ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ЯАМ

ХӨДӨЛМӨРИЙН ГАВЪЯАНЫ
УЛААН ТУГИЙН ХОШОЙ ОДОНТ
УЛСЫН НЭГДҮГЭЭР ТӨВ ЭМНЭЛЭГ

ЭРДМИЙН БИЧИГ

Улсын нэгдүгээр төв эмнэлгийн
Эмч нарын эрдэм шинжилгээний
34 дэх удаагийн хурал

(Илтгэлийн хураангуй)

Улаанбаатар хот
2013 он

ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ЯАМ

ХӨДӨЛМӨРИЙН ГАВЪЯАНЫ УЛААН ТУГИЙН ХОШОЙ ОДОНТ
УЛСЫН НЭГДҮГЭЭР ТӨВ ЭМНЭЛЭГ

ЭРДМИЙН БИЧИГ

УКТЭ-ИЙН ЭМЧ НАРЫН 34 ДЭХ УДААГИЙН

ЭРДЭМ ШИНЖИЛГЭЭНИЙ ХУРАЛ

Улаанбаатар хот
2013 он

DDC
610.015
Э-733

Редакцийн зөвлөл:
Нарийн бичгийн дарга:
Б.Болормаа /УНТЭ-ийн ССА-ны дарга, АУ-ны доктор/

Гишүүд:
Б.Нямсүрэн / УНТЭ-ийн БМЗК-ийн эрхлэгч, АУ-ны доктор, дэд профессор/
Ш.Бира /ЭМШУИС-ийн ХБЭСТ-ийн эрхлэгч, АУ-ны доктор, профессор/
Н.Туул /УНТЭ-ийн ХБЭСК-ийн эрхлэгч, АУ-ны доктор/
Б.Солонго /ЭМШУИС-ийн УЭСТ-ийн эрхлэгч, АУ-ны доктор, дэд профессор/
Л.Ганболд /ЭМШУИС-ийн МЗТ-ийн багш, АУ-ны доктор/
Ц.Ишдорж /УНТЭ-ийн ЕМЗК-ийн эмч, АУ-ны магистр/
М.Уранчимэг /УНТЭ-ийн ЧА-ны дарга, УУ-ны магистр/

Эмхэтгэсэн: Т.Одгэрэл
Эхийг бэлтгэсэн: М.Норжинсүрэн
"Улаанбаатар пресс" ХХК-д хэвлэв

ISBN 978-99973-829-0-0

Улсын Нэгдүгээр Төв Эмнэлгийн эмч нарын 34 дэх удаагийн Эрдэм шинжилгээний хурлын хөтөлбөр

Огноо: 2013 оны 03 дугаар сарын 28 08.30-17.30
Явагдах газар: УНТЭ-ийн 4 давхрын хурлын танхим
Нээлтийн ажиллагаа: Н.Лхажий / УНТЭ-ийн даргыг түр орлон гүйцэтгэгч/

Нэг. Эмнэлгийн удирдлага,зохион байгуулалт,менежмент, нийгмийн эрүүл мэндийн чиглэлийн салбар хуралдаанаар хэлэлцэгдсэн илтгэлүүд / 08.35-10.05 /

1. Монгол улсад бөөр шилжүүлэн суулгах үндэсний багийн түүх
Д. Нямсүрэн
2. Байгууллагын стратеги төлөвлөлт, удирдлагын тогтолцоонд тэнцвэржүүлсэн үнэлгээний карт / ТҮК / хэрэглэх нь *Н. Туул*
3. УНТЭ-ийн эмнэлзүйн тусламж үйлчилгээний сүүлийн 5 жилийн судалгаа
Н. Оюунцэцэг
4. Эмнэлгийн ариутгалын чанар, аюулгүй байдлыг судлах нь
Н. Болор
5. Амь тэнссэн үеийн анагаахын салбарын хүний нөөц, технологийн өнөөгийн байдал
Х. Чулуунчимэг, Б. Отгон, Л. Ганболд
6. Амиа егүүтгэх оролдлогын шалтгаан, нөлөөлөх хүчин зүйлсийг судалсан нь
Р.Энхтувшин,Д. Оюунсүрэн, З. Хишигсүрэн
7. Өндөр хөгжилтэй орнуудад мөрдөн амжилтанд хүрч байгаа үжлээс аврах аяны удирдамжийг УНТЭ-т хэрэгжүүлэх боломж
М. Наранпүрэв, Г. Отгонтуяа, Ц. Ганбат
8. УНТЭ – ийн дотор, мэдрэлийн клиникт хэвтэн эмчлүүлэгчдийн дунд шаардлагагүй хэвтэлтийг харьцуулан судалсан нь
М. Уранчимэг
9. УНТЭ-ийн стационарын эмчилгээний зарим бүлэг эмийн хэрэглээний судалгаа
Э.Оюунбилэг, Ц.Доной

Асуулт, хариулт
10.20-10.30 Завсарлага

Хоёр. Мэс засал, мэдээгүйжүүлэг эрчимт эмчилгээ, оношилгооны чиглэлийн салбар хуралдаанаар хэлэлцэгдсэн илтгэлүүд / 10.30-14.30 /

1, Бүдүүн шулуун гэдэсний хэвлийн дурангийн мэс заслын ирээдүйн боломж,уламжлалт мэс засалтай харьцуулсан дүн
Э.Бат-Өлзий, Б.Баттулга, Ж.Ганцолмон ба бусад

2. Чихрийн шижин өвчний хүндрэл, хөлийн үжилд хийгдэх мэс заслын эмчилгээний зарим үр дүн *Ц. Ишдорж, Г. Нямхүү, Л. Амгалан бусад*

3. Элэгний гаднах цөс дамжуулах замын бүтэц, судасжилт

Б. Мөнхчулуун, С. Дашцогт, Б. Жавхлантөр, Ц. Ишдорж

4. Амны салстын дахилтат афт үрэвслийн үеийн дархлааны зарим үзүүлэлтүүдийг тодорхойлсон байдал

Э. Мөнхтуяа, Ж. Уржинлхам, Г. Батбаатар

5. Чихрийн шижингийн шалтгаант нүдний торлог бүрхүүлийн хүндрэлийн байдалд хийсэн судалгаа *Д. Энхзул, Д. Сайнбилэг*

6. Элэгний хэсэг газрын хожуу үеийн хорт хавдрын үед сонгомол дотуур туяа эмчилгээ /SIRT/ хийж сорафениб эмчилгээтэй харьцуулах олон төвт эмнэлзүйн III үеийн судалгаа *Ц.Ариунаа*

Асуулт, хариулт
12.30 - 13.00 Завсарлага

7. Титэм судасны цочмог дутагдлын үеийн стент эмчилгээний үр дүнг судлах нь

Ц. Намхайдорж, С. Баярсайхан, А. Айгүл

8. Эмнэлзүйн сорьцноос илэрсэн *Acinetobacter baumannii*-ийн антибиотикт мэдрэг Байдал *Р.Оюунчимэг ,Э.Мөнхтуяа, Т.Хосбаяр*

9. Улсын Нэгдүгээр Төв Эмнэлэгт дурангаар цөсний хүүдий авах хагалгааны дараах хүндрэлийн байдалд хийсэн судалгаа

С. Отгонбаяр, С. Дашцогт, Б. Бат-Ирээдүй бусад

10. Монгол улсын Нэгдүгээр Төв Эмнэлгийн ЭЭТ-т тохиолдож буй олон эмэнд дасалтай нянгийн халдварын байдлыг судалсан дүн

, Б. Отгон, Л. Ганболд, Ч.Сүхжаргалан, Б. Болортайван

11. Орхон аймагт зөөлөн эдийн дутмагшлыг мэс заслын судсан сурвалжит аргаар нөхөн сэргээх эмчилгээний аргыг нэвтрүүлсэн үр дүн

Ц. Оюунбаяр, Н. Сандуй, Л. Болд

12. Хиймэл үе суулгах мэс заслын дараа CBC системээр цус сэлбэх эмчилгээ хийсэн үр дүнгээс *М. Тэмүүлэн, М. Отгонбаяр, С. Дашцогт*

13. Дунд чихний архаг идээт үрэвслийн оношилгооны асуудалд

Э. Уртнасан, Л. Бямбасүрэн

Асуулт, хариулт
Гурав. Дотор, мэдрэл, уламжлалт анагаах ухааны чиглэлийн салбар хуралдаанаар хэлэлцэгдсэн илтгэлүүд / 14.3017.00 /

1. Улаанбаатар хотын эмнэлгүүдэд тархины харвалтаас шалтгаалсан нас баралтын байдал

Р. Амарбаясгалан, Л. Энхсайхан, Ж. Долгормаа бусад

2. Аглэг-4 тангийн фармакогнозын судалгааны асуудалд

С. Булганчимэг, Д. Цэнд-Аюуш, М. Хонгорзул, Х. Даариймаа

3. Гишүүний хуян өвчинг сам соруул заслаар эмчлэх, гарсан цусыг захын цусны үзүүлэлттэй харьцуулах

Р. Мөнхжаргал, Л. Баттөр

4. Зүрхний булчингийн цусан хангамжийн дутагдлын үед CHLAMYDIA PNEUMONIAE-ийн эсрэг бие илрүүлсэн дүн

Г. Ананд, Н. Ариунцэцэг, С. Цогтсайхан

5. Элэг тархины хам шинжийн эрсдэлт хүчин зүйлүүд ба эмнэлзүйн онцлогийг судалсан дүнгээс *О. Баярмаа, Н. Бира*

7. Уушигны архаг бөглөрөлт өвчний үед хий шар бадганы харьцаа хамааралтай 2,3-р компартмент дээрх редокси шугамын үзүүлэлтүүдийг хөдлөл зүйг судалсан дүн

Ц. Дэнсмаа, Ж. Наранцэцэг, Х. Солонго

Асуулт, хариулт

8. Аалзавчийн доорх цус харвалтын шалтгаан зүйн зарим асуудалд

Т.Баасандорж, Ш.Хонгорзул, С.Сымбат ба бусад

9. Цусны улаан эсийн бүтэц, үйл ажиллагаа ба исэлдэлтийн эсрэг тогтолцооны идэвхийг УАБӨ-ний үе шатаас хамааруулан судалсан дүн

Х. Солонго, Ж. Наранцэцэг, Б. Гомбосүрэн, М. Амбага

10. Гемодиализын өвчтнүүдийн уураг, илчлэгийн хэрэглээг судалсан дүн

Ц. Сонинцэцэг, Д. Чулуунцэцэг, Э. Энхманлай бусад

11. Эмнэлгийн бус нөхцөлд үүссэн уушгины үрэвсэл үүсгэгчийн антибиотикт тэсвэржилтийн судалгаа

С. Өлзийсайхан, Д. Туяа, Х. Солонго бусад

12. УНТЭ-ийн Зүрх судас үе мөчний эмгэг судлалын клиникт хэвтэн эмчлүүлэгчид ба амбулаторын үе мөчний кабинетаар үйлчлүүлэгчдийн өвчлөлийн бүтцэд хийсэн судалгааны дүн

Д. Энхтуяа, С. Ариунтуяа, Г. Дагвадорж

13. Чихрийн шижин хэв шинж II анх оношлогдсон тарган хүмүүст жин бууруулах зөвлөгөөний үр дүнг судалсан нь

С. Янжмаа, С. Сайнбилэг, Д. Цэцгээ ба бусад

Асуулт, хариулт

17.20-17.30 Хаалт, шагнал гардуулах ёслол

ГАРЧИГ

НЭГДҮГЭЭР БҮЛЭГ. ЭМНЭЛГИЙН УДИРДЛАГА, ЗОХИОН БАЙГУУЛАЛТ, МЕНЕЖМЕНТ, НИЙГМИЙН ЭРҮҮЛ МЭНД, АНАГААХ УХААНЫ ТҮҮХ

Нэг.1 Эмнэлгийн удирдлага, зохион байгуулалт, менежмент

1. Эмнэлгийн ариутгалын чанар, аюулгүй байдлыг судлах нь……..…10
2. Өндөр хөгжилтэй орнуудад мөрдөн амжилтанд хүрч байгаа үжлээс аврах Аяны удирдамжийг Улсын нэгдүгээр төв эмнэлэгт хэрэгжүүлэх боломж: ……13
3. Амь тэнссэн үеийн анагаахын салбарын хүний нөөц, технологийн өнөөгийн байдал……..…22
4. Байгууллагын стратеги төлөвлөлт, удирдлагын тогтолцоонд тэнцвэржүүлсэн үнэлгээний карт / ТҮК / хэрэглэх нь……....26
5. Дүрс оношлогооны салбарын тусламж үйлчилгээний чанар……...30
6. Улсын нэгдүгээр төв эмнэлгийн дотор, мэдрэлийн клиникт хэвтэн эмчлүүлэгчдийн дунд шаардлага́гүй хэвтэлтийг харьцуулан судалсан нь……43
7. УНТЭ-т "Элэгний хатуурал" оноштой нэг удаа хэвтэн эмчлүүлсэн даатгуулагчийн эмчилгээний бодит өртгийн үнэлгээ……..……..51
8. Ерөнхий мэс заслын клиникт нянгийн эсрэг эмийн хэрэглээнд хийсэн судалгаа……..……58

Нэг.2 Нийгмийн эрүүл мэнд

1. Архаг архидалттай хүмүүсийн нас баралт, өвчлөлийн бүтцийг судалсан нь……62
2. Тулгуур эрхтний хөгжлийн бэрхшээлтэй иргэдийн эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээнд тэгш хамрагдах боломж……..…..66
3. Өвөрхангай аймгийн хүн амын ходоодны өмөн, хөрс ундны усны зарим микро элементтэй хэрхэн хамааралтайг магадласан нь: ……..…...70
4. Амиа егүүтгэх оролдлогын шалтгаан, нөлөөлөх хүчин зүйсийг судалсан нь……75

Нэг.3 Анагаах ухааны түүх

1.Улсын Нэгдүгээр Төв Эмнэлгийн Бөөрний Мэс Заслын Клиник (БМЗК)-ийн гадаад харилцааны түүхэн хөгжил……81
2. Монгол улсад бөөр шилжүүлэн суулгах үндэсний багийн түүх……84
3. "Эм заслын саран хаан" зохиолын зохиогчийн тухай өгүүлэх нь……88
4. Демокритаас Везалий хүртэлх үеийн хүний биеийн бүтэц зүйн хөгжил……...91

ХОЁРДУГААР БҮЛЭГ : ДОТОР, МЭДРЭЛ, УЛАМЖЛАЛТ АНАГААХ УХААН

Хоёр. 1. Дотор өвчин судлал
Хоёр.1.1. Зүрх судас

1. Улсын нэгдүгээр төв эмнэлгийн Зүрх судас үе судлалын клиникт хэвтэн эмчлүүлэгчдийн зүрхний дутагдлын бүтцийг судалсан нь.....94
2. Үрэвслийн эсрэг суурь бэлдмэлүүд /Discase – modifying Anti-rheumatic Drugs (DMARD) /.....99
3. Зүрхний булчингийн цусан хангамжийн дутагдлын үед Chlamydia pneumonia-ийн эсрэг бие илрүүлсэн дүн.....104
4. Улсын нэгдүгээр төв эмнэлгийн Зүрх судас үе мөчний эмгэг судлалын клиникт хэвтэн эмчлүүлэгчид ба амбулаторын үе мөчний кабинетаар үйлчлүүлэгчдийн өвчлөлийн бүтцэд хийсэн судалгааны дүн.....106
5. Үе мөчний үрэвслийн шинж бүхий аутоиммун өвчний үед зарим аутоэсрэг биеийн агууламжийг тодорхойлсон дүн.....114

Хоёр. 1.2. Амьсгалын замын эмгэг

1. Цусны улаан эсийн бүтэц,үйл ажиллагаа ба исэлдэлтийн эсрэг тогтолцооны идэвхийг уушигны архаг бөглөрөлт өвчний үе шатаас хамааруулан судалсан дүн.....115
2. Уушигний архаг бөглөрөлт өвчний үед хий шар бадганы харьцаа хамааралтай 2, 3-р компартмент дээрх редокси шугамын үзүүлэлтүүдийн хөдлөл зүйг судалсан дүн.....120
3. Эмнэлгийн бус нөхцөлд үүссэн уушгины үрэвсэл үүсгэгчийн антибиотик тэсвэржилтийн судалгаа.....124

Хоёр. 1.3. Хоол боловсруулах тогтолцоо

1. Элэг тархины хам шинжийн эрсдэлт хүчин зүйлүүд ба эмнэл зүйн онцлог.....129

Хоёр. 1.4. Дотоод шүүрлийн эмгэг

1. Чихрийн шижин хэв шинж II анх оношлогдсон тарган хүмүүст жин бууруулах зөвлөгөөний үр дүнг судалсан нь.....138
2. Илүүдэл жин, чихрийн шижингийн урьдал байдал болон чихрийн шижинг суугаа ажил эрхлэгчдийн дунд илрүүлэх судалгаа.....147
3. Ховд аймгийн хүн амын чихрийн шижин өвчний тархвар зүй, шалтгааныг судалсан нь /10000 хүн ам/.....150
4. Ховд аймгийн хүн амын чихрийн шижин өвчний тархварзүй / 10000 хүн амд/.....152

Хоёр. 1.5. Бөөр шээсний замын эмгэг

1. Улсын нэгдүгээр төв эмнэлгийн Бөөрний эмгэг судлалын клиникт Бөөр шээсний замын халдвар оношоор 2012 онд хэвтэн эмчлүүлсэн өвчтнүүдэд хийсэн судалгаа.....153
2. Улсын нэгдүгээр төв эмнэлгийн Бөөр судлалын клиникт сүүлийн 3 жилд хэвтэн эмчлүүлсэн бөөр шээсний замын халдвар оноштой жирэмсэн эмэгтэйчүүдийн судалгаа,түүний тулгамдсан асуудлууд.....155
3. Гемодиализын өвчтнүүдийн ураг, илчлэгийн хэрэглээг судалсан дүн.....162

Хоёр. 2. Улалмжлалт анагаах ухаан

1. Уламжлалт анагаах ухаан дахь өвчний ангиллын тухай.....168
2. "Аглэг-4" тангийн фармакогнозын судалгааны асуудалд.....170
3. Гишүүний хуян өвчинг сам соруул заслаар эмчлэх, гарсан цусыг захын цусны үзүүлэлттэй харьцуулах.....174
4. ШУГТЭ-ийн Уламжлалт эмчилгээний тасагт хэвтэн эмчлүүлэгчдийн дунд толгойн өвдөлттэй эмчлүүлэгч нарт зүү эмчилгээ болон уламжлалт заслын ба курс эмчилгээний үр дүнг тооцох нь:.....179

Хоёр.3. Мэдрэл судлал

1. Улаанбаатар хотын эмнэлгүүдэд тархины харвалтаас шалтгаалсан нас баралтын байдал.....183
2. Монгол орны нөхцөлд тохиолдож байгаа тархины шигдээсийн үүслийг судалсан нь.....187
3. Аалзавчийн дорх цус харвалтын явц, эмнэл зүйн онцлог.....189
4. Аалзавчийн дорх цус харвалтын шалтгаан зүйн зарим асуудал.....191
5. Нурууны дискийн цүлхийлтийн үед McKENZIE дасгалын үр нөлөө.....194

ГУРАВДУГААР БҮЛЭГ. МЭС ЗАСАЛ, МЭДЭЭГҮЙЖҮҮЛЭГ, ЭРЧИМТ ЭМЧИЛГЭЭ, ОНОШИЛГОО

Гурав.1. Эрчимт эмчилгээ

1. Монгол Улсын 1-р төв эмнэлгийн эрчимт эмчилгээний тасагт тохиолдож буй олон эмэнд дасалтай нянгийн халдварын байдлыг судалсан дүн.....197

Гурав.2. Оношилгоо

1. Амны салстын дахилтат афт үрэвслийн үеийн дархлааны үзүүлэлтүүдийг тодорхойлсон дүн.....204
2. Тархины харвалт төст тархины хавдрын эмнэлзүйн тохиолдол.....210
3. Элэгний гаднах цөс дамжуулах замын бүтэц, судасжилт.....211
4. Порто-кавальное шунтирование у больных циррозом печени.....218
5. Порто-печеночная гемодинамика у больных циррозом печени при портокавальном шунтировании.....226
6. Эмнэлзүйн сорьцноос илэрсэн *Acinetobacter baumannii*-ийн антибиотикт мэдрэг байдал.....232
7. Бөөрний биопсийн эдийг иммунофлюресценцийнаргаар судалсан нь.....238
8. "Титэм судасны цочмог дутагдлын үеийн стент эмчилгээний үр дүнг судлах нь".....242
9. Дунд чихний архаг идээт үрэвслийн оношилгооны асуудалд.....247
10. Элэгний хэсэг газрын хожуу үеийн хорт хавдрын үед сонгомол дотуур туяа эмчилгээ(SIRT) хийж сорафениб эмчилгээтэй харьцуулах о лон төвт эмнэлзүйн III үеийн судалгаа

Ази-Номхон Далайн орны Элэгний Хавдар Судлалын Багийн судалгааны протокол 06 (АНСС06).....254
11. Чихрийн шижингийн шалтгаант нүдний торлог бүрхүүлийн хүндрэлийн байдалд хийсэн судалгаа.....259
12. Дигидропиримидин дегидрогеназа ген дээр орших зарим дан нуклеотидын полиморфизмийг тодорхойлсон дүн.....263
13. Ховд аймгийн нөхөн үржихүйн насны эмэгтэйчүүдийн умайн хүзүүний эд эсийн эмгэг өөрчлөлтөнд хийсэн судалгааны дүн:.....267
14. Хэнтий болон Дорноговь аймаг дахь цөсний чулуу өвчний чулуун дахь найрлагыг харьцуулан судлах нь.....270
15. Архаг панкреатитын оношилгооны зарим асуудалд.....275
16. Панкреатитын рентген шинж тэмдгүүдийг судалсан нь.....283
17. Монгол оронд тархсан поллиноз өвчний шалтгаан, оношлогоо эмчилгээний өвөрмөц аллерген, урьдчилан сэргийлэх арга.....290
18. Бэлгийн сулралтай эрэгтэйчүүдэд апрогены рецепторын генийн CAG болон GGN полиморфизмыг тодорхойлсон дүн.....297

Гурав.3. Мэс засал

1. Бүдүүн шулуун гэдэсний хэвлийн дурангийн мэс заслын ирээдүйн боломж, уламжлалт мэс засалтай харьцуулсан үр дүн.....302
2. Кадавер донорын бөөрний судасны реконструкци мэс засал (Тохиолдолын танилцуулга).....305
3. Мэс заслын хүндрэлийн улмаас Улсын нэгдүгээр төв эмнэлэгт бусад эмнэлгээс шилжин ирсэн өвчтөнүүдэд хийсэн судалгаа.....110
4. Бамбай булчирхайн эс хатгалтын шинжилгээг хагалгааны дараах эдийн шинжилгээний хариутай харьцуулан судалсан нь.....314
5. Чихрийн шижин өвчний хүндрэл, хөлийн үхжилд хийгдэх мэс заслын эмчилгээний зарим үр дүн.....316
6. Улсын нэгдүгээр төв эмнэлгээр үйлчлүүлэгсдийн дотор мэдрэлийн мэс заслын эмгэгтэй үйлчлүүлэгчидийн эзлэх хувийг тодорхойлох.....320
7. Улсын нэгдүгээр төв эмнэлгийн Ерөнхий мэс заслын клиникт хийгдэж буй өвдөгний үеийг хиймэл үеэр солих мэс заслын 6 жилийн үр дүнгээс 323
8. Улсын нэгдүгээр төв эмнэлэгт дурангаар цөсний хүүдий авах хагалгааны дараах хүндрэлийн байдалд хийсэн судалгаа.....328
9. Хиймэл үе суулгах мэс заслын дараа СВС системээр цус сэлбэх эмчилгээ хийсэн үр дүнгээс.....332
10. Орхон аймагт зөөлөн эдийн дутмагшлыг мэс заслын судсан сурвалжит аргаар нөхөн сэргээх эмчилгээний аргыг нэвтрүүлсэн үр дүн.....337
11. Дархан-Уул аймгийн нэгдсэн эмнэлгийн мэс заслын тусламж үйлчилгээний сүүлийн 5 жилийн байдалд хийсэн судалгаа.....339
12. Хэнтий аймгийн Нэгдсэн эмнэлгийн мэс заслын тасагт 2010-2012 онуудад хийгдсэн мэс заслын ховор тохиолдлууд.....342
13. Хэнтий аймгийн хүн амын дундах мухар олгойн цочмог үрэвслийн өвчлөлийн судалгаа.....346

НЭГДҮГЭЭР БҮЛЭГ

ЭМНЭЛГИЙН УДИРДЛАГА, ЗОХИОН БАЙГУУЛАЛТ, МЕНЕЖМЕНТ, НИЙГМИЙН ЭРҮҮЛ МЭНД, АНАГААХ УХААНЫ ТҮҮХ

Эмнэлгийн ариутгалын чанар, аюулгүй байдлыг судлах нь

Магистрант Н.Болор,
Boogii_0125@yahoo.com
Удирдагч: Г.Даваа /ЭМШУИС-НЭМС-ын багш, АУ доктор, дэд профессор/

Удиртгал

Өндөр хөгжсөн орны эмнэлэгт эмчлүүлэгсдийн 5-10 хувь, сэхээн амьдруулах эрчимт эмчилгээний тасгийн эмчлүүлэгсдийн 9-37% нь эмнэлгээс шалтгаалсан нэг болон олон тооны халдварт өртсөн гэсэн тоо баримт байдаг.
Эрүүл мэндийн байгууллагууд нь үйлчлүүлэгчдэд эмнэлгийн тусламж үйлчилгээ үзүүлэхдээ эрүүл ахуй, халдвар хяналтын чанар, аюулгүй байдлыг хангасан байх ёстой. Халдвараас сэргийлэх стандарт арга хэмжээний чухал хэсэг бол багаж хэрэгслийн ариутгал юм.

Иймд эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээ үзүүлж буй төв болон тусгай мэргэжлийн төв эмнэлэг, аймаг, дүүргийн нэгдсэн эмнэлэг, сумын болон өрхийн ЭМТ-ийн ариутгалын чанар аюулгүй байдлын өнөөгийн түвшинг үнэлэн, цаашид авах арга хэмжээг тодорхойлох нь чухал хэмээн үзэж уг судалгааг явуулсан болно.

Судалгааны зорилго:

Эмнэлгийн ариутгалын чанар аюулгүй байдлыг тусламж үйлчилгээний шатлалаар харьцуулан судлаж, цаашид боловсронгуй болгох санал зөвлөмж боловсруулна.

Зорилтууд:

1. Ариутгалын тасгийн бүтэц, зохион байгуулалт, хүчин чадлыг үнэлэх
2. Эмнэлгийн ариутгалын чанар, аюулгүй байдлыг үнэлэх
3. Цаашид шийдвэрлэх асуудлыг боловсронгуй болгох санал зөвлөмж боловсруулах

Судалгааны шинэлэг тал

- **Монгол улсын хэмжээнд эрүүл мэндийн байгууллагуудын ариутгалын** чанар, аюулгүй байдлын өнөөгийн түвшинг олон улсад хэрэглэдэг хяналтын тест ашиглан үнэлсэнд уг судалгааны шинэлэг тал оршино.

Судалгааны практик ач холбогдол

- **Эрүүл мэндийн байгууллагуудын ариутгалын** чанар, аюулгүй байдлын өнөөгийн түвшинг үнэлэн, цаашид шийдвэрлэх асуудлыг боловсронгуй болгох санал зөвлөмж боловсруулснаар ариутгалын чанар, аюулгүй байдлыг сайжруулах боломж олгож байгаа явдалд түүний практик ач холбогдол оршино.

Арга, аргачлал

Судалгааг хөдөө орон нутгаас Хэнтий, Говь-алтай, Өвөрхангай, Сэлэнгэ, Дундговь аймгуудын нэгдсэн эмнэлэг, сумын эмнэлэг, өрхийн эмнэлэг , Улаанбаатар, Дархан хотын нэгдсэн эмнэлэг, дүүргийн эмнэлэг, өрхийн эмнэлэг, клиникийн эмнэлгүүдийн 42 ариутгалын тасаг, хэсэгт агшингийн судалгааны загвараар судалгааг явуулсан.

Ариутгалын тасагт бүртгэгддэг ариутгалын чанар шалгах тест ашигласан бүртгэлийн журнал, анхны угаалгын чанар шалгасан сорилын бүртгэлийн журнал, эрүүл зүйн нян судлалын шинжилгээний журналаас мэдээ материалаа цуглуулахдаа баримтын болон ретроспектив дескриптив судалгааны аргыг ашигласан. Мөн ариутгалын аппаратны ажиллагаа, уурын тархалтыг **Bowie dick** тест ашиглан үнэлгээг хийсэн.

Үр дүн:

Үндэсний түвшинд эрүүл мэндийн байгууллагын ариутгалын чанар, аюулгүй байдлыг үнэлэхдээ Төв болон тусгай мэргэжлийн төв эмнэлгээс 6, аймаг, дүүргийн нэгдсэн эмнэлгээс 8, сум, өрхийн эрүүл мэндийн төвөөс 28 эмнэлгийг хамруулан үнэлгээ хийлээ.

- Төв болон тусгай мэргэжлийн төв эмнэлгийн төвлөрсөн ариутгалын тасаг дунджаар 6.2 ариутгалын өрөө бүхий нэг чигийн урсгалтай, ойролцоогоор 11 орчим эмч, ариутгагч ажиллаж байна.
- Аймаг, дүүргийн нэгдсэн эмнэлгийн ариутгалын тасаг 5.4 өрөөнд 5 орчим эмч, ариутгагч ажиллаж байсан ба 83,3% нь ариутгалын үйл ажиллагааны журам гарган мөрдөн ажиллаж байна.
- Ариутгалын тасгийн урсгал бохироос цэвэр рүү чиглэсэн ба 28,6% нь багаж хэрэгсэл хүлээн авах өрөөтэй, 64,3% нь багаж хэрэгслээ ялгах, угаах, хатаах өрөөтэй, 78,6% нь бэлтгэн савлах өрөөтэй, 28,6% нь багаж хэрэгслээ шалгах өрөөтэй, 92,9 % нь автоклавын өрөөтэй, 64,3% нь ариун багаж материалаа хадгалах өрөөтэй, 35,7% нь багаж хэрэгслээ түгээх тусдаа өрөөтэй байна. Нийт эмнэлгийн 78,3% нь ариутгалын тасгийн өрөөнүүд нь тусдаа хана хаалгаар тусгаарлагдсан, 53,8% нь агааржуулалтын систем, сэрүүцүүлэгч суурилуулсан. Зарим аймгийн нэгдсэн эмнэлгийн ариутгалын тасагт агааржуулалтын систем ажиллахгүй байна.
- Багаж тоног төхөөрөмжийг судлахад 35% нь 3-4 ариутгалын автоклавтай, 1-2 хатаах шүүгээтэй, 57,1% нь 1 ус нэрэгчтэй байна. 7 хоногт 20-799 бикс ариутгаж, 183-8000-д багаж ариутгадаг байна.

- Багаж хэрэгслийн ариутгалыг бүх эмнэлэг уурын аргаар ариутгадаг ба 53,8% нь хүйтэн ариутгалын аргыг ашиглаж байна. Хүйтэн ариутгалын аргаар 36,4% нь никлэн багажийг, 45,5% нь оношлогооны дуранг, 36,4% нь өндөр температурыг тэсвэрлэх чадваргүй багаж хэрэгслийг ариутгаж байна.
- Төв болон тусгай мэргэжлийн төв эмнэлэг, аймаг, дүүргийн нэгдсэн эмнэлгийн 87.5% нь багажны анхны угаалгын чанарыг азопирам Д-ээр өдөр бүр шалгадаг байна.
- Судалгаанд хамрагдсан сумын ЭМТ-ийн 83.3% ариутгалын хэсэг зохион байгуулан ажиллаж, 90% нь хүхэрт индикатор ашиглан ариутгалын чанарт хяналт хийдэг байна. Өрхийн ЭМТ-ийн 0.2% нь жижиг оврын автоклав ашиглан ариутгал хийдэг боловч чанарын хяналт хангалтгүй байна. Харин сум, өрхийн ЭМТ-д үйл ажиллагаа явуулж байгаа ариутгалын хэсгүүд багаж, хэрэгслийн анхны угаалгын чанарыг сорилоор огт шалгадаггүй байна.
- Төвлөрсөн ариутгалын аппаратны техникийн хяналтыг Төв болон тусгай мэргэжлийн төв эмнэлгийн 83.3%, аймаг, дүүргийн нэгдсэн эмнэлгийн 75% нь хийж, ариутгалын аппаратны эвдрэл гэмтэл, урьдчилан сэргийлэх үзлэгийг хийж тэмдэглэдэг байна.
- Сум, өрхийн ЭМТ хэмжээнд ажиллаж байгаа ариутгалын аппаратны техникийн хяналт хангалтгүйгээс эвдэрсэн, эсвэл мэргэжлийн ариутгагч дутагдалтай байгаагаас автоклавыг ажиллуулж чадахгүй байна.
- Төвлөрсөн ариутгалын автоклавын уурын тархалт, ариутгалын чанарыг 2-р зэрэглэлийн Bowie dick тест ашиглан шалгахад Төв болон тусгай мэргэжлийн төв эмнэлэг, аймаг, дүүргийн нэгдсэн эмнэлгийн 84.5%, Сум, өрхийн ЭМТ-ийн 66.7% автоклавын уурын тархалт, ариутгалын чанар сайн байна.
- Халуунд тэсвэрлэх бээлийний оронд хөвөн даавуун бээлий хийж халуунаас өөрсдийгөө хамгаалж байна.
- 50% нь бикс зөөвөрлөх тэргэнцэртэй, 92,9% нь ариун багаж хэрэгслээ хадгалах шкаф, тавиуртай байна. Тасаг нэгж багаж хэрэгслээ зөөвөрлөхдөө 46,2% нь цахилгаан шатаар, 30,8% нь шатаар зөөвөрлөдөг байна.

Дүгнэлт:

Эрүүл мэндийн байгууллагуудын төвлөрсөн ариутгалын тасаг хэсгийн зохион байгуулалт, хүчин чадал нь харилцан адилгүй байна. Дунджаар 5 орчим өрөөнд ариутгалын үйл ажиллагааг явуулдаг ба нэг өрөөнд хэд хэдэн үйл ажиллагааг цуг хийдэг байна. Урсгал нь бохироос цэвэр рүү чиглэсэн боловч 50% нь агааржуулалтын систем, сэрүүцүүлэгчгүй халуун нөхцөлд ажиллаж байна.

- Бүх эмнэлэг уурын аргаар ариутгадаг ба тал хувь нь хүйтэн ариутгалын аргыг ашиглаж байна. Багаж хэрэгслийн хүрэлцээ муугаас болон өндөр температурт ариутгах боломжгүй багаж хэрэгслийг ариутгах сүүлийн үеийн аппарат тоног төхөөрөмж, автомат машин байхгүй, дутмаг учир никлэн багаж, оношилгооны дуран, өндөр температурыг тэсвэрлэх чадваргүй багаж хэрэгслийг хүйтэн ариутгалын аргаар ариутгаж байна

- Дийлэнх эмнэлгүүд багажны угаалгын чанарыг сорилоор шалгадаг, Төв болон тусгай мэргэжлийн төв эмнэлэг, аймаг, дүүргийн нэгдсэн эмнэлгүүдийн 75%-аас дээш хувь нь ариутгалын аппаратны техникийн хяналтыг хийдэг боловч ариутгалын чанарт тавих хяналтыг хүхэрт индикатороос өөр нарийн үзүүлэлтийн тестээр хяндагтүй байна.
- Төвлөрсөн ариутгалын автоклавын уурын тархалт, ариутгалын чанарыг 2-р зэрэглэлийн Bowie dick тест ашиглан шалгахад Төв болон тусгай мэргэжлийн төв эмнэлэг, аймаг, дүүргийн нэгдсэн эмнэлгийн 84.5%, Сум, өрхийн ЭМТ-ийн 66.7% автоклавын уурын тархалт, ариутгалын чанар сайн байна.

Ном зүй

1. Монгол Улс. "Эрүүл мэндийн байгууллагын халдвар хяналт". ЭМЯ. 165 дугаар тушаалын 3-р хавсралт. 2010
2. ЭМЯ, ХӨМҮТ. ДОХ, Сүрьеэгийн төсөл. "Халдварын сэргийлэлт, хяналт" гарын авлага. Улаанбаатар. 2012

Товчилсон үгийн жагсаалт:

ЭМЯ-Эрүүл мэндийн яам
ХӨСҮТ-Халдварт өвчин судлалын үндэсний төв
ЭМТ-Эрүүл мэндийн төв

Өндөр хөгжилтэй орнуудад мөрдөн амжилтанд хүрч байгаа үжлээс аврах аяны удирдамжийг Улсын нэгдүгээр төв эмнэлэгт хэрэгжүүлэх боломж:

Мэндсайхан Наранпүрэв, Гомбо Отгонтуяа, Цэнддорж Ганбат
Улсын Нэгдүгээр Төв Эмнэлэг, Яаралтай Тусламж Сургалт Арга Зүйн Төв
naranpurev@yahoo.com

Оршил:

Үгдэрсэн үжил, үжлийн шок нь эрчимт эмчилгээний өвчлөлийн 20%-ийг эзлэх бөгөөд нас баралтын тэргүүлэх шалтгаануудын нэг юм.[1] Үжлийн нас баралтыг бууруулах зорилгоор нотолгоонд тулгуурлан Америкийн эрчимт эмчилгээний Нийгэмлэг, Европын Эрчимт эмчилгээний Нийгэмлэг, Олон улсын Үжлийн Нэгдсэн Цуглаанаас хамтран 2002 онд анх Үжлээс аврах аян нэртэй зөвлөмжийг гаргасан.[2]
Үгдэрсэн үжил, үжлийн шокийн нас баралт нь улс орон, бүс мужаас хамааран харилцан адилгүй бөгөөд 2011 оны байдлаар АНУ ба Европын улс орнуудад 22%-76% байдаг[.4] Энэ харилцан адилгүй нь байдал нь өвчтөний нас, архаг өвчний байдал, тухайн бүсийн эрүүл мэндийн салбарын тогтолцоо, бусад олон хүчин зүйлээс

хамаардаг.[4] Эдгээрээс хамгийн нөлөөтэй нь бүсийн эрүүл мэндийн тогтолцоо буюу хүн амын тоо ба эрчимт эмчилгээний орны тооны харьцаа, эрчимт эмчилгээний тасгийн чадавхи байдаг.[4] Тэгвэл бидэнд ямар асуудал тулгарч байгаа талаар судласнаар хэрхэн үжлээс аврах аянг нийт эмч нарт сурталчилж нийтээр дагаж мөрдөн үжлээс шалтгаантай нас баралтыг бууруулах арга замыг эрэлхийлэх нь энэ удаагийн судалгааны ач холбогдол оршиж байна. Иймд бид Эрчимт эмчилгээний тасагт эмчлүүлэхээр УБ хотын дүүргийн эмнэлэг, аймаг сумдын эмнэлэг, хувийн хэвшлийн эмнэлэг, эмнэлэг доторх тасгуудаас 2012-2013 онд ирж үжлийн шок оношоор эмчлүүлсэн 96 тохиолдолд дүн шинжилгээ хийж Эрчимт эмчилгээний тасгийн үйл ажиллагаа болон үжлээс аврах аян бусад газруудад хэрхэн хэрэгжиж байгаад үнэлэлт өгөхөөр энэхүү судалгааг хийж байна.

Зорилго:

УНТЭ-ийн Эрчимт эмчилгээний тасаг дахь үгдэрсэн үжил,үжлийн шокийн тархалт, тавиланг судлаж ,үгдэрсэн үжил, үжлийн шокийн тавиланд нөлөөлөх хүчин зүйлүүдийг тодорхойлж, УНТЭ –т үгдэрсэн үжлийн эсрэг хийсэн эмчилгээ шинжилгээнээс үндэслэн үжлийн эмчилгээ оношилгоонд үнэлэлт хийх

Зорилт:

1. УНТЭ-ийн Эрчимт эмчилгээний тасгийн үжлийн шокийн тархалт, нас баралтын хувийг тодорхойлох
2. 2012 онд УНТЭ-н Эрчимт эмчилгээний тасагт үжлийн шокоор эмчлүүлэгчидийн тавиланд нөлөөлөх хүчин зүйлүүдийг тодорхойлох
3. Үжлээс аврах аяны удирдамжийн дагуух эмчилгээ шинжилгээ зарчимд дүгнэлт гаргах

Судалгааны материал,арга аргачлал :

Бидний судалгаанд 2012 онд Эрчимт эмчилгээний тасагт үжлийн шок оношоор эмчлэгдсэн 110 тохиолдол түүвэрлэгдсэнээс 96 тохиолдол судалгаанд хамрагдлаа. Эдгээр 96 тохиолдлын өвчний түүхэнд дескрептив аргаар эргэн дурсамж түүвэрлэлтийг өвчтөний нас, хүйс, үжлийн голомт, архаг хууч эмгэг, Эрчимт эмчилгээний тасагт эмчлэгдэж байх үедээ хэдэн эрхтэний дутагдалтай байсан талаар, Эрчимт эмчилгээний тасагт шилжин ирэхдээ аль тасгаас ирсэн, эмнэлэгт хэвтсэнээс хойш хэдий хугацааны дараа Эрчимт эмчилгээний тасагт шилжин ирсэн, шилжин ирэх үеийн биеийн байдал, цус эргэлтийн байдал, ирэх үедээ шингэн сэлбэлт хэрхэн хийгдсэн, антибиотик эмчилгээ хангалттай эсэх, бактериологийн шинжилгээ авсан эсэх, эмнэлгээс шалтгаантай халдвартай эсэх, олон антибиотикт дасалтай нянгаар халдварласан байдал зэрэг үзүүлэлтээр судалгааг хийсэн. Эдгээр асуумж судалгаанд оролцогчидыг Яаралтай тусламжийн хэсэг, Мэс заслын тасаг, Яаралтай тусламжийн ажиглалтын хэсэг, Дотрын тасаг гэсэн нэгжүүдэд хуваааж асуумжуудыг хийсэн.

Судалгаанд хамрагдагчид анхдагч түүврийг Эрчимт эмчилгээний тасагт хэвтэн эмчлүүлэгчидийн бүртгэлээс, үжлийн шок оношоор нь асуумжийг бэлтгэсэн картын дагуу өвчний түүхээс түүвэрлэн SPSS 16.0 программаар тооцооллыг хийсэн. Тоон үзүүлэлтүүдийг дунджаар, чанарын үзүүлэлтүүдийг хувиар тооцоолон гаргалаа.

Үр дүн:

УНТЭ-ийн Эрчимт эмчилгээний тасгийн 2012 оны нас баралтын хувь 24,5% байсан бөгөөд нийт эмчлүүлэгчдийн 16,1% ийг үжлийн шок оношоор эмчлүүлэгсэд эзэлж байв .Үгдэрсэн үжил, үжлийн шокийн нас баралтын хувь нь нийт Эрчимт эмчилгээний тасгийн нас баралтын 50,2% ийг эзэлж байна.

Нийт 96 тохиолдлын зөвхөн 8 тохиолдол нь Яаралтай тусламжаас 1 цагийн хугацаанд ЭЭТ-т шилжин эмчлүүлж, 43 тохиолдол буюу 44% нь 1 хоногоос дээш хугацааны дараа, 51% нь АДД ≤60 ммМУБ, Ухаан санааны байдал муудсан, Глазго үнэлгээ дунджаар 11 үнэлгээтэй, эсвэл хагалгааны дараах, тайвшруулах эмийн нөлөөтэй үедээ шилжин ирж эмчлүүлсэн байна. Эдгээр эмчлүүлэгчдийн 6(6,2%) нь эмнэлгээс шалтгаалах халдвартай, 18,8% нь олон эмэнд дасалтай нянгаар халдварлагдсан байдалтай иржээ. ЭЭТ-т эмчлүүлээд нас барсан тохиолдлын ЭЭТ-ийн ор хоног 6 хоног бөгөөд, эмчлэгдсэн өвчтөний ЭЭТ-ийн ор хоног 8 байна. Харин УНТЭ-т нийт эмчлүүлсэн ор хоног нь нас барсан тохиолдолд дунджаар 8 хоног байна. ЭЭТ-т шилжин ирж эмчлүүлэгсдийн ихэнх буюу 41(42,7%) нь Яаралтай тусламжаас, 35 (36%) нь мэс заслын тасгуудаас ирдэг байна. Үүнд: График 1, Хүснэгт 2. харна уу.

Яаралтай тусламжийн хэсгээс эрчимт эмчилгээний тасагт шууд эмчлүүлсэн өвчтөнүүдийн яаралтай тусламжийн хэсэгт байсан хугацаа нь 29 тохиолдолд 1 хоногт буюу 24 цаг дотор, 8 тохиолдол нь 1 цагийн дотор байдаг бол ажиглалтын хэсгээс нийт 8 тохиолдол шилжин эмчлүүлсэн бөгөөд 5 тохиолдол нь 1-ээс 6 хоногийн дотор Эрчимт эмчилгээний тасагт шилжин эмчлүүлсэн байна. Мэс заслын тасгаас үжлийн шок оношоор эрчимт эмчилгээний тасагт шилжин эмчлүүлсэн тохиолдлын 17 тохиолдол нь 1 – 6 хоногт , харин 10 тохиолдол нь 6-29 хоногт шилждэг бөгөөд, 8 тохиолдол нь 1 хоногийн дотор шилжин эмчлүүлсан байна. Дотрын тасгуудаас нийт 12 тохиолдол эрчимт эмчилгээний тасагт үжлийн шок оношоор шилжиж эмчлүүлсэний 6 тохиолдол нь 1-6 хоногт , харин 3 тохиолдол нь 6-29 хоногт , 3 нь 1 хоногийн дотор шилжсэн байна. Хүснэгт 2 ийг харна уу .

Үжлийн эсрэг арга хэмжээ авсан байдлаас үзвэл, Эрчимт эмчилгээний тасагт шилжин ирэхээс өмнөх хугацаанд Антибиотик эмчилгээ хангалттай , хангалтгүй , хийгдээгүй гэсэн үнэлгээг хийхэд нийт 96 тохиолдлын 42 тохиолдолд нь буюу 43,8% -д нь антибиотик эмчилгээ хийгээгүй байсан бөгөөд түүний дотор яаралтай тусламжийн хэсэгт 32 тохиолдолд нь антибиотик эмчилгээ хийгээгүй байсан. Антибиотик эмчилгээ оновчгүй буюу хангалтгүй гэсэн дүгнэлтээр нийт 29 тохиолдол байсан бөгөөд үүний дотор 13 тохиолдлыг мэс заслын тасгаас шилжиж ирсэн тохиолдол байсан байна. Мөн дотрын тасгаас ирсэн тохиолдлын 8 нь хангалтгүй гэсэн үнэлгээтэй байна. Хүснэгт 3 ийг харна уу

Эрчимт эмчилгээнд шилжин ирэхээс өмнө нянгийн шинжилгээ авсан эсэхэд дүгнэлт хийхэд нянгийн шинжилгээ хийгээгүй тохиолдол нь нийт тохиолдлын 63(65,6%) байсан бөгөөд түүний дотор 40 тохиолдол нь яаралтай тусламжийн хэсгээс, 8 нь ажиглалтын хэсгээс, 9 нь дотрын тасгаас , 6 тохиолдол нь мэс заслын тасгаас ирсан тохиолдлууд байсан байна. Хүснэгт 3 ийг харна уу.

Үжлийн шокийн эсрэг шингэн сэлбэх эмчилгээ хийгдсэн эсэхийг судлахад нийт тохиолдлын 47 нь буюу 49% нь огт шингэн сэлбэлт хийгээгүй тохиолдол байсан

бөгөөд үүний дотор 28 тохиолдол нь яаралтай тусламжийн хэсгээс, 5 нь ажиглалтын хэсгээс, 7 нь дотрын хэсгээс, 7 нь мэс заслын хэсгээс байна. Харин шингэн сэлбэлт хангалтгүй хийсэн гэсэн дүгнэлтээр нийт 17 тохиолдол буюу 17,7% нь бүртгэгдсэн байна. Хүснэгт 3 ийг харна уу

Эрчимт эмчилгээний тасагт бусад тасагаас үжлийн шок оношгой шилжин ирж байх үеийн артерийн дундаж даралт нь ≤60 ммМУБ байх нь нийт 51 тохиолдол буюу 53,1% буюу эдгээрийн 56% нь яаралтай тусламжаас шууд эрчимт эмчилгээнд ирдэг тохиолдлууд байсан байна. Дотрын тасгаас ирсэн нийт 12 тохиолдлын 66% нь артерийн даралт бууж АДД ≤60ммМУБ байдалтай эрчимт эмчилгээнд шилжин ирсэн байна. Хүснэгт 3 ийг харна уу.

Үжлийн голомт нь хаана байгаа, хавсарсан архаг эмгэгийн байдал, ЭЭТ-д хэдэн эрхтэний дутагдал илэрдэг эсэх, энэ нь ихэвчлэн ямар эрхтэнээр илэрдэг талаар судлахад уушигны хатгалгаа 27,1%-аар тэргүүлж, хэвлийн перитонит 24%-ийг эзэлдэг байна. Мөн арьс салстын гаралтай шархны халдвар, буглаа 18,8%-д тохиолдож байна.

Үжлийн шок оношоор эмчлүүлэгчидийн хувьд архаг эмгэгийн байдлаар нь судалж үзвэл, элэгний хатууралтай өвчтөн үжлээр хавсран өвдөх нь нийт тохиолдлын 33 тохиолдол нь буюу 34,4% бөгөөд эдгээрийн 32 нь буюу нийт нас баралтын 38% нь нас барсан байна. Зүрхний архаг дутагдалтай өвчтөнүүд нь нийт үжлийн шокоор хүндэрсэн тохиолдлын 38 тохиолдол буюу 38,5% ийг эзлэх бөгөөд эдгээрээс 34 тохиолдол нь нас барсан байна. Нийт 4 хүн тутмын нэг буюу 25% нь бөөрний архаг дутагдалтай өвчтөн үжлээр хүндэрсэн тохиолдол байсан бол тэдгээр тохиолдлуудын 22 нь буюу нийт тохиолдлын 26 % нь нас барсан байна. Мөн нийт үжлийн шоктой өвчтөний 17,7% нь чихрийн шижин өвчтэй, 10,9% нь уушигны архаг бөглөрөлт өвчинтэй өвчтөнүүд үжлээр хүндэрсэн байна.

ЭЭТ-д үжлийн шокоор хүндэрч эмчлэгдэж байх хугацаанд амьсгалын цочмог дутагдал 94,8% буюу зохиомол амьсгалын аппаратаар эмчилгээг 86,5%-д хийсэн байна. Мөн зүрх судасны системийн цочмог дутагдал нийт үжлийн шоктой өвчтөнүүдийн 92,7%-д нь байна. Цус бүлэгнэлтийн системийн дутагдал нь 78,1%, бөөрний цочмог дутагдал нь 74% байна. Үжлийн шоктой өвчтөнүүдийн 56,2%-д элэгний дутагдал илэрч байна. Амьсгалын дутагдал нас баралтад хүргэх үндсэн шалтгаан болж байгаа нь үжлийн шокийн нас баралтын 96%-ийг эзлэж байгаагаар илэрч байна. Хоёрдугаарт зүрх судасны дутагдал нь нас баралтын 92%-д байсан бөгөөд Элэгний дутагдал нийт эмчлүүлэгчидийн дотор 56,2%-ийг эзлэх бөгөөд эмчилгээний явцад элэгний дутагдал нь нас баралтын 58%-д илэрч байсан байна.Хүснэгт 4 өөс харна уу .

ЭЭТ-д ихэвчлэн олон эрхтэний дутагдлаар хүндэрсэн үжлийн шоктой эмчлүүлэгчид илүү олон байгаа бөгөөд тухайлбал 5 ба түүнээс дээш эрхтэний дутагдалтай өвчтөн 39,2%, 4 эрхтэний дутагдалтай өвчтөн 29,2%, 3 эрхтэний дутагдал нь 19,8%, 2 эрхтэний дутагдалтай нь 10,4% д нь тус тус тохиолдож байна. 3 ба түүнээс дээш эрхтэний дутагдалтай тохиолдлын нас баралтын хувь өндөр байгааг хүснэгт 4-өөс харж болно.

Хэлцэмж:

Дэлхий нийтээрээ үжлийн эсрэг аянд нэгдэж байгаа өнөө үед манай орны хувьд үжлийн тухай нэгдсэн ойлголтод суралцаж, улмаар үжлээс аврах аянд нэгдэх

арга замыг зөв шийдвэрлэсний эцэст эмчилгээ оношилгооны удирдамжийг мөрдөх боломжийг бүрдүүлэхийн тулд нийт эмч болон эмнэлгийн байгууллага, эмч бүр хамтран суралцаж баг болон ажиллах зайлшгүй шаардлагатай тул УНТЭ дэх үгдэрсэн үжил, үжлийн шокийн тархалт , тавилан болон үжлийн хүндэрлийн үеийн эмчилгээний зарим асуудлыг тусгасан энэхүү эргэн дурсамж бичиглэлийн судалгаа ач холбогдолтой гэж үзэж байна.

Яаралтай тусламжаар ирсэн, богино хугацаанд оношлогдоод шууд Эрчимт эмчилгээний тасагт шилжин эмчлүүлж үжлийн шокийн эхний 24 цагийн багц арга хэмжээг хангалттай авсан 1-2 эрхтэний дутагдалтай, эсвэл архаг эрхтэний дутагдалгүй, нас залуу өвчтөнүүдийн тавилан сайн байгааг судалгаанаас харж болно. Иймд уг судалгаанд үндэслэн УНТЭ-д үгдэрсэн үжлийн тавилан муу, нас баралт 87,2% эзлэж байгаа шалтгаан нь дараах асуудлуудтай холбоотой гэж үзэж байна.

Нийтлэг шалтгаан

- Үжлийн оношилгоо оройтох
- Эмч нарт Үжлээс аврах аяны Олон улсын удирдамжийн талаарх мэдээлэл байхгүйгээс шингэн сэлбэлт болон антибиотик эмчилгээ хоцрох
- Эрчимт эмчилгээний тасгийн орны хүрэлцээ эрэлт хэрэгцээнд тулгуурлаагүйн улмаас өвчтөний биеийн байдал хэт хүндэрч эргэшгүй өөрчлөлтөнд орсон үедээ ЭЭТ-д шилжин эмчлүүлдэг
- Өвчтөний хавсарсан архаг эмгэгийн байдал, насжилт нөлөөлж байна
- Яаралтай тусламжийн хүлээн авах хэсэгт үжилтэй өвчтөний биеийн байдлыг үнэлэх үнэлгээний тогтолцоо (PIRO mode) [6]нэвтрээгүй тул цаг алдаж үгдэрсэн үжил оношилсны дараах 3 болон 6, 24 цагт авах арга хэмжээний мөрдлөгө алдагдах
- Голомт арилгах эмчилгээ оройтох гэсэн шалтгаанууд байх боломжтой гэж үзэж байна

Дүгнэлт:

1. УНТЭ ЭЭТ-т 2012 оны нийт хэвтэн эмчлүүлэгч нь 681, тэдгээрээс нийт нас баралт 167 буюу 24,5% бөгөөд 110 эмчлүүлэгч үжлийн шок оношоор эмчлүүлсэн нь нийт Эрчимт эмчилгээний тасгийн өвчтөний 16,1%-ийг эзлэж байна. Үжлийн шок оношоор эмчлүүлэгсдийн нийт нас баралтын хувь 87,2% бөгөөд энэ нь Эрчимт эмчилгээний тасгийн нийт нас баралтын 50,2%-ийг эзэлж байна. Эрчимт эмчилгээний тасагт эмчлүүлсэн дундаж хугацаа 6 хоног байна. Харин эмчлэгдсэн тохиолдлын Эрчимт эмчилгээний тасаг дах хугацаа 8 хоног байна.
2. Үжлийн шоктой өвчтөнүүдийн нас баралтанд эмчилгээ эхлэх хугацаа, хавсарсан архаг эмгэг, өндөр нас шууд нөлөөлж байна.

- Дотор болон мэс заслын тасгаас Эрчимт эмчилгээний тасагт өвчтөнүүд хэт хүндэрсэн, эргэшгүй өөрчлөлтөд орсоны дараа шилжин ирж эмчлүүлж байна.
- Эрчимт эмчилгээний тасагт шууд эмчлүүлэх шаардлагатай өвчтөнүүд орны тоо цөөн, хүрэлцээгүй тул дотрын болон мэс заслын тасагт эмчлэгдэж байгаа нь нас баралтад нөлөөлж байна.

- Үжлийн шокийн шалтгаан болсон мэс заслын эмчилгээ хангалтгүй байна.

3. Үжлээс аврах аяны удирдамжийн дагуу үжил оношилогдсоноос хойших үжлийн голомтыг илрүүлж зайлуулах, шингэн сэлбэх, антибиотик эмчилгээ, антибиотик эмчилгээний өмнөх нянгийн шинжилгээ авах зэрэг эмчилгээ шинжилгээ нь УНТЭ тасаг нэгжүүдэд хангалтгүй бөгөөд хугацаа хожимдож байгаа нь үжлээс аврах аяны удирдамжыг хангалтгүй мөрдөж байгааг илэрхийлж байна.

Дээрхи судалгаанд үндэслэн дараах саналыг дэвшүүлж байна.

1. 2012 онд гарсан орлого багатай орнуудын боломжид тохируулсан Үжлээс аврах олон улсын аяны удирдамжийг нийт эмч нар, ялангуяа Эрчимт эмчилгээ, Яаралтай тусламжийн эмч нарт сурталчлан мөрдлөгө болгохыг зорих
2. УНТЭ-н нийт эмч нарт удирдамжийг мөрдөх боломжоор хангах, сургалт хийх, удирдамжийг мөрдөх ажлыг эмчилгээний чанартай холбож дүгнэх
3. Эрчимт эмчилгээний тасагт өвчтөн хүлээж авах боломжийг бүрдүүлэх (Эрчимт эмчилгээний тасгийн орны тоог нэмэх, боловсон хүчний тоог нэмэх, тоног төхөөрөмж, хэрэгслээр бүрэн хангах)
4. Яаралтай тусламж хүлээн авах тасагт Үгдэрсэн үжилтэй өвчтөнийг тавиланг тодорхойлох PIRO mode үнэлгээг нэвтрүүлэх

Түлхүүр үг: Үжлээс аврах аян, үжлийн шок, үжлийн шокийн тавилан

Ном зүй:

1. Dunser MW, Festic E, Ganbat Ts, et al. Recommendations for sepsis management in resourse-limited settings. Intensive Care Med 2012;38:557-574.
2. Dellinger RP, Levy MM, Rhodes A, et al. The Surviving Sepsis Campaign: International Guideline for Management of Severe Sepsis and Septic Shock. Intensive Care Med 2013;39:165-228.
3. Levy MM, Dellinger RP,Townsend S, et al. The Surviving Sepsis Campaign: result of an international guideline-based performance improvement program targeting severe sepsis.Intensive Care Med 2010;36:222-31.
4. Levy MM, Artigas A, Phillips GS, et al. Outcomes of the Surviving Sepsis Campaign in intensive care units in the USA and Europe: a prospective cohort study. Lancet Infect Dis 2012;12:919-24.
5. Nguyen HB, Ginkel CV, Batech M, et al. Comparison of Predisposition, Insult/Infection, Response, and Organ dysfunction, Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II, and Mortality in Emergency Department Sepsis in patients meeting criteria for early goal-directed therapy and severe sepsis resuscitation bundle. Journal of Critical Care2012;27:362-369.
6. Parikh A, Huang ShA, Murthy P, et al. Quality improvement and cost savings after implementation of the Leapfrog intensive care unit physician staffing standard at a community teaching hospital. Crit Care Med 2012;40:2754-2759.
7. Vincent JL, Sakr Y, Sprung CL, et al. Sepsis in European intensive care unit: Results of the SOAP study. Crit Care Med 2006;34:344-353.

Abstract :

Severe sepsis accounts for 20% of all admissions to intensive care units and is the leading cause of death in non cardiac ICUs .[1] Mortality from severe sepsis and septic shock differs across continents ,countries ,and regions ,with reported outcomes ranging between 22%-76%.[4] This wide variation in mortality is probably due to several factors such as age ,comorbid disease burden,regional health patterns,access to care ,and various other unrecognized genomic influences.

Purpose : To define the incidence of severe sepsis and septic shock and the characteristics of septic shock patients in ICU , then to evaluate the outcomes for patients with severe sepsis and septic shock and possibility of performance of SSC guideline recommendations in First Central Hospital of Mongolia .

Design and setting: Selected 96 medical histories of patient by retrospective method which admitted in ICU of National University Hospital No1 in 2012-2013 year . Analysed by descriptive analyse for mean and average , percentage of data in SPSS16 program .

Result: 96 cases were included in the study. We analysed the mortality of severe sepsis and septic shock and length of stay in ICU . We recorded the location from which the patients were first identified with severe sepsis or septic shock and defined compliance as evidence that some bundle elements time frame is 6 h for the resuscitation bundle and 24 h for the management bundle ,and evaluate comorbid disease ,MODR , Hospital acquired infection et.c. ICU mortality 2012-2013 year is 24,5%, but mortality of severe sepsis and septic shock is 50,2% of total mortality of ICU. Hospital mortality of severe sepsis and septic shock were 87,2% . Most infection site of sepsis is pneumonia , were 27,1% , and comorbid disease were chronic cardiovascular failure for 38,5% and liver cirrhosis were 34,4% .

Conclusion:

1. The mortality of patients with severe sepsis and septic shock in 2012 was 50,2% of total ICU mortality ,which was estimated to be 24,5% of total hospital mortality . Hospital mortality of severe sepsis and septic shock were 87,2% . Most infection site of sepsis is pneumonia , were 27,1% , and comorbid disease chronic cardiovascular failure for 38,5% and liver cirrhosis were 34,4% . Median length of stay of ICU of mortality were 6 days, length of stay of survive were 8 days.
2. Outcome of severe sepsis and septic shock is probably due to comorbid disease , early bundle time management , age ,sepsis origin ,shortage of ICU beds and others influences.
   - Because of shortage of ICU beds ,patients with severe sepsis are triaged to wards , where they might receive less resuscitation and monitoring than in an ICU ,leading to deterioration and are then transferred into the ICU with higher severity of illness and worse prognosis than if they had been initially admitted to the ICU.
   - Surgical treatment of sepsis origin were not sufficient .

3. Early bundle time management of Severe sepsis and septic shock according the Surviving Sepsis Compaigh guideline were insufficient in First Central Hospital of Mongolia .

Keywords: The Surviving Sepsis Campaign. Septic shock. outcome of septic shock

Хүснэгт 1. Эрчимт эмчилгээний тасгийн үтдэрсэн ужил, ужлийн шок оношоор суддалгаанд хамрагдсан тохиолдлуудын нас хүйс. ЭЭТ –д эмчлүүлэхээс өмнөх хугацаа. эмнэлгийн дотоод халдвар. Артерийн даралт. ухаан санааны байдал. тэсвэртэй нянгаар халдварлагдсан байдал. эрчимт эмчилгээний тасаг дахь ор хоногийн тоо.

2012-2013 онд ЭЭТ д эмчлүүлэгсдийн тоо. n	681
2012-2013 онд ЭЭТ –н нас баралт. n (%)	167 (24.5%)
2012-2013 онд ужлийн шок оношоор эмчлэгдсэн. n (%)	110 (16.1%)
Судалгаанд хамрагдсан тохиолдол. n (%)	96 (87.2%)
Судалгаанд хамрагдсан тохиолдлын нас (Mean±SD)	55=17
Хүйс * Эр. n (%) * Эм. n (%)	61(63.5%) 35 (36.5%)
ЭЭТ-д шилжиж ирэхээс өмнө тасгуудад байсан хугацаа ■ 1 цаг хүртэл. n (дундаж хугацаа) ■ 1 хоног хүртэл. n (дундаж хугацаа) ■ 1 хоног- 30 хоног. n (дундаж хугацаа)	8 (18.75мин=14.57) 43 (4.8цаг= 4.8) 43(6 хоног±5.6)
Эмнэлгээс шалтгаалах халдвартай эсэх : ▪ Халдвартай. n (%) ▪ Халдваргүй. n (%)	 6 (6.2%) 90 (93.8%)
ЭЭТ –д шилжин ирэх үеийн Глазго үнэлгээ : ■ Үнэлэх боломжтой. n (%) ■ Үнэлэх боломжгүй. n (%)	77(80.2%)-11 оноо (3-15) 19(19.8%)-тайвшруулалттай
ЭЭТ –д шилжин ирэх үеийн Артерийн даралт : ■ Систолийн даралт. (Mean±SD) ммМУБ ■ Диастолийн даралт. (Mean=SD) ммМУБ	 102= 26 55=19
Олон антибиотикт тэсвэртэй нян илэрсэн эсэх ■ Тэсвэртэй нянгийн халдвартай. n (%) ■ Тэсвэртэй нянгийн халдваргүй. n (%)	 18 (18.8%) 77 (80.2%)
ЭЭТ дах нас баралт. ор хоног : ■ 1 хоног хүртэл (цагаар). n (дундаж хугацаа) ■ 1 хоног түүнээс дээш. n (дундаж хугацаа)	 14 (11 цаг) 70 (6 хоног)
Эмчлэгдсэн тохиолдлын ЭЭТ дах ор хоног ■ 24 цаг хүртэл ■ 1 хоногоос дээш. n (дундаж хугацаа)	 12 (8 хоног)
Нас баралт , УНТЭ дэх нийт ор хоног ■ 1 цагаас 24 цаг. n (дундаж хугацаа) ■ 1 хоногоос дээш. n (дундаж хугацаа)	 10 (11 цаг) 74 (8 хоног)

График 1. Үжлийн шок оношоор эмчлэгдсэн байдал

Хүснэгт 2. Тасаг нэгжүүдээс Эрчимт эмчилгээний тасагт шилжиж ирсэн цаг хугацаа болон нас баралт

УНТЭ тасаг нэгжүүд	ЭЭТ–д үжлийн шоктой ирсэн өвчтөний тоо, n (%)	Шилжиж ирсэн хугацаа			Нас баралт хугацааны байдлаар			Нийт нас баралт, n (%)
		Цагт, n	Хоногт, n	1-6 хоног, n 6-29 хоног, n	Цагт, n	Хоногт, n	1-29 хоногт (6хоног), n	
Яаралтай тусламж	41 (42,7%)	8	29	2	8	23	2	33 (39%)
Ажиглалт	8 (8,3%)	0	3	5	0	3	4	7 (8,3%)
Дотрын тасгууд	12 (12,5%)	0	3	6 3	0	2	7	9 (10,7%)
Мэс заслын тасгууд	35 (36,%)		8	17 10		8	27	35(41,6%)

Хүснэгт 3. Тасаг нэгжүүдэд үжлийн эсрэг эмчилгээ шинжилгээ хийсэн байдал

Үжлийн шокийн эхний эмчилгээ шинжилгээний байдал	Яаралтай тусламж	Ажиглалт	Дотрын тасгууд	Мэс заслын тасгууд	Нийт эзлэх хувь,n %
ЭЭТ-д ирэхээс өмнө Антибиотик хийсэн байдал					
Хангалттай, n	3	4	2	16	25(26%)
Хангалтгүй, n	6	2	8	13	29(30,2%)
Хийгээгүй, n	32	2	2	6	42(43,8%)
ЭЭТ д шилжин ирэхээс өмнө бактериологийн шинжилгээ авсан байдал					
-Шинжилгээ авсан, n	1	0	3	29	33(34,4%)
-Шинжилгээ аваагүй, n	40	8	9	6	63(65,6%)
ЭЭТ-д ирэх үед шингэн сэлбэгдсэн эсэх					
Хангалттай, n	7	3	2	20	32(33,3%)
Хангалтгүй, n	6	0	3	8	17(17,7%)
Шингэн сэлбээгүй, n	28	5	7	7	47(49%)
ЭЭТ д ирэх үед АДД ≤60 ммМУБ тохиолдол (%)	56%	25%	66%	51%	51(53,1%)

Амь тэнссэн үеийн анагаахын салбарын хүний нөөц, технологийн өнөөгийн байдал

Х. Чулуунчимэг[1], Б. Отгон[1], Л. Ганболд[2]
[1]Улсын нэгдүгээр төв эмнэлэг, ЯТСАТ
[2]ЭМШУИС, Мэс заслын тэнхим

Оршил:

1950-иад оны сүүлчээр дэлхийн өндөр хөгжилтэй орнуудад саа өвчний цар тахал дэлгэрч олон зуун өвчтөнд зохиомол амьсгал хийх шаардлага гарсан.

1960- аад оны эхээр томоохон хагалгааны дараах хяналт эмчилгээг тусгай тоноглогдсон тасагт хийх болсоны улмаас эрчимт эмчилгээний тасгуудыг олноор байгуулан өнөөдрийг хүртэл улам боловсронгуй болгон хөгжүүлж хүний нөөц, тоног төхөөрөмж, материал хангамжаар бэхжүүлж иржээ.

Манай улсад 1970-аад оноос улсын төв эмнэлгүүдэд эрчимт эмчилгээний тасгуудыг байгуулж улмаар аймаг дүүргийн эмнэлгүүд ч эрчимт эмчилгээний тасаг, хэсэгтэй болсон байна.

Орчин үед анагаахын шинжлэх ухааны олон салбарууд хөгжихийн хирээр эмнэлгийн үйл ажиллагаанд хэрэглэгдэх техник, технолог, багаж тоног төхөөрөмж улам бүр

шинэчлэгдэж байна. Амь тэнссэн үеийн анагаахын салбарын эмчилгээ үйлчилгээний тусламж сайжирснаар хүн амын эрүүл мэнд, амь насыг авран хамгаалах үйлст дэвшил гарч, нас баралт буурч, дундаж наслалт нэмэгдэж байна.

Зорилго:

Монгол улсын нөхцөлд амь тэнссэн үеийн анагаахын хүний нөөцийн болон технологийн чадамжийг үнэлэх.

Зорилт:

1. Монгол улсын хотууд (Улаанбаатар хот, Дархан хот, Эрдэнэт хот), орон нутгийн эрчимт эмчилгээний тасгуудад зонхилон тохиолдох өвчин эмгэгийн төрөл, нас баралтын шалтгааныг тогтоох
2. Монгол улсын эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээ(ЭМТҮ)-ний II, III шатлалын эмнэлэгүүдэд хүнд өвчтөнийг эмчлэхэд зориулагдсан эрчимт эмчилгээний тасгууд (ЭЭТ)- ын тусламж үйлчилгээ үзүүлэх хүний нөөцийн болон оношлогоо, эмчилгээний технологийн бололцоо, чадамжийг үнэлэх
3. Монгол улсын хотууд, орон нутгийн эрчимт эмчилгээний тасгуудад зонхилон тохиолдох өвчин эмгэгийн төрөл, нас баралтын шалтгааныг тогтоох
4. Амь тэнссэн үеийн тусламж үйлчилгээнд хэрэглэгдэх багаж, тоног төхөөрөмж, эмийн хангамж, ажилчдын нийгмийн байдал зэрэгт үнэлгээ хийх, дээрх тусламж үйлчилгээний чанар хүртээмжийг сайжруулах арга замуудыг тодорхойлох

Судалгаа хийх арга аргачлал:

1. Уг судалгааг нэг агшингийн загвараар хийгдсэн.
2. Монгол улсын хотууд болон орон нутгийн ЭМТҮ-ийн II, III шатлалын 37 эмнэлгийн эрчимт эмчилгээний тасгийн эмч нараас 7 бүлэг, 67 асуулттай асуумжийн дагуу асуумж судалгаа авсан.

Шинэ санаа:

Монгол улсын клиникийн болон нэгдсэн эмнэлгүүдэд амь тэнссэн үеийн тусламж үйлчилгээнд хэрэглэгдэх багаж, тоног төхөөрөмж, эмийн хангамж, хүний нөөц, ажилчдын нийгмийн байдал, ЭЭТ-т зонхилон тохиолдох өвчин эмгэг, нас баралтын шалтгааныг тодруулж, бусад улс орнуудтай харьцуулан дүгнэх.

Үр дүн:

Асуумжид улсын болон хувийн салбарын нийт 37 эмнэлэг оролцсон, амь тэнссэн анагаахын тусламж үйлчилгээний ЭМТҮ-ний II шатлалын 31, III шатлалын 6 эмнэлэг энэ судалгаанд хамрагдсан.

Амь тэнссэн үеийн анагаахын тусламж үйлчилгээнд зайлшгүй хэрэглэдэг багаж хэрэгслийн хангамж ЭМТҮ-ийн III шатлалын эмнэлгүүдэд дундажаар 82.8% II шатлалын эмнэлгүүдэд 64,2% гэсэн үзүүлэлттэй байна.Харин дээрх тусламж үйлчилгээнд өргөн хэрэглэдэг эмнэлгийн нэг удаагийн хэрэгсэл ЭМТҮ-ийн III

шатлалын эмнэлгүүдэд дундажаар 94.4%, II шатлалын эмнэлгүүдэд 75,3%-тай хангагдсан байв.

Судалгаанд хамрагдсан эмнэлгүүдийн ЭЭТ- т ажиллаж байгаа хүний нөөцийн талаар асуумжийн аргаар мэдээллийг цуглуулав. Эдгээр эмнэлгүүдэд мэдээгүйжүүлэг, эрчимт эмчилгээний тасаг, яаралтай тусламжийн хэсгүүдэд ажиллаж байгаа эмч нарын 55% нь II шатлалын, 45% нь III шатлалын эмнэлгүүдэд ажиллаж байна.

ЭМТҮ-ний II шатлалын эмнэлгүүдийн ЭЭТ- т нас баралтад хүргэж байгаа шалтгааныг судалж үзэхэд тархины цусан хураа үүсэх, тархины болон хавсарсан гэмтэл, үжил, үжлийн улмаас үүсэх олон эрхтэний дутагдал, цочмог хордлого зэрэг эмгэгүүд зонхилсон бол III шатлалын эмнэлгүүдийн хувьд ХБЗ- ын цус алдалт, хэвлийн гялтангийн үрэвсэл, хавсарсан хүнд гэмтлүүд давамгайлж байна.

ЭЭТ-т тохиолдож буй үжлийн зонхилох шалтгааны хувьд II ба III шатлалын эмнэлэгт ойролцоо байгаа хэдий ч нас баралтанд хүргэж буй шалтгааныг харьцуулан дүгнэвэл тархины цус харвалт, гэмтэл, цочмог хордлогын үеийн яаралтай тусламжийн бэлэн байдал хангалтгүй, дэд бүтэц муу хөгжсөн, хэт алслагдсан байдал гэх мэт шалтгааны улмаас нэн яаралтай дээрх тохиолдлуудад дээд шатлалын эмнэлэгт хандаж төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн тусламж авах боломж хязгаарлагдмал байдагтай холбоотой байж болох юм.

Судалгаанд хамрагдсан эмнэлгүүдэд эрчимт эмчилгээний явцад өргөн хэрэглэж байгаа кристаллоид шингэний хангамж хүрэлцээтэй байна. Түүнчлэн аминогликозидын бүлгийн, метронидазол, цефалоспорины 3-р үеийн антибиотикууд, мөөгөнцрийн эсрэг бэлдмэл зэрэг нь бүрэн хангалттай байдаг бол карбапенемүүд, ванкомицин зэрэг эмүүд болон Зүрх судасны цочмог эмгэгүүдийн эмчилгээнд нэн шаардлагатай добутамин, норадреналин, тромболитикууд зэрэг эмүүд хангалт муутай байхад допамин, адреналин болон тайвшруулах, унтуулах эмийн бодисын хангамж зохих түвшинд байна.

ЭМТҮ-ний III шатлалын эмнэлгүүдэд ЭЭТ-ийн эмчилгээ, сувилгаанд зайлшгүй хэрэглэгддэг нэг удаагийн хэрэгсэл сайн хангагдаж байгаа боловч ЭМТҮ-ний II шатлалын эмнэлгүүдэд төвийн венийн гуурс, шахуургын 50 мл–ийн тариур болон эмнэлгийн дотоод халдварын тархалтыг хязгаарлахад чухал байр суурь эзлэх гар халдваргүйжүүлэгч зэрэг нэн шаардлагатай хэрэглэл дутагдаж байгаа үр дүн гарсан .

Эрчимт эмчилгээний тасгуудын ажлыг сайжруулах, үр дүнг улам нэмэгдүүлэхэд ажилчдын нийгмийн байдлыг сайжруулах талаар дараах байдлаар хариулсан байна:

- Чиглэсэн зорилготой (тодорхой сэдэв, модульд суурилсан) сургалтыг чанартай, хүртээмжтэй байхаар зохион байгуулах- 56.7%
- Тухайн салбарт ажиллаж байгаа эмч мэргэжилтний цалинг нэмэгдүүлэх, ялангуяа алсын дуудлагын тусламжийн үнэлэмжийг нэмэгдүүлэх- 13.5%
- Ажиллах орчин, тоног төхөөрөмжийг сайжруулах шаардлагатай- 78.3% гэж үзэжээ.

Хэлцэмж:

2009онд Б.Отгон ба олон улсын судлаачдын хамтарсан "Үжлээс аврах компани олон улсын удирдамжийг Монгол улсад хэрэгжүүлэх боломжийг судалсан дүн"

судалгаагаар Монгол улсын ЭМТҮ-ний II,III шатлалын эмнэлгүүдэд Үжлээс Аврах Удирдамжийг бүрэн хэрэгжүүлэх, дагаж мөрдөх боломжгүй байна гэсэн үр дүн гарсантай энэхүү судалгааны үр дүн болох Монгол улсын эмнэлгүүдийн эрчимт эмчилгээний тасгууд, ялангуяа ЭМТҮ-ний II шатлалын эмнэлгүүдэд хүнд өвчтөнийг эмчлэх технологийн чадамж хангалтгүй байна гэсэн үр дүнтэй нийцэж байна.
Үжилд хүргэдэг 5 гол шалтгааны зонхилох нь эмэгтэйчүүд болон мэс заслын эмгэг байгаа нь шээсний замын болон амьсгалын эрхтэний халдвар үжлийн эхний 3 гол шалтгаан болдог өндөр хөгжсөн орныхоос ялгаатай байна.

Дүгнэлт:

Монгол улсын эмнэлгүүдийн эрчимт эмчилгээний тасгууд, ялангуяа ЭМТҮ-ний II шатлалын эмнэлгүүдэд хүнд өвчтөнийг эмчлэх технологийн чадамж хангалтгүй байна. Энэ байдлыг өөрчилж сайжруулахын тулд дараах арга хэмжээг авах шаардлагатай байна.

- Эрчимт эмчилгээний тасгуудыг мэргэшсэн эмч, сувилагч нараар хангаж, мэргэжил эзэмшүүлэх болон тасралтгүй сургалтыг сайжруулах, сургалтын дидактикт орчин үеийн технологи, дэвшилтэт арга барилыг хэрэглэх, амь тэнссэн үеийн анагаахын салбарт хэрэглэдэг техник, тоног төхөөрөмжийн хангалтыг нэмэгдүүлэх, зайлшгүй шаардлагатай эм, нэг удаагийн хэрэгсэлийн чанар, хүртээмжийг сайжруулах
- Амь тэнссэн үеийн анагаахын салбарын тогтвортой хөгжлийг хангах асуудалд төрийн захиргааны төв байгууллага, гадаад дотоодын хандивлагчид, төрийн бус байгууллагын анхаарлыг хандуулах, тухайн салбарыг хөгжүүлэх бодлогын хөтөлбөрийг боловсруулан ажиллах
  - Эрчимт эмчилгээнд нэн чухал шаардлагатай урейдопенициллинууд болон зарим эмийг Монгол улсын эмийн бүртгэлд нэмж оруулах, тогтмол хангах зэрэг болно.

Түлхүүр үг:

Амь тэнссэн үеийн анагаах, хүний нөөц, технологийн чадамж, зонхилон тохиолдох эмгэгүүд, нас баралтын шалтгаан .

Ном зүй:

1. Russell JA. Management of sepsis. N Engl J Med 2006;355:1699-713.
2. Angus DC, Linde-Zwirble WT, Lidicker J, Clermont G, Carcillo J, Pinsky MR. Epidemiology of severe sepsis in the United States: analysis of incidence, outcome, and associated costs of care. Crit Care Med 2001;29:1303-10.
3. Engel C, Brunkhorst FM, Bone HG, Brunkhorst R, Gerlach H, Grond S, et al. Epidemiology of sepsis in Germany: results from a national prospective multicenter study. Intensive Care Med 2007;33:606-18.
4. Dunser MW, Bataar O, Tsenddorj G, Lundeg G, Torgersen C, Romand JA, et al. Differences in critical care practice between an industrialized and a developing country. Wien Klin Wochenschr 2008;120:600-7.

5. Dunser MW, Bataar O, Tsenddorj G, Jochberger S, Lundeg G, Jakob S. Intensive care medicine in Mongolia's three largest cities: Outlining the needs. J Crit Care 2009;24:469.e1-6.
6. Otgon Baatar, Ganbold Lundeg, Ganbat Tsenddorj, Stefan Jochberger, Wilhelm Grander, Inipavudu Baelani, Iain Wilson, Tim Baker, Martin W Dьnser. Nationwide survey on resource availability for implementing current sepsis guidelines in Mongolia. Bulletin of the WHO. Volume 88, Number 11, November 2010, 797- 876

Abstract:

The survey assessment on technological and human resource capability of critical care in Mongolia

Objective: To assess technological and human resource capability of critical care medicine in Mongolia.

Design: Our study was conducted as a self-reported, questionnaire-based, nationwide survey in Mongolia. The physicians of the intensive care unit and department caring for emergency and critically ill patients of private and national secondary and tertiary hospitals of Mongolia were given a questionnaire which included 7 sections and 67 items containing information about hospitals, common and special questions about intensive care, finance, technological and equipment capacity, drugs and supply of disposable materials.

Results: 31 secondary and 6 tertiary hospitals participated in the survey. The systematic supply of essential facilities and equipment used in critical care in tertiary hospitals was rated as 82.8% and in secondary hospitals was 64.2%. But the supply of disposable materials used for critical care and nursing in tertiary hospitals was rated as 94.6% and in secondary hospitals was 74.3%. There were remarkable progress in development of critical care specially in tertiary hospitals in last decade in acquiring new technology and in training the human resource. There are many issues needed to solve in order to increase accessibility and quality of critical care in Mongolia.

Conclusion: The technological ability and human resource competency to treat critically ill patients in secondary hospitals in Mongolia is still far from safety level. To reach international level of care needed to work out national program on development of critical care system in Mongolia concerned the technological progress and human resources capability improvement in this particular field.

Байгууллагын стратеги төлөвлөлт, удирдлагын тогтолцоонд тэнцвэржүүлсэн үнэлгээний карт / ТҮК / хэрэглэх нь

Н.Туул Улсын нэгдүгээр төв эмнэлэг

Оршил:

Аливаа байгуулагын удирдлага байнгын өөрчлөлт шинэчлэл, хөгжлийг удирдан явуулах чухал юм. Энэхүү үйл ажиллагаанд тэнцвэржүүлсэн үнэлгээний картын (ТҮК) буюу Стратегийн удирдлагын тогтолцоо хэмээх системчлэгдсэн арга хэрэгслийг хэрэглэдэг.

ТҮК нь байгууллагын үйл ажиллагааг түүний алсын хараа, стратегитэй уялдуулж, дотоод, гадаад харилцааг сайжруулах, стратегийн зорилго, зорилтуудын биелэлтийг гүйцэтгэлтэй нь харьцуулан хянах зорилгоор дэлхийн олон улс орны аж ахуйн нэгж,

байгууллага, салбар, төрийн болон төрийн бус байгууллагуудад нийтлэг хэрэглэдэг стратегийн төлөвлөлт, удирдлагын систем юм.

ТҮК-ийг 1995 онд Харвардын Их Сургуулийн доктор Роберт Каплан, Дэвид Нортон нар боловсруулсан байна. Тэдний судалгаагаар аль ч байгууллага дөрвөн асуудалд хамгийн их анхаарал хандуулснаар өсөж хөгжиж байдаг хэмээн тодорхойлжээ. Үүнд: 1. Санхүү 2. Үйлчлүүлэгч 3. Байгууллагын дотоод үйл ажиллагаа 4. Суралцах болон байнгын хөгжил.

Энэ арга хэрэглийг Байгууллагын өдөр тутмын үйл ажиллагааг түүний урт хугацааны стратегийн зорилтуудтай нь уялдуулж, ажлын гүйцэтгэлийг гүйцэтгэлийн зорилтот үр дүн, шалгуур үзүүлэлтүүдийн тусламжтайгаар сайжруулах зорилгоор энэхүү аргачлалыг боловсруулжээ. Стратегийн удирдлагын тогтолцоо нь байгууллага хэрхэн үр дүнд хүрсэн тухай үйлчлүүлэгч болон оролцогч талуудад тодорхой мэдээлэл өгч чаддаг давуу талтай.

Тэнцвэржүүлсэн үнэлгээний карт нэвтрүүлэх ач холбогдол:

- Байгууллагын алсын хараа үйл ажиллагааны стратеги, өдөр тутмын үйл ажиллагаатай уялдуулах,
- Байгууллагын дотоод болон гадаад харилцааг сайжруулах,
- Мэдээлэлд тулгуурласан илүү оновчтой шийдвэр гаргах,
- Зорьж буй үр дүндээ хүрэх ахиц дэвшлийг харуулахад стратегийн гүйцэтгэлийн хэмжүүрүүдийг ашиглах
- Хэрэглэгч, үйлчлүүлэгчдийн хэрэгцээг илүү сайн ойлгож, шуурхай хариу арга хэмжээ авах.
- Стратегийн зорилго, зорилтуудын биелэлтийг гүйцэтгэлтэй нь харьцуулан хянах боломжийг олгодог стратегийн төлөвлөлт-удирдлагын систем юм.

ТҮК-ийг Монгол Улсад Төрийн өмчийн хорооны 2010 оны 4 дүгээр сарын 01-ний өдрийн 166 тогтоолын нэгдүгээр хавсралтаар Төрийн өмчит болон төрийн оролцоотой хуулийн этгээдийн статустай байгууллага гэрээний биелэлтийг дүгнэхэд тэнцвэржүүлсэн үнэлгээний карт нэвтрүүлэх журам гарч олон байгууллга хэрэглэж байгаа билээ.

Тэнцвэржүүлсэн үнэлгээний картыг хэрэгжүүлэх арга зүй:

Тэнцвэржүүлсэн үнэлгээний картыг хэрэгжүүлэхэд эмнэлгийн бүх тасаг, клиник, албад оролцох бөгөөд эмнэлгийн алсын хараа, эрхэм зорилго, нэгдсэн стратегийн үр дүнг боловсруулна. Түүнчлэн байгууллагын эрхэмлэн дээдлэх үнэт зүйлсийг тодорхойлон, одоогийн нөхцөл байдалд SWOT шинжилгээг хийнэ.

- УНТЭ-ийн Алсын хараа: Бид эрүүл мэндийн салбарын хөгжлийн өнгийг тодорхойлж, хэзээд анхдагч манлайлагч нь байна.

- БНСУ-ын АСАН эмнэлгийн Алсын хараа: Ямар ч насны хүний итгэл даасан, чанартай үйлчилгээ, байнгын хөтөлбөртэй сургалт судалгаа явуулж, тогтвортой амжилтын менежменттэй, ажилчид сэтгэл ханамуун, найдвартай орчинд ажиллах нөхцөл бүрдүүлэх

УНТЭ-ийн Эрхэм зорилго:

"Бид зуун дамжсан арвин баялаг туршлага, дэг сургуульд тулгуурлан эмнэлзүйн өндөр мэргэжлийн зөвлөх тусламж, лавлагааг тэргүүний шилдэг технологи, арга зүйгээр үйлчилгээний таатай орчинд , ур чадвар , ёс зүй , харьцаа хандлагыг эрхэмлэсэн хүний нөөцөөр төрийн бодлогыг хэрэгжүүлэн чанартай оношлогоо, эмчилгээ , сувилгаа сургалт , судалгааг цогцоор нь Азийн өндөр хөгжилтэй орнуудын түвшинд хүргэхэд оршино".

БНСУ-ын АСАН эмнэлэгийн Эрхэм зорилго: Иргэдэд сэтгэлээсээ үйлчилж, чанартай тусламж үзүүлж, сургалт судалгаа хийж, эрүүл мэндийн боловсрол олгож, иргэдийн эрүүл мэндэд хувь нэмэр оруулна.

- **БНСУ-ын АСАН эмнэлэгийн эрхэмлэх Үнэт зүйлс:**
  - ✓ Үйлчлүүлэгчдэд чин сэтгэлээсээ хандах
  - ✓ Үнэнч шударга, итгэл даах
  - ✓ Багаар ажиллах чадвар
  - ✓ Нотолгоонд тулгуурласан оношлогоо, эмчилгээ
  - ✓ Сурч боловсрох тэмүүлэлтэй
- Манайд эмнэлэгт дараах эрхэмлэх үнэт зүйл байж болно /хамт олноор хэлэлцүүлнэ/
  - ✓ Үйлчлүүлэгчээ дээдлэх
  - ✓ Чанартай тусламж, үйлчилгээ
  - ✓ Мэдлэг, ур чадвар, хүний хөгжил
  - ✓ Шинэ санаа, бүтээлч сэтгэлгээ
  - ✓ Шударга, хариуцлагатай байдал
  - ✓ Байгуулгынхаа нэр төрийг эрхэмлэх

Үүний дараа стратегийн чиглэлүүдийг тодорхойлно. Стратегийн чиглэлүүд нь байгууллагын стратегийн үндсэн асуудлууд болох эрхэм зорилго, алсын хараа, стратеги төлөвлөгөөгөө хэрэгжүүлэхэд байгууллагын чиглүүлэгч болдог. Стратегийн чиглэлүүд нь байгууллагын "Амжилтын тулгуур" юм. Чиглэл тус бүрт стратегийн үр дүн буюу зорьж буй үр дүнг тодорхойлно.

Стратегийн чиглэл тус бүрт санхүү, үйлчлүүлэгч, дотоод үйл явц, суралцах болон хөгжил гэсэн ангиллаар зорилтууд боловсруулна. Үүнийг байшинтай дүйцүүлэх юм бол стратегийн чиглэл нь байшингийн багана бөгөөд байгууллагын стратеги, алсын хараанд хүрэх, эрхэм зорилгоо хэрэгжүүлэхэд суурь болж өгдөг.

Стратегийн чиглэл бүрт стратегийн үр дүн,зорилтууд тодорхойлон, зорилтуудыг холбон стратегийн зураглал зурж, зорилтын гүйцэтгэлийн шалгуур үзүүлэлтүүд тодорхойлон, стратегийн шинэ санаачлагыг дэвшүүлэх ажил хийгдэнэ. Энэ ажлыг гүйцэтгэхийн тулд стратегийн чиглэл болгонд эмнэлгийн холбогдох тасаг, клиник, албадын ажилтнуудаас бүрдсэн багууд гаргана. Энэ нь эмнэлгийн эрхэм зорилгоос эхлээд тасаг, клиник, албадын гүйцэтгэх ажил, зорилтууд илүү тодорхой болж, өдөр тутмын гүйцэтгэх ажилд тусгах боломжтой болж байгаа юм.

Зураг 1: Байгууллагын стратегийн өндөрлөгийн түвшин

Тэнцвэржүүлсэн үнэлгээний картыг дараах 9 шатлалтай хэрэгжүүлдэг.

1. Байгууллагын нөхцөл байдлыг үнэлэх
2. Стратеги боловсруулах
3. Стратегийн зорилтуудыг боловсруулах
4. Учир шалтгаан-үр дагаварын уялдааг зураглан гаргах
5. Гүйцэтгэлийн шалгуур үзүүлэлт болон зорилтуудыг боловсруулах
6. Стратегийн санаачлагуудыг сонгох
7. Тайлагналын тогтолцоог бүрдүүлэх
8. Тэнцвэржүүлсэн үнэлгээний картыг шатлан хэрэгжүүлэх
9. Тогтолцоонд үнэлгээ өгч, тогтолцоог шинэчлэн баяжуулах

Тэнцвэржүүлсэн Үнэлгээний Картыг хэрэгжүүлснээр хүлээгдэж буй үр дүн:

- Ажил, чиг үүрэг, даалгавраас гадна тасаг, клиник, албадын үйл ажиллагаа стратеги, үр дүнд төвлөрнө.
- Тасаг, клиник, албад хоорондын зохицуулалтгүй, уялдаа холбоо муутай харилцааг нарийн зааглаж тодорхойлно.
- Үйл ажилагааг хэмжих замаар байгууллагын ажлын гүйцэтгэлийг сайжруулна.
- Цаг хугацааны хувьд хоцорч гардаг санхүүгийн мэдээллийн оронд гүйцэтгэлийн гол үзүүлэлтүүдэд суурилж оновчтой шийдвэр гаргахад удирдлагад тусална.
- Цаг хугацаа, хөрөнгө нөөцийг илүү үр дүнтэй төлөвлөж төсөвлөхөд удирдлагад тусална.
- Хийж буй ажлаа тэргүүлэх ач холбогдлоор нь эрэмбэлэхэд удирдлага, ажиллагсдад тусална.

Хэлцэмж:

1. Монголын үндэсний зөвлөхүүдийн холбоотой холбоо тогтоож, сургалт хийх, зөвлөгөө авах ажлыг зохион байгуулах
2. Нийт тасаг, клиник, албадын эрхлэгч нарыг ТҮК хэрэгжүүлэх сургалтанд хамруулна
3. Хоёр мэргэжилтэнг энэ чиглэлээр мэргэшүүлэн бэлтгэх
4. Нийт ажилчдад таниулах, ойлгуулах, оролцуулах
5. УНТЭ-ийн алсын хараа, эрхэм зорилго, стратеги зорилтуудад шинэчлэлийн засгийн газрын мөрийн хөтөлбөрийн заалтуудыг тусган нэмэлт, өөрчлөлт оруулж, баталгаажуулан хэрэгжүүлэх
6. УНТЭ стратеги төлөвлөлт удирдлагын тогтолцоонд ТҮК хэрэглэх санал дэвшүүлэх

Ном зүй:

1. Balans.sco. cart. institute
2. Монгол Улсад Төрийн өмчийн хорооны 2010 оны 4 дүгээр сарын 01-ний өдрийн 166 тогтоолын нэгдүгээр хавсралт

Дүрс оношлогооны салбарын тусламж үйлчилгээний чанар

С.Эрдэнэчимэг[1], П.Төгсжаргал[2], Д. Мөнхбаатар[2], Түвшинжаргал[2], Г.Даваа[2]
1- УНТЭ
2-ЭМШУИС

Дүрс оношлогооны салбарын үзүүлж байгаа тусламж үйлчилгээний чанар, аюулгүй байдлыг үнэлэхэд тухайн салбарт ажиллаж буй боловсон хүчний бэлтгэгдсэн байдал, стандарт дагаж мөрдөж буй эсэх, баримт бичгийн хөтлөлт, бусад эмнэлзүйн салбарын мэргэжилтнүүд болон үйлчлүүлэгч нарын хөндлөнгийн үнэлгээнүүдийг цогцоор нь авч үзэх шаардлагатай билээ.

Судалгааны зорилго: Дүрс оношлогооны тусламж үйлчилгээний чанар, аюулгүй байдлын өнөөгийн түвшинг тодорхойлох

Судалгааны зорилт:

1. Дүрс оношлогооны үйлчилгээний чанарт (эмч, эмнэлэгийн ажилчдын мэргэшсэн байдал, харьцаа хандлага, үйлдлийн стандартын баритмлал, шинжилгээний дүгнэлтийн чанар, клиникийн эмч нар болон үйлчлүүлэгч нарын үнэлгээ) үнэлгээ өгөх
2. Дүрс оношлогооны үйлчилгээний аюулгүй байдалд үнэлгээ өгөх

Судалгааны хамрах хүрээ, түүврийн хэмжээ, түүвэрлэсэн арга

I. Судалгааны хүрээ

1. *Хөдөө орон нутаг:* Хэнтий, Говь Алтай, Өвөрхангай, Сэлэнгэ, Дундговь аймгуудын
   - I шатлал – 2 өрхийн ЭМТ /нийт 10/, 2 сумын ЭМТ /нийт 10/
   - II шатлал – 5 Нэгдсэн эмнэлэг
   - III шатлал – 1 БОЭТ

2. *Хот: Улаанбаатар, Дархан*

   - I шатлал – 4 өрхийн ЭМТ
   - II шатлал – 2 Дүүргийн нэгдсэн эмнэлэг /Сонгино хайрхан, Сүхбаатар/, 1 Амаржих газар
   - III шатлал – ХСҮТ, ЭХЭМҮТ, ГССҮТ, УІТЭ, УІІТЭ

Судалгааны мэдээ цуглуулсан хугацаа: 2013 оны 1-р сарын 7 ноос 1-р сарын 30 ны өдрийг хүртэлх хугацаанд судалгааны ажлыг зохион байгуулав.
Судалгааны мэдээ материалыг цуглуулахад 10 судлаач оролцсон.

Судалгааг аналитик судалгааны агшингийн аргаар хийсэн

Асуумж бүхий судалгааны хуудас боловсруулан

- Дүрс оношлогооны салбарын хүний нөөцийн мэргэшсэн байдал, үйлдлийнстандартын баритмлалыг эмчээс -54, теникчээс- 50, сувилагчаас- 27 асуултаар
- Дүрс оношлогооны салбарын үйлчилгээний үнэлгээг эмнэлзүйн эмч нараас12, үйлчлүүлэгчээс -15 асуултаар
- Баримтын судалгаагаар дүрс оношлогооны тасаг бүрийн чанар болон аюулгүй ажиллагааны журам хөтөлдөг журналд 11 үзүүлэлтээр үнэлгээ өгсөн

Судалгааны ажлын үр дүн

- Дүрс оношогооны салбарт ажиллаж байгаа хүний нөөцийг чадавхийг үнэлэхэд I шатлалын эмнэлэгт ерөнхий мэргэжлийн эмч ажилладаг бөгөөд судалгаанд хамрагдсан 16 эмчээс 31.2 % нь 1-3 сарын хэт авиан оношлогооны мэргэжлийн баримжаа олгох сургалтанд суусан, өдөр тутмын эмнэлзүйд хэт авиан оношлогоог ашигладаггүй байна (Хүснэгт 1).
- II шатлалын аймаг, дүүргийн нэгдсэн эмнэлэг ажиллаж буй 19 эмчээс 63.2% нь ДО-ны резидентур төгссөн, 43.8% нь мэргэжил дээшлүүлсэн, ажилласан дундаж жил 13.2±5.1, 36.7% нь нарийн мэргэшүүлэх сургалтанд хамрагдсан, 2 ба түүнээс дээш аппарат дээр хөрвөн ажиллах чадамж 15.7% байна. Мэргэжлийн орчин үеийн мэдээлэлийг мэргэжлийн сэтгүүл, цахим сэтгүүл, мэргэжлийн

сургалт болон мэргэжлийн номноос тус бүр давхардсан тоогоор 57.8%, 31.5%, 57.8, 57.8% авдаг байна (Хүснэгт 1).

Судалгаанд хамрагдсан 14 техникчээс 92.6% нь дипломын боловсролтой, 50% нь мэргэжил дээшлүүлсэн, 28.6% нь нарийн мэргэшүүлэх сургалтанд хамрагдсан, мөн 28.6% нь олон аппарат дээр хөрвөн ажиллах чадамжтай гэжээ. Мэргэжлийн мэдээлэлийг 66.3% нь мэргэжлийн сэтгүүл, сургалт, цахим сэтгүүлээс авдаг байна. 3 сувилагчийн 66.7% дипломын, 33.3% нь богино хугацааны сургалтаар мэргэжил эзэмсэн, 100% мэргэжил дээшлүүлсэн, цахим сэтгүүл огт ашигладаггүй гэжээ (Хүснэгт 2).

- III шатлалын Төв болон тусгай мэргэжлийн эмнэлэгийн 38 дүрс оношлогооны эмч судалгаанд хамрагдсанаас ДО-ны резидентур, олгох сургалтаар 65.8% болон 34.2% тус бүр мэргэжил эзэмшжээ. Дуран оношлогооны дийлэнх эмч нар олгох сургалтаар мэргэжил эзэмшсэн байна. Дунджаар ажилласан жил 15.9±6.6, 61.2% нь мэргэжил дээшлүүлсэн, 47.3% нь Компьютер томографи, Соронзон резонанст томографи, Дуран, Ангиографи, Цөмийн оношлогоо зэрэг нарийн мэргэшүүлэх сургалтанд хамрагдсан, 56.1% нь зөвхөн 1 аппарат дээр, 39.2% нь 2 ба түүнээс дээш аппарат дээр хөрвөн ажиллах чадамжтай гэжээ. Мэргэжлийн орчин үеийн мэдээлэлийг давхардсан тоогоор мэргэжлийн сэтгүүлээс 50% нь, цахим сэтгүүлээс 60.5% нь, мэргэжлийн сургалтаас 50%, болон мэргэжлийн номноос 68% нь авдаг байна (Хүснэгт 1).

21 техникчээс 4.7% нь бакалаврын, 90.5% нь дипломын боловсролтой, 90% нь мэргэжил дээшлүүлсэн, 57.4% нь нарийн мэргэшүүлэх сургалтанд хамрагдсан, мөн 60.9% нь олон аппарат дээр хөрвөн ажиллах чадамжтай гэжээ. Мэргэжлийн мэдээлэлийг давхардсан тоогоор 84.5% нь мэргэжлийн сэтгүүл, сургалт, цахим сэтгүүлээс авдаг байна.

9 сувилагчийн 44.4% нь бакалавр, 44.4% дипломын, 11.2% нь богино хугацааны сургалтаар мэргэжил эзэмсэн, 100% мэргэжил дээшлүүлсэн, нарийн мэргэшүүлэх сургалтанд 77.7% нь хамрагдсан, мэргэжлийн сургалтыг мэргэжлийн сэтгүүл, сургалтаас авдаг гэжээ (Хүснэгт 2).

Хүснэгт 1.

Дүрс оношлогооны салбарын мэргэжилтний мэргэшсэн байдал (1)

Үзүүлэлт	Эмч		
	I шатлал	**II шатлал**	**III шатлал**
	n (%)	n (%)	n (%)
Судалгаанд хамрагдсан нийт мэргэжилтний тоо	16(100%)	19 (100%)	38 (100%)
Ажилласан дундаж жил	-	13.2±5.1	15.9±6.6
Мэргэжил эзэмшсэн байдал			
ДО-ны резидентур төгссөн		12 (63.2%)	25 (65.8%)
Олгох сургалтаар мэргэжил эзэмшсэн	5(31.2%)	7 (36.8%)	13 (34.2%)
Мэргэжил дээшлүүлсэн байдал			
тийм		7 (43.80%)	21 (61.8%)
үгүй		9 (56.30%)	13 (38.2%)
Нийт		16 (100%)	34 (100%)
Нарийн мэргэшүүлэх сургалтанд хамрагдсан байдал			
КТ		3 (15.7%)	6 (15.8%)
СРТ		-	5 (13.1%)
Дуран		4 (21.0%)	7 (18.4%)
Дүрс оношлогооны тоног төхөөрөмж дээр хөрвөн ажиллах чадамж		16 (84.3%)	21 (56.7%)
1 аппарат		3 (15.7%)	6 (16.2%)
2 аппарат		0 (0%)	10 (23.0%)
3 ба түүнээс дээш			
Мэргэжлийн орчин үеийн мэдээлийг хаанаас авдаг эсэх (давхардсан тоогоор)			
Мэргэжлийн сэтгүүл		11 (57.8%)	19 (50.0%)
Цахим сэтгүүл		6 (31.5%)	23 (60.5%)
Мэргэжлийн сургалт		11 (57.8%)	19 (50.0%)
Мэргэжлийн ном		11 (57.8%)	26 (68.4%)
Бусад		6 (31.5%)	15 (39.4%)

Хүснэгт 2.

Дүрс оношлогооны салбарын мэргэжилтний мэргэшсэн байдал (2)

Үзүүлэлт	Техникч		Сувилагч	
	II шатлал	III шатлал	II шатлал	III шатлал
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Судалгаанд хамрагдсан нийт мэргэжилтний тоо	14 (100%)	21 (100%)	3 (100%)	9 (100%)
Ажилласан дундаж жил	16.1±15	16.1±15	19.3±14.7	19.3±147
Мэргэжил эзэмшсэн байдал				
Бакалавр		1 (4.7%)		4(44.4%)
Диплом	13(92.3%)	19(90.5%)	2(66.7%)	4 (44.4%)
Богино хугацааны сургалт	1 (7.7%)	1 (4.7%)	1 (33.3%)	1 (11.2%)
Мэргэжил дээшлүүлсэн байдал	7 (50.0%)	19(90.5%)	3 (100%)	9 (100%)
тийм	7 (50.0%)	2 (9.5%)		
үгүй				
Нарийн мэргэшүүлэх сургалтанд хамрагдсан байдал	2 (14.3%)	6 (28.6%)		5 (55.5%)
КТ	2 (14.3%)	5 (23.8%)		-
СРТ	-	-	1 (33.3%)	2 (22.2%)
Дуран		1 (4.7%)		
Цөмийн оношлогоо				
Дүрс оношлогооны тоног төхөөрөмж дээр хөрвөн ажиллах чадамж			-	-
1 аппарат	10(71.4%)	21 (100%)		
2 аппарат	4 (28.6%)	11(52.3%)		
3 ба түүнээс дээш	0 (0%)	6 (28.6%)		
Мэргэжлийн орчин үеийн мэдээлийг хаанаас авдаг эсэх (давхардсан тоогоор)				
Мэргэжлийн сэтгүүл	4 (28.6%)	3 (13.1%)	1 (33.3%)	2 (22.2%)
Цахим сэтгүүл	4 (28.6%)	10(47.6%)	0 (0%)	4 (44.4%)
Мэргэжлийн сургалт	1 (7.1%)	5 (23.8%)	2 (66.6%)	4 (44.4%)
Мэргэжлийн ном	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (11.1%)
Бусад	-	-	1 (33.3%)	1 (11.1%)

Мэргэжил дээшлүүлэх, мэргэшүүлэх сургалтанд III шатлалын эмнэлэгийн ажилчид илүү түлхүү хамрагджээ. Мөн олон төрлийн аппарат дээр хөрвөн ажиллах чадамж III шатлалын техникч нарт илүү өндөр байна. Техникч нарт мэргэжлийн ном огт

байдаггүй нь судалгаанаас харагдлаа. Сургалтыг мэргэжлийн болон цахим сэтгүүлээс дийлэнх нь авдаг байна.

Хүснэгт 3.

Стандарт болон аюулгүй ажиллагааны дүрэм

Үзүүлэлт	Эмч		Техникч		Сувилагч	
	II шатлал	III шатлал	II шатлал	III шатлал	II шатлал	III шатлал
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Үйлдлийн стандарт баримтлал						
Хангалттай	19 (100%)	38 (100%)	12(85.7%)	21 (100%)	3(100%)	9 (100%)
Хангалтгүй	-		2 (14.3%)	-		-
Аюулгүй ажиллагааны дүрэм баримтлал						
Хангалттай	17 (89.5%)	28(73.6%)	13(92.9%)	19(90.5%)	3(100%)	8 (88.9%)
Хангалтгүй	2 (10.5%)	10(26.4%)	1 (7.1%)	2 (9.5%)	-	1 (11.1%)
Цацрагийн аюулгүй ажиллагааны дүрэм баримтлал						
Хангалттай	12 (63.1%)	29 (93.5%)	7 (50%)	15(88.2%)	-	9 (100%)
Хангалтгүй	7 (36.9%)	3 (6.5%)	7 (50%)	2 (11.8%)		-

II, III шатлалын эмнэлэгийн эмч, техникч, сувилагч нар үйлдлийн стандарт хангалттай баримталдаг, цөөн хувь нь аюулгүй ажиллагаа болон цацрагийн хамгаалалтын дүрмийг хангалтгүй баримталдаг гэсэн байна.

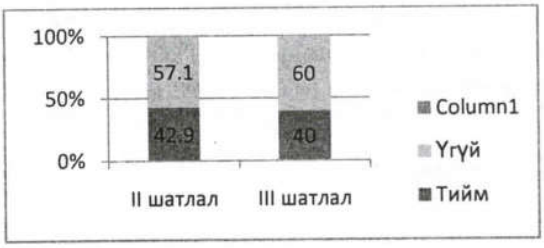
Зураг 1.

Эмнэлзүйн эмчийн асуумж

II, III шатлалын эмнэлэгийн эмнэлзүйн эмчийн асуумжаар тус 76.2% болон 70% нь дүрс оношлогооны шинжилгээний хариу гарах хугацаа нь 1-2 цагийн дотор байвал тохиромжтой гэжээ.

Зураг 2.

Шаардлага хангасан тоног төхөөрөмжөөр шинжилгээ хийдэг эсэх



57.1% болон 60% нь шаардлага хангасан тоног төхөөрөмжөөр шинжилгээ хийдэггүй гэсэн байна.

Хүснэгт 5.

Үйлчлүүлэгчийн асуумж (I)

Үзүүлэлт	I шатлал	II шатлал	III шатлал
	n (%)	n (%)	n (%)
Багажийн шинжилгээ хийлгэхийн тулд хаана хандаг эсэх			
Өрх, сумын эмнэлэг	1 (4.76%)	14 (23.7%)	11 (10.0%)
Аймаг, дүүргийн нэгдсэн эмнэлэг	12 (57.1%)	32 (54.2%)	15 (13.6%)
Хотын төв эмнэлэг	9 (42.87%)	12 (20.3%)	67 (60.9%)
Хувийн эмнэлэг	0	1 (1.7%)	17 (15.5%)
Үйлчлүүлэгч нарт тулгардаг бэрхшээл			
Ачаалал ихтэй	5(23.8 %)	13 (22.7%)	46 (42.5%)
Олон хоног хүлээдэг	12 (57.1%)	7 (12.1%)	25 (22.8%)
Үйлчилгээний танхим тав тухгүй	2 (9.5%)	2 (3.4%)	6 (5.8%)
Бусад	2 (9.5%)	37(62%)	23 (48.9%)
Шинжилгээнд ороходоо хэдэн цаг хүлээдэг эсэх			
1-4 цаг	2 (9.5%)	37 (62.7%)	35 (33.0%)
4-8 цаг	2 (9.5%)	2 (3.4%)	18 (17.0%)
8 аас дээш цаг	12 (57.1%)	4 (6.8%)	7 (6.6%)
2-5 хоног	5(23.8 %)	16 (27.1%)	46 (43.4%)
Нийт	21(100%)	59(100%)	109(100%)

I, II, III шатлалын үйлчлүүлэгчид нь багажын шинжилгээ хийлгэхийн тулд зонхилон аймаг, дүүргийн нэгдсэн эмнэлэг болон хотын төв эмнэлэгт ханддаг, мөн тухайн эмнэлэгүүдэд үйлчлүүлэхэд ачаалал их, олон хоног хүлээдэг бэрхшээлүүд өгүүлжээ.

Зураг 3.

Үйлчлүүлэгчийн асуумж (II)

II шатлалаар үйлчлүүж байсан 59 үйлчлүүлэгчийн асуумжаар багажийн шинжилгээг баталгаатай зөв гэж үздэг нь 63.8%, шинжилгээний нууцлалыг хадгалж байгаа гэж үздэг нь 57.6%, эмч техникч, сувилагч нар шинжилгээний үйлдлийн талаар тайлбарладаг гэсэн нь 46.2%, үйлчлүүлэхэд бэрхшээл учирдаг гэсэн нь 25.4% байна.

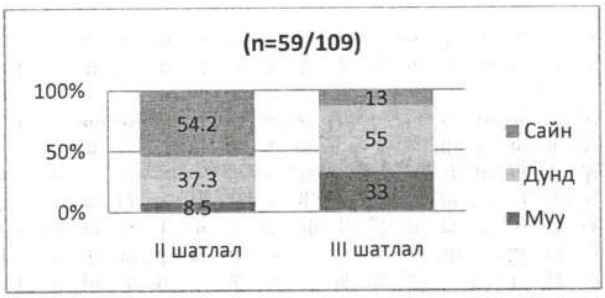
Зураг 4.

Үйлчлүүлэгчийн асуумж (III)

III шатлалаар үйлчлүүж байсан 109 үйлчлүүлэгчээс асуумжаар багажийн шинжилгээг баталгаатай зөв гэж үздэг нь 48.2%, шинжилгээний нууцлалыг хадгалж байгаа гэж үздэг нь 41.3%, эмч техникч, сувилагч нар шинжилгээний үйлдлийн талаар тайлбарладаг гэсэн нь 30.3%, үйлчлүүлэхэд бэрхшээл учирдаг гэсэн нь 37.7% байна.

Зураг 5.

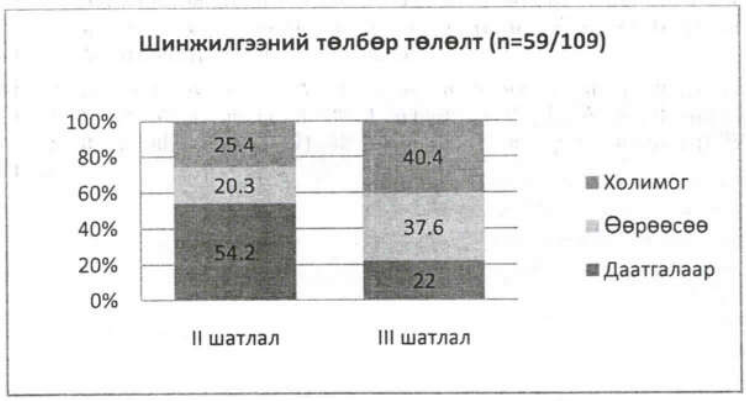
Эмч, ажилчдын харьцаа, хандлага



Дүрс оношлогооны эмч ажилчдын харьцаа хандлагын үнэлгээгээр II шатлалын эмнэлэг сайн нь 54.2%, дунд зэрэг нь 37.3%, муу нь 8.5% байхад III шатлалын эмнэлэгт сайн нь 13%, дунд зэрэг нь 53%, муу нь 33% байгаа нь III шатлалын эмнэлэг илүү ачаалалтай ажилладаг, үйлчлүүлэгч нарт цаг зав бага зарцуулдаг нь харагдаж байна.

Зураг 6.

Шинжилгээний төлбөр төлөлт



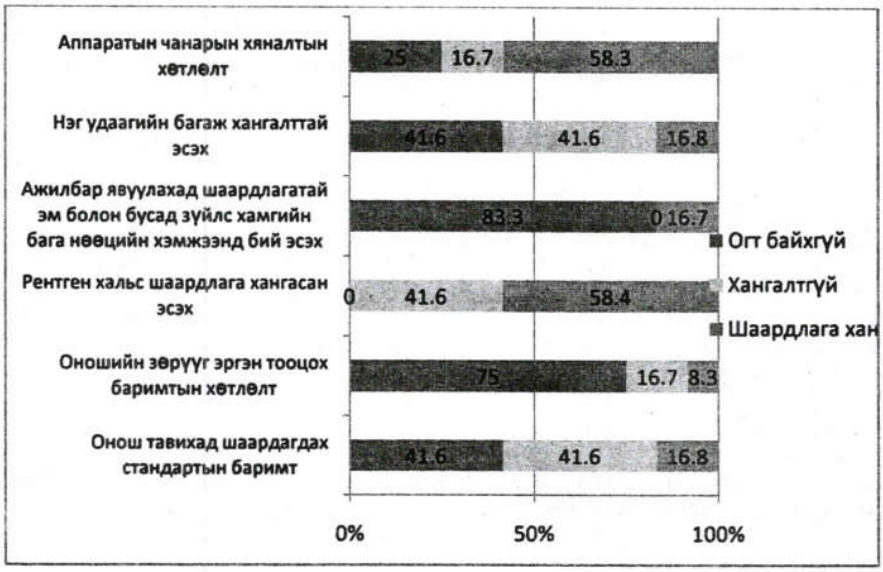
Шинжилгээний төлбөрийг дийлэнх нь II шатлалын эмнэлэгт даатгалаар (54.2%), III шатлалын эмнэлэгт холимог (40.4%) хэлбэрээр төлдөг гэжээ (Зураг 5,6).

❖ **Баримтын үнэлгээ**

Баримтын үнэлгээгээр II шатлалын 12 тасагт хийсэн судалгаагаар аппаратын чанарын хяналт хөтлөлт шаардлага хангасан нь 58.3%, нэг удаагийн багаж хангалттай эсэх нь 16.3%, ажилбар явуулахад шаардлагатай эм болон бусад зүйлсийн хангамж 16.3%, рентген хальс шаардлага хангасан эсэх нь 58.4%, оношийн зөрүүг эргэн тооцох баримтын хөтлөлт болон онош тавихад шаардагдах стандартын баримтын хөтлөлт шаардага хангасан нь тус бүр 8.3%, 16.8% байлаа (Зураг 7).

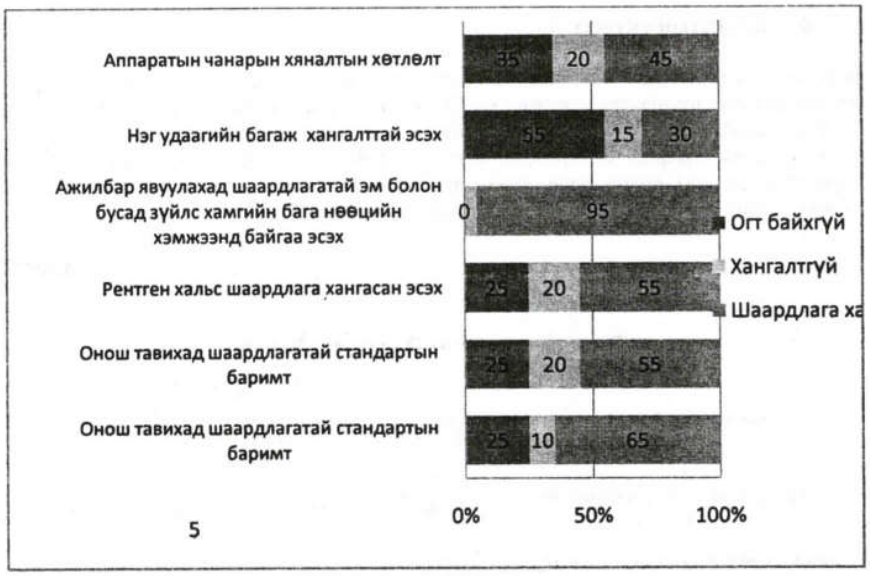
Зураг 7.

Баримтын үнэлгээ II шатлал: Чанар



Зураг 8.

Баримтын үнэлгээ III шатлал: Чанар



III шатлалын 20 тасагт хийсэн судалгаагаар аппаратын чанарын хяналт хөтлөлт шаардлага хангасан нь 45%, нэг удаагийн багаж хангалттай эсэх нь 30%, ажилбар явуулахад шаардлагатай эм болон бусад зүйлсийн хангамж 95%, рентген хальс шаардлага хангасан эсэх нь 55%, оношийн зөрүүг эргэн тооцох баримтын хөтлөлт болон онош тавихад шаардагдах стандартын баримтын хөтлөлт шаардага хангасан нь тус бүр 55%, 65% байлаа.

Хоёрдугаар зорилтын хүрээнд

II, III шатлалын эмнэлэгийн Дүрс оношлогооны үйлчилгээний аюулгүй байдалд үнэлгээг баримтын аргаар өглөө.

Зураг 9.

Баримтын үнэлгээ II шатлал: Аюулгүй байдал

Нийт 12 тасгийн тоног төхөөрөмжийн урсгал засвар болон их засварын хөтлөлт 58.3%, өрөөний цацрагийн тунгийн хяналт 83.3%, дозиметрийн хяналтын хөтлөлт 50%, тасалгааны хэмийн хөтлөлт 100%, осол гэмтлийн үед авах арга хэмжээний тухай бичгээр боловсруулсан журам 63.6%, галын хор 83.3%, халдваргүйжилт, хяналтын хөтлөлт 50% нь тус бүр огт байхгүй гэсэн үнэлгээ авлаа.

Зураг 10.

Баримтын үнэлгээ III шатлал: Аюулгүй байдал

20 тасгийн тоног төхөөрөмжийн урсгал засвар болон их засварын хөтлөлт 15%, 40 %, өрөөний цацрагийн тунгийн хяналт 10%, 65%, дозиметрийн хяналтын хөтлөлт 0%, 45%, тасалгааны хэмийн хөтлөлт 0%, 95%, осол гэмтлийн уед авах арга хэмжээний тухай бичгээр боловсруулсан журам 25%, 25%, галын хор 15%, 35%, халдваргүйжилт, хяналтын хөтлөлт 30%, 30% нь тус бүр шаарлага хангаагүй болон огт байхгүй гэсэн үнэлгээтэй байна.

Дүгнэлт:

1. Судалгаанд хамрагдсан II, III шатлалын дүрс оношлогооны эмч нарын 63% нь резидентур төгссөн. техникчдийн 90 гаруй хувь нь дипломын боловсролтой.сувилагч нарын 44% нь бакалавр, 66% нь дипломын боловсролтой. нарийн мэргэжсэн. олон аппарат дээр хөрвөн ажиллах чадвартай байна.

   Үйлчлүүлэгч нарын 87% нь дүрс оношлогооны шинжилгээг аймаг. дүүргийн нэгдсэн эмнэлэг. төв эмнэлэгт хийлгэдэг, 61% нь эмнэлэгийн ажилчдын харьцаа, хандлагыг дунд зэрэг, үйлчлүүлэхэд ачаалал ихтэй. оношлогоо. эмчилгээний чанар хангалтгүй гэж дүгнэсэн байна. Эмнэлэгийн эмч нарын 60 % нь тоног төхөөрөмжийн хүчин чадал муутайгаас дүрс оношлогооны үйлчилгээний чанар хангалтгүй байна гэж үнэлсэн.
2. Дүрс оношлогооны тасгийн зохион байгуулалт стандартад нийцэхгүй, хөдөлмөр хамгаалал. аюулгүй ажиллагааны хэрэгжилт хангалтгүй. цацрагийн хамгаалалтын стандартыг баримталдаггүй, тоног төхөөрөмжийн календарчилсан үзлэг, засвар үйлчилгээ тогтмол хийгддэггүй, дотоод хяналт сул, шаардлагатай багаж хэрэгсэл хүртээмжгүй. арчлалт. халдваргүйжилтийн хөтлөлт муу байгаа нь аюулгүй ажиллагаа хангалтгүй байгааг харуулж байна.

Ашигласан ном:

1. Анхан шатны тусламжийн эмнэлгийн техник. хэрэгслийн судалгаа. Эрүүл мэндийн яам. Эрүүл мэндийн салбарын хөгжил хөтөлбөр – 3, 2010он
2. Эрүүл мэндийн салбарын мастер төлөвлөгөөний хэрэгжүүлэх хүрээ 2006-2010. УБ хот 2007 он.
3. Хүн амд үзүүлэх рентген радиологийн тусламжийн товч лавлах Т. Пүрэвжав. . Онхуудай. Р. Асай УБ хот 1989
4. IAEA guidelines for nuclear medicine. 2006
5. Handbook for Quality Audit in Nuclear Medicine. IAEA, 2009
6. Planning an Imaging Department, P. Rashi et all, pages 1 –9, hppt: //www. Imaging diagnostics criteria/
7. Quality systems for Medical Imaging, WHO Regional Publication
8. Diagnostic Imaging, http://www.who.int/diagnostic_imaging/

Улсын нэгдүгээр төв эмнэлгийн дотор, мэдрэлийн клиникт хэвтэн эмчлүүлэгчдийн дунд шаардлагагүй хэвтэлтийг харьцуулан судалсан нь

М.Уранчимэг[1],
Ж.Пүрэвдолгор[2], Ц.Батжаргал[2], Ц.Үүрийнтуяа[2]
[1]Улсын Нэгдүгээр Төв Эмнэлэг, Чанарын алба
[2]УНТЭ-ийн дотрын резидент эмч
m_urna@yahoo.com

Түлхүүр үг: Шаардлагагүй хэвтэл

Оршил:

Үйлчлүүлэгчдэд үзүүлж байгаа тусламжийн чанар нь аюулгүй, үр дүнтэй, үр ашигтай, үйлчлүүлэгч рүү чиглэсэн, тэгш хүртээмжтэй, тохирсон цаг хугацаанд үзүүлснээр илэрхийлдэг. Өөрөөр хэлбэл тухайн эмнэлэг өөрийнхөө хүлээсэн үүрэгтээ тохирсон тусламжийг үзүүлж байгаа эсэх, тэр үзүүлж байгаа тусламж нь шаардлагатай хүндээ хүртээмжтэй хүрч байгаа эсэх нь чанарын илэрхийлэх үндсэн шинжүүдийн нэг юм.

Гэтэл эрүүл мэндийн тогтолцоонд өвчтөн тохирсон түвшиндээ, тохирсон эмнэлгийн тусламжийг авах, нөгөө талаар шаардлагагүй илүүц оношлогоо, эмчилгээнээс шалтгаалан аливаа эрсдэлд өртөхгүй байх асуудал нэн чухал болсоор байна. Шаардлагагүй хэвтэлтийн үр дүнд үйлчлүүлэгч дээрх эрсдэлд учрахаас гадна эмнэлгийн байгууллага, эмч мэргэжилтнүүдэд эдийн засаг, зохион байгуулалт, хүний нөөцийн ихээхэн хүндрэл бэрхшээлийг авчирдаг. Эдгээрээс хамгийн гол нь эмч нарын үйлчлүүлэгчид нарийн мэргэжлийн тусламжийг цаг алдалгүй, бүрэн дүүрэн үзүүлэх, анхаарал тавих боломжийг хязгаарлах, ингэснээр бусад өвчтөнд чанартай тусламж үзүүлэх нөхцөлийг мөн алдагдуулах, улмаар тусламж үйлчилгээний чанарт сөргөөр нөлөөлж байгаа явдал юм.

Шаардлагагүй хэвтэлтэнд нөлөөлж байгаа үндсэн шалтгаан нь үйлчлүүлэгчийн хэвтэн эмчлүүлэх хүсэл эрмэлзэл, тэдний эрүүл мэндийн боловсролын дутмаг байдал, эрүүл мэндийн байгууллагуудын зүгээс оношийн бодит өртөгөөр санхүүжихгүй байгаа энэ үед хөнгөн өвчтөнд бага зардал зарцуулан санхүүжилтээ бүрэн авах сонирхол, мөн эрүүл мэндийн салбарын хэмжээнд байгууллагуудад тохирсон хэвтүүлэн эмчлэхэд сонгох шалгуур тодорхойгүй байгаа зэрэг нь юм.

Дэлхийн олон улс орнууд эрүүл мэндийн тусламжийн чанарт сөргөөр нөлөөлж байгаа шаардлагагүй хэвтэлтийг тооцон судалж, түүнд түшиглэн тусламжийн чанарыг сайжруулах боломж, гарцыг эрэлхийлдэг байна.

Үндэслэл:

Азийн хөгжлийн банкны санхүүжилтээр 2010 онд Монгол улсын эрүүл мэндийн байгууллагуудад хийгдсэн "Шатлал хооронд үйлчлүүлэгч шилжүүлэх ба хаалга барих" судалгаанаас харахад нийт шатлал дамжин шилжин ирж эмчлэгдсэн үйлчлүүлэгчдийн 40 хувь нь анхан ба хоёрдох шатлалын эрүүл мэндийн байгууллагуудаас гурав дах шатлалын эмнэлгүүдэд илгээсэн үйчлүүлэгч эзэлж байна.

Мөн өвчтөн өөрсдөө дээд шатны эмнэлэгт шилжин ирж эмчлэгдэх байдал Улаанбаатар хотын эмнэлгүүдийн хувьд 20 хувь, хөдөө орон нутгийн үйлчлүүлэгчийн хувьд 45 хувь байгаа нь үйлчлүүлэгч эрүүл мэндийн тусламж авахын тулд өөрсдийн хүсэлтээр шатлал алгасан эмчлүүлэх сонирхол илүү байгааг харуулж байна.

Улсын хэмжээнд хэвтэн эмчлүүлэгчдийн 19.8 хувь нь Төв болон тусгай мэргэжлийн төв эмнэлгүүдээр үйлчлүүлсэн ба нийт хэвтэн эмчлүүлэгчидийн тоог 2009 онтой харьцуулбал 2011 онд 5.3 хувиар, хөдөөнөөс ирж эмчлүүлэгчид 13.1 хувиар нэмэгдсэн статистик дүн гарсан байна.

Төв эмнэлгүүдээр 2011 онд хэвтэн эмчлүүлсэн үйлчлүүлэгчдийн **47 хувь** нь зөвхөн УНТЭ – ээр үйлчлүүлсэн байгаа ба тус эмнэлгээр хэвтэн эмчлүүлэгчдийн тоо 2012 оны байдлаар 2009 оноос 10.8 хувиар, 2011 оноос 1.8 хувиар нэмэгдсэн байна. А.Е.Логинов болон Д.Бат-Очир нарын судалгаагаар 2004 онд хэвтэх шаардлагагүй эмнэлгийн хэвтэлтийн 40.7-43.8% нь дотрын өвчтөнүүд, В.А.Миняевийн судалгаагаар 20.6% байлаа.[ii]Энэхүү судалгаанаас хойш шаардлагагүй хэвтэлтийг судалсан судалгаа хангалттай бус байгаа юм.

Тус эмнэлгийн 2011 оны шаардлагагүй хэвтэлтийн түвшинг тодорхойлох судалгааны дүн болон мөн 2012 онд нийслэлийн хоёр, гурав дах шатлалын эмнэлгүүдийн дотор, мэдрэлийн чиглэлийн клиник, тасгийн шаардлагагүй хэвтэлтийн түвшинг тогтоох судалгааны дүнтэй харьцуулахаар энэхүү судалгааг явуулах болсон.

Зорилго:

УНТЭ – ийн дотор, мэдрэлийн клиникт 2012 онд хэвтэн эмчлүүлэгчдийн дундах шаардлагагүй хэвтэлтийн түвшинг тодорхойлж, түүнийг тус эмнэлгийн 2011 оны шаардлагагүй хэвтэлтийн түвшин болон нийслэлийн зарим эрүүл мэндийн байгууллагын шаардлагагүй хэвтэлтийн түвшинтэй харьцуулах

Зорилт:

1. УНТЭ – ийн дотор, мэдрэлийн клиникт 2012 онд хэвтэн эмчлүүлэгчдийн дунд шаардлагагүй хэвтэлтийн түвшинг тодорхойлох
2. УНТЭ – ийн 2012 оны шаардлагагүй хэвтэлтийн түвшинг УНТЭ – ийн 2011 оны шаардлагагүй хэвтэлтийн түвшин болон нийслэлийн зарим эмнэлгүүдийн түвшинтэй харьцуулах
3. Судалгааны үр дүнд тулгуурлан зөвлөмж боловсруулах

Судалгааны арга:

Судалгааг олон улсад хэрэглэдэг AEP /Approprateness Evaluation Protocol/ аргачлалыг суурь болгон өөрийн орны онцлогт тохируулан боловсруулсан 5 бүлэг, 46 асуулт бүхий судалгааны хяналтын хуудсаар 2012 онд тухайн эмнэлгийн дотор, мэдрэлийн клиникүүдэд хэвтэн эмчлэгдсэн үйлчлүүлэгчдийн нийт 100 өвчтөний түүхээс түүвэр судалгааны аргаар сонголт хийж явуулаа. Судалгаанд хамрагдах клиникийг шаардлагагүй хэвтэлт илүү тохиолдох магадлалыг тооцож дотор, мэдрэлийн

[i] Монголын анагаах ухаан, 2004 1(127)

клиникүүдийг сонгосон болно. Өвчний түүхийг сонгохдоо тухайн тасгийн орны тоо болон 2012 онд эмчлэгдсэн нийт үйлчлүүлэгчийн тоотой харьцуулан ХБЭЭСК – ийн 14, БЭСК – ийн 16, ЦЭСК – ийн 10, ДШЭСК – ийн 10, ЗСҮСК – ийнн 19, УЭСК – ийн 14, МЭСК – ийн 17 түүхийг сонгож судалгааг хийсэн.

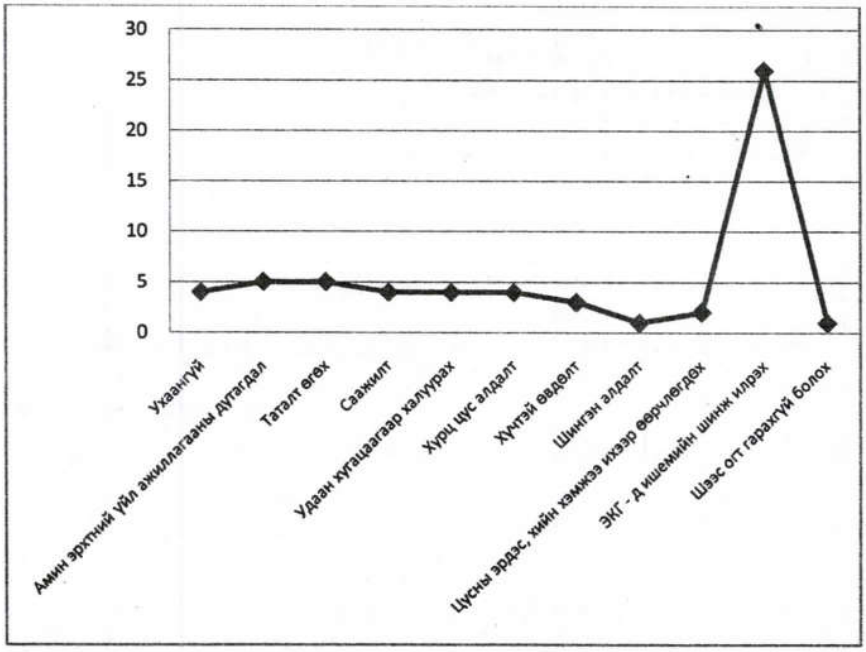
Судалгааны үр дүн:

1. 2012 оны "шаардлагагүй хэвтэлт"- ийн түвшин

Судалгаанд хамрагдсан үйлчлүүлэгчдийн 49 % эрэгтэй, 51 % эмэгтэй байсан.
Насны хувьд: 20 хүртэлх насны 2%, 21-30 насны 17%, 31-40 насны 16%, 41-50 насны 24%, 51-60 насны 18%, 61 ба дээш насны үйлчлүүлэгч 23% байв.
Дундаж ор хоног – 10.09 байв.
Судалгаанд хамрагдсан үйлчлүүлэгчдээс арваас дээш хоног эмчлэгдсэн үйлчлүүлэгч 16% - ийг эзэлж байлаа.
Хэвтэн эмчлүүлэгчдийн:

- 18 % - Яаралтай,
- 82% - Төлөвлөгөөт журмаар тус тус хэвтсэн байна.

