



*Ууган эмнэлэг байгуулагдсаны
80 жилийн ойд зориулав*

ЭРДМИЙН БИЧИГ-IV



Улсын Клиникийн Төв Эмнэлэг

Монгол Улсын Эрүүл Мэндийн Яамны Харьяа
Хөдөлмөрийн Гавьяаны Улаан Тугийн Хошой
Одонт Улсын Клиникийн Төв Эмнэлэг



ЭРДМИЙН БИЧИГ-IV

Улсын Клиникийн Төв Эмнэлэг
байгуулагдсаны 80 жилийн ойд
зориулав.

Улаанбаатар 2005

УЛСЫН КЛИНИКИЙН ТӨВ ЭМНЭЛЭГ

ЭРДМИЙН БИЧИГ-IV

Эмхтгэсэн: АУ-ны доктор Н.ТУУЛ

Хянан тохиолдуулсан: АУ-ны доктор А.Ганболд

Цаасны хэмжээ: 1/8

Хэвлэлийн хуудас: 43

“Бишрэлт Тэнгэр” ХХК-ийн хэвлэх үйлдвэрт 500 хувь хэвлэв.

Улаанбаатар

2005 он

ГАРЧИГ

ӨМНӨХ ҮГ	5
УЛСЫН КЛИНИКИЙН ТӨВ ЭМНЭЛГИЙН ЭРДЭМТЭД	7
1. А. Саранцэцэг, Т.Батханд Улсын Клиникийн Төв Эмнэлгийн санхүүжилт ба тулгамдсан асуудалд	13
2. Б.Бямбадорж, А.Саранцэцэг Мэдээлэл холбооны технологи ба эрүүл мэндийн салбар	16
3. Б.Бямбадорж УКТЭ-ийн эмнэлэг үйлчилгээний 40 жилийн төрх	17
4. Ц. Мухар Өвөр монгол, эрүүл мэнд, авах гээхийн ухаан	21
5. Б.Бямбадорж, Г.Норовоо Сувилахуйн тусламжийг хэрхэн хөгжүүлэх вэ?	24
6. П.Онхуудай, Д.Гончигсүрэн Дүрслэл оношлогооны хөгжил, хэтийн ирээдүй	27
7. Н. Гансүх Улаанбаатар хотын хүн амын доторх ТСО-ний тархалт, түүний эрсдэлт хүчин зүйл	29
8. П.Онхуудай Цөмийн онош зүйн тасаг 30 жилд	34
9. Н.Туул, Ц.Сарантуяа, С.Мөнгөнцэцэг, Б.Цэнгэл Эозинофилийн гастроэнтеритийг оношлосон нь	36
10. Ч.Цэрэннадмид, Н.Оюундэлгэр, Д.Нэргүй, А.Отгонбат, А.Нансалмаа Цусны зарим эмгэгүүдийн үед хүний рекомбинант гранулоцит-макрофагийн колонийг сэдөөгч фактор хэрэглэсэн нь	39
11. Ги Юн Ко, Д.Гончигсүрэн, Б.Эрдэнэбулган, Д.Мөнхбаатар, Д.Даваадорж, П.Батчулуун Ангиопластик, стент тавих эмчилгээ	40
12. Ц.Бадамсэд, Ц.Ишдорж Бөөрний дээд булчирхайн голомтот өвчний рентген оношлогоо	42
13. Ц.Сарантуяа, Г.Энхдолгор, Н.Бира, Х.Оюунцэцэг, Н.Туул, М.Одсүрэн, Н.Хоролмаа Гастроэнтерологийн практикт pH-метр компьютерийн шинжилгээг хэрэглэсэн үр дүнгээс	47
14. А.Энхсайхан, Э.Ундармаа Тархины инсультын нас баралтын сүүлийн 10 жилийн хөдлөл зүйн судалгаа	53
15. М.Туул, Э. Ганбат, М.Энхжаргал, А.Ахагва Монгол хүүхдийн бие бялдар, дотор эрхтний морфологи шинжийн судалгаа	56
16. Ж.Бат-Эрдэнэ, Б.Алтанцэцэг, Г.Батбаатар, Н.Энхбаяр Гуурсан хоолойн бөглөрших хамшинжээр хүндэрсэн хүүхэд ийдлсийн зарим цитокин тодорхойлсон үр дүн	60
17. Н.Бира, Ц.Сарантуяа, Х.Оюунцэцэг, Н.Туул, Г.Энхдолгор, Б.Сувд, С. Ганболд, Б.Цэнгэл, М.Одсүрэн Монгол орны өсвөр насныхан болон хоол боловсруулах дээд замын эмгэгтэй насанд хүрэгчдэд Helicobacter pylori-ийн халдварыг илрүүлсэн дүн	69
18. С.Эрдэнэ, Н.Даваашэрэн, Б.Мөнхтоогоо, Б.Нэргүй, П.Батчулуун Гэдэсний гадна цорго бүхий шархны эмчилгээнд тусгаарлагч хальс хэрэглэсэн үр дүнгээс	75
19. Ж.Насанбат, А.Энхсайхан Шарко-Мари-Тутын полиневропати өвчний тохиолдол	75
20. Б.Төмөрбаатар, С.Эрдэнэ, С.Ганболд Нойр булчирхайн үйлдлийн мэс заслын асуудалд	77
21. Б.Батболд Этанолын биемахбодид үзүүлэх хорт нөлөөлөл	78
22. С.Ганзоригт, Д.Ахавгадолгор, Б.Жавзандаулам, П.Бүрэнжаргал УКТЭ-ийн Нүдний тасагт сүүлийн 7 жилд хэвтэн эмчлүүлэгсдийн өвчлөлийн байдал хийсэн судалгаа	82
23. Х.Солонго, Б.Туяа, В.Дэлгэрмаа Шүүдэст гялтантасыг хэт авиагаар оношлох нь	83
24. Т.Пүрэвжав, З.Хишигжаргал Нуруу ясны төрөлхийн дутуу-буруу хөгжлийн согогийн рентген оношлогоо	85
25. В.У.Антон, Д.Гончигсүрэн, Г.Тогтох, Б.Батболд, Б.Амаржаргал, Э.Ундрах-Эрдэнэ, Б. Эрдэнэбулган Зүрхэнд Интервенциаль оношлогоо-эмчилгээ хийсэн дүнгээс	86
26. Р.Даваадорж, Я.Оюунчимэг Мюнхмэйрийн Өвчин (Fibrodysplasia ossificansprogressiva)-ийг оношлосон нь	88
27. Б.Эрдэнэбулган, Э.Ундрах-Эрдэнэ, Д.Гончигсүрэн Сүдсан дотуурх мэс заслын аргаар элэгний хавдрыг бөглөх эмчилгээ болон аюулхайн артерийг судалсан байдал	90
28. Г.Тогтох, Д.Энхтуяа Холбогч эдийн өвчний тохиолдол	91
29. Я.Оюунчимэг Чихрийн шижин өвчний эмийн хангамжийн асуудалд	93
30. П.Төгсжаргал, Б.Жав, Д.Гончигсүрэн, С.Пүрэвсүх Умайн гуурсан хоолойн гаралтай үргүйдлийг оношлох асуудалд	95
31. Д.Гончигсүрэн, Ц.Отгонтуяа, Я.Дашпагма Сонгомол гистеросальпингографи ба умайн гуурсан хоолойг сэтгүүрдэж эмчлэх	96

32. Г.Норовоо, Я.Энхжаргал Чихний хэнгэргэнд халуун үзэх нь	97
33. Б.Батболд, Б.Амаржаргал Зүрхний архаг дутагдлын эмийн эмчилгээ	102
34. Д.Туяа, А.Оюунбилэг, Х.Солонго Утлага эмчилгээг уушгины эмгэгүүдийн үед сонгон хэрэглэх нь	107
35. Р.Оюунгэрэл УКТЭ-ийн эмч ажилчдын дундах мэргэжлийн өвчний судалгаа	108
36. С.Баярсайхан, Б.Цэвэлмаа Цусны даралт ихдэх Өвчний /ЦДИӨ/ эмгэг жамд хүчилтөрөгчийн чөлөөт радикалуудын болон азотын ислийн /NO/ үзүүлэх нөлөө	108
37. А.Оюунбилэг, Д.Туяа, Х.Солонго Утаа, хийгээр амьсгалснаас уушги гэмтэх нь	113
38. Ц.Минжүүр, Ц.Тунгалаг УКТЭ-ийн гастронтерологийн тасагт 2000-2004 оны нас баралт, түүний шалтгаанд хийсэн судалгаа	118
49. Я.Оюунчимэг Чихрийн шижин өвчин оношоор хэвтэн эмчлүүлэгсдийн хүндрэлийн байдалд хийсэн судалгааны дүн ...	119
40. Б.Батболд, Б.Амаржаргал Калийн биемахбодид үзүүлэх эерэг нөлөөлөл	119
41. А.Туул Шинжилгээ огеход анхаарах зөвлөмж	124
42. Т. Пүрэвжав, З.Хишигжаргал, Д.Оюунбат Плевритийн рентген оношлогоо	126
43. Р.Оюунгэрэл Хүнсний харшлын шалтгааныг судалсан нь	130
44. Б.Төмөрбаатар Ахимаг болон өндөр настанд тохиолдох цөсний хүүдийн цочмог үрэвсэл	131
45. Б.Төмөрбаатар Плефлебитын элэгний буглааны эмчилгээний асуудал	134
46. Н.Туул, О.Баярмаа, Б.Ууганбаяр, Ц.Мөнхцэцэг Цөс чулуужих өвчин /холелитиаз/-ийн хөдлөл зүй	135
47. Б.Батболд Улаан дарс ба таны зүрх	137
48. Р.Амарбаясгалан, Ц.Түмэндэмбэрэл Анагаах ухаан ба загварчлал	139
49. Я.Энхжаргал, Х.Алтайсайхан, С.Наранчимэг Чихрийн шижингийн сургагч багш бэлтгэх сургалтын хөтөлбөр боловсруулах асуудалд	140
50. С.Пүрэвсүх, А.Туул, Я.Ахамсүрэн, П.Төгсжаргал, Ж.Бадмаа Үтрээний бичил био орчны өөрчлөлт, түүний оношлогоо	142
51. Б.Жавзандулам, Ж.Баасанхүү, Susan Thomas, Д.Ахагвадолгор Дийлдэшгүй глаукомийн трансклерал диод лазер циклофотокоагуляц эмчилгээ	143
52. А.Энхсайхан, Ж.Насанбат, Э.Ундармаа Тархины судасны аплазийн эмнэлзүйн тохиолдол	146
53. А.Энхсайхан Нугалмайн шалтгаант нурууны өвдөлтөд дикло-денк эмийг хэрэглэсэн дүн	148
54. Б.Төмөрбаатар УКТЭ-ийн мэс заслын клиникт нэвтрүүлсэн хагалгааны дэвшилтэт технологи	149
55. А.Аюурзана, С. Пүрэвсүх, И.Пүрэвдорж, ЭМШУИС Монгол айл орхөд төрөлхийн гажигтай хүүхэд төрөх давтамж	151
56. Б.Энхтуяа, С.Эрдэнэчимэг, Б.Мөнхжаргал, Ж.Тамир Бөөрний гаралтай цусны даралт ихдэх өвчнийг цөмийн оношлогоогоор ялган оношлох	153
57. Г.Тогтох, Д.Энхтуяа Захын артерийн нарийсал – бөглөрөл	155
58. N.Tuul, Kh.Ouyntsetseg, Ts.Sarantuya, N.Bira, B.Suvd, S.Ganbold, G.Enkhdolgor, B.Tsengel, R.Ouynkhand The Prevalence of Helicobacter pylori Infection Among Teenage Population and Patients with Upper Gastrointestinal Diseases in Mongolia	158
59. О.Доржхана Элэгний хатуурал өвчнөөр нас барагсдын шалтгаан хүчин зүйл	159
Архины шалтгаант элэгний архаг үрэвслийг KAMILARI эмчилсэн үр дүн	161
60. М.Намсрай, Г.Нямхүү, Маслов В.И Монгол улсад дурангийн оношлогоо эмчилгээ хөгжсөн түүх, ирээдүйн төлөв	163
61. С.Өлзийсайхан, Ц.Батцэнгэл Амьсгалын дээд замын цомог үрэвслийн тухай та юу мэдэх вэ?	167
62. Маслов В.И Интрабронхиал лимфотроп эмчилгээ	168
63. А. Жамбалжав, Ж. Бямбацэрэн, Б. Бямбадорж, Д. Нямсүрэн, Бөөр шилжүүлэн суулгах эмчилгээний асуудалд	169

ӨМНӨХ ҮГ

Ууган эмнэлгийн 80 жилийн ойд

Манай эмнэлгийн эмч, эрдэмтдийн судалгаа шинжилгээний бүтээлээр гаргадаг болоод байгаа “Эрдмийн бичиг”-ийн тав дахь жилийн даваандаа ууган эмнэлгийнхээ 80 жилийн ойтой золгож таарч байгаа нь билэг дэмбэрэлтэй юм. “Эрдмийн бичиг”-ээс өмнө эмч нарын маань бүтээл хоёр ч удаа (1981-1995 онд) хэвлэгдэж байсныг дурдъя.

Монголын анагаах ухааны хөгжлийн түүхийг 3 үе болгохдоо, 1925-1950 он бол Монголын анагаах ухааны зөвлөлтийн оролцоотой үе, 1951 оноос хойшхи үе нь манай эмч, мэргэжилтнүүд өөрсдөө судалгаа шинжилгээний ажил хийх болж, манай анагаах ухаан Монголын шинжлэх ухааны бие даасан салбар болж, анагаах ухааны салбарын тогтолцоо бүрдсэн үе гэж тогтжээ. 3-р үе нь 1990-ээд оноос буюу Монголын Анагаах Ухааны хөгжлийн үе гэж үзнэ.

Энэ үе бол манай эмнэлгийн түүхтэй салшгүй холбоотой. Түүхийн энэ мөчлөг хугацаанд, ууган эмнэлэг маань хүнд бэрх мөртлөө, алдарт замыг туулж, Монголын эрүүлийг хамгаалахад тодоос тод мөрийг гаргажээ.

Анх Монгол лам эмч, домч болон нэг эмчтэй ажлын анхны гараа, тулгын чулуугаа тавьж байсан бол, өнөөдөр зуу зуугаар яригдах алдар хүндтэй, өндөр боловсролтой эмч, эрдэмтэдтэй Монгол Улсын урдаа барьдаг, шилдэг орчин үеийн том эмнэлэг, эмч сургах, бэлтгэх их сургуулийн зиндааны эмнэлэг болон хөгжлөө.

Эмнэлэг маань ахмад үеийнхний уламжлагдсан дэг сургуультай болж ахмад, дунд, залуу үеийн эрдэмтэд эмч нар бэлтгэгдсэн ба бэлтгэгдэж байна. Эрдмийн болон эмчийн зэрэг, цолтой эмчийн тоо жил бүр нэмэгдсээр байгаа нь үүнийг гэрчилнэ. Урд хэвлэгдэн гарсан гурван “Эрдмийн бичиг” маань эмч нарын бүтээн туурвисан судалгаа, шинжилгээний өгүүлэл болон клиникийн ховор тохиолдол зэргээс гадна нэгэн шинэлэг, эрлийн хуудас болж анагаах ухааны хөгжилд дорвитой хувь нэмэр оруулсан манай нэрт эрдэмтдийн намтар, цадигийг эрдэм сургалт, өв уламжлалын үүднээс хойч үедээ дэлгэн үзүүлэх эхлэлийг тавьсан нь нэн сайшаалтай.

Эрдэмтэн багш, эмч нар маань цөмөөрөө эмнэлгийн маань “халуун тогоо”-ноос төрж байсныг эрхэм эмч нар маань ухаан санаандаа ургуулан бодно биз.

Эрдмийн бичгийн энэхүү дугаар, УКТЭ - ууган эмнэлэг мэндэлсний 80 жилийн ойд зориулагдаж байна.

Эмч, эрдэмтдийн оюунлаг охь болсон энэхүү цоморлиг цаашид тогтмолжин, чанар чансаа нь улам дээшилнэ гэдэгт итгэлтэй байна.

Ирэх зууны эрүүд мэнд - анагаах ухааны технологид, хүний геномын бүрэн зураглал ба хүнээс физиологийн мэдээллийг шууд хүлээн авах болон дамжуулах чадвартай, асар өндөр хүчин чадал бүхий электрон мэдээллийн хэрэгсэл хоёр нь хувьсгалжуулах нөлөө үзүүлэх болно гэдгийг дурдмаар байна.

Профессор Л.Онхуцай

2005.10.05



УЛСЫН КЛИНИКИЙН ТӨВ ЭМНЭЛГИЙН ХҮНДЭТ ПРОФЕССОР



МУ-ын төрийн шагналт, Ардын эмч,
УКТЭ-ийн хүндэт Профессор
ГОНИЙН ЛХАГВАЖАВ

1961 онд МУИС-ийн хүн эмнэлгийн салбарыг төгсөж хүсэн мөрөөдөж байсан хүний их эмчийн нэн хариулагатай, хүнд хэцүү боловч нэр хүндтэй мэргэжлийг эзэмшин өөрийн нутаг Говь-Алтай аймагт томилогдон очисноор залуухан эмч Г.Лхагважавын хүн ардынхаа эрүүл энхийн манаанд зогсож олон олон хүний амь насыг авран тоймгүй их буян хийх ариун үйлсийнх нь гараа эхэлжээ.

Лхагважав багш 1964 онд Улаанбаатар хотод УКТЭ-ийн мэс заслын тасагт мэс заслын эмчээр ажиллаж байхдаа өөрийн санаачлага болон профессор П.Долгорын шууд дэмжлэгтэйгээр тухайн үед манай улсын анхны үндэсний мэргэжилтнүүд бэлтгэгдэн ажиллаж эхлэж байсан анагаах ухааны шинэ бөгөөд асар их ирээдүйтэй салбар болох мэдээгүйжүүлэл, эрчимт эмчилгээний мэргэжлийг сонирхон сонгож, дагалдан эмчийн дамжаа дүүргэн ажилласнаас хойш эдүгээ даруй 41 жил өнгөрөөд байна. Багш маань одоо ч төрөлх эмнэлэгтээ бие сэтгэлээ зориулж, шавь нартаа мэргэжлийн болон ёс суртахуун, бүр ажил амьдралын тал дээр нь хүртэл үнэтэй зөвлөгөөгөө өгч оновчтой саналаа хэлж, мэргэжлийн сургалтанд нь идэвхтэй оролцон энэ салбарынхаа тэргүүлэх мэргэжилтний хувьд мэдээгүйжүүлэл эрчимт эмчилгээний хөгжил дэвшилд хамгийн их хувь нэмэр оруулсаар байна.

Монгол улсын эрүүл мэндийн тусламж үзүүлэх голлох эмнэлгийн мэс заслын тасагт ажиллаж ирсний хувьд багш маань үүрэг хариуцлагаа гүнээ ухамсарлан байгалиас заяасан их авьяасаа нөр их хичээл зүтгэлээрээ цаг үргэлж тэтгэн байсан бөгөөд ажиллах, сурах, шинээр санаачлахын хосгүй их үлгэр дууриалыг мөр зэрэгцэн ажиллаж байгаа эмч нар, олон шавь нартаа үзүүлсээр ирсэн. Г.Лхагважав багшийн санаачлагаар манай улсад анх түрүүнд эрчимт эмчилгээ мэдээгүйжүүллийн тасагт байгуулагдсан бөгөөд одоо улсын хэмжээнд түгэн дэлгэрч амжилттай ажиллаж байна. Лхагважав багш цусыг биеийн гадна засал хийж эмчлэх /хэт ягаан туяагаар шарах, сийвэн салгах, ультрафильтраци хийх/ үндсэн аргуудыг монголын анагаах ухаанд анх хэрэглэсний гадна зүрхийг цахилгаанаар сэдээх, цахилгаан дефибрилляци, үргэлжилсэн зохиомол амьсгал зэрэг сэхээн амьдруулах, эрчимт эмчилгээний нарийн төвөгтэй аргуудыг монгол улсад түрүүлэн нэвтрүүлэгч юм.

Лхагважав багш сэхээн амьдруулах, эрчимт эмчилгээ, мэдээгүйжүүллийн албанд эмч, тасгийн эрхлэгч, зөвлөх эмчийн амаргүй ажлыг хийхийн зэрэгцээ салбарынхаа тусламжийг хөгжүүлэх, үндэсний мэргэжилтэн бэлтгэх үйлсэд онцгой хүч чармайлт гарган ажиллаж албан ёсны сургалт, дамжаанаас гадна 30 гаруй эмчийг шавьлуулан сургаж мэргэжүүлсний дотор магистр, тэргүүлэх зэргийн эмч нар болон хүний гавьяат эмч, анагаах ухааны доктор төрөөд байна.

Багш маань мэргэжлийн ажил, сургалтын зэрэгцээ судалгаа, шинжилгээний ажилд чөмөг дундлан байж 40 гаруй өгүүлэл илтгэл, бас хэд хэдэн товхимол сурах бичиг тус бүр нэгийг бичиж, 40 шахам сэдвээр оюутны гарын авлага монгол хэл дээр боловсруулсан юм.

Багшийн маань нөр их хөдөлмөр, хичээл зүтгэл, ажлын их амжилт, байгуулсан гавьяаг нь монгол улсын төр засаг өндрөөр үнэлж 1976 онд хөдөлмөрийн хүндэт медаль, 1980 онд ЭМЯ-ы тэргүүний ажилтан, 1981 онд БНМАУ-ын хүний гавьяат эмч, 1990 онд Монгол улсын төрийг шагнал, 2002 онд Монгол улсын ардын эмчийн цол тэмдгээр тус бүр өргөмжлөн шагнаж алдар гавьяаг нь мандуулан, ард нийтэд тунхаглан зарлаж байлаа. Мөн эмч мэргэжилтэн болон оюутны сургалтанд оруулж байгаа хувь нэмрийг нь үнэлэн багшид маань 1996 онд манай улсад анх хэрэглэсэн клиникийн профессор цол олгож байлаа. 2005 онд олгосон УКТЭ-ийн хүндэт Профессорын № 1 гэсэн дугаартай өргөмжлөлийн эзэн нь Лхагважав юм.



УЛСЫН КЛИНИКИЙН ТӨВ ЭМНЭЛГИЙН ЭРДЭМТЭД



Анагаахын ШУ-ны доктор, профессор, хүний гавьяат эмч

ПЭЛЖЭЭГИЙН ОНХУУДАЙ

1972 онд БНАГерман Улсын Лейпциг хотын Карл Марксын Нэрэмжит Их Сургуулийн Анагаах Ухааны факультетийг дүүргэсэн. 1972 оноос УКТЭ-т рентген, радиологийн их эмчээр ажиллаж байна.

- 1975 оноос одоог хүртэл Цөмийн онош зүйн тасгийн эрхлэгч
- 1992-1996, 2002-2004 Дүрслэл оношлогооны тасгийн эрхлэгч
- 1991-1996 УКТЭ-ийн Ерөнхий эмч, захирал
- 1995-1996 АУИС-ийн Клиник эрхэлсэн проректор
- 1975-1996 АУДС-д цагийн багш, тэнхмийн багш
- 1992-1996 Дүрслэл оношлогооны тэнхмийн эрхлэгч

1980 онд БНГАУЛсад "Элэгний өмөн, архаг өвчнүүдийг ялган оношлоход синтиграфийн боломж түүний хүрээ" сэдвээр А.У.-ны докторын зэрэг, 1991 онд ХБНГерман Улсад "Элэгний өмөн, архаг өвчнүүдийг дүрслэл оношлогооны аргаар онолох боломж, хязгаар" сэдвээр Анагаахын Ш.У.-ны доктор зэрэг хамгаалсан. 1994 онд Дэд профессор, 1996 онд Профессор цол тус тус хүртсэн.

АУ-ны доктор, Кл. Профессор

ЛҮНДЭГИЙН ГАНБОЛД



АУИС-ийг 1979 онд төгссөн. УКТЭ-ийн Анестези-Реанимацийн тасагт эмчээр ажиллаж эхэлсэн. 1981 онд мэдээгүйжүүлэгч эмчийн мэргэжил эзэмшиж 1985-1987 онд Герман улсад ординатурт суралцсан. 1988 онд мэдээгүйжүүлэгч эмчийн ахлах, 1993, 1998 онд тэргүүлэх эмчийн эзэрэг хамгаалсан. 1992 оноос Эмч нарын мэргэжил дээшлүүлэх институт, 1995 оноос АУИС-д багшаар ажиллаж иржээ. 1999 онд "Мэдээгүйжүүлгийн үеийн артерийн цусны хийжилт, хүчил шүлтийн байдал"

сэдвээр АУ-ны магистр, 2002 онд "Мэс заслын дараах үеийн өвдөлт намдаах эмчилгээг төгөлдөржүүлэх асуудал" сэдвээр АУ-ны докторын зэрэг тус тус хамгаалжээ.

Мэргэжлээрээ ажиллах хугацаандаа ном товхимол 5, өгүүлэл 5, эрдэм шинжилгээний хурлын илтгэл 42-ийг хэвлүүлсэн байна. 2001 онд Эрүүлийг хамгаалахын тэргүүний ажилтан, 2004 онд Клиникийн профессор цол хүртсэн болно. Одоо УКТЭ-ийн сургалт, эрдэм шинжилгээ, гадаад харилцааны албаны дарга, ЭМЯамны эрчимт эмчилгээ, мэдээгүйжүүлэлтийн ерөнхий мэргэжилтэн, "Амь тэнссэн үеийн анагаах мэргэжлийн зөвлөл"-ийн даргаар ажиллаж байна.

АУ-ны доктор

ЛУВСАНДОРЖИЙН ДАВААНЫМ



1988 онд АУДэСургуулийг төгсөж, УКТЭ-ийн мэс заслын 1, 2-р тасаг, эрүү нүүрний мэс заслын тасагт эмч, 1990 онд АУДэСургуулийн нүүр ам судлалын тэнхимд багш, 1997 оноос УКТЭмнэлгийн ЭНМЗКлиникийн эрхлэгч, ЭМШУИС - ийн Н.А.М.З - ын тэнхмийн эрхлэгчээр ажиллаж байна.

ОХУ болон Япон улсад мэргэжил дээшлүүлж 1998 онд эрүү Нүүрний

мэс заслын эмчийн тэргүүлэх зэрэг хамгаалсан. 1995 онд "Эрүү нүүр орчмын нэвчээсийн тохиолдол" сэдвээр АУ-ны магистр, 2004 онд "Эрүү нүүр орчмын нэвчээсийн тохиолдол, шалтгаан, хүндрэл, түүний хам эмчилгээний асуудал" сэдвээр Анагаах ухааны докторын зэрэг хамгаалсан.

2002 онд "Эрүүлийг хамгаалах тэргүүний ажилтан" цол тэмдэгээр шагнагдсан.

Бүтээл. хэвлэгдсэн өгүүлэл, илтгэл 15, нэг сэдэвт эрдэм шинжилгээний бүтээл 2 болно.



УЛСЫН КЛИНИКИЙН ТӨВ ЭМНЭЛГИЙН ЭРДЭМТЭД



АУ-ны доктор, дэд профессор
ДЭЧИНЦООГИЙН БАЛДАНДОРЖ

1960 онд МУИС-ийн АУ-ны факультетэд суралцан төгсөөд, 1960 онд мэдрэл, сэтгэл мэдрэлийн эмч нарын анхны курсэд 6 сар суралцаад мэдрэлийн эмчийн нарийн мэргэжил эзэмшсэн. 1960-1963 онуудад Баянхонгор аймгийн нэгдсэн эмнэлэгт дотор мэдрэлийн эмч, 1963-1966 онд УБ хотын Ажилчны районы нэгдсэн эмнэлэг, 1966-1968 онд үйлдвэр хоршооллын амбулаторид мэдрэлийн эмч, 1968-1969 онд

АУИС-д багш, 1969 оноос УКТЭ-ийн мэдрэл судлалын клиникт эмч, онош зүйн тасгийн эрхлэгч, 1996 оноос Мэдрэл судлалын тэнхимд багш, 2000 оноос Хууль зүйн яамны төрийн тусгай албан хаагчдын эмнэлгийн мэдрэлийн тасгийн зөвлөх эмч, 2001 оноос "Шагдарсүрэн", "Энхжил" хувийн эмнэлэгт мэдрэлийн эмчээр ажиллаж байжээ.

1971 онд мэдрэлийн 2-р зэрэг, 1977 онд АУ-ы дэд докторын зэрэг, 1992 онд зүүний эмчийн мэргэжил эзэмшсэн. 1995 онд дэд профессор болсон. 1977 онд ЗХУ-ын Москва хот, 1981-1982 он, 1989-1990 онд БНАГУ-ын Берлин, Магдебург, Грайсвальд хотод клиникийн нейрофизиологич эмчийн мэргэжил эзэмших, дээшлүүлэх курс хийсэн. Эрдэм шинжилгээний илтгэл-19, практикт нэвтрүүлсэн шинэлэг аргууд-13, нийтэд зориулсан өгүүлэл-60 гаруйг хэвлүүлсэн.

1975 онд МҮЭ-ийн хүндэт үнэмлэх, 1976 онд Засгийн газрын жуух бичиг, 1980, 1985 онуудад эмнэлгийн хүндэт самбарт, 1980 онд хөдөлмөрийн хүндэт медаль, 1991 онд "Алтан галас" одон, 1985 онд "Эмнэлгийн сайчуул", 70 жилийн ойн медаль, 1995 онд УКТЭ-ийн хүндэт дэвтэрт нэр бичигдсэн. 2000 онд Засгийн газрын хэрэгжүүлэгч агентлагын "Хүндэт үнэмлэх" зэрэг шагналаар шагнагдаж байсан.



АУ-ны доктор
БААСАНДОРЖИЙН ЦЭЭНПИЛ

1940 онд Хэнтий аймгийн Баян сумын Ихэнбүрд гэдэг газар төрсөн. 1959 онд Хэнтий аймгийн 10 жил төгссөн. 1964 онд АУДэС-ийг эмч мэргэжлээр төгссөн 1966 онд нүдний эмчийн мэргэжил эзэмшсэн. 1964-1971 он хүртэл нэгдсэн III эмнэлэгт дотор, нүдний эмчээр 1971 онд УКТЭ нүдний тасаг, глаукомын кабинетэд нүдний эмч, багшаар 1997 онд гавьяаныхаа амралтанд гарсан.

Одоо улсын шүүх эмнэлгийн магадлах товчоонд зөвлөх, "Хүмүүн" эмнэлэгт нүдний эмчээр тус тус ажиллаж байна. 1990 онд "Клинико – функциональные исследования при раннем выявлении глаукомы в условиях поликлиники" сэдвээр дэд докторын зэрэг хамгаалсан.

Эрдэм шинжилгээний бүтээл, илтгэл өгүүлэл, сургалт, зөвлөмж бусад зүйл 41-ийг хэвлүүлсэн.

1972-1997 онуудад УКТЭ-н Шинийг санаачлагч нийгэмлэгт, 1980-1989 – Намын үүрийн даргын ажил, мөн УКТЭ, ҮЭ-ийн тэргүүлэгч, УБ хотын депутат, МШСН-н тэргүүлэгч, шалган байцаах комиссын шинжээчээр, ЭХЯ-ны нүдний ерөнхий мэргэжилтнээр тус тус ажиллаж байсан.

ЭХЯ болон УБ хотын намын хороо, ҮЭ-ийн төвийн зөвлөлийн шагналаар удаа дараалан шагнагдаж байсан. Засгийн газрын жуух бичиг, ҮЭ 16-р Их хурал, ХН хорооны бүгд бага хурлуудад төлөөлөгчөөр оролцсон.



УЛСЫН КЛИНИКИЙН ТӨВ ЭМНЭЛГИЙН ЭРДЭМТЭД



АУ-ны доктор

ГҮРЖАВЫН НАРАН

Өвөрхангай амгийн Арвайхээр хотод төрсөн. 1983 онд АУДэС төгссөн. 1983-1987 онд УКТЭ-т эмч, 1997 оноос УКТЭ-ийн лабораторийн тасгийн эрхлэгчээр, 1989 оноос АУДС-ийн Дотрын тэнхим, АУИС, ЭМШУИС-д оношлогооны тэнхимийн багшаар ажиллаж байна. ЭМЯ-ны Лабораторийн ерөнхий мэргэжилтэн, ЭМЯ-ны Оношлогооны мэргэжлийн зөвлөлийн нарийн бичгийн дарга, УКТЭ-ийн лабораторийн зөвлөх зэрэг ажлуудыг гүйцэтгэж байна.

1992-2004 онд Humalyzer 2000, Uriscan шээсний анализатор, Option 2 plus бүлэгнэлийн анализатор, Erma гематологийн анализатор, Multiscan иммунологийн анализатор, TDX/FLX эмийн анализатор, Pronto биохимийн анализаторуудыг анх ашиглалтанд оруулан цусны бүлэгнэлийн иж бүрдэл шинжилгээ-Гемостазиограмма, үрийн шингэний шинжилгээ, үр тогтоох чадвар, лейкозыг ялгах цитохимийн урвал зэрэг шинжилгээнүүдийн анх нэвтрүүлжээ. 1998 онд "Архаг гламерулонефрит, түүний хүндрэл, бөөрний архаг дутагдлын үеийн цусны гемостазын тогтолцооны зарим үзүүлэлтүүд" сэдвээр докторын зэрэг хамгаалсан.

Тэрээр эрдэм шинжилгээний өгүүлэл 20, ном товхимол, эрдэм шинжилгээний хуралд 25 илтгэл хэлэлцүүлэн, 6 магистрын ажлыг удирдан хамгаалуулсан, 80 гаруй эмч нарыг мэргэшүүлэн сургасан байна.



Монгол улсын төрийн соёрхолт, АУ-ны доктор,

к.л. Профессор

ДАВААЖАВЫН НЯМСҮРЭН

1977 онд АУДС-ийг төгсөж Хөвсгөл аймгийн Улаан-Уул сумын сум дундын эмнэлгийн ерөнхий эмч, мэс засалчаар, 1980 онд АА-ын 122-р ангид жагсаалын цэрэг, Дорноговь аймгийн Зүүнбаянгийн дивизийн эмнэлэгт эмс засалч эмчээр, 1982-1989 онд Цэргийн госпитальд мэс заслын эмч, тасгийн эрхлэгчээр, 1989-1997 оноос УКТЭ-ийн эмчилгээ

эрхэлсэн захиралаар, 2005 оноос БМЗК-ийн эрхлэгчээр ажилаж байна. 1997 оноос одоог хүртэл БМЗК-ийн зөвлөхөөр ажиллаж байна.

1979-1980 онд мэс заслын олгох курс, 1983-1984 онд Ленинград хотын академид мэс заслын дээшлүүлэх курс, 1985-1986 ординатур, 1989-1990 онд Бөөрний мэс заслын эмчийн курсыг тус тус дүүргэсэн. 1997 онд Малайзын Куала-Лумпурт, 1998 онд Хятад, 2000 Япон, 2002 онд Солонгос улсад мэргэжил дээшлүүлсэн. 1991, 1996 онуудад мэс заслын тэргүүлэх зэргийн эмч, 1997 онд "Шээс бэлгийн замын цоорхойн эмчилгээ" сэдвээр АУ-ны /PhD/ докторын зэрэг хамгаалсан. 2004 онд клиникийн профессор цол хүртсэн.

Эрдэм шинжилгээний 80 гаруй бүтээл, нэг сэдэвт зохиол болон оюутны гарын авлага ном туурвисан.

Монголд анх удаа бөөр шилжүүлэн суулгах мэс засалд оролцсон, Давсагыг бүтнээр нь авах, шээсний сүвийг шамрангийн арьсаар орлуулах, шээлгүүрийг нарийн гэдсээр орлуулах, бөөрөнд арьсны гаднаас хатгаж гуурс тавих, том шүр хэлбэрийн чулууг авах, шээс бэлгийн замын цоохойг нөхөх зэрэг 10 гаруй мэс заслын арга барилд шинэ бүтээлийн гэрчилгээ 2, оновчтой загварын гэрчилгээ 16 тус тус авсан.

1997 онд ЭХ-ийн тэргүүний ажилтан, 1997 онд Монгол улсын төрийн шагнал, 1981 онд 80 жилийн ойн медалиар тус тус шагнагдсан. 1998 онд Европын Урологийн эмч нарын холбооны гишүүн болсон.



УЛСЫН КЛИНИКИЙН ТӨВ ЭМНЭЛГИЙН ЭРДЭМТЭД



Монгол улсын төрийн соёрхолт, АУ-ны доктор,
кл. Профессор

МУУХАЙН НАМСРАЙ

АУ дээд сургуулийг 1979 онд хүний их эмч мэргэжлээр төгссөн. 1979-1980 онд Увс аймгийн нэгдсэн эмнэлэгт мэс заслын эмч 1980 оноос УКТЭ-ийн бөөрний мэс заслын тасагт эмч, тасгийн эрхлэгч, дурангийн эмч, ЭМЯамны бөөрний мэс зэслын ерөнхий мэргэжилтэнээр ажиллаж байна. 1981 онд Эрхүү хотын ЭНМД институтад Урологийн мэргэжил

эзэмшиж, 1986-1988 Ардчилсан Герман улсад Урологийн нарийн мэргэжлийн дамжааг Уро-эндоскопийн мэргэжлээр төгссөн.

1990, 1995 онд Урологийн тэргүүлэх зэргийн эмчийн зэрэг хамгаалсан. 1989 онд Уро-эндоскопийн кабинетийг анх байгуулан Уро-эндоскопийн шинжилгээг шинэ шатанд гаргаснаар 8-н төрлийн төрлийн шинжилгээг жил тутам 800-1200 гаруй өвчтөнд хийж байна. Кабинет байгуулагдснаас хойш 15905 хүнд Уро-эндоскопийн шинжилгээ хийжээ.

Уро-эндоскопийн хагалгааг 1989 онд онд эхэлснээс хойш 2005 оны байдлаар дурангийн 10 гаруй төрлийн мэс заслыг 20 гаруй нэр төрлийн өвчтэй 2369 хүнд хийгээд байна.

М.Намсрай ажиллах хугацаандаа 13 төрлийн ШБОС, ашигтай загварын гэрчилгээ авсан бөгөөд 1993 онд түрүү булчирхайн эмгэгийг дурангийн мэс заслын аргаар эмчлэх аргыг нэвтрүүлсэн. 1997 онд "Түрүү булчирхайн эмгэгийн оношлогоо эмчилгээг иж бүрдлээр шийдсэн нь" сэдэвт бүтээлээрээ Монгол улсын төрийн шагнал хүртсэн.

Эрдэм шинжилгээ судалгааны 80 гаруй өгүүлэл, илтгэл зөвлөмж бичиж 1999 онд "Түрүү булчирхайн дурангийн оношлогоо, эмчилгээний асуудалд" нэг сэдэвт бүтээлээрээ АУ-ны боловсролын докторын зэрэг хамгаалж, 2005 онд клиникийн профессор цол хүртсэн. 1995 онд Эрүүлийг хамгаалахын тэргүүний ажилтан цол тэмдэгээр шагнагджээ.



АУ-ны доктор, кл. Профессор

БАТСҮҮРИЙН БЯМБАДОРЖ

1995 онд АУИС төгссөн. 1995-1997 онд Магистрантур, 1997-2001 онд аспирантур, 2001-2002 онд Удирдлагын академийн магистрантур төгссөн. 1996 оноос УКТЭ-д эмч, 1999 оноос тус эмнэлгийн Бөөрний тасгийн эрхлэгч, 2005 оноос УКТЭ-ийн эмчилгээ, сувилгаа эрхэлсэн захиралаар ажиллаж байна.

2001 онд Сөүл, 2004 онд Праг хотод бөөр-трансплантацийн чиглэлээр мэргэжил дээшлүүлсэн.

1997 онд Бөөрний өвчний үеийн нөөц шүүлтийн байдал сэдвээр АУ-ны магистр, 2001 онд Гломерулонефритийн үеийн Туйплин засал эмчилгээ сэдвээр АУ-ны доктор, 2002 онд Эрүүл мэндийн эдийн засгийн удирдлага сэдвээр Удирдахуйн ухааны магистрийн зэрэг тус тус хамгаалсан.

2005 онд клиникийн профессор хүртсэн. 2001 онд Нийслэлийн эрүүл мэндийн тэргүүний ажилтан цол тэмдгээр шагнагджээ.

Ном, товхимол тус бүр 1, илтгэл өгүүлэл 28-ийг бичсэн.



УЛСЫН КЛИНИКИЙН ТӨВ ЭМНЭЛГИЙН ЭРДЭМТЭД

АУ-ны доктор, кл. Профессор

НЯМДАВААГИЙН ТУУЛ



1979 онд Улаанбаатар хотноо Анагаах Ухааны Дээд Сургуулийн эмчилгээний анги төгссөн. 1979-1981 онд АӨЭС-ын төвд иммунологч эмч, 1981-1986 онд ЗХУ (хуучнаар) Дубна хотод эрдэм шинжилгээний туслах ажилтан, 1986-1995 онд Улсын Клиникийн Төв Эмнэлэгт эмч, тасгийн эрхлэгч, 1995-1999 онд Анагаах Ухааны Их Сургуулийн дотрын тэнхимд багш, 1999 оноос УКТЭ-ийн ХБЭСКлиникийн эрхлэгч, ЭМШУИС-д багш, Эрүүл Мэндийн Яамны ходоод гэдэс судлалын ерөнхий мэргэжилтнээр ажиллаж байна.

1987 онд дотрын эмчийн мэргэжил эзэмшиж, 1989-2001 онд Болгарт Гастроэнтерологийн ординатур төгссөн. Чех Улсад дурангийн чиглэлээр мэргэжил дээшлүүлсэн. Улмаар 1992, 1995 онд дотрын эмчийн ахлах, тэргүүлэх зэрэг хамгаалсан.

1996 онд Анагаах Ухааны Их Сургуульд "Хеликобактерийн илрүүлэлт" сэдвээр АУ-ны магистр, 2002 онд Казахстан улсад "Хеликобактер /НР/-ийн халдварлалтанд эрүүл ахуйн нөлөө, НР-ийн шалтгаант эмгэгүүдийн эмчилгээний онцлог" сэдвээр АУ-ны докторын зэрэг хамгаалж, 2005 онд клиникийн профессор цол авсан.

Түүнчлэн оюутан, эмч нарт зориулсан нэг сэдэвт зохиол гарын авлага-8, гадаад, дотоодын мэргэжлийн сэтгүүлд эрдэм шинжилгээний өгүүллэг-16, эрдэм шинжилгээний хуралд 18 удаа илтгэл хэлэлцүүлсэн.

2002 онд Эрүүлийг хамгаалахын тэргүүний ажилтан цол тэмдэгээр шагнагджээ.



АУ-ны доктор, кл. Профессор

НЯМДОРЖИЙН ГАНСҮХ

1985 онд Иркутск хотын Анагаах Ухааны Их Сургууль төгссөн. 1985 онд нарколог, психиатр эмчийн курс, 1987 онд Мэдрэлийн эмчийн курс, 1994 онд Зүүний эмчийн курс, 1996 онд Анагаах ухааны магистр, 1998 онд Тэргүүлэх зэргийн эмч, 1997 онд МВДА англи хэлний курс, 2002-2004 онд Иркутск хотын мэргэжил дээшлүүлэх институтын аспирантур төгссөн.

1985-1988 онд нийслэлийн АР-ны нэгдсэн эмнэлэгт цехийн эмч, 1988-1989 онд Төв аймгийн нэгдсэн эмнэлэгт Сэтгэц наркологийн эмч, 1989-1992 онд Төв аймгийн мэдрэлийн тасгийн эрхлэгч, 1992-2000 онд Улсын Клиникийн Төв Эмнэлгийн МСК-т мэдрэлийн эмч, 2000-2005 онд УКТЭ-ийн МСКлиникийн эрхлэгч, 2005 оноос Улсын Клиникийн Төв Эмнэлгийн поликлиник эрхэлсэн захирлаар ажиллаж байна. 1996 онд "Тархины судасны өвчний тархалт" сэдвээр анагаах ухааны магистр, 2004 онд "Улаанбаатар хотын хүн амын дундах тархины судасны өвчний тархалт, эрсдэлт хүчин зүйл" сэдвээр анагаах ухааны докторын зэрэг хамгаалж, 2005 онд Клиникийн профессор цол хүртсэн.

"Тэргүүний залуу" алтан медаль, Эрүүл мэндийн яамны хүндэт жуух бичиг, Эрүүлийг хамгаалахын тэргүүний ажилтан цол тэмдэг, Залуу үеийг халамжлан хүмүүжүүлэгч медаль, Эрүүл мэндийн байгууллагын хүндэт тэмдэг, Улсын Клиникийн Төв Эмнэлгийн оны шилдэг эмч, 2004 оны нарийн мэргэжлийн "Вансэмбэрүү" шагналт эмч, Хөдөлмөрийн хүндэт медалиар тус тус шагнагдсан.

УЛСЫН КЛИНИКИЙН ТӨВ ЭМНЭЛГИЙН САНХҮҮЖИЛТ БА ТУЛГАМДСАН АСУУДАЛ

А. Саранцэцэг, Т. Батханд /УКТЭ/

Эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний чанар, үр ашиг төдийлэн сайжрахгүй байгаа нь нэг талаас санхүүжилтийн гажуудал болон санхүүгийн удирдлагын эрх мэдэл хязгаарлагдмал, хариуцлагын тогтолцоо боловсронгуй бус нөгөө талаас нөөцийн хуваарилалт оновчгүй, зарцуулалтын үр ашиг хангалтгүйгээс болж олон асуудлууд тулгамдаж байна.

Энэ байдлаас үндэслэн эмнэлгийн санхүүжилтийн байдалд дүгнэлт хийлээ.

УКТЭ-ийн санхүүжилт нь:

- Төсвийн санхүүжилт
- Эрүүл Мэндийн Даатгалын санхүүжилт
- Өөрийн орлого гэсэн эх үүсвэрээс бүрдэж байна.

Сүүлийн 10 жилийн санхүүжилтийн эх үүсвэрийг харуулбал (Хүснэгт 1, График 1):

Хүснэгт 1

Он	Төсвийн санхүүжилт	ЭМД-ын санхүүжилт	Өөрийн орлого	Нийт
1995	122,960.0	348,100.8	640.0	471,700.8
1996	109,731.9	476,280.0	12,697.4	598,709.3
1997	171,309.0	561,330.0	117,361.0	850,000.0
1998	178,056.0	748,434.6	14,999.7	941,490.3
1999	803,692.8	149,168.0	15,000.0	967,860.8
2000	678,435.0	136,102.3	11,250.0	825,787.3
2001	999,422.4	150,803.0	15,000.0	1,165,225.4
2002	674,400.0	830,528.0	49,704.0	1,554,632.0
2003	602,077.0	890,000.0	711,108.4	2,203,185.4
2004	1,049,425.9	885,757.3	349,946.0	2,285,129.2
2005	1,146,883.7	966,600.0	420,465.3	2,533,949.0

График 1

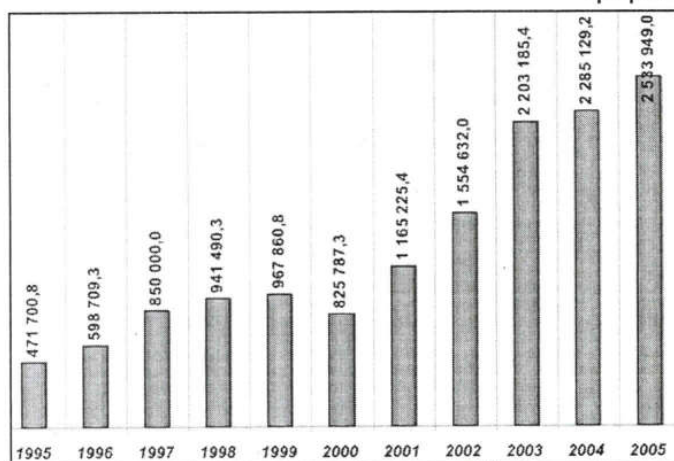


График 1 –ээс үзэхэд УКТЭ-ийн 2005 оны санхүүжилтийн эх үүсвэр нь 1995 онтой харьцуулахад 5 дахин, 2000 онтой харьцуулахад 3 дахин өссөн хэдий ч эмнэлгийн тусламж үйлчилгээний чанар, тоног төхөөрөмж, технологийн шинэчлэл төдийлөн сайжраагүй, ажиллагсдын цалин дорвитой нэмэгдээгүй байгаа нь санхүүжилт нэмэгдснээр эмнэлгийн асуудал шийдэгдээгүй нь харагдаж байна.

Үүнийг тодруулахын тулд УКТЭ-ийн санхүүжилтийн бүтцийг авч үзье.

График 2

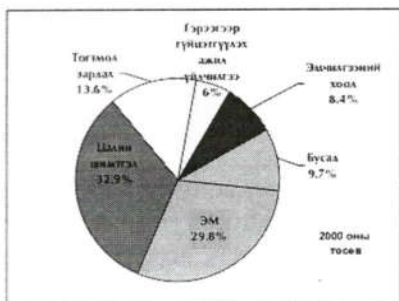


График 3

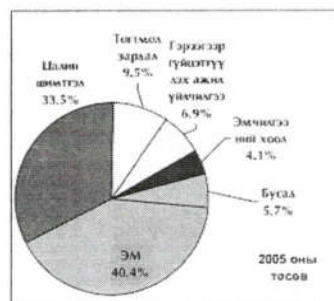


График 2 ба График 3-аас үзэхэд жил ирэх тусам эмийн төсөв нэмэгдэж байгаа нь цөөн хүнд өндөр өртөгтэй эмийг зарцуулж байгаатай холбоотой ба энэ нь тусламж үйлчилгээний хүртээмж тэгш байх зарчимд сөрөг нөлөө үзүүлээд зогсохгүй эрүүл мэндийн салбар болон эмнэлгийн төсөвт дарамт болж байна.

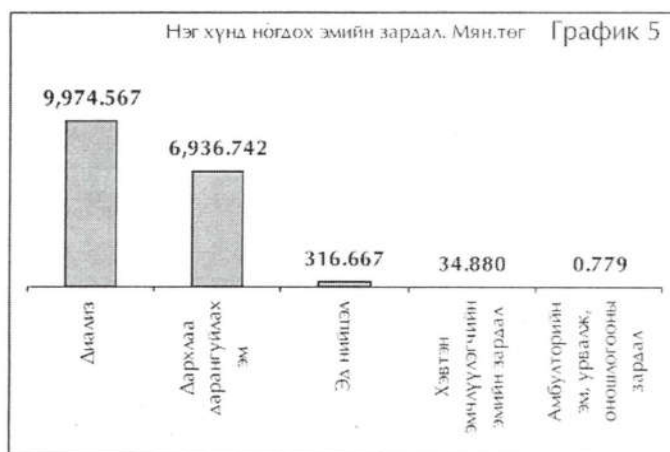
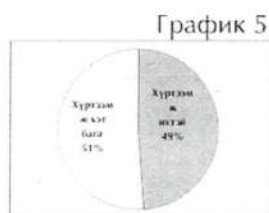
Эмийн зардалын зориулалтын бүтцийг хүснэгтээр харуулбал :

Хүснэгт 2

Зориулалт	Эмийн зардал	Эмийн зардалын зориулалтын бүтэц	Хүртээмжээр ангилбал /хувь/	
Амбулаторийн төлбөргүй олгох эмийн зардал	457 825 744	29,9	50,7	Хүртээмж хэт бага
Диализ	299 027 000	19,5		
Эд нийцэл	19 000 000	1,2		
Хэвтэн эмчлүүлэгчийн эмийн зардал	658 541 179	43,0	49,3	Хүртээмжтэй
Амбулаторийн эмчилгээний зардал	9 753 000	0,6		
Урвалж, оношлуурын зардал	47 764 000	3,1		
Дүрслэл оношлогоо	39 835 778	2,6		
НИЙТ	1 531 746 701	100,0	100,0	

УКТЭ-т жилд хэвтэн эмчлүүлдэг, амбулаториор үйлчлүүлдэг иргэдийн эмийн зардал 49%, гемодиализ эмчилгээ болон эрхтэн шилжүүлэн суулгасны дараа х эмчилгээ хийлгэж байгаа нийт 126 хүний эмчилгээний зардал 51 хувийг эзэлж байна (График 4).

Үүнийг нэг хүнд ногдох зардалаар графикаар үзүүлбэл (График 5):

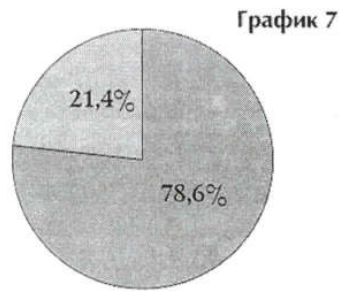
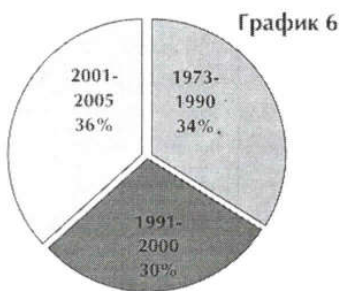


Эмнэлгийн оношлогоо эмчилгээний чадавхийг илэрхийлэх эм урвалжийн зардал багасаж, нийт эмийн зардалын дийлэнх хувь нь цөөн хүний эмэнд зориулагдаж байгаа нь эмнэлгийн санхүүжилтийн гажуудлыг харуулж байгаа бөгөөд үүнээс үүдэн эмнэлгийн тусламж үйлчилгээний чанар, технологийн шинэчлэлтэд тодорхой ахиц гарахгүй, гадаадад эмчилгээ, оношлогоо хийлгэхээр явагсадын тоо жил ирэх тусам өсөж байна. Мөн зайлшгүй шийдвэрлэх асуудлын нэг бол эмнэлгийн тоног төхөөрөмж, технологийн шинэчлэлт юм.

Эмнэлгийн тоног төхөөрөмжийн байдлыг харуулбал (ШУТИС-ийн Эрдэмтэдийн багийн “УКТЭ-техник технологийн шинэчлэлийн судалгаа”) Улсын Клиникийн Төв Эмнэлгийн 35 тасагт 490 эмнэлгийн тоног төхөөрөмж ашиглагдаж байгаагаас 1973-1990 онд 33,9 хувь, 1991-2000 онд 29,5 хувь, 2001-2005 онд 36,6 хувь нь ашиглалтанд орсон байна (График 6).

Ашиглагдаж байгаа нийт 493 тоног төхөөрөмжийн

- 78,6 хувь нь буцалтгүй тусламж, төсөл, хөтөлбөрөөр (ашиглагдаж байсан, хуучин)
- 21,4 хувь нь хөрөнгө оруулалтаас бүрджээ (График 7).



2001 оноос хойш хийгдсэн техникийн шинэчлэлийн 5 хувийг тус эмнэлэг өөрийн хөрөнгөөр хийжээ.

Эмнэлгийн тоног төхөөрөмжийн ханган нийлүүлэгч улс орны талаар хийсэн судалгаанаас үзэхэд үйлдвэрлэгч улс нь Орос, Чех, Япон, Солонгос, Англи, Америк, Швейцарь, Герман, Хятад, Тайван зэрэг 13 гаруй улсынх байхаас гадна үйлдвэрлэгч пүүс компаниуд нь /30 гаруй/ хэт олон байгаа нь засвар үйлчилгээний нэгдсэн бодлого алдагдахад хүргэж байна.

Дээрх тулгамдсан асуудлуудыг шийдвэрлэхийн тулд:

- Клиникийн эмнэлгийн менежментийг зах зээлийн нөхцөлд тохирсон ил тод, төвлөрөл сааруулах (төсвөө захиран зарцуулах) тогтолцоог бий болгох
- Чанар үр дүнг сайжруулах эдийн засгийн хөшүүргүүдийг хэрэглэх
- Тусламж үйлчилгээний төрөл зүйлд тохирсон үнэ өртөгийн тариф тогтоох, төлбөр тооцооны олон хэлбэрийг зохистой ашиглах
- Эмнэлгийн тусламж үйлчилгээний орцыг оновчтой хуваарилж, нэгжүүдийн зардлуудын хяналтын тогтолцоог бий болгох
- III дахь шатлалын клиникийн эмнэлгийн өндөр технологи бүхий оношлогоо үйлчилгээг төлбөртэй болгох
- Эмнэлгийн тусламж үйлчилгээний тоо, чанар, ажлын гүйцэтгэлтэй уялдсан хөдөлмөрийн үнэлэмж цалин урамшууллын тогтолцоог бий болгож, хэрэгжүүлэх

Эдгээрийг хэрэгжүүлэхэд “Төсвийн байгууллагын удирдлага санхүүжилтийн тухай”, “Эрүүл мэндийн тухай”, “Эрүүл мэндийн даатгалын тухай” зэрэг хуулиудад нэмэлт, өөрчлөлт оруулан, хууль эрх зүйн орчинг бүрдүүлж, улмаар эрүүл мэндийн салбарын тогтолцоог нэг эх үүсвэрээр салхүүжүүлэх, нэг худалдан авагчийн зарчмыг нэвтрүүлэх дараагийн шатны шинэчлэлийн суурь болж өгнө.

МЭДЭЭЛЭЛ ХОЛБООНЫ ТЕХНОЛОГИ /МХТ/ БА ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН САЛБАР

Б.Бямбадорж, А.Сараницэцэг /УКТЭ/

МХТ гэдэг бол цахим тооцоолуур, мониторинг суурилсан холболтууд, мэдээлэлийн сан, программ хангамжууд, тэдгээрийг өөр хооронд нь холбогч сүлжээнээс бүрддэг. МХТ мэдээлэлийг цахим өгөгдөхүүнд эрэмбэлж, тооцоолохоос гадна тэдгээрийг асар хурдтай боловсруулж олон тооны хүлээн авагчдад хоромхон зуурт дамжуулдаг. Ингэснээр арга ажиллагааг автоматжуулан үр дүнг олон хүнд хүргэдэг учраас илүү их ажлыг түргэн хугацаанд гүн гүнзгий хийх боломж олгодог.

Мэдээлэлийг нэгэн дор олон төрлөөр зохион байгуулах боломжтой тул МХТ-ийг өөр өөр зорилго чиглэлд өргөн далайцтайгаар хөгжүүлж байна.

Тухайлбал эмнэлгийн тоног төхөөрөмжийн үйлдвэрлэлд нэвтрүүлэх, эмнэлгийн тоног төхөөрөмжийг ашиглан өвчтнийг шинжлэх, оношлох, эмчлэхэд ашиглах, мэдээ, мэдээлэл авах, цуглуулах, дамжуулах, боловсруулах, хэвлэх, мэдээлэл тараах зэрэгт мэдээлэл, холбооны техник, технологийн дэвшлийг эрүүл мэндийн салбарт өргөн ашигладаг.

МХТ-ийн дэвшлийг анагаах ухааны судалгаа шинжилгээнд, эмчилгээ, оношлогоо шинжилгээнд, эрүүл мэндийн сургалт сурталчилгаанд, эрүүл мэндийн статистик мэдээлэлийн тогтолцоонд, эмнэлгийн үйлчилгээнд өдөр дутам хэрэглэж байна.

Манай орны эрүүл мэндийн салбарын МХТ-ийн хөгжил

Эрүүл мэндийн салбарт өнөөгийн байдлаар шинэ зууны технологийн хөгжил бусад салбаруудаас хоцорч явна. Салбарын хэмжээнд засгийн газрын бодлогын хүрээнд энэ оноос цаасгүй эмнэлгийн технологийг нэвтрүүлэхэд ихэд анхаарч өөр өөрийн жимээр асуудлыг шийдвэрлэж байна. Өнөөдөр компьютерийн хангамж салбарын хэмжээнд харилцан адилгүй бөгөөд 7-8 байгууллагын хэмжээнд файл дамжуулах, хэвлэх үйл ажиллагаанд хэрэглэж буй бөгөөд сүүлийн үед интернэтээс мэдээлэл харах хэлбэрээр ашиглаж байна. Нийслэл хотод Шастины Клиникийн эмнэлэг амбулатори, зарим нэг оношлогооны нэгжүүдийн хооронд мэдээлэл солилцох, дүрс авиа дамжуулах, товлот үйлчилгээ үзүүлэх зэргээр хэрэглэх нааштай эхлэлүүд тавигдан нилээд туршлагыг өөртөө хуримтлуулсан байна. E-office хэлбэрийн байгууллагын дотоод мэдээлэлийн солилцоо хамтын ажиллагааны систем эрүүл мэндийн хэд хэдэн байгууллагад ашиглагддаг.

Эмчилгээ оношлогооны төхөөрөмжийн 80% нь хуучин нэрээр ЗХУ болон социалист орнуудаас нийлүүлэгдсэн 10-20 жил ашиглагдаж байгаа тоног төхөөрөмжүүд байна.

Иймд засвар үйлчилгээ, сэлбэг хүрэлцээ нь ажлын шаардлага хангахгүй болсноор ажлын горим алдагдахад хүрч байна. Нөгөө талаар мэдээлэл, харилцаа холбоо, техник технологийн талаар баримтлах стандарт байхгүйгээс төсөл, хөтөлбөр, зарим нэг хөрөнгө оруулалтаар нийлүүлэгдсэн техник нь хэрэгцээ хангалт харилцан адилгүй боловч ихэнх нь урьд нь ашиглагдаж байсан байдаг бөгөөд зарим талаар ажиллах эмч, инженер мэргэжилтэнүүдийн давтан сургалт, мэргэжил дээшлүүлэлт, удирдлагын бодлогын харалган байдал, санхүүгийн гаж тогтолцоо, салбарын хямрал зэргээс өндөр нарийвчлалтай тоног төхөөрөмжийг ашиглагдахгүй хөрөнгө бий болгож байна.

ЭНЭШТ, Хавдар судлалын төв, Шастины КТЭ, ЭМЯ, ЭМХҮТөв, БГХӨЭСТөв, ЭМШУИС зэрэг байгууллагууд интернэт кабинет, компьютерийн дотоод сүлжээг байгуулснаар эмч ажиллагсад интернэт болон мэдээлэл солилцох боломжтой болжээ. УКТЭ 80 жилийнхээ өмнөхөн амбулатори, стационарийн тасгуудын хооронд 8 км урттай, 64 компьютер бүхий дотоод сүлжээг бүтээн байгуулж, 24 цагийн интернэтэд холбогдсон билээ. Компьютерийн дотоод сүлжээний давуу талуудыг дурьдвал:

- Сүлжээнд холбогдсон компьютерууд өөртөө байгаа файлыг сүлжээний өөр компьютеруудад хадгалах боломжтой байдаг болохоор мэдээллийн хадгалах боломжийг дээшлүүлдэг.
- Компьютерүүдыг хоорондоо холбогдож файл солилцох, дуу, дүрс, текст дамжуулах, захиа хүлээн авах, илгээх зэрэг олон боломжийг бүрдүүлсэн
- Бага хугацаанд бага зардалаар олон үйлдэл гүйцэтгэх боломж өгнө. Үнэ ихтэй хүчтэй нэг компьютерээс сүлжээгээр холбогдсон хэдэн хямд жижиг компьютер нилээд илүү хүчин чадалтай болдог. Ингэж зардал мөнгө хэмнэх боломж өгдөг.
- Сүлжээний нэг хэсэг унахад сүлжээний өөр хэсгээр хэвийн үйл ажиллагааг хангаж болдог

тул найдвар дээшилнэ.

- Сүлжээнд шинэ компьютерууд нэмж холбоход хялбар байдгаараа уян хатан шинжтэй байдаг.

Улмаар УКТЭ-ийн 80 жилийн ойн фото үзэсгэлэнг электрон хэлбэрээр хийж байна.

МХТ-ийн тусламжаар дотоод сүлжээ, интернэт, зайн оношлогоо, эмчилгээ, зайны сургалт, мэдээлэл бааз үүсгэх, лавлах сан бүрдэх, товлот үйлчилгээг бий болгох, электрон бүртгэл тооцоо, ажлын цаг бүртгэлийн системийг ч сайжруулах боломжтой.

УКТЭ –ИЙН ЭМНЭЛЭГ ҮЙЛЧИЛГЭЭНИЙ 40 ЖИЛИЙН ТӨРХ

Б.Бямбадорж /УКТЭ/

УКТЭ-ийн 80 жилийн сүүлийн хагас жилийн эмнэлгийн эмчилгээ үйлчилгээний үндсэн үзүүлэлтүүдийг нэгтгэн дүн шинжилгээ хийх нь өнгөрсөн үеийн түүхийг тоон утгаар илтгэхийн хамт дараа дараагийн ажлын төлөвлөлт зохион байгуулалтад ашиглах боломжийг олгоно гэдэгт итгэж байна.

1925 онд анх 15 ортойгоор үйл ажиллагаагаа явуулж байсан тус эмнэлэг 1965 он гэхэд 400 ортойгоор ажиллаж жилдээ 5490 хүнийг эмчилж байжээ. Тус эмнэлгийн шинэ барилга 1971 онд ашиглалтанд орсноор 600 ортойгоор 1985 оныг хүртэл ажиллахдаа дундажаар жилд 8967.5 хүн хэвтүүлэн эмчилжээ.

1996 он хүртэл 10 жилд орны тоо 630-680 байсан ч дундаж ор хоног өндрөөс (18.75) жилд дундажаар 10517 хүн эмчилж байсан бол 1997 оноос орны тоо буурч 550-544-д хүрсэн ч эзлэх дундаж ор хоног аажим багасч орны эргэлт 65 оноос хойш эхний 10 жилд 15.6 байсан бол 70-аад онд 17.2 80-д онд 16.5 болж 90-ээд оны сүүл гэхэд 22.8 дахин 2004 он гэхэд 37 дахин буурч ирсэнээр жилд 17 мянга гаруй хүнд стационарийн тусламж үзүүлэх болжээ.

Поликлиникээр 1965-69 онд дундажаар 152 913 хүнд үйлчилж байсан бол 1970-аас 1989 онуудад жил бүр 200 гаруй мянгад хүрч ачаалалтай ажиллаж байсан нь дундажаар нэг жилд 253 366 хүнд үйлчилж байжээ.

1990 оноос жил тутам үйлчлүүлэгсдийн ачаалал буурч сүүлийн 15 жилд дундажаар 146 668 хүнд үйлчилж байна.

1965 онд хөдөөнөөс ирж хэвтэн эмчлүүлэгсдийн хувь 14.84%-д хүрч дараа дараагийн он жилүүдэд аажим нэмэгдэн хамгийн өндөр хувийг эзэлж буй онуудыг дурьдвал 1975 онд 32.26%, 1983 онд 41.46%, 1988 онд 46.91%, 1995 онд 42.94%, 2000 онд 44.91% байжээ. 2004 онд нийт хэвтэн эмчлүүлэгсдийн 43.45% нь хөдөө орон нутгаас ирэгсэд байв.

1966 онд поликлиникээр үйлчлүүлэгсдийн 4.42 %, 1975 онд 12.10%, 1980 онд 25.85%, 1984 онд 34.65%, 1990 онд 66.38%, 1995 онд 75.54%, 2004 онд 45.78% нь хөдөө орон нутгаас ирж үйлчлүүлэгсэд эзэлжээ.

Сүүлийн жилүүдэд орны тоо буурсан ч орны эргэлт сайжран стационариар эмчлүүлэгсдийн тоо нэмэгдсэн нь сайшаалтай ч өнөөгийн шаардлагын хэмжээнд хүргэхийн тулд захиргааны аргаар бүс эмчилгээний болон хагалгааны шинэ технологийг нэвтрүүлсэнээр биелэгдэх учиртай.

Поликлиникээр үйлчлүүлэгсдэд анализ хийхэд улсдаа байдаг том клиникийн эмнэлэгт олон хүн ирж үйлчлүүлэлгүйдээ гэхээс гадна 1975 оноос төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн тасаг, кабинетүүд олноор байгуулагдаж оношлогооны шинэ аргуудыг нэвтрүүлж ажиллаж идэвхитэй ажиллагааны цаг үеийн үр дүн гэж хэлж болох юм.

Сүүлийн жилүүдэд поликлиникээр үйлчлүүлэгсдийн бууралтыг өрсөлдөх чадвартай ижил болон тусгай нарийн мэргэжлийн үйл ажиллагаа бүхий хэд хэдэн эмнэлгүүд байгуулагдсантай холбож үзэхээр байгаа ч аливаа байгууллагын хөгжлийн зүй тогтол, эмнэлгийн менежментийн үүднээс шинэ оношлогоо, шинжилгээний аргуудыг нэвтрүүлэх, амбулаторийн үйлчилгээний нэр төрлийг нэмэгдүүлэх талаар хийсэн дорвитой ажлын хомсдол ихээхэн нөлөөлж буй гэдэгт эргэлзэхгүй байна.

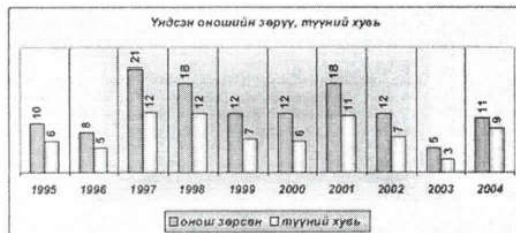
— 4-392 —

УКТЭ Номинг сая

Улсын Клиникийн Төв Эмнэлгийн 40 жилийн тоо баримтууд



Улсын Клиникийн Төв Эмнэлэгийн 40 жилийн тоо баримтууд



Улсын Клиникийн Төв Эмнэлгийн 40 жилийн тоо баримтууд



Тус эмнэлэг өнөөдөр Чих хамар хоолой, Нүд, Эрүү нүүр, Бүдүүн шулуун гэдэс, Бөөр, Ерөнхий мэс заслын 6 тасагтай бөгөөд сүүлийн 4 нь улсын хэмжээнд үйлчлэх үйл ажиллагаатай билээ. Жилд хийгдэх хагалгааны тоо 1976 оноос 1000-с хол давж эхэлсэн бөгөөд 90-ээд он хүртэлх хугацаанд мэс заслын шинэ салбаруудыг хөгжүүлсний үрээр жилд хийгдэх хагалгааны тоо 4000-д хүрч ирсэн байна.

1997 оноос жилд хийгдэх хагалгааны тоо аажим нэмэгдэж 2000 онд 5887, 2004 онд 7311-д хүрсэн нь дэлхийн анагаах ухааны үсрэнгүй хөгжлийн хаялагаар нэгдсэн бодлогогүйгээр нийгмийн

үрсгалаар, хандив тусламж, эмч нарын бор зүрх, хичээл зүтгэлээр цөөн ч болов нэвтрүүлж буй хагалгааны нэр төрөл, арга техник нэмэгдэж буйтай холбон үзэх ч энэ нь эмнэлгийн нэгдсэн удирдлагаас бус нийгмийн хөгжлийн аясаар хийгдэж буй гэж үзэхээр байна.

Учир нь дурьсан хугацаанд уушигны мэс заслыг нэвтрүүлснээс өөр шинэ салбарыг нээж ажиллуулаагүй өнөөг хүртэл дурангийн хагалгааны өөрийн гэсэн багажгүй, бусад салбаруудад шинэ технологи нэвтрүүлэх идэвхитэй бодлого үгүй байгааг дурьдахад хангалттай болов уу.

Хагалгааны идэвхи 1970-аад онд 50 гаруй хувьтай байсан бол аажим нэмэгдэн эдүгээ 2004 оны байдлаар 80%-д хүрчээ. Мэс заслын хагалгааны хүндрэлийг өдөр дутам үнэн зөв бүртгэж өөрийн үйл ажиллагаандаа тусгаж ажиллах ёстой гол үзүүлэлт билээ. Дурьдсан хугацааны график үзүүлэлтээс харахад 1976-89 он хүртэл өндөр, 90-ээд оны сүүл хүртэлхи 10 жилд эрс багасч, 2000 онд огт байхгүй гэж бүртгэгдэн 2001 оноос бага ч гэсэн бүртгэгдэж эхэлсэн зураглал гарч байна. Энэ бүхнээс үзэхэд бид хагалгааг энгийн байдалд хэт оруулж хариуцлагын асуудал орхигдсон, өөрсдийн үйл ажиллагааны дотоодын хяналт, мэдээлэлийн тогтолцоо муу, дүн бүртгэл статистикийн хариуцлага сул буйг илтгэхийн зэрэгцээ цаашид хагалгааны технологийг хөгжүүлэхэд илүү анхаарч хагалгааны чанар, үр дүнг сайжруулан дүн бүртгэл, статистикийн үнэн зөв мэдээлэл гарган удирдлагын дотоодын мэдээлэлийн тогтолцоог орчин үеийн мэдээлэл технологийн дэвшилийг ашиглан хөгжүүлэх зайлшгүй шаардлага гарч байна.

ӨВӨР МОНГОЛ, ЭРҮҮЛ МЭНД, АВАХ ГЭЭХИЙН УХААН

Ц. Мухар /“Ачтан” эмнэлэг/

Шинэ засгийн газрын өмнө эрүүл мэндийн асуудал “толгойны өвчин” болж байгаа нь ойлгомжтой.

2005 оны улсын төсвийн хэлэлцүүлгээс үзвэл эмнэлгийн зардал дутаж гацаа гарч болзошгүй гэсэн түгшүүр төрж байна. Эмнэлгийн эдийн засгийг бид гэрэлтэй талаас нь олон жил харж ирсэн. Одоо гэрэл сүүдэр хоёрыг тойруулаад үзвэл бас нэг юм бодогдох нь. Тэгээд хөмсгөө өргөөд харвал саахалтын газар Өвөр монголын өөртөө засах орны эмнэлэг гэрэл гэгээтэй үзэгдэх болов уу. Хөх хотын их сургуулийн эмнэлгийн жишгээр бол Хятад улсад төр-хувийн хэвшлийн эрүүл мэндийн дэвийн эмнэлгүүд төрийнх, хотын хороолол орон нутгийн жижиг эмнэлэг, салбарууд төр засагтай бидний хэлдгээр нийгмийн эрүүл мэндийн үүрэг гэрээгээр хүлээж, харин хүн амд эмнэлгийн төлбөртэй тусламж үзүүлсний төлөө татвар төлдөг олонхи нь хувийн их холимог тогтолцоог чадмаг сурмаг ашиглаж байна. Төв суурин газрын дээд, дунд бага эмч нар байдаг гэж сонслоо.

Хятадын онцлогтой социализмд бүгдийг үнэ төлбөргүй гэсэн харалган үзэл байхгүй гэж Хөх хотын их сургуулийн эмнэлгийн монгол дэд захирал Баяр хэлж байна. Жилд гучин мянга орчим хүн хэвтэн эмчлүүлж, 1300 мэс засал хийж, үүдэн эмнэлгээр (поликлиник) 600 мянган хүн үзүүлдэг, энэ эмнэлэг өөрөө өөрийгөө тэжээж, өсч өндийж байна. Жилд 200-250 сая юань буюу 30-32 тэрбум төгрөгийн төсвийг энэ эмнэлэг үйлчилгээ үйлчилгээний зардлаар бүрдүүлдэг ажээ. Ийм хөрөнгөөр монголын арав гаруй томоохон эмнэлгийг санхүүжүүлэх боломжтой. Эмчилгээ хийлгэхээр очсон монголчууд энэ эмнэлэгт жилд багарцаагаар 2.0-3.0 тэрбум төгрөгийн орлого оруулдаг тооцоо гарч байна. Энэ бол нэгдүгээр эмнэлгийн жилийн төсвөөс давж байгаа тоо. Тавин хүний суудалтай онгоцонд суусан монголчуудын олонхи нь эмчилгээнд зорьсон хүмүүс байгаа бөгөөд энэ тоо цаашид улам өснө. Ингэж өсөх шалтаг байгааг энэ үгүүлэлийн төгсгөлд та ойлгоно. Өвөрмонголдоо хамгийн томд орох энэ эмнэлэг төрийн мэдлийнх боловч эзэгнэн хамаарах эрхийг, төр засгаас эмнэлгийн хороонд (захиргаанд) өгчээ. Гэвч энэ бол бидний будилж байгаа “менежментийн хувьчлал”, “үр дүнгийн гэрээ” зэрэг “цензүүрээс” энгийн ойлгомжтой арга бололтой.

Улсын эмнэлэг гэдгийн учир бол өмч (барилга, тоног төхөөрөмж) улсынх, эмнэлгийн даргын засаг захиргаа томилно. Төлбөрийн хэмжээг тухайн жилийн хүн амын амьдралын өртөгтэй дүйцүүлж төр тогтооно. Төрөөс ёс төдий санхүүгийн дэмжлэг өгч болно. Хөх хотын их сургуулийн эмнэлэгт улсын төсвөөс 10 сая юань хуваарилсан нь эмнэлгийн нийт төсвийн дөнгөж 4-5%-ийг эзэлж байна.

Хөх хотын энэ эмнэлэгтэй нэгдүгээр эмнэлэг хамтран ажиллах, өвчтөн илгээх талаар гэрээ хийж хоёр жил гаруй болоход мянга гаруй хүмүүс тэнд очиж эмчлүүлсэн дүн гарч байна.

Бидний судалгаагаар энэ эмнэлэгт сүүлчийн горьдлого тавьсан хүмүүс очдог нь тодорхой боловч эх орондоо эмчлүүлэх боломжтой нь олонхи байдаг. Тэд бидний “бүтэлгүйг” хараад төлбөртэй нь чанартай гэж хил давдаг байх. Нэг сарын эмчилгээний зардал, чирэгдэлд хоёр, гурван сая төгрөг гаргахыг манайхан юман чинээн бодохоо байж дээ.

Хөх хотын эмнэлгийн оношлох тоног төхөөрөмж сайн, харилцааны уян хатан аргаар хүний сэтгэл санааг татах чадвар, эмчилгээний зарим арга туршлага биднээс давуутай гэдгийг хүлээн зөвшөөрөхөөс өөр аргагүй.

Бид тив алгасч “тэнгэрээс од шүүрч” ирэх дуртай. Гэвч одод тэнгэртээ бид монгол хөрсөн дээрээ байдаг болохоор авахаас гээх нь их бололтой юм. Гэтэл саахалтын газар эрүүл мэндийн сарнай цэцэг ургаж, хөл дор хөглөрч байхад дээгүүр нь алхах нь харамсал гэх үү, харалган гэх үү.

Эрүүл мэндийн шинэчлэлийн сургамжийг уулыг бугыг харж унасан морио орхисноос саахалтынхаа авар нутгаас санаа авч, ухаан сурвал авах, гээхийн учир байж л байна. Үүний тул энэ хэдэн санзааг тэрэлээ.

Саахалт айлын санаа нэг

Өвөрмонголын хүн амын амжиргааны өртөг, эмнэлгийн зэрэг дэв багаас болж Бээжингийн эмнэлгээс төлбөрийн хэмжээ гурав дахин бага гэж эмч нар яришиглах нь сонсогдоо. Гэвч төр засгаас тогтоосон тоо хэмжээг тойруулж эмчилгээ-үйлчилгээний зарлагыг тооцох “давхар ухаанаа” эмнэлгийн захиргаа олжээ.

Ийм учраас төрөөс заасан ханшаар ажиллавал эмнэлэг жил болгон 4%-ийн алдагдалтай, харин “давхар ухаанаар” тооцвол 10%-ийн ашигтай ажиллаж болно гэж эмнэлгийн удирдлагууд хэлж байна.

Манайд төлбөр авлаа гэж шийтгэдэг, тэднийд шагнадаг удирдлагын аргатай юм байна.

Хөх хотын эмнэлгийн менежментийн бодлого, эрүүл мэндийн зах зээлийн хүчтэй өрсөлдөөнд хошуучлагч хэвээрээ байхын тул анхдагч нь эмч, сувилагчийн мэргэжил боловсролыг шинжлэх ухааны хараагаар жолоодох явдал гэж үзэж байна.

Тэдний хэлээр эмч мэргэжилтний мэргэжлээс гадна “хүнийг хүмүүжүүлэх” гэдэг дээр их анхаарал тавьдаг “ухааруулах салаа” бий гэж ярилаа.

Бид өвчнийг эмчлэх гэж их ярьдаг. Харин хүнийг эмчлэхийн ухааныг шинжилж чадахгүй явж ирсэн.

Хөх хотын эмнэлэг орлогоо өсгөх бүх боломж, орлого олох бүх нүх сүвийг эрж хайх, манай улсын “сул тал”-ыг хүртэл олж харж чаджээ.

Эмнэлэг долоо хоногт 24 цаг нээлттэй байж өвчтөн хүлээж авна. Манай нэгдүгээр эмнэлэг бямба, ням гаригт ажиллаж байгаа боловч амралтын өдөр эмнэлэг амардаг, түүгээр ч барахгүй улсын эмнэлэгт үдээс хойш эмч нар нь олддоггүй гэсэн “социалист сэтгэлгээ”-нээс болж өнөөдрийн өдөр хүртэл бямба, ням гаригийн үзлэг цөөн, өглөөгүүр (ялангуяа даваа гаригт) дугаарлан шуугилдсаар үдээс хойш “шуурга намдсан” юм шиг болдог.

Хөх хотын эмнэлэг эмч, сувилагчийг эдийн засгийн аргаар удирдаж, орлогын даалгавар өгч, илүү гарснаар урамшуулдаг тогтолцоонд шилжжээ. Сайн эмчид олон өвчтөн ирнэ. Энэ тоогоор орлого олно. Орлого өсвөл эмчийн цалин дагаж өснө гэсэн эрүүл мэндийн эдийн засгийн зах зээл “амьд” байна.

Манайх бүхнийг төлбөргүй, үйлчилгээ үнэгүй гэсэн гэндлээс аажмаар салах цаг болсон баймаар санагдана. Ядахдаа ёс төдий хураамж авдаг болмоор. Дээд дэвийн үүдэн эмнэлгийн эмчид үзүүлэхэд төд, шинжлүүлэхэд тийм гэсэн ёс дэгийн жор гаргах, мөн мэс заслын төрлөөр зэрэглэсэн үнийн жишгийг боловсруулж эрүүл мэндийн даатгал, хувь хүн хувааж цайруулдаг арга оронд бий.

Хөх хотын их сургуулийн эмнэлэг эмчилгээний шинэ техник, технологи олж ашиглах асуудлыг эрүүл мэндийн өрсөлдөөний тэргүүн шугам болгож чаджээ. Тэд жил болгон 30 сая юаныг эмнэлгийн шинэ төхөөрөмж худалдан авахад зарцуулж байна. Шинэ арга техник болгон их

зардал шаарддаг. Манай улсын эмнэлэг шинийг бүтээвэл төсөв хэтрүүлсэн гэж муу нэр авдаг, хуучинтайгаа зууралдвал мөнгө хэмнэж сайн хэлүүлдэг “мэргэн арга”-тай.

Бөөр орлох аппарат суурилуулах боломж, нөхцөл эмнэлэг болгонд байна. Гэвч нэг хүнийг нэг удаа эмчлүүлэхэд зуу шахам мянган төгрөг гарзаддаг энэ “мангас” эмнэлгийн дарга нарыг айлгаж, нийслэлд арав гаруй ийм төхөөрөмж үхмэл хөрөнгө болон өгөрч хэвтэнэ. Олон төхөөрөмж суурилуулж шинэ технологи нэвтрүүлэх гэж “сайрхаж” байсан нэгдүгээр эмнэлэг нэг зуун дөчин сая төгрөгийн өрөнд орж “нэрээ хугалаад” байгааг тэд хараад яаж хөдлөх билээ. Швейцарын тусламжаар орчин үеийн эрчимт эмчилгээний төхөөрөмжтэй болсон энэ эмнэлэг одоо зардлаа дийлэхгүй “хоцрогджээ”.

Эрүүл мэндийн салбарт зах зээлийн эдийн засгийн алхам хийж социализмын хүлээсийг тавихгүй бол эрүүлийг хамгаалах тогтолцоо, хүн амын эрүүл мэнд хоёр нэгэн зэрэг нурах аюул нүүрэлж байна. Ядахдаа нэгийг нь аврах арга хайх хэрэгтэй.

“Айл хүний амь нэг, саахалт хүний санаа нэг” гэдэг сайхан үг бий. Хоёрхон цаг нисээд, ганцхан өдөр давхиад хүрчихдэг саахалтаасаа сурмаар, санаа нийлмээр юм эрүүл мэнд төдийгүй, боловсрол, байгаль орчин, хүнсний хангамж, газар тариалан, бидний ярих дуртай боловч хийж чаддаггүй фермерийн аж ахуй гээд тоочвол үг олдож, үхэр холдоно гэдэг болох байх.

Улсын эмнэлэг зээл авч хөгжиж болох уу.

Ийм асуулт тавибал арын монголд эвэртэй туулай үзсэн юм шиг болно. Харин өврийн монголд тийм, хөгжих нэг боломж энэ гэж баталж байна.

Хөх хотын их сургуулийн эмнэлэг өөрсдийн орлогоор арван жил тутамд нэг асар (барилга) барьж байсан бол өнгөрсөн оноос 240 сая юанийн өртөг бүхий 23 давхар эмнэлгийн барилга барьж 2005 оны эхэнд ашиглалтанд өгөх гэж байна. Энэ барилгын өртөгийн 80-100 сая юанийг өөрийн орлогоос, 140 саяыг банкны 10 жилийн хугацаатай 3.8%-ийн хүүтэй зээлээр гаргажээ.

Орчин үеийн дэлхийн дээд зэрэглэлд дүйцэхүйц зураг төслөөр баригдаж байгаа энэ барилгыг эмнэлгийн шинэ тоног төхөөрөмжөөр тоноглоход дор хаяхад 50 сая юань хэрэгтэй байна гэнэ. Энэ хөрөнгийг Австри улстай байгуулсан хоёр засгийн газрын зээлийн гэрээгээр шийдэх юм байна. Энэ зээл 25 жилийн хугацаатай, 1.5%-ийн хүүтэй байхаар тохиролцжээ.

Жаран зургаан мянга долоон зуун хавтгай дөрвөлжин ам ашигтай талбай бүхий энэ барилгад өвчтөнг хэвтэн эмчлүүлэх 33 салаа (тасаг) орох бөгөөд зөвхөн мэс заслын 19 талбайг бүтэн хагас давхар эзлүүлж агаараар дамжуулан байнга ариун байлгах зорилгоор ханыг нь зэвэрдэггүй болдоор хуяглажээ. Мэс заслын нэг талбайд 2 сая юань зарцуулснаас үзэхэд ийм орчинд мэс ажилбар хийлгэсэн хүн “үхэхэд гомдолгүй” гэж халагламаар санагдлаа.

Энэ эмнэлгийн өвчтэй хүнийг хэвтэх өрөөг нэг, хоёр ортойгоор, ариун цэврийн ба зочны өрөөтэйгээр шийдсэн нь хүмүүнлэг үзлээр хүний амьдралын бүх хэрэгцээнд тохируулж бүтээжээ. Арван хоёр өргөх шаттай энэ барилгын дотоод үйлчилгээг автоматжуулжээ. Тасаг болгонд хэрэгтэй эм барааг цахим тоолуурын удирдлагатай агааргүйжүүлсэн хоолойгоор дамжуулж хүргэдэг дэлхийд ховор аргыг ашиглахаар шийджээ. Аугаа их Хятад улсад дөнгөж 11 байдаг гамма туяагаар хавдрыг шарж эмчилдэг аргаас эхлээд эмчилгээ-оношлогооны олон арга шинэ эмнэлгийн суурин дээр бий болох юм байна. Хорин таван сая орчим хүн амтай өвөрмонгол орны эмнэлгийн энэ гайхамшигт ордон монголчуудыг соронздон татаж олон тэрбум төгрөг гол горхи шиг хил давж урсахыг далагнан хаах уу, эсвэл дагалдан баясах уу гэдгийг хэлэхэд амархан, хийхэд хэцүү болчихоод байна. Одоо ходоодны энгийн мэс заслыг таван мянга орчим хятад төгрөгөөр хийж, эм, байр, үйлчилгээний зардал ороод хэд дахин өсдөг ханш шинэ барилга, шинэ төхөөрөмж, шинэ нөхцөлд ороод яаж өсөхийг төсөөлөхийн аргагүй. Манайхан жил болгон 30-40 мянган хүн эмчилгээ шинжилгээ хийлгэхээр гадаад улсын хил давж байгааг харахад эрүүл мэндийн төлөө хөрөнгө зарах бэл бэнчинтэй болжээ гэмээр санагдаж байна.

Баян хүн л гадаадад эмчлүүлдэг гэвэл үнэнд ойртохгүй. Өвөрмонголын эмч нар, манайхан чинээлэг биш. Гэвч эмчилгээний ямар ч зардлыг дааж гардаг гэж ярьж байна. Өвөрмонголын Их зуу аймгийн Эзний хороонд сард таван мянга орчим хятад төгрөгийн орлоготой багш айл, нэг зуун тавин бог мал, хоёр гахай, 15 му газар тариалантай, нутагтаа доогуур орох хөрөнгөтэй малчин айл жилдээ хоёр түм орчим төгрөгийн орлого олдог гэнэ. Таван ам бүлтэй ийм дундаж айлуудын орлого дээд, дунд, бага сургуулийн хүүхдийн зардлаас хэтрэхгүй гэх боловч өвдсөн

цагт эмчид үзүүлэх, эмчлүүлэх л болно гэж итгэлтэй хэлж байна.

Манай улс эмнэлгийн орыг цөөрүүлэх гэж аргаа ядаж, алгаа үрж суугаа билээ.

Эрүүлийг хамгаалахын төсвийн талаас хол давууг залгадаг эмнэлгийг цөөрүүлж, орыг нь багасгах гэсэн бодлого зөв, харин арга нь буруу явж иржээ. Захиргааны аргаар социализмын үеийн 21 мянган орыг 17 мянга болгон цөөрүүлсэн боловч зарлага нь багассангүй. Өвөрмонгол шиг эдийн засгийн аргыг ашигласан бол эмнэлгийн орыг цөөрүүлэх “бодлого” боловсруулж толгойгоо гашилгаж захиран тушаах орон тоог нэмэх хэрэгцээгүй байжээ. Өвөрмонголд бол өвчтэй хүмүүс эмч, эмнэлгээ чөлөөтэй сонгох эрх, зах зээлийн жаягаар хангагджаа. Бага дэвийн доод шатны эмнэлэгт бага мөнгө төлж цаг алдаж байснаас их дэвийн эмнэлэгт бололцооны мөнгө төлж очих нь эрүүл мэндийн төвөгтэй асуудлыг цаг алдалгүй шийдэх боломжтой учраас хэрэгцээ багатай эмнэлгийн ор зах зээлийн жаягаар багасдаг зүй тогтлоор зохицуулагдаж байна.

Эрүүл мэндийн зээл тусламжийг үр ашигтай зарцуулах талаар манай салбарт бодож тунгаах асуудал, нөөц боломж их бий.

Эрүүл мэндийн хөгжлийг дэмжих зорилгоор Азийн хөгжлийн банкнаас авсан арван дөрвөн сая америк долларын хөрөнгөөр бид юу босгож, юу бүтээв гэдэг асуудлыг шүүж үзэх хэрэгтэй.

Хот суурин газар нэгийг нь хорь шахам сая төгрөгөөр босгосон нүүрсээр галлаж, худгаас үс зөөж гараа угаадаг өрхийн эмнэлгийн тав арван жижиг модон байшингаас өөр монголын эрүүлийг хамгаалахад юу наалдав гэж асуух эрх манай ард түмэнд байх ёстой.

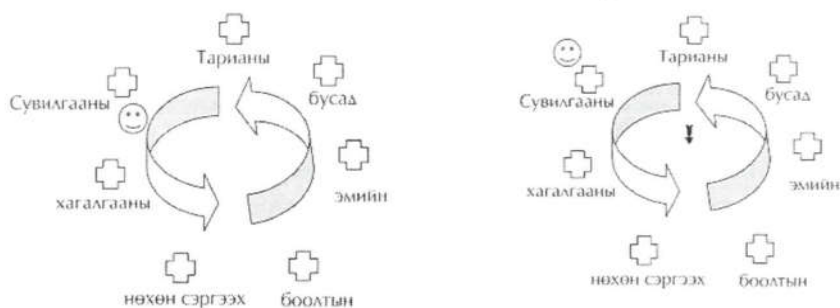
Өвөрмонголд ийм хэмжээний зээлээр 23 давхар орчин үеийн эмнэлгийн барилга босгож байгаатай жишээд үзвэл хэлэх үг олдох болов уу даа.

СУВИЛАХҮЙН ТУСЛАМЖИЙГ ХЭРХЭН ХӨГЖҮҮЛЭХ ВЭ?

Б.Бямбадорж, Г.Норовоо /УКТЭ/

Шинжлэх ухааны эмнэлэг хөгжиж ирсэн 80 жилд өвчтөний эмчилгээ, оношлогооны орчин үеийн ололт дэвшилтэт арга технологиудыг тасралтгүй нэвтрүүлэн хүн ардаа эрүүл мэндийн тусламжийг үзүүлсээр өнөөг хүрэхдээ сувилахуйн тусламжийг шинжлэх ухааны бие даасан салбар болгохын тулд биш мэргэжлийн хувьд эмчийн туслагч байдлаар, үйл ажиллагааг нь эм тариа хийх төдийхөнөөр ойлгож байв.

Эмчлүүлэхээр ирсэн хүн сувилагчаар угтуулж, сувилагчаар үдүүлдэг. Харин эмнэлгийн тусламжийг хүндээ хүргэхийн тулд сувилагч гүйх үү? өвчтөн гүйх үү? эмч хаана нь байх вэ?



Энэ асуултын хариу нь манай эмнэлгийн сувилахуйн тусламжийн үнэлгээ юм.

Сувилахуйн тусламж үйлчилгээг эмчлүүлэгчдэд чанартай, үр дүнтэй шинжлэх ухааны батлагдсан арга технологиор мэргэжлийн түвшинд хүргэхэд хэд хэдэн хүчин зүйл байна.

Сувилагчаны тасралтгүй байдал

Өдөөдрийн тогтсон ажлын цагийн хуваариар 8:16 өдрийн болон ээлжийн ажлын тогтолцоо мөрдөгдөж байна. Өнөөдөр өвчтөнд зарцуулах эмчийн хугацаа сайндаа 30 минутаас 2 цагийн хооронд буй бөгөөд бусад үед зөвхөн сувилагч нар өвчтөнд тусламж үйлчилгээ үзүүлж байна. Иймд бид энэ үйл ажиллагааг улам боловсронгуй болгох нь зүй ёсны хэрэг юм. Сүүлийн 6 сард

УКТЭ-т хийгдэж буй сувилахуйн үйл ажиллагааны өөрчлөлтөөр өдрийн цагаар палатны сувилагч (1 сувилагчид 8-11 өвчтөн), оройн цагаар ээлжийн болон жижүүрийн сувилагчид (1 сувилагчид 30 өвчтөн) сувилахуйн үйл ажиллагааг хэрэгжүүлж байна.

Жижүүрийн сувилагч, ахлах сувилагч, палатны сувилагчийн хооронд мэдээлэл тасралтгүй явагдаж чадаж байгаа ч сувилгааны тасралтгүй байдал өнөөгийн амьдралын хэрэгцээг хангахгүй байна. Ахлах сувилагч тасгийн нийт эмчлүүлэгчдэд хийгдэх сувилгаа, эмчилгээ, хяналтын талаарх үүрэг даалгаврыг бичиж үлдээн жижүүрийн сувилагч хүнд өвчтөн болон яаралтай ирсэн өвчтөний сувилгаа шинжилгээ эмчилгээг, тасгийн бусад өвчтөний сувилгаа эмчилгээг ээлжийн сувилагч хариуцан тасралтгүй байдлаар ажиллаж өдрийн болон шөнийн сувилгаа ахлах сувилагчийн удирдлаган доор үргэлжлэх ёстой. Зүй нь сувилагч өөрийн үйл ажиллагааны өвчтөнд сувилахуйн үнэлгээ (онош) хийх нь ажлын цөм бөгөөд нэг өвчтөнд тухайн өдөр хэдэн ч үнэлгээ өгч төлөвлөгдсөн сувилгаа асаргааг хийж байдаг билээ.

Сувилагчдын байнгын сургалт

Эмнэлгийн ажилчид нь тасралтгүй байнгын сургалтаар мэргэжилээ дээшлүүлж байхыг шаардсан мэргэжил юм. Сувилагч нар шинээр гарч буй эмнэлгийн тоног төхөөрөмж, шинэ технологи, эм эмчилгээний бодис, шинээр нэмэгдэж буй өвчин эмгэг батлагдаж, мөрдөгдөж буй сувилахуйн стандартуудын талаар байнга суралцаж байх ёстой. Зарим сувилагч хугацаагүй лиценз авсан гэх шалгаанаар сургалтанд хамрагдахгүй байгаа нь цаг үе хөгжлөөс хоцрохын эхлэл юм. Сувилгааны алба нь тасралтгүй сургалтыг шинээр ажилд орогсод ба ажилчдад гэсэн хоёр ангиллаар өдөр тутмын, пүрэв гаригийн, богино хугацааны, багц цагийн гэх зэрэг хэлбэрүүдээр явуулж байна.

Хяналт үнэлгээ

Чанар бол маш өргөн хүрээтэй асуудал юм. Удирдлагын, хөндлөнгийн, мэргэжил-албан тушаал нэгтний хяналт үнэлгээ хийх нь хөндлөнгийн, ижил ажил үүргийн, удирдагчийн зүгээс өөр өөр өнцгөөс харсан алдааны цуглуулгыг олдог ч түүнийг багасгахын тулд ажиллахад үр дүн бага гарч байна.

Эмч сувилагчийн хамтын үйл ажиллагаа

Палатны эмч сувилагчийн хамтын ажиллагаанаас эмчилгээний үр дүн, сувилгааны чанар хамаарна. Жижүүрийн эмч ээлжийн болон жижүүрийн сувилагчийн хамтын ажиллагаа, хагалгааны сувилагч, эмчийн үйл ажиллагаа нь манай эмнэлгийн үйл ажиллагааны цөм юм. Өдрийн эмчилгээ сувилгааны залгамж чанар, яаралтай эмчилгээ үйлчилгээний хангамж нь сувилагчаас хамаарах байтал үл ялих шалтгаанаар эмчээр түрүү барих сувилагч, ар гэрийн сэтгэлгээг өөрчлөх цаг болжээ. Энэ нь эмч сувилагчийн хамтын ажиллагааны үр дүн юм.

Сувилгааны хэрэгсэл, материал бааз, төсөв

Сувилахуйн тусламж үйлчилгээг үзүүлэхэд сувилгаа, асаргаа, хяналт, үнэлгээнд шаардлагатай, үйл ажиллагааг хөнгөвчлөх, сувилагч, өвчтөнг хамгаалах, өвчтөнд аятай байдал үүсгэх хэрэгсэл шаардагдана. Орчин үеийн сувилахуйн тоног төхөөрөмж, хэрэгсэл нь ихэвчлэн нэг удаагийн сувилагч болон өвчтөнг аливаа эрсдэлээс хамгаалсан, олон удаа хэрэглэгдэх багаж хэрэгслийн ариутгах арга нь хялбар байх болжээ. Эмнэлгийн хэмжээнд энэ хангалт сайжирч байгаа хэдий ч сувилагч нарын зүгээс хэрхэн ашиглахыг нь мэдэхгүй байх, тохиромжтой багаж материалын сонголт хангалтгүй, тасралтгүй хангамжийн систем төлөвшөөгүй зэрэг бэрхшээлүүд байсаар байна.

Эрүүл мэндийн даатгалын системийн дагуу 1 өвчтөнд оногдох 67000 төгрөгт сувилахуйн тусламж үйлчилгээний төсөв тусгагдсан уу?

УКТЭ-т жилдээ 14000 хүн хэвтэн эмчлүүлдэг гэхэд 1 хүнд сувилахуйн тусламжид зориулан хоногт 500 төгрөг зарцуулахад жилдээ багаар бодоход 70 сая төгрөг болно. Манай эмнэлгийн 1 тасагт сард сувилахуйн иж бүрдлээр бүрэн хангалт хийхэд 50000-60000 төгрөгний зардал гарах бөгөөд эмнэлгийн хэмжээнд жилдээ 9-10 сая төгрөг зарцуулагдаж байна. Энэ мөнгийг даатгалын сангаас гаргах ёстой биш үү. Одоогийн байдлаар эмнэлгийн төсөв болон сувилгааны албанд хуримтлагдаж буй хөрөнгөнөөс зарцуулж байна.

Зүй нь хүний эдгээхэд дан ганц эмчилгээнээс гадна асаргаа сувилгаа орж байж иж бүрдэл үйлчилгээ болох учиртай.

Хийгдэж буй өөрчлөлтүүд

Дэлхий дахинаа сувилахуйн шинжлэх ухаан бие даан хөгжиж буй хандлагыг дагаад 1990-ээд оноос манай эрүүл мэндийн салбарт эрчимтэй хөгжиж байна. Сувилагч мэргэжил нь үйл ажиллагааны тодорхой арга барил, онцлогтой учир сувилагч мэргэжилтний мэргэжлийг байнга дээшлүүлэн ажлын орчин нөхцөл, ажиллах арга барилаа өөрчилж байх шаардлагатай байна. Эдгээр өөрчлөлтүүд нь эхлэл бөгөөд бид цаашид сул талаа залруулах, өмнөө тавьсан зорилгодоо хүрэхийн тулд ихийг санаачлан ажиллах хэрэгтэй байна.

Бидний ажилдаа нэвтрүүлсэн шинэлэг өөрчлөлтүүдийг хүснэгтлэн үзүүлбэл:

1. Жижүүр сувилагч ажиллуулах болсон.

Давуу тал	Сул тал
Сувилгааны тасралтгүй байдал бий болсон	Сувилагчдын үйл ажиллагаа тодорхой бус
Палатны сувилагч ажиллах болсон	Сувилагчид өөрчлөлтөнд удаан дасах
Нэг сувилагчид ирэх ачаалал багассан	Зарим сувилагчдын ачаалал зохиомолоор нэмэгдсэн
Эмч сувилагч багаар ажиллах боломж чадвар нэмэгдсэн	Зарим тохиолдолд сувилагчийн чадвар дутах
Сувилгааны чанарт ахиц гарсан	
Түгээмэл болон төрөлжсөн сувилахуйн стандартын мөрдөлтөнд тавих хяналт сайжирсан	

2. Сувилгааны картыг 2-3 хэлбэрээр ашиглах болсон

Давуу тал	Сул тал
Сувилагчийн үйлдэл бүхэн баримтжих	Бичгийн ажил нэмэгдсэн
Үнэлгээ тодорхой болсон	Картаа буруу бөглөх
Сувилахуйн тусламжийг 5 шатлалаар хийх болсон	
Сувилагч нарын эдлэгээ дээшлүүлэх зайлшгүй хэрэгцээ бий болсон	

3. Чанарын талон

Давуу тал	Сул тал
Хяналт сайжирсан	Алдааг нуух
Стандартын дагуу ажиллах болсон	Сувилагч нарын цалин буурах
Хариуцлагын механизм тодорхой болсон	
Тасралтгүй сургалтанд хамрагдах болсон	

Хүлээгдэж буй үр дүн

1. Сувилгааг хүн бүрт чанартай хийдэг болох
2. Сахиургүй эмнэлэг болох
3. Сувилагч үнэлгээ хийж анхны тусламжийг үзүүлдэг шаардлагатай тохиолдолд жижүүрийн эмч дууддаг болох
4. Сувилгааны карт жинхэнэ утгаараа мөрдөгдөх
5. Эмч сувилагчийн хамтын ажиллагаа нэмэгдэх
6. Түгээмэл болон төрөлжсөн сувилгааны стандартыг бүрэн гаргаж мөрдөх
7. Эмчлүүлэгчийн сэтгэл ханамж дээшлэх

Цаашид бид манай орны эрүүл мэндийн клиникийн үйлчилгээнд үзүүлж буй эмчилгээ, үйлчилгээг сувилахуй төвтэй тусламжид шилжүүлэх, сувилагчдын чадвар, нэр хүнд, ажлын хариуцлага, хандлага, хамтын ажиллагааны сонгодог хэлбэрт оруулан хөгжүүлэхгүй бол сүүлийн арваад жилд олон хүний хичээл зүтгэлээр бүрдсэн дөнгөж соёолж буй шинэ шинжлэх ухаан манай улсад цааш хөгжихгүй дагавар байдлаар орших, өнгөрсөн 80 жилийн түүх давтагдах аюул оршиж байна.

Ном зүй

1. Г.Норовоо, нар., “Сувилахуйн мэргэжлийн зөвлөгөөн” 2004 он
2. Д.Баярхүү “Сувилахуйн боловсрол” 2002 он
3. М.Шагдарсүрэн “Сувилахуйн удирдлага, үр чадвар” 2002 он
4. С.Наранчимэг “Сувилгааны үйл ажиллагаа” 2002 он
5. “Монголын сувилахуй шинэ зуунд” илтгэлийн хураангуй 2002 он

ДҮРСЛЭЛ ОНОШЛОГООНЫ ХӨГЖИЛ, ХЭТИЙН ИРЭЭДҮЙ

П.Онхуудай, Д.Гончигсүрэн /УКТЭ, ЭМШУИС/

Дүрслэл оношлогоо анагаах ухаанд шинээр гарч ирсэн хамгийн орчин үеийн салбар юм. Дүрслэл оношлогооны салбарт цөмийн онош зүй, хэт авиан /эхo/ оношлогоо, дурант дүрслэл оношлогоо, компьютер томографи, рентген оношлогоо, техмографи, цөмийн соронзон резонансын томографи зэрэг аргууд хамаарагдана.

Дээрх дүрслэл зураглагч оношлогооны аргуудыг оновчтойгоор шатлан ухаалаг хэрэглэснээр оношлогооны магад үнэнийг бараг 100%-д хүргэх боломж бүрдэх үндэстэй гэж бичиж байна. Энэ нь дүрслэл оношлогооны гол аргууд болох гамма камер, хэт авиан оношлогоо, компьютер томографи, эмиссийн компьютер томографи, цөмийн соронзон резонансын оношлогооны талаар товч дурдъя.

1. Гамма камерыг сцинтилляцын камер гэж бас нэрлэдэг. Энэ камер нь хүний бие махбодийн тодорхой хэсэгт /эрхтэнд/ очин авагдаж буй цацраг идэвхт изотоп-тэмдэгт атомын гамма цацрагийн тухайн эрхтэн дэх шимэгдэлтийн тархан хуралдахыг асар том голчтой хөдөлгөөнгүй электрон тоолуураар тасралтгүй бүртгэн авах зарчим дээр үндэслэх бөгөөд шинжилж буй тэрхүү эрхтэнээ телевизийн дэлгэц дээр байнга дүрслэн харуулж байх ба өнгөтэй, өнгөгүй фото зураг буулгах боломжтой юм. Гамма камер нь электрон тооцон бодох машинтай хамтран ажиллана. Гамма камерын тусламжтайгаар хүний бие махбодийн аль нэг эрхтэн системийн өвчнийг танихын тулд үйл ажиллагааны ба байршлын оношлогоог нэгэн зэрэг хийх болдгоороо бусад оношлогооны аргаас онцлог юм.

2. Хэт авиан оношлогоо нь цахилгаанжсан металлын талстлаг /бари метатитанат BaTO3/-ийн нөлөөгөөр цахилгаан энерги хэт авиаг үүсгэх, мөн эргэж цахилгаан энерги болон хувирах зарчим дээр үндэслэгдэнэ.

Хэт авиан шинжилгээ нь А, В гэсэн хоёр аргатай, А, В гэсэн зургаар илэрхийлэгдэх бөгөөд уг шинжилгээний аппарат нь хэт авиа үүсгэгч ба А, В зураг дүрслэгч гэсэн хэсгүүдээс бүтдэг.

А арга нь хүний бие махбодийн шинжлэгдэж буй эрхтний эд эс дээр ойсон хэт авиан цуурайг тусгай хэв шинжит “муруй”-гаар үзүүлдэг бол В арга нь тэр хэсгийг харах дэлгэц дээр зураглан дүрсэлж харуулах буюу тэр доор нь фото хальсан дээр буулгаж болдог байна. Хэт авиан “дүрслэх” оношлогооны арга нь ямар нэгэн туяаны ачаалал үгүй, онц гойд бэлтгэлгүй, өвчтөнд шаналгаа зовиургүй, дахин давтан хийж, болдог зэргээрээ бусад шинжилгээнээс давуу талтай юм.

3. Компьютер томографи буюу практик дээр тооцон бодох томографи гэж яригдах энэ аппаратын үндсэн зарчим нь рентген туяаны маш өчүүхэн багцаар тухайн биетийн сонирхсон давхаргыг зураглан оношлох /сканирование/ явдал юм. Урьдчилсан нарийн төлөвлөсөн программын дагуу туяаны багцыг хэсэг хэсгээр сонгон авч, хүний бие махбодийн тодорхой сонирхож буй хэсгийг шинжлэх бөгөөд тусгай өндөр мэдрэмтгий тоолуурууд багц туяаны идэвхийг хүлээн авч, бүртгэн тэрхүү үзүүлэлтээр дор нь тооцон бодох машинд дамжуулдаг. Дамжуулагдсан үзүүлэлтүүдийг тооцон бодох машины математикийн программд оруулж тэрхүү мэдээллээр хүний бие махбодийн шинжлэгдэж буй тухай давхаргыг сонгон авч телевизийн дэлгэц дээр өнгөтөөр зураглан үзүүлж өгөх буюу тэр дор нь өнгөтэй, өнгөгүй, фото зураг авч болно.

4. Гамма камерын дараагийн үе нь буюу техникийн хөгжлийн шатан дахь гарамгай амжилтын илрэл нь эмиссийн компьютер томографийн төхөөрөмж юм. Энэ нь фотон ба покитроноор компьютер томографийн адил хүний бие махбодийн эд эрхтэн, системийн зургийг хөндлөн огтлох зүслэг /давхаргаар/ маягаар харуулж авч чадах юм. Үүнийг дагаж цөмийн анагаах

- ухааны оношлогооны радио бэлдмэлүүдийг эд эрхтэн нэг бүрд тусгайлан тохируулах улам нарийсгах шаардлага гарч ирнэ.

5. Цөмийн соронзон момент дээр үндэслэн бие махбодид байдаг үстөрөгчийн атомын цөмийн протоныг анагаах ухааны оношлогоонд ашиглах нь цөмийн физикч, инженер, эмч нарын ирээдүйн зорилт болж байна. Энэ нь физикийн “цөмийн соронзон резонанс”-ын үзэгдэл дээр үндэслэгдэнэ.

Дүрслэл оношлогооны шинжилгээний аргууд нь өвчтөнд аюулгүй хурдан энгийнээр бусад шинжилгээний аргаас давуу билээ.

Орчин үеийн тооцоолох цахим техникийн /микроэлектроник микропроцессор гэх мэт/ хурдан хөгжил 3 жил бүрийд нэгэн компьютер багажийг өндөр чадвартай болгон шинээр сольж чаддаг боллоо. Жишээлбэл: компьютер томографи өнөөдөр ямар нэг туслан дүрслэх бодисгүйгээр нурууны нугалмын төрөлх дотоод бүтцийн ялгаат байдлыг “анатомийнх” шиг дүрслэн гаргаж чадах боллоо.

Огт өөр физик зарчмыг ашиглан цөмийн соронзон резонансын компьютер томографийг шинээр зохион бүтээв. Цахилгаан соронзон техникийн тусламжтайгаар жишээ нь компьютер томографи шиг төсөөлөл байдлаар хүний эрхтэнүүд болон түүний бүтцийг зурагт дүрслэн буулгах боломжийг анх нээсэн нь дүрслэл оношлогооны эхлэл байлаа.

Цөмийн соронзон резонансын томографи нь одоогоор хөгжлийн эхэнд яваа мэт байгаа боловч рентген-трансмиссионкомпьютер томографийн хөгжилт шиг бас л амжилттай хурдан урагшилж байгаа нь илэрхий байна.

Дүрслэл оношлогооны арга бүр өөрийн өвөрмөц тусгай чанартай. Цөмийн оношлогооны эмиссийн компьютер томографи /ПЭТ, СПЕКТ-позитрон эмиссийн томографи, синглфотоны эмиссийн компьютер томографи/ нь цацраг идэвхт изотопын заагууртайгаар эд эсийн бодисын солилцоог үзүүлэн дүрслэн зураглаж үйл ажиллагааны мэдээллийг өгч чадаж байна. Трансмиссийн компьютер томографи нь уламжлал рентген оношлогоо шиг рентген туяаны шингэлтийн нягтын ялгааг ашиглан дүрслэл зураг гарган өгч чадав.

Цөмийн соронзон резонансын томографи эрхтэн дэх үстөрөгчийн протоны байдал, хэмжээг ашиглан дүрслэл оношлогоо хийх цоо шинэ техникийн болон оношлогооны зарчмын чиглэл гаргав.

Дүрслэл оношлогооны хүрээнд компьютерийн асар их боломжийн ачаар цаашдын ирээдүйг одооноос урьдчилан харж чадах боломжтой бөгөөд зарим чиглэлээр шинжилгээ судалгаа, туршилтыг явуулж эхэллээ. Үүнд:

- протон-компьютер томографи
- импеданц/эсэргүүцлийн/-компьютер томографи
- микродолгионт компьютер томографи

Рентген компьютер томографийн зураг дүрслэл нь өндөр хөгжсөн компьютер технологиос гадна компьютер томографид зориулсан тусгай алгоритм ашигладаг юм. Зураг зохион бүтээлтээр зүслэг зургийг рентген туяанаас өөр бас “мэдээлэл тээгч”-ийг оролцуулах ба ийм компьютер томографийн хэсэгхэн цацагуудад 200 Мэв-ийн хэмжээн дэх протонууд буюу бусад цэнэгт хэсэгхэнүүд жишээлбэл: альфа-цацрагийг ашиглаж болно.

Микродолгионт компьютер томографид микродолгионт цацраг /өндөр буюу нам давтамжит микродолгионууд/-ийг “мэдээлэл тээгч” болгон бие махбодид нэвтрэх гүн, тэндээс өгөх мэдээллийг ашиглах замаар хэрэглэх боломж байна.

Одоогийн байдлаар зөвхөн ХБНГУ-д 165 цөмийн соронзон резонансын томографийн багаж төхөөрөмж ашиглаж байна. Цөмийн соронзон резонансын томографийн хувьд АНУ, Герман, Япон зэрэг орнууд клиникийн практикт туршин амжилтанд хүрч, доорхи үр дүн тодорхой болоод байгаа юм.

- Дүрслэл зургуудын ялгарах чанар, тод байдал компьютер томографийнхаас давуу
- Дүрслэл аргаасаа шалтгаалан, түүний мэдээллийг ойлгоход эмч нарт компьютер томографигаас сэтгэхэд авсаархан, ойлгомжтой байдлаар илүү
- Шинжилгээний үед тухай өвчний оношлогоос аргын шилэн сонголтыг хурдан өөрчлөх

боломжтойгоороо ирээдүй сайн

- Компьютер, соронзон системийг цаашид сайжруулах, шинэчлэн хөгжүүлэх, түүнчлэн хямдруулах боломжтой
- Дүрслэл аргаар оношлохоос гадна хүний бие махбодийн бодисын солилцооны үйл явцыг оношлох ирээдүй байгаа нь анагаах ухааны ирээдүйн "мөрөөдөл"-ийг нээж өгч байгаа юм.
- Нүүрстөрөгч 13-аар зүрхний булчин дахь глюкозын хэмжээ, фосфорын спектрээр бодисын солилцооны энергийн янз бүрийн хүчин чадлыг тодорхойлж болох нь зарчмын хувьд өнөөдөр тодорхой болоод байгаа нь цөмийн соронзон резонансын ирээдүйг халж байна гэсэн үгээ.

Манай орны эрүүл мэндийн салбарт 70 –аад оны дунд үеэс эхлэн дэс дараалалтайгаар цөмийн болон хэт авиан онош зүй, компьютер томографи, дурант оношлогоо зэрэг амжилттай нэвтэрч, оношлогоо, эмчилгээнд шинжлэх ухааны ололт, дэвшлийг соргоогоор хэрэглэн хөгжлийн тодорхой түвшинд хүрсэн юм.

Цөмийн соронзон резонансын томографигаар өндөр хөгжилд хүрсэн ХБНГУ-ын Сиймэнс фирм дээр манай мэргэжилтнүүд очиж дадлага хийсэн нь манай салбарт ойрын жилүүдэд орчин үеийн нэг шинэ оношлогоо, нэг шинэ өндөр, технологи нэвтэрнэ гэсэн итгэл төрүүлж байна.

УЛААНБААТАР ХОТЫН ХҮН АМЫН ДОТОРХ ТСӨ-НИЙ ТАРХАЛТ ТҮҮНИЙ ЭРСДЭЛТ ХҮЧИН ЗҮЙЛ

Н. Гансүх /УКТЭ/

Тархины судасны өвчин нь (ТСӨ) нь орчин үеийн анагаах ухаан, нийгмийн хүрээнд хурцаар тавигдаж, эрүүл мэнд, эдийн засгийн асар их хохирол учруулж байгаа асуудлын нэг юм. ТСӨ нь эмнэлэгийн яаралтай тусламж шаардан, удаан хугацаагаар хөдөлмөрийн чадвар алдагдуулж, тахир дутуу болгодог эмгэг бөгөөд насанд хүрэгсдийн үхлийн шалтгаанд 2 – 3-р байрт орж байна.

Судалгаанаас үзэхэд анх удаа инсультээр өвдсөн өвчтнүүдийн 20% нь эхний нэг сарын дотор нас бардаг ба цаашид энэ тоо жил тутам 9%-иар буурдаг байна. Нэг сарын дотор нас бараагүй өвчтөнүүдийн 30%-д нийт хүн амынхаас 2 дахин илүү нас баралт тохиолдсон байна.

АНУ-ын Үндэсний Эрүүл Мэндийн судалгааны төвийн мэдээгээр зүрх судасны үндсэн эмгэгүүдийг арилгахад хүн амын дундаж наслалт 9,78 жилээр уртасдаг бол бүх төрлийн хорт хавдарыг устгахад дөнгөж 3 жилээр уртасна гэжээ.

Сүүлийн үед дэлхийн хүн ам "хөгширч" эрсдэлт хүчин зүйлсийн тархалт нэмэгдэж байгаа нь инсультыг анагаах-ухаан нийгмийн тулгамдсан асуудал болгож, он гэхэд зүрх судасны өвчлөлийн тархалт одоогийнхоос 3/4 дахин ихсэх төлөвтэй байна.

Тархины цусан хангамжийн цочмог хямралын эмчилгээ нь тархины эдийн нөхөн сэргэх чадвар сул, эмчилгээнд үр дүнтэй байх хугацаа богино зэрэг шалтгаанаас болж одоо хир бүрэн шийдэгдээгүй байна. Иймд ТСӨ-ээс урьдчилан сэргийлэх асуудалд анхаарах болжээ. Ялангуяа инсульт үүсэх магадлал өндөр буюу тархины цусан хангамж дутлын эхний илрэл (ТЦХДЭИ) бүхий хүмүүс рүү илүү чиглэж байна. Учир нь судалгаанаас үзэхэд ТЦХДЭИ нь тархины артерийн судасны тархмал бүтэц үйл ажиллагааны өөрчлөлтийн дүнд үүсдэг ТСӨ-н эрт хэлбэр юм. (Вознюк И.А. 1994, Верещагин Н.В и др., 1990, Шпрах В.В., 1992) ТСӨ-н эмчилгээ урьдчилан сэргийлэх асуудлыг төлөвлөж, идэвхитэй явуулахад түүний тархалтыг газар зүй, цаг уурын байдал эрсдэлт хүчин зүйлсийн нь тархалттай холбон тодорхойлох шаардлагатай. (Верещагин Н.В, 1990)

ТСӨ-н үндсэн хэлбэрүүдийн тархвар зүйн цогц судалгааг ОХУ-ын Анагаахын Шинжлэх Ухааны Академийн Мэдрэл судлалын хүрээлэнгээс боловсