндийн салбар төсөв, эрүүл мэндийн даатгал гэсэн голлох хоёр эх үүсвэртэй болсон боловч эрүүл мэндийн даатгалыг боловсронгуй болгох зүй ёсны шаардлага амьдралаас урган гарсан бөгөөд эрүүл мэндийн даатгалын санхүүжилтийг боловсронгуй болгох зорилгоор 1999 оныхоос эрүүл мэндийн даатгалын тогтолцоонд нэг иргэнээр тооцсон урьдчилсан тогтолцооны аргыг нэвтрүүлсэн юм.

Эрүүл мэндийн даатгалын санхүүжилтийн энэ аргыг нэвтрүүлснээр олон өвчтөн хэвтүүлж, олон ор хоног ашигласан хэмжээгээр санхүүждэг үрэлгэн үр ашиг багатай тогтолцоог өөрчилж, онцын шаардлагагүй өвчтөнийг тодорхой шалгуургүйгээр хэвтүүлэн эмчлэх, ор хоногийн төлөө хөөцөлдөх зохисгүй хандлагыг өөрчилснөөр сүүлийн 4-5 жилд эмнэлгийн орны тоо ч, эмнэлэгт хэвтэн эмчлүүлсэн өвчтөний тоо ч буурч гагцхүү эмчлүүлэх шаардлагатай өвчтөнийг сонгон хэвтүүлж, чанартай тусламж үйлчилгээ үзүүлэх явдал юм.

Энэхүү арга хэмжээ нь эрүүл мэндийн салбарын санхүүжилтийг боловсронгуй болгох гол үзүүлэлтийн нэг стационарын тусламжийн орны фонд ашиглалтыг сайжруулах явдал юм. Орны фонд ашиглалтыг зохистой явуулж, нэг өвчтөний эмчлэх хугацааг богиносгож, орны эргэлтийг түргэсгэх нь эрүүл мэндийн даатгалын тогтолцооны үр ашгийг нэмэгдүүлж, улмаар тус салбарын санхүүжилтийг боловсронгуй болгох тул өөрийн эмнэлгийн стационарын тусламжийн байдлыг сүүлийн 5 жилээр авч үзье.

**1. Орны фонд ашиглалтын үр дүнгийн үзүүлтүүд:**

/ мян.төг /

Хүснэгт 1

|   | Үзүүлэлтүүд                   | 1996  | 1997  | 1998  | 1999  | 2000  |
|---|-------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 1 | Эмчлэгдэж гарсан өвчтөний тоо | 12376 | 13245 | 13638 | 12890 | 14673 |
| 2 | Ор хоногийн тоо               | 204.4 | 202.4 | 198.0 | 182.0 | 195.7 |
| 3 | Орны тоо                      | 560   | 550   | 550   | 550   | 570   |
| 4 | Дундаж ор хоног               | 16.1  | 15.0  | 14.3  | 13.9  | 13.1  |
| 5 | Орны эргэлт                   | 20.1  | 24.3  | 25.4  | 26.1  | 26.1  |
| 6 | Ажилласан орны тоо            | 365.0 | 368.0 | 360.0 | 330.9 | 343.3 |

## Улсын Клиникийн Төв Эмнэлэг

2000 оныг, суурь болгон авсан 1996 онтой харьцуулан үзэхэд нэг өвчтөний эмчлүүлсэн дундаж хоног – 3.0-оор богиносж, орны эргэлт 6 хоног буюу / 18.6 хувь / түргэссэн байна. 2000 онд нэг орны ажилласан дундаж хоног 21.7 буюу 6 хувь багассан. Өвчтөний хэвтэж эмчлүүлэх хугацаа богиносж, орны эргэлт түргэсэх нь нэг талаас харахад тооны сайн үзүүлэлт боловч нөгөө талаас хэвтэж эмчлүүлэх зайлшгүй шаардлагатай өвчтөнийг сонгож хэвтүүлж чанартай тусламж үйлчилгээ үзүүлэх явдалтай нийцэж байх ёстой юм.

Дээрхи үзүүлэлт тус эмнэлгийн клиник бүрт жигд хэмжээнд хүрч чадаагүй байгаа явдалд анхаарууштай байна.

### 2. Эмчлэгдэн гарсан өвчтөний тоонд нөлөөлөгч хүчин

Хүснэгт 2

| Хүчин зүйл                                         | Ор тоо | Дундаж ор хоног      | Нэг орны жилийн дундаж хоног | Эмчлэгдэж гарсан өвчтөний тоо | Эмчлэгдэж гарсан өвчтөний тооны өөрчлөлт |                         |
|----------------------------------------------------|--------|----------------------|------------------------------|-------------------------------|------------------------------------------|-------------------------|
|                                                    |        |                      |                              |                               | Абсолют тоо 1000 хүнд                    | Суурь болгож авсан хувь |
| Суурь 1996 он                                      | 560    | 16.1 1996 он         | 365.0                        | 12.3 1996 он                  | -                                        | 100.0                   |
| 1. Өвчтөний эмчилгэгдсэн дундаж хугацааны өөрчлөлт |        |                      |                              |                               |                                          |                         |
|                                                    | 560    | 16.1-3.0=13.1 2000он | 365.0 1996он                 | 15.6 2000он                   | +3.3                                     | +26.8                   |
| 2. Орны ажилласан хоногийн өөрчлөлт                |        |                      |                              |                               |                                          |                         |
|                                                    | 560    | 13.1                 | 365.0-21.7=343.3 2000он      | 14.6                          | -1.0                                     | -8.1                    |
| Үр дүн                                             |        |                      |                              |                               | 3.3-1.0=2.3                              | +18.7                   |

Дээрхи хүснэгтээс үзэхэд: а) өвчтөний эмчлэгдсэн дундаж хугацаа 3.0 хоногоор богиносж, б) эмчлэгдэж гарсан өвчтөний тоо 3.3 мянга буюу 26.8 хувь нэмэгдэж байна.

## Улсын Клиникийн Төв Эмнэлэг

б). Орны ажилласан хоног – 21.7 –оор цөөрч 1.0 мянган хүн буюу 8 хувь багассан байна.

Дээрхи судалгааны үр дүнгээс үзэхэд УКТЭ-ийн орны фонд ашиглалт 2000 онд 1996 оныхоос 2.3 мянган хүн буюу 18.7 хувь нэмэгдэж байна. Энэ нь орны фонд ашиглалт сайжирсан гэсэн дүгнэлт хийж болох талтай юм. Стационарын орны фонд ашиглалтын үр дүн нь орны хуваарилалт зөв зохистой байх, нэг өвчтөний хэвтэх дундаж хугацаа богиносч, орны эргэлт түргэссэн байдлаар илэрхийлэгддэг. Орны фонд ашиглалтыг зөв зохион байгуулсаны үр дүнд эмнэлгийн үйлчлэгээний өртгийг хэмнэж, алдагдлыг багасаж санхүүгийн эх үүсвэрийг бий болгосноор тухайн эмнэлгийн санхүү эдийн засгийн чадавхи дээшилэхэд зохих нөлөө үзүүлдэг. Үүнийг УКТЭ-ийн 2000 оны стационарын үйл ажиллагааны үндсэн үзүүлэлтээс авч үзье:

### Стационарын ажиллагааны үндсэн үзүүлэлтүүд

Хүснэгт 3

| Үзүүлэлт он                 | 1996 он  | 2000 он  | Зөрүү /+-/ | 2000<br>1996 он | Индекс |
|-----------------------------|----------|----------|------------|-----------------|--------|
| Орны тоо                    | 560      | 570      | +10        | 100.0           | 1.0000 |
| Эмчилэгдсэн өвчтөн          | 12376    | 14673    | +2297      | 118.56          | 1.1856 |
| Гүйцэтгэсэн ор хоног        | 204447   | 195778   | -8669      | 95.75           | 0.9575 |
| Эмчилэгдсэн дундаж ор хоног | 16.1     | 13.1     | -3.3       | 81.36           | 0.8136 |
| Ажилласан нэг орны хоног    | 365.0    | 343.3    | -21.7      | 94.05           | 0.9405 |
| Орны эргэлт, хүн            | 201      | 26.1     | +6         | 129.85          | 1.2985 |
| Зарцуулсан нийт өртөг       | 616844.4 | 732300.0 | +115455.6  | 118.71          | 1.1871 |
| Нэг өвчтөнд ноогдох өртөг   | 49841    | 49907    | +66        | 106.32          | 1.6032 |
| Нэг ор хоногт ноогдох өртөг | 3017     | 3740     | +723       | 123.96          | 1.2396 |

Дээрхи үзүүлэлтээс үзэхэд эмнэлгийн нийт өртөг, 1 өвчтөнд ноогдох өртөг, 1 ор хоногт зарцуулсан өртөг зохих хэмжээгээр нэмэгдсэн харагдаж байна.



Эдгээр дүгнэлтээс үндэслэн УКТЭ-ийн орны фонд ашиглалт зохих хэмжээгээр сайжирсан байна. Орны фонд ашиглалт сайжирсан нь тус клиникийн эрүүл мэндийн тогтолцооны үр ашгийг нэмэгдүүлж, эмнэлгийн санхүүжилтийг боловсронгуй болгох асуудалд зохих нөлөө үзүүлсэн байна.

Цаашид орны фонд ашиглалтыг сайжруулахын тулд төсөвт орноос илүү ор ажиллуулахгүйгээр байгаа орондоо тохируулан хэвтэн эмчлүүлэх зайлшгүй шаардлагатай өвчтөнийг зөв сонгон хэвтүүлж чанартай тусламж үзүүлж цөөн хоног оновчтой эмчлэх аргыг мөрдлөг болгон ажиллах шаардлагатай байна. Орны фонд ашиглалтийг сайжруулахад параклинийн тасгуудын үйл ажиллагаа зохих нөлөө үзүүлдэгийг нарийвчлан тооцож гаргах шаардлагатай юм.

Тухайлбал: Нөхөн сэргээх эмчилгээг стационарт хэвтэж эмчлүүлж байгаа өвчтөнд өргөн хэрэглэх нь эмчилгээний өртгийг хэмнэхэд зохих нөлөөтэй гэдгийг анхаарч ажиллах шаардлагатай юм.

Дүгнэлт:

1. УКТЭ-ийн 2000 оны үндсэн үзүүлэлтийг 1996 онтой харьцуулан үзэхэд нэг өвчтөний хэвтэж эмчлүүлсэн дундаж хоног 3.0-аар богиносж, орны эргэлт 6 хоног буюу 18.6 хувь нэмэгдэж байна.
  2. Эмчлэгдэж гарсан өвчтөний тоо 3.3 мянга буюу 26.8 хувь нэмэгдсэн.
  3. Нэг орны ажилласан хоног 21.7-оор цөөрсөн.
- Стационарын нэг өвчтөнд ногдох өртөг 66 төгрөгөөр, нэг ор хоногт ногдох өртөг 723 төгрөгөөр тус тус нэмэгдсэн байна.

**Мөчний артери бөглөрөх үед хийгдэх  
мэс заслын асуудал**

*П. Батчулуун, Б.Х. Рашер, Н. Даваацэрэн*

Манай оронд хөл гарын артерийн судас агших, битүүрэх, бөглөрөх тохиолдол цөөнгүй гарсаар байна. Сүүлийн үед энэ өвчнөөр өвчлөх тохиолдол өсөх хандлагатай байна. Учир нь: атериосклероз гэх өвчинг "болезнь цивилизации" буюу хөгжлийн өвчин гэж нэрлэдэг.

Энэ хүмүүс хот суурин газар төвлөрөн амьдарч, тэдний амьдралын хэв маягт өөрчлөлтүүд гарсантай холбоотой гэж үздэг.

Бид 1997 оноос эхлэн хөлийн битүүрсэн артерийг V. Saphena magna-гаар орлуулах мэс заслыг амжилттай хийж эхэлсэн билээ. Энэ онд хөлийн артерийн битүүрэл өвчний улмаас мэс заслын эмчилгээ хийлгэсэн 2 тохиолдол байлаа. Үүнээс нэг өвчтөний тухай танилцуулъя. Өвчтөн Х. 31 настай. Эрэгтэй. Хэвтэх үедээ баруун хөлийн эрхий хурууны хумс авхуулснаас болж, шарх эдгэхгүй, хөлийн хуруунууд оройн цагаар маш хүчтэй өвдөж, амархан даарч хөрөн, амархан ядардаг гэх зовиуртай байсан.

Өвчтөний түүхээс үзэхэд: 2000 оны 10 сард хөлийн хумс шигдсэнээс болж хумсаа авахуулж улмаар шарх эдгэрэхгүй өвчин орж, явж гишгэж чадахгүй болсон. Ийнхүү хөлийн I хурууны шарх хувилж идээлж, 2000 оны 1 сард эрхий хурууг үеэр тайрсан. Үүнээс хойш шарх мөн эдгэрэхгүй улам цаашлах хандлагатай болсон.

Анамнезаас үзэхэд: Өвчтөн 300 метр гаруй хол газар явахад шилбэний булчин өвдөж, түр амсхийсний дараа өвдөлт намддаг болсон.

Бодит үзлэгээр: Баруун хөлийн эрхий хуруу II үеэр тайрагдсан, идээтэй, ирмэг нь үхжиж харласан, маш эмзэг өвдөлттэй, хуруунууд цайрч хөхөрч хүйтэн болсон байв. Допплерийн аппарат ашиглан үзэхэд A. femoralis-н лугшилт сайн, харин A. Poplitea. A. Tibialis posterior. A.Dorralis pedis-нд лугшилт сонсогдоогүй, тэмтрэхэд мөн адил.

Онош тодруулах зорилгоор ангиографи хийхэд баруун гуяны артери femoralis superficialis нь эх авсанаас доош 25 см-ээс өвдөгнөөс дээш 6 см хүртэл нийт 20 см хүртэл газар битүүрэлтэй болох нь оношлогдсон.

Төлөвлөгөөт хагалгаанд оруулж зүүн гуяны артерийн бөглөрөлийг өөрийн Y.Saphina magna dex-г ашиглан тойруулан залгах мэс засал хийсэн. Баруун цавьны орчим A.femoralis-н sup. a.f. profunda-г шулж ил гаргаад өвдөгний доор, дотор талд мөн 10 см орчим зүслэг хийж, а. Pop-г шулж ил гаргасан. A.Pop-г нээж үзэхэд дээрээс урсаж орж ирэх цус үгүй, доороос буцаж гарах цус бага байлаа. Иймд: Доош Fogert-ийн зонд явуулж,

баллоныг үлээлгэн буцааж татсаны дараа буцаж гарах цусны хэмжээ илт сайжирсан тул Y. Saphina magna-г тойруулан залгах гуяны Y-рүү орох хэсэгт таслаад уртааш шулж, шилбэний дунд хэсэгт хүрч тасалсан. Авсан vena-г эргүүлэн a.femoralis dex-д цавьны холбоосны доор залгаж доод хэсгийг a.Pop.-тай залгасан. Vena-аар гүйх артерийн цусны лугшилт маш сайн байсан. Шархыг битүүлсэн. Хагалгааны дараах өдрүүдэд хөлний өвдөлт эрс багасаж, улмаар хөлийн хурууны өнгө засарч, хөл бүлээсч а. Pop. A. tevalis pos. a.pedis dorsalis лугшилт сайн мэдэгдэж сонсогдож байв.

Хагалгааны дараах 5 дахь хоногоос өмнөх шарх цэвэршиж, өнгө засарч эдгэрэлт болж эхэлсэн.

Дүгнэлт:

1. Артерийн битүүрэл, бөглөрөлтийн үед рентген тодотгогчоор артериографи хийж оношоо төгс тогтоож, бөглөрсөн артерийг венийн судсаар орлуулах мэс засал нь үр дүнтэй байна.

2. Мөчний артерийн судасны бөглөрөлттэй өвчтөнийг эрт илрүүлэн мэс заслаар эмчлэх нь чухал байна.

**1991-1999 онд хэт авиан оношлогооны  
тасгаар үйлчлүүлсэн элэг цөсний  
өвчтэй хүмүүсийн судалгаа**

*Д. Отгонноров*

Улсын Клиникийн Төв Эмнэлгийн хэт авиан оношлогооны тасаг 1990 оны 2 сарын 1-нд биеэ даасан тасаг болсон юм. 1990-1999 онд хагас сая орчим хүн үзүүлснээс элэг цөсний эмгэгтэй 42360 хүн судалгаанд хамрагдсан.

Энэ нь нийт үзүүлэгсдийн 85% болж байна.

Үзлэгт хамрагдагсадын:

- |                          |                        |
|--------------------------|------------------------|
| 1. Амбулаториор          | 29885 хүн – 70.5%      |
| 2. Дотрын тасгуудаас     | 7943 хүн – 18.7%       |
| 3. Мэс заслын тасгуудаас | 4532 хүн – 10.8% байв. |

Манай оронд элбэг тохиолддог өвчнөөр нь авч үзхэд дараахи үзүүлэлт гарч байна.

|                                |   |       |
|--------------------------------|---|-------|
| 1. цөс чулуужих өвчин          | - | 16041 |
| 2. цөсний архаг үрэвсэлт өвчин | - | 14974 |
| 3. элэгний архаг үрэвсэл       | - | 4184  |
| 4. элэгний хатуурал            | - | 1645  |
| 5. элэг өөхлөх өвчин           | - | 3759  |
| 6. элэгний бэтэг               | - | 783   |
| 7. элэгний хоргүй хавдар       | - | 1741  |
| 8. элэгний хортой хавдар       | - | 1654  |

Энэ судалгааны үзүүлэлтээс харахад цөс чулуужих өвчин, цөсний болон элэгний архаг үрэвсэлт өвчин, мөн түүнчлэн элэг өөхлөх өвчин нилээд тохиолддог юм байна.

Судалгааны зорилго:

Энэ судалгаагаар бид манай оронд элэг цөсний өвчнөөр өвчлөгсөдийн цар хүрээ, ямар өвчин зонхилж байгааг, мөн ямар улиралд өвчлөл ихсэж байгааг харуулах зорилготой.

Дүгнэлт:

Судалгааны материалаас харахад:

1. Хавар намрын улиралд өвчлөгсөдийн тоо нэмэгдэж байгаа нь өвчин сэдэрдэгтэй холбоотой байж болох
2. Насны ангиллаар үзэхэд дундаж насны /30-аас дээш/ хүмүүс өвчлөлд өртөх нь илүү их тохиолдож байна.
3. Жилээс жил ирэх бүр элэг цөсний өвчлөлд өртөгсдийн тоо нэмэгдэх хандлагатай болж байна. Энэ нь цаг агаарын эрс тэс өөрчлөлт, нийгэм эдийн засгийн байдалтай холбогдон ард түмний амьжиргааны түвшин дор байгаа байдалтай холбоотой гэж үзэж байна.



## Улсын Клиникийн Төв Эмнэлэг

### 1991-1999 элэг цэсний өвчлөлийн судалгаа

| №  | Өвчний нэр        | 1991 он |     |     | 1992 он |     |     |
|----|-------------------|---------|-----|-----|---------|-----|-----|
|    |                   | амб     | хир | дот | амб     | хир | дот |
| 1  | Камень ж/п        | 875     | 137 | 180 | 1890    | 168 | 60  |
| 2  | Хро. Холецис      | 759     | 16  | 38  | 1118    | 49  | 41  |
| 3  | Перегиб ж/п       | 398     | 27  | 8   | 612     | 47  | 52  |
| 4  | Полип ж/б         | 83      | 5   | 15  | 48      | 13  | 7   |
| 5  | ДЖП               | 112     | 9   | 77  | 160     | 8   | 43  |
| 6  | Холестероз ж/п    | 12      | 7   | 18  | 58      | 8   | 14  |
| 7  | Хро. Гепатит      | 345     | 18  | 121 | 290     | 49  | 81  |
| 8  | Жир. Гепатоз      | 163     | 7   | 42  | 266     | 12  | 35  |
| 9  | Цир. печени       | 74      | 12  | 34  | 166     | 15  | 44  |
| 10 | Авсцесс печени    | 5       | 9   | 2   | 9       | 8   | 5   |
| 11 | Эхинок печени     | 63      | 11  | 13  | 72      | 27  | 10  |
| 12 | Киста печени      | 66      | 7   | 4   | 53      | 9   | 6   |
| 13 | Гемангиома печени | 25      | 3   | 4   | 40      | 1   | 11  |
| 14 | Опухоль печени    | 194     | 19  | 61  | 211     | 17  | 20  |
|    | ДҮН               | 3174    | 287 | 733 | 4993    | 431 | 429 |
|    |                   | 4194    |     |     | 5853    |     |     |

| 1993 он |      |      | 1994 он |      |     | 1995 он |      |      |
|---------|------|------|---------|------|-----|---------|------|------|
| амб     | Хир  | дот  | амб     | хир  | дот | амб     | хир  | дот  |
| 799     | 85   | 799  | 863     | 53   | 80  | 705     | 249  | 281  |
| 924     | 24   | 156  | 762     | 7    | 109 | 894     | 83   | 280  |
| 362     | 8    | 87   | 296     | 14   | 38  | 456     | 57   | 99   |
| 65      | 5    | 6    | 66      | 7    | 10  | 58      | 17   | 23   |
| 90      | 1    | 28   | 233     | 4    | 37  | 189     | 15   | 8    |
| 30      | 1    | 10   | 24      | 3    | 4   | 28      | 13   | 7    |
| 198     | 4    | 73   | 419     | 10   | 124 | 231     | 28   | 177  |
| 120     | 5    | 51   | 212     | 3    | 47  | 185     | 58   | 38   |
| 8       | 14   | 56   | 108     | 3    | 24  | 75      | 20   | 21   |
| 7       | 5    | 6    | 17      | 3    | 2   | 4       | 2    | 1    |
| 12      | 21   | 8    | 37      | 12   | 6   | 46      | 27   | 15   |
| 51      | 1    | 8    | 40      | 8    | 4   | 56      | 17   | 48   |
| 10      | 114  | 10   | 20      | 4    | 3   | 33      | 5    | 15   |
| 163     | 14   | 23   | 90      | 22   | 1   | 162     | 26   | 71   |
| 2904    | 184  | 1315 | 3187    | 150  | 488 | 3122    | 510  | 1092 |
|         | 4403 |      |         | 3825 |     |         | 4724 |      |

**Үргэлжлэл**

| №   | 1996 он |     |     | 1997 он |     |     |
|-----|---------|-----|-----|---------|-----|-----|
|     | амб     | хир | дот | амб     | хир | дот |
| 1   | 782     | 195 | 190 | 789     | 281 | 162 |
| 2   | 1148    | 128 | 128 | 353     | 218 | 192 |
| 3   | 74      | 43  | 79  | 192     | 53  | 36  |
| 4   | 74      | 18  | 23  | 120     | 19  | 10  |
| 5   | 143     | 21  | 34  | 156     | 28  | 31  |
| 6   | 40      | 8   | 9   | 21      | 5   | 7   |
| 7   | 307     | 36  | 98  | 173     | 107 | 104 |
| 8   | 298     | 73  | 122 | 292     | 78  | 40  |
| 9   | 113     | 22  | 43  | 148     | 29  | 25  |
| 10  | 1       | 4   | 1   | 12      | 11  | 1   |
| 11  | 46      | 3   | 15  | 77      | 24  | 45  |
| 12  | 65      | 9   | 11  | 57      | 6   | 12  |
| 13  | 26      | 3   | 10  | 42      | 15  | 3   |
| 14  | 120     | 29  | 19  | 129     | 26  | 36  |
| Дүн | 3263    | 592 | 782 | 2561    | 900 | 601 |
|     | 4637    |     |     | 4062    |     |     |

| 1998 он |     |     | 1999 он |     |      | Дүн   |
|---------|-----|-----|---------|-----|------|-------|
| амб     | хир | дот | амб     | хир | дот  |       |
| 827     | 172 | 180 | 620     | 144 | 249  | 16041 |
| 1218    | 192 | 159 | 665     | 72  | 343  | 14974 |
| 132     | 58  | 49  | 214     | 57  | 144  | 15104 |
| 180     | 21  | 11  | 40      | 16  | 39   | 1413  |
| 176     | 37  | 28  | 520     | 87  | 188  | 2463  |
| 9       | 11  | 3   | 21      | 2   | 15   | 412   |
| 99      | 108 | 154 | 503     | 104 | 320  | 4184  |
| 265     | 78  | 47  | 335     | 108 | 279  | 3759  |
| 153     | 40  | 17  | 140     | 46  | 123  | 1645  |
| 7       | 12  | 2   | 2       | 8   | 5    | 101   |
| 70      | 12  | 4   | 84      | 12  | 11   | 783   |
| 49      | 8   | 6   | 57      | 15  | 36   | 747   |
| 33      | 9   | 7   | 35      | 5   | 15   | 1741  |
| 123     | 24  | 37  | 113     | 20  | 32   | 1654  |
| 3332    | 782 | 704 | 3349    | 696 | 1799 |       |
| 4769    |     |     | 5844    |     |      |       |

A survey was undertaken among patients suffering from hepatobiliary tract who underwent ultrasound examination during 1990-1999, and an attempt was made to identify spread of hepatobiliary tract determine prevailing disease and to demonstrate it by age groups.

**Хамрын гонхны дурангийн  
үйл ажиллагааны хагалгааны  
( полисинусотомия) зарим асуудалд**

*Д. Батчулуун, Ш.Бат-Эрдэнэ, Л.Шагдар  
А. Баярсайхан, Л.Бямбасүрэн*

Зорилго:

Дэлхийн хөгжингүй орнуудад хийгдэж буй уг хагалгааны үр дүнг өөрийн оронд хийгээд буй хагалгааны үр дүнтэй харьцуулан үнэлэлт дүгнэлт өгөх.

Судалгааны арга:

- 1.Зориудын түүвэр судалгаа
2. Харьцуулсан судалгаа

Судалгааны материал:

1. УКТЭ-н ЧХХСК-т 1992-1996 онуудын хооронд хэвтэн Калдвелл-Люк хагалгаа хийгдсэн болон 1999-2001 онуудын хооронд хэвтэн дайвар хөндийн дурангийн хагалгаа хийгдсэн өвчнүүдийн өвчний түүх ба мэс заслын тухайн эмчийн хувийн бүртгэл тэмдэглэл.
2. Сэдэвтэй холбоотой ном сэтгүүл, интернэтийн материал.

Тархац зүй (эпидемиология.)

Сүүлийн жилүүдэд хамар, хамрын дайвар хөндийн өвчнүүдийн эзлэх хувийн жин абсолют утгаараа ч ЧХХ-н өвчнүүдийн дунд эзлэх хувиараа ч эрс хурдацтай өсөж буй нь батлагдаж байна. Нарийвчлан авч үзвэл синусит өвчний ихсэлт үүнд голлох үүрэг гүйцэтгэж буйг доорхи тоо баримтаас харж болохоор байна. АНУ-н үндэсний статистикийн мэдээнд: Синусит энэ оронд хамгийн тархмал өвчин болж артрит, АГ-г гүйцэж түрүүлснийг мэдээлжээ. Энэ оронд 32167000-хүн архаг синуситээр өвдсөн гэж мэдээлэгдсэн нь 8-хүний 1 нь синуситтай гэсэн үг юм.

Финляндад (5сая хүн амтай) жил тутам 110000-хүнд синусит оношийн улмаас рецепт бичигддэг гэжээ. ОХУ-д 1981-1990 онуудын хооронд хийсэн судалгаанд 1000-хүнд тохиолдох синуситийн тоо 4.6-12.2 болтлоо өсөж, ЛОР-н стационарт хэвтэн эмчлүүлэгсдийн дотор синуситийн эзлэх хувь жил тутам 1.5%--2%-иар ихэссээр 52.7%-д хүрсэн байна.

Манай оронд, тухайлбал УКТЭ-т ЧХХ-н амбулатори болон клиникээр жилд 11200 өвчтөн үзүүлдэгийн 40% буюу 4480 өвчтөн нь хамрын таславч, хөндий, дайвар хөндийнүүдийн эмгэгтэй байна.

### Бусад өвчинтэй холбогдох нь

Синусит нь зөвхөн ЧХХ-н хүрээнд яригдах бус энэ хүрээнээс хальж уушиг гуурсан хоолойн системийн эмгэг, харшлын эмгэг, хэсэг газрын болон ерөнхий дархлааны өөрчлөлттэй холбогдон яригдах болсон.

Мөн риносинусогенный гаралтай, орбитийн болон гавал тархины хүндрэл, үхэл буурахгүй байна.

### Хамрын дайвар хөндийн эндоназаль мэс заслын хөгжил

#### Эндоскоп хүртэлх

Mikulich-1887 /дунд жимээр/

G.Killian-1900, E.King1935 /доод жимийн /

Proetz-1941 /мерц. Эпителийн үйл ажиллагаа алдагдах/

#### Эндоскопийн

A.Hirschmann-1901/ цистоскоп-fossa vanina-г өрөмдөж/

M.Maltz 1925-/анх синусоскопия нэрийг гаргаж ирсэн.

W. Spielberg 1922-/доод жимийг трокараар-эндоскоп/

W.Messerklinger.-1966 /орчин үеийн эндоназал синусоскопийг үндэслэгч/

### Хамрын дайвар хөндийн дурангийн мэс заслын заалт

- Архаг хөөнгө этмоидит, тэр нь цааш жажуурын болон духны гонхны үрэвсэл үүсгэсэн үед.
- Жажуур ба духны гонхны үрэвсэл дахисан үед
- Гонхны үрэвслийн хүндрэлийн үед
- Хамарт гадны юм орсон, хамрын суурийн үрэвслийн үед
- Хамрын таславчийн мэс засал
- Муруй таславч, ясан хяр, ясны мултрал зэргийг засах
- Таславчийг тайрах
- Гонхны үрэвслүүдээс шалтгаалсан ухархайн хүндрэлүүд
- Наалдасыг арилгах /синехи /
- Нармайн гүйлсийг авах
- Гонхны мэс заслын дараа шалгах үед
- Нулимасны замын эмгэгийн үед.
- Хамар, нармай, намалдагийн жижиг хавдарын үед



- Нармайн нэг нүх битүү үед
- Зажуурын тонхны мөөгөнцөрийн үед.

Хамрын хөндийн дурангийн мэс заслын үндсэн зарчим  
Хагалгаанд орох өвчтөнийг зөв оношлох, шинжлэх уламж-  
лалт шинжилгээний аргууд

Анамнез

Ерөнхий биеийн үзлэг

ЧХХ-н тусгайлсан үзлэг

Клиник лабораторийн шинжилгээнүүд

Хамрын хөндийн дурангийн шинжилгээ, оношлогоо

Хатуу болон уян дуран ашигладаг.

А) Доод жимээр

Б) Дунд жимээр

В) Дээд жимээр

Г) Нохойн хонхроор

Хамрын дайвар хөндийн дурангийн мэс заслын стандарт  
техник

Messerklinger (1978) Through-cutting sinus instruments.

H.Stammberger 1970

M.E.Wigand (1981) Through-cutting sinus instruments.

Хамрын дайвар хөндийн дурангийн мэс заслын баримтлах  
зарчим

- Хамрын дайвар хөндийн үйл ажиллагааг аль болох алдагдуулахгүй байх.
- Хамрын хөндийтэй харьцах төрөлх сувгийг болон хөндийн салст бүрхүүлийг аль болох хөндөхгүй байх.

Хамрын дайвар хөндийн мэс заслын хүндрэл

Дурангийн бус (уламжлалт арга) УКТЭ-216 хүнд Caldwellluk  
тенникээр антрозотомидотомия хийгдсэн судалгаанд

|       |   |                                |
|-------|---|--------------------------------|
| 61.9% | - | Нүүр орчмын хавагнал           |
| 46%   | - | Хацрын ясны өвдөлт мэдээгүйжих |
| 30.9% | - | Шүдний ёзоорын өвдөлт          |
| 0.4%  | - | Мэс заслын дараахи цус алдалт  |
| 0.4%  | - | Буйлны шархны цорго үүсэх      |
| 0.4%  | - | Шүдний өнгө өөрчлөгдөх         |

**Бидний судалгаа**

Энэ байдлыг харгалзан үзээд УКТЭ-ийн ЧХХ-н тасагт 2000 оны 3-р сараас 2001 оны 3-р сар хүртэл эрэгтэй 20 эмэгтэй 18 (нийт 38) өвчтөнд дунд жимээр хамрын гонхны үйл ажиллагааны мэс заслыг хийлээ. Бүх өвчтөнүүдийн насны байдлаар авч үзвэл:

| Хүйс | Эр    |       |         | Эм    |       |         |
|------|-------|-------|---------|-------|-------|---------|
| Нас  | 15-25 | 26-35 | 36 дээш | 15-25 | 26-35 | 36 дээш |
| Тоо  | 6     | 8     | 6       | 8     | 7     | 3       |

Гонхны үрэвслийн хэлбэрүүд:

1. Архаг идээт этмоидит-5(13%)
2. Архаг урт зажуур тас-17(45%)
3. Хамрын хөндийн ур –5(13%)
4. Таславчийн муруйлт-2(5.2%)
5. Дунд самалдагийн томролт-3(7.9%)
6. Калдвелл-Люкийн мэс заслын дараа-4(10.1%)
7. Архаг фронтит-2(5.2%)

Өвтөний зовиур:

- хамар битүүрэх
- хамраас идээт ялгадас гарах
- толгой өвдөх
- хацар дух орчмоор өвдөх
- хоолой хатах

Бүх өвчнүүдэд мэс заслыг ерөнхий мэдээ алдуулалтын доор урьдчилан 3% эфедриний уусмалаар дунд жимд арчин цусны судасуудыг нарийсган processus uncinatus-ыг тайран өмнөд дунд элхэгийн хөндийнүүдийг нээж дух болон зажуурын хөндийнүүдийн төрөлхийн цоргуудыг томрууллаа.

Мэс заслуудын дараа цоргоор 1:5000 фурациллин уусмалаар угааж, цуфазолины төрлийн антибиотикийг хөндийд хийж, амаар преднизолоны шахмалыг 30-50мг-аар 3-5 хоног уулгалаа. Мөн 21 тохиолдолд хөндийнүүдэд преднизолон, дексаметазон, гидрокортизон уусмал мөн 3-7 хоног хийж байлаа.

Ажлын үр дүнг 1 жилээс 14 хоногийн дотор тооцоход:

Өвчтөний зовиур сайжирсан байдал: (n=38)

1. Маш сайн – 30(78.9%)
2. Сайн – 7(18.8%)
3. Дунд – 1(2.69)
4. Өөрчлөгдөөгүй муу – 0

Мэс заслын дараахи хүндрэлүүдийг авч үзвэл мэс заслаас хойш 5 хоногийн дараа 1 өвчтөнд нүдний дээд зовхи улайж хавдсан нь мэс заслаар найруулсан духны хөндийн цорго хатаах таваар бөглөрсөнтэй холбоотой байлаа.

### **Дурангийн (9)**

|                                       | Stankiewicz<br>N=90 | Wigand<br>N=220 | Stammberger<br>N=6000 | Kane<br>N=10000 |
|---------------------------------------|---------------------|-----------------|-----------------------|-----------------|
| Менингит                              | 0                   | 0               | 0                     | 1               |
| Риноликфоруя                          | 1                   | 2               | 3                     | 22              |
| Цус алдалт                            | 5                   | -               | -                     | -               |
| Харааны мэд-<br>рэлийн гэмтэл         | 1                   | 0               | 0                     | 1               |
| Орбитийн<br>гематом                   | 5                   | 1               | 2                     | 8               |
| Диплопи,алимийн<br>хөдөлгөөн алдагдах | 0                   | 0               | 0                     | 3               |
| Орбитийн эмфизем                      | 3                   | -               | -                     | -               |
| Нулимасны замын<br>гэмтэл             | 0                   | 0               | 0                     | 15              |
| Аносмия                               | -                   | 2               | -                     | -               |
| Невралгия                             | 1                   | 4               | -                     | -               |
| Астм хөдлөх                           | -                   | 4               | -                     | -               |
| <b>Бүгд%</b>                          | <b>17.8</b>         | <b>6.4</b>      | <b>0.1</b>            | <b>0.5</b>      |

### Дүгнэлт:

1. Хамрын дайвар хөндийн дурангийн мэс засал нь орчин үеийн мэс заслын үндсэн арга болоод буй бөгөөд манайд хийгдсэн ба хийгдэж буй хагалгаануудын үр дүн дэлхийн төвшинтэй ойр буйг харуулж байна.
2. Энэ шинэ, мэс заслын технологийг бүрэн нэвтрүүлэх дутуу байгаа багаж техникийг олох боломжийг судлах талаар холбогдох байгууллагатай хамтран ажиллах шаардлагатай байна.

**Indications, complications, and of Results  
of Endoscopic Sinus surgery**

*D. Batchuluun, Sh. Bat-Erdene, L. Shagdar  
A. Bayarsaikhan, L. Bayambasuren*

It's proven that last few years sinusitis has become more common in the morbidity even though in the ENT morbidity. So we've done endoscopic surgery 38 patients from March of 2000 to March of 2001 in the ENT Department of the university Hospital. The indications for approaching the paranasal sinuses using endoscopic techniques are numerous and will vary significantly according to the experience level of surgeon, the availability of specialized equipment, the level of anaesthetic assistance, and the general health and specific needs of the patient.

**Бүдүүн гэдэсний түгжрэлийн үе дэх мэс заслын  
эмчилгээ, түүний хүндрэлээс урьдчилан  
сэргийлэх асуудалд.**

*Э. Бат-Өлзий, Н. Даваацэрэн, У. Туяабаяр*

Бүдүүн гэдэсний түгжрэл нь бүдүүн гэдэсний эмгэгийн үед элбэг тохиолдох хүндрэл юм. Бүдүүн гэдэсний түгжрэл нь одоог хүртэл түүний мэс заслын эмчилгээний үр дүнд болон хагалгааны дараах хүндрэлд нөлөөлсөөр байна.

Бид УКТЭмнэлгийн БШГМЗКлиникт 1999 оноос 2001 оны 06 сар хүртэлх мэс засал хийгдсэн 133 өвчтөнд судалгаа хийлээ. Бүдүүн гэдэсний түгжрэлтэй өвчтөнүүдийг нас, хүйсээр авч үзвэл:

| Хүйс   |        | Нас       |        |       |        |        |        |           |
|--------|--------|-----------|--------|-------|--------|--------|--------|-----------|
| Эр     | Эм     | 19 хүртэл | 20-29  | 30-39 | 40-49  | 50-59  | 60-69  | 70-с дээш |
| 64     | 69     | 6         | 20     | 24    | 27     | 23     | 26     | 7         |
| 48.1 % | 51.9 % | 4.5 %     | 15.1 % | 18 %  | 20.2 % | 17.4 % | 19.6 % | 5.2%      |



## Улсын Клиникийн Төв Эмнэлэг

Үүнээс эрэгтэй 64, эмэгтэй 69 байв. Өвчлөгсөд нь 20-69 насны хүмүүс зонхилж байв. Түгжрэлийн байрлалыг хагалгааны өмнөх бодит үзлэг, ирригоскопия, колоноскопия, ЭХО болон бусад шинжилгээгээр тодруулан тогтоосныг авч үзвэл:

| Өвчтөний ерөнхий байдал |      |          | Түгжрэлийн байдал |             |                               |               |                                |               |             |              |       |
|-------------------------|------|----------|-------------------|-------------|-------------------------------|---------------|--------------------------------|---------------|-------------|--------------|-------|
| Дунд                    | Хүнд | Маш хүнд | Мухар гэдэс       | Өгсөх гэдэс | Бүдүүн гэдэсний элэгний булан | Хөндлөн гэдэс | Бүдүүн гэдэсний дэлүүний булан | Уруудах гэдэс | Тахир гэдэс | Шулуун гэдэс | Бусад |
| 116                     | 12   | 15       | 18                | 6           | 3                             | 8             | 6                              | 5             | 38          | 36           | 13    |
| 87.2 %                  | 9 %  | 3.8 %    | 13.5 %            | 4.5 %       | 2.2 %                         | 6 %           | 4.5 %                          | 3.7 %         | 28.9 %      | 27 %         | 9.7 % |

Түгжрэлийн байдал тахир гэдсэнд 28.9%, мухар гэдсэнд 13.5% байлаа.

Бүдүүн гэдэсний түгжрэлийн шалтгаан нь:

| Түгжрэлийн хэлбэр | Өвчтөний тоо | Хувь  |
|-------------------|--------------|-------|
| Бөглөрөх          | 102          | 76.6% |
| Боймлох           | 7            | 4.7%  |
| Саажилтын         | 11           | 8.2%  |
| Наалдаст          | 14           | 10.5% |

Хүснэгтээс үзэхэд бөглөрөх 76.6% боймлогдох 4.7%, саажилтын түгжрэл 8.2%, наалдаст түгжрэл 10.5% байна.

## Улсын Клиникийн Төв Эмнэлэг

Бид мэс заслын өмнө бодисын солилцоо, гемодинамикийн өөрчлөлтийн клиник болон биохимийн шинжилгээнд тулгуурлан хордлого тайлах, халдвараа урьдчилан сэргийлэх антибиотик эмчилгээг 5-7 хоног хийж, харин яаралтай мэс засалд орох үед хурдавчилсан бэлтгэлийг унтуулагч эмчтэй хамтран хийж байв. Мэс заслын үед гэдэсний саажилт болон наалдаст түгжрэлээс урьдчилан сэргийлж хамраар нь болон нарийн гэдсэнд нь хаймсуур тавьж, эмийн эмчилгээ хавсран хэрэглэж байлаа. 133 өвчтөн мэс засалд орж 104 өвчтөнд төгс хагалгаа хийгдэж нас баралт 9.7% байлаа. Туслах чанарын мэс засал 29 өвчтөнд хийгдэснээс нас баралт 1.5% байлаа.

Бүдүүн гэдэсний түгжрэлтэй өвчтөний мэс заслын эмчилгээний шинж чанарыг авч үзвэл:

| Төгс мэс засал                 |    |       |                                | Хөнгөвчилсөн мэс засал |      |                     |    |
|--------------------------------|----|-------|--------------------------------|------------------------|------|---------------------|----|
| Низкая передняя анастомоза     | 3  | 2.2%  | Низкая передняя анастомоза     | 3                      | 9.7% | Нас баралт          | 13 |
| Операция Гартмана              | 2  | 1.5%  | Операция Гартмана              | 2                      | 0.7% | Илеостома           | 1  |
| Ликвидация колостомы           | 11 | 8.2%  | Ликвидация колостомы           | 4                      | 3%   | Цекастома           | 4  |
| Трансверзо-трансервоанастомоза | 3  | 2.2%  | Трансверзо-трансервоанастомоза | 8                      | 6%   | Сигмастома          | 8  |
| Правосторонняя гемиколэктомия  | 21 | 1.5%  | Правосторонняя гемиколэктомия  | 2                      | 1.5% | Резекция опухоли    | 2  |
| Левосторонняя гемиколэктомия   | 6  | 4.5%  | Левосторонняя гемиколэктомия   | 4                      | 3%   | Обходной анастомоза | 4  |
| Экстирпация прямой кишки       | 22 | 16.5% | Экстирпация прямой кишки       | 2                      | 1.5% | Взятие биопсии      | 2  |
| Резекция сигмовидной кишки     | 34 | 25.5% | Резекция сигмовидной кишки     | 2                      | 1.5% | Нас баралт          | 2  |
| Тотальная колектомия           | 2  | 1.5%  | Тотальная колектомия           | 2                      | 1.5% | Нас баралт          | 2  |
| Разъединение спайки            | 8  | 6%    | Разъединение спайки            | 2                      | 1.5% | Нас баралт          | 2  |

Хагалгааны дараах хүндрэлийг шалтгаанаар нь авч үзвэл:

## Улсын Клиникийн Төв Эмнэлэг

| Хагалгааны дараах хүндрэл |                           |               |              |                |                |            |              | Нас баралтын шалтгаан |       |             |                  |         |            |                |       |
|---------------------------|---------------------------|---------------|--------------|----------------|----------------|------------|--------------|-----------------------|-------|-------------|------------------|---------|------------|----------------|-------|
| Түгжрэл                   | Хагалгааны дараах эвэрхий | Шарх идээлэлт | Гэдэс цоорох | Оёдол тавигдах | Идээт хордлого | Цус алдалт | Судасны бүлэ | Гялтантас             | Бусад | үргэлжилсэн | Мэс заслын дараа | Түгжрэл | Цус алдалт | Идээт хордлого | Бусад |
| 3                         | 7                         | 17            | 8            | 7              | 1              | 4          | 1            | 11                    | 5     | 2           | 4                | 2       | 2          | 1              | 4     |
| 2.2%                      | 5.2%                      | 12.8%         | 6%           | 5.2%           | 0.7%           | 3%         | 0.7%         | 8.2%                  | 3.7%  | 1.5%        | 3%               | 1.5%    | 1.5%       | 0.7%           | 3%    |

Шарх идээлэх 12.8%, гэдэсний цооролт 6%, гялтантас 8.2%, оёдол тавигдах 5.2% зонхилж байв.

Түгжрэлийн шинж тэмдэг илэрсэн ба оношлогдосноос хойш мэс заслын эмчилгээ хийлгэсэн хугацааг авч үзвэл:

|   |         |    |       |
|---|---------|----|-------|
| 1 | 24 цаг  | 13 | 9.7%  |
| 2 | 7 хоног | 27 | 20.3% |
| 3 | 1 сар   | 14 | 10.5% |
| 4 | 6 сар   | 42 | 31.5% |
| 5 | 1 жил   | 37 | 27.8% |

Үүнээс үзвэл шинж тэмдэг илэрсэн ба оношлогдосноос 6 сараас хойш мэс заслын эмчилгээ хийлгэсэн өвчтөний тоо ихэнх хувийг эзэлж байна.

Дүгнэлт:

1. Бүдүүн гэдэсний түгжрэлийг эрт оношлох, эмчлэх нь хагалгааны дараах хүндрэлийг бууруулах ач холбогдолтой байна.
2. Хагалгааны дараах хүндрэл нь түгжрэл үүсгэгч өвчин, даамжирсан байдал, хагалгааны өмнөх бэлтгэл, явц, хагалгааны дараах эмчилгээ асаргаанаас шалтгаалж байна.

**Surgery Treatment in the Process of Large  
Intestinal Obstruction and the Problems to  
prevent from it's difficulties**

*E. Bat-Ulzij, N.Davaatseren, U.Tujabajar*

The authors made Research in 133 patients who have large Intestinal obstruction. When we discovered the obstruction with poalition, the Sigmoid Colon was 28.9%, Recti. Colon 27%, Cecum 13.5%, the etiology have been show this result; Obstructive Obstruction 76.6%, Strangulation Obstruction 4.7%, Commissural Obstruction 10.5%, Radical Surgery Treatment for 104 patients and Palliative Surgery Treatment for 29 patients were operated. After the Surgery, the Mortality was 11.2%.

**Төвөнхийн хорт хавдрын шалтгаан  
эмнэл зүйн зарим асуудал**

*Л. Бямбасүрэн, А. Баярсайхан*

**Эпидемиологи**

Анагаах ухааны салбарт хавдрын асуудал онцгой анхаарал татдаг билээ. АНУ-д хавдраар нас барагсдын 1%-ийг төвөнхийн хавдар эзэлдэг. Төвөнхийн хавдар байрлалын онцлогоос хамааран харьцангуй эрт оношлогддог бөгөөд 60% хавдар дангаар, 25% хүзүүний тунгалагийн булчирхайд үсэрхийлэл өгсөн, 15% ойрын болон холын эрхтэнд үсэрхийлэл өгсний дараа оношлогддог ажээ.

Төвөнхийн хорт хавдрын дотор хавтгай эст карцинома 90% эзлэх бөгөөд толгой хүзүүний хавдрын дотор 26% тохиолддог. Эрэгтэйчүүд хавдарт илүү нэрвэгддэг бөгөөд сүүлийн жилүүдэд эмэгтэйчүүдийн эзлэх хувь ихсэж байна.

Тамхи нь төвөнхийн хорт хавдрын шалтгаанд чухал байр эзэлдэг хэвээр байгаа бөгөөд Maier болон DeStefany нарын судалгаагаар төвөнхийн хорт хавдар бүхий өвчтний 96.5% ба 97.2 нь тамхичид байв. Wynder 10-аас дээш жилийн хугацаанд өдөрт хагас болон бүтэн хайрцаг тамхи



татагч эрэгтэйчүүдэд 30 foldrisk хавдарт өртөмтгий гэсэн судалгаа гаргажээ. Тамхины чанараас шалтгаалсан судалгааг DeStefany Уругвайд хийсэн бөгөөд хатуу (dark) тамхи хэрэглэгч нь зөөлөн (light) тамхи хэрэглэгчээс 2.5 дахин илүү өртөмтгий байжээ. Хавдрын шалтгааныг папиллома вирустай хамааруулан судлахад папилломатоз өвчний 2% нь 15-20 жилийн дараа хортой хавдарт шилждэг нь тогтоогджээ.

**Судалгааны зорилго:**

Бид манай оронд багагүй тохиолдох төвөнхийн хавдрыг үүсэхэд нөлөөлөх хүчин зүйлүүд, эмнэлзүйн байдлыг судлах зорилго тавилаа.

**Судалгааны зорилт:**

1. Уг өвчин үүсэхэд нөлөөлөх зарим хүчин зүйлүүдийг гаргах
2. Төвөнхийн хавдрын зарим нэгэн шинж тэмдгүүдийг судлах

**Судалгааны аргачлал:**

1. УКТЭ-ийн Чих хамар хоолой судлалын клиникт 1997-2001 онд хэвтэж эмчлүүлсэн 41 өвчтнийг судалгаанд сонгон авав.
2. Өвчтөнүүдийг чих хамар хоолойн тусгайлсан үзлэг, захын цусны шинжилгээ, хаядрын фото зургийг авч судалгаанд хамруулсан тусгай картаар бүртгэн авав.

**Судалгааны үр дүн:**

Бидний судалгаанд 41-78 насны өвчтөн хамрагдав. Өвчтөнийг нас, хүйсний байдлаар авч үзэхэд:

Хүснэгт 1

|           | 41-45 | 46-50 | 51-55 | 56-60 | 61-65 | 66-70 | 71 дээш | Бүгд |
|-----------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|---------|------|
| <b>Эр</b> | -     | 1     | 2     | 3     | 7     | 7     | 9       | 29   |
| <b>Эм</b> | 1     | 1     | 1     | 2     | 1     | 2     | 4       | 12   |

Нийт өвчтөний 29 (70.7%) нь эрэгтэй, 12 (29.3%) нь эмэгтэй байв. Хавдар 71-ээс дээш насны аль ч хүйсэнд тохиолдлын тоо харьцангуй их байна.

Өвчтөний нас хүйсийг тамхи татсан жилтэй харьцуулан хүснэгтээр үзүүлэв.

Хүснэгт 2

| Нас     | Жил  |       |       |       |         | Бүгд |
|---------|------|-------|-------|-------|---------|------|
|         | 1-10 | 11-20 | 21-30 | 31-40 | 41 дээш |      |
| 41-45   | 1    |       |       |       |         | 1    |
| 46-50   |      | 2     |       |       |         | 2    |
| 51-55   |      |       | 2     | 2     |         | 4    |
| 56-60   |      |       | 3     | 3     |         | 6    |
| 61-65   |      |       |       | 5     |         | 5    |
| 66-70   |      |       |       | 1     | 8       | 9    |
| 71 дээш |      |       |       | 2     | 11      | 13   |
| Бүгд    | 1    | 2     | 5     | 13    | 19      |      |

Нийт өвчтөний 40 (97.5%) нь тамхийг тогтмол хэрэглэж иржээ. Тамхины чанарыг асуумжаар судлахад 92.9% хатуу (dark) тамхи татдаг бөгөөд 82.9% янз бүрийн тамхи хольж татдаг байна.

Судалгаанд хамрагдсан хүмүүсийн хамар, хамрын дайвар, нармай, дунд чих, залгиур, амьсгалын дээд замын өвчлөлийг өвчтөний зовиур, асуулга, чих хамар хоолойн үзлэгээр илрүүлэв. Нийт өвчтөний (32) тохиолдол(78.1%)-д дээрх эрхтэнүүдийн эмгэг илэрлээ. Үүнд:

87.5% залгиурын архаг үрэвсэл, 6.2% хамар, хамрын дайвар хөндийн эмгэг, 6.3% амьсгалын дээд замын ямар нэгэн архаг үрэвсэл өвчинтэй байна.

Өвчтөний 17 буюу 46.6% нь архийг ямар нэгэн хэмжээгээр тогтмол хэрэглэдэг байв. Нэг тохиолдолд төвөнхийн папилломатоз өвчин оношлогдосноос хойш 2 жилийн дараа хорт хавдарт шилжжээ.

Төвөнхийн хорт хавдар зөвхөн төвөнхийн бүсэд буюу үсэрхийлэлгүй 52.2%, ойролцоох тунгалгын булчирхайд үсэрхийлсэн 34.1%, ойролцоох тунгалгын булчирхай болон алсын эрхтэнд үсэрхийлсэн 13.7% оношлогдов. Өвчтөний зовиурыг хүснэгт 3-т үзүүлэв.

|      | Дууны өөрчлөлт | Амьсгал дутагдал | Өвдөлт | Хоолойд юм торох | Ханиалга |
|------|----------------|------------------|--------|------------------|----------|
| Эр   | 29             | 14               | 17     | 12               | 7        |
| Эм   | 12             | 6                | 7      | 2                | 3        |
| Бүгд | 41             | 20               | 24     | 14               | 10       |

Дууны өөрчлөлт нийт өвчтөнд 100%, амьсгал дутагдлын шинж 48.7% төвөнх орчмын өвдөлт 58.5%, хоолойд юм торох зовиур 34.1%, ханиалгалт 24.4% илэрч байлаа.

Хавдрын байрлалыг судлан үзэхэд төвөнхийн дээд бүсийн хавдар 14.8% төвөнхийн дунд бүсийн хавдар 4.8%, дээд дунд бүсийг хамарсан хавдар 21.9%, төвөнхийн 3 бүсийг хамарсан нь 58.5%-ийг эзэлж байв.

**Дүгнэлт:**

1. Бидний судалгаанаас үзэхэд төвөнхийн хорт хавдар нь эрэтэйчүүдэд (70.7%) элбэг тохиолдож байгаа нь харагдаж байна.

2. Нийт өвчтөний 97.5% тамхийг тогтмол хэрэглэдэгээс тэдгээрийн 92.9% нь хатуу тамхи хэрэглэдэг байжээ. Үүнээс үзэхэд тамхи нь төвөнхийн хорт хавдрын гол нөхцөлдүүлэх хүчин зүйл болж байгаа нь харагдаж байна.

**Some etiological and clinical peculiarities  
of the laryngeal cancer**

*L.Byambasuren, A.Bayarsaihan*

Tobacco is still considered to be the predominant risk factor in laryngeal carcinogenesis. In 2 separate studies found that 96.5% and 97.2% respectively, of patients with laryngeal cancer were smokers. Risk has also been delineated by the quality of the tobacco used. We investigated 41 patient (29 male, 12 female) who were 41 – 84 aged. 97.5 percent of the patients have constantly used tobacco for 10 – 40 years.

**Хүүхдийн эпилепсийн үе дэх  
Электроэнцефалографийн  
шинжилгээний зарим онцлог**

*А.Товуудорж, Г.Цагаанхүү, Н.Орёл*

Хүүхэд, өсвөр насанд эпилепси нь нийт хүн амын 1%-ийг эзлэх бөгөөд анхны онршлогооны чанар, эмчилгээний арга барилтай тэдний цаашдын хувь тавилан шууд холбоотой байдаг (Annegers J.F. et al, 1995).

Бид эпилепситэй хүүхэд, өсвөр насныхны Электроэнцефалографийн (ЭЭГ) шинжилгээний зарим шинж, төрхийг судлахыг зорьсон юм.

Бидний судалгаанд 3-14 насны нийт 45 тохиолдол хамрагдаснаас (дундаж нас  $6 \pm 2.3$ ) эрэгтэй 20 (44.4%), эмэгтэй 25 (55.6%) байв.

Судалгаанд булчин чичирхийлэх таталт 14 (31%), бага уналт 22 (48.8%), нийлмэл хэсэгчилсэн уналт 9 (19.9%) хамрагдав.

Булчин-чичирхийлэх таталтын үед ЭЭГ-ийн шинжилгээнд тархмал спайк 6 (42.9%), тархины өмнөд хэсгийн спайк-аажим долгионы бүрдэл 8 (57.1%), бага уналтын үед биоцахилгаан идэвхжлийн урьтал өөрчлөлтгүй, 3.5 Гц-ийн хэлбэлзлэлтэй, тархмал билатерал спайк-аажим долгион, нийлмэл хэсэгчилсэн уналтын 5 (55.5%)-д нэг талын байрлалтай чамархайн өмнөд хурц долгион, 3 (33.3%)-д духны хурц долгион, 1 (11.1%)-д төвийн хурц долгион ( $p < 0.05$ ) илрэв. Судалгаанд хамрагдсан тохиолдлуудад амьсгалын сорил хийсний дараа булчин-чичирхийлэх таталтын 7(50%)-д тархины өмнөд хэсгийн нэмэлт, хоёр талт зэрэг цагжсан спайк-аажим долгион, бага уналтын 18 (81.8%)-д тархмал хоёр талт зэрэг цагжсан спайк-аажим долгион, нийлмэл хэсэгчилсэн уналтын 6 (66.6%)-д дух-чамархайн хурц долгион ( $p < 0.05$ ) тодорхойлогдов.

Дүгнэлт:

1. Хүүхэд, өсвөр насанд эпилепсийн бага уналт (48.8%) зонхилон тохиолдож, ЭЭГ дээр 3.5 Гц-ийн хэлбэлзлэлтэй билатерал, спайк-аажим долгион илэрч байна.
2. ЭЭГ-ийн шинжилгээгээр эпилепсийн идэвхижлийг илрүүлэн тогтооход амьсгалын сорил нь булчин-чичирхийлэх таталтын үед 50%, бага уналтын үед 81.8%, нийлмэл хэсэгчилсэн уналтын үед 66.6%-д оношийн ач холбогдолтой болох нь ( $p < 0.05$ ) харагдав.



**Some specific of electroencephalographic  
study in childhood epilepsy**

*A.Tovuudorj, G.Tsagaankhuu, N.Oryol*

Electroencephalography was used to examine 45 patients (20m, 25f) 3-14 years old with the epilepsies (36 generalised, 9 partial). Seizure types included myoclonic (14), absence (22) and complex partial seizures (9). Bilateral synchronous spike-wave has been observed in 22 (48.8%) patients with absence and hyperventilation was very helpful for localizing and provoking epileptic foci in childhood.

**Эпилепсийн үеийн КТ ба НФЦКТ-ийн  
шинжилгээний зарим үр дүн**

*А.Товуудорж, Г.Цагаанхүү, П.Онхуудай,  
Л.Цэвэлмаа, Б.Энхтуяа, С. Эрдэнэчимэг*

Эпилепсийн үеийн нейрорадиологийн шинжилгээ сүүлийн жилүүдэд амжилттай хөгжиж байгаа билээ. Компьютерт Томографи (КТ) болон Нэг Фотон Цацрагт Компьютерт Томографийн (НФЦКТ) шинжилгээгээр эпилепсийн голомтын байршил, цусан хангамж, бодисын солилцооны өөрчлөлтийг тогтоох бүрэн бололцоотой юм.

Бидний судалгааны зорилго КТ ба НФЦКТ-ийн шинжилгээгээр эпилепсийн голомтын байршилыг харьцуулан судлахад оршино.

Судалгаанд 9-50 насны нийт 30 тохиолдол хамрагдаснаас эрэгтэй 11 (36.6%), эмэгтэй 19 (63.4%), үүнээс КТ-ийн шинжилгээг 30, НФЦКТ-ийн шинжилгээг 20 өвчтөнд хийв.

Судалгааг Япон улсын Хитачи фирмийн КТ-ийн аппарат болон АНУ-ын Elscient фирмийн НФЦКТ-ийн аппаратаар хийж гүйцэтгэв.

КТ-ийн шинжилгээнд хамрагдагсдын 17(56.7%)-д тархины ховдолын хэмжээ хэвийн, 8(26.7%)-д ховдол өргөссөн, 5(16.7%)-д тархины эдийн хатингарал илэрсэн. КТ-ийн шинжилгээгээр хэвийн үзүүлэлттэй илэрсэн 17 тохиолдолд III ховдолын өргөн  $5.5 \pm 2.1$  мм, IV ховдолын өргөн  $15 \pm 2.1$  мм, хажуугийн ховдолын урд эврийн өргөн

6.0±1.1 мм, ховдол өргөссөн 8 тохиолдолд III ховдолын өргөн 7.0±1.3 мм, IV ховдол 16±1.2 мм, хажуугийн ховдолын урд эврийн өргөн 7.0±0.9 мм харин тархины хатингаралтай 5 тохиолдолд дээрх ховдолуудын өргөн 9.0±1.5 мм, 18±1.4 мм, 10.2±1.1 мм ( $p<0.05$ ) байв.

НФЦКТ-ийн шинжилгээ хийгдсэн 20 тохиолдолын 10 (50%)-д өнгөт дүрсийн хувь 80±4.5%, 6(33.3%)-д 65±3.5%, 4 (16.6%)-д 40±6.5% байв. Харин тархины цусан хангамж багассан голомтыг байршлаар нь авч үзвэл, зүүн чамархайн байрлалд 9 (45%), баруун чамархайд 5(25%), зүүн дух-чамархайд 4(20%), баруун дух-чамархайд 2 (10%), тодорхойлогдож ( $p<0.05$ ) байлаа.

Дүгнэлт:

1. Эпилепсийн үед КТ-ийн шинжилгээгээр тархины ховдол өргөссөн (26.7%), тархины эдийн хатингаралт өөрчлөлт (16.7%) зонхилон тохиолдож байна.
2. Эпилепсийн голомтын байршил, голомтын цусан хангамжийн үзүүлэлтийг тогтооход НФЦКТ-ийн шинжилгээ чухал ач холбогдолтой болох нь ( $p<0.05$ ) харагдав.

**Some results of the CT and SPECT  
Investigations in epilepsy**

*A.Tovuudorj, G.Tsagaankhuu, P.Onkhuudai  
L.Tsevelmaa, B.Enkhtuya, S.Erdenechimeg*

Single-photon emission computed tomography (SPECT) was highly sensitive and superior than computerized tomographic (CT) in detecting generalized and focal abnormalities in epilepsy. Of 20 patients with seizures, SPECT revealed focal abnormalities in 20, where as the combined use of CT revealed focal abnormalities in only 13 of these patients.

**Шулуун гэдэсний хорт хавдрын үед шулуун  
гэдсийг чацархайтай нь бүхэлд нь тайрах  
төгс хагалгааны анатомын үндэс**

*У.Туяабаяр*

1982 онд Английн мэс засалч Хиэлд шулуун гэдэсний дунд хэсгийн хорт хавдрын үед шулуун гэдсийг чацархайтай нь бүхэлд нь тайрах хагалгааг анх санаачлан амжилттай хийсэн. Бид 1998 оноос Швейцарын Берн, Цюрих, Аарау, Фрайбург, Нойшател хотуудын эмнэлгийн эмч эрдэмтэдтэй бүдүүн гэдэсний хорт хавдрын мэс засал эмчилгээний үр дүнг сайжруулах зорилгоор хамтран ажиллаж байна. Эдгээр эмч эрдэмтэд онолын өндөр мэдлэг практикийн асар их туршлагатайн дээр монголын залуу эмч нарыг сургахад олон талын анхаарал тавьж байгаа юм. Шулуун гэдсийг чацархайтай бүхэлд нь тайрах хагалгаа нь аарцгийн хөндийн гялтан хальсны доорх өөхөн хорт хавдрын дахилтыг багасгадаг.

Тус тасагт уг мэс заслыг 1997 оноос хойш 4 өвчтөнд хийсэн бөгөөд ямар нэг хүндрэл, хавдрын дахилт ажиглагдаагүй. Одоогоор манай улсад шулуун гэдэсний дунд, доод хэсгийн хавдрын тоо өсөх хандлагатай байгаатай холбогдуулан дээрхи хагалгааг өргөжүүлэх зорилготой байгаа юм. Анагаах ухааны энэ чиглэлийн салбар өндөр хөгжсөн бусад орны эрдэмтэдийн ололтыг ч авч хэрэглэнэ.

Швейцарын Аарау хотын эмнэлэгийн эрдэмтэн П.Азбэрхард 1993-1996 оны хооронд шулуун гэдэсний дунд, доод хэсгийн хавдарын үе дэхь хагалгаа төгс болсон байдалд судалгаа хийсэн бөгөөд шулуун гэдэсийг чацархайтай нь бүхэлд нь тайрах хагалгааг, шулуун гэдэсийг урдуур авах хагалгаа, шулуун гэдэсийг хэвлий хошноогоор авах хагалгаатай хослуулан хийж хуучин мэс заслын аргуудтай харьцуулсан / Хүснэгт №1 /.

**Эрдэмтэн Азбэрхардын судалгаа**

Хүснэгт №1

|                        | RO | R1 | R2 | Нийт |
|------------------------|----|----|----|------|
| ШГЧТХ+ШГУАХ            | 60 | 4  | 3  | 67   |
| T1-2                   | 25 | 0  | 0  | 25   |
| T3                     | 33 | 3  | 0  | 36   |
| T4                     | 2  | 1  | 3  | 6    |
| ШГЧТХ+ШГХХХ            | 33 | 2  | 0  | 65   |
| T1-2                   | 11 | 0  | 0  | 11   |
| T3                     | 19 | 1  | 0  | 20   |
| T4                     | 3  | 1  | 0  | 4    |
| ШГЧТХ-ны бүх тохиолдол | 93 | 6  | 3  | 102  |
| T1-2                   | 36 | 0  | 0  | 36   |
| T3                     | 52 | 4  | 0  | 56   |
| T4                     | 5  | 2  | 3  | 10   |

**ШГЧТХ** – шулуун гэдсийг чацархайтай нь тайрах хагалгаа

**ШГУАХ** – шулуун гэдсийг урдуур нь авах хагалгаа

**ШГХХХ** – шулуун гэдсийг хэвлий хошноогоор авах хагалгаа

Эрдэмтэн Арбман 1984-1986 онд хийгдсэн шулуун гэдсийг урдуур авах ба шулуун гэдсийг хэвлий хошноогоор авах 211 хагалгааг 1990-1992 онд хийгдсэн шулуун гэдэсийг чачархайтай нь бүхэлд нь авах 230 хагалгаатай харьцуулж судлаад хавдрын дахилт эрс багасч хагалгааны дараах наслалт / 5 жил болон түүнээс дээш / уртассан болохыг нотолсон.

Эрдэмтэн Азбэрхардын судалснаар шулуун гэдсийг чацархайтай нь авах хагалгаа хорт хавдрын 3-р үед хагалгааны төгс болох боломж хуучин аргуудтай харьцуулахад 90% хүртэл нэмэгдсэн.

**Анатоми, мэс заслын техник**

Уг мэс заслыг техникийн өндөр түвшинд хийх нь анатомын, үндэслэлтэй мэдлэгийг шаарддаг.

Хэвлийн зүслэгийг аюулхай мөгөөрснөөс умдаг хүртэл хийх бөгөөд хүйсний баруун талаар тойруулна.

Өвчтөний байрлал нь ерөнхийдөө толгойгоороо гударган байх ба нарийн гэдсээ даавуугаар тусгаарлан хэвлийн доод хэсэгт байрлуулна. Давсгийн арын нугалааг шархны урд арьсанд оёод шархаа өргөж тэлнэ.

Ингээд S- хэлбэрийн гэдсээ хэвлийн хөндий тал руу дээш нь өргөж татаад наалдацуудаас нь салгана. Гялтан хальсыг Тоулдын шугамаар зүснэ.



Зүүн шээлэнцэр болон үр дамжуулах / spermatic буюу ovarian / эрхтний судсууд зүслэгийн зүүн хэсэгт ялгарагдана. Энэ зүслэгээ дээшлүүлж шээлэнцэрийн дотуур бөөрний хөх судасны түвшинд хүргэнэ.

Шээлэнцэрийг гэмтэхээс байнга болгоомжилж байх, заавал ил гаргаж харах хэрэгтэй. Дараа нь Схэлбэрийн гэдсээ зүүн тийш нь өргөж татаад гялтан хальсны баруун хэсгийг чөлөөнө.

Гэрэлтэж харагдаж байгаа шээлэнцэрийн дотор талаар зүсэхэд баруун шээлэнцэр ил болно. Шээлэнцэрийг болон нурууны булчинг / psoas / гадагш нь татаад зүслэгээ дээшлүүлж "Common iliac" судсыг хүргэнэ. Аорт болон "Vena cava"-гийн орчмын тунгалгийн ба холбоос эдийг арван хоёр хуруу гэдэсний доод тал хүртэл салгана. Энэ нь хавдрын эдүүдийг салгаж авсан дээд хязгаар болно.

Тунгалгийн булчирхай болон хавдрын эдийг багцаар салгаад бүдүүн гэдэсний зүүн судсууд болон S хэлбэрийн гэдэсний судсуудыг боож тайрсаны дараа v.mesenterica inferior-ыг аль болох дээгүүр бооно.

Шулуун гэдэсний арын ханыг салгахдаа "promontorium" –аас ахар сүүлний үзүүр хүртэл фасцийг нь салгаж явна. Шулуун гэдэсний араар урт толь тавьж татаад талбайг чөлөөлж ажилбарыг хөнгөвчилж цус тогтоолтыг байнга ажиглах боломжтой болдог. Валдиерийн фасцийг харж байгаад түлэгчээр салгана. Энэ тохиолдолд аарцгийн автоматик мэдрэлийг аль болох гэмтээхгүйгээр шулуун гэдэсний чацархайг шулуун гэдэсний гүн фасцнаас салгах хэрэгтэй.

Шулуун гэдэсний орчмыг салгахдаа жижиг хайч /мэтцэнбаум/ хэрэглэх нь зүйтэй бөгөөд мэдрэлийг цахилгаан түлэгчээр гэмтээхгүй байх нь чухал. Урд талыг салгахдаа гялтангийн нугалаанаас дээш 1-2 см-д зүсээд эндээ урт толио оруулж татна. Гэхдээ Денонвиллерийн фасцийн гадна талаар зүслэгээ хийх хэрэгтэй. Энд үрийн цэврүү түрүү булчирхайн ард байх ба салгалтыг үргэлжлүүлэн түрүү булчирхайн доогуур орно.

Ингээд хажуугийн салгалтыг хийх бөгөөд баруун шээлэнцэрийг урагш хажуу тийш ринцентээр татаад нурууны булчин болон "External iliac" судсуудыг өргөн толиор зайлуулаад холбогч эд тунгалгийн булчирхайнуудыг хурц голдуу аргаар авч "obturator"

мэдрэлийг ил гаргана. "Internal ilias" судсууд, давсагны дээд артери, "obturator" судсууд, "superior gluteal" судсуудыг зөөлөн эдээс нь салгаад а. rectalis media-г ялгаад боож тайрна.

Хошног орчмын эдэд салгалт хийхдээ нуруугаар нь алцайлгаж байрлуулан хошног битүүлж оёд тойруулан дугуй зүслэг хийнэ.

Арьсаа зүсч "ischio-rectal" орчим ба аарцгийн булчингуудыг (m. fevator ani) тасалж тайраад аарцгийн хөндийд орно. Ингээд хэвлийгээр хийгдсэн хагалгаатай нийлнэ.

Зүслэгийн араар аарцгийн хөндийд гараа оруулж чөлөөлөгдсөн шулуун гэдсээ аажмаар аарцгийн хөндийгөөс татаж гаргана. Арын болон хажуугийн салгалт хийсний дараа урд талаа салгахдаа түрүү булчирхай (үтрээ), шээсний сүвийг гэмтээхгүй байх шаардлагатай.

Аарцгийн хөндийд урсгуур үлдээгээд хошног орчмын шархаа нэг эгнээ зангилаа оёдлоор оёно.

Эцэст нь гялтангийн гадна S хэлбэрийн гэдсийг хэвлийн зүүн доод хэсэгт хошног болгон гаргаад голын шархаа үечлэн битүүлнэ.

The concept of Total Mesorectal Excision for cancer of the mid rectum has been introduced by Heald in 1982. Since then the evidence in favor of routinely applying Total Mesorectal Excision in all operable cases of mid and low rectal cancer has kept growing. TME has been shown to reduce the number of R1 resections and increase the number of R0 resections, resulting in a significantly reduced recurrence rate compared to traditional surgical technique.

**Олон улсын сувилагчийн өдөрт зориулсан  
“СУВИЛАХУЙН ХӨГЖИЛ, ХЭТИЙН ТӨЛӨВ”  
сэдэвт онол практикийн бага хурал 2001 оны  
дөрөвдүгээр сарын 17 – нд зохиогдож  
дараах сувилагч нар илтгэл тавьсан.**

1. Цус харвалттай өвчтөнийг гэрээр сувилах, саа саажилтыг нөхөн сэргээх

*МСК – ийн сувилагч Я.Норжмоо*

2. Лабораторийн шинжилгээний чанарыг сайжруулахад сувилагчийн үүрэг

*КБЛ – ийн лаборант Б.Норёнжав*

3. Хагалгааны дараах өвчтөний самшуу тэжээлийн хэрэгцээг тооцоолох нь

*МКЗ – ийн сувилагч П.Эрдэнэчимэг*

4. Цөсний ерөнхий цоргоноос дурангаар чулуу авахад сувилагчийн үүрэг

*Дурангийн тасгийн сувилагч М.Тунгалаг*

5. Гуурсан хоолойн багтраатай өвчтөнд сургалт явуулах арга зүй

*УСК – ийн сувилагч Т.Ариунаа*

6. Өвчтөний төвийн венийн даралтыг хянахын ач холбогдол

*ХЯТЭЭК – ийн сувилагч Д.Туул*

7. Элэг цөсний голомтот бус өвчлөлийг хэт авиан шинжилгээгээр оношлох нь

*ХАОТ – ийн сувилагч С.Дуламсүрэн*

8. Гэдэсний цорго түүний арчилгаа

*БШГМЗК – ийн сувилагч Б.Болормаа*

9. Бөөрний цочмог дутагдлын үед сувилахуйн тусламжийг 5 шатлаар үзүүлсэн үр дүн

*БСК – ийн сувилагч С.Дуламсүрэн*

10. Сүүн бариа заслыг хийх арга зүй

*УАК – ийн сувилагч С.Должинсүрэн*

11. Поликлиникийн үзлэгийн дүнд хийсэн судалгаа

*Поликлиникийн менежер Д.Дида*

12. Сонсголын бууралттай хүмүүст үзүүлэх тусламжийг сайжруулах асуудалд сонсголын аппаратны үр нөлөө

*Сонсголын лаборант Ч.Оюунгэрэл*

13. Дурангийн ариутгалыг боловсронгуй болгох нь

*БМЗК – ийн сувилагч Б.Чулуунцэцэг*

14. Эрчимт эмчилгээ, сэхээн амьдруулах тасагт эмчлүүлэгчдэд үүсэх эмнэлгийн дотоод халдварын зонхилох шалтгаан, урьдчилан сэргийлэлт

*ХАЯТЭЭК – ийн сувилагч Г.Гэрэлсайхан*

15. Чихрийн шижин өвчний үед үзүүлэх сувилахуйн тусламжийг шинэ шатанд гаргахад сувилагчийн оролцоо

*ДШЦСК – ийн арга зүйч М.Оюунбат*

16. Хоол хүнс сувилгааны нэг хэлбэр болох нь

*ХБЭСК – ийн Л.Болоржаргал*

Дээрх илтгэлүүдээс Монгол улсын сувилагчийн зөвлөлтэй хамтран дараах 6 илтгэлийг шалгаруулав. Үүнд:  
Нэгдүгээр байранд:

1. *Мэс заслын клиникийн сувилагч П.Эрдэнэчимэгийн* “Хагалгааны дараах өвчтөний самшуу тэжээлийн хэрэгцээг тооцоолох нь” *сэдэвт илтгэл*

Хоёрдугаар байранд:

1. *БШГМЗК – ийн сувилагч Ө.Болормаагийн* “Гэдэсний цорго түүний арчилгаа” *сэдэвт илтгэл*

2. *ДШЦСК – ийн арга зүйч М.Оюунбатын* “Чихрийн шижин өвчний үед үзүүлэх сувилахуйн тусламжийг шинэ шатанд гаргахад сувилагчийн оролцоо” *сэдэвт илтгэл*

Гуравдугаар байранд:

1. *КБЛ – ийн лаборант Б.Норёнжавын* “Лабораторийн шинжилгээний чанарыг сайжруулахад сувилагчийн үүрэг” *сэдэвт илтгэл*

2. *БМЗК – ийн сувилагч Б.Чулуунцэцэгийн* “Дурангийн ариутгалыг боловсронгуй болгох нь” *сэдэвт илтгэл*

3. *Нүд судлалын клиникийн сувилагч Ч.Нармандахын* “Нүдний нэвт гэмтлийн асаргаа сувилгаа” *сэдэвт илтгэл* тус тус шалгарав.



ГАРЧИГ

|                                                                                                                                                                                           |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. Өмнөх үг                                                                                                                                                                               | 3  |
| 2. Цөмийн анагаах ухаан ба хүний биологи<br>/П. Онхуудай, С. Эрдэнэчимэг/                                                                                                                 | 4  |
| 3. Цөмийн оношлогоогоор зүрхний цусан<br>хангамжийг шинжлэх нь<br>/С. Эрдэнэчимэг, П. Онхуудай, Д. Нарантуяа,<br>Амаржаргал, Б. Энхтуяа, Ч. Ламжав/                                       | 7  |
| 4. Монгол улс дахь хөхний өмөнгийн өвчлөл,<br>оношлогоо, эмчилгээний асуудал<br>/Р. Асай, Н. Нямдаваа, Д. Гончигсүрэн/                                                                    | 14 |
| 5. Бүдүүн гэдэсний түгжрэлийн үе дэх мэс<br>заслын эмчилгээ, түүний хүндрэлээс<br>урьдчилан сэргийлэх асуудалд<br>/Н. Даваацэрэн, У. Туяабаяр, Э. Бат-Өлзий/                              | 17 |
| 6. Бикарбонат болон ацетат уусмалууд<br>бөөрний архаг дутагдалтай /БАД/ өвчтэй<br>хүмүүсийн диализ эмчилгээнд хэрэглэсэн<br>үр дүнгийн байдал<br>/Б. Бямбадаш, Х. Гэлэгжамц, Р. Хурцбаяр/ | 18 |
| 7. Эрэгтэй хүний шээсний сүвний нарийслыг<br>рентген давхар тодосгогчтой<br>аргаар шинжлэх асуудал.<br>/И. Ганбаатар, Л. Жаамаа, Д. Баян-Өндөр, Б. Даш/                                   | 21 |
| 8. Давсагны хавдрын асуудалд<br>/Д. Баян-Өндөр, М. Намсрай/                                                                                                                               | 23 |
| 9. Шээсний сүвэнд гуурс, сэтгүүр<br>тавихад ШЕШ-д нөлөөлөх нь<br>/Ж. Нарантуяа, Д. Баян-Өндөр, Н. Нансалмаа/                                                                              | 24 |
| 10. Эпилепсийн стационарын өвчлөлийн асуудалд<br>/Н. Гансүх, Д. Баясгалан/                                                                                                                | 24 |
| 11. Бүдүүн гэдэсний түгжрэлийн үе дэх мэс<br>заслын эмчилгээ, түүний хүндрэлээс<br>урьдчилан сэргийлэх асуудалд<br>/Н. Даваацэрэн, У. Туяабаяр, Э. Бат-Өлзий/                             | 28 |
| 12. Дэлүү авах мэс заслын асуудалд<br>/Б. Гоош, Н. Даваацэрэн, Б. Мөнхтогтоо, Б. Ганболд/                                                                                                 | 29 |

|                                                                                                                                                        |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 13. Ходоод, дээрх гэдэсний шархлааны<br>хүндрэлийн өнөөгийн байдал, түүний<br>мэс заслын эмчилгээний үр дүн<br>/Б. Гоош, О. Сэргэлэн/                  | 31 |
| 14. Панкреотодуоденальный резекци<br>хийх хагалгааны онцлог<br>/Б.Гоош, Г. Нямхүү, Б. Төмөрбаатар/                                                     | 34 |
| 15. Цөс чулуужихын хэт авиан шинж<br>тэмдгүүдийг судлах асуудалд<br>/Ц. Бадамсэд, Б. Цэрэндаш, Б. Баярчимэг<br>Т. Нарантуяа, Ц. Бурмаа, Э. Алтантулга/ | 37 |
| 16. Элэгний хатуурлын хэт авиан шинж тэмдгүүд<br>/Ц. Бадамсэд, Б. Цэрэндаш, Б. Баярчимэг<br>Ц. Бурмаа, Э. Алтантулга/                                  | 39 |
| 17. Харшлын зарим өвчинд өвчтөний өөрийн нь<br>сийвэнг эмчилгээнд хэрэглэсэн нь<br>/Р.Оюунгэрэл/                                                       | 42 |
| 18. Эмнэл зүйн анагаах ухааны хувьсал, өөрчлөлт<br>/Ц. Мухар/                                                                                          | 45 |
| 19. Бамбай булчирхайн гаж байрлал,<br>ховор тохиолддог өвчний тухайд<br>/Ц. Ишдорж, Х.Аюуш, Б.Туяабадрах, Д.Мягмар/                                    | 48 |
| 20. Цочмог лейкозын хэлбэрийг цитохимийн<br>урвалаар ялгасан дүн<br>/Г. Наран, Shoki Yano, Ш. Тунгалаг/                                                | 51 |
| 21. Бөөрний архаг дутагдлын зарим асуудалд<br>/Н.Нансалмаа, Л. Жамбалжав/                                                                              | 52 |
| 22. Гентамицины тунг цусанд<br>тодорхойлсон урьдчилсан дүн<br>/Г. Наран, Н. Нансалмаа,<br>Л. Жамбалжав, Ж. Нарантуяа/                                  | 56 |
| 23. Архаг гломерулонефритын сувилал эмчилгээ<br>/Г. Ганхуяг, Э. Ариунаа/                                                                               | 58 |
| 24. Уушигны ателектаз, түүний шалтгаан<br>ба рентген шинжүүд<br>/О. Ганхуяг, Д. Гончигсүрэн,<br>З. Хишигжаргал, Л. Жаамаа/                             | 60 |
| 25. Зүрхний хоёр хавтаст-гол судасны хавхлагын<br>олдмол хавсарсан гажгийн рентген шинж<br>тэмдгүүдийг судлах асуудалд                                 |    |

|                                                                                                                                                              |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| /Ц. Бадамсэд, Р.Пүрэв,<br>Д. Дэлгэрцэцэг, Б. Баярчимэг/                                                                                                      | 61 |
| 26. Монгол хүний дэлүүний урт, өргөний хэт авиан<br>шинжилгээний лавламж хэмжээ<br>/Ц.Бадамсэд, Б.Цэрэндаш,<br>Б.Баярчимэг, Т.Нарантуяа/                     | 64 |
| 27. Монгол хүний нойр булчирхайн хэт авиан<br>шинжилгээний лавламж хэмжээ<br>/Ц. Бадамсэд, Б. Цэрэндаш/                                                      | 66 |
| 28. Архаг гепатитийн хэт авиан оношлогооны<br>зарим асуудал<br>/Ц.Бадамсэд, Б. Цэрэндаш,<br>Б.Баярчимэг, Ц.Бурмаа/                                           | 68 |
| 29. Цөс зогсонгийн хам шинжийн үеийн<br>элэгний биотрансформаци<br>/Б. Цэрэндаш, Ц.Минжүүр,<br>Ц.Бурмаа, Э.Алтантулга/                                       | 70 |
| 30. Амёбын гаралт элэгний буглаа<br>/Л.Галцог, Н.Даваацэрэн, Ц.Минжүүр,<br>О.Энхцэцэг, Ж. Оюунчимэг/                                                         | 72 |
| 31. 2000 онд ХБЭСК-т нас барсан<br>тохиолдлын шалтгааны судалгаа<br>/Ц.Минжүүр, Л. Долгор, Д. Нямсүрэн<br>Д. Жавзансүрэн, Ц. Тунгалаг/                       | 74 |
| 32. Гипертериозыг I -131 –ээр эмчилсэн нь<br>/Б.Энхтуяа, П.Онхуудай, Л.Цэвэлмаа/                                                                             | 76 |
| 33. Гломерулонефритийн "туйплин засал"<br>эмчилгээ плазмаферез төст үйлдэлтэй болох нь<br>/Б.Бямбадорж, Х.Гэлэгжамч, З.Мэндсайхан<br>Б.Саранцэцэг, М.Амбага/ | 78 |
| 34. Бясалгал ба эрүүл мэнд<br>/М. Отгон, Ц. Саранцэцэг/                                                                                                      | 86 |
| 35. Бехчетийн өвчний эмнэл зүйн зарим онцлог<br>/Б.Жавзандулам, Ж.Баасанхүү,<br>Д.Аюуш, Э.Санжаа/                                                            | 93 |
| 36. Эрүүл мэндийн даатгалын нөхцөлд<br>эмнэлзүйн стационарын тусламжийн<br>эдийн засгийн үр дүн/Н. Оюун/                                                     | 97 |

|                                                                                                                                                                        |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 37. Мөчний артери бөглөрөх үед хийгдэх<br>мэс заслын асуудал<br>/П. Батчулуун, Б.Х. Рашер, Н. Даваацэрэн/                                                              | 102 |
| 38. 1991-1999 онд хэт авиан оношлогооны<br>тасгаар үйлчлүүлсэн элэг цөсний<br>өвчтэй хүмүүсийн судалгаа<br>/Д. Отгонноров/                                             | 104 |
| 39. Хамрын гонхны дурангийн<br>үйл ажиллагааны хагалгааны<br>( полисинусотомия) зарим асуудал<br>/Д. Батчулуун, Ш.Бат-Эрдэнэ, Л.Шагдар<br>А. Баярсайхан, Л.Бямбасүрэн/ | 108 |
| 40. Бүдүүн гэдэсний түгжрэлийн үе дэх<br>мэс заслын эмчилгээ, түүний хүндрэлээс<br>урьдчилан сэргийлэх асуудал<br>/Э. Бат-Өлзий, Н. Даваацэрэн, У. Туяабаяр/           | 113 |
| 41. Төвөнхийн хорт хавдрын шалтгаан<br>эмнэл зүйн зарим асуудал<br>/Л. Бямбасүрэн, А. Баярсайхан/                                                                      | 117 |
| 42. Хүүхдийн эпилепсийн үе дэх<br>электроэнцефалографийн<br>шинжилгээний зарим онцлог<br>/А.Товуудорж, Г.Цагаанхүү, Н.Орёл/                                            | 120 |
| 43. Эпилепсийн үеийн КТ ба НФЦКТ-ийн<br>шинжилгээний зарим үр дүн<br>/А.Товуудорж, Г.Цагаанхүү, П.Онхуудай,<br>Л.Цэвэлмаа, Б.Энхтуяа, С. Эрдэнэчимэг/                  | 122 |
| 44. Шулуун гэдэсний хорт хавдрын үед шулуун<br>гэдсийг чацархайтай нь бүхэлд нь тайрах<br>төгс хагалгааны анатомын үндэс /У.Туяабаяр/                                  | 124 |
| 45. Олон улсын сувилагчийн өдөрт зориулсан<br>"СУВИЛАХУЙН ХӨГЖИЛ, ХЭТИЙН ТӨЛӨВ"<br>сэдэвт онол практикийн бага хурал                                                   | 128 |