1. Өвчний эмнэлзүйн шинж тэмдэг:

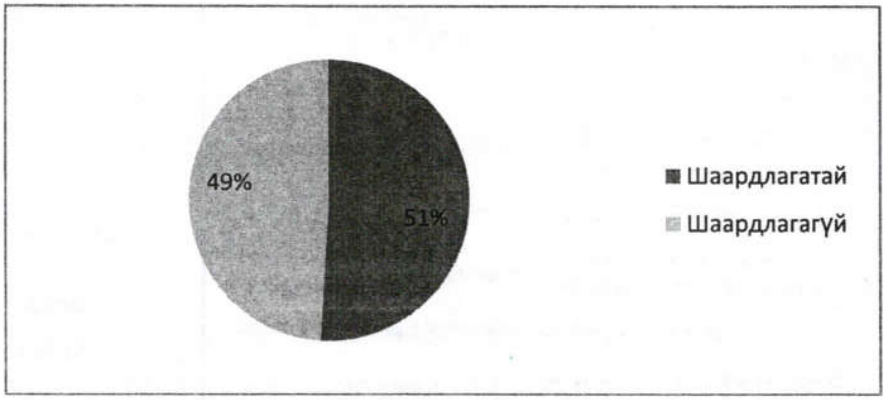


2. Шинжилгээ
   - Шинжилгээний бүрдүүлэлтийн хувьд бүрэн шинжилгээтэй хэвтсэн үйлчлүүлэгч - 50%
   - Стационарын бус нөхцөлд хийж болохгүй багажийн болон үйл оношийн шинжилгээ, түүнийг давтан хянах шаардлагатай тохиолдол – 21%

3. Эмчилгээ
   - Зайлшгүй дусал тарилга хийгдэх шаардлагатай байсан – 17 %
   - Амь насанд аюултай болон хими, бусад хяналтанд байж хийгдэх эмчилгээ хийлгэсэн – 12 %
   - Хэвтмэгцээ эмчилгээнд орж амьсгал зүрх судас дэмжих шаардлагатай байсан – 4%
   - Зөвхөн стационарт байдаг багаж ашиглан эмчилгээ хийх шаардлагатай байсан - 15%
   - Хоёр цаг тутамд амин үзүүлэлтийг хянах шаардлагатай байсан - 18%
   - Шингэнийг 24 – 48 цагийн дотор амаар уулгах боломжгүй, 8 цаг тутамд шингэнийг судсаар сэлбэх шаардлагатай – 5%

4. Экспертийн үнэлгээ:

Шаардлагагүй хэвтэлтийн түвшин:



Шаардлагагүй хэвтсэн үйлчлүүлэгч эмчлэгдвэл зохих түвшин:

- Тохирсон шатлалд хэвтэж эмчлэгдэх байсан – 21
- Өдрийн эмчилгээнд – 5
- Амбулатор – поликлиникт – 4
- Өрхийн эмнэлэгт – 6
- Нөхөн сэргээх эмчилгээнд – 5
- Сувилалд – 2
- Огт эмчлэгдэх шаардлагагүй байсан – 6

2.1. УНТЭ – ийн 2011 болон 2012 оны "шаардлагагүй хэвтэлт"- ийн түвшинг харьцуулсан дүн

Судалгаанд хамрагдсан үйлчлүүлэгчийн хүйс, насны байдлын хувьд ялгаа ажиглагдсангүй.

Хэвтэлтийн төрлийн хувьд яаралтай журмаар хэвтсэн үйлчлүүлэгчийн тоо 4%-иар нэмэгдсэн.

Өвчний эмнэлзүйн шинж тэмдэгийн хувьд 2011 онд нийт судалгаанд хамрагдсан үйлчлүүлэгчийн 11% -д ухаангүй, 6% - д цусны эрдэс, хийн хэмжээ ихээр өөрчлөгдөх, 5% - д хурц цус алдалт зэрэг хүндрэлийн шинж тэмдгүүд илэрч байсан бол 2012 онд зүрхний цахилгаан бичлэгт ишемийн өөрчлөлт, амьсгал зүрх судасны үйл ажиллагааны алдагдал, таталт өгөх шинж тэмдгүүд давамгай илэрч байлаа.

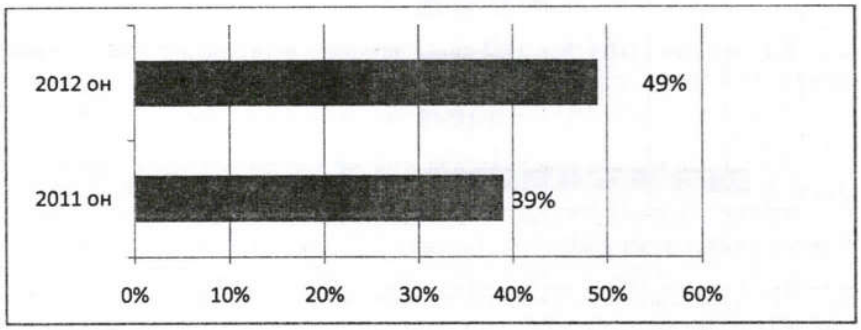
Шинжилгээний бүрдүүлэлтийн хувьд 2 судалгааны дүн ялгаагүй байсан ба стационарын бус нөхцөлд хийж болохгүй багажийн болон үйл оношийн шинжилгээ, түүнийг давтан хянах шаардлагатай тохиолдолын тоо 9% - иар нэмэгдсэн байна.

Эмчилгээний хувьд зайлшгүй дусал тарилга хийгдэх шаардлагатай байсан, хоёр цаг тутамд амин үзүүлэлтийг хянах шаардлагатай байсан зэрэг тохиолдлын тоо өмнөх оны түвшинд байсан ба амь насанд аюултай болон хими, бусад хяналтанд байж

хийгдэх эмчилгээ хийлгэсэн, зөвхөн стационарт байдаг багаж ашиглан эмчилгээ хийх шаардлагатай байсан тохиолдлын тоо нэмэгджээ.

Экспертийн үнэлгээнээс:

Шаардлагагүй хэвтэлтийн түвшин:



2.2. Нийслэлийн зарим эмнэлгийн "Шаардлагагүй хэвтэлт" – ийн түвшинтэй харьцуулсан дүн

Азийн хөгжлийн банкны санхүүжилтээр 2012 онд хийгдсэн нийслэлийн зарим эмнэлгүүдийн "шаардлагагүй хэвтэлт" – ийн түвшинг тодорхойлох эрүүл мэндийн тусламжийн шатлал бүрийн төлөөллийг оролцуулан явуулсан судалгааны дүнг харьцуулан дараах хүснэгтээр гаргалаа.

№	Асуумж	УНТЭ 2012	ШНТЭ, УНТЭ	ЭХЭМҮТ	СХНЭ СБНЭ	Хувийн хэвшлийн эмнэлэг
1.	Яаралтай журмаар хэвтсэн	18%	33.3%	24%	36%	49%?
2.	Хүндрэлийн шинж тэмдэг илэрсэн	59%	64.3%	-	68.7%	0
3.	Зайлшгүй дусал тарилга хийгдэх шаардлагатай байсан /24 цагаар/	17%	41.4%	6%	30%	0
4.	Хэвтмэгцээ эрчимт эмчилгээнд орж 8 цаг тутамд амьсгал, зүрх судас дэмжих шаардлагатай	4%	4.3%	10%	20.7%	0
5.	Зөвхөн стационарт байдаг багаж ашиглан эмчилгээ хийх шаардлагатай байсан	15%	19.5%	9%	32%	0
6.	Хоёр цаг тутамд амин үзүүлэлтийг хянах шаардлагатай байсан	18%	8.1%	19%	24.7%	0
7.	Шингэнийг 24 – 48 цагийн дотор амаар уулгах боломжгүй, 8 цаг тутамд шингэнийг судсаар сэлбэх шаардлагатай байсан	5%	3.3%	14%	10.7%	0
8.	Оношнь тухайн тасагт хэвтэх заалтанд тохирсон	86%	81.4%	76.2%	78.7%	88%
9.	Яаралтай хэвтэх заалтаар хэвтсэн гэж үзсэн	22%	23.8%	73%	32%	64%?
10.	Өвчтөн хүнд байсан	24%	35.2%	60%	34.7%	0
11.	Эмчилгээ оношлогоонд иж бүрэн хандах шаардлага байсан гэж үзсэн	45%	50%	84%	60.7%	24%
12.	Эрчимт эмчилгээ хийлгэх шаардлага байсан гэж үзсэн	6%	10.8%	6%	27.7%	24%
13.	Шаардлагагүй хэвтэлт	49%	40%	16%	39.3%	62.8%

Тус судалгааны дүнгээс харахад судалгаанд хамрагдсан эмнэлгүүдийн шаардлагагүй хэвтэлтийн түвшин 39.5% байсан ба үүнийг хувийн хэвшлийн эмнэлгийг тооцолгүй гаргавал **31.7%** байна.

Хэлцэмж:

Бидний энэхүү судалгаа нь тус эмнэлэгт эмчлэгдэх шаардлагагүй болон бусад эрүүл мэндийн байгууллагын түвшинд тусламж авах боломжтой үйлчлүүлэгчийн тодорхойлох, ингэснээр төв эмнэлгийн лавалгаа төвийн үндсэн үүрэг болох өндөр нарийн мэргэжлийн тусламжийг шаардлагатай үйлчлүүлэгчид нь хүргэх боломжийг нэмэгдүүлэх ач холбогдолтой юм. Манай эмнэлгийн хэвтүүлэн эмчлэх үйл ажиллагаанд ихэнх нь буюу 82% нь төлөвлөгөөт журмаар хэвтдэг, хэвтсэн үйлчлүүлэгчийн 86% нь тухайн тасагт хэвтэхэд онош нь тохирдог, хэвтэж эмчлүүлсэн

үйлчлүүлэгчийн тал хувь нь шинжилгээ бүрдүүлэлгүй хэвтдэг, стационарын бус нөхцөлд хийж болохгүй багажийн болон үйл оношийн шинжилгээ, түүнийг давтан хянах шаардлагатай тохиолдлоос шалтгаалж 21% нь хэвтдэг, 2 цаг тутамд амин үзүүлэлт хянаж эмчилгээ хийх шаардлагаар 18% нь хэвтдэг, эмчилгээ оношлогоонд иж бүрэн хандах шаардлагаар мөн 45% нь хэвтдэг, эрчимт эмчилгээний заалтаар 6% хэвтэж байгаагаас харахад хэвтүүлэн эмчлэх тусламжийн чанар, шаардлагагүй хэвтэлтийн түвшин ямар байгаа нь харагдаж байна.

Бидний үзэж байгаагаар шаардлагагүй хэвтсэн үйлчлүүлэгчийн 41% нь аймаг, дүүргийн нэгдсэн эмнэлэгт эмчлэгдвэл зохих байсан ба хэвтсэн үйлчлүүлэгчийн 6% нь огт эмчилгээ хийхгүй байж болохоор тохиолдол байжээ.

Шаардлагагүй хэвтэлтийн түвшин нэмэгдэхийн хирээр тусламж үйлчилгээ авах ёстой үйлчлүүлэгч хэвтэж эмчлэгдэх хугацаа нь хойшилж, зохиомол ачаалал үүсгэж, шаардлагагүй хэвтсэн үйлчлүүлэгчдэд үүсэх эрсдлийн тоо нэмэгдэх боломжтой юм. Энэхүү судалгааг хийснээр эмнэлгийн шаардлагагүй хэвтэж байгаа байдлыг бусад эмнэлэгтэй харьцуулах, цаашид чанар сайжруулах үйл ажиллагааг төлөвлөн хэрэгжүүлэх боломж нээгдэнэ.

Өмнөх судалгаанаас харахад төв эмнэлэг болон дүүргийн нэгдсэн эмнэлгүүдийн дотор мэдрэлийн тасгийн шаардлагагүй хэвтэлт нь ЭХЭМҮТ – ийн шаардлагагүй хэвтэлтээс 24%-иар их байгаа нь эх барих эмэгтэйчүүдийн тусламжийн нэн шаардлагатай болохыг харуулж байгаа ба ЭХЭМҮТ – ийг дотор, мэдрэлийн клиникүүдийн хэвтүүлэх эмчлэх шаардлагатай харьцуулах боломжгүй юм. Мөн хувийн хэвшлийн эмнэлгүүд ирсэн үйлчлүүлэгч бүрийг хэвтүүлдэг, хэвтүүлэн эмчлэх харьяалал, шалгуур байхгүй, үйлчлүүлэгчийн эрэлт бага байдаг тул шаардлагагүй хэвтэлтийг тооцоход хүндрэлтэй, түүнийг улсын эмнэлгүүдтэй харьцуулах боломжгүй юм.

Судалгааны дүгнэлт:

1. УНТЭ – ийн дотор, мэдрэлийн клиникт 2012 онд хэвтэн эмчлүүлэгчдийн дунд шаардлагагүй хэвтэлтийн түвшин **49%** байна.
2. УНТЭ – ийн 2012 оны шаардлагагүй хэвтэлтийн түвшин 2011 оны шаардлагагүй хэвтэлтийн түвшингээс 10% - иар нэмэгдсэн ба нийслэлийн зарим эмнэлгүүдийн дотор мэдрэлийн чиглэлийн тасгуудын шаардлагагүй хэвтэлтийн түвшинтэй харьцуулахад мөн 17.3% - иар их байна.
3. Судалгааны үр дүнд тулгуурлан дараах зөвлөмж санал болгож байна.

Зөвлөмж:

УНТЭ – ийн хэмжээнд:

1. Өөрийн эмнэлгийн хэвтүүлэн эмчлэх шалгуур үзүүлэлтийг гарган түүний дагуу хэвтүүлэн эмчлэх үйл ажиллагааг явуулах

2. Эмнэлэгт эмчлэгдэж байх хугацаанд шаардлагагүй оношлогоо, эмчилгээнээс үүсэх эрсдэл, хор уршигийн талаар эрүүл мэндийн боловсрол олгох сургалт сурталчилгааг тогтмол явуулж дахин ирж хэвтэх сэдлийг багасгах

3. Өдрийн эмчилгээ явуулах эрх зүйн болон бусад шаардагдах орчин, нөхцөлийг бүрдүүлэх

Эрүүл мэндийн салбарын хэмжээнд:

1. Эрүүл мэндийн салбарын хэмжээнд тохирсон түвшинд хэвтэж эмчлэгдэх шалгуур, босгыг нэн тэргүүнд тогтоох, түүнийг мөрдөж ажиллах
2. Үйлчлүүлэгчийн эрүүл мэндийн боловсрол олгох үйл ажиллагааг оновчтой байдлаар зохион байгуулж, эмнэлэгт хэвтэн эмчлүүлэхээс илүү аливаа өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх нь илүү чухал болохыг сурталчилах
3. Аймаг, дүүргийн эрүүл мэндийн байгууллагыг чадавхижуулах /өөрийн хүсэлтээ шатлал алгасан ирж үйлчлүүлэх эрэлтийг бууруулах/
4. Амбулаториор үзүүлэх тусламж үйлчилгээний чанарыг сайжруулах, өдрийн болон гэрийн эмчилгээг хөгжүүлэх
5. Нөхөн сэргээх тусламж, сувиллын үйл ажиллагааг эрүүл мэндийн даатгалын тогтолцоонд уялдуулан хөгжүүлэх
6. Эрүүл мэндийн байгууллагын санхүүжилтийг бодит өртгөөр тооцон санхүүжүүлэх тогтолцоонд шилжүүлэх

Ном зүй:

- Давид Панчеон., Чарльз Гаст., Давид мэлсэр., Муре Грэй J.A., Нийгмийн эрүүл мэндийн Оксфордын гарын авлага.УБ., 2001.
- Дамдинсүрэн А., Ганчимэг Г. Эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний чанарын удирдлага. УБ., 2011.
- Ремингио Меркадо Д. Эмнэлгийн удирдлагын үндэс. УБ., 2004.
- Монголын Анагаах ухаан, 2004, 1(127)
- Siggins Miller. A report to the Department of health and Ageing. Unnecessary and avoidable hospital admissions for o;der people, 2003.
- www.guardian.co.uk
- www.hsdp.moh.mn

1 Монголын анагаах ухаан 2004, 1 (127)

УНТЭ-т "Элэгний хатуурал" оношгой нэг удаа хэвтэн эмчлүүлсэн даатгуулагчийн эмчилгээний бодит өртгийн үнэлгээ

Л.Ундармаа[1], О.Чимэдсүрэн[2], Ю.Гантөгс[2]
[1]ЭМД-ын эмч, УНТЭ, [2]НЭМС, ЭМШУИС
undarmaal@yahoo.com

Үндэслэл

Сүүлийн жилүүдэд хүн амын өвчлөлийн дотор хоол шингээх эрхтэн тогтолцооны өвчлөл тогтмол нэмэгдэж хүн амын эрүүл мэнд, эдийн засаг, амьдралд уршиг тарин, нас баралтын тэргүүлэх шалтгаан болж байгаа нь тулгамдсан асуудал хэвээр байна.

ДЭМБ-ын мэдээгээр дэлхийн 2 тэрбум орчим буюу хүн амын гуравны нэг нь В вирусээр халдварлагдсан, эдгээрийн 350 сая нь архаг хэлбэрт шилжиж, жил бүр 600 мянган орчим хүн гепатитын В вирусын шалтгаант элэгний эмгэгээрнас барж байна.Дэлхийд 150 орчим сая хүн С вирусын халдвартай байгаа бөгөөд хүн амын 3%-ийг эзэлж, жил бүр 3-4 сая хүн С вирусын халдварыг шинээр авч, 350 мянга орчим хүн нас барж байдаг.В вирусын шалтгаантай элэгний архаг үрэвслийн дараа 10-30%-д элэгний хатуурал үүсэх магадлалтай байдаг бол С вирусын шалтгаантай элэгний архаг үрэвслийн дараа 50-60%-д элэгний цирроз үүсдэг байна.[1]

Монгол улсад элэгний өвчлөл 2011 онд 26.1% байгаа нь 2000 онтой харьцуулахад 7.2%-иар өссөн байна.10000 хүн амд эмнэлэгт хэвтэн эмчлүүлэгсдийн өвчлөлийн тэргүүлэх 5 шалтгаан дотор хоол шингээх эрхтэний өвчлөл 2-р байранд орж байна.[2]

Монгол Улсын эрүүл мэндийн салбарт ихээхэн өөрчлөлт, шинэчлэлтийг хэрэгжүүлж байгаа бөгөөд энэхүү өөрчлөлтийн томоохон хэсэг нь тус салбарын санхүүжилтийн тогтолцоог боловсронгуй болгож бүтээгдэхүүнд тулгуурласан төсөвлөлт, гүйцэтгэлд тулгуурласан санхүүжилт, тусламж үйлчилгээг худалдан авах зарчмыг нэвтрүүлэхэд оршиж байна. Учир нь эрүүл мэндийн байгууллагын бүтээгдэхүүн болох эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээг ард түмэнд тэгш, хүртээмжтэй, тасралтгүй, чанартай хүргэх үндэс нь санхүүжилт, төлбөрийн арга хэрэгсэл юм.

Эрүүл мэндийн байгууллагын өртгийг тооцсоноор эмнэлгийн санхүүжилтийг тодорхой болгох, гарч буй зардлыг хянах, хүн ардад үзүүлж буй эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний үнийг бодитойгоор тогтоох, санхүүгийн нөөцийг зөв хуваарилах боломжийг бүрдүүлэх үндэс болдог.Эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээ үзүүлэхэд гарах бодит өртөг зардлыг тооцон, үүний үндсэнд эмнэлгүүдийг санхүүжүүлсэнээр иргэдийг эрүүл мэндийн үйлчилгээ авахдаа хувиасаа төлбөр төлж санхүүгийн эрсдэлд орох байдлаас хамгаалах ажлуудыг эхлүүлэх нэн шаардлагатай байна.

Зорилго:

Улсын Нэгдүгээр төв эмнэлэгт "Элэгнийхатуурал" оноштой нэг удаа хэвтэн эмчлүүлсэн даатгуулагчийн эмчилгээний бодит зардлыг үнэлж, дүн шинжилгээ хийхэдсудалгааны ажлын зорилго оршино.

Материал, арга зүй

Ретроспектив (эргэмж судалгаа) судалгааны аргаар баримтын (мета-анализын MEL, MAP) загвараар судалгааг явуулсан.Судалгаанд 2010-2012 ондУлсын Нэгдүгээр Төв Эмнэлгийн Хоол боловсруулах эрхтэн судлалын клиникт элэгний хатуурал оноштой нэг удаа хэвтэн эмчлүүлсэн 270 эмчлүүлэгчдийн өвчний түүхийг урьдчилан боловсруулсан асуумжийн дагуу түүвэрлэн хамруулсан.[3]

Элэгний хатуурлын хүндрэлүүдийн нэг удаа хэвтэн эмчлүүлэх бодитөртгийг тооцохдоо үйл ажиллагаанд суурилсан аргыг ашиглан тооцов.

Судалгааны үр дүнг боловсруулахад "SPSS-17" программыг ашигланстатистик боловсруулалтыг хийсэн.

Хувьсуур хоорондын ялгааг Хи квадрат, t тестийн аргаар тооцож, p утга 0.05-аас бага байх тохиолдолд статистикийн ач холбогдолтой гэж үзлээ.
Хамаарлыг Пирсоны корреляцийн коэффициентийг r>0 үед шууд хамаарал, r<0 үед урвуу хамаарал, r=1 үед функцэн хамаарал, r=0 үед хамааралгүй гэж тооцсон.[4]

Үр дүн

Судалгаанд хамрагдсан даатгуулагчдын дундаж нас 49.8±12.6, хамгийн залуу 18, хамгийн ахмад нь 90 настай байв. Хүйсийн хувьд 34.8 хувь (94) эрэгтэй, 65.2 хувь (176) эмэгтэй байлаа.Харъяалалын хувьд Улаанбаатар хотын 31.1(84) даатгуулагч, хөдөө орон нутгийн 68.9(186) даатгуулагч уг оношоор хэвтэн эмчлүүлсэн байна. Дундаж ор хоног 11.1±2.4, хамгийн их нь 24 хоног хэвтэн эмчлүүлсэн байв.

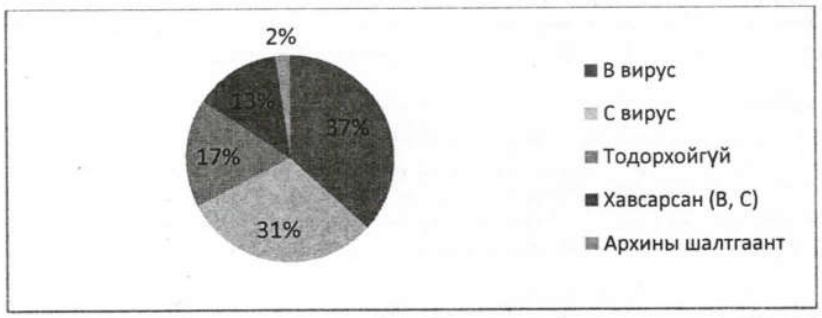
Хүснэгт 1.

Судалгаанд хамрагдсан эмчлүүлэгсэдийн ерөнхий байдал, (тоо, хувиар)

Хот	84	31.1
Хөдөө	186	68.9
ЭМД-ыг төрөөс хариуцдаг иргэд(тэтгэвэр, групп)	188	69.6
Бусад	82	30.4
Тийм	185	68.5
Яаралтай тусламжаар	71	26.3
Үгүй	14	5.2
Тийм	190	70.4
Үгүй	80	29.6

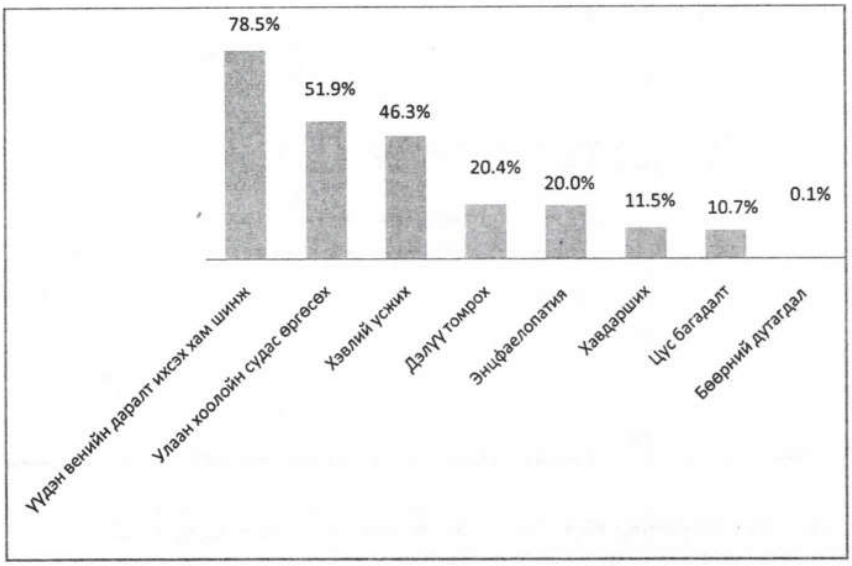
Судалгаанд хамрагдсан 68.9 хувь нь хөдөө, орон нутгийн эмчлүүлэгсэд байлаа. 69.6 хувь ЭМД-ыг төрөөс хариуцдаг хүн ам дийлэнх байв.

Зураг 1. Хэвтэн эмчлүүлэгчдийн "элэгний хатуурал"-д хүргэсэн шалтгаан



Хэвтэн эмчлүүлэгчдийн "элэгний хатуурал"-д хүргэсэн шалтгааны 81%-ийг В,С вирус эзэлж байна.

Зураг 2 . Эмчлүүлэгчдийн элэгний хатуурлын хүндрэлээр



Судалгаанд хамрагдсан хэвтэн эмчлүүлэгчдийн 78.5%-д үүдэн венийн даралт ихсэх, 51.9% улаан хоолойн судасны өргөсөлттэй, 46.3% нь хэвлий усжих, 20.4% дэлүү томрох гэх мэт хүндрэлүүд өгсөн байна.

Бидний сонгон авсан хэвтэн эмчлүүлэгчид эмнэлэгт байх хугацаандаа олон төрлийн шинжилгээ хийлгэсэн банийт 175.256.30 төгрөгний үнэ бүхий оношлогоог эмнэлгээс хийж, нэг хүнд дунджаар 65661 төгрөг эмнэлгээс зарцуулсан байна.

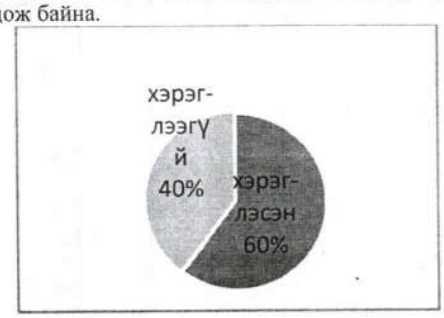
Хүснэгт 2.

Нэг даатгуулагч нэг удаа хэвтэхэдхийлгэсэн оношлогоо,лабораторийн шинжилгээний мөнгөн дүн (төг)

Компьютер томограмм	22370
Биохими	13660
Ходоодны дуран	7185
Цусны ерөнхий шинжилгээ	5388
Коагуллограмм	5388
Эхо	5074
Рентген харалт	2267
Шээсний шинжилгээ	744
Шээсний ариун чанар	622
Зүрхний эхо	593
НИЙТ	**65661**

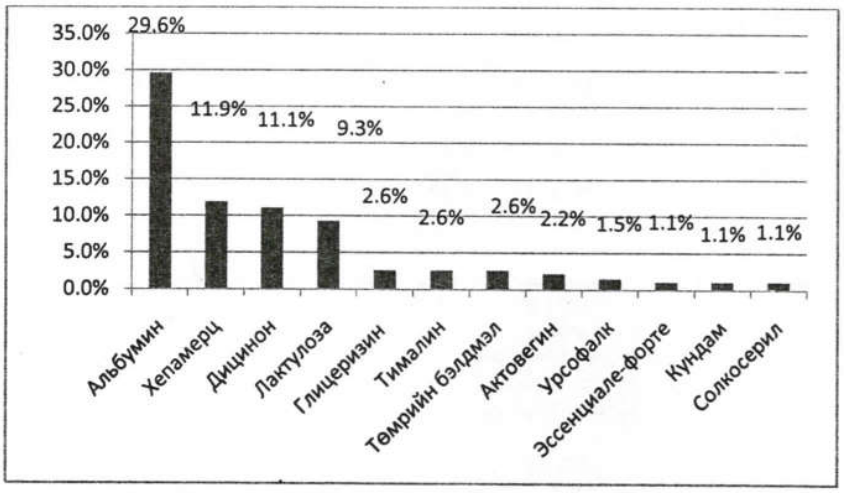
Зураг 3. Даатгуулагч өөрөөсөө эм, тариа хэрэглэсэн байдал

Судалгаанд хамрагдсан даатгуулагчдаас 60.4% нь өөрөөсөө эм, тариа худалдан авч хэрэглэсэн ба нийт үнийн дүн 24 567 572 төгрөг, нэг хүнд дунджаар 90991 төгрөг ногдож байна.



Зураг4. Даатгуулагчдын өөрөөсөө гаргасан эм, тариа

10 хэвтэн эмчлүүлэгсэд тутмын 6 нь хэвтэн эмчлүүлэх хугацаандаа ямар нэгэн эм, тариаг өөрөөсөө авч хэрэглэсэн байна.



Өөрөөсөө эм тариа гаргасан үйлчлүүлэгчдийн 29.6 % нь альбумин, 11.9 % нь хепамерц, 11.1% нь дицинон, 9.3% нь лактулоза зэрэг эзэлж байна.

Хүснэгт 3.

Нэг даатгуулагч нэг удаа хэвтэхэд өөрөөсөө авч хэрэглэсэн эм, тариа мөнгөн дүн (төг)

Альбумин	68780
Хепамерц	11300
Дицинон	2207
Глицеризин	2098
Кундам	1111
Лактулоза	929
Актовегин	910
Эссенциале-форте	573
Урсофалк	400
Шингэн хөлдөөсөн сийвэн	391
Сантостатин	377
Тималин	369
Төмрийн бэлдмэл	367
НИЙТ	**90991**

Нийт 27 хүнд буюу 10% дурангаар улаан хоолойн судас боох эмчилгээг хийлгэсэн ба тэд өөрсдөөсөө 5.320.000 төг гаргасан байна.

Хэлцэмж

Бидний хийсэнсудалгаагаар элэгнийхатууралтайхүмүүстгепатит В ба С вирусийнхалдвар81%байгааньгадаад,
дотоодынолонсудлаачийндүгнэлттэйтохирчбайна.
Энэхалдварцаашидөсөххандлагатай байгаа бөгөөдтэдгээрийгоношлох, эмчлэх, сэргийлэхийгэдүгээманайорондтөдийгүйдэлхийдахиндбүрэншийдвэрлээгүй байна.[5]

Манайорныхувьдтөв эмнэлгүүдэд "Элэгнийхатуурал" оноштой нэг удаа хэвтэн эмчлүүлсэн даатгуулагчдын эмчилгээний бодит зардлыг үнэлж, дүн шинжилгээ хийсэн судалгааны ажил хийгдээгүй байна.

БНСУ-ыннийтхүнамын5%нь В гепатит, 1% С вирусийнхалдвартай.Тус улсаддаатгалынсистемөндөрхөгжсөнучирэмчилгээнийзардлын 50 хувьньдаатгалынсангаас, үлдсэн 50хувийгиргэнхувиасаагаргадаг бөгөөд эмчилгээ нь 48 долоохоногүргэлжилдэг ба нийт араворчиммянгандолларынөртөгтэйбайдаг. [6]

Вирусийн халдвартай хүн интерферон, ламивудин гэж хоёр төрлийн эм хэрэглэдэг боловч энэ хоёр эм өндөр үнэтэй учир манайд хүн бүр хэрэглэж чаддаггүй.[7] Элэгний хатуурал цаашид элэгний өмөнд шилжихээс нь өмнө гол шалтгаан болсон вирусыг устгах эмчилгээг ЭМД-ын сангаас санхүүжилт олгодог болгох санал боловсруулах. Мөн түүнчлэн иргэний ЭМД-ын хуулийг хэрэгжүүлэх журмаар эмнэлгийн байгууллага даатгуулагчийн хэвтэн эмчлүүлэж байх хугацаанд зайлшгүй шаардлагаар эм, тариа, ороох боох материал өөрөөр нь олуулан авч хэрэглэсэн бол уг эм, тарианы төлбөрийг даатгуулагчид эмнэлэг буцаан олгох хуультай.[8] Гэвч энэ журмыг дагавал эмнэлэг санхүүгийн эрсдэлд орох учраас тэр бүр эмчлэгч эмч шаардлагатай эм тариаг өвчний түүхэнд тэмдэглэхгүйгээр даатгуулагчаар олуулдаг нь нууц биш.

Нэгэнт хатуурсан элэгийг эмчлэх ганц боломж нь элэг шилжүүлэн суулгах мэс засал.[9] Гэвч энэ хагалгаа маш өндөр өртөгтэй бөгөөд ЭМД-ын сангаас санхүүждэггүй. Энэ хагалгааг одоогоор зөвхөн 1-р эмнэлэгт хийж байгаа ба төлбөр нь 60 сая төгрөг байна.

Дүгнэлт

1. Судалгаанд хамрагдсан иргэдийн хувьд элэгний хатууралд хүргэсэн шалтгааны 81% нь В,С вирус эзэлж байна.
2. Судалгаанд хамрагдсан даатгуулагчдаас 60.4% нь өөрөөсөө эм, тариа худалдан авч хэрэглэсэн ба нийт 24 567 572 төг, нэг хүнд дунджаар 90991 төгрөг оногдож байна. Хамгийн бага нь 9720 төг, их нь 933100 төгрөг өөртөө зарцуулсан байна.

Улсын 1-р төв эмнэлэгт "Элэгний хатуурал" оноштой эмчлүүлсэн даатгуулагч батлагдсан эмнэл зүйн удирдамжийн дагуу эмчилгээ авч чадахгүйд хүрч байна. Учир нь удирдамж дагаж эмчилбэл тухайн эмнэлэгт ЭМД-ын сангаас хангалттай хэмжээний санхүүжилтийг олгохгүй байгаа бөгөөд ихэнх эм, тариаг даатгуулагч өөрөөсөө гаргаж байна.

Ном зүй

1. WHO, Report by the Secretariat, sixty-third world health assembly A/63-15, Provisional agenda item11.12 25, Viral hepatitis: 1-2, March 2010
2. ЭМЯ, ЭМХҮТ. Эрүүл мэндийн үзүүлэлтүүд, 2011 он
3. Түүвэрлэлтийн арга зүй, МУИС, Хүн ам зүйн тэнхим, УБ, 2008 он, хуудас. 20-21
4. Ө.Ганчимэг, "SPSS программ суралцах гарын авлага" УБ, 2009 он
5. Ming-Lung Yu and Wan-Long Chuang.Treatment of chronic hepatitis C in Asia: When East meets West.Journal of Gastroenterology and Hepatology24, 2009, 336–345
6. Young-Suk Lim, Current status of liver disease in Korea, Korean Journal Hepatol. 2009 Dec; 15(Suppl 6):S25 - S28.
7. Antiviral therapy of HBV- and HCV-induced liver cirrhosis, Zavaglia C, Airoldi A, Pinzello GDivisione di MedicinaGenerale Crespi, OspedaleNiguarda, Milano, Italy, Journal of Clinical Gastroenterology[2000, 30(3):234-241]
8. "Нийгмийн даатгалын хуулиудыг хэрэгжүүлэхтэй холбогдсон аргачлал, зөвлөмж", 2012 он
9. O'Leary JG, Lepe R, Davis GL.Indications for liver transplantation.Gastroenterology. 2008 May;134(6):1764-76.

Ерөнхий мэс заслын клиникт нянгийн эсрэг эмийн хэрэглээнд хийсэн судалгаа

Э.Оюунбилэг Д.Болормаа, М.Шоовдор, П.Эрдэнэчимэг
Улсын Нэгдүгээр Төв Эмнэлэг
Erdene.oyunbileg@yahoo.com

Судалгааны үндэслэл:

Эмчилгээнд хэрэглэсэн нянгийн эсрэг бэлдмэлүүдийг сүүлийн жилүүдийн үзүүлэлтээр судлан антибиотикийн мэдрэг чанар, өвчин үүсгэгчийн лабораторийн шинжилгээний дүнтэй харьцуулан дүгнэлт хийж, уг бүлгийн эмүүдийн зохистой хэрэглээний талаар үнэлэмж санал зөвлөмж гаргах шаардлага нь энэхүү судалгааг явуулах үндэслэл боллоо.

Судалгааны ажлын үндсэн зорилго:

ЕМЗК-ийн антибиотикийн бодит хэрэглээг гаргасны үндсэн дээр лабораторийн шинжилгээний үзүүлэлттэй харьцуулан зохистой хэрэглээнд үнэлгээ хийж, цаашдын хэрэглээний талаар санал зөвлөмж гаргахад үндсэн зорилго чиглэгдэв.

Судалгааны зорилтууд:

Дээрх зорилгын хүрээнд дараах зорилтуудыг тавьж судалгааг явуулсан юм. Үүнд:

- Эмчилгээний хэрэглээнд эхний байрыг эзлэх антибиотикийн 2006-2012 оны хэрэглээний дундаж өсөлтийг гарган үнэлгээ дүгнэлт хийх
- Антибиотикийн хэрэглээг лабораторийн шинжилгээний сорьцын нян илрүүлсэн үзүүлэлт, мэдрэг чанарын байдалтай харьцуулан дүгнэлт гаргах
- ЕМЗК-ийн антибиотикийн хэрэглээний дүнд тулгуурлан цаашид анхаарах асуудлын талаар санал зөвлөмж дэвшүүлэх

Судалгааны материал арга зүй:

ЕМЗК-т 2006-2012 онд хэвтэн эмчлүүлэгчидийн эмчилгээнд хэрэглэсэн антибиотикийн тоо хэмжээг эмийн сангаас олгосон зарцуулалтын бүртгэлээс авч нэгтгэх, дундаж үзүүлэлтийг олох, график дүрслэлээр илэрхийлэх, сорьцонд илэрсэн нянгийн болон антибиотикийн мэдрэг чанарыг тодорхойлсон дүнг лабораторийн шинжилгээний хариунуудаас цуглуулан авч антибиотикийн хэрэглээтэй холбон харьцуулалт хийх статистик аргыг ашиглан судалгааг явуулаа.

Судалгааны практикийн ба шинжлэх ухааны ач холбогдол:

- Эмийн хэрэглээнд нөлөөлж буй хүчин зүйлстэй холбон үнэлгээ хийх арга зүйд суралцаж үйл ажиллагаандаа хэрэглэх
- Эмийн хэрэглээг бодит үзүүлэлтэнд тулгуурлан гаргасны үндсэн дээр эмэнд тендерийн захиалга, нийлүүлэлтийг шинжлэх ухааны үндэслэлтэй оновчтой хийх арга зүйн мэдлэгийг эзэмших
- Эмэн эмчилгээний удирдамж боловсруулахад ашиглах материалтай болох

Судалгааны үр дүн:

1. Антибиотикийн эмийн хэрэглээнд хийсэн судалгааны үр дүн:

№	Эмийн нэр	2006 он	2007 он	2008 он	2009 он	2010 он	2011 он	2012 он	Дундаж өсөлт, Буурал тын хувь
1	Ампициллин 1,0	18547	10733	7825	2682	610	574	197	-47,3
2	Гентамицин 80 мг/2 мл	11981	8149	9866	4154	2118	2871	2178	-17,7
3	Цефазолин 1,0	8424	12094	17833	20834	24277	27681	30400	24,7
4	Цефатоксим 1,0	939	1016	2242	3471	4760	7933	10349	52,9
5	Цефтриаксон 1,0	-	31	317	863	596	1218	1963	79,8
6	Ципринол 100 мг	236	339	272	149	931	474	1193	101
7	Амоксациллин 0,25	474	658	806	584	565	238	663	25,2
8	Ципринол 0,5	878	799	1414	1560	609	839	359	-0,4
9	Хлорамфеникол 0,5	342	210	225	585	369	212	203	-7,5
10	Эритромицин 0,25	58	183	52	560	735	1038	1852	212

Эмчилгээнд зонхилон хэрэглэгдэж буй эдгээр 10 нэр төрлийн антибиотикийн хэрэглээ 2006-2012 онд дундажаар 193,4-%-иар өссөн байгаа ба түүний дотроос цефалоспорины бүлгийн нянгийн эсрэг өргөн хүрээний үйлдэлтэй цефатоксим,

цефазолин, цефтриаксон, ципроплоксацины хэрэглээ өсч харин (грамм+) нянгийн эсрэг үйлдэлтэй ампициллин(-47.3%), бактерцид үйлдэлтэй аминогликозид – гентамицины (-17,7%) хэрэглээ буурсан байна. Уудаг антибиотикийн хувьд гэвэл амоксациллин, эритромицины хэрэглээ өсч хлорамфеникол, ципроплоксацины хэрэглээ буурсан харагдаж байна.

Судалгааны дүн нэг талаас нянгийн эсрэг үйлдэлтэй эмийн хэрэглээ өсч, харин (грамм+) нянгийн эсрэг ампициллин, гаж нөлөө харьцангуй ихтэй гентамицины хэрэглээ буурч байгаа, нөгөө талаас эмчлүүлж буй өвчтөнүүд хэд хэдэн төрлийн нянгаар халдварлагдсаны улмаас гарцаагүй өргөн хүрээний үйлдэлтэй антибиотик хэрэглэж байгаа, нянгийн хүрээ нэмэгдэж дан ампициллинаар эмчлэх боломжгүй байгаатай холбон авч үзэж болох юм. Үүнээс гадна эмч нар өргөн хүрээний үйлдэлтэй өндөр үнэтэй эмээр эмчлэх хандлага бий болсон ба нөгөө талаас иргэд эмийг дур мэдэн замбараагүй хэрэглэснээс үүдэлтэй өвчин үүсгэгч нянгууд нилээд нэрийн антибиотикт тэсвэржсэнээр 3-р шатлалын эмнэлэгт беталактамын бүлгийн эмийн хэрэглээ бараг байхгүй болж цефалоспорины бүлгийн сүүлийн үеийн антибиотикуудын сонголт бий болж, цаашлаад маш олон нянд үйлчилдэг карбопенемийн бүлгийн сүүлийн үеийн бусад антибиотикуудыг хэрэглэх хэмжээнд хүрчээ.

2. Сорьцонд нянг тодорхойлсон лабораторийн шинжилгээний дүн:

ЕМЗК-т сүүлийн 6 сар эмчлэгдсэн 60 эмчлүүлэгчээс сорьц авч шинжилгээ хийсэн байдлаас авч үзвэл 40 эмчлүүлэгчдэд буюу 66,7%-д нь нян илэрсэн байна. Лабораторийн шинжилгээний энэ үзүүлэлт нь хэвтэн эмчлүүлж буй өвчтөнүүдийн талаас их хувь нь нянгийн эсрэг эмийн эмчилгээ зайлшгүй шаардлагатай байгаа нь харагдаж байна. Лабораторийн шинжилгээний дүнгээр ЕМЗК-т зонхилон тохиолдож буй өвчин үүсгэгчдийг дараах хүснэгтээр харуулав.

Өвчин үүсгэгч	Хувь
Escherihia coli	40,9
Staphilacoccus aureus	29,5
Klebsilla	6,8
Enterobacter	6,8
Pseudominas aeruginosa	6,8
Бусад	9,2

Сорьцны шинжилгээнд 20-85 насны хүмүүс хамрагдсан ба насны байдлаар нь авч үзвэл:

Нас	Хувь
20-30	28,3
30-40	16,6
40-50	11,6
50-60	13,4
60-аас дээш	30

3. Антибиотикийн мэдрэг чанарыг тодорхойлсон лабораторийн шинжилгээний дүн:

№	Антибиотикууд	Мэдрэг (%)	Дунд мэдрэг (%)	Тэсвэртэй (%)
1	Пенициллин	5,3	-	94,7
2	Ампициллин	4,8	-	95,2
3	Цефазолин	16	3	38,7
4	Ципринол	16,7	53,3	30
5	Гентамицин	65,5	6,9	27,6
6	Цефтриаксон	56,3	18,7	25
7	Цефатоксим	73,9	13,1	13
8	Цефтазидим	80	15	5
9	Амоксациллин	16,7	-	83,3
10	Котримексазол	27,3	-	72,7
11	Эритромицин	37,5	-	62,5
12	Азитромицин	70	-	30
13	Хлорамфеникол	65,2	8,8	26
14	Нитрофурантоин	71	8	21

Сорьцонд хамгийн их илэрсэн " Escherihia coli " –ийн эмчилгээнд зонхилон хэрэглэж буй антибиотикуудаас цефатоксим, нитрофурантоин, хлорамфеникол, гентамицин харьцангуй мэдрэг (65,2-73,9%) байгаа тул эмчилгээнд сонголт хийх нь зүйтэй болохыг харуулж байна. Сонгож авсан нянгийн эсрэг эмчилгээнд мэдрэг чанар сайтай бусад бүлгийн антибиотикуудыг сонгож хэрэглэх шаардлагатай байгаа нь судалгааны дүнгээс харагдаж байна.

Нөгөө талаас антибиотикийг дур мэдэн хэрэглэхээс татгалзах, буруу хэрэглэсний хор уршиг, эмчийн заалтаар зохистой хэрэглэх талаар иргэдийн дунд сурталчилгаа явуулах, жорын улсын стандартын шаардлагыг эмнэлэг, эмийн сан, эмч, эмийн мэргэжилтнүүд сайн мөрдөж, эмийн сан антибиотикийг зөвхөн жороор олгодог болох нь зүйтэй байна.

Дүгнэлт:

1. *ЕМЗК*-ийн 2006-2012 онд эмчилгээнд хэрэглэсэн антибиотикийн судалгааны үр дүнг ашиглан үйл ажиллагаандаа дүгнэлт хийж эмийн хэрэглээний судалгаа хийх зарчмаар эмийн эрэлт хэрэгцээг тооцох, эмэн эмчилгээний сонголт хийх, эмийн тендерийн захиалга боловсруулахад ашиглах
2. Эмчилгээний удирдамжийг шинэчлэн боловсруулахад антибиотикийн хэрэглээний судалгааны үр дүнд лабораторийн шинжилгээгээр тогтоосон өвчин үүсгэгч нянг тогтоож, мэдрэг чанарыг тодорхойлсоны үндсэн дээр сонголтыг оновчтой хийх, дасал болсон антибиотикуудыг хэрэглэхгүй байх дүгнэлтийг анхааралдаа авах
3. Зонхилон тохиолдох өвчний эмчилгээний эмийн сонголтыг хийхдээ орчин үеийн дэвшилтэт технологиор бүтээгдсэн, үйлдлийн идэвхи хүч чадал сайтай, чанар аюулгүй байдлын өнөөгийн шаардлагыг хангасан эмийг юуны түрүүнд хэрэглэх дадалруу орох

Ашигласан ном зүй:
1. П.Батхуяг "Эмийн зохистой хэрэглээ ба эмийн эмчилгээ" – УБ: 2009
2. Ц.Доной, Э.Оюунбилэг, Р.Цэрэнлхагва "УНТЭ-ийн стационарын эмчилгээний зарим бүлгийн эмийн эмчилгээний тухай
3. Р.Цэрэнлхагва "Эмийн маркетинг" – УБ:2006

Архаг архидалттай хүмүүсийн нас баралт, өвчлөлийн бүтцийг судалсан нь

Т. Одгэрэл[1], Л. Ууганчимэг[1], Б. Сарантуяа[1], Б. Мөнхцэцэг[1], Б. Болормаа[1]
Э. Ундармаа[2], Б. Оюун-Эрдэнэ[2]
[1]Улсын нэгдүгээр төв эмнэлэг, [2]Эмгэг судлалын үндэсний төв

Үндэслэл:

Хүн төрөлхтнийг цаг бусын үхэлд хүргэдэг шалтгаан нь түгээмэл тохиолдох 10 эрсдэлт хүчин зүйлээс хамаарч байна. Үүний нэг нь согтууруулах ундааны хэрэглээ юм. Хэрвээ хэрэглээг бууруулж чадвал хүний нас 10-20 жилээр уртасна. */ДЭМБ 2002 он/*

Сүүлийн жилүүдэд согтууруулах ундааны хэрэглээ хөгжингүй орнуудад буурч, харин хөгжиж буй орнуудад нэмэгдэн дэлхийн хэмжээнд жил бүр 1.8 сая хүн согтууруулах ундаа хэрэглэсэнтэй холбоотойгоор нас барж байгаа нь өвчин, эмгэгиин улмаас нас барсан нийт тохиолдлын 3.2 %-ийг эзэлж байна. */www.olloo.mn/*

Эрүүл мэндийн яамнаас явуулсан судалгаагаар монголын насанд хүрсэн нийт хүн амын талаас илүү хувь нь согтууруулах ундааг хэтрүүлэн хэрэглэдэг бөгөөд хүн амын 13,6% нь архинаас хамааралтай гэсэн дүн гарчээ.

Цусан дахь этилийн спиртийн хэмжээ 0.3-1.5% (30-150bu%) бол хөнгөн, 1.5-2.5% (150-300bu%) бол дунд, 3.5%-аас дээш буюу (300-аас дээш bu%) бол хүнд зэргийн согтолт буюу хордлогод орно гэж үздэг. Хүний цусан дахь архины хэмжээ 6-8% (600-800bu%) байх нь үхэлд хүргэнэ гэж үздэг.

ДЭМБ архидан согтуурсны улмаас согтох, хордох, осол гэмтэлд хүргэх, архинд донтох өвчтэй болохоос гадна архаг архидалттай хүмүүс зүрхний титэм судасны өвчин, цус харвалт, чихрийн шижин, элэгний х цирроз, улаан хоолой, элэгний хавдар зэрэг 60 гаруй өвчинд өртөмтгий байдгийг тогтоожээ.

Судалгааны зорилго:

Архаг архидалттай хүмүүсийг нас баралтанд хүргэж буй өвчлөлийн бүтцийг тогтоох

Судалгааны зорилт:
1. Нийт нас барсан тохиолдлоос архаг архидалттай хүмүүсийн эзлэх хувийг тогтоох.
2. Архаг архидалттай нас барсан хүмүүсийн нас, хүйсийн хамаарлыг тогтоох
3. Архаг архидалттай нас барсан хүмүүсийн нийгмийн байдлыг тодорхойлох.
4. Архаг архидалттай нас барсан хүмүүсийн хэвтэн эмчлүүлсэн байдал, ор хоногийг судлах.

5. Архаг архидалттай хүмүүсийг нас баралтанд хүргэж буй үндсэн эмгэгийг тодорхойлох.
6. Архаг архидалттай нас барсан тохиолдлын оношийн зөрөөнд дүгнэлт хийх.

Судалгааны арга, аргачлал:

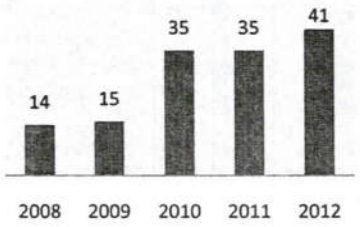
2008-2012 онд УНТЭ, Энэрэл эмнэлэг, СБДНЭ, ЧДНЭ-т хэвтэн эмчлүүлж байгаад нас барсан архаг архидалттай өвчтнүүдийн эмгэг судлалын дүгнэлт, өвчтний түүхийг үндэслэн түүврийн аргаар судалгааг хийлээ. Судалгааны материалд энгийн статистик боловсруулалт хийсэн.

Судалгааны үр дүн:

Сүүлийн 5 жилийн байдлаар УНТЭ/1473/, Энэрэл эмнэлэг/203/, СБДНЭ/224/, ЧДНЭ/298/ нийт 2198 нас баралт бүртгэгдсэнээс 1785 тохиолдол нь эмгэг судлалын задлан шинжилгээнд орсон байна. Үүнээс УНТЭ/22/, Энэрэл эмнэлэг/86/, СБДНЭ/23/, ЧДНЭ/9/-ийн нийт 140 нь архаг архидалттай нас баралтын тохиолдол байсан.

Нас баралт оноор

- 2008 он – 14
- 2009 он – 15
- 2010 он – 35
- 2011 он – 35
- 2012 он – 41



Судалгаанд хамрагдсан хүмүүсийг насны бүлгээр нь авч үзвэл 30 хүртэл насны 10 /7,1%/, 30-39 насны 39 /27,9%/, 40-49 насны 51 /36,4%/, 50-59 насны 37 /26,4%/, 60 дээш насны 3 /2,2%/ тохиолдол бүртгэгдсэн байна.

Хүйсийн харьцаагаар эрэгтэй 114 /81%/, эмэгтэй 26 /19%/ тохиолдол буюу 4:1 харьцаатай байна.

Судалгаанд хамрагдагсдыг харьяаллаар нь авч үзвэл хотын 41 /29%/, хөдөөний 13 /9%/, үндсэн харьяалалгүй 86 /62%/ тохиолдол байна.

Нас барсан тохиолдлуудыг ор хоногоор нь авч үзвэл хоног болоогүй 55 /39,3%/, 1-5 хоног эмчлэгдсэн 50 /35,7%/, 6-10 хоног эмчлэгдсэн 17 /12,1%/, 10-аас дээш хоног 18 /12,9%/ тохиолдол байна.

Хэвтэн эмчлүүлж байсан тасгаар нь авч үзвэл архаг архидалттай өвчтнүүдийн дийлэнх /77% / нь эрчимт эмчилгээний тасагт хэвтэн эмчлүүлжээ.

дд	Тасаг	Хэвтсэн	Нас барсан
1	Тусгаарлах	15	10
2	Сүрьеэ	10	16
3	ЭЭТ	107	108
4	МЗ	2	1
5	Дотор	6	5

Нас баралтын шалтгаан эмгэг судлалын дүгнэлтээр

- Хоол боловсруулах эрхтний эмгэг - 59
- Амьсгалын эрхтний эмгэг - 46
- Зүрх судасны эмгэг - 14
- Бөөр шээсний замын эмгэг - 3
- Мэдрэлийн эмгэг - 10
- Мэс засал, гэмтлийн эмгэг – 8

Эмгэг судлалын оношийн зөрөө 5 жилийн 140 тохиолдлоос 9 (6,4%) бүртгэгдсэнээс 6 тохиолдолд амьсгалын эрхтний эмгэг, 2 тохиолдолд зүрх судасны эмгэг, 1 тохиолдолд мэдрэлийн эмгэг / тархины цус харвалт /-ийн улмаас өвчтөн нас баржээ.

Дүгнэлт:

1. Сүүлийн 5 жилийн нийт эмгэг судлалын шинжилгээний 7,9 хувийг архаг архидалттай хавсарсан өвчнөөр нас барсан тохиолдол эзэлж байлаа. 2012 оны байдлаар 2008 оноос 3 дахин их нас баралт бүртгэгдсэн нь жил ахих тусам архинаас шалтгаалсан нас баралт өссөөр байгааг харуулж байна.
2. Судалгаанд хамрагдсан хүмүүсийн 90 орчим хувийг 30-59 насны эрэгтэйчүүд эзэлж, хүйсийн харьцаа 1:4 байгаа нь хөдөлмөрийн насны эрэгтэйчүүдийн дунд архаг архидалтын нөлөөгөөр үүссэн эмгэгээр нас баралт өндөр байгааг харуулж байна.
3. Бидний судалгаагаар нийт нас баралтын 62% нь үндсэн харьяалалгүй буюу орон гэргүй, орц, траншейгаар тэнүүчлэн амьдардаг хүмүүс эзэлж байна.
4. Нийт тохиолдлын 39,3%-ийг хоног болоогүй нас баралт эзэлж байгаа бөгөөд эдгээрийн дийлэнх хувь нь эрчимт эмчилгээний тасагт эмчлэгдэж байгаад нас барсан байна.

5. Бидний судалгаагаар архаг архидалттай хүмүүсийн нас баралтын шалтгааны 42,1%-ийг хоол боловсруулах эрхтний эмгэг,32,9%-ийг амьсгалын эрхтний эмгэг эзэлж байна.
6. Эмгэг судлалын шинжилгээ хийгдсэн тохиолдлын 6,4% / 9 / нь үндсэн оношийн зөрөө байсан ба ихэнх хувийг нь амьсгалын замын эмгэг эзэлж байгаа нь анхаарал татаж байна.

Ном зүй :

1. О.В.Зайратьянц Л.В.Кактурский /Формулировка и сопоставление клинического патологоанатомического диагнозов/ 2008 г Москва
2. Дэлхийн Эрүүл Мэндийн Байгууллага 2002 он
3. С. Бямбасүрэн /Сэтгэцийн эмгэг судлал / 2007 он УБ
4. Л.Эрдэнэбаяр /Мансуурал судлалын үндэс / 2001 он УБ
5. www.google .
6. www.olloo.mn

Research of death and structure of disease related chronic alcoholism

T. Odgerel[1], L.Uuganchimeg B.Sarantuya[1], B. Monhtsetseg[1], B.Bolormaa[1]
E. Undarmaa[2], B,Oyun-erdene[2]
[1]Central Clinical Hospital, [2]Center of Pathology

Last 5 years pathological examination of cause of death shows that 7.9% of people had some relation of chronic alcoholism. 90% of the chronic alcoholism related dead people were during age of labor forced men. Moreover, the death cause of 42% were gastro-enterological disease, 32.9% were respiratory disease. The diagnosis of pathological examination and main diagnosis gap was in respiratory disease.

Тулгуур эрхтний хөгжлийн бэрхшээлтэй иргэдийн эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээнд тэгш хамрагдах боломж

Д. Мөнх-Учрал[1], Б.Нарантуяа[2], Ц.Эрдэнэсамбуу[2], О.Чимэдсурэн[3]
[1]Баянзурх дүүргийн эрүүл мэндийн нэгдэл
[2]Эрүүл Мэндийн Яам
[3]Эрүүл Мэндийн Шинжлэх Ухааны Их Сургууль
Д.Мөнх-Учрал (98896664) Uchka_01@yahoo.com

Түлхүүр үг: Хөгжлийн бэрхшээл, тэргэнцэртэй иргэн, налуу зам, эмнэлгийн орчин

Үндэслэл:

Дэлхий дахинд 650 сая хүн буюу 10 хүн тутмын нэг нь хөгжлийн бэрхшээлтэй амьдарч байна.[1] Монгол улсын хэмжээнд нийт 108.071 хөгжлийн бэрхшээлтэй иргэн(ХБИ) амьдарч байгаа нь нийт хүн амын 3.9 хувийг эзэлж байна.[2]
Монгол улс 2004 онд "ХБИ-дэд зориулсан барилгын төлөвлөлтийн норматив"-ыг батлан хөгжлийн бэрхшээлтэй иргэнд зориулсан эмнэлгийн орчны талаар тодорхой заалтуудыг тусгаж, ХБИ-ийн эрхийг хангах, тэгш боломжийг бүрдүүлэх зорилгоор 2008 онд ХБИ-ийн эрхийн тухай конвенцийг батлаж, 2009 НҮБ-д бүртгүүлснээр манай улсад хуулийн нэгэн адил хэрэгжих болсон.

Гэвч 2, 3 дугаар шатлалын эмнэлгүүдэд тус стандартын хэрэгжилт хангалтгүй, эмчилгээний зарим тоног төхөөрөмж тулгуур эрхтний ХБИ-нд тохиромжгүйн дээр нарийн эмнэлгийн бүтэц үйл ажиллагааны стандартад тулгуур эрхтний ХБИ-нд зориулсан эмнэлгийн орчин бүрдүүлэх талаар ямар ч заалт тусгагдаагүй байдаг.
Иймд тулгуур эрхтний ХБИ-нд зориулсан эмнэлгийн орчныг үнэлэх, нарийн мэргэжлийн эмнэлгээр үйлчлүүлэхэд тохиолдох хүндрэл бэрхшээлийг судлах нь судалгааны ажлын үндэслэл болж байна.

Зорилго:

Тулгуур эрхтний ХБИ-нд зориулсан эмнэлгийн орчныг үнэлэх, нарийн мэргэжлийн эмнэлгээр үйлчлүүлэхэд тохиолдох хүндрэл бэрхшээлийг судлах.

Зорилт:

1. Тулгуур эрхтний ХБИ-ийн өдөр тутмын бие даан амьдрах болон бүтээлч үйл ажиллагааны чадварыг үнэлэх.
2. Тулгуур эрхтний ХБИ-д нарийн мэргэжлийн эмнэлгээр үйлчлүүлэхэд тохиолдох хүндрэл бэрхшээлийг судлах.
3. Тулгуур эрхтний ХБИ-нд зориулсан нарийн мэргэжлийн эмнэлгийн орчныг үнэлэх.

Судалгааны хэрэглэгдэхүүн ба аргазүй :

Судалгааны загвар: **Нэг агшингийн судалгаа**
Тулгуур эрхтний ХБИ-д эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээнд хамрагдахад тохиолдох хүндрэлийг судлахдаа Улаанбаатар хотын нийт хүн амд тулгуур эрхтний ХБИ-ийн (10.630) эзлэх хувийг суурь үзүүлэлт болгон авч 95 хувийн магадлал (1.96), алдааны хязгаар (0.07) тооцон нийт 179 иргэнээс асуумж судалгаа авсан.

Ажиглалтын судалгаа:

Тулгуур эрхтний ХБИ-нд зориулсан эмнэлгийн орчныг үнэлэхдээ Улаанбаатар хотын харьяа нийт 65 нарийн мэргэжлийн эмнэлгээс санамсаргүй түүвэрлэж, 95 хувийн магадлал (1.96), алдааны хязгаар (0.04) тооцон 57 эмнэлгийн барилгын орчинд үнэлгээ хийсэн.

Үр дүн:

Судалгаанд 9-70 насны нийт 179 тулгуур эрхтний ХБИ хамрагдсан бөгөөд 55.9 хувь нь эрэгтэй, 44.1 хувь нь эмэгтэй байсан.Тулгуур эрхтний ХБИ-ийн өдөр тутмын бие даах чадварын хооллох, хувцаслах, бие засах, өтгөн шингэнээ барих, бүтээлч үйл ажиллагааны хувцсаа угаах, индүүдэх, хоол хийх, гэрийн ажил хийх зэрэг үйлдлийг бие даан гүйцэтгэх чадвар сул, зайлшгүй бусдын дэмжлэгтэй гүйцэтгэж байна.

Судалгаанд оролцогчид нарийн мэргэжлийн эмчид үзүүлэх (70.4 хувь), эмнэлэгт хэвтэн эмчлүүлэх (68.7 хувь), тэтгэвэр, тэтгэмжээ сунгуулах (65.9 хувь) нөхцөл бүрдүүлэх зорилгоор эмнэлэгт хандаж, шаардлагатай сэргээн засах тусламж үйлчилгээнд хамрагдаж чаддаггүй (63.2 хувь) байна.

Эмч, эмнэлгийн мэргэжилтнүүд тэргэнцэртэй харьцах (53.9), тэргэнцэртэй иргэдийн онцлог хэрэгцээний талаар мэддэггүй (32 хувь) мөн бие даан эмнэлэгт хандаж чаддаггүй (87.2 хувь), эмнэлэгт хандахад туслах асран хамгаалагч байдаггүй (87.2 хувь), олон нийтийн сөрөг хандлага (86 хувь) зэрэг нь тулгуур эрхтний ХБИ-д эмнэлгээр үйлчлүүлэхэд тохиолдох хүндрэлүүд болж байна.

Тулгуур эрхтний ХБИ-нд зориулсан эмнэлгийн орчны стандартыг судлахдаа 57 эмнэлгийн орчинд үнэлгээ хийсэн. Эмнэлгүүд гадна талбайд тээврийн хэрэгслийн зогсоолгүй (100 хувь), зогсоолоос эмнэлгийн барилгад орох тэгш замгүй эсвэл тулгуур эрхтний хөгжлийн бэрхшээлтэй иргэн ашиглах боломжгүй (56.2 хувь) байв. Эмнэлгүүдийн 18.2 хувь нь эмнэлгийн төв хаалганы орцонд огт налуу замгүй, 69.1 хувь стандарт бус тэргэнцэртэй иргэн бие даан ашиглах боломжгүй зам төлөвлөсөн байна. Үзлэгийн өрөөний хаалганы өргөн стандарт бус (50.9 хувь), хаалганы бариулын өндөр стандарт бус (28.1 хувь) мөн лавлагаа мэдээлэл (77.2 хувь), хувцасны өлгүүрийн (56.1 хувь) хэсэгт тэргэнцэртэй иргэнд үйлчлэх талбайг стандарт бус тооцсон байв.

Эмнэлгүүдийн 71.9 огт лифтгүй байгаа эмнэлгийн барилгын 2 ба түүнээс дээш давхарт ХБИ гарах боломжгүй байгаа харуулж байна. Мөн ариун цэврийн өрөөнд (49.1 хувь), бие засах тасалгаанд (94.7 хувь) тэргэнцрийн орон зайг тооцоогүй, 93 хувь нь бие засах суултуурт нэмэлт тоноглол төлөвлөөгүй байна. Сэргээн засах эмчилгээний хүртээмж муу үзлэгийн өрөөнүүдийн босго өндөр, өрөөний талбай

стандарт бус байгаа тулгуур эрхтний хөгжлийн бэрхшээлтэй иргэн эмнэлгээр үйлчлүүлэх боломж хязгаарлагдмал байгааг харуулж байна.

Хэлцэмж:

Бидний судалгаанд оролцогчдын ихэнх хувь нь өдөр тутмын бие даах чадварын болон бүтээлч үйл ажиллагааны чадвар сул, дээрх үйлдлүүдийг зайлшгүй бусдын дэмжлэгтэй гүйцэтгэж байгаа нь 2007 онд Michelle L, Dan Ding, Rory A. Cooper нарын хийсэн гар ажиллагаатай тэргэнцэр хэрэглэгчдийн үйл ажиллагааны идэвхийн үнэлгээ судалгаанд оролцогчдын 66 хувь нь өдөр тутмын үйл ажиллагаанд бусдын тусламж зайлшгүй шаардлагатай байдаг гэж үзсэн үр дүнтэй ойролцоо байна.[3]

Монгол улсад ХБИ-нд зориулсан эмнэлгийн орчин бүрдүүлэх чиглэлээр Иргэний барилгын төлөвлөлтөд ХБИ-ний шаардлагыг тооцсон орон зай орчин. MNS 6055:2009, ХБИ-дэд зориулсан барилгын төлөвлөлтийн нормаль БД:31-101-04 олон улсад Barrier free design guide зэрэг стандартууд хэрэгждэг. Гэвч нарийн мэргэжлийн эмнэлгүүдэд тус стандартуудын хэрэгжилт туйлын хангалтгүй байгаа нь тулгуур эрхтний ХБИ-ийн эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээнд тэгш хамрагдах боломжийг хязгаарлаж байна.

Дүгнэлт:

- Тулгуур эрхтний ХБИ-ийн өдөр тутмын бие даах чадварын болон бүтээлч үйл ажиллагааны чадвар сул бусдаас хамааралтай байна.
- Нарийн мэргэжлийн эмнэлгийн тусламж үйлчилгээ тулгуур эрхтний ХБИ-дэд хүртээмжгүй, тэдний онцлог хэрэгцээнд нийцсэн зарим тусламж үйлчилгээг үзүүлэхгүй байна.
- Тулгуур эрхтний ХБИ-д эмнэлгээр үйлчлүүлэхэд налуу замгүй, дийлэнхи нь ашиглах боломжгүй, эмнэлгийн дотоод орчин нь тохиромжгүй, эмнэлгийн тусламж авах боломж хязгаарлагдмал байна.

Ном зүй:

1. Олон Улсын Хөдөлмөрийн Байгууллага. Хөгжлийн бэрхшээлтэй иргэдийн хөдөлмөрлөх тэгш боломжийг эрхүзүйн хүрээнд дэмжих нь. Улаанбаатар: Мөнхийн үсэг: 2005. х. 12.
2. Үндэсний Статистикийн газар. Хүн ам орон сууцны 2010 оны улсын тооллого. Улаанбаатар: Мөнхийн үсэг: 2010. х. 66-70.
3. Michelle L, Dan Ding PhD8, Rory A. Cooper PhD "Activity levels of manual wheelchair users" JRRD journal of rehabilitation Research & Devolopment 2007.

Equal opportunities to access into health service for physically disabled people

Munkh-Uchral.D[1], Narantuya.B[2] Erdenesambuu.Ts[2], Chimedsuren.O[3]
[1]Bayanzurkh district health unit
[2]Ministry of health
[3]Health Sciences University of Mongolia

Key words: Disability, wheelchair users, ramp

Background :

There are at least 650 million disabled people worldwide and one out of every 10 people has a disability. In Mongolia, around 108.071 people, 3.9 % of total population, are living with disability. The 'Standard of Planning Construction for Disabled People' was approved in Mongolia 2004. This standard, containing instructions about the hospital environment, has been implemented as a law since the people with disability Rights Convention in 2008 and was officially registered in United Nations in 2009 to set equal rights opportunities for People with Disabilities.

However, the implementation of this standard is insufficient at second and third level hospitals and equal opportunities in the Health Services are limited for physically disabled people. Some equipment is not suitable to treat these PWD.

Research materials and methodology:

1. Used one time survey (95 % confidence interval (1.96), error limit (0.07) counted) when overcoming barriers which occur while receiving health care for people with physical disabilities a total of 179 people involved in this interview survey.
2. Used observation research methods (95 % confidence interval (1.96), error limit (0.04) counted) when assessing the hospital environment for the PWD a total of 57 hospitals involved in this interview survey.

Result:

PWD face some difficulties with doctors and hospital staff (53.9%) who do not know how to deal with wheelchairs in the hospital, and they (32 %) also do not know particular needs of PWD who cannot go to the hospital independently (87.2 %),or have no career to help them (87.2 %) get to the hospital and the negative attitudes of the community (86 %) when they get medical service in the hospital.

There is no vehicle parking place for wheelchair users (100 %) outside of the hospital, no smooth road surface from parking place to the hospital entrance or it is impossible to use this road by disabled people (56.2 %), 18.2% of hospital entrances no wheelchair ramps at all and 69.1 % hospital have substandard ramps.

Also the hospital front door (50.9 %) is not wide enough for a wheelchair to access, the door handle (28.1 %) height is non-standard. The referral information desk (77.2 %),and the cloakroom (56.1 %) have not been planned appropriately for wheel chair users. There are

no lifts in (71.9%) of facilities, 22.8% have passenger or luggage lift, only 5.3 % have planned passenger lift. 41.9 % have no planned bathroom space, 94.7% of hospital facilities have no adapted restroom space for wheelchair users and in 93% there is no additional equipment on lavatory pan.

Conclusion:

- Clinical and specialized hospitals have not constituted the adequate medical care environment for disabilities. It requires to supplement provisions on providing the adequate medical care environment for disabilities into the standard of medical environment and put them into practice.

Өвөрхангай аймгийн хүн амын ходоодны өмөн, хөрс ундны усны зарим микро элементтэй хэрхэн хамааралтайг магадласан нь:

Ц. Даржаа (Анагаах ухааны доктор) БОЭТ-ын Хавдар судлалын зөвлөх

Үндэслэл:

Хорт хаврын гарал үүсэл , хөгжил , түүнийг эмчлэх ,урьдчилан сэргийлэх аргыг нээх гэж дэлхийн эрдэмтэн судлаачид хүч хамтран ажилласаар байна.

Ходоодны өмөн үүсэхэд байгаль орчин, хөрс усан дахь макро- микро элементүүдийн агуулагдах хэмжээ ихээхэн хамааралтай тухай, Африк тивийн ниил мөрний дагуу амьдардаг хүн амын дунд хорт хавдрын өвчлөл бага байдгыг хөрсөн дахь магнийн агууламж их байдагтай холбон бичсэн байна. / Я. Г Райхман, Д. Самбуупүрэв. Б.Доржготов / Зарим судлаачдын судалгаагаар хөрс усны найрлаганд зэс, цайр, кобальт, марганц илүүдэлтэй, хөрс усны найрлаганд магни, кальци багатай бүс нутагт ходоодны өмөнгийн өвчлөл их , хөрс, усны агууламжинд магни, кальци их,зэс, цайр, кобальт, манганц багатай бүс нутагт ходоодны өмөнгийн өвчлөл бага байгааг тогтоосон байна. /М.М. Молдакулова. Б. Цэндээ. Д. Авирмэд / Өмөн өвчин үүсэх шалтгаан байгаль, дэлхийгээс хамааралтай бол тэр үүсэх шалтгааны эсрэг хүчин зүйл байгальд байх нь зайлашгүй юм. Ходоодны өмөн үүсэх шалтгааныг тогтоож түүнээс урьдчилан сэргийлэх боломжийг байгалиасаа хайх нь өнөөгийн шинжлэх ухааны, анагаах ухааны тулгамдсан асуудал юм.

Зорилго:

Өвөрхангай аймгийн хүн амын ходоодны өмөн өвчинд хөрс, ундны усанд агуулагдах зарим макро- микро элементүүдийн харилцан хамаарлыг тогтооход оршино.

Зорилт:

1. Өвөрхангай аймгийн бүх сумуудын хэрэглээний ундны ус, хөрсний дээжийг 4 цэгээс дээж цуглуулж бэлтгэх.

2. Өвөрхангай аймгийн хүн амын ходоодны өмөнгийн өвчлөлийн тайлангаас түүвэрлэх,
3. Цуглуулсан хэрэглээний ундны ус болон хөрсөнд зарим макро-микро элементийг тодорхойлох.

Материал арга зүй:

Өвөрхангай аймгийн хүн амын ходоодны өмөнгийн сүүлийн 5 жилийн өвчлөлийг 2010 оны хүн амын тоог ашиглан 100000 хүн амд интенсив үзүүлэлтээр боловсруулалт хийнэ.

Өвөрхангай аймгийн орон нутгаас цуглуулсан хөрс, ундны усны зарим макро-микро элементийн тархалтын байдлыг тодорхойлно.

Өвөрхангай аймгийн хүн амын ходоодны өмөнд хөрс, ундны усны кальци, магни, манган, цайр, зэс, кобальт хэрхэн хамааралтайг магадлана.

Үр дүн:

Өвөрхангай аймгийн хүн амын ходоодны өмөнгийн тархалт (100000 хүн амд)

Сумууд	Эрэгтэй	Эмэгтэй	Бүгд
Баруунбаянулаан	22.0	31.0	15.0
Батөлзий	25.0	12.0	18.0
Баянгол	9.0	8.0	9.0
Баянөндөр	9.0	9.0	7.0
Богд			
Бүрд	12.0	13.0	12.0
Гучинус			
Есөнзүйл	22.0	17.0	20.0
Зүүнбаянулаан	9.0	9.0	7.0
Нарийн тээл	10.0	10.0	10.0
Өлзийт		29.0	14.0
Сант	11.0	10.0	10.0
Тарагт	30.0	12.0	21.0
Төгрөг			
Уянга	10.0	6.0	9.0
Хайрхан дулаан		11.0	5.0
Хархорин	8.0	6.0	7.0
Хужирт	15.0	6.0	10.0
Арвайхээр	13.0	14.0	14.0
Дүн	12.0	9.0	10.0

Өвөрхагай аймгийн хүн амын ходоодны өмөн өвчний тархалт сум бүрд янз бүр байгаа юм. Ходоодны өмөнгийн өвчлөл 100000 хүн амд 10.0 байгаа нь улс, аймгуудын дунджаас доогуур байна.

Өвөрхангай аймгийн ундны усыг 19 сумын нутгаас зохих стандартын дагуу цуглуулан тээвэрлэсэн болно. Цуглуулсан дээжэнд стандарт задаргаа хийж атом шингээлтийн спектроанализийн багажаар тодорхойллоо. / мг/л –ээр /

№	Сум	Ca	Mg	Mn	Zn	Cu	Co
1	Баруун баян-улаан	43.413	29.067	0.027	0.006	0.018	0.030
2	Бат-Өлзийт	21.374	3.114	0.008	0.038	0.033	0.027
3	Баянгол	37.159	19.069	0.067	0.027	0.010	0.032
4	Баян-өндөр	56.904	18.758	0.052	0.022	0.036	0.029
5	Богд	23.490	29.136	0.027	0.008	0.021	0.033
6	Бүрд	58.402	14.029	0.030	0.018	0.033	0.028
7	Гучин-Ус	29.685	29.154	0.015	0.105	0.018	0.037
8	Есөн зүйл	61.648	12.249	0.027	0.085	0.034	0.029
9	Зүүн баян улаан	58.845	8.329	0.195	0.035	0.017	0.022
10	Нарийн тээл	49.395	33.061	0.144	0.012	0.021	0.041
11	Өлзийт	27.056	26.604	0.040	0.018	0.027	0.023
12	Сант	39.234	19.179	0.015	0.019	0.043	0.028
13	Тарагт	37.423	17.463	0.010	0.015	0.035	0.038
14	Төгрөг	52.935	36.269	0.099	0.208	0.012	0.050
15	Уянга	57.370	19.912	0.120	0.085	0.036	0.032
16	Хайрхан дулаан	62.465	10.871	0.049	0.017	0.022	0.028
17	Хархорин	46.655	10.028	0.010	0.075	0.054	0.032
18	Хужирт	39.908	6.217	0.006	0.064	0.037	0.030
19	Арвай хээр	71.226	10.447	0.029	0.021	0.020	0.026
	Average	46.031	18.577	0.051	0.046	0.028	0.031

Өвөрхангай аймгийн ундны усанд агуулагдах Кальци – Есэнзүйл, Уянга, Хайрхандулаан, Арвайхээр сумуудад 61.6 – 71.2 байхад, Батөлзийт, Богд, Гучинус, Өлзийт, Сант, Тарагт сумуудад 21.3 – 39.2 байна.

Тус аймгийн ундны усанд агуулагдах Магни – Баруунбаянулаан, Богд, Гучинус, Нарийнтээл, Төгрөг сумуудад29.0 – 36.0 байхад, Батөлзийт, Зүүнбаянулаан, Хужирт сумуудад 3.1 – 6.1 байна.

Тус аймгийн ундны усанд агуулагдах Манган – Баянгол, Зүүнбаянулаан, Нарийнтээл Уянга сумуудад 0.067 – 0.144 байхад, Батөлзиийт, Өлзийт, Хархорин, Хужирт сумуудад 0.008 – 0.006 байна.

Тус аймгийн ундны усанд агуулагдах Цайр – Гучинус, Төгрөг, Уянга сумуудад 0.085 - 0.105 байхад, Богд Баянгол Зүүнбаянулаан, Нарийнтээл, Тарагт, Хайрхандулаан сумуудад 0.008-0.017 байна.

Тус аймгийн ундны усанд агуулагдах Зэс – Сант, Хархорин, Тарагт, 0.035- 0.045 байхад, Төгрөг, Арбайхээр, Баруунбаянулаан , сумуудад 0.020- 0.010 байна.

Тус аймгийн ундны усанд агуулагдах Кобальт – Төгрөг, Нарийнтээл 0.050 – 0.041 байхад, бусад сумуудад аймгийн дунджад байна.

Тус аймгийн хүн амын ходоодны өмөн өвчин үүсхэд Кальци – t 1.0 ($p_{0.05}$) , Магни t – 1.0($p_{0.05}$), Цайр – t - 2.0($p_{0.01}$). Зэс t – 3.0($p_{0.01}$) хүчтэйгээс маш хүчтэй хамаарч байхад, Манган, Кобальт сул хамааралтай байна.

Өвөрхангай аймгийн хөрсөнд агуулагдах зарим макро-микро элементийн агууламжийг атом шингээлтийн спектроанализийн багажаар тодорхойллоо. /мг/кг-аар/

№	Сум	Ca	Mg	Mn	Zn	Cu	Co
1	Баруун баян-улаан	18.4	8.3	0.048	38.7	9.3	11.3
2	Бат-Өлзийт	7.8	8.5	0.046	68.9	11.8	10.7
3	Баянгол	10.3	9.5	0.044	42.2	7.5	10.7
4	Баян-өндөр	8.1	9.4	0.052	67.3	10.6	9.7
5	Богд	8.3	8.3	0.049	64.0	11.8	9.4
6	Бүрд	11.6	8.9	0.046	51.3	6.8	8.1
7	Гучин-Ус	11.4	9.6	0.051	57.6	11.8	10.0
8	Есөн зүйл	5.8	8.4	0.055	71.1	16.8	8.6
9	Зүүн баян улаан	13.3	10.8	0.052	73.8	19.3	11.1
10	Нарийн тээл	19.6	9.6	0.053	49.5	29.4	15.8
11	Өлзийт	6.1	9.1	0.063	77.8	18.1	12.0
12	Сант	5.8	8.4	0.047	51.7	6.8	9.1
13	Тарагт	10.0	8.2	0.045	62.6	19.3	9.7
14	Төгрөг	8.8	9.0	0.046	41.9	10.0	9.7
15	Уянга	8.5	8.7	0.063	75.2	46.3	7.1
16	Хайрхан дулаан	19.2	9.3	0.045	66.7	16.2	17.5
17	Хархорин	8.2	8.5	0.049	59.9	10.0	9.4
18	Хужирт	11.2	8.9	0.056	92.8	18.1	8.4
19	Арвай хээр	9.5	7.3	0.041	56.6	19.4	8.7
	average	10.6	9.4	0.056	38.5	15.7	10.3

Өвөрхангай аймгийн хөрсөнд агуулагдах – Кальци – Баруунбаянулаан, Хайрхандулаан, Нарийнтээл сумуудад 18.4 – 19.6 байхад, Батөлзийт, Есөнзүйл, Сант сумуудад 5.8 – 7.8 байна.

Тус аймгийн хөрсөнд агуулагдах Магни – бүх сумуудад аймгийн дунджад байгаа юм.

Тус аймгийн хөрсөнд агуулагдах Манган – аймгийн бүх хөрсөнд дундаж хэмжээнд байна.

Тус аймгийн хөрсөнд агуулагдах Цайр – Есөнзүйл, Зүүнбаянулаан, Өлзийт, Хужирт 71.1- 92.8 байхад, бүх түвшинд аймгийн дундажаас дээгүүр байна.

Тус аймгийн хөрсөнд агуулагдах Зэс - Нарийнтээл, Уянга сумуудад 29.4-46.3 байхад, бусад сумуудад аймгийн дунджад байна.

Тус аймгийн хөрсөнд агуулагдах Кобальт Нарийнтээл, Хайрхандулаан сумуудад 15.8- 17.6 байхад, бусад сумуудад аймгийн дунджад байна.

Өвөрхагай аймгийн хөрсөнд агуулагдах зарим макро- микро элементүүд ходоодны өмөн үүсхэд Кальци t – 3.5($p_{0.01}$), Магни t – 3.0($p_{0.01}$), Цайр t – 1.5($p_{0.05}$), Зэс t – 2.5($p_{0.01}$) хүчтэйгээс маш хүчтэй хамааралтай байхад Кобальтсул хамааралтай, Манган хамааралгүй байлаа.

Дүгнэлт:

1. Өвөрхагай аймгийн хүн амын ходоодны өмөнгийн тархалт янз бүр байна. Ходоодны өмөнгийн өвчлөл 100000 хүн амд 10 байгаа нь маш бага өвчлөл юм.
2. Тус аймгийн хөрсөнд агуулагдах зарим макро—микроэлементүүд харилцан адилгүй тархалттай бана.
3. Тус аймгийн ундны усанд агуулагдах зарим макро- микроэлементүүд янз бүрийн тархалттай юм.
4. Өвөрхангай аймгийн хүн амын ходоодны өмөн үүсхэд хөрсөн дахь Кальци, Магни, Цайр, Зэс хүчтэй хамааралтай байна.
5. Тус аймгийн хүн амын ходоодны өмөн үүсхэд ундны усан дахь Кальци Магни, Цайр, Зэс хүчтэй хамаарч байхад Манган , Кобальт сул хамааралтай байна.

Ном зүй:

1. С. М. Слинчак Онкология
2. Я. С. Райхман Развитие канцерогенно ситуацийв условиях НТР
3. W. Stewart and Paul Kleihues World cancer report
4. World Health Organization. Calcium and Magnesium in Drinking water
5. Wold Healt organization. Manual on the Prevention and control of Common cancers
6. Б. Цэндээ. Эрдэс түүхий эд, биогеохимийн аналитик судалгаа
7. Ж. Оюун. Монгол орны металлоген, геохимийн онцлог – экологи

Амиа егүүтгэх оролдлогын шалтгаан, нөлөөлөх хүчин зүйсийг судалсан нь

Р.Энхтүвшин[1], Д.Оюунсүрэн[2], З.Хишигсүрэн[2]
[1]Баянзүрх дүүргийн Эрүүл Мэндийн Нэгдэл
[2]Эрүүл Мэндийн Шинжлэх Ухааны Их Сургууль
tovshoo_2020@yahoo.com /88076198, 99610186/

Түлхүүр үг : Амиа егүүтгэх оролдлого, эм, химийн бодис, нийгмийн хүчин зүйл, сэтгэл зүйн хүчин зүйл, сэдэл

Үндэслэл:

Амиа егүүтгэх болон амиа егүүтгэх оролдлого хийх явдал нь дэлхийн олон орны хүн амын эрүүл мэнд, нийгмийн тулгамдсан асуудлын нэг болоод байна. Дэлхийн эрүүл мэндийн байгууллагын (ДЭМБ) тайлангаас үзэхэд жил бүр дэлхийд 10–20 сая хүн амиа егүүтгэхийг завдаж байгаа бөгөөд үүнээс 1 сая нь амиа егүүтгэдэг[1]. Тэр дундаа дэлхий даяар амиа егүүтгэх болон амиа егүүтгэх оролдлого хийх тохиолдлын тоо байнга өсөн нэмэгдэж, амиа егүүтгэн нас барах тохиолдол 15-34 насны залуу хүмүүсийн нас баралтын 3 гол шалтгааны нэг болсоор байна.[2] ДЭМБ – ын 2006 оны мэдээгээр амиа егүүтгэх оролдлого хийх нь амиа төгс егүүтгэхээс 10-20 дахин их тохиолддог гэжээ.[1] ДЭМБ – ын мэдээгээр 2000 онд дэлхийд 40 секунд тутамд 1 хүн амиа егүүтгэж байсан бол 2020 он гэхэд 20 секунд тутамд 1 хүн амиа егүүтгэнэ, 1 – 2 секунд тутамд 1 хүн амиа егүүтгэх оролдлого хийнэ гэсэн тооцоо гаргасан байна.[3] Тэтгэвэрийн, ажилгүй, салсан, хүүхэдгүй, ганцаараа амьдардаг зэрэг нийгмийн хүчин зүйлс амиа хорлох эрсдлийг нэмэгдүүлдэг ба сэтгэл гутрал, 2 туйлт эмгэг, хорт зуршилтай, хүнд өвчинтэй зэрэг нь гол шалтгаан болдог гэжээ.[3]

Улаанбаатар хотод 2002 онд амиа егүүтгэх оролдлого нь 1992 оныхоос 20 дахин их байсан бөгөөд амиа төгс егүүтгэлээсээ 2 дахин их хүн амиа егүүтгэх оролдлого хийж байжээ.[4] Эдгээр амиа егүүтгэх оролдлого хийгсдийн ¾ нь хүүхэд залуучууд, ихэнх нь харилцааны зөрчлийн улмаас, 68% нь зөвхөн эм, химийн бодис хэрэглэж байсан нь биднийг энэхүү судалгааг хийхэд хүргэсэн.[4]

Иймд бидний судалгаа эм, химийн бодисыг хэрэглэн амиа егүүтгэх оролдлого хийх болсон сэдэл, нийгэм – сэтгэл зүйн хүчин зүйлсийг судлахад оршино.

Дэвшүүлж буй таамаглал:

Эм, химийн бодис хэрэглэн амиа егүүтгэх оролдлого хийх болсон сэдлийн хувьд сэтгэцийн өвчний улмаас бус сэтгэцийн тулгамдсан асуудлын улмаас үйлдэх нь өндөр байх магадлалтай бөгөөд нийгэм, сэтгэл зүйн хүчин зүйлс ихээр нөлөөлдөг байж болох юм.

Судалгааны арга аргачлал:

Тохиолдлын тайлан судалгааны аргаар хийнэ. Тохиолдлыг эм, химийн бодис хэрэглэн амиа егүүтгэх оролдлого хийсэн хүмүүсээс тусгайлан боловсруулсан асуумжаар анкетийн аргыг ашиглан судалгааг авна.[5]

Түүвэр хамрах хүрээ :

2011 оны 4 сараас 2012 оны 10 – р сарын хооронд хордлого судлалын үндэсний төвөөр зөвхөн эм, химийн бодис хэрэглэн, амиа егүүтгэх зорилгоор үйлдсэн хүмүүсийг хамруулсан. Судалгаанд хамрагдагсдад судалгааны зорилгын танилцуулж, судалгаанд хамрагдахаас өмнө таниулсан зөвшөөрлийн хуудсанд гарын үсэг зуруулсан болно.

Мэдээ, мэдээлэл цуглуулах арга :

Судалгааны асуумжинд эм, химийн бодисын хэрэглээ, шалтгаан сэдэл, нийгэм сэтгэл зүйн хүчин зүйлсийг дэлгэрэнгүй багтаасан бөгөөд судалгааны картаа бөглөхдөө судлаач судалгааныхаа асуумжийг энгийн ойлгомжтой үгээр судалгаанд оролцогчдод тайлбарлан өгөн, бөглөн авч, боловсруулалт /spss-20/ хийсэн.

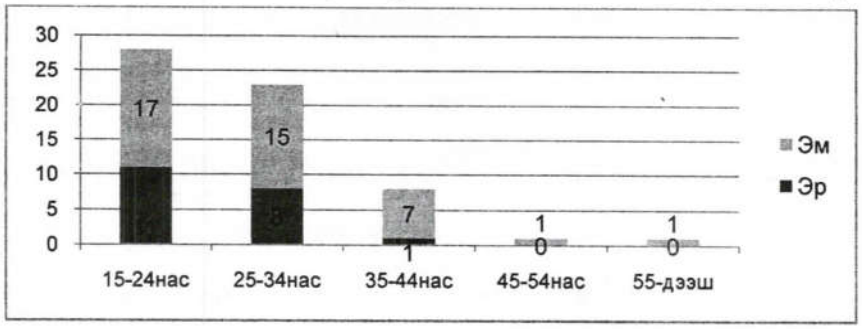
Судалгааны үр дүн:

Эм, химийн бодисын хэрэглээ

Бидний судалгаанд хамрагдсан 61 тохиолдлын 61% нь эмийн бэлдмэлүүд, 34% нь химийн бодис хэрэглэснээс, эмийн бодисоос сэтгэц нөлөөт эмийн бэлдмэлүүд (30.8%) зонхилж, химийн бодис хэрэглэгчдийн ихэнх нь (76%) цууны хүчил (уксус) хэрэглэсэн байжээ. Амиа егүүтгэх оролдлогыг анх удаа хийгчид нь эм, химийн бодисыг хэрэглэх статистик магадлал бүхий үнэн байна (p=0.003). Сонирхолтой нь судалгаанд хамрагдагсад нэгээс бусад нь бүгд үхэх зорилгоор энэхүү үйлдлийг хийсэн гэж хариулсан бөгөөд 36.1% нь амиа егүүтгэх бусад аргыг сонгохоосоо айж, өвдөхгүй, амархан үхэл хэмээн сонгожээ. Мөн үхэхийн тулд тухайн эм, химийн бодисыг зорилготойгоор сонгодогтүй (тааралдсанаа, санамсаргүйгээр – 54.1%), хортой эм, үхүүлж магадгүй гэж 32.8% нь сонгожээ. Эм, химийн бодисоо тухайн агшинд ойр хавьдаа байсан буюу гэртээ байсан эм, химийн бодисыг уух нь олонх (62.3%) байсан ба 37.7% нь эмийн сангаас авсан. Мөн эм, химийн бодисоо сонгохдоо гэртээ байсан эмүүдийг эсвэл жоргүйгээр эмийн сангаас авсан эмээрээ өөрийгөө егүүтгэх гэж 82% нь оролджээ.

Нийгмийн хүчин зүйл

Эм, химийн бодис хэрэглэн амиа егүүтгэх оролдлого хийгчдийн нийгмийн хүчин зүйлсийг нь авч үзэхэд 83.6% нь 15 – 34 насны залуучууд(p=0.003) байснаас 72.1% нь дунд боловсролтой, 67.2% нь эмэгтэй хүмүүс үйлдсэн байх бөгөөд нийгмийн гарал нь 82% ажилчин малчин буюу борогшуу амьдралд өссөн, бага дунд орлоготой хүмүүс 72.1% - ийг эзэлж байлаа.

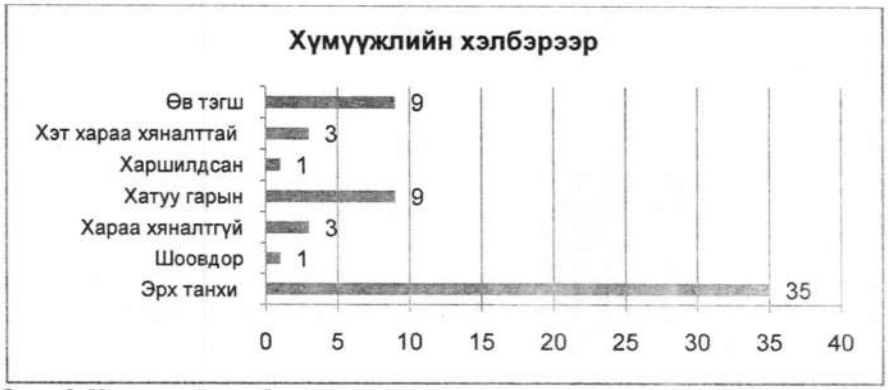


Зураг 1. Амиа егүүтгэх оролдлого хийгчдийг нас болон хүйсээр.

Мөн амиа егүүтгэх үйлдэл нь даваа, лхагва гаригт (n=30), оройн бүрэнхий цагаар (n=31) ихэвчлэн үйлдэгдсэн ба архи, тамхины хэрэглээ нөлөөгүй байв. 28% нь энэ үйлдлийг давтан үйлдэж байгаа бөгөөд дийлэнх олонх нь гэртээ (n=43) үйлдсэн байлаа.

Сэтгэл зүйн хүчин зүйлс

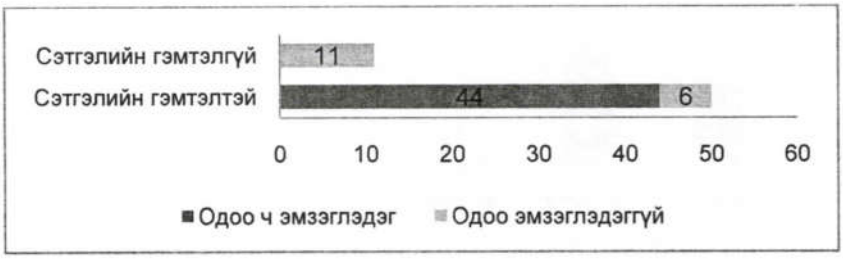
Сэтгэл зүйн хүчин зүйлсийг авч үзвэл : 65.6% нь гэр бүл, хамтран амьдрагчтай бөгөөд 82.5% нь анх гэрлэгсэд, хамтран амьдрагсад буюу амьдарч эхлээд удаагүй байгаа залуучууд үйлдсэн байна.



Зураг 2. Хүмүүжлийн хэлбэрээр нь харуулав

65.6% нь өв тэгш бус гэр бүлийн харилцаатай, 57.4% нь эрх – танхи хүмүүжлээр хүмүүжсэн(n=35), 81.9% нь сэтгэлийн гэмтэл (психотравма) авч байсан(n=50) буюу одоог хүртэл тэр гэмтэл нь сэтгэлийг нь эмзэглүүлсэн хэвээр байдаг(n=44), 50.8%-д нь бага насанд нь сэтгэл зүйн хамгаалах урвалууд (сэтгэл зүйн хөгжлийн ухралт, диссоциатив эмгэг, зуршилт эмгэгүүд) илэрч байжээ. Амиа егүүтгэх оролдлого хийсэн

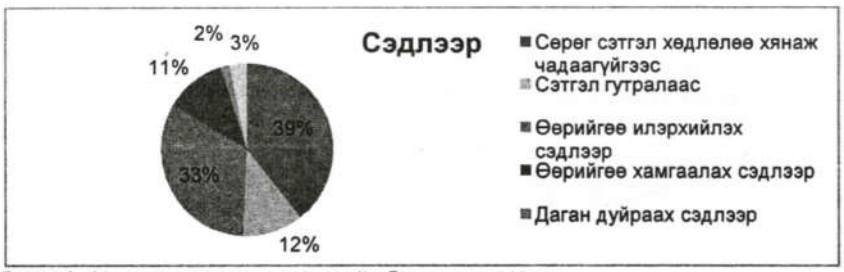
эмэгтэйчүүд эрх танхи хүмүүжилтэй байх нь статистик магадлал бүхий үнэн байна (p=0.04).



Зураг 3. Амиа егүүтгэх оролдлого хийсэн хүмүүсийг сэтгэлийн гэмтлээр нь болон тухайн сэтгэлийн гэмтэл нь одоо ч гэсэн сэтгэлийг нь эмзэглүүлж байгаа эсэхээр нь

Шалтгааны хувьд 83.6% нь сэтгэцийн тулгамдсан асуудлын улмаас, 3.3% нь дотоод шалтгаантай сэтгэцийн эмгэгийн улмаас үйлдсэн бөгөөд харилцааны зөрчлүүд (p=0.001), хүчирхийлэл (n=3), салалт (n=6) зэрэг тулгамдсан асуудлууд давамгайлж байсан. Амиа егүүтгэх үйлдэл хийх болсон сэдлийн хувьд авч үзэхэд 36.1% нь сөрөг сэтгэл хөдлөлөө барьж чадаагүйн улмаас, 32.8% нь бусдад өөрийгөө илэрхийлэх сэдлээр, 11.5% нь өөрийгөө хамгаалах сэдлээр, 11.5% нь амьдрах итгэлгүй болсоноос, 1.6% нь бусдыг даган дууриах сэдлээр, 3.3% нь өөрийгөө хянах чадваргүйн улмаас (дотоод шалгаан) үйлджээ.

Сөрөг сэтгэл хөдлөлөө барьж чадаагүйн улмаас болон өөрийгөө илэрхийлэх сэдлээр амиа егүүтгэх оролдлого хийх нь 15-34 насны хүн амын дунд статистик магадлал бүхий үнэн байна(p=0.001).



Зураг 4. Амиа егүүтэх оролдлого хийх болсон сэдлээр нь

Эм, химийн бодис хэрэглэн амиа егүүтгэх үйлдэл хийхэд удамшил нөлөөлөөгүй, 34.4% нь архи хэрэглэсэн байсан бөгөөд 4 тохиолдолд архи уусны дараа амиа егүүтгэх бодол орж ирсэн байна. Мөн судалгаанд хамрагдагсдын 68.9% орчим хувь нь стрессээ тайлж чаддаггүй, дотроо хадгалдаг, эсвэл сөрөг төрх үйлээр (архи, тамхи, их идэх, уурлах) стрессээ тайлдаг байна. Нийт судалгаанд хамрагдагсдын 55.7% нь дахин амиа егүүтгэх эрсдэлтэй байлаа.

Хэлцэмж :

1992 – 2002 онуудад Улаанбаатар хотын хэмжээнд хийсэн тархалтын судалгаагаар амиа егүүтгэх оролдлого хийхэд нийгмийн хүчин зүйлс нөлөөлж байсан ба ихэнх хүмүүсийн шалтгаан сэдэл, сэтгэл зүйн хүчин зүйлс нь тодорхойгүй байсан бол бидний судалгаагаар нийгмийн хүчин зүйлс нь мөн дээрх судалгаатай ойролцоо үр дүн гарсан буюу дунд боловсролтой, эмэгтэй хүйсний залуу хүмүүс ихэвчлэн үйлдэж байсан. Харин сэтгэл зүйн хүчин зүйлсийн хувьд: эрх танхи хүмүүжилтэй, сэтгэлийн гэмтэлтэй, стресс тайлах чадвар сул зэрэг хүчин зүйлс ихээхэн нөлөөлдөг болох нь ажиглагдсан.

Барууны орнуудад сэтгэцийн эмгэг болон хорт зуршил нь амиа хорлох шалтгаан болдог бол, азийн улсуудад сэтгэл хөдлөлийн улмаас амиа егүүтгэх нь илүү байдаг бөгөөд бидний судалгааны 83.6 хувь нь сэтгэцийн тулгамдсан асуудлаа шийдвэрлэж чадаагүйн улмаас амиа егүүтгэхийг завдсан байсан нь азийн улсуудын чиг хандлагатай ойролцоо үр дүн гарсан.

Дүгнэлт:

- Бидний судалгаагаар
  - дунд боловсролтой,
  - эмэгтэй хүйсний,
  - залуу хүмүүс эм, химийн бодис хэрэглэн амиа егүүтгэх оролдлого хийх нь өндөр байлаа.
- Эрх танхи хүмүүжилтэй,тайлаагүй сэтгэлийн гэмтэлтэй, стресс тайлах чадвар сул хүмүүсийн дунд амиа егүүтгэх оролдло хийх нь өндөр байна.
- Ихэнх нь гэр бүл ойр дотныхны харилцааны зөрчлийн улмаас энэ үйлдлийг хийдэг бөгөөд сөрөг сэтгэл хөдлөөө барьж чадаагүйгээс, өөрийгөө илэрхийлэх сэдлээр энэхүү амиа егүүтгэх оролдлогыг хийдэг байна.

Ном зүй :

1. Бямбасүрэн С, Эрдэнэбаяр Л, Цэцэгдарь Г, Хишигсүрэн З, Аюушжав Б, Туяа Най. Амиа егүүтгэхийг завдсан, амиа егүүтгэсэн тохиолдлын тархвар зүйг судалсан нь судалгааны ажлын тайлан. Улаанбаатар 2003.
2. Төгсдэлгэр. С, Эвлэгсүрэн. С. "Тархвар зүйн үндэс". 2008 он. 14,66х
3. Suicide. The World Health report. 2010.p. 37-39.
4. Preventing suicide a resource for counselors. Department of Mantal Health and Substance Abuse Management of Mental and Brain Disorders. World Health Organization: Geneva; 2006
5. WHO. World healt report 2011. P1-8
6. World Suicide Prevention Day, sep 10, 2009

Some results of study for usage of medication and effecting psychosocial factors for attempted suicide, used medication or chemical substance

Enkhtuvshin[1]R, Oyunsuren D[2], Khishigsuren Z[2]
[1]- Health Center of Bayanzurkh District
[2]- School of Medicine, Health Science University of Mongolia

Objectives:
To determine some causes or motivations and types of medication or chemical substances used for suicide attempts.

Methodology: The study methodology was done by case report study. There were included participants attempted suicide, used medication or chemical substance. Participants interviewed by specialized questionnaire.

Result:
Medication and chemical substance
Among suicide attempters who were used medication and chemical substance, 30.8% of them used psychotropic medicine, 76% of them used acetic acid. 36.1% of them chose this method because of painless death and all of them aimed to die. 82% of suicide attempters used medications which were at home and unprescribed medications bought from pharmacy. (First attempt p=0.003)

Social factors
Survey participants were between 15-34 years (83.6% (medication - p=0.003)) old and 72.1% of them were with secondary education, 67.2% of them were female, 82% of them were commoner, 72.1% of them were with lower and middle income. In regard to frequency, 72% of the, attempted first time and 28% of them attempted repeatedly.

Psychological factors
65.6% of all participants were married soon afterwards and 65.6% of them were with family conflict, 57.4% of them were with feather-bedded family education(women - p=0.04),, 81.9% of them were with psycho trauma, 50.8% of them had psychological reaction at childhood. In regard to cause, 83.6% of them were psychiatric problems(p=0.001). In regard to motivation, 36.1% of them were because of negative emotional problems, 11.5% of them were because of hopelessness for living, 32.8% of them were aimed to set forward oneself, 11.5% of them were aimed to protect oneself, 1.6% of them were imitating others. In regard to stress management of participants, 68.9% of them cannot manage their stress or tried to manage stress by wrong methods. (Alcohol, smoking, etc.)

Conclusion:

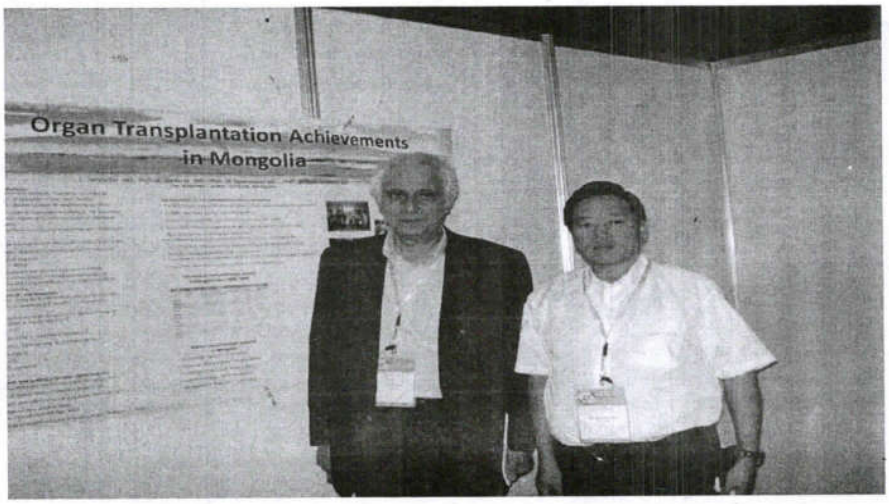
- Most of survey participants used psychotropic medicine and acetic acid to attempt suicide. Influencing circumstances are lack of monitoring for unprescribed medication

and disordered usage of medication. And most of suicide attempters chose this method because of painless death.

- Most of suicide attempters were with secondary education, with middle income and female. All of them were labour-force aged and attempted suicide for first time.
- In regard to psychological status, most of them were with family conflict, with feather-bedded family education and young couples who cannot manage their psychological problems. They attempted suicide while they were furious, upset and cannot manage emotional problems. Also vulnerable group was who had childhood psychological trauma and with poor stress management.

Улсын Нэгдүгээр Төв Эмнэлгийн Бөөрний Мэс Заслын Клиник (БМЗК)-ийн гадаад харилцааны түүхэн хөгжил

Д.Нямсүрэн M.D; Ph.D Профессор



1957-09-15-нд ЭХЯ-ны шийдвэрээр анхны бөөрний мэс заслын кабинетыг байгуулж улмаар мэс заслын тасагт 5 ор эзэмшүүлж Н.Лувсанбалдан (1948 онд МУИС-ийн хүн эмнэлгийн ангийг төгссөн) эмч удирдан ажиллаж эхэлжээ. Тэр үедээ бөөрний мэс заслын эмгэгийн анхны яаралтай тусламж үзүүлэх үйлчилгээг эхлэж байжээ.

1959 онд ЗХУ-ын бөөрний мэс заслын мэргэжилтэн Л.А.Осколов Монголд уригдан ирж үндэсний мэргэжилтэнг сургах, дадлагажуулах, бэлтгэх ажлыг эрчимтэй

эхэлжээ. 1959 онд Т.Жамсран эмч ЗХУ-д урологийн курст суралцаж ирээд 1959 оноос урологийн эмчээр 1967 он хүртэл ажиллажээ.

1963 онд нэгдсэн тусгай 2-р эмнэлэгт ЗХУ-ын уролог А.В.Беляев уригдан ирж ажилласнаар Ө.Бямбаа эмч дагалдан шавилан суралцаж урологийн эмч болжээ.

1966 онд Б.Чүлтэмсүрэн ЗХУ-ын Москва хотод урологийн клиникт нарийн мэргэжил эзэмшиж улмаар 1970-1974 онд ЗХУ-ын Киев хотод аспирантурт суралцаж "Вторичная и двухмоментная нефрэктомия" сэдвээр эрдмийн зэрэг хамгаалж энэ салбарын анхны эрдэмтэн төрсөн.

1967-1969 онд ЗХУ-ын уролог Е.А.Ткачев эмч уригдан ирж ажиллахад манай бөөрний мэс заслын эмч мэргэжилтнүүд дагалдан суралцажээ.

1969, 1979 онуудад Ө.Бямбаа эмч ЗХУ (одоогийн Оросын Холбооны Улс)-д мэргэжил дээшлүүлж ирээд 1980 оноос Түрүү булчирхайн хоргүй хавдар авах мэс заслыг Ө.Бямбаа эмч хийж практикт нэвтрүүлсэн.

1970, 1987 онд Л.Янжин эмч нь Болгар улсын Софи хотын Анагаах ухааны академийн Урологийн клиникт доктор профессор Х.Кумаковын удирдлаган дор курс хийж ирээд оношлогоо эмчилгээнд 10 гаруй оновчтой санал шинэ бүтээл нэвтрүүлжээ.

1982, 1983 онуудад М.Намсрай, Ж.Эрдэнэцэцэг нар ЗХУ-д мэргэжлийн курс хийжээ. 1987-1989 онд М.Намсрай Герман улсын Ауэ хотод Бөөрний мэс заслын дурангийн нарийн мэргэжлийн курс төгсөж ирээд 1989 оны намар Бөөрний дурангийн мэс заслын кабинетийг иж бүрдэлээр нь нээж Германы Карл Шторц фирмийн багажаар тоноглож байнгын ажиллагаанд оруулсан.

1988-1990 онд Ж.Эрдэнэцэцэг эмч Унгар улсад 2 жил мэргэжил дээшлүүлжээ. 1987-1989 онд Украйны Киевийн их сургуулийн уролог А.Д.Гринько тус тасагт зөвлөх эмчээр ажиллах үед Ж.Нарантуяа эмч дагалдан суралцажээ. 1991-1992 онд Ж.Нарантуяа эмч Чех улсад 1 жилээр мэргэжил дээшлүүлж ирээд бөөр шээсний замын нөхөн сэрээх зарим хагалаа эмчилгээний үр дүнг сайжруулахад ихээхэн хүчин чармайлт гарган ажиллаж байлаа.

Ж.Нарантуяа нь 1998 онд Хятад улсын Шаньду мужийн Андрологийн төвд мэргэжил дээшлүүлсэн.

1983-1984 онд Д.Нямсүрэн ЗХУ-ын Санкт-Петербург хотын Кировын нэрэмжит хүн эмнэлгийн академид мэс заслын курс, 1997 онд Малайзад, 1998, 2006 онуудад Хятад, 2000 онд Японд, 2002 онд Солонгос, 2009 онд Ливан улсуудад богино хугацааны 7-14 хоногийн мэргэжлийн суралтанд хамрагдсан болно. Мөн 2011, 2012 онуудад Австрийн Вена, Францын Парис хотод Европын Урологийн холбооны их хуралд, 2011 онд Солонгосын Сөүл хотод Азийн эрхтэн шилжүүлэн суулгах холбооны их хуралд, 2012 онд Армений Ерван хотод 'Men Health' олон улсын хуралд сууж номын дуу сонсжээ.

2000-2004 онд Christian Medical and Dental Associations-ийн Ерөнхийлөгч Жорж Майклийн удирдсан эмч нарын багт бөөрний мэс засалч Soderdahl.D ирж дурангийн болон нээлттэй мэс засал хийж, лекц уншиж байлаа.

2003-2006 онд Швейцарь улсын мэс заслын багийн урологийн эмч М.Гунстын санаачлагаар дурангийн шинэ багаж рентген аркоскоп, телекамер, монитор, уретероскоп, зүсэгч дэгээ зэргийг тусламж болгон өгч дурангийн кабинетийн багаж бүрэн шинэчлэгдсэнээр урологийн дурангийн хагалгаа хийх орчин нөхцөл, техник

технологи сайжирч 10-14 хоног эмч нарыг сургасанаар чадамжийг өндөржүүлж, эмчилгээний чанарт ахиц гарсан юм.

2003 онд Д.Баян-Өндөр эмч Чех улсын Мотол эмнэлэгт, 2006 онд Тайланд, 2006 онд Австрали, 2007 онд Малайз, 2008 онд Финлянд улсуудад 1 сараас 4 сарын хугацаатай Бөөрний мэс засал, бөөр шилжүүлэн суулгах мэс заслын сургалтанд хамрагдсан. 2006 онд тэргүүлэх зэрэг хамгаалж, 2011 онд Доктор хамгаалсан. 2011 онд Солонгосын Сөүл, 2012 онд Францын Парис хотод олон улсын хурал семинарт оролцсон.

2006 оны 3 сард эмч Л.Жамбалжав, Н.Баасанжав нар, Khaan Kisiby хятадын эмчтэй хамтран бөөр шилжүүлэн суулгах хагалгааг ихрээс ихэрт эх орондоо амжилттай хийж сайхан үр дүнд хүрсэн.

2006 оны 6 сарын 29-нд Л.Жамбалжав, Н.Баасанжав, Д.Нямсүрэн нар Khaan Kisiby эмчтэй хамтарч 10 настай хүүд аваас нь бөөр шилжүүлэн суулгах мэс заслыг хийсэн нь анх удаа хүүхдэд бөөр шилжүүлэн суулгах мэс засал болсон. Эмч Н.Нямбаяр, сувилагч Т.Наранцэцэг нар 2012 онд Солонгосын Борема Эмнэлэгт 1 сарын сургалтанд хамрагдлаа. 2006 оны 8 сард УКТЭ-ийн Бөөр шилжүүлэн суулгах үндэсний багийн эмч нар (Л.Жамбалжав, Б.Төмөрбаатар, Д.Нямсүрэн, Д.Баян-Өндөр, Л.Ганболд, Д.Чулуунбаатар, Б.Бямбадаш, Б.Бямбадорж, Ж.Саранцэцэг, М.Эрдэнэсайхан) Англи улсын эмч Maurice Slapak, Тайландын эмч Phaibul Jitraphai, Tawatchai нартай хамтран бөөр шилжүүлэн суулгах мэс ажилбарыг амжилттай хийсэн. Өдгөө 71 хүнд бөөр шилжүүлэн суулгах мэс заслыг хийгээд байна.

2007 оноос хойш манай тасаг хамтлагийн үйл ажиллагаанд шинээр нэвтэрсэн эмчилгээний шинэ аргуудын хувь заяа FSF (Foundation of Swanson's family)-ны шугамаар 2005 оноос хойш 8 жил бидэнтэй нягт хамтран ажиллаж онолын болон практик сургалтыг 7-14 хоногийн туршид явуулж байгаа IVU-гийн эмч нарын хамтлагийн (олон улсын сайн дурын урологийн) ерөнхийлөгч Catherine R.deVries (MD, FACS, FAAP)-ын хүчин чармаалттай шууд холбоотой. Өндөр мэргэжлийн чадварлаг баг ирж бидэнд сургалт явуулж хамтран ажиллаж байна.

АНУ-ын Salt Lake хотын Utah-ийн их сургуулийн Бөөрний мэс засалч профессор Catherine R.deVries, 2006, 2007, 2008, 2009 онуудад, 2007 онд Mentor Andrew Southwick, 2008 онд Black D.Hamilton, 2009-2010 онд Christopher B.Dechet, 2010 онд John W.Colberg, 2011 онд Jeremy Myers, 2012 онд Jeremy Myers, Laris Ellison нарын баг хамтлаг Монголын Бөөрний мэс заслын хөгжилд түүхэн гавъяа бүтээж оюуны хөрөнгө оруулалт хийхийн сацуу олон сайхан орчин үеийн оношлогоо эмчлгээний үнэтэй багаж тоног төхөөрөмж хандивлаж байлаа. Хандивласан багаж тоног төхөөрөмжүүдээс дурдвал: хийн даралтат чулуу бутлагч, бөөр шээлгүүрийн шинэ дуран, давсагны дурангийн шинэ иж бүрдэл, зүсэгч дэгээ зэргийг хандивласан. Америкийн эмч нарын баг бидэнтэй жил бүр хамтран ажиллах гэрээтэй.

2007, 2008, 2009, 2010 онуудад Сингапур, Тайланд, Солонгос, Японы эмч нар лекц уншиж сургалт явуулсан. Сингапур, Тайландын эмч нартай хамтарч нарийн төвөгтэй мэс засал хийсэн. 2012 оны 6 сард АНУ-ын New-York хотын Mount Shinai эмнэлгийн эмч Sasan Roayaie ирж бөөрний хавдартай, доод хөндийн хөх судсанд хавдарын тромбо суусан тохиолдолд мэс заслыг хийж сургалт явуулж хамтран ажилласан нь хойшдын ажилд асар их ахиц өгсөн.

Манай тасаг Японы National Hospital Organization Mito Medical Center Department of Transplantation Surgery-ийн захирал Kenji Yuzawa. M.D., Ph.D. болон түүний хамтлагтай гэрээ байгуулж жилдээ 1-2 эмч явуулж сургах гэрээ байгуулахаар зэхэж байна.

2013 оны 03 сарын 15-аас 5 хоног Италийн Милан хотод Европын Урологийн холбооны 28-р конгресс, семинарт Д. Нямсүрэн, Д. Баян-Өндөр нар оролцоод ирлээ.

Дүгнэлт:

1). Хүн төрөлхтөний хуримтлуулсан Анагаах ухааны ололт амжилтыг тухайн үеийн социалист хамтын нөхөрлөлийн орон гэгдэж байсан ЗХУ, Болгар, Чех, Унгар, Зүүн Герман зэрэг орнуудад Монголын уролог эмч нарыг 1-2 жилийн хугацаатайгаар сургаж, мэргэжилтэн бэлтгэж өгчээ. ЗХУ-аас (тухайн үеийн нэршлээр) мэргэжилтэн ирж газар дээр нь эмч нарыг дагалдуулан сургаж байсан нь хямд зардалаар ур дүнтэй боловсрол мэдлэгийг эмч нарт олгохын сацуу, өвчин эмгэгтэй олон хүнд өндөр нарийн мэргэжлийн тусламж үзүүлж оношлогоо, мэс засал эмчилгээ хийж байжээ.

2). 1990 оноос хойш ардчилал, шинэчлэлийн буянаар дэлхий хавтгайрсаныг мэдэрсэн монголчууд ганц орны хамааралтай биш энхийн бүхий л оронтой харилцаа холбоо нь тэлсэнээр Бөөрний мэс заслын эмч нарын гадагшаа суралцах боломж нээлттэй болсон. Мөн гадаадын орны эмч эрдэмтэд биднийг сонирхох болсон. Иймээс Монгол орны сул хөгжилтэй салбаруудыг хөгжүүлэх боловсон хүчнийг сургах, чадваржуулах боломжийн багаж тоног төхөөрөмжөөр хангах оролдлогуудыг хийсээр ирсэн нь урологийн салбарын хөгжилд ихээхэн түлхэц болсон.

3). АНУ-ын Salt Lake хотын Utah-ийн их сургуулийн профессор Cathrine.R.deVries-ийн удирддаг IVU (олон улсын урологийн сайн дурын)-н эмч нарын бат манай салбарын хөгжил дэвшил, оношлогоо, эмчилгээнд онцгой үүрэг гүйцэтгэж байгаа.

4). Өнөөдрийн өндөрлөгөөс харахад гадаадын хөгжилтэй орны өндөр нарийн мэргэжлийн эмч сургагч нарыг өөрийн бааз эмнэлэг дээр урт, богино хугацаагаар авч ажиллуулах нь тухайн салбарын хөгжил дэвшилд оношлогоо, эмчилгээ, судилгааны шинэ техник, технологи нэвтэрхэд ихээхэн түлхэц үзүүлнэ гэдэгт итгэлтэй байна.

Монгол улсад бөөр шилжүүлэн суулгах үндэсний багийн түүх

Бөөр шилжүүлэн суулгах үндэсний багийн ахлагч,
Профессор Д.Нямсүрэн

Манай оронд 1950 –д оны сүүлчээс орчин үеийн анагаах ухааны нефролог, урологийн салбарууд хөгжлийн анхны шангаа татсан. 1975 онд бөөрний дутагдалтай өвчтөнүүдээ эмчилдэг хиймэл бөөрний хоёр аппараттай болж бөөрний архаг дутагдалтай өвчтөнүүдээ диализаар эмчилдэг болсон. Анх Монгол улсад эрхтэн

шилжүүлэн суулгах асуудал 1986 онд тухайн үеийн Шинжлэх Ухаан Техникийн улсын хороогоор хэлэлцэгдэн асуудал дэвшүүлж байсан байна.

1990 –ээд оны эхнээс Монгол улсад Бөөр шилжүүлэн суулгах эмчилгээ нэн чухал шаардлагатай болохыг тухайн үеийн ЭМЯ 1994 онд бөөрний мэргэжилтэнгүүд ач холбогдол өгч Япон улсад нефролог Х. Тэрбиш ахлагчтай багийн эмч нар явж жил суралцаад ирсэн билээ. Гэвч тухайн баг хамт олны үед бөөр шилжүүлэн суулгах боломж нөхцөл бүрдээгүй байсан тул анхны баг үйл ажиллагаагаа явуулж чадаагүй.

1995 оноос Анагаах Ухааны Үндэсний хүрээлэн Бөөр шилжүүлэн суулгах цэгц төсөл хэрэгжүүлэн эхэлсэн. Төслийн удирдагчаар Л. Жамбалжав ажиллаж тухайн ажлыг эхлүүлэх бэлтгэл ажил хийж байсан. Энэ ажлын хүрээнд 10 гаруй нохойд туршилтын мэс засал хийсэн. Судалгаа шинжилгээний ажил, материаллаг баазаа дээшлүүлэх, боловсон хүчнээ бэлдэх зэрэг ажлуудыг хийж байлаа. Бөөрний архаг дутагдлын үндсэн эмчилгээ нь бөөр орлуулах гемодиализ, хэвлийн диализ, бөөр шилжүүлэн суулгах мэс засал юм. УКТЭ бөөр судлалын клиникийн судалгаагаар жилд 100 орчим бөөрний архаг дутагдалтай өвчтөн нэг жилд шинээр бүртгэгдэж байна. 1994 онд Японд сурсан эмч нарын нэг Л. Цог бөөрний судасны гажгийн улмаас цусны даралт ихтэй хүнд баруун бөөрийг авч баруун ташаан хонхорт суулгах мэс засал хийсэн нь манай оронд эрхтэн шилжүүлэн суулгах эмчилгээний анхны оролдлого болсон.

(1996 он) Урд эгнээнд *Г. Нямхүү, Б. Гоош, Л. Жамбалжав, Н. Мөнхтүвшин* Арын эгнээнд *Ж. Нарантуяа, Д. Нямсүрэн, Н. Одсүрэн, Б. Бямбадаш*

УКТЭ-д 1996.07.08 -д бөөр шилжүүлэн суулгах анхны клиникийн тохиолдолд мэс засал хийсэн. Хагалгааг Л. Жамбалжав, Д. Нямсүрэн, Ж. Нарантуяа, Б. Гоош, Г. Нямхүү нар Монголд анх удаа бөөр шилжүүлэн суулгах мэс заслыг хийлээ. Энэ амжилтаараа цаашдын зорилго чиглэлээ тодорхойлсон гэж үзэх үндэслэлтэй.

2000 онд Монгол улсын Донорын хууль батлагдсанаар эд эрхтэн шилжүүлэн суулгах эмчилгээ хөгжих эрх зүйн акт бүрдсэн юм. 2001 оноос БНСУ-ын KOIKO байгууллагын шугамаар хэрэгжсэн төслөөр УКТЭ-т эрхтэн шилжүүлэн суулгах эмчилгээтэй холбоотой багаж хэрэгсэл ялангуяа эд нийцлийн орчин үеийн лаборатор оруулж ирсэн, дархлаа дарангуйлах эмүүдийг улсын бүртгэлд бүртгүүлж хангалт хийснээр эд эрхтэн шилжүүлэхэд зохимжтой нөхцөлүүд бүрдэж эхэлсэн.

1998, 2002 онуудад бөөр шилжүүлэн суулгах чиглэлээр эмч нарын баг Хятад, Солонгос улсуудад богино хугацааны сургалтанд хамрагдсан. 2006 оноос УКТЭ-т бөөр шилжүүлэн суулгах хагалгааг хийх зорилгоор олон улсын DHL-н холбооны ерөнхийлөгч Айлин Дэвид, Олон улсын бөөр шилжүүлэн суулгах холбооны ерөнхийлөгч асан Англий эмч Маурис Слапак, Монголын Худалдаа Хөгжилийн Банкны захирал С.Мөнхбат, IVCO ХХК-ийн гүйцэтгэх захирал Л.Цэрэндорж нарын шууд дэмжлэг тусламжтайгаар 2006 оны 3-р сараас Д. Нямсүрэн, Д. Баян-Өндөр, Б. Бямбадаш, Б. Бямбадорж, Л. Ганболд, Д. Чулуунбаатар, Б. Төмөрбаатар, Ж. Саранцэцэг нарын эмч нар Б. Туул, Б. Удвал нарын сувилагчид БНХАУ-ын Уахань хот, Тайландын Бангкок хотуудад бөөр шилжүүлэн суулгах эмчилгээний аргад 1-4 сарын сургалтанд суралцаж ирсэн болно. Эмч Ж.Саранцэцэг Англи улсад 2007 онд 6 сарын хугацаатайгаар эд нийцэл-удам зүйг шинжлэн судлах ажлаар суралцсан.

Бөөр шилжүүлэн суулгах үндэсний баг 2006 он

Дээрхи эмч нарын багт туршлагатай мэс засалч Л. Жамбалжав хамтран ажилласнаар бөөр шилжүүлэн суулгах үндэсний баг 11 хүнтэй ажлаа хийж эхэлсэн. 2006 онд бөөр шилжүүлэн суулгах 8 мэс засал хийсний хоёрыг нь Хятад улсын Бээжин хотын Төмөр замын Шижитан төв эмнэлгийн зөвлөх эмч Khaan Kisiby, Анагаах Ухааны Хүрээлэнгийн Захирал, Хөдөлмөрийн баатар, Академич Н. Баасанжав нартай хамтарч хийсэн. 2006 оны 08 сарын 06-нд профессор Маурис Слапак, Тайланд улсын эмч профессор Phaibul Jitraphai Tawatchai нарын тусламжтайгаар бөөр шилжүүлэн суулгах мэс заслыг Монголын эмч нар гардан хийж түүнээс хойш өнөөдрийг хүртэл 71 хүнд бөөр шилжүүлэн суулгах мэс засал амжилттай хийгээд байна. Монголд хийгдэж байгаа бөөр шилжүүлэн суулгах хагалгаа нь багийн зарчимаар хийгдэж байгаа ба багийн бүрэлдэхүүнд нефролог, уролог, ерөнхий мэс засалч, дархлал судлаач, анестезиологи, лабораторын эмч сувилагч нар хамтран ажиллаж байна.

Бөөр шилжүүлэн суулгах эмчилгээ хийлгүүлсэн тохиолдол:

БШС хагалгаа хийлгэсэн улсын нэр	1996	1998	1999	2001	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
БНХАУ		1	2	5	7	6	16	2	1	3					
Пакистан										1					
БНУнгар улс								1							
Япон улс											1				
БНСУлс											2	3	9	1	
Монгол улс	1							10	5	14	11	11	8	8	3

Бид бөөр суулгах хагалгааны үед Camphat H-1 моноколональ эсрэг биеийг хагалгааны үед 20 мг-ийг дуслаар хийж 3 дахь хоногоос нь циклоспорин А–г эсвэл програф эмүүдийг өвчтөний кг жинд тооцоолж олон улсын жишиг стандартын дагуу бусад эмүүдтэй хавсран эмчилж байна. 2012 онд бөөр шилжүүлэн суулгах эмчилгээнд хагалгааны үед 3 тохиолдолд Basiliximab (Similect) хэрэглээд байна. Хойшдоо орчин үеийн хөгжилтэй оронд эмчилгээний практикт өргөн нэвтэрсэн өндөр үр дүнтэй эмүүдийг хэрэглэх зорилго тавьж байна. Өнөөдрийн байдлаар бөөрний архаг дутагдалтай 230 хүн хиймэл бөөрний аппарат диализ эмчилгээнд орох шаардлагатай байна. Гэвч УНТЭ дээр 28 аппарат чадан ядан ажиллаж 170 хүн өдөр, шөнөгүй хиймэл бөөрний аппарат эмчилгээнд орж байна. Монголд Ховдод-2, Эрдэнэтэд-2, УЭТЭ-4, Дорнод-2, ЭХЭМТ-3, УЭТЭ-4, Өмнөговьд-2, ЗХТГ-2, Нарт эрднэс хувийн эмнэлэгт-6 аппарат тус тус ажиллах боломж бүрдээд байна. Бүгд 49 аппарат байгаа нь өнөөдрийн бөөрний дутагдалтай тохиолдлын 40 гаруй хувийн хэрэгцээ шаардлага хангахаар тооцоо гарч байна. Иймд шинээр 60 аппарат авч шинээр суурьлуулж байж гэмээнэ нийгмийн захиалга шаардлагыг хангах боломжтой. Мөн бөөр шилжүүлэн суулгах хагалгаанд орохоор донор хайж байгаа өвчтөнүүд байна. Бөөр шилжүүлэн суулгах мэс засал хийсэн 68 өвчтөнөөс амьд донор 62, цогцосны донор 6 байна.

Бидэнд бөөр шилжүүлэн суулгах эмчилгээ хийхэд дараах бэрхшээл тохиолдож байна:

1. Цусны бүлэг тохироогүй (АВО) болон элэгний В, С вирусын халдвартай тохиолдолд бөөр шилжүүлэн суулгах технологи нэвтрээгүй.

2. Өвчтөнүүд бөөрний дутагдалаас гадна хавсарсан өвчтэй тухайлбал амьсгал, зүрх судас, элэг, ходоод хоол боловсруулах замын ээнэгшил алдагдсан олон эрхтэний дутагдал илэрсэн үедээ хандаж байна.
3. Донорын тухай хуулийн заалтын хүрээ явцуу, зөвхөн ихрүүд, ах дүү, ураг төрлийн эрүүл хүнийг сонгох ёстой гэж хуульчилсан нь донорын хомсдолд нөлөөлж байсан. Гэвч **2012 оны 05 сарын 22-ны өдрийн Донорын тухай хуулинд** өөрчлөлт оруулсанаар Донор хэн байж болох тухай гуравдугаар бүлгийн **9.3. шилжүүлэн суулгах эд, эрхтэнг амьгүй донороос авбал зохино. Хэрэв амьд донороос эд, эрхтэнг авах тохиолдолд эдийн тохироо нийцсэн ихрүүд, ах дүү, ураг, төрлийн хүмүүс болон эд, эрхтэнээ бэлэглэхийг хүссэн, тухайн эд эрхтэн нь ямар нэг эмгэг өөрчлөлтгүй хүнийг сонгоно** гэсэн заалт орсон нь донорын хүрээг өргөтгөн, зовж зүдэрсэн өвчтэй хүмүүст сайхан боломжийг олгож өгсөн хууль болсныг үйлчлүүлэгч нар талархан хүлээж авсан.

Бидний зорилго, зорилт:

1. Цусны бүлэг тохироогүй, элэгний В, С вирустай, эсрэг бие өндөртэй тохиолдолд мэс засал хийх удирдамжийг хэрэгжүүлэх
2. Цогцосны донор авах аргыг дэлхийн жишигт нийцсэн, эрхтэнээ бэлэглэхийг хүссэн тохиолдолд, төр захиргааны төв байгууллага ЭМЯ болон Хууль Зүйн Яамны сайдын хамтарсан холбогдох тушаал заавар хэрэгтэй. Ингэснээр эрх зүйн акт улам тодорхой болж, өдөр тутмын удирдамжаар хангагдана.
3. Орчин үеийн өндөр үр дүнтэй эм, лабораторын машин эм реактивээр хангах шаардлагатай. Монгол Улсын Засгийн Газрын 2013 оны төсөвт эрхтэн шилжүүлэн суулгахад шаардлагатай хөрөнгийн асуудлыг шийдэн өгчээ. Төсөвт суусан санхүүжилтээр оновчтой эм багаж тоног төхөөрөмж авч чадвал хөгжил дэвшилд хүрэхэд ихээхэн ач холбогдолтой.

"Эм заслын саран хаан" зохиолын зохиогчийн тухай өгүүлэх нь

Г.Уянга[1],
uyanga_love09@yahoo.com
Ш.Болд[2], Ж.Баттуул[3]
[1,2]"Ач"АУДС, [3]Улсын нэгдүгээр төв эмнэлэг

Монголын анагаах ухааны түүх, эх зохиолын эрдэм судлалын ажлын нэг үндсэн чиглэл бол хүн зоноос өвчин эмгэгтэй тэмцэж ирсэн мэдлэг, ухааны гол тулгуур ойлголтууд, хөгжлийн жам ёс, үе шат, эмч, эрдэмтдийн зохиол, бүтээлийг судлан тогтоох асуудал юм. Энэ чиглэлд зайлшгүй судлагдах бүтээлийн нэг нь "Сомараза" (Somarazha) буюу "Эм заслын саран хаан" хэмээх анагаах ухааны зохиол юм.

"Эм заслын саран хаан" зохиол нь эртний Энэтхэгийн "Аюурвед"-ийн анагаах ухаан, Хятад, Төвөд, Монгол анагаах ухаан зэрэг дорно дахины олон үндэстний эм, эмнэлгийн онол, туршлагыг дүгнэн хураангуйлсан анхны сонгодог зохиол гэж үздэг.

Нөгөө талаар "Эм заслын саран хаан"-ын зохиогч болоод зохиогдсон он цагийг өнөөг хүртэл яг, таг тогтоож чадаагүй байна. Уг зохиолын эхэнд Хутагт Манзуширт мөргөмөй, Багш Лүдэвнинбу (Нагаржунай)-д мөргөмөй хэмээдэг. Номын төгсгөлд "Хутагт Манзушираас дөрвөн аршид тушаах хийгээд багш Нагаржунайн номлосон нь гээд хувилгаан Дисрондэзан хаана үед Хятадын Бэжи Ханга Махаан өргөсөн бичмэл айлтгалыг Хошан Махаяна болон Бэрозана орчуулав" гэжээ. Лхүндэвдашийн "Их Ютог Ёндонгомбоын цадиг"-т "Хутагт Нагаржунайн зохиосон шашдир Сомараза", Төвөдийн судлаач Жамбапринлэйн зохиосон "Цастын орны анагаах ухааныг үзүүлэн, нарны зэргэмжээр залрагсадын цадигийг зүглүүлсэн найруулага" (2000) номонд "Нагаржунайн зохиосон Сомараза"[2] хэмээн тэмдэглэсэн байна. Үүний зэрэгцээ академич Ц.Хайдав буддын шадар шавь Манзушира гэдэг хүн байсан тухай дурдсан билээ. Түүний зохиол гэж алдаршсан "Сомаранза" хэмээх нэгэн сонирхолтой ном бий. Энэ ном их дээр үед Энэтхэгт санскрид хэлээр орчуулагдсан байна (1975) гэжээ[3]. Өвөр Монголын эмч, судлаачид Үжин Чан нар (1985), Намжил (1986), Чэн Мөрөн, Жин Лиян нар (2001) "Саран хаан"-ыг Хутагт Манзушир, Нагаржунай хоёр зохиосон бололцоо тун бага ялангуяа Манзушир, Нагаржунай хоёр хамтдаа "Саран хаан"-ыг зохиосон боломж байхгүй харин олон хүн хамтран зохиожээ гэж үзэх нь түүхийн жам ёстой нийцэх байна"[4] хэмээн өгүүлжээ.

Эртний (бараг нийтийн он тооллоос өмнө зуугаад оны үе) Энэтхэгийн "Рашааны зүрхэн найман гишүүнт нууц увдис" хэмээх ном зохиогдохын урьд хожид Хятадын умард "Утай" таван ууланд Лүдэвнинбуйн айлтгалд хутагт Манзуширийн номлосон ёсоор зохиогдов (Жин Чэн нар 1984).

Дэсрид Санжаажамцын "Хог бүг", "Их, бага Ютог Ёндонгомбын цадиг" зэрэг номуудад дурдсан мэдээг үндэслэн Б.Жигмэд Нагаржунайн зохиол гэж үзээд Нагаржунайн төрсөн он тооллоор нь баримжаалан МЭ II зууны үед зохиогдсон гэж тодорхойлсон байна[5]. Дэсрид Санжаажамцын "Хог бүг", "Их, бага Ютог Ёндонгомбын цадиг", уг зохиолын төгсгөлийн үг, Төвөдийн судлаач Жамбапринлэйн номуудыг үндэслэн эрдэмтэн Б.Жигмэдтэй санал нэг байгаа бөгөөд хутагт Манзуширын наран мэт биеийн сүр гэрлээр эвэршээл, эмгэгийг арилган, саран мэт гийгүүлэгч гэрлээр өвчин нугуудыг арилган номлосон сургаалыг үндэслэн хутагт Нагаржунай МЭ II зуунд "Эм заслын саран хаан" гэж нийтэд алдаршсан бүтээлийг зохиожээ гэж үзэх үндэстэй.

Энэ нь Энэтхэгийн эртний Аюурведийн анагаах ухааны одон зурхайн таван махбодын онол, хий, шар, бадганы онол, Хятад анагаах ухааны хар зурхайн таван махбодын онол, судал барих арга гэх мэт тухайн үеийн Дорно дахины орнуудын оношлогоо, эмчилгээний шилдэг аргуудыг нэгтгэн бичсэн байдлаас үндэслэн дүгнэсэн болов уу.

---

[2] Жамбапринлэй. Цастын орны анагаах ухааныг номлогчдын наран, зэргэмжээр залрагсдын намтар, бүтээлийн найруулал. Ардын хэвлэлийн хороо. 2000

[3] Хайдав Ц. Дорно дахины анагаах ухааны судар бичгийн тойм. УБ, ШУА-ын хэвлэх үйлдвэр, 1975

[4] Болд Ш. Монголын уламжлалт анагаах ухааны түүх. тойм, УБ, 2005

[5] Жигмэд Б. Монгол анагаах ухааны түүх, ӨМ, ШУТМХэвлэлийн хороо, 2002

"Эм заслын саран хаан" нийт 112 бүлэгтэй бие үүсэх шалтгаан, яс, биеийн хэмжээ, өвчний үүсэлт, чухал оньс, өвчнийг хэрхэн танин барих түүний бэлгэ чанарууд, хэрхэн эмнэн засах зэргийг товч тодорхой гаргасан, ойлгоход төдийлөн бэрх үгүй, тарни заслын аргыг олонтоо дурдсан өвөрмөц онцлогтой, онолын зарим ойлголт нь "Анагаах ухааны дөрвөн үндэс"-ээс илүү гүнзгий агуулгатай байдаг.

RESEARCHING THE AUTHOR OF SMAN DPYAD ZLA BA'I RGYAL PO

G.Uyanga[1], Sh.Bold[2], J.Battuul[3]
[1,2] "Ach" Medical Institut, [3] First Central Hospital

Abstract

It has not been identified that who and when wrote the Sman dpyad zla ba'i rgyal po or Sanskrit title: Somarajabhai sajyasadhana yet. Some scholars from Inner Mongolia, China conducted some research in this regard. The book starts with a phrase "Bow to Manzushir, Bow to teacher Nagarjunai" and ends with a phrase "Directive from Manzushir to four arsh and teaching from Nagarjunai... Hashang Mayayana and Vairocana translated a letter presented by Beji Hanga Mahaan of China during King Khri srong Ide btsan's time". Other books such as "Biography of the Elder and Younger Yuotog Yondon Gompo" in Tibetan, 17th century and Biography of the Tibetan Doctors by Tibetan researcher Jambaprinlei mentioned "Sman dpyad zla ba'i rgyal po written by Nagarjunai". Also academician Ts.Haidaw noted about a person named Manzushira who was close disciple of Buddha. He wrote that "There is an interesting book named Sman dpyad zla ba'i rgyal po written by him. The book was translated into Sanskrit in India".

Before bdud rtsi snying po yan lag brgyad pa gsang ba man ngag gi rgyud an ancient Indian was written, it was written in northern Utai five mountain in China pursuant to hutugt Manzushir's teaching in Nagarjunai's presentation". Sman dpyad zla ba'i rgyal po is Nagarjunai's work written around 2nd century AD by Nagarjunai based on records from the books such as Dpa ldan gso ba rig pa'i khog 'bugs legs bshad be d'ur ya'i me long drang srong dgyes pa'i dga' ston written by Desrid Sanjaajamts. We agree with B. Jigmed as Desrid Sanjaajamts's books Dpa ldan gso ba rig pa'i khog 'bugs legs bshad be d'ur ya'i me long drang srong dgyes pa'i dga' ston and Biography of the Elder and Younger Yuotog Yondon Gompo" and final phrases in one of them as well as Tibetan researcher Jambaprinlei's books conveyed convincing facts that Nagarjunai wrote Sman dpyad zla ba'i rgyal po, the well known book, in the 2nd century AD inspired by teachings of Manzushir.

Демокритаас Везалий хүртэлх үеийн хүний биеийн бүтэц зүйн хөгжил

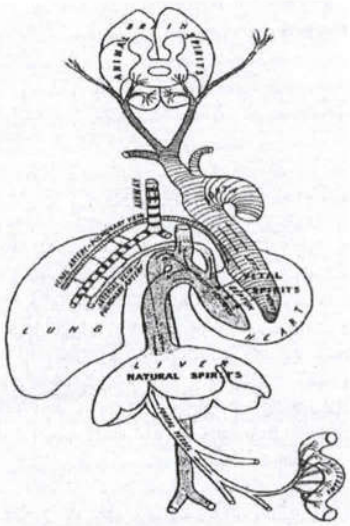
С.Пүрэвсүрэн[1], Б.Дагданбазар[2], Ш.Болд[3]
УХТЭ[1], "Ач" АУДС[2,3]

Өрнийн анагаах ухааны хүний биеийн бүтэц зүйн талаарх үзэл онол МЭӨ мянганы дундуур нийгмийн бүтцэнд ангийн ялгаа гарсан үеэс эхэлсэн ажээ. Эртний Грект Демокрит (МЭӨ 460-370), Гераклит (МЭӨ VI-V зуун) нарын ертөнцийг үзэх гэнэн материалист урсгал диалектик үзэл сургаалын нөлөөгөөр хүний биеийг үзэх материалист үзэл анх бүрэлдэж, анагаах ухааны эцэг гэгдэх Хиппократ (МЭӨ 460-377) бие махбод цус, салс, цөс, хар цөс хэмээх дөрвөн зүйлийн шингэнээс бүтнэ. Хүний биеийн галбир, зан төрх эдгээр шүүсний харьцаанаас хамаарч хүн бүрт өөр өөр байхыг заахдаа зан төрхөөр нь цусархаг (сангвиник), цөсөрхөг (холерик), салсархаг (флегматик), хар цөсөрхөг (меланхолик) гэж ангилсаныг одоо ч баримталж байна. Гэтэл эртний Грекийн материализмтай хүчтэй өрсөлдөгч идеализмын нэрт төлөөлөгчийн нэг Платоны (МЭӨ 427-347) хүн тархиараа биш зүрх, тархи, элгэндээ хуримтлагдсан хийгээр (пневма) зохицуулагддаг хэмээх идеалист сургаалыг үргэлжлүүлэгчдийн нэг Аристотель (МЭӨ 384-323) хүний ухаан санаа биетэйгээ байж хамт үхдэг, амьтан бүхэн амьтнаас үүсдэг гэсэн материалист үзэл баримталдаг учир багштайгаа үзэл бодол нийлдэггүй байжээ. Тэрбээр амьтан хүний бие тэдгээрийн үр хөврөлийг харьцуулан судлах оролдлого хийсэн бөгөөд үүгээр нь жишэл анатоми, үр хөврөлийн судлалыг үндэслэгч гэж үздэг билээ.

Эразистрат (МЭӨ 350-300) шарил болон хэрэгтнийг амьдаар нь зүсэж үзсэний үндсэн дээр Гиппократын шингэний онолыг үгүйсгэн, хүний биед материйн бүтцийн онолыг баримталж, мэдрэлийг мэдрэхүйн ба хөдөлгөөний гэж хоёр хуваагаад, нугасны мэдрэлийн арын ёзоор мэдрэхүйн харин өврийн ёзоор булчингийн хөдөлгөөнийх болохыг, мөн бага тархи, их тархины атирааг анх тэмдэглэжээ. Харин (МЭӨ 100 он) булчинг судасны зэрэгцээ (тагнайн, сонсголын, нүүрний, залгиурын гэх мэт) долоон хос мэдрэл буйг нээж тогтоосон.

Римийн эмч Руфий (МЭ I зуун) шарил задалж анатомийн сурах бичихдээ харааны мэдрэлийн зөрлөгийг нээж, мэдрэлийн үйл тархины үйлээс хамаарахыг тогтоожээ.

Эртний Римийн бие бүтэц зүй судлалын нэрт төлөөлөгч Клавдий Гален (МЭ 129-201) бие махбодыг Платоны идеализм, Аристотелийн материалист байр сууринаас ханддаг хоёрдмол (эклетик) үзэлтэн болохоороо элгэнд хүч тамирын хий (пневма) боловсорч венээр түгдэг, зүрхэнд амьдралын хий үүсэж артериар тархдаг, тархинд сэтгэхүйн хий төвлөрч мэдрэлээр гүйдэг гэж номлодог боловч бие махбодыг дээд уран зураачийн санаа бодлоор, дээд зорилгоор бүтээгдсэн машин гэж үздэг байжээ. Гэлээ ч хүний бие хатуу, шингэн хэсгээс бүтнэ гэдэг үзлийг баримталж өвчтэй хүнийг ажиглах, амьтныг үхсэний дараа болон амьдаар нь задалж дундад зууны туршид өрнө дахинд ноёлсон анатоми физиологийн алдарт бүтээлээ туурвисан. Тиймээс ч түүнийг туршин шинжлэлийн анагаах ухааныг үндэслэгч гэж үздэг.

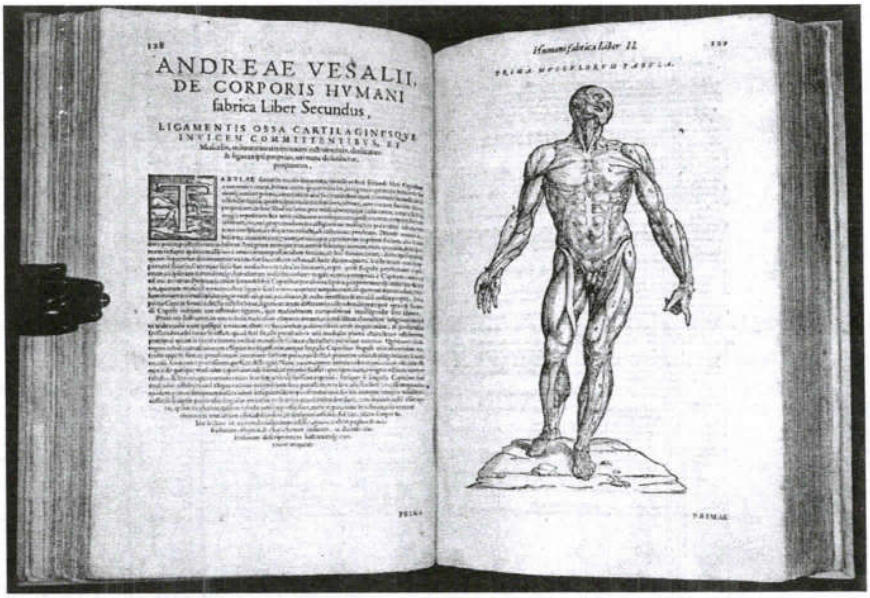


Зүрх болон цусны үйл ажиллагааны төсөөлөл (Клавдий Гален)

Эртний Грек, Ромын соёлыг залгамжлахдаа Ойрхи дорнодын лалын шашинтан Арабчууд шийдвэрлэх үүрэг гүйцэтгээд VII, VIII зуунд Европ руу дахин сэргээн түгээхдээ орчуулаад зогсохгүй жинхэнэ ба хуурамч хавирга гэх зэрэг ангиллыг тогтоон, анатомийн нэр томъёог боловсронгуй болгоход хувь нэмрээ оруулсан бий. Араб дахины төв Багдад дорно дахины философи, АУ-ы томоохон төлөөлөгч Абу Али Ибн Сина (Авиценна 980-1037) "Канон врачебной науки" гэдэг 4 номондоо зүрх, тархи, элэг, төмсөг (өндгөвч) 4 эрхтнээр хүн удирдуулдаг гэсэн онол дэвшүүлэн, нүдний бүтцийг судласан нь сэргэн мандалтын үеийн дорвитой бүтээл болсон.

Леонардо да Винчи (1452-1519)-ийн үзлээр "практикгүй онол бол үргүй юм", "эдэлж хэрэглээгүй төмөр зэвэнд идэгддэг адил залруулж хөгжүүлээгүй оюун ухаан мухардан тэнэгрэх жамтай" гэж заажээ. Тэрбээр уран зураглалын анатомийг үндэслэгч боловч тархины ховдолд түргэн царцагч шингэн цутган хэлбэр, хоорондын холбоог судлахын зэрэгцээ зүрхний ховдол түүний хавхлагууд, зүрхний булчин, тавхай сарвууны өнчин ясыг нээгээд, хүний нурууны нугалмын тоог зөв тогтоосны хажуугаар уран зураглалд дух, суурь яс, хацар ясны доторх хөндийг дүрсэлсэн ажээ. "Бие махбод тасралтгүй төлжин сэргэж байдаг мөнхийн тогтолцоо мөн" гэж ярих дуртай байжээ.

XVI зуунд анатомийн шинжлэх ухааны хөгжилд Падуаны их сургуулийн эрдэмтэд дундаас А.Везалий (1514-1554), Г.Фаллопий (1523-1565), Б.Евстахий (1510-1574) нар хүний биеийн бүтэц зүйн мэдлэг эмч хүнд үнэхээр хэрэгтэйг гүнээ ухамсарлаж, эртний Грек, Ромын үед гарсан ном, сурах, нэр томъёог гүнзгий судлан үзээд, баяжуулан залруулж, орхигдуулсныг нөхөн бичиж, нээгээгүйг нээж, эрин үеийн шинэ анатомийн суурийг тавьсны дотор А.Везалий орчин үеийн анатомийг үндэслэгч бөгөөд 1542 онд "Дээд боть" гэдэг бүтээл хэвлүүлснийхээ дараа жил "Хүний биеийн бүтцийн зургаан боть" хэмээх алдарт бүтээлдээ яс, үе холбоо, булчин, судас, мэдрэл, дотор эрхтэн, тархи, мэдрэхүйн эрхтэн зэрэг бүлэгтэй, түүндээ хоан, митраль, эвэрлэг бие, дөш зэрэг нэр томъёо оруулсныг одоо хүртэл хэрэглэсээр байна.



Andreas Vesalius. *De Humani Corporis Fabrica*

Мөн анх удаа зүрхний таславчинд нүх байхгүй гэдгийг нотолж, венийн судасны хавхлаасны гүйцэтгэх үүргийг тодруулсан нь цусны эргэлтийг нээхэд их түлхэц болсон юм. Бас тархины бор бодис, цагаан бодисын талаар судалгаа хийснээрээ хуучныг баримтлагч Галенчуудын дургүйцлийг хүргэж, Католик шашны хэвлэл хянах газраас Везалийн бүтээлийг шүүж буруутгах өө сэв хайсаар учир битүүлгээр нас барсан мэдээ тараажээ. Түүний шавь Габриэль Фаллопий (1523-1565) багшийгаа залгамжлан "Анатомийн ажиглалт" номондоо тагнай, нүдний булчин, ясны хөгжил, бүтэц, гадна дунд, дотно чих түүний бүтцийг судлан, чамархайн ясанд VII мэдрэлийн суваг, умайн гуурс зэргийг шинээр нээсэн нь өдгөө түүний нэрээр нэрлэгдсээр байна.

Ашигласан хэвлэл

1. Дагданбазар Б. Орчин үеийн биеийн бүтэц зүй судлалын хөгжилд монголын эмч, зодч нарын бүтээлийн үүргийг тодорхойлох асуудалд, Шинжлэх ухааны докторын зэрэг горилсон нэгэн сэдэвт зохиол. УБ, 2002.
2. Take it to the Bridge. http://namnezia.wordpress.com, хандалт хийсэн 2013 оны 4 дүгээр сарын 1
3. Terminology anatomi (basle nomina anatomica). http://wikiweak.blogspot.com, хандалт хийсэн 2013 оны 4 дүгээр сарын 1

ХОЁРДУГААР БҮЛЭГ

ДОТОР, МЭДРЭЛ, УЛАМЖЛАЛТ АНАГААХ УХААН

Хоёр. 1. Дотор өвчин судлал

Хоёр.1.1. Зүрх судас, үе мөчний эмгэг

Улсын нэгдүгээр төв эмнэлгийн Зүрх судас үе судлалын клиникт хэвтэн эмчлүүлэгчдийн зүрхний дутагдлын бүтцийг судалсан нь

Л.Анхбаяр[1],Т.Одгэрэл[2],Б.Дэлгэрмаа[3], Ч.Уранбилэг[4], Б. Батболд[1]
УНТЭ-ийн ЗСУСК[1], Хөвсгөл аймаг Галт сумын хүн эмнэлэг[2]
Увс Нэгдсэн эмнэлэг[3],Багануур нэгдсэн эмнэлэг[4]

Үндэслэл:

Америкийн зүрхний нийгэмлэгээс гаргасан тоогоор АНУ-д 5 700 000 америкууд зүрхний дутагдлаар өвдөж, нийт хүн амын 2%-ийг эзэлж байна. Мөн жилд ойролцоогоор 670 000 зүрхний дутагдал шинээр бүртгэгдэж, 277 000 хүн зүрхний дутагдлын улмаас нас бардаг.

АНУ-д зүрхний дутагдал нь эмнэлэгт хэвтэн эмчлүүлэх тэргүүлэх шалтгаан, хамгийн хурдацтай өсөж байгаа клиникийн өвчлөл болоод байгаа төдийгүй зүрх судасны тогтолцооны өвчний шалтгаант нас баралтын 34%-ийг эзэлж байгаа. Эмнэлэгт хэвтэн эмчлүүлэгчдийн 2% нь зүрхний дутагдлын ээнэгшил алдсан үедээ, дундаж ор хоног 6,4 хоног, 6 сарын дотор давтан хэвтэлт 58% байна. Зүрхний дутагдлын эмчилгээний зардал 2010 онд 39,2 миллярд доллар байгаа нь эрүүл мэндийн нийт зардлын 1-2% эзэлж, жилээс жилд өсөх хандлагатай байгаа.

Хөгжингүй үйлдвэржсэн орнуудад зүрхний дутагдлын шалтгаан ишемийн кардиомиопати, хөгжиж буй орнуудад болезнь Шагаси, клапаны кардиомиопати, чихрийн шижин, даралт ихсэлтийн шалтгаант зүрхний дутагдал зонхилж байна. Хар арьстай Латинамерик, Энэтхэг, Оросын цагаачлагсадын дунд даралт ихсэлт, чихрийн шижиний өвчлөл, их байгаа нь зүрхний дутагдлын шалтгаан болж үүнийгээ эрүүл мэндийн урьдчилан сэргийлэлтийн чанар муу, эмнэлгийн тусламж хангалттүй, эрүүл мэндийн даатгалд хамрагддаггүйтэй холбон тайлбарлаж байна.

Манай орны хувьд тархвар зүйн шилжилтийн улмаас 1990 оноос эхлэн хүн амын өвчлөл, эндэгдлийн шалтгааны бүтцэд өөрчлөлт орж "Дадал зуршил, зан үйлээс хамааралт" нэр авсан цусны эргэлтийн тогтолцооны өвчин, хорт хавдар, осол гэмтлийн шалтгаант өвчлөл хүн амын дунд давамгайлах болсон .

2010 оны байдлаар хүн амын өвчлөлийн тэргүүлэх таван шалтгааны 4-т \10000 хүн амд 708,52\, эмнэлэгт хэвтэн эмчлүүлэгчдийн өвчлөлийн тэргүүлэх 5 шалтгааны

2-т зүрх судасны тогтолцооны өвчин \10000 хүн амд 355,32\ орж байна. Зүрх судасны тогтолцооны өвчний дотор даралт ихсэх өвчин 36,6%-ийг, зүрхний ишеми өвчин 26,7%-ийг тус тус эзэлж байгаа нь эдгээр өвчнүүд хүн амын дунд зонхилон тохиолдож байгааг харуулж байна.

Эрүүл мэндийн зардлын дийлэнх буюу 74,6 хувийг эмнэлэгийн тусламж үйлчилгээнд, гуравдагч шатлалын тусламж үйлчилгээнд 52,9 тэрбум буюу эрүүл мэндийн нийт зардлын 21,2 хувийг тус тус зарцуулж байна. УНТЭ нь гуравдагч шатлалын тусламж үйлчилгээний нийт зардлын 11%, ЗСҮМСК 0,4% зарцуулж байна.

УКТЭ-т жилд хэвтэн эмчлүүлэгчдийн 10%, дотрын клиникүүдэд хэвтэн эмчлүүлэгчдийн 30% нь ЗСҮМСК-ээр үйлчлүүлдэг. 2010-2011 онд Зүрх судас үе судлалын клиникт хэвтэн эмчлүүлэгчдийн 64 % /2001хүн/ нь зүрх судасны тогтолцооны эмгэгтэй, түүнээс даралт ихсэх өвчин 34,6%, атеросклероз, ишеми 28,6%, кардиомиопати 16% тус тус эзэлж байна. Эмчлүүлэгчдийн хүйсийн харьцааг аваад үзэхэд эрэгтэй : эмэгтэй 2:3 байна. Үүнээс харахад 5 хүний 3 нь эмэгтэйчүүд, насны хувьд 50-59 насныхан зүрх судасны тогтолцооны өвчинд өртөмтгий байна.

2010 оны байдлаар хүн амын нас баралтын тэргүүлэх 5 шалтгааны 1-т зүрх судасны тогтолцооны өвчин \10000 хүн амд 23,61\ орж байна. Жилд дунджаар 6000-65000 гаруй хүн , нас барсан 3 хүн тутмын нэг нь зүрх судасны тогтолцооны өвчний улмаас нас барж байна. 2010 онд зүрх судасны тогтолцооны шалтгаант нас баралтын түвшин 10000 эрэгтэй хүн амд 27.12, 10000 эмэгтэй хүн амд 20.27 ноогдож байна.

ДЭМБ-аас 2008 онд гаргасан судалгаагаар 2030 оны нас баралтын хэтийн төлөвийг гаргахад дэлхийн хүн амын нас баралтын тэргүүлэх 5 шалтгааны нэгд зүрхний ишеми өвчин байх тооцоо гарчээ.

Судалгааны зорилго:

Зүрхний дутагдал стационарын өвчлөлийн шалтгаан, зонхилон тохиолдох стационарын өвчлөл болж чадах эсэх.

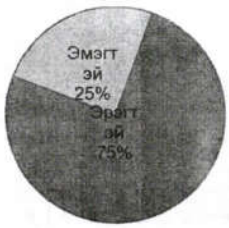
Судалгааны арга ба аргачлал:

Тус клиникт 2010 – 2011 онд хэвтэж эмчлүүлэгчдээс түүвэрлэн авч 65 өвчний түүхэнд судалгаа хийлээ. Судалгаанд хамрагдагсдыг нас, хүйс, харьяалал асуумж, шинжилгээний өөрчлөлт, зүрхний дутагдалын ӨОУА 10 дээр үндэслэн гаргасан. Судалгааг энгийн статистик боловсруулалтын аргаар хийлээ.

Судалгааны үр дүн:

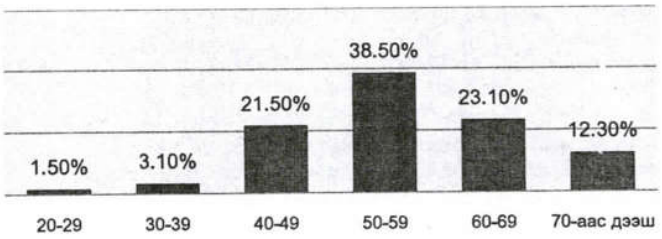
1. Хүйс:

Эрэгтэй	49
Эмэгтэй	16



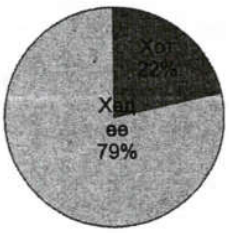
2. Насны бүлэг:

20 – 29	1
30 – 39	2
40 – 49	1
50 – 59	2
60 – 69	1
70-аас	8



3. Харьяалал:

Хот	14
Хөдөө	51

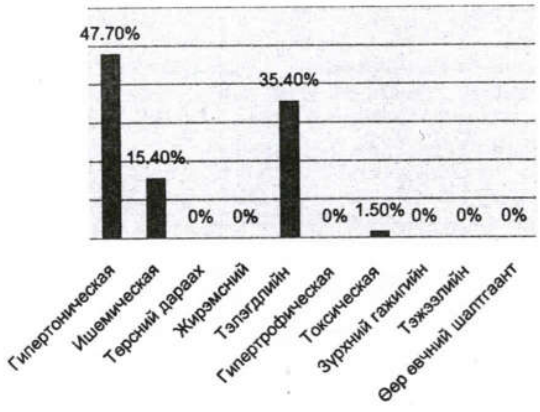


4. Асуумж:

Даралт	43
Стенокарди Инфаркт	22
Архи	29
Бусад	8

5. Зүрхний дутагдлыг өвчний ангилалаар /ӨОУА-10 / авч үзвэл:

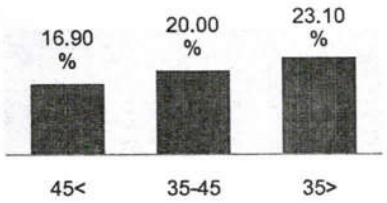
Гипертони КМП(i11)	31
Ишеми КМП (i25,5)	10
Төрсний дараах КМП (i090,3)	0
Жирэмсний КМП (i099,4)	0
Тэлэгдлийн КМП (i42,0)	23
Гипертрофи КМП (i42,1)	0
Токсическая КМП (i42,6)	1
Зүрхний гажигийн КМП (i09,9)	0
Тэжээлийн КМП(i43,1)	0
өөр өвчний шалтгаант КМП (i43,8)	0



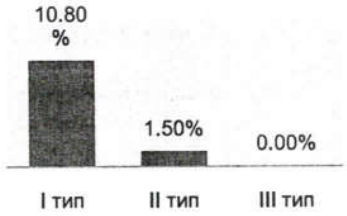
6. Шинжилгээнд:

Зүрхний ЭХО

EF%	45<	11
	35-45	13
	35>	15



ДДФ	I тип	7
	II тип	1
	III тип	

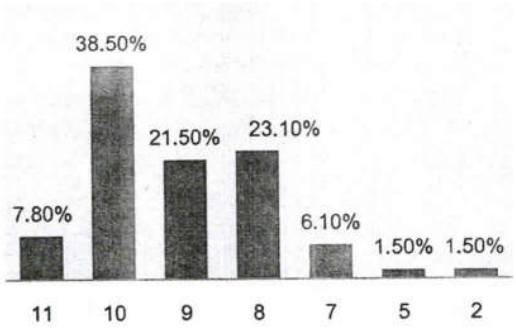


Зүрхний бичлэг

Мерцани	12
Экстрасистолия	13
Пароксизмальная тахикардия	

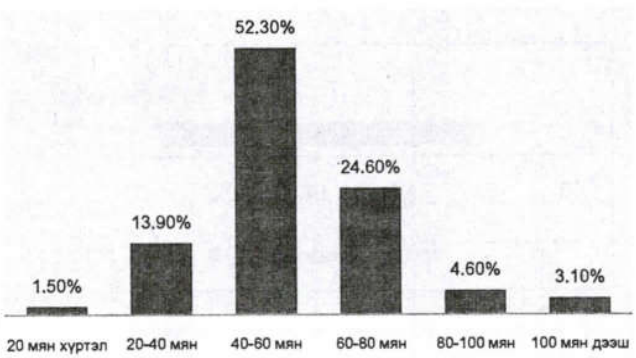
7. Ор хоног:

Ор хоног	Өвчтөн
11	5
10	25
9	14
8	15
7	4
5	1
2	1
Дундаж	9



8. Эмчилгээний зардал:

20 мян төг хүртэл	1
20-40 мян төг	9
40-60 мян төг	34
60-80 мян төг	16
80-100 мян төг	3
100 мян төг дээш	2
Дундаж	54583,8



Дүгнэлт:

1. ЗСҮМСКлиникт хэвтэн эмчлүүлэгчдийн хүйсийн харьцаа эрэгтэй:эмэгтэй 2:3 буюу 5 хүний 3 нь эмэгтэйчүүд байгаа боловч зүрхний дутагдалтай өвчтөнүүдийн хүйсийн харьцааг аваад үзэхэд 1:3 буюу 4 хүний 3 нь эрэгтэйчүүд байна.
2. Асуумжаас харахад зүрхний дутагдлийн шалтгаанд даралт ихсэлт, архины хэрэглээ эхний байрыг эзэлж байна.
3. Насны бүлгээр авч үзэхэд 50-59 насныхан илүү өртсөн байгаа нь хөдөлмөрийн насны хүмүүс хөдөлмөрийн чадвараа алдаж, амьдралын чанар муудалт харагдаж байна.
4. Зүрхний дутагдлыг өвчний ангилалаар /ӨОУА-10 / авч үзэхэд 31 буюу 47,7 % нь гипертонийн , 23 буюу 35,4% тэлэгдлийн кардиомиопати тус тус эзэлж байна.
5. Зүрхний ЭХОкг-ийн шинжилгээгээр EF 35% аас бага нь 23,1% , хэм алдалт ын хувьд тосгуурийн чичиргээн давамгайлж байгаа нь зүрхний дутагдлын төгсгөлийн шат давамгайлж байгааг харуулж байна.
6. Зүрхний дутагдалтай өвчтөнүүдийн дундаж ор хоног 9 байгаа нь улсын дунджаас 2 хоногоор илүү байна. Энэ нь эмчийн хяналтанд байдаггүй , хяналтын чанар муу, эрт илрүүлэлт, урьдчилан сэргийлэлт муугаас төгсгөлийн шатны ээнэгшил алдсан үедээ ирж гуравдагч шатлалын тусламж үйлчилгээ авч байна.
7. Зүрхний дутагдлын эмчилгээний зардал, зүрх судасны тогтолцооны өвчний нийт зардлын 21 хувийг эзэлж байна.

Хэлцэмж:

Зүрхний дутагдал нь АНУ- д эмнэлэгт хэвтэн эмчлүүлэх тэргүүлэх шалтгаан, хамгийн хурдацтай өсөж байгаа клиникийн өвчлөл, зүрх судасны тогтолцооны өвчний шалтгаант нас баралтын 34%, эрүүл мэндийн нийт зардлын 1-2% зүрхний дутагдлын эмчилгээний зардал эзэлдэг жилээс жилд өсөх хандлагатай эмгэг болоод байхад манай орны хувьд Эрүүл мэндийн яам, Засгийн газрын хэрэгжүүлэгч агентлаг эрүүл

мэндийн газраас эрхлэн гаргадаг статистик мэдээ, мэдээлэл нь зөвхөн даралт ихсэх өвчин, зүрхний ишеми өвчин зэргээр зонхилон тохиолдох стационарын өвчлөлийн бүтэц, хүн амын нас баралтын тэргүүлэх шалтгаан, эмнэлэгт хэвтэн эмчлүүлэгчдийн өвчлөлийн шалтгааныг гаргаж байгаа нь учир дутагдалтай. Зүрхний дутагдалтай өвчтөнүүдийн хэвтэлт, нас баралт, өвчлөлийн бүтцийн хэдэн хувь, эмчилгээний зардлын хэдэн хувийг эзэлж байгааг гаргахад улсын хэмжээний статистик үзүүлэлт байхгүй байна.

2010 оны байдлаар манай улсын стационарын өвчлөлийн тэргүүлэх шалтгааны 4-рт зүрх судасны тогтолцооны өвчин орж ,түүний дотор даралт ихсэх өвчин 36,6 хувийг эзэлж тэргүүлэх шалтгаан болж байна. Тус клиникт хэвтэн эмчлүүлэгчдийн дунд цусны даралт ихсэх өвчин 34,6 хувийг эзэлж байгаа нь улсын хэмжээний үзүүлэлттэй дүйцхүүц байна. Гэхдээ Цусны даралт ихсэх өвчин нь гуравдагч шатлалын тусламж үйлчилгээний стационарын өвчлөлийн тэргүүлэх шалтгаан, зонхилон тохиолдох стационарын өвчлөл байх нь зохимжтой эсэх ???!!!

"Дадал зуршил, зан үйлээс хамааралт" /архи, цусны даралт ихсэлт, эрэгтэй/ өвчлөл давамгайлж зүрхний дутагдалд хүргэж байгаа нь судалгаанаас харагдаж байгаа тул одоогийн эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээг анхдагч, хоёрдогч урьдчилан сэргийлэх хэлбэрээр эрчимжүүлж, зүрх судасны тогтолцооны өвчний эрсдэлт хүчин зүйлийг бууруулснаар өвчлөл, өвчний хүндрэлийн түвшинг бууруулах боломжтой.

Ашигласан материал:

1. Эрүүл мэндийн яам, Засгийн газрын хэрэгжүүлэгч агентлаг эрүүл мэндийн газраас эрхлэн гаргадаг Эрүүл мэндийн үзүүлэлт 2010
2. УКТЭ-ийн 2010 оны статистик мэдээ
3. www.emedicine medscape.com

Үрэвслийн эсрэг суурь бэлдмэлүүд /Disease – modifying Anti-rheumatic Drugs (DMARD) /

Л.Анхбаяр[1] Т.Үүрийнцолмон[2] О.Нандин-эрдэнэ[3] Б.Батболд[1]
Улсын нэгдүгээр төв эмнэлэг ЗСУСК[1], Элэг судлалын төв[2]
Булган аймаг Хутаг өндөр сумын эмнэлэг[3]

Ревматойдны артрит, холбогч эдийн эмгэг , васкулитын гэсэн онош тавигдсан л бол DMARD эмчилгээ эрт эхлэхийг NIHC (National institute for Health and clinical excelence) зөвлөж байна. DMARD-г хэрэглэснээр өвчний давшингүй явц удаашран , хөдөлмөрийн чадвар алдалт багасна гэж үзэж байгаа. DMARD-г :

- Өвчний явцыг дарангуйлах (suppress the disease process) ,
- Дархлааны системд нөлөөлөх (affect the immune process) ,
- Биологийн (biological agents or antitumour factor) гэж 3 хуваадаг .

Өвчний явцыг дарангуйлах DMARD :

- Алтны бэлдмэл (amber) уухаар болон тарих хэлбэрээр хэрэглэнэ
  - Ревматойдный артрит , ювенильный идиопатик артритын үед ихэвчлэн хэрэглэдэг
  - Гаж нөлөө ихтэй тул хэрэглээ багатай, үр дүн сайтай , үйлчилгээ нь хурдан эхэлнэ. 6 сарын дараа эмчилгээнд үр дүн өгөхгүй бол хасаж болно.
- Пенцилламин (amber)
  - Идэвхижил өндөртэй , хүнд хэлбэрийн ревматойдный артрит , ювенильный артрит , Вильсоны өвчний үед хэрэглэнэ.
  - Үйлчилгээ нь алтны бэлдмэлтэй адил, гаж нөлөө ихтэй
  - Эмийн үйлчилгээ эхлэх хугацаа урт, 3 сарын турш сайжрал мэдэгдэхгүй байж болно. 1 жил хэрэглэхэд үр дүн өгөхгүй бол хасаж болно.
- Сульфасалазин (Green)
  - Ревматойдный артритын үед хэрэглэх стеройд бус үрэвслийн эсрэг эм
  - Алтны бэлдмэлтэй адил үйлчилгээтэй
  - Метотрексатыг бодвол гаж нөлөө ихтэй

Дархлааны системд нөлөөлөх DMARD:

- Малярийн эсрэг бэлдмэл (both green)
  - Ревматойдный артрит , ювенильный артрит , СКВ , арьсны эмгэгийн үед хэрэглэнэ.
  - Пеницилламин ,алтны бэлдмэлийг бодвол гаж нөлөө багатай
- Метотрексат (amber)
  - Ревматойдный артрит , псориазын артритын үед хэрэглэнэ.
  - Үрэвслийн эсрэг иммуносупрессор үйлчилгээтэй , цитотоксины эсрэг үйлчилгээ үзүүлдэг
  - Антиметаболитын ангилалд ордог бөгөөд ревматойдный артритын эмчилгээнд нэгдүгээр сонголтын эм
- Азатиоприн (amber)
  - Меркаптопурины цитостатик бэлдмэл
  - Аутоиммуный өвчний үед иммуноделрессант хэлбэрээр хэрэглэдэг. Эрхтэн шилжүүлэн суулгасан хүмүүст эрхтэн ховхрохоос урьдчилан сэргийлж уулгана.
- Циклоспорин (Red)
  - Хүчтэй иммунодепрессант , Т- хелпер лимфоцитод нөлөөлдөг
  - Цитостатик үйлчилгээтэй , иммунодепрессантаас ялгарах онцлог нь ясны чөмөгт нөөлөлнө
  - Идэвхижил өндөртэй хүнд хэлбэрийн 1-дэх , 2- дох эгнээний эмчилгээнд үр дүн өгөхгүй байгаа ревматойдный артритын үед хэрэглэнэ.
- Лефлуномид (Red)
  - Пролиферацийн эсрэг үйлчилгээтэй
  - РА , псиоразын артритын үед хэрэглэнэ.
  - Ихэнхдээ метотрексаттай хавсран хэрэглэдэг

Биологийн DMARD /TNF/ - альфа –блокаторын төлөөлөгч нь инфликсимаб,этанерцепт болон бусад абатацепт анакинра , ритуксимаб юм. Процессыг дарангуйлах, дархлаанд нөлөөлөх DMARD –д үр дүн өгөхгүй үед биологийн DMARD хэрэглэнэ. Эдгээр DMARD-ын үйлчилгээ хурдан эхэлнэ, эмнэлзүйн болон лабораторийн идэвхижлийг хурдан дарна.

DMARD–ыг дангаар хэрэглэсэнээс хавсарч хэрэглэх нь эмчилгээний үр дүн сайтай , гаж нөлөө багатай байдаг . Метотрексатыг ихэнхдээ малярийн эсрэг бэлдмэл, сульфасалазин , лефлуномедтэй хавсран хэрэглэдэг. Судалгаагаар гидроксихлорохин, инфликсимаб , этанерцепт , пеницилламин , алтны бэлдмэл /уух/ , циклоспорин, азатиоприн нь шинж тэмдгийг багасган үрэвслийн үзүүлэлтийг бууруулдаг ч метотрексат , сульфасалазин , лефлуномид , алтны бэлдмэлээс /булчинд тарих/ үр дүн багатай байдаг . Ер нь эмийн сонголт эмчилгээний хэлбэр нь хувь хүний шинжилгээний үзүүлэлт , хүндрэлийн эрсдэл зэргээс хамаарна.

DMARD-н эсрэг заалт :

- Алтны бэлдмэл – элэг , бөөрний хүнд эмгэг , ясны чөмөгний аплази, анамнезд цусны эмгэгтэй , дерматит , энтероколит , порфирая , СКВ , уушигны фиброз
- Пеницилламин – бөөрний хүнд эмгэг
- Сульфасалазин – салицилатад харшилтай
- Малярийн эсрэг бэлдмэл – ретинопатия
- Метотрексат – элэгний дутагдал , жирэмслэлт , хөүүл , халдвар ,СПИД
- Азатиоприн –хөхүүл, азатиоприн мэдрэг ихтэй
- Циклоспорин- бөөрний дутагдал , хяналтгүй даралт ихдэлт , халдвар , хавдар
- Лефлуномид- Дархлааны хомсдол , хүнд халдвар , элэгний үйл ажиллагааны алдагдал , гипопротейнемия , жирэмслэлт хөхүүл
- Инфликсимаб – хүнд халдвар, хөхүүл , жирэмсэн
- Этанерсепт – хөхүүл , жирэмсэн , халдвар

Эдгээр эмүүдийн гаж нөлөө өндөр тул эмчилгээг төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн ревматологи эмч удирдан явуулбал зохистой. Тусгай тэмдэглэл өвчтөн бүрт хөтөлж түүндээ эмийн тун , хяналтын схем , баримтлах дэглэмийг тусгасан байна.DMARD эмчилгээ эхлэхийн өмнө хийлгэх шинжилгээг хүснэгтээр харуулбал:

Эмийн нэр	шинжилгээ
Алтны бэлдмэл	Шээсэнд эритроцит , ууpаг үзэх , Элгэний үйл ажиллагаа, мочевин электролит, ОАК дэлгэрэнгүй тромбоцит
Пеницилламин	Шээсэнд ууpаг, эритроцит үзэх, ОАК дэлгэрэнгүй , тромбоцит , мочевин, электролит
Сульфасалазин	Мочевин , электролит элэгний үйл ажиллагаа
Малярийн эсрэг бэлдмэл	Мочевин, электролит, элэгний үйл ажиллгаа , нүдний хараа, нүдий эмгэг , байгаа эсэхийг шалгах
Метотрексат	ОАК дэлгэрэнгүй , мочевин электролит, элэгний үйл ажиллагаа, Шээсэнд ууpаг , эритроцит үзэх

Азатиоприн	Цусны дэлгэрэнгүй , тромбоцит
Циклоспорин	Мочевин эрдэс 2 удаа үзүэх, креатинин 2 удаа үзэх, элэгний үйл ажиллагаа , АД хянах
Лефлуномид	
Инфликсимаб	Идэвхитэй болон идэвхигүй сүрьеэ байгаа эсэхийг тодруулах
Этанерцепт	Цусны дэлгэрэнгүй шинжилгээ , флюрографи,,,

Эмчилгээг зогсоох заалт:

Хүндрэл	DMARDs
Лейкоцит □ $4*10^9$/ л	DMARDs
Нейтрофил □ $2*10^9$ / л	DMARDs
Тромбоцит □ $50*10^9$/л	DMARDs
Протейнурия□ +1 Гематурия □ +1	Gold , Penicillamine
Алат, Асат, ШФ – 2 дахин ихсэх	Azathioprine, Methotrexate, Ciclosporin, Sulfasalazine
Амны хөндийн шархлаа, тууралт	Azathioprine, Methotrexate, Ciclosporin, Sulfasalazine
Альбумины эрс бууралт	Methotrexate
Гэнэт ханиалгах, амьсгаадах	Methotrexate

DMARD эмчилгээний үед өвчтөнд өгөх зөвөлгөө :

1. Спиртний хэрэглээг хорих , кофейны хэрэглээг бууруулах
2. Стероид бус үрэвслийн эрэг эм хэрэглэх үед тунг тохируулах
3. Эмүүдийг хэрэглэж байх үед гаж нөлөө илэрвэл эмчилгээг шууд зогсоож, хяналтын эмчдээ үзүүлэх
4. DMARD –г эмчийн заасан зааврын дагуу хэрэглэхгүй бол үхэлд хүргэх аюултай гэдгийг өвчтөн ойлгосон байх
5. Эмчийн байнгийн хяналтанд эмчилгээг үргэлжлүүлэн хийхийг ойлгуулах

Ашигласан материал :

1. www.medscape.com
2. www.yandex.ru
3. Ревматология Национальное руководство- 2011
4. Эмийн зохистой хэрэглээ ба эмийн эмчилгээний гарын авлага -2008
5. Насанова Е.Л Противовоспалительная терапия ревматических болезней
6. Kello"s text book of Rheumatology – 7th edition / ED. E.D .Harris – Saunders . 2006/

Зүрхний булчингийн цусан хангамжийн дутагдлын үед Chlamydia pneumonia-ийн эсрэг бие илрүүлсэн дүн

Г.Ананд[1], Н.Ариунцэцэг[2], С.Цогтсайхан[3]
1. Улсын нэгдүгээр төв эмнэлэг, ЗСКлиникийн их эмч
2. ЭМШУИС-ийн АУС-ийн Зүрх судасны тэнхимийн багш АУ-ны доктор
3. ЭМШУИС, БиоАС, Бичил-амь-Дархлаа судлалын тэнхимийн эрхлэгч АУ-ны доктор, профессор

Үндэслэл:

Титэм судасны хатууралтай холбоотойгоор зүрхний титэм судсаар эргэлдэх цусны хэмжээ болон зүрхний булчингийн хүчилтөрөгчийн хэрэгцээний тэнцвэрт байдал алдагдагдсанаас зүрхний булчингийн цусан хангамжийн дутагдал үүсдэг. ДЭМБ-ын мэдээгээр зүрх судасны өвчин нь нас баралтын тэргүүлэх шалтгаан болж байгаа бөгөөд 2008 онд зүрх судасны өвчнөөр 17.3 сая хүн нас барсан нь зонхилон тохиолдох халдварт бус өвчний нас баралтын 29%-ийг эзэлж байгаа ба зүрх судасны өвчлөлийн 80%-иас илүү нь бага болон дундаж орлоготой орнуудад тохиолдож байна. Артерийн даралт ихсэх өвчин, зүрхний булчингийн цусан хангамжийн дутагдал болон тэдгээрийн хүндрэлээр нас барахад нөлөөлөх суурь өвчин нь атеросклероз болж байгаа ба түүний эмгэг жамд *Chlamydia pneumoniae*-ийн халдвар нөлөөлдгийг судлаачид тэмдэглэсэн байдаг. *Chlamydia pneumoniae* нь моноцит, эндотель эс, гөлгөр булчингийн эсэд халдварлан тромбо үүсгэх, эс төлжүүлэх хүчин зүйлс, үрэвслийн цитокиний генийн транскрипцийн идэвхид нөлөөлж генийг кодолдог эдийн хүчин зүйл, адгезив молекулууд, цитокин болон өсөлтийн хүчин зүйлсийг атеросклерозын эмгэг жамд татан оролцуулдаг байна.

Зорилго: Зүрхний булчингийн цусан хангамжийн дутагдлын үед *Chlamydia pneumoniae*-ийн IgG эсрэг бие илрүүлж, эмнэл зүйн шинжүүдтэй харьцуулан судлах

Материал, арга зүй:

Нэг агшингийн судалгааны загвар хэрэглэсэн энэ судалгаанд УИТЭ болон УШТЭ-ийн зүрх судас, ангиографийн тасагт хэвтэн эмчлүүлсэн эмнэл зүй, лаборатори, багажийн шинжилгээгээр зүрхний булчингийн цусан хангамжийн дутагдал оношлогдсон 30-70 насны 68 (56 эрэгтэй, 12 эмэгтэй) эмчлүүлэгч хамрагдлаа. Бүх хамрагдагчийн хувийн болон эмнэлзүйн үзүүлэлтийг тусгайлан боловсруулсан судалгааны картын дагуу, лабораторийн болон багажийн шинжилгээний үзүүлэлтийг өвчний түүхээс түүвэрлэн цуглуулав. Бүх хамрагдагсдаас захын цусны сорьц авч, ийлдсэнд *Chlamydia pneumoniae*-гийн IgG эсрэг биеийн агууламжийг фермент холбох урвалаар (Eucardio Inc., USA) тодорхойлов.

Судалгааны үр дүн:

Chlamydia pneumoniae-ийн IgG эсрэгбие эерэг гарсан эмчлүүлэгчдийн (31/45.6%) үзүүлэлтийг сөрөг гарсан эмчлүүлэгчдийнхтэй (37/54.4%) харьцуулахад

фибриногений агууламж (g/L) их (IgG эсрэг бие эерэг: 4.36 ± 0.26; IgG эсрэгбие сөрөг: 3.88 ± 0.16; p=0.006), протромбины хугацааны олон улсын нормчилсон харьцаа (PTT-INR) бага (IgG эсрэгбие эерэг: 1.02 ± 0.01; IgG эсрэгбие сөрөг: 1.12 ± 0.02; p=0.0001), ийлдэс дэх холестерины агууламж (mmol/l) их (IgG эсрэг бие эерэг: 5.3±1.2; IgG эсрэгбие сөрөг 4.7±1; p=0.05) *Chlamydia pneumoniae*-гийн IgG эерэг гарсан тохиолдолд ангиографийн шинжилгээгээр титэм судасны нарийсал илэрсэн эмчлүүлэгч (17/31) IgG эсрэгбие сөрөг эмчлүүлэгчидийнхээс (9/37) илүү их ($\square^2$=4.32; p=0.048) байгаа нь ажиглагдлаа.

Дүгнэлт:

1. Зүрхний булчингийн цусан хангамжийн дутагдал оношгой эмчлүүлэгчдийн 45.6%-д *Chlamydia pneumoniae*-ийн IgG эсрэгбие эерэг гарсан байна.
2. *Chlamydia pneumoniae*-ийн IgG эсрэгбие эерэг, зүрхний булчингийн цусан хангамжийн дутагдалтай эмчлүүэгчдэд IgG эсрэгбие сөрөг гарсан эмчлүүлэгчидтэй харьцуулахад цус бүлэгнэлт гиперкоагуляци байдлаар алдагдаж, титэм судасны нарийсал илүүтэй тохиолдож байж болох юм.

Түлхүүр үг: Атеросклероз, зүрхний булчингийн цусан хангамжийн дутагдал, *Chlamydia pneumoniae*

DEtermination of *Chlamydia pneumoniae* IgG antibodiy in patients with coronary artery disease

Background:

Coronary artery disease is the pathologic condition related with disbalance between volume of circulating blood in coronary artery caused by coronary atherosclerosis and need of oxygen of myocardium. According to reports of World Health Organization (WHO) cardiac and circulation diseases became the leading cause of global mortality. There were registered 17.3 million mortal cases caused by and circulation diseases in 2008 in the world. It presents 29% of total deaths caused by main non-infectious diseases and more than 80% of global morbidity by cardiac and circulation diseases belongs to the countries with low and middle income. Atherosclerosis was shown as a basic pathology leading to death after complication of arterial hypertension and coronary artery disease and number of researchers reported that infection with *Chlamydia pneumoniae* participated in pathogenesis and worsened the clinical outcome of coronary artery disease. *Chlamydia pneumoniae* infects monocytes, endothelial cells and smooth muscle cells and forms thrombus and influences on transcription activity of hemopoetic factors and pro-inflammatory cytokine genes and mobilize gene coding tissue factors, adhesive molecules, cytokines and growth factors into pathogenesis of atherosclerosis.

Aim: To determine *Chlamydia pneumoniae* IgG antibody in serum of patients with coronary artery disease and compare clinical manifestation

Materials and methods:

Total 68 inpatients (56 males and 12 females) aged 30-70 year and taking a special therapeutic course in Department of Cardio-Rheumatology of First State Central Hospital and in Department of Angiography of Third State Central Hospital with confirmed by clinical, laboratory and instrumental investigation diagnosis of coronary artery disease were attended into this cross-sectional study. All personal and clinical information of patients were collected by filling in the special research card, and laboratory and instrumental investigation datas were collected from history of diseases of patients. Peripheral blood sample was collected from all patients and *Chlamydia pneumonia* IgG antibody was determined in serum using ELISA (Eucardio Inc., USA).

Results of the study:

*Chlamydia pneumonia*e IgG antibody positive patients (31/45.6%) have shown elevated serum fibrinogen (IgG positive: 4.36 ± 0.26 g/L; IgG negative: 3.88 ± 0.16 g/L; p=0.006), decreased partial prothomboplastine time-international normalized ratio (PTT-INR) (IgG positive: 1.02 ± 0.01; IgG negative: 1.12 ± 0.02; p=0.0001) and increased serum cholesterol (IgG positive: 5.3±1.2 mmol/L; IgG negative: 4.7±1 mmol/L; p=0.05). Also were observed increased number of (17/31) *Chlamydia pneumonia*e IgG positive patients with coronary stenosis comparing with *Chlamydia pneumoniae* IgG negative patients with coronary stenosis (9/28) (χ^2=4.32; p=0.048).

Conclusion:

1. 45.6% of coronary artery disease patients have a positive *Chlamydia pneumoniae* IgG antibodies
2. Coronary artery disease patients with positive *Chlamydia pneumoniae* IgG antibodies have shown more disturbed blood coagulation and have a increased exposure for development of coronary stenosis.

Key words: Atherosclerosis, coronary artery disease, *Chlamydia pneumonia*

Улсын нэгдүгээр төв эмнэлгийн Зүрх судас үе мөчний эмгэг судлалын клиникт хэвтэн эмчлүүлэгчид ба амбулаторын үе мөчний кабинетаар үйлчлүүлэгчдийн өвчлөлийн бүтцэд хийсэн судалгааны дүн

Д.Энхтуяа[1], С.Арцунтуяа[2], Г.Дагвадорж[2]
[1]УНТЭ-ийн ЗСУСК, [2]УНТЭ-ийн Дотор судлалын резидент

Судалгааны үндэслэл:

ДЭМБ-ын 2004 оны мэдээгээр дэлхий даяар 17,1 сая хүн зүрх судасны өвчний улмаас нас барсан нь нийт нас баралтын 29%-г эзэлж дэлхий нийтийн нас баралтын

шалтгааны тэргүүн байранд орж байна. Хэдийгээр нас баралтын шалтгааны тэргүүлэх эгнээнд ордоггүй ч гэсэн холбогч эд-үе мөчний эмгэгийн өвчлөл нь хүний амьдралын чанарт их хэмжээний хохирол учруулдаг тул эдгээр өвчнийг анхаарахгүй орхиж болохгүй юм.

АНУ-ын хүн амын дунд ревматизм яс булчингийн эмгэгийн тархалтыг судалж үзэхэд /2009 он/ нийт хүн амын 15-20% буюу 37-50 сая хүн ревматизм яс булчингийн эмгэгтэй байсан ба үүний 5% буюу 10-15 сая хүн остеоартриттай, 1% буюу 2-3 сая хүн РА-тай, 0,006% буюу 0,015 сая хүн ТЧХ, 0,002% буюу 0,005 сая хүн ССД, 3-5% буюу 5-10 сая хүн зөөлөн эдийн ревматизмтай байгаа нь тогтоогдсон байна. Харьцуулсан дүнгээр АНУ-д 20 сая хүн даралт ихдэх, 5 сая хүн чихрийн шижингээр өвчилсөн тоо энэ судалгааны явцад гарсан байгаа нь хөгжингүй орны хувьд холбогч эд-үе мөчний эмгэгийн өвчлөл тийм ч бага биш байгаа нь харагдаж байна.

2006-2009 онуудад УНТЭ-ийн ЗСҮСК-т эмчлүүлэгчдийн 71% нь зүрх судасны тогтолцооны, 13% нь үе мөч системийн, 16% нь бусад эмгэгтэй байсан бол 2010-2011 онд зүрх судасны тогтолцооны эмгэгтэй 64%, үе мөч системийн эмгэгтэй 8%, 28% нь бусад эмгэгтэй хүмүүс байв. Дээрхи дүнгээс харахад үе мөч системийн эмгэг өмнөх жилүүдээс буурсан мэт харагдаж байгаа боловч зүрх судас болон ревматологийн өвчлөл хариуцсан тасаг нэг учраас дэлхий нийтийн жишгийн дагуу зүрх судасны өвчлөлийг түлхүү хэвтүүлэн эмчилж байгаа нь уламжлал хэвээр үргэлжилж, ревматологийн өвчтэй хүмүүс амбулаториор түлхүү үйлчлүүлдэг нь ревматологийн өвчний өвчлөлийн бүтцийг бодитоор тогтооход бэрхшээлтэй болгож байна. Иймээс ЗСҮСК-т хэвтэн эмчлүүлэгчид ба амбулаторийн үе мөчний кабинетэд оношлогдож буй ревматологийн өвчнийг харьцуулан судлах нь бидний судалгааны үндэслэл болж байгаа юм.

Судалгааны зорилго:

Хэвтэн эмчлүүлэгчид ба амбулаториор үйлчлүүлэгчдийн дунд зонхилон тохиолдох холбох эд-үе мөч, системийн эмгэгийн өвчлөлийг тодорхойлоход бидний судалгааны зорилго оршино.

Судалгааны зорилт:

1. Хэвтэн эмчлүүлэгчдийн дунд зонхилон тохиолдох холбох эд-үе мөч, системийн эмгэгийн өвчлөлийн бүтцийг тогтоох.
2. Амбулаториор үйлчлүүлэгчдийн дунд зонхилон тохиолдох холбох эд-үе мөч, системийн эмгэгийн өвчлөлийн бүтцийг тогтоох.

Судалгааны арга ба аргачлал:

УНТЭ-ийн ЗСҮСК-т 2008-2012 онд хэвтэн эмчлүүлэгчдийн 7852 өвчний түүх ба амбулаторийн үе мөчний кабинетаар 2008-2012 онд үйлчлүүлсэн 34343 үйлчлүүлэгчдийн мэдээлэлд судалгаа хийлээ.

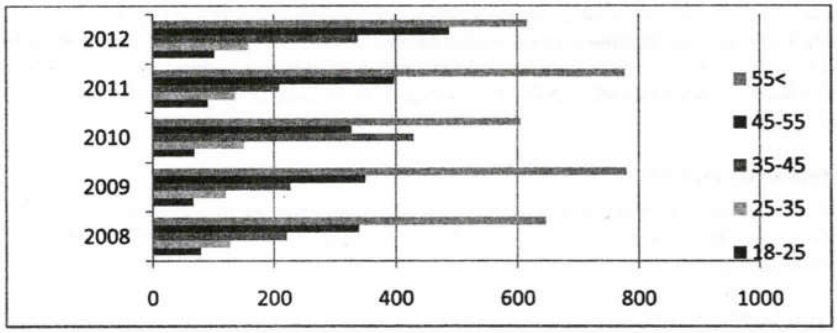
Судалгаанд хамрагдагсдыг нас, хүйс, харъяалал, өвчлөлийн бүтцээр авч үзсэн ба үндсэн оношийг асуумж, бодит үзлэг, лабораторийн болон багажийн шинжилгээн дээр үндэслэн гаргасан болно. Судалгааны үр дүнг энгийн статистик боловсруулалтын аргаар хийлээ.

Судалгааны үр дүн:

1. ЗСҮСК-т хэвтэн эмчлүүлэгчдийг насны байдлаар авч үзвэл:

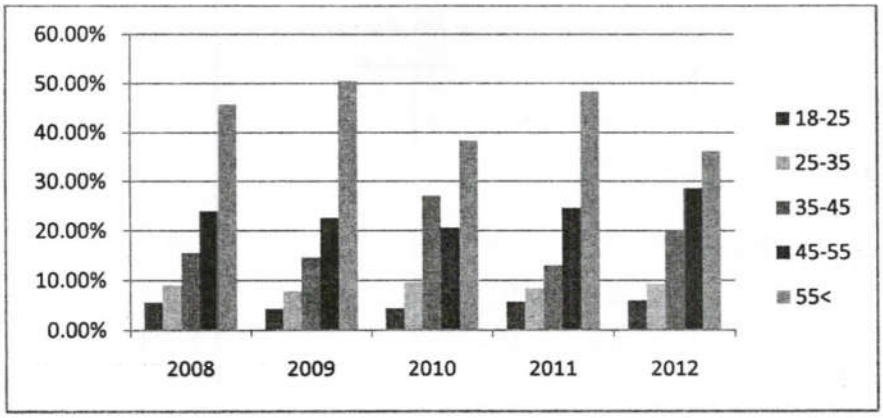
/ Тохиолдолын тоогоор /

Он	18-25	25-35	35-45	45-55	55<	Нийт
2008	79	128	221	340	647	1415
2009	67	120	227	350	780	1544
2010	69	151	429	327	605	1581
2011	91	135	209	397	778	1610
2012	102	158	338	488	616	1702



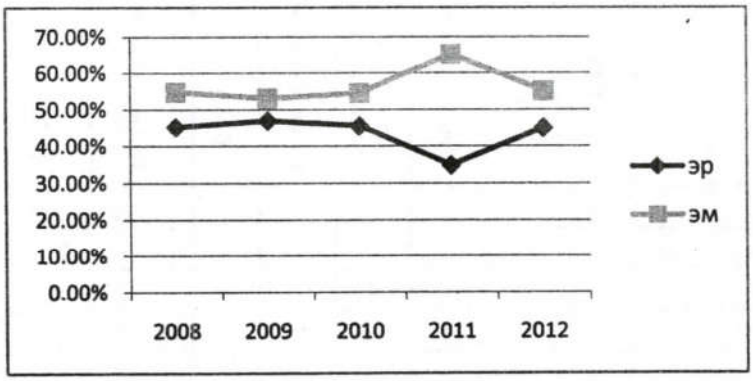
/ Тохиолдолын хувиар/

Он	18-25	25-35	35-45	45-55	55<
2008	5,58%	9,04%	15,61%	24,02%	45,75%
2009	4,33%	7,77%	14,70%	22,66%	50,54%
2010	4,36%	9,55%	27,13%	20,68%	38,28%
2011	5,65%	8,38%	12,98%	24,66%	48,33%
2012	5,99%	9,28%	19,86%	28,68%	36,19%



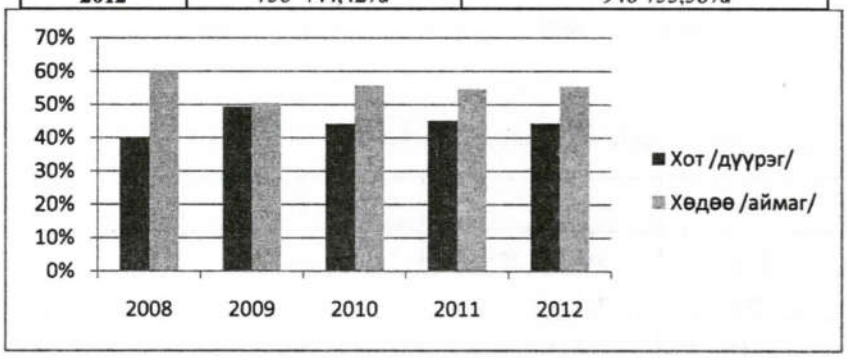
2. ЗСҮСК-т хэвтэн эмчлүүлэгчдийг хүйсийн хувьд авч үзвэл:

Он	эр	эм
2008	640 /45,23%/	775 /54,77%/
2009	725 /46,95%/	819 /53,05%/
2010	720 /45,54%/	861 /54,46%/
2011	560 /34,78%/	1050 /65,22%/
2012	765 /44,95%/	937 /55,05%/



3. ЗСҮСК-т хэвтэн эмчлүүлэгчдийг харъяаллаар авч үзвэл:

Он	Хот /дүүрэг/	Хөдөө /аймаг/
2008	566 /40%/	849 /60%/
2009	763 /49,42%/	781 /50,58%/
2010	699 /44,21%/	882 /55,79%/
2011	729 /45,28%/	881 /54,72%/
2012	756 /44,42%/	946 /55,58%/

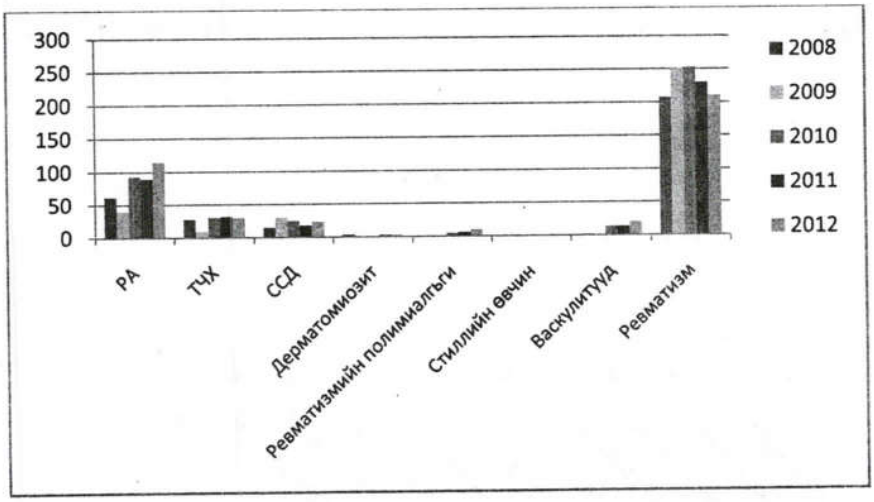


ЗСҮСК-т хэвтэн эмчлүүлэгчдийг өвчний ангиллаар авч үзвэл:

/Тохиолдолын тоогоор/

Он	РА	ТЧХ	ССД	Дерматомиозит	Ревматизмийн полимиалгьги	Стиллийн өвчин	Васкулитууд	Зүрхний эмгэгүүд	Ревматизм
2008	62	28	15	4	1		2	1095	208
2009	40	9	30			1	1	1211	252
2010	93	31	25		5		14	1160	253
2011	90	32	18	3	6		14	1217	230
2012	115	30	24	3	10	2	20	1288	210

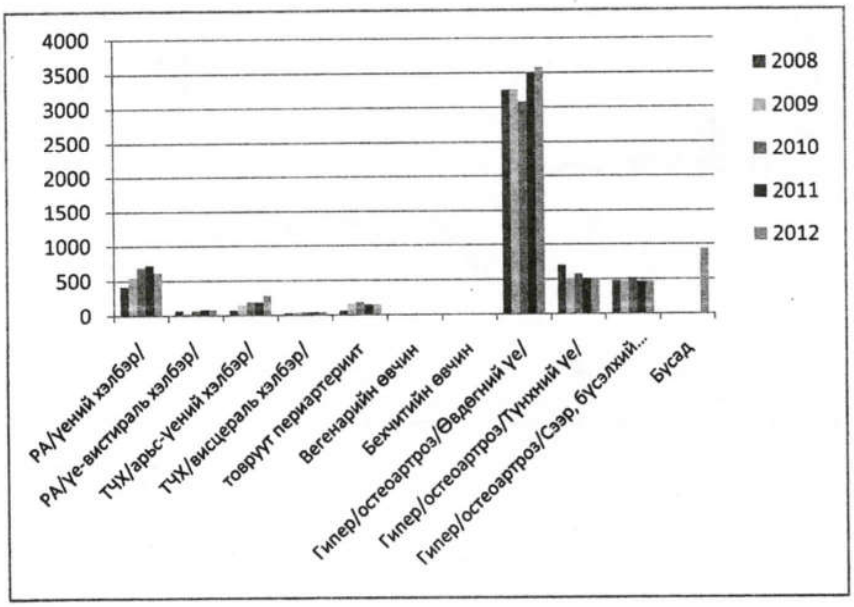
Он	РА	ТЧХ	ССД	Дерматомиозит	Ревматизмийн полимиалгьги	Стиллийн өвчин	Васкулитууд	Зүрхний эмгэгүүд	Ревматизм
2008	4,38%	1,98%	1,06%	0,28%	0,07%		0,14%	77,38%	14,71%
2009	2,60%	0,58%	1,94%			0,06%	0,06%	78,43%	16,33%
2010	5,88%	1,96%	1,58%		0,32%		0,88%	73,37%	16%
2011	5,60%	1,99%	1,12%	0,19%	0,37%		0,87%	75,60%	14,26%
2012	6,76%	1,76%	1,41%	0,18%	0,59%	0,12%	1,18%	75,67%	12,33%



4. Амбулаторийн үе мөчний кабинетаар үйлчлүүлэгчдийг өвчний ангиллаар авч үзвэл:

/ Тохиолдолын тоогоор /

	Ревматоид артрит		ТЧХ		Васкулит			Гипертрофик остеоартроз			Бусад	Нийт
	үений хэлбэр	үе-вистираль хэлбэр	арьс-үений хэлбэр	висцераль хэлбэр	товруут периартериит	Вегенарийн өвчин	Бехчитийн өвчин	Өвдөгний үе	Түнхний үе	Сээр, бүсэлхий нурууны		
2008	*418*	*70*	*82*	*31*	*68*			*3254*	*708*	*480*	1123	6698
2009	*556*	*32*	*156*	*38*	*166*	*4*		*3260*	*516*	*468*	1524	6720
2010	*690*	*68*	*188*	*44*	*186*	*6*	*2*	*3080*	*580*	*520*	1646	7010
2011	*729*	*88*	*190*	*50*	*156*	*4*		*3490*	*516*	*468*	1524	7215
2012	*620*	*88*	*290*	*50*	*156*	*4*		*3580*	*510*	*468*	934	6700



Дүгнэлт:

1. 2008-2012 онд ЗСУСК-т хэвтэн эмчлүүлсэн нийт 7852 өвчтөнөөс 1881 буюу 23,91% нь холбогч эдийн эмгэгээр өвдөгсөд эзэлж байгаа ба үүний 21,26%-г ревматойдный артрит, 61,3%-г ревматизм зонхилж байна.
2. Амбулаторийн үе мөчний кабинетаар үйлчлүүлэгчдийн дунд гипертрофик остеоартроз 79,36%, ревматойдный артрит 12,17% тус тус зонхилж байгаа ба ревматойдный артритийн 89,7%-г үений хэлбэр зонхилсон байна.
3. ЗСУСК-т хэвтэн эмчлүүлэгчдийн хүйсийн харьцаа эрэгтэй 43,49%, эмэгтэй 56,51% байгаа нь өмнөх жилүүдийн судалгаатай харьцуулахад эрчүүдийн өвчлөл харьцангуй нэмэгдсэн байгаа нь харагдаж байна.
4. ЗСУСК-т хэвтэн эмчлүүлэгчдийг насны бүлгээр авч үзэхэд нас ахих тусам холбох эд-үе мөч, системийн эмгэгийн өвчлөл нэмэгдсэн байгаа ба 55-аас дээш насныхан 43,82% эзэлж байна.
5. ЗСУСК-т хэвтэн эмчлүүлэгчдийн 55,33% нь хөдөө орон нутгаас ирсэн эмчлүүлэгчид байна.

Хэлцэмж:

1. Сүүлийн 5 жил ЗСУСК –т хэвтэн эмчлүүлсэн нийт 7852 өвчтөний 23,91% нь холбогч эдийн өвчлөлөөр өвдөгсөд эзэлж байгаа нь урьд хийгдсэн 5 жилийн судалгаатай харьцуулахад онцын өөрчлөлт гараагүй мэт харагдаж байгаа боловч зүрх судас болон ревматологийн өвчлөл хариуцсан тасаг нэг учраас дэлхий нийтийн жишгийн дагуу зүрх судасны өвчлөлийг түлхүү хэвтүүлэн эмчлүүлж байгаа уламжлал хэвээр үргэлжилж байгааг илтгэж байна гэж үзлээ.
2. Холбогч-эдийн тогтолцооны өвчлөл нь (РА, ТЧХ, ССД, Васкулитууд) жил ирэх тутам нэмэгдэж байгаа боловч бие даасан, төрөлжсөн тасаг клиник байгуулагдаагүйн улмаас жилдээ зайлшгүй хэвтэн эмчлүүлэх шаардлагатай өвчлөгсдийн зөвхөн 38-40% стационарийн эмчилгээнд хамрагдаж байгаа нь өвчлөл хүндрэх, цаашлаад цөөн бус тохиолдолд эмнэлэгийн үйлчилгээ авж амжаагүй нас баралтын шалтгаан болж байна.
3. Мөн "холбогч-эд үе мөчний" эмгэгийн өвчлөл нэмэгдэж, хожуу шатандаа оношлогдон эмчлэгдэж байгаа нь Монгол Улсад ревматологи - эмч дутагдалтай, Ревматологийн салбар бие даан хөгжөөгүй байгаатай холбоотой гэж үзэж болох юм.

Үе мөчний үрэвслийн шинж бүхий аутоиммун өвчний үед зарим аутоэсрэгбиеийн агууламжийг тодорхойлсон дүн

Н.Наранбаатар, С.Цогтсайхан, Г.Батбаатар
Бичил амь-Дархлаа судлалын тэнхим

Зорилго:

Үе мөчний үрэвслийн шинж илэрсэн өвчтнүүдэд ийлдсийн зарим аутоэсрэгбийеийн агууламжийг тодорхойлж, оношзүйн ач холбогдолыг тодруулах

Материал ба арга зүй. Эмнэлзүйн хувьд үе мөчөөр өвдөх, үе мөч хөших, хөдөлгөөн хязгаарлагдах, үений бүтэц өөрчлөгдөх шинж давамгайлан илэрсэн, бодит үзлэг, асуумж, багажийн болон лабораторийн шинжилгээгээр онош нь тогтоогдсон, ревматоид артрит (РА)-тай 82, түгмэл чонон яр (ТЧЯ)-тай 40, хайрст үлдний үе мөчний хэлбэр (ПА)-тэй 18, нийт 18-72 насны 140 эмчлүүлэгчийг (эрэгтэй 51, эмэгтэй 119) кортикостероид эмчилгээ эхлэхээс өмнө хамруулав. Хяналт болгон үе мөчний үрэвслийн шинж илрээгүй харьцангуй эрүүл 41 хүнийг хамруулав. Бүх эмчлүүлэгчийн эмнэлзүйн болон лабораторийн үзүүлэлтийг тусгайлан бэлтгэсэн судалгааны картын дагуу түүвэрлэн цуглуулсан бөгөөд бүх хамрагдагсадад RF-IgM ба anti-dsDNA ауто эсрэг биеийн агууламжийг фермент холбоот эсрэг биеийн урвал (Magiwell INC. USA) ашиглан тодорхойлов.

Үр дүн. RF-IgM-ийн агууламжийн ихсэлт (25-55IU/mL) РА-тай өвчтний 45.1%-д, ТЧЯ-тай өвчтний 25,9%-д, ПА-тай өвчтний 38,9%-д илэрсэн бол энэ эсрэг биеийн хэт ихсэлт (>55IU/mL) РА-тай өвчтний 45.1%-д л илэрсэн ТЧЯ-тай ба ПА-тай өвчтөнд илрээгүй байна. anti-dsDNA-гийн агууламжийн ихсэлт (25-40IU/mL) РА-тай өвчтний 40%-д, ТЧЯ-тай өвчтний 27.8%-д, ПА-тай өвчтний 7.3%-д илэрсэн бол энэ эсрэгбиеийн хэт ихсэлт (>40IU/mL) РА-тай өвчтний 9.8%-д, ТЧЯ-тай өвчтний 45%-д илэрч ПА-тай өвчтнүүдэд илрээгүй байна.

RF-IgM-ийн хэт ихсэлт нь РА-гийн хувьд илүү мэдрэг, илүү нийцэл (κ=0.74)-тэй оношийн эерэг гарах магадлал (PPV) өндөртэй anti-dsDNA нь ТЧЯ-ийн хувьд илүү мэдрэг, илүү нийцэл (κ=0.67)-тэй оношийн эерэг гарах магадлал (PPV) өндөртэй байна.

ХОЁР. 1.2. АМЬСГАЛЫН ЗАМЫН ЭМГЭГ

Цусны улаан эсийн бүтэц,үйл ажиллагаа ба исэлдэлтийн эсрэг тогтолцооны идэвхийг уушигны архаг бөглөрөлт өвчний үе шатаас хамааруулан судалсан дүн

Х.Солонго[1], Ж.Наранцэцэг[2], Б.Гомбосүрэн[3], М.Амбага[2]
[1]Улсын Нэгдүгээр Төв Эмнэлэг, Уушги Судлалын Клиник,
[2]Шинэ Анагаах Ухаан Дээд Сургууль
[3]ЭМШУИС, УушгиСудлалын Тэнхим
sun_solongo@yahoo.com

Түлхүүр үг: Уушгины архаг бөглөрөлт өвчин, цусны улаан эс, исэлдэлтийн эсрэг тогтолцоо, антирадикал идэвх,малондеальдегид, мембраны тэсвэрт чанар

Оршил:

Уушгины архаг бөглөрөлт өвчин(УАБӨ) гэдэг нь үрэвслийн улмаас гуурсан хоолойд эргэшгүй буюу бүрэн бус хэсэгчлэн эргэх бөглөрөлт үүссэнээс уушгины агааржуулалт ба хийн солилцоо давшингуй хямарч, эмнэлзүйд амьсгалын дутагдлын ба уушги зүрхний архаг дутагдлын хам шинж илэрдэг архаг, даамжрах явцтай өвчин юм[1].УАБӨ нь дэлхийд хамгийн өргөн тархалттай өвчнүүдийн тоонд орон, нас баралтын шалтгааны 6-рт орж байгааг ДЭМБ-ын судалгаа харуулжээ[5]. Манай улсад УАБӨ нийт хүн амын 3.2%-д илэрсэн байна [2]. Эрдэмтэд УАБӨ-нийг амьсгалын тогтолцоо төдийгүй, бусад эрхтэн тогтолцоог бүхэлд нь хамарсан өвчин гэж үзэн уг өвчний эмгэг жамд бие махбодын эд эсийн хийн солилцоог хангадаг цусны улаан эс (ЦУЭ)-ийн бүтэц, үйл ажиллагааны алдагдал болон исэлдэлтийн хямрал чухал үүрэгтэйг дурдсан байдаг [3,8]. Иймд бид исэлдэлтийн эсрэг тогтолцооны идэвхийг УАБӨ-ний үе шатаас хамааруулан ЦУЭ-ийн цитоплазм ба мембраны орчинд судлахын зэрэгцээ бүтэц үйл ажиллагааны өөрчлөлтийг эсийн мембраны устөрөгчийн хэт исэл (H_2O_2) ба осмос тэсвэрт чанараар тодорхойлох зорилго тавилаа.

Судалгааны хэрэглэгдэхүүн, аргазүй:

Судалгааг Улаанбаатар хотын УНТЭ-ийн УСК-ийг түшиглэн явууллаа. Судалгаанд 2008, 2012 онуудад УСК-т болон амбулаториор эмчлүүлсэн УАБӨ-ний хөнгөн (I зэрэг) (n=45), дунд (IIзэрэг) (n=90), хүнд (III+IV зэрэг) явцтай (n=53) нийт 188 (127 эрэгтэй, 61эмэгтэй) өвчтнийг хамруулав. Судалгаанаас хасах шалгуур нь хавдар, хүнд хэлбэрийн зүрхний дутагдал, элэг, бөөрний дутагдал, цус задралын цус багадалт хавсарсан тохиолдлууд байв. Хяналтын бүлэгт харьцангуй эрүүл 48 хүнийг сонгон авлаа. УАБӨ-нийг олон улсын *GOLD* хөтөлбөрийн стандартыг баримтлан ангилав. Гадаад амьсгалын үйл ажиллагааны үзүүлэлтүүд: *FEV1, FVC, FEV1/FVC*-г*Mitsubishi* (Япон,2008) фирмийнST-320 спирометр дээр тодорхойлсон бахэмжилтүүдийг гуурсан хоолой тэлэх бетта-агонистсальбутамолын цаглага хэрэглэснээс хойш 10-15 минутын дараа хийлээ. Цусан дахь хүчилтөрөгчтэй холбогдсон гемоглобины хэмжээг (SaO2)

хурууны пульсоксиметрээр хэмжин хамаарлын хүснэгтээр цусан дахь хүчилтөрөгчийн парциаль даралтыг(PaO2) тооцоолон гаргав.

ЦУЭ-ийн исэлдэлтийн эсрэг буюу антирадикал идэвхийг тогтоохдоо улаан эсийн задралыг нэрмэл усаар үүсгэж цитоплазм ба мембраны суспензид протонжсон нэгдлийг *DPPH(2, 2-diphenyl-picryl-hidrazyl)*-ийн аргаар, оксидаза ферментийн идэвхийг оксидазын дискээр,тосныхэт исэлдэлтийн процессийгтиобарбитурын хүчилтэй(ТБХ) нэгдсэн малондеальдегидын(МДА) хэмжээг спектофотометрт 535 нм-т гэрэл шингээлтээр тодорхойлох *Stancliff*-ийн аргаар тус тус тогтоов. ЦУЭ-ийн бүтэц, үйл ажиллагааны алдагдлыг эсийн мембраны H_2O_2ба осмос тэсвэрт чанар тогтоох арга зүйгээр тодорхойлов.

Статистик боловсруулалтыг SPSS-20 программыг ашиглан хийлээ. Хамааралгүй 2 бүлгийг Манн-Уитнийн параметрийн бус шалгууpаар, хамаарал бүхий үзүүлэлтүүдийг Пирсоны шугаман ба Спирмений монотон аргуудаар хамаарлын коэффициентийг тооцоолжгаргав. Харьцуулсан судалгаанд *p* шалгуур 0.05-аас бага бол ялгааг статистикийн үнэн магадлалтай гэж тооцов.

Судалгааныажлынүрдүн:

Судалгааны үндсэн үзүүлэлтүүд өвчний зэргээс хамаарч байгааг хүснэгт1-т харуулав. Цусан дахь SaO_2ба PaO_2өвчний зэргээс шууд хамааралтай буурч харинЦУЭ, гемоглобин(*Hb*) ба гематокритын (*HCT*) хэмжээ статистикийн үнэн магадлалтай өсч байгаа нь ажиглагдлаа (p■0.01). ЦУЭ-ийн цитоплазмдахь оксидаза ферментийн идэвхи (ЦОИ) хяналтын бүлэгтэй харьцуулахад өвчний бүх үе шатанд идэвхижиж,харин мембраны орчиндахьоксидаза ферментийн идэвхи (МОИ) өвчний хүндийн зэргийг дагансуларч байв.ЦУЭ-ийн мембран (МАИ) ба цитоплазмын антирадикал идэвхи (ЦАИ) нь ерөнхий бүлэгтхяналтын бүлэгтэй харьцуулахад буурсан (p■0.05) боловч УАБӨ-ний Ізэрэгт хяналтын бүлэгтэй харьцуулхад ихэссэн байгаа нь ажиглагдлаа. Мембраны орчин дахь МДА-ийн хэмжээ УАБӨ-ний хүндийн зэрэгтэй шугаман хамааралтайгаар статистикийн үнэн магадлалтай ихэсч, харинH_2O_2 ба осмос тэсвэрт чанар (ТЧ) өвчний зэргийг даган дунд зэргийн хамааралтай буурч байв(p■0.05).

Хүснэгт1

Үндсэн үзүүлэлтүүд УАБӨ-ний зэргээс хамааран өөрчлөгдөх байдал

Үзүүлэлтүүд	Хяналтын бүлэг n=48	УАБӨ-тэй бүлэг			
		Нийт n=188	Хөнгөн явцтай (I зэрэг) n=45	Дундявцтай (II зэрэг) n=90	Хүнд явцтай (III+IV зэрэг) n=53
SaO_2%	97.6±0.8	92.6±4.6	95.6±1.8	92.97±3.5	89.55±5.9*
PaO_2%	89.9±3.4	69.4±14	79.02±10	69.3±12	61.2±14*
Эритрошит (*10^9/л)	4.68±0.5	5.20±0.7	4.95±0.6	5.12±0.7	5.53±0.8*
Hb (г/л)	139.8±15	149.6±30	143.6±28	148.7±25	155.9±37
HCT	41.2±4.1	44.8±8.1	43.2±4.4	43.9±7.9	47.5±9.9
ЦОИ(мин)	19±1,2	14.2±0,7	13.7±0,5.	14.8±0,7	14.1±0.7*
МОИ (мин)	33.7±1.1	37.0±1.2	42.5±1.3*	36.6±1.3	33.7±1.2
ЦАИ (мкг/мл)	0.31±0.01	0.33±0.03	0.28±0.02	0.37±0.03	0.38±0.03*
МАИ (мкг/мл)	0.48±0.01	0.53±0.03	0.57±0.03*	0.50±0.02	0.54±0.02*
МембраныМДА(μmol/L)	0.109±0.01	0.145±0.02	0.096±0.01	0.143±0.03	0.170±0.01*
Осмос ТЧ (ед)	0.73±0.04	0.84±0.04	0.68±0.01	0.87±0.04	0.92±0.05*
H_2O_2 ТЧ (ед)	0.87±0.06	1.13±0.07	1.08±0.06	1.15±0.07	1.12±0.07*

*хяналтын бүлэгтэй харьцуулахад р ■ 0,05

Хэлцэмж:

УАБӨ-ний үед цусанд (PaO2) буурахад дасан зохицох жамаар ЦУЭ-ийн тоо олширох үзэгдэл ажиглагддаг нь бидний судалгаанаас харагдаж байна. Бусад орны судлаачдын ажилдЦУЭ болон ийлдсэнд оксидаза ферментүүд УАБӨ-ний үед хяналтын бүлэгтэй харьцуулхад өвчний бүх зэрэгт ихэсдэгийг ЦУЭ дахь гликолизын урвалын Рапопортын шугам дээр 2,3-бифосфоглицерат үүсэлт буурсантай холбоотойгоор гемоглобиноос O_2 соматик эс рүү чөлөөлөгдөх урвал суларч байгаатай холбон тайлбарладаг[6,7,10,11]. Бидний судалгаанд ЦОИ ихэсч харин МОИ эсрэгээрээ буурч байгаа нь ЦУЭ-ийн мембранд O_2-ийн диффузи буурсантай холбоотой байж болох юм.

Бидний судалгаанд ЦУЭ-ийн ЦАИ ба МАИ өвчний хүндийн зэргийг даган буурч байгаа нь УАБӨ даамжрахын хэрээр хэт исэлдэлтийн процесс давамгайлж ЦУЭ-д протонжсон нэгдлүүдийн агууламж багасдагийг тогтоосон судалгааны үр дүнгүүдтэй тохирч байгаа юм[6-11]. Харин өвчний I зэрэгт ЦАИ ба МАИ нэмэгдэж байгаа ньO_2-ийн хангамж бага зэрэг буурхадисэлдэлтийн эсрэг идэвхи эрчимжин, цаашид өвчин даамжрах хирээр антирадикал идэвхи буурч байгаа нь уг дасан зохицох чадамж алдагдаж байгааг харуулж байна. ЦУЭ-ийн мембраны орчинд өөхний хэт исэлдэлтийн завсрын бүтээгдэхүүн болох МДА-ийн хэмжээ өвчний хүндийн зэрэгтэй хүчтэй шугаман хамааралтайгаар ихэсч байгаа нь бусад орны судлаачдын үр дүнтэй ижил байв [8-11]. ЦУЭ-ийн мембраны H_2O_2 болон осмос ТЧ өвчний хүндийн зэргийг даган шугаман хамааралтайгаар буурч байгаа нь O_2-ийн архаг дутагдлын улмаасэсийн мембраны фосфолипидын давхрага гэмтэж, АТФ хамааралт катионы насосын ажиллагаа алдагдаж байгааг харуулж байна.

Дүгнэлт:

1. УАБӨ-ний үед оксидаза ферментүүдийн идэвхи ЦУЭ-ийн цитоплазмд ихэсч мембраны орчинд буурдаг болох нь тогтоогдлоо.
2. УАБӨ-ний үед ЦУЭ-ийн антирадикал идэвхи өвчний хөнгөн явцад ихэсч, дунд ба хүнд явцад буурдаг бол мембраны тосны хэт исэлдэлтийн бүтээгдхүүнүүд өвчний хүндийн зэргийг даган статистикийн үнэн магадлалтай нэмэгддэг болох нь батлагдлаа.
3. УАБӨ-ний үед гардаг O_2-ийн архаг дутагдлын улмаас ЦУЭ-ийн мембраны H_2O_2 болон осмос тэсвэрт чанар өвчний хүндийн зэрэгтэй шугаман хамааралтайгаар буурдаг нь тогтоогдлоо.

Номзүй:

1. Б.Гомбосүрэн. Амьсгалын эрхтний эмгэг судлал.УБ. 2012. х. 330
2. С.Мөнхбаярлах.Монгол Улсын Улаанбаатар хот дахь амьсгалын замын архаг өвчнүүдийн тархалт, урьдчилан сэргийлэлт болон хяналтын чиг хандлагыг тодорхойлох судалгааны тайлан. УБ.2011. х.15-18
3. АвдеевС.Н. ХОБЛ как системное заболевание. Пульмонология: научно-практический журнал -2007.–N2. –с.104-116. ISSN 0869-0189.
4. Buijnsters M., Bicanic D., MihaiChirtoc M., Nicoli M. C., Min-Kuo Y. Evaluation of Antioxidative Activity of Some Antioxidants by Means of a Combined Optothermal Window and a DPPH* Free Radical Colorimetry // Analytical Sciences (Japan) Special Issue. 2001. V. 17. P. s544-s546
5. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD).Global strategy for diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease.NHLBI/WHO workshop report. Last updated 2008. www.gold-copd.org/.
6. MacNee W. Oxidative stress and lung inflammation in airways disease // Eur J Pharmacol. – 2001. – Vol. 429. – P. 195-207.
7. Nadeem A., Raj H.G., Chhabra S.K. Increased oxidative stress and altered levels of antioxidants in chronic obstructive pulmonary disease // Inflamation -2005. –Vol. 29. №1 –P. 23-32.

8. Купаев,В.И. Состояние оксидантных и антиоксидантных систем эритроцитов крови у больных ХОБЛ [Текст] В. И. Купаев, Н. А. Мишина, И. Л. Давыдкин // XX Национальный конгресс по болезням органов дыхания: сб. тр. конгресса. М., 2010. –С. 429-430.
9. J. Lalic, V. B. Djordjevic, I. Djordjevic, et al.Indicators of oxidative stress in COPD //Eur.Respir.J.2005.-Vol.26.-Suppl.49.-P.512.
10. Rahman I. The role of oxidative stress in the pathogenesis of COPD: Implications for therapy // Treat Pespir Med. -2005. –Vol.4. №3. –P. 175-200.
11. Vucevic D., Radosavljevic T., Zunic S., Dordevic-Denic G., Pesic B. C., Radac D. The role of oxidative stress in the pathogenesis of pulmonary emphysema / // Med.Pregl. -2005. Vol. 58.№9-10. –P. 472-477.

Red cell oxidant-antioxidant capacity in COPD: relation with disease severity

Kh.Solongo[1], J.Narantsetseg[2], B.Gombosuren[3], M.Ambaga[2]
[1]First National Central Hospital, Pulmonology Department
[2]New Medicine Institute
[3]Health Science University of Mongolia
sun_solongo@yahoo.com

Abstract

An imbalance between oxidative stress and antioxidant capacity has been proposed to play an important role in the development and progression of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). We carried out a study to assess the red cell oxidant-antioxidant status in patients with COPD and relate it to the severity of disease. We measured a wide range of parameters of oxidant-antioxidant balance in red cells of 188 patients with COPD and 48 healthy controls (HC). Lung function was measured by spirometry. Staging of COPD was done as per the recommended guidelines. PaO2 was correlated with SaO2, what was measured by finger pulse-oximeter. Amount of red cell, hemoglobin and hematocrit had a significant negative correlation with clinical stages of severity of COPD as well as SaO2 and PaO2. Oxidizing capacity of red cell cytoplasm measured with using oxidase disk having lower, but greater in membrane suspension in patients as compared to HC. Antioxidant enzyme activities measured as protonized products were altered, having lower in cytoplasm andmembrane suspension, but higher in patients with moderate stage of disease compared to healthy control. Lipid peroxides measured as MDA-TBA products were greater in the patients significantly, compared to HC. Peroxide and osmotic resistances of red cell membranes were lower in the patients significantly, compared to HC. Our observations suggest there is an oxidant-antioxidant imbalance of red cell in the patients with COPD.

Уушигний архаг бөглөрөлт өвчний үед хий шар бадганы харьцаа хамааралтай 2, 3-р компартмент дээрх редокси шугамын үзүүлэлтүүдийн хөдлөл зүйг судалсан дүн

Ц.Дэнсмаа[1],densee_ts@yahoo.com,Ж.Наранцэцэг[2],Х.Солонго[3],Д.Баясгалан, М.Амбага[2]
[1,3]Улсын Нэгдүгээр Төв Эмнэлэг, [1]Уушги Судлалын Клиник, [3]Уламжлал Анагаахын Клиник [2]Шинэ Анагаах Ухаан Дээд Сургууль

Оршил:

Орчны агаарын бохирдол, тамхины хэрэглээ эрс нэмэгдсэн өнөө үед Уушигны архаг бөглөрөтөт өвчин нь амьсгалын эрхтний өвчлөл, түүнээс шалтгаалсан нас баралтын тэргүүлэх шалтгаануудын тоонд орж цаашид давшингуй өсөх хандлагатай байгаа нь уг өвчний талаархи тал бүрийн судалгаа дэлхий нийтийн эрдэмтдийн анхаарлын төвд зүй ёсоор орж байна. Уушигны архаг бөглөрөлтөт(УАБӨ)хүмүүст тэжээлийн дутагдалд орох нь эрхтэн тогтолцооны архаг үрэвсэл, агаарын урсгалын саатлаас үүдсэн амьсгалын булчингийн хэт ачааллын улмаас тайван үеийн энергийн зарцуулалт нэмэгдэхийн зэрэгцээ шим тэжээлт хоолны хэрэглээ буурч, сэтгэл гутралд автдагтай холбоотой гэж үздэг. УАБӨ-тэй хүний наслалтанд мэдэгдэхүйц нөлөөлдөг хүчин зүйлийн нэг нь булчингийн хэмжээ, биеийн хуурай жингийн алдагдлаар илэрдэг тэжээлийн дутагдал юм. Иймд УАБӨ-тэй хүмүүст биеийн жингийн үзүүлэлтүүд, тэр дотроо уургийн хангамжийн илрэл болсон булчингийн хэмжээ хэрхэн өөрчлөгдөж байгаа, тэдгээр нь уг өвчний үед гардаг бусад эмгэг өөрчлөлтүүдтэй уялдаатай эсэхийг илрүүлэх интегратив тогтолцоон дээр суурилсан судалгааны ажлууд уламжлалт анагаах ухааны салбарт өргөн хийгдэж байна.

Уламжлалт анагаах ухаан ба орчин үеийн анагаах ухааны онол аргазүйн нэгдмэл интегратив холбоог субстанцийн түвшинд авч үзэх судалгаа өргөн хүрээнд явагдаж, нэг нэгдмэл ойлголтонд хүрч чадахгүй, зарим нэг механик саад, үзэл баримтлалын зөрүүг одоо хүртэл арилгаж чадаагүй байгаа нь энэ хоёр тогтолцоог хэтэрхий салангид авч үздэг одоогийн хандлагад хүргэн, энэ нь эцэсдээ эмнэлзүй салбарт аль хэдийнээ хийж, гүйцэтгэн, олон сонирхолтой нэн ашигтай амжилтанд хүрч болохуйц бодит бололцоог алдагдуулаад байгаа юм. Энэ хүрээнд явуулж болох олон чиглэлт судалгааны нэг нь уушигны архаг бөглөрөлтөд өвчтэй хүмүүс дээр хий шар бадганы хийсвэр биллигдмэл код ба эсийн шинэ баяжуулсан тодорхойлолтын гол гол параметрүүд болох амьд эсийн энерги хангамжийн хэсэг буюу мембран-редокси потенциалын 3 төлөвт шугам болон гүйцэтгэгч хэсэг-5 гол мембранд харгалдан 5 гол үйл ажиллагааны гол гол өгөгдөхүүний хоорондох шүтэлцээг тогтоон, энэ үндсэн дээр оношилгоо-эмчилгээний зарчмыг гаргах судалгаа юм.

Түлхүүр үг: *Уушигны архаг бөглөрөлтөт өвчин хий шар бадгана*

Судалгааны зорилго:

Уушигны архаг бөглөрөлтөт өвчний үед өвчний үе шатаас хамаарч хий, шар бадганы харьцаа,биеийн жингийн үзүүлэлтүүд, ханасан ханаагүй тосны хэмжээ, 2-р

компартмент дээрх ханасан, ханаагүй тосны бодис, ийлдэс, шээсний орчин дахь ред:окси харьцаа хэрхэн өөрчлөгдөж байгааг тогтоох

Судалгааны материал арга зүй:

Судалгаанд 2012онд УНТЭ-ийн УСК-т хэвтэн болон амбулаториор эмчлүүлсэн оношнь батлагдсан УАБӨ-тэй нийт 53 өвчтнийг хамруулав. Хяналтын бүлэгт ижил насны харьцангуй эрүүл 25 хүнийг сонгож авав. Хий, шар, бадганы харьцааг Док-Ам-1 программчлалаар гаргав. Биеийн жингийн индекс, дотор ба гадар өөхний хэмжээг *Omron* (Япон, 2008) фирмийн HBF-361 биоимдендансометрийн төхөөрөмжөөр хэмжин гаргалаа. Ийлдсэнд агуулагдах Холестрин, Триглицерид, Их Нягттай Липопротейд, Бага Нягттай Липопротейдийг Screen Master (2007) биохимийн анализатороор тодорхойлов. Ийлдэс, шээсний оксидаза ферментийн идэвхийг "HIMEDIA" фирмийн (Oxidase discs) оксидаза дискны тусламжтайгаар тодорхойлов. Статистик боловсруулалтыг SPSS-20 программыг ашиглан хийлээ. Дундаж, стандарт хазайлт, зэрэг дескрептив анализын үр дүнгүүдээр тооцож гаргав. Харьцуулсан судалгаанд р шалгуур 0,05-аас бага бол ялгааг статистикийн үнэн магадлалтай гэж тооцов.

Судалгааны ажлын үр дүн:

Судалгааны үр дүнгээс үзэхэд хяналтын болон УАБӨ-тэй бүлэгт хий, шар, бадганы кодчилолыг тодорхойлж үзэхэд хяналтын бүлэгт хий давамгайлсан кодчилолтой хүмүүс 12 буюу 48%-ийг, шар давамгайлсан кодчилолтой хүмүүс 13 буюу 52%-ийг эзэлж байсан бол бадганы кодчилолтой хүмүүс илрээгүй болно. Харин УАБӨ-тэй бүлэгт хийн кодчилолтой хүмүүс 67.9%-ийг, шарын кодчилолтой хүмүүс 26.4%-ийг, бадганы кодчилолтой хүмүүс 5.7%-ийг тус тус эзэлж байв.

Хүснэгт №1

УАБӨ-тэй хүмүүст Хий, Шар, Бадганы кодчилолыг тогтоосон судалгааны дүн

Судалгааны бүлэг		Тоо	Хувь (%)
Хяналтын бүлэг n=25	Хий давамгай	12	48
	Шар давамгай	13	52
УАБӨ-тэй бүлэг n=53	Хий давамгай	36	67.9*
	Шар давамгай	14	26.4*
	Бадган давамгай	3	5.7

*хяналтын бүлэгтэй харьцуулахад р ■ 0.05

УАБӨ-тэй хүмүүст ХШБ-ы харьцаанаас хамааран 2, 3-р компартментын үзүүлэлтүүд хэрхэн хамаарахыг судалсан дүн

Үзүүлэлтүүд	Хяналтын бүлэг		УАБӨ-тэй бүлэг		
	Хий давамгай	Шар давамгай	Хий давамгай	Шар давамгай	Бадган давамгай
Биеийн жингийн индекс	28.7±6.9	26.3±3.1	26±6.5	25±3.0	34.1±6.3
Гадар өөх	26.2±8.9	21.1±5.4	19±7.1	19.1±6.1	26±11.3
Дотор өөх	14.1±8.1	13.8±5.6	11.5±7.3	12±5.6	23.6±6.5
Булчингийн индекс	34.9±7.5	30.2±5.3	28.5±9.1	28.8±7.9	34.2±9.9
Ийлдэс оксидаза	2.7±8.5	2.6±1.3	2.9±6.2	3.2±4.4	3±2
Шээсний оксидаза	24±11.1	21.5±14.9	13.9±13.9	23.1±11.3	25±7.2
холестрин	3.6±0.5	3.6±0.5	3.6±0.4	3.5±0.5	3.87±0.15
триглицерид	2.0±0.2	2.0±0.4	2.0±0.2	2.1±0.2	2.05±0.23
ИНЛП	1.6±0.09	1.6±0.13	1.6±0.12	1.6±0.09	1.71±0.12
БНЛП	2.1±0.5	2.1±0.43	2.1±0.49	1.9±0.43	2.27±0.21

УАБӨ-тэй хүмүүст ХШБ-ы харьцаанаас хамааран 3-р компартментын үзүүлэлтүүд өөрчлөгдөх зүй тогтлыг судалж үзэхэд биеийн жингийн индекс (БЖИ) хяналтын бүлгийн хийн кодчилол бүхий хүмүүсийн үзүүлэлтийг УАБӨ-тэй хийн кодчилолтой хүмүүстэй харьцуулахад 9,41%-иар, хяналтын бүлгийн шарын кодчилол бүхий хүмүүсийн үзүүлэлтийг УАБӨ-тэй шарын кодчилол бүхий хүмүүсийн үзүүлэлттэй харьцуулахад 12,9%-иар буурч, харин УАБӨ-тэй бадганы кодчилолтой хүмүүсийн үзүүлэлтийг хяналтын хийн кодчилолтой хүмүүстэй харьцуулахад 15,8%-иар, шарын кодчилолтой хүмүүстэй харьцуулахад 22,9%-иар нэмэгдсэн нь тогтоогдлоо.

Гадар өөхний үзүүлэлт хяналтын бүлэгтэй харьцуулахад УАБӨ-тэй хийн кодчилолтой хүмүүст 27.5%-иар, шарын кодчилолтой хүмүүст 9.5%-иар буурч байгаа нь ажиглагдсан бол УАБӨ-тэй бадганы кодчилол бүхий хүмүүст хяналтын бүлгийн хийн кодчилолтой хүмүүстэй харьцуулахад 0,76%-иар буурч, харин шарын кодчилолтой хүмүүстэй харьцуулахад 18,8%-иар нэмэгдсэн нь тогтоогдлоо.

Дотор өөхний үзүүлэлт хяналтын бүлэгтэй харьцуулахад УАБӨ-тэй хийн кодчилолтой хүмүүст 18,4%-иар, шарын кодчилолтой хүмүүст 13,04%-иар буурч байгаа нь ажиглагдсан бол УАБӨ-тэй бадганы кодчилол бүхий хүмүүст хяналтын бүлэгтэй харьцуулахад 40.3-41,5%-иар нэмэгдэж байгаа нь тогтоогдлоо.

Булчингийн индекс хяналтын бүлэгтэй харьцуулахад УАБӨ-тэй хийн кодчилолтой хүмүүст 18,34-иар, шарын кодчилолтой хүмүүст 4,64%-иар буурч байгаа нь ажиглагдсан бол УАБӨ-тэй бадганы кодчилол бүхий хүмүүст хяналтын бүлгийн хийн кодчилолтой хүмүүстэй харьцуулахад 2%-иар буурч, харин шарын кодчилолтой хүмүүстэй харьцуулахад 11,7%-иар нэмэгдэж байгаа нь илэрлээ. Ийлдэсний оксиазаферментийн идэвхи хяналтын бүлэгтэй харьцуулахад УАБӨ-тэй хийн кодчилолтой хүмүүст 6,9%-иар% шарын кодчилолтой хүмүүст 18,75%-иар буурч, УАБӨ-тэй бадганы кодчилол бүхий хүмүүст хяналтын бүлэгтэй харьцуулахад 32,5-35%-иар буурч байгаа нь тогтоогдлоо.

Шээсний оксидазаферментийн идэвхи хяналтын бүлэгтэй харьцуулахад УАБӨ-тэй хийн кодчилолтой хүмүүст 42,1%-иар нэмэгдэж, шарын кодчилолтой хүмүүст 6,93%-иар буурч, УАБӨ-тэй бадганы кодчилол бүхий хүмүүст хяналтын бүлгийн хийн кодчилолтой хүмүүстэй харьцуулахад 4-14%-иар буурч байв.

Холестролын агууламж хяналтын бүлэгтэй харьцуулахад УАБӨ-тэй хийн кодчилолтой хүмүүст 2,8%-иар нэмэгдэж, УАБӨ-тэй бадганы кодчилол бүхий хүмүүст хяналтын бүлэгтэй харьцуулахад 6,98%-иар нэмэгдэж байв. Триглицерид хяналтын бүлэгтэй харьцуулахад УАБӨ-тэй шарын кодчилолтой хүмүүст 4,76%-иар нэмэгдэж, УАБӨ-тэй бадганы кодчилол бүхий хүмүүст хяналтын бүлэгтэй харьцуулахад 11,1%-иар нэмэгдэж байгаа нь тогтоогдлоо.

ИНЛП хяналтын бүлэгтэй харьцуулахад УАБӨ-тэй бадганы кодчилол бүхий хүмүүст хяналтын бүлэгтэй харьцуулахад 6,43%-иар нэмэгдэж байсан бол БНЛП шарын кодчилолтой хүмүүст 9,52-иар буурч, УАБӨ-тэй бадганы кодчилол бүхий хүмүүст хяналтын бүлэгтэй харьцуулахад 7,5%-иар нэмэгдэж байгаа нь тогтоогдлоо.

Дүгнэлт:

1. УАБӨ-тэй хүмүүст хий, шар, бадганы кодчилолоос хамааран хий, шарын кодчилол бүхий хүмүүст биеийн жингийн индекс, гадар өөх, дотор өөх, булчингийн индекс гэсэн үзүүлэлтүүд буурч байгаа нь тогтоогдлоо.
2. Ийлдэс, шээсний орчны ред:оксихарьцаа УАБӨ-тэйхий, шар, бадганы кодчилол бүхий хүмүүст буурдаг н илэрлээ.
3. 2-р компартментийн орчинд холестрол, триглицеридийн хэмжээ УАБӨ-тэй бадганаар кодлогдсон хүмүүст нэмэгдэж, БНЛП УАБӨ-тэй шарын кодчилол бүхий хүмүүст буурч, бадганы кодчилол бүхий хүмүүст нэмэгдэж байсан бол ИНЛП УАБӨ-тэй хүмүүст нэмэгдэж байгаа нь тогтоогдлоо. Хэлцэмж УАБӨ-ний үед хийн кодчилол давамгайлж байгаа нь УАБӨ-ний үед 2-р компартмент дээр ИНЛП ихсэхийг дагалдаад 1-р компартмент дээрхи мембран-редоксипотенциалын 3 төлөвт шугам дээр О:Ф харьцаа алдагдан, түүгээр нөхцөлдөн АТФ,НАДФН дутагдал сэдээгддэг, үүнээс болоод висцераль болон экстернал өөх багасах, биеийн жингийн индекс буурах, булчингийн индекс багасах эмгэг үзэгдэл сэдээгдэж байгаатай холбоотой юм. УАБӨ-ний үед глюкозийн молекулыг 1-р компартмент руу татан оруулах чадамж буурах, үүнээс болоод цусны улаан эсийн дотор явагддаг гликолизийн урвалын нэг гол шунт болох Rapoport-Luebering зам дээр 2,3 бифосфоглицерат үүсэлт буурдаг байж болох, түүгээр нөхцөлдөн ийлдэсний болон шээсний оксидазаферментийн идэвхи сулардаг нь байж болохыг харуулж байна. 2-р компартментдээр ИНЛП ихсэхийг дагалдаад 1-р компартмент

дээрхи мембран-редоксипотенциалын 3 төлөвт шугамдээр О:Ф харьцаа алдагдан, түүгээр нөхцөлдөн АТФ,НАДФН дутагдал сэдээгддэг, үүнээс болоод актин-миозины салалт удааширч, мөн кальци-АТФ-азаферментийн идэвхи суларч, бөглөрөлтийн хүндрэлийг улам сэдээдэг байна.

Studying chronic respiratory diseases rlung, mkhris, badganscomparisonable 2, 3rd compartments redocsy linear movement.

As air pollution and usage of cigarettes increases, chronic respiratory disease mortality and morbidity rate increase. It causes scientists to conduct all sort of study on this matter. In our study we include 53 patients with respiratory disease and compared it with 25 healthy individuals. We evaluated all patients rlung, mkhris, badgan by Dok-Am-1 program, body measurements and blood sample, urine sample were collected. Statistic data were calculated by SPSS. In individuals with respiratory disease were noted on 1st and 4th compartment rlung coded state were more and redocsy potential reduced. From it NADPH, ATP, temperature, cholesterol, triglyceride, LDLP levels slightly decreases.

Номзүй:

1. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Nationale Heart, Lung, and Blood Institute Workshop report April 2001;21-23
2. Onaka L. Lipids. In: Anderson SC, Cockayne S (eds). Clinical Chemistry. Philadelphia: WB Saunders Company, 1993;165-187
3. ATS Standards for the diagnosis and care of patients with chronic obstructive pulmonary disease. Am J RespirCrit Care Med 1995;153:77-120

Эмнэлгийн бус нөхцөлд үүссэн уушгины үрэвсэл үүсгэгчийн антбиотикт тэсвэржилтийн судалгаа

С.Өлзийсайхан[1], Д.Туяа[1], Х.Солонго[1], Ц.Батцэнгэл[1], Б.Одончимэг[1], Ц.Цэлмэг[1], Д.Ичинноров[2]

[1]Улсын нэгдүгээр төв эмнэлэг

[2]Эрүүл мэндийн шинжлэх ухааны их сургууль

Ulzii.surenjav@yahoo.com

Түлхүүр үг:
Уушгины үрэвсэл, Staphylococcus aureus, RSV (+) вирус, цефотаксим, нэвчдэс

Үндэслэл:
Эмнэлгийн бус нөхцөлд үүсдэг (ЭБНҮ) уушгины үрэвсэл нь хамгийн элбэг тохиолддог халдварт өвчнүүдийн нэг юм. Энэ нь дэлхийн хэмжээнд хүн амын өвчлөл болон үхлийн тэргүүлэх шалтгаануудын нэг болоод байна. ЭБНҮ уушгины үрэвсэл нь дийлэнх тохиолдолд *Streptococcus pneumoniae* (пенициллинд мэдрэг ба мэдрэг бус),

H.Influenzae (ампициллинд мэдрэг ба мэдрэг бус), *Moraxella catarrhalis* (бүгд пенициллинд тэсвэртэй) зэрэг нянгаар үүсгэгддэг байна. Сүүлийн жилүүдэд манай оронд явц хүнд, шинж тэмдэг бүдэг, нянгийн эсрэг эмчилгээнд тэсвэртэй штаммуудаар үүсгэгдсэн уушгины үрэвслийн тохиолдол ихсэж, халдварын эсрэг эмчилгээний үр дүн хангалтгүй байна.

Зорилго:

Монгол улсад тохиолдож буй эмнэлгийн бус нөхцөлд үүссэн уушгины үрэвслийн антибиотикт тэсвэржилтийг судлах

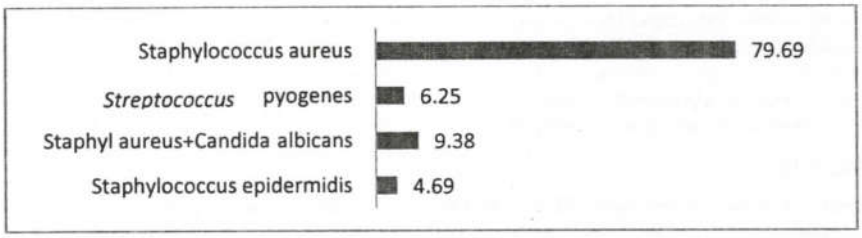
Судалгааны хэрэглэгдэхүүн ба арга зүй:

Эмнэлэгт суурилсан тохиолдол-хяналтын судалгааг Клиникийн нэгдүгээр эмнэлгийн Уушги судлалын клиник, уушгины кабинетэд түшиглэн явуулсан бөгөөд ЭБНҮ үүссэн уушгины үрэвсэлтэй 670 хүнийг хамруулж, тэдгээрээс нян, вирус илэрсэн 108 өвчтөнг ижилсүүлэх болон хасах шалгууруар сонгон авч ЭБНҮ уушгины үрэвслийн үүсгэгчийг тодорхойлох судалгаанд хамруулсан. Онош тодруулах зорилгоор цусны ерөнхий болон биохимийн шинжилгээг стандартын дагуу ХБНГУ-д үйлдвэрлэсэн "Humalyser 2000" хагас автомат багажийг ашиглан гүйцэтгэсэн. Цэрний дээжинд өсгөвөрлөх болон антибиотикт мэдрэг чанар тодорхойлох шинжилгээг VITEK-II автомат анализатор болон уламжлалт аргаар тодорхойлсон. Вирус судлалын лабораторид Улаанбаатар хотын дүүргүүд болон хөдөө орон нутгийн эмнэлгүүдээс нийт 60 дээж авч, томуугийн вирусын геном илрүүлэх бодит хугацааны полимеразийн гинжин урвалын шинжилгээ хийсэн. Цээжний рентген зургийг Perkin elmer маркийн дижитал рентген аппаратаар авсан.

Судалгаанд хамрагдагсдад тусгайлан боловсруулсан асуумж бүхий судалгааны картыг бөглөж үр дүнг статистикийн SPSS-16 программ ашиглан боловсруулалт хийсэн. Судалгааны үр дүнг хүснэгт болон зураглалаар үзүүлсэн ба ЭБНҮ уушгины өвчлөлд нөлөөлж буй зарим эрсдэлт хүчин зүйлсийг тодорхойлох зорилгоор нэг хүчин зүйлийн шинжилгээг хийж, гарсан үр дүнг харьцангуй эрсдэлт хүчин зүйл (RR-relative risk), 95%-ийн итгэмжит хязгаар (95% CI) болон p утгаар илэрхийллээ. Эдгээр үр дүнг баталгаажуулах зорилгоор олон хүчин зүйлийн шинжилгээг хийж, гарсан үр дүнг ялгааны харьцаа(OR-odds ratio)-гаар илэрхийлж, 95%-ийн итгэмжит хязгаар (95% CI) болон p утгаар илэрхийлэв.

Үр дүн:

Нийт судалгаанд хамрагдагсдын 73.1%-д нь нян илэрсэн бөгөөд дийлэнх нь *Staphylococcus aureus* байв (Зураг 1).



Зураг .1 Лабораторийн шинжилгээнд илэрсэн нян, хувиар

Судалгаанд хамрагдсан нийт тохиолдлын 27%-д нь вирус илэрсэн бөгөөд зонхилон тохиолдож байгаа нь *Respiratory Syncytial virus* (RSV) байна. Өвчний үүсгэгчдэд антибиотик мэдрэг байдлыг судлахад хамгийн түгээмэл мэдрэг антибиотик нь цефотаксим байсан (58.2%) бөгөөд цефотаксимд мэдрэг байдал Улаанбаатар хотод 47.8%, хөдөө орон нутагт 52.2% ажиглагдаж байна. Антибиотикт тэсвэржсэн байдлыг судалж үзэхэд үүсгэгчийн 55.0% нь пенициллинд тэсвэржсэн байв (Хүснэгт 1)

Хүснэгт 1

Антибиотикт тэсвэржсэн байдал, оршин суух газар нутгаар

Тэсвэржсэн антибиотик	**Улаанбаатар хот**	**Хөдөө орон нутаг**	**Нийт**
Пенициллин	20 45.4%	24 54.6%	44 55.0%
Эритромицин	18 46.1%	21 53.8%	39 48.7%
Гентамицин	21 60.0%	14 40.0%	35 43.7%
Амоксициллин	25 62.5%	15 37.5%	40 50.0%
Хлорамфеникол	17 47.4%	21 55.2%	38 47.5%
Ципрофлоксацин	6 54.5%	5 45.5%	11 13.7%
Нитрофурантоин	4 36.4%	7 63.6%	11 13.7%
Цефтриаксон	5 62.5%	3 37.5%	8 10.0%
Клиндамицин	1 33.3%	2 66.6%	3 3.7%
Ко-тримексазол	7 58.3%	5 41.6%	12 1.5%

Судалгаанд хамрагдсан өвчтөнүүдийн 26.85%-д цусанд нь СРБ (С-урвалт уураг) эерэг гарсан. Үрэвслийн эсрэг антибиотик болон цэр ховхлох хордлогын эсрэг эмчилгээ хийсэн бөгөөд цэр ховхлох эмчилгээний үр дүнд статистик магадлал бүхий ялгаа ажиглагдаагүй ($\chi2=2.82$, $p=0.24$) бол хордлогын эсрэг эмчилгээ нь үр дүнтэй болох нь статистик магадлалтай ($\chi2=12.67$, $p=0.002$) тогтоогдлоо. Нийт өвчтөний 62.6%-д нь эмчилгээний дараа уушгин дахь нэвчдэс багассан, 20.6%-д нь шимэгдсэн, 17.2%-д нь нэвчдэс ямар нэгэн өөрчлөлтгүй хэвээр байв.

Дүгнэлт:

ЭБНҮ уушгины үрэвслийн дийлэнх тохиолдолд *Staphylococcus aureus*, вирусын хувьд *Respiratory Syncytial virus* байна. Эдгээр үүсгэгчид нь цефтриаксон, клиндамицин нитрофурантоин зэрэгт мэдрэг, харин пенициллин, амоксициллин, эритромицин, хлорамфеникол, гентомицин зэрэг антибиотикуудад тэсвэртэй байна. ЭБНҮ уушгины үрэвслийн хамгийн түгээмэл мэдрэг антибиотик нь цефотаксим байгаа учир цефалоспорины III эгнээний антибиотикийн шаталсан эмчилгээг практикт нэвтрүүлэх нь илүү үр дүнтэй байна. ЭБНҮ уушгины үрэвслийн үүсгэгчийг тодорхойлсноор одоо мөрдөгдөж байгаа эмчилгээ, оношлогооны стандартыг шинэчилж ЭБНҮ уушгины үрэвслийн оношлогоо, эмчилгээний арга зүй, удирдамжийг боловсруулав.

Ном зүй:

1. Ганбаатар. Б, Санжмятав.Г..Аварзэд.А " Анагаах Ухааны Бичил Амь Судлал " Улаанбаатар, 2011,140-171.
2. Жамба .Г. Анагаахын микробиологи. Улаанбаатар, 2012: 69-117
3. Сарантуяа.Ж, Анагаахын молекул биологийн үндэс. Улаанбаатар, 2011; 121-126
4. Чучалин.А.Г, Синопальников.А.И, Страчунский.Л.С, и соавт. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендаций по диагностике, лечению и профилактике у взрослых. М.: Атмосфера, 2006.
5. Mandell L.M, Wunderink R.G, Anzueto.A, et al. Infectious Diseases Society of America / American Thoracic Society Consensus Guidelines on the Management of CAP in Adults. Clin Infect Dis 2007; 44 (Suppl 2): S27-72.
6. Mandell L.A., Marrie T.J., Grossman R.F., et al. Canadian guidelines for the initial management of community-acquired pneumonia: an evidence-based update by the Canadian Infectious Diseases Society and the Canadian Thoracic Society. Clin Infect Dis 2000; 31:383-421.
7. BTS Pneunonia Guidelines Communittee. British Thoracic Society guidelines for the management of community-acquired pneumonia in adults – 2004 update.
8. Guidelines for the management of adult lower respiratory tract infections. European Respiratory Journal. 2005; 26; 1138-1180.

STUDY OF ANTIMICROBIAL RESISTANCE FOR COMMUNITY ACQUIRED PNEUMONIA PATHOGENS

Ulziisaikhan.S[1], Tuya.D[1], Battsengel.Ts[1], Odonchimeg.B[1], Tseimeg.Ts[1]
Ichinnorov.D[2]
[1]First central hospital of Mongolia
[2]Health Science University
Ulzii.surenjav@yahoo.com

Background:
Community acquired pneumonia (CAP) is one of the most communicable diseases and today it is being leading cause of death and sickness among world population. In most cases, CAP caused by Streptococcus pneumonia (sensitive and resistant to penicillin), H.Influenzae (sensitive and resistant to ampicillin) and Moraxella catarrhalis (which are resistant to any kind of penicillin) [4,5,8]. In the last years of Mongolia, increased number of CAP cases that caused by resistant strains to anti-bacterial treatment and has stubborn progress or unclear symptoms, is being resulted to inefficient anti-microbial treatment [6,7]

Goal:
to study of antimicrobial resistance for community acquired pneumonia in Mongolia

Method and materials:
Hospital based case-control study was performed under the auspices of Pulmonary clinic and Pulmonary cabinet of State Central first Hospital of Mongolia. Study participants were answered to purpose made questions and treatment of the result was provided by SPSS-16 program. **Results:** It was revealed that 73.1% of the study cases were involved positive result of the bacteria and most common form of bacteria was Staphylococcus aureus. And other 27% of the participants were belonged to positive result of the virus and dominant type of the virus was Respiratory Syncytial Virus. On the basis of the experiment of antibiotic resistance tests among participants, cefotaxime was identified as popular sensitive agent (58.2%) for the bacteria and cefotaxime sensitivity rates in Ulaanbaatar and country region were 47.8% and 52.2%, respectively.

Conclusion:
The most common pathogen of CAP was Staphylococcus aureus and dominant type of the Respiratory Syncytial virus (RSV). Those of pathogens were more resistant to penicillin, amoxicillin, erythromycin, chloramfenicol and gentamicin and least resistant to antimicrobial drugs such as tseftriaxon, clindamicin and nitrofurantoin. Based on result that 26.85% of study cases were given positive result on C-reactive protein in blood sample test, it should be included for diagnostically criteria CAP. Because of highest sensitively, third generation cephalosporins could be effective method for the treatment of CAP. Determining etiological pathogens of CAP was lead to restoration of current diagnosis and treatment standart and establishment of diagnosis and treatment methodology and guideline of CAP

Key words: community acquired pneumonia, Staphylacoccus aureus, RSV (+) virus, cefotaxime, consolidation

ХОЁР. 1.3. ХООЛ БОЛОВСРУУЛАХ ТОГТОЛЦОО

Элэг тархины хам шинжийн эрсдэлт хүчин зүйлүүд ба эмнэл зүйн онцлог

О.Баярмаа,[1] Н. Бира[2]
УНТЭ[1] ЭМШУИС[2]
Baydak_O@yahoo.com

Оршил:

Элэгний дутагдлын улмаас мэдрэл сэтгэхүйн үйл ажиллагаа эргэх явцтайгаар өөрчлөгдөхийг элэг тархины хам шинж гэх бөгөөд зан төрхийн өөрчлөлт, сэтгэн бодох үйл ажиллагаа ба ухамсарт ухаан дарангуйлагдах шинжээр илэрдэг. Элэг тархины хам шинж нь хурц ба архаг явцтай байх бөгөөд элэгний үйл ажиллагааны алдагдал болон порто-кавал анастомоз гэсэн 2 үндсэн хүчин зүйлээс шалтгаална. Фульминант хепатит үүсэхэд элэгний үйл ажиллагааны алдагдал гол байдаг бол циррозийн үед порто-кавал шунт чухал үүрэгтэй.[5]

Циррозын үед үүсэх элэг тархины хам шинж нь тохиолдлын, байнгын буюу тогтвортой, минимал гэсэн эмнэл зүйн 3 хэлбэртэй.[4]

Элэг тархины хам шинж анх үүсэх нь өвчний тавиланг тодорхойлох хүчин зүйлүүдийн нэг болох бөгөөд үүссэнээс хойших 1 жилийн хугацаанд амьдрах чадвар 42%, 3 жилийн хугацаанд 23% байдаг байна. [1]

Элэгний циррозтой өвчтнүүдийн 70 %-д, үүдэн тогтолцооны шунт (TIPS) хийгдсэн өвчтнүүдийн 24-53%-д, элэгний эмгэгээр нас барж байгаа өвчтнүүдийн 30%-д нь элэг тархины хам шинж тохиолддог. [3]

Элэгний хатуурал өвчний зонхилох нас баралт 35-54 насанд тохиолдох ба үхлийн шалтгааны 41,3%-г нь элэгний дутагдал эзэлж байна.[6]

Conn H.O. Bircher J. (1992) нарын судалгаагаар элэгний циррозтой өвчтнүүдэд эхний 5 жилд 80%-д нь элэгний дутагдлын эхний шинжүүд илэрч 26%-д нь хүдрэлүүд нь үүсч байжээ.[2]. Элэгний дутагдлын 0-1 зэргийн үед оношлож эмчилгээ хийвэл амьдрах чадвар 100%, 2-р үед 60-75%, 3-4-р үед 30% байдаг. Мөн элэгний циррозтой өвчтний 2/3-т нь элэгний дутагдал далд хэлбэрээр илэрч байдаг байна.

Эдгээрээс үүдэн элэгний дутагдлыг эрт илрүүлэн эмчлэх, өвчтний амьдралын чанарыг сайжруулах шаардлага урган гарч байна. Тиймээс бид элэг тархины хам шинжийг үүсэхэд нөлөөлөх эрсдэлт хүчин зүйлүүд, эмнэл зүй, лабораторийн зарим үзүүлэлт, мэдрэл сэтгэхүйн сорил, тархины цахилгаан идэвхижлийн өөрчлөлтийг харьцуулан судлах зорилготой бөгөөд энэхүү хэсэгт элэгний дутагдлын үүсэх хугацаа, элэг тархины хам шинжийн эрсдэлт хүчин зүйлүүдийг судлах зорилт тавьсан юм.

Материал:

1. УНТЭ-ийн гастроэнтерологийн төвд 2011 оноос 2013 оны 3 сар хүртэл элэгний архаг дутагдал, элэг тархины хам шинж оношоор эмчлэгдсэн 90 өвчтний материал
2. ЧУДНЭ-т 2010-2012 онуудад элэгний циррозийн үеийн элэгний дутагдал, элэг тархины хам шинжээр нас барсан 30 өвчтний өвчний түүх

Арга зүй:

1. Судалгаанд элэгний циррозтой нь эмнэл зүй, лаборатори / ЦЕШ, элэгний үйл ажиллагаа, коагулограмм, вирусын маркер / ба багажийн / ЭХО, уян дуран / шинжилгээгээр батлагдсан, 20-70 насны, элэгний архаг дутагдлын шинж илэрсэн, стационарт хэвтэн эмчлүүлж байгаа өвчтнүүдийг сонгон авсан.
2. Элэгний архаг дутагдлын эрсдэлт хүчин зүйлүүд ба дутагдлыг илрүүлэх судалгааны картаар / 14 бүлэг, 100 асуулт / асуумж авч эрсдэлт хүчин зүйлүүдийг тогтоов.
3. Эмнэл зүйн судалгааны картын дагуу өвчтөнд үзлэг хийж, мэдрэл сэтгэхүйн сорилуудыг гүйцэтгүүлэн хөдөлгөөний болон сэтгэхүйн өөрчлөлтийг илрүүлсэн.
4. ЭЭГ-ын шинжилгээгээр элэгний дутагдлын үеийн тархины цахилгаан потенциалын өөрчлөлтийг тодорхойлов.

Үр дүн:

Судалгаанд хамрагдсан нийт өвчтөн – 120

Үүнээс: элэг тархины хам шинжийн 0-1-р үе – 44(36,6%), 1-2-р үе – 21(17,6%), 2-3-р үе – 12(10%), 3-4-р үе - 43 (35,8%)

Шалтгаан: Элэгний В вирусийн шалтгаант – 35(29.2%), элэгний С вирусийн шалтгаант – 43(35.8%), микст вирусийн (В+С, В+Д)– 12(10%), аутоиммун шалтгаант – 1(0.8%), архины шалтгаант – 15(12.6%)
Холимог шалтгаант (вирус+архи) – 14(11.6%)

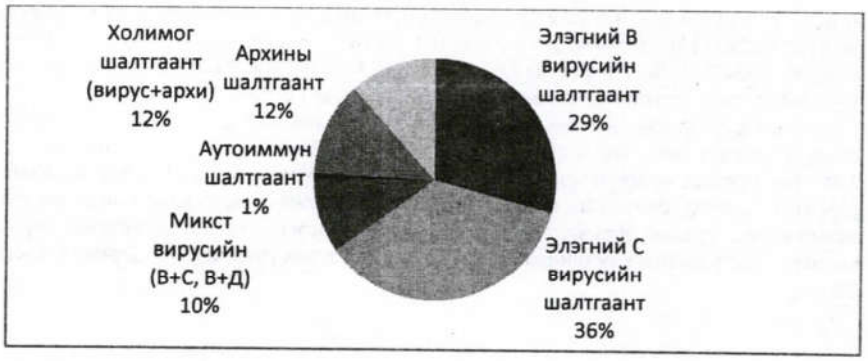


График-1 Элэгний циррозийн шалтгаан

Судалгаанд хамрагдагсдын 75% - вирусийн, 12.6% - архины, 11.6% - холимог(архи+вирус), 0.8% - аутоиммуны шалтгаантай циррозтой байлаа.

1. Элэгний цирроз оношлогдсоноос хойш элэг тархины хам шинж үүссэн хугацаа:

Анх оношлогдсон – 18(15%), 1-2 дах жилдээ – 31 (25.8%), 3-4 дэх жилдээ – 21 (17.5%), 5-6 дах жилдээ – 22 (18.4%), 6-8 дах жилдээ – 16 (13.3%), 10-12 дах жилдээ – 12 (10%)

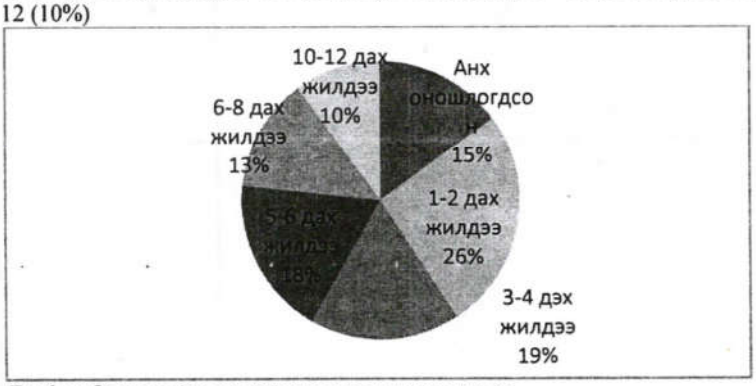
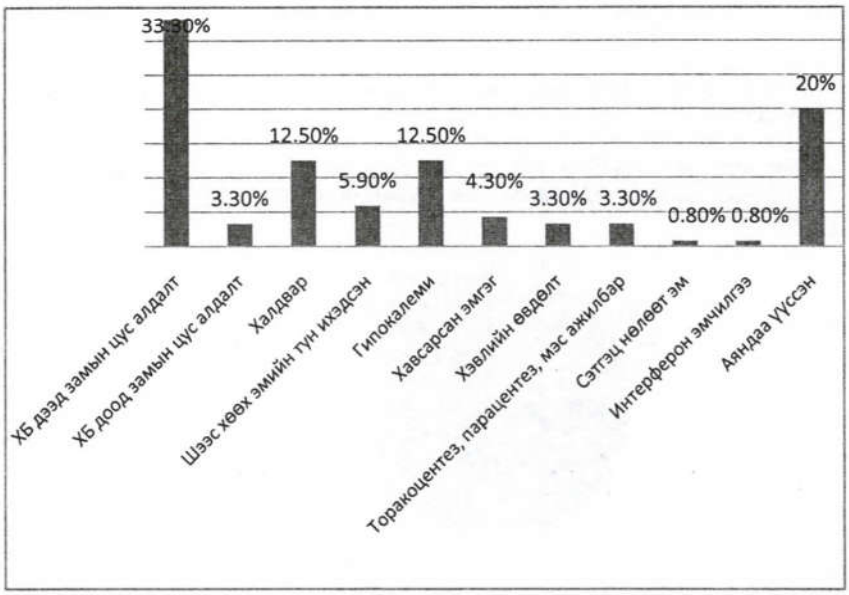


График-2 элэгний дутагдал оношлогдсон хугацаа

Судалгаанаас харахад элэгний цирроз оношлогдсоноос хойших эхний 5 жилийн хугацаанд нийт өвчтний 81.2%-д элэгний дутагдлын эхний шинжүүд илэрсэн байна.

2. Элэг тархины хам шинжид хүргэх эрсдэлт хүчин зүйлүүдийг авч үзвэл:

- ХБ дээд замын цус алдалт – 40 (33.3%)
- ХБ доод замын цус алдалт – 4 (3.3%)
- Халдвар – 15 (12.5%)
- Шээс хөөх эмийн тун ихэдсэн – 7 (5.9%)
- Гипокалеми – 15 (12.5%)
- Хавсарсан эмгэг – 5 (4.3%)
- Хэвлийн өвдөлт – 4 (3.3%)
- Торакоцентез, парацентез, мэс ажилбар – 4 (3.3%)
- Сэтгэц нөлөөт эм - 1 (0.8%)
- Интерферон эмчилгээ – 1 (0.8%)
- Аяндаа үүссэн–24 (20%) - удаан хугацааны хаван, шарлалт



Элэг тархины хам шинж үүсэхэд нөлөөлөх эрсдэлт хүчин зүйлүүдээс хоол боловсруулах замын цус алдалт 33,8%, халдвар 15%-г эзэлж байна.

3. Элэгний дутагдлын үед илрэх үндсэн шинжүүд:

- Мөчдийн булчингийн хатингаршил – 59 (49.1%)
- Элэгний бага шинжүүд – 108 (90%)
- Элэгний их шинжүүд – 85 (70.8%)

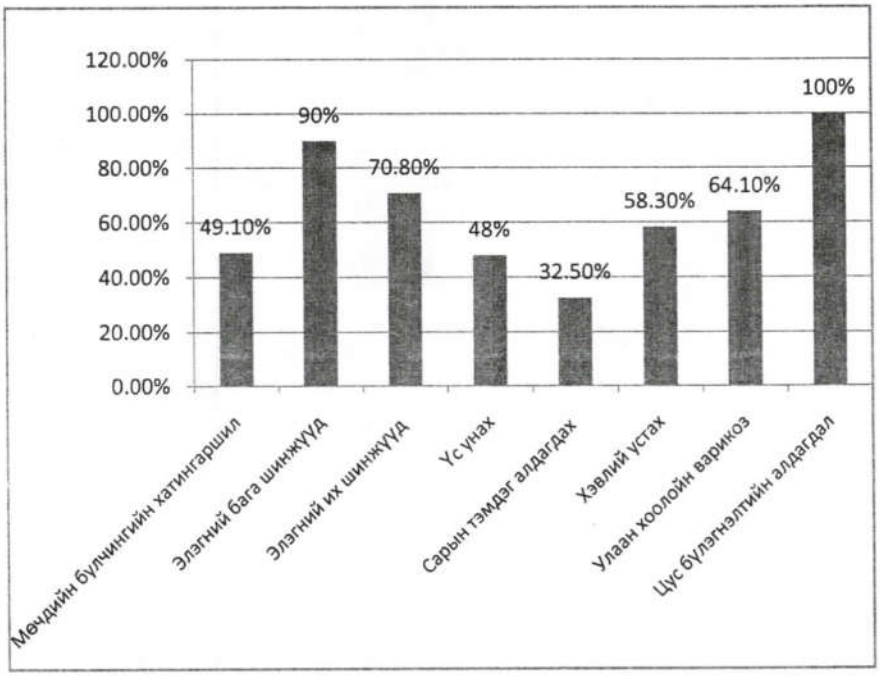
Дотоод шүүрлийн булчирхайн өөрчлөлтүүд:

- Үс унах – 54 (48%)
- Сарын тэмдэг алдагдах – 39 (32.5%)

Үүдэн тогтолцоонд даралт ихсэх:

- Хэвлий устах – 70 (58.3%)
- Улаан хоолойн варикоз – 77 (64.1%)

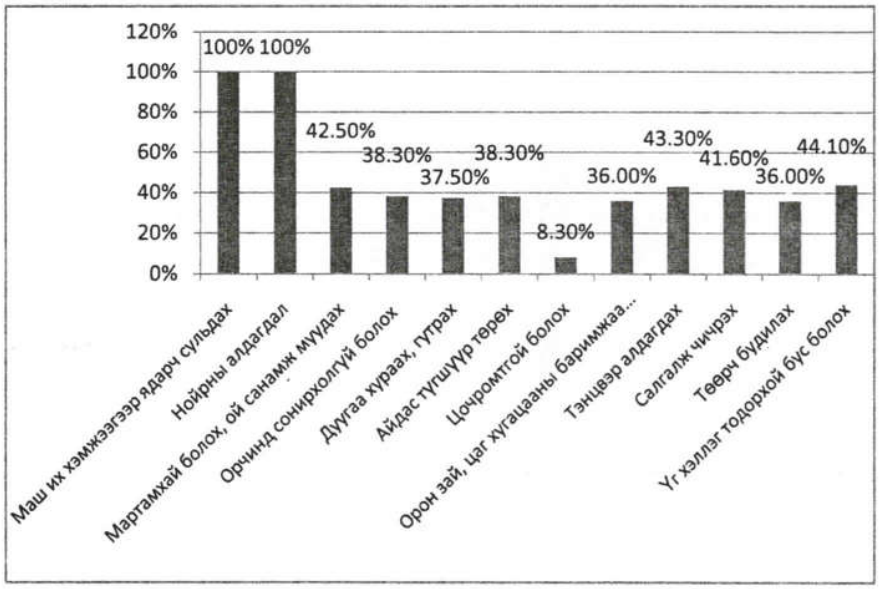
Цус бүлэгнэлтийн алдагдал – 120 (100%)



Эмнэл зүйн хувьд элэгний болон бусад эрхтэн тогтолцооны өөрчлөлтүүд янз бүрийн байдлаар илэрсэн байна.

4. Элэг тархины хам шинжийн эмнэл зүйн илрэлүүд:

- Маш их хэмжээгээр ядарч сульдах – 120 (100%)
- Нойрны алдагдал – 120 (100%)
- Мартамхай болох, ой санамж муудах – 51 (42.5%)
- Орчинд сонирхолгүй болох – 46 (38.3%)
- Дуугаа хураах, гутрах – 45 (37.5%)
- Айдас түгшүүр төрөх – 46 (38.3%)
- Цочромтгой болох – 10 (8.3%)
- Орон зай, цаг хугацааны баримжаа алдах – 44 (36%)
- Тэнцвэр алдагдах – 52 (43.3%)
- Салгалж чичрэх – 50 (41.6%)
- Төөрч будилах – 44 (36%)
- Үг хэллэг тодорхой бус болох – 53 (44.1%)



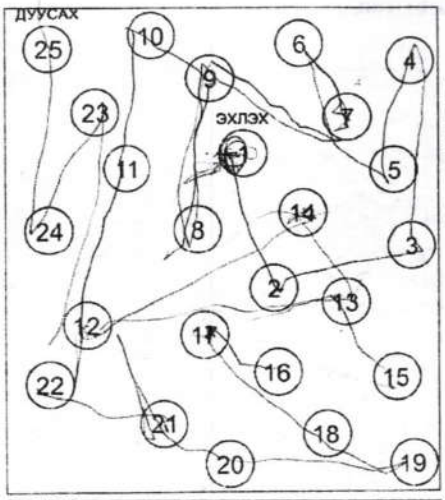
Элэг тархины хам шинжийн 1-2-р үед асуумжаар эхний 3 шинж, 2-3-р үед дараагийн 4 шинж, 3-4 үед сүүлийн шинжүүд дээрх хувиар илэрсэн байна. Харин бодит үзлэгээр сарвууны чичирхийлэл2-3-р зэргийн үед 78,4%-д, 3-4-р зэргийн үедсавласан чичирхийлэл 84,2%-д нь илэрсэн бол хамар хурууны сорилыг гүйцэтгэх чадвар 76,1%-д нь алдагдсан байна.

6.Лабораторийн шинжилгээнд:

Элэг тархиныхам шинжийн үед элэгний:
Ууараг нийлэгжүүлэх (альбумин-21,4г/л, нийт ууараг-54г/л хүртэл буурсан),ялгаруулах (билирубин-6.1 дахин, ШФ-1,8 дахин ихэссэн), хоргүйжүүлэх(аммиак-2,6 дахин, креатинин-3,3 дахин ихэссэн), цус бүлэгнэлтэнд оролцох (протромбины хугацаа-2,1 дахин, INR-1,8 дахинуртассан), микроэлементүүд(К-2,5, Na-136 ммолл хүртэл багассан), цусны ялтас эс $68,5x10^9$л хүртэл буурсан зэрэг өөрчлөлтүүд илэрсэн бөгөөд үйл ажиллагааны гол алдагдал 3-4-р үед ажиглагдлаа.

7.Мэдрэл сэтгэхүйн сорилыг гүйцэтгэх чадвар:

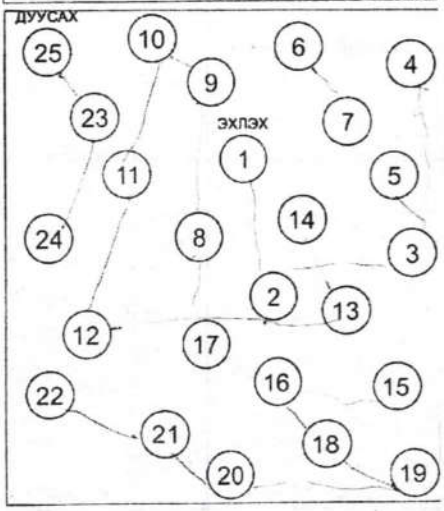
Рейтаны тоо холбох сорилын гүйцэтгэх хугацаа энцефалопатийн үе шатаас хамаарч 9 минут хүртэл удааширсан байна.



Уг сорилийг гүйцэтгэх хугацаа: 30 секундэд биелүүлнэ. Дүгнэлт:

Хугацаа	Энцефалопатийн зэрэг
≤30сек	Энцефалопатигүй
31-50	0-I
51-80	I-II
81-120	II-III
Үргэлжлүүлэх боломжгүй	III-IV

4мин 20сек.

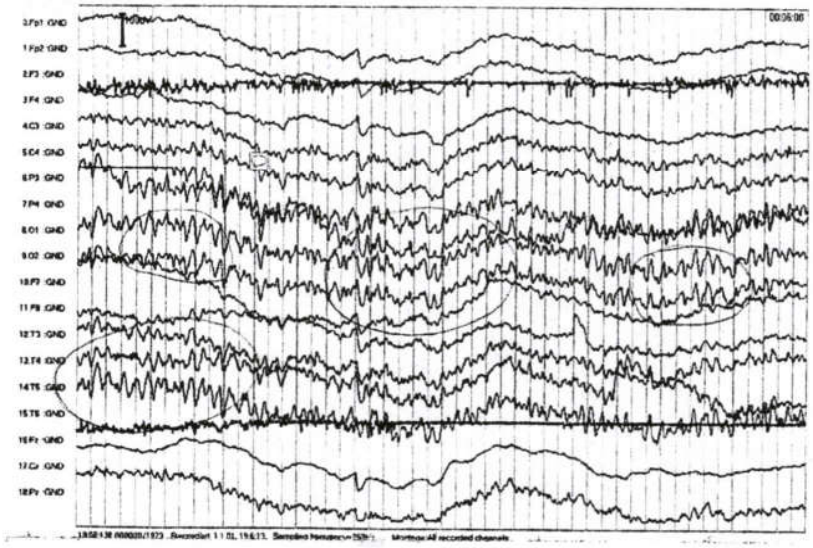


Уг сорилийг гүйцэтгэх хугацаа: 30 секундэд биелүүлнэ. Дүгнэлт:

Хугацаа	Энцефалопатийн зэрэг
≤30сек	Энцефалопатигүй
31-50	0-I
51-80	I-II
81-120	II-III
Үргэлжлүүлэх боломжгүй	III-IV

5. Тархины цахилгаан потенциалын идэвхижил:

6. Элэг тархины хам шинжийн 4-р үе буюу элэгний оворгын үе



Элэг тархины хам шинжийн 2-р үе
Элэг тархины хам шинжийн үе шатаас шалтгаалсан өөрчлөлтүүд илэрсэн.

Хэлцэмж:

Бидний судалгаагаар элэгний цирроз оношлогдсоноос хойших эхний 5 жилийн хугацаанд нийт өвчтний 81.2%-д нь элэгний дутагдлын эхний шинжүүд илэрсэн. Conn H.O, Bircher J. (1992) нарын судалгаагаар элэгний циррозтой өвчтнүүдэд эхний 5 жилд 80%-д нь элэгний дутагдлын эхний шинжүүд илэрч байсан байна. Элэг тархины хам шинжийг үүсэхэд нөлөөлөх эрсдэлт хүчин зүйлүүдээс цус алдалт 33.8%, халдвар 15%-г эзэлсэн байна. Fessel J, Conn H.O нарын судалгаагаар. (1972) цус алдалт 18%, халдвар 0,5%-г эзэлж байсан байна. Дүүргийн эмнэлэгт нас барсан 30 тохиолдлын 16 нь цус алдалтын улмаас үүссэн элэгний дутагдал, хоног болоогүй нас баралт байсан. Энэ нь цус алдалтаас урьдчилан сэргийлэх, эмчилгээний менежментийг зөв хийх, янз бүрийн шалтгаант халдварыг цаг хугацаанд нь оношилж эмчлэх шаардлагатайг харуулж байна.

Дүгнэлт:

1. Элэгний цирроз оношлогдсоноос хойших эхний 5 жилийн хугацаанд нийт өвчтний 81.2%-д нь элэгний дутагдлын эхний шинжүүд илэрсэн байна.
2. Элэг тархины хам шинжийг үүсэхэд нөлөөлөх эрсдэлт хүчин зүйлүүдээс цус алдалт 33.8%, халдвар 15%-г эзэлсэн байна.

Ном зүй:

1. BustamanteJ, RimolaA et al Prognostic significance of hepatic encephalopathy in patients with cirrhosis. J.Hepatology 1999; 30:890-895
2. Conn.H.O Hepatic encephalopathy . Philadelphia, B.Lippincott 1993 1036-1060
3. David C Wolf hepatic encephalopathy. Emedicine article 2006.
4. Ferenci et al Classification and nomenclature of hepatic encephalopathy. 11th World Congress of gastroenterology in 1998 in Vienna.
5. Michael Bismuth, Natalie Funakoshi et al Hepatic encephalopathy: from pathophysiology to therapeutic management. European Juornal of gastroenterology &Hepatology. 2011, 23:8-22
6. Б. Сувд, Л. Галцог. Элэгний хатуурлын нас баралтын шалтгаан 2004
7. Sleisenger&Pordtrans Gastrointestinal and liver disease chapter 79, 1334-1352

The some results of investigation for precipitating factors and clinical features of hepatic encephalopathy

Hepatic encephalopathy is a complex and potentially reversible neuropsychiatric syndrome characterized by personality changes, intellectual impairment and a depressed level of consciousness.Hepatic encephalopathy which can be either acute or chronic. Hepatic encephalopathy involves the coexistence of two predisposing factors: liver dysfunction and porto-caval anastomoses. Liver dysfunction plays an essential role in hepatic encephalopathy triggered by fulminant hepatitis or porto-caval shunts in cirrhotics. The

occurrence of the first episode of HE in cirrhotic patient is a pejorative prognostic factor and estimated survival rates are 42% at 1 year, 23% at 3 years.

Subtle sings of hepatic encephalopathy are observed in nearly 70% of patients with cirrhosis. Symptoms may be debilitating in a significant number of patients and are observed in 24-53% of patients who undergo portosystemic shunt surgery. Approximately 30% of patients dying of end-stage liver disease experience significant encephalopathy approaching coma.

We have investigated 120 cirrhotic patients with hepatic encephalopathy in comparison of each other by precipitating factors, clinical sings, some laboratorical indices, neuropsychiatric tests and changes of EEG.According to our investigation:

1. The occurrence of first episode of hepatic encephalopathy is in 81.2% of all patients.
2. Among the precipitating factors there are varices bleeding - 33.8% and infection – 15%. So we have to prevent or manage varices bleeding and infection properly.

ХОЁР. 1.4. ДОТООД ШҮҮРЛИЙН ЭМГЭГ

Чихрийн шижин хэвшинж II анх оношлогдсон тарган хүмүүст жин бууруулах зөвлөгөөний үр дүнг судалсан нь

С.Янжмаа[1], С.Сайнбилэг[2], Д.Цэцгээ[1], В.Болормаа[3]
Улсын 1-р Төв Эмнэлэг[1]
Эрүүл Мэндийн Шинжлэх Ухааны Их Сургууль[2]
АНУ-ын Люзана Их Сургуулийн Харьяа Пеннингтоны Био-Анагаахын Хүрээлэн[3]

Abstract

Goals:
Aim of this study was to evaluate the effectiveness of weight loss intervention in overweight and obese patients with newly diagnosed type 2 diabetes mellitus (T2D).

Materials and Methods:
80 overweight and obese subjects (32 men and 48 women), aged 32-56 years, with recently diagnosed type 2 diabetes were enrolled to the prospective cohort study. A 6-month counselingbased intervention was conducted between December 2011 and June 2012. Participants were Mongolian and received education sessions on healthy lifestyle guidelines including nutrition and physical activity in small groups. Before and after intervention, body weight (kg), body fat (%), waist and hip circumferences (cm), blood pressure (mm Hg),

fasting blood glucose (mmol/l), HbA1C (%), total cholesterol (mmol/L) and triglyceride (mmol/L) were measured.

Results:

80 out (86.9%) overweight and obese patients with T2D (BMI 31.57±4.2) completed weight loss intervention. Results of this study before and after the intervention showed mean body weight 84.41±13.08 vs 80.11±12.42, p<0.0001; BMI 31.57±4.2 vs 29.87±3.72, p<0.0001; waist circumference 104.18±10.51 vs 99.78±8.52, p<0.0001); hip circumference 107.04±8.66 vs 105.38±7.79, p<0.01; WHR 0.96±0.07 vs 0.94±0.05, p<0.0005; body fat 36.19±5.64 vs 34.26±6.57, p<0.0005; systolic blood pressure 133.03±22.5 vs 127.54±17.5, p<0.01; diastolic blood pressure 81.18±13.14 vs 77.61±11.03, p<0.05; fasting blood glucose 11.57±4.06 vs 7.99±2.64, p<0.0001; HbA1C 8.45±2.70 vs 5.95±1.70, p<0.0001; and total cholesterol 3.87±1.05 vs 3.15±0.96, p<0.0001were improved significantly, except triglyceride 2.11±0.82 vs 1.73±1.8, p=0.0519. Thus results of the study showed an average weight loss of 4.3 kg and a significant decrease in BMI, percent body fat, and waist and hip circumferences, waist to hip ratio at 6 month. Significant reduction found in levels of fasting glucose, HbA1c and total cholesterol in blood after intervention, however no significant change found in blood level of triglyceride. Systolic and diastolic blood pressures were reduced significantly.

Conclusions:

Weight reduction of 5.1% of body weight in overweight and obese subjects with type 2 diabetes by the lifestyle intervention for 6 months resulted in significant reductions in total, abdominal and trunk adiposity and reduced blood pressure and improved glycemic control and dislipidemia.

Key words: T2DM, risk factors, obesity, weight management, intervention

Оршил:

Монгол улсад 1950-иад он хүртэл Чихрийн Шижин (ЧШ) өвчин бүртгэгдээгүй байсан бол нийгэм эдийн засгийн өөрчлөлт, хотжилттой холбоотойгоор 1990 оноос эхлэн ЧШ хэвшинж 2 хурдацтайгаар нэмэгдэж байна. 1999 онд Ж.Сувд нарын үндэсний хэмжээний "Глюкозын өөрчлөлт ба түүний эрсдэлт хүчин зүйлс"-ийн анхны судалгаагаар ЧШ-ийн тархалт 3.1 хувь, глюкоз тэсвэржилт алдагдал 9.2 хувь байсан бол 2009 оны халдварт бус өвчний тархалтын түвшинг тогтоох хоёр дахь удаагийн үндэсний судалгаагаар ЧШ 6.5 хувь, өлөн үеийн глюкозын өөрчлөлт 9,5 хувь болж огцом ихэсчээ. Таргалалттай (Биеийн жингийн индекс БЖИ > 30 кг/м²) хүмүүсийг хэвийн биеийн жинтэй (БЖИ < 25 кг/м²) хүмүүстэй харьцуулахад ЧШ хэвшинж 2-оор өвчлөх эрсдэл 10-20 дахин их байдаг байна. 2009 оны АНУ-ын ЧШ-гийн холбооны мэдээлдээр нийт ЧШ хэв шинж 2-той хүмүүсийн 90% нь илүүдэл жинтэй байжээ. Монгол улсад хийгдсэн халдварт бус өвчний тархалтын түвшинг тогтоох судалгааны дүнгээс харахад 2005 онд биеийн жингийн илүүдэл, таргалалттай хүмүүсийн эзлэх хувь 32.4 хувь байсан бол 2009 онд 40.7 хувь болж нэмэгджээ. Мөн сүүлийн жилүүдэд ЧШ-гийн эрсдэлт хүчин зүйлсийн тархалтын түвшин тогтоох судалгаанууд (Д.Мягмарцэрэн нарын 2009 оны ЧШ-гийн эрсдэлт хүчин зүйлсийн тархалтыг тогтоох

судалгаа, Д.Даваалхам нарын 2010 онд хийсэн Монкохорт судалгаа) хийгдсэн бөгөөд хөдөлгөөний хомсдол, артерийн даралт ихсэлт, таргалалт, биеийн жингийн илүүдэл, архи, тамхины хэрэглээ, жимс хүнсний ногоо хүнсэндээ бага хэрэглэх зэрэг ЧШ-ээр өвдөх эрсдэлт хүчин зүйлс монголчуудын дунд өндөр байна. Зохисгүй хооллолтыг өөрчлөх, илүүдэл жинг бууруулах, хөдөлгөөний идэвхийг нэмэгдүүлэх замаар амьдралын хэв маягийг өөрчлөх нь ЧШ-ийн эмчилгээний суурь, салшгүй хэсэг нь юм. Амьдралын хэв маягийг өөрчлөх замаар ЧШ-ээс урьдчилан сэргийлэх, мөн ЧШ-тэй хүмүүст хүндрэл эрт илрэхээс сэргийлэх боломжтой болохыг харуулсан олон судалгаанууд хийгджээ. Жишээлбэл: ЧШ-ийн сэргийлэлтийн судалгаа (Финлянд, 2001) болон ЧШ-ээс урьдчилан сэргийлэлтийн хөтөлбөр (АНУ, 2002)-ийн үр дүнгээс харахад 3 жилийн турш хоол, хөдөлгөөний дэглэм баримтлан амьдралын хэв маягийн өөрчлөлт хийсэн хүмүүст ЧШ-ээр өвчлөх магадлал 58 хувиар буурсан байна. Зөв хооллолт, дасгал хөдөлгөөн, биеийн жингийн бага зэргийн эерэг өөрчлөлт нь ЧШ-ийн эрсдлийг бууруулдаг болох нь тодорхой байна. Эслэг ихтэй хүнс хэрэглэх (1000 ккал–т $\geq$ 15гр, өдөрт), өөх тосны зохистой харьцааг эрхэмлэх (нийт энергийн $\leq$ 30%), ханасан өөх тосыг бага хэрэглэх (нийт энергийн <10%) зэрэг зөв хооллолтын дэглэм баримтлах нь энэ өвчнөөс сэргийлэх, эмчилгээний үр дүнг нэмэгдүүлэх үндсэн арга нь байдаг байна.

Судалгааны зорилго:

Илүүдэл жинтэй, таргалалттай, ЧШ хэвшинж 2 анх оношлогдсон хүмүүст зөв хооллолт ба дасгал хөдөлгөөний сургалтыг явуулж жин бууруулалтын үр дүнг тооцох

Зорилт:

- Чихрийн шижин хэвшинж 2-анх оношлогдсон, илүүдэл жинтэй, таргалалттай, хүмүүст сургалт явуулан, зөвлөгөө өгч, биеийн жинг 5-7 хувиар бууруулах
- Чихрийн шижин хэвшинж 2 өвчний эрсдэлт хүчин зүйлийн гол эрсдэлт хүчин зүйл нь таргалалт болохыг тогтоох

Материал, арга зүй:

Судалгаанд Улаанбаатар хотын Эрүүл мэндийн (Сүхбаатар, Чингэлтэй, Хан-Уул) нэгдлүүдээс шалгуурт (35-55 насны, ЧШХШ2 анх оношлогдсон, эрэгтэй, эмэгтэй, хавсарсан эмгэггүй, БЖИ нь 25 кг/м2-аас дээш,) нийцсэн, ЧШ хэвшинж 2 анх оношлогдсон, илүүдэл жинтэй 80 өвчтөн хамрагдав. Биеийн жинг 5-7 хувиар бууруулах зорилт тавьж оролцогчдоос сургалтанд суухаас өмнө тухайн өвчний талаарх ойлгоц, мэдлэг шалгах сорилыг авч, зөв хооллох, идэвхтэй хөдөлгөөн хийх зэргийг зааж сурталчлах бүлгийн сургалтанд суурилсан интервенцийг ЭМШУИС-ийн Эрхэс эмнэлгийг түшиглэн, 6 сарын хугацаагаар хэрэгжүүлсэн. Судалгаанд хамрагдагсдад таргалалт нь ЧШ хэвшинж 2 өвчний гол эрсдэлт хүчин зүйл бөгөөд хүндрэлээс сэргийлэх, зөв хооллох, хоол тэжээлийн бүтээгдэхүүнээс калорийг хэрхэн тооцож авах болон хөдөлгөөний ач холбогдлыг таниулж, сурталчилсан сургалт явуулж, биеийн жинг хасах зөвлөгөө өгөгдсөн. Энэ зөвлөгөөний дагуу судалгаанд оролцогчид 6 сарын туршид хоолноос авах калорийг 30-40 хувь хязгаарлах, өдөрт 30 минут ба долоо хоногт 150 минут, эрчимтэй хөдөлгөөн хийж биеийн жинг 5-7

хувиар бууруулахаар ажилласан. Ингээд 6 сарын дараа бие бялдрын хэмжилтийг судлаач гүйцэтгэж, лабораторийн шинжилгээний дүнг интервенцийн өмнөх үетэй харьцуулж үзлээ. Сургалтанд суурилсан биеийн жин бууруулах интервенцийн үр дүнг батлагдсан асуумж, бие бялдрын хэмжилтүүд (Биеийн жингийн индекс, Бүсэлхий ба өгзөгний тойрог, Өөхний эзлэх хувь, Артерийн даралт), лабораторийн шинжилгээнүүдийг (Цусны глюкоз, Глюкозжсон гемоглобин, Холестрин, Триглицерид) картнаас дүгнэх баримт бичгийн судалгааны аргуудаар үнэлэв. Судалгааны мэдээлэл боловсруулалтыг SPSS 19 программ ашиглан боловсруулав.

Үр дүн:

ЧШ хэвшинж 2 анх оношлогдсон, илүүдэл жинтэй, эрэгтэй 32, эмэгтэй 48 нийт 80 хүн судалгааны төгсгөл хүртэл оролцлоо. Бид хооллох дэглэмийг өөрчлөх, эрүүл хүнс хэрэглэх, хөдөлгөөнийг идэвхжүүлэх замаар амьдралын хэв маягийг бага зэрэг өөрчилснөөр илүүдэл жинтэй, тарган, ЧШ хэвшинж 2 анх оношлогдсон хүмүүсийн биеийн жинг 5-7 хувиар бууруулахыг зорилоо. ЧШ хэвшинж 2-той гэж шинээр оношлогдсон бөгөөд илүүдэл жинтэй, тарган хүмүүст жин бууруулах зөвлөгөөний үр дүнг судалсан судалгаанд хамрагдагсдын дундаж нас 47.78±6.32 (32-56) байв. Интервенцийн өмнө судалгаанд оролцогчид ЧШ хэвшинж 2 өвчний тухай өөрсдийн ойлгоц, мэдлэгийг 6.25 хувь нь "мэдэхгүй", 57.5 хувь нь "бага мэднэ" гэж үнэлсэн бол 22.5 хувь нь сайн мэднэ, 13.75 хувь нь өөртөө тусалж чадах хэмжээнд мэднэ хэмээн хариулжээ

Бүлгийн сургалтад суурилсан интервенцийн үр дүнг судалгааны эхэн ба төгсгөлд дүгнэж, улмаар тэдний эрүүл мэндийн үзүүлэлтүүд сайжирсан эсэхийг харьцуулж үр дүнг Хүснэгт 1-д нэгтгэн үзүүлэв.

Хүснэгт 1. Клиник болон лабораторийн үзүүлэлтийн интервенцийн өмнөх ба дараах харьцуулалт

Үзүүлэлт	Интервенцийн өмнө	6 сарын дараа	P утга
Биеийн жин /кг/	84.42±13.08	80.12±12.42	<0.0001
Биеийн жингийн индекс	31.57 ± 4.20	29.87 ± 4.72	<0.0001
Бүсэлхийн тойрог /см/	104.18 ± 10.51	99.78 ± 8.52	<0.0001
Өгзөгний тойрог /см/	107.04 ± 8.67	105.38 ± 7.79	<0.01
Бүсэлх.өгзөгний харьцаа	0.96 ± 0.07	0.94 ± 0.05	<0.0005
Өөхний эзлэх хувь /%/	36.19 ± 5.64	34.26 ± 6.57	<0.0005
Систолын даралт /ммуб/	133.03 ± 22.50	127.54 ± 17.50	<0.01
Диастолын даралт /ммуб/	81.18 ± 13.14	77.61 ± 11.03	<0.05
Өлөн глюкоз хэмжээ /ммолоь/ л/	11.57 ± 4.06	7.99 ± 2.64	<0.0001
3 сарын дундаж HbA1c/%/	8,45 ± 2,70	5,95 ± 1,70	<0.0001
Холестрины хэмжээ	3.90 ± 1.05	3.15 ± 0.96	<0.0001
Триглицеридын хэмжээ	2.11 ± 0.82	1.73 ± 1.80	0.0519

Интервенцийн өмнөх ба дараах дундаж үзүүлэлтүүдийг харьцуулж үзэхэд биеийн жин 84.42±13.08 кг байснаа 80.12±12.42 кг болж 4.3 кг буюу 5.09 хувиар буурсан байна ($p<0.0001$). Биеийн жингийн индексийг тооцож үзэхэд 31.57±4.20 байснаа интервенцийн дараа 29.87±4.72 болж үнэн магадтай багассан ($p<0.0001$). Төвийн болон хэвлийн таргалалтын хэмжүүр болох бүсэлхийн тойрогны хэмжээ 104.18±10.51 см-ээс 99.78±8.52 см болж 4.4 см-ээр буурсан бол ($p<0.0001$) өгзөгний тойрог 107.04±8.67 см байснаа 105.38±7.79 см болж 1.66 см-ээр багассан ($p<0.01$) байна. Энэ бууралт нь бүсэлхий өгзөгний харьцааг 0.96±0.07-оос 0.94±0.05 болж үнэн магадтай багасахад хүргэжээ ($p<0.0005$). Мөн өөхний эзлэх хувь 36.19±5.64%-аас 34.26±6.57 хувь болж буурчээ ($p<0.0005$). Таргалалт болон ЧШ хэвшинж 2 өвчнийг дагалдаж явдаг артерийн гипертензийн шинж тэмдэг болох цусны даралтын үзүүлэлтийг хэмжиж үзэхэд систолын буюу дээд даралт 133.03±22.50 ммуб байснаа 127.54±17.50 ммуб ($p<0.01$), диастолын буюу доод даралт 81.18±13.14 ммуб байснаа 77.61±11.03 ммуб ($p<0.05$) болж үнэн магадтай буурчээ. Судалгаанд хамрагдагсдын лабораторийн шинжилгээний үзүүлэлтүүдийг харьцуулж үзэхэд захын цусан дахь өлөн үеийн глюкозын хэмжээ 11.57±4.06 ммол/л байснаа интервенцийн үр дүнд 7.99±2.64 ммол/л ($p<0.0001$) болж багассан бол глюкозжсон гемоглобин HbA1C 8.45±2.70 хувь байснаа 5.95±1.70 хувь болж ($p<0.0001$) үнэн магадтай буурлаа. Өөх тосны солилцооны алдагдлын хэмжүүр болох цусан дахь нийт холестрин 3.90±1.05 ммол/л байснаа 3.15±0.96 ммол/л ($p<0.0001$) үзүүлэлттэй бол триглицерид 2.11±0.82 ммол/л байснаа 1.73±1.80 ммол/л болж буурсан хэдий ч үнэн магадтай сайжрахад дөхлөө ($p=0.0519$).

Судалгааны эхэнд судлуулагчдын 43.75 хувь нь илүүдэл жинтэй, 56.25 хувь нь тарган байсан бол интервенцийн дараа 60.0% нь илүүдэл жинтэй, 40.0% нь тарган ангилалд бүртгэгдэж тарган хүмүүсийн эзлэх хувь 16.25 хувиар буурсан (1-р зэргийн тарган 8.75 хувиар, 2-р зэргийн тарган 3.75 хувиар, 3-р зэргийн тарган 3.75 хувьиар тус тус буурсан) ба илүүдэл жинтэй хүмүүсийн эзлэх хувь 16.25 хувиар ихэссэн байна. Илүүдэл жинтэй бүлгээс хэвийн жинтэй ангилалд шилжсэн хүн гарсангүй (Зураг 1).

График 1. Биеийн жингийн өөрчлөлт

Интервенцийн өмнө судалгаанд оролцогчдын 93.75 хувь нь глюкозын ээнэгшилгүй байсан бол биеийн жин хассаны дараа глюкозын ээнэгшилгүй өвчтөний хувь 70.0 болж буурсан. Глюкозын ээнэгшил алдагдсан өвчтөний хувь 3.75-аас 25.0 хувь болсон ба глюкозын ээнэгшилтэй судлуулагчдын хувь 2.5-аас 5.0% болж тус тус сайжирсан байна. Захын цусан дахь сүүлийн 3-сарын глюкозын дундаж үзүүлэлт болох глюкозжсон гемоглобины эзлэх хувь (HbA1C) хэрхэн өөрчлөгдсөнийг авч үзвэл интервенцийн өмнө судалгаанд хамрагдагсдын 57.5 хувь нь хяналт муу, 18.75 хувь нь хяналт дунд, 23.75 хувь нь хяналт сайн гэж шинжилгээгээр тогтоогдсон бол биеийн жингийн бага хэмжээний бууралтын дүнд хяналт муутай оролцогчдын эзлэх хувь 11.25 хувь болж огцом багассан байхад хяналт сайтай оролцогчдын хувь 70% хүрч эрс өссөн байна. Хяналт дунд бүлэгт хамаарах судлуулагчдын эзлэх хувь 18.75 хувь хэвээр боловч үнэн хэрэгтээ 6 сарын дараа хяналт дунд бүлгээс хяналт сайн бүлэг рүү шилжсэн хүний тоо хяналт муу бүлгээс хяналт дунд бүлэг рүү шилжсэн хүний тоотой тэнцүү байсантай холбоотой (Зураг2)

.График 2. Интервенцийн дараах глюкозжсан гемоглобины өөрчлөлт

Интервенцийн өмнө судалгаанд хамрагдагсдын 70.0 хувь нь холестрин хэвийн, 30.0 хувь нь их байсан бол 6 сарын жин бууруулах интервенцийн үр дүнд 91.25 хувь нь холестрин хэвийн болж сайжирсан ба ердөө 8.75 хувь нь өндөр холестринтой бүртгэгджээ. Триглицеридийн хувьд интервенцийн өмнө 28.75 хувь нь хэвийн 71.25 хувь нь их байсан бол интервенцийн дараа хэвийн триглицеридтэй хүн 46.25 хувь болж өссөн ба өндөр триглицеридтэй оролцогчийн хувь 53.75 хувь болж буурсан байна (Зураг 3).

График 3. Интервенцийн дараах өөхний тосны өөрчлөлт

Интервенцийн дараа судалгаанд оролцогчдын биеийн жингийн бууралт болон бие бялдрын хэмжилт, лаборторийн үзүүлэлт хэрхэн сайжирсаныг дүгнэхийн зэрэгцээ сургалтын үр дүнг үнэлэхийн тулд судлуулагчдын амьдралын зөв хэв маягийг баримталж хэвших талаарх ойлгоц, мэдлэг хэрхэн дээшилсэнийг сорил-тестээр шалгалаа. Өвчний гол эрсдэлт хүчин зүйлийг судалгаанд хамрагдагсдын 57.5 хувь нь таргалалт гэж хариулсан ба биеийн жинг хянаж зохицуулсанаар энэ өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх, өвчний явцыг удаашруулах, хүндрэл үүсэх хугацааг хойшлуулах боломжтойг ойлгосон болох нь харагдлаа. Чихрийн шижин хэвшинж 2 өвчний гол хүчин зүйлийг 22.5 хувь нь нойр булчирхайн эмгэг, 13.8 хувь нь 35-аас дээш настай холбон ойлгосон байна. Цаашид биеийн жинг бууруулах ямар арга замыг илүүд үзэж хэрэглэх гэж буйг судлуулагчдаас тандахад ихэнх оролцогчид (87.5%) зөв хооллолт болон хөдөлгөөн гэж хариулсан бол 12.5 хувь нь зөв хооллолт, идэвхтэй хөдөлгөөнөөс гадна тураах эмийг дурдсан байна. Хоол тэжээлийг зөв сонгох, зөв хооллох дэглэмийн талаар асуухад 55.0 хувь нь 6 бүлэг хүнсийг хэрэглэх нь зөв гэж хариулсан бол хөдөлгөөний идэвхийн талаарх асуултанд 56.3 хувь нь 7 хоногийн 5 өдөр, өдөрт 30 минут (Америкийн зүрхний эмч нарын холбоо, Америкийн чихрийн шижин судлаачдын холбооны зөвлөмж) гэж зөв хариуллаа. Зөв хооллох, хөдөлгөөний идэвхийг бага зэрэг нэмэх замаар сард хэдэн кг хасвал эрүүл мэндэд ашуулгүй бөгөөд глюкозын болон өөх тосны үзүүлэлтийг сайжруулж улмаар чихрийн шижин хэвшинж 2-ын явцыг удаашруулж хянаж болохыг сонирхоход 47.5 хувь нь 2 кг, 36.3 хувь нь 1 кг хэмээн зөв хариуллаа.

Хэлцэмж:

Энэхүү судалгаа нь өмнө нь Монголд хийгдэж байсан таргалалт болон биеийн жингийн илүүдэл, хөдөлгөөний хомсдол зэрэг нь чихрийн шижингийн эрсдэлт хүчин зүйл болж буйг тогтоосон Ж.Сувд (1999), Д.Мягмарсүрэн (2009), Д.Даваалхам (2010) нарын судалгааны үр дүнтэй дүйцэж байна. ЧШ хэвшинж 2-ын илрэл нас ахих тусам ихэсдэг бөгөөд ялангуяа 45 наснаас хойш хүмүүс дасгал хөдөлгөөн хийх нь багасахын

зэрэгцээ ерөнхийдөө жин нэмэх хандлагатай болж булчингийн масс хорогдож өөхний эзлэх хувь ихэсдэгтэй холбоотой. Сүүлийн 1 жилийн дотор ЧШ хэвшинж 2 оношлогдсон судлуулагчдын дундаж нас 47.7 ба тухайн нас нь ЧШ хэвшинж 2-ийн нэг хүчин зүйл болох нь харагдаж байна.

Судалгаанд оролцогчдод бүлгийн сургалтыг 5 удаа явуулж, утсаар болон ганцааарчилсан зөвлөгөөг тусгай боловсруулсан программын дагуу 18 удаа өгсөний үндсэн дээр дараагийн 6 сарын туршид судалгаанд хамрагдагсад зөв хооллож, хоол хүнснээс авах илчлэгийг багасгах, хөдөлгөөний идэвхийг нэмэх замаар бие даан ажилласнаар биеийн жинг дунджаар 4.3 кг-аар бууруулсан нь интервенцийн өмнөх үетэй харьцуулахад 5.1 хувиар багассан байлаа. Ийнхүү бидний биеийн жинг 5-7 хувиар бууруулах зорилт интервецийн үр дүнд биеллээ. Судалгаанд хамрагдагсдын дундаж БЖИ 31.6 кг/м2 буюу таргалалтын 1-р зэрэгтэй байсан бол интервенцийн дараа 29.9 кг/м2 болж буурсан нь илүүдэл жинтэй бүлэгт хамааарч байна.

Таргалалтын төрөл дотроос (хэвлийн буюу төвийн, их биений) хэвлийн таргалалт инсулины дөжрөл үүсэхэд илүү нөлөөлдөг. Жин хасагдахад ялангуяа хэвлийн таргалалт буурч байвал глюкозын болон өөх тосны үзүүлэлт сайжрахад чухал нөлөөтэй байдаг. Судалгаанд оролцогчдын хувьд хэвлийн таргалалтын үзүүлэлт болох бүсэлхийн тойрогны хэмжээ 4.4 см-ээр буюу 4.2 хувиар багассан байхад их биеийн таргалалтын үзүүлэлт болох өгзөгний тойрог 1.7 см-ээр буюу 1.6 хувиар, нийт өөхний эзлэх хувь 1.9 хувиар тус тус буурсан байна. Хэдийгээр хэвлийн болон их биений таргалалтын үзүүлэлтүүд интервенцийн дараа үнэн магадтай буурсан хэдий ч хэвийн хэмжээнд хүрч багасаагүй байна. Захын цусан дахь өлөн үеийн глюкозын хэмжээ дунджаар 11.57 ммоль/л байснаа биеийн жин бага хэмжээгээр (5.1%) багассаны дараа 7.99 ммоль/л болж эрс (30.9%) буурсан бол глюкозжсон гемоглобин мөн огцом (29.6%) багассан байна (Хүснэгт 1). АНУ-ын Люзана мужийн Пеннингтоны Био-Анагаахын судалгааны төвд хийгдсэн "The Look a HEAD" судалгаагаар 1 жилийн интервенцийн үр дүнд тарган, ЧШ-тэй өвчтөнүүд 5-10 хувь жин хасахад глюкозын түвшин (HOMA-IR) хэвийн хэмжээнд хүрч сайжирсан байлаа. Манай судалгааны хувьд 6 сарын интервенцийн үр дүнд өлөн үеийн глюкозын хэмжээ буурч сайжирсан хэдий ч хэвийн хэмжээнд хүртэл бууураагүй нь интервенцийн үргэлжлэх хугацаа богино, мөн интервенцийн эрчим сул байсантай холбоотой байж болно. Таргалалт, ЧШ хэвшинж 2-ийн үед өөх тосны бодисын солилцооны алдагдал үүсдэг учраас цусан дахь холестрин, триглицеридийн түвшин хэвийн хэмжээнээс ихэсдэг. Интервенцийн үр дүнд судалгаанд оролцогчдын цусны нийт холестрин 19.2 хувиар, триглицерид 18.0 хувиар тус тус буурч сайжирсан ба судлуулагчдын ердөө 30 хувь нь судалгааны эхэнд нийт холестрины хэмжээ өндөр байснаа 6 сарын дараа 8.75 хувь болж буурсан, өөрөөр хэлбэл судалгаанд хамрагдагсдын 70 хувь нь өөх тостой хоол голлон хэрэглэдэг хирнээ судалгааны эхэнд хэвийн холестринтэй байсан нь анхаарал татсан бөгөөд энэ нь магадгүй Монгол хүмүүсийн физиологийн онцлог байж болох юм.

Бүлгээр хийгдсэн сургалт ба ганцааарчилсан зөвлөгөө хир амжилттай, оролцогчдод хүртээмжтэй, өгөөжтэй, ач холбогдолтой болсныг интервенцийн үр дүн болох жин бууралт, таргалалтын үзүүлэлтийн бууралт, лабораторийн шинжилгээний үзүүлэлтүүдийн сайжралт илхэн харуулсан хэдий ч бид судалгаанд хамрагдагсдын мэдлэг, чадвэр хэрхэн дээшилсэнийг сорил-тестээр бас шалгасан билээ. Ийнхүү

интервенцийн хугацаа богино, бие бялдрын үзүүлэлт, таргалалт, лабораторийн бүх үзүүлэлтүүд хэвийн хэмжээнд хүрч буурсан үр дүн гараагүй хэдий ч судалгаанд оролцогчид цаашид өөрсдөө өвчнөө болон биеийн жингээ хянаж, зөв холлож, хөдөлгөөнөө тохируулж чадахаар хангалттай мэдлэг, чадварыг олсон нь судалгааны үр дүнгээс харагдлаа.

Дүгнэлт :

1. ЧШ хэвшинж 2 анх оношлогдсон 80 өвчтөний судалгаанд ЧШ-гийн эрсдэлт хүчин зүйлийн нэг болох таргалалт нь энэ өвчний гол эрсдэлт хүчин зүйл болох нь тогтоогдлоо.
2. ЧШ хэвшинж 2 сүүлийн 1 жилийн дотор анх оношлогдсон бөгөөд илүүдэл жинтэй, тарган 80 өвчтөнүүдэд сургалт-зөвлөгөөн дээр үндэслэсэн биеийн жин бууруулах интервенцийг хийж 6 сарын дараа үр дүнг тооцоход биеийн жин дунджаар 5.1 хувиар (4.3 кг) буурсан байлаа. Биеийн жингийн энэ бага өөрчлөлт нь таргалалтын үзүүлэлтүүд болон цусны даралт үнэн магадтай буурахад хангалттай байлаа. Тухайлбал, бүсэлхийн тойрог 4.2 хувь (4.4 см), өгзөгний тойрог 1.6 хувь (1.7 см), бүсэлхий өгзөгний харьцаа 0.03, нийт өөхний эзлэх хувь 1.9 хувиар багассан байлаа. Интервенцийн дүнд захын цусан дахь өлөн үеийн глюкоз 30.9 хувь, глюкозжсон гемоглобин 29.6 хувь, нийт холестрин 19.2 хувь, триглицерид 18.0 хувиар тус тус буурч үнэн магадтай сайжирсан байлаа.
3. Интервенцийн дүнд илүүдэл жинтэй, тарган, ЧШ хэвшинж 2-той өвчтөнүүдийн таргалалтын үзүүлэлтүүд болон өлөн үеийн глюкоз буурч үнэн магадтай сайжирсан хэдий ч Монгол улсад дагаж мөрдөж буй стандартын хэвийн хэмжээнд хүртэл багассангүй. Тухайлбал, дундаж биеийн жингийн индекс 31.6-аас 29.9 кг/м2, өлөн үеийн глюкозын дундаж түвшин 11.57-оос 7.99 ммоль/л болж буурч сайжирсан. Энэ нь судалгаанд хамрагдсан хүмүүсийн дундаж БЖИ 31.6 кг/м2 буюу голдуу тарган хүмүүст зөвхөн зөв хооллолт, бага зэргийн эрчимтэй хөдөлгөөн, 6 сарын хугацаа зэрэг хангалтгүй байсныг илтгэж байна. Цаашид интервецийн хугацааг 1 жил хүртэл тогтоох, эсвэл хөдөлгөөний эрчмийг "дундаж", "их" түвшинд хүргэж зөвлөх нь зүйтэй юм.
4. Сургалт дээр суурилсан интервенцийн арга нь зохисгүй хооллолтыг өөрчилж хөдөлгөөний идэвхийг нэмэгдүүлэх замаар биеийн илүүдэл жинг бууруулахад үр дүнтэй арга бөгөөд биеийн жинг бага боловч багасгаснаар ЧШ хэвшинж 2-ын эрсдлийг бууруулж, улмаар энэ өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх боломжтойг харууллаа.

Талархал:

Энэхүү судалгааны төслийг санхүүжүүлсэн Монголын Мянганы Сорилтын Сангийн Эрүүл Мэндийн Төслийнхөнд гүн талархал илэрхийлье.

Ном зүй

1. Ж.Сувд нар. Глюкозын өөрчлөлт ба түүний эрсдэлт хүчин зүйлсийн судалгаа. 1990

2. Халдварт бус өвчин, осол гэмтлийн шалтгаан, эрсдэлт хүчин зүйлсийн тархалтын судалгаа – 2005
3. Халдварт бус өвчин, осол гэмтлийн шалтгаан, эрсдэлт хүчин зүйлсийн тархалтын судалгаа – 2009
4. Д.Мягмарцэрэн нар. ЧШ-гийн эрсдэлт хүчин зүйлсийн тархалтыг тогтоох судалгаа. 2009
5. Д.Даваалхам нар. Монкохорт судалгаа. 2010
6. Fiinish Diabetes Prevention Study (DPS). Finland. 2001
7. Diabetes Prevention Program (DPP). USA. 2002.
8. The Look a HEAD. Pennington Biomedical Research Center, Louisiana State University System. USA
8. Long-term effects of a lifestyle intervention on weight and cardiovascular risk factors in individuals with type 2 diabetes mellitus: four-year results of the Look AHEAD trial. 2010. Arch Intern Med. 170: 1566-75.
9. Effect of improved fitness beyond weight loss on cardiovascular risk factors in individuals with type 2 diabetes in the Look AHEAD study. Gibbs BB, Brancati FL, Chen H, Coday M, Jakicic JM, Lewis CE, Stewart KJ, Clark JM. Eur J Prev Cardiol. 2012 Sep 25. [Epub ahead of print]
10. Adiponectin and the mediation of HDL-cholesterol change with improved lifestyle: the Look AHEAD Study. Belalcazar LM, Lang W, Haffner SM, Hoogeveen RC, Pi-Sunyer FX, Schwenke DC, Balasubramanyam A, Tracy RP, Kriska AP, Ballantyne CM; the Look AHEAD Research Group. J Lipid Res. 2012 Dec;53(12):2726-2733.

Илүүдэл жин, чихрийн шижингийн урьдал байдал болон чихрийн шижинг суугаа ажил эрхлэгчдийн дунд илрүүлэх судалгаа

Д.Гангаамаагангаа81@yahoo.com, Г.Оюунгэрэл
Шастины Улсын 3-р Төв Эмнэлгийн
Бөөр, дотоод шүүрлийн булчирхайн эмгэг судлалын тасаг

Судалгааны үндэслэл:

Сүүлийн жилүүдэд халдварын бус гаралтай архаг өвчнүүдийн эрсдэлт хүчин зүйл болох таргалалт, хөдөлгөөний хомсдол, буруу хоололтын улмаас үүсэлтэй эмгэг бүх насныханд ихэсч байна.

2009 оны "Халдварын бус өвчний эрсдэлт хүчин зүйлсийн түвшин тогтоох" суурь судалгаагаар 15-64 насны хүн амын 31,6% нь илүүдэл жин буюу таргалалттай ба үүнээс 21,8% нь илүүдэл жинтэй, 9,8% таргалалттай байсан байна. Биеийн жингийн индексийн үзүүлэлтээр илүүдэл жин ба таргалалттай хүний эзлэх хувь нас ахих тутам нэмэгдэх хандлагатай байсан ба ихэнхи хувь нь төвийн таргалалттай байсан нь чихрийн шижин, зүрх судасны өвчинд өртөх өндөр эрсдэлтэйг харуулсан.

Иймд хүн амын дунд ялангуяа суугаа ажил эрхлэгчдийн дунд таргалалтын тархалт болоод чихрийн шижингийн урьдал байдал, чихрийн шижинг илрүүлэн

судалж, тэдгээрээс урьдчилан сэргийлэх, өвчлөл, нас баралтыг бууруулах асуудал тулгамдаж байна.

Судалгааны ажлын зорилго:

Чихрийн шижин, зүрх судасны эмгэг зэрэг бусад халдварт бус өвчний эрсдэлт хүчин зүйл болох илүүдэл жин, таргалалтын түвшинг суугаа ажил эрхэлдэг өндөр эрсдэл бүхий бүлэг хүмүүст тодорхойлох, тэдгээр илүүдэл жин, таргалалттай хүмүүст чихрийн шижингийн урьдал байдал болон чихрийн шижинг илрүүлэн түүний хүндрэлээс урьдчилан сэргийлэх, таниулах зөвлөгөө өгөхөд судалгааны зорилго оршино.

Судалгааны зорилт:

1. Суугаа ажил эрхлэгчдийн дунд биеийн жингийн индекс болон бүсэлхийн тойргийг хэмжиж таргалалтыг илрүүлэх
2. Цусан дахь глюкоз тодорхойлж чихрийн шижингийн урьдал байдал болон чихрийн шижинг илрүүлэх
3. Чихрийн шижингийн урьдал байдал бүхий өвчтөнүүдэд чихрийн шижин, зүрх судасны эмгэгээс урьдчилан сэргийлэх, амьдралын хэв маягийг өөрчлөх зөвлөгөө өгөх
4. Чихрийн шижин илэрсэн өвчтөнүүдэд хүндрэлээс урьдчилан сэргийлэх, өөрийгөө хянах болон эмчилгээний зөвлөгөө өгөх

Судалгааны арга зүй:

1. Биеийн жин, өндөр хэмжиж биеийн жингийн индекс тооцох
2. Бүсэлхийн тойрог хэмжих
3. Цусан дахь глюкозыг түргэвчилсэн аргаар тодорхойлох

Судалгааны хамрах хүрээ:

1. Улаанбаатар дулааны шугам сүлжээ ХХК
2. Гоо сайхны бүтээгдэхүүний төлөөлөгч компани
3. 39-р сургуулийн багш ажилчид
4. 65-р цэцэрлэгийн багш ажилчид
5. Барилгын Коллежийн багш ажилчид
6. Ирээдүй цогцолборын багш ажилчид бүхий нийт 321 хүн хамрагдав.

Судалгааны үр дүн:

Судалгаанд хамрагдсан нийт 321 хүнийг хүйсний хувьд авч үзэхэд эрэгтэй 106, эмэгтэй 215 буюу эмэгтэйчүүд илүү хамрагдсан. Насны бүтцээр авч үзвэл 34.8 хувь нь 31-40 насны буюу ид ажил хөдөлмөрийн насныхан байсан ба 27.1хувь нь 41-50 насныхан байна. Судалгаанд хамрагдсан суугаа ажил эрхлэгчдийн 128 буюу 39.8 хувь нь хэвийн жинтэй бүлэгт хамрагдсан бол 35-60 насныхны 41.4 хувь нь биеийн жингийн илүүдэлтэй, таргалалтын 1,2-р зэрэгтэй 60 хүн буюу нийт судалгаанд хамрагсадын 18.6 хувь гэж тогтоогдлоо. Судалгаагаар цусны даралт ихсэлт 35-аас

дээш насныханд ихсэх хандлагатай байгаа нь чихрийн шижин, зүрх судасны эмгэгт биеийн жингийн илүүдэл нөлөөлдгийг батлав.

Судалгаанд хамрагдагсдын хэвлийн тойрог 68.5 хувьд нь их гарсан байгаа нь дийлэнх буюу 35-60 насныханд хэвлийн таргалалт тархсан байгааг харуулж байна. Цусан дахь өлөн үеийн болон санамсаргүй сахарыг тодорхойлон үзэхэд 85.6 хувь нь чихрийн шижингүй байсан боловч 9.3 хувьд нь чихрийн шижингийн урьдал байдал тодорхойлогдож, шинээр 16 хүнд буюу 4.98 % -д чихрийн шижин анх оношлогдсон байна.

Дүгнэлт:

1. Суугаа ажил эрхлэгчдийн дунд илүүдэл жин, таргалалтын 1,2 зэрэг ихэнхи буюу 60%-ийг, бүсэлхийн тойргийн хэмжээгээр эмэгтэй 80см, эрэгтэй 90 см-аас дээш гарсан нь 68.5%-ийг тус тус эзэлж байгаа нь 35-60 насны суугаа ажил эрхлэгчдэд таргалалт ихсэж байгааг баталлаа.
2. Цусан дахь өлөн болон санамсаргүй глюкозыг тодорхойлж чихрийн шижингийн урьдал байдал болон чихрийн шижинг илрүүлэх сорилоор шинээр 16 хүн буюу 4.98% чихрийн шижинтэй ба 30 хүн буюу 9.3%-д предиабет илрэв.
3. Цаашид дээрх чихрийн шижингийн урьдал байдал бүхий өвчтөнүүдэд чихрийн шижин, зүрх судасны эмгэгээс урьдчилан сэргийлэх, амьдралын хэв маягийг өөрчлөх,чихрийн шижин анх оношлогдсон өвчтөнүүдэд хүндрэлээс урьдчилан сэргийлж, хяналт, эмчилгээний зөвлөгөө өгөх шаардлагатай болох нь харагдаж байна.

Abstract:

Last few decades a number of people who has suffered metabolic syndrome that main cause of cardiovascular illnesses, diabetes mellitus and so on. According to the above status we have concerned on living behavior that less physical activity people how often suffer by the obese and even pre-diabetes, diabetes.

In this study, we have accompanied 321 people who work at the office which is indicated as a less physical activity group of people aged within 35 and 60 years old. Among those groups of people, working age between 31 and 45 was counted mostly which 34.8 % and between 41 and 50 years old participants were 27.1% of all people. Therefore, we have illustrated that age between 35 and 60 rated the overweight and obese within all participants which was 68.5 %. This means that a person who works at lack of exercise may be particularly susceptible to becoming obese and it compared the merits of body mass index to other measures of body size and adiposity as a predictor of obesity-related diabetes.

Calculating fasting blood glucose level, we have diagnosed new 16 persons who have already developed Diabetes Mellitus and 9.3 % of them were at Pre-Diabetes state. As a result, we have seen that everyone in less activity they have to be considered on their weight gain in other to prevent diabetes mellitus and cardiovascular illnesses.

Ховд аймгийн хүн амын чихрийн шижин өвчний тархвар зүй, шалтгааныг судалсан нь /10000 хүн ам/

Ц. Даржаа /Анагаах ухааны доктор/

Анх 1552 онд Хеса-фа гэдэг эмч олон дахин шээдэг шинж тэмдэг байдаг тухай бичиж байсан бөгөөд 19-р зууны сүүлчээр шээсэнд сахар илрүүлэх анхны тест гарснаар Diabetes mellitus гэж нэрлэж 1960-аад оноос Монгол хэлнээ чихрийн шижин гэж орчуулагджээ. Дэлхийн эрүүл мэндийн байгууллагын статистик мэдээнээс авч үзвэл чихрийн шижин өвчний тархалт 15 жил тутамд хоёр дахин нэмэгддэг. 2009 оны байдлаар дэлхий дээр 246 сая хүн шинээр чихрийн шижин өвчтэй гэж оношлогдсон байна. Даян дэлхийд хүмүүсийн хөдөлгөөн хомсдож таргалалт нэмэгдэж ааждаар инсулийн тархлаа суларсанаас хоёр хэв шинжийн чихрийн шижин өвчний тархлалт нэмэгдсээр байна. Дэлхийн эрүүл мэндийн байгууллага чихрийн шижин өвчин үүсэх шалтгааныг өдөр тутмын хоол хүнсэн дахь Ca, Mg илүүдэл дутагдлаас үүсэж байгаа тухай зөвлөж байна. Бид Ховд аймгийн хүн амын чихрийн шижин өвчний тархвар зүйг ундны усанд агуулагдах Ca, Mg агууламжтайг хэрхэн хамааралтайг судлах нь тулгамдсан асуудал учир судалсан болно.

Зорилго:

Ховд аймгийн хүн амын чихрийн өвчний тархвар зүй шалтгааныг тогтооход оршино.

Зорилт:

- Ховд аймгийн хүн амын чихрийн шижин өвчний өвчлөлийн тархвар зүйг тогтоох
- Ховд аймгийн хүн амын чихрийн шижин өвчний тархвар зүйг ундны усан дахь Ca,Mg агууламжтайг харилцан хамааралтайг тогтоох.

Материал арга зүй:

- Ховд аймгийн хүн амын чихрийн шижин өвчний бүртгэл
- Ховд аймгийн хүн амын чихрийн шижин өвчнийг сум, нас, хүйсээр нь бүртгэсэн хяналт
- Тархвар зүйг Интенсив үзүүлэлтээр боловсруулалт хийх
- Чихрийн шижин өвчний өвчлөлийн түвшинг тогтоож, хамаарлыг корреляцийн коэффициентээр тогтоох.

Судалгааны үр дүн:

д/д		0-29 нас			30-39 нас			40-49 нас			50-59 нас			60-аас дээш			Бүгд		
	Сумын нэр	эр	эм	бүгд	эр	эм	бүгд	эр	эм	бүгд	эр	эм	бүгд	эр	эм	Бүгд	эр	эм	бүгд
1	Алтай				46,5		22,7	64,9		31,4				535,7	109,8	272,1	31,9	12,5	22,1	7
2	Булган				37,1	31,6	15,8	57,1	19,3	38,4	110,7	31,6	68,1	45,8	34,8	39,6	15,3	10,6	12,9	12
3	Буянт						19,3		138,8	69,4		192,3	103,6		69,4	49,5	6,62	34,6	20,2	6
4	Дарви	10,8	11,9	11,3	50		25,2	64,1	67,1	65,5		227,2	119,7				22,5	30,3	26,4	7
5	Дуут							176,9	95,2	137,6				243,9	166,6	198,0	29,3	19,6	24,4	5
6	Дөргөн					95,2	49,5				147,0	481,9				413,2	6,83	42,2	24,2	7
7	Зэрэг		10,1	5,1				70,0	64,9	64,5	90,0		47,8	246,9	120,0	153,6	26,4	19,1	22,7	7
8	Манхан							51,0	50,7	50,8							4,93	5,0	5,0	2
9	Мянгад										90,9		45,4	161,2		64,1	11,4		5,7	2
10	Мөст	8,9		4,5				112,3	116,2	114,2		306,1	144,9	126,5		48,3	23,0	11,6	23,2	8
11	Мөнххайрхан										163,9		75,1	172,4		81,3	17,5		8,9	2
12	Үенч										75,5		40,4	232,5	84,7	147,0	13,2	4,4	8,81	4
13	Ховд				43,1		22,3	70,4	68,9	69,6		397,7	118,6	400		188,6	30,9	25,4	28,2	9
14	Цэцэг								74,6	34,6	119,0	121,1	66,2					16,3	8,0	2
15	Чандмань								67,5	34,6	172,4	150,0			158,7	72,4	6,5	27,9	16,9	5
16	Эрдэнэбүрэн					57,4	27,6		61,3	30,9	86,2	47,1			135,1	78,7		30,1	15,1	4
17	Жаргалант	2,4	2,4	5,2	79,1	28,1	62,1	119,4	70,3	93,6	352,1	131,4	237,9	293,1	282,9	287,1	42,3	60,0	51,5	140
Бүгд		1,5	1,9	0,86	32,0	13,6	65,0	67,7	55,0	65,0	157,9	119,3	127,4	183,5	126,4	162,1	24,0	31,0	27,8	229

Ховд аймгийн хүн амын чихрийн шижин өвчний тархварзүй / 10000 хүн амд/

Ховд аймгийн чихрийн шижин өвчнөөр өвчилсөн 10000 хүн амд 229 байна. Жаргалант /51.5/, Булган /29.1/, Ховд /28.2/ өндөр өвчлөлтэй байхад Манхан /5/, Мянгад /5.7/, Цэцэг /8/ бага өвчлөлтэй байна. 30-39 насанд 65, 40-49 насанд 65, 50-59 насанд 66, 60-ээс дээш 68 болж ихсэж байна. Ундны усан дахь Mg хамаарал R_{Mg}=-0.5 (P=0.01) t=-2.5 маш хүчтэй хамааралтай, Са хамаарал R_{Ca}=0.5 (P=0.01) t_{Ca}=-2.5 маш хүчтэй хамааралтай байна

Дүгнэлт:

Ховд аймгийн чихрийн шижин өвчнөөр өвчилсөн 10000 хүн амд Жаргалант /51.5/, Булган /29.1/, Ховд /28.2/ өндөр өвчлөлтэй байхад Манхан /5/, Мянгад /5.7/, Цэцэг /8/ бага өвчлөлтэй байна. 30-39 насанд 65, 40-49 насанд 65, 50-59 насанд 66, 60-ээс дээш 68 болж ихсэж байна. Чихрийн шижин өвчин үүсэхэд ундны усан дахь Mg,Ca(P=0.01) t=-2.5 маш хүчтэй хамааралтай байна. Гэтэл бидний бодож гаргасан: R_{Mg}=-0.5 магадлал нь: t_{Mg}=-2.5 байгаа нь маш хүчтэй хамааралтай байна. R_{Ca}=0.5 t_{Ca}=-2.5 маш хүчтэй хамааралтай байна. Үүнээс үзэхэд чихрийн шижин өвчин нь Са ба Mg дутагдал нь маш хүчтэй хамааралтай байгаа нь нотлогдож байна.

Ном зүй:

- Ж. Дэмбэрэлсүрэн "Анагаах ухааны статистикийн хичээлийн тойм ба Epi-info 2010"
- "ДШБ-н кабинетийн диспансерийн хяналт 2007-2012"
- Ховд аймгийн хүн амын тоо насаар /Статистик мэдээ 2011/
- Calcium and Magnesiun in Drinkind water
- - World Health Organization - Public Health significane

ХОЁР. 1.5. БӨӨР ШЭЭСНИЙ ЗАМЫН ЭМГЭГ

Улсын нэгдүгээр төв эмнэлгийн Бөөрний эмгэг судлалын клиникт Бөөр шээсний замын халдвар оношоор 2012 онд хэвтэн эмчлүүлсэн өвчтнүүдэд хийсэн судалгаа

Б.Бямбадаш, Б.Золбоо О.Болор
(bat_dash20@yahoo.com)
Улсын нэгдүгээр төв эмнэлэг

Судалгаа хийх болсон үндэслэл:

✓ УНТЭ-ийн БЭСК-т 2012 онд Бөөр шээсний замын халдвар оношоор хэвтэн эмчлүүлсэн 701 буюу нийт хэвтэн эмчлүүлсдийн 47.46% эзлэж байна. Бөөрний эмгэгүүдийн дотор бөөр шээсний замын халдварт өвчин түгээмэл тохиолдож байгаа нь архаг явцтай бөөрний өвчнүүдийн суурь эмгэг болдог. Ялангуяа залуу насны эмэгтэйчүүдэд жирэмслэлт, төрөлттэй холбоотойгоор өвчлөх явдал нэмэгдэж буй нь анхаарал татсан асуудал юм. Иймд бөөр шээсний замын халдвар, түүний тандалт, оношлогоо болон эмчилгээний үр дүнд судалгаа хийж цаашдын чиг хандлагыг тодорхойлох зорилгоор энэхүү судалгааг хийлээ.

Судалгааны зорилго:

✓ Бөөр шээсний замын халдвар оношоор хэвтэн эмчлүүлэгчдын дунд тандалт, судалгааг хийж оношлогоо, эмчилгээний менежментийг боловсронгуй болгох

Зорилт:

УНТЭ-ийн БЭСК-т 2012 онд Бөөр шээсний замын халдвар оношоор хэвтэн эмчлүүлсэн өвчтнүүдийн өвчний түүхтэй танилцаж, судалгааны материал цуглуулах

1. Бөөр шээсний замын халдвар, түүний тандалт, оношлогоо эмчилгээний үр дүнг үнэлэх
2. Бөөр шээсний замын халдварын үед хийгдсэн клиник, лабораторн болон багажийн шинжилгээний үр дүн тооцон, түүний харьцуулан дүгнэх

Материал:

УНТЭ-ийн БЭСК-т 2012 онд Бөөр шээсний замын халдвар оношоор хэвтэн эмчлүүлэгчдийн өвчний түүх

Арга зүй:

Эмчлүүлэгчдийн өвчтөний түүх болон цөмийн оношзүйн тасаг, лабораторийн тасгаас цуглуулсан мэдээлэлүүдийг SPSS statistics 17.0 программ ашиглан боловсруулсан.

Үр дүн:

1. УНТЭ-ийн БЭСК-т 2012 онд Бөөр шээсний замын халдвар оношоор хэвтэн эмчлүүлсэн 701 буюу нийт хэвтэн эмчлүүлсдийн 47% эзлэж байна. Энэ нь бөөр шээсний замын халдварын тархалт их байгааг нотлож байна.
2. Нийт эмчлүүлэгчдийн дунд жирэмслэлт, төрөлттэй холбоотой өвчлөл (17 эх) байгаа нь төрөх насны эмэгтэйчүүдийг эрүүлжүүлэх, хяналтыг сайжруулах нь чухал байгааг харуулж байна.
3. Шээсний нянгийн шинжилгээнээс харахад үндсэн 4 төрлийн нянгаар (E.Coli, Staphylococcus, Streptococcus, Enterobacter) халдвар үүсгэгдэж байгаа ба үүнээс E.Coli 56.5%-ийг эзэлж буй нь бусад судлаачдынхтай ойролцоо байгаа нь батлагдлаа.

Дүгнэлт:

1. Бөөр шээсний замын халдвар нь эмнэлзүйн шинж тэмдэгээр илэрч байгаа боловч лабораторн, багажийн шинжилгээгээр батлах нь чухал ач холбогдолтой нь судалгаанаас харагдаж байна.
2. Бөөр шээсний замын халдварын эмчилгээний сонголт ялангуяа антибиотикийн мэдрэг байдлыг харгалзан эмийн сонголт тун хэмжээ, хэрэглэх хугацаа зэргээс шалтгаалж цаашид бөөр шээсний замын өвчлөл даамжрах, түүний оношлогоо эмчилгээний үр дүн шууд хамааралтай нь харагдаж байна.
3. Уг эмгэгүүдийн тандалт, тархалтыг бүрэн оношлоход өвчтөн тус бүрийн лабораторн болон багажийн шинжилгээг нэгдсэн стандартын дагуу хийлгэж оношийг батлах шаардлагатай байгаа нь харагдаж байна.

Introduction People have gotten clinical treatment In the Department of Kidney Disease of the Central Hospital of Mongolia occupied 701 patients which is 46% of overall . Urinary tract Infection eventuate in common and it is basic circumstance of chronic kidney disease. Particularly should concern of sickness rate increase in young women who associated pregnant and birth. So we have done this searching work and our purpose to determine following drift, improve of urinary tract infection diagnose and result of treatment.

Result

1. People have gotten clinical treatment In the Department of Kidney Disease of the Central Hospital of Mongolia occupied 701 patients which is 46% of overall . it is proving that urinary tract infection in common
2. 17 pregnant women are in overall accordingly to make healthy in aged pregnant and birth women and improve monitoring.
3. Examination of microorganisms in urine indicate urinary tract infection emerged by basic 4 microorganisms (E.Coli, Staphylococcus, Streptococcus, Enterobacter). E.Coli associated 56,5% in overall and its approximative result of other researchers .

In conclusion

1. Urinary tract infection revealed symptoms in clinical but to make examination of laboratory and instrumentation are more significant.

2. Treatment selection of urinary tract infection, sensitive property of antibiotics doses and terms to have concern with complication of disease, diagnostic, result of treatment
3. Conform ,prevalence of disease to diagnose clearly examination of laboratory and instrumentation to make according to united standard in patients necessary.

Ном зүй:

1. Бөөр судлал Гэлэгжамц.Х нар 2006,ху 176-228
2. Пиелонефрит Люлько. А.В 1989
3. Integrated Systematic Nephrology Tak Mao ,Chan,Man Kam Chan,2006 p53-55
4. The kidney Michael R.Clarkson p 253
5. Clinical and experimental Nephrology (official publication of the Japanese Society of Nephorology) 2012.12
6. Harrison's Internal medicine, Dan L. Longo, Anthony S. Fauci, Dennis L. Kasper, Stephen L. Hauser,J.Larry.Jameson,Joseph.Loscalzo,Eds.2008
7. Merk.Manual,MarkH.Beers,MD,Andrew,J.Fletcher,MB,2004,p744-787
8. www.Access Medicine
9. www.Up to date
10. www.healthcare Volunteer.com

Улсын нэгдүгээр төв эмнэлгийн Бөөр судлалын клиникт сүүлийн 3 жилд хэвтэн эмчлүүлсэн бөөр шээсний замын халдвар оношгой жирэмсэн эмэгтэйчүүдийн судалгаа,түүний тулгамдсан асуудлууд

Г.Ганхуяг / Улсын нэгдүгээр төв эмнэлэг БСК-ийн эмч , Клиникийн профессор /
Н.Шүхэрцэнд / Дотор судлалын резидент эмч /

Жирэмсний нефропати

Тодорхойлолт :Жирэмслэлттэй холбоотойгоор жирэмсэн үед үүсээд төрсний дараа эдгэрдэг өвөрмөц эмгэг.Эхийн эндэгдлийн шалтгааны 20-25%-ийг эзэлж, перинаталь үеийн эндэгдэл 3-4 дахин илүү байдаг.

- Жирэмсний артерийн дарөлт ихсэх
- Жирэмсний протейнури
- Гипертони манас таталт хавсрах
- Манас таталт
- Жирэмсний үед илэрсэн далд хэлбэрийн артерийн даралт ихсэлт,бөөрний ба бусад эрхтэн тогтолцооны өвчин
- Өмнөх жирэмсэндээ манас таталтаар хүндэрч байсан зэргийг үндэслэн цаг хугацаагаар нь : - Жирэмсэн үеийн

- Төрөх үеийн
- Төрсний дараах 48 цагийн доторх гэж хуваадаг.

Шалтгаан ,эмгэг жамыг тайлбарласан онол :

Мэдрэлийн онол: Умайн мэдрэлийн төгсгөлөөс эмгэг цочруул үүсэн,төв мэдрэлийн тогтолцоо, их тархины гадар,ургал мэдрэлийн харилцан үйлийг хямруулдаг.
Харшлын онол: Ураг , ихсээс эхэд орсон зарим бодис нөлөөлж байна гэж үздэг.
Иммунологийн онол: Удамшлаас шалтгаалан ураг эхийн иммун чанар зохицохгүй.
Бөөрний онол: Жирэмсэн умай бөөрний судас дарснаас бөөрөнд ренин үүсч гаммаглобулинтай нэгдэн ,гипертензи болж артерийн даралт ихсдэг.
Дааврын онол: Бөөрний дээд булчирхай.өндгөвчний ,ихсийн дааврууд ын хямралтай холбоотой.

Шинж тэмдэг,ангилал : Нефропатийн үед сонгомол 3 шинж илэрдэг.

- Хаван
- Шээсээр ууураг гарах
- Артерийн даралт ихсэх

Эмнэлзүйн хувьд 3 хуваадаг.

1. Хөнгөн / 0-7 /
2. Дунд / 8-11 /
3. Хүнд / 12-21 /

Шинж тэмдэг	0 оноо	1 оноо	2 оноо	3 оноо
Хаван	Үгүй	1 –р зэрэг	2-р зэрэг	3.4-р зэрэг
Протейнури	Үгүй	0,033-0,132	0,132-1,0	1.0-ээс их
Агшилтын даралт	130 хүртэл	130-150	150-170	170-аас их
Сулралын даралт	85 хүртэл	85-90	90-110	110-аас их
Анх гестоз оношлогдсон жирэмсний хугацаа 7 хоногоор	Үгүй	36-40	30-35	24-30
Ургийн тэжээлийн дутагдал	Үгүй Үгүй	Үгүй	Ургийн жин 1-2 долоо хоногоор хоцорсон	3 ба дээш долоо хоногоор хоцорсон
Эрхтэн тогтолцооны өвчин	үгүй	Өвчин жирэмслэхээс өмнө эхэлсэн	Өвчин жирэмсэн үед илэрсэн	Өвчин жирэмслэхээс өмнө ба жирэмсэн үед үргэлжилсэн

Пиелонефрит ба жирэмсэн

Энэ нь шээсний дээд замд прогестрон дааврийн нөлөөлөх үйлчилгээтэй холбоотой гардаг өөрчлөлт . Шээсний гарцын урсгал хямарч аяганцар ба тэвшинцэрт даралт ихсэж гэвш - бөөрний рефлюкс үүсгэнэ.Үүний үр дүнд аяганцрийн хүнхрээ урагдаж халдвар үүсгэгч нянгууд шээсний дээд замаас венийн цусны урсгалд шууд нэвтэрч дараа нь цусаар дамжин эргэж бөөрөнд ордог. .Жирэмсэнд ПН үүсэхэд бага аарцгийн орох амсрын хэсэгт шээлгүүрийн суваг жирэмсэн умайд дарагддаг.Архаг ПН-ийн үед холтослог нимгэрнэ,аяганцар тэвшинцрийн хана зузаарна,артериолууд хатуурна,бөөр хорчийж багасна,үрэвслийн процесс үе үе сэдэрнэ.Жирэмсэн ПН-ийг 3 зэрэг болгоно.

- 1-р зэрэг : Жирэмсний хугацаанд үүссэн хүндрээгүй ПН
- 2-р зэрэг : Жирэмслэхээс өмнө байсан архаг ПН
- 3-р зэрэг : АД өндөр эсвэл азот ихтэй ПН,ганц бөөртэй атлаа ПН-тэй.Ий тохиолдолд жирэмслэхийг хориглоно.

Гломерулонефрит ба жирэмсэн

1. Хавагнана
2. АД ихэснэ -ангиоретинопати
3. Шээстэй уураг гарна
4. Эритроцитури,цилиндрури
5. Цусны ийлдсэнд уураг багасна,фибриноген,холестрин ихэснэ
6. Хүндрэхэд азотын нэгдлүүд ихэснэ
7. Стрептококкийн эсрэг антителийн титр –антистрептолизин-О, антиалуронидаза ихэснэ

Судалгааны үндэслэл

Манай орны хүн амын дунд төрөлтийн тоо сүүлийн жилүүдэд нэмэгдэж үүнтэй зэрэгцэн бөөр шээсний замын эмгэг / БШЗЭ / жирэмсэн эхчүүдийн дунд багагүй хувиар илэрч байна.Улсын хэмжээнд 2011 оны байдлаар жирэмсний хяналтанд байсан 39942 эхээс 6286 эх буюу 15.7 % нь БШЗЭ-тэй гэж оношлогдсон байна. / ЭМЯ статик судалгаа 2011 он /

Судалгааны зорилго , зорилт

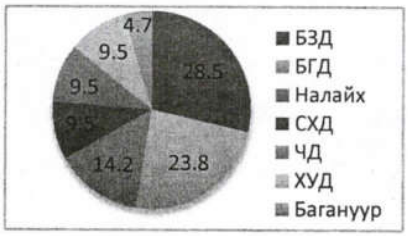
- Жирэмсэн үеийн бөөр шээсний замын халдварын шалтгааныг тодорхойлж,эмгэг жамын эмчилгээг оновчтой хийх
- Жирэмсний явц цаашид гарах хүндрэлээс урьдчилан сэргийлэх
- Жирэмслэлтийг асуудлыг холбогдох нарийн мэргэжлийн эмч нартай хамтран оновчтой шиидвэрлэх

Судалгааны үр дүн:

Иймээс УНТЭ-ийн БСК-т 2010-2012 онд хэвтэн эмчлүүлсэн өвчний түүхээс жирэмсэн эхийн дунд түүвэр судалгааны аргаар судалгаа хийлээ.Энэ хугацаанд 2010 оны 23 ,2011 оны 24 ,2012 оны 17 хэвтэн эмчлүүлсэн эхчүүд хамрагдлаа.Ниит жирэмсэн эхчүүдийн 67,1 %-хөдөө 32,9 %-хотын эхчүүд байв.Хөдөөгийн жирэмсэн

эмэгтэйчүүдийн 88,4 % нь Улаанбаатар хотод суралцаж байгаа оюутнууд эзэлж байна.Эдгээр нь оюутны байр болон айлд амьдардаг бөгөөд амьдрах нөхцөл , хоол хүнсний хомсдолтой холбоотойгоор архаг өвчин сэдэрч байгааг харуулж байна.

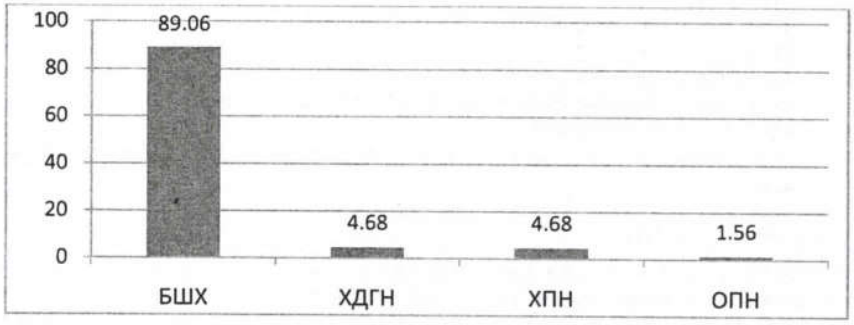
Улаанбаатар хотын жирэмсэн эхчүүдийн : 28,5 % -БЗД, 23,8 % -БГД 14,2 % -Налайх 9,5 % -СХД, 9,5 % -ЧД, 9,5 % -ХУД, 4,7 % -Багануур дүүрэг тус тус эзэлж байна.



Жирэмслэлтийг давтамжаар нь авч 43,75 % -анхны жирэмслэлт 25 % -II жирэмслэлт, 31,25 % -III ба түүнээс дээш жирэмслэлт байна.

Жирэмсний хугацаагаар нь авч үзв 60,9 % -3-6 сартай жирэмсэн, 20,3 % -6 сараас дээш, 18,75 % -3 сар хүртэл жирэмсэн байна.

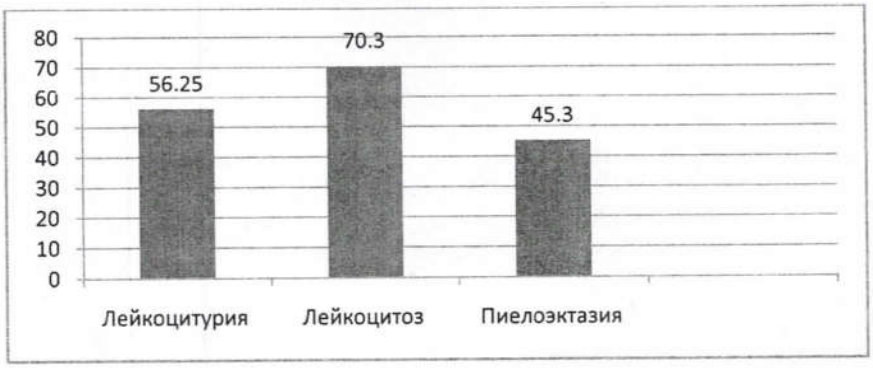
БШЗЭ-ийг өвчлөлийн байдлаар нь авч үзвэл :



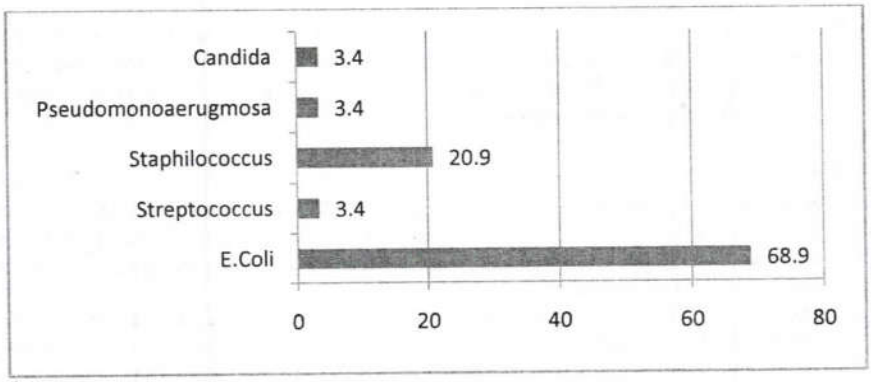
89,06% -Бөөр шээсний халдвар, 4,68% -ХДГН, 4,68% -ХПН, 1,56% -ОПН эзэлж байна.

Бөөр шээсний замын үжил хавсарсан 3 жирэмсэн байна.БШЗ-ын 90,6%-ийг архаг пиелонефрит эзэлж байна.

Шинжилгээний өөрчлөлтүүдийг авч үзвэл :

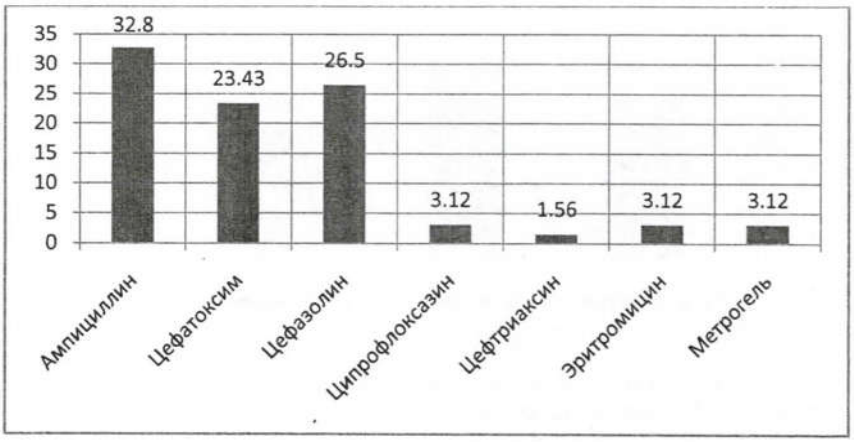


Нийт жирэмсэн эмэгтэйчүүдийн 45,3%-д нь нян ургасан ба үүний : 68,9 % - e.coli нян ургасан.



байна.

Антибиотик мэдрэг чанар үзэхэд 79,3%-д нь тэсвэртэй антибиотик ургаж эмчилгээнд хэрэглэсэн байна.20,6%-д нь тохирох антибиотик байхгүй буюу антибиотикт тэсвэртэй грамм сөрөг нянгууд байлаа.
Антибиотикийг эмчилгээнд хэрэглэсэн байдлаар нь авч үзвэл :



БШЗ-ын үжил оношоор эмчлэгдсэн 3 жирэмсэн эмэгтэйд АМЧ үзсэний дагуу 2-3 антибиотикийг хавсран хэрэглэж үр дүнд хүрсэн ба 1 жирэмсэн эмэгтэй үжил олон эрхтний дутагдлаар нас барсан , нийт антибиотик эмчилгээ хэрэглэгчдийн 56,25% -д уросептиктэй хавсран хэрэглэсэн байв.

Дүгнэлт :

1. Жирэмсний үеийн БШЗЭ-ийн дотор БШЗХ 90,6 буюу дийлэнх хувийг эзэлж байна.Үүний до́тор бөөрний тэвшинцэрийн архаг үрэвсэл зонхилж байгаа нь жирэмсний үеийн БШЗХ-ын оношилгоо эмчилгээний менежментийг сайжруулах нэн шаардлагатай байна.
2. Жирэмсний БШЗЭ нь анхны жирэмслэлт болон жирэмсний хоёрдахь 3 сард давамгайлан тохиолдож байгаа нь жирэмсний эдгээр эгзэгтэй үеүүдэд жирэмсний хяналтыг чанаржуулах, I.II.III-р эмнэлгүүдийн уялдаа холбоог сайжруулах шаардлагатай байна.
3. Бактерури илэрсэн нийт жирэмсэн эхэд грамм сөрөг нянгийн халдвар давамгайлж ,антибиотикт тэсвэртэй тохиолдол 20,6% байгаа нь анхаарал татаж байна.Үүнээс үзэхэд БШЗХ-ын нянгийн эсрэг эмчилгээний тактикийг зөв сонгох,антибиотикийн хэрэглээг зохистой явуулах,АМЧ-т үзэх антибиотикийн нэр төрлийг олшруулах шаардлагатай байгаа нь бидний судалгаанаас харуулж байна.

Ном зүй :

1. Бөөр судлал Гэлэгжамц 2005 он
2. НҮЭМ-ийн тусламж үйлчилгээний удирдамж 2000 он
3. Перинаталь эндэгдлийг бууруулахад чиглэсэн эхийн тусламж 1996 он
4. Эх барих Б.Шижирбаатар 2004 он
5. Нефрология И.Е.Тареев 2000 он
6. Нефрология Е.М.Шилова 2007 он

Urine tract infection in pregnancy

Objective Recent years birth rate is increasing in our country gradually, and were seen severe cases or not very well diagnosed cases with urine tract infection (UTI) among pregnant women. So this study aimed to detect causes of UTI, drug resistance of bacterium, and features of renal diseases in pregnant women. **Methods** 64 pregnant women with renal disease, who were admitted to the department of nephrology of Central Hospital from 2010 to 2012, were studied. **Results** 67.1% of all cases came from provinces. The percentages of pregnancy I,II,III were 43.7%, 25% and 31.2%, respectively. There are 18.7% of cases up to 3 months, 60.9% of them in 3-6 months, 20.3% above 6 months of pregnancy. Features of renal diseases was as follows : UTI was 89%, Glomerulonephritis – 4.7%, Chronic renal failure - 4.7%, Acute renal failure – 1.6%. Bacterium was found in urine culture in 45.3% of all cases, 68.9% of them was E.coli. And drug resistance was 20.6%. 3 cases with sepsis due to UTI were treated, 1 cases was died due to acute renal failure with sepsis. Useful antibiotics were cefotaxim, cefazolin, ampicillin. **Conclusions** UTI is more common among renal diseases in pregnant women. Should be focus on risky patients or period of pregnancy, and drug resistance.

Key words Urine tract infection, Pregnancy, Drug resistance

Гемодиализын өвчтнүүдийн уураг, илчлэгийн хэрэглээг судалсан дүн

Удирдагч: Ц.Сонинхишиг[1] \Ph.D\, Д.Чулуунцэцэг /MD/[2]
Гүйцэтгэгч: Э.Энхманлай[1] , Г.Цацрал[1], С.Мөнхуул[1], Э.Гэрэлмаа[1]
[1]- ШУТИС, ХИБС, ХУШС
[2]- УКТЭ.ГЕМОДИАЛИЗЫН ТӨВ

Хураангуй :

Бөөрний архаг дутагдлын үеийн эмчилгээний арга нь гемодиализ эмчилгээ юм. Гемодиализийн өвчтнүүд шим тэжээлийн доройтолд өртдөг бөгөөд уураг илчлэгийн хэрэглээтэй доройтол түгээмэл тохиолддог юм. Энэхүү судалгаагаар УКТЭ-ийн гемодиализын тасгийн өвчтнүүдийн уураг, илчлэгийн бодит хэрэглээг дүгнэж тодорхойллоо. Судалгааны дүнгээр илчлэг, уургийн хэрэглээ эрэгтэйчүүдэд 179-3955ккал, 104.9±60.6 г, эмэгтэйчүүдэд 807-4058 ккал, 93.5±44.9 г байна. Энэ нь уураг, илчлэгийн зохимжгүй хэрэглээтэй байгааг харуулж байна. Хэт өндөр, хэт бага хэрэглээтэй байгаа нь өвчтнүүдийн наслалт болон дагалдах хүндрэлүүдэд нөлөөлж байна.

Түлхүүр үг:

Бөөрний архаг дутагдал, шим тэжээлийн доройтол, уураг, илчлэг, биеийн жингийн индекс

Оршил :

Бөөрний архаг дутагдал нь 21-р зууны нийгмийн эрүүл мэндийн тулгамдсан асуудал болоод байна. Одоогийн байдлаар дэлхий дахинд бөөрний архаг дутагдалтай 1 саяас олон өвчтөн бөөр орлуулах эмчилгээ хийлгэж байна (ДЭМБ, 2002). Бөөрний архаг өвчнүүд нь далд ужиг явцтай, даамжрах хандлагатай ч шинж тэмдэг багатай хүндэрсэн хойноо оношлогддог, хүндрэл нас баралт өндөртэй эмгэг юм.

Хөгжлийн түвшин доогуур ядуу буурай орнуудад, тухайлбал Африкийн Конго улсын Киншаса хотын хүн амын дунд хийсэн судалгаагаар бөөрний архаг өвчний тархалт хамгийн өндөр буюу 36%, тохиолдож байсан бол судлаач Rajapurkar М нарын судалгаагаар Энэтхэг улсад бөөрний архаг өвчний тархалт хамгийн бага буюу насанд хүрсэн хүн амын дунд 1.4% тохиолдож байлаа. Мөн өндөр хөгжилтэй зарим оронд тухайлбал, Японд бөөрний архаг өвчний тархалт 19.2% буюу харьцангуй өндөр байсан нь бусад улс оронтой харьцуулахад өндөр настны эзлэх хувь их байгаатай холбоотой юм. Манай хөрш орон болох Хятад улс бөөрний архаг өвчний тархалт Бээжинд 10.25%, Шанхайд 11.8% байв. АНУ-ын Үндэсний эрүүл мэндийн 3 дахь судалгаагаар бөөрний архаг өвчний тархалт насанд хүрсэн хүн амын дунд 11.5% байсан бөгөөд 1990-2000 оны хооронд шинэ тохиолдлын тоо 42%-иар нэмэгдэж, тархалт 30% өсчээ. [1]

Т. Ариунаа нарын судалгаагаар [2010] Монгол улсад бөөрний архаг өвчний тархалт 14% байгааг тогтоожээ. Бөөрний архаг өвчний тархалт ихсэхийн хирээр түүний эцсийн шат болох бөөрний архаг дутагдал улам бүр нэмэгдсээр байна. Үүнээс гадна соёл иргэншлийн гэгдэх чихрийн шижин өвчин, цусны даралт ихдэлт зэрэг өвчлөлийн тархалт ихэсч байгаатай холбоотой бөөрний архаг дутагдал ихсэж байна. Бөөрний архаг дутагдлын үед бөөр орлуулах эмчилгээ буюу диализ эсвэл бөөр шилжүүлэн суулгах эмчилгээг хийдэг. Дэлхийн улс орон бүрт бөөр орлуулах эмчилгээний хүртээмж нь эдийн засгийн чадамжаас хамааралаад харилцан адилүй байгаа бөгөөд ялангуяа ядуу буурай хөгжилтэй орнуудад бөөр орлуулах эмчилгээний хүрэлцээ муугаас хүндрэл, нас баралт элбэг тохиолддог ажээ. [1]

Гемодиализийн эмчилгээ нь бөөрний үйл ажиллагаа алдагдснаас бодисийн солилцооны явцад үүссэн хортой болон завсрын бүтээгдэхүүнүүдийг биеэс зайлуулж гаргах эмчилгээний арга юм. Гемодиализ нь хагас нэвчимтгий мембранаар өвчтний цус, диализийн уусмалын хооронд явагдах молекулын процесс бөгөөд цуснаас бага молекулт нэгдлүүдийг хагас нэвчимтгий мембранаар дамжуулан, диффузийн солилцоо, шүүлтүүрийн зарчимд тулгуурлан диализийн уусмалд ялган, урсгаж ялгах арга юм[4]. Энэхүү эмчилгээний явцад цусыг шүүх явцад алдагдах шимт бодисын хэмжээ, мөн бөөрний үйл ажиллагааны дутагдлаас үүдэх бодисын солилцооны хямралыг бодолцон өвчтний хоол, шим тэжээлийн хэрэглээнд нарийн хяналт тавих шаардлага гардаг.

Судлагдсан байдал:

Шим тэжээлийн доройтол нь гемодиализын өвчтөнүүдэд тулгардаг чухал асуудал юм. Энэ нь гемодиализын өвчтөнд маш түгээмэл тохиолддог, өвчлөл болон нас баралттай шууд холбогддог бөгөөд олон хүчин зүйлээс хамаардаг.

Шим тэжээлийн доройтлын хамгийн түгээмэл хэлбэр нь уураг, илчлэгийн хэрэглээтэй холбоотой доройтол байдаг. Шим тэжээлийн үзүүлэлтийн тэнцвэргүй байдал, диализийн эмчилгээний үргэлжлэх хугацаатай холбоотойгоор өвчтөнүүдийн 20-70 % - д шим тэжээлийн доройтлыг биеийн жингийн алдагдал, өөхөн эдийн бууралт, цусны ийлдсийн уургийн бууралт мөн ядрах, сульдах зэргээр тодорхойлогддог. Бөөрний өвчний үед бөөрний үйл ажиллагааны хямралын дүнд үүссэн цус багадалт, ясны эмгэгүүд, эрдсүүдийн хямрал түгээмэл байдаг. [1]

Уургийн хэрэглээ, тавигдах шаардлага

Уураг нь амин хүчлээс тогтсон полимер ба тодорхой дэс дараалалтай пептидийн холбоогоор холбогдсон өндөр молекулт азотлог нэгдэл юм. Уураг нь амьд бие махбодийн бүтцийн хамгийн чухал хэсэг болдог бөгөөд амьдралын үйл ажиллагаанд зайлшгүй шаардлагатай бүх процесст шийдвэрлэх үүргийг гүйцэтгэдэг. Амьд бие махбодийн уургийг нийлэгжихэд зайлшгүй хэрэгтэй бүх амин хүчлийг хүрэлцэхүйц хэмжээгээр агуулсан уургийг биологийн үнэт чанар өндөртэй буюу төгс уураг гэнэ. Амьтны гаралтай уураг биологийн өндөр чанар их буюу 75-90 % байх ба ургамлын гаралтай уураг бага буюу 60 % орчим байна. [2]

Гемодиализ хийлгэж байгаа өвчтнүүдэд уургийн хэрэглээ маш чухал байдаг. Учир нь гемодиализын өвчтөнд диализд орох цаг тутамд уургийн 1-2 граммтай тэнцэх аминхүчил, пептид алдагддаг. Уургийг биеийн жингийн килограмм тутамд 1.1-1.25 гр байхаар тооцох нь хамгийн тохиромжтой байна. [1]

Илчлэгийн хэрэгцээ

Эдийн уургийн нийлэгжилтэнд хэрэгтэй уургийг хэмнэхийн тулд уургийн эх үүсвэр хангагч сайн чанарын уураг байх шаардлагатай. Хэрэв илчлэг дутагдвал уураг задарч энергийг нөхөхөд зарцуулагдаж улмаар шээсний хордлого үүсэх, даамжрахад хүрнэ. Илчлэгийг хангалттай хэмжээгээр буюу биеийн жингийн кг тутамд 30-35 ккал/кг илчлэг хэрэглэнэ. Зөвхөн диализын шингэн дэх шимт бодисын алдагдалаас биш диализын өвчтөнд тэжээлийн бодисын алдагдал байнга тохиолдоно, гэхдээ зарим өвчтөн диализын дараа удаан хугацааны турш бөөлждөг ба хоол идэх боломжгүй байдаг. Хэрэв өвчтөн диализд орж байх үед тамир тэнхээ өөрчлөгдвөл, илчлэгийн хэрэглээг өөрчлөх хэрэгтэй. Глюкозгүй диализын шингэн ашиглаж байгаа үед глюкоз хэвийн хэмжээнд байгаа өвчтөн гемодиализд орох бүрд 20-50 гр глюкоз алддаг байна. Энэ алдагдсан хэмжээг хоол хүнсээс нөхөх ёстой болно. [1]

Монгол улсад 1996 оноос эхлэн гемодиализын эмчилгээг хийж эхэлсэн байна. Өнөөдрийн байдлаар Улсын Клиникийн Төв Эмнэлэгийн (УКТЭ) гемодиализын төв; Клиникийн II, III эмнэлэгүүд; Эх, хүүхдийн эрүүл мэндийн төв эмнэлэг; Дархан-уул аймгийн нэгдсэн эмнэлэг; Орхон аймгийн нэгдсэн эмнэлэгүүдэд энэ эмчилгээ хийгддэг бөгөөд хамгийн том төв нь УКТЭ юм. Манай улсын хэмжээнд гемодиализын өвчтнүүдийн хоол шим тэжээлийн судалгаа цөөн байдаг. Э. Гэрэлмаа нар 2012 онд "Гемодиализын өвчтнүүдийн хоол, шим тэжээл байдал"-ыг судалж өвчитнүүд нь шим тэжээлийн доройтолтой болохыг биеийн жингийн өөрчлөлт, хоол хүнсний хэрэглээ, ходоод гэдэсний замын шинж тэмдэг, хөдөлгөөний чадвар, гемодиализд орсон

хугацаа, бие махбодийн өөхний хуримтлал, булчингийн алдагдал зэрэг үзүүлэлтүүдээр тодорхойлжээ. Хэдийгээр гемодиализийн өвчтнүүдийн шим тэжээлийн доройтлыг судалсан боловч түгээмэл шалтгааны нэг болох уураг, илчлэгийн хэрэглээний талаар нарийвчлан авч үзээгүй байна. Тиймээс энэхүү судалгаагаар бид монгол улсад гемодиализ эмчилгээ хийлгэж байгаа өвчтнүүдийн уураг, илчлэгийн бодит хэрэглээг олон улсын түвшинд гемодиализийн өвчтнүүдийн уураг, илчлэгийн хэрэгцээнд тавигддаг шаардлагатайтай харьцуулан судаллаа.

Судалгааны материал, арга зүй:

3.1 Судалгааны судлагдахуун

Гемодиализын өвчтөнүүдийн уураг, илчлэгийг судалж шим тэжээлийн байдлыг тодорхойлоход оршино. УКТЭ-ийн гемодиализын тасгийн 112 өвчтөнг хамруулав.

3.2 Судалгааны арга зүй

Хоол, шим тэжээлийн хэрэглээг хорин дөрвөн цагийн эргэн санах асуумж судалгаа, бие бялдарын хэмжилтийн (антропометрийн хэмжилт) аргуудаар судалсан Э.Гэрэлмаагийн "Гемодиализын үеийн хоол, шим тэжээлийн судалгаа" -ны анхдагч өгөдлийг санг ашиглан уураг, илчлэгийн хэрэглээ, биеийн хэмжилтийн үзүүлэлтийг тодорхойлов.

3.3 Статистик боловсруулалт

Судалгааны ажлын хоол хүнсний шимт бодисын үр дүнг тооцооны боловсруулалт хийдэг "Nutrisurvey 2007" программ ашиглан боловсруулав. Судалгааны үр дүнг M S Excel, SPSS 11.5 программуудыг ашиглан боловсруулав.

Судалгааны үр дүн, хэлцэмж:

Судалгаанд хамрагдсан нийт өвчтнүүдийн 57%-ийг эрэгтэйчүүд эзэлж байна. Өвчтнүүдийг насны ангилалаар авч үзвэл дийлэнх хувийг дундаж насны хүмүүс эзэлж байна. Диализын эмчилгээнд орсон хугацааг авч үзвэл багадаа 1 жил, ихдээ 7 жил байлаа.

Хүснэгт 1. Өвчтний ерөнхий мэдээлэл

Үзүүлэлт	Хэмжээ
Хүйс	
Эр	64
Эм	48

Үзүүлэлт	Хэмжээ
Нас	41.3±12.28 (17-76)
Хөдөлмөрийн нас, % (20-60 нас)	78
Диализд орсон жил	2.7 ±1.9 (1-7)
Диализд ордог цаг	4

Диализын эмчилгээнд орж байгаа өвчтнүүдэд нэг талаас бөөрний үйл ажиллагаа алдагдснаас бодисын солилцооны гүн хямрал, нөгөө талаас хоол тэжээлийн хэрэглээ, тэжээлийн бодисуудын зохистой харьцаа, хоол идэх дуршил, диализ эмчилгээний явц, зарим эмийн хэрэглээ зэрэг шалтгаанаас үүдэн шим тэжээлийн доройтол үүсдэг. Үүний хамгийн гол илрэл нь биеийн жингийн өөрчлөлт байдаг. Нийт өвчтнүүдийн биеийн жингийн байдлаас харвал эрчүүдийн хувьд 52.9-103кг, эмэгтэйчүүдийн хувьд 25-98кг байлаа. Биеийн жин болон биеийн жингийн индексийн /БЖИ/ үзүүлэлтийг авч үзвэл диализийн эмчилгээнд орохос өмнөх болон одоогийн хэмжээ бууралттай байна. (Хүснэгт 2)

Хүснэгт 2. Антропометрийн үзүүлэлтийг хүйсээр харьцуулсан дүн

Үзүүлэлт	Эр (n=64)			Эм(n=48)		
	Өмнөх	Одоо	Хэлбэлзэл	Өмнөх	Одоо	Хэлбэлзэл
Биеийн жин (кг)	76.1±14.9	69.5±12.4	52.9-103	63.2±14.3	53.9±14.6	25-98
Биеийн өндөр (м)	-	1.71±0.06	1.5-1.85	-	1.59±0.07	1.35-1.7
Биеийн жингийн индекс (кг/м^2)	26.2±5.1	23.6±3.8	18.3-33.1	24.9±2.69	21.6±4.6	13.7-35.8
Бугалганы тойрог (см)	-	27.4 ±3.15	21.5-38.5	-	24.49 ±4.9	16.2-42.2

Хэдийгээр хоол шим тэжээлийг илтгэх маркер гемодиализийн эмчилгээ хийлгэж байгаа өвчтнүүдийн хувьд одоогоор тодорхойлогдоогүй боловч хоол, шим тэжээлийн хэрэглээг тогтмол хянах нь маш чухал байдаг. A.Cupisti нарын судалгаагаар Италид гемодиализийн эмчилгээ хийлгэж байгаа нийт 94 өвчтнүүдийн илчлэг, уургийн хэрэглээний дундаж нь 1900±586 ккал, 70±22.9 г байжээ [10]. Харин бидний судалгаагаар өвчтнүүдийн хоногийн илчлэг, уургийн хэрэглээ эрэгтэйчүүдэд 179-3955ккал, 104.9±60.6 г, эмэгтэйчүүдэд 807-4058 ккал, 93.5±44.9 г хэлбэлзэлтэй байгаа нь илчлэг, уургийн хэрэглээний дунджаар авч үзвэл өндөр байгааг харуулж байна. (Хүснэгт 3)

Хүснэгт 3. Макро шимт бодисын хоногийн хэрэглээ

Үзүүлэлт	Эр (n=64)		Эм(n=48)		Нийт дундаж (n=112)
	Дундаж±С.Х	Хэлбэлзэл	Дундаж±С.Х	Хэлбэлзэл	
Илчлэг(ккал)	2003.47±887.5	179-3955	2069.6±864.8	807-4058	2031.8±874.5
Уураг (г)	104.9 ±60.6	12-260	93.5±44.9	11-189	100 ±54
Нүүрс ус (г)	262.7±120.1	22-588	285.1±122.6	67-590	272.3±121.2
Өөх тос (г)	54.49 ±129.8	4.6-127.5	59.9±38.8	6-226.3	56.8±33.9
Шингэн (мл)	1370±630.4	300-3184	1266.3 ±864.8	500-2572	1326 ±562

Гемодиализын үед хоолоор авах нийт илчлэгийн 30-35% өөх тос, 15-20% уураг, 50-55%-ийг нүүрс ус тус тус эзэлж байх нь зохимжтой гэж үздэг. Харин бидний судалгаагаар нийт илчлэгт уургийн эзлэх дундаж хувь нь хэвийн хязгаарт байгаа боловч уургийн бодит хэрэглээг авч үзвэл хэлбэлзэл маш ихтэй байгаа юм. (Хүснэгт 4)

Хүснэгт 4. Макро шимт бодисын илчлэгт эзлэх хувь

Үзүүлэлт	Эрэгтэй (n=64)	Эмэгтэй (n=48)	Нийт дундаж
Нийт илчлэг(ккал)	2003.47±887.5	2069.6±864.8	2031.8±874.5
Уураг (%)	21.4	18.2	20
Нүүрс ус (%)	53.6	55.5	54.4
Өөх тос (%)	25	26.3	25.6

Их Британий хоолзүйн холбооноос зохимжит уургийн хэрэглээ нь 1.1г/кг байна гэж үздэг. Харин A.Cupisti нарын судалгаагаар биеийн жингийн 1 кг тутамд авч буй уургийн хэмжээ 1.08 г байх нь бие махбодийн уургийн хэрэгцээг хангахын зэрэгцээ уургийн бодисын солилцооны дүнд үүсэх хорт бодисын хэмжээг бага байлгахад тохиромжтой хэмжээ гэж үзжээ.[10] Гэтэл бидний судалгаагаар манай өвчтнүүдийн эрэгтэйчүүд 1.53±0.9г/кг, эмэгтэйчүүд 2.1±2.1г/кг уургийн хэрэглээтэй байна (Хүснэгт 5). Уургийн хэрэглээ илүүдэлтэй байх нь хордлогын түвшинг ихэсгэх, дагалдах хүндрэлүүдийг нэмэгдүүлэх хандлагатай байна. Мөн уургийн хэрэглээний хажуугаар илчлэгийг тохируулах нь эдийн нөхөн төлжилтөнд ашиглагдах уургийг гамнахад чухал ач холбогдолтой юм.

Хүснэгт 5. Биеийн жингийн 1 килограммд харгалзах уураг, илчлэгийн бодит хэрэглээ

Үзүүлэлт	**Эр (n=64)**		**Эм(n=48)**		Нийт дундаж
	Дундаж±С.Х	Хэлбэлзэл	Дундаж±С.Х	Хэлбэлзэл	
Уургийн хэрэгцээ				**1.0-1.2 г/кг**	
Уургийн хэрэглээ /гр/	104.9 ±60.6	12-260	93.5±44.9	11-189	100 ±54
Уургийн хэрэглээ, г/кг	1.53±0.9	0.2-4.03	2.1±2.1	0.2-14	-
Илчлэгийн хэрэгцээ	**30-35ккал/кг**				
Илчлэгийн хэрэглээ, ккал	2003.5±887.5	179-3955	2069.6±864.8	807-4058	2031.8±874.5
Илчлэгийн хэрэглээ,ккал/кг	29.7±14	3-64	46.3±46.16	8-130	-

Биеийн жингийн нэг килограмм тутамд авах ёстой уураг болон илчлэгийн хэмжээнд харгалзан илүүдэл дутагдлыг өвчтний хүйснээс хамааруулан тооцсон болно. Дээрхээс үзэхэд нийт хүмүүсийн 57% нь уургийн илүүдэл хэрэглээтэй 32% нь дутагдалтай зөвхөн 11% нь хэвийн хэрэглээтэй байна. (Хүснэгт 6). Илчлэгийн хувьд өвчтнүүдийн 48% бага килокалори хэрэглэж байхад зөвхөн 16% илчлэгийг зохистой хязгаарт хэрэглэж байна.

Хүснэгт 6. Уураг илчлэгийн зохимжтой хэрэглээний байдал

1 кг жинд байх ёстой уургийн хэмжээ	Эрэгтэй	Эмэгтэй	Нийт
<1.0 г/кг	24	12	36/32%
1.1-1.2 г/кг	6	2	6/11%
>1.2 г/кг	34	34	68/57%
1 кг жинд байх ёстой илчлэгийн хэмжээ			
<30 ккал/кг	32	16	48
30-35 ккал/кг	9	7	16
>35 ккал/кг	23	25	48

Дүгнэлт:

Гемодиализын өвчтнүүдэд хоол, шим тэжээлийн доройтол түгээмэл ажиглагдлаа. Шим тэжээлийн доройтлын хамгийн түгээмэл шалтгаан болох ууpаг, илчлэгийн хэрэглээг авч үзэхэд өвчтнүүдийн дунд хүйснээс үл хамааран хэт их хэрэглээ эсвэл хэт бага хэрэглээтэй өвчтөн дийлэнхи хувийг эзэлж байлаа. Уургийн хэт өндөр хэрэглээ бөөрний архаг дутагдлын дүнд бие махбодид үүсэх хордлогыг улам даамжруулах, улмаар өвчтний биеийн байдал, хоол идэх дуршил муудах, бусад дагадлах хүндрэлд нөлөөлөх магадлалтай юм. Нөгөө талаас уургийн хэт бага хэрэглээ нь бие махбодийн эдийг нөхөн төлжүүлэхэд хэрэгцээтэй уургийг хангахгүйд хүргэдэг. Ингэснээр биеийн эдийн уургийн задрал улам даамжирч тураалд хүргэх, биеийн эсэргүүцэх чадвар зэргийг доройтуулж хоёрдогч хүндрэлийг мөн нэмэгдүүлдэг. Өвчтнүүдийн ууpаг, илчлэгийн зохимжгүй хэрэглээ нь эдгээр өвчтнүүдэд чиглэгдсэн диализын үед хоол, тэжээлийн мэдлэг олгох, өвчний үеийн хооллох дадал эзэмшүүлэх ажил хомс байгааг харуулж байна.

1. Ашигласан материал:

1. Гэрэлмаа.Э "Гемодиализын өвчтөнүүдийн хоол, шим тэжээлийн судалгаа" 2012 он Бакалаврын дипломын ажил.
2. Пунсалдулам.П "Бодисын солилцооны эмгэг судлал", 2009 он
3. Отгон Г. "Физиологийн үндэс", ЭМШУИС, 2006 он
4. Гэлэгжамц Х, Ариунаа Т, Энхтуяа Ж. "Бөөр судлал", УБ, 2010 он
5. Цэцэгмаа Ц , Оюунбат Б. "Эмгэг үйл судлал" ЭМШУИС 2004 он
6. Энхтуяа Б. "Хүнсний зохистой хэрэглээний үндэс", 2005 он
7. НЭМХ, ХСТ. "Халдварт бус өвчний эрсдэлт хүчин зүйлийн тархалтын байдал", 2006 он
8. "Хүн амын хоол тэжээлийн физиологийн норм", 2008 он
9. НЭМХ, ХСТ. "Хоол, шим тэжээлийн үндэсний IV судалгаа",2009 он
10. A.Cupisti, C.D'Allesandro,and A.Valeri et al. Food intake and Nutritional Status in Stable Hemodialisis Patients. Renal Failure, 32:47-54,2010.

11. S.Macafee, H.Jackson, and L.Hooper et al. Evindence Based Dietetic Guidelines Protein Requirements Of Adults On Haemodialisis And Pertoneal Dialisis, 4:9,2011.

ХОЁР. 2. УЛАЛМЖЛАЛТ АНАГААХ УХААН

Уламжлалт анагаах ухаан дахь өвчний ангиллын тухай

Ж.Баттуул[1],
tuul_bebe@yahoo.com
Ш.Болд[2], Г.Уянга[3]
Улсын нэгдүгээр төв эмнэлэг[1],
"Ач"АУД.[3,2]

Оршил:

Монголчуудын өвөг дээдэс нүүдлийн соёл иргэншилтэй холбоотой эдийн болон оюуны соёлын олон арван бүтээлийг бий болгон хөгжүүлсээр өнөөг хүрч иржээ. Эдгээр бүтээлийн дотор өвчин эмгэгтэй тэмцэж ирсэн түүхэн хөгжлийнхөө явцад бий болгосон анагаах урлаг, эмчилгээ заслын аргууд онцгой байр эзэлдэг юм. Ялангуяа өвчин түүний шалтгаан, нөхцөл, оношилох, эмчлэх аргыг танин мэдэхүйн нэн эртний хэлбэр домог зүй, шашины үзэл, түүнчлэн гүн ухааны болон шинжлэх ухааны үзлийн үүднээс, энгийн ухамсрын түвшингээс нотолгоо түшсэн тийш гүнзгийрүүлэн хөгжүүлсээр иржээ. Дорно дахины болон манай уламжлалт анагаах ухааны суу билэгтнүүд нь нар, сар, өдөр, шөнө, цаг улирал, хүний бие гэсэн юмс үзэгдэлд хэвийн үед халуун, хүйтэн гэсэн нийтлэг шинжүүд байнга илэрдэгийг ажиглан тогтоогоод, түүнээсээ хөөн ертөнцийн бүх зүйлсийн оршин тогтохын үндсийг ус, шороо ба гал махбодоор жишин ойлгоход хүрч уг онолоо хүний биеийн бүтэц үйл ажиллагаа, идээ ундаа, эм, засал дээр нарийсган хэрэглэхдээ арга билгийн онолыг гаргажээ. Уг онолын дагуу өвчний шалтгаан нөхцлийг ус, шороон махбодын тэнцвэрт харьцааны алдагдал гэж үзэн түүнийг гадаад шинжийг мэдэрч улмаар хүртэж танин мэдрэхүйгээрээ илрүүлэн өвчний халуун, хүйтэн шинж гэж илэрхийлэхийг хамт хийсвэрлэх сэтгэхүйдээ арга-билиг гэж томъёолдог байжээ.[6]

Монгол оронд Манба дацан (Эмчийн сургууль) байгуулагдах үндсэн нөхцөл нь буддын шашин дэлгэрсэнтэй шууд холбоотой юм. Монголд дэлгэрсэн буддын шашны мэдлэг ухааныг даган "Анагаах ухааны дөрвөн үндэс"-ийн урсгал маш хүчтэй дэлгэрэн ар, өвөр Монголд шарын шашны сүм, хийдийн дэргэд эмчийн сургуулиуд олноороо байгуулагдан "Анагаах ухааны дөрвөн үндэс"-ийг "шүн" буюу гол сурах бичиг хэмээн дээдлэн тахиж, иш ухаан, онол, дадлагынхаа үндсийг болгосоор иржээ.[7]

---

[6] Болд Ш. Монгол уламжлалт анагаах ухааны түүх. УБ, 2006

[7] Болд Ш. Монголын уламжлалт анагаах ухааны хөгжлийг эх сурвалжийн судалгаагаар тодруулах нь. Анагаахын шинжлэх ухааны докторын зэрэг горилсон нэгэн сэдэвт зохиол. УБ, 2005

Тухайлбал: өвчнийг шалтгаан, нөхцөл, нэршил, эмгэг үйл явц, эмгэг байдал, эмгэг жам, зүйл, тоо зэрэгт тулгуурлан тодорхой өгүүлж, өвчний бие даасан ангиллыг зохиосон байдаг. Эдгээрийн дотроос:

Гэм ялгасан 101

Эрхэмээр ялгасан 101

Язгууpаас ялгасан 101

Орноор ялгасан 101 гэсэн өвчний ангилал[8] өргөн тархсан бөгөөд нэгд нь 4-ийг барилдуулж 404, үүнийг 4-өөр барилдуулж 1616 болгодог. Үүнээс анагаах орон бус бусдын эрхэт орны үйлийн өвчин 404-ийг хасвал 1212 өвчин болно.

Энэхүү 1212 өвчнөөс бүхнээ нэрийдсэн 404, хуумгай үзэгдлийн 404, нийлээд 808-ыг хасаад үлдсэн нь огоот бүтсэн 404 болно.

Гэмээр ялгасан 101–ийг огоот бүтсэн насны өвчин гэдэг.

Ингэж зүйл, тоогоор ялгасан ч 3 гэмд эс хурсан өвчин гэж үгүй юм. Бадган, хийн гэмээс үүссэн бүх өвчин хүйтэн, цус, шарын гэмээс үүссэн бүх өвчин халуун байдаг тул товчлон ангилвал өвчин бүгдийг халуун, хүйтэнд хураан авч үздэг.[9]

Гэхдээ энэ удаад толилуулж буй зонхилон тохиолдох өвчний ангиллыг хамгийн өргөн хэрэглэдэг арван таван ахуй үес, түүнийг дэлгэрүүлсэн ангиллыг гол үндэс болгон боловсруулах нь нэн чухал юм.

Ангиллын зорилго:

Зонхилон тохиолдох өвчний ангилал нь уламжлалт анагаах ухааны практикт зонхилон тохиолддог өвчний тоо, мэдээллийг бүртгэх, цэгцтэй тайлагнах, дүн шинжилгээ хийх, оновчтой тайлбарлах, харьцуулах, оношийн бүлгээр санхүүжүүлэх, мэдээллийн сан бүрдүүлэх, сургалт, эрдэм шинжилгээ, эмнэлгийн тусламжийн чанарыг сайжруулахад оршино.

Түүнчлэн энэхүү ангилал нь өвчний түүхийн бичлэгийг оновчтой болгох, бичгээр илэрхийлсэн оношийг үсэг, тоогоор илэрхийлэн кодонд шилжүүлж мэдээллийг хадгалах, эрж олоход дөхөм, ойлгоход хялбар болгоно.

Ач холбогдол :

Өвчнийг оношилохдоо юуны түрүүнд өвчний зүйл ангиллын дагуу ямар өвчин болохыг шинжлэн тогтоож улмаар өвчний язгуур шалтгаан, үндсийг танин мэднэ. Тухайлбал: адил бус олон өвчний язгуур дотроос чухам ямар өвчин мөн болохыг бусад өвчнөөс ялган нарийн тогтоох боломжтой болно.

Хий, шар, бадган нь дангаараа өөрийн үндэст, хавсарч хурснаар бусдын үндэст өвчин болдог. Өөрийн үндэст өвчнийг гол, бусдын үндэст өвчнийг гол бус өвчин гэнэ. Өөрийн үндэст өвчин эхэлж, бусдын үндэст өвчин хожим нэмэлтээр үүсдгийг ялган танина.

---

[8] Анагаах ухааны дөрвөн үндэс. Модон барын төвд судар

[9] Болд Ш., Уянга Ё., Дагданбазар Б. Монголын уламжлалт анагаах ухааны алдарт эмч, эрдэмтэн сүмбэ хамба Ишбалжирийн анагаах ухааны зохиол бүтээлийн тойм. Эрүүл энх, 1999, № 3

"Аглэг-4" тангийн фармакогнозын судалгааны асуудалд

[1]С.Булганчимэг, [2]Д.Цэнд-Аюуш, [3]М.Хонгорзул, [4]Х.Даариймаа
[1]Улсын нэгдүгээр төвв эмнэлэг, [2]ЭМШУИС-УАС, [3]Taiwan University, [4]ЭМШУИС-ЭЗС

Судалгааны ажлын үндэслэл:

Монголын уламжлалт анагаах ухаан нь олон зууны турш уламжлагдан баяжигдсаар ирсэн, хүн төрөлхтний түүхэнд соёл иргэншилд оруулсан томоохон өв сан бөгөөд үүний нэгээхэн хэсэг нь ургамал, амьтан, эрдэст бодисын үйлдлийг танин мэдэж, идээ ундаа, эм тан байдлаар хэрэглэж ирсэн уламжлалт арга ухаан юм. Дэлхийн хэмжээнд эмийн ургамал, уламжлалт эмийн худалдаа жил бүр 65 орчим тэрбум долларт хүрдэг гэсэн судалгааг ДЭМБ хийсэн байна. Цаашид энэ эрэлт нь жилд 15% өсөлттэй байх магадлалтай ба 2050 он гэхэд зах зээл 5 триллион долларт хүрнэ гэж таамаглаж байна. Үүнээс үзэхэд олон зуун жил ашигласаар ирсэн уламжлалт эмүүдээ шинжлэх ухааны үндэслэлтэйгээр судлаж баталгаажуулснаар хүн амын эрүүл мэндийг хамгаалах үйлст бодит үр дүн гарах юм. Сүүлийн жилүүдэд Монгол оронд уламжлалт анагаах ухаан нилээд хурдацтай хөгжиж, уламжлалт анагаах ухааны эмнэлгүүдийн ургамал, амьтан эрдсийн гаралтай уламжлалт эмийн хэрэглээ ихсэхийн зэрэгцээ уламжлалт эмийн үйлдвэрлэл өсч, эмийн түүхий эдүүд түүний дотор нийлмэл найрлагатай жоруудыг сонирхон судлаж байна. Тухайлбал: Мана-4 тан нь дархлаа зохицуулгын болон үрэвслийн процессийг зөв эрэмбэлэн хэлбэржүүлэх, антиоксидант, мембран бэхжүүлэх, эсийн нөхөн төлжилтийг хурдасгах үйлдэлтэйг судлан тогтоосон байна. Монгол улсын шинжлэх ухаан технологийг хөгжүүлэх мастер төлөвлөгөөнд зааснаар анагаах ухааны салбарын тэргүүлэх чиглэл нь эм зүй, эм судлал, технологи, стандартын судалгаа, баталгаажуулсан эм, бэлдмэл, хүнсний нэмэлт бүтээгдэхүүн зохион бүтээх явдал гэжээ. Мөн Дэлхийн эрүүл мэндийн байгууллагаас 2002 онд гаргасан уриалгад уламжлалт анагаах ухаанд хэрэглэж буй эм тан, эмчилгээний аргуудыг нотолгоожуулах зайлшгүй шаардлагатайг заажээ. Тиймээс бидуламжлалт анагаах ухаанд давсагны үрэвсэлт өвчин, хар цагаан хуян, хий гүйх, цус хий бөгснөөс цээжинд татсан бадган өвчин, шээс ялгаруулах, хаван хөөх, бөөрний үйл ажиллагааг сайжруулах, бөөрний хий халууныг арилгах үйлдэлтэй "Аглэг-4" танг сонгоу авч судлахаар зорилоо. ''Аглэг-4" тангийн найрлагад Чихэр өвс Glycyrrhiza Uralensis.F, Туйплан Smilax glabra.L, Гишүүнэ

Rheum undulatum.L,;даль Rhododendron Dauricum.L зэрэг 4 эмийн ургамал орно. "Аглэг-4" тангийн нь цайвар бор өнгийн тан эм, амтлаг гашуувтар амттай, сайхан үнэртэй.

Судалгааны ажлын зорилго, зорилт:

Бидний судалгааны ажлын зорилго нь "Аглэг-4" тангийн фармакогнозын зарим үзүүлэлтүүдийг тогтооход оршино.

1. "Аглэг-4" тангийн тоон үзүүлэлтийг тогтоох /чийглэг, үнслэг, усанд хандлагдах бодисын хэмжээ/
2. "Аглэг-4" тангийн макро, микро элементүүдийн агууламжийг тогтоох
3. "Аглэг-4" тангийн биологийн идэвхт бодисын бүрэлдэхүүнийг нимгэн үеийн хроматографийн аргаар тогтоох

Судалгааны материал, арга зүй:

Энэхүү судалгааг ЭМШПУС-ийн Эм зүйн сургуулийн ургамал судлалын лаборатори, Улсын мэргэжлийн хяналтын нэгдсэн төв лаборатори, ШУТИС-ийн Эрдэм шинжилгээний төв лаборатори, УАШУТУК-ийн эм судлалын лабораторийг түшиглэн явуулсан ба УАШУТУК-ийн уламжлалт эмийн үйлдвэрт стандартын дагуу үйлдвэрлэсэн "Аглэг-4" тан болон дөрвөн түүхий эд тус бүрийг судалгааны материал болгож хэрэглэсэн.

Тангийн чийглэг тодорхойлоход тангаас 1гр-аар Explorer OKAUS цахилгаан жин дээр 0.001 гр-ын нарийвчлалтай жинлэн авч урьдчилан тогтмол жинд оруулсан бюскэнд хийж таглан тавина. Бюсктэй дээжний таглааг авч 100-105°С хэмийн халуун хүртэл халаасан хатаах шүүгээнд түргэн тавих ба шүүгээний температур 100-105°С хүрэх үеэс эхлэн түүхий эдийн хатаах хугацааг тооцно. Шинжлэж байгаа түүхий эдийг тогтмол жинтэй болтол хатаалтыг явуулах бөгөөд дээжийг 30 минут хатааж 30 минут эксикаторт тавьж хөргөсний дараа сүүлчийн 2 удаагийн жигнэлтийн хэлбэлзэл 0.01 гр-аас ихгүй байхад дээжийг тогтмол жинтэй болсон гэж үзнэ.

1. Ерөнхий үнсийг тодорхойдоход 1.0-2.0 гр танг Explorer OKAUS цахилгаан жин дээр 0.001 гр-ын нарийвчлалтай жинлэн авч урьдчилан тогтмол жинд оруулсан тигель саванд хийн шатаах зууханд 550-650°С хэмд цайвар саарал болтол улайсган үнсжүүлнэ. Тигельд байгаа үнсний үлдэгдэл бодисууд шатах нь удаан байвал ааштай азотын хүчил буюу 10% азот хүчлийн аммонийн уусмал дусааж норгоод усан халаагуур дээр сорох шүүгээнд ууршуулах дахин шатаана. Шатаалт дууссаны дараа тигелийг халуунаар нь эксикаторт тавьж хөргөөд жигнэнэ.
2. Усанд хандлагдах бодисыг тодорхойлохдоо Explorer OKAUS цахилгаан жин дээр 0.001 гр-ын нарийвчлалтай жинлэн авч 200-250 мл-ийн шувтан колбонд хийж 50 мл уусгагч нэмж бөглөөд 1 цаг тавина. Дараа нь колбоо эргэгч хөргөгчтэй холбон утсарч 2 цагийн турш усан халаагуур дээр шингэнийг буцалтал зөөлөн халаана. Колботой шингэнийг бөглөж хөргөсний дараа жигнэж анхны жинд хүртэл уусгагчийг нэмж хийнэ. Колботой шингэнээ сайн зайлаад хуурай колбонд шүүлтүүрээр шүүнэ. 25мл шүүгдэсийг урьдчилан тогтмол жинд оруулсан шаазан аяганд хийж хуурай болтол ууршуулан хатаагч шүүгээнд 100-105°С-д 3 цагийн турш хатаасны дараа эксикаторт тавьж хөргөөд түргэн жигнэнэ.
3. Макро, микро элементийн агууламжийг тодорхойлохдоо тогтмол жинтэй болгосон шаазан тигельд тангаа хэмжин хийж, 550-650°С цайвар саарал болтол улайсган үнсжүүлэн Рентгенфлюресценцийн багаж HOBILE MESA 500W багажаар тодорхойлсон.
4. Биологийн идэвхт нэгдлийг нимгэн үет хроматографиар тодорхойлох арга. 1гр дээж тус бүр дээр 1:20 харьцаатайгаар метанолд уусгаж эргэх хөргүүртэй усан

халаагуур дээр 1 цагийн турш хандлана. Хроматографын "Силуфол" ялтсанд доод захаасаа 1 см зайтай шинжлэж байгаа уусмалын дээжийг 5-6 дуслыг дусаана. Хроматографын ялтасыг камерт хийн таглаж тавина. Уусгагчийн фронт гарааны шугамаас дээш 15 см зайтай болох үед ялтасыг камераас авна.

Судалгааны үр дүн:

1. Аглэг-4 тангийн тоон үзүүлэлтээр тус тангийн чийглэг нь 3 удаагийн хэмжилтээр 4.5%, үнслэг 5.4%, усанд хандлагдах бодисын хэмжээ 20.9% байлаа.
2. Аглэг-4 тангийн макро, микро элементийн агууламж нь натри/Na/ 1,2мг/г-2,8%, магни/Mg/-2,87мг/г-6,7%, фосфор/P/ 1,2мг/г-2.835%, хүхэр/S/ 0.39мг/г-0.930%, кали/K/ 3,289мг/г-7.675%, кальци/Ca/ 14мг/г-32.761%, хөнгөнцагаан/Al/ 0.87мг/г-2.03%, цахиур/Si/ 2.71мг/г-6.339%, титан/Ti/ 0.11мг/г-0.261%, манган/Mn/ 0.049мг/г-0.115%, төмөр/Fe/ 0.843мг/г-1.967%, зэс/Cu/ 0.006мг/г-0.014%, цайр/Zn/ 0.022мг/г-0.053%.
3. НҮХ-ийн системийн сонголт хийх зорилгоор Этилацетат:шоргоолжны хүчил:мөсөн цууны хүчил:ус (15:1:1:2), Циклогексан:этилацетат (4:1), Толуол:Этилацетат :Шоргоолжны хүчил (7:2:0,5) зэрэг системүүдэд туршин явуулсан. Эдгээрээс тан болон түүний түүхий эдүүд дэх биологийн идэвхит бодисыг ялгах, салгахад хамгийн тохиромжтой уусгагчийн систем нь Толуол:Этилацетат:Шоргоолжны хүчил (7:2:0,5) систем байлаа. Аглэг-4 танд флавоноидын төрлийн бодис, үүнээс R_f утгаар нь авч үзвэл 3-4 флавоноидын гликозид (R_f=0.92, 0.88, 0.84) байгааг тодорхойлж байна. Энэ нь жорын найрлаган дахь түүхий эдүүдийн орцын бүрэн эсэхийг тодорхойлох бүрэн боломжтойг харуулж байна.

Хэлцэмж:

Бидний судалгаагаар "Аглэг-4" танд кальци/Ca/ 14мг/г-32.761%, кали/K/ 3,289мг/г-7.675%, магни/Mg/-2,87мг/г-6,7% зэргийн агууламж өндөр байгааг нь шээс хөөх үйлдэлд нөлөөлж буй хүчин зүйлтэй холбон судлахаар зорилоо.

Дүгнэлт:

1. Аглэг-4 тангийн 4.5%, үнслэг 5.4%, усанд хандлагдах бодис 20.9% байгааг тогтоов.
2. Нимгэн үет хроматографийн хөдөлгөөнт фазаар Аглэг-4 танд толуол:этилацетат:шоргоолжны хүчил (7:2:0.5) харьцаатай уусгагчийн системд тохиромжтой болохыг тогтоов.
3. Тухайн танг НҮХ аргаар флаваноидын гликозид байгааг илрүүлсэн ба цаашид нарийвчлан судлах шаардлагатай байна.
4. Хамгийн их агууламжтай элемент Кальци 14мг/г, Кали 3.2 мг/г, Магни 2.87 мг/г байсан.
5. Цаашид уг тангийн стандартыг боловсруулан, фармакологийн гол үзүүлэлтүүдийг судлаж эм зүйн хүчин зүйлтэй холбож тайлбарлах шаардлагатай байна.

Agleg-4 traditional medicine's pharmacognostic study

Agleg-4 traditional medicinal drug consists from Smilax China (Liliaceae), Rhododendron Adamsii (Ericaceae), Rheum undulatum (Polyganaceae), Glycyrrhiza uralensis (Fabaceae). This traditional medicinal drug's humidity was 4.5%, ash was 5.4%, and extractive matter the in the water was 20.9%. The suitable thin layer chromatography system was selected as toluene: ethyl acetate: formic acid (7:2:0,5). From thin layer chromatography it showed flavanone glycosides. The highest content elements in the traditional medicine were Calcium 14mg/g, Potassium 3.2mg/g, Magnum 2.87mg/g. The major factor for diuretic action is depending on Potassium. Agleg -4 traditional medicinal drug LD_{50} was 8.6 g/kg. It showed this traditional medicine is not toxic by N.I.Siderow's classification. The diuretic effect was 76% more than normal. Agleg -4 traditional medicine is increasing systolic action of heart so it is increasing kidney's filtration and clearance and good medicine for kidney's diseases.

Ном зүй:

1. Амбага М., Болд Ш. Ургамлын эмийн зохистой хэрэглээний удирдамж. УБ, 1999
2. Дагвацэрэн Б. Хишигжаргал Л. Уламжлалт эмт бодис, жорын хяналтын лавламж УБ, 2003
3. ДЭМБ-аас Уламжлалт анагаахын талаар баримтлах стратеги. (2002-2005), 2002
4. Кузнецова М.А Руководство к практическим занятиям по фармакогнозий. Москва, 1980
5. Pharmacopeia of the peoples republic of China. English edition. 1997. vol.1. Beijin, 1997
6. Phytochemical investigation of certain medical plants used in Ayurveda.New Delhi, 2000
7. Б.Дагвацэрэн, Г.Наранцэцэг. Л. Хишигжаргал, С.Зина, З.Оюун, Ө.Батчимэг "Ургамлын эмийн зохистой хэрэглээний гарын авлага" УБ. 2005
8. Natriuretic and diuretic effects of Tropapolum majus (Tropaeolaceae) in rats. Gasparotto A Jr, Boffo MA, Lourenzo EL, Stefanello ME, Kassuya CA, Marques MC
9. Plant Analysis 2008-Planar Chromatograhy Eike Reich[1], Valeria Widmer[1] [1]CAMAG Laboratory, Muttenz, Switzerland
10. A Quarter Century of Pharmacognostic research on Panamanian Flora: Catherina Caballero-George[1], Mahabir P.Gupta[2]
    [1] Institute of Scientific Research and High Technology Services (INDICASAT-AIP), Panama, Republic of Panama
    [2] Center for Pharmacognostic Research on Panamanian Flora (CIFLORPAN), College of Pharmacy, University of Panama, Panama, Republic of Panama
11. Effective Removal and Quantitative Analysis of Pd, Cu, Ni, and Pt Catalysts from Small-Molecule Products

Kim T. Nielsen[a], Klaus Bechgaard[b], Frederik C. Krebs[a]*
[a] The Danish Polymer Centre, RISШ National Laboratory, P.O. Box 49, Roskilde 4000, Denmark
[b] Department of Chemistry, University of Copenhagen, Copenhagen 2100, Denmark

Гишүүний хуян өвчинг сам соруул заслаар эмчлэх, гарсан цусыг захын цусны үзүүлэлттэй харьцуулах

Р.Мөнхжаргал[1], Л.Баттөр [2]
[1] Улсын нэгдүгээр төв эмнэлэг, [2] "Ач" АУДСургууль
e-mail: munkhjargal46@yahoo.com

Товч Утга:

Уламжлалт анагаах ухаан (УАУ)-д яригддаг гишүүний хуян буюу бүсэлхий нугалмын жийргийн ивэрхийн хам шинжүүд, тухайлбал нугасны ёзоор болон нугас, артерийн судасны дарагдал зэрэг нь хүн амын дунд элбэг тохиолддог ч эмчилгээ оношилгооны асуудал нь түвэгтэйн дээр уг өвчнийг УАУ-ны засал болох сам соруулаар эмчлэх нь эмнэл зүйн үр дүн ихтэй арга бөгөөд гарсан цусыг нь эмгэг зүйн өөрчлөлттэй эсэхийг тухайн өвчтөний захын цусны үзүүлэлтүүдтэй харьцуулан үздэг билээ. Бидний судалгаагаар эмнэл зүйн хувьд сайжирсан 62.5%, мэдэгдэм сайжирсан 31.7%, эдгэрсэн 00%, хэвэндээ буюу үр дүн багатай 6.8% гэсэн үр дүн гарсан. Сам соруулаас гарсан цусыг захын цустай харьцуулахад цусны хөдлөл зүйн хувьд өөрчлөлт ихтэй байсан бөгөөд цусны цагаан эс, лимфоцит эсүүд ихэссэн, улаан эс, ялтас эс, гемоглобин, гематокрит эсүүд багассан байв.

Түлхүүр үг: Гишүүний хуян, сам соруул, муу цус, шар ус

Удиртгал:

"Анагаах ухааны дөрвөн үндэс"-т [1] ханах засалд тохирох өвчин нь доргисон ба хямарсан, хижиг, хавдар, яр, тулай, сүрьеэ, гал намс, шар ус, хулгана яр тэргүүтэй халуун ба цус шараас болсон өвчинг хэмээсэн байдаг.

Мөн "Монгол судлалын нэвтэрхий толь, анагаах ухаан" [2] зохиолд сам соруулын засал нь Уламжлалт анагаах ухааны (УАУ) өвөрмөц заслууд болох соруулдах, ханах заслыг уялдуулсан эмчилгээний засал бөгөөд халуун хүйтэн чанартай муу цус, шар усаар шалтгаалсан үе гишүүний өвчин бүхнийг засах засал болно хэмээжээ.

2006 онд судлаач Cheng Ying Sun нарын "Бүслүүр нурууны жийргэвч гулссан буюу суусан гэмийг сам соруулаар эмчилсэн судалгаа" [3], мөн 2004 онд судлаач Bao Ba Tu нарын "Patients of Cervical Vertebra Disease Curred and Clinical Practice Observation by Combining Mongolian Medical Letting out Blood Cupping and Traditional Therapy" [4] нэртэй судалгааны ажлууд нь бүслүүр нурууны ёзоор дарагдах хам шинжийг сам соруул заслаар эмчилэх боломжтой болохыг бидэнд харуулж байна.

Зорилго:

Сам соруулаар гарах цусыг судалж тухайн өвчтөний захын цустай харьцуулах, энэхүү зорилгыг шийдэхийн дор дараах зорилтыг дэвшүүлсэн болно.

1. Сам соруулаар гаргасан цусыг тухайн хүний захын цусны үзүүлэлттэй харьцуулах.

2. Сам соруул эмчилгээний үр дүнг эмнэл зүйн болон цусны шинжилгээний үр дүнгээр тандах.
3. Сам соруул заслын дараа 10 хоногт илрэх эмнэл зүйн шинж тэмдгийг нотолгоонд суурилан тогтоох.

Судалгааны хэрэглэгдэхүүн, арга зүй:

Судалгааг асуумж, шинжлэх арга, багажийн шинжилгээг оролцуулан Улсын нэгдүгээр төв эмнэлгийн уламжлалт зүү эмчилгээний тасаг болон Клиникийн лабораторийг түшиглэн гүйцэтгэв. Бид судалгаагаа явуулахдаа "Ач" АУДС-ийн Биоанагаахын ёс зүйн хорооны зөвшөөрөлийг авч гишүүний хуян өвчтэй 53 өвчтөнийг багажийн болон эмнэл зүйн асуумжийн дагуу судалсан болно. Сам соруул заслын дараа 10 хоногт эмнэл зүйн үр дүнг, эмнэл зүйн удирдамж болсон Japanese Orthopaedic Association (JOA)-гийн аргаар судлан давтан үзлэгийн картыг хөтлөн эмнэл зүйн үр дүнг боловсруулсан болно. Үүнээс 17 өвчтөний сам соруулаас гарах цусыг авч клиник лабораторид шинжлэн тухай өвчтөний захын цустай нь харьцуулан үзэв.

Сам соруулдах арга, техник:

- Өвчтөнийг эвтэй байрлалд суулгах буюу хэвтүүлнэ.
- Шинжлэх аргаар бумба тавих бэлчирээ сонгоно. Сонгосон бэлчирт олон улсын MNS 4621:2008 стандартын дагуу эмнэлгийн зориулалтын спиртэн дэнг ашиглан ариутгасан цэвэр шилэн бумбан дотроо гал улалзуулан оруулж аваад тавина. Бумба тавьсны дараа эмчлүүлэгчээ дулаан хучна. 10-15 минутын дараа бумбаны амсрын орчимд дарж бумбанд агаар оруулан суллаж авна[5].
- Соруулдсан ором дээр нэг удаагийн шивүүр зүүг ашиглан арьсыг нэвтэртэл шивээд дээр нь дахин спиртэн дэнгээр ариутгасан цэвэр, 0.5 мл цитратын найрлага агуулсан бумбаа тавина. Тавихдаа цитратаа асгахгүй байхын тулд доороос дээш хагас хазайлтаар ажлаа гүйцэтгэж дуусгана.
- Шивэх тоо болон гүн гүехний байдал нь өвчтөний биеийн байдалтай уялдуулан 1-5 удаа, 3 мм хэртээ гүн байна[6].
- Бумбанд авч буй цусаа бүлэгнүүлэхгүй байлгахын тулд Na_2-н цитратыг EDTA 2Na (Бүгд Найрамдах Хятад Ард Улсын Шанхай хотын "Antimex Pharmaceuticals Chemicals" Хувьцаат Компани) судалгаандаа ашигласан бөгөөд 0.005 гр нунтаг цитратыг 100 мл нэрсэн усаар найруулан 0.005% ийн концентрацтай байхаар найруулж, ариутгасан бумбаны дотор хоолойг шүршиж мөн цитратыг ашиглахад хэрэглэгддэг 1:4мл гэсэн харьцааны дагуу бумбанд 2 мл цус авна гэж тооцоолон 0.5 мл цитратыг хийж судалгаанд оролцогчийг босоо байдалд цусаа авна. Авсан цусаа нэг удаагийн вакум зүү ашиглан, мөн дээрх компанийн оруулж ирсэн нэг удаагийн $EDTAK_2$-тай хуруу шилэнд савлан авч лабораторийн шинжилгээнд өгнө.

Энмнэл Зүйг судлах JOA гийн арга:

Японы мэс заслын нийгэмлэгээс 1984 онд бүслүүр нурууны өвдөлтийг анагаах баримжааг тогтоох судалгааны аргыг боловсруулж эмнэлзүйн практикт нэвтрүүлсэн. Уг үр дүнг тооцдог арга нь тохиолдолд илрэх шинж тэмдэг, эмчилгээний үеийн

асуумж, өдөр тутам илэрдэг эмнэлзүйн хувиралтыг багтаасан байдаг. Мөн ажиллах чадвар, ажлын чадвар алдалтыг тогтоодог онцлогтой арга.

Эрүүл хүнд хамгийн өндөр нь 29 оноо авах боломжтой судалгааны арга юм.

Эмчилгээний өмнө илэрсэн асуумж, шинж тэмдгийг эмчилгээ хийсний дараах үеийн асуумж, шинж тэмдэгтэй харьцуулан тодорхой тоон утгаар илэрхийлж хувиар бодож гаргана.

Тоон утгыг зохих хувиар илэрхийлж нийт 15 үзүүлэлтийг 3 хүртэл оноогоор үнэлдэг бөгөөд эмчилгээний үр дүн 100% бол эдгэрсэн, 60%-с дээш бол мэдэгдэм сайжирсан, 25-60% бол сайжирсан, 25%-с бага бол хэвэндээ гэж үздэг.

Эмчилгээний үр дүн =	Заслын дараах үзүүлэлт – Заслын өмнөх үзүүлэлт	x100%
	Эрүүл хүний үзүүлэлт – Заслын өмнөх хувь	

Судалгааны ажлын үр дүн, хэлцэмж:

Судалгаанд хамрагдсан хүмүүсийн 25 буюу 47% нь эрэгтэйчүүд, 28 буюу 53% нь эмэгтэйчүүд байсан ба хамрагдсан хүмүүсийн дундаж наслалт 41.0 буюу идэр залуу хөдөлмөрийн насны хүмүүс байлаа. Үүнээс хамгийн өндөр настай нь 65-тай байсан бол хамгийн залуу нь 27-той байлаа.

Ажил эрхлэлтийн байдлаар нь авч үзэхэд талаас илүү буюу 50,8% нь биеийн хүчний хөдөлмөр эрхэлдэг байсан.

Багана нуруу нь хүний биеийн тулгуур эрхтэний үүргийг гүйцэтгэж байдаг учраас багана нурууны өвдөлтөнд мөн биеийн жин шууд хамааралт харьцаанд орших учир судалгаанд оролцогчидыг биеийн жингийн индексээр харьцуулан судалж үзлээ (Table1).

Table 1

Body mass index

		male		female		total	
Gender		number 25	% 47%	number 28	% 53%	number 53	% 100%
BMI	Normal	7	13,2	8	15,1	15	28,3
	overweight	10	18,8	16	30,2	26	49
	T1 level	1	1,9	4	7,5	5	9,4
	T2 level	3	5,65	3	5,65	6	11,3
	T3 level	0	0	1	1,9	1	1,9

Мөн өвдөлтийн хэлбэр, хүчийг эмчилгээний өмнө хүчтэй, дунд зэрэг, бага зэрэг болон өвдөлтгүй гэсэн өгүүлэмжийн дагуу тус тус хувиар илэрхийлэн дараах зургаар харуулав (Figure1).

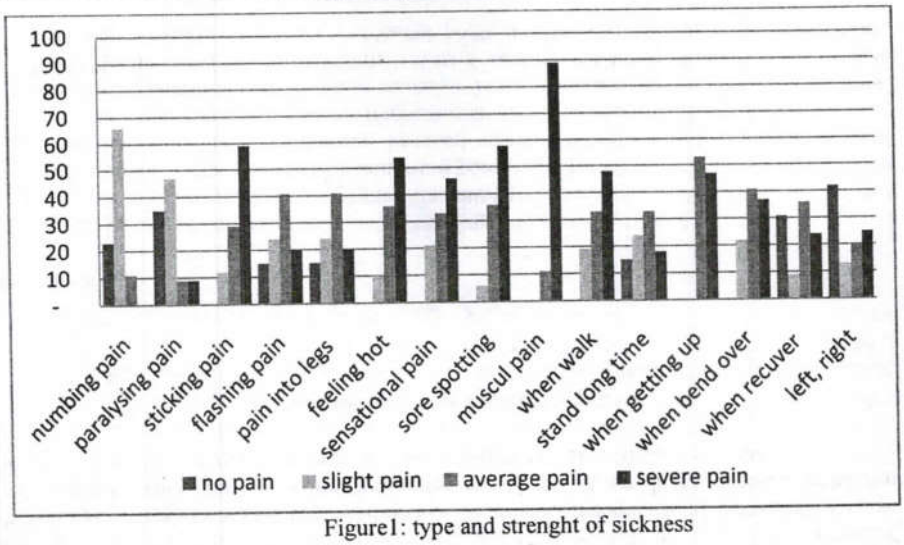


Figure1: type and strenght of sickness

Эмнэл зүйн үр дүн:

Эмнэл зүйн үр дүнг эмчилгээний 10 хоногийн дараа JOAгийн аргаар бодож гаргахад эдгэрсэн 00%, мэдэгдэм сайжирсан 31.70%, сайжирсан 62.50%, хэвэндээ буюу бага зэрэг өөрчлөлттэй 6.80% гэсэн үр дүн гарсан бөгөөд энэ нь Өвөрмонголын судлаач Алтанчимэгийн "Бүсэлхий нугалмын жийргийн ивэрхийг уламжлалт заслын аргаар эмчлэх асуудалд" сэдэвт халуун хатгуур, хятад зүү болон сам соруул заслаар бүсэлхий нурууны ивэрхий өвчнийг 14 хоногт эмнэл зүйн судалгааны үр дүн болон сам соруул заслын үзүүлэлт нь халуун хатгуур, хятад зүү эмчилгээнээс өндөр буюу 83.50% сайжирсан гэсэн үр дүнтэй бидний судалгааны үр дүн дүйж байна(Figure2).

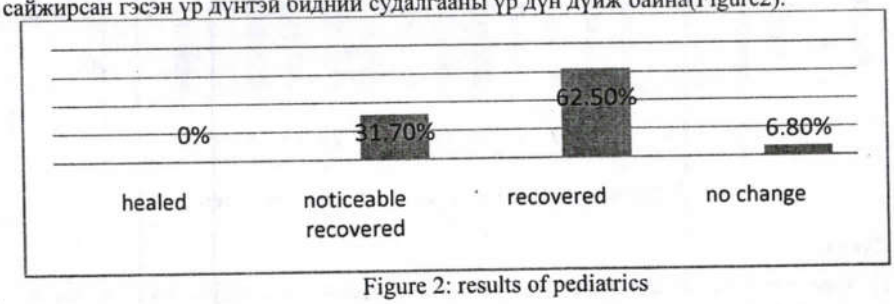


Figure 2: results of pediatrics

Хятадын зарим судлаачид [8] хийсэн судалгаагаар тэр хэсгийн үрэвслийн голомтод хүчилтөрөгч, цусан хангамж дутагдаж, хатгаж цус авахад эсийн хүчилтөрөгчийн ханамж сайжирч, хэсэг газрын цусан хангамж, мэдрэлжүүлэлт сайжирдагийг тогтоосон байдаг нь мөн бидний судалгааны үр дүнтэй нийцэж, байгаа

бөгөөд өөрөөр хэлбэл түнх, хөлрүү дамжиж өвдөх нь 52%-аар намдсан, 32% дамжих өвдөлт арилсан бол 16% нь өөрчлөлтгүй байсан гэсэн сайн үр дүнг үзүүлсэн билээ (Figure3).

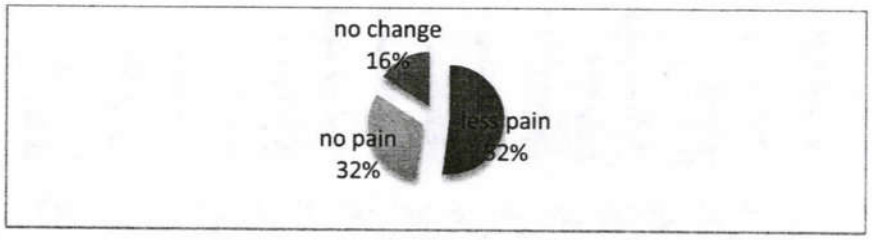


Figure 3: Pediatrics after treatment of pain

Судлаач Д.Цэрэндагва, М.Амбага [9] нарын судалгаагаар муу-цус гэдэг нь иммуносупрессив чанартай цусны улаан эстэй холбоотой бөгөөд хэсэг газраас цус авахад цусан хангамж сайжрахаас гадна, эс гэмтээх хорт бодисыг биеэс зайлуулах, дархлал сайжруулах үйлдэлтэй болохыг тогтоосон байна. Бидний судалгаан дээр сам соруулаас гарсан цусны улаан эсийн хувьд 23.5% нь хэвийн хэмжээнээс бага үзүүлэлттэй, 70.5% нь хэвийн хэмжээний хүрээнд хэдийч захын цустай нь харьцуулахад багассан үзүүлэлттэй гарсан нь дээрх судлаач нарын дүгнэсэнчлэн муу цус нь цусны улаан эстэй холбоотой гэсэнтэй дүйж байна (Figure4).

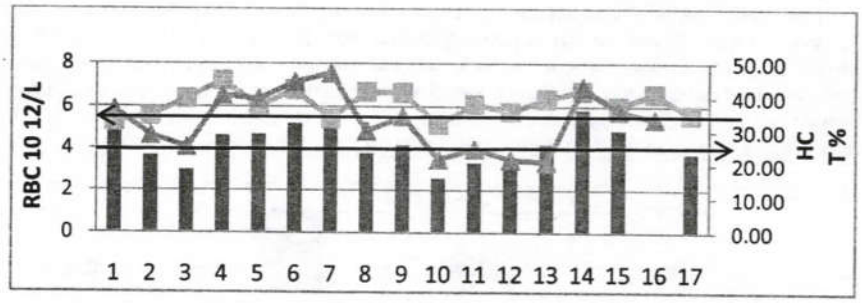


Figure4: Difference in redcell and hematocrite cell

Дүгнэлт:

1. Сам соруулаас гарсан цусны өөрчлөлт захын цустай нь харьцуулахад Цагаан эс, Лимфоцит эсүүдийн ихсэлт, гемоглобин, гематокрит, ялтас эс болон улаан эсийн хэмжээ багассан байна.
2. Судас, бичил эргэлтийн хямралын улмаас өвдөлт үүсэж, мэдрэлийн ширхэгийг цочроон жирэлзэх, хөл дагаж бадайрах, халуун оргих болон чинэрэх зэрэг

өвдөлтийг үүсэж байхад сам соруул заслаар цус гаргаж эмгэг жамын гинжин холбоог эрт тасласан нь эмчилгээний үр дүн сайн байгааг харуулж байна.

Ном зүй:

1. Төвд, М.х., Ханах засалд тохирох өвчин. Уламжлалт Анагаах Ухааны Дөрвөн Үндэс, 1997. доод дэвтэр: p. 504-506.
2. хороо, Ү.х., Сам соруул заслын тухай ойлголт. Монгол судлалын нэвтэрхий толь, анагаах ухаан 2010: p. 595.
3. Sun, C.Y., Бүслүүр нурууны таваг товойсон гэмийн сам соруулаар эмчилсэн судалгаа. Монгол эм, эмнэлгийн хорооны сэтгүүл, 2006 (№8): p. 6
4. Tu, B.B., Patients of Cervical Vertebra Disease Cured and Clinical Practice Observation by Combining Mongolian Medical Letting out Blood Cupping and Traditional Therapy. Докторын зэрэг горилсон нэг сэдэвт бүтээл, 2004 p. 8.
5. УНТЭмнэлэг, Соруулдах засал УНТЭ-ийн Уламжлалт зүү төөнө эмчилгээнд мөрдөх стандарт, 2008
6. Уул.Б, Сам соруул заслын үндсэн зарчим. Монгол эмнэлгийн уламжлалт заслын болор эрх, 2000 p. 43-46
7. Алтанчимэг, Судалгааны үр дүн. Бүслүүр нурууны жиргийн ивэрхийг уламжлалт аргаар эмчлэх асуудал,докторын зэрэг горилсон нэг сэдэвт бүтээл 2010: p. 96-98.
8. Bao Ba Tu, B.L., 腰间盘突出治疗. Хятадын үндэсний эм эмнэлгийн сэтгүүл, 2009 №09 p. 56-62.
9. Цэрэндагва Д., А.М., Төмөрбаатар Н., Саранцэцэг Б., Нарантөгс Ц. , Муу-цусны тухай шинэ санаа. Ханах засал, 2003: p. 66.

THE STUDY OF TREATMENT AND COMPARISON OF BLOOD TEST RESULT WITH END BLOOD TEST WHICH DRIVEN BY ORIENTAL CUPPING METHOD FROM PATIENTS TREATED FOR LUMBAR HERNIATED DISC

Munkhjargal P.[1], Battur L.[2]
[1] Central Clinic, Department of Oriental Medicine
[2] "Ach" Medical University

Abstract :

The sickness rates of lumbar herniated disc and symptoms of waist padding rupture, such as spinal cord compression, arterial vessel compression and spinal marrow compression are very high among population. However, it is not easy to diagnose. This study investigated the possibility to diagnose these sicknesses using an oriental cupping method. In this study we applied several methods such as cupping method, questionnaires, characterization method, and applied a comparative treatment study method of Japanese Orthopaedic Association (back pain evaluation questionnaire) JOA, and driven blood from patients by cupping method was compared with an end blood test results from patients. The comparative study of blood driven by cupping method and the end vessel blood showed that mobility of blood was high and leucocyte and lymphocyte cells were high compared to end vessel blood. The erythrocytes, thrombocytes, hemoglobin and hematocrit were lower in

blood driven by cupping method. The treatment results showed that from all patients 62.5% were improved, 31.7% noticeably improved, 0.00% was healed and 6.8% were no result.

BACKGROUND:
The sickness rates of lumbar herniated disc and symptoms of waist padding rupture, such as spinal cord compression, arterial vessel compression and spinal marrow compression are very high among population. However, it is not easy to diagnose.

Objective of this Study:
This study investigated the possibility to diagnose lumbar herniated disc, symptoms of waist padding rupture, spinal cord compression, and arterial vessel compression using an oriental cupping method and engrain it in the clinic diagnosis and treatment process.

MATERIAL AND METHODS:
Current study was performed in the Department of Oriental Medicine at Central Clinic, Laboratory of Central Clinic. In this study we applied several methods such as cupping method, questionnaires, characterization method, and applied a comparative treatment study method of JOA in 53 patients those have and driven blood from patients by cupping method was compared with an end blood test results from patients. Blood driven from cupping method from 17 patients were compared with end blood test result.

RESULT AND DISCUSSION:
The difference in blood sample which driven by cupping method from end blood was high in leucocytes, lymphocytes. The hemoglobin, hematocrit, trombocytes and red cell number were low in most samples. The efficiency of treatment was evaluated by 5 stage questionnaire (improved, noticeably improved, healed and no-change)and JOA's pediatric instructions. The result showed that 62.5% of all patients were improved, 31.7% were noticeably improved, 6.8% has no-change and 0.0% were healed.

CONCLUSIONS:
1. The difference in blood sample which driven by cupping method from end blood was high in leucocytes, lymphocytes. The hemoglobin, hematocrit, trombocytes and red cell number were low in most samples.
2. We concluded that the illness have began due to the damage of vessel, microcirculation, and which resulted in aggravation of nerve vein, numbness in leg, become hot and gross in legs. The study showed that it is efficient to use cupping method which heal these symptomps in eary stage of illness withdrawing the blood.

Keywords: Oriental medicine, lumbar herniated disc , cupping, bad blood, serum

ШУГТЭ-ийн Уламжлалт эмчилгээний тасагт хэвтэн эмчлүүлэгчдийн дунд толгойн өвдөлттэй эмчлүүлэгч нарт зүү эмчилгээ болон уламжлалт заслын ба курс эмчилгээний үр дүнг тооцох нь:

Ү.Номин ШУГТЭ, Уламжлалт эмчилгээний тасаг
ntn_eu@yahoo.com

Удиртгал:

Монгол оронд сүүлийн жилүүдэд манай орон нүүдлийн соёл иргэншлээс суурийн амьдралд шилжсэнтэй холбоотой амьдралын хэв маяг өөрчлөгдөж стресс бухимдлаас гадна толгой өвдөх хам шинжтэй эмчлүүлэгч нар олшрох болсон. Байнгын эм ууж толгойн өвчнөө түр зуур намдааж явах бус зүү эмчилгээ, уламжлалт заслаар толгойн өвдөлтөөс ангижирч цаашид дахин өвдөхгүй байж үр дүнг тооцох нь судалгааны ажлын үндэслэл болсон юм.

Судалгааны ажлын зорилго

Толгой өвдөх шалтгааныг уламжлалт арга билигийн онолоор тайлбарлаж зүү эмчилгээ болон эмийн бус заслын аргаар өвдөлтийг намдааж үр дүнг тооцох нь судалгааны ажлын үндэслэл болно.

Судалгааны ажлын арга зүй:

2012-2013 оны хооронд уламжлалт эмчилгээний тасагт хэвтэн эмчлүүлсэн толгой өвдөх хам шинжтэй байнгын толгойн өвдөлттэй 25 эмчлүүлэгчийг судалгаанд хамруулсан болно. (Урд нь байнгын мэдрэлийн эмчид үзүүлж эм уудаг болон толгойн толгойн КТГ хийлгэж байсан болно) Толгойн өвдөлийг уламжлалт аргаар халуун, хүйтэн, харшилдсан зэрэг өвдөөд олон жил болж байгаа болон сар жилээр өвдөлтийг тогтоов. Мөн эртний хятад анагаах ухааны ном сударт өгүүлснээр толгой өвдөх гол үндсэн шалтгаан бол хий цусны хямралаар болон халуун хүйтнээр толгой өвдөх гэж тайлбарласан байдаг байна. Хятадын анагаах ухааны зүү эмчилгээ болон Монголын уламжлалт анагаах ухааны заслын (шивүүр, ханууp, төөнүүр, эм тан засал) эмчилгээний сурах бичгүүдээс шүүн үзэж эмчилгээний жоруудыг сонгон авч судалгаандаа ашигласан болно. Судалгаанд нийт оролцогчдоо

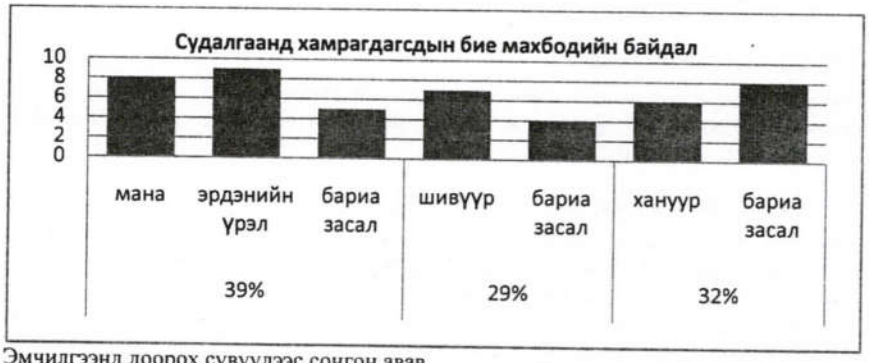
1. Хийгээр толгой өвдөх
2. Халуунаар толгой өвдөх
3. Халуун хүйтэн харшиж толгой өвдөх бүлэгт хуваасан.

Нийт судалгаанд оролцогчдийн 100 % 31-65 насны эмэгтэй хүмүүсийг асуумжаар түүвэрлэн авч судалгаанд хамруулсан болно. Асуумжаар эмчлүүлэгчдийн 64% буюу 16 хүн сүүлийн 5 сараас 13 жил байнгын толгойн өвдөлттэй. Үлдсэн 36% 9 эмэгтэй сүүлийн 3 сараас 5 жилийн хооронд толгой өвдөж байгаа эмчлүүлэгчид байсан болно. Нийт судалгаанд хамрагдсан эмчлүүлэгчиддээ зүү эмчилгээг 14 хоног, давтан эмчилгээ 10 хоногийн дараа дахин 14 хоног зүү тавьсан байгаа. 39% буюу 9 хүнд

төөнүүр засал болон цагаан тан эрдэнийн үрэл эмтэй хавсарсан, 32% буюу 8 хүнд бариа засал, 29% буюу 7 хүнд шивүүр хануур заслын эмчилгээ хийгдсэн.

Судалгаанд хамрагдагсадын нас, хүйс, өвдсөн хугацаа болон ажил амьдралын байдал

№	Нас	Хүйс	Өвдсөн хугацаа	Ажил эрхлэлт, амьдралын байдал
1	31-45	эм	5 сараас 2 жил	Хувиараа, зах дэлгүүрийн худалдагч,малчин,цэцэрлэг сургуулийн багш нар байсан
2	45-55	эм	3 сараас 12 жил	Сувилагч, багш, эдийн засагч нягтлан, тогооч, хувиараа наймаа хийдэг хүмүүс
3	55-65	эм	9 сараас 13 жил	Тэтгэвэрт суусан хүмүүс



Эмчилгээнд доорох сүвүүдээс сонгон авав.
白会 bai hui, 太阳 tai yang , 风池 fengchi, 合谷 hegu, 太冲taichong, 上星 shan gxing, 心俞xinshu , 肝俞gan shu ,肾俞 shen shu, 脾俞pishu , 足三里zusanli, 三阴交san yin jiao, 血海 xue hai, 印堂 yin tang, Эдгээр сүвүүдийг халуунаар, хийгээр, халуун хүйтэн харшсан зэргээс толгой өвдөж байгаад эд эрхтэнүүдийнхээ сүвийг дагуулан тавьна.

Үр дүн:

3 сарын дараа давтан үзлэгээр 74% буюу 19 хүн толгой дахиж өвдөөгүй, үлдсэн 26% буюу 6 хүн хааяа толгой өвдөж байгаа гэсэн үр дүн гарсан болно. Дээрх 6 эмчлүүлэгчийн 3 хүн нь давтан курс эмчилгээндээ ирээгүй болно.

Дүгнэлт:

Архаг толгойн өвдөлттэй хүмүүст зүү болон уламжлалт заслын курс эмчилгээ үр дүнтэй байна. Эмчилгээний үр дүн нь курс эмчилгээний давтамжаас хамаарч сайжирч байгаа нь судалгааны үр дүнгээс хамаарч байгаа нь харагдаж байна.

Ашигласан хэвлэл:

1. 中医针灸学 2007 年书Хятадын анагаах ухааны зүү судлал
2. Уламжлалт анагаах ухааны Саран заслын хаан,
3. Дөрвөн рашаан,
4. Дөрвөн үндэс,
5. 5 засал,
6. Жидангар,
7. УАУ-ны заслын судлал
8. Baidu.com

ХОЁР.3. МЭДРЭЛ СУДЛАЛ

Улаанбаатар хотын эмнэлгүүдэд тархины харвалтаас шалтгаалсан нас баралтын байдал

Р.Амарбаясгалан[1], Л.Энхсайхан[2], Ж.Долгормаа[2], С.Айгуль[2], Ц.Түмэндэмбэрэл[2]
[1]УНТЭ, [2]Баян-Өлгийн НЭ, [2]Сүхбаатар дүүргийн НЭ

Судалаагны зорилго:

Монгол оронд тархинд цус харвалтын өвчлөл, нас баралтыг 1960 оноос 1999 оны хооронд тасралтгүй үечилсэн байдлаар судлан дүгнэлт хийгдэж ирсэн. Энэ судалгаанаас харахад 1995 оноос хойш харвалтын өвчлөл, түүнээс шалтгаалсан нас баралт тасралтгүй өсч байгаа нь бид Улаанбаатар хотод байрладаг том клиникийн эмнэлгүүдэд харвалтын улмаас нас барсан тохиолдлуудыг судлан, тодорхойлохыг зорьсон юм.

Судалгааны арга: Бид Улаанбаатар хот дахь 9 том эмнэлэг харвалтын улмаас нас барсан тохиолдлын аутопсын материалд судлан үзсэн. Судалгаандаа харвалтын хэв маяг, нас хүйсний бүлгүүдийн эзлэх хувийг тус тус гаргаж харьцуулан, харвалтын динамикт дүгнэлт хийв.

Судалгааны дүн:
Бид Улаанбаатар хотын 9 том эмнэлэгт хийгдсэн 1994-1996, 2002-2004, 2008-2009 оны үечилсэн судалгааны материалаас инсультээр аутопсийн шинжилгээнд орсон тохиолдлуудыг сонгон авч тохиолдлын тоог онуудаар нэгтгэн харьцуулж хүйсийн ялгаагаар судлан үзлээ. Судалгаанд хөдөөний 18 аймаг, хотын бүх дүүргийн хүн амд үйлчилдэг State 1-th hospital нь жилийн дундаж 1996 онд 9,5, 2004 онд 24,6, 2009 онд 44,5, State 3-th hospital нь 1996 онд 38,6, 2004 онд 27,3, 2009 онд 15,5 байгаа нь хамгийн их ачаалалтай байдаг нь харагдаж байна.

Хүснэгт 1. Улаанбаатар хотын эмнэлгүүдэд инсультээр аутопсийн шинжилгээнд орсон тохиолдлуудыг оноор болон хүйсээр харьцуулсан байдал

№		1994-1996 (тохиолдлууд)				2002-2004 (тохиолдлууд)				2008,2009 (тохиолдлууд)			
		Male	Female	бүгд	Жилийн дундаж	Male	female	бүгд	middle	male	Female	бүгд	Жилийн дундаж
1	1th State hospital	15	13	28	9,5	41	33	74	24,6	41	48	89	44,5
		5,3	5,4	5,9									
2	2th State hospital	3	-	3	1	4	6	10	11,6	4	5	9	4,5
		1,8	-	0,9									
3	3th State hospital	63	53	116	38,6	46	36	82	27,3	34	32	66	33
		36,8	39,5	38,0									
4	Hospital of Bayanzurkh District	21	12	33	11	25	20	45	15	25	21	46	23
		12,3	8,9	10,8									
5	Hospital of Han-Uul District	14	12	26	8,6	27	10	37	12,3	18	13	31	15,5
		8,2	8,9	8,5									
6	Hospital of Songino-Hairhan Disrict	17	9	26	8,6	20	19	39	13	24	12	36	18
		9,9	6,7	8,5									
7	Hospital of Army	4	2	6	2	15	10	25	8,3	7	5	12	6
		5,9	1,5	3,9									
8	Hospital of Suhbaatar District	6	4	10	3,3	23	19	42	14	14	9	23	11,5
		3,5	2,9	3,2									
9	Hospital of Chingeltei District	28	23	51	17	34	33	67	22,3	14	11	25	12,5
		16,4	24,6	20									
	бүгд	171	128	**299**	**99,6**	235	186	**421**	**145,3**	181	156	**336**	**168,5**
		100	100	100		100	100	100		100	100	100	

Хүнэгтээс харахад 1994-1996 онуудад тархины инсультээр нас барж аутопсийн шинжилгээнд орсон хүний тоо 299(Д.Баасанжав,1994), 2002-2004 онд 421 (Д.Баасанжав), 2008-2009 онд 336(Р.Амарбаясгалан, Ж.Ариунаа, П.Дуламрагчаа 2009) байгаа нь инсультээр нас баралт жилээс жилд ихсэж байгааг харуулж байна. Хүйсээр эрэгтэйчүүд эмэгтэйчүүдээсээ 5,3 хувиар илүү байна(t-3.83, $p<0.001$). Жилийн дундаж үзүүлэлтийг харьцуулахад 1996 оноос 2004 онд 45,8 хувиар, 2008-2009 оныг 1996 онтой харьцуулбал 69,1 хувь, 2004 оныхоос 23,3 хувиар өссөн байна.Эдгээр судалгаанаас харахад геморрагийн хувь нь ишемийгээс их байгаа нь ажиглагдаж байна(p-0,05).

Хүснэгт2 УБ хотын хүн амын дундах тархины харвалтын өвчлөлийн давтамжийг хэв шинж бүрээр нь болон харвалт дотор хэв шинж бүрийн эзлэх хувийн байдал

№	Хэв шинж	Хүйс	т\т 1998-1999	1000 хүн амд	т\т 2008-2009	1000 Хүн амд	Нийт харвалтын дотор эзлэх хувь
1	Ischaemic stroke	Male	497	1,21	515	1,25	27,3
		Female	464	1,09	455	1,06	29,4
		нийт	961	1,15	970	1,16	28,3
2	Hemorrhagic stroke	Male	596	1,45	1606	3,8	59,4
		Female	592	1,37	1496	3,5	67,0
		нийт	1161	1,41	3102	3,7	62,5
3	Subarachnoid hemorrhagic	Male	90	0,28	116	0,3	5,5
		Female	82	0,22	78	0,2	5,1
		нийт	172	0,25	194	0,28	5,36
4	Incertain type	Male	83	0,42	54	0,27	3,6
		Female	78	0,37	45	0,21	3,9
		нийт	161	0,40	99	0,24	3,81
Дүн		Male	1239	3,12	2465	6,2	100
		Female	1216	2,62	1900	4,09	100
		нийт	2455	2,96	4365	5,26	1000

Энэ судалгаанаас харахад Улаанбаатар хотод 1998-1999 онд инсультийн өвчлөл 2455 байсан бол 2008-2009 онуудад 4365 болж, 1000 хүн амд ноогдох өвчлөлийн жилийн давтамж 1998-1999 онд 2,96 байсан бол 2008-2009 онд 5,26 болж өссөн байна. Тархины шигдээс ба тархинд цус харвах 2 хэв шинжийн хоорондын харьцаа 1:1,44(Д.Баасанжав, 1999) байсан бол 1:1,76(Р.Амарбаясгалан,2009) болсон байна. Хүйсний харьцаа (эр:эм) 1:1 байсан бол 2008-2009 онд 1:1,2 байна(t-3.83, p<0.001).

Дүгнэлт:

1. Онуудын үечилсэн судалгаанаас харахад нас баралт 1996 оноос 2008 онд 69,1 хувиар, өвчлөлийн давтамж 1998,1990 онуудаас 2008-2009 онд 2,96-5,26 болж 2,3-аар өссөнөөс үзэхэд харвалт оноос онд тасралтгүй өсөж ирсэн нь харагдаж байна. Энд ялангуяа тархинд цус харвах хэлбэр илүү нэмэгдсэн нь харагдаж байна.
2. Тархинд цус харвалт түүнээс гарах эрсдэл эрс нэмэгдэж байгаа нь олон хүчин зүйлтэй холбоотой байгаагаас нийгмийн хямрал, суурь өвчнийг эмчлэх , хянах асуудал суларсан, хүн амын дунд эрүүл амьдрах хэвшил муу байгааг харуулж байна. Хүн амын дунд эрүүл амьдрах хэвшлийг сургах эрүүл мэндийн сургалтыг эрчимжүүлэх, суурь өвчнийг эрт илрүүлэн эмчлэх, улс орондоо харвалтын систем, харвалтын төвүүдийг бий болгон яаралтай тусламжийг цаг алдалгүй үзүүлэх явдал юуны урьд чухал байна.

TREND OF STROKE INCIDENCE AND ITS MORTALITY AMONG MONGOLIAN POPULATION: PERIODICAL STUDY IN NINE HOSPITALS OF ULAANBAATAR, 1994-1996, 2002-2004, 2008-2009

Amarbayasgalan R[1], Enkhsaikhan L[2], DolgormaaJ[2], Tumendemberel Ts[2] Aigul S[2]
[1] Mongolian State Hospital, [2]BayanUlgii Hospital, [2]Sukhbaatar District Hospital

Background:

We have studied the incidence of stroke and its mortality since 1960s however few studies have been done with its specific time periods. The purpose of our study is to determine the trend of stroke incidence and its mortality in Mongolia in three periodicals.

Methods:

We analyzed secondary data consisted with the incidence of stroke, its mortality and autopsy analysis integrated from the nine hospitals where stroke cases are being received from both capital city and provinces. We explored and identified types of stroke, weight of demographic inputs (gender) and per rate of stroke cases in population of a thousand people. It was investigated and compared the rate of mortality cases from autopsy data in accordance to gender and per average in a year. We analyzed the case inputs of autopsy analysis that integrated from the data of nine hospitals in three periodicals by dividing into the gender difference.

Results:

The mortality from stroke in 1994-1996, 2002-2004, 2008-2009 were 299, 421 and 336 means that the death rate is being increased gradually. The weight of males is higher than females by 5,3 percent (t-3.83, $p<0.001$). The average rate of per year it was increased by 45.8 percent in 2004 than 1996, by 69.1 percent in 2009 than 1996, and by 23,3 percent than 2004. The rate of hemorrhagic stroke is higher than ischaemic stroke ($p<0.05$). The incidence of stroke has being increased from 2455 to 4365 within 1998, 1999 – 2008, 2009, the frequency of illness in per population of 1000 people from 2.96 to 5.26. The ratio between ischaemic and hemorrhagic stroke was changed from 1:1,44 into1:1,76. Gender ratio was changed from 1:1 (male:female) to 1:1.2 (t-3.83, $p<0.001$) during 2008-2009.

Conclusions:

The gradual increase incidence of stroke and its mortality in three periodicals 1994-2009 mean poor stroke prevention among Mongolian population, lack of organized stroke care and need for "stroke unit" in hospitals of city Ulaanbaatar.

Монгол орны нөхцөлд тохиолдож байгаа тархины шигдээсийн үүслийг судалсан нь

Р.Амарбаясгалан[1], Ц.Түмэндэмбэрэл[2], С.Айгуль[2], Ж.Долгормаа[2]
[1]Улсын нэгдүгээр төв эмнэлэг, [2]Баян-Өлгийн НЭ, [2]СБД-ийн НЭ

Удиртгал:

Тархинд шигдээс үүсэх, тархины цус хомсрох хам шинж үүсэх гол шалтгаан нь тархины суурь хэсгийн судаснууд хатуурах, нарийсах, бөглөрөх шалтгаантай байдаг. 1970 оны үеэс тархины хэт авиан шинжилгээний аргыг анагаах ухаанд хэрэглэж, захын судасны бөглөрлийг, 1980 оноос транскраниал допплерографын аппаратаар гавлын дотоод артеруудын бөглөрлийг тогтоон, эмнэлгийн практикт өргөн ашиглаж ирсэн байна. Тархины допплерографын шинжилгээгээр тархины судсыг бөглөрсөн үед оношлохоос гадна бөглөрөхөөс өмнө эрт үед нь судасны эмгэг байдлыг тогтоох, хянах, шигдээс болохоос урьдчилан сэргийлэх ач холбогдолтой юм. Дэлхийн судлаачдын судалгаанаас үзэхэд цагаан арьст хүмүүсийн дунд гүрээний гадна артерийн нарийсал, түүн дээр суурилсан бөглөрөл их байхад, азийн хүмүүсийн дунд гавлын дотоод артери нарийсал бөглөрөл нь их байгааг бичсэн байдаг. Монголын хүн амын дунд судасны бөглөрлийн шалтгаан, эмгэг жамыг допплерографын аргаар судалж тодорхойлохыг бид судалгааныхаа зорилго болголоо.

Түлхүүр үг: тархины артери, допплерографи, цусны урсгалын хурд, нарийсал, бөглөрөл

Судалгааны зорилго:

Тархины допплерграфийн шинжилгээгээр 60 дээш насны хүмүүст тархины судасны хурц болон архаг дутагдлын үеийн гемодинамикийн өөрчлөлт, гавлын гаднах ба доторхи артери судсуудын хатуурал, нарийсал болон түүний зэрэглэлийг тогтоох тавив.

Судалгааны арга:

Бид 60 болон түүнээс дээш насны, тархины шигдээс бүхий 100 хүн, мөн тархины цусан хангамжийн архаг дутагдал бүхий 100 хүн, нийтдээ 200 хүнд тархины цусны эргэлтийн үзүүлэлтийг хэт авиан допплерографийн аппаратаар хэмжиж статистик боловсруулалтыг оруулж дүгнэв.

Судалгааны явц:

Тархины шигдээс бүхий 100 хүнд ТСД оношлогоо хийхэд 54 тохиолдолд гавлын гадна судасны спектрийн өөрчлөлт, 12 тохиолдолд A.carotis interna-ийн гавлын гаднах хэсгийн бөглөрөл, гавлын гаднах судасны нарийсал 50 тохиолдолд, a.vertebralis-ийн

бөглөрөл 2 тохиолдолд илэрч, тархины шигдээс өвчний үед гавлын гаднах судасны хатуурал нь гүрээний дотор артерт 13,7-20% , эгэмний артерт 20,2%, нарийсал тархины өмнөд ба дунд артерийн бүсэд 18,5-25% , нуруу суурийн савд 10% орчим байна. Тархины шигдээс өвчний үед эгмийн болон гүрээний дотор артерийн бөглөрөл 2% илэрч байна. Тархины цусан хангамжийн архаг дутагдалтай 100 ахмадад судалгаа хийхэд гүрээний ерөнхий артерийн хатуурал 24%-д, эгэмний артерийн бөглөрөл 11%, гавлын доторх артерийн нарийсал 12,2%-д, гавлын доторхи бүх судасны гүйдлийн удаашрал 12% байв.

Дүгнэлт:

1. Тархины шигдээсийн үед илэрсэн дээрх өөрчлөлтүүд нь монгол оронд тархины шигдээс үүсгэх гол шалтгаан нь том судасны нарийсал, бөглөрөл бус болох нь харагдаж байна.
2. Монгол хүмүүст тархины шигдээс үүсгэх хүчин зүйлд тархины гүний артериолуудын өөрчлөлтүүд, гүний шигдээсүүд зонхилж байгаа нь Азийн судлаачдын дүгнэлттэй ижил байна.

STUDY ON THE ISCHEMIC STROKE OCCURRENCE IN MONGOLIA.

Amarbayasgalan R[1], Tumendemberel Ts[2] Aigul S[2], Dolgormaa J[2],
[1,2]Mongolian State Hospital, Bayan-Ulgii Hospital, Sukhbaatar District Hospital

Background and aim:

The objective of this survey was to determine and compare by using the ultrasound Dopplersonography analysis the hemodynamical changes, the grades of sclerosis and stenosis of extracranial and intracranial cerebral vessels on patients with acute and chronic cerebrovascular diseases of over 60 years of age.

Methodology:

We have measured the cerebral blood circulation indicators on 100 patients of above 60 years of age with ischemic stroke and 100 patients with chronic cerebrovascular diseases by using the ultrasound Dopplersonography and made the statistical analysis and conclusions.

Results:

The results of diagnosis by Dopplersonography in 100 patients with ischemic stroke: in 54 cases occurred spectral changes in extracaranial vessels, in 12 cases - occlusion of a.carotis interna , in 50 cases - the stenosis of extracranial vessels and in 2 cases – the occlusion of

a.vertebralis. The 13.7-20.0% of sclerosis of extracranial vessels occurred in a.carotis interna; 20,2% in a.subclavia; the 18,5-25% of stenosis occurred in a.cerebra anterior and media, and 10% in vertebral and basal cerebral arteries. The occurrence of occlusion of a.carotis interna and a.subclavia was equal to 2% in the ischemic stroke.

While doing the study among 100 elderly patients with chronic cerebrovascular diseases, the 24% of patients had the sclerosis of a.carotis , 11% had the intracranial vessels stenosis, 12.2% the stenosis of intracranial vessels and 12% had the decreased value in average flow velocity of all cerebral arteries.

Conclusions:

1. The above changes occurred in case of Ischemic stroke show that the main reason of Ischemic stroke occurrence in Mongolia are not the stenosis and occlusion of vessels.
2. The fact that the prevailing factors of occurrence of Ischemic stroke in Mongolia are changes in cerebral small vessels and ischemic lacunar changes is similar to the conclusions of other Asian researchers.

Аалзавчийн дорх цус харвалтын явц, эмнэл зүйн онцлог

Т.Баасандорж[1], Ш.Хонгорзул[1], С.Сымбат[1], Т.Бүрэнжаргал[1], М.Отгонтуяа[1], Л.Энхсайхан[1]
Улсын нэгдүгээр төв эмнэлэг МЭСК

Түлхүүр үг:

Тархины цус харвалт, АДЦХ, судасны цүлхэн, мальформаци

АДЦХ нь нэн яаралтай тусламж шаарддаг амь насанд аюултай эмгэг юм. Австрийн Вена хотын Анагаах Ухааны Их сургуулийн профессор Кристиан В Матулагийн 2009 онд хийсэн судалгаагаар тархины артерийн судасны цүлхэн хагарсан өвчтөнүүдийн 12-15 % нь эмнэлэгт хүргэгдэж амжилгүй, 25-30% мэс заслын өмнө ба дараа нас барж,20-25% нь хөдөлмөрийн чадвараа алддагийг тогтоожээ. Иймд АДЦХ-ыг богино хугацаанд оношлох нь өвчтөний амь насыг аврах нэг хүчин зүйл юм. Иймээс бид доорх судалгааг явууллаа.

Зорилго:

Аалзавчийн доорхи цус харвалтынэхлэл, явц, эмнэл зүйн онцлогийг тодорхойлох зорилго тавилаа.

Судалгааны арга зүй, хүн ам:
УНТЭ-ийн МЭСК-т 2011-2012 онд АДЦХ оношоор хэвтэн эмчлүүлсэн үйлчлүүлэгчдийн өвчний түүхэнд эргэмж судалгааны аргаар хийв. Статистик боловсруулалтыг MO Excel, Epi Info 7.0 программуудыг ашиглан хийлээ.

Үр дүн хэлцэмж:

Бидний судалгаанд хамрагдсанАДЦХ-тай хүмүүсийн 17 буюу 28,3% АД гэнэт ихэссэнтэй холбоотой, 10 буюу 16,6% нь биеийн хүчний ачаалал, хүнд юм өргөх үед, 8 буюу 13,3% нь дүлэх, найтаах, ханиахад, 5 буюу 8,3% нь бөөлжилтийн улмаас, 4 буюу 6,6% нь хүчтэй сэтгэл хөдлөл, стрессээс болж АДЦХ болсон байв.

Хүснэгт 1

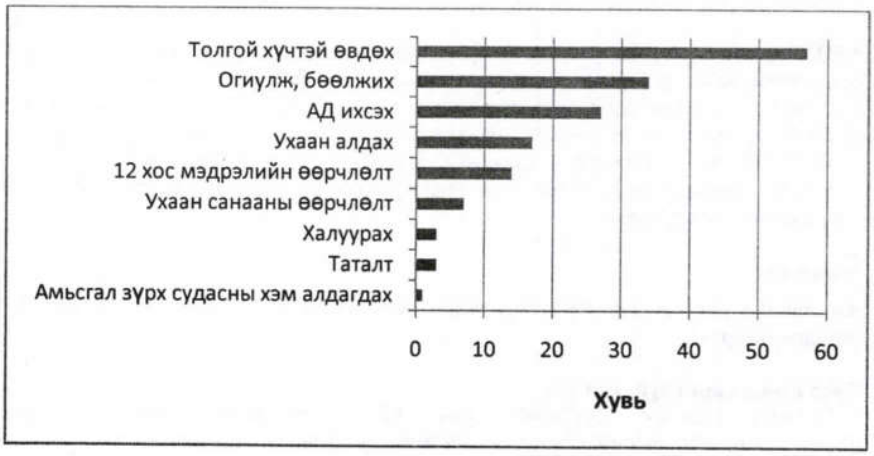
АДЦХ эхлэхэд нөлөөлөх хүчин зүйлс (давхардсан тоогоор)

Д/д	Хүчин зүйлс	Давтамж	Хувь
1	Хүчтэй сэтгэл хөдлөл, стресс	4	6.6%
2	Биеийн хүчний ачаалал, хүнд юм өргөх	10	16.6%
3	Хүчтэй бөөлжих	5	8.3%
4	Дүлэх, найтаах, ханиах	8	13.3%
5	Гэмтэл	2	3.3%
6	Артерийн даралт гэнэт ихсэх	17	28.3%
7	Бусад	20	33.3%

АДЦХ-тай нийт 60 өвчтөний 59 нь буюу 98,33% нь анх удаа, 1 тохиолдол буюу 1,67%-д нь давтан тохиолдсон байна. Өвчин 63,33%-д нь толгой маш хүчтэй өвдөх, 50%-д ухаан алдаж унах, 46,67%-д нь огиулж бөөлжүүлэх шинж тэмдгээр анх эхэлж, үзлэгээр нийт өвчтөний 95%-д нь мэнэнгийн шинжүүд илэрлээ.

Диаграмм 1

АДЦХ-ын эмнэл зүйн шинжүүд



Хүснэгт №2 Үзлэгээр илэрсэн өөрчлөлт

Үзлэгээр илэрсэн өөрчлөлт		Давтамж	Хувь	95% Итгэхинтервал	
				Доод	Дээд
Ухаангүй		6	10.00%	3.76%	20.51%
Гурвалсан мэдрэлийн гарах салаанд эмзэглэлтэй		13	21.67%	12.07%	34.20%
Голомтот шинж		16	26.67%	16.07%	39.66%
Мэнэнгийн шинж	Нийт	57	95.00%	86.08%	98.96%
	Хүзүүний хөшингө	55	91.67%	81.61%	97.24%
	Кернигийн шинж	40	66.67%	53.31%	78.31%
	Брудзинскийн шинж	3	5.00%	1.04%	13.92%

Дүгнэлт:

1. АД гэнэт ихэссэх, биеийн хүчний ачаалал, хүнд юм өргөх, дүлэх, найтаах, ханиах, бөөлжилт, хүчтэй сэтгэл хөдлөл, стресстэй холбоотой судасны цулхэн хагарч АДЦХ үүсэх эхлэл болж байна.
2. АДЦХ-тайхүмүүст толгой хүчтэй өвдөх, огиулж бөөлжүүлэх, артерийн даралт ихсэх,мэнэнгийн шинж илэрхий хувийг эзэлж байв.

Аалзавчийн дорх цус харвалтын шалтгаан зүйн зарим асуудал

Т.Баасандорж[1], Ш.Хонгорзул[1], С.Сымбат[1], Т.Бүрэнжаргал[1], М.Отгонтуяа[1], Л.Энхсайхан[1]
Улсын нэгдүгээр төв эмнэлэг МЭСК

Түлхүүр үг: Тархины цус харвалт, АДЦХ, судасны цулхэн, мальформаци

Манай оронд тархины харвалт хүн амын нас баралтын тэргүүлэх шалтгаануудын тоонд ордог бөгөөд аалзавчийн доорхи цус харвалт (АДЦХ) нь давтан харвалт өгөх нь элбэг учир нас баралт өндөртэй. Д.Баасанжав нарын 1998-1999 онд хийгдсэн судалгаагаар нийт харвалтын 7%-ийгАДЦХ болохыг тогтоосон байна. Иймд АДЦХ-ын шалтгаан зүй, оношилгоо эмчилгээний асуудлыг судлах нь чухал ач холбогдолтой.

Зорилго:

Аалзавчийн доорхи цус харвалтын оношлол, зонхилох шалтгааныг тодорхойлох зорилго тавилаа.

Судалгааны арга зүй, хүн ам:

УНТЭ-ийн МЭСК-т 2011-2012 онд АДЦХ оношоор хэвтэн эмчлүүлсэнүйлчлүүлэгчдийн өвчний түүхэнд эргэмж судалгааны аргаар хийв. Статистик боловсруулалтыг MO Excel, Epi Info 7.0 программуудыг ашиглан хийлээ.

Үр дүн, хэлцэмж:

Манай багийн судалгаанд 2 жилийн хугацаанд УНТЭ-ийн МСК-т АДЦХ-ын улмаас эмчлүүлсэн нийт 60 тохиолдол хамрагдсаны 27(45%) нь эрэгтэй, 33(55%) нь эмэгтэй байлаа. Нийт өвчлөгсөдийн 71,67% төвийн бүс, 15% зүүн бүс, 13,33%нь баруун бүсийн харъяалалтай байна.

Хүснэгт 1

АДЦХ-ыг насны бүлэгээр үзүүлбэл

Насныбүлэг	Давтамж	Хувь	95% Итгэхинтервал	
			Доод	Дээд
10-19	2	3.33%	0.41%	11.53%
20-29	8	13.33%	5.94%	24.59%
30-39	6	10.00%	3.76%	20.51%
40-49	20	33.33%	21.69%	46.69%
50-59	15	25.00%	14.72%	37.86%
60-69	8	13.33%	5.94%	24.59%
70-аас дээш	1	1.67%	0.04%	8.94%
Бүгд	60	100.00%		

Нийт өвчтөний 58,3% нь 40-59 насанд тохиолдсон нь бусад судлаачдын судалгааны дүнтэй ойролцоо байна. Өвчин 36.67%-д нь ажлын идэвхитэй цагаар буюу 8-13 цагийн хооронд эхэлсэн байв.

АДЦХ-тай нийт өвчтөнүүдийг эмнэлзүйн шинжээр оношлож, оношийг КТ, ТНШ-ий шинжилгээгээр батлаж шалтгааныг бүрэн тодруулах үүднээс тархины судасны ангиографи болонСоронзон Резонанст ангиографи(СР-ангиографи) хийсэн болно. Дээрхи шинжилгээнүүдийг хүснэгт 3-аар үзүүлэв.

Хүснэгт 3

АДЦХ-тай өвчтөнд хийгдсэн мэдрэлийн болон дүрст оношлогооны шинжилгээнүүд (давхардсан тоогоор)

Шинжилгээнүүд		Давтамж	Хувь	95% Итгэхинтервал	
				Доод	Дээд
ТНШ авсан	Улаан хүрэн	18	30.00%	18.85%	43.21%
	Шаргал	2	3.33%	0.41%	11.53%
ТНШ аваагүй		40	66.67%	53.31%	78.31%
КТ		47	78.33%	65.80%	87.93%
СР-Ангиографи	Хийгдсэн	33	55.00%	41.61%	67.88%
	Хийгдээгүй	27	45.00%	32.12%	58.39%
Ангиографи	Хийгдсэн	34	56.67%	43.24%	69.41%
	хийгдээгүй	26	43.33%	30.59%	56.76%

Ангиографийн шинжилгээгээр тархины судасны цүлхэн 51 хүнд буюу 85%-д илэрлээ. Үүнээс үзэхэд дийлэнх тохиолдолд тархины судасны цүлхэн хагарах нь АДЦХ-ын шалтгаан болж байна. Үүнийг хүснэгт 4-өөр үзүүлэв.

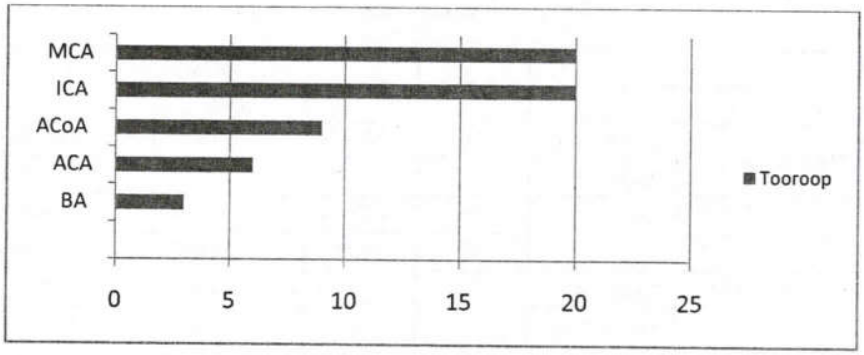
Хүснэгт 4

Шинжилгээгээр судсанд илэрсэн өөрчлөлт

	Давтамж	Хувь	95% Итгэхинтервал	
			Доод	Дээд
Аневризм	51	85.00%	73.43%	92.90%
Артери венийн мальформаци	1	1.67%	0.04%	8.94%
Бусад	2	3.33%	0.41%	11.53%
Илрээгүй	6	10.00%	3.76%	20.51%
Total	60	100.00%		

Диаграмм 1

Судасны цүлхэнг тархинысудасны бүсээр үзүүлбэл



Дүгнэлт:

1. АДЦХ-ыг толгойн КТ, ТНШ-ийн шинжилгээгээр оношийг бүрэн батлах боломжтой.
2. Бидний судалгаагаар АДЦХ-ын58.3 % нь 40-59 насны хүмүүст тохиолдож, голлох шалтгаан нь тархины судасны цүлхэн (85% буюу 51 хүнд) болж байна.

Нурууны дискийн цүлхийлтийн үед McKENZIE дасгалын үр нөлөө

Д.Батлхам[1], Б.Мөнх-Эрдэнэ[2], Г.Ганцэцэг[1]
[1]Улсын Нэгдүгээр Төв Эмнэлэг, Нөхөн Сэргээх Эмчилгээний Клиник
[2]Эрүүл Мэндийн Технологийн Сургууль, ЭМШУИС
И-мэйл: Lkhamaa_8889@yahoo.com[1]

Удиртгал:

Нурууны өвдөлт нь тухайн хүний амьдралын чанарыг бууруулахын зэрэгцээ идэвхтэй үйл ажиллагааг хязгаарлах томоохон хүчин зүйл болдог.[1-3] Нурууны өвдөлтийг бууруулахад хөдөлгөөн засал эмчилгээ нь ихээхэн үр дүнтэй байдаг.[4] Монгол оронд орчны хүчин зүйлс, эрс тэрс уур амьсгал болон ажлын нөхцөл байдлаас хамааран нуруу нь өвдөх хүмүүсийн тоо эрс нэмэгдэж байна. УНТЭ, НСЭК-т эмчлүүлэхээр ирж буй хүмүүсийн 90% нь хөнгөн, хүнд ямар нэг хэмжээгээр нурууны өвдөлттэй байна. Насны байдлыг харахад нурууны өвдөлт нь улам залуужиж буй нь харагдаж байна. Иймээс нурууны өвдөлт нь юунаас болж үүсдэг, үүнээс хэрхэн сэргийлэх талаар хүмүүсийн дундах боловсролыг дээшлүүлэх, мөн үүнд хамгийн оновчтой, үр дүнтэй

эмчилгээг гаргаж, хүмүүст богино хугацаанд үр дүнтэй эмчилгээг хүргэх хэрэгцээ шаардлага харагдаж байна.

Судалгааны хэрэглэгдэхүүн, арга зүй:

Бид судалгаандаа нурууны дискийн цүлхийлт болон өвдөлттэй хөлрүүгээ дамжиж өвддөг 15 хүнийг хамруулсан. Судалгаанд оролцогчдод мэдрэлийн бус гаралтай түнх, өвдөг болон шагайн үе өвдөлтгүй байх шаардлагыг тавьсан. Бүх оролцогчдоос судалгаанд оролцохын өмнө судалгааны талаар танилцуулж, зөвшөөрлийг авсан. Хэрэв оролцогч нь хэмжилтийн явцад ямар нэгэн өвдөлт эсвэл цааш үргэлжлүүлэхэд бэрхшээлтэй тохиолдолд судалгаанд оролцохоос татгалзаж болно. Судалгаанд оролцогчдод хөдөлгөөн заслын эмчилгээг нийт 10 хоногийн турш өдөр бүр 30 минутын хугацаатайгаар явуулсан. Уг хөдөлгөөн засал эмчилшээнд McKenzie [5], гуяны арын булчингийн сунгалтын дасгал / Идэвхтэй, идэвхгүй /, 20 секунд, дөрвөн толгойт булчингийн сунгалтын дасгал / Идэвхтэй, идэвхгүй /, 20 секунд, түнхний үеэр нугалагч булчингийн сунгалтын дасгал / Идэвхтэй, идэвхгүй /, 20 секунд, нурууны эргэх үений далайцын дасгал ROM / Идэвхтэй, идэвхгүй /, хэвлийн булчингийн хүчийг хөгжүүлэх дасгалуудыг хамруулсан.

Дээрхи хөдөлгөөн засал эмчилгээг эхлэхийн өмнө болон дараа нь нурууны үнэлэхэд VAS сорил, хөл шулуунаар өргөн тест (SLR)тест, түнхний үений далайцын хязгаарлалтыг (Thomas)шалгах тест, дөрвөн толгойт булчингийн хатуурлыг шалгах сорил (Heel buttock distance), нурууны эргэлтийн хөдөлгөөний үений далайцыг тус тус үнэлсэн. Судалгааны ажлын үр дүнг SPSS -17 программ дээр t тестийг ашиглан боловсруулалт хийсэн.

Хүснэгт 1.

Эмчилгээний өмнө				Эмчилгээний дараа			
VAS	SLR сорил	Quadriceps сорил	Нурууны эргэлт ROM	VAS	SLR сорил	Quadriceps сорил	Нурууны эргэлт ROM
6	25^0	19 см	29^0	3	13^0	13 см	13^0

Судалгааний ажлын үр дүн:

Нурууны өвдөлттэй өвчтөнд 10 хоногийн туршид хөдөлгөөн засал эмчилгээг явуулж үр дүн тооцлоо. Нурууны өвдөлтийг өвдөлт үнэлэхэд VAS сорилыг ашигласан. Эмчилгээний эхэнд үйлчлүүлэгчдийн нурууны өвдөлтийн дундажийгVAS хэмжүүрээр үнэлэхэд 6.3 байсан ба эмчилгээний дараагаар 2.9 болж сайжирсан байна. Хөл шулуунаар өргөх сорилоор үзэхэд эмчилгээний өмнө 25^0 байсан бол эмчилгээний дараа 13^0 болж сайжирсан байна. Хөдөлгөөн засал эмчилгээний үр дүнд өвдөлтийн байдал сайжирсан ($p=0.001$).

Хэлцэмж:

Нурууны өвдөлтийг эмчлэхэд хөдөлгөөн засал эмчилгээний үр дүнг харуулсан олон судалгааны ажлууд хийгдсэн байдаг. Судлаач Skikic болон Suad нарын 43 нурууны өвдөлттэй өвчтөнд хийгдсэн судалгаанд McKenzia дасгалыг уг өвчтөнд хийх нь үр дүнтэй гарсан бөгөөд өвдөлт буурсан байна.[6] Machado болон Souza нарын хийсэн MEDLINE, EMBASE, PEDro болон LILACS сэтгүүлүүдээс цуглуулсан нурууны өвдөлтийн үеийн McKenzie дасгалын үр дүнг тодорхойлсон системчилсэн тойм судалгаанд өвдөлтийг бууруулах нотолгоотой болохыг тогтоосон байна.[6] Мөн судлаач Petersen болон Kryger нарын 260 нурууны өвдөлттэй өвчтөнд хийсэн санамсаргүй түүвэрлэлтийн судалгаанд архаг нурууны өвдөлтийг үед McKenzie дасгалыг хийх нь үр дүнтэй гарсан байна. Дээрхи судалгаануудтай бидний хийсэн судалгааны үр дүн ижилхэн гарч байгаа нь нурууны өвдөлтийн үед хөдөлгөөн засал эмчилгээнд McKenzie дасгалыг хэрэглэх нь үр дүнтэй болохыг харуулж байна. McKenzie дасгалын үед багана нурууны эргэх үений далайц сайжрахын зэрэгцээ дискийн цүлхийлтийг багасгаж мэдрэлийн дарагдлыг чөлөөлөх ач холбогдолтой бөгөөд энэ нь бидний судалгааны үр дүн илтгэж байна.

Дүгнэлт:

McKenzie дасгал нь үений далайц болон уян хатан чанарыг сайжруулах замаар нурууны өвдөлтийг бууруулах ач холбогдолтой байна. Иймээс нурууны дискийн цүлхийлтийн улмаас үүсэх нурууны өвдөлтийн үед хөдөлгөөн засал эмчилгээ явуулах нь үр дүнтэй болохыг харуулж байна.

Ном Зүй:

1. Yasufumi H: Physical therapy for low back pain, JMAJ, 2004,47: 234-239
2. Paul D.Howard, Kimberly H et al: The effects of trunk strengthening on chronic low back pain, Orthopaedic Practice, 2010, 22:1-10
3. Jolanda JG, Ilse SS et al: Physical therapy management of low back pain has changed , Health Police, 2007,80: 492-499
4. Julie AH, Gwendolen AJ et al: Long-Term Effects of Specific Stabilizing Exercise for first episode low back pain, 2001,26: 243-248
5. Craing L, McKenzieself treatments for sciatica, Journal of bodywork and movement therepies 2005, 9:40-42
6. Skikic EM, Suad T, The effects of McKenzie exercises for patients with low back pain, Bosn J Basic Med sci, 2003,3: 70-75
7. Machado LA, Souza DE et al: The McKenzie method for low back pain: A systemic review of literature with a mete-analysis approach, Spine, 2006, 9: E254-262
8. Petersen T, Kryger P et al: The effects of McKenzie therapy as compared with that of intensive strengthening training for the treatment of patients with subacute or chronic low back pain, Spine, 2002, 16: 1702-1709

EFFECT OF MCKENZIE EXERCISE ON DISC HERNIATION IN PEOPLE WITCH LOW BACK PAIN

Introductoin:
Low back pain influences on quality of life and becomes risk factor to limit daily activities. Physical therapy approach is very effectiveness to treat low back pain. In Mongolia, people with low back pain increasing tremendously because of environmental factors, hard weather and job environment. In addition age of people with low back pain becoming young.

Purpose:
Purpose of the study was to reveal effect of McKenzie exercise on low back pain with disc herniation.

Methods:
15 people with low back pain were recruited to the study. Two procedures were used in the study. First procedure was to evaluate people with low back pain using a lot of test. Second procedure was to treat by physical therapy approach especially using McKenzie exercise. In addition muscle stretching, range of motion exercise, muscle strengthening were done for people with low back pain.

Result:
Statistical analysis was used by SPSS 17 sofware. Physical therapy approach especially McKenzie exercise was very effective in people with low back pain (t test p= 0.001).

Conclusion:
Physical therapy approach is very important to desrease pain in people with low back pain.

Keyword: Physical therapy, McKenzie exercise, Low back pain

ГУРАВДУГААР БҮЛЭГ.

МЭС ЗАСАЛ, МЭДЭЭГҮЙЖҮҮЛЭГ, ЭРЧИМТ ЭМЧИЛГЭЭ, ОНОШИЛГОО

ГУРАВ.1. ЭРЧИМТ ЭМЧИЛГЭЭ

Монгол Улсын 1-р төв эмнэлгийн эрчимт эмчилгээний тасагт тохиолдож буй олон эмэнд дасалтай нянгийн халдварын байдлыг судалсан дүн

Баатарын Отгон[1], Чимэддоржийн Сухжаргалан, [1]Баярсайханы Болортайван[2], Лундэгийн Ганболд[3]
[1]Улсын нэгдүгээр төв эмнэлгийн ЯТТ
[2] Говьсумбэр аймгийн Нэгдсэн Эмнэлэг
[3]ЭМШУИС-ийн Мэс Заслын тэнхим

Лавлах хаяг:

Улсын 1-р төв эмнэлэг, Яаралтай Тусламж Сургалт Арга Зүйн Төв,
ЭЭТ-н эмч Б.Отгон
Email: otgon_b2005@yahoo.com

Түлхүүр үгс:

Олон антибиотикт дасалтай нян, эрчимт эмчилгээний ор хоног, үжил, олон эрхтний дутагдал, антибиотик эмчилгээ

Оршил:

Үжил нь дэлхийн нийтэд эрчимт эмчилгээний тасгийн нас баралтын зонхилох шалтгаан болдог. 2009 оны байдлаар АНУ-д жилд үжлийн 750.000 тохиолдол бүртгэгдэж байсан[1] ба Герман Улсад ЭЭТ-н нас баралтын гурав дахь гол шалтгаан нь үжил байдаг бөгөөд жил тутам үжлийн улмаас 60.000 хүн нас бардаг байна[2]. 2009 оны тоо баримтаар өндөр хөгжсөн орнуудын орчин үеийн тоноглол бүхий ЭЭТ-т үжлийн шокийн нас баралт 40-70% байна гэжээ[3].

Хөгжингүй орнуудын энэ тоо баримтуудаас гадна дэлхийн хүн амын гуравны нэг нь оршин суудаг хөгжиж буй орнуудад халдварт өвчин болон үжил нь хүн амын өвчлөл болон нас баралтын дотор зонхилох байрыг эзлэж байгаа билээ. Пакистан, Турк, Тунис улсуудад үжлийн нас баралт 70-90% байгаа бол Мартин Дюнсэр нарын судалгаагаар Монголд үгдэрсэн үжил болон үжлийн шоктой өвчтөний нас баралт тус

бүр 20.8 ба 80% байна гэж үзсэн байна[4]. Үгдэрсэн үжил.үжлийн шок эмчлэх олон улсын удирдамжийг дагаж мөрдөх материал болон хүн хүчний дундаж боломж нь зүүн Африкийн Ардчилсан Конго Улсад 32%, Монгол Улсад 52,8% буюу дээрх удирдамжийг уг хоёр улсад аль алинд нь дагаж мөрдөх боломжгүй байгааг өмнө хийгдсэн судалгаануудын үр дүн харуулсан байна[5].

Мөн үжлийн шоктой өвчтөнд эхний цагаас оновчтой антибиотик эмчилгээ эхлэх явдал нь үжлийн эмчилгээний үр дүнд хэрхэн нөлөөлж буйг харуулсан олон судалгаа байдгаас Kumar.A нарын судласнаар үжлийн шоктой өвчтөнд зөв оновчтой антибиотик эмчилгээ эхлэж чадаагүй 1 цаг тутамд нас барах эрсдэл 6-7% нэмэгддэг[6] ба антибиотикийн эхний (таамаг) сонголт оносон ба оноогүй бүлгүүдийг харьцуулан судлахад амжилттай эмчлэгдсэн байдал нь 52% ба 10,3% байжээ[7].

Бид энэхүү судалгаагаар УНТЭ-ийн ЭЭТ-т үжлийн эмчилгээний үр дүнг бууруулагч томоохон хүчин зүйл болох олон антибиотикт дасалтай нянгийн халдварын байдал, уг төрлийн нянгийн шалтгаант үжлийн эмчилгээний үр дүн, тус тасагт үжилтэй өвчтөнд сонгон хэрэглэж буй таамаг антибиотик эмчилгээний оновчтой байдлыг судлаж статистик боловсруулалтыг SPSS17 программаар хийж үр дүнг дүрслэлийн аргаар илэрхийлэв.

Судалгааны материал ба аргачлал:

Энэ судалгаа нь урагшлан ажиглах (prospective observational) аргаар хийгдсэн, 2011 оны 1-р сараас 2012 оны 08-р сарын хооронд тус тасагт эмчилсэн үжилтэй өвчтөнүүдээс санамсаргүйгээр түүвэрлэн судласан ба нийт 218 насанд хүрсэн өвчтөн хамрагдсан. Үжлийн улмаас эмчлэгдсэн уг өвчтөнүүдийн таамаглаж буй голомтыг үндэслэн нян судлалын сорьцуудыг лабораторид илгээж илэрсэн нян олон антибиотикт дасалтай эсэхийг 2011 онд Европын Клиник Микробиологичдын нийгэмлэгээс гаргасан нянгийн тэсвэржилтийг үнэлэх шалгуурын дагуу[8], өвчтөн үгдэрсэн үжил, үжлийн шок, олон эрхтний дутагдалтай эсэхийг 2012 онд Европын болон Америкийн ЭЭ-ний нийгэмлэгээс хамтран гаргасан үгдэрсэн үжил, үжлийн шок эмчлэх олон улсын удирдамжид заасны дагуу[9] тус тус үнэлэв. Эрчимт эмчилгээний ор хоногийг 0-4, 5-10, 10-15, 15-с дээш хоногоор бүлэглэн ЭЭТ-т эмчлэгдсэн хугацаа болон тэсвэртэй нянгийн халдвараар өвчилсөн байдлыг харьцуулсан. Тэсвэртэй нянгаар халдварлагдсан өвчтөний тавиланг мэдрэг нянгийн шалтгаант үжилтэй өвчтөнүүдийнхтэй харьцуулав. Нян судлалын шинжилгээний хариу гарахаас өмнө таамгаар сонгон хэрэглэсэн антибиотик эмчилгээг шинжилгээний хариутай тулган уг антибиотикийг нян судлалын шинжилгээгээр "шалгасан бөгөөд оновчтой", "шалгасан бөгөөд оноогүй", "нян судлалын шинжилгээгээр шалгаагүй" гэж бүлэглэн дүгнэсэн.

Үр дүн:

Дээрх 218 өвчтөний нийт 410 сорьцод хийсэн нян судлалын шинжилгээг дүгнэвэл: Олон эмэнд дасалтай нянгуудыг төрлөөр нь авч үзэхэд стафилококк, enterobacter, E.coli, acinitobacter baumanii зонхилж байна. Олон антибиотикт дасалтай нянгаар халдварлагдсан өвчтөнүүд мэдрэг нянгийн халдвартай харьцуулахад үжлийн шокоор хүндрэх нь 59.1 ба 40.9 (хүснэгт 1) байгаа бол олон эрхтний дутагдлаар хүндэрсэн өвчтөнүүдийн 78,1% (хүснэгт 2) нь тэсвэртэй нянгийн халдвартай байлаа. Эрчимт

эмчилгээний нас баралтын байдлаар дүгнэвэл эмэнд мэдрэг ба дасалтай нянгаар халдварлагдсан өвчтөний нас баралт 32.3% ба 50.0% (хүснэгт 3) буюу олон антибиотикт дасалтай нянгийн халдвартай өвчтөний нас баралт 27.7% илүү байв. Эрчимт эмчилгээнд эмчлэгдсэн хугацаагаар харьцуулж үзэхэд ЭЭТ-т удаан эмчлэгдэхийн хэрээр тэсвэртэй нянгийн халдварт илүү өртөж буй нь харагдлаа (хүснэгт 4). Тус тасагт үжлийн улмаас эмчлэгдэж буй өвчтөнд хийдэг таамаг антибиотик эмчилгээ 38%-д оновчтой, 34%-д оновчгүй, 28%-д оносон эсэхийг нян судлалын шинжилгээгээр шалгаагүй байна (хүснэгт 5). Олон антибиотикт дасалтай нянгийн халдварын 57.7% нь хоёрдогч халдвар байна.

Хэлцэмж:

УНТЭ-ийн ЭЭТ нь инвазив болон инвазив бус мониторинг, зохиомол амьсгал, бөөр орлуулах эмчилгээ, хэт авиан шинжилгээ, рентген шинжилгээ хийх, цусны хүчил шүлтийн тэнцвэр үзэх, инотропик болон вазопрессор эмчилгээ хийх боломжтойгоор тоноглогдсон, 24 цагийн лабораторитой хамтран ажилладаг эрчимт эмчилгээний 9 ортой орчин үеийн ЭЭТ юм. Тус тасагт эрчимт эмчилгээний орчин үеийн техник технологи ашиглан эмчлэх, бөөр орлуулах эмчилгээ хийх зайлшгүй шаардлагатай нэн хүнд өвчтөнүүдийг Монгол Улсын 21 аймаг, нийслэл хотын дүүргүүд болон 3-р шатлалын зарим эмнэлгээс шилжүүлэн авч эмчилдэг.

Өвчтөнүүд олон шатлалын эмнэлэг дамжин эмчлэгдэж эцэст нь нэн хүндэрсэн хойноо тус тасагт ханддаг, голдуу доод шатлалын эмнэлгүүдэд олон төрлийн антибиотик хэрэглэсэн байдаг зэрэгтэй холбоотойгоор тус тасагт эмчлүүлэгсдийн дотор олон антибиотикт дасалтай нянгийн тохиолдол өндөр, антибиотикийн сонголтод хүндрэл учрах явдал элбэг байдаг.

Бидний таамаглаж байсанчлан энэхүү судалгааны үр дүн нь тус тасагт эмлүүлэгсдийн дунд олон антибиотикт дасалтай нянгийн тохиолдол өндөр байгаа бөгөөд энэ нь үжлийн эмчилгээний үр дүнг бууруулж байгааг харууллаа. Мөн тус тасагт баримталж буй таамаг антибиотик эмчилгээ ихэнх тохиолдолд оноогүй буюу нян судлалын шинжилгээгээр шалгаагүй байна.

Тус тасагт оношлогдож байгаа олон антибиотикт дасалтай нянгийн төрлөөр Европ болон АНУ-ынхаас ялгаатай, Азийн бусад орнуудынхтай илүү төстэй байна[10].

Дүгнэлт:

Энэхүү судалгааны үр дүн нь УНТЭ-ийн ЭЭТ-т олон антибиотикт тэсвэртэй нянгийн халдвар олонтаа тохиолдож байгаа бөгөөд энэ нь үжилтэй өвчтөн үжлийн шок, олон эрхтний дутагдлаар хүндрэх нас барах өндөр эрсдэлийг бий болгож буйн дээр эрчимт эмчилгээний тасагт удаан хугацаагаар эмчлэгдэх нь уг төрлийн халдвараар өвчлөх эрсдэлийг нэмэгдүүлэх шалтгаан болж байгааг нотлон харуулав. Эндээс дүгнэхэд тус тасгийн доторх эмнэлгээс шалтгаалах халдварын байдлыг судлах, бууруулахад анхаарах зайлшгүй шаардлага байна. Мөн УНТЭ-ийн ЭЭТ-т баримталж буй таамаг антибиотик эмчилгээний бодлогод анхаарал хандуулах, эмнэлэгт таамаг антибиотик эмчилгээг оновчтой байлгах боломж бүрдүүлэхүйц антибиотикийн нөөцтэй болох асуудал чухал байна. 28%-д таамаг антибиотик эмчилгээний оносон эсэхийг

шалгаагүй байгаагаас харахад энэ тал дээр клиник болон лаборатори уялдаа холбоотой ажиллах шаардлагатайг харуулж байна.

Хүснэгт 1

Тэсвэртэй нянгийн халдвартай өвчтөн үжлийн шокоор хүндэрсэн байдал

			Үжлийн шоктой эсэх		
			үгүй	тийм	Бүгд
Тэсвэртэй нянгийн халдвартай эсэх	үгүй	тоо	65	59	124
		хувь	52.4%	47.6%	100.0%
	тийм	тоо	117	169	286
		хувь	40.9%	59.1%	100.0%
Бүгд		тоо	182	228	410
		хувь	44.4%	55.6%	100.0%

Хүснэгт 2

Олон эрхтний дутагдал ба тэсвэртэй нянгийн халдвар

			Тэсвэртэй нянгийн халдвартай эсэх		
			Үгүй	тийм	бүгд
Олон эрхтний дутагдалтай эсэх	үгүй	Тоо	85	147	232
		Хувь	36.6%	63.4%	100.0%
	тийм	Тоо	39	139	178
		Хувь	21.9%	78.1%	100.0%
Бүгд		Тоо	124	286	410
		Хувь	30.2%	69.8%	100.0%

Хүснэгт 3

Тэсвэртэй нянгийн халдвар нас баралтад төлөөлж буй байдал

			Нас барсан эсэх		
			үгүй	тийм	бүгд
Тэсвэртэй нянгийн халдвартай эсэх	үгүй	Тоо	84	40	124
		Хувь	67.7%	32.3%	100.0%
	тийм	Тоо	143	143	286
		Хувь	50.0%	50.0%	100.0%
Бүгд		Тоо	227	183	410
		Хувь	55.4%	44.6%	100.0%

Хүснэгт 4

Эрчимт эмчилгээнд эмчлэгдсэн хугацаанаас тэсвэртэй нянгийн халдварт өртөх байдал хамаарч буй нь					
			Тэсвэртэй нянгаар халдварласан эсэх		
			үгүй	тийм	Бүгд
Эрчимт эмчилгээнд эмчлэгдсэн хугацаа (хоногоор)	0-4	Тоо	48	54	102
		Хувь	47.1%	52.9%	100.0%
	5-10	Тоо	66	83	149
		Хувь	44.3%	55.7%	100.0%
	10-14	Тоо	7	24	31
		Хувь	22.6%	77.4%	100.0%
	15≤	Тоо	3	125	128
		Хувь	2.3%	97.7%	100.0%
Бүгд		Тоо	124	286	410
		Хувь	30.2%	69.8%	100.0%

Хүснэгт 5

Нян судлалын шинжилгээгээр	Тоо	Хувь
Шалгаагүй	115	28
Оносон	156	38
Оноогүй	139	34
Total	410	100.0

ABSTRACT

The multiple resistant bacterial infection and its impact on mortality of patients with sepsis at the Central Hospital Mongolia.

Sepsis is always a serious, life-threatening condition, with mortality varying from 30-50% (40-70% in septic shock) in the developed world even higher, in developing countries. Currently, the reported mortality rate of severe sepsis and septic shock ranged 64.3%-86.4% at the National Central Hospital No1 and majority of these cases were caused by multiple resistant bacteria (MRB).

Objective:

- To evaluate the incidence of MRB infection and its impact on mortality of patients with sepsis
- To evaluate correlation between ICU patient stay and MRB infection rate
- To assess the adequacy of empiric antibacterial therapy at the pilot ICU

Methods: The prospective, observational study was conducted in time period of January 2011-August 2012 in 218 ICU patients. Analyses were made on 410 samples. The antibiotic resistance was defined as accordingly to the standard definition released by European Society of Clinical Microbiology and Infectious Disease in 2011. The length of patient stay in ICU was grouped as 0-4, 5-10, 10-15 and more than 15 days. The ICU treatment outcome and length of stay were compared between the patient groups which infected by multiple resistant and non resistant bacteria. Adequacy of empiric antibacterial therapy was grouped in three categories: bacteriologically tested and adequate, bacteriologically tested and not adequate, bacteriologically not tested.

Results: Most commonly found multiple resistant bacteria at the pilot site included: *Staphylococcus aureus, Enterobacterias, E.coli, Acinitobacter Baumanii.* The septic patients complicated with septic shock infected by MRB compared with patients infected by non-resistant bacteria were 59.1% vs 40.9%. In 78.1% septic patients the MRB infection leads them into multiple organs failure. The patient mortality rate were 32.3% in non-resistant and 50% in MRB group. The mortality rate of MRB group was 27.7% higher than that of non-resistant group. There is strong positive correlation between patient ICU stay and increasing the infection rate in MRB. The MRB positive rate were tested at 52.9% in 0-4 days group, 55.7% in 5-10 days group, 77.4% in 10-14 days group and 97.7% in 15< days group. The adequacy of empiric antibacterial therapy were measured as matched in 38% and missed in 34% and in 28% were not assessed. The secondary infection caused by MRB were 57.7%.

Conclusion: The incidence of MRB infection rate is relatively high at the pilot center, ICU of Central Hospital Mongolia No1. The type of MRB were consistent with most commonly found types at other hospitals in Asian countries. Based on this study, one may improve the matching or adequacy of empirical antibacterial therapy in this hospital.

Ном зүй:

7. Angus DC, Linde-Zwirble WT, Lidicker J, Clermont G, Carcillo J, Pinsky MR. Epidemiology of severe sepsis in the United States: analysis of incidence, outcome, and associated costs of care. Crit Care Med 2001;29:1303-10.
8. Engel C, Brunkhorst FM, Bone HG, Brunkhorst R, Gerlach H, Grond S, et al. Epidemiology of sepsis in Germany: results from a national prospective multicenter study. Intensive Care Med 2007;33:606-18.
9. MacArthur RD, Miller M, Albertson T; et al. Adequacy of early empiric antibiotic treatment and survival in severe sepsis: experience from the MONARCS trial, Clin Infect Dis 2004 38 284-288
10. Dьnser MW, Baatar O, Tsenddorj G, Jochberger S, Lundeg G, Jakob S. Intensive care medicine in Mongolia's three largest cities: Outlining the needs. J Crit Care 2009;24:469.e1-6.
11. Otgon Baatar, Ganbat Tsenddorj, Ganbold Lundeg... Martin W Duenser. Natiowide survey on resource availability for implementing current sepsis guidelines in Mongolia. Bulletin World Health Organization 2010 Nov 1;55(11)539-45

12. Kumar A, Roberts D, Wood KE; et al. Duration of hypotension before initiation of effective antimicrobial therapy is the critical determinant of survival in human septic shock, Crit Care Med 2006 34 1589-1596
13. Kumar Anand et al. Initiation of Inappropriate Antimicrobial Therapy Results in a Fivefold Reduction of Survival in Human Septic Shock . J Chest 2009 Nov. 136:1237-45
14. Magiorakos A et al. Multidrug-resistant, Extensively drug-resistant and Pandrug resistant bacteria: An International Expert Proposal for Interim Standart Definitions for aquired resistance. 2011 free access medline
15. Surviving Sepsis Campaign International Guidelines for management of Severe Sepsis and Septic shock 2012
16. Shio Shin Jean, Po-Ren Hsueh. High Burden of Antimicrobial resitance in Asia. Journal of antimicrobial agents 37(2011) 291-95

ГУРАВ.2. ОНОШИЛГОО

Амны салстын дахилтат афт үрэвслийн үеийн дархлааны үзүүлэлтүүдийг тодорхойлсон дүн

Э.Мөнхтуяа[1], Ж.Үржинлхам[2], Г.Батбаатар[3]
[1]Улсын нэгдүгээр төв эмнэлэг
[2]ЭМШУИС, Нүүр ам судлалын сургууль
[3]ЭМШУИС, Био-Анагаахын сургууль
E-mail: hikarisv@yahoo.com

Түлхүүр үг:

Дархлаа чадамж, лимфоцит, иммуноглобулин, залгих идэвх

Оршил:

Амны салстын дахилтат афт үрэвсэл (АСДАУ) нь нийт хүн амын дунд 20-25%-ийг эзэлдэг, сүүлийн үед нэмэгдэх хандлагатай байгаа, афт (грекээр **aphta-** шарх) буюу шархлаа амны салстад гардаг, үе үе сэдэрдэг, удаан явцтай архаг өвчин юм. Ихэнх судлаачдынхаар АСДАУ нь амны салстын өвчнүүдийн дотор 5-20 хүртэлх хувийг эзэлдэг боловч зарим судлаач нүүр ам судлалын практикт тохиолддог салст бүрхэвчийн бүрэн бүтэн байдал алдагдах эмгэгийн 90%-г эзэлдэг амны хөндийн салстын хамгийн элбэг тохиолдох эмгэг гэж үзэж байна [4, 5].

Манай оронд энэ өвчний тархалтын талаар судалгаа харьцангуй цөөн бөгөөд Ц.Норовпил (1990), Ж.Үржинлхам (1998) нарын судалгаагаар Нүүр амны эмнэлэгт зөвлөгөөн авахаар ирсэн 5-75 насны 115 хүмүүсийн дунд амны салстын дахилтат афт үрэвсэл 32.2%-г эзэлж байсан ба эдгээр өвчтөнүүдийн 53,3% нь хоол боловсруулах замын архаг өвчтэй байсан байна [3, 4, 5].

Энэ өвчний шалтгаан, эмгэг жамын талаар олон төрлийн судалгаа байдаг боловч одоог хүртэл бүрэн тогтоож чадаагүй байгаа бөгөөд гэмтэл, нян вирус, удамшил, хоол хүнс, стресс, буруу зуршил, дархлааны хүчин зүйлс зэргийг шалтгаан, эмгэг жамтай нь холбон тайлбарлаж байна [5, 6, 7, 8, 9].

Дархлаа тогтолцоо болон бусад эрхтэн тогтолцооны эмгэгийн үед дархлааны системийн түвшинг судлах нь тэдгээрийг оношлох, ялган оношлох, эмчилгээний зарчим тодруулах, эмчилгээний үр дүнг хянах, эдгэрэлтийг үнэлэх, тавиланг тодорхойлох зэрэг олон асуудлыг шийдвэрлэхэд чухал ач холбогдолтой [1].

Бидний судалгааны зорилго нь АСДАУ-ийн үеийн дархлааны байдлыг үнэлэх юм.

Материал, аргачлал:

Судалгаанд 2008 онд ЭМШУИС-ийн НАСС-ийн Нүүр амны эмчилгээний тэнхимийн үзлэгийн өрөөгөөр үйлчлүүлэгсдээс асуумж болон бодит үзлэгээр АСДАУ-тэй гэж оношлогдсон, эмчилгээ хийгдээгүй, дархлалын системийн зүгээс мэдэгдэхүйц өөрчлөлт илэрдэг бусад дагалдах өвчний оношгүй 30, харьцангуй эрүүл 20 хүнийг хамруулж тохиолдол хяналтын судалгааны загвараар судалгааг хийв. Судалгаанд хамрагдсан хүмүүсийн эсийн болон шингэний дархлааны байдал, нейтрофил эсийн залгих идэвхийг тодорхойлсон.

Эсийн дархлаа чадамжийг үнэлэх. Өвчтөний захын цусны Т лимфоцит эс, түүний дэд бүлгүүдийн хэмжээг ЭМШУИС-ийн БАС-ийн Дархлаа судлалын лабораторид уламжлалт хүрээ үүсгэх урвал болон теофиллины сорилоор тодорхойллоо.

Шингэний дархлаа чадамжийг үнэлэх. Өвчтөний захын цусны В лимфоцит эсийн хэмжээг мөн адил хүрээ үүсгэх урвалаар. ийлдсийн IgA, IgM, IgG-ийн хэмжээг ОХУ-ын "Микроген" компанийн оношлуур ашиглан цацруулан нэвчүүлэх Манчинийн аргаар тодорхойлсон.

Хяналт болгон Б.Баярт (1998) нарын эрүүл монгол хүний дархлааны системийн үзүүлэлтийг дээрх аргаар тодорхойлсон дүнг авав [2].

Нейтрофил эсийн залгих идэвхийг тодорхойлох. Судалгаанд хамрагдсан хүмүүсийн захын цусны нейтрофил эсийн залгих идэвхийг ОХУ-ын оношлуур ашиглан НСТ(нитросиний тетразолий) сорилын аргаар тодорхойллоо.

Судалгааны үр дүнд Excel 2007, SPSS 17 программыг ашиглан статистик боловсруулалт хийж статистикийн үнэн магадлалыг Стьюдентийн t цэгнүүр болон ANOVA-г тооцож үнэлэв.

Судалгааны үр дүн:

Судалгаанд хамрагдагсадын байдлыг үзүүлбэл:

Хүснэгт 1

Судалгаанд хамрагдагсадын байдал (насны бүлэг, хүйсээр)

насны бүлэг	өвчтэй /n=30/		хяналт /n=20/	
	эр	эм	эр	эм

2--7				
8--16	1	1		
17--24			1	3
25--34	2	6	2	6
35--44	1	2	2	5
45--54	2	5		1
5<		10		
бүгд	6	24	5	15
Эзлэх хувь (%)	20	80	25	75

АСДАҮ-тэй бүлгийн дундаж нас 46±16, хяналтын бүлгийн дундаж нас 32±7,5 байлаа.

Хүснэгт 2

АСДАҮ-тэй өвчтөнүүдийн байдал

Үзүүлэлт	өвчтэй бүлэг /n=30/	
	тоо	%
Эмнэлзүйн хэлбэр		
жижиг шархлаат	28	93.3
том шархлаат	1	3.3
херпес төст	1	3.3
Дахилт өгөх байдал		
жилд 1-2	3	10
жилд 3<	27	90
Баас		
хатдаг эсвэл суулгамтгай	13	43.3
хэвийн	17	56.7
Тамхи таталт		
татдаг	2	6.7
татдаггүй	28	93.3
Удамшлын асуумж		
тийм	9	30
үгүй	18	60
мэдэхгүй	3	10

Хүснэгт 3

АСДАУ-ийн үеийн эсийн ба шингэний дархлааны байдал

Үзүүлэлт	Хэмжих нэгж	Хяналт[a] /M±m/	Өвчтэй/ /M±m/
Т лимфоцит	%	57.13±1.48	51.38±1,22**
Ттэсвэртэй /Тт/	%	44.73±1.77	39.03±1,21**
Тмэдрэг /Тм/	%	14.23±0.9	12.82±0,47
Тт/Тм	-	3.37±0.29	3.03±0,15
В лимфоцит	%	11,41±1,84	12,34±0,54
Ийлдсийн Ig A	г/л	2,31±0,21	1,14±0,07*
Ийлдсийн Ig M	г/л	1,7±0,14	1,54±0,07
Ийлдсийн Ig G	г/л	14,79±1,3	11,02±0,25**

*- хяналттай харьцуулсан үнэн магадлал p<0,001

**- хяналттай харьцуулсан үнэн магадлал p<0,05

[a]- Б.Баярт нар. 1998

Статистикийн үнэн магадлалыг Стьюдентийн t цэгнүүрээр тодорхойлов.

Хүснэгт 3 аас харахад АСДАУ-ийн үед нийт Т лимфоцит эс болон Т тэсвэртэй эсийн хэмжээ буурсан нь статистикийн хувьд үнэн магадлалтай өөрчлөлт байлаа. Харин Т мэдрэг эсийн хэмжээ болон Тт/Тм харьцаа нь хяналттай харьцуулахад тоон үзүүлэлтийн хувьд буурсан харагдаж байгаа боловч энэ нь статистикийн хувьд ач холбогдолтой өөрчлөлт байсангүй (p>0,05)

.АСДАУ-тэй өвчтөнүүдийн хувьд ийлдсийн IgA болон IgG-ийн агууламж хяналттай харьцуулахад статистикийн хувьд үнэн магадлалтайгаар буурсан болох нь тогтоогдсон бол В лимфоцит эс хяналттай харьцуулахад бага зэрэг өсөж, ийлдсийн IgM-ийн агууламж хяналттай харьцуулахад тоон үзүүлэлтийн хувьд буурсан боловч энэ нь статистикийн хувьд ач холбогдолтой бодитой өөрчлөлт биш байлаа.

Хүснэгт 4

АСДАУ-тэй өвчтөний нейтрофиль эсийн залгих идэвх

Үзүүлэлт	Хэмжих нэгж	Хяналт /M±S/	Өвчтэй /M±S/
Идэвхжлийн индекс	-	1,59±0,29	1.3±0,25*

*- хяналттай харьцуулсан үнэн магадлал p<0,001

Бүлэг хоорондын ялгаа статистикийн хувьд үнэн магадлалтай эсэхийг тогтоохын тулд ANOVA-г тооцсон болно.

Хүснэгт 4- өөс харахад АСДАУ-тэй өвчтөнүүдийн хувьд захын цусны нейтрофиль эсийн залгих идэвх хяналтын бүлэгтэй харьцуулахад буурсан байсан бөгөөд энэ нь статистикийн хувьд өндөр ач холбогдолтой өөрчлөлт байлаа.

Хэлцэмж:

Бидний судалгаагаар АСДАУ-ийн үед эсийн дархлаа чадамж буурдаг нь захын цусны нийт Т эс, Т тэсвэртэй эсийн хэмжээ буурсан байгаагаас харагдаж байна. АСДАУ-ийн үед захын цусны нийт Тэс, Ттуслагч эсийн тоо цөөрсөн байдаг болохыг хэд хэдэн судлаачид мэдээлсэн байна [5, 7, 9]. Мөн Pedersen нарын судалгаагаар Т туслагч эсийн хэмжээ хяналттай харьцуулахад ялгаагүй, байсан боловч Тт/Тз эсийн харьцаа болон Т зохицуулагч эсийн тоо нь хяналтын бүлэгтэй харьцуулахад статистикийн хувьд үнэн магадлалтайгаар буурсан байна хэмээн тогтоогдсон нь бидний судалгааны дүнтэй тохирсонгүй.. [8].

Ийлдсийн иммуноглобулин А, G-ийн хэмжээ буурсан нь шингэний дархлаа чадамж буурч шингэний дархлааны зохицуулга алдагдсаныг харуулж байна гэж бид үзсэн. Энэ нь АСДАУ-ийн үед ийлдсийн IgA, IgM, IgG-ийн хэмжээ буурсан гэсэн Ж. Үржинлхам нарын (1998) судалгааны дүнтэй тохирч байна [5].. Харин Ben-Aryeh Н нарын (1976) судалгаагаар АСДАУ-тэй өвчтөн болон хяналтын бүлгийн хооронд ялгаа ажиглагдсангүй гэсэн нь биднийхтэй тохирсонгүй [6].

Захын цусны нейтрофил эсийн залгих идэвх АСДАУ-ийн үед буурсан байна гэсэн бидний судалгааны дүнтэй харьцуулах мэдээлэл олдсонгүй.

Дүгнэлт:

1. АСДАУ-тэй өвчтөний нийт Т эс болон Т тэсвэртэй эсийн хэмжээ буурсантай холбоотой эсийн дархлаа чадамж буурсан байна.
2. Ийлдсийн IgA, IgG-ийн хэмжээ буурсан байна. Энэ нь шингэний дархлаа чадамж буурч, шингэний дархлааны зохицуулга алдагдсаныг харуулж байна.
3. Өвөрмөц бус дархлааны хариу урвал буурсан байна. Энэ нь захын цусны нейтрофил эсийн залгих идэвх буурсан байгаагаар харагдаж байна.

Ном зүй:

1. Батбаатар Г, Цогтсайхан С, Чимэдцэрэн С, Баттогтох Ч. 2013. Дархлаа судлал
2. Батбаатар Г. 2000. Ясны идээт үрэвслийн эмчилгээний дархлаа хяналт. Анагаах ухааны докторын зэрэг горилсон нэг сэдэвт бүтээл.
3. Норовпил Ц. 1990. Нүүр амны эмнэлэгт зөвлөгөөн авсан амны салстын өвчтэй хүмүүсийн бүтэц (1987-1989). Багш нарын эрдэм шинжилгээний 32-р бага хурлын хураангуй. х176-177
4. Үржинлхам Ж. 1998. Амны салстын архаг дахилтат шархлаат үрэвсэл үүсэхэд нөлөөлөх ерөнхий хүчин зүйл, эмнэлзүйн тохиолдлын байдлыг судалсан нь. Анагаах ухааны магистрын зэрэг горилсон дипломын төсөл
5. Үржинлхам Ж. 2009. Амны салстын дахилтат афт үрэвслийн эмнэлзүйн онцлог, эмчилгээнд "Ахизунбер" бэлдмэл хэрэглэсэн үр дүн. Анагаах ухааны докторын зэрэг горилсон нэг сэдэвт бүтээл.
6. Ben-Aryeh H, Malberger E, Gutman D, Szargel R, Anavi Y. Salivary IgA and serum IgG and IgA in recurrent aphthous stomatitis. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1976 Dec; 42(6): 746-52. www.ncbi.nlm.gov/pubmed/
7. Endang W Bachtiar, Santoso Cornain, Budiningsih Siregar and Tribudi W Raharjo. Decreased CD4+/CD8+ Ratio in Major Type of Recurrent Aphthous Ulcers: Comparing

Major to Minor Types of Ulcers. Asian Pac J Allergy and Immunol. 1998; 16: 75-79. www.ncbi.nlm.gov/pubmed/

8. Pedersen A, Klausen B, Hougen HP, Ryder LP. Peripheral lymphocyte subpopulations in recurrent aphthous ulceration. Acta Odontal Scand. 1991 Aug; 49(4): 203-6. www.ncbi.nlm.gov/pubmed/
9. Savage NW, Mahanonda R, Seymour GJ, Collins RJ. The proportion of suppressor-inducer T-lymphocytes is reduced in recurrent aphthous stomatitis. J Oral Pathol. 1988 Jul; 17(6): 293-7.

www.ncbi.nlm.gov/pubmed/

RESULT OF IMMUNOLOGICAL ANALYSIS IN RECURRENT APHTHOUS STOMATITIS

Munkhtuya E[1], Urjinlkham J[2], Batbaatar G[3]
[1]First Central Hospital of Mongolia
[2]School of Dentistry, HSUM
[3]School of BioMedicine, HSUM
E-mail: hikarisv@yahoo.com

Key words: immunity, lymphocyte, immunoglobulin, phagocytic activity

Recurrent aphthous stomatitis (RAS) is a common oral mucosal chronic disorder of uncertain etiopathogenesis which has been increased at present. It is characterized by recurring episodes of ulcers or aphtae.

Objectives of the study were to determine cellular and humoral immunity in patients with RAS. The study group consisted of 30 patients who were diagnosed with RAS in 2008 in the examination room of Department of Oral Facial Treatment at the School of Dentistry, Health Science University of Mongolia and 20 healthy subjects. Assessment of immune system was based on the analysis of peripheral lymphocyte subpopulations by rosette and teophillin test. Serum IgA, IgM, IgG were measured by radial immunodiffusion in gel by Manchini. Phagocytic activity of neutrophil cell is determined by NBT(nitroblue tetrazolium) test.

By our study, peripheral T lymphocyte was 51.38±1,22 % ($p<0.01$), teophillin resistant T cell (Tr) was 39.03±1,21 % ($p<0.05$), , teophillin sensitive T cell (Ts) was 12.82±0.47 % , Tr/Ts 3.03±0.15, B lymphocyte was 12.34±0.54 %, serum IgA was 1.14±0.07 g/l ($p<0.001$), IgM was 1.54±0.07 g/l, IgG 11.02±0.25 g/l ($p<0.01$), index of activation by NBT test was 1,3±0,047 ($p<0.001$).

Peripheral T lymphocyte, teophillin resistant T cell, serum IgA and IgG, index of activation by NBT test levels were statistically lower in patient group than to that in control group

The result showed that the cellular, humoral and innate immunity were suppressed and immunoregulation was failed in patient with RAS.

Тархины харвалт төст тархины хавдрын эмнэлзүйн тохиолдол

С.Баянбат[1], Б.Уганбаяр[1], Н.Наранбат[2], Л.Энхсайхан[1]
[1]Улсын нэгдүгээр төв эмнэлэг, [2]ЭМШУИС
Түлхүүр үг: тархины харвалт төст эмгэг, тархины хавдар, талсаа

Тархины хавдрын нийт тархалт, шинээр илрэх өвчлөлийн тохиолдол дэлхийн болоод манай улсын хэмжээнд ихэсч буй эмгэг юм. Нийт хорт хавдрын 6 хувь, мэдрэлийн органик өвчний 4.5%-ийг тархины хавдар эзэлдэг[1].

Тархины хавдар эмнэлзүйн шинжийн эхлэл болон явцын хувьд тархины харвалттай төстэй байх тохиолдол байдаг. Libman нарын судлаачид тархины харвалт гэж анх оношлогдсон 400 гаруй өвчтөнүүдийн 19 хувьд тархины харвалт төст эмгэг болохыг тогтоосон бөгөөд тэдгээрээс уналтын дараах үеийн саажил (17 хувь), үжил (17 хувь), тархины хавдар (15 хувь), бодисын солилцооны шалтгаант эмгэг (13 хувь) зонхилон тохиолджээ[2].

Бидөвчний эхлэл, явц. КТ,СРТ-ийн зураглалын хувьд тархины харвалттай адил нэгэн тохиолдлыг та бүхэнд танилцуулъя.

Өвчтөн С.У. 55 настай, эмэгтэй, өндөр 149см, жин 49 кг, яс угсаа халх. Дорнод аймгийн Эрдэнэ сумын харъяат, 21 жил нягтлан, 12 жил цэцэрлэгт туслах багш хийж байгаа.Өвчний түүх №3536

Онош: Тархины зүүн тал бөмбөлөгийн хавдар, баруун тал саа

Зовиур: Толгой өвдөнө, баруун гар, хөл суларсан, мэдрэмж муу.

Өвчний түүх: 2013оны 02-р сарын 18-ны өдрийн 00 цагийн үед усанд орж байгаад гэнэт бие эвгүй болж, баруун гар, хөл суларч, хэл ээдэрч, юм ярьж чадахгүй болсон, тэр үед ухаан алдаагүй. Улмаар сумынхаа эмчийг дуудаж үзүүлэхэд агшилтын даралт 140 мм м.у.б байсан. Сумын ЭМТ-д 10 хоног"Тархины шигдээс"оношийн дагуу эмчлэгдсэн. Эмнэлэгт хэвтсэнээс хойш 2 хоногийн дараа биеийн байдал, хэл яриа, гар, хөлийн хөдөлгөөн сайжирсан гэнэ. Эмнэлгээс гараад 13А маягтаар УНТЭ-ийн Яаралтай тусламжийн тасагт хүргэгдэн ирж, улмаар Мэдрэл судлалын клиникт хэвтсэн.

Урьд нь толгой өвдөж байгаагүй, 2012 оноос артерийн даралт үе үе ихэсдэг ба зарим үед 140 мм.муб хүрдэг. Хэвийн үед 110/70ммм.у.б. Даралт ихсэх үед нифедипин уудаг.

Архаг хууч өвчин: гүйлсэн булчирхайн архаг үрэвсэл, бөөр өвддөг. архи, тамхи хэрэглэдэггүй.

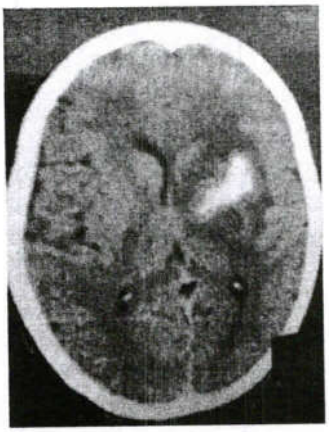
Удмын өгүүлэмж: Төрсөн ах нь 50 насандаа тархины харвалтын улмаас артерийн судасны цулхэнгийн хагалгаанд орж байсан, ээж нь 63 насандаа элэгний хавдрын улмаас нас барсан.

Амьдралын түүх: 1958 онд Дорноговь аймгийн Зүүнбаян суманд айлын 2 дахь хүүхэд болж төрсөн.Эцэг эхээсээ тавуул(4 эр, 1эм), 1 нас 3 сартайдаа айлд үрчлэгдсэн. Багын өсөлт бойжилт хэвийн. Дунд сургууль, техникум, ХААДС-ийг нягтлан бодогч мэргэжлээр төгссөн, 21 жил нягтлан, 12 жил цэцэрлэгт туслах багш хийж байгаа.Ам бүл-2, охины хамт амьдардаг. 4 төрсөн, амьд 3(1эр, 2эм), сүүлийн төрөлтөнд 2 ихэр хүүхэд гараад нас барсан.

Бодит үзлэгт: Биеийн байдал дунд зэрэг, ухаан саруул, байрлал идэвхитэй, арьс салст ердийн, чийглэг, өөхөн эдийн хөгжил хэвийн, уушиг 2 талдаа цулцангийн амьсгалтай, АД 130/80 мм.муб, судасны лугшилт 1минутанд 76 удаа, хэм жигд, хэвлий зөөлөн, эмзэглэлгүй, элэг дэлүү томгүй, аарцгийн эрхтэний үйл хэвийн.

Мэдрэлийн статус:хамар уруулын нугалаа баруунд үл ялиг тэнэгэр, хэл зүүн тийш хазгай, баруун гар,хөлд хөнгөн саатай (булчингийн хүч 3 балл), Баррегийн сорилд баруун гар, хөл алдана,эмгэг рефлекс илрэхгүй, мэдрэхүй, тэнцвэрийн тогтолцоо хэвийн, мэнэнгийн шинж үгүй. Эмчилгээний явцад 5 хоногийн дотор зовиур арилж Баррегийн сорилыг зөв гүйцэтгэж, гар, хөлийн саа арилсан.

Шинжилгээнд: ЦЕШ, ШЕШ, биохими, В,С вирус, цусны бүлэгнэлт, ДОХ, цээжний флюрограмм, хэвлийн хэт авиа зэрэг шинжилгээ хийгдсэн бөгөөд эмгэг өөрчлөлт илрээгүй.



Зураг 1. Тархины КТ-ийн зураг

Толгойн компьютерт томографийн шинжилгээ(КТ)2013.02.28

Зүүн дотор капсулын түвшинд 3,8х1,9 см хэмжээстэй, эргэн тойрон тархины эдийн хавангаар хүрээлэгдсэн, шимэгдэж буй цус хуралтын голомт тодорхойлогдоно. Уг цус хуралт нь зүүн хажуу ховдол болон 3-р ховдлыг шахаж нарийсгасан, тархины бор ба цагаан эдийн ялгарал буурсан, зүүн тал бөмбөлөгт хаван ихтэй. Субарахнойдаль зайнууд зүүн тал бөмбөлөгт нарийссан. Гол бүрдэл хазайлтгүй. Гавал яс болон 2 талын нүдний ухархайнд бүтцийн эмгэг өөрчлөлтгүй. Баруун гаймор болон этмойд, фронталь хөндийнүүдэд шингэнтэй.

Impression:Intraparenchymalhemorrhage in the left internal capsule

Зураг 2. Тархины тодосгогчгүй СРТ-ийн зураг

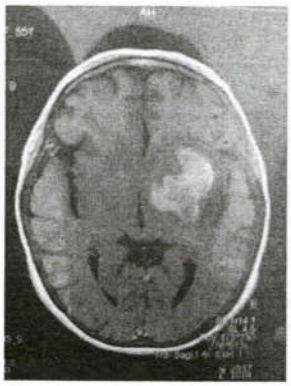
Тархины MRI оношлогоо(тодотгогч бодисгүйСРТ)2013.03.01

Их тархины зүүн тал бөмбөлөгийн суурин зангилаа, дотор капсулын түвшинд гүнзгий байрлалтай,зөв биш хэлбэрийн, 2,1х3,9х3,7 см хэмжээний тархины эдийг болон зүүн хажуугийн ховдолыг, зүүн хажуугийн ховилыг шахсан, эргэн тойрны дух чамархайн эдэд хавангийн нэмэлт зонтой. Мөн хажуугийн ховдолын эргэн тойрны цагаан бодист T2WI, T2W_FIAIR-д өндөр тодрол бүхий жижиг голомтот өөрчлөлттэй. Хажуугийн ховдолын тэгш хэм алдагдсан, зүүн хажуугийн ховдолын өмнөд эвэр, их бие шахагдаж нарийссан. 3-р ховдол нарийссан.Тархины дунд бүрдэл 3-р ховдолын түвшинд бага зэрэг хэлбийсэн. Баруун талын гайморын хөндийн болон элхэгийн, духны хөндийн үрэвслийн өөрчлөлттэй. 2 талдаа салст хавагнаж зузаарсан.

MRA:Гавлын доторхи том артериуд Үүнд: Харагдах internal carotid artery, basilar artery болон түүний салаануудын бөглөрөлт болон цүлхэнт өөрчлөлт үгүй.

Дүгнэлт: Subacute hematoma in the left basal ganglia and internal capsule. Chronic small vessel disease in the periventricular white matters.Sinusitis of the right ethmoid and maxillary, frontal sinuses.Mucosal membrane thickening of left maxillary and nasal sinuses

Эдгээр КТ, СРТ шинжилгээгээр Тархины цус харвалт гэсэн дүгнэлт өгсөн боловч онош бүрэн тодруулах шаардлагатай гэж үзсэн тул тодотгогч бодистой(СРТ) хийсэн.



Зураг 3. Тархинытодосгогчтой СРТ-ийн зураг

Тархины MRI оношлогоо(тодосгогч бодистойСРТ)2013.03.05

Их тархины зүүн тал бөмбөлөгийн суурин зангилаа дотор капсулын түвшинд гүний байрлалтай, зөв биш хэлбэрийн, тодорхой хэлбэргүй 4,1х2,6 см хэмжээний, зүүн хажуугийн ховдолыг,зүүн хажуугийн ховилыг шахсан, эргэн тойрны дух, чамархайн эдэд хавангийн зонтой нэмэлт өөрчлөлттэй. Тодосгогч бодсоор / T1WI+C/зах хүрээгээр өндөр тодрол өгсөн. Эргэн тойроны эдэд хаван ихтэй.

MRA:Гавлын доторхи том артериуд үүнд: Харагдах Internal carotid artery, basilar artery болон түүний салаануудын бөглөрөлт ба цүлхэнт өөрчлөлт үгүй.

Дүгнэлт:R/OTumor in the left basal ganglia.

Энэхүү өвчин толгой өвдөх, хэл ээдрэх, гар, хөл сулрах зэрэг шинжүүдээр гэнэт эхэлсэн, эмчилгээний явцад биеийн байдал сайжирсан, мөнКТ,тодосгогчгүй СРТ-аар цус харвалт гэж тодорхойлогдсоны улмаас тархины харвалттай андуурагдахаар байгаа нь ховор тохиолддог. Тодосгогчтой СРТ шинжилгээгээр тархины хавдар оношбатлагдсан. Өвчтөн тус эмнэлэгийн Мэдрэлийн эмгэг судлалын тасагт эмчлэгдэж биеийн байдал сайжирсан. Улмаар мэдрэлийн мэс заслын эмчийн зөвөлгөөг авч, ШУГТЭ-ийн мэдрэлийн мэс заслын тасагт шилжсэн.

Дүгнэлт:

Уг өвчин эмнэлзүйн шинжийн эхлэл ба явц, КТ, тодосгогчгүй СРТ-ийн шинжилгээний үр дүн тархины цус харвалттай адил байснаараа маш ховор тохиолдол юм. Тодосгогчтой СРТ-аар тархины хавдар оношбатлагдсан болно.

Clinical case of stroke mimics brain tumor

The prevalence and incidence of brain tumor are increasing globally and in Mongolia. It affects 6% among all types of cancer in human.

According to the study result by Libman and colleagues, slightly more than 400 patients initially diagnosed as stroke and 19% of whom were found to have stroke mimics. The majority of the mimics in this study were postictal deficits (17% of mimics); systemic infections (17%); brain tumor (15%), and toxicmetabolic disturbances (13%).
This case of brain was almost same clinical appearances for its sudden onset with symptoms of headache, slurred speech, and weakness of limbs and health condition improvement after treatment.

This case was rare although seemed to be cerebral stroke for its onset, clinical course, CT and MRI result, but brain tumor was confirmed after MRI with contrast performed.

Ном зүй:

1. Цагаанхүү Г. Мэдрэл судлал: сурах бичиг. Улаанбаатар, 2011, 505 х.
2. Libman RB, Wirkowski E, Alvir J, Rao TH. Conditions that mimic stroke in the emergency department. Implications for acute stroke trials. Arch Neurol. 1995:52:1119-1122.

Элэгний гаднах цөс дамжуулах замын бүтэц, судасжилт

Б.Мөнхчулуун, С.Дашцогт, Б.Жавхлантөр, Ц.Ишдорж
Улсын нэгдүгээр төв эмнэлэг ЕМЗК

Судалгааны ажлын зорилго:

- Монгол хүний цөсний хүүдий болон цоргоны морфометрийн үзүүлэлт, ханын бүтэц, тэдгээрийг тэжээгч артери, хүүдийн цоргоны байршил зүйн хувилбаруудыг тодорхойлох

Судалгааны ажлын зорилт:

- Монгол хүний цөс дамжуулах замын морфометрийн үзүүлэлтүүдийг тодорхойлох,
- Монгол хүний цөсний хүүдийн цоргоны (ductus cysticus) байршил зүйн хувилбаруудыг тодорхойлох,
- Монгол хүний цөсний хүүдийн артерийн судасны (a.cystica) байршил зүйн хувилбаруудыг тодорхойлох

Судалгааны арга зүй:

УНТЭ ийн ЕМЗК-т нээлттэй аргаар цөсний хүүдий авах мэс засал хийлгэсэн 100 тохиолдол, дурангаар цөсний хүүдий авах мэс засал хийлгэсэн 80 тохиолдолын цөсний хүүдийн цоргоны (ductus cysticus) болон артерийн судасны (a.cystica) байршил зүйн хувилбаруудыг мөн эмгэг судлалын төв болон Шүүх Шинжилгээний Үндэсний Төвд задлан шинжилгээнд орсон 84 цогцосоос цөс дамжуулах замыг салган авч гаргалгааны аргыг ашиглан марфометрийн хэмжилт хийж мөн цөсний хүүдийн цоргоны (ductus cysticus) болон артерийн судасны (a.cystica)байршил зүйн хувилбаруудыг тодорхойллоо.

Үр дүн:

Монгол хүний цөсний хүүдийн урт дунджаар 10.76±0.24 см, цөсний хүүдийн өргөн 3.97±0.10см, цөсний хүүдийн цоргоны урт 4.00±0.07см, цөсний хүүдийн цоргоны голч 0.37±0.01см, цөсний ерөнхий цоргоны урт 7.74±0.08см, цөсний ерөнхий цоргоны голч 0.87±0.01см байна. Цөсний хүүдийн цоргоны байршил зүйн 6 хувилбар тодорхойлогдлоо. Үүнд: Цөсний хүүдийн цорго нь элэгний ерөнхий цоргоны баруун талаас хурц өнцөг үүсгэн салаалсан сонгомол хэлбэр буюу 1-р хувилбар. Цөсний хүүдийн цорго хэт богино хэлбэр буюу 2-р хувилбар. Цөсний хүүдийн цорго нь элэгний ерөнхий цоргоны баруун талд 1.5-2 см дагаж холбогч эдээр холбогдсон хэлбэр буюу 3-р хувилбар. Цөсний хүүдийн цорго нь элэгний ерөнхий цоргоны урдуур ороож түүний зүүн талд холбогдсон хэлбэр буюу 4-р хувилбар. Цөсний хүүдийн цорго нь элэгний ерөнхий цоргоны араар ороож түүний зүүн талд холбогдсон хэлбэр буюу 5-р хувилбар. Цөсний хүүдийн цорго нь элэгний ерөнхий цоргоны баруун талаас хурц өнцөг үүсгэн салаалсан сонгомол хэлбэр хэдий ч цөсний хүүдийн цоргоноос салаалж элэгрүү орсон нэмэлт цорготой хэлбэр буюу 6-р хувилбар. Цөсний

хүүдийн артерийндараах 5хувилбар тохиолдлоо. Сонгомол хэлбэр буюу 1-р хувилбар. Цөсний хүүдийн артери нь элэгний зүүн артериассалаалсан хэлбэр буюу 2-р хувилбар. Цөсний хүүдийн артери нь элэгний ерөнхий артериас салаалсан буюу 3-р хувилбар. Цөсний хүүдийн артери нь элэгний баруун зүүн артериас салаалсан хос артеритай буюу 4-р хувилбар. Цөсний хүүдийн артери нь ходоод 12 хуруу гэдэсний артериас салаалсан хэлбэр буюу 5-р хувилбарууд тус тус тодорхойлогдлоо.

Дүгнэлт:

1. Судалгаанд хамрагдагсадынцөсний хүүдийн урт дунджаар 10.76±0.24 см, цөсний хүүдийн голч дунджаар 3.97±0.10 см, цөсний хүүдийн цоргоны урт дунджаар 4.00±0.07см, цөсний хүүдийн цоргоны голч дунджаар 0.37±0.01см, цөсний ерөнхий цоргоны урт дунджаар 7.74±0.08 см, цөсний ерөнхий цоргоны голч дунджаар 0.87±0.01см байлаа.
2. Судалгаанд хамрагдагсадынцөсний хүүдийн цорго ньэлэгний ерөнхий цоргоны баруун талаас хурц өнцөг үүсгэж гарсан, элэгний ерөнхий цоргоны зүүн талаас гарч урдуур нь тойрсон, элэгний ерөнхий цоргоны зүүн талаас гарч араар нь тойрсон, хэт богино цорготой, ерөнхий цоргоо дагаж холбогч эдээр холбогдсон, нэмэлт цорготой гэсэн байршил зүйн хэвийн 6 хувилбартай байна.
3. Судалгаанд хамрагдагсадынцөсний хүүдийн артери нь элэгний баруун артериас салаалсан, элэгний зүүн артериас салаалсан, элэгний өөрийн артериас салаалсан, ходоод,12 хуруу гэдэсний артериас салаалсан, хос артеритай гэсэн хувилбаруудтай байлаа.

PREVALENCE OF VARIATIONS OF THE EXTRA HEPATIC BILIARY DUCT AND VASCULARIZATION IN THE MONGOLIAN

B.Munkhchuluun[1], S.Dashtsogt[1], B.Javkhlantur[1],TS.Ishdorj[1]
First central hospital of Mongolia
HSUM

Background:

Anatomical study of the cystic duct and cystic artery are important because their relation to each other is very variable, creating potential difficulties during surgery. The aim of this study was to record the variations in origin of the cystic duct from common bile duct and its cystic artery variations, which descent from different sources and its location in relation to the biliary ducts among Mongolian people and to compare the variations between the sexes and different races.The data were collected by dissection of cadavers, whose death cause weren't gastrointestinal diseases. Totally 84 cadavers (age from 16 to 60) were examined in the dissection room in the National Institute of Forensic Science of Mongolia.The anatomy of the extra biliary ducts and the cystic artery were examined. Variations in the origin and position of the cystic duct and cystic artery from the nearby vessels were noted and the number of cases compared between males and females. Variations in the origin and location between different races were also noted and compared with data from other studies.

Results:

Among Mongolians the mainlength of gallbladder is 10.76±0.24 cm, the mainwidth of gallbladderis 3.97±0.10 cm, the main length of cystic duct is 4.00±0.07 cm, the main diameter of cystic dust is 0.37±0.01 cm, the main length of common bile duct is 7.74±0.08 cm, the main diameter of common bile dust is 0.87±0.01 cm.Regarding the variation of the cystic duct in Mongolian subjects the following results were obtained: there are 6 types of variation determined. The variation of cystic duct in the 84Mongolian cases investigated was 1st type in 69%, 2nd type in 9.5%, 3rd type in 5.9%, 4th type in 8.3%, 5th type in 5.9% and 6th type in 1.1%.

Conclusion:

1. Among Mongolians the mainlength of gallbladder is 10.76±0.24 cm, the mainwidth of gallbladderis 3.97±0.10 cm, the main length of cystic duct is 4.00±0.07 cm, the main diameter of cystic dust is 0.37±0.01 cm, the main length of common bile duct is 7.74±0.08 cm, the main diameter of common bile dust is 0.87±0.01 cm.
2. Among Mongolians there are 6 types of variations determined.
3. The origin of the cystic artery in the Mongolian was from the right hepatic artery, from the common hepatic artery, from the left hepatic artery and from the gastroduodenal artery.

Key words: Bile duct, cystic dust variation, cystic artery variation

Ном зүй:

1. Санчин Y, O C. Мирризи хам шинж. *Мэс засал.* 2008:66.
2. Koops A, Wojciechowski B, Broering DC, Adam G, Krupski-Berdien G. Anatomic variations of the hepatic arteries in 604 selective celiac and superior mesenteric angiographies. *Surg Radiol Anat.* 2004;26(3):239-244.
3. Сэргэлэн О, Өнөрсайхан Ч. цөсний замын оношлогоо эмчилгээг боловсронгуй болгох нь. *Монголын анагаах ухаан.* 2008:28-30.
4. Zou XN, Grejs A, Li HS, Hoy K, Hansen ES, Bunger C. [Estimation of life expectancy for selecting surgical procedure and predicting prognosis of extradural spinal metastases]. *Ai Zheng.* 2006;25(11):1406-1410.
5. Donald JJ, Fache JS, Burhenne HJ. Biliary lithotripsy: correlation between gallbladder contractility before treatment and the success of treatment. *AJR Am J Roentgenol.* 1991;157(2):287-290.
6. Zhu F, Yan W, Zhao ZL, Chai YB, Lu F, Wang Q, Peng WD, Yang AG, Wang CJ. Improved PCR-based subtractive hybridization strategy for cloning differentially expressed genes. *Biotechniques.* 2000;29(2):310-313.
7. ЭМЯ. *Монгол улсын статистикийн эмхтгэл.* 2008:24.
8. ЭМЯ, ДЭМБ, НЭМХ. *Халдварт бус өвчин ба амьдралын эрүүл хэв маяг.* 2008:23.
9. ЭМЯ, ДЭМБ, НЭМХ. *Халдварт бус өвчний эрсдэлт хүчин зүйлсийн тархалтын түвшин тогтоох судалгаа.* 2008:46.
10. Амгаланбаатар Д, Дагданбазар Д. цөсний хүүдий. *хүний биеийн эрүүл анатоми.* 2009:104-105.

11. Saibene A, Pellicciotta G, Balconi G, Angeli E, Calderara A, Pontiroli AE, Pozza G. Ultrasonographic evaluation of gallbladder volume and contractility in diabetic patients of different ages. *Diabete Metab.* 1991;17(6):530-533.
12. Цэрэндаш Б, Лхагвасүрэн З. Элэгний хавдрын тэжээгч судсыг бөглөх эмчилгээ *Элэгний цирроз зарим хүндрэлийн судас бөглөх эмчилгээ.* 2007:138.
13. Онхуудай Н, Рагчаа Б. *Возможности особенности сегментарного строения печени человека* 1967.
14. Ефименко НА, Чернеховская НЕ. Нарушения микроциркуляций при гнойном холангите. *Микроциркуляция и способы ее коррекций.* 2003:113-115.
15. Стебельский СЕ, Маковецкий ВД, Стефановская ТП. *Анатомия сосудистой и периферической нервной систем человека.* 1984:40-45.
16. Popescu A, Sporea I. Ultrasound examination of normal gall bladder and biliary system. *Med Ultrason.*12(2):150-152.
17. Отгон Г. элэг цөсний физиологи. *Физиологийн үндэс.* 2001:45.
18. Glasbrenner B, Malfertheiner P, Pieramico O, Klatt S, Ditschuneit H. [Sonographic study of gallbladder function: exogenous or endogenous stimulation?]. *Ultraschall Med.* 1991;12(4):172-175.
19. Zhang W, Xu D, Zhuang G, Wang W, Guo L. Characteristics of ambient 1-min PM 2.5 variation in Beijing. *Environ Monit Assess.*165(1-4):137-146.
20. Амгаланбаатар Д, Дагданбазар Д. хоол боловсруулах эрхтэн тогтолцоо. *Хүний биеийн бүтэц зүйн лекц* 2009:168.
21. Choi JW, Kim TK, Kim KW, Kim AY, Kim PN, Ha HK, Lee MG. Anatomic variation in intrahepatic bile ducts: an analysis of intraoperative cholangiograms in 300 consecutive donors for living donor liver transplantation. *Korean J Radiol.* 2003;4(2):85-90.
22. Туул М, Лхагваа Л. цөсний хүүдийн хэмжээ. *Монгол хүний хөгширөлтийн биологи.* 2006:171.
23. Nieto N, Dominguez-Rosales JA, Fontana L, Salazar A, Armendariz-Borunda J, Greenwel P, Rojkind M. Rat hepatic stellate cells contribute to the acute-phase response with increased expression of alpha1(I) and alpha1(IV) collagens, tissue inhibitor of metalloproteinase-1, and matrix-metalloproteinase-2 messenger RNAs. *Hepatology.* 2001;33(3):597-607.

Порто-кавальное шунтирование у больных циррозом печени

Батчулуун П., Сэргэлэн О., Плеханов А.Н.
Монгольский государственный медицинский университет
Бурятский филиал научного центра реконструктивной и восстановительной хирургии СО РАМН

По данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) в последние годы отмечается почти эпидемический рост числа больных циррозом печени во всем мире. Так, во Франции и Италии количество больных приближается к 200 000 в каждой [7,9,10,28]. В США в 1965-1975 годах цирроз печени (ЦП) наблюдался у 9,6-10.2% гастроэнтерологических больных [49]. По данным аутопсии больных ЦП частота заболевания в мире колеблется от 1 до 11%, составляя в среднем 2-3% [31], в странах Западной Европы и США 3-9%, а в бывшем СССР данный показатель составлял в 1965 и 1970 годах 1% [4]. В России частота ЦП в последние годы увеличилась в четыре раза [2]. Чрезвычайно распространена данная патология в Европейской части и Сибири, а также в среднеазиатских республиках [5].

При циррозах печени любой этиологии происходит стойкое повышение давления крови в портальной системе - развивается синдром портальной гипертензии [20].

По данным статистики на всем континенте наибольшее распространение получил ЦП вирусной и алкогольной этиологии. Причем в странах Западной Европы и Северной Америки ведущая роль в этиологии заболевания принадлежит алкоголю, а в России, Азии, Африке и Японии - вирусной гепатотропной инфекции [23]. На современном этапе развития науки у отдельных больных причину ЦП установить удается не всегда [31]. Часть криптогенных циррозов несомненно имеет алкогольную этиологию, так как число скрытых (т.е отрицающих употребление алкоголя) больных хроническим алкоголизмом не уступает числу латентных форм вирусного гепатита.

При этом, по данным ВОЗ смертность от ЦП имеет стойкую тенденцию к росту. Основными причинами смерти у этих больных являются: рецидивы кровотечений из варикозных вен пищевода и желудка (48-53%), энцефалопатия и печеночная недостаточность (17-24%), либо сочетание этих факторов (14-37%); в 4-11% случаев происходит трансформация цирроза в рак [21]. Продолжительность жизни больных с данной патологией зависит как от причины ЦП, стадии на которой диагностируется болезнь, так и от развития основного осложнения. Впервые возникшее гастроэзофагальное кровотечение (ГЭК) независимо от проводимых мероприятий приводит к летальному исходу в 50-80% случае [29].

Очень широко в литературе обсуждается вопрос о том, какой метод лечения предпочтительнее для остановки и профилактики кровотечений из варикозно расширенных вен (ВРВ). Наибольшее распространение в мировой практике получили : медикаментозное лечение с использованием препаратов группы нитратов, бета-блокаторов и других [3,24]; эндоскопическое склерозирование варикозных вен пищевода и желудка [12] эндоваскулярные вмешательства [6] и паллиативные

хирургические вмешательства, выполняемые непосредственно на гастро-эзофагальной зоне [18].

Однако наиболее радикальным методом лечения больных с портальной гипертензией и рецидивами ГЭК является порто-кавальное шунтирование [13]. Предложено более 20 различных модификации порто-кавальных анастомозов (ПКА), которые используются в мировой практике в связи с угрозой кровотечения из ВРВ.

Результаты порто-кавального шунтирования (ПКШ) во многом зависят не только от тяжести исходного состояния пациентов, но и от вида выполненного анастомоза, который во многом определяет травматичность вмешательства, степень портальной декомпрессии и состояние порто-печеночного кровообращения, влияющих как на центральную гемодинамику, так и на функцию печени [14,22,53]. В связи с этим в литературе широко обсуждается вопрос о преимуществе того или иного вида ПКШ. Мнения ученых в этом вопросе различны, а порой диаметрально противоположны.

Ряд исследователей отдает предпочтение тотальному шунтированию, отводящему весь поток воротной крови от печени, объясняя эффективность данного варианта ПКШ наилучшей результативностью в плане остановки и профилактики кровотечений из ВРВ пищевода и желудка [26,32].

Существуют самые различные взгляды ученых на целесообразность использования прямых порто-кавальных анастомозов. Как утверждают Langer B. et al. (2005) [34], этот вид анастомоза технически прост в выполнении и легче переносится больными, чем другие ПКА. Кроме того, по мнению Orloff M.J. et al. (1974) [41], прямой ПКА конец в бок в наибольшей степени снижает портальное давление, при этом они рекомендуют его выполнение не только в плановом порядке, но и на высоте кровотечения из ВРВ пищевода и желудка. По данным Steegmuller K.W. et al. (2010), летальность после плановых прямых ПКА составляет 7%, а после экстренных вмешательствах -22% [46].

В то же время Ратнер Г.Л., Борок Б.А. (1990), утверждают о том, что прямой ПКА не следует выполнять из -за высокой послеоперационной летальности, основной причиной которой является острая печеночная недостаточность [19].

В последние годы большинство ученых отказались от тотального шунтирования, в связи с высокой вероятностью возникновения в послеоперационном периоде таких серьезных осложнений, как энцефалопатия и печеночная недостаточность. Развитие данных осложнений связано прежде всего с тем, что портальная кровь содержащая гепатотропные факторы и церебротоксические вещества (соединения аммония, некоторых жирных кислот, меркапта, фенолов и др.) попадает в системную циркуляцию минуя печень [43].

Наибольшее распространение в последние годы получило селективное шунтирование, разобщающее портальную систему на селезеночный и брыжеечный бассейн, при котором происходит избирательное отведение портальной крови с сохранением пассажа брыжеечной крови в печень [15].

Наиболее часто применяемым селективным ПКА является дистальный спленоренальный анастомоз, который был впервые осуществлен в клинической практике Warren W.D. в 1967 году и, независимо от него, Пациора М.Д в 1968 году. Многие авторы считают, что после технически успешно выполненного дистального СРА в

меньшей степени нарушается внутрипеченочная гемодинамика и гораздо реже развивается печеночная недостаточность в послеоперационном периоде по сравнению с другими сосудистыми ПКА [17,18].

В литературе обсуждаются негативные стороны данной операции, в частности, необходимость выделения селезеночной вены из ткани поджелудочной железы, что может привести к развитию послеоперационного панкреатита [51] и последующего тромбоза ПКА [47]. Кроме этого, наибольшую дискуссию среди ученых вызывает вопрос о продолжительности сохранения селективности дистального спленоренального анастомоза (СРА). Langer B et al. (2005) считают, что причиной энцефалопатии и активации цирротического процесса является снижение портального кровотока и увеличение притока крови к анастомозу через коронарную вену, т.е. дистальный СРА со временем теряет свою селективность [34]. Сразу после дистального СРА воротный кровоток сохраняется у 90% больных, через 3-5 лет - у 42% больных [50].

В то же время имеется ряд работ, авторы которых считают, что при выполнении дистального СРА необходимо перевязывать все порто-азиагальные венозные коллатерали, и тем самым, сохранять проградный кровоток в воротной вене. Авторы приводят данные о низком проценте послеоперационной энцефалопатии при соблюдении всех технических правил выполнения данного варианта ПКШ [25].

Несмотря на то, что многие исследователи считают неизбежным развитие тотального шунтирования после дистального СРА, большинство авторов отдает предпочтение именно этому варианту ПКШ, отмечая, что качество жизни этих пациентов гораздо лучше в связи с меньшей вероятностью развития гепато-портальной энцефалопатии (ГПЭ) [39]. По мнению Maillard J. (1979), при селективном ПКШ происходит постепенное увеличение портальной декомпрессии с адаптацией печени к новым гемодинамическим условиям [35].

В последние годы все больше внимание хирургов, занимающихся проблемой портальной гипертензии, привлекают парциальные ПКА, которые вызывают не полную декомпрессию портальной системы и сохраняют частичную портальную перфузию [30].

В нашей клинике в связи с накоплением опыта ПКШ произошла переоценка взглядов на преимущества различных видов ПКА и, мы стали отдавать предпочтение тем вариантам ПКШ, которые обеспечивают адекватную декомпрессию портальной системы для профилактики гастро-эзофагальных кровотечений и сохраняют при этом воротный кровоток. Наилучшим при этом явилось парциальное шунтирование [15].

При создании парциального ПКА большинство хирургов ориентируются в основном на разобщенность портальных бассейнов, размеры анастомоза, степень снижения портального давления, соотношение размеров шунта и воротной вены [45].

Необходимо отметить, что среди сторонников парциального ПКШ нет единого мнения о размерах сосудистого соустья, которое бы позволило сохранить воротный кровоток и адекватно снизить портальное давление. При анастомозах, выполненных непосредственно с воротной веной, рекомендуют соустья диаметром 8-10 мм., при МКА Н-типа 10-12 мм. [37,42]. По мнению этих авторов, при формировании анастомозов с такими размерами почти всегда удается частично сохранить воротный

кровоток и вызвать декомпрессию гастро-эзофагальной зоны, достаточную для профилактики ГЭК и, тем самым, снизить послеоперационную летальность до 8%.

Проградный портальный кровоток в воротной вене после ПКА Н-типа сохранялся у 80% больных с диаметром анастомоза 8 мм., у 50%- с диаметром анастомоза 10 мм; ретроградный кровоток развился у больных с диаметром анастомоза больше 10 мм. При диаметре анастомоза 8-10 мм. энцефалопатия отмечалась в 11% случаев, а при диаметре анастомоза 12-14 мм. в 55% случаев [36]. Отдаленные результаты СРА бок в бок или Н-типа, по данным Ерамишанцева А.К. и соавт. (1991), также зависят от исходного состояния порто-печеночной гемодинамики. При достаточном декомпрессивном эффекте портальной системы и сохранении проградного воротного кровотока к печени у подавляющего большинства получены удовлетворительные результаты [11].

У больных алкогольным циррозом печени Sarfeh I.J. et al. (1994) рекомендуют при выполнении ПКШ использование шунта Н-типа малого диаметра (8 мм) в сочетании с лигированием венозных коллатералей. Эта операция выполнялась в плановом порядке у больных ЦП класса "А" и "В" по Чайлду-Туркотту. При этом в 90% случаев удалось сохранить воротный кровоток, а энцефалопатия в отдаленном периоде у таких пациентов отмечалась в 13% случаев [43].

Наиболее сложным вопросом при выполнении парциальных анастомозов является определение адекватности выполненной операции. Одни авторы считают оптимальным достижение порто-кавального градиента в 10 мм. рт. ст. [40]. Другие утверждают, что необходимым для профилактики ГЭК является снижение портального давления на 30% [43].

В то же время есть мнения о невозможности использования данного критерия при выполнений парциального ПКШ, т.к. даже при тотальном шунтировании нередко во время операции отмечалось лишь умеренное снижение портального давления в пределах 30% от исходных показателей [27].

По мнению Лебезева В.М. (1994), ориентация большинства исследователей, выполняющих парциальные анастомозы, на определенные размеры сосудистых соустьев (8-12 мм.) неправомерна, так как при этом можно получить как тотальное шунтирование, так и парциальное, но недостаточное для профилактики ГЭК. Несмотря на существование прямой зависимости между размерами сосудистых соустьев, объемом ПКШ и степенью снижения портального давления, автору не удалось выявить достоверных гемодинамических пооперационных критериев, позволяющих определить размеры анастомоза, достаточные для профилактики ГЭК, и, в то же время, сохранить воротный кровоток для поддержания удовлетворительной функции печени. Наиболее достоверным способом определения сохранности воротного кровотока и степени портальной декомпрессии, по его мнению, является интраоперационный контроль за кровотоком в анастомозируемых сосудах и динамикой портального давления во время операции [15].

Таким образом, несмотря на большое количество предложенных видов ПКШ и безусловную их эффективность в лечении кровотечений из ВРВ, данное хирургическое вмешательство может представлять значительный риск в связи с возможностью развития печеночной недостаточности и энцефалопатии как в

ближайшем послеоперационном периоде, так и в отдаленные сроки после операции и, тем самым, предопределить неблагоприятный исход .

Поэтому, установив показания к операции у больных ЦП, важно оценить компенсаторные возможности печени и решить вопрос о переносимости того или иного хирургического вмешательства, осуществляя отбор пациентов с наименьшим риском планируемой операции.

Большинство хирургов для определения тяжести исходного состояния больных, прогнозирования результатов операций основываются на классификацию Чайлда-Туркотта, разделяющую всех пациентов на 3 функциональных класса, отмечая безусловную зависимость результатов ПКШ от дооперационного состояния этих больных. При этом, послеоперационная летальность после ПКШ колебалась в группе "А" с 10 до 15%, в группе "В" составляла 25-30%, в группе "С"- от 50 до 100% [38].

Однако, не умоляя практической значимости данной классификации, отдельные ученые считают ее не всегда объективной, подвергая сомнению значимость таких критериев как энцефалопатия и питательный статус, а такой показатель как выраженность асцита отражает в основном функциональное состояние почек [33].

Пациора М.Д. и соавт. (1984) выделили в качестве прогностических факторов ухудшения течения цирроза печени после оперативных вмешательств активность патологического процесса в печени, резистентную к терапии желтуху и асцит, энцефалопатию, заметное снижение синтезирующей функции печени менее чем на 50% и снижение активности холинэстеразы [18].

При прогнозировании течения цирроза печени после выполнения ПКА, Лыткин М.И. и соавт. (1976) рекомендуют основываться на данных морфологического исследования биоптата печени, учитывая при этом следующие компоненты: глубину и характер патоморфологических изменений в печени, степень внутрипеченочной гипертензии, гемодинамические возможности адекватной декомпрессии портальной системы. При этом авторы отмечают преимущество мелкоузлового ЦП, который является относительно благоприятным признаком, позволяющим ожидать при оптимальном декомпрессивном эффекте стабилизации процесса и улучшения функционального состояния печени [16].

В то же время при выявлении крупноузлового ЦП в активной фазе результаты ПКШ были неудовлетворительными и более половины больных умерло непосредственно после операции в течение последующих 2-х лет. Аналогичные данные получены Хамидовым П.М. и соавт. (1986), которые отметили значительный процент печеночной недостаточности при крупноузловом ЦП с признаками активности.

По данным Лебезева В.М. (1994), Walken R. et al. (1961), Zeppa R. et al. (1984) лучшие результаты ПКШ были получены у пациентов с низкой активностью патологического процесса в печени, определенной по данным морфологических исследований, причем, чаще при выполнении парциального ПКШ [15,48,52]. Однако Schever P. (1973) отмечает практически одинаковый процент послеоперационных осложнений у больных как с низкоактивным, так и с высокоактивным воспалительно-некротическим процессом в печени, но при этом не учитывался вид ПКШ и оценка производилась только непосредственных результатов операции [44].

Ряд авторов установил определенную зависимость результатов ПКШ от уровня билирубина, альбумина, частичного тромбопластинового времени. По мнению Ратнера Г.Л. и соавт. (1990), выживаемость после операции находится в прямой зависимости от сочетания 3-х факторов: уровня сывороточного билирубина, альбумина и характера морфологических изменений в печени по данным биопсии. При этом, сочетание повышения уровня билирубина более 21 ммоль/л., снижение сывороточного альбумина менее 35 г/л. и наличие атрофического ЦП давало плохие результаты послеоперационной выживаемости (50% умерли в ближайшем послеоперационном периоде) [19].

Аналогичного мнения придерживаются Malt R. et al. (1976), которые считают, что уровень билирубина в крови больного, определенного непосредственно перед операцией, коррелирует с операционной летальностью[36].

Многие хирурги при отборе пациентов к какому-либо варианту ПКШ ориентируются на исходные показатели центральной гемодинамики. Ряд исследователей при разделении больных по стадиям ЦП выявили, что нормальные показатели центральной гемодинамики характерны для стадии компенсации, а стадия декомпенсации сочетается со снижением сердечного выброса и объема циркулирующей крови. При снижении сердечного выброса и других основных параметров центральной гемодинамики значительно повышается риск развития осложнений после ПКШ.

Как показывает анализ литературы, в мире существует значительное количество самых различных прогностических тестов ПКШ у больных циррозом печени, однако, все они являются общими, а мнения авторов, использующих эти критерии, нередко противоречат друг другу и не всегда правильно ориентируют хирургов в выборе тактики лечения больных ЦП с портальной гипертензией.

В последние годы пристальное внимание хирургов, занимающихся проблемой портальной гипертензии у больных циррозом печени, привлекает изучение прогностической значимости исходного состояния порто -печеночного кровообращения при выполнении различных видов ПКШ.

Список литературы

1. Анаргул К., Сундуй Г., Баттмомор Б. Ходоод. Дээрх гэдэсний шархлаат овчний хундрэл // Мэс засал.-2008,№11. С. 57-58.
2. Блюгер А.Ф, Новицкий И.Н. Практическая гепатология. // Рига.1984, 405 с.
3. Бондаренко И.П., Дубинский А.А., Терешкин Н.Г. Применение анаприлина для коррекции портальной гипертензии при циррозе печени. // Врачебное дело, 2009, N11, с. 19-22.
4. Бондарь З.А. Клиническая гепатология. // Москва, Медицина, 1970, 407 с.
5. Вахидов В.В., Хамидов П.М., Назыров Ф.Г. Хирургическое лечение цирроза печени с синдромом портальной гипертензии. // В кн.:"Актуальные вопросы реконструктивной хирургии". Ташкент, 1985, с. 18-26.
6. Гранов А.М., Борисов А.Е. Эндоваскулярная хирургия печени. // Ленинград, 1996 .
7. Гоош Б., Даваацырэн Симультанные операции при эхинококкозе печени Тезисы докладов научн. педагог. конф. преподавателей МГМИ, УБ.-1983, С.13.

8. Гоош Б., Долгор П., Дааацырен Н. Мэс заслын эмчилгээ оношл огооны шинэ аргууд ном.-УБ.-1991.
9. Гоош Б. Бэтгийн тухай дахин егуулэхийн учир // Мэс засал.-УБ.2002, №5
10. Дааацэрэн, Н., Билэгсайхан П. Шархны эмчилгээний оноогийн хандлагаа // Мэс засал.-2008,№11. с. 69-72.
11. Ерамишанцев А.К., Лебезев В.М., Киценко Е.А., Долидзе М.А., Гогичайшвили С.Ш. Центральная и порто-печеночная гемодинамика при хирургическом лечении больных циррозом печени и портальной гипертензией. // Клиническая медицина, 2001, N6, с. 81-83.
12. Жигалова СБ. Эндоскопическое склерозирование и эндоваскулярная эмболизация в комплексном лечении кровотечений из ВРВ пищевода и желудка у больных с портальной гипертензией. // Дисс. канд. мед. наук. Москва, 1993, 198 с.
13. Корохов В.В. Нейрогенная дистрофия печени и ее фармакорегуляция. // Л., Наука, 2004, 107 с.
14. Лебезев В.М., Назаров Н.В., Бохян Т.С., Гогичайшвили С.Ш. Изменение печеночного кровотока после операции перитонеовенозного шунтирования у больных портальной гипертензией и резистентным асцитом. // В кн.: "Новые методы функциональной диагностики. Москва, 1990, с.46-47.
15. Лебезев В.М. Порто-кавальное шунтирование у больных с портальной гипертензией. // Дисс. докт. мед. наук. Москва, 1994, 213 с.
16. Лыткин М.И., Ерюхин И.А. Отдаленные результаты сплено-ренального шунтирования при портальной гипертензии. // Хирургия, 2002, №l,с. 109-115/
17. Назаренко П.М., Береснев А.В., Бублик В.В., Воротынцев СФ. О показаниях к портальному шунтированию у больных циррозом печени. // Материалы докладов научной - практической конференции. Курск, 1985, с. 97-98.
18. Пациора М.Д. Хирургия портальной гипертензии. // Изд. 2, доп. Ташкент, Медицина, 1984, 319 с.
19. Ратнер Г.Л., Борок Б.А. Результаты порто-системных анастомозов при портальной гипертензии. // Вестник хирургии, 1990, N 6, с. 21-24.
20. Сэргэлэн О., Батчулуун П., Эрдэнэ С., Бат-Ирээдуй Б. Монголд уйлдвэрлэсэн коллинзын уусмалын туршилтын ур дун // Мэс засал.-2008,№11. с. 7-9.
21. Симонов В.В. Цирроз печени с портальной гипертензией (этиология, патогенез, анатомия, клиника, хирургическое лечение) // Автореферат, дисс. докт. мед. наук, 1971, 34 с.
22. Сипливый В.А., Береснев А.В., Ткачук Н.В. Прогнозирование исходов операции дистального сплено-ренального шунтирования у больных циррозом печени. // Методические рекомендации Харьков, 2003, 33с.
23. Цудик А.З. Популяционно-эпидемиологическое и генетическое изучение цирроза печени. // Сов. медицина, 1984, N3, с. 13-17.
24. Шерцингер А.Г., Ерамишанцев А.К., Лебезев В.М., Киценко Е.А., Манукян Г.В. К вопросу о диагностики и консервативном лечении кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка. // Российский журнал гастроэнтерологии и гепатологии, 1995, N2, с. 65-69.
25. Ashida U., Utsunomiya J., Kotoura I., Ishi Kawa L, Nishioka A. Resalts of distal, splenorenal shunt with versus without splenopancreatic disconnection. // J. Clin.

Gastroenterol. - 2009. - Dec.-l 1 (6).-P. 658-662.
26. Bismith H., Franco D., Hepp J., Portal-systemic shunt in hepatic cirrhosis: Does the type of shunt decisiveli influence the clinical result. // Ann. Surg.- 1980.-V. 192.-P.-18.
27. Britton R. G., Voorkees A. B. and Price J. B. Selective portal decompression. // Surg. - 2010. - V. 67. - P. 104.
28. Freddara A., Campagnola T. Nomenclatura ed epidimiologia delta cirrhosis hepatica. // G. Clin. Med. - 1982. V. 63. - N. 10 -P. 657-662.
29. Gertsh P. et al. Endoscopic noninvasive manometry of esophageal varices: prognostic significance. // Amer J. Surg. - 2012. - V. 144. - N. 5. - P. 531-533.
30. Johansen K. Partial portal decompression for variceal hemorrhage. // Am. Surg. - 2009. - May - V. 157 (5). -P. 479-482.
31. Haraszti A., Vadnay I., Toth K., Baranyai T. U ber die Bedenttung der Umweltfaktoren bei der Entwicklung der leberzirrhose. // Pathol. Anat. - 2004. V. 128.- N5-6.-S. 411-423.
32. Harley H. A. J., Morgan T., Edcher A. G. et al. Results of randomized trial of and- to-side portocaval shunt and distal splenorenal shunt in alcoholic liver descase and variceal bleeding. // Gastroenterology. 1986. - V. 91. - P. 801-809.
33. Lacaine F., Lamuraglia G. M,, Malt R. A. Prognostic factors in survival after portasystemic shunts. // Ann. Surg. - 1985. - V. 202. - N 6. - P. 729-734.
34. Langer B. Taylor R. R., Machenzie D. R. et al. Futuer report of prospective randomized trial comparing distal splenorenal shunt with end-to side portocaval shunt- an analisis of encephalopaty, survival and quality of liver. // Gastroenterology -2005. - V. 88. - P. 424-429.
35. Maillard J. N., Flamant I. M., Hay J. M., Chandleer J. G. Selectivity of the distal splenorenal shunt. // Surg. - 1979. - V. 86. - P. 663.
36. Malt R. N., Srozerban V., Bradford R. Risk in therapeutic portocaval and splenorenal shunt. // Ann. Surg. - 1976. - V. 184. - P. 279-288.
37. Michael G., Sarr M. C. et al. Long-term, patency of the mesocaval shunt. // Am J. Surg. - 2006. -Jan. -V. 151 (1). -P. 98-103.
38. Mutchnick M. G., Lerner E., Conn H. O. Portal-systemic encephalophaty and portocaval anastomosis: a prospective, controled investigation. // Gastroenterology. - 2004. - V. 66. - P. 1005-1019.
39. Nagasue N., Rohno H., Owaga Y. et al. Appraisal of distal splenorenal shunt in the treatment of esophageal varices: an analysis of prophylactic. Emergency and elective shunts. // J. Surg. - 2009. - V. 13. - P. 92-99.
40. Nespoli A., Marni A., Infant M. et al. Assessment of neuropsychologic derangement after portacaval shunt versus asygosportal disconnection in selected cirrhotics. // J. Hepatology (suppl.). - 2007. - V. 4. - N 1. - P. 38.
41. Orloff M.J., Chandler J.G., Charters A.C. et al Emergency portocaval shunt treatment for bleeding esophageal variceas. // Arch. Surg. - 1974. - V. 108.-P. 293.
42. Paquet K. J.. Prognosis after mesocaval interposition shunt, Experience of eight-six consecutive cases over a period of tern years. // Int. Surg. - 2007- Oct. Dec.-V. 12(4).-P. 191-196.
43. Sarfeh I. J., Ryrins E. Partial versus total portocaval shunt in alcoholic cirrhosis results of a prospective, randomised clinical trial. // Ann. Surg. - 2009. -V. 219.-N 4.-P. 352-

361.
44. Scheuer P. J. Liver biopsy interpretation. // Baltimore. - 1973.
45. Spina G., Santambrogio R. The role of portosystemiashunting in the managment of portal hypertension. // Ballieres. Clin. Gastroenterol. - 2002. - V. 6. -N3. -P. 497-515.
46. Steegmuller K. W. et al. The portacaval shunt in the treatment of portal hypertension. // Br. Clin. Pract. - 2010. - May. - V. 38. - N 7. - P. 171-175.
47. Stoney R. J., Mehigan S. T., Olcott N. C Retroperitoneal approach for porta-systemic decompression. // Arch. Surg. - 1975. - V. 110. P. 1347-1350.
48. Walken R., Shaldon C, Vowles D. Late results of portacaval anastomosis. //Lancet. - 2001. V. 2. P. 727-733.
49. Weiss W. Das primareleberkarzion. // Chir. Prax. - 1979. - Bd 25. - N 2. - S. 235-256.
50. Widrich W. C, Robbins A. V., Johnson W. C et al. Long-term follow-up of distal splenorenal shunt: evaluation by arteroigraphy, shuntography, transhepatic, portal, venography and cinefluorography. // Radiology. - 2010. - V. 134.-P. 341-345.
51. Ziaw J F. et al. Amk Hepatitis delta virus superinfection in patients with liver cirrhosis. // J. Hepatol. - 2010. - V. 10. - N 1. - P. 43.
52. Zeppa R., Hutson D. G., Levi J. W. et al. Factors .influencing survival affter distal splenorenal. shunt. // World. J. Surg. - 2004. - V. 8. - P. 733-737.
53. Zochler C. E., Draese K., Lesch P. et al. Stricter selection criterid improve the results surgery. // Hepatogastroent. - 1985. - Dec. - V. 32. - N 6. - P. 279-283.

Порто-печеночная гемодинамика у больных циррозом печени при портокавальном шунтировании

Батчулуун П., О. Сэргэлэн, Плеханов А.Н.

Монгольский государственный медицинский университет
Бурятский филиал научного центра реконструктивной и восстановительной хирургии СО РАМН

Results of portocaval by-passes in 61 patients of age from 19 to 64 years (mid age 39 ± 3.9) were analyzed. 49 patients related to "A" Childe-Turkott class, and 15 patients related to "B" class. In all patients they aimed at "partial" shunting with limited vessel by-pass size (mid diameter 10 mm), independently of the anastomosis size. All patients were divided into two groups depending on the type of the shunt: 1 group - patients with total closure of portal blood passage and total portal shunting, 2 group - patients with "partial" portal shunting.

All patients were divided into 3 groups depending oh initial portal and hepatic artery blood flow. The 1st group consisted of patients with low portal blood flow (about 600 ml/min) - 10 patients, or hepatic artery blood flow about 200 ml/min - 5 patients. The 2nd group consisted of patients with a middle account of portal blood flow (about 600-1000 ml/min) -23 patients or hepatc artery blood flow about 200-400 ml/min - 8 patients. Patients with high portal (more than 1000 ml/min, 28 patients) or hepatic artery blood flow (more than 400 ml/min, 10 patients) were included into the 3d group. Most of 61 patients with

portocaval by-passes (67%) showed satisfactory results, mostly with "partial" portal shunting. Unsatisfactory outcomes (17 out of 20) depended on acute renal insufficiency and central nervous system disorders' progress caused by total reduce of blood passage in portal vein. Those complications were detected in 3 patients out of 20 underwent "partial" portal shunting. Correlation between initial portal blood passage and portocaval shunting results were determined in 41 patients. 21 patients showed satisfactory results in follow-up period (61%), mostly with "partial" portocaval by-passes and only 4 patients with total one. Unsatisfactory postoperative results were detected in 16 patients, 12 (71 %) of them with total portocaval bypass and 4 with "partial" portocaval by-pass.

Key words: of portocaval by-passes, results, portocaval shunting

В последние годы многие, исследователи пытаются найти критерии, с помощью которых можно прогнозировать послеоперационное течение и осуществлять отбор больных с циррозом печени для портокавального шунтирования (ПКШ) [2,4]. Большинство хирургов ориентируются при этом на биохимические тесты, классификацию Чайлда-Туркотта, исходное состояние центральной гемодинамики [1—3, 5]. Однако существующие тесты прогноза результатов ПКШ не всегда могут правильно ориентировать хирургов в выборе тактики лечения больных циррозом печени с портальной гипертензией. Мы предприняли определенные шаги в направлении поиска других критериев прогноза результатов хирургических вмешательств, изучив при этом исходные параметры порто-печеночной гемодинамики и оценив значимость этих показателей при выполнении шунтирующих операций.

Целью настоящей работы является разработки новых гемодинамических критериев отбора больных с циррозом печени для парциального портокавального шунтирования.

Материал и методы

Изучены результаты портокавального шунтирования у 61 больного в возрасте от 19 до 64 лет (в среднем 39 ± 3.9), преимущественно мужского пола. Из них 46 пациентов отнесены к функциональному классу "А" по Чайлду-Туркотту (табл. 1), 15 - к классу "В ".

Таблица 1

Классификация тяжести цирротического процесса по Чайлду-Туркотту

Количество баллов	Билирубин м моль/л	Альбумин г/л	Энцефалопатия	Асцит	Питание
1 балл	<25	>35	-	-	Норма
2 балла	25-50	30-35	Субкли-нически	Умерен.	Атрофия
3 балла	>50	<30	Кома 1-4 ст.	Резистентный	Истощение

*Класс «А» компенсированный -5-7 баллов, класс «В»-субкомпенсированный 8-10 баллов, класс «С»-декомпенсированный более 10 баллов

Выполнили 10 различных модификаций портокавальных анастомозов (ПКА). У всех больных мы стремились к осуществлению парциального шунтирования с ограничением размеров сосудистых соустьев в среднем диаметром 10 мм, независимо от варианта накладываемого анастомоза, однако, несмотря на малый диаметр анастомозов у части больных впоследствии развилось тотальное шунтирование. Поэтому все больные ретроспективно были разделены по типу шунтирования портальной системы на две группы: I гр. составили больные, у которых отмечено полное прекращение воротного кровотока и тотальное ПКШ: II гр. - больные с парциальным ПКШ, у которых во время операции доказана частичность портальной декомпрессии и сохраненного воротного кровотока в той или иной степени.

При благоприятном течении раннего послеоперационного периода результат считали удовлетворительным. При летальном исходе или при развитии печеночной недостаточности и энцефалопатии результат признавали неудовлетворительным.

Отдаленные результаты изучали через 6-11 месяцев после выписки из стационара. Удовлетворительным считали результат при сочетании следующих данных: значительное уменьшение или исчезновение варикозных вен и гастро-эзофагальных кровотечений (ГЭК), отсутствие печеночной недостаточности и энцефалопатии. Неудовлетворительный результат признавали при возникновении рецидивов ГЭК, а также при развитии энцефалопатии и печеночной недостаточности, даже при отсутствии варикозных вен и кровотечений из них.

Всем больным до операции, в раннем и в отдаленном послеоперационном периодах провели абдоминальное комплексное (серошкальное, цветное и спектральное допплеровское) ультразвуковое исследование на современной диагностической системе "Acuson 128X/P10M" (США). Использовали конвексные датчики электронного сканирования для абдоминальных исследований с частотой 3.5 Мгц. Режимы серошкального сканирования и допплеровских исследований выбирали по стандартным программам. Обследование начинали с получения изображения исследуемых сосудов и данных об их диаметре и спектре кровотока. Зная диаметр и линейную скорость, вычисляли объемный кровоток по формуле: $Q = \pi R2L$ (Q — объемный кровоток; $\pi = 3.14$; R — радиус сосуда; L - линейная скорость кровотока).

Согласно данным литературы, кровоток в печени у здорового человека - 1500 мл/мин, из него 70-80% относится к воротной вене. Из этого следует, что у здоровых людей кровоток по воротной вене колеблется в пределах 1150-1200 мл/мин, а по собственной печеночной артерии - от 300 до 350 мл/мин.

Все больные были разделены на 3 группы в зависимости от исходного состояния объемного кровотока по воротной вене и собственной печеночной артерии, с учетом того, что при циррозе печени у большинства больных воротный кровоток ниже нормы (табл. 2).

Таблица 2

Распределение больных по группам в зависимости от уровня объемного кровотока в изучаемых сосудах.

Группа	Градация кровотока по сосудам		
	Воротная вена (61)	Собственная печеночная артерия	ОПК (23)
1 группа *(низкий кровоток)*	до 600 (10)	до 200 (5)	до 800 (4)
2 группа *(средний кровоток)*	от 600 до 1000 (23)	от 200 до 400 (8)	от 800 до 1400 (12)
3 группа *(высокий кровоток)*	более 1000 (28)	более 400 (10)	более 1400 (7)

** Объем кровотока указан в мл./мин. В скобках указано число больных*

Результаты и обсуждение

Анализ ближайшего послеоперационного периода показал, что имеется существенная разница в результатах ПКШ в изучаемых группах (табл. 3).

Таблица 3

Непосредственные результаты порто-кавального шунтирования в зависимости от исходного воротного кровотока

Группа	Показатель кровотока	Количество больных	Результат ПКШ	
			Удовлетворительн	Неудовлетвори
1.	Низкий	10	-	9/1
2.	Средний	23	3/14	4/2
3.	Высокий	28	3/21	4/0
Всего		61	6/35	17/3

* В числителе указано количество больных с тотальным ПКШ, в знаменателе с парциальным.

У всех больных I гр. (кровоток по воротной вене менее 600 мл/мин) непосредственные результаты были неудовлетворительные, причиной которых у 2 явилась печеночная недостаточность и у 8 - энцефалопатия. Во II гр. (600-1000 мл/мин) результаты были значительно лучше ($p < 0.05$) -удовлетворительные имели место у 74% больных. В III группе с высоким воротным кровотоком (более 1000 мл/мин), благоприятный исход ПКШ наблюдали у 85% больных ($p < 0.05$).

Таким образом, из 61 больного, которым выполнили ПКШ, у большинства (67%) были получены удовлетворительные результаты операций, причем, преимущественно их наблюдали при парциальном ПКШ. Неудовлетворительные

исходы операций (у 17 из 20) были обусловлены развитием острой печеночной недостаточности и энцефалопатии, из-за полной редукции кровотока по воротной вене и тотального шунтирования. В то же время из 20 больных с парциальным ПКА эти осложнения были у 3.

К моменту выписки только у 63% оперированных больных сохранялся редуцированный воротный кровоток. В связи с этим было интересным выяснить, какова вероятность развития тотального шунтирования у больных трех изучаемых групп.

Мы установили, что при одинаковом типе сосудистого анастомоза имеется явная тенденция к увеличению вероятности развития тотального ПКШ по мере снижения исходных показателей кровотока по воротной вене. Таким образом, показатели кровотока по воротной вене следует учитывать при выполнении операций, создавая шунты тем меньшего диаметра, чем ниже исходный кровоток. Однако эффективность таких шунтов в отношении профилактики ГЭК требует дальнейшего изучения.

При изучении у 23 больных дооперационного кровотока по собственной печеночной артерии, его редукция была выявлена у 13. 10 больных имели показатели артериального кровотока выше нормы (400 мл/мин и более), хотя воротный кровоток у тех же больных был ниже нормы, а общий печеночный кровоток- в пределах нормы или выше. При этом, мы выявили прямую зависимость результатов ПКШ от исходного кровотока по собственной печеночной артерии. Из 5 больных с низким исходным артериальным кровотоком удовлетворительные результаты были получены у 1 больного, в то время как из 8 больных со средним кровотоком положительный результат отмечен у 5, а из 10 больных с высоким кровотоком (400 мл/мин и более) по собственной печеночной артерии - у 8.

Аналогичные данные были получены при изучении общего печеночного кровотока (ОПК). Редукция его была отмечена у большинства больных (16 из 23). Считаем изучение ОПК наиболее важным и объективным при отборе больных для ПКШ, так как у всех 4 больных с низким исходным ОПК получены неудовлетворительные непосредственные результаты операций. В то же время, у всех больных с высоким ОПК течение послеоперационного периода было благоприятным и получены удовлетворительные результаты. У больных со средними показателями ОПК (12) наблюдали как положительные (7), так и отрицательные результаты ПКШ (5).

Зависимость отдаленных результатов ПКШ от исходного воротного кровотока оценили у 41 больного (табл. 4).

Таблица 4

Характеристика отдаленных результатов ПКШ у больных ЦП в зависимости от исходных показателей кровотока по воротной вене

Группа	Количество больных	Изучены в отдаленном периоде	Результаты ПКШ	
			Удовлетвори тельные	Неудовлетвори тельные
1.	7	4	-	4/0
2.	16	13	2/6	4/1
3.	26	24	2/15	4/3
Всего	49	41	4/21	12/4

** В числителе указано количество больных с тотальным ПКШ, в знаменателе- с парциальным*

У всех больных с низким кровотоком (4) отмечены неудовлетворительные результаты операции. Из 13 больных со средними показателями кровотока по воротной вене удовлетворительные результаты были получены у 8. Из 24 больных с кровотоком 1000 мл/мин и выше благополучный исход ПКШ имел место у 17. Основной причиной неудовлетворительных результатов в отдаленном периоде была энцефалопатия различной степени выраженности, которая обусловлена развитием тотального шунтирования и полным прекращением воротного кровотока.

Как показал анализ, в отдаленном периоде благополучное течение отметили у 21 (61.%) больного, преимущественно при парциальном шунтировании и лишь у 4 - при тотальном). Неудовлетворительные результаты операции получены у 16 больных, в основном при тотальном ПКШ (75%), у 4 наблюдали неблагоприятный исход после парциального шунтирования, что на наш взгляд, было обусловлено исходной высокой активностью патологического процесса в печени, доказанной при морфологическом исследовании.

Таким образом, анализ результатов ближайшего и отдаленного послеоперационного периода показал, что низкие исходные параметры воротного кровотока являются крайне неблагоприятным прогностическим признаком при выполнении ПКШ. Чем ниже показатели дооперационного воротного кровотока, тем больше вероятность получить полное прекращение кровотока по воротной вене, следствием чего является тотальное шунтирование, которое в наших наблюдениях дало большой процент неудовлетворительных результатов и высокую летальность. Парциальное шунтирование у большинства больных позволяет избежать развития осложнений и реже оказывает отрицательное влияние на функцию печени. Низкие дооперационные показатели кровотока по собственной печеночной артерии и ОПК также значительно повышают риск развития тотального шунтирования, которое в

большинстве наблюдений приводит к печеночной недостаточности и энцефалопатии в послеоперационном периоде.

Список литературы

1. Ерамишанцев А.К., Лебезев В.М., Киценко Е.А., Долидзе М.А., Гогичайшвили Е.А.. Центральная и портопеченочная гемодинамика при хирургическом лечении больных циррозом печени и портальной гипертензией // Клиническая медицина. 1991. .N 6. С. 81-83.
2. Лебезев В.М., Губский Л.В., Тачмурадова Г.Т.. Долидзе М.А. Печеночная энцефалопатия при хирургическом лечении больных с портальной гипертензией // Клиническая медицина. 1995. № 2. С. 37-39.
3. Лыткин М.И., Ерюхин И.А. Отдаленные результаты спленоренального шунтирования при портальной гипертензии //Хирургия. 1972. .№ 1. С. 109-115.
4. Maillard J.N., Flamant J.M., Hay J.M., Chandler J.G. Selectivity of the distal splenorenal shunt // Surgery. 1979. V.86. P. 663.
5. Malt R.N., Srczerban V., Bradford R. Risks in therapeutic portacaval and splenorenal shunt // Ann.Surg. 1976. V.184. P.279-288.
6. Lacaine F., Lamuraglia G., Malt R. Prognostic factors of survival after portocaval shunts — variable analysis // Ann. Surg. 1985. V. 202. P. 729-734.

Эмнэлзүйн сорьцноос илэрсэн *Acinetobacter baumannii*-ийн антибиотикт мэдрэг байдал

Р. Оюунчимэг[1], Э. Мөнхтуяа[1], Т. Хосбаяр[2]
[1]Улсын Нэгдүгээр Төв Эмнэлэг
[2]ЭМШУИС, Био Анагаахын Сургууль
E-mail: oyunaa72000@yahoo.com

Түлхүүр үг : Acinetobacter baumannii, тэсвэржилт, халдвар, антибиотик

Оршил:

Acinetobacter baumannii (АВ) нь каталаза эерэг, оксидаза сөрөг, хөдөлгөөнгүй, ферментлэх идэвхгүй, аэроб, грам сөрөг коккобацилл юм. *A. baumannii* нь ампициллин, амоксициллин-клавуланы хүчил, цефазолин, цефотаксим, цефтриаксон, эртапенем, триметоприм, фосфомицинд байгалийн тэсвэржилттэй [1]. *A. baumannii* – ы эмчилгээнд хэрэглэх боломжтой антибиотик нь сульбактам, тикарциллин, цефалоспорины бүлгийн зарим эм (цефтазидим), карбапенем (имипенем), монобактам (азтреонам), аминогликозид, фторхинолон, тетрациклин, полимексин зэрэг эмийн бэлдмэл байдаг [2]. Гэвч *A. baumannii* эдгээр эмийн бэлдмэл тэсвэржих нь элбэг бөгөөд 3 болон түүнээс олон бүлгийн антибиотикт тэсвэртэй *A. baumannii*-ийг олон эмэнд тэсвэртэй *A. baumannii* (ОЭТ-АВ) гэж үздэг. ОЭТ-АВ-ийн халдварын тархалт

ихэссэнтэй холбоотой дээр дурдсан эмийн бэлдмэлийг хэрэглэх боломжгүй болдог аюултай.

A. baumannii –ын халдварын эмчилгээнд хамгийн ач холбогдолтой, нөөц эм нь карбапенемийн бүлгийн эмийн бэлдмэл юм. ОЭТ-АВ-ийн халдварын тархалт дэлхий дахинд улам нэмэгдэж буйтай холбоотой карбапенемийн бүлгийн эмийн хэрэглээ сүүлийн жилүүдэд ихсэж, энэ бүлгийн эмийн хэрэглээ ихсэхтэй уялдан мөн л карбапенемд тэсвэржсэн *A. baumannii* халдварын тархалт ихсэж байгаа нь эрүүл мэндийн салбарын нэн тулгамдсан асуудал болж байна [3-7].

Зорилго:

Эмнэлзүйн сорьцонд *Acinetobacter baumannii*-ийг илрүүлж тэсвэржилтийг судлах

Зорилт:

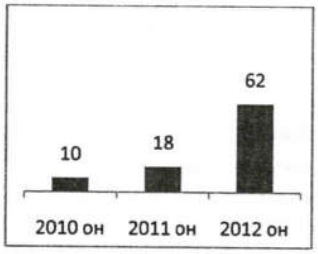
1) Эмнэлзүйн сорьцноос *A. baumannii*-ийг өсгөвөрлөж, илрэлтийг тасаг, сорьцны төрлөөр харьцуулан судлах; 2) *A. baumannii*-ийн антибиотикт мэдрэг чанарыг тодорхойлох

Материал арга зүй:

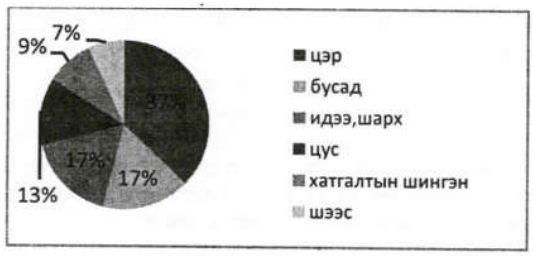
Судалгааг УНТЭ-ийн Клиник лабораторийн нян судлалын хэсэгт 2010-2012 онд хийлээ. Тасгаас ирсэн эмнэлзүйн сорьцноос тэжээлт орчинд тарьж 37^0С-т 18-24 цаг өсгөвөрлөн ялгаж, баримжаалах ялган дүйлт хийсний дараа Францын BioMerieux компанийн API оношлууураар ялган дүйв. *A.baumannii* -ийн АМЧ-ыг Энэтхэгийн Hi Media компанийн антибиотикийн диск болон Францын BioMerieux компанийн АТВ оношлууураар АНУ-ын Эмнэлзүй болон лабораторийн Стандартчилалын Институтын зөвлөмжилсөн стандартын дагуу тодорхойлов.

Судалгааны үр дүн:

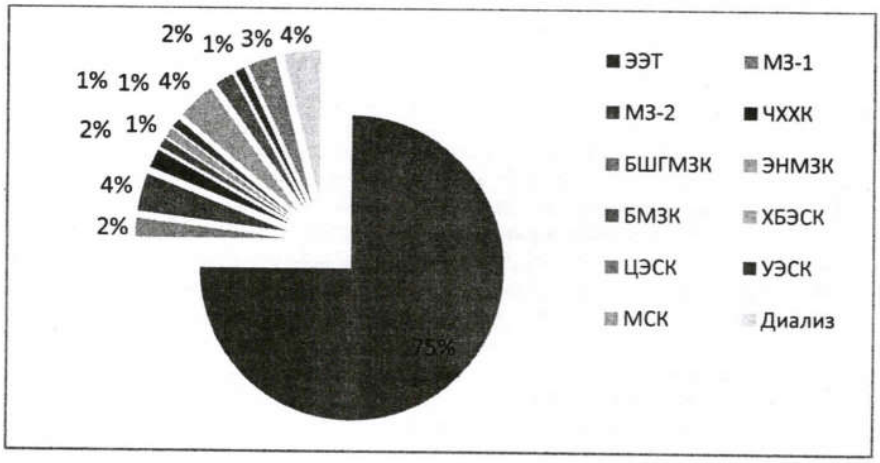
УНТЭ-ийн Клиник лабораторийн нян судлалын хэсэгт 2010-2012 онд нийт 9859 эмнэлзүйн сорьцноос нян судлалын шинжилгээ хийгдсэнээс 90 *A. baumannii* илэрсэн байна. *A.baumannii*-н илрэлтийг он, сорьцны төрөл, тасгаар харуулав (зураг 1-3). *A.baumannii*-н антибиотикт мэдрэг чанарыг тодорхойлоход пенициллины бүлгийн антибиотикт 76.0-94.0% нь, цефтазидимд 77.0% нь, котримоксазолд 73.0% нь, ципрофлоксацинд 85.0% нь, гентамицинд 88.0% нь тэсвэртэй, амикацинд 69.0%, меропенемд 77.0%, имипенемд 78.0% нь мэдрэг гэж тодорхойлогдсон ба карбапенемд тэсвэртэй омог 2012 онд илэрлээ (Зураг 4).



Зураг 1. Эмнэлзүйн сорьцноос *A. baumannii* илэрсэн байдал (тоогоор)



Зураг 2. Эмнэлзүйн сорьцноос илэрсэн *A. baumannii* (сорьцын төрлөөр). Бусад хэмээх ангилалд трахеостомын гуурс, төвийн венийн гуурс, дабль гуурс зэрэг орно.



Зураг 3. Эмнэлзүйн сорьцноос илэрсэн *A. baumannii* (тасгаар)

Зураг 4. A. baumannii-ийн антибиотикт мэдрэг чанар (хувиар)

Хэлцэмж:

A.baumannii нь орчны эд зүйлс, хөрс, ус, амьтан, хүний биемахбод түгээмэл илэрдэг бөгөөд зарим судлаачид хүнсний бүтээгдэхүүн (жимс, ногоо, мах, загас г.м), хүний бөөс, зарим шавьж хорхойноос илрүүлсэн байна [8-10]. Хүнд арьсны хэвийн бичил биетний тоонд ордог бөгөөд эмнэлэгт хэвтэн эмчлүүлэгсдийн залгиур хоолойнд колонизаци болсон байх элбэг [8]. *A. baumannii* эрүүл, дархлаа сайтай хүнд эмгэг үүсгэдэггүй, харин дархлаа султай, хүнд эмгэгтэй, эмнэлэгт удаан хугацаагаар хэвтэж эмчлүүлсэн, бактерийн эсрэг үйлдэлтэй эмийн бэлдмэл удаан хугацаагаар хэрэглэсэн, гэмтсэн, түлэгдсэн, мэс засал болон бусад инвазив ажилбар хийлгэсэн зэрэг эрсдэл бүхий өвчтөн хүнд хэлбэрийн оппортунист халдвар үүсгэдэг бактер юм [2].

A.baumannii нь шээс дамжуулах замын халдвар, зохиомол амьсгалын шалтгаант уушгины хатгалгаа, үжил халдвар, шархны халдвар, арьс зөөлөн эдийн халдвар, хоёрдогч менингит, мэс заслын халдвар зэрэг халдвар үүсгэдэг байна. *A. baumannii*-ийн халдвар нь байгалийн гамшиг, дайн байлдааны улмаас шархадсан цэргүүдэд их тохиолддог тул "*Iraqibacter*" гэж нэрлэх нь бий [11-13]. Бидний судалгаагаар нийт *A.baumannii* илэрсэн сорьцын дийлэнх нь цэр (37%), төрөл бүрийн гуурс, идээ, шархны арчдас (тус бүр 17%), мөн тасгийн хувьд 75% нь эрчимт эмчилгээний тасгаас илэрсэн нь бусад судлаачдын үр дүнтэй дүйж байна.

Нэг талаас *A. baumannii* нь эмнэлгээс шалтгаалах халдвар үүсгэж болох ч нөгөө талаас эмнэлгийн бус орчинд үүссэн халдвар (community-acquired infection) ч тохиолдож болно [14, 15]. Мөн уг бактерийн халдвар дэгдэлт бус (sporadic) байдлаар тохиолдох хэдий ч зарим тохиолдолд зарим эмнэлэг, тасаг (ялангуяа ЭЭТ)-т голомтлон тохиолдох, том хэмжээний дэгдэлт үүсгэх нь бий [16-22]. Иймд нэгэнт УНТЭ-т уг бактер эмнэлзүйн сорьцноос илрэх байдал жил ирэх бүр нэмэгдэж буй нь

уг бактерийн халдвараас сэргийлэх арга хэмжээг сайжруулах, эмэнд тэсвэржилтээс ялангуяа карбапенемийн бүлгийн эмийг зохистой хэрэглэх (ялангуяа замбараагүй хэрэглээг хязгаарлах), тэсвэржилтийн байдлыг хянах, эмийн бодлогыг тэсвэржилтийн байдалд уялдуулан зохицуулах, уг бактерийн халдвар дэгдэлт байдлаар эмнэлгийн орчинд тархахаас сэргийлэх шаардлагатай байна. Судлаачдын тогтоосноор эмнэлгийн орчинд халдвар дамжуулах гол хүчин зүйлс нь эмнэлгийн ажилтны гар, зохиомол амьсгалын аппарат, агаар чийгшүүлэгч, хүчилтөрөгчийн аппарат, респирометр, уушигны дуран, орны ирмэг, хогийн сав, угаалтуур, агааржуулагч, шингэн савангийн сав зэрэг юм [20, 23-27].

Бидний судалгаагаар манайд илэрсэн *A.baumannii*-ийн омгууд пенициллины бүлгийн антибиотикт 76,0-94,0% нь, цефтазидимд 77,0% нь, котримоксазолд 73,0% нь, ципрофлоксацинд 85,0% нь, гентамицинд 88,0% нь тэсвэртэй, амикацинд 69,0%, меропенемд 77,0%, имипенемд 78,0% нь мэдрэг гэж тодорхойлогдсон байна. Карбапенемд тэсвэртэй *A .baumannii* омог бүгд 2012 онд илэрсэн байгаа нь уг бүлгийн эмийн хэрэглээ ихсэж буйтай холбоотой байж болох юм. Нөгөө талаар нян судлалын шинжилгээний чанар сайжирсан байдал нөлөөлсөн байж болох талтай.

Иймд *A.baumannii*-ийн халдварыг эмчлэхэд эмийн мэдрэг чанарыг тодорхойлох шинжилгээнд тулгуурлан, мэдрэг омгуудад амикацин, гентамицин, котримоксазол, цефтазидим, ципрофлоксацин зэрэг карбапенемийн бүлгийн бус антибиотикийг хэрэглэхийг эрмэлзэх, зөвхөн шаардлагатай тохиолдолд, тэсвэртэй омгуудад меропенем, имипенем зэрэг карбапенемийн бүлгийн эмийн бэлдмэлийг эмчилгээнд хэрэглэх шаардлагатай байна. Ингэснээр олон эмэнд тэсвэржсэн аюултай эмгэгтөрөгчийн халдварын улмаас өвдөж шаналж буй олон хүний амийг аврах ачтай, "нөөц" эм болох карбапенемийн бүлгийн эмийн тэсвэржилт ихсэхээс сэргийлэх ач холбогдолтой юм.

Дүгнэлт:

1. ОЭТ *A. baumannii* жил ирэх тутам нэмэгдэж байна.
2. *A. baumannii* эерэг илэрсэн сорьцны төрлийн хувьд цэр, төрөл бүрийн гуурсны сорьц (трахеостомын, төвийн венийн, дабль гуурс), тасгийн хувьд эрчимт эмчилгээний тасаг (75%) давамгайлж байна.
3. *A. baumannii* пенициллин, цефемийн бүлгийн антибиотикууд, фторхинолоны төрлийн болон фолийн хүчлийн нийлэгшлийг саатуулагч нянгийн эсрэг бэлдмэлд тэсвэржилт ихтэй байна.
4. Карбапенемийн бүлгийн антибиотикт тэсвэртэй *Acinetobacter baumannii* 2012 онд илэрсэн нь түүний тэсвэржилт уг бүлгийн эмэнд тэсвэржилт нэмэгдэх хандлагатайг харуулж байна.

Ном зүй:

1. Leclercq, R., et al., *EUCAST expert rules in antimicrobial susceptibility testing.* Clin Microbiol Infect. **19**(2): p. 141-160.
2. Barclay, L., *Management of Acinetobacter baumannii Reviewed.* Medscape Medical News.

3. Huang, L., L. Sun, and Y. Yan, *Clonal spread of carbapenem resistant Acinetobacter baumannii ST92 in a Chinese Hospital during a 6-year period.* J Microbiol. **51**(1): p. 113-7.
4. Mushtaq, S., et al., *Activity of BAL30072 alone or combined with beta-lactamase inhibitors or with meropenem against carbapenem-resistant Enterobacteriaceae and non-fermenters.* J Antimicrob Chemother.
5. Armand-Lefevre, L., et al., *Emergence of imipenem-resistant gram-negative bacilli in intestinal flora of intensive care patients.* Antimicrob Agents Chemother. **57**(3): p. 1488-95.
6. Kim, B.M., et al., *Four Year Trend of Carbapenem-Resistance in Newly Opened ICUs of a University-Affiliated Hospital of South Korea.* Tuberc Respir Dis (Seoul). **72**(4): p. 360-6.
7. Kuo, S.C., et al., *Emergence of extensively drug-resistant Acinetobacter baumannii complex over 10 years: nationwide data from the Taiwan Surveillance of Antimicrobial Resistance (TSAR) program.* BMC Infect Dis. **12**: p. 200.
8. Fournier, P.E. and H. Richet, *The epidemiology and control of Acinetobacter baumannii in health care facilities.* Clin Infect Dis, 2006. **42**(5): p. 692-9.
9. La Scola, B., et al., *Detection and culture of Bartonella quintana, Serratia marcescens, and Acinetobacter spp. from decontaminated human body lice.* J Clin Microbiol, 2001. **39**(5): p. 1707-9.
10. La Scola, B. and D. Raoult, *Acinetobacter baumannii in human body louse.* Emerg Infect Dis, 2004. **10**(9): p. 1671-3.
11. Oncul, O., et al., *Hospital-acquired infections following the 1999 Marmara earthquake.* J Hosp Infect, 2002. **51**(1): p. 47-51.
12. Davis, K.A., et al., *Multidrug-resistant Acinetobacter extremity infections in soldiers.* Emerg Infect Dis, 2005. **11**(8): p. 1218-24.
13. *Acinetobacter baumannii infections among patients at military medical facilities treating injured U.S. service members, 2002-2004.* MMWR Morb Mortal Wkly Rep, 2004. **53**(45): p. 1063-6.
14. Leung, W.S., et al., *Fulminant community-acquired Acinetobacter baumannii pneumonia as a distinct clinical syndrome.* Chest, 2006. **129**(1): p. 102-9.
15. Anstey, N.M., et al., *Community-acquired bacteremic Acinetobacter pneumonia in tropical Australia is caused by diverse strains of Acinetobacter baumannii, with carriage in the throat in at-risk groups.* J Clin Microbiol, 2002. **40**(2): p. 685-6.
16. Sonnevend, A., et al., *Characteristics of epidemic and sporadic strains of Acinetobacter baumannii isolated in Abu Dhabi hospitals.* J Med Microbiol.
17. Weisenberg, S.A., et al., *Endemic Acinetobacter baumannii in a New York hospital.* PLoS One. **6**(12): p. e28566.
18. Mak, J.K., et al., *Antibiotic resistance determinants in nosocomial strains of multidrug-resistant Acinetobacter baumannii.* J Antimicrob Chemother, 2009. **63**(1): p. 47-54.
19. Bourigault, C., et al., *Investigation and management of multidrug-resistant Acinetobacter baumannii spread in a French medical intensive care unit: One outbreak may hide another.* Am J Infect Control.

20. Xia, Y., et al., *A bronchofiberoscopy-associated outbreak of multidrug-resistant Acinetobacter baumannii in an intensive care unit in Beijing, China.* BMC Infect Dis. **12**: p. 335.
21. Ayraud-Thevenot, S., et al., *Control of multi-drug-resistant Acinetobacter baumannii outbreaks in an intensive care unit: feasibility and economic impact of rapid unit closure.* J Hosp Infect. **82**(4): p. 290-2.
22. Kempf, M. and J.M. Rolain, *Emergence of resistance to carbapenems in Acinetobacter baumannii in Europe: clinical impact and therapeutic options.* Int J Antimicrob Agents. **39**(2): p. 105-14.
23. Chaladchalam, S., et al., *Bed rails and endotracheal tube connectors as possible sources for spreading Acinetobacter baumannii in ventilator-associated pneumonia patients.* Southeast Asian J Trop Med Public Health, 2008. **39**(4): p. 676-85.
24. Castle, M., et al., *Outbreak of a multiply resistant Acinetobacter in a surgical intensive care unit: epidemiology and control.* Heart Lung, 1978. **7**(4): p. 641-4.
25. Thom, K.A., et al., *Environmental contamination because of multidrug-resistant Acinetobacter baumannii surrounding colonized or infected patients.* Am J Infect Control. **39**(9): p. 711-5.
26. Mirza, I.A., et al., *Ambu bag as a source of Acinetobacter baumannii outbreak in an intensive care unit.* J Coll Physicians Surg Pak. **21**(3): p. 176-8.
27. Das, I., et al., *Carbapenem-resistant Acinetobacter and role of curtains in an outbreak in intensive care units.* J Hosp Infect, 2002. **50**(2): p. 110-4.

Бөөрний биопсийн эдийг иммунофлюресценцийн аргаар судалсан нь

А.Саруултувшин
Улсын нэгдүгээр төв эмнэлэг, БЭСК, Эмч, АУДоктор
saruul_tvshn@yahoo.com

Оршил:

Иммунофлюресценци (ИФ) гэдэг нь тусгай гэрэлтүүлэгч холбосон эсрэг биеийн тусламжтайгаар эсрэг бие эсрэг төрөгчийн нэгдлийг хэт ягаан туяаны (флюресцент) микроскопи ашиглан эсийн өсгөвөр болон эдэд илрүүлэх арга юм. Анх 1941 онд судлаач Coon флюресценцийн техникийг нээсэн. Одоо үед ИФ нь биоанагаахын салбарт судалгаа болон клиник оношилгооны түгээмэл хэрэглэх шинжилгээний арга болжээ[10].

Бөөрний эдийн шинжилгээний оношилгоонд гэрлийн, ИФ, электрон микроскопийн гэсэн 3 бүрдэл шинжилгээг хослуулан хийдэг. Эдгээр дотор ИФ микроскоп шинжилгээ нь чиглүүлэгч холбогч үүргийг гүйцэтгэнэ. Клиник судалгааны төвүүдэд тэр бүр электрон микроскоп хүрэлцээтэй бус үед гэрлийн болон ИФ микроскоп шинжилгээгээр бөөрний түүдгэнцрийн эмгэгийг оношлож эмчлэх бүрэн бололцоотой юм. Шууд ИФ аргаар бөөрний эмгэг судлалын салбарт бөөрний хөлдөөсөн эдэд FITC холбоот Ig A, Ig M, Ig G, C1q, C3, C4 эсрэг бие хэрэглэн ИФ

микроскоп шинжилгээгээр бөөрний бүтцийн түүдгэнцрийн хялгасан судас, мезанги, сувганцарт иммуноглобулин, хавсарга ямар хэлбэрээр хэрхэн тархахыг тодорхойлж түүдгэнцрийн эмгэгийг оношилдог[1,5,8].

Иймд өөрийн орны бөөр судлалын салбарт хэдийгээр электрон микроскоп шинжилгээг хийх боломжгүй байгаа боловч юуны өмнө гэрлийн микроскоп шинжилгээний зэрэгцээгээр бөөрний эдийн ИФ микроскоп шинжилгээг хийж бөөрний эмгэг зүйн оношийг ялган тогтоож, эмчилгээг нотолгоонд суурилан хийхэд хувь нэмэр оруулахаар шийдсэн юм.

Зорилго:

Бөөрний биопсийн эдэд ИФ аргыг ашиглан иммун шинжилгээг хийж, бөөрний өвчний эмгэг бүтэц зүйн оношийг тогтоох

Материал, арга зүй:

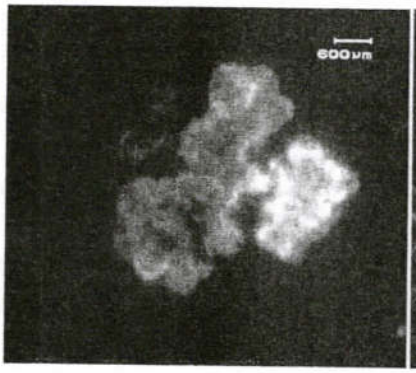
УНТЭ-ийн Бөөрний эмгэг судлалын клиникт 2010 оны 12 сараас 2012 оны 11 сар хүртэл хэвтэн эмчлүүлсэн, өгүүлэмж, эмнэл зүй болон лаборатори шинжилгээгээр бөөрний түүдгэнцрийн үрэвсэлтэй(БТҮ), шилжүүлэн суулгасан бөөрний үйл ажиллагаа буурсан болон суулгацын архаг ховхрол гэж эмнэл зүйн онош тавигдсан 14 өвчтөнөөс бөөрний амьд ахуй үеийн буюу биопсийн шинжилгээг авч, 10 өвчтөнд шууд ИФ аргаар бөөрний иммун эдийн шинжилгээг хийв. Судалгаанд хамрагдсан 10 өвчтөнөөс эрэгтэй 6, эмэгтэй 4, 6 өвчтөн нефроз хам шинжтэй, 2 өвчтөнд суулгасан бөөрний архаг ховхрол буюу шээсэнд уураг улаан эс болон бөөрний дутагдлын шинж илэрсэн, 2 өвчтөнд бөөр суулгасны дараа цочмогоор бөөрний дутагдал илэрсэн байв.

Бөөрний биопсийн шинжилгээг хийх заалтад нийцсэн өвчтөнг зохих журмаар бэлдэж, ариун нөхцөлд талбайг спирт иодоор ариутган эхо хяналтын дор Bard gun biopsy нэг удаагийн 16G, 18G зүүгээр өвчтөний бөөрний доод туйлыг хатган 0.5 см-ээс доошгүй хэмжээтэй цилиндр бөөрний эдийг авч, О.С.Т эдийн бүрхээгчээр бүрхээн, Leica фирмийн хөлдөөгч микротомд -26°C ~ -30°C хэмд хөлдөөн, хөлдөөсөн эдийг 4 μm зузаантай зүсэж бэлдэв. Германы Dako фирмийн Ig A, Ig M, Ig G, C1q, C3, C4 FITC эсрэг биеийн урвалжуудыг фосфатын буферт (PBS pH 7.2) тус бүр 1: 50 харьцаагаар шингэлэн, зүсэж бэлдсэн бөөрний эдтэй шууд иммун барьцалдуулах урвалыг явуулав [6,7]. ИФ микроскопоор харж иммун депозитийн тархалт болон эрчийг шинжлэн дүгнэлт хийв.

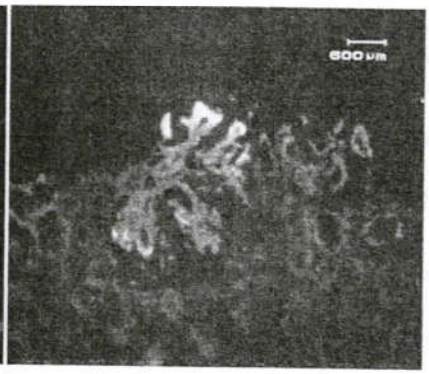
Үр дүн:

Тус тасагт хийгдсэн 14 бөөр хатгах шинжилгээнээс 4 өвчтөнд бөөрний эд ИФ шинжилгээнд хүрэлцээгүйн улмаас шинжилгээ хийгдээгүй. Шинжилгээ хийгдсэн 10 өвчтөнөөс 1 өвчтөний бэлдмэлд бөөрний түүдгэнцэр агуулагдаагүй бөөрний тархилаг эд орсон тул ИФ дүгнэлт өгөх боломжгүй байв.

ИФ шинжилгээ хийгдсэн 9 өвчтөний бэлдмэлд Ig A, Ig G, Ig GM, C1q, C3, C4 FITC эсрэг биеийн урвалжууд янз бүрийн зэргийн тодролоор бөөрний түүдгэнцрийн хялгасан судас болон мезангид(Зураг 1,2), мөн бөөрний сувганцрын хананд тус тус илэрч байв.



Зураг 1 Ig G 3+3+ Судасны мөхлөг хэлбэр



Зураг 2 C3 2+2+ Судасны мөхлөг хэлбэр

Бөөрний эдийн шинжилгээний иммун депозитийн илэрцийн дүгнэлт болон гэрлийн микроскоп шинжилгээний өөрчлөлтийг нэгтгэн нийт 9 өвчтөнөөс Мембраноз БТҮ 2, Мембранопролифератив БТҮ 1, Люпус БТҮ 2, Суулгасан бөөрний архаг ховхрол 2, Суулгасан бөөрний цочмог ховхрол 1, Суулгасан бөөрний сувганцрийн цочмог үхжил 1 гэсэн бөөрний эдийн эмгэг бүтэц зүйн оношинд тус тус хүрэв. Суулгасан бөөрний эдэд шинжилгээ хийлгэсэн өвчтөнүүдэд иммун депозит ихэвчлэн бөөрний сувганцарт илэрч байв(Хүснэгт 1).

Бөөрний эмгэг бүрт иммун депозитийн илрэх байдал

Хүснэгт 1

Өвчин	**N**	**Ig A**	**Ig G**	**Ig M**	**C1q**	**C3**	**C4**
Мембраноз БТҮ	2	-	2	2	-	1	-
Мембранопролифератив БТҮ	1	-	1	-	-	-	-
Люпус БТҮ	2	2	2	2	1	2	1
Суулгацын цочмог ховхрол	1	-	1	-	-	1	-
Суулгацын сувганцрийн цочмог үхжил	1	-	-	-	-	1	-
Суулгацын архаг ховхрол	2	1	2	1	-	2	-
Нийт	9	3	8	5	1	7	1

Хэлцэмж:

Өөрийн орны бөөр судлалын салбарт бөөрний эдийн шинжилгээнд ИФ аргыг анх удаа амжилттай хийж нэвтрүүлэв. ИФ-ийн FITC Ig A, Ig M, Ig G, C1q, C3, C4 эсрэг бие урвалжийг хэрэглэсэн нь бөөрний түүдгэнцрийн эмгэгийг оношлох боломжтой гэж үзэж байна. Энэ ИФ шинжилгээг хийснээрээ бөөрний түүдгэнцрийн эмгэгийн эмгэг судлалын оношийг тавих үнэлж баршгүй үр дүнд хүрч байгаа юм[1-3]. Энэ судалгаагаар 5 өвчтөнд эмгэг судлалын оношийг Мембраноз БТҮ, Мембранопролифератив БТҮ, Люпус БТҮ гэж үзэхэд ИФ оношлогооны хувьд дүйж байлаа. Мембраноз БТҮ, Мембранопролифератив БТҮ-ийн үед бөөрний түүдгэнцрийн суурин мембранд Ig G, C3 мөхлөг хэлбэрээр диффуз тархана, харин Люпус БТҮ үед ИФ-д иммуноглобулин болон хавсарга жигд аль болох олноор илэрч "Full house" шинж үүсгэх онолтой дүйж байв [2-4,9].

Иймд одоогийн эмнэл зүйн практикт гэрлийн болон ИФ бөөрний эдийн оношлогоог хослуулан бөөрний эдийн шинжилгээг хэвшүүлэн хийх, эмчилгээг бөөрний түүдгэнцрийн эмгэгийн эмгэг зүйн онош дээр тулгуурлан хийхийг хэвшил болгох нь зүйтэй.

Дүгнэлт:

Бөөрний эдийн шинжилгээнд ИФ зайлшгүй хийгдэх шинжилгээ, ИФ оношилгоог хэвшүүлэн, бөөрний эмгэг зүйн оношийг ялган тавьж, түүнд суурилсан эмчилгээг сонгон хийх нь зүйтэй.

Түлхүүр үг: Бөөрний биопси, Иммунофлюоресценци, Бөөрний түүдгэнцрийн үрэвсэл, Эмгэг судлал, Бөөр судлал

Immunofluorescene examination on renal biopsy

Objective The successful using of light, immunofluorescene (IF) and electron microscopic findings is an issue of major importance in the diagnosis and the treatment of glomerulonephritis (GN). Among them IF findings play in main role to distinguish pathology forms of GN. **Methods** In this study were enrolled 14 patients with GN and renal function deteriorated in the transplanted kidney (TK), who were performed renal biopsy in our clinic from December, 2010 to November, 2012. 9 patients' specimen of them were processed by Ig A, Ig M, Ig G, C1q, C3, C4 FITC IF stainings. **Results** Renalpathology diagnosis was as follows : Membranous GN 2, Membranoproliferative GN 1, Lupus GN 1, Acute rejection in TK 1, Chronic rejection in TK 2, Acute tubular necrosis in TK 1.

Conclusions IF examination is very useful methods, further should be performed in every renal biopsy specimen in our nephrology practice.

Key words Renal biopsy, Immunofluorescene, Glomerulonephritis, Pathology, Nephrology

Ном зүй:

1. Fogo AB, Kashgarian M. P 39-61. Elsever. Diagnostic Atlas of Renal pathology.
2. Giovanni B, Fogazzi J, Cameron S. The early introduction of percutaneous renal biopsy in Italy. Kidney International, Vol 56 (1999), p 1951-1961.
3. Glassock RJ, Cohen AH, Alder SG.Primary glomerular disease. In: Brenner BM, Rector FC. eds. The kidney. 5th ed. Philadelphia: WB saunders company, 2008; 1392-1498.
4. Jan J, Vivette D, Melvin M et al. The Classification of Glomerulonephritis in Systemic Lupus Erythematosus Revisited. J Am SocNephrol15 : 241-250, 2004.
5. Larsen S and Brun C. Immune deposits in human glomerulopathy. Acta Path Microbial. Scand. Sect. A. 1979; 87: 32
6. Nasr SH,Galgano SJ, Markowitz GS, Stokes MB and D'Agati VD Immunofluorescence on pronase-digested paraffinsections: A valuable salvage technique for renal biopsies Kidney International (2006) 70, 2148–2151.
7. Fixation of Renal Biopsies for Immunofluorescence (IF), Light Microscopy and Electron Microscopy (EM) MiltonS.Herdsey Medical Center College of Medicine
8. Schena FP and Gesualdo L. Renal biopsy beyond histology and immunofluorescence. Nephrol Dial Transplant 1994; 9: 1541-4.
9. Wasserstein AG. Membranous glomerulonephritis. Journal of the American Society of Nephrology 1997; 664-74.
10. Wulf B. Immunofluorescence in Clinical immunology, 2000. P 1-17.

"Титэм судасны цочмог дутагдлын үеийн стент эмчилгээний үр дүнг судлах нь"

Ц.Намхайдорж[1]
С.Баярсайхан А.Айгүл[2]
УБ Сонгдо эмнэлэг
2 Улсын нэгдүгээр төв эмнэлэг

Товч утга

Үндэслэл:

АНУ-д жил бүр зүрхний шигдээс өвчний улмаас 500000-аас илүү буюу 34 секунд тутам 1 хүн нас бардаг.Монгол улсад 2010 онд нас баралтын 2400-3000 буюу 6 тохиолдол тутмын нэг нь уг өвчний шалтгаантай нас баржээ. Зүрхний титэм судасны эмгэгийн үед стент тавих эмчилгээний ажилбарыг 1986 оноос эхлэн хийх болсноор АНУ-д 1995-2005 оны хооронд титэм судасны шалтгаант нас баралтыг 34.3% бууруулж чадсан. Манай оронд 2000 оноос хойш эмчилгээний уг ажилбар эмнэлзүйн практикт нэвтэрчээ.

Зорилго:
Титэм судасны цочмог дутагдалтай өвчтөнд стент эмчилгээний үр дүнг судлах

Материал, арга зүй:

УБ Сонгдо эмнэлгийн ангиографи оношилгоо, эмчилгээний тасагт хэвтсэн 60 (стент эмчилгээний ажилбар хийлгэсэн 20) тохиолдолд уг судалгааг хийв. Уг судалгааг тус эмнэлгийн зүрх судасны тасагт (ийлдсийн өөх тос, биохимийн энзим, зүрхний цахилгаан бичлэг, эхокардиографи, титэм судасны ангиографи оношилгоо, эмчилгээ) тулгуурлаж хийв.

Үрдүн, дүгнэлт:

Ойрын 10 жилд зүрхний титэм судасны хүнд эмгэгээр өвдөх эрсдлийн оноог тооцоход стент эмчилгээ хийлгэсэн (17.2±8.1%) ба хийлгээгүй бүлэг (4.73±4.32%) хооронд статистик ялгаатай байв($p<0.001$). Стент эмчилгээ хийлгэсэн хүмүүст уг оноо их буюу дахин өвдөх эрсдэл илүүтэй болох нь тодорхойлогдсон. Зүрхний булчингийн шигдээсийн гэмтлийн оноо стент эмчилгээ хийлгэхээс өмнө 21.35±5.9 байсан бол эмчилгээний дараа 10.45±4.29 болтлоо буурсан нь зүрхний булчингийн гэмтэл уг ажилбарын нөлөөгөөр багасаж байгааг илтгэнэ. Энэ нь титэм судасны цочмог дутагдал өвчний үед стент эмчилгээ үр дүнтэй болохыг харуулж байна.

Түлхүүр үг: зүрхний шигдээс, зүрхний ангиографи оношилгоо, титэм судасны цочмог дутагдал, зүрхний цахилгаан бичлэг

Үндэслэл:

Сүүлийн жилүүдэд хөгжиж буй улс орнуудын нас баралтын тэргүүлэх шалтгаан нь дадал зуршил, зан үйлтэй холбоотойгоор зүрх судасны эмгэг болжээ. Уг эмгэгийн дийлэнх хувийг зүрхний титэм судасны эмгэг эзэлдэг. АНУ-д дээрх эмгэгээр 14 сая хүн өвчилж, үүнээс 7.3 сая нь зүрхний шигдээсээр нас барсан ба 1918 оноос хойш сүүлийн зуун жилийн турш нас баралтын тэргүүлэх шалтгаан болсоор байна. Жил бүр зүрхний шигдээсийн улмаас 500000-силүү буюу 34 секунд тутамд 1 хүн нас бардаг ажээ.

Харин Монгол оронд Зүрх судасны өвчний тохиолдлын тоо 1988-2009 онд жилд дунджаар 7,05%-р өсөж, сүүлийн 15 жилийн турш нас баралтын тэргүүлэх шалтгаан болж байна. 2010 онд нас баралтын 3 тохиолдол бүрийн нэг буюу 6000-6500 хүн зүрх судасны эмгэгээс шалтгаалан нас баржээ. Үүний дотор титэм судасны эмгэг дангаараа 44% эзэлж байв.

Анх 1964 онд C.T. Dotter, M.R. Judkins нар нарийссан судасны дотуур баллон тэлэлт хийж, дахин нарийсахаас сэргийлсэн стент тавьснаар эмчилгээний шинэ арга бий болгосон (Д.Цэгээнжав нар, 2008). 1986 онд Швейцарийн эмч U.Sigwart бусад нөхдийн хамт титэм артерийн нарийссан хэсэгт стент амжилттай тавьж, зүрх судасны салбарт шинэ эрин үеийг бий болгожээ.

Сүүлийн жилүүдэд Америк, Франц, Англи, Голланд, Япон, Солонгос, Энэтхэг гэх мэт олон оронд титэм судас сэтгүүрдэх, стент эмчилгээний ажилбар жилээс жилд ихээр хийгдэх болсон бөгөөд ойрын үр дүн 99.7%, алсын үр дүн 73.8% байгаа нь эмчилгээний уг ажилбарын үр дүн сайн байгааг харуулж байна. Титэм артерийн

судсан дотуурх эмчилгээний үр дүн уламжлалт мэс заслын үр дүнтэй ойролцоо буюу түүнээс өндөр байгаа нь дэлхийн олон оронд энэхүү ажилбарыг хийх суурь болжээ.

Ийнхүү титэм судас сэтгүүрдэх ажилбарыг түгээмэл хийх болсноор 1995–2005 онд АНУ-д титэм судасны шалтгаант нас баралтыг 34.3% бууруулсан.

Манай оронд анх 2000 оноос эхлэн Францын эмч Dr.BenoitGerardin, Dr.Remy Pilliere нар Клиникийн нэгдсэн III эмнэлэгт титэм судсыг тэлэх, стент эмчилгээний ажилбарыг үр дүнтэй хийж эхлүүлсэн (Д.Цэгээнжав нар, 2008). УБ Сонгдо эмнэлэг 2012 оноос хойш титэм судас сэтгүүрдэж,стент тавих эмчилгээ хийж эхэлсэн ба энэхүү ажилбарыг өндөр хөгжилтэй улс орнуудын түвшинд хийх, улам боловсронгуй болгож хөгжүүлэх шаардлага бий болж байна.

Зорилго:

Титэм судасны цочмог дутагдал өвчний үеийн стент эмчилгээний үр дүнг судлах

Судалгааны арга, аргачлал:

Уг судалгааг Улаанбаатар Сонгдо эмнэлгийн зүрхний ангиографийн оношлогоо, эмчилгээ хийлгэсэн 60 тохиолдолд (стент эмчилгээ хийлгэсэн-20) тус эмнэлгийн лабораторийн тасаг, зүрх судасны тасгийг түшиглэн хийв. Судалгаанд хамрагдсан зүрхний цахилгаан бичлэгийн өөрчлөлттэй, титэм судсанд цус хомсрох эмгэгийн зовиур илэрсэн хүмүүст дараах байдлаар уг судалгааг хийж гүйцэтгэв.

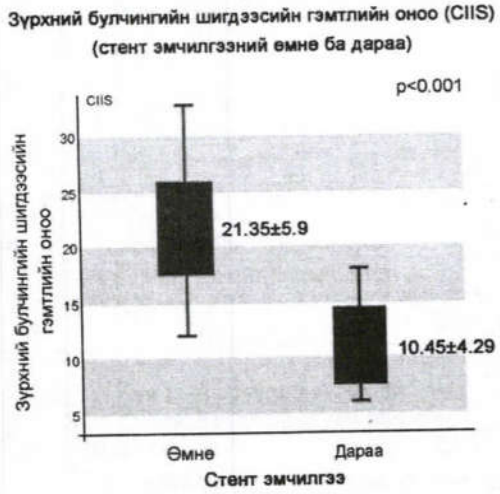
Үүнд:

- Өвчтөний товч мэдээлэл, зүрх судасны өвчин, түүний эрсдэлт хүчин зүйлийг асуумжаар, антропометрийн зарим үзүүлэлтийг стандарт аргаар тодорхойлов.
- Ийлдсийн өөх тосны солилцооны зарим үзүүлэлт болох холестерол, триглицерид, бага нягтралтай ба их нягтралтай липопротейнийн холестерол зэргийг биохимийн бүрэн автомат анализатораар (Hitachi 7040) УБ Сонгдо эмнэлгийн лабораторийн тасагт тодорхойлсон.
- Зүрхний цахилгаан бичлэгийг үнэлэх зорилгоор CardiMax FX-7402 багаж (Fukuda Denshi, Japan 2005) ашиглан хийв.
- Титэм судасны хүнд эмгэгээр (титэм судасны цочмогдутагдал, шигдээс ба зүрхний гэнэтийн үхэл зэрэг) өвдөх эрсдлийг Фрамингхамын эрсдлийн оноог тооцох (Tamam N Mohamad, MD et all, 2011) программаар үнэлэв.
- Зүрхний ангиографийн оношлогоо ба эмчилгээг титэм артерийн нарийссан хэсэгт эмчилгээний чиглүүлэгч зөв оновчтой байрласан нөхцөлд баллоноор тэлж стентийг шууд ба шууд бус аргаар тавьсан. Баллоноор тэлсний дараа хяналтын журмаар титэм судсанд тодосгогч бодис шахаж үр дүнг шалгав. Стент эмчилгээний үр дүнг үнэлэх зорилгоор зүрх сэтгүүрдэх шинжилгээнд орохоос өмнө ба стент эмчилгээ хийлгэсний дараах 24 цагийн дотор зүрхний цахилгаан бичлэг хийв. Үр дүнг зүрхний цахилгаан бичлэгт суурилсан зүрхний булчингийн шигдээсийн гэмтлийн оноогоор (цаашид CIIS(Cardiac Infarction Injury Score) гэж товчлов) дүгнэсэн.
- Статистик боловсруулалтыг FacsPlus, Epi info 7.0, IBM SPSS 19.0 программ ашиглан гүйцэтгэв.

Үрдүн, хэлцэмж:

Уг судалгааг зүрхний титэм судсанд цус хомсрох өвчний зовиуртай, зүрхний цахилгаан бичлэгт ишеми ба шигдээсийн өөрчлөлттэй 22-82 насны 60 (стент эмчилгээ хийлгэсэн 20) тохиолдолд хийлээ. Судалгаанд хамрагдагсдын дундаж нас 56.65±15.16, эр-63%, эм-37% байв.Дээрх өвчтөнүүдэд зүрхний титэм судасны хүнд эмгэгээр ойрын 10 жилд дахин өвдөх эрсдэл 8.88±8.28% байсан. Стент эмчилгээ хийлгээгүй бүлэгт эрсдлийн оноо 4.73±4.32% (хөнгөн зэрэг) байсан бол стент эмчилгээ хийлгэсэн бүлэгт дээрх онооны утга 17.2±8.1% (хүнд зэрэг) байлаа. Уг хоёр бүлэг хооронд статистик ач холбогдолтой ялгаа ажиглагдлаа ($p<0.001$) (зураг1). Энэ нь стент эмчилгээ хийлгэсэн бүлэгт зүрхний титэм судасны хүнд эмгэгээр ойрын 10 жилд дахин өвдөх эрсдэл их буюу судас залгах мэс засал хийх шаардлагатай ч байж болохыг харуулж байна.

Титэм судас 75%-с дээш нарийсалтай буюу судасны сүв 5 мм-ээс дээш диаметртэй тохиолдолд стент эмчилгээ хийсэн. Үүнээс зүүн титэм артерийн судсанд 55%, баруун титэм артерийн судсанд 45%.5%-д титмийн тойрох салаанд тус тус уг эмчилгээг хийсэн бол нэг тохиолдолд баруун ба зүүн титэм артерит нийт 2 стент тавьсан болно.



Стент эмчилгээ хийлгэсэн бүлгийн өвчтөнүүдийн дундаж нас 61.86±12.31 байлаа. Уг бүлэгт зүрхний титэм судасны эмгэгийн удамшлын байдлыг (ДЭМБ, 2011) тодруулахад 40% нь удамшлын өгүүлэмжтэй байсан бол 60% нь үгүйсгэсэн байв. Дээрх бүлгүүдэд CIIS оноог тооцон үзэхэд удамшлын өгүүлэмжтэй хүмүүст илүү байсан нь ажиглагдав($p<0.05$).

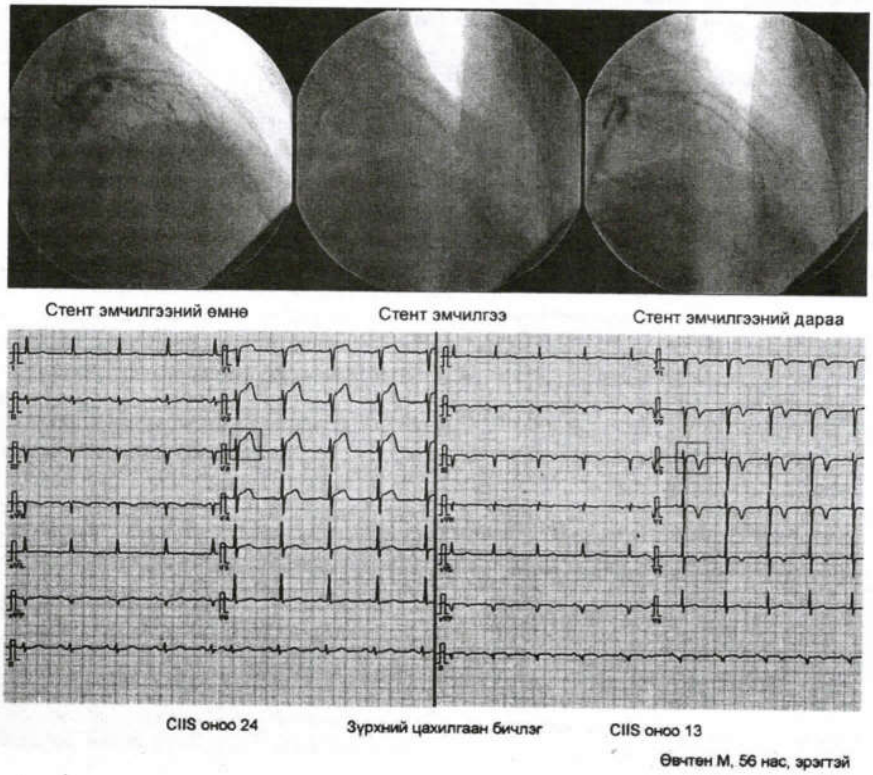
Зүрхний хэт авиан шинжилгээгээр стент эмчилгээ хийлгэхээс өмнө EF=53.6±9.56 байсан нь титэм судсанд цус хомсорсноос уг үзүүлэлт буурсныг илтгэж байв. Зүүн титэм артерийн

судасны нарийсал 91±7.74%, EF=50.6±11.58 байсан бол баруун титэм артерийн нарийсал 90.3±6.24%, EF=56.6±6.2 байгаа нь тухайн 2 судасны нарийслын зэрэг ойролцоо боловч EF утга дээрх 2 бүлэгт статистик ач холбогдолтой($p<0.001$) өөр байлаа. Энэ нь зүүн ба баруун титэм артерийн нарийсал нь ойролцоо боловч зүүн титэм артерийн судасны нарийсал EF буурахад илүүтэй нөлөөлж буйг харуулж байна.

Мөн титэм артери 90% ба түүнээс илүү хэмжээгээр нарийсахад зүрхний ханын булчингийн агшилт буурч акенизи ба гипокенизи үүсэж байв.

Судалгаанд хамрагдагсдад стент эмчилгээний эрт үеийн хүндрэл гараагүй, хожуу үеийн хүндрэл 5%-тай байгаа нь бусад судлаачийн (Д.Цэгээнжав нар, 2008 он) үзүүлэлттэй ойролцоо байв. Зүрхний шигдээс өвчний үед CIISоноог үнэлэх нь мэдрэг чанар 85%, өвөрмөц чанар 95% байдаг(P.M.Rautaharju et all, 1981).

Стент эмчилгээ хийлгэхээс өмнө CIIS оноог тооцоход 21.35±5.98 (гэмтлийн маш хүнд зэрэг) байсан бол эмчилгээний дараа уг оноо 10.45±4.29 болсон нь гэмтэл хөнгөн зэрэгт шилжсэнийг илтгэж байна ($p<0.001$)(Зураг 2).Тухайлбал: Зүрхний шигдээс өвчинтэй, (зүүн титэм артерийн уруудах салааны ойрын хэсэгт бүтэн бөглөрсөн) 54 настай, эрэгтэйд стент эмчилгээний өмнө CIIS оноо 24 байсан бол уг ажилбарын дараа 13 болж бараг 2 дахин буурч, зүрхний бичлэгт ч нааштай өөрчлөлт илэрсэн (Зураг-3).



Өвчтөн М, 56 нас, эрэгтэй

Дүгнэлт:

1. Зүрхний титэм судасны хүнд эмгэгээр ойрын 10 жилд дахин өвдөх эрсдлийн оноо стент эмчилгээ хийлгэсэн (17.2±8.1%) ба хийлгээгүй хүмүүст (4.73±4.32%) статистик ялгаатай байлаа($p<0.001$).
2. Зүрхний булчингийн шигдээсийн гэмтлийн оноо (CIIS) стент эмчилгээний өмнө 21.35±5.9 (хүнд зэрэг) байсан бол эмчилгээний дараа 10.45±4.29 болтол буурсан ($p<0.001$) нь титэм артерийн судсанд цус цочмогоор хомсрох өвчний үед стент эмчилгээ үр дүнтэй болохыг харуулж байна.

Ашигласан хэвлэл:

1. Д.Цэгээнжав, З.Лхагвасүрэн, Ц.Дамдинсүрэн "Титэм судасны нарийслыг судсан дотуурх аргаар эмчилсэн дүн" Монголын Анагаах Ухаан, 2008 он, №2(132), х-31-37
2. Д.Цэгээнжав, З.Лхагвасүрэн, Ц.Дамдинсүрэн, Н.Доржсүрэн "Титэм судасны судсан дотуурх эмчилгээний дараах дахин нарийсах хүндрэлийг бууруулах асуудалд", Монголын Анагаах Ухаан сэтгүүл, 2008 он, №3(145), х.31-36
3. Д.Нарантуяа "Монгол хүмүүсийн дунд тохиолдох зүрхний шигдээсийн эмнэлзүйн онцлог ба оношлогооны асуудалд" АУ-ны докторын зэрэг горилсон нэг сэдэвт бүтээл, 2001 он, УБ хот
4. Ж.Өлзийсайхан, Д.Зулгэрэл "Зүрхний титэм судасны цочмог эмгэгийн үед илрэх биомаркерууд", Монголын Анагаах ухаан сэтгүүл, 2009,№2 (146) х-56-58
5. Д.Нарантуяа, А.Өлзийхутаг, Л.Галцог, Г.Дэжээхүү "Булчингарвалтонолоортайлбарлагдахзүрхнийшигдээсийнтохиолдол", МонголынАнагаахУхаан, 2004,№2, х-23-26
6. Eugene BraunwaldM.D. andElizabeth G. Nabel, M.D., "A Tale of Coronary Artery Disease and Myocardial Infarction"N Engl J Med 2012;366:54-63.
7. F Brian Boudi, MD et all "Coronary artery atherosclerosis" http://emedicine.medscape.com/article/153647-overview review article Updated: May 15, 2012
8. P M Rautaharju, J W Warren, U Jain, H K Wolf and C L Nielsen "Cardiac infarction injury score: an electrocardiographic coding scheme for ischemic heart disease." *Circulation.* 1981;64:249-256
9. Abhiram Prasad, M.D., and Joerg Herrmann, M.D. Myocardial Infarction Due to Percutaneous Coronary Intervention N Engl J Med 2011;364:453-64.
10. Ellen C. Keeley, M.D., and L. David Hillis, M.D. Primary PCI for Myocardial Infarction
11. with ST-Segment Elevation N Engl J Med 2007;356:47-54.
12. Tamam N Mohamad, Luis C Afonso, "Primary and Secondary Prevention of Coronary Artery Disease" Medscape review article, 2011

Дунд чихний архаг идээт үрэвслийн оношилгооны асуудалд

Э.Уртнасан, Л.Бямбасүрэн
Улсын нэгдүгээр төв эмнэлэг, ЧХХСК

Товчилсон үг: ДЧАИУ-дунд чихний архаг идээт үрэвсэл, КТ-компьютерт томографи, ХХДХХ- хэнгэргэн хөндийн дээврийн хажуу хана, ТЭУ- тооцсон эерэг утга, ТСУ-тооцсон сөрөг утга

Чамархай яс нь маш нарийн, олон бүтэцтэй том судас мэдрэлүүд дамжин өнгөрдөг сонсгол тэнцвэрийн эрхтэн тул чамархай ясны КТ-аар бүтэц үйл ажилгааны бүрдэлийн нарийн оношлогоо хийлгэх шаардлагатай. Иймээс гадна чих, хэнгэрэг хөхлөгийн болон цац, дотор чих, нүүрний мэдрэл гэсэн 4 хэсэгт хуваж үзэн хэсэг тус бүрийн бүтцийг дүгнэн ялган оношилгоо хийх нь зайлшгүй болохыг судлаачид тогтоожээ.

КТ шинжилгээг мэс заслын өмнө хийх нь чамархай ясны хийт хөндийн бүтцийг болон эмгэгийг тодорхойлсноор мэс заслын тактик боловсруулах, мэс заслын дараах хүндрэлээс сэргийлэх онцгой ач холбогдолтой учир бид энэхүү судалгааны ажил хийх үндэслэл болсон юм.

Судалгааны ажлын зорилго:

Манай орны нөхцөлд дунд чихний архаг идээт үрэвслийн үеийн компьютерт томографи оношлогооны онцлогийг тогтоох

Судалгааны ажлын зорилт:

1. Дунд чихний архаг идээт үрэвслийн мөхлөгт болон сувдангарт хэлбэрийн КТ шинжилгээнд гарах өөрчлөлтийг тогтоох
2. Дунд чихний архаг идээт үрэвслийн мөхлөгт болон сувдангарт хэлбэрийн үеийн КТ шинжилгээний өөрчлөлтийг мэс заслын үеийн олдоцтой харьцуулан оношилгооны мэдрэг чанарыг тодорхойлох
3. Дунд чихний архаг идээт үрэвслийн мөхлөгт болон сувдангарт үеийн КТ шинжилгээ ба эдийн шинжилгээг харьцуулан оношилгооны мэдрэг чанарыг тогтоох

Судалгааны ажлын материал арга зүй:

Бид "Эмнэлэгт суурилсан тохиолдол"-ын судалгааны загвараар 2011-2012 онд УНТЭ-ийн амбулатори, ЧХХ судлалын клиникт хандсан үйлчлүүлэгчээс магадлалт түүвэрлэлтийн загвараар (ДЧАИУ) мужилсан түүвэрлэлтийн аргаар ДЧАИУ-ийн мөхлөгт хэлбэр болон сувдангарт хэлбэрт хуваж санамсаргүйгээр пропорциональ бус тэнцүү тархалтаар 17-50 насны 20 үйлчлүүлэгчийн эрүүл 35 чих, мөхлөгт болон сувдангарт хэлбэрийн ДЧАИУ гэж оношлогдсон 17-80 насны 59 үйлчлүүлэгчийн 70 чихийгсонгон авч судаллаа.

Нийт судалгаанд хамрагдагсдад ЧХХ-ннарийн мэргэжлийн үзлэг, КТ шинжилгээг (рентген хоолойны хүчдэл120kV, хүч 180mAs, 512x512 матрикс, 0.6-

1.0мм-ийн зүсэлтээр, ясны цонхоор, аксиаль болон корональ байрлал)хийж хагалгааны явцад мэс заслын үеийн олдоцыг бүртгэн авч эдийн шинжилгээг хийв.

КТ шинжилгээний өөрчлөлтийг мэс засал болон эдийн шинжилгээний өөрчлөлттэй харьцуулан харилцан хамаарлыг 2х2 аргаар тодорхойлж, оношилгооны мэдрэг чанар (МЧ=sensitivity), өвөрмөц чанар (ӨЧ=Specificity), тооцсон эерэг утга (positive predictive value=PPV), тооцсон сөрөг утга (negative predictive value=NPV) тогтоож, оношилгооны нийцлийг Каппа итгэлцүүрээр тогтоов.

Судалгааны мэдээллийг SPSS-17 программыг ашиглан тоон үзүүлэлтийг параметрийн (Pearson Chi-Square, Fisher's Exact Test) болон хамааралтай, хамааралгүй хэмжигдэхүүний харилцан хамаарлыг тооцов.

Судалгааны ажлын үр дүн:

Бид судалгаанд ДЧАИУ-тэй гэж оношлогдсон 17-80 насны (дундаж нас 40.22±13.1) 59 эмчлүүлэгчийн 11 хүний 2 талын, 22 хүний баруун чих, 26 хүний зүүн чих, нийт 70 чихийг хамруулсан. Эмчлүүлэгчийн хүйсийн хувьд 26(44.1%) эрэгтэй, 33(55.9%) эмэгтэй, хүйсийн харьцаа 1:1.3 байлаа.

ДЧАИУ-ээр 1-76 (m=12.4±11.9) насандаа өвчилж, 2-55 (m=27±13.3) жил үргэлжилсэн ба ДЧАИУ-ийн мөхлөгт, сувдангарт хэлбэрийн хооронд статистик ач холбогдол бүхий ялгаагүй (P□ 0.05)байлаа.

ДЧАИУ-ийн мөхлөгт болон сувдангарт хэлбэрийн үед сонсгол муу, булаг гарах зовиур бүх үйлчлүүлэгчдэд, чихээр өвдөх 51.4%, чих шуугих 55.7%, тэнцвэр алдагдах 5.7% илэрсэн ба ДЧАИУ–ийн сувдангарт хэлбэртмөхлөгт хэлбэрээс илүү давамгай илэрч байгаа нь ажиглагдлаа.(P■ 0.05).

КТ-д ДЧАИУ-ийн (мөхлөгт35/сувдангарт35) үед алх 62%/88%, дөш 51%/85%, дөрөө 25/62%, алх дөшний үе 54/85%, дөш дөрөөний үе 31/68%,гадна чихний суваг 14/48%, ХХДХХ28/88%, хэнгэргэн хөндийн дээвэр 8/28%, корнерийн таславч 82/94%, тахир ангал 5/11%, хажуугийн тал цагираг суваг 0/8%, нүүрний мэдрэлийн сувгийн хана идэгдсэн байлаа.

ДЧАИУ-ийн сувдангарт хэлбэрийн үед сонсголын яс, үе идэгдэл, гадна чихний сувгийн идэгдэл, ХХДХХ, нүүрний мэдрэлийн сувгийн ясан хананы идэгдэл нь ДЧАИУ-ийн сувдангарт хэлбэрийн үед мөхлөгт хэлбэрийн үеэс илүү идэгдэлтэй статистик ач холбогдол бүхий ялгаатай(P□0.05), корнерийн таславч, тахир ангал, тал цагираг сувагийн хувьд ялгаа бага байлаа.

Хүснэгт 1

ДЧАИУ-ийн гэмтэлтэй зөөлөн эдийн эдийн туяаны нягтрал

ДЧАИУ-ийн хэлбэр	Эдийн туяаны нягтрал(ХН)		P утга
	Дундаж утга	Стандарт хазайлт	
Мөхлөгт	+45,46	+13,908	0.0001
Сувдангарт	+70,11	+12,861	

ХН-хаунсфильд нэгж

КТ шинжилгээнд ДЧАИУ-ийн үеийн эмгэг эдийн эдийн туяаны нягтралыг авч үзэхэд мөхлөгт хэлбэрийн үед +45.46±13.9ХН, сувдангарт хэлбэр +70.11±12.8ХН-тэй 2 хэлбэрийн хооронд статистик ач холбогдол бүхий зөрөөтэй байлаа.

Бид судалгаанд хамрагдсан ДЧАИУ-тэй 59 эмчлүүлэгчийн 42(71%), ДЧАИУ-ийн мөхлөгт хэлбэрийн 15(42.9%), сувдангарт хэлбэрийн үрэвсэлтэй 27(77.1%) чих мэс засал эмчилгээ хийгдсэн.

Мэс заслын үед ДЧАИУ-ийн (мөхлөгт/сувдангарт) улмаас алх 87/100%, дөш 47/93%, дөрөө 20/74%, алх дөшний үе 67/96%, дөш дөрөөний үе 27/78%, гадна чихний суваг 20/56%, ХХДХХ27/93%, хэнгэргэн хөндийн дээвэр 7/26%, тахир ангал 13/11%, нүүрний мэдрэлийн суваг 0/22%-ын хана идэгдсэн байв. ДЧАИУ-нь дунд чихний бүтцийн алдагдал, гэмтэл ихтэй явагдажсувдангарт хэлбэр мөхлөгт хэлбэрээс статистик ач холбогдол бүхий тогтоогдлоо.

Бид ДЧАИУ-тэй 42 чихний КТ болон мэс засал эмчилгээний үед гарсан өөрчлөлтийг харьцуулан дүгнэв.

Хүснэгт 2

КТ болон мэс заслын үед сонсголын яс болон дунд чихний ясан хананы идэгдэл

Сонсголын яс болон хананы идэгдэл	КТ	Мэс засал	МЧ	ӨЧ	ТЭУ	ТСУ	Р утга	R утга
	Тоо							
Алх	36	40	90%	100%	100%	33%	,000	,548
Дөш	33	32	91%	60%	88%	67%	,001	,525
Дөрөө	23	23	87%	84%	87%	84%	,000	,712
Алх дөшний үе	33	36	86%	67%	94%	44%	,004	,450
Дөш дөрөөний үе	25	25	84%	76%	84%	76%	,000	,605
ГЧС	17	18	94%	100%	100%	96%	,000	,952
ХХДХХ	29	29	97%	92%	97%	92%	,000	,889
Хэнгэргийн дээвэр	10	8	88%	91%	70%	97%	,000	,725
Тахир ангал	5	5	40%	92%	40%	92%	,039	,319
ХТЦС-н цорго	1	1	0%	98%	0%	98%	,874	-,024
НМ суваг	5	6	67%	97%	80%	95%	,000	,690

МЧ-мэдрэг чанар, ӨЧ-өвөрмөц чанар, ТЭУ-тооцсон эерэг утга, ТСУ-тооцсон сөрөг утга

КТ шинжилгээ болон мэс заслын үед 36 тохиолдолд алх яс идэгдэлтэй байсан ба КТ шинжилгээгээр идэгдэлгүй 6 тохиолдлын 4 нь мэс заслын үед идэгдэлтэй байлаа.

КТ шинжилгээгээр 33 тохиолдол дөш яс идэгдсэн байсан нь мэс заслын үед 4 нь илрээгүй ба КТ-аар өөрчлөлтгүй 9 байсан ч мэс заслын үед 3 тохиолдолд идэгдсэн өөрчлөлттэй байлаа.

Дөрөө ясны идэгдэл КТ-д 23 тохиолдолд өөрчлөлттэй байсан нь мэс заслын үед 3 илрээгүй бол идэгдэлгүй 19 тохиолдолын 3 нь мэс заслын үед өөрчлөлтэй байгаа нь тогтоогдлоо.

Алх дөшний үе нь КТ шинжилгээнд 5 тохиолдолд хэвийн байсан нь 2 тохиолдолд зөвхөн мэс заслын үед тасарсан байгаа нь оношлогдов.

Дөш дөрөөний үе нь КТ шинжилгээнд 33 тохиолдолд салсан байсан нь мэс заслын үед 2 нь эрүүл байсан ба эрүүл 9 тохиолдлын 4 нь мэс заслын үед салсан байлаа.

ДЧАИҮ-ийн КТ шинжилгээ болон мэс заслын явцад илрүүлсэн сонсголын ясны идэгдэлийн хооронд статистик ач холбогдолтой, шууд хүчтэй хамааралтай байлаа. (P ■ 0.05, r▲0.5)

КТ шинжилгээ болон мэс засал эмчилгээний үеийн олдоцын тохироог харьцуулан үзэхэд мэдрэг чанар 84-90%, өвөрмөц чанар 67-100%, ТЭУ 84-100%, ТСУ 33-84%байлаа.

КТ шинжилгээгээр гадна чихний суваг идэгдээгүй 25 байсан нь мэс заслын үед 24 нь тохирч нэг тохиолдол мэс заслын үед идэгдэлтэй байсан ба 17 тохиолдол КТ болон мэс заслын үед идэгдэгдсэн нь тохирч байлаа. КТ шинжилгээ болон мэс засал эмчилгээний үеийн гадна чихний сувгийн идэгдэлийн оношилгооны мэдрэг чанар 94%, өвөрмөц чанар 100%, ТЭУ 100%, ТЭУ 96%байгаа нь гадна чихний сувгийн идэгдэл нь оношилгооны хувьд өндөр мэдрэг байгаа нь ажиглагдав.

ХХДХХКТ-д 29 идэгдсэн байсан нь мэс заслын үед 28 нь батлагдаж 1 идэгдээгүй, КТ-аар эрүүл гэж оношлогдсон 13 тохиолдол нь мэс заслын үед 1 нь идэгдсэн байсан нь оношилгооны мэдрэг чанар 77%, өвөрмөц чанар 92%, ТЭУ 97%, ТСУ 92%байлаа.

Хэнгэргэн хөндийн дээвэр КТ-д эрүүл байсан 32 тохиолдлын нэг нь мэс заслын үед идэгдсэн, идэгдсэн 10 тохиолдолын 3 нь мэс заслын үед эрүүл байгаа нь тогтоогдсон ба 2 оношилгооны мэдрэг чанар 88%, өвөрмөц чанар 91%, ТЭУ 70%, ТСУ 97% байлаа.

Тахир ангал КТ-д 37 эрүүл гэж оношлогдсон мэс заслын үед 3 идэгдсэн, идэгдсэн гэж оношлогдсон 5 тохиолдлын 3 эрүүл байв. КТ шинжилгээ болон мэс засал эмчилгээний үеийн олдоцийн тохироог харьцуулан үзэхэд мэдрэг чанар 40%, өвөрмөц чанар 92%, ТЭУ 40%, ТСУ 92%байгаа тогтоогдлоо.

Хажуугийн тал цагираг суваг КТ-аар 41 нь эрүүл гэж оношлогдсон нэг тохиолдол нь идэгдсэн, идэгдсэн гэж тогтоосон 1 тохиолдол нь эрүүл байсан ба оношилгооны мэдрэг чанар 0%, өвөрмөц чанар 98%, ТЭУ 0%, ТСУ 98% байлаа.

Нүүрний мэдрэлийн суваг КТ-д эрүүл 37 тохиолдлоос мэс заслын үед 35 нотлогдсон ба идэгдсэн гэж оношлогдсон 5-аас 1 нь идэгдэлгүй байгаа нь илэрсэн. КТ шинжилгээ болон мэс засал эмчилгээний үеийн олдоцийн тохироог харьцуулан үзэхэд мэдрэг чанар 67%, өвөрмөц чанар 97%, ТЭУ 80%, ТСУ 95% байлаа.

ДЧАИҮ-ийн мөхлөгт хэлбэртэй 15(42.8%), сувдангарт хэлбэртэй 29(82.8%), чихнээс мэс заслын (42) болон үзлэгийн(2) үед гэмтэлтэй зөөлөн эдийг авч эдийн шинжилгээнд илгээв.

Хүснэгт 3

ДЧАИУ-ийн эдийн шинжилгээнийүр дүн

ДЧАИУ-ийн хэлбэр	Эдийн шинжилгээ								P утга
	Мөхлөгт		Сувдангарт		Урт		Холестрол		
	тоо	хувь	тоо	хувь	тоо	хувь	тоо	хувь	
Мөхлөгт	12	**80.0%**	1	6.7%	2	13.3%	0	.0%	,000
Сувдангарт	1	3.4%	26	**89.7%**	1	3.4%	1	3.4%	
Нийт	13	29.5%	27	61.4%	3	5.7%	1	3.4%	

Чамархай ясны КТ шинжилгээгээр ДЧАИУ-ийн мөхлөгт үрэвсэл гэж оношлогдсон 15 тохиолдол эдийн шинжилгээгээр 12(80%) батлагдаж, 3(20%) нь сувдангарт болон урт үрэвсэлтэй байсан бол сувдангарт үрэвсэл гэж оношлогдсон 29 чихний эдийн шинжилгээгээр 26(89.7%) батлагдаж 1(3.4%) мөхлөгт, 1(3.4%) урт үрэвсэл, 1(3.4%) тохиолдол холестрол үрэвсэлтэй болох нь тогтоогдлоо.

ДЧАИУ-ийн мөхлөгт үрэвсэл гэж оношлогдсон 15 тохиолдол эдийн шинжилгээгээр 12 батлагдаж, 3 нь мөхлөгт биш үрэвсэлтэй байсан ба ДЧАИУ-ийн мөхлөгт биш гэж оношлогдсон 29 тохиолдолын 1 нь мөхлөгт үрэвсэлтэй гарлаа.КТ ба эдийн шинжилгээний оношийн тохироог харьцуулан үзвэл ДЧАИУ-ийн мөхлөгт хэлбэр мэдрэг чанар 92%, өвөрмөц чанар 90%, ТЭУ 80%, ТСУ 97%байлаа.

ДЧАИУ-ийн Сувдангарт үрэвсэлтэй гэж оношлогдсон 29 тохиолдолын 26 нь эдийн шинжилгээгээр батлагдаж 3 тохиолдол зөрөөтэй байсан бол сувдангарт биш үрэвсэл гэж оношлогдсон 15 тохиолдолын 1 сувдангарт үрэвсэлтэй байлаа.ДЧАИУ-ийн сувдангарт хэлбэр мэдрэг чанар 96%, өвөрмөц чанар 82%, ТЭУ90%, ТСУ 93% байлаа. Оношилгооны дээрхи хоёр аргын нийцэл Каппа итгэлцүүрийн үнэлгээ 0.1 буюу бага зэргийн нийцэлтэй, статистик боловсруулалтын үнэн магадлалын шалгуур P утга 0.001 байлаа.

Хэлцэмж:

Gerami H, Naghavi E, Wahabi нар хэнгэрэг болон хөхлөгийн сувдангар, сонсголын ясны идэгдэл, хэнгэргийн дээврийн идэгдэл нүүрний мэдрэлийн идэгдэл, хажуугийн тал цагираг сувгийн цоргыг тодорхойлон мэс заслын үеийн өөрчлөлттэй харьцуулан үзсэн судалгаагаар мэс засал болон КТ шинжилгээний хэнгэрэг болон хөхлөгийн сувдангар, сонсголын ясны идэгдэл нь сайн тодорхойлогдсон бол хэнгэрэгийн дээвэр, нүүрний мэдрэлийн идэгдэл, хажуугийн тал цагираг сувгийн цорго сул хамааралтай байсан байна.

Бид ДЧАИУ-ийн чихний ясан хананы идэгдлийг КТ болон мэс заслын үеийн өөрчлөлтийг гадна чихний суваг 94%, хэнгэргэн хөндийн дээврийн хажуу хана 96.5%, хэнгэргэн хөндийн дээвэр 87.5%, сигмойд синус 40%, нүүрний мэдрэлийн суваг 66.7%-ийн мэдрэг гарсан Saut K, Huseyin C нарийн судалгаатай дүйж байлаа.

Судалгааны дүгнэлт:

1. Дунд чихний архаг идээт үрэвсэл нь сонсголын яснууд, сонсголын ясны үе болон дунд чихний хөндийн ясан хананд бүтцийн өөрчлөлт ихтэй явагддаг ба сувдангарт хэлбэр мөхлөгт хэлбэрээс давамгайлж байгаа тогтоогдов. (P■0.05)
2. ДЧАИУ-ийн мөхлөгт болон сувдангарт хэлбэрийн КТ шинжилгээг мэс засал эмчилгээний үеийн олдоцтой харьцуулахад оношилгооны мэдрэг чанар сонсголын ясанд 84%, дунд чихний ясан хананд 76%-тай байна. (P■0.05)
3. Чамархай ясны КТ шинжилгээг эдийн шинжилгээний олдоцтой харьцуулахад оношилгооны мэдрэг чанар ДЧАИУ-ийн мөхлөгт хэлбэрийн үед 92%, сувдангарт хэлбэрийн үед 96%-тай байгаа нь тогтоогдов. (P■0.05)

Номзүй:

1. Lemmerling MM, De FB, Verbist BM Imaging of imflammatory and infectious diseases in the temporal bone. Neuroimaging Clin N Am. 2009 Aug;19(3):321-37. PMID:19733311
2. Mazziotti S, Arceri F,Vinci S. Role of coronal oblique reconstruction as a complement to CT study of the temporal bone: normal anatomy. Radiol Med. 2006 Jun;111(4):607-17. Available from PMID:16779546
3. Min HP, Yoon CR, Young HK. Usefulness of CT Hounsfield unit density in preoperative detection of cholesteatoma in mastoid ad antrum. American Journal of Otolaryngology-Head and neck medicine and surgery. Volume 32. Issue 3, 194-7. May 2011.
4. Anelise AS, Marcos LA, Carlos EC. Comparative study between radiological and surgical finding of chronic otitis media. International archives of otolaryngology.Jan 2011. 15(1).
5. Suat K, Huseyin C, Huseyin G. The correlation of temporal bone CT with surgery finding in evaluation of chronic imfammatory diseases of middle ear. Eur J Gen Med 2011;8(1):24-30.

CHRONIC SUPPURATIVE OTITIS MEDIA

Urtnasan.E, Byambasuren. L NFCH

Objective: To evaluate the sensitivity of the radiological finding of chronic suppurative otitis media according to the intraoperative surgical results.

Method: The study was carried out in the ENT department, National First Central Clinic, 2011-2012. 70 ears with CSOM (59 patients: age ranged from 17 to 80). We have adopted hospital based Case study metsod. We analyzed the temporal bone computed tomography(CT) examinations. We included 42 patients who had undergone surgery for chronic suppurative otitis media. Statistical evaluations were perpormed by SPSS 17.0 software package (Statistical Package for Social Science).

Results: We included 42 patients who had undergone surgery for CSOM. The CT presented a sensitivity of the erosion: the malleus88%, the incus 90.6%, the stapes 86.9%, incudomalleolar joint 86%, the incudostapedial joint 84%,scutum 96%, tegmen 87%,

sigmoid sinus 40%, facial recess 67% The surgery findings was a statisticaly significant, a weak correlation with CT findings.(P ■ 0.05, r▲0.5)

The correlation of the pre-operative CT with histopathological findings were CSOM with granulation 80% and CSOM with cholesteatoma 89.7%.

Conclution: The radiological findings showed a high level sensitivity with hystological findings and intraoperative findings of the ossicular chain and erosion of the middle ear wall.

Key words: Computed tomography, temporal bone, chronic suppurative otitis media, ossicle.

Элэгний хэсэг газрын хожуу үеийн хорт хавдрын үед сонгомол дотуур туяа эмчилгээ(SIRT) хийж сорафениб эмчилгээтэй харьцуулах олон төвт эмнэлзүйн III үеийн судалгаа

Ази-Номхон Далайн орны Элэгний Хавдар Судлалын Багийн судалгааны протокол 06 (AHCC06)

Ariunaa.Kh1, Sanduijav.R1, Bolormaa. Ya1, Zambalgarav.Ya, Chow PK2, 5, 7, Poon DY6, Khin-Maung-Win8, Singh H 9, Han HS10, Goh ASW3, Choo SP6, Lai HK3, Lo,HG2, Tay KH2, Lim TG4, Chen YM10, Tan SB10, Soo KC5,7

National Cancer Center of Mongolia1, Depts. of General Surgery2, Radiology2, Nuclear Medicine and PET3, Pharmacy4Singapore General Hospital; Depts. of Surgical Oncology5, Medical Oncology6, National Cancer Center, Singapore; Duke-NUS Graduate Medical School, Singapore 7; Dept of Hepatology, Yangon GI & Liver Centre, Myanmar 8; Dept of Hepato-Pancreato-Biliary Surgery, Hospital Selayang, Malaysia 9; Dept of Surgery, Seoul National University Bundang Hospital, South Korea 10; Department of Biostatistics & Research, Singapore Clinical Research Institute 11

Үндэслэл:

Анхдагч элэгний хорт хавдрын 1 сая шинэ тохиолдол жилд илэрч байгаа бөгөөд тохиолдлын тоо ихсэж байгаа. (El Serag, 1999).

Элэгний хорт хавдрын тохиолдлын 70-80% нь Азид илэрч байгаа нь энэ нийгмийн эрүүл мэндийн анхаарах чухал асуудал болж байна. (McGlynn KA et al 2001). Ойролцоогоор нийт элэгний хорт хавдрын 25% нь элэг тайрах эмчилгээ буюу эдгэрэх боломжит эмчилгээ болох мэс заслаар тайрах болон туяаны давтамжтайгаар авах эмчилгээнд хамрагдаж байна (Llovet JM et al 2004, Hung H 2005, Poon D et al 2009).

Монгол улсад хавдрын өвчлөл нас баралтын 2 дахь шалтгаан болдог бөгөөд элэгний хавдар нь нийт хавдрын 35%-ийг эзэлдэг. Элэгний хавдрын өвчлөлийг

бууруулах оношлогоо эмчилгээний аргыг боловсронгуй болгох зорилгоор Хавдар Судлалын Үндэсний төв нь Ази-Номхон далайн элэгний хавдар судлалын багт гишүүн байгууллагаар элсэн орсоноор энэхүү эмнэлзүйн судалгаанд хамрагдаж байна. Энэхүү судалгааны сонгомол дотуур туяа (SIRT) эмчилгээ нь мэс заслаар тайрах боломжгүй элэгний хорт хавдрын үед тохиромжтой, хавдрыг мэс заслаар тайрах эсвэл үе шатыг буурах хэмжээнд хүргэх боломжтой эмчилгээ гэсэн дүгнэлтэнд судлаачид хүрсэн. Сорафениб эм нь эдгээр өвтөнд амьдрах хугацааг уртасгах боломж олгож хавдрын ургалтыг удаашруулж буй системийн батлагдсан эмчилгээ юм.

Судалгааны зорилго:

Элэгний хэсэг газрын хожуу үеийн хорт хавдрын эмчилгээнд Нитрий 90 микро бөмбөлгийг хэсгийн сонгомол дотуур туяа эмчилгээнд хэрэглэн үр дүнг сорафениб эмийн эмчилгээний үр дүнтэй харьцуулан үнэлэх.

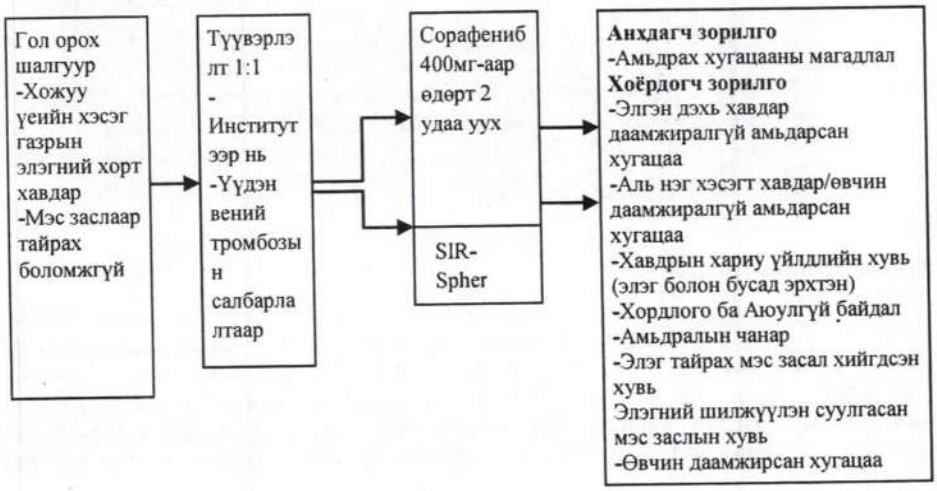
Судалгаанд анхдагч зорилго нь дээрхи хоёр эмчилгээнд ялгаа байгаа эсэх, ямар нэг ялгаа байвал амьдрах хугацаанд ялгаа бий эсэхийг тодорхойлоход оршино.

Материалын арга зүй:

Энэ судалгаа судлаач санаачилсан олон төвт, Ази Номхон Далайн Элэгний Хавдрын Судалгааны Группээс явуулж буй, өвчтөн сонголт нээлттэй явагдах III үе шатны судалгаа юм.

Судалгаанд элэгний хожуу үеийн мэс заслаар тайрах боломжгүй, элэгнээс өөр эрхтэнд үсэрхийлэлгүй, том судасны нэвчилтгүй,(Барселоны шалгууруар B ба C үе шаттай) 18-аас дээш насны өвчтөнүүд хамрагдсан.

Судалгаанд хамрагдсан А бүлгийн өвчтөнд Сорафениб эмийг 400 мг-аар өдөрт 2 удаа уулгасан бол Б бүлгийн өвчтөнд сонгомол туяа эмчилгээ буюу SIR-Sphere эмчилгээг 3 Gbq-ээр Сингапурын Хавдар Судлалын Төвд хийж байна. Өвчтөнг сар бүр шинжилгээнд хамруулж, компьютер томограммын шинжилгээг 3 сар бүр давтаж эмчилгээний үр дүнг хянасан.

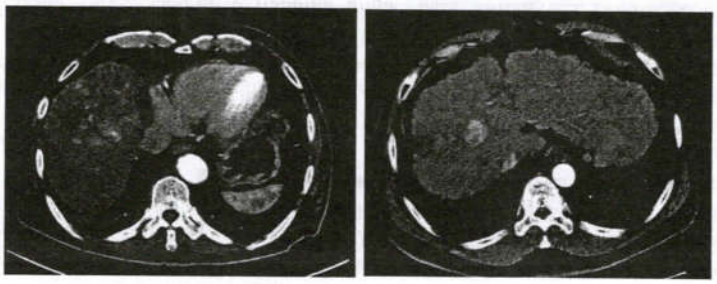


А Hen's-ийн дан загварыг ашиглан үнэлэхэд хавдрын хэмжээ 30%-аар багасч, 10%-ийн эмчилгээний үр дүнтэй, 0,05-0,85-ийн 1-р зэргийн алдаа тогтоогдсон.

Хүснэгт 1. Үндсэн үзүүлэлтүүд

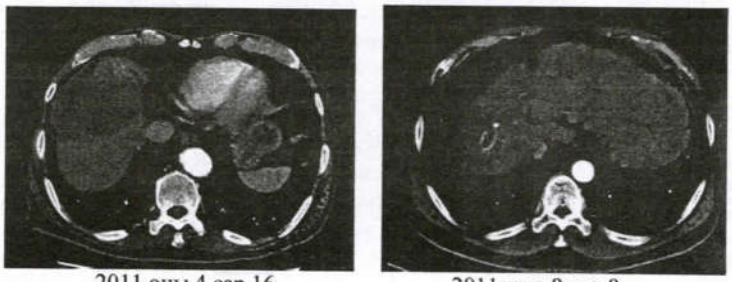
Үндсэн үзүүлэлтүүд	Нас	Эр/эм	Child-Pugh A/B	ECOG0/1	ТСН
BCLC B (n=4)	52(36-64)	4/4	4/1	4/0	0
BCLC C (n=2)	52 (48-60)	1/1	1/1	2/0	0

1. Сонгомол дотуур туяа эмчилгээ хийгдсэн өвчтөний компьютер томограффийн зураг



2011 оны 3 сар 28 2011 оны 7 сар 8

1. Сорафениб эм уусан өвчтөний компьютер томограффийн зураг



2011 оны 4 сар 16 2011 оны 8 сар 8

Судалгааны үр дүн:

Судалгаанд Ази-Номхон далайн бүсийн 15 орны нийт 360 өвчтөн оролцох бөгөөд 2013 оны 03 сарын байдлаар 170 өвчтөн хамрагдаад байна. Манай төвөөс нийт 24 өвчтөн судалгаанд хамрагдсан бөгөөд үүнээс сонгомол туяа эмчилгээнд 12 өвчтөн Сорафениб эмчилгээнд 12 өвчтөн хамрагдаад байна. Одоогоор эмчилгээ хийгдсэн өвчтөнүүдийн биеийн байдал сайн, эмчийн хяналтанд үзүүлж байна. Сорафениб эмчилгээнд хамрагдсан 2 өвчтөнд 1-р зэргийн хордлого илэрсэн. Сонгомол туяа

эмчилгээнд хамрагдсан өвчтөнд одоогоор зовиур шаналгаа гаж нөлөө илрээгүй өвчтөний биеийн байдал сайн хяналтын үзлэг шинжилгээ үргэлжилж байна.

Дүгнэлт:

Энэхүү олон төвт эмнэлзүйн судалгаа нь 2010 оны 09 сараас эхэлсэн бөгөөд 2015 он хүртэл үргэлжлэх ба энэ хугацаанд шинээр өвчтөн элсүүлэх, эмчилгээнд хамрагдсан өвчтөнг үргэлжлүүлэн хянах үйл ажиллагаа үргэлжлэн явагдах болно. Хавдар Судлалын Үндсэний төв Монгол Улсын хэмжээнд мэс засал эмчилгээ хийх боломжгүй хожуу үеийн элэгний хорт хавдартай өвчтөнг орчин үеийн энэ шинэ эмчилгээд хамруулах, эмчлэгдсэн өвчтөнг хянах үйл явцыг зохион байгуулан ажиллаж байгаа бөгөөд эмчлэгдсэн өвчтөний хавдрын хэмжээ 30% багасан, амьдрах хугацаа уртсаж, зовиур шаналгаа багасаж байгаа нь тогтоогдож байна. Ази-Номхон Далайн орны Элэгний хавдрын багын санаачилсан энэхүү эмнэлзүйн олон төвт судалгаанд ХСҮТ хамрагдсанаар хожуу үеийн элэгний хавдрын эмчилгээнд үр дүнтэй орчин үеийн арга нэвтрэхэд том хувь нэмэр оруулж байгаа билээ.

PHASE III MULTI-CENTRE OPEN-LABEL RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL OF SELECTIVE INTERNAL RADIATION THERAPY (SIRT) VERSUS SORAFENIB IN LOCALLY ADVANCED HEPATOCELLULAR CARCINOMA (SIR*ve*NIB)

Asia- Pacific Hepatocellular Carcinoma Trials Group study Protocol 06

Ariunaa.Kh1, Sanduijav.R1, Bolormaa. Ya1, Zambalgarav.Ya, Chow PK2, 5, 7, Poon DY6, Khin-Maung-Win8, Singh H 9, Han HS10, Goh ASW3, Choo SP6, Lai HK3, Lo,HG2, Tay KH2, Lim TG4, Chen YM10, Tan SB10, Soo KC5,7

National Cancer Center of Mongolia1, Depts. of General Surgery2, Radiology2, Nuclear Medicine and PET3, Pharmacy4Singapore General Hospital; Depts. of Surgical Oncology5, Medical Oncology6, National Cancer Center, Singapore; Duke-NUS Graduate Medical School, Singapore 7; Dept of Hepatology, Yangon GI & Liver Centre, Myanmar 8; Dept of Hepato-Pancreato-Biliary Surgery, Hospital Selayang, Malaysia 9; Dept of Surgery, Seoul National University Bundang Hospital, South Korea 10; Department of Biostatistics & Research, Singapore Clinical Research Institute 11

Backround:

Primary HCC is estimated to occur at a global rate of more than 1 million new cases annually, with an increasing incidence rate (El Serag, 1999) and predominance in developing countries. Approximately 70 – 80 % of all HCC are in Asia where it is an important public health concern (McGlynn KA et al 2001). Approximately 25% of HCC may benefit from proven ablative therapies that are potentially curative such as surgical resection or radio-frequency ablation (Llovet JM et al 2004, Hung H 2005, Poon D et al 2009).

Most patients with primary HCC are diagnosed at intermediate to advanced stages of their disease, for which no generally accepted standard therapy exists. The only systemic therapy proven to confer survival advantage to these patients is *Sorafenib* (Nowak AK et al 2004, Llovet JM et al 2008, Cheng AL et al 2009).

Selective internal radiation therapy (SIRT) using SIR-Spheres appears to have the potential to improve quality of life and tumour response while at the same time offering patients the possibility of longer term cure via surgical resection or transplantation.

Methods:

The trial will assess the impact of Selective Internal Radiation Therapy (SIRT) compared to sorafenib on overall survival in the treatment of patients with locally advanced hepatocellular carcinoma (HCC).

The study is structured so that patients with locally advanced HCC, who satisfy the study eligibility criteria, will be randomised to receive either:

Treatment Arm A: Oral Sorafenib therapy at a dose of 400 mg b.i.d until disease progression, no further response, complete regression or unacceptable toxicity

Treatment Arm B: A single administration of SIR-Spheres into the liver targeted at HCC in the liver by the trans-arterial route

Results:

Total 24 patients from Mongolia were enrolled from April 2011. From those patients 12 patients enrolled in SIR-Sphere, 12 patients enrolled in Sorafenib. Grade 1 adverse events shown in one patient of Sorafenib arm. Using A'Hen's single design, we assumed a target tumour response rate of 30% and no future response rate of 10% with type 1 error of 0.05 and power of 0.85.

Discussion:

The sequential combinationtherapy SIRT-sorafenib confers significant tumor response rate of 35.5% and disease control rate of 79.5%.

Conclusion:

The SIR-sphere and sorafenib combination therapy demonstrated good efficacy in advanced HCC especially in patients without metastatic disease and exceed expected response rate.This combination therapy should be further assessed in a phase III trial.

Bibliography :

Adam R, Avisar E, Ariche A et al. Five-year survival following hepatic resection after neoadjuvant therapy for nonresectable colorectal liver metastases. Ann Surg Oncol 2001; 8(4): 347-353.

Advanced Colorectal Cancer Meta-analysis Project. Modulation of Fluorouracil in patients with advanced colorectal cancer: evidence in terms of response rate. J Clin Oncol 1992; 10: 896-903.

Aschele C, Friso ML, Pucciarelli S et al. A phase I-II study of weekly oxaliplatin, 5-fluorouracil continuous infusion and preoperative radiotherapy in locally advanced rectal cancer. Ann Oncol 2005; 16: 1140-1146.

Bismuth H, Adam R. Reduction of nonresectable liver metastases from colorectal cancer after oxaliplatin chemotherapy. Semin Oncol 1998; 25(2): 40-46.

Blackstock A, Tepper J, Hess S. Oxaliplatin: in vitro and in vivo evidence of its radiation sensitizing activity. Int J Rad Oncol Biol Phys 2000; 46: 92-94.

Blackstock A, Tepper J, Case L et al. In vitro and in vivo radiosensitization of colon cancer cells by Oxaliplatin. Int J Mol Med, 2002, 10: S68, Abstr 533.

Boyle P, Langman JS. ABC of colorectal cancer: Epidemiol. BMJ 2000; 321: 805-808.

Campbell A, Bailey I, Burton M et al. Analysis of the distribution of intra-arterial microspheres in human liver following hepatic yttrium-90 microsphere therapy. Physics in Medicine and Biology 2000; 45: 1023-1033.

Carrato A, Gallego J, Diaz-Rubio E. Oxaliplatin: results in colorectal carcinoma. Crit Rev Oncol Hematol 2002; 44(1): 29-44.

Chan R, Au G, Ho J, et al. Radiation recall with oxaliplatin: report of a case and a review of the literature. Clin Oncol (R Coll Radiol). 2001; 13:55-57.

Chau I, Cunningham D, et al. Adjuvant therapy in colon cancer - what, when and how? Ann Oncol 2006; 17:1347-1359.

Cheng AL, Kang YK, Chen Z, et al. Efficacy and safety of sorafenib in patients in the Asia-Pacific region with advanced hepatocellular carcinoma: a phase III randomised, double-blind, placebo-controlled trial. Lancet Oncol

Чихрийн шижингийн шалтгаант нүдний торлог бүрхүүлийн хүндрэлийн байдалд хийсэн судалгаа

Д.Энхзул[1], Д.Сайнбилиг[2]
Улсын нэгдүгээр төв эмнэлэг / НСК/

Түлхүүр үгс: ЧШТЭ - чихрийн шижингийн шалтгаант торлогийн эмгэг, NPDR - чихрийн шижингийн шалтгаант торлогийн эмгэгийн пролиферацгүй хэлбэр, PDR чихрийн шижингийн шалтгаант торлогийн эмгэгийн пролиферацтай хэлбэр, VOD, VOS – баруун, зүүн нүдний хараа

Удиртгал:

ДЭМБ-аас санаачилсан зайлсхийж болох сохролоос сэргийлэх VISION 2020 хөтөлбөрт багтсан гол өвчин бол чихрийн шижингийн шалтгаант торлогийн эмгэг (ЧШТЭ) юм. Уг эмгэг нь хөдөлмөрийн насны хүн амын дунд хурдацтайгаар тархан,

сохролд хүргэдэг үндсэн шалтгааны нэг болоод байна. Чихрийн шижин өвчтэй хүмүүсийн тоо 2025 онд 300 саяд хүрэх ба амьдралын хэв маяг, насжилт, хүн амын өсөлттэй хамааралтайгаар, ялангуяа хөгжиж буй орнуудад өвчлөлийн тоо эрс өсөх хандлагатай байна. Чихрийн шижин өвчин нь өвчний явцаас хамаарч хурдан хугацаанд олон эрхтэнг хамарсан хүндрэлүүдийг үүсгэдэг. Үүсэх хүндрэлийг том судасны ба бичил судасны гэж 2 ангилна. Том судасны хүндрэлд тархины судасны эмгэг, зүрхний титэм ба захын судасны эмгэгүүд ордог. Бичил судасны хүндрэлд ЧШТЭ, ЧШ-ийн нейропати, ЧШ-ийн нефропати ордог байна. Эдгээр хүндрэлийн тархалт нь уг суурь өвчний тархалт, хэлбэр, хугацаатай салшгүй холбоотой. ЧШ-ийн үед үүсэх ЧШТЭ ба болрын цайлтын улмаас сул хараа үүсэх, хараа алдах нь бусад өвчний үед сохролд хүрэхээс 25 дахин их байдаг.

Зорилго:

УНТЭ-ийн ДШЭСК-ээс НСК-т үзүүлсэн чихрийн шижин өвчтэй өвчтнүүдийн дунд чихрийн шижингийн шалтгаант нүдний торлог бүрхүүлийн хүндрэлийн эзлэх хувь, нөлөөлөх хүчин зүйл, үе шатыг тогтоох

Судалгааны материал, арга зүй:

Бидний судалгаанд УНТЭ-ийн ДШЭСК-ээс НСК-т 2012 онд 212 өвчтөн үзүүлсэний ЧШТЭ-тэй нийт 85 өвчтөнг оношлож судалгаандаа хамрууллаа. Нийт үйлчлүүлэгчдэд асуумжийн аргаар судалгааны картыг өвчтөн бүрд хөтлөж, нүдний бүрэн үзлэгт хамруулан тэдгээрт дүгнэлт хийсэн. Статистик үр дүнг SPSS17 программ ашиглан тооцов.

Үр дүн:

Нийт 212 өвчтөн судалгаанд хамрагдсанаас 40.1% чихрийн шижингийн шалтгаант нүдний торлог бүрхүүлийн хүндрэлтэй (85/212) байв. Чихрийн шижингийн шалтгаант нүдний торлог бүрхүүлийн хүндрэлийн эзлэх хувь эрэгтэй 47.1% (40/85), эмэгтэй 52.9% (45/85), насны хувьд бүлэглэн авч үзвэл 18-29нас 1.2% (1/85), 30-39нас 3.5% (3/85), 40-49нас 18.8% (16/85), 50-59нас 52.9% (45/85), 60-69нас 18.8% (16/85), 70аас дээш 4.7% (4/85), тэдгээрийн дундаж нас 54.03, хэлбэлзэл 24-74 нас, (стандарт хазайлт 8.3), харьяалалын хувьд хотын 64.7% (55/85), хөдөөний 35.3% (30/85) байв.

Чихрийн шижингийн шалтгаант нүдний торлог бүрхүүлийн хүндрэлийн хэлбэрээр: хөнгөн NPDR 11.8% (10/85), дунд зэргийн NPDR 36.5% (31/85), хүнд NPDR 30.6% (26/85), PDR 21.2%(18/85), чихрийн шижин өвчнөөр өвчилсөн хугацаа нь 1-5 жил 32.9% (28/85), 6-10 жил 29.4% (25/85), 11-15 жил 22.4% (19/85), 16 дээш жил 15.3% (13/85), өвчилсөн жилийн дундаж нь 9.23, хэлбэлзэл 1-31 жил, (стандарт хазайлт 6.39), ЧШТЭ хэлбэрүүд нь ЧШӨ өвчилсөл хугацаатай статистикийн хамааралтай байлаа.($p<0.054$)

Чихрийн шижингийн шалтгаант нүдний торлог бүрхүүлийн хүндрэлтэй хүмүүсийн дунд инсулин эмчилгээтэй 63.5% (54/85), эмийн эмчилгээтэй 36.5% (31/85) байв.

Чихрийн шижингийн шалтгаант нүдний торлог бүрхүүлийн хүндрэлтэй хүмүүсийн харааны байдлыг бүлэглэн авч үзэхэд: Баруун нүдэнд 0.01-0.09 хараатай 7.1% (6/85), 0.1-0.5 хараатай 36.5% (31/85), 0.6-1.0 хараатай 56.5% (48/85), Зүүн нүдэнд 0.01-0.09 хараатай 5.9% (5/85), 0.1-0.5 хараатай 28.2% (24/85), 0.6-1.0 хараатай 65.9% (56/85) байв. Чихрийн шижингийн шалтгаант нүдний торлог бүрхүүлийн хүндрэлийн хэлбэрийн үе шатууд нь харааны байдалтай статистикийн хамаарал нь (баруун нүдэнд $p<0.001$, зүүн нүдэнд $p<0.015$) байв.

ЧШТЭ хэлбэрүүд (хавсарсан оношо) нүдний харааны чадлын өөрчлөлт

Хүснэгт 1

ОНОШ			ЗҮҮН НҮД			Нийт	Р үзүүлэлт
			VOS1	VOS2	VOS3		
NPDR_1	Хавсарсан оношо	CSME		0	1	1	0.007
		surug		2	9	11	
NPDR_2	Хавсарсан оношо	Cataract	1	1	0	2	0.003
		CSME	0	2	0	2	
		surug	0	8	18	26	
NPDR_3	Хавсарсан оношо	Cataract	0	0	1	1	0.039
		CSME	1	0	1	2	
		surug	0	5	18	23	
PDR	Хавсарсан оношо	Cataract	0	1	1	2	0.223
		Myopia	1			1	
		CSME	1	3	0	4	
		Anophthalmus	1	0	0	1	
		VH	1	1	3	5	
		surug	0	2	2	4	

ЧШТЭ хэлбэрүүд (хавсарсан оношо) нүдний харааны чадлын өөрчлөлт

Хүснэгт 2

ОНОШ			БАРУУН НҮД			Нийт	Р үзүүлэлт
			VOD1	VOD2	VOD3		
NPDR_1	Хавсарсан оношо	CSME		1	0	1	0.007
		surug		0	9	9	
NPDR_2	Хавсарсан оношо	cataract		2	0	2	0.029
		CSME		2	0	2	
		surug		8	19	27	

NPDR_3	Хавсарсан онош	cataract	0	1	0	1	0.003
		CSME	2	2	0	4	
		surug		6	15	21	
PDR	Хавсарсан онош	cataract	2	0	0	2	0.045
		Myopia		1		1	
		CSME	0	3	1	4	
		anophthalmus	0	0	1	1	
		VH	4	1	0	5	
		surug	0	3	2	5	

Дүгнэлт:

ЧШТЭ нь хөдөлмөрийн насны хүмүүст зонхилон тархаж, өвчлөлийн бүтцийн хувьд пролиферацигүй дунд, хүнд хэлбэр (дунд, хүнд NPDR) болон пролиферацитай (PDR) ЧШТЭ - ийн хэлбэрүүд ижил тархалттай байгаа нь ЧШТЭ – ийн хяналтыг сайжруулж, хараа алдалтаас сэргийлж эмчилгээний гол арга болох лазер эмчилгээг хийх юм.

Ном зүй:

1. *American Diabetes Association. American Diabetes Association: clinical practice recommendations. Diabetes Care*2010;*33(suppl 1):*S11-*61.*
2. *Stratton IM, Kohner EM, Aldington SJ, Turner RC, Holman RR, Manley SE, et al. UKPDS 50: risk factors for incidence and progression of retinopathy in type II diabetes over 6 years from diagnosis. Diabetologia2001;44:156-63.*
3. *Leske M, Wu S, Hennis A, Nemesure B, Schachat A, Hyman L, et al. Nine-year incidence of diabetic retinopathy in the Barbados eye studies. Arch Ophthalmol2006;124:250-5.*
4. *Cikamatana L, Mitchell P, Rochtchina E, Foran S, Wang JJ. Five-year incidence and progression of diabetic retinopathy in a defined older population: the Blue Mountains Eye Study. Eye2007;21:465-71.*
5. *Klein R, Klein BE, Moss SE, Davis MD, DeMets DL. The Wisconsin Epidemiologic Study of Diabetic Retinopathy. X: four-year incidence and progression of diabetic retinopathy when age at diagnosis is 30 years or more. Arch Ophthalmol1989;107:244-9.*
6. *Olafsdottir E, Stefansson E. Biennial eye screening in diabetic patients without retinopathy. 10 year experience. Br J Ophthalmol2007;91:1599-601.*
7. *Kyto JP, Harjutsalo V, Forsblom C, Hietala K, Summanen PA, Groop PH, et al. Decline in the cumulative incidence of server diabetic retinopathy in patients with type 1 diabetes. Diabetes Care2011;34:2005-7.*
8. *Shaw JE, Sicree RA, Zimmet PZ. Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. Diabet Res Clin Pract2010;87:4-14.*
9. *Benbassat J, Polak BC. Reliability of screening methods for diabetic retinopathy. Diabet Med2009;26:783-90.*

Дигидропиримидин дегидрогеназа ген дээр орших зарим дан нуклеотидын полиморфизмийг тодорхойлсон дүн

Б. Амарбат[1], С. Цогтсайхан[1]
[1]ЭМШУИС, Био-АС, Бичил амь-Дархлал судлалын тэнхим
amarbat.b@cancer-center.gov.mn

Судалгааны ажлын үндэслэл:

Монгол улсад 2011 оны байдлаар нийт хорт хавдрын өвчлөлийн дотор ходоодны өмөн (ХӨ) 14%-ийг (II байр), хавдрын шалтгаант нас баралтын 14%-ийг (II байр), улаан хоолойн өмөн (УХӨ) нийт өвчлөлийн 6% (V байр), нас баралтын 8%-ийг (IV байр) тус тус эзэлж байна.[2] Сүүлийн 5 жилийн дундажаар анх оношлогдсоноос хойш амьдарсан дундаж хугацаа УХӨ-гөөр өвчлөгсдийн хувьд 4.3 сар, ХӨ-гөөр өвчлөгсдийн хувьд 5.5 сар байжээ.[3]

УХӨ ба ХӨ-гийн эрт үед мэс заслын эмчилгээ төгс арга болдог бол мэс заслын өмнө, дараа ба хожуу үе шатанд химийн эмийн эмчилгээ хийх нь эмчилгээний үр дүнг нэмэгдүүлдэг.[4]

Хавдрын эсрэг химийн эмийн эмчилгээний үр дүн, гаж нөлөө илрэх нь хувь хүний удмын онцлог байдлаас хамаардаг болох нь тогтоогдсон.[5]

Van Kuilenberg нарын (2003) судалгаагаар 5-флуороурацил (5-FU)-д суурилсан химийн эмийн хослол эмчилгээ хийлгэсэн эмчлүүлэгчдийн 30%-д нь хүнд хэлбэрийн гаж нөлөө илэрч, химийн эмийн эмчилгээг цаашид үргэлжлүүлэх боломжгүй болдог байна.[6]

Дигидропиримидин дегидрогеназа ферментийн нөлөөгөөр биед орж ирсэн 5-FU-ийн 80 хувь нь задарч идэвхгүй хэлбэрт шилждэг. Энэ ферментийг бүртгэдэг дигидропиримидин дегидрогеназа ген (*ДПД*) дээр орших зарим дан нуклеотидын полиморфизмоос 5-FU-ийн эмчилгээний гаж нөлөө илрэх эсэх нь шалтгаалдаг болохыг тогтоосон байна.[7]

Иймд 5-FU-ын хүнд хэлбэрийн гаж нөлөөтэй холбоотой байж болзошгүй зарим дан нуклеотидын полиморфизмыг тодорхойлох мэдээллэг чанар сайтай боловч хямд, төсөр аргыг эрэлхийлэх шаардлагатай байна.

Судалгааны ажлын зорилго:

Дигидропиримидин дегидрогеназа ген дээр орших 5-флуороурацилын гаж нөлөөтэй холбоотой байж болох зарим дан нуклеотидын полиморфизмыг бага ампликонт генийн хэвшинж тодорхойлох аргаар илрүүлэх

Судалгааны ажлын зорилт:

1. 5-флуороурацилын хүнд хэлбэрийн гаж нөлөө үүсэхтэй холбоотой байж болзошгүй өмнө нь судлагдсан гурван дан нуклеотидын полиморфизмын хэв шинжийг эрүүл хүмүүст бага ампликонт генийн хэвшинж тодорхойлох аргаар илрүүлэх
2. Илрүүлсэн дан нуклеотидын полиморфизмын хэв шинжийн давтамжийг азийн бусад угсаатанд илэрсэн давтамжтай харьцуулах

Судалгааны хэрэглэгдэхүүн ба арга зүй:

Япон улсын Токио хотын Ниппон анагаах ухааны сургуулийн Молекул биологи ба биохимийн тэнхимд хадгалагдаж байсан, ёс зүйн зөвшөөрөлтэй 48 эрүүл япон үндэсний сайн дурын шинжлүүлэгчийн сорьцыг ашиглав.

Генийн банкаас (NG_008807.1) ДПД генийн бүх ДНХ-ийн дараалыг авч LSPD-1 программ дээр сонирхож буй гурван дан нуклеотидын полиморфизм c.1627A>G, c.1896T>C ба c.496G>A тус бүрийг олшруулах өвөрмөц праймерууд зохиож бодит хугацааны полимерзын гинжин урвалыг CFX-96 (BIO RAD) машин дээр LCGreen флуоресценцийн будагч бодис агуулсан өндөр мэдрэг мастер урвалж (LCGreen Plus Melting Dye high sensitivity 2.5✧ master mix, Idaho technology Inc.) ашиглан тавьсан.

Сонирхойж буй дан нуклеотидын полиморфизмыг агуулсан *БХ-ПГУ*-ын бүтээгдэхүүнийг лайт скайннер машинд хийж, бага ампликонт генотайпинг аргыг хэрэглэсэн.

Дан нуклеотидын полиморфизмуудыг ABI PRISM 3130 analyzer (Applied Biosystems) машинд ДНХ-ийн дараалал тогтоох аргаар баталгаажуулсан.

Судалгааны үр дүн:

ДПД ген дээр орших 5-FU эмийн гаж нөлөөтэй холбоотой байж болох өндөр эрсдэлтэй дан нуклеотидын полиморфизм c.1627A>G, c.1896T>C ба c.496G>A тус бүрийн хэв шинжүүдийг 48 эрүүл япон хүний геномын ДНХ-ийн сорьцонд бага ампликонт генийн хэвшинж тодорхойлох аргаар тогтоож ДНХ-ийн дараалал тодорхойлох аргаар баталгаажуулсан.

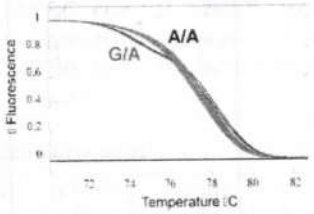
Эхний дан нуклеотидын полиморфизм c.1627A>G нь АНУ-ын Биотехнологи мэдээллийн үндэсний төвийн мэдээлэлээр азид гаж нөлөө үзүүлэх өндөр эрсдэлтэй гетеро (G/A) хэв шинж 2.2% бол бидний судалгаагаар 48 эрүүл япон хүний геномын ДНХ-ийн сорьцонд 4% гарсан.

Хоёр дахь дан нуклеотидын полиморфизм c.1627 A >G нь азид өндөр эрсдэлтэй гетеро хэв шинж 20-28% бол бидний судалгаагаар 20 эрүүл япон хүний геномын ДНХ-ийн сорьцонд гетеро (A/G) хэв шинж нь 32.6% гарсан.

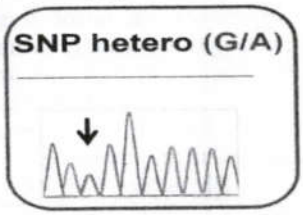
Харин гурав дахь дан нуклеотидын полиморфизм c.1896 T> C нь азид өндөр эрсдэлтэй гетеро хэв шинж 11-14% бол бидний судалгаагаар гетеро (C/T) хэв шинж нь 24.4% гарсан. Азийн судалгаанд дан нуклеотид полиморфизм хомо (C/C) нь 0% бол бидний судалгаагаар 35 эрүүл япон хүний геномын ДНХ-ийн сорьцонд 8% тодорхойлогдсон.

Үр дүн 1. *ДПД* генийн 6-р экзон дээр орших дан нуклеотидын полиморфизм c.496 A>G (Сорьцийн тоо: 48)

Лайт сканнерийн үр дүн (Бага ампликонт генотайпинг)



ДНХ-ийн дараалалыг тогтоосон дүн

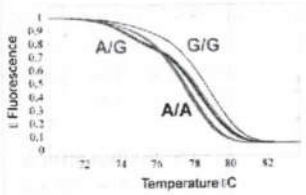


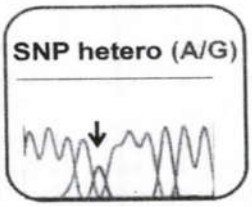
Ялгаатай хоёр өөр хэв шинжийн муруй болох гетеро G/A

Улаан муруй нь эрсдэлтэй хэв шинж

Үр дүн 2. *ДПД* генийн 13-р экзон дээр орших дан нуклеотидын полиморфизм с.1627 A >G (Сорьцийн тоо: 20)

Лайт сканнерийн үр дүн (Бага ампликонт генотайпинг) ДНХ-ийн дараалалыг тогтоосон дүн



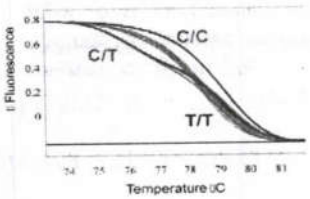


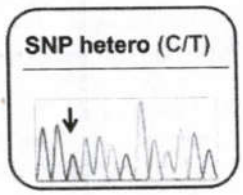
Ялгаатай гурван өөр хэв шинжийн муруй шинж болох гетеро A/G

Улаан муруй нь эрсдэлтэй хэв

Үр дүн 3. *ДПД* генийн 14-р экзон дээр орших дан нуклеотидын полиморфизм с.1896 T> C (Сорьцийн тоо: 35)

Лайт сканнерийн үр дүн (Бага ампликонт генотайпинг) ДНХ-ийн дараалалыг тогтоосон дүн





Ялгаатай гурван өөр хэв шинжийн муруй шинж болох гетеро C/T

Улаан муруй нь эрсдэлтэй хэв

Дүгнэлт:

1. *ДПД* ген дээр орших эмнэл зүйн ач холбогдолтой гурван дан нуклеотидын полиморфизмын хэв шинжийг илүү хялбар, хугацаа бага шаарддаг бага ампликонт генийн хэв шинж тодорхойлох аргаар монголын хүн амд тодорхойлох боломжтойг харуулав.
2. АНУ-ын Биотехнологи мэдээллийн үндэсний төвийн мэдээлэлээр азид судлагдсан дээрхи эмнэлзүйн ач холбогдолтой гурван дан нуклеотидын полиморфизмын хэв шинжүүдийн давтамж эрүүл япон хүний геномын ДНХ-ийн сорьцонд хийсэн бидний судалгааны давтамжтай ойролцоо буй нь монголын хүн амд судлах хэрэгтэйг харуулж байна.

1. Ferlay J et al. GLOBOCAN 2008 v1.2, Cancer incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No.10 [Internet]
2. Статистикийн мэдээлэл, No12 [132] XCYT, 2011.
3. С.Түвшингэрэл Монголын хүн амын дунд зонхилон тохиолдох зарим хорт хавдраар өвчлөгсдийн амьдарсан хугацааны судалгаа 2012.
4. Cunningham D, Allum W, Stenning S et al. Perioperative chemotherapy vs surgery alone for resectable gastroesophageal cancer. N Eng J Med. 2006;355:11–20.
5. Jain KK et al. Personalized medicine. Curr Opin Mol Ther. 2002 Dec;4(6):548-58. Review.
6. Van Kuilenburg AB, Meinsma R, Zonnenberg BA et al. (2003). Dihydropyrimidinase deficiency and severe 5-fluorouracil toxicity. *Clin Cancer Res,* 9(12):4363-7.
7. Gross E, Busse B, Riemenschneider M. (2008). Strong association of a common dihydropyrimidine dehydrogenase gene polymorphism with fluoropyrimidinerelated toxicity in cancer patients. *PLoS One,* 3(12):e4003.
8. Morel A et al. Clinical relevance of different dihydropyrimidine dehydrogenase gene single nucleotide polymorphisms on 5-fluorouracil tolerance.Mol Cancer Ther. 2006 Nov;5(11):2895-904.
9. Hong Zhang et al. DPYD*5 Gene Mutation Contributes to the Reduced DPYD Enzyme Activity and Chemotherapeutic Toxicity of 5-FU Medical Oncology, vol. 24, no. 2, 251–258, 2007
10. Kenji Omura. Clinical implications of dihydropyrimidine dehydrogenase (DPD) activity in 5-FU-based chemotherapy: mutations in the DPD gene, and DPD inhibitory fluoropyrimidines. Int J Clin Oncol (2003) 8:132–138
11. Maekawa KJ et al. Genetic variations and haplotype structures of the DPYD gene encoding dihydropyrimidine dehydrogenase in Japanese and their ethnic differences. Hum Genet (2007) 52:804–819

Ховд аймгийн нөхөн үржихүйн насны эмэгтэйчүүдийн умайн хүзүүний эд эсийн эмгэг өөрчлөлтөнд хийсэн судалгааны дүн:

Ц. Даржаа / Анагаах ухааны доктор /
Ц. Цагаан /ХСК- ийн их эмч /
Б. Мөнхтуяа / Хавдар бүртгэгч /

Судалгааны үндэслэл:

Умайн хүзүүний өмөнгийн өвчлөл, элбэг тохиолддог бүлэгт умайн хүзүүний улайлт буюу умайн хүзүүний хучуур эдээс халиагүй өөрчлөлтүүд (CIN-I- III) ,хэв шинжгүй хавтгай эсүүд өөрчлөлт нь тодорхой бус , хэв шинжгүй хавтгай эсүүд – хучуур эдийн дотор хүнд гэмтэц байхыг үгүйсгэхгүй байх өөрчлөлт хувиралт элбэг ажиглагдаж байна.

Эмнэлзүйн шинж илрэхгүй боловч цитологи гистологийн шинжилгээгээр өөрчлөлт нь батлагдаж оношлогдох боломжтой юм. Энэ хэлбэрийн өөрчлөлтүүдийн (CIN-I-III) гь неоплази юм. Эдгээр неоплазийн өөрчлөлтүүд нь хавдар болох ба болохгүй ч байж болдог. Энэ өөрчлөлтүүд умайн хүзүүний хайрслаг, баганалаг эсийн холбоосон дээр байрлаж эмнэлзүйн шинж илэртэл ургадаг.

Умайн хүзүүний өмөнгийн урьдал ,суурь өвчнийг эрт илрүүлэн эмчлэх эрүүлжүүлэх нь умайн хүзүүний өмөнгөөс урьдчилан сэргийлэх гол арга юм. Мянганы сорилтын сангийн хөрөнгө оруулалтаар умайн хүзүүний өмөнгөөс урьдчилан сэргийлэх үзлэгийг нөхөн үржихүйн эмэгтэйчүүдэд явуулж байгаа нь чухал үр дүнтэй ажмл юм. Энэ үзлэгээр нөхөн үржихүйн эмэгтэйчүүдийн дунд тулгамдаж байгаа асуудлыг шийдвэрлэхэд их ач холбогдолтой. Иймд энэ ажлын үр дүнгээр Ховд аймгийн нөхөн үржихүйн насны эмэгтэйчүүдийн умайн хүзүүний неоплази , бусад өөрчлөлтийн тархалт хэр байгааг судлах зорилго тавилаа.

Зорилго:

Ховд аймгийн нөхөн үржихүйн насны эмэгтэйчүүдийн умайн хүзүүний эдийн болон шархлаа өвчний тархалтыг тодорхойлох бэлгийн замын зарим халвдаруудтай хэрхэн хамааралтайг тогтооход оршино.

Зорилт:

1. Ховд аймгийн бүх эрүүл мэндийн төвүүдээс цитологи гистологид ирүүлсэн материалд боловсруулалт хийх
2. Бүх ирсэн материалын эд эсийн шинжилгээ хийсэн дүнг харьцуулан судлах

Материал арга зүй:

1. Сумуудаас ирүүлсэн материалыг нэгтгэх.
   Нэгтгэсэн материалд интексив боловсруулалтыг 10,000 нөхөн үржихүйн насанд хийх.

2. Умайн хүзүүний эс эдийн шинжилгээний үр дүнг бэлгийн замын халдварын өвчлөлтэй хамааралтай эсэхийг тогтоох

Үр дүн: Ховд аймгийн 17 сумнаас ирсэн материалыг нэгтгэж нөхөн үржихүйн насны - 10,000 эмэгтэйчүүдэд /CIN-I-III / байдалд боловсруулалт хийхэд

Д/д	Сумууд	20-29		30-39			40-49			50-59			60<			Бүгд		
	Эсийн шинжилгээний дүгнэлт	ASCUS	ASC-H	CIN-(I, II,III)	ASCUS	ASC-H	CIN-(I, II,III)	ASCUS	ASC-H	CIN-(I, II,III)	ASCUS	ASC-H	CIN-(I, II,III)	ASCUS	ASC-H	CIN-(I, II,III)	ASCUS	ASC-H
1	Алтай		21.6		311.1	311.1	487.8	670.7	304.8	530.9	619.4	442.4		109.8	109.8	132.7	255.9	170.6
2	Булган			15.8	11376	205.6	19.3	58.1	282.5	63.2	31.6	158.2			34.8	12.8	70.4	99.2
3	Буянт			80.6	604.2	887		833.3							87.7	9.5	210.7	335.2
4	Дарви			153	561.2	1173	335.5	713.2	1745	454.5	227.2	1023				147.8	273	682.5
5	Дуут			60.6	696.6	727.2	476.1	761.9	476.1		422.5	563.3		500		83.9	419.5	292.7
6	Зэрэг	41.3			90.4	180.9				102						9.3	37.4	37.4
7	Манхан	16.3		76.6	459.7	804.5	152.2	609.1	710.6	540.5	90	270.2				85	201	293.8
8	Мянгад				103	34.3		111.7	55.8			90.9				0	43.2	25.9
9	Мөст			42.1	253.1	506.3	50.1	116.2	174.4	204	209					34.7	86.8	130.3
10	Мөнххайрхан				119.9	747.1	82.6	165.2	330.5	277.7	138.8		153.8	307.6	307.6	53.4	93.4	253.6
11	Үенч	23.7	201	156	937.5	1250	329.2	493.8	1029	1180	695.6	956.5	84.7	84.7	169.4	187.7	155.4	617
12	Ховд			139	231.4	277.7	68.9	206.8	344.8	526.3				119	119	81.4	91.6	122.5
13	Цэцэг	27.5	27.5	51	102	510.2		373.1	895.5	243.9		243.9			133.3	35.2	44	305.5

14	Чандмань		24.3	135	448.4	896.8	67.5	608.1	1216		258.6	862			133.3	41	225.6	502.5
15	Эрдэнэбүрэн			287	517.2	1609	245.3	490.7	1288	517.2	435	775.8			135.1	159.4	233.7	626.9
16	Дөргөн			47.6	286.7			212.7	780.1		120.4	481.9				10.8	108.5	162.8
17	Жаргалант		2.2	70.7	252.9	384	54.1	189.3	362.5	251.9	350.4	317.6	49.2	12.3	73.8	15.7	119.9	131.9
Е: дүн		9.2	23.7	53.5	258.8	390.7	101.6	281.6	510.2	264.7	246	343	24.4	36.7	77.5	48.6	148	236.9

20-29 насанд CIN-I-II – 2.6
30-39 насанд CIN-I-II -53.5
40-49 насанд CIN-I-II -101.6
50-59 насанд CIN-I-II 264.7
60< насанд CIN-I-II 4.0 байна.
Мөн хэв шинжгүй хавтгай эсүүдийн өөрчлөлт тодорхой бус
20-29 насанд 9,2
30-39 насанд 258,8
40-49 насанд 281,6
50-59 насанд 246,0

Хэв шинжгүй хавтгай эсүүд хучуур эдийн дотор хүнд гэмтэц байхыг үгүйсгэхгүй байдал:

20-29 насанд 23,7
30-39 насанд 390,7
40-49 насанд 510,2
50-59 насанд 343,0
60< насанд 77,5 байна.

Нөхөн үржихүйн насны эмэгтэйчүүдийн умайн хүзүүний эмгэг өөрчлөлтүүд үүсэх шалтгаан нь бэлгийн замаар дамжих халдваруудтай салшгүй холбоотой нь батлагдаж байна. (r=1 P=0.05)

Дүгнэлт:

Ховд аймгийн нөхөн үржихүйн эмэгтэйчүүдийн умайн хүзүүний эд эсийн неоплазийн өөрчлөлтүүд 20-29 насанд 2,6 , 30-39 насанд 53,5 , 40-49 насанд 101,6, 50-59 насанд 264,7, байна. Хэв шинжгүй хавтгай эсүүдийн өөрчлөлт тодорхой бус нь 30-39 насанд 258,8, 40-49 насанд 281,6, 50-59 насанд 264,0 байгаа юм.

Хэв шинжгүй хавтгай эсүүд хучуур эдийн дотор хүнд гэмтэц байхыг үгүйсгэхгүй байдал: 30-39 насанд 390,7, 40-49 насанд 510,2 , 50-59 насанд 349,2 байна. 30-39 нас, 40-49 нас 50-59 настангуудад умайн хүзүүний эд эсийн эмгэг өөрчлөлтүүд өндөр байна.

Нөхөн үржихүйн насны эмэгтэйчүүдийн умайн хүзүүний эмгэг өөрчлөлтүүд үүсэх шалтгаан нь бэлгийн замаар дамжих халдваруудтай салшгүй холбоотой нь батлагдаж байна. (r=1 P=0.05)

Ном зүй:

1. Зонхилон тохиолддог өмөнгөөс сэргийлэх ДЭМБ 270-273 тал
2. Нөхөн үржихүйн эрхтэнийг үзэж шинжлэх. В. Нацагдорж УБ 2011
3. Практическое акушерство В. Н Серов
4. Патология беременности С.М. Беккер см284
5. Эх барихын тулгамдсан эмгэг. Э. Лхагва-Очир. Т. Эрхэмбаяр УБ 2012

Хэнтий болон Дорноговь аймаг дахь цөсний чулуу өвчний чулуун дахь найрлагыг харьцуулан судлах нь

Судлаач : мэс заслын эмч Л.Мэндбаяр, Д.Мөнхбат, их эмч О.Бадамсүрэн

Үндэслэл:

- Монгол улсын эрүүл мэндийн статистик мэдээллийн төвийн мэдээгээр сүүлийн 15 жилийн хугацаанд Монгол улсад цөс чулуужих өвчин болон цөсний хүүдийн архаг үрэвсэлт өвчин 2,4 дахин, цөсний замын мэс заслын тоо 5,2 дахин тус тус ихэссэн байна.
- Монгол оронд цөсний хүүдий, цөсний замын хагалгаа нь хэвлийн хөндийн мэс заслын дотор мухар олгойн дараах байрыг эзэлж байна. /1999, Г.Баяраа/
- УКТЭ-н дүн бүртгэлийн албаны мэдээгээр мөн хугацаанд цөсний хүүдийг авах хагалгааны тоо 4,9 дахин ихэссэн.
- Дорноговь аймгийн хэмжээнд 2010-2011 оны байдлаар 1555 хагалгаа орсноос цөсний хүүдий авах мэс засал нь 257 тохиолдол буюу 16.5% байна.
- Хэнтий аймгийн хэмжээнд 2010-2011 оны байдлаар 1505 хагалгаа орсноос цөсний хүүдий авах мэс засал нь 237 тохиолдол буюу 15.7% байна.

Судалгааны эдгээр тоо баримт нь сүүлийн жилүүдийн дотор мэс заслын практикт цөсний хүүдийн эмгэг, тэр дундаа цөсний чулуу өвчний тохиолдол нэмэгдэж буйг илтгэж байна.Манай оронд Цөсний чулуу өвчний эмнэл зүйн хэлбэр, өвчин үүсэхэд нөлөөлөх хүчин зүйл, чулууны найрлагын талаар судалсан судалгааны ажил хомс байгаа нь бидний судалгааны ажлын үндэслэл болж өгсөн.

Зорилго:
Хэнтий болон Дорноговь аймаг дахь цөсний чулууны химийн зарим найрлагыг тогтоон харьцуулан судлах.

Зорилт:

1. Цөс чулуужих өвчний үүсэлтэнд нөлөөлөх зарим шалтгаан, хүчин зүйлсийг тодорхойлох.
2. Цөсний чулууны химийн органик бус зарим найрлагийг ASS багажийн тусламжтай тогтоон ЦЧ-ны зонхилон тохиолдож буй бүтэцийг тодорхойлох.
3. Хэнтий болон Дорноговь аймгийн усны хатуулгийг тодорхойлох
4. Цөсний чулууны химийн органик бус зарим элементийг элгэнд агуулагдах хэмжээтэй нь харьцуулан судлах.

Шинэлэг тал:

- Цөсний чулуун дахь зарим органик бус элементийглабораторын орчин үеийн шинжилгээний аргад тулгуурлан судалгаа хийж цаашид судлах.
- Дорноговь болон Хэнтий аймгийн цөсний чулууны химийн зарим найрлагыг харьцуулан судалсан.

Практик ач холбогдол:

- Цөсний чулууны бүтэц найрлагыг судлан гаргаснаар уул өвчнийг эмчлэх, урьдчилан сэргийлэх ач холбогдолтой.
- Судалгааны ажлыг үргэлжлүүлэн хийх судлаач оюутан, эмч нарт бидний энэ ажил тус болно.

Судалгааны материал, хэрэглэгдэхүүн:

Судалгаандаа Говийн бүсийн Дорноговь аймаг, Хангайн бүсийн Хэнтий аймгийн Н.Э-ийн "Мэс засал"-ын тасагт хагалгаа хийлгэж эмчлүүлсэн 20 хүнийг энгийн санамсаргүй түүврийн арга ашиглан сонгон авч, тусгайлан боловсруулсан асуумжийг асууж, цөсний чулууг нь авч судалсан. Энэхүү судалгааг БНХАУ-ийн Шалуун мужийн геологи, уул уурхайн хайгуулын "Жөн-Хай" товчооны Монгол дахь салбарын геохимийн лаборатори, Их Британы геохимийн сүлжээ лабораторын Монгол дахь "Stewart mongolia LLC"-н лаборатор, ШУТИС-н материал технологийн сургуулийн "Усны судалгааны төв лаборатори" зэрэгт түшиглэн, МУ-н зохих стандартуудын дагуу хийж гүйцэтгэсэн.

Судалгааны арга аргачлал:

Сонгож авсан дээжүүдийг автомат хатаагчаар хатааж, гантиг болон шаазан уурын нухуурыг ашиглан, уламжлалт аргаар химийн шинжилгээнд шаардагдах 0.074 микрометр хэмжээтэй болтол гараар нухаад, Аналитик химид 10.000-ны нарийвчлалтай жинлэн авч, MARS-н колиэтиль саванд хийж, 10 мл "Хааны дарс" нэмж MARS-д задаргаанд оруулав. Хөргөсөн уусмалыг 100 мл-ын хэмжээтэй колбонд юүлээд, нэрмэл усаар дүүргэж, сайтар сэгсэрч 12 цаг байлгаж, тундасжсаны дараа AAS-нд хэмжилтийг гүйцэтгэж гарсан үр дүнг тооцоолон бодов.

Судалгааны мэдээллийг оруулж үр дүнгийн шинжилгээ хийн, мэдээлэл боловсруулалтыг Microsoft office excel 2007, SPSS 17 программ дээр гүйцэтгэж, дүрслэх статистик аргуудыг ашиглан тооцоолов.

Судалгааны ажлын үр дүн:

Бидний судалгаанд цөсний чулуу авахуулсан 27-78 насны (Дундаж наслалт 51±11,2), эмэгтэй 85% (17), эрэгтэй 15% (3) буюу нийт 20 хүн хамрагдсан.

Өвчлөлийн байдлаар нь авч үзэхэд бөөр өвддөг 35%, элэг өвддөг 25%, ходоод,нойр булчирхай өвддөг 15%, бусад эрхтэн тогтолцооны эмгэгтэй 10%, байхгүй 15% байв.

Хорт зуршлын байдлаар нь авч үзвэл тамхи татдаг 20%, архи тамхи хослуулан хэрэглэдэг нь 5%, огт хэрэглэдэггүй нь 75% байв.

Удамшлын байдлаар нь авч үзвэл ах дүү нь 10%, эцэг эх нь ЦЧ-гаар өвдөж байсан 30%, мэдэхгүй 10%, байхгүй 50% байв.

Хөдөлгөөний байдлаар нь авч үзвэл хөдөлгөөний хомсдолтой буюу тийм гэсэн нь 90%, үгүй гэсэн нь 10% байв.

Өөх тосны хэрэглээний байдлаар нь авч үзвэл их хэрэглэдэг 85%, дундаж 10%, бага хэрэглэдэг 5% байв.

Давсны хэрэглээний байдаар нь авч үзвэл их талдаа хэрэглэдэг 20%, их хэрэглэдэг нь 55%, бага хэрэглэдэг нь 25% байв.

Ундны усны хангамжийн байдлаар нь авч үзвэл гүний ус хэрэглэдэг нь 50%, төвлөрсөн усан хангамжтай нь 40%, худагны ус хэрэглэдэг нь 10% байв.

Таргалалтын байдал буюу БЖИ-р нь авч үзвэл хэвийн жинтэй 10%, 1-р зэргийн таргалалттай 50%, 2-р зэргийн таргалалттай 20%, 3-р зэргийн таргалалттай 20% байв.

Цөсний чулууны бүтцээр нь авч үзвэл холестрин чулуу 20%, холимог чулуу 75%, нөсөөт чулуу 5% эзэлж байв.

ЦЧ дахь зарим элементийн харьцуулан үзэхэд

№	Ca	Cu	Mn	Zn	Pb	Co	Fe
	9400 ppm	6 ppm	33 ppm	3 ppm	32 ppm	10 ppm	13400 ppm
	7100 ppm	4 ppm	32 ppm	11 ppm	51 ppm	2 ppm	37800 ppm
	82600 ppm	40 ppm	300 ppm	22 ppm	72 ppm	21 ppm	21000 ppm
	4000 ppm	22 ppm	43 ppm	87 ppm	4 ppm	1 ppm	12500 ppm
	40100 ppm	50 ppm	150 ppm	31 ppm	60 ppm	50 ppm	22400 ppm
	7000 ppm	40 ppm	740 ppm	102 ppm	103 ppm	12 ppm	17800 ppm
	13300 ppm	50 ppm	203 ppm	2 ppm	20 ppm	10 ppm	27800 ppm
	8300 ppm	80 ppm	23 ppm	51 ppm	21 ppm	2 ppm	30700 ppm
	4700 ppm	20 ppm	22 ppm	22 ppm	20 ppm	5 ppm	22500 ppm
	4800 ppm	20 ppm	22 ppm	22 ppm	20 ppm	1 ppm	5600 ppm
	16000 ppm	30 ppm	21 ppm	60 ppm	20 ppm	6 ppm	2100 ppm
	8500 ppm	10 ppm	20 ppm	70 ppm	20 ppm	3 ppm	13200 ppm
	24800 ppm	70 ppm	44 ppm	103 ppm	31 ppm	20 ppm	3400 ppm
	7000 ppm	10 ppm	104 ppm	21 ppm	42 ppm	0 ppm	2100 ppm
	1200 ppm	20 ppm	42 ppm	32 ppm	30 ppm	2 ppm	2000 ppm
	8700 ppm	10 ppm	23 ppm	0 ppm	21 ppm	4 ppm	3100 ppm
	5500 ppm	10 ppm	3 ppm	4 ppm	20 ppm	10 ppm	1000 ppm

	34800 ppm	10 ppm	3 ppm	4 ppm	19 ppm	10 ppm	2400 ppm
	10700 ppm	20 ppm	41 ppm	3 ppm	22 ppm	11 ppm	2700 ppm
	1800 ppm	10 ppm	104 ppm	4 ppm	13 ppm	12 ppm	1300 ppm

Ундны усны хатуулгийн байдлаар нь авч үзэхэд

Дорноговь	3,1 мг-экв/л
Хэнтий	0,8 мг-экв/л

ЦЧ дахь зарим элементийг элгэн дэхь хэвийн хэмжээтэй нь харьцуулан үзэхэд

№		Элгэнд байх хэвийн хэмжээ	ЦЧ байсан дундаж хэмжээ "Дорноговь "	ЦЧ байсан дундаж хэмжээ "Хэнтий"
1	**Fe**	86-328 ppm	20500 ppm	3100 ppm
2	**Mn**	301-535 ppm	171,78 ppm	148 ppm
3	**Cu**	6280-8990 ppm	34,67 ppm	21,11 ppm
4	**Zn**	45-52 ppm	36,78 ppm	15 ppm
5	**Ph**	54-98 ppm	42,56 ppm	24,33 ppm
6	**Co**	0,03 ppm	10,33 ppm	7,56 ppm

Дүгнэлт:

- Бидний судалгаагаар ЦЧӨ-д дундаж наслалт 51±11,2, таргалалттай (90%), давс (55%), өөх тос (85%) их хэмжээгээр хэрэглэдэг, гүний ус хэрэглэдэг (50%), эмэгтэйчүүд (85%) илүү өртөж байгаа нь харагдаж байна.
- Дээрх 7 элементийг сонгон авч судлахад Ca (1.93%) болон Fe (2.06%) нь бусад элементээсээ харьцангуй өндөр хувийг эзэлж, Дорноговь болон Хэнтий аймгийг харьцуулан үзэхэд Дорноговь аймаг дахь цөсний чулуу нь (Mn 23.78ppm, Cu 13.56ppm, Pь18.23ppm, Zn 21.78ppm, Co 2.77ppm, Ca 0.74%, Fe 1.75%-р их) эрдэсжилт илүү, бүтцээр нь нийт чулууг авч судлахад холимог 75%, холестрин 20%, нөсөөт 5% байна.
- Хэнтий аймгийн төвлөрсөн усан хангамжын ус нь маш зөөлөн ус буюу (0,8мг-экв /л), Дорноговь аймгийн төвлөрсөн усан хангамжын ус нь хатуувтар ус (3,1мг-экв /л) байна.
- Цөсний чулуунд болон элгэнд байгаа макро, микро элементийн хэмжээг жишихэд Fe 59 дахин, Co 151 дахин их, харин Mn 2 дахин, Cu 179 дахин, Zn 3 дахин, Pd 4 дахин бага цөсний чулуунд тодорхойлогдсон.

Судалгааны ажлын үр дүнгийн хэлцэмж:

- Монгол оронд ЦЧӨ нь элбэг тохиолдож хэвлийн хөндийн мэс заслын дотроос 2-р байранд орж байгаа нь стастистик тоо баримтаас харагдаж байна.
- Өвчлөлийн харьцаа нь эрэгтэй эмэгтэй хүнд 1: 6 байгаа нь "ЦЧӨ-ний эмнэлзүй ба чулууны онцлогын зарим холбоо" 1:7 АУ доктор Б.Оюунцэцэг, (2007) "Азийн орнуудын өвчлөл" 1:5 гэж A.Kuotselinis (1975) судалгааны үр дүнтэй ойролцоо байна. Хамрагдсан чулууны харьцаа нь 1:3:6 (нөсөөт, холестринлог, холимог) байгаа нь Б.Оюунцэцэг (2007) судлаачын судалгааныажлын үр дүнтэй тохирч байгаа ч гэсэн Европын болон Америкын судлаач D.Small, (1976), D.Dillon (1980), J.Gleun (1988) нарынхтай зөрөөтэй байна. Учир нь эдгээр оронд нийт чулууны 70–80% холестринлог чулуу эзэлж байгаа бол манай орны хувьд холимог чулуу дийлэнх хувийг эзэлж байна.
- Судалгаанд хамрагсдын 50–с дээш хувь нь таргалалттай буюу хоолны тогтсон дэглэмгүй, хөдөлгөөний хомсдолтой хүмүүс голлож байгаа нь Б.Оюунцэцэг (2007) судлаачын судалгааны ажлын үр дүнтэй тохирч байна.
- Америк болон Европын орнуудад жирэмслэлт төрөлт нь цөсний чулуу үүсэхэд нөлөөлөх гол хүчин зүйл болдог гэсэн нь бидний судалгааны үр дүнтэй тохирохгүй байна.(Р-37)

Практик зөвлөмж:

Эмч эмнэлгийн ажилтанд:

- Хүн амын урьдчилан сэргийлэх үзлэгийг үр дүнтэй чанартай хийх
- Хүн амыг эрүүл мэндийн сургалт сурталчилгаанд өргөнөөр хамруулах
- Эрт оношилж эмийн аргаар эмчлэх.

Олон нийтэд чиглэсэн:

- Хүн амыг эрүүл зөв зохистой хооллох дадалд хэвшүүлэх
- Ундны усыг аль болох шүүж хэрэглэх
- Тодорхой хэвшсэн дасгал хөдөлгөөн хийж, биеийн жингээ тогтмол барих

Номзүй:

- Дотрын өвчний оношзүй Д.Алтанцэцэг 2003 он
- Дотор өвчин УБ 2008 он 122-141 х
- Цөсний гэр ба Цөсний замын өвчин А.М Ногаллер 1980 он
- Дотор өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх үндэс УБ 1975 он
- Илтгэх урлаг ба шилдэг илтгэлүүд УБ 2008 он
- Анагаах ухаан сэтгүүл 2003,2007 он
- Эрдэм шинжилгээ 2008 он
- Discovery 2010,2011 он
- Хөдөөгийн хүн амын ус хангамж, ариун цэвэр, эрүүл ахуй УБ 2007 он 139-159 х, 168-177 х
- Монгол орны зарим бүс нутгийн усны шинж чанар ус цэвэрлэгээний аргууд УБ 2002 он 29-48 х
- Дорноговь аймгийн сайншанд сумын усны химийн найрлага, хатуулаг, түүнийг зөөлрүүлэх боломж

- ЦЧ–нд нян, макро, микро элемнтийн агууламжыг тодорхойлсон үр дүн. УБ 1996 он
- ЦЧӨ–ний эмнэл зүй ба чулууны онцлог зарим холбоо. УБ 2007 он
- Интернетийн мэдээлэл

Архаг панкреатитын оношилгооны зарим асуудалд

Ц.Бадамсэд[1]., Т.Уранбилэг[2]
[1].Академич Т.Шагдарсүрэнгийн нэрэмжит
Анагаах Ухааны Хүрээлэн
[1].Шастины Улсын III төв эмнэлгийн Монгол Улсын Төрийн соёрхолт,
Ардын эмч, Хүндэт профессор Р.Пүрэвийн нэрэмжит
Дүрс оношлогооны лавлага төв
[2].Хавдар Судлалын Үндэсний Төв

Түлхүүр үг: архаг панкреатит, нойр булчирхайн паренхим, шохойжилт, уйланхай, нягтрал

Үндэслэл:

Анхдагч болон хоёрдогч шалтгаанаар нойр булчирхайн фермент өөрийн эдийг хайлуулж, аажмаар холбогч эдээр солигдон, түүний гадаад ба дотоод шүүрлийн үйл ажиллагааны алдагдал үүсдэг, дахилттай явагддаг архаг эмгэгийг архаг панкреатит гэнэ [14].

Тархвар судлал, эмнэл зүй, задлан шинжилгээний дүгнэлтээр хөгжингүй орнуудад архаг панкреатитын өвчлөл ихэссэн байна [5].

Архаг панкреатит нь 100000 хүнд 3,5-4,0 тохиолдол бүртгэгдсэн байна [21].

Архаг панкреатитаар өвчлөгсдийг хүйсээр нь авч үзвэл 100000 хүн тутамд эрэгтэй:эмэгтэйн харьцаа 6.7:3.2 байна [19].

Архаг панкреатитын гол шалтгаан нь архаг архидалт, цөсний хүүдий болон цөсний замын эмгэгүүд, түүнчлэн гиперлипидеми, уураг дутагдалтай хоол хүнс, зарим эмүүд, удамшлын нөлөөлөл зонхилдог [13,18].

Анхдагч архаг панкреатит нь архи, эм, цусгүйжилт, хоол тэжээл дэх уургийн хомсдол зэргээс шалтгаалдаг. Хоёрдогч архаг панкреатит нь цөсний зам, элэг болон хоол боловсруулах замын бусад эрхтэний эмгэг, муковисцидоз, гиперпаратиреоз зэрэг өвчний үед тохиолдоно [15].

Архаг панкреатитын 50-80% нь архины шалтгаантай байдаг байна [1,19,22].

Архаг панкреатитын сэдрэлтийн үед ихэвчлэн тос өөхтэй хоол идсэний дараа хэвлийн дунд болон зүүн дээд хэсэгт хатгах ба базалж өвдөж, өвдөлт нь ар нуруу руу дамжина. Суулгалт, жин буурах шинж тэмдгүүд илэрнэ [19].

Нойр булчирхайн толгойн хэсэг үрэвссэн тохиолдолд аюулхайн баруун хэсэгт, их биеийн хэсэг үрэвссэн үед аюулхайн зүүн хэсэгт, сүүл хэсэг гэмтсэн бол зүүн хавирганы доогуур тус тус өвдөх шинж тэмдэг илэрнэ. Нойр булчирхайн гадаад шүүрлийн дутмагшлын хам шинжүүд (суулгах, гэдэс дүүрэх), турах, ам хатах, арьс хуурайших зэрэг ерөнхий хордлогын хам шинж тэмдэгүүд илэрнэ [5,9].

Архаг панкреатитыг Марсель-Римийн ангилал дээр тулгуурласан В.Т. Ивашкины ангиллаар ангилна [3].

I. Шалтгаанаар
   1. Анхдагч (архины)
   2. Хоёрдогч (цөсний эмгэгээс үүдэлтэй)
   3. Бусад шалтгаан (ходоод, дээд гэдэсний шархлаа өвчин, ходоод дээд гэдэсний үрэвсэл, элэгний цирроз, халдвар, гэмтэл, хагалгааны дараа, эмийн бодис)

II. Эмнэл зүйн хэлбэрээр
   1. Өвдөлттэй
   2. Өвдөлтгүй, далд
   3. Гадаад, дотоод шүүрлийн дутагдалтай

III. Бүтцээр нь
   1. Шохойжсон
   2. Бөглөрөлт
   3. Фиброзт
   4. Уйланхайт

IV. Хүндрэлээр
   1. Механик шарлалт
   2. Хуурамч уйланхай

Өвчин сэдрэлийн үед цусны ерөнхий шинжилгээнд цагаан бөөмийн олшролт, улаан бөөмийн тунах хурд хурдассан, шээсний ерөнхий шинжилгээнд ууураг, билирубин, цөсний нөсөө ихэссэн байна [5,7,14].

Архаг панкреатитын сэдрэлийн үед цусны сийвэнд дэх альфа-амилаз, липаз, трипсиний хэмжээ бага зэрэг ихэсдэг [6,9,19].

Архаг панкреатитын үед компьютер томографиар нойр булчирхайн хэлбэр ба нягтралын өөрчлөлт, шохойжилт, уйланхай буйг тодорхойлно [16,17,20].

Компьютер\ томографийн шинжилгээгээр архаг панкреатитын үед нойр булчирхай хэмжээгээрээ томрох ба багасах, зэргэлдээх эрхтэнээс тод ялгаран харагдах, нойр булчирхайн бүтцийн ижил төрөлшил алдагдах, тодосгогч бодис тарьсны дараа нойр булчирхайн нягтрал жигд бус ихсэх шинж тэмдгүүд илэрнэ [2,4,8,10-12,16,19,20].

Зорилго:

Архаг панкреатитын эмнэлзүйн, лабораторн ба компьютер томографи зарим шинж тэмдгүүдийг судлан тогтоож, архаг панкреатитыг оношлох ба ялган оношлох компьютерт томографийн шалгуур үзүүлэлтүүдийг боловсруулахад судалгааны ажлын зорилго оршино.

Зорилгоо хэрэгжүүлэхийн тулд дараах зорилтуудыг дэвшүүлсэн. Үүнд:

1. Архаг панкреатитын эмнэлзүйн шинж тэмдгүүдийг судлах
2. Архаг панкреатитын альфа-амилаз, АсАТ, АлАТ ба сахарыг тодорхойлох
3. Архаг панкреатитын компьютер томографи зарим шинж тэмдгүүдийг судлан тогтоох
4. Архаг панкреатитыг оношлох ба ялган оношлох компьютер томографийн шалгуур үзүүлэлтүүдийг боловсруулах

Материал ба аргачлал:

Бид 2008-2012 онуудад "Ачтан" клиникийн эмнэлгийн Дүрс оношлогооны тасгийн, Фрэндшип-Наран оношлогооны төвийн ба "Наран" группын компьютер томографи кабинетуудад архаг панкреатит онош тавигдсан 46 өвчтөний компьютер томографи, 66 өвчтөний эмнэлзүйн ба лабораторийн шинж тэмдгүүдээр судалгааны тусгай картуудыг тус тус боловсруулж, тэдгээрт дүгнэлт хийсэн.

ХБНГУ-ын Human пүүсийн "Humalyzer-2000" анализатороор альфа-амилаз, АсАТ, АлАТ ба сахарыг тодорхойлсон.

Япон Улсын Тошиба пүүсийн CT-W-4, Хитачи пүүсийн MSCT PRESTO маркийн ба АНУ-ын General electric пүүсийн CT Max 840 компьютер томографийн аппаратуудаар шинжилгээг гүйцэтгэж, нойр булчирхайн хэлбэр, хэмжээ, хил хязгаар, бүтэц, нягтрал, шохойжилт, хэвлийд шингэн ба бусад нэмэлт өөрчлөлт буйг тодорхойлж, шаардлагатай үед тодосгогч бодис Верографин 76%-ийн уусмалыг 1 кг жинд 1 мл оногдохоор судсанд тарих буюу 200 мл усанд Верографин 76%-ийн 10 мл уусмалыг хольж хутган шинжилгээ хийхээс 10-15 минутын өмнө уулгаж компьютер томографийн шинжилгээг дахин хийж, нойр булчирхайн нягтралын ихсэлт, бууралтыг тогтоож архаг панкреатитын компьютер томографийн шинж тэмдгүүдийг тогтоосон.

Эдгээр шинжлүүлэгчдийн архаг панкреатит оношийг хэвлийн тойм рентген харалт, ходоод дээд гэдэсний тодосгогч бодистой рентген шинжилгээ, хэт авиан, целиакографи, биопсийн шинжилгээ, мэс ажилбар зэргээр баталсан.

Хяналтын бүлэгт эрүүл 60 хүнийг авсан.

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

Үр дүн:

Бид архаг панкреатиттай 66 өвчтөний эмнэлзүйн зарим шинж тэмдгүүдийг авч үзсэн (Хүснэгт 1).

Хүснэгт 1. Архаг панкреатитын эмнэлзүйн шинж тэмдгүүд

№	Шинж тэмдгүүд	тоо	хувь	±м
1	Өвдөлтийн хам шинж:			
	хатгаж өвдөх	18	27,3	5,5
	базалж өвдөх	35	53,0	6,1
	бүсэлж өвдөх	13	19,7	4,9
	Өвдөлтийн дамжилт:			
	баруун тийш	25	37,9	5,9
	зүүн тийш	41	62,1	5,9
2.	Гадаад шүүрлийн дутмагшил:			
	суулгалт	31	47,0	6,1
	гэдэс дүүрэлт	35	53,0	6,1
3	Ерөнхий хордлого:			
	ам хаталт, арьс хуурайшилт	41	62,1	5,9
	мэдрэл сульдлын хам шинж	12	18,2	4,7
4	Шарлалт	17	25,8	5,4
	Халууралт	37	56,1	6,1
5	Цус алдалт, цусархагшлын хам шинж	16	24,2	5,3

Хүснэгт 1-ээс үзэхэд архаг панкреатитын үед 53.0%±6.1-д хэвлийгээр базалж өвдөх ба гэдэс дүүрэх, 56.1%±6.1-д халуурал, 62.1%±5.9-д өвдөлт хэвлийн зүүн тал руу дамжих, ам хатах ба арьс хуурайших зэрэг шинжүүд зонхилон тохиолдож байна.

Бид архаг панкреатит ба хяналтын бүлгийн эрүүл хүмүүсийн альфа-амилаз, сахар, АсАТ ба АлАТ-ын үзүүлэлтүүдийг харьцуулан авч үзсэн (Хүснэгт 2).

Хүснэгт 2. Архаг панкреатит ба хяналтын бүлгийн эрүүл хүмүүсийн лабораторийн зарим үзүүлэлтүүд

Лабораторийн үзүүлэлтүүд	Хяналтын бүлгийн эрүүл хүмүүс n=60	Архаг панкреатит n=66
Амилаз (н/л)	210±0.54	348.99±0.11
Сахар (мкмоль/л)	5.2±0.96	12.45±0.15
АсАТ (г/л)	32±0.64	62.75±0.22
АлАТ(г/л)	36±0.11	54.90±0.21

Хүснэгт 2-оос үзэхэд архаг панкреатитын үед цусны сийвэн дэх альфа-амилаз 1.7, сахар 2.4, АсАТ 1.9, АлАТ-ын хэмжээ 1.5 дахин тус тус ихэссэн байна.

Бид архаг панкреатиттай 46 өвчтөний компьютер томографийн зарим шинж тэмдгүүдийг авч үзсэн (Хүснэгт 3).

Хүснэгт 3. Архаг панкреатитын компьютер томографийн шинж тэмдгүүд

№	Компьютерт томографийн шинж тэмдгүүд		тоо	хувь	±m
1.	Нойр булчирхайн хэмжээ	хэвийн	2	6.7	3.0
		нэлэнхүйдээ томрох	14	30.4	6.7
		нэлэнхүйдээ багасах	21	45.7	7.3
		хэсэгчилэн томрох	9	19.6	5.6
		хэсэгчилэн багасах	-	-	-
2.	Нойр булчирхайн бүтэц	ижил төрөлшил жигд	17	36.9	7.1
		ижил төрөлшил алдагдсан	29	63.1	7.1
3.	Нойр булчирхайн нягтрал	хэвийн	-	-	--
		жигд буурах	11	23.9	6.3
		жигд бус буурах	22	50.0	6.1
		жигд ихэссэн	7	15.2	5.3
		жигд бус ихэссэн	5	10.5	4.6
4.	Ходоодны арын зайд шингэн	хуримтлагдах	8	17.4	5.6
		хуримтлагдахгүй	38	82.6	5.6
5.	Нойр булчирхайншохойжилт	илэрсэн	16	34.8	7.0
		илрээгүй	30	65.2	7.0
		цуллагт	11	23.9	6.3
		сувагт	5	10.9	4.6
6.	Нойр булчирхайн зэргэлдээх эрхтэнээс	тод ялгаран харагдана	31	67.4	5.9
		тод ялгаран харагдах-гүй	15	32.6	6.9

7.	Тодосгогч бодис тарьсны дараах нойр булчирхайн нягтрал	жигд ихэссэн	12	26.1	6.5
		жигд бус ихэссэн	34	73.9	6.5
	Бүгд		46	100	

Хүснэгт 3-аас үзэхэд компьютер томографийн шинжилгээгээр архаг панкреатитын үед 63.1%±7.1-д нойр булчирхайн бүтцийн ижил төрөлшил алдагдсан, 67.4%±5.9-д нойр булчирхай зэргэлдээх эрхтэнээс тод ялгаран харагдах, 73.9%±6.5-д тодосгогч бодис тарьсны дараа нойр булчирхайн нягтрал жигд бус ихэссэн компьютер томографийн шинж тэмдгүүд давамгайлж илэрч буй нь статистикийн үнэн магадлалтай байна (P<0.001).

Бид өөрсдийн судалгаанд үндэслэн архаг панкреатитын компьютер томографийн шинж тэмдгүүдийг оношлогооны ач холбогдлыг нь харгалзан үндсэн ба туслах шинжүүд гэж хуваасан. Үүнд: ҮНДСЭН ШИНЖҮҮД: а. нойр булчирхай зэргэлдээх эрхтэнээс тод ялгаран харагдах, б. нойр булчирхайн бүтцийн ижил төрөлшил алдагдсан, в. нойр булчирхай нэлэнхүйдээ томрох эсвэл багасах, г. тодосгогч бодис тарьсны дараа нойр булчирхайн нягтрал жигд бус ихсэх. ТУСЛАХ ШИНЖҮҮД: а. ходоодны арын зайд шингэн хуримтлагдахгүй, б. шохойжилт илрэх, в. хуурамч уйланхай үүсэх.

Судалгаанаас үзэхэд нойр булчирхайн хэлбэр, хэмжээ, бүтэц, нягтрал, хил хязгаар, зэргэлдээх эрхтэнтэй хэрхэн харьцаж буй, тодосгогч бодис тарьсны дараах нягтралын өөрчлөлт, шохойжилт нь архаг панкреатитыг оношлох ба ялган оношлох гол шалгуур үзүүлэлт болохыг баталлаа.

Хэлцэмж:

Архаг панкреатитын үед 53.0%±6.1-д хэвлийгээр базалж өвдөх, 62.1%±5.9-д өвдөлт хэвлийн зүүн тал руу дамжих, 62.1%±5.9-д ам хатах, арьс хуурайших, 56.1%±6.1-д халуурах зэрэг шинжүүд зонхилон тохиолдож байгаа нь Ф.И.Комаров (1990); Paul Yakshe (2005) нарын дүгнэлттэй дүйж байна.

Цусны сийвэнд дэх альфа-амилазын хэмжээ архаг панкреатитын үед 1 дахин ихэссэн нь Ф.И. Комаров (1990); Paul Yakshe (2005) нарын дүгнэлттэй тохирч байна.

Компьютер томографиар архаг панкреатитын үед 30.4%±6.7-д нойр булчирхай нэлэнхүйдээ томрох, 45.7%±7.3-д нэлэнхүйдээ багасах шинж тэмдэг нь А.В. Яковенко (2001)-гийн судалгаанаас илүүтэй тохиолдож байна. Харин 67.4%±5.9-д нойр булчирхай зэргэлдээх эрхтэнээс тод ялгаран харагдах, 63.1%±7.1-д нойр булчирхайн бүтцийн ижил төрөлшил алдагдсан, 50.0%±6.1-д нойр булчирхайн нягтрал жигд бус буурах, 34.8%±7.0-д нойр булчирхайн цуллаг ба сувагт шохойжилт буй болох компьютер томографийн шинж тэмдгүүд нь А.В.Яковенкогийн дүгнэлттэй дүйж байна.

Дүгнэлт

1. Архаг панкреатитын үед 53.0%±6.1-д хэвлийгээр базалж өвдөх шинж, 62.1%±5.9-д өвдөлт хэвлийн зүүн тал руу дамжих шинж, суулгах, ам хатах, арьс хуурайших, халуурах зэрэг шинжүүд зонхилон тохиолдож байна.
2. Архаг панкреатитын үед цусны сийвэн дэх альфа-амилаз 1.7, сахар 2.4, АсАТ 1.9, АлАТ-ын хэмжээ 1.5 дахин тус тус ихэсч буйг илрүүлэв

3. Архаг панкреатитын үед 67.4%±5.9-д нойр булчирхай зэргэлдээх эрхтэнээс тод ялгаран харагдах, 63.1%±7.1-д нойр булчирхайн бүтцийн ижил төрөлшил алдагдсан компьютерт томографийн шинж тэмдгүүд давамгайлж байна.
4. Нойр булчирхайн хэлбэр, хэмжээ, бүтэц, нягтрал, хил хязгаар, зэргэлдээх эрхтэнтэй хэрхэн харьцаж буй, тодосгогч бодис тарьсны дараах нягтралын өөрчлөлт, шохойжилт нь архаг панкреатитыг оношлох ба ялган оношлох гол шалгуур үзүүлэлт болох нь тогтоогдов.

Ашигласан ном зүй:

1. Василенко В.Х. Алкоголизм и пищеварительный тракт. //Клин. мед. 1986, №6, с.122-128.
2. Габуния Р.И., Колесникова Е.К. Компьютерная томография в клинической диагностике. М.:Медицина, 1995, с.159-169.
3. Ивашкин В.Т. и др. О классификаций хронического панкреатита. //Клин. мед. 1990, №10, с.96-99.
4. Кишковский А.Н.,Мелехов Е.П.,Белов А.Ф.,Духовский.А.И. Компьютерная томография в дифференциальной диагностике заболеваний билиопанкреатодуоденальной области. //Вестник рентгенологии и радиологии. 1991, №2, с.23-28.
5. Комаров Ф.И.,Кукес А.С.,Сметнев А.С. Внутренние болезни. М.:Медицина, 1990, с.361-376.
6. Махов В.М. Этиологические аспекты диагностики и лечение хронического панкреатита. // Российский медицинский журнал. 2002, №2, с.3-8.
7. Медведев В.В.,Волчек Ю.З. Клиническая лабораторная диагностика. // Справочник для врачей. 1995, с.29-30,179.
8. Мишин В.Ю. Компьютерная томография и ультразвуковое исследование в диагностике и лечении заболеваний поджелудочной железы. // Вестник рентгенлогии и радиологии. 1997, №5, с.21-24.
9. Нойр булчирхайн эмгэгийн оношлогоо, эмчилгээг боловсронгуй болгох асуудалд. П.Н.Шастины нэрэмжит клиникийн төв эмнэлэг. Эмч нарын онол практикийн симпозиумын хураангуй. УБ, 2002, х.12-18.
10. Портной Л.М.,Рослов Н.Л. Ультразвуковая и рентгеновская компьютерная томография в диагностике заболеваний органов брюшной полости и забрюшинного пространства.-// Вестник рентгенологии и радиологии. 1990, №1, с.82-85.
11. Пүрэв Р.,Бадамсэд Ц. Нойр булчирхайн үрэвсэл, уйланхай ба хавдрын рентген цахим тоолуурт томографи оношлогоо. //Дүрслэл оношлогоо сэтгүүл. УБ, 1996, №1, х.18-23.
12. Тодуа Ф.И.,Федоров В.Д.,Кузин М.И. Компьютерная томография органов брюшиной полости. М.: Медицина. 1991, с.19-23,176-227.
13. Черемисин В.М.,Савелю В.Е.,Аносов Н.А. Компьютерная томографическая диагностика острого панкреатита. // Вестн. Хир. 1994, №1, с.21-26.
14. ШКТЭ-ийн Элэг судлалын төв, АУИС-ийн Хоол боловсруулах эрхтэний эмгэг судлалын тэнхим. /Нойр булчирхайн цочмог болон архаг үрэвслийн ангилал, оношлогоо, эмчилгээний шинэ баримтлал (төсөл)/. 2002.

15. Энхдолгор Г.,Энхбаяр Д.,Батдолгор Г. Нойр булчирхайн эмгэгийн оношлогоо, эмчилгээг боловсронгуй болгох асуудалд.-П.Н.Шастины нэрэмжит клиникийн төв эмнэлэг. Эмч нарын онол-практикийн симпозиумын хураангуй. УБ, 2002, х.23-28.
16. Яковенко А.В. Клиника, диагностика и лечение хронического панкреатита. // Клиническая медицина. 2001, №9, с.15-20.
17. Folsch U.R. Munch Med. Wschr. 1988, Bd130, №39, p.678-679.
18. Moossa A.R. Surgical treatment of chronic pancreatitis: an overview. Br J Surg. 1987, p.74-661.
19. Paul Yakshe. Article for Pancreatitis Chronic. // Fairview university Medical Center and University of Minnesota. 2005. //www.eMedicine.com/med/
20. Silverstein W., Isikoff M.B. Diagnostic imaging of acute pancreatitis: prospective study using CT and sonography. Am J Radiol. 1981, p.137-497.
21. Sleisenger and Fordtrans. Gastroindestinal and liver disease, Vol.1, p. 809-857.
22. Talamini G., C. Bassi., M. Falconi, Alcohol and smoking as risk factors in chronic pancreatitis and pancreatic cancer. Gastroenterology Yepatology update, Falk Foundation. 2000, №1.

SOME PROBLEMS OF DIAGNOSIS OF CHRONIC PANCREATITIS

Ts.Badamsed[1]..M.Uranbileg[2]
[1] Medical Research Institute Named By Academician T.Shagdarsuren
[1] Reference centre on imaging diagnosis by R.Purev,
state honored people's physician, honorable professor
of the State III nd Central Hospital
[2] Cancer National Center

Key words: chronic pancreatitis, parenchyma of pancreas, calcification, cyst, density

Introduction:

The normal pancreas CT density is between +30HU to +40 HU and after contrast injection it will be increased till +60HU to +80 HU.

We will determine the pancreas shape, size, structure, density, borders, calcification, and cysts by CT during the chronic pancreatitis.

Goal: Our research goal is to determine the clinical, laboratorial and computer tomographical diagnosis of acute pancreatitis, and to diagnose acute pancreatitis and differentiate from other diseases.

Objective:

1. Study clinical symptoms of acute pancreatitis
2. Determine Alpha-amylase, ASAT, ALAT and glucose.
3. To determine the CT signs of chronic pancreatitis.
4. To modify the diagnostic criteria for differential diagnosis

Material and method:

We made the study chart for this study and used the 46 patient's data were collected from Department of Imaginary Diagnosis Achtan Elite Clinical hospital and Diagnostic center - "Friendship Naran" of Naran group.

We used CT scan –W-4 made by Toshiba, Japan, MSCT PRESTO by Hitachi, Japan and CT Max -640 by General Electronic, USA for our study.

Additionally, we used the other diagnostic analyses such are biochemistry, X-Ray of abdominal cavity, contrast X-Ray of gastrointestinal tract, abdominal ultrasound, celiacography, biopsy and surgical procedure.

The average and errors of the study data has been evaluated by the common statistic methods and the Student's t-test is applied to data probability.

Results and discussion:

The 46 patients with chronic pancreatitis were enrolled in our study in CT scan of pancreas. Size of pancreas was normal in 2(6.7%±3.0), totally enlarged pancreas were in 14(30.7%±6.7), totally got smaller in 21(45.7%±7.3), partly enlarged in 9(19.6%±5.6), very bright from next organs in 31(67.4%±5.9), not bright from next organs in 15(32.6%±6.9), pancreas structure were same homogeneity in 17(36.9%±7.1), pancreas structure homogeneity were lost in 14(30.7%±6.7), some retention liquid were collected in back of stomach space in 8(17.4%±5.6), no liquid collected in back of stomach space in 38(82.6%±5.6), low density pancreas were in 11(23.9%±6.3), low density was not same in whole pancreas in 23(50% ±6.1), high density was same in whole pancreas in 7(15.2%±5.3), high density was not same in whole pancreas in 5(10.5%±4.6), density was increased after contrast injection in 12(26.1%±6.5), density was increased not same contribution after contrast injection in 34(73.9%±6.5), calcification of pancreas not detected in 30(65.2%±7.0), calcification of pancreas detected in 16(34.8.%±7.0), calcification in parenchyma were 11(23.9%±6.3), in tube 5(10.5%±4.6).

The most common CT signs were that pancreas was very bright from neighbor organs in 67.4%, pancreas homogeneity was lost in 63.1%, high density was not same in whole pancreas in 73.9% during chronic pancreatitis ($P<0.001$).

CT signs of pancreas which totally enlarged pancreas were in 30.4±6.7 and totally got smaller in 45.7%±7.3 are higher prevalence in our study than A.B.Jakobenko (2000). But pancreas was very bright from next organs in 67.4%±5.9, pancreas structure homogeneity were lost in 50.0%±6.1 and low density was not same in whole pancreas in 34.8%±7,1 calcification of pancreas calcification in parenchyma were 23.9%±6.3, in tube 10.5%±4.6 sign were close as A.B.Jakobenko (2000).

Conclusion:

1. Patients showing signs of acute pancreatitis suffered from abdominal cramps for 53.0%±6.1, pain moving to left part of the abdomen for 62.1%±5.9, diarrhea, xerostomia, xeroderma, and fever.
2. During acute pancreatitis, alpha amylase, glucose, ASAT, and ALAT in blood plasma increased 1.7 times, 2.4 times, 1.9 times and 1.5 times respectively.

3.The most common CT signs were that pancreas was very bright from neighbor organs in 67.4%, pancreas homogeneity was lost in 63.1%, high density was not same in whole pancreas in 73.9% during chronic pancreatitis.
4. Diagnostic criteria of chronic panreatitis are could be the CT signs such as pancreas size, density, borders, brightness of neighbor organs, the change of density after contrast injection and calcifications.

Панкреатитын рентген шинж тэмдгүүдийг судалсан нь

Ц.Бадамсэд[1]., С.Жаргалсайхан[2]., Н.Баатаржан[2]., Д.Дэлгэрцэцэг[2]., С.Сайнтэгш[2]., А.Номин-эрдэнэ[2].

[1] Академич Т.Шагдарсүрэнгийн нэрэмжит Анагаах Ухааны Хүрээлэн
[1-2] Шастины Улсын III төв эмнэлгийн Монгол Улсын Төрийн соёрхолт, Ардын эмч, Хүндэт профессор Р.Пүрэвийн нэрэмжит Дүрс оношлогооны лавлагаа төв

Түлхүүр үг: панкреатит, рентген, өрцний төвгөр, шинж тэмдгүүд, Арка шинж

Удиртгал:

Панкреатитыг рентген оношлогооны аргаар оношлох нь судлаачдын анхаарлыг ихээхэн татаж байна (1-4).
Панкреатитын рентген оношлогооны талаар хийгдсэн судалгааны ажил манай оронд хараахан алга байна.

Зорилго:

Панкреатитын зарим рентген шинж тэмдгүүдийг судлан тогтооход судалгааны ажлын зорилго оршино.
Зорилгоо хэрэгжүүлэхийн тулд дараах зорилтуудыг шийдвэрлэнэ. Үүнд:
1. Цочмог панкреатитын ердийн рентген шинж тэмдгүүдийг тогтоох
2. Архаг панкреатитын онцлог рентген шинж тэмдгүүдийг илрүүлэх

Материал ба аргачлал:

Бид 2007-2012 онуудад Улсын III төв эмнэлгийн Монгол Улсын Төрийн соёрхолт, Ардын эмч, Хүндэт профессор Р.Пүрэвийн нэрэмжит Дүрс оношлогооны лавлагаа төвийн Рентген оношлогоо ба "Ачтан" клиникийн эмнэлгийн Дүрс оношлогооны тасгийн Рентген кабинетад шинжилгээ хийлгэсэн панкреатиттай 45 өвчтөний (цочмог панкреатит-31, архаг панкреатит-14) рентген шинж тэмдгүүдэд дүгнэлт хийсэн.

Шинжлүүлэгчдийн оношийг клиник, лабораторн, хэт авиан, ердийн ба спираль компьютер томографи, биопсии шинжилгээнүүд ба мэс ажилбараар баталсан.

Рентген шинжилгээг Япон Улсын Хитачи фирмийн Medix-130, БНСУ-ын "ezDRF - 1000 S" ба Япон Улсын Shimzu-Exguatro телевизын системтэй рентген аппаратуудаар гүйцэтгэсэн.

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

Үр дүн: Бид цочмог панкреатит онош батлагдсан 31 өвчтөний рентген шинж тэмдгүүдийг авч үзсэн (Хүснэгт 1).

Хүснэгт 1. Цочмог панкреатитын рентген шинж тэмдгүүд

Рентген шинж тэмдгүүд	тоо	%	±m
1. Өрцний зүүн төвгөрийн байрлал дээшилсэн	16	56.1	8.9
2. Өрцний зүүн төвгөрийн хөдөлгөөн хязгаарлагдмал	12	38.7	8.7
3. Өрцний баруун төвгөрийн байрлал дээшилсэн	7	22.6	7.5
4. Өрцний баруун төвгөрийн хөдөлгөөн хязгаарлагдмал	5	16.1	6.6
5. Өрцний төвгөрийн хил хязгаар тод бус	8	25.8	7.9
6. Зүүн уушгины доод хэсэгт жижиг ателектаз үүсэх	3	9.7	5.3
7. Зүүн плеврийн хөндийд шингэн хуримтлагдах	2	6.5	4.4
8. L_2-L_3-н зүүн талд 1-2 ширхэг Арка шинж тэмдэг илрэх	6	19.4	7.1
9. Бүдүүн гэдэсний элэг ба дэлүүний өнцөг хийгээр дүүргэгдэх боловч хөндлөн гэдэс хийгээр дүүргэгдэхгүй буюу агшилтын байдалтай	9	29.0	8.2
10. Дээд гэдэсний булцуунд хөндлөн шингэний түвшин тодрох (дуоденостаз)	5	16.1	6.6
11. L_{2-4} их биеийн түвшинд ба L_2-L_3-н баруун талд хэд хэдэн Арка шинж тэмдэг илрэх	16	56.1	8.9
12. Өгсөх гэдэс ба бүдүүн гэдэсний элэгний өнцөг хийгээр дүүргэгдэх боловч хөндлөн гэдэсний баруун хэсэг хийгээр дүүргэгдэхгүй буюу агшилтын байдалтай	11	35.5	8.6
13. Баруун бөөрний хил хязгаар тод ялгаран харагдахгүй	9	29.0	8.2
14. Баруун m.psoas-ын хил хязгаар тод ялгаран харагдахгүй	8	25.8	7.9
15. Ходоод ба нарийн гэдэсний дээд хэсэг хийгээр дүүргэгдэх	21	67.7	8.4
16. Ходоодны байрлал өөрчлөгдөх	13	41.9	8.9
17. Дээд гэдэс өргөсч, тэлэгдэх	12	38.7	8.8
18. Шаталсан байрлалтай Арка илрэх	13	41.9	8.9
19. Хөндлөн гэдэс хийгээр дүүргэгдэх	5	16.1	6.6
20. Нойр булчирхайн байрлалын фон дээр жижиг хийн цэврүүнүүд буй болох	3	9.7	5.3
20. Нарийн гэдэс ба хэвлийн хөндийд шингэн тодрох	5	16.1	6.6

Дээрх рентген шинж тэмдэг нь цочмог панкреатитын хэлбэр ба эмгэг өөрчлөлтийн байрлалтай хамааралтай байна.

Архаг панкреатит оношлогдсон 14 өвчтөний рентген шинж тэмдгүүдийг авч үзсэн (Хүснэгт 2).

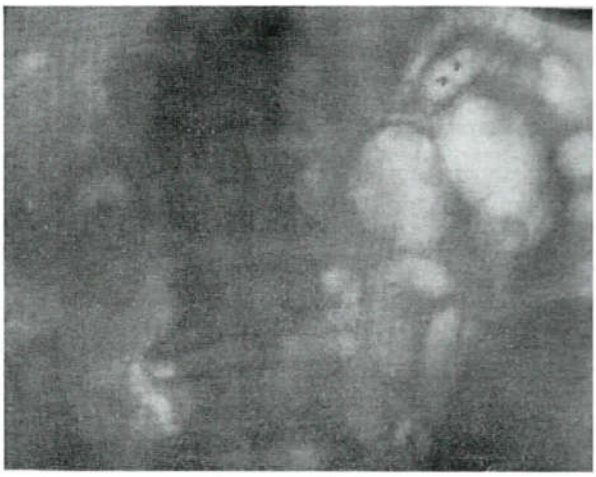
Хүснэгт 2. Архаг панкреатитын рентген шинж тэмдгүүд

Рентген шинж тэмдгүүд	тоо	%	±m
1. Өрцний зүүн төвгөрийн байрлал дээшилсэн	6	42.9	13.7
2. Өрцний зүүн төвгөрийн хөдөлгөөн хязгаарлагдмал	5	35.7	13.3
3. Өрцний баруун төвгөрийн байрлал дээшилсэн	3	21.4	11.4
4. Өрцний баруун төвгөрийн хөдөлгөөн хязгаарлагдмал	2	14.3	9.7
5. Бүдүүн гэдэсний элэг ба дэлүүний өнцөг хийгээр дүүргэгдэх боловч хөндлөн гэдэс хийгээр дүүргэгдэхгүй буюу агшилтын байдалтай	9	64.3	13.3
6. Өгсөх гэдэс ба бүдүүн гэдэсний элэгний өнцөг хийгээр дүүргэгдэх боловч хөндлөн гэдэсний баруун хэсэг хийгээр дүүргэгдэхгүй буюу агшилтын байдалтай	11	78.6	11.4
7. Ходоод ба нарийн гэдэсний дээд хэсэг хийгээр дүүргэгдэх	2	6.5	4.4
8. Ходоодны байрлал өөрчлөгдөх,	3	21.4	11.4
9. Дээд гэдэс өргөсч, тэлэгдэх	5	35.7	13.3
10. Шаталсан байрлалтай Арка илрэх	6	42.9	13.7
11. Хөндлөн гэдэс хийгээр дүүргэгдэх	4	28.6	12.5
12. Нойр булчирхайн байрлалын фон дээр жижиг шохойжилтууд тодрох	1	7.1	7.1

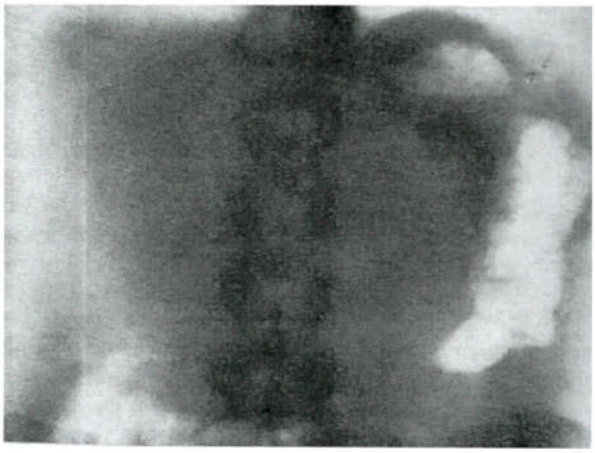
Хэлцэмж:

Бидний судалгаагаар 56,1%-д өрцний зүүн төвгөрийн байрлал дээшилсэн, 38,7%-д өрцний зүүн төвгөрийн хөдөлгөөн хязгаарлагдмал, 3(9,7%-д зүүн уушгины доод хэсэгт жижиг ателектаз үүсэх, 6,5%-д зүүн плеврийн хөндийд шингэн хуримтлагдах, 19,4%-д L_2-L_3-н зүүн талд 1-2 ширхэг Арка шинж тэмдэг илрэх нь (Зураг 1) нойр булчирхайн сүүл хэсгийн цочмог панкреатитын хавагналт ба эвдрэлт хэлбэрийн үед, 29,0%-д бүдүүн гэдэсний өгсөх гэдэс ба элэгний өнцөг хийгээр дүүргэгдэх боловч хөндлөн гэдэс хийгээр дүүргэгдэхгүй буюу агшилтын байдалтай байгаа нь (Зураг 2) цочмог панкреатитын эвдрэлт хэлбэрийн үед, 16,1%-д дээд гэдэсний булцуунд хөндлөн шингэний түвшин тодрох (дуоденостаз), 56,1%-д $L_{2\text{-}н}$ их биеийн түвшинд ба L_2-L_3-н баруун талд хэд хэдэн Арка шинж тэмдэг илрэх, 35,5%-д бүдүүн гэдэсний өгсөх гэдэс ба элэгний өнцөг хийгээр дүүргэгдэх боловч хөндлөн гэдэсний баруун хэсэг хийгээр дүүргэгдэхгүй буюу агшилтын байдалтай, 29,0%-д баруун бөөрний хил хязгаар тод ялгаран харагдахгүй, 25,8%-д баруун m.psoas-ын хил хязгаар тод ялгаран

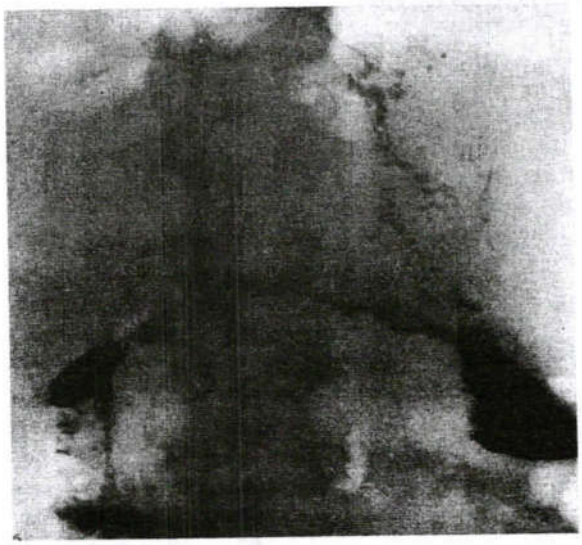
харагдахгүй, 67,7%-д ходоод ба нарийн гэдэсний дээд хэсэг хийгээр дүүргэгдэх, 41,9%-д ходоодны байрлал өөрчлөгдөх (Зураг 3), 38,7%-д дээд гэдэс өргөсч, тэлэгдэх (Зураг 3), 9,7%-д нойр булчирхайн байрлалын фон дээр жижиг хийн цэврүүнүүд буй болж байгаа нь (Зураг 2) нойр булчирхайн толгойн цочмог панкреатитын эвдрэлт хэлбэрийн үед, 78,6%-д өгсөх гэдэс ба бүдүүн гэдэсний элэгний өнцөг хийгээр дүүргэгдэх боловч хөндлөн гэдэсний баруун хэсэг хийгээр дүүргэгдэхгүй буюу агшилтын байдалтай, 71,4%-д ходоод ба нарийн гэдэсний дээд хэсэг хийгээр дүүргэгдэх, 21,4%-д ходоодны байрлал өөрчлөгдөх, 35,7%-д дээд гэдэс өргөсч, тэлэгдэх, 42,9%-д шаталсан байрлалтай Арка илрэх, 28,6%-д хөндлөн гэдэс хийгээр дүүргэгдэх, 7,1%-д нойр булчирхайн байрлалын фон дээр жижиг шохойжилтууд тодрох нь архаг панкреатитын үед давамгайлж тохиолдож буй онцлог илэрч байна.



Зураг 1. Хэвлийн тойм рентгенограмм. Нойр булчирхайн сүүл хэсгийн цочмог панкреатитын хавагналт хэлбэр. Нарийн гэдэсний гогцоонууд хийгээр дүүргэгдэж, ялангуяа хэвлийн зүүн талд Арка шинж тэмдэг тод илэрсэн нь.



Зураг 2. Хэвлийн тойм рентгенограмм. Нойр булчирхайн цочмог панкреатитын эвдрэлт хэлбэр. Бүдүүн гэдэсний элэг ба дэлүүний өнцөг хийгээр дүүргэгдэх боловч хөндлөн гэдэс хийгээр дүүргэгдэхгүй буюу агшилтын байдалтай. Нойр булчирхайн байрлалын фон дээр жижиг хийн цэврүүнүүд тодорхойлогдоно.



Зураг 3. Ходоод ба дээд гэдэсний тодосгогч бодис баритай рентгенограмм. Нойр булчирхайн цочмог панкреатитын эвдрэлт хэлбэр. Ходоодны байрлал өөрчлөгдөж, ходоодны гарах хэсэг нум хэлбэрээр дээш шилжиж, дээд гэдэс өргөсч, тэлэгдсэн нь.

Дүгнэлт:

1. 56,1%-д өрцний зүүн төвгөрийн байрлал дээшилсэн нь нойр булчирхайн сүүл хэсгийн цочмог панкреатитын хавагналт ба эвдрэлт хэлбэрийн үед, 56,1%-д $L_{2-н}$ их биеийн түвшинд ба L_2-L_3-н баруун талд хэд хэдэн Арка шинж тэмдэг илрэх, 67,7%-д ходоод ба нарийн гэдэсний дээд хэсэг хийгээр дүүргэгдэх нь нойр булчирхайн толгойн цочмог панкреатитын эвдрэлт хэлбэрийн үед, 78,6%-д өгсөх гэдэс ба бүдүүн гэдэсний элэгний өнцөг хийгээр дүүргэгдэх боловч хөндлөн гэдэсний баруун хэсэг хийгээр дүүргэгдэхгүй буюу агшилтын байдалтай, 71,4%-д ходоод ба нарийн гэдэсний дээд хэсэг хийгээр дүүргэгдэх нь архаг панкреатитын үед давамгайлж тохиолдож буйг тогтоов.
2. Цочмог панкреатитын рентген шинж тэмдгүүдийг хэт авиан, компьютерт томографи, ангиографи, MRI шинж тэмдгүүдтэй хавсран судлах шаардлагатай байна.

Ном зүй:

1. Портной Л.М.,Араблинский А.В. Лучевая диагностика заболеваний поджелудочной железы. //Рос.журн.гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. 1994. Т.4. с.99-105.
2. Сташук Г.А.,Дуброва С.Э.,Емельянова Л.Н.,ба бусад. Лучевая диагностика различных форм острого панкреатита.-//Вестник рентгенологии и радиологии. 1999. №6. с.15-19.
3. Харченко В.П.,Лютфалиев Т.А.,Кунда М.А. Современная комплексная диагностика панкреатобилиарного рака, осложненного синдромом желтухи. //Вестникт рентгенологии и радиологии. 2000. №4. с.30-33.
4. Steinberg W.B.,Tenner S. Acute pancreatitis. -N Engl J Med. 1994, p.330-1199.

STUDY OF X-RAY SYMPTOMS OF PANCREATITIS

Ts.Badamsed[1]., S.Jargalsaikhan[2]., N.Baatarjan[2]., D.Delgertsetseg[2]., S.Saintegsh[2]., A.Nomin-erdene[2].

[1] Medical Research Institute named by academician T.Shagdarsuren
[1-2] Reference centre on imaging diagnosis by R.Purev, state honored people's physician, honorable professor of the State III nd Central Hospital

Goal:

The purpose of the research is define x –ray imaging signs of pancreatitis.
In order to implement the purpose of the research, the following tasks will be fulfilled:
1. To define simple x-ray imaging signs of acute pancreatitis.
2. To reveal x-ray imaging signs of chronic pancreatitis.

Material and method:

We made conclusion on x-ray imaging signs of 45 patients (acute pancreatitis-31 and chronic pancreatitis-14) with pancreatitis who wereexamined between 2007 and 2012, by X-ray Imaging Department of reference centre on imaging diagnosis by R.Purev, state honored people's physician, honorable professor of the P.N.Shastin Central Hospital and X-ray Imaging Cabinet, Department of diagnostic imaging in "Achtan" Clinical Hospital.

The diagnosis was proved the patients' diagnosis with clinical examination, ultra sound, computer tomography, biopsy and surgical operation.

X-ray imaging was fulfilled with x-ray apparatus such as Medix -130 of Khitachi Firm, Japan and "ezDRF-1000 S" of Republic of Korea and Shimzu-Exguatro with Television System of Japan.

The research results were examined by statistical methodology to determine average value and value error and student's requirement.

Result:

In researching x–ray imaging signs of 31 patients with acute pancreatitis, position of left convex part of the diaphragm got up in the case of 16 patients (56.1%±8.9), movement of left convex part of the diaphragm restricted in the case of 12 patients (38.7%±8.7), position of right convex part of the diaphragm got up in the case of 7 patients (22.6%±7.5), movement of right convex part of the diaphragm restricted in the case of 5 patients (16.1%±6.6), outline of the diaphragm is not clear in the case of 8 patients (25.8%±7.9), atelectasis of lower part of left lung in the case of 3 patients (9.7%±5.3), pleural effusion of left pleural cavity in the case of 2 patients (6.5%±4.4), 1-2 arka sign in the left side of L2-L3 in the case of 6 patiens (19.4%±7.1), hepatic and splenic flexure of the colons has flatus (aerogastrus) and transverse colon has not flatus (aerogastrus) and has spasm in the case of 9 patients (29.0±8.2), duodenostatsis in the case 5 patients (16.1%±6.6), many arka signs in the vertebral body of L2 and right side of L2-L3 in the case of 16 (56.1%±8.9), ascending

colon and hepatic flexure of colon has flatus (aerogastrus), but right part of transverse colon has not flatus (aerogastrus) and has spasm in the case of 11 patients (35.5±8.6), outline of right kidney is not clear in the case of 9 patients (29.0%±8.2), outline of M.Psoas is not clear in the case of 8 patients (25.8%±7.9), upper part of stomach and ileum has flatus (aerogastrus) in the case of 21 patients (67.7%±8.4), position of stomach changed in the case of 13 patients (41.9%±8.9), upper ileum has dilatation in the case of 12 patients (38.7%±8.8), periodic arka sign in the 13 patients (41.9%±8.9), transverse colon has flatus (aerosgastrus) in the case of 5 patients (16.1%±6.6), outline of pancreas has air bubbles in the case of 3 patients (9.7%±5.3), ascite in abdominal cavity and ileum in the case of 5 patients (16.1%±6.6). These above-mentioned signs are depending on progress of acute pancreatitis and location.

In examining x-ray imaging signs of 14 patients with chronic pancreatitis, position of left convex part of the diaphragm got upward in the case of 6 patients (42.9%±13.7), movement of left convex part of the diaphragm restricted in the case of 5 patients (35.7%±13.3), position of right convex part of the diaphragm got upward in the case of 3 patients (21.4%±11.4), movement of right convex part of the diaphragm restricted in the case of 2 patients (14.3%±9.7), splenic and hepatic flexure of the colon has flatus(aerogastrus), but transverse colon has not flatus (aerogastrus) and has spasm in the case of 9 patients (64.3%±13.3), ascending colon and hepatic flexure of the colon has flatus (aerogastrus), but right part of the transverse colon has not flatus (aerogastrus) and has spasm in the case of 11 patients (78.6%±11.4), upper part of stomach and ileum has flatus (aerogastrus) in the case of 10 patients (71.4%±12.5), position of the stomach changed in the case of 3 patients (21.4%±11.4), upper ileum has dilatation in the case of 5 patients (35.7%±13.3), periodic Arka sign in the case of 6 patients (42.9%±13.7), transverse colon has flatus in the case of 4 patients (28.6%±12.5), outline of pancreas has calcification in the case of 1 patients (7.1%±7.1).

Discussion:

In the our research, position of left convex part of the diaphragm got upward in 56.1%, movement of left convex part of the diaphragm restricted in 38.7%, little atelectasis in lower part of left lung in 39.7%, left pleural cavity has pleural effusion in the 6.5%, 1-2 Arka sign in the left part of L2-L3 in 19.4% in the edematous and destructive form of acute pancreatitis of tail, ascending colon and hepatic flexure of the colon has flatus (aerogastrus) but transverse colon has not flatus (aerogastrus) and has spasm in 29% in the destructive form of acute pancreatitis, duodenostatisis of ileum in 16.1%, many Arka sign in vertebral body of L2 and right side of L2-L3 in 56.1%, ascending colon and hepatic flexure has flatus (aerogastrus) but right part of transverse colon has not flatus (aerogastrus) and has spasm in 35.5%, outline of right kidney is not clear in 29.0%, outline of right m.psoas is not clear in 25.8%, upper part of stomach and ileums has flatus (aerogastrus) in 67.7%, position of the stomach changed in 41.9%, ileum has dilatation in 38.7%, outline of pancreas has air bubbles in the destructive form of acute pancreatitis of head part in the 9.7%, ascending colon and hepatic flexure of colon has flatus (aerogastrus) but right part of transverse colon has not flatus (aerogastrus) and has spasm in 78.6%, upper part of stomach and ileum has flatus (aerogastrus) in 71.4%, position of stomach changed in 21.4%, ileum has dilatation in

35.7%, periodic Arka sign in 42.9%, transverse colon has flatus (aerogastrus) in 28.6%ё outline of pancreas has calcification in 7.1% is dominant in chronic pancreatitis.

Conclusion

1. Left convex part of diaphragm got up in the edematous and destructive form of acute pancreatitis of tail part in 56.1%, many Arka signs in vertebral body of L2 and right part of L_2 and L_3 in 56.1%, upper part of stomach and ileum has flatus (aerogastrus) in 67.7% in destructive form of acute pancreatitis of head part, ascending colon and hepatic flexure of colon has flatus (aerogastrus) but right part of transverse colon has not flatus aerogastrus and spasm in 78.6%, upper part of stomach and ileum has flatus (aerogastrus) in 71.4% is dominant in chronic pancreatitis.
2. It is necessary to examine x-ray imaging signs of acute pancreatitis with signs of ultra sound, computer tomography, MRI and angiography.

Монгол оронд тархсан поллиноз өвчний шалтгаан, оношлогоо эмчилгээний өвөрмөц аллерген, урьдчилан сэргийлэх арга

Б. Сангидорж[1], О. Лхамсүрэн[1], Д. Цотгбаатар[1]. , С. Байгалмаа[2], М. Энхбат[3]

Begzsangidorj_lad@yahoo.com
1. АӨСУТөвийн Харшил Судлалын Төв Лаборатори
2. Эх Хүүхдийн Эрүүл Мэндийн Үндэсний Төв
3. Ази – Европын Мон – Экологи Төв ТТБ

Түлхүүр үг: Поллиноз, оношилгоо эмчилгээний өвөрмөц аллерген, харшлын шалтгаант ургамал, цэцгийн дохиурын тоос

Оршил:

Цэцгийн дохиурын тоосноос үүдэлтэй амьсгалын зам – хамар ба зовхины салстыг голлон гэмтээж үрэвсүүлдэг харшил өвчнийг анагаах ухаанд поллиноз гэж нэрлэдэг. Поллиноз нь Pollen – цэцгийн дохиурын тоос, Оз – өвчин гэсэн утгатай латин гаралтай үг.

Поллиноз өвчнөөр бүх насны хүмүүс өвчилдөг ба манай дэлхийн нийт хүн амын 5-30% нь жил бүр өвчилж байгаагаас ОХУ, Казахстанд нийт хүн амын 15%, Финляндад 14%, Чех ба Итали-д 13%, Англид 12%, Испанид 5% хүртэл тохиолдож 10 жил тутам өвчлөл ихсэж залуужиж байгааг мэдээлжээ. /4,8,12/ Өвчлөлд тухайн нутаг орны байгаль цаг уурын онцлог, ургамлын аймаг, ургамалжилт, нийгэм, экологийн

олон хүчин зүйл нөлөөлдөгөөс шалтгаалж, улирлын чанартай тохиолдох поллиноз өвчний үүсэх нөхцөл шалтгаан бүс нутагаар өөр өөр байдаг онцлогтой. /2,3,5,8/ Поллиноз өвчний үүсэх нөхцөл шалтгааныг тогтоож, оношлогоо эмчилгээний үр дүнг дээшлүүлэх, урьдчилан сэргийлэх оновчтой арга боловсруулах асуудлыг олон улс оронд эрчимтэй судалсаар байна. /1,2,3,5,8/

Зорилго, зорилт:

Монгол оронд тархсан поллиноз өвчний үүссэх шалтгааныг бүс нутгаар судалж тодорхойлох, оношлогоо эмчилгээний өвөрмөц аллерген бэлтгэх, урьдчилан сэргийлэх шинжлэх ухааны үндэслэлтэй оновчтой арга боловсруулахыг гол зорилго болгож дараах судалгааг хийх зорилт тавив.

1. Монгол орны харшлын шалтгаант ургамлын ангилал зүй, тархалт, экологи биологийн судалгаа хийж нэрсийн цэс гаргах
2. Поллинозоор өвчлөх нөхцөл шалтгааныг судлан тодорхойлох
3. Поллинозыг ургамлын зүйлийн түвшинд ялган оношлох өвөрмөц аллерген бэлтгэх технологийн заавар, стандарт боловсруулж загвар бүтээгдэхүүн гаргах
4. Монгол оронд тархсан поллиноз өвчний тохиолдол, тархалтыг судлах
5. Поллиноз эмчлэх аллерген–вакцин бэлтгэх, урьдчилан сэргийлэх оновчтой арга боловсруулах

Судалгааны материал ба арга зүй:

1. Хээрийн судалгааг Монгол улсын хүн ам ихээр төвлөрсөн Улаанбаатар, Дархан, Сэлэнгэ, Сайншанд, Замын Үүд хотууд, арьс харшлын эмчилгээнд үр нөлөөтэй Хэнтий аймгийн Аврага тосон, Баянхонгор аймгийн Шаргалжуут рашаан сувилал, Монгол Оросын хамтарсан Биологийн экспедицийн хээрийн, суурин судалгааны төв Сүхбаатар аймгийн Түмэнцогт орчимд явуулж, поллинозоор өвчлөх нөхцөл шалтгааныг тогтоох, агаар дахь ургамлын тоосжилтыг судлах агаарын 6675 дээж, хөрсний өнгөн хэсэгт хадгалагдах харшил үүсгэгч ургамлын тоосны агууламж судлах хөрсний 221 дээж авч шинжлэн дүгнэв. Дээрх аймаг, хотуудад тархсан харшил үүсгэгч тоост ургамлын нэрсийн цэс гаргах, цэцэглэж тоос тархах цаг хугацааны хуанли тогтооход шаардлагатай тэмдэглэл, бичиглэлийг нийт 130 төрлийн 411 зүйл ургамалд хийж, зарим зүйлүүдийн гербарийн цуглуулга авч ангилан тодорхойлов.
2. Лабораторийн судалгааг АӨСҮТ-н Харшил судлалын лабораторид 2004-2012 онд хийв. Аллерген сорил бэлтгэх түүхий эд цэцэгийн дохиурын тоос цуглуулах ургамлыг Улаанбаатар хотын төвөөс 30-100 км-ийн алсаас Толгойтын Баруун, Зүүн салаа, Туул голын эх, Төв аймгийн Сэргэлэн, Баянцогт сумын нутгаас түүж мод сөөг үетэн хөл газрын нийт 10 зүйл ургамлаас 570 грамм цэцгийн дохиурын тоос цуглуулан авч харшил ялган оношлох 3%-ийн өвөрмөц аллерген уусмал бэлтгэх лабораторийн туршилт судалгаа хийв. Судалгаанд ургамал судлал, харшил судлал, дархлал судлал, микробиологи, химийн шинжилгээний аргуудыг хэрэглэв.

3. Лабораторийн туршилт судалгаанд хандлах, шүүх, тунадасжуулах, диализ явуулах, хөлдөөж хатаах зэрэг сонгомол аргуудыг ашиглаж харшил төрүүлэгчийг ялгаж авав

Судалгааны үр дүн ба хэлцэмж:

1. Монгол орны харшил үүсгэгч ургамлын ангилал зүй, тархац, экологи биологийн бүсчилсэн судалгааны дүн Бидний судалгаагаар Монгол орны ургамлын аймагт 31 овгийн 98 төрөлд багтах 203 зүйл ургамал харшлын шалтгаант болох нь тогтоогдсон. Энэ нь ургамлын аймгийн нийт зүйлийн 7.2%-г эзлэж байна. Цэцэглэлтийн хуанлийг харгалзан харшлын шалтгаант ургамлыг 4.5-р сард цэцэглэдэг Salix, Populus, Larix, Pinus, Betula төрлийн хаврын зүйлүүд, 6.7-р сард цэцэглэдэг үетний овгийн Poa, Agropyron, Hordeum – н төрлийн зуны ургамлууд, 7.8.9-р сард цэцэглэдэг, лууль, нийлмэл цэцэгтэний овгийн лууль, шорной, бударгана, шарилжийн төрлийн зун намар цэцэглэдэг ургамал гэж ялган нэрлэх боломжтой байна.

Поллинозоор өвчлөх нөхцөл шалтгааныг тогтоох судалгааны дүн:

1.1. Харшлын шалтгаант ургамлын тоосны мөхлөгийн хэлбэрзүйн судалгаа: Шарилжийн төрлийн ургамал нь гурван ховил нүх, сүв бүхий бөөрөнхий дугуй хэлбэртэй, диаметрийн урт 16-35 мкм хүрэхүйц хэмжээтэй, гадаад дотоод давхраа ялгаран харагдах жижиг тоостой байв. Бургасын төрлийн ургамлын тоосны мөхлөг 1-2 ховил бүхий зууван дугуй, гонзгой зууван хэлбэртэй 17-38 мкм хэмжээтэй, гадаад дотоод давхраа ялгаран харагдахуйц зузаан байв. Үетэн хус, луулийн овгийн ургамлын тоосны мөхлөг ховилгүй, нүх сүвтэй байна.. Үетэний овгийн төлөөлөгчид тод харагдах 1-2 нүх бүхий сүвэрхүү, гадаад дотоод давхраа зузаан гадаргуу гөлгөр 21-65 мкм хэмжээтэй бөөрөнхий дугуй зууван дугуй хэлбэртэй байв. Хусны овгийн хусны төрлийн зүйлүүд гадагш товойн харагдах 3.4.6 нүхтэй, гадаад дотоод давхраа зузаан, 19-36 мкм хэмжээтэй дугуй, дугуй зууван хэлбэрийн тоосны мөхлөгтэй. Луулийн овог лууль шорной, бударганы төрлийн зүйл ургамлын тоосны мөхлөг нийлэнхүй гадаргуутай гадаад, дотоод давхраа зузаан, гадаргуу дахь нүх сүвийн тоо 6-30 ширхэг түүнээс олон бөөрөнхий дугуй хэлбэртэй. Улиас гацуур нарс, шинэсний төрлийн ургамлын тоосны мөхлөг нүх, сүв, ховилгүй. Улиасны төрлийн тоосны мөхлөгийн диаметр 24-38 мкм, дугуй, дугуй зууван хэлбэртэй. Гадаад давхраа зузаан, гадаргуу, мөхлөгөрхүү, зарим тохиолдолд судалтай байв. 1.2. Аргаар дахь ургамлын тоосжилтын судалгаа: Олон жил явуулсан аэропалинологийн судалгаагаар Улаанбаатар хотын агаарт агаарын ургамлын тоосжилт ихэсдэг 3 үе ажиглагдлаа. Үүнд: 1-р үе буюу хаврын тоосжилт бургас, улиас, хар мод, хус цэцэглэхтэй холбогдон үүсэх ба бургас, улиас, хусны тоосны, 2-р үе буюу зуны тоосжилт 6 сарын дундаас 7-р сарын эхний хагаст үетний овгийн биелэг, ерхөг, арвай, согоовор, дурваалиг, үнэгэн сүүлийн төрлийн зүйл ургамлууд болон бусад өвслөг ургамал цэгцлэхтэй холбогдон үүсэх ба үетний тоосны харшлаар өвчлөх, 3-р үе буюу зун намрын тоосжилт нийлмэл цэцэгтэн, луулийн овгийн шарилж, лууль, шорнойн төрлийн зүйл ургамлууд цэцэглэхтэй холбогдон үүсэж, шарилж луулийн тоосны харшлаар өвчлөх нөхцлийг бүрэлдүүлж байна. Агаар дахь ургамлын тоосжилтын хуанлийг харшлын шалтгаант зонхилох ургамлын тоосжилт бий болох хоног, сараар

тодорхойлов. Улаанбаатар хотод 5 сарын дундаас сарын сүүлч хүртэл 15 орчим хоногт улиасны, 6 сарын дундаас 7-р сарын эхний хагас хүртэл 20 гаруй хоногт үетний овгийн нугын биелэг, саман ерхөг, ахар сорт арвай, согооврын, 7-р сарын 3-р долоо хоногоос 8-р сарыг дуустал 40 гаруй хоногт шарилж, луулийн тоосны харшлаар өвчлөх нөхцөл их байна. 1.3. Хөрсний өнгөн хэсэгт хадгалагдах ургамлын тоосны хэмжээ агууламжийг судалсан дүн: Хөрсний өнгөн хэсэгт хадгалагдах ургамлын тоосны хэмжээ, агууламжийг харшил үүсгэгч бүлэг ургамлаар судлахад, харшлын шалтгаант мод сөөг ургамлын тоос Хэнтийн уулын тайгад 73%, Монгол-дагуурын уулын ойт хээрт 42%, Хангайн уулын ойт хээрийн районд 33%-н агууламжтай бусдаас өндөр байхад, хамгийн бага агууламж говь хээр, тал хээрт байв. Харшил үүсгэх аюултай шарилжийн төрлийн бүлэг ургамлын тоосны хөрсний өнгөн хэсэгт хадгалагдах агууламжаар дундад Халхын район (31.8%), Дорно-Говийн говь-хээр (20.8%), Их нууруудын хотгор, Дорнод Монголын хээр, Хянганы уулын хээр, Хангайн уулын ойт хээрт 20-21%, Хөвсгөлийн уулын тайгад 11% буюу 2 дахин бага байна. Хөрсний өнгөн хэсэгт хадгалагдах луулийн тоосны агууламж Монгол-Алтайд 34%, Дорно-Говьд 29.3% байж хамгийн их, Хөвсгөл, Хэнтийн уулын тайгад 2-2.5% хамгийн бага байна. Үет ургамлын тоосны хөрсний өнгөн хэсэгт хадгалагдах агууламж Дорнод Монголын хээрт 19.8%, Монгол Алтайд 14.3%, дундад халхын хээрт 12.2% буюу хамгийн их байна, Дорно говийн говь хээрт 1.7% буюу хамгийн бага байв.

2. Цэцэгт ургамлын дохиурын тоосноос оношлогооны өвөрмөц аллерген бэлтгэсэн лабораторийн туршилт судалгаа Оношлогооны өвөрмөц аллергений стандарт: Оношлогооны өвөрмөц аллергений чанарыг хянаж стандарт тогтоох нь өвчний шалтгааныг зөв тогтоох эмчилгээ урьдчилан сэргийлэх арга боловсруулахад чухал ач холбогдолтой [2.8.9.12]. Олон улсын хэмжээнд аллергений стандарт тогтоох уургийн азотын нэгж PNU (protein nitrogen unit), биологийн нэгж BU (biologic unit), биоэквивалентийн нэгж BAU (bioequivalent allergy unit), олон улсын нэгж IU (international unit), харшлын нэгж AU (international unit) зэрэг олон аргуудыг хэрэглэж байна. [7. 8. 10.11.12]. Бидний судалгааны дүнд 10 нэрийн бүтээгдэхүүн үйлдвэрлэх 3 багц, түүхий эд бэлтгэх 10 нэрийн стандарт батлагдлаа. Үүнд: 1. Сиверсийн шарилж, царвант шарилж, цагаан луулийн цэцгийн дохиурын тоосны шалтгаант харшил ялган оношлох 3%-ийн өвөрмөц аллерген уусмал MNS 5769-2007 2. Хуурамч таван дохиурт бургас, лавар навчит улиас, хавтага навчит хусны цэцгийн дохиурын тоосны шалтгаант харшил ялган оношлох 3%-ийн өвөрмөц аллерген уусмал MNS 5768-2007 3. Ахар сорт арвай, нугын биелэг, саман ерхөг, соргүй согооворын цэцгийн дохиурын тоосны шалтгаант харшил ялган оношлох 3%-ийн өвөрмөц аллерген уусмал MNS 5767-2007

Монгол оронд тархсан поллиноз өвчний тохиолдол тархалтыг судалсан дүн:

Оношлогооны өвөрмэц аллергенд харшил илэрсэн 8068 өвтөний шинжилгээний дүнг судалж үзэхэд шарилжийн тоосны харшил нийт тохиолдлын 73.3% - д, саман ерхөгийн тоосны харшил 14%, цагаан луулийн тоосны харшил 5%, нугын биелэг, ахар сорт арвай, лавар навчит улиас, хавтага навчит хус, соргүй согоовор, бургасны тоосны

харшил 1 – 3 % тус тус илэрсэн байна . Сүүлийн 30-аад жилийн дотор поллинозоор өвчлөгчидийн тоо эрс өсөж байна. УКТЭ-ийн Харшил судлалын кабинетэд 1973-2003 оны хооронд анхлан үзүүлэгчидээс ургамлын харшил илэрсэн нийт өвчтөний тохиолдлыг 10 жил дутамд судлаж үзэхэд 1973-1982 онд 1381 өвчтөн, 1983-1992 онд 2404 өвчтөн, 1993-2003 онд 3587 хүн анхны тохиолдлоор өвчилж тохиолдлын тоо 2-3 дахин өссөн байна. Жилд дунджаар 350,8 хүн ургамлын тоосны шалтгаант харшил өвчнөөр өвчилж байгааг дүгнэж үзвэл жилд 700-1000 хүн анхлан өвчлөгч байх магадлал байна. Монгол улсын аймаг хот бүс нутгуудад поллиноз өвчний тохиолдол тархалтыг УКТЭ-ийн харшил судлалын кабинетээр үйлчлүүлсэн 7736 анхдагч өвчтөний үзлэгийн журналыг бүртгэн судалж үзэхэд. Нийт өвчлөгчдийн 73,5% улаанбаатар хот, 12,3% төвийн бүс, 5,2-5,9% өмнөд бүс, 3,1% нь баруун бүсийн аймгуудын хүн ам эзэлж байв. Өвчлөл Улаанбаатар хот, төвийн бүсэд өндөр байна.

3. Поллиноз өвчнийг аллерген – вакцинаар эмчилсэн үр дүн

1911 Noon, Freeman нар мэдрэгшилгүйжүүлэх дархлаа эмчилгээг ургамлын тоосны харшилтай хүмүүст анх хэрэглэжээ. Энэхүү эмчилгээний арга нь өнөөг хүртэл үр дүн ач холбогдлоо алдаагүй хэвээр байна. Эмчилгээний аллерген бэлдмэлийг ургамал цэцэглэж тоос нь агаарт тархан агаарыг бохирдуулан өвчлөл шинээр үүсэх юмуу дахихаас 10-15 хоногийн өмнө дуусгахаар тарилга, цацлага, шахмал хэлбэрээр хэрэглэдэг [8.10.12]. Монгол улсад аллерген тарилга вакцинаар эмчилгээ хийх сонгомол аргыг харшил судлаач эмч О.Лхамсүрэн 1969 оноос анх эмнэлгийн практикт нэвтрүүлсэн нь өнөөг хүртэл хэрэглэгдэж байна. Тарилга, цацлага, шахмал аллергенээр шарилжийн тоосны харшлын эсрэг эмчилгээг жил бүрийн 4-р сарын 5-аас эхлэн 7-р сарын 5ны өдөр хүртэл УКТЭ, АӨСҮТөвд хийж байна.

Шарилжийн цэцгийн дохиурын тоосны шалтгаант харшилтай 111 өвчтөний дунд түүвэр судалгааг асуумж бүртгэлийн аргаар явуулж дүгнэхэд 32,43% (36 хүн) анхны жилдээ, 67,57% (76 хүн) нь 2 – 7 дахь жилдээ эмчилгээ хийлгэж байна.

Өвчлөгчдийн 65,77% (73хүн) нь эмэгтэй, 34,23% (38хүн) нь эрэгтэй байна. 75 өвчтөний дунд эмчилгээний үр дүн ямар байгааг асуумжаар авч олон улсын судлаачдын арга зүйгээр 5 баллаар үнэлэж дүгнэхэд: Эдгэрч хэвийн болж байгаа (5) баллтай 10,67% (8 өвчтөн), эрс сайжирч байгаа (4) баллтай 9,36% (7 өвчтөн), сайжирч байгаа (3) баллтай 32% (24 өвчтөн), сайжрах төлөвтэй (2) баллтай 44% (33 өвчтөн), онц нөлөөгүй (1) баллын үнэлгээтэй 4% (3 өвчтөн) байна. Нийт эмчлүүлэгчийн 96% нь үр дүнтэй байв.

Дүгнэлт :

1. Судалгааны дүнд Монгол орны ургамлын аймагт нийт зүйлийн 7,2% нь буюу 203 зүйл харшлын шалтгаант ургамал тэмдэглэснээс 40 гаруй зүйл ургамал нь харшил үүсгэх онцгой шинж чанартай байна. 2.Агаар дахь ургамлын тоосжилт, хөрсний өнгөн хэсэгт хадгалагдах ургамлын тоосны агууламжаар хот суурин газрууд, эдийн засгийн бүс нутгаар өвчлөл үүсэх нөхцөлийг тодорхойлох боломжтой байна. 3. Агаарын бохирдлыг багасгахад ногоон ургамал чухал ач холбогдолтой хэдий ч хүн ам төвлөрсөн хот суурин газруудад буртаг газрын ургамлын тоосжилт агаарыг бохирдуулах гол хүчин зүйл болж сөрөг нөлөө үзүүлж байна. 4. Улаанбаатар хотын агаар мандлын ургамлын тоосжилтыг хянаж мэдээлэх нэгдсэн систем бий болгож

тооcжилт эхлэх үе түүний оргил үе дуусах үеийг иргэдэд байнга мэдээллэж урьдчилан сэргийлэх ажилд олон нийтийг оролцуулах шаардлагатай байна. 5. Бид аллергенийг химийн бодисоор цэвэршүүлэх, уусмалаа хөлдөөж хатааж цэвэршүүлэх аргуудаар оношлогоо эмчилгээний өвөрмөц аллерген бэлтгэх технологийг боловсруулж туршсан нь үр дүнтэй байв 6. Туршилт судалгааны дүнд харшлын шалтгааныг ургамлын зүйлийн түвшинд ялгаж оношлох 10 нэрийн бүтээгдэхүүний 3-н багц, түүхйи эдийн 10 нэрийн стандарт боловсруулж батлууллаа. Түүхий эдэд тулгуурласан шинэ технологийг нэвтрүүлж, аллерген үйлдвэрлэх ажлыг төгөлдөржүүлэн тогтворжуулах бүрэн боломжтой байна.

Номзүй:

1. Мөнхбаярлах.С "Харшил судлал" Улаанбаатар хот, 2005. х. 95-100.
2. Абдрасилова Г.С. Аллергенные свойства пыльца растений семейства маревых. Дисс… канд.биол.наук. Алма-Ата, 1985, 159с.
3. Адо А.Д. Проблема поллинозов в СССР. В кн.: Поллинозы. Тез. Докл. Всесоюзн. научн. совещания. Краснодар. 1973. с. 7-8.
4. Беклемишев Н.Д. Иммунопатология и иммунорегуляция при инфекциях, инвазиях и аллергиях. М., 1986. с. 200.
5. Дранник Г.Н. Клиническая иммунология и аллергология. М., 2003. с. 603.
6. Ермекова Р.К. О возможности использования аллергологических методик для определения родства различных видов растений. Вестник АН КазССР, 1970, №3, с. 68-70
7. Ермекова Р.К. Аллергенные свойства пыльцы растений г. Алма-Аты. Дисс. Канд. Мед. Наук. Алма-Аты, 1970. с. 211
8. Ермекова Р.К., Беклемишев П.Д. Полиаллергология. Алма-Ата: Казахстана, 1983. с. 168.
9. Мошкевич Л. В. Усовершенствование методов диагностики и лечения поллинозов . Казахстан. 2004 с. 54.
10. Пыцкий В.И.и.др Аллергические заболевания. "Медицина", М., 1999, с. 469. 11. Фрадкин В. А. Диагностические и лечебные аллергены. "Медицина", М., 1999, с. 255.
12. Хаитов Р.М. Клиническая аллергология. М.: МЕДресс-информ. 2002. с. 624.

ABSTRACT

B.Sangidorj[1] (Sc.D), O.Lkhamsuren[1], D.Tsogtbaatar[1], S.Baigalmaa[2], M. Enkhbat[3],
1. Dermatology National Center
2.National Center for Maternal and Child Health
3. Asia – Europe Mon – Ecology Center

Main task

Main task of that research is that to definite after detail recognition of the plant pollen allergy in country zone of Mongolia, which is increasing every year among the population of the country to penetrate progressive technology of production of specific allergens for

diagnosis and treatment, production of proper international standard allergen, make a scientific effective method of warning treatment.

For the realization of that task we are intending to make next steps:

1. Make the menu of the plants which are the source of the allergy and their content and classification of plant pollen spread in the different zones of the centralized population economic area of the country on the basis of ecology-biology researches.
2. Definite air pollen situation and plant pollen contents keeping in the ground surface for the plant pollen allergy in the country zones.
3. Produce a sample of specific allergens from the plant pollen reasonable allergy and work out their technical terms and standards on the level of the modern international demand.
4. Research of the prevalence of the plant pollen allergy diseases and occasions and work out the warning methods.

Method of the research

There were used different methods of biology, plant pollen, allergy, microbiology and chemic researches.

Ulaanbaatar, Darkhan, Selenge, Sainshand, and Zamiin Uud cities with dense population, and in condition of Shargaljuut /Bayankhongor aimag/ and Avarga Toson /Khentei aimag/ health resorts, which have significance in theraphy of skin allergy in conditions of Tumentsogt somon /Sukhbaatar aimag/, which is center of stationer and field joint investigations of Mongolia-Russia were done field research.

Results of the research

1. Research of the plant of source allergy in Mongolia

   For the compiling abovementioned list of areas causing pollen allergy and calendar of florescences of allergenic plants we have conducted notes and marks of 411 species belonging to 130gener collected herbarium allergenic plants. It was determined that there are available to be reason of allergy from 203 species and 98 genera of plants. Among them more than 40 species are the sources of allergy and we made the calendar of their florescences in different zones of the country.

2. Results of the plants pollen allergy source condition and reason. We made the determination of the morphology, air pollution and ground surface of the pollen allergy.

a) There were made the morphology of the plant pollen allergy through ray and electronic microscope.

b) We made air pollution of pollen plants and dynamics and classification of taxonomy of them and air polinology calendar. As we saw from the palinology calendar allergy from the pollen of trees and brushes in forest and steppe zone in may last approximately 15 days and poaceae in June – July continues more than 20 days and Chenopdiaceae and Artemisia and others in July, August and September continues more than 40 days.

c) From the zone research of ground surfaces allergic plant pollen, we saw that in forest field mountain area sources of allergy from trees, brushes and poaceae are most popular and in the field steppe and Gobi area from Chenopodiaceae and Artemisia are more popular.

d) Allergy diseases from plant pollen, including chenopdiaceae and Artemisia, is increasing every year in Mongolia and average first patients are a year 350.8, which is to conclude that one can suppose that a year first patient will be 700-1000 people.

Бэлгийн сулралтай эрэгтэйчүүдэд апррогены рецепторын генийн CAG болон GGN полиморфизмыг тодорхойлсон дүн

Б.Туул[1], Т.Буянхүү[2],
Ж.Мөнхцэцэг[2]
[1]ЭХЭМУТ,
[2]ЭМШУИС
tuul@mmas.mn, 88054030

Үндэслэл:

Андргены рецептор нь эр бэлгийн даавруул болох цитоплазм дахь тестостерон эсвэл дигидротестостероны аль нэгийг нь өөртөө холбож бөөмрүү зөөвөрлөдөг. Андрогены рецептор нь тестостерон болон дигидротестостеронтой холбогдож биологийн үйлчилгээгээ үзүүлдэг. Тиймээс дааврын үйлчлэл ялгарч буй дааврын хэмжээнээс гадна бай эрхтэний эсэд орших андрогены рецепторээс хамаардаг. Андрогены рецепторын өөрчлөлтүүд нь эрэгтэйчүүдэд түрүү булчирхайн хавдар, андрогены мэдрэг чанар буурах хам шинж, Kennedy-ийн өвчин, Klinefelter-ийн хам шинж зэрэг болон бусад эмгэгүүдийг үүсгэдэг. Эдгээр эмгэгүүд үүсгэхэд андрогены рецепторын генийн полиморфизм чухал үүрэгтэй. Андрогены рецепторын генийн CAG болон GGN полиморфизмууд дангаараа болон хавсарсан байдлаар тохиолдох нь нөхөн үржихүйн үйл ажиллагаатай холбоотой эмгэгүүдийг үүсгэдэг нь олон судалгааны ажлуудаар батлагдсан[1]. Андрогены рецепторын генийн полиморфизмууд нь түрүү булчирхай, төмсөгний хавдар ба үргүйдэл гэх мэт эр бэлгийн булчирхайтай холбоотой эмгэгүүдийн үед чухал үүрэгтэй байдаг ба эмгэг төрүүлэх байдал нь үндэстэн болгонд харилцан адилгүй байдаг[3-7] бөгөөд манай орны эрэгтэйчүүдэд андрогены рецепторын генийн ямар полиморфизм эмгэг үүсгэж байгааг судлах нь чухал юм.

Зорилго:

Дөчөөс дээш насны эрэгтэйчүүдэд андрогены рецепторын генийн CAG болон GGN полиморфизмыг бэлгийн сулралтай холбон судлах.

Зорилт:

1. Дөчөөс дээш насны эрэгтэйчүүдэд андрогены рецепторын генийн CAG болон GGN полиморфизмыг судлах,
2. Андрогены рецепторын генийн CAG болон GGN полиморфизмыг бэлгийн сулралтай холбон судлах.

Материал, арга зүй:

Энэхүү судалгааг ЭМШУИС–ийн БиоАС–ийн Хими-Биохимийн тэнхим, Молекул биологи–Удам зүйн тэнхимийн харъяа сургалт, судалгааны лаборатори, "Адам" эрэгтэйчүүдийн эмнэлэгийг түшиглэн хийж гүйцэтгэв. "Адам" эрэгтэйчүүдийн эмнэлэгт ирж үйлчлүүлсэн нийт 82 эрэгтэйчүүдээс "Адам" эмнэлэгийн мэргэжилийн сувилагч захын судаснаас 4-6 мл цус авч, уг авсан сорьцон дээр туршилтын судалгаагаа хийж, мэргэжлийн эмчийн үзлэг хийж IIEF асуумжын дагуу хэвийн болон бэлгийн үйл ажиллагааны өөрчлөлттэй, сулралтай бүлгийг сонгов.[8] IIEF онооны нийлбэрээр 22-25 үед шодойн хөвчрөлт хэвийн, 21-17 хөнгөн, 16-12 дунд, 11-8 хүндэвтэр, 7-5 хүнд хэлбэрийн өөрчлөлттэй гэж ангилдаг.[9] Хэвийн болон хяналтын бүлэгт төмсөг хуухнаг орчимд ямар нэг мэс засал хийлгээгүй, цавины ивэрхий, буугаагүй төмсөг гэсэн эмгэггүй, төмсөгт гэмтэл авсан өгүүлэмжгүй, IIEF оноо 25-17 оноотой хүмүүсийг сонгов. Хөвчрөлтийн үйл ажиллагааны өөрчлөлттэй бүлэгт 16-5 оноотой хүмүүсийг хамрууллаа.

Цуснаас ДНХ ялгахдаа Герман улсын Qiagen компанийн "QIAamp® DNA Blood Mini Kit" (cat.No.51106) цомгийг ашигласан. ПГУ-ыг тавихдаа ISO 9001/14001 Certified Company-ийн "Maxine PCR PreMix Kit" цомгийг ашигласан. ПГУ-ын бүтээгдэхүүнийг гель электрофорезд гүйлгэж, гэрэл зургийн аппаратаар зураг авч баримтжуулсан болно.

Үр дүн:

Судалгаанд дөчөөс дээш насны 82 эрэгтэйчүүд хамрагдсан ба дундаж нас 54.9±10.3 жил байв. Бид судалгаанд хамрагдсан эрэгтэйчүүдийг насаар нь 3 бүлэг болгон ангилсан бөгөөд 40-49 насныхан 32.9% (n=27), 50-59 насныхан 26.8% (n=22), 60-с дээш насныхан 40.2% (n=33) эзэлж байлаа. Эдгээр хүмүүст андрогены рецепторын генийн CAG болон GGN полиморфизмуудыг тодорхойлсон.

Андрогены рецепьорын генийн CAG болон GGN полиморфизмыг тодорхойлсон дүн- Полимеразын гинжин урвалаар CAG болон GGN полиморфизмыг илрүүлэхэд CAG-д өвөрмөц 301 хос нуклеотидын урттай бүтээгдэхүүн, GGN-д өвөрмөц 263 хос нуклеотидын урттай бүтээгдэхүүн үүссэн. Судалгаанд хамрагдсан нийт эрэгтэйчүүдийн 71.9% (n=59)-д нь CAG полиморфизм илэрч 28,1% (n=23)-д нь CAG полиморфизм илрээгүй, харин 31,7% (n=26)-д нь GGN полиморфизм илэрч 68,3% (n=56)-д нь GGN полиморфизм илрээгүй болно. Судалгаанд хамрагдсан нийт эрэгтэйчүүдийн 46.4% (n=38)-д нь дангаараа CAG, 6% (n=5)-д нь дангаараа GGN, харин 25.6% (n=21)-д нь CAG болон GGN полиморфизм хавсарсан байдалаар илэрсэн. Харин 22% (n=18)-д CAG болон GGN полиморфизм аль аль нь илэрсэнгүй.

Андрогены рецепторын генийн CAG болон GGN полиморфизм ба түүний насжилтын хамааралыг судалсан дүн - Судалгаанд хамрагдсан хүмүүсийн CAG болон GGN полиморфизмын тохиолдлыг насны бүлгээр нь харьцуулан үзэхэд 40-49 насанд CAG полиморфизм 11% (n=9), GGN полиморфизм 2.4% (n=2), [CAG+GGN] полиморфизм хавсарсан байдалтай 13.4% (n=11), харин 6.1% (n=5)-д CAG болон GGN полиморфизм огт илрээгүй байна. 50-59 насанд CAG полиморфизм 7.3% (n=6), GGN полиморфизм 1.2% (n=1), [CAG+GGN] полиморфизм хавсарсан байдалтай 6.1% (n=5), харин 12.2% (n=10)-д CAG болон GGN полиморфизм огт илрээгүй байна. 60-с

дээш насанд GGN полиморфизм 2.4% (n=2), [CAG+GGN] полиморфизм хавсарсан байдалтай 6.1% (n=5), полиморфизм илрээгүй 3.7% (n=3) байсан бол CAG полиморфизм 28.1% (n=23) хамгийн олон тохиолдож байна.

Андрогены рецепторын генийн CAG болон GGN полиморфизмыг бэлгийн сулралтай холбон судалсан дүн - Судалгаанд нийт 82 хүн хамрагдсанаас IIEF-ийн асуумжийн судалгааны оноогоор 56.1% (n=46) нь бэлгийн сулралтай, 43.9% (n=36) нь хэвийн байлаа.

CAG полиморфизмын илрэлтэй хүмүүст асуумж судалгааны дүнгээр бэлгийн сулралтай гэж тогтоогдсон эрэгтэй 68% (n=26), харин хэвийн гэж үзсэн эрэгтэй 32% (n=12) байлаа. GGN полиморфизмын илрэлтэй хүмүүст асуумж судалгааны дүнгээр бэлгийн сулралтай гэж тогтоогдсон эрэгтэй 40% (n=2), харин хэвийн гэсэн дүгнэлттэй эрэгтэй 60% (n=3) байлаа.

[GGN+CAG] полиморфизм хавсарсан байдлаар илрэлсэн хүмүүст асуумж судалгааны дүнгээр бэлгийн сулралтай гэж тогтоогдсон эрэгтэй 38.1% (n=8), харин хэвийн гэж үзсэн эрэгтэй 61.9% (n=13) байлаа. GGN болон CAG полиморфизм аль аль нь илрээгүй хүмүүст асуумж судалгааны дүнгээр бэлгийн сулралтай гэж тогтоогдсон эрэгтэй 55.6% (n=10), харин хэвийн гэсэн дүгнэлттэй эрэгтэй 44.4% (n=8) байлаа.

Хэлцэмж:

Дэлхийн улс орнуудад андроген дааврын талаар хийгдсэн хангалттай үр дүн бүхий олон судалгааны ажлууд байдаг. Харин сүүлийн жилүүдэд энэ дааврын рецептор болон түүний генийн полиморфизмын талаар судалгааны ажиллууд их хийгдэж байгаа ба тэдгээр судалгааны үр дүнгүүд судлаачидын сонирхлыг ихээр татаж байна.

Хятад ба Хайрбин үндэстний үргүйдэлтэй өвчтөнүүдэд CAG дараалал үргүйдэлд хүргэдэг харин Шведийн хүн амд энэ генийн полиморфизм үргүйдэлийг үүсгэдэггүй бөгөөд Герман дахь Кавказ үндэстэнд энэ генийн полиморфизм нь үргүйдэл үүсгэдэг, гэвч энэ нь CAG дараалалын давтамжаас хамаардаг нь судлаач Dadze S, Wieland C, Jakubiczka S, Funke K, Schroder E, Royer-Pokora B, Wieacker PF нарын судалгааны ажлын дүнгээр гарчээ. [10] Судлаач Melo COA, Danin AR, Silva DM нарын Бразил улсад хийсэн судалгаанд үргүйдэлтэй хэмээн оношлогдсон эрэгтэйчүүдийг эрүүл хүмүүстэй харьцуулж үзэхэд үргүйдэлтэй эрэгтэйчүүдэд андрогены рецепторын генийн экзон нэг дэх полиморфизм (CAG) илэрсэн байна.[11] Эдгээр генийн полиморфизм нь үндэстэн бүрт өөр өөр байдаг нь дээрх дүнгүүдээс харагдаж байна. Иймд эдгээр генүүд манай орны хүн амд эмгэг үүсгэж байна уу үгүй юу гэдгийг судлах шаардлагатай байна. Бидний судалгаанд CAG полиморфизмын илрэлтэй хүмүүсд бэлгийн сулралтай хүний тохиолдлыг үзэхэд 68% нь бэлгийн сулралтай гэсэн дүн гарсан. Бразил улсын Sao Paulo хотод судлаач Andersen ML нарын бэлгийн сулрал ба андрогены рецепторын генийн CAG полиморфизм хоёрын хоорондын хамаарлыг нийт бэлгийн сулралтай хэмээн оношлогдсон 79 эрэгтэй (52.7±16.0 нас), хяналтын бүлэгт 340 хүнийг хамруулсан судалгаанд андрогены рецепторын генийн CAG дараалал, бэлгийн сулрал хоёрын хооронд ямар нэг холбоо илрээгүй гэсэн дүн гарсан байна.[12] Эдгээр полиморфизм нь дангаараа болон хавсарсан байдлаар эрэгтэйчүүдэд ясны

нягтшил, ой санамж, түрүү булчирхайн хавдар, гипогонадизм эмэгтэйчүүдэд өндгөвчний хавдар, үргүйдлийн шалтгаан өндгөвчний олон уйланхайт хам шинж зэрэг эмгэгүүдийг үүсгэдэг нь CAG болон GGN дарааллын давтамжаас хамаардаг нь олон судалгааны ажилуудаар батлагдсан [13-16] байдаг бөгөөд манай оронд андроген рецепторын генийн эдгээр полиморфизм эмгэг үүсгэж байна уу үгүй юу, үүсгэдэг бол эдгээр дараалал хэдэн удаа давтагдаж байж ямар эмгэг үүсгэдэг болохыг цааш, цаашдын судалгаагаар батлах нь чухал байгаа юм.

Дүгнэлт:

1. Манай судалгаанд хамрагдагсдын андрогены рецепторын генийн CAG полиморфизмын (71.9%) тохиолдол GGN (31.7%) полиморфизмын тохиолдолоос их.
2. CAG полиморфизм илэрсэн эрэгтэйчүүдэд бэлгийн сулралын тохиолдол GGN полиморфизм дангаараа болон [CAG+GGN] полиморфизм хавсарсан байдлаар илэрсэн хүмүүстэй харьцуулахад илүүтэй ажиглагдаж байна.

Ном зүй:

1. Brown CJ, Goss SJ, Lubahn DB, Joseph DR, Wilson EM, French FS, and Willard HF. Androgen receptor locus on the human X chromosome: regional localization to Xq11–12 and description of a DNA polymorphism. 1989 264–269.
2. Roy AK, Lavrovsky Y, Song CS, Chen S, Jung MH, Velu NK, Bi BY, Chatterjee B. Regulation of androgen action. 1999 309–352.
3. La Spada AR, Wilson EM, Lubahn DB, Harding AE & Fischbeck KH. Androgen receptor gene mutations in X-linked spinal and bulbar muscular atrophy. *Nature* 1991 **352** 77-79
4. 16.Irvine RA, Yu MC, Ross RK & Coetzee GA. The CAG and GGC microsatellites of the androgen receptor gene are in linkage disequilibrium in men with prostate cancer. *Cancer Research* 1995 **55** 1937-1940
5. 17.Giwercman A, Lundin KB, Eberhard J, Stahl O, Cwikiel M, Cavallin-Stahl E & Giwercman YL. Linkage between androgen receptor gene CAG trinucleotide repeat length and testicular germ cell cancer histological type and clinical stage. *European Journal of Cancer* 2004 **40** 2152-2158
6. 18.Tut TG, Ghadessy FJ, Trifiro MA, Pinsky L & Young EL. Long polyglutamine tracts in the androgen receptor are associated with reduced trans-activation, impaired sperm production, and male infertility. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism* 1997 **82** 3777-3782
7. Giwercman YL, Xu C, Arver S, Pousette A, Reneland R, Lithell H & Wedell A. No association between the androgen receptor gene CAG repeat and impaired sperm production in Swedish men. *Clinical Genetics* 1998 **54** 435-436
8. K.neishlag., Mens reproductive health curriculum, management of mens reproductive health problems. *Engender Health* 2003 226-244
9. Rosen RC., The international index of Erectile Function a state of the science review. *Int J of Impotence Research* 2002 **14** 226-244
10. Dadze S, Wieland C, Jakubiczka S, Funke K, Schroder E, Royer-Pokora B, Wieacker PF. The size of the CAG repeat in exon 1 of the androgen receptor gene

shows no significant relationship to impaired spermatogenesis in an infertile Caucasoid sample of German origin. *Mol Hum Reprod* 2000 **6** 207-214
11. Melo COA, Danin AR, Silva DM. Association between male infertility and androgen receptor mutations in Brazilian patients. *Genetics and Molecular Research* 2010 **9** 128-133
12. Andersen ML, Camila Guindalini. Androgen receptor CAG repeat polymorphism is not associated with erectile dysfunction complaints, gonadal steroids and sleep parameters: data from a population based survey. *Journal of Andrology* 2010
13. Amelia G, Francisco German Rodriguez-Gonzales. Bone mass and the CAG and GGN Androgen receptor polymorphisms in young men. 2010
14. Denes Kovacs, Evangelos Vassos, Xiehe Liu. The androgen receptor gene polyglycine repeat polymorphism is associated with memory performance in healthy Chinese individuals. Psychoneuroendocrinology 2009
15. Joellen M, Susan K, Rachel T. Trinucleotide repeat polymorphisms in the Androgen receptor gene and risk of ovarian cancer. *Cancer epidemiol biomarkers* 2007 16 473-480
16. Hickey T, A Chandy, Norman. The androgen receptor CAG repeat polymorphism and X-Chromosome inactivation in Australian Caucasian women with intertility related to polycystic ovary syndrome. *Clinical endocrinology* 2002 **87** 161-165

THE STUDY OF ANDROGEN RECEPTOR GENE CAG AND GGN POLYMORPHYSM

Tuul.B[1], Buyankhuu.T[2], Munkhtsetseg.J[2]
[1] NCMCH, [2]HSUM

Background:

The glucocorticoid receptor (GR), mineralocorticoid receptor (MR), progesterone receptor (PR), and androgen receptor (AR) are classic members of the nuclear receptor superfamily, composing subfamily 3C. In humans, the androgen receptor is encoded by the *AR* gene located on the X chromosome at Xq11-12.

We investigated the androgen receptor gene CAG and GGN polymorphism and its relation to erectile dysfunction in middle-aged (54.9±10.3 years) Mongolian men.

Methods:

The CAG and GGN polymorphisms in the androgen receptor gene were determined by polymerase chain reaction.

Result:

The 180 men whose age is at least 40 were involved in our research and their average age is 54.9±10.3. The 46.4% (n=38) of the participants presents CAG polymorphism, the 6% (n=5)

of the participants presents GGN polymorphism while the 25.6% (n=21) of the participants presents both CAG and GGN polymorphism. But the 22% of 18 men not presents CAG and GGN genes.

Keywords: androgen receptor gene, polymorphism, erectile dysfunction, CAG, GGN
Түлхүүр үг: андрогены рецепторын ген, полиморфизм, бэлгийн сулрал

ГУРАВ. 3. МЭС ЗАСАЛ

Бүдүүн шулуун гэдэсний хэвлийн дурангийн мэс заслын ирээдүйн боломж, уламжлалт мэс засалтай харьцуулсан үр дүн

Э.Бат-Өлзий,Б.Баттулга, Ж.Ганцолмон,Г.Чинбат ,Б.Баярхүү ,Т.Түмэнбаяр
Улсын нэгдүгээр төв эмнэлэг

Оршил:

Өндөр хөгжилтэй улс орнуудад дурангаар хийгдэх мэс засал жилээс жилд нэмэгдэхийн зэрэгцээ улам бага гэмтэл учруулдаг багаж, арга барилыг боловсруулан нэвтрүүлсээр байна.Үүний нэг нь хэвлийн дурангаар бүдүүн гэдэсний бүх төрлийн тайралтуудыг хийж байна. Манай эмч нар бүдүүн шулуун гэдэсний эмгэгүүдэд хэвлийн дурангийн мэс заслыг 2012 оны 9 сарын 27 – нд анх бүдүүн гэдэсний баруун талын өмөнтэй өвчтөнд бүдүүн гэдэсний баруун талыг тайрч цутгалан хөндлөн гэдэсийг залгах мэс заслыг амжилттай хийж үргэлжлүүлэн хэвлийн дурангаар хийгдсэн мэс заслуудыг уламжлалт мэс заслын аргатай харьцуулан гадаадын судлаачын үр дүнтэй жишиж судлав.

Зорилго:

1. Хэвлийн дурангийн бүдүүн шулуун гэдэсний мэс заслын өнөөгийн байдал, хэтийн төлөвийг тодорхойлох
2. Бүдүүн шулуун гэдэсний нээлттэй (БШГНМЗ) хагалгааг хэвлийн дурангаар хийгдсэн бүдүүн шулуун гэдэсний (ХДБШГМЗ) хагалгаатай харьцуулан судлах

Материал арга зүй:

2012 оны 9 сараас хойш Улсын I төв эмнэлэгийн БШГМЗКлиникт хийгдсэн бүдүүн шулуун гэдэсний нээлттэй (БШГНМЗ) хагалгааг ,хэвлийн дурангаар хийгдсэн бүдүүн шулуун гэдэсний (ХДБШГМЗ) хагалгаатай харьцуулан судлав. Судалгаанд хамруулсан 20 өвчтөний 16, 80% (БШГНМЗ) нээлттэй хагалгаа, 4, 20% ХДБШГМЗ дурангын хагалгаа байв. Судалгааны хэмжигдэхүүнээр өвчтөнүүдийн шинж чанар, хоёр арга барилын хагалгааны дараах үр дүн, өмөнгийн үе шат ,хагалгааны дараах явц, хүндрэл зэргийг сонгон авч Японы эмч нарын судалгаатай харьцуулан хийв.

Үр дүн:

Хүснэгт 1. Өвчтөнүүдийн шинж чанар

Үзүүлэлтүүд	Хагалгаа БШГМЗК Нээлттэй n 16	Нээлттэй Хагалгаа Yamamoto 2002 n 70	Дурангийн Хагалгаа БШГМЗК n 4	Дурангийн Хагалгаа Yamamoto 2002 n 50	P
Нас (дундаж)	57,7	68,3	48.7	69.6	p‹0.216
Хүйс:					
Эрэгтэй	11	31	1	24	p‹0,132
Эмэгтэй	5	39	3	26	p‹0,084
Биеийн дундаж өндөр					
Биеийндундажжин	168,4	165,6	162,3	169,3	p‹0,051
БЖҮ					
ASA score	75,6	68,3	64,2	65,8	p‹0,771
ASA I	22.9	21.9	20,6	21.1	p‹0,816
ASA II					
ASA III	2	23		28	
ASA IV	7	28		16	
	3	12	2	5	
	4	7	2	1	

БЖҮ - биеийн жингийн үзүүлэлт, ASA score: - Америкийн мэдээгүйжүүлгийн нийгэмлэгийн оноо.

Хүснэгт 2. Хоёр арга барилын хагалгааны болон дараах үр дүн

Үзүүлэлтүүд	Нээлттэй Хагалгаа БШГМЗК n 16	Нээлттэй Хагалгаа Yamamoto 2002 n 70	Дурангий н Хагалгаа БШГМЗК n 4	Дурангийн Хагалгаа Yamamoto 2002 n 50	P
Хагалгааны хугацаа (мин)	256	224	285	258	P‹0,462
Цус алдалт (мл)	1780	619	150	343	p‹0,001
Гэдэсний хөдөлгөөн сэргэх хугацаа (хоног)	3,5	2,8	2,8	2,2	p‹0,032
Амаар шингэн хэрэглэх хугацаа (хоног)	2,2	2	2	1,5	p‹0,015
Амаар хооллох хугацаа (хоног)					
Эмнэлэгт хэвтсэн хугацаа (хоног)	3	3,7	2,5	3,2	p‹0,030
Хагалгааны дараа боссон хугацаа(хоног)	13,6	11,8	9,5	11,2	p‹0,959
Хагалгааны дараах өвдөлт намдаах хугацаа (хоног)	3,4	3,0	1,8	1,9	
Өмөнгийн үе шат TNM	5.4	4	4,6	3.5	
T1		6		8	
T2	3	12		10	
T3	9	9	2	8	
T4	4	4	1	3	

Хүснэгт 4.Хүндрэлүүд

Үзүүлэлтүүд	Нээлттэй хагалгаа БШГМЗК n 16	Нээлттэй хагалгаа Yamamoto 2002 n 70	Дурангийн хагалгаа БШГМЗК n 4	Дурангийн Хагалгаа Yamamoto 2002 n 50
Хагалгааны үеийн				
Гэдэс цоорох	1	-	1	1
Уушны өмнөд сүлжээний гэмтэл	1	1	-	-
Үтрээний гэмтэл	1	1	-	-
Хагалгааны дараах				
Арьсан дор хий хурах	-	-	1	-
Түгжрэл	2	2	-	-
Шархны халдвар	3	4	-	-
Хярзангийн шархны халдвар	-	2	-	-
Хярзангийн шарханд цус хурах	-	1	-	-
Гэдэсний амсарт цус хурах	-	1	-	-

Үр дүн:

Хэвлийн дурангийн бүдүүн шулуун гэдэсний (ХДБШГМЗ) хагалгаа нь бүдүүн шулуун гэдэсний нээлттэй (БШГНМЗ) хагалгаанаас өвчтөнүүдийн шинж чанар болон хагалгааны хугацааны ялгаа бага боловч хагалгааны цус алдалт болон дараах үр дүн ашиг тус сайн эмнэлэгт хэвтэх хугацаа, шархны асуудал, багассан, хүндрэл багатай байна.

Дүгнэлт:

- Өвдөлт бага
- Цус алдалт бага
- Гэдэсний хөдөлгөөн хурдан сэргэнэ
- Эмнэлэгт хэвтэх хугацаа багассан
- Амьдралын идэвхи хурдан сэргэнэ

Result:

There were 20 patients (12 males, 8 females) aged between 18 to 65 years (mean age 37 years).

Operative type:

- Open colorectal surgery –16(80%)
- Laparoscopic colorectal surgery– 4(20%)

Benefits with laparoscopic colorectal surgery were shown with shorter hospitalization (mean length of stay at hospital was 9.5 - 9.7 days), less blood loss, less wound problems, quicker return of bowel functions, and quicker return to full activity

Номзүй:

1. Jeffrey W. Milsom, MD, BartholomdusBuhm, MD, Kiyokazu Nakajima, MD, PhD' Laparoscopic Colorectal Surgery 'Second Edition
2. Delaney, Conor P.; Neary, Paul C.; Heriot, Alexander G.; Senagore, Anthony J.Title: Operative Techniques in Laparoscopic Colorectal Surgery, 1st EditionCopyright B©2007 Lippincott Williams & Wilkins
3. Franklin ME Jr, Rosenthal D, Abrego-Medina D, Dorman JP, Glass JL, Norem R, Diaz A. ' Prospective comparison of open vs. laparoscopic colon surgery for carcinoma. Five-year results. '
4. Bergamaschi R, Arnaud JP: Immediately recognizable benefits and drawbacks after laparoscopic colon resection for benign disease. SurgEndosc1997, 11:802-804.
5. Tuech JJ, Pessaux P, Rouge C, Regenet N, Bergamaschi R, Arnaud JP: ' Laparoscopic vs open colectomy for sigmoid diverticulitis: '
6. Jacobs M, Verdeja JC, Goldstein HS: Minimally invasive colon resection (laparoscopic colectomy). SurgLaparoscEndosc1991, 1:144-150.

olzii06@yahoo.com

Кадавер донорын бөөрний судасны реконструкци мэс засал (Тохиолдолын танилцуулга)

Б.Батсайхан[1], Б.Төмөрбаатар[1],Д.Нямсүрэн[2], Д.Баян-Өндөр[2], Л.Амгалан[1], С.Эрдэнэ[1], М.Эрдэнэсайхан[2]

Улсын нэгдүгээр төв эмнэлэг / Ерөнхий мэс заслын клиник-1, Бөөрний мэс заслын клиник-2./

Түлхүүр үгс:

Бөөрний архаг дутагдал, бөөр шилжүүлэн суулгах мэс засал, кадавер донор, тараагуур судас, хураагуур судас, судасны нэмэлт салаалалт, гаж салаалалт, тохиолдол

Үндэслэл:

Монгол улсад эрхтэн шилжүүлэн суулгах мэс засал үүсэж хөгжөөд багагүй хугацаа өнгөрч байгаа бөгөөд түүнийг дагаад кадавер донороос эрхтэн авч шилжүүлэн суулгах мэс засал хөгжиж байна.

Cadaver донороос бөөр шилжүүлэн суулгах мэс заслын онцлогийн хувьд, нэг донорын хоёр бөөрийг тохирол бүрдсэн хоёр эмчлүүлэгчдэд нэгэн зэрэг шилжүүлэн суулгах боломжтой байдаг. Германы эрхтэн шилжүүлэгийн судалгаагаар 65 дээш насны доноруудын тоо 10%-иас 25% хүртэл ихэссэн гэсэн дүн гарчээ(1). Нэгэнт биологийн болон хувийн тохироонууд бүрэлдсэн тохиолдолд ихэнхи тохиолдолд анатомийн, ялангуяа судасны анатомийн онцлогийг үл харгалзан судасны реконструкци хагалгаан дээр үндэслэн бөөр шилжүүлэн суулгах мэс заслыг хийх шаардлага тулгардаг.

Pollak et al.нарын 400 кадавер донорт хийсэн судалгаагаар тараагуур судасны салаалалтын тохиолдол дараах байдалтай илэрсэн байна. Үүнд: 2 салаа тараагуур судас нийт тохиолдолоос 23%, 3 салаалалттай тохиолдол 4%, 4 салаалсан тохиолдол 1%-д илэрсэн байна(2). Мөн Veroux M et al. нарын 7 жилийн судалгаагаар 28,5%-д тараагуур судасны хоёр болон түүнээс олон салаалалт илэрсэн гэсэн судалгааны дүн гарчээ(3). Харин Hwang et al. нарын 1186 амьд болон кадавер донорын тохиолдолд хийсэн судалгаагаар 2 салаалалт нийт тохиолдолоос 21,7%, 3 салаалалт 2,7% байсан бол 4 салаа тараагуур судас 0,4%-д тохиолдсон байна(4).

Дээрх судалгаануудаас үзэхэд тараагуур судасны бүтэц зүйн хэвийн бус байдал олон улсын судалгаагаар **24,8-28,5%**байдаг. Энэ талаар монгол хүний биеийн бүтэц зүйн онцлогийг харуулсан судалгаа одоохондоо хийгдээгүй байна. Судасны салаалалтын байдал 2 талдаа зэрэг тохиолдох нь 10% байдаг гэсэн Sampaio FJ et al. нарын судалгаа байна(5).

Мэс заслын үед бөөрийг донороос авсны дараа судасны реконструкци хагалгааг тусгайлан зассан ширээн дээр хийдэг.Bench surgery болон Back table operation гэж нэрлэх ч бий. Тухайн донорын биеийн онцлогоос хамаарч бөөрний тараагуур, хураагуур судаснуудын байршлаас, салаалалт, нэмэлт салаа, нэмэлт сегмент зэргээс хамааран тараагуур болон хураагуур судаснуудад "засал чимэглэл" болох холболт, залгалтуудыг хийж бэлтгэдэг. Тухайлбал, Cadaver донорын баруун бөөрний хураагуур судас, зүүн бөөрний тараагуур судас богинотой холбоотой залгалтуудыг хийдэг.

Судасны гаж хөгжилтэй байсан ч судасны залгалтыг зөв шийдлийг олж, нарийн, нямбай хийж чадвал хийж чадвал хүндрэлийн ялгаа байдаггүй гэсэн Beckmann J.H. et al. нарын судалгаа байна(6).

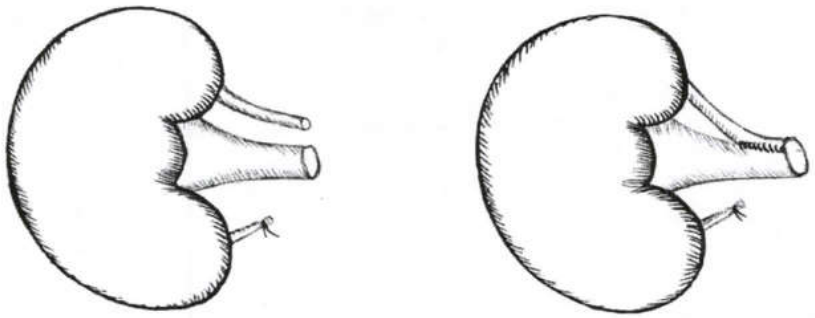
Тохиолдолын танилцуулга:

Бидний тохиолдолын танилцуулга болох 2012 оны 01-р сард хийгдсэн мэс заслын тохиолдолд, Cadaver донорын тараагуур, хураагуур судасны буруу байршилтай, нэмэлт салаалалтуудтай байсантай холбоотой хэд хэдэн төрлийн судасны залгалтуудыг хийх шаардлага тулгарав.

Реконструкцийн тохиолдол №1.

Cadaver донорын зүүн бөөрний тохиолдолд, тараагуур судас анатомийн онцлогоор богино хэмжээтэй, нэмэлт гаж салаануудгүй байв. Харин зүүн бөөрний хураагуур судасны хувьд үндсэн салаанаас гадна бөөрний дээд болон доод туйлаас гарч буй хоёр нэмэлт салаануудтай байлаа. Зүүн бөөрний хураагуур судасны салаануудыг хооронд нь залгаж холбох нь бидний зорилт байлаа.

Хураагуур судасны үндсэн салааны голч 7мм, дээд туйлынх 5мм, доод туйлынх 0.5мм байв. Доод полюсын салааны хувьд ганц сегментийг хамарсан байсан тул боолоо. Үндсэн болон дээд туйлын салаануудыг хооронд нь нийлүүлж Johnson фирмийн Prolene 6/0, 7/0 утаснуудаар (Зураг №1)-д үзүүлсэнчлэн хөвөрдөн оёлоо. Ингэж оёсны ач холбогдол нь: хураагуур судасны голч нэмэдэж 11мм хэмжээтэй болсон; рецепиентэд хоёр тусдаа залгалт хийх шаардлагагүй болж байгаа; залгалтыг тусгайлан зассан ширээн дээр хийж байгаа болохоор залгалт засварыг нямбай хийх боломжийг олголоо. Зүүн бөөрний ширээн дээрх реконструкци мэс засал бөөрийг угааж эхэлснээс хойш нийт 25 минут үргэлжлэв.

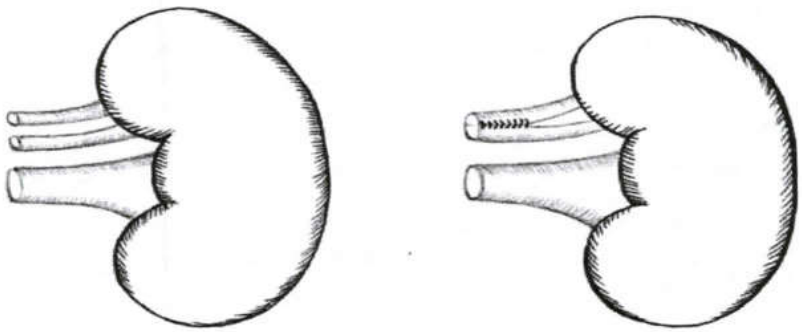


Зураг №1. Cadaver донорын зүүн бөөрний хураагуур судасны реконструкци мэс заслын тойм зураг.

Реконструкцийн тохиолдол №2.

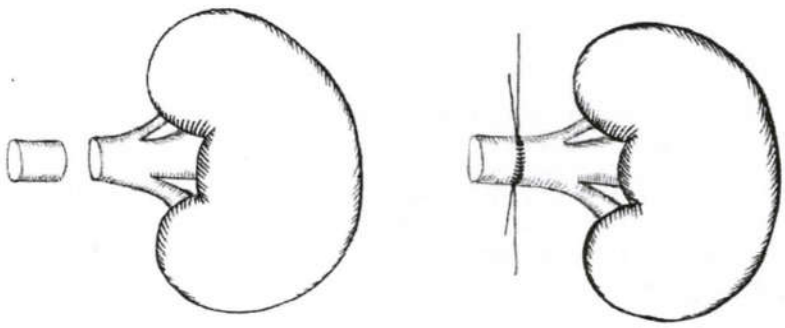
Cadaver донорын баруун бөөрний тохиолдолд тараагуур судас анатомийн онцлогоор урт хэмжээтэй боловч, тараагуур судасны гурван салаалалт бөөрийг авах үед мэдэгдэв. Иймд баруун бөөрийг амжилттай шилжүүлэн суулгах, цаашлаад залгалтыг техникийн хувьд хөнгөвчлөх, бөглөрөлийн хүндрэлээс сэргийлэх зорилгоор дээд туйл руу орж буй хоёр нэмэлт салаануудыг нийлүүлж залгах шаардлага гарав. Ширээний мэс ажилбарын хувьд бөөрийг угааж эхэлснээс хойш 15 минутын дараа засварын ажилбарыг эхлүүлэв.

(Зураг №2)-д үзүүлсэнчлэн баруун бөөрний хураагуур судасны доод салаалалтын голч 6мм, дунд салаалалтынх 4мм, доод салаалалтынх 3мм байв. Дээд болон дунд хураагуур судасны салаалалтуудыг хооронд нь үзүүр хэсгээс 7-8мм урттай цуулж, хооронд нь нийлүүлж Johnson фирмийн Prolene, 7/0 утаснуудаар (Зураг №2)-д үзүүлсэнчлэн зангилаат оёдолоор оёлоо. Ингэж оёсны ач холбогдол нь: дээрх хоёр жижиг хураагуур судасны салаалалтуудын голч 6мм хэмжээтэй болов. Тараагуур судасны хоёр салаалалтыг тус тусад нь рецепиентэд залгалт хийлээ.



Зураг №2. Cadaver донорын баруун бөөрний тараагуур судасны реконструкци мэс заслын тойм зураг.

Харин баруун бөөрний хураагуур судасны хувьд үндсэн салаанаас гадна нэмэлт салаагүй боловч үүдэвч хэсгээс илүү гарсан урт нь 10мм орчим, голч 9мм байв. Иймд хураагуур судасыг уртасгах зорилгоор кадавер донороос v.illiaca communis-г авч бэлдээд үндсэн салааг уртасгах буюу vein prolongation хагалгааг хийлээ. Үндсэн хураагуур судсанд донорын судсыг залгахдааJohnson фирмийн Prolene 6/0утаснуудаар (Зураг №3)-д үзүүлсэнчлэн хөвөрдөн оёлоо. Ингэж оёсны ач холбогдол нь: хураагуур судасны урт нэмэдэж 17мм хэмжээтэй болсон нь тараагуур судасны 2 салаалалттай бөөрөнд хураагуур судасны залгалт хийхэд техникийн хувьд хөнгөн болов. Баруун бөөрний ширээн дээрх реконструкци мэс засал бөөрийг угааж эхэлснээс хойш нийт 85 минут, үндсэн засварлах хугацаа70минут үргэлжлэв.



Зураг №3. Cadaver донорын баруун бөөрний хураагуур судасны пролонгаци мэс заслын тойм зураг.

Хэлцэмж:

1. Судасны салаалалтын байдлаас хамаарч кадаверийг сонгох бололцоогүй байдаг.
2. Судалгаануудаас үзэхэд тараагуур судасны бүтэц зүйн хэвийн бус байдал олон улсын судалгаагаар 24,8-28,5%, судасны салаалалтын байдал 2 талдаа зэрэг тохиолдох нь 10% байдаг.
3. Рецепиентийн хагалгааг хийхээс өмнө ширээн дээрх мэс заслыг сайтар төлөвлөсний эцэст зөв шийдэлтэйгээр хийх хэрэгтэй байдаг.

Дүгнэлт:

1. Засвар, залгалтуудыг тусгайлан зассан ширээн дээр хийж байгаа болохоор нямбай, зөв шийдэлтэйгээр хийх боломжийг олгодог давуу талтай.
2. Хувь хүний онцлогоос хамаарч 28,5%-д судасны салаалалт тааруч болох тул болзошгүй нэмэлт ажилбарт практикийн болон онолын хувьд бэлэн байх шаардлагатай.

Ном зүй:

1. J.H.Bergmann et.al. Arterial Reconstruction in Kidney transplantation. Transplantationsmedizin 2008, 20. Jahrg., S.8
2. Pollak R, Prusak BF, Mozes MF. Anatomic abnor- malities of cadaver kidneys procured for purposes of transplantation. Am Surg 1986: 52: 233. 8.
3. Veroux M, Giuffrida G, Ekser B, Sinagra N, Giaquinta A, Leonardi A, Veroux P. Vascular reconstruction in monolateral dual kidney transplantation with multiple arteries. Clin Transplant. 2012 May-Jun;26(3):443-6. doi: 10.1111/j.1399-0012.2011.01537.x. Epub 2011 Sep 30.
4. Hwang JK, Kim SD, Park SC et al. The long-term out- comes of transplantation of kidneys with multiple renal arteries. Transplant Proc 2010: 42: 4053.
5. Sampaio FJ, Passos MA (1992) Renal arteries:anatomic study for surgical and radiologicalpractice. Surg Radiol Anat 14 (2): 113-117
6. J.H.Bergmann et.al. Arterial Reconstruction in Kidney transplantation. Transplantationsmedizin 2008, 20. Jahrg., S.9
7. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed

CADAVERIC KIDNEY VASCULAR RECONSTRUCTION OPERATION (CASE REPORT)

B. Batsaikhan[1], B.Tumurbaatar[1], D.Nyamsuren[2], D.Bayan-Undur[2], L.Amgalan[1], S.Erdene[1], M.Erdenesaikhan[2]

1-General Surgery Department, the State Hospital No.1

2– Urology Department General Surgery, the State Hospital No.1

On this vase report paper were explained 2 kidney transplantation cases with multiple vessels. into 2 recipients using microvascular techniques to reconstruct renal arteries. Additional techniques were used to manage 2 cadaver kidneys with multiple renal vessels. These included upper artery and vein anastomosis, vein prolongation by iliac vein patching. No early complication, problems developed.

Мэс заслын хүндрэлийн улмаас Улсын нэгдүгээр төв эмнэлэгт бусад эмнэлгээс шилжин ирсэн өвчтөнүүдэд хийсэн судалгаа

С.Дашцогт, Л.Амгалан, Ц.Ишдорж, С.Эрдэнэ, Б.Ганзориг, Б.Бат-Ирээдүй, С.Отгонбаяр, Б.Мөнхчулуун, Б.Жавхлантөр, Ч.Хонгорзул
Улсын нэгдүгээр төв эмнэлгийн ЕМЗК

Судалгааны ажлын үндэслэл:

Дэлхийн Эрүүл Мэндийн Байгууллага, өвчтөний аюулгүй байдал гэдэг нь эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний үед учирч болзошгүй аливаа хүндрэл, эрсдлээс урьдчилан сэргийлэх арга хэмжээ-үйл ажиллагааны цогцыг хэлнэ хэмээн тодорхойлсон байдаг.[1]

Дэлхийн Эрүүл Мэндийн Байгууллагын статистик мэдээгээр жил тутам дэлхий даяар 234 сая мэс засал хийгддэгээс 7 сая тохиолдолд нь ямар нэгэн мэс заслын дараах хүндрэл гардаг тухай зарим эх сурвалжид мэдээлсэн байна. Ойролцоогоор 1 сая өвчтөн мэс заслын дараах хүндрэлийн улмаас эндэг тухай ч тэмдэглэсэн байна. Эмнэлэгт хэвтэн эмчлүүлэх шаардлагатай хүмүүсийн 3-25 хувийг мэс заслын дараах хүндрэлийн улмаас тахир дутуу болсон эсвэл дараагийн шатны эмчилгээ хийлгэх шаардлагатай өвчтөнүүд эзлэж байна.[2]

Хүндрэл, эрсдэлээс урьдчилан сэргийлэх арга хэмжээг төлөвлөх-зохион байгуулах хамгийн эхний алхам нь уг хүндрэл, үйл ажиллагаандаа судалгаа-дүн шинжилгээ хийж тухайн хүндрэлийн шалтгаан, түүнд нөлөөлөх хүчин зүйлийг тодорхойлох явдал юм. [1]

Улсын Нэгдүгээр Төв Эмнэлэг нь хөдөө орон нутгийн эмнэлгийн мэс заслын дараах хүндрэлтэй өвчтөнг хүлээн авч үйлчилдэг 3-р шатлалын эмнэлэг юм. Мэс заслын дараах хүндрэлтэй тохиолдлуудад судалгаа хийж түүнээс урьдчилан сэргийлэх боломж буй эсэхийг судлах зорилгоор энэхүү судалгааг хийв.

Судалгааны ажлын зорилго:

УНТЭ-т хөдөө орон нутгийн эмнэлгээс мэс заслын дараах хүндрэлийн улмаас шилжин ирсэн өвчтөнүүдийн мэс заслын дараах хүндрэлийн шалтгааныг судлаж хүндрэлээс урьдчилан сэргийлэх боломж буй эсэхийг тогтоох

Судалгааны ажлын зорилт:

1. УНТЭ-т хөдөө орон нутгийн эмнэлгээс шилжин ирж буй мэс заслын дараах хүндрэлтэй өвчтөнүүдийн тоо,өвчлөлийн бүтэц тогтоох
2. Мэс заслын дараах хүндрэлийн шалтгаан, түүнд нөлөөлөх хүчин зүйлийг тодруулах

3. Хөдөө орон нутгийн эмнэлгээс шилжин ирсэн мэс заслын дараах хүндрэлтэй өвчтөнүүдийн давтан мэс заслын давтамж,тоог тогтоох оролдлого хийх, тавиланг судлах
4. Хөдөө орон нутгийн эмнэлэгт эмчлэх боломжтой өвчтөнг шилжүүлсэн эсэхэд дүгнэлт өгөх
5. Өвчтөнг шилжүүлэхдээ гаргасан алдаа буй эсэх
6. Мэс заслын дараах хүндрэлээс урьдчилан сэргийлэх боломж буй эсэх

Судалгааны материал, арга зүй:

УНТЭ-ийн ЕМЗК-т 2009-2012 онд хэвтэж эмчлүүлэгсдийн өвчний түүх статистик мэдээлэл, тоо, бүртгэлийг ашиглан ретроспектив аргаар судлаж, судалгааныхаа тоон үзүүлэлтийг биостатистикийн үндсэн аргуудыг ашиглан microsof excel болон spss 16 программаар статитистик боловсруулалт хийв.

Судалгааны ажлын үр дүн:

1. Сүүлийн 4жилд УНТЭ-т хөдөө орон нутгийн эмнэлгээс нийт 246 өвчтөн мэс заслын дараах хүндрэлийн улмаас шилжин ирсэн байна.

УНТЭ-т хөдөө орон нутгийн эмнэлгээс мэс заслын дараах хүндрэлийн улмаас шилжин ирсэн өвчтөний тоо

Хүснэгт №1

Он	2009	2010	2011	2012	Нийт
Өвтөний тоо	68	48	57	73	246

Дээрх хүснэгтээс харахад хөдөө орон нутгийн эмнэлгээс шилжин ирэх өвчтөний тоо нэмэгдэх хандлагатай байна.

Хөдөө орон нутгийн эмнэлэгт хийсэн анхны мэс заслын өвчний шалтгаан

Хүснэгт №2

Он	2009	2010	2011	2012	Нийт
Мухар олгойн үрэвсэл	17	18	19	22	76 /30%/
Цөсний хүүдий, цөс дамжуулах замын эмгэг	10	5	3	13	31/12,6%/
Гэдэсний түгжрэл, хэвлийн гялтангийн үрэвсэл	9	9	11	14	43 /17,4%/
Хэвлийн, цээжний гэмтэл	4	4	4	2	14
Арьс зөөлөн эдийн идээт үрэвсэл	4	3	5	5	17
Эмэгтэйчүүдийн мэс засал	5	3	6	5	19
Уушиг, цээжний гялтангийн идээт үрэвсэл	4	2	4	4	14
Бусад	15	4	5	8	32
Нийт	68	48	57	73	246

Монгол улсын засгийн газрын хэрэгжүүлэгч агентлаг Эрүүл мэндийн газрын мэдээгээр хэвлийн яаралтай мэс заслын өвчний эхний 3 байрыг мухар олгойн үрэвсэл, цөсний замын эмгэг, гэдэсний түгжрэл эзэлдэг. Үүнтэй холбоотойгоор дээрх гурван өвчний мэс заслын дараах хүндрэлийн эзлэх хувь өндөр байгаа нь хүснэгт №2-оос харагдаж байна.

Мэс заслын дараах хүндрэлийн шалтгаан

Хүснэгт №3

	Шалтгаан	Тоо /хувь/
1	Үргэлжилсэн хэвлийн гялтангийн үрэвсэл (тархмал, хязгаарлагдмал-хэвлийн буглаа, элэгний буглаа)	83 (34%)
2	Гэдэсний цорго, гэдэсний залгалт тавигдсан	32 (13%)
3	Хагалгааны дараах гэдэсний саажил,түгжрэл	30 (11%)
4	Цөс дамжуулах замын гэмтэл, бөглөрлийн шарлалт	31 (12%)
5	Шархны халдвар, арьс зөөлөн даамжирсан идээт үрэвсэл	25 (10%)
6	Цээжний гялтангийн идээт үрэвсэл	18 (7%)
7	Бусад	27(10%)

Дээрх хүснэгтээс үзэхэд мэс заслын дараах гол хүндрэл нь идээт хүндрэл (188 тохиолдол-67%)байна.

Мэс заслын дараах хүндрэл үүсэхэд нөлөөлөх хүчин зүйлийг судлахад шилжүүлж буй өвчтөний өвчний түүх дагалдан ирдэггүй, эмнэлэгээс гарах үеийн дүгнэлт товч байдаг, зарим өвчтөнг эмнэлгээс гарах үеийн дүгнэлтгүй шилжүүлдэг зэрэг хүндрэлээс болж судлан тогтооход төвөгтэй байсан. Гэхдээ мэс заслын дараах хүндрэл үүсэхэд нөлөөлөх хүчин зүйлд шинжилгээ оношилгоо хангалтгүй байсан, анхны мэс засал оновчгүй , мэс заслын үед хэвлийг дутуу цэвэрлэсэн, хэвлийд тавьсан гуурс идээ шүүсийг гаргаж чадахааргүй хэт нарийн байсан, гэдэсний залгалт болон зориудын цорго гаргах хувилбаруудыг буруу сонгосон, цээжний хөндийн хасах даралтыг алдагдуулсан, цээжний хөндийн гуурсыг боож орхисон зэрэг нь өвчний зовиур, эмнэл зүй, шинжилгээ, бодит үзлэгээс илэрхий байлаа.

Давтан мэс заслын тоо, өвчтөний тавилан

Хүснэгт №4

		2009	2010	2011	2012	Нийт
1	УНТЭ-д давтан хагалгаа хийлгэсэн	58	30	32	37	157/63,8%/
2	Эмийн эмчилгээ хийлгэсэн (Давтан хагалгаа хийлгээгүй)	10	18	25	36	89 /36,1%/
3	Нас барсан	13	3	4	3	23 /9%/

Хүснэгтээс үзэхэд давтан мэс заслын тоо багассан, тэр дундаа шилжин ирсэн өвчтөний тоо ихэссэнч нас баралт сүүлийн 3 жилд тогтмол бага байна.

2. Хөдөө орон нутгийн эмнэлэгт эмчлэх боломжтой өвчтөнг шилжүүлсэн эсэхийг судлахад давтан мэс засал хийх шаардлагагүй, өвчтөний биеийн байдал хүнд бус, бие байдал тогтвортой байгаа өвчтөнг шилжүүлсэн тохиолдол 2009 онд 5, 2010 онд 7, 2011 онд 19, 2012онд 15, нийт 46 /18,6%/ өвчтөн байлаа.
3. Өвчтөнг шилжүүлэхдээ:

А. Шилжүүлэх эпикризгүй эсвэл хэт товч эпикризтэй өвчтөнг илгээдэг
Б. Эмчгүй эсвэл өөр эмч өвчтөнг хүргэж ирдэг
В. Өвчтөний онош, хүндрэлийн онош, шилжүүлж буй шалтгаан тодорхой бус эсвэл өвчтөнд хэтрүүлсэн онош тавьсан
Г. Хийгдсэн мэс заслын бичэглэл хэт товч, хэвлийд тавьсан гуурс хаана байрлаж байгаа, ямар зорилгоор тавьсан нь тодорхой бус
Д. Уушиг болон цээжний гялтангийн эмгэгтэй өвчтөнг шилжүүлэхдээ уушигны хасах даралтыг алдагдуулж (EVAK, Бобровын аппаратыг салгаж авсан) тээвэрлэсэн зэрэг зөрчлүүдийг гаргасан байна.

4. Мэс заслын дараах хүндрэлийг багасгахын тулд:

- эмнэлэг хооронд өвчтөний мэдээллийг эргэн солилцох
- эмчлэгч эмч өөрийн биеэр өвчтөнөө хүргэн ирж давтан хагалгаанд орох шаардлагатай бол хамтран орж байх нь хүндрэлийг тодорхой хувиар бууруулах бүрэн боломжтой гэж үзэж байна.

Судалгааны ажлын дүгнэлт:

1. Сүүлийн 4 жилд УНТЭ-т хөдөө орон нутгийн эмнэлгээс нийт 246 өвчтөн мэс заслын дараах хүндрэлийн улмаас шилжин ирсэн байна.
2. Хэвлийн яаралтай мэс заслын өвчний эхний 3 байрыг эзэлдэг мухар олгойн үрэвсэл, цөсний замын эмгэг, гэдэсний түгжрэл өвчний мэс заслын дараах хүндрэлийн эзлэх хувь өндөр байна. (мухар олгойн үрэвсэл 76 /30%/ тохиолдол, цөсний замын эмгэг 31/12,6%/ тохиолдол, гэдэсний түгжрэл 43/17,4%/ тохиолдол)
3. Хөдөө орон нутгийн эмнэлгээс шилжин ирсэн мэс заслын дараах хүндрэлтэй өвчтөнүүдийн 157 /63,8%/ тохиолдолд давтан мэс засал хийсэн. Нас баралт 23 /9%/.
4. Хөдөө орон нутгийн эмнэлэгт эмчлэгдэх боломжтой өвчтөн 46 /18,6%/ байна.
5. Өвчтөнг шилжүүлэхдээ бичиг баримт дутуу бүрдүүлэх, тээвэрлэх үед алдаа гаргасан байна
6. Эмнэлэг хоорондын хамтын ажиллагааг сайжруулснаар мэс заслын дараах хүндрэлийг бууруулах боломжтой гэж үзэж байна.

Ном зүй:

1. http://www.who.int/topics/patient_safety/en/
2. http://www.who.int/features/factfiles/safe_surgery/facts/en/index1.html

Бамбай булчирхайн эс хатгалтын шинжилгээг хагалгааны дараах эдийн шинжилгээний хариутай харьцуулан судалсан нь

Ц.Ишдорж[1], Б.Ганзориг[1], Б.Жавхлантөр[1], Б.Туул[2], О.Сүрэн[2]
Улсын нэгдүгээр төв эмнэлэг[1], Эрүүл мэндийн шинжлэх ухааны их сургууль[2]

Судалгааны ажлын үндэслэл:

Бамбайн булчирхайн хавдар нь сүүлийн жилүүдэд нэмэгдсээр буй нь практикаас харагдаж байна. 2008 онд Б.Туул, О.Сүрэн нарын судалснаар бамбай булчирхайн хортой хавдрын 87.7% нь мэс заслын дараа гистологийн шинжилгээгээр оношлогдож байсан байна1. Бамбай булчирхайн хавдрын тохиолдол нь жилээс жилд өссөөр байна2. Иймд энэ тасралтгүй нэмэгдэж байгаа хавдрыг эрт оношлох, хагалгааны төлөвлөгөөг балавсруулахын тулд эсийн шинжилгээ хийх нь зайлшгүй шаардлагатай ажил болоод байна.

Судалгааны ажлын зорилго:

УНТЭ дээр Бамбай булчирхайн мэс заслын өмнө хийгдэж байгаа эс судлалын шинжилгээг хагалгааны дараах эдийн шигжилгээтэй харьцуулан судлах

Судалгааны ажлын зорилт:

1. Бамбай булчирхайн мэс заслын өмнөх эсийн шинжилгээний хариуг судлан мэдрэг болон өвөрмөц чанарыг тодорхойлох
2. Хагалгааны дараах эдийн шинжилгээний хариуг хагалгааны өмнөх шинжилгээтэй харьцуулах
3. Цаашид эсийн шинжилгээ хийх нөхцөл болон үр дүнд нөлөөлөх хүчин зүйлийг тодорхойлох

Судалгааны ажлын шинэлэг тал:

Манай эмнэлгийн практикд бамбай булчирхайн хатгалтын шинжилгээ нь 2011 оноос нэвтэрсэн бөгөөд энэ хугацаанд уг шинжилгээний үр дүнгээр судалгаа хийгдсэн боловч хагалгааны дараах үр дүнтэй уялдуулан судлаж байгаа нь шинэлэг тал болж байна.

Судалгааны ажлын арга, аргачлал:

2012 оны 8 сараас 2013 оны 1 сарын хооронд УНТЭ-ийн Мэс заслын кабинетаар эсийн шинжилгээ хийлгэсэн 100 тохиолдлыг авч эдгээр тохиолдолд судалгаа хийн статистик боловсруулалтын аргаар эсийн шинжилгээний мэдрэг болон өвөрмөц чанарыг тодорхойлох

Эдгээр 100 тохиолдлоос мэс засалд орсон тохиолдлуудыг даган судалж мэс заслын дараах эдийн шинжилгээг хагалгааны өмнөх шинжилгээтэй харьцуулан судлах

Судалгааны ажлын үр дүн:

Бидний судалгаанд 8-аас 83 насны эмнэл зүйн хувьд зангилаат бахуу оноштой 100 үйлчлүүлэгч хамрагдсан бөгөөд дундаж нас 46.81±11.25 байсан бол 99 нь эмэгтэй 1 нь эрэгтэй байв. 100 тохиолдлын 74% нь хоргүй зангилаат үүсгэвэр, хорт хавдар 1%, хорт хавдрын сэжигтэй 5%, онош тогтоох боломжгүй 17%, уйлинхайт өөрчлөлт 2%, аутоиммуны тиройдит 1% эзэлж байна. Эдгээрээс хагалгаанд орсон 72 өвчтөний мэс заслын дараах гистологи шинжилгээний үр дүнтэй харьцуулан судлахад мэдрэг чанар 83% өвөрмөц чанар 89.4% байна.

Судалгааны ажлын дүгнэлт:

1. Хагалгааны өмнөх эсийн шинжилгээгээр 100 тохиолдолд 17 тохиолдолд үнэлэлт өгөх боломжгүй буюу мэдрэг чанар 83% байна. Өвөрмөц чанар 89.4% байна.
2. Өвөрмөц чанар гэдэг нь хагалгааны дараах хариуг үндэслэн гаргадаг үзүүлэлт бөгөөд 89.4% гэдэг нь хагалгааны өмнөх оношийн баталгаажилт юм.
3. Бусад гадаадын судлаачдынхаар мэдрэг чанар 92%, өвөрмөц чанар 97% байгаа нь бидний энэ шинжилгээний аргыг төгөлдөржүүлэх шаардлагатай байгааг харуулж байгаа тул цаашид зориулалтын зүүг хэрэглэх, мөн хэт авиан хяналтанд хатгалтын шинжилгээ хийх хэрэгтэй гэж дүгнэж байна.

Хэвлэлийн тойм:

1. Дэлгэрэх Ц.
   Бамбай булчирхайн хавдрыг хэт авиан шинжилгээгээр оношлох асуудалд. АУ-ны докторын зэрэг горилсон нэг сэдэвт бүтээл УБ 2012 он
2. Ишдорж Ц., Ганзориг Б., Туяабадрах Б.
   Бамбай булчирхайн зангилаат үүсгэвэр болон хавдрын хамаарал. Мэс засал сэтгүүл 2011 он УБ
3. Жадамбаа Б., Чимэдлхам Ц.
   Судалгааны арга зүй УБ хот 2011 он
4. Туул Б., Сүрэн О.
   Бамбай булчирхайн эмгэгүүдийн доторх өмөнгийн оноош зүйн асуудалд. Бакалаврын ажлын диплом УБ 2008 он

Чихрийн шижин өвчний хүндрэл, хөлийн үхжилд хийгдэх мэс заслын эмчилгээний зарим үр дүн

Ц. Ишдорж, Г. Нямхүү, Л. Амгалан, О. Ганбат, П. Батчулуун, С. Эрдэнэ, О. Сэргэлэн, Б. Ганзориг,
Улсын нэгдүгээр төв эмнэлэг, Эрүүл мэнд шинжлэх ухааны их сургууль

Судалгааны ажлын үндэслэл:

Чихрийн шижин өвчний үед илэрдэг хамгийн хүнд, хүндрэлийн нэг нь чихрийн шижингийн хөл хам шинж / Синдром диабетической стопы / юм. Чихрийн шижингийн хөл хам шинж гэдэг ойлголтонд захын мэдрэл, артерийн болон хялгасан судаснуудын бөглөрөлтөт өөрчлөлтүүдийг хамааруулан ойлгох ба эдгээрт гарсан цогц өөрчлөлтүүд нь шархлаат, үхжилт, нойтон үхжилт, үхжилт тавхай үүсгэх аюултай. / Дедов И. И 1998 / Чихрийн шижингийн хөлийн хүндрэлийн талаар Олон улсын эмч мэргэжилтнүүдийн ажлын хэсэг гарч ажиллаад, " Чихрийн шижингийн хөл хам шинж " -ийн үед хөлний том судаснуудад янз бүрийн түвшинд, бүтэн хагас зэрэг янз бүрийн хэлбэрийн бөглөрөлт, нарийсалт өөрчлөлт үүсэж, мэдрэлийн үйл ажиллагаа алдагдаж, зөөлөн эдэд ямар нэгэн байдлаар үүссэн халдвар нь архаг шархлаа болж, цаашид хөлийн гүн хэсэгт үхжилт процесс үүссэнээс, хөл тайрагдах хэмжээнд очтол эмгэг өөрчлөлтөнд ордог тухай тодорхойлсон байдаг. Хөлийн тавхайн тэжээлгүйдлийн үе шат нь:

1. Мэдрэлийн ширхэгт өөрчлөлт гарах - нейропатийн үе – 70%
2. Тэжээлгүйдэл, цус хомсдолын - ишемийн үе – 20%
3. Хавсарсан – нейроишемийн үе – 10% тус тус тохиолдоно.

Хөлийн тавхайд чихрийн шижингийн үед гарах эмгэг өөрчлөлтийн механизмын талаар судлаачид бичихдээ:

1. Жижиг судаснаас болж метаболик өөрчлөлт үүсэх
2. Судсанд иммуноваскулит гарах
3. Гипогликемийн өөрчлөлт хөлийн үзүүр хэсгийн зөөлөн эдэд үүсэх
4. Хөлийн захын жижиг судастай холбоотой байнгын ишеми үүсэх
5. Хөлийн чөмөгт ясны дотоод даралт ихсэх / компресс /
6. Хөлийн мэдрэхүйн үйл ажиллагаа алдагдсанаас, хөлөнд гарах өөрчлөлт гүнзгийрч, тавхайд шархлаа үүсэх үндсэн нөхцөл болох
7. Хөлийн судас мэдрэлийн багц, түүний гадна хальснаас болж, " сувгийн хам шинж " үүсэж, судас мэдрэлийн багцны гадна хальсны уян чанар алдагдаж, мэдрэл, судаснуудыг дарж, үйл ажиллагааг нь алдагдуулдаг байна. Үүнийг тарзаль хам шинж ч гэж нэрлэдэг бөгөөд, чихрийн шижинтэй хүмүүсийн 31,7-55 % -д тохиолддог.

Чихрийн шижингийн хөл хам шинжийн үед доод мөчинд гарах өөрчлөлт нь:

1. Хөлийн том жижиг судсанд
2. Хөлийн булчинд

3. Фасций / булчингийн гадна хальс /-д эхлэн эмгэг өөрчлөлт гардаг учир, эдгээр эрхтэнээс эдийн шинжилгээ авч, уг өвчний явц, тавиланг тогтоох боломжтой байдаг.

Чихрийн шижин өвчний үед хөлийн мэдрэхүйн үйл ажиллагаа хүрэлцэх, халуун хүйтний, өвдөх, вибрацийн хэлбэрүүдээр алдагдах, мэдрэхүйн үйл ажиллагаа буурах болон парастези илэрсэн байдаг тул, эмч мэргэжилтнүүд энэ шинж тэмдгүүдийг эрт үед нь илрүүлэх, энэ талын мэдлэгийг чихрийн шижингээр өвчилсөн хүмүүст олгох нь, чихрийн шижингийн хөл хам шинжээс сэргийлэх, хөл тайрахаас урьдчилан сэргийлэх, хөл тайрагдах хэмжээнд очих хугацааг уртасгах, амьдралын чанарыг хадгалах ач холбогдолтой юм. Чихрийн шижингийн хөлийн хам шинжийн 1000 хүндрэлээс 6-8 тохиолдолд хөл тайруулдаг бөгөөд, хөлийг давтан ахиулан дунд чөмөг орчмоор тайрах 51%, шилбээр нь тайрах 18 %, тавхайг ахиулан тайрах 25%, хөлийн хуруунуудыг ахиулан тайрах 6 % тус тус хийгдсээр байна.

Гэмтлийн бус гаралтай шалтгааны улмаас, хөл тайруулах мэс засал хийлгэсэн тохиолдлуудын 40- 70 % нь, чихрийн шижингийн шалтгаантай байдаг. Олон судлаачид чихрийн шижингийн улмаас хөл тайруулсны дараахь эхний 1 жилийн дотор өвчтөнүүдийн 50% нь янз бүрийн шалтгаанаас болж нас бардаг тухай тэмдэглэсэн байна.Уг хам шинжийн үед өвчтөний 70% орчим нь тахир дутуу болдог учир, чихрийн шижингийн хөлний хам шинжийн, оношлогоо, эмчилгээний асуудал нь эмч, судлаачдын анхаарлыг татсан асуудлын нэг болж байна.

Судалгааны ажлын зорилго :

Чихрийн шижингийн хөл хам шинжийн үед хөлийг аль болох тайрахгүйгээр мэс заслын өөр арга хувилбарыг сонгон эмчлэх

Судалгааны ажлын зорилт:

1. Чихрийн шижингийн хөлийн хам шинж өвчтэй хэвтэн эмчлүүлсэн өвчтөнүүдэд, судалгааг хийх
2. Чихрийн шижингийн хөл хам шинж хэрхэн үүсэж буйд дүгнэлт хийх
3. Хөл тайрах мэс засал хийх заалтыг өөрийн клиникт хэвтсэн хүмүүст тогтоох
4. Хөлийг тайрахгүйгээр өргөтгөсөн мэс засал хийх заалт тогтоох
5. Чихрийн шижингийн хөл хам шинжийн үед хөл тайрахгүй, өргөтгөсөн мэс засал хийсэн үр дүнг тооцох нь

Судалгааны ажлын материал, арга зүй:

УКТЭ –ийн Ерөнхий мэс заслын клиникт 2010 -2012 онуудад чихрийн шижингийн хөл хам шинжийн улмаас хэвтэн эмчлүүлсэн хүмүүсийн өвчний түүх, хийгдсэн эмчилгээний арга, эмчилгээний үр дүн судлав.

Сүүлийн 2 жилийн хугацаанд чихрийн шижингийн хөл хам шинж өвчний улмаас 46 өвчтөн эмчлүүлсэн бөгөөд, эрэгтэй 27 / 58,69 % /, эмэгтэй 19 / 41,31% /, 40 –өөс доош насны 3 / 12% /, 40 -50 насны 8 / 32% /, 50 -60 насны 7 / 28 % /, 60 –аас дээш насны 7 / 28 % / өвчтөнүүд байв.

Судалгаанд хамрагдсад нь чихрийн шижингийн I хэлбэрийн өвчтэй 5, II –р хэлбэрээр өвдсөн 41 өвчтөн байлаа.

Чихрийн шижин өвчтэй, чихрийн шижингийн хөл хам шинж өвчтэй биднээр үйлчлүүлсэн хүмүүсийн 4 / 16% / нь судасны хатуурал өвчтэй, 23 / 50 % / нь ангиографийн шинжилгээгээр доод мөчний судасны бөглөрөлтэй, үүнээс гуяны төвшинд бөглөрөлтэй 17 / 36,9 % /, шилбэний судас бөглөрсөн 19 / 41,3 % / үйлчлүүлэгч байсан бөгөөд, хөлийн үхжил, идээт нэвчээст үрэвсэл / флегмона / , үжил, олон эрхтэний дутагдлаар хүндэрсэн 15 / 32,6 % / , төлөвлөгөөт журмаар хэвтэж мэс заслын эмчилгээ хийлгэсэн 36 / 78,26 % / үйлчлүүлэгч байсан.

Чихрийн шижингийн хөлийн идээт шархнаас:

1. Stap. aureus – 36 тохиолдолд буюу / 78,26% /,
2. Stap. Epidermidis – 6 тохиолдолд буюу / 13,04 % /
3. Ps.aeruginosa – 4 тохиолдолд буюу / 8,6% / -д тус тус илэрсэн .

Чихрийн шижингийн хөл хам шинжтэй хэвтэн эмчлүүлсэн бүх хүмүүст сахарын хэмжээг бууруулах, тогтворжуулах, идээт халдварийн эсрэг цогц арга хэмжээ, цусны урсгалыг сайжруулах, цусыг шингэлэх, болон бусад шинж тэмдгийн эмчилгээ хийхээс гадна, Тиоктацид, Берлитион, Супедексид, Вазопростан, Альфа – липоевийн хүчил зэргийг хэрэглэв. Зайлшгүй яаралтай мэс засал хийх тохиолдолд цусан дахь сахарын хэмжээг 5,5 -10,0 ммоль/ л орчим болгож байж хийв.

Чихрийн шижингийн хөлийн хам шинжийн хүндэрсэн хэлбэрүүд

№	Чихрийн шижингийн хөл хам шинжийн хүндрэлийн хэлбэрүүд	Тоо	Хувь
1	Хөлийн хурууны үхжил – гангрена / нэг хуруу /	15	32,6
2	Хөлийн хурууны үхжил – гангрена / олон хуруу /	24	52,17
3	Хөлийн тавхайн үхжил - / гангрена /	13	28,26
4	Хөлийн тавхай орчмыг хамарсан идээт нэвчдэс - флегмона	19	41,30
5	Хөлийн зөөлөн эдийн буглаа	12	26,08
6	Остеомиелит	2	4,34
	Бүгд:	**46**	**100%**

Чихрийн шижингийн хөлийн хам шинжийн хүндэрсэн хэлбэрүүд нь дээрхи хүснэгтээс үзэхэд, хэд хэдэн хүндрэл нэг хүнд тохиолдох нь элбэг байлаа. Жишээлбэл: хөлийн хурууны үхжил, тавхайн үхжилтэй хавсарсан, зөөлөн эдийн буглаа хөлийн хуруунуудын үхжилтэй хавсарсан байх гэх мэтээр тохиолдох нь элбэг байв.

Хөлийн хуруу тайрах мэс засал хийлгэсэн 8 / 32 % /, хөлийг өвдөгний доогуур тайрсан 2 / 8% /, хөлийг гуяны дунд хэсгээр тайрсан 14 / 56% /, идээт нэвчдэсийг нээж цэвэрлэсэн 2 / 8 % / мэс засал тус тус хийсэн.

Бид энэ үед хөлийг аль болох тайрахгүйгээр ОХУ –ын эрдэмтдийн гаргасан аргачлалын дагуу, хөлийн судас нь ангиографийн шинжилгээгээр бөглөрөлгүй нь

тогтоогдсон, идээт нэвчдэс шилбэ рүү тархаагүй тохиолдолд чихрийн шижингийн хөлийн эмгэг жамын, өргөтгөсөн хагалгааг / Симультанный патогенетический хирургический лечение / 6 өвчтөнд хийв.

Уг мэс заслын арга нь хөлийн шилбэний ясыг өрөмдөж нэгээс хоёр / декомпрессионный остеотрепенаци / цоолох, хөлийн шилбэний судас мэдрэлийн багцын гадна хальсыг 15 -20 орчим хэсэгт эргэн тойронд нь бүрэн хуулж / ретинокулотоми / авах, шэлбэний арын артерийн судасны гадна хальсыг хуулан / периартериальный сипатэктоми / авах, шилбэний арын мэдрэлийг таслахгүйгээр ширхэг, ширхэгээр нь / периэндоневролиз / салгах зэрэг үндсэн хэсэг үйлдлүүдээс бүрдэнэ. Мэс заслын дараа доплерографи хийн судасны байдлыг хянахаас гадна, хөлийн мэдрэхүйд гарч буй өөрчлөлтийг хянаж, шархны эдгэрэлт, тавхайн дээд хэсгийн судасны лугшилт, хөлийн хуруу хэсгийн дулаан, хурууны шархны эдгэрэлт, өөрт нь мэдрэгдэж буй хөл оргиж байна гэсэн асуумж, хөлийн хуруу, тавхайд гарч буй эерэг өөрчлөлтийн байдлаар эдгэрэлтийн байдлыг үнэлэв.

Бидний сонгон мэс заслын эмчилгээ хийлгэсэн чихрийн шижингийн хөл хам шинжтэй 5 өвчтөний хөлийн шарх эдгэрч, хөл хөрөхөө байж, халуун болсноос гадна, хөл тайруулах эрсдэлээс ангижирсан гэж үзэж болохоор байна.

Дүгнэлт:

1. Чихрийн шижингийн хөлийн хүндрэлээр ихэвчлэн 50 –иас дээш насны чихрийн шижингийн II –р хэлбэрээр өвдсөн, сахарын хэмжээгээ хянаж эмчилгээ хийдэггүй, 20 ммоль/л –ээс дээш сахар тодорхойлогдсон хүмүүс өвчилж, ихэвчлэн хөлийн идээт нэвчдэс, хөлийн хуруу болон тавхайн үхжилтэй болсон үедээ эмнэлэгт хандаж байна.
2. Чихрийн шижингийн хөлийн хүндрэлийн улмаас нийт мэс заслын тасагт хэвтэн эмчлүүлсэн хүмүүсийн 24 / 52,17 % / нь хөл тайруулах, 19 / 41,3 % / нь хөлийн үхэжсэн хуруу тайруулах мэс заслыг / давхардсан тоогоор / хийлгэж байна.
3. Чихрийн шижингийн хөлийн хам шинжтэй, хөлийн судасны бөглөрөлтгүй, үхжилт процесс, идээт нэвчдэсийн байдал нь шилбэний орчимд хараахан хүрээгүй тохиолдолд ОХУ –ын эрдэмтдийн санаачлан гаргасан өргөтгөсөн мэс заслыг хийх нь илүү үр дүнтэй байна.

Ном зүй:

1. Бюллетень – ВСНЦСО, РАМН -2005 он
2. Бюллетень – ВСНЦСО, РАМН -2008 он
3. Материалы съезда –Третий съезд хирургов сибири и дальнего востока
4. Хирургия №7 2009 он, 38 –р хуудас

Улсын нэгдүгээр төв эмнэлгээр үйлчлүүлэгсдийн дотор мэдрэлийн мэс заслын эмгэгтэй үйлчлүүлэгчидийн эзлэх хувийг тодорхойлох

Б.Мөнхчулуун, С.Дашцогт
Улсын нэгдүгээр төв эмнэлэг

Зорилго:

1) Улсын Нэгдүгээр Төв Эмнэлэгт /УНТЭ/ мэдрэлийн мэс засал хийх хэрэгцээ шаардлага байгаа эсэхийг тодорхойлох

Зорилт:

1) УНТЭ–ийн МЭСК–т хэвтэн эмчлүүлэгсдийн хэдэн хувьд нь мэдрэлийн мэс заслын тусламж үйлчилгээ шаардлагатай байгааг тодорхойлох
2) Мэдрэлийн мэс заслын тусламж үйлчилгээ авч чадалгүй нас барсан тохиолдлыг тодорхойлох
3) УНТЭ–ээс ШГТЭ–ийн мэдрэлийн мэс заслын тасагт шилжиж эмчлүүлсэн тохиолдол болон түүний цаг хугацааны байдалд дүн шинжилгээ хийх
4) УНТЭ–т мэдрэлийн мэс засал хийх боломж, бололцоог тодорхойлох

Судалгааны материал арга зүй:

УНТЭ-ийн МЭСК-т 2010-2012 онд хэвтэж эмчлүүлэгсдийн өвчний түүх, статистик мэдээлэл, тоо бүртгэлийг ашиглан ретроспектив аргаар судлаж, судалгааныхаа тоон үзүүлэлтийг биостатистикийн үндсэн аргуудыг ашиглан үзүүлэлтийн арифметик дундаж, дунджийн алдаа, квадрат дундаж хэлбэлзэл зэргийг microsof excel болон spss 16 программ дээр хийн гүйцэтгэв.

Судалгааны үр дүн:

1. УНТЭ нь Монгол улсын 21 аймаг, Улаанбаатар хотын 4 том дүүргийн хүн амд үйлчилдэг улсын хэмжээний харьяалалтай 3-р шатлалын эмнэлэг юм.
2. УНТЭ-ийн МЭСК нь жилдээ дунджаар 2800-3000 өвчтөнд үйлчилгээ үзүүлдгийн 35-40% нь мэдрэлийн мэс заслын тусламж үйлчилгээг ямар нэг байдлаар авах шаардлагатай байдаг байна. УНТЭ-ийн МЭСК-т тархины цус харвалт, тархины шигдээстэй өвчтөнүүд жилдээ 950-1000 орчим ирдэг бөгөөд үүнээс 60%-70% нь хурц харвалт байдгаас 60% нь мэдрэлийн мэс засал хийлгэх шаардлагатай (артери венийн эмгэг сүлжээрэл, артерийн судасны цулхэн, тархины цусан хураа, тархины хаван) эмгэгүүд байдаг байна.

УНТЭ–ийн МЭСК–т хэвтэн эмчлүүлэгсдийн
мэдрэлийн мэс заслын хийлгэх шалтгаан

Хүснэгт №1

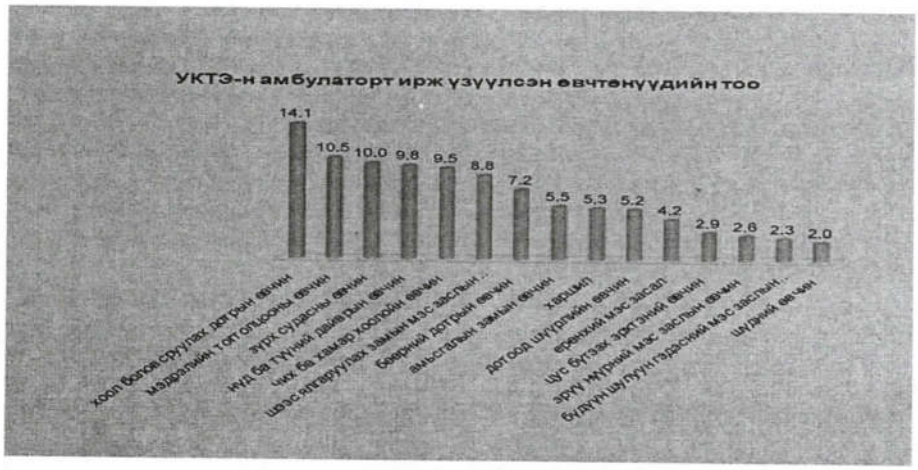
		2008	2009	2010	2011	2012	Нийт
TIA /transistec ischemic attak/		15	45	48	65	52	225
тархины цус харвалт		204	242	266	265	274	1251
тархины шигдээс		71	98	127	112	135	543
Тархины зөөлөн бүрхүүл доорх цусан хураа		21	11	5	16	19	72
Нас баралт	тархины цус харвалт	33	35	46	64	81	259
	тархины шигдээс	12	15	21	15	20	83
Нийт		356	446	513	537	581	2433

Дээрх хүснэгтээс харахад 2012 онд хурц харвалтаар тасагт ирсэн өвчтний 50% нь тархинд цус харвах хэлбэр байснаас гадна, нас баралтын 80%-ийг тархины цус харвалт эзэлж байна.Хэрэв мэдрэлийн мэс заслын яаралтай тусламж хөгжсөн байсан бол эдгээр өвчтний амь насыг 80% хүргэж аврах байсан гэж дүгнэж байна.

Мөн тархины хавдар, нугасны хавдар, нурууны нугалмайн дискийн ивэрхий зэрэг мэс заслаар эмчлэгддэг эмгэгүүд тус клиникт эмчлүүлэгсдийн 10% орчимыг эзлэж байна. Мөн УКТЭ-т MRI-н шинжилгээнд орсон хүмүүсийн 20-25% орчим нь мэдрэлийн мэс заслын эмчийн зөвлөгөө авах мэс засал хийлгэх шаардлагатай байдаг байна.

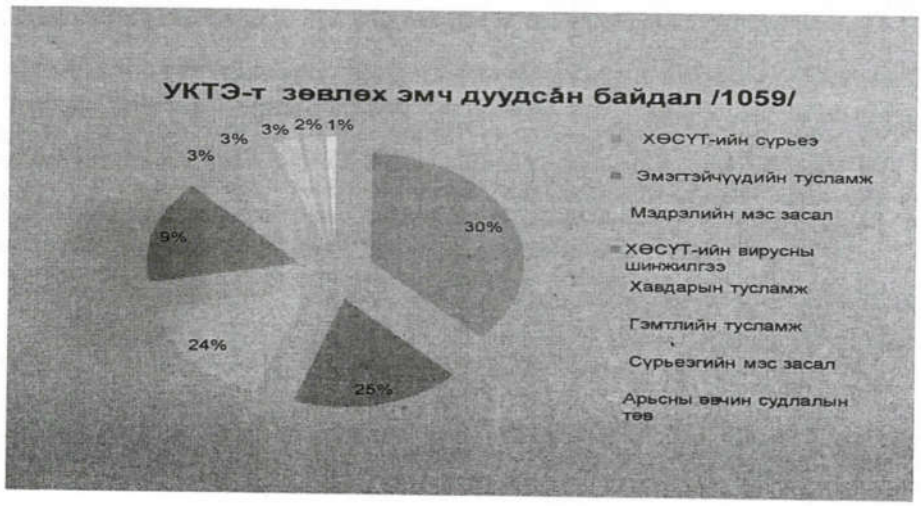
3. Монгол улсыг 2008 онд тархины харвалтын тохиолдол, түүнээс шалтгаалсан нас баралтаар өндөр орны тоонд бүртгэсэн бөгөөд харвалт ба түүний нас баралт жилээс жилд ихсэж байгаатай холбогдон ДЭМБ, Мянганы Сорилтын Сангаас Халдварт бус өвчнийг бууруулах үйл ажиллагаанд "Зүрхний шигдээс ба харвалт" төслийн хүрээнд Хурц харвалтын тасгийг 2012 онд УКТЭ дээр байгуулан дуусгаж, тархины харвалтын эмчилгээг чанартай хийх зорилт тавьж байгаа бөгөөд энэ зорилго нь мэдрэлийн мэс заслын эмчилгээгүйгээр төгс биелэгдэх боломжгүй юм. Бид тархины шигдээсийг бүлэн хайлуулах эмчилгээгээр шийдэж болох юм гэхэд тархины цусан хурааг мэс заслын эмчилгээгүйгээр зарим тохиолдолд амь насыг аврах боломжгүй юм. Мөн том судасны бөглөрлийн үеийн тархины хурц хавангийн үед ч мэс засал эмчилгээ өвчтөний амийг аврах болно.

4. УНТЭ-н амбулоториор ирж үзүүлсэн өвчтөнүүдийн тоог харахад мэдрэлийн тогтолцооны өвчин дотрын өвчний дараа 2-р байрт орж байна./диаграмм №1/



Диаграмм №1. УНТЭ-н амбулоториор ирж үзүүлсэн өвчтөнүүдийн тоо

5. УНТЭ-т гаднаас нарийн мэргэжилийн эмч дуудсан статистик тоо баримтаас харахад мэдрэлийн мэс заслын эмч дуудаж хүн үзүүлсэн тоогоор эхний 3 тэргүүлэх байранд орж байна. /диаграмм №2./



Диаграмм №1. УНТЭ-т нарийн мэргэжилийн эмч дуудсан тоо

6. Хөгжиж байгаа, хөгжингүй, өндөр хөгжилтэй орнуудын адил шатлалын тусламж үзүүлдэг эмнэлгүүдийн зохион байгуулалт мэдрэл, мэдрэлийн мэс заслын хөгжилийн чиг хандлагыг харахад манай эмнэлэгт зайлшгүй мэдрэлийн мэс

заслын тасаг байх шаардлагатай байгаа бөгөөд мэдрэл болон мэдрэлийн мэс заслын тасаг аль аль нь байгаа тохиолдолд л мэдрэлийн тусламж үйлчилгээг цогцоор нь хүргэх боломж бүрддэг байна.

Дүгнэлт:

1) УНТЭ-н МЭСК- нь жилдээ дунджаар 2800-3000 өвчтөнд үйлчилгээ үзүүлдэгийн 30-35% нь мэдрэлийн мэс заслын тусламж үйлчилгээг ямар нэг байдлаар авах шаардлагатай байдаг байна.
2) Жилдээ дунджаар 20-25 өвчтөн мэдрэлийн мэс заслын тусламж үйлчилгээ авч чадалгүй нас барж байна.
3) Жилдээ дунджаар100-110 өвчтөн УНТЭ–ээс ШГТЭ–ийн мэдрэлийн мэс заслын тасагт шилжин эмчлүүлдэг бөгөөд энэ нь цаг хугацаа алддах, хүндрэлийннэг шалтгаан болж байна.
4) УНТЭ нь мэдрэлийн мэс заслаар бэлтгэгдсэн 2 эмчтэй, тоног төхөөрөмж, багажийн шинэчлэлт хийж байгаа нь уг хагалгааг хийх боломжийг бүрдүүлж байна.

Мэдрэлийн мэс заслын асуудал нь манай эмнэлэгийн нэн тулгамдсан асуудлын нэг бөгөөд уг салбарыг хөгжүүлэх нэн шаардлагатай байгаа нь дээрх судалгаанаас харагдаж байна.

Улсын нэгдүгээр төв эмнэлгийн Ерөнхий мэс заслын клиникт хийгдэж буй өвдөгний үеийг хиймэл үеэр солих мэс заслын 6 жилийн үр дүнгээс

М.Отгонбаяр, С.Дашцогт, М.Тэмүүлэн, Чойдог, Түвшинжаргал
Улсын Нэгдүгээр Төв Эмнэлэг

Судалгааны ажлын үндэслэл:

Остеоартроз, төрөлхийн үе мөчний дутуу хөгжил, үе мөч-холбоосний системийн өвчин зэрэг архаг, даамжрах өвчний төгсгөлийн үед хүн хөдөлмөрийн чадвараа алдан, тахир дутуу болж өөрөө өөртөө үйлчлэх чадвараа алддаг. Үе мөчөнд эргэшгүй эмгэг өөрчлөлт орж бүтэц, үйл ажиллагаа нь гүнзгий алдагдан, байнгын өвдөлт, зовиур шаналгаатай болсон өвчтөний үндсэн үеийг мэс заслын аргаар авч хиймэл үе оронд нь суулгах мэс засал нь (артропласти) өндөр үр дүнтэй болох нь батлагдаад олон жил болж байна. Энэ мэс заслын гол үр дүн нь алсын үр дүн болох үйлчлүүлэгчийн хөдөлмөрийн чадварын сэргэлт, амьдралын чанарын үзүүлэлтээр үнэлэгддэг. Манай эмнэлгийн хувьд энэ төрлийн мэс засал хийгээд 6 жилийн нүүр үзэж байна. Бид хийсэн мэс заслынхаа алсын үр дүнг тооцох зорилгоор уг судалгааны ажлыг хийлээ.

Судалгааны ажлын зорилго, зорилт:

УНТЭ-ийн ЕМЗК-т хийгдэж байгаа үеийг хиймэл үеэр солих мэс заслын алсын үр дүнг тодорхойлох бөгөөд зорилгодоо хүрэхийн тулд дараах зорилтыг дэвшүүлэв:

- Хиймэл үе суулгах мэс заслын тоо, мэс заслын заалт
- Мэс заслын дараа өвчтөний явах чадварын сэргэлт, бие даан явж чаддаг болсон хугацааг тогтоох
- Мэс заслын өмнө болон дараах зовиурыг харьцуулан судлах
- Өвдөгний үеийг нэг, нэгээр нь ээлжлэн хиймэл үе суулгах /ХҮС/ мэс заслын эмчилгээний үр дүнг судлах.
- Өвдөгний 2 үеийг зэрэг хиймэл үеэр солих мэс заслын үр дүнг судлах
- Дээрх 2 мэс заслын эмчилгээний хүндрэлийг харьцуулан тооцох /мэс заслын дараах өвдөлт, цус алдалт, хөлний хөдөлгөөний сэргэлт, ор хоног/.
- Клиник үр дүн, хүндрэл (давтан мас засалд орсон эсэх), амьдралын чанарыг тооцож эмчилгээ үйлчилгээний тохиромжтой арга барилыг боловсруулах.

Судалгааны материал, арга зүй:

УНТЭ-ийн ЕМЗК-т 2008-2013 онд хэвтэж эмчлүүлэгсдийн өвчний түүх статистик мэдээлэл, тоо, бүртгэлийг ашиглан ретроспектив аргаар судалж судалгааныхаа тоон үзүүлэлтийг биостатистикийн үндсэн аргуудыг ашиглан microsof excel болон spss 16 программаар статитистик боловсруулалт хийв.

Судалгааны ажлын үр дүн:

УНТЭ-ийн ЕМЗК-т 2008-2013 оны хооронд хиймэл үе солих мэс засал хийлгэсэн 351 өвчтөнд судалгаа хийсэн.

Нийт хиймэл үе суулгах мэс заслын тоо

Хүснэгт№1

Он	Хоёр өвдөгний үе	Нэг өвдөгний үе	Түнх	Нийт сольсон үе	Нийт өвчтөн
2008	2	11	2	17	
2009	8	12	3	31	
2010	11	15	2	39	
2011	34	36	24	128	
2012	80	49	30	239	
2013	15	12	5	47	
Нийт	150	135	66	501	351

Хүснэгтээс харахад 150 өвчтөн хоёр өвдөг, 135 өвчтөн нэг өвдөг, 66 өвчтөн түнхний үеийг хиймэл үеэр солих мэс засал хийлгэсэн байна.

Зураг1: *Нэг өвдөгний үений гүнзгий артроз өөрчлөлт, хиймэл үе суулгасны дараах байдал*

Зураг2: *Хоёр өвдөний үений гүнзгий артроз өөрчлөлт, хиймэл үе суулгасны дараах байдал*

1. Нийт өвдөгний үенд ХҮС мэс засал хийлгэсэн өвчтөнийг хүйсийн хувьд авч үзвэл 215 эмэгтэй 43 эрэгтэй /83,4%-эмэгтэй, 16,6%-эрэгтэй/ насны хувьд хамгийн залуу нь 27 настай, ахмад нь 87 настай байв.
2. **50-60** насны өвчтөний тоо нийт мэс засалд орогсдийн 29,1%, **60-70** насны өвчтний тоо нийт мэс засалд орогсдийн 35,66%, **70 дээш** нийт мэс засалд орогсдийн 22,87%, **50** доош насны өвчтөн 12,41 %-ийг эзэлж байна. Харьцангуй залуудаа мэс засалд орох шалтгаан нь хоёрдогчоор үүссэн хэрх болон гэмтлийн улмаас үүссэн остеоартроз байсан.
3. Хиймэл үеэр солих мэс засал хийх гол заалт нь үений хүнд хэлбэрийн бүтцийн өөрчлөлт буюу үений III-IV зэргийн остеоартрозын тохиолдол 100% байна.
   Бүтцийн өөрчлөлтөнд хүргэж байгаа гол нөлөөлөх хүчин зүйл нь таргалалт (нийт өвчтөний 89% нь жингийн илүүдэлтэй, тэдгээрийн 65% нь биеийн жингийн илүүдэл 15%-с дээш байв), хөдөлгөөний хомсдол, үе мөчний биеэ даасан эмгэг (ревматоидный полиартрит 16 өвчтөн - 6.2%, сүрьеэгийн гаралтай артроз 2 өвчтөн 0,76%) эзэлж байна.
   Ихэнх өвчтөнгүүд өвчин намдаах эмийг өдөр бүр байнга 1-4 удаа хэрэглэдэг нь их зовиур шаналгаатай байдгыг илтгэж байна.
4. Дээрх мэс заслын дараах өвчтөнгүүд 1-2 дахь хоногоос бүгд явж эхлэх ба 7-10 дахь хоногоос нэг таягтай явж чаддаг болсон. Энэ нь Нэг өвдөгний үе солих мэс засал ба Хоёр өвдөгний үе солих мэс засал үед адил байв.
   Хяналтын рентген зургийг мэс заслын дараа шууд, хагалгааны дараах 3 сарын дараа болон 1 жил тутам авч хянав.
5. Мэс заслын дараах хиймэл үений гэмтэл, мултрал, асептик ховхролт гараагүй болно. 1 тохиолдолд үений эрт үеийн халдвар, 1 тохиолдолд эрт үеийн халдвараас улбаалсан ховхролтийн хүндрэл гарсан. Дээрхи хүндрэл нь Хоёр өвдөгний үе солих мэс заслын дараа бус харин Нэг өвдөгний үе солих мэс заслын дараа гарсан байна. Мөн мэдрэлийн саажилт, судасны бүлэнт бөглөрөлт, үений холбоосын гэмтэл зэрэг бусад хүндрэлүүд гараагүй болно
6. Мэс заслын дараах цус алдалт нь Хоёр өвдөгний үе солих мэс заслын үед хаьцангуй их ба 600-1000мл орчим Нэг өвдөгний үе солих мэс заслын үед 300-500 мл орчим гарч байгааг донорын болон өөрийн цусаар нөхөх эмчилгээгээр зохицуулж байна.
7. Мэс заслын дараах 1сараас өвчтөн чөлөөтэй явж, ажлын чадвар сэргэсэн, 3 сарын дараагаас өвчин намдаах эмийг хэрэглэхгүй шаардлагагүй болсон.

Дүгнэлт:

1. 2008-2013 оны хооронд нийт 351 өвчтөнд хиймэл үе солих мэс засал хийсэн. Гэхдээ энэ төрлийн мэс засал хийлгэх шаардлагатай өвчтөн олон байгаа ч манай эмнэлгийн хүчин чадал дутмаг, эмч мэргэжилтний хүрэлцээ хангалтгүй байна.
2. Мэс засал хийх гол заалт нь өвдөгний үений хүнд хэлбэрийн бүтцийн өөрчлөлт буюу өвдөгний үений III-IV зэргийн остеоартроз тохиолдол 100% байна.
3. Мэс заслын өмнө өвчтөнгүүд өвчин намдаах эмийг өдөр бүр байнга 1-4 удаа хэрэглэдэг нь их зовиур шаналгаатай байдгыг илтгэж байна. Мэс заслын дараах 1сараас өвчтөн чөлөөтэй явж, ажлын чадвар сэргэсэн, 3 сарын дараагаас өвчин намдаах эмийг хэрэглэхгүй шаардлагагүй болсон.

4. Хоёр өвдөгний үеийг зэрэг хиймэл үеэр солих мэс заслыг, нэг өвдөгний үеийг хиймэл үеэр солих мэс засалтай харьцуулбал

Давуу тал нь:

a. Нэг мэдээ алдуулалтаар зэрэг 2 мэс засал хийлгэнэ
b. Ор хоног богино /нэг удаа хэвтэнэ/
c. 2- үений хөдөлгөөн мэс заслын дараа зэрэг сэргэнэ
d. Зардал багатай

Хүндрэлтэй тал нь:

а. Мэс заслын дараа шарханд тавьсан гуурсаар гарах цусны хэмжээ 2 дахин их.
б. Ихэнхи тохиолдолд цус цусан бүтээгдэхүүн сэлбэх хэрэгтэй болдог.

Адил тал нь:

а. Шархны эдгэрэх хугацаа
в. Үений хөдөлгөөн сэргэх хугацаа
с. Өвдөлтийн хүч /Перидураль гуурстай үед/ адил
д. Мэс заслын дараа гарч болох бусад хүндрэлүүд/ Мэдрэлийн саажилт, судасны бүлэнт бөглөрөлт, үений холбоосын гэмтэл,халдвар/ манай тохиолдолд ялгаа байхгүй харин ч гарсан 2 хүндрэл Нэг өвдөгний үе солих мэс засал дараа гарсан болно.

Ном зүй:

1. S.Terry Canale editor by "Campbell's Operative Orthopaedics" 11th edition
2. Stanley Hoppenfeld, Piet deBoer , Richard Buckley "Surgical Exposures in Orthopaedics: The Anatomic Approach"
3. Kim J, Nelson CL, Lotke PA. Stiffness after total knee arthroplasty: Prevalence of the complication and outcomes of revision. *J Bone Joint Surg Am.* 2004;86:1479–84. [PubMed]
4. Ranawat CS, Ranawat AS, Mehta A. Total knee arthroplasty rehabilitation protocol: What makes the difference? *J Arthroplasty.* 2003;18:27–30. [PubMed]
5. Bhave A, Mont M, Tennis S, Nickey M, Starr R, Etienne G. Functional problems and treatment solutions after total hip and knee joint arthroplasty. *J Bone Joint Surg Am.* 2005;87:9–21. [PubMed]
6. Ulrich SD, Bhave A, Marker DR, Seyler TM, Mont MA. Focused rehabilitation treatment of poorly functioning total knee arthroplasties. *Clin Orthop Relat Res.* 2007;464:138–45. [PubMed]
7. Dahlen L, Zimmerman L, Barron C. Pain perception and its relation to functional status post total knee arthroplasty: A pilot study. *Orthop Nurs.* 2006;25:264–70. [PubMed]
8. Scientific Articles | June 01, 2007
   Safety of Simultaneous Bilateral Total Knee Arthroplasty: A Meta-Analysis
   Camilo Restrepo, MD[1]; Javad Parvizi, MD, FRCS[1]; Thomas Dietrich, MD, DMD, MPH[2]; Thomas A. Einhorn, MD[3]

Улсын нэгдүгээр төв эмнэлэгт дурангаар цөсний хүүдий авах хагалгааны дараах хүндрэлийн байдалд хийсэн судалгаа

С.Отгонбаяр, зөвлөх эмч Г. Нямхүү, С. Эрдэнэ, О. Ганбат, С.Дашцогт, Б.Бат-Ирээдүй, Б.Жавхлантөр, Л.Ганхуяг, Ч. Батбулган
АУ-ны Доктор Л. Амгалан, АШУ-ны Доктор О. Сэргэлэн
Улсын нэгдүгээр төв эмнэлэг

Үндэслэл:

Цөс чулуужих өвчин нь хөгжиж буй орнууд төдийгүй өндөр хөгжилтэй орнуудад хүн амын 10-аас дээш хувьд тохиолдож, түүний улмаас зайлшгүй мэс засал хийлгэх шаардлагатай байгаа хүний тоо төдийлэн буурахгүй байна.

Сүүлийн жилүүдэд хийгдсэн тархвар зүйн судалгаагаар өндөр хөгжилтэй орны насанд хүрэгчдийн 10-15%, Европт насанд хүрэгчдийн 10-15%, ОХУ-т 3-12%, Ази, Африкт 3-5%, Азийн орнуудаас Тайванд хүн амын 10,7%, Өмнөд Солонгос, Япон, Хятад зэрэг оронд хүн амын 5-10%, Энэтхэгт хүн амын 6,1% цөс чулуужих өвчинтэй гэж тогтоогдсон байна.

Мөн дэлхийн тархвар зүйн судалгаагаар 5 эмэгтэй тутмын нэг, 10 эрэгтэй тутмын нэг цөс чулуужих өвчнөөр өвдөж байна гэжээ.

Манай орны хувьд ч Эрүүл мэндийн яамны харъяа Эрүүл мэндийн хөгжлийн төвийн гаргасан 2009-2011 оны мэдээгээр Монгол улсад хийгдэж байгаа мэс заслын яаралтай эмгэгүүдийн тоо, хүндрэл, нас баралтыг гурван жилийн давтамжтайгаар харьцуулахад хэвлийн хөндийн яаралтай мэс заслаас хоёр дугаарт орж цөсний хүүдийн чулуут үрэвслийн улмаас мэс засал хийгдэх хүний тоо жилээс жилд ихсэж үүнээс үүдэн гарах хүндрэл ч төдийлэн буурахгүй байна.

Орчин цагийн техникийн хөгжил дэвшлийн нэг бол анагаах ухаанд дуран авайн тусламжаар аливаа өвчнийг оношлох, эмчлэх явдал өндөр хурдацтай өргөжин хөгжиж байгаагийн дотор дурангийн мэс засал гэсэн бүхэл бүтэн салбар хүрээгээ тэлсээр байна. Дэлхийд анх удаа 1987 оны 3-р сарын 1-нд Франц улсын Лион хотын мэс засалч Phillipe Mouret дурангаар цөсний хүүдий авах мэс заслыг хийснээр энэхүү арга нь орчин үеийн цөс чулуужих өвчний эмчилгээний "Алтан стандарт" гэж нэрлэгдэх хүртлээ хөгжиж иржээ. Өнөөгийн байдлаар Америкт жилд 750000 хүн цөсний хүүдий авах хагалгаа хийгддэг ба дурангаар цөсний хүүдий авах хагалгаа 95% эзэлж байна. Европт цөсний хүүдий авах мэс заслын 98% нь дурангаар хийгдэж байгаа ба манай оронд анх удаа УКТЭ-т 1994 онд дурангаар цөсний хүүдий авах хагалгаа хийсэн түүхтэй билээ.

УНТЭ-т сүүлийн 5 жилд цөсний хүүдий дурангаар авах мэс заслын эзлэх хувь 2008 онд 202(18,2%), 2009 онд 145 (16,4%), 2010 онд 140 (12.18%) 2011 онд 289 (26.2%) 2012 онд 603 (59%) болж өсжээ.

Дурангаар цөсний хүүдий авах хагалгааны үед цөсний цоргонуудын гэмтэл 0,5%байдаг ба нээлттэй хагалгаанаас 2 дахин илүү, шарх идээлэх хүндрэл 1%, гэдэс гэмтэх 0,3-0,4%, цөс шүүрэх 0.38%, цөсний замын нарийсал, артерийн судасны гэмтэл, цөсний хүүдий цоорч чулуу асгарах, хэвлийн буглаа үүсэх, нойр булчирхайн

үрэвсэл, том судасны гэмтэл, хагалгааны дараа ивэрхий үүсэх зэрэг хүндрэлүүд тохиолддог байна.

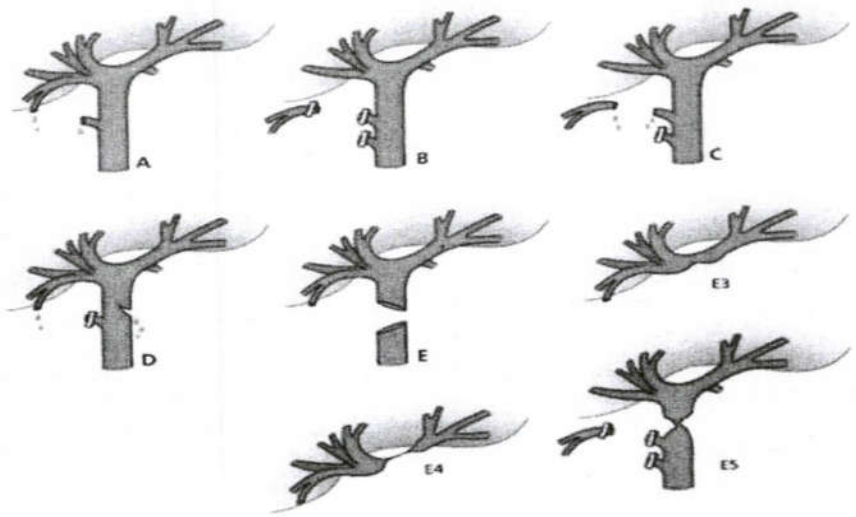
Хэвлийн дурангийн хагалгааны хүндрэлийг
1. Мэдээ алдуулалттай холбоотой хүндрэл
2. Хагалгаатай холбоотой хүндрэл гэж ерөнхийд нь хуваадаг.

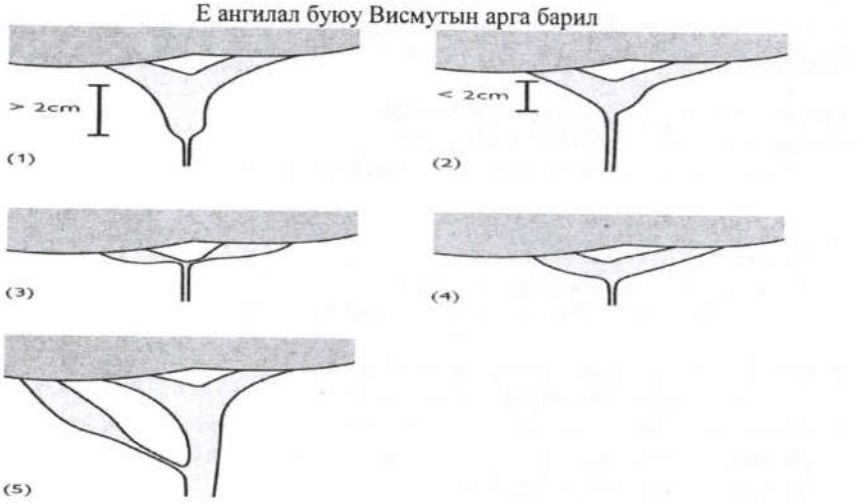
Хугацаагаар нь
1. Хагалгааны үеийн ба 24 цагийн дотор
2. Хагалгааны дараах эрт үе ба 2-14 хоногт
3. Хагалгааны дараах хожуу үе ба 15 хоногоос дээш гэж ангилна.

Дурангийн хагалгааны үед цөсний ерөнхий цоргоны гэмтлийн хэлбэрүүд
1. Түгээмэл хэлбэр (цөсний гадна замын гэмтэл)
2. Цөсний хүүдийн цоргоны гэмтэл ба цөсний ерөнхий цоргоны гэмтэл хавсрах
3. Цөсний хүүдийн цоргоны гэмтэл ба элэгний баруун цоргоны гэмтэл
4. Элэгний баруун цоргыг андуурч хавчих, таслах
5. Цөсний ерөнхий цоргоны түлэгдэлт, цооролт
6. Цөсний ерөнхий цорго түлэгдэж сорвижон нарийсах
7. Цөсний хүүдийн цоргоор цөс шүүрэх, хавчуур мултрах

Анатомийн онцлогоос хамаарсан цөсний ерөнхий цоргоны гэмтэл 7-15% байдаг ба хагалгааны техникээс хамаарсан гэмтэл 40-53% байдаг гэж үзжээ. [Vezaks.A Davides.D.2000.]

Цөсний цоргын гэмтлийн ангилал /Strasberg 1995/





Зорилго:

Дурангаар цөсний хүүдий авах хагалгааны хүндрэл, нас баралтын шалтгаан, түүнд нөлөөлөх хүчин зүйлсийг судлаж үнэлэлт өгөх

Зорилт:

1. Дурангаар цөсний хүүдий авах хагалгааны дараах хүндрэлийн, шалтгааныг тогтоох
2. Шалтгаанд нөлөөлөх хүчин зүйлүүдийг тодорхойлох
3. Дурангаар цөсний хүүдий авах хагалгааны үеийн цөсний ерөнхий цоргоны гэмтлийн байрлал, зэргийг тогтоох
4. Дурангаар цөсний хүүдий авах, нээлттэй цөс авах хагалгааны үеийн цөсний ерөнхий цоргоны гэмтлийг харьцуулах
5. Дурангаар цөсний хүүдий авах хагалгааны хүндрэлээс сэргийлэх боломжийг судлах

Судалгааны арга аргачлал:

Энэхүү судалгааг 2007-2012 онд УНТЭ-т дурангаар цөсний хүүдий авах хагалгаа хийгдэж хүндэрсэн 8 тохиолдолд ретроспектив судалгаа хийв.
Дээрх тохиолдлуудын шалтгааныг тодруулах, түүнд нөлөөлөх хүчин зүйлийг тогтоох зорилгоор тусгайлан боловсруулсан асуумжийн дагуу өвчний түүх, хагалгааны протоколоос түүвэрлэлт хийж, үр дүнг SPSS программ ашиглан боловсруулж, үнэлэлт дүгнэлт хийнэ.

Судалгааны ажлын үр дүн:

Судалгаанд хамрагдсан өвчтөнүүд бүгд эмэгтэй. Насны байдлаар 26-66 насны дундаж нас 45.6. Хагалгааны дараах хүндрэлийг нарийвчлан үзвэл цөсний хүүдийн цоргоны хавчаар суларсан 1, цөсний ерөнхий цорго гэмтэж цоорсон 1, Люшка-гийн цорго 1, Хэвтэшнээс цус алдсан 1, Цөсний ерөнхий цоргын түлэгдэлт, цооролт 2, Цөсний ерөнхий цоргыг андуурч тасалсан 1 тохиолдол байсан.
Цөсний замын гэмтлийг нөхөн сэргээх дараах арга хэмжээг авсан ерөнхий цоргонд Т гуурс тавьсан 3, цөсний ерөнхий цоргонд оёдол тавьсан 2, цөсний ерөнхий цоргонд РУ залгалт хийсэн 1, хэвтэшний цус тогтоолт хийсэн 1 байна.
Давтан хагалгаа: 1 удаа давтан хагалгаа хийлгэсэн 4, 2 удаа давтан хагалгаа хийлгэсэн 2, 3 удаа давтан хагалгаа хийлгэсэн 1

Дүгнэлт:

1. УНТЭ-т цөсний хүүдий дурангаар авах хагалгааны үед цөсний ерөнхий цоргоны гэмтэл 8 буюу (0.5%) байна.
2. Цөсний ерөнхий цоргоны гэмтлийн хувьд Bismuth I хэлбэр 4, Bismuth II хэлбэр 3 тус тус тохиолджээ.
3. Цөсний хүүдий дурангаар авах хагалгаа нээлттэй хагалгаанд шилжсэн шалтгаан, түвшинг нарийн судлах боломжгүй бүртгэл байхгүй.

Хэлцэмж:

1. Цөсний хүүдийг дурангаар авах мэс заслын эзлэх хувь Европ болон Америк зэрэг ихэнх оронд 90-98% байдаг бол УНТЭ-т 2012 онд 59% байна.
2. Дурангаар цөсний хүүдий авах хагалгааны үед цөсний ерөнхий цоргоны гэмтэл Европын орнуудад 0.3-0.6% байдаг бол УНТЭ-т 0.5% байна.

Ном зүй:

1. Батсайхан. Н, Пак Кван Тэй, Алтантуяа.Т, Түмэнбаяр. Д, Булган. Ч, Хэвлийн дурангийн аргаар цөсний хүүдий авах хагалгааны үеийн цөсний ерөнхий цоргоны гэмтэл. Мэс засалч эмч нарын 6-р чуулганд зориулсан эрдэм шинжилгээний илтгэлийн хураангуй. 2007; 19-21
2. Гоош. Б Элэг, цөс, нойр булчирхайн мэс заслын өвчин. УБ. 1994; 44-47.
3. Гоош. Б Мэс заслын өвчин. УБ, 2000; 437-464.
4. Гоош.Б, Даваацэрэн.Н, Баасанжав.Н бусад
   Мэс заслын өвчин. Улаанбаатар. ADMON 2000 он,
5. Даваадорж. Н, Нямхүү. Г, Ганболд.С, Ганзориг.Г, Отгонбаяр.М, Онон.Б Хэвлийн дурангийн мэс засал. Мэс засал сэтгүүл 2004: 54-56
6. Долгор.П, Гоош.Б, Даваацэрэн.Н,Мөнхтогоо.Б
   Мэс заслын зарим өвчний оношлогоо эмчилгээ.Улаанбаатар, АУИС-ийн хэвлэлийн товчоо; 1995он,
7. Нямхүү.Г, Даваадорж.Н Цөсний хүүдий авах дурангийн хагалгааны хүндрэл, түүнээс урьдчилан сэргийлэх, авах арга хэмжээ. Хэвлийн дурангийн мэс заслын орчин үеийн ололт илтгэлийн хураангуй 2005: 1-5

8. Нямхүү.Г, Рашер.А.Н, Даваадорж.Н,, Эрдэнэ.С Цөсний хүүдий дурангаар авах хагалгааны хүрцийн хувилбар. Монгол-Оросын мэс засалчдын эрдмийн бүтээл УБ 2006: 11-12
9. Пак Кван Тэй. Цөсний ерөнхий цоргын гэмтэл. Хэвлийн дурангийн мэс заслын орчин үеийн ололт илтгэлийн хураангуй. 2005. 5-9
10. Сэргэлэн.О, Өнөрсайхан. Ч, Энхцэцэг. Б, Цөсний замын идээт өвчнүүдийн үрэвслийн шалтгаан, мэс засал болон эмэн эмчилгээний асуудалд. Монгол-Оросын мэс засалчдын эрдмийн бүтээл сэтгүүл. УБ. 2006:190-191
11. Феодоров, С.В, Сигал Е.И, Оринцов. В.В, Эндоскопическая хирургия 1998
12. Лелявич. О.Э, Гордеев.С.А, и Прохоров. Ю.А. Эндовидиохирургические методики в лечений больныйх желчнокаменной болезнью. Хирургия. 2007;7;16-20.

Хиймэл үе суулгах мэс заслын дараа СВС системээр цус сэлбэх эмчилгээ хийсэн үр дүнгээс

М.Тэмүүлэн, М.Отгонбаяр, С.Дашцогт
Temuulen2009@gmail.com
Улсын нэгдүгээр төв эмнэлэг

Үндэслэл:

- Өнөө үед донорын цус цусан бүтээгдэхүүн сэлбэх эмчилгээ хийхээс аль болох зайлсхийхэд чиглэгдэх[1,7,6] болсон.
- Сүүлийн жилүүдэд тус эмнэлэгт хийгдэж байгаа өвдөг түнхний үенд хиймэл үе /эндопротез/ суулгах мэс заслын тоо эрс ихэсч жилд дунджаар 200 гаруйг хийж байна. Үүнээс 2012 онд хийгдсэн дээрхи төрлийн нийт мэс заслын 60% орчмыг нэг мэдээ алдуулалтаар 2 үенд зэрэг хиймэлүе суулгах мэс заслын тоо эзэлж байгаа нь энэ мэс заслын дараа хийгдэх цус цусан бүтээгдэхүүн сэлбэх эмчилгээний дэвшилтэт технологийг[3,4,5] нэвтрүүлэх зайлшгүй шаардлага үүссэн.
- Бид 2012 оны 9 сараас эхлэн нэг мэдээгүйжүүлэг дор 2 үенд зэрэг хиймэл үе суулгах мэс заслын (ХҮСМЗ) дараа, СВС системээр (**CBCII Blood Conservation System)** мэс заслын шархнаас гарах цусыг шүүж эмчлүүлэгчид өөрт нь буцааж сэлбэх эмчилгээг амжилттай нэвтрүүлж ,тогтмол хэрэглэж байгаа.

Түлхүүр үг:

ХҮСМЗ-н дараа донорын ба өөрийн (Transfusion) цус цусан бүтээгдэхүүнийг сэлбэх.

Зорилго, Зорилт:

- Тус эмнэлэгт ХҮС мэс засал хийгдсэн эмчлүүлэгчдын мэс заслын дараа шарханд тавигдсан гуурсаар гарах цусны хэмжээ, алдсан цусыг **эмчлүүлэгчийн өөрийн**

(auto-transfusion) болон **донорын** цус, цусан бүтээгдэхүүнээр нөхөх эмчилгээний клиникийн болон эдийн засгийн үр дүнг тооцох.

- CBC систем (CBCII blood conservation system) болон ердийн шархны вакуум соруулыг энэ мэс заслын дараа ашигласан байдлыг судлаж, алдсан болон сэлбэсэн нийт цус цусан бүтээгдэхүүний хэмжээг тооцох
- Гадны орны ижил төрлийн судалгаануудтай харьцуулах

Шинэлэг тал:

Монгол улсад орчин үеийн эмчилгээний дэвшилтэт төхөөрөмж /CBCII blood conservation system/-г анх нэвтрүүлж, ХҮС мэс заслын дараа шархны гуурсаар гарах цусыг эмчлүүлэгчид өөрт нь буцааж сэлбэх эмчилгээг амжилттай хийж байгаа.

Судалгааны материал, арга зүй :

- 2012 оны нэг сараас 2013.02.30-ны хооронд УНТЭ-т ХҮС мэс засал хийгдсэн 187 эмчлүүлэгчийн өвчний түүх, тоо бүртгэлийг ашиглан ретроспектив аргаар судалж судалгааны тоон үзүүлэлтийг биостатистикийн үндсэн аргуудыг ашиглан,Microsoft excel болон spss 16 программаар статистик боловсруулалт хийв.
- Дээрх хугацаанд нийт **187-н** эмчлүүлэгчид **279-н** ХҮС мэс засал хийсэн (**2** өвдөгний үенд зэрэг **92**, нэг өвдөгний үенд **61** , өвдөг түнхний үенд зэрэг **2**, түнхний үенд **34-**г хийжээ)
- 2012-нд АНУ-д гарсан цус цусан бүтээгдэхүүн сэлбэх эмчилгээний[6] зөвлөмжийн баримтлан мэс заслын дараах 1-3 хоногт HGB=7 g/dL-7.3g/dl болж багассан нөхцөлд цус цусан бүтээгдэхүүн сэлбэх эмчилгээг хийсэн ба дээрх бүх эмчлүүлэгчидэд мэс заслын өмнө хийсэн цусны шинжилгээд цус багадалтын шинж илрээгүй.
- **Бүлэг -1т** нэг мэдээгүйжүүлэгтэй 2 үенд ХҮСМЗ зэрэг хийлгэсэн эмчлүүлэгчид **ердийн вакум** гуурс хэрэглэсэн нийт **53-н** тохиолдол хамрагдсан бөгөөд мэс заслын дараа шархны гуурсаар алдсан дундаж цус **1200мл** ба бүх тохиолдолд дунджаар **донорын ДУБ-250мл-г болон ШХС-300мл-**г тус бүр сэлбэсэн байна.
- **Бүлэг -2т** нэг мэдээгүйжүүлэгтэй 2 үенд ХҮСМЗ зэрэг хийлгэсэн эмчлүүлэгчид **CBC системийг** хэрэглэн нийт **39-н** дохиолдол хамрагдсан бөгөөд мэс заслын дараа **CBC системд** хуримтлагдсан дундаж цус **1150мл** үүнээс эмчлүүлэгчид буцааж өөрт нь сэлбэсэн дундаж цусний хэмжээ **900мл** байсан ба аль ч тохиолдолд донорын цус цусан бүтээгдэхүүн сэлбэх эмчилгээ хийгээгүй.
- **Бүлэг-3т** нэг үенд ХҮС мэс заслын шарханд **ердийн вакум гуурс** тавигдсаннийт **95-н** тохиолдол хамрагдсан бөгөөд мэс заслын дараа шархны гуурсаар алдсан дундаж цус **600мл** байсан. Эдгээр **95** тохиолдлын **9%-д** нь донорын **ДУБ -250мл** орчмыг сэлбэсэн байна.

Энгийн вакум соруул болон Constavac CBCII blood conservation system

Хэлэлцэмж

- 2 Үенд хиймэл үе зэрэг суулгах мэс заслын дараа шархны гуурсаар дунджаар 1200мл орчим хэмжээний цус алддаг,алдсан цусыг нөхөх эмчилгээг зайлшгүй хийх шаардлагатай[1,2,3,4,5] байдаг. Манай оронд донорын цус, цусан бүтээгдэхүүний олдоц ховортой, нэгэнт энэ мэс заслын дараа манайд ашиглаж байгаа дэвшилтэт технологийн үр дүнг тооцох шаардлага байна.

Хүснэгт 1: *Бүлэг тус бүрийг ялгаж, нарийвчлан харуулбал*

Ангилал	**Бүлэг 1**	**Бүлэг 2**	**Бүлэг 3**
Хамрагдагсад	53	39	95
Нас	62±13	63±16	67±19
Хүйсын харьцаа (эр/эм)	(7/46)	(13/26)	(19/76)
Мэс заслын хугацаа	150±20 мин	150±20 мин	90±15 мин
Мэс заслын дараа гуурсаар гарсан цусны хэмжээ	1200±350мл	1200±400мл	600±200мл
Мэс заслын дараах 1-3 хоногт хийсэн шинжилгээний өөрчлөлт	WBC= 11*10^{9}/L± 2.3**HGB=7.3g/dl± 0.4** RBC= 2.5*10^{12}/L± 0.4 HCT=24%±3 PLT=250*10^{9}/L±60	WBC= 11*10^{9}/L± 2.4**HGB=9.3g/dl± 0.7** RBC= 2.9*10^{12}/L± 0.4 HCT=28%±3 PLT=260*10^{9}/L ±50	WBC= 11*10^{9}/L± 2.1**HGB=8.4g/dl± 1.5** RBC= 2.8*10^{12}/L± 0.6 HCT=26%±5 PLT=255*10^{9}/L ±50
CBC system-р сэлбэсэн цус	0мл	**900±200мл**	0мл
Донорын ДУБ/ШХС сэлбэсэн хэмжээ	**ДУБ 250±60мл / ШХС 300±60мл**	0мл	Зөвхөн **11** дохиолдолд **ДУБ 250±40мл**

Цус сэлбэсний дараах цусны өөрчлөлт дунджаар	WBC= $10*10^9$/L± 2.1**HGB=9.3g/dl± 0.5** RBC= $3.1*10^{12}$/L± 0.4 HCT=29%±3 PLT=$260*10^9$/L ±55	WBC= $11*10^9$/L± 2.1**HGB=9.3g/dl± 0.7** RBC= $2.9*10^{12}$/L± 0.4 HCT=28%±3 PLT=$260*10^9$/L ±50	WBC= $11*10^9$/L± 2.1**HGB=9.5g/dl± 0.6** RBC= $2.8*10^{12}$/L± 0.5 HCT=29%±3 PLT=$260*10^9$/L±50
Ямар нэг цус цусан бүтээгдэхүүн сэлбэх эмчилгээ хийгээгүй эмчлүүлэгчдийн цусны шинжилгээний үзүүлэлт	-+-	-+-	Үлдсэн **84** тохиолдолд мэс заслын дараа 2-4 дахь хоногт хийгдсэн шинжилгээнд WBC= $10*10^9$/L± 2.3**HGB=9.5g/dl± 0.8** RBC= $2.8*10^{12}$/L± 0.6 HCT=29%±4 PLT=$261*10^9$/L±56

Үр дүн:

- Дээрх мэс заслын дараа донорын цус цусан бүтээгдэхүүн сэлбэх эмчилгээ хийлгэсэн нийт эмчлүүлэгчдийн тоо 63, нэг эмчлүүлэгчид сэлбэсэн донор цус, цусан бүтээгдэхүүний дундаж өртөг 45.000 төгрөг байв.
- CBC системийг мэс заслын дараа хэрэглэсэн нийт эмчлүүлэгчдийн биеийн ерөнхий байдалыг нөгөө бүлгүүдтэй харьцуулахад харьцангуй хөнгөн, **цус багадалтаас үүдэлтэй зовиур багатай**, хөдөлгөөний идэвхи түргэн сэргэдэг мөн **донорын цус цусан бүтээгдэхүүн сэлбэх эмчилгээ хийгээгүй** байна.
- Манай нэг тохиолдолд **донорын ДУБ** сэлбэснээс үүдэлтэй гемолизийн хүндрэл гарсан байна.
- Гадны оронд хийгдсэн ижил төрлийн судалгааны үр дүнг өөрийн судалгааны үр дүнтэй харьцуулахад[1,2,3,4,5,7] ижил төстэй байв.

Дүгнэлт:

- 2 үеэнд зэрэг ХҮС мэс заслын дараа эмчлүүлэгчийн цусыг өөрт нь CBC системээр шүүж буцаан сэлбэх эмчилгээ нь хэрэглэхэд хялбар, эрсдэл багатай, үр дүнтэй арга болох нь манай судалгаагаар харагдаж байна.

Номзүй:

1. WIEGER G. HORSTMANN md [1],ROBERT SLAPPENDEL md,phd[2], GIJS G. VAN HELLEMONDT md [3], RENE M. CASTELEIN md, phd[4], CEES C.P.M. VERHEYEN md, phd[5]Article first published online: 14 MAY 2010

Safety of retransfusion of filtered shed blood in 1819 patients after total hip or knee arthroplasty

2.Branko Tripkovi}1, Damir Bukovi}2, Katarina [aki}3, [ime [aki}1, Nevia Bukovi}4 and Branko Radakovi}2

Quality of the Blood Sampled From Surgical Drainage after Total Hip Arthroplasty

3. Chang-Dong Han, MD,Dong-Eun Shin, MD

Postoperative blood salvage and reinfusion after total joint arthroplasty

4. *Daniel M. Gannon, MD, Adolph V. Lombardi Jr., MD. FACS*. Thomas H. Mallory, MD, FACS, Bradley K. Vaughn, MD, FACS, Carolyn R. Finney, RN*, Steve Niemcryk, PhD*

An evaluation of the efficacy of postoperative blood salvage after total joint arthroplasty

5. *Claus Munk Jensen, MD, Rita Pilegaard, MD, Kirsten Hviid, MD, JurnDalsgaard Nielsen, MD, DMSc, Hans Jurgen Nielsen, MD, DMSc*

Quality of reinfused drainage blood after total knee arthroplasty

6. Aryeh Shander1,2, Irwin Gross3, Steven Hill4, Mazyar Javidroozi1, Sharon Sledge5

A new perspective on best transfusion practices

7. Saqeb B. Mirza1, Sukhmeet S. Panesar2 and Douglas G. Dunlop3

Blood Transfusion Practicesin Major Orthopaedic Surgery

Орхон аймагт зөөлөн эдийн дутмагшлыг мэс заслын судсан сурвалжит аргаар нөхөн сэргээх эмчилгээний аргыг нэвтрүүлсэн үр дүн

Илтгэгч:Ц.Оюунбаяр ts_bayar2006@yahoo.com
Н.Сандуй, Л.Болд
Орхон аймаг бүсийн оношилгоо эмчилгээний төв

Судалгааны Үндэслэл:

Төрөл бүрийн гэмтэл,осголт,хөлдөлт,түлэгдэлтийн дараах хүний биеийг аль нэг хэсэгт жижиг,том хэмжээний зөөлөн эдийн дутмагшил үүсч,хүндэрвэл яс ил гарах, эдгэршгүй шарх үүсэх үүний улмаас ясны идээт үрэвсэл үүсч мөч тайрагдах хэмжээнд хүрч насан туршдаа тахир дутуу болдог. Орхон аймгийн хэмжээнд сүүлийн 5 жилд зам тээврийн осол 2203,осголт,хөлдөлт 453,түлэгдэлт 563.Үүний улмаас насан туршдаа хөдөлмөрийн чадвараа алдах, тахир дутуу болох явдал ихэссээр байна.Иймд Орхон аймгийн гэмтэл согогийн мэс заслын практикт зөөлөн эдийн дутмагшлыг мэс заслын судсан сурвалжит унжлага үүсгэн нөхөн сэргээх мэс заслын аргыг нэвтрүүлэх шаардлагатай байна.

Судалгааны Зорилго:

Зөөлөн эдийн дутмагшлыг судсан сурвалжит унжлага үүсгэн мэс засалын аргаар зөөлөн эдийн дутагдал, холголт, цооролт, хөлдөлт, түлэгдэлт, үхжилт, ил хугарлын улмаас үүссэн тэжээл дутагдлаас болж бий болсон шархыг мэс заслын аргаар эмчилж,бүтэц үйл ажиллагаа, цусан хангамж, гоо сайхныг сайжруулах, үр дүнг тооцоход оршино.

Судалгааны Зорилт:

- Зөөлөн эдийн дутмагшлыг судсан сурвалжит унжлага үүсгэн нөхөн сэргээх мэс засалын аргыг гэмтэл согогийн практикт нэвтрүүлж үр дүнг тооцох.
- Зөөлөн эдийн дутмагшилтай, холголт, цооролт, хөлдөлт, түлэгдэлт, ил хугарлын улмаас үүссэн зөөлөн эдийн дутмагшилтай өвчтөнүүдийг судалгаанд хамруулж мэс заслын хагалгааны дараах хүндрэлийг тооцох.

Судалгааны шинэлэг тал:

Зөөлөн эдийн дутмагшилыг судсан сурвалжит унжлага үүсгэн нөхөн сэргээх мэс заслын аргыг БОЭТөвийн ГССЗТасагын мэс заслын практикт шинээр нэвтрүүлж байгаа.

Судалгааны практикийн ач холбогдол

Зөөлөн эдийн дутмагшилыг судсан сурвалжит унжлага үүсгэх нөхөн сэргээх мэс заслын аргыг Орхон аймгийн Гэмтэл Согогын мэс заслын практикт нэвтрэхээс өмнө ГССҮТ шилжин эмчлэгдэх зарим тохиолдол нь эдгэрэшгүй тэжээл дутагдлын шарх үүсэх, ясны идээт үрэвсэлээр хүндэрч мөч тайрагдаж насан туршдаа тахир дутуу

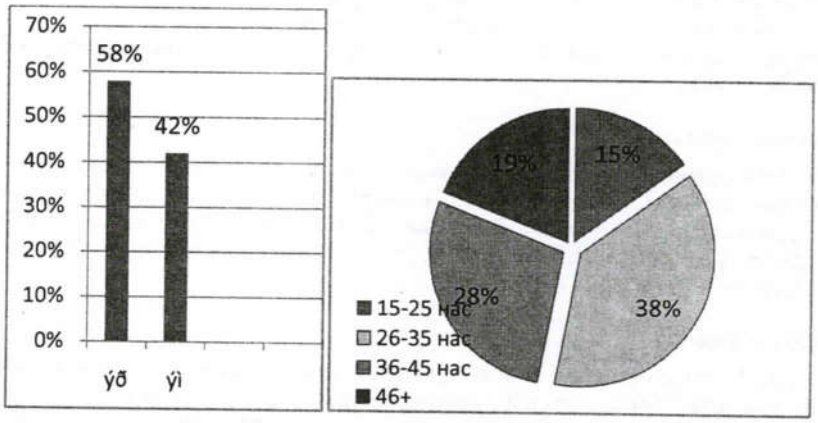
болдог байсан бол энэ арга практикт нэвтэрснээр эдгэршгүй тэжээл дутагдлын шарх үүсэх,хөдөлмөрийн чадвараа алдах тахир дутуу болох ясны идээт үрэвслээр хүндрэх гэх мэт хүндрэлээс урьдчилан сэргийлэх боломжтой.

Судалгааны Арга,аргачлал:

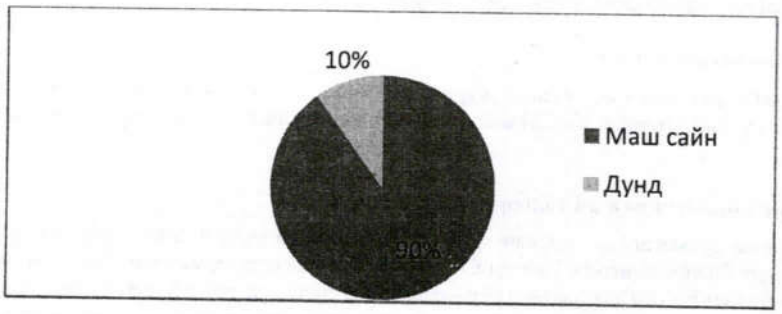
Бид судалгаандаа 2010-2012 оны хооронд Гэмтэл Согог Заслын тасагт хагалгаа хийгдсэн.91 өвчтөнд нөхөн сэргээх мэс засал хийсэн

- Холголт, цооролт
- Түлэгдэлт
- Хөлдөлт
- Ил хугарлын улмаас үүссэн зөөлөн эдийн дутмагшилтай өвчтөнүүдийг мэс заслын судсан сурвалжит унжлага үүсгэн үр дүнг тооцон судалсан.

Судалгаанд хамрагдсан хүмүүсийн нас хүйсний байдал



Судалгааны үр дүн



Хагалгааны хүндрэл

- Хагалгааны үед хүндрэлгүй.
- хагалгааны дараах үр дүн маш сайн,91 өвчтөний шарх эдгэрсэн.
- 1 өвчтөнд нөхсөн арьс унасан,2 өвчтөнд үзүүрээсээ бага зэрэг үхчиж харалсан,үхчилж эдийг никроэктомия хийж цэвэршүүлэн чөлөөт нимгэн арьсаар нөхөлт хийж шарх бүрэн эдгэрсэн .

Дүгнэлт:

1. зөөлөн эдийн дутмагшлыг унжлага үүсгэн нөхөн сэргээх мэс заслын арга нь хамгийн сүүлийн үеийн дэвшилтэт арга юм. Ил хугарлын улмаас зөөлөн эдийн дутмагшил үүссэн ,түлэгдэлт, хөлдөлтийн үед судсан сурвалжит булчингийн унжлага үүсгэн шархыг богино хугацаанд битүүлж эдгээснээр гарч болох хүндрэлээс урьдчилан сэргийлж байна. Жич:Ясны үрэвсэл,яс зөөлөн эдийн дутмагшил,ясны үхжил,сепсис,мөч тайрагдах

2. 91 өвчтөний шарх бүрэн эдгэрсэн,эд эрхтний бүтэц үйл ажиллагаа цусан хангамж сайжирч,эд эсийн нөхөн төлжилтийг сайжруулж ил хугарлын улмаас үүссэн зөөлөн эдийн дутмагшилтай үед ясны бороожилтыг идэвхижүүлж байгаа нь хөдөө орон нутгийн гэмтэл согогийн практикт нэвтрүүлэх боломжтой.

Ном зүй:

- Chirurgie plastique et esthetique.1994 H.Delmar
- Chirurgie plastique reconstructrice et esthetique.1994.Paris.Pierre Banzet.Jean Marie Servant
- Jear book Medical pubrishers,inc.Chicago.London.Boca Raton.
- Х.Ф.Карваял. Д.Х.Паркс "Хируғия заболеваний и повреждений кисти 1986.Ленинград "Медицина Ленинградское отделение" Е.В.Усольцева, К.И.Машкара

Дархан-Уул аймгийн нэгдсэн эмнэлгийн мэс заслын тусламж үйлчилгээний сүүлийн 5 жилийн байдалд хийсэн судалгаа

Ч.Батбулган Х.Тулгаа , Л.Тэнгис,
Дархан-Уул аймгийн Нэгдсэн Эмнэлэг, мэс заслын тасаг

Судалгааны ажлын үндэслэл:

Сүүлийн жилүүдэд Дархан-Уул аймгийн хүн ам хурдацтай өсч байна. 1980-аас 1990-ээд онд үед хүн ам 70-74 мянга байсан бол, өнөөгийн байдлаар албан ёсны мэдээгээр 95000 гаруй иргэд Дархан хотод амьдарч байна. 2007-2001 онуудад Дархан-уул аймгийн хүн амын цэвэр өсөлт жил дутам 2.1-2.5 хувь буюу улсын дундаж (1.5-2)-аас дээгүүр байгаа бөгөөд, хөдөө орон нутгаас Дархан хот руу чиглэсэн хүн амын

шилжилт хөдөлгөөн нь Улаанбаатар хоттой ойролцоо түвшинд байна. Дархан-Уул аймаг нь Сэлэнгэ аймгийн газар нутаг дунд "арал" мэт байрладаг, олон улсын чанартай авто-зам, төмөр замын сүлжээ дайран өнгөрдөг, явуулын болон түр оршин суугч, харъяаллын бус үйлчлүүлэгчид их байдагтай холбоотойгоор осол гэмтэл, яаралтай мэс заслын өвчний эзлэх хувь, нийт өвчлөлийн дотор улсын дундажаас дээгүүр байдаг. Өмнөх жилүүдтэй харьцуулахад 10000 хүн амд ноогдох мэс заслын өвчний тохиолдол мэдэгдэхүйц нэмэгдсэнийг эрүүл мэндийн статистик үзүүлэлтүүд тодорхой харуулж байна. Иймд бид аймгийн эмнэлгийн мэс заслын тусламж үйлчилгээний чадамж, яаралтай мэс заслын өвчний тохиолдлууд, зонхилон тохиолдох өвчний бүтэц, мэс заслын дараах хүндрэл, нас баралт зэрэг үндсэн үзүүлэлтүүдийг судлаж, ижил төстэй бусад аймаг, хот, улсын дундажтай харьцуулж үнэлэлт дүгнэлт өгөх шаардлагатай гэж үзэж уг судалгааг хийв.

Судалгааны ажлын давуу тал, практик ач холбогдол:

Уг судалгааны ажлыг хийснээр ДАРХАН–УУЛ аймгийн нэгдсэн эмнэлэг, мэс заслын шинжлэх ухааны хөгжлийн тухайд "Бид хаана явна, цаашид юу хийх вэ" гэдгээ мэдэж, алсын хараа, стратегийн зорилтоо тодорхойлох Судалгааны ажлын обьект: Дархан-Уул аймгийн Нэгдсэн Эмнэлэг Мэс заслын тасаг Судалгааны ажлын зорилго: Дархан-Уул аймгийн НЭ-ийн мэс заслын тусламж үйлчилгээний сүүлийн 5 жилийн байдлыг үнэлж, үндсэн үзүүлэлтүүдийг харьцуулан дүгнэх

Судалгааны ажлын зорилтууд:

1. Дархан-Уул аймагт зонхилон тохиолдох мэс заслын өвчлөлийн бүтцийг судлах
2. Дархан-Уул аймгийн мэс заслын тусламж үйлчилгээний байдлыг сүүлийн 5 жилээр судлах
3. Уг үзүүлэлтүүдийг бусад аймгууд, БОЭТ, болон улсын дундаж үзүүлэлттэй харьцуулах Хэлцэмж: Уг судалгааны ажлын үр дүн болох Дархан-Уул аймагт зонхилон тохиолдох мэс заслын өвчнүүдийн 1-р байрт мухар олгойн үрэвсэл (2011 онд 10.000 хүнд 73.44), 2-р байрт цөсний хүүдийн үрэвсэл (2011 онд 10.000 хүн амд 23.9) сүүлийн 5 жилд, жилд дундажаар 6 хувиар нэмэгдэж байгаа зэрэг үзүүлэлтүүд О.Сэргэлэн, Ч.Өнөрсайхан нарын 2008 оны судалгааны үр дүнтэй нийцэж байна.

Дүгнэлт:

1. Дархан-Уул аймаг дахь мэс заслын өвчлөл дотор мухар олгойн үрэвсэл, цөсний хүүдийн үрэвсэл хамгийн элбэг байгаа бөгөөд энэ үзүүлэлт нь аймгуудын дундажаас дээгүүр, улсын дундажтай ойролцоо түвшинд байна.
2. Дархан-Уул аймгийн мэс заслын тусламж үйлчилгээ нь хязгаарлагдмал нөөцийн хувьд улсын дундаж аймгуудын дундажтай харьцуулахад хангалттай үзүүлэлттэй байна.
3. Дархан-Уул аймгийн Нэгдсэн Эмнэлэг нь хэдийгээр 2-р шатлалын эмнэлэг боловч бусад аймгуудын Нэгдсэн Эмнэлэг, БОЭТ-үүдтэй харьцуулахад тохиолдлын тоо харьцангуй их, бусад аймгуудыг бодвол ачааллаараа 1-р байранд орж, харъяаллын бус үйлчлүүлэгчдийн тоогоор тэргүүлдэг зэрэгтэй холбоотойгоор, нэн тэргүүнд

мэргэшсэн мэс заслын эмч, төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн мэс засалч сургах шаардлагатай байна. Мэс заслын багаж тоног төхөөрөмжийн хангалтыг нэмэгдүүлэх, дурангийн мэс заслын иж бүрдэлтэй болох, мэс заслын сувилагч, мэдээгүйжүүлэгч эмч, сэхээх эмч мэргэжилтнийг сургаж, бэлтгэх шаардлагатай байна.

Survey evaluating conditions of surgical care and service in Darkhan General Hospital within the past 5 years /2007-2011/

Nowadays population of Darkhan-Uul is significantly increasing. In 1980's to 1990's population of Darkhan was 70000-74000, today officially more than 95000 people live in Darkhan.

Since 1990, Mongolia has been undergoing a demographic transition defined by a sharp reduction in fertility and death rates and increase in aging.

For instance, in 2007-2011 the population growth rate in Darkhan was 2.1-2.5% (more than country average 1.5-2%). Movement rate from rural area to Darkhan is almost same as Ulaanbaatar.

Darkhan-Uul aimag is bordered by Selenge (like an island) and Trans-Siberian railway and international roadway are passing through Darkhan so traffic accident and emergency surgery case rates are higher than country average.

Compared to the previous years, the indicators show there has been an increase in surgical diseases per 10,000 people in Darkhan.

So we need to make more detailed evaluation for surgical service, most common surgical diseases morbidity and mortality rate …etc

Advantages and benefit of this study

This study will show us "where we are and what should we do in the future" and we will be able to define our strategy.

Research objects:

Surgical Department of General Hospital in Darkhan

Goal and aim:

To evaluate conditions of general surgical care and service of General Hospital in Darkhan-Uul Province in the past 5 years /2007-2011/

Purposes:

- To determine prevalence and incidence of surgical disease in Darkhan
- Determine health indicators of surgical care in Darkhan-Uul Province
    - Most common surgical diseases in Darkhan area
    - Patients from another Provinces
    - Surgical complications
    - Mortality rate… etc
- Compare these indicators to similar Province average and country average

Conclusion:

- The leading morbidity of surgical diseases in Darkhan are appendicitis and gallbladder diseases. These indicators are significantly higher than aimag average and similar to country average.
- Even we work in secondary hospital with limited supplements, surgical service and other health indicators are relatively fine.
- Incidence rate of surgery diseases in Darkhan is relatively higher than other aimag hospital and Regional Diagnostic and Treatment Centers. It serves more mobile citizens than others, that's why we need human resources hence it provides more specialty services to catchment aimag population and higher capacity of medical equipments.

Хэнтий аймгийн Нэгдсэн эмнэлгийн мэс заслын тасагт 2010-2012 онуудад хийгдсэн мэс заслын ховор тохиолдлууд

Д.Мөнхбат, Л.Мэндбаяр, Б.Энхболор
Хэнтий аймаг нэгдсэн эмнэлэг

2010-2012 онуудад Хэнтий аймгийн Нэгдсэн эмнэлгийн мэс заслын тасагт, III шатлалын төрөлжсөн мэс заслын клиникт хийгддэг нарийн төвөгтэй мэс заслыг амжилттай хийлээ.

Тохиолдол 1:

- Өвчтөн М..3 настай, эмэгтэй. Бэрх тосгоны харъяат, 2010 оны 08 сарын 23-нд аймгийн Нэгдсэн эмнэлгийн мэс заслын тасагт **Оношлогоо:**"Хэвлийн хөндийн цочмог өвдөлт, цочмог түгжрэл" гэсэн оноштой хүргэгдэж ирсэн.

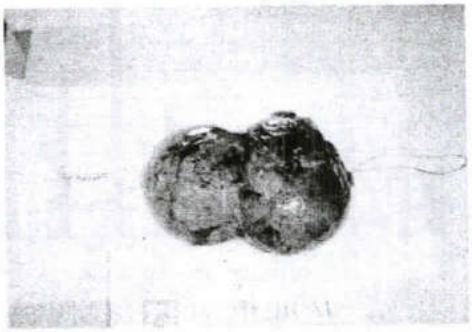
Өвчний түүхээс үзэхэд:

Уг хүүхэд 21 хоногийн өмнө тоглож байгаад хэвлийгээрээ унаж гэмтсэн, тухайн үед ямар нэгэн зовиургүй байсан. 21 хоногийн дараа зовиур эхэлж хэвлийгээр хүчтэй өвдөж, бөөлжиж, өтгөн хий хоригдсон, мэс заслын эмчид хандсан.

Хэт авиан шинжилгээнд:

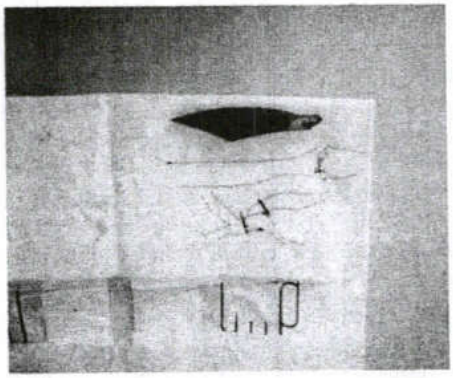
Хэвлийд нарийн толгой шиг дотроо шингэнтэй үүсгэвэр тодорхойлогдоно. Уг үүсгэвэр нь ходоод гэдэсний замыг дарж, түгжрэлийн шинж өгсөн байна.

Холбогдох шинжилгээг бүрдүүлж:
Ерөнхий мэдээ алдуулалттай
Хэвлийн хөндийг нээж дотор эрхтнүүд болон уг үүсгэвэрийг шалгахад нойр булчирхайн их биеэс гаралтай, уйланхай байсныг сууриар нь гүйцэт авч хэвлийн болон нойр булчирхай орчимд гуурс үлдээх, мэс заслыг амжилттай хийж гүйцэтгэсэн. Хагалгааны дараа өвчтөнд эмийн эмчилгээг үргэлжлүүлж өвчтний биеийн байдал сайжирсан тул эмнэлгээс гаргасан.

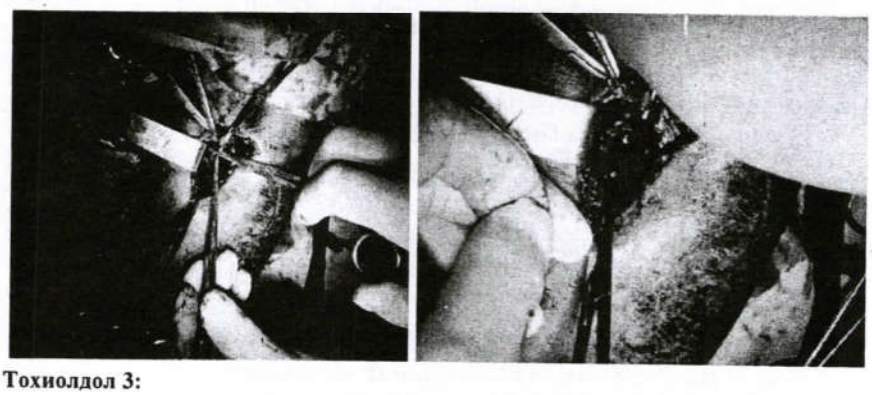


Тохиолдол 2:

- Өвчтөн У...32 настай, эрэгтэй. Хэнтий, Өмнөдэлгэр сумын харъяат. 2010 оны 09 сарын 01-нд шилэнд баруун гарын тохойн үений дотор талд 4 см салбарч, ташуу зүсэгдсэн шархтай, шарханд анхдагч цэгцлэлт хийгдэж хүргэгдэж ирсэн. Ирэх үедээ баруун гарын хурууны үзүүрүүд хүйтэн, мэдээ муутай, шууны артерийг тэмтэрч үзэхэд лугшилт тодорхойлогдохгүй байсан тул холбогдох шинжилгээг бүрдүүлж



Яаралтай журмаар шархыг шалгах, гэмтсэн судас мэдрэлийг залгах, мэс засал хийж шархыг шалгахад шархан дотор 4*2 см диаметртэй шил байсныг авч, цааш шалгахад лучевая артера и нерва бүрэн тасарч гэмтсэн цус. алдаж байсныг судас мэдрэлийг залгаж шархыг угааж урсгуур үлдээж шархыг хааж хагалгааг дуусгасан. Судас залгасны дараа шууны судасны лугшилт хэвийн болсон ба өвчтөн бүрэн сэрсний дараа хурууны мэдрэхүй бүрэн сэргэсэн, хагалгаа амжилттай болсон. Ор хоног 10.



Тохиолдол 3:

- Өвчтөн Т...66 настай, эрэгтэй. Норовлин сумын харъяат. Сумандаа 7 хоног эмийн эмчилгээ хийгдсэн боловч үр дүн өгөлгүй аймгийн Нэгдсэн эмнэлэгт 2010.10.26-нд хүргэгдэж ирэн, холбогдох шинжилгээнүүд хийгдэн, Механик шарлалт, гүнзгий хордлого оноштойгоор мэс заслын тасагт хэвтэн 2010.10.28-нд төлөвлөгөөт журмаар ЕМА-ын дор Хэвлийн хөндийг нээж цөсний зам болон нойр булчирхайн толгойн хэсгийг шалгах, цөсний сааталыг арилгах, мэс засал хийж цөсний зам болон нойр булчирхайн толгой хэсгийг шалгахад нойр булчирхйн толгой хэсгийн хавдар, ерөнхий цоргыг дарж, механикч саатал үүсгэсэн байсныг нойр булчирхайн толгой хэсгийг тайрах ВИПЛЛ-ын хагалгааг аймагтаа анх удаа амжилттай хийв. Нойр булчирхайн тайрагдсан хэсгийг эдийн шинжилгээнд илгээж, оношийг баталгаажуулахад нойр булчирхайн цоргоны гаралтай аденокарцинома гэсэн дүгнэлт гарч онош батлагдсан. Өвчтөнд хагалгааны дараа хоолыг 7 хоног сойж эмийн эмчилгээг үргэлжлүүлэн хийж биеийн байдал тогтворжин шарлалт буурсан тул дараагийн хавсарсан эмчилгээнд явуулахаар 2010.11.14-нд гаргав. Уг мэс заслыг хийхдээ УКІ ТЭ-ийн ерөнхий мэс заслын клиникийн зөвлөх эмч МУ-ын хөдөлмөрийн баатар,төрийн шагналт клиникийн профессор Г.Нямхүү багшаасаа утсаар хагалгааны явцад зөвлөгөө авч уг мэс заслыг амжилттай хийсэн. Г.Нямхүү багштай болон бусад эрдэмтэн багш нартаа хөдөөгийн мэс заслын эмч нарын өмнөөс талархаж хүндэтгэж явдгаа энэ дашрамд илэрхийлье.

Тохиолдол 4:

- 2011.10.16-нд АНЭ-ийн төрөх тасагт төрсөн Б..нярай, эмэгтэй, төрөөд хөхрөлт ихтэй, цэр салиа ихтэй байсан тул улаан хоолойн битүүрэл байж болзошгүй гэсэн онош урьдчилан тавигдан улаан хоолойг урографикийн 76% 5мл зондоор хийж рентген зураг авахад цээжний дунд 1/3 цааш ходоод руу тодосгогч бодис явахгүй гуурсан хоолой руу орж байв. Иймд улаан хоолойн төрөлхийн битүүрэл, улаан хоолой болон цагаан мөгөөрсөн хоолойн цорго гэсэн онош тавьж ЕМА-ын цээжний баруун хажуугийн арын хүрцээр нээж улаан хоолойн

цагаан мөгөөрсөн хоолойн цоргыг боож тайрч, салган улаан хоолойн доод үзүүрийг чөлөөлөн 2 үзүүрийг төгсгөл төгсгөлөөр нь 2 эгнээ №5, проленин утсаар хөвөрдөж оён цээжний хөндийг угаан урсгуур үлдээх мэс засал хийсэн. Ходоодонд хаймсуур тавин холбогдох эмийн эмчилгээг хийж 5 дахь хоногоос зондоор тодосгогч бодистой рентген зураг давтан авахад залгалт хэвийн тодосгогч бодис ходоод руу чөлөөтэй орж байв. Иймд 6 дахь хоногоос зондоор хооллож өвчтөний биеийн байдал сайжирч 16 хоногийн дараа шарх бүрэн эдгэрч эмнэлгээс мэс заслын болон нярайн эмчийн хяналтанд гаргав.

Тохиолдол 5:

- Өвчтөн Н..41 настай, эрэгтэй. 2012.12.31-нд хэвлийн тус газраа хутгалагдан АНЭ-ийн мэс заслын тасагт хэвтэн яаралтай журмаар ЕМА-ийн дор Хэвлийн хөндийг нээж дотор эрхтэнг шалгах, 12 хуруу гэдэсний өгсөх хэсгийн хатгагдаж цоорсон шархыг оёх, нарийн гэдэсний 3 хэсэг газарт хатгагдаж цоорсон шархыг оёх, хэвлийг угааж гуурсдах мэс засал хийгдсэн. 12 хуруу гэдэсний өгсөх хэсэгт 3см хатгагдаж цоорсон шархыг оёж хамраар зондыг оруулан 12 хуруу гэдэсний оёдлыг өнгөрөөж тавин декомпресс гуурс болгон ашиглаж уг оёдлоо хамгаалласан нь мэс заслын эмчилгээнд сайнаар нөлөөлсөн гэж үзэж байна.

Цаашид орон нутагтаа хүүхдийн мэс заслын эмч бэлдэх шаардлагатай байгаа нь сүүлийн жилүүдэд нярайн төрөлхийн гаж хөгжил, согогууд болон бага насны хүүхдийн осол, гэмтэл элбэгшиж байгаатай уялдан гарч ирж байна.

Хэнтий аймгийн хүн амын дундах мухар олгойн цочмог үрэвслийн өвчлөлийн судалгаа

Л.Мэндбаяр , Д.Мөнхбат,
Б.Энхболор
Хэнтий Нэгдсэн эмнэлэг

Хэнтий аймгийн Нэгдсэн эмнэлгийн мэс заслын тасагт эмчлэгдсэн сүүлийн 5-н жилийн мухар олгойн цочмог үрэвслээр өвдсөн өвчтөний түүхэнд хийгдсэн судалгаа

Зорилго:

Хэнтий аймагт сүүлийн 5-н жилд цочмог мухар олгойн үрэвслээр өвдсөн өвчтөн нас, хүйс, өвчлөлийн хэлбэр, хүндрэлийг тогтоох зорилготой.

Судалгааны материал

Сүүлийн 5-н жилд нийт мэс засал 4344 ба үүнээс цочмог мухар олгой 1692 өвчтөний түүхэнд хийгдсэн судалгаа

Судалгааны үр дүн:

Мухар олгойн үрэвслийг оношилсон байдал:

	2008	2009	2010	2011	2012	Нийт
Амбулатори	146	135	161	173	106	721
Жижүүр эмч нар	98	102	98	80	112	490
Хөдөө сумдаас оношлогдож ирсэн	81	84	103	116	97	481
Нийт	325	321	362	369	315	**1692**

Мухар олгойн үрэвслийг хэлбэрээр нь авч үзвэл:

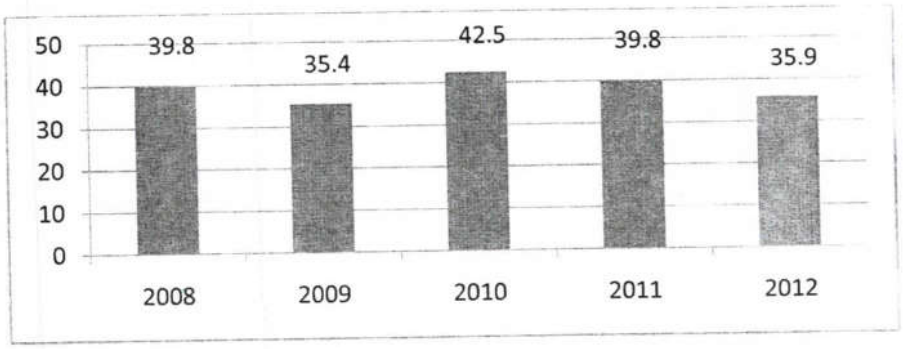
	2008	2009	2010	2011	2012	Нийт
Улайж үрэвссэн	28	92	105	68	55	348
Идээлсэн	225	170	192	204	218	1009
Үхжиж цоорсон	72	59	65	97	42	335
Нийт	325	321	362	369	315	**1692**

Мухар олгойн үрэвслийн үхжиж цоорсон хэлбэр нь 19,7 %, улайж үрэвссэн хэлбэр нь 20,5 %, идээлж баалсан хэлбэр нь 59,6% зонхилон тохиолдож байна. Мухар олгойн байрлалын хувьд энгийн байрлалтай 49% , арын байрлалтай 25%, аарцагны байрлалтай 18%, элэг нь доорх байрлалтай 3% бусад байрлал 5% тус тус эзэлж байна.

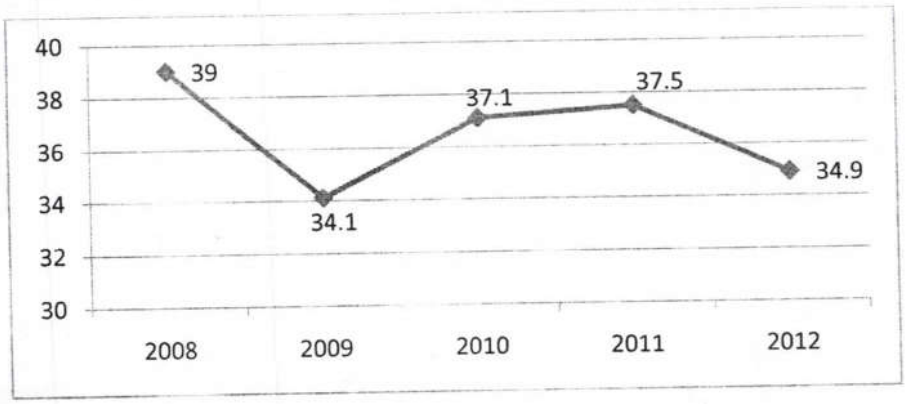
Мухар олгойн үрэвслийг насны байдлаар:

	0-4	5-9	10-14	15-24	25-34	35 ба түүнээс дээш	Нийт
2008		34	76	103	55	57	325
2009	1	37	62	111	48	62	321
2010		39	78	117	70	58	362
2011	2	42	73	125	67	60	369
2012	1	39	56	97	64	58	315
Нийт	5	191	345	553	304	295	**1692**

Цочмог мухар олгойн хагалгаа / 2008-2012 хувиар /



Цочмог мухар олгойн хагалгаа / 0-15 настай хүүхдийн эзлэх хувь /



Дүгнэлт:

Мухар олгойн цочмог үрэвсэл нь мэс заслын өвчлөлийг 38,9%-эзэлж байна. Мухар ургацагийн өвчлөлөөр 15-24 насны хүмүүс өвчлөмтгий байгаа нь судалгаанаас харагдаж байна. Судалгаанаас үзэхэд Бор-Өндөр, Бэрх, Биндэр сумуудаас үйлчлүүлэгч бага ирж байгаа нь сум дундын эмнэлэгт мэс заслын эмч ажиллаж байгааг харуулж байна.

Мухар олгойн үрэвслийн улмаас хэвлийн гялтангийн тархмал идээт үрэвсэл болж хүндэрсэн тохиолдлуудад ерөнхий мэдээ алдуулалт ба нуруу нугасаар мэдээ алдуулж хэвлийн голын хүрцээр мэс заслыг хийх, хэвлийн угаалга, урсгуур гуурс үлдээх нь хүндрэлээс урьдчилан сэргийлэхэд үр дүнтэй байна.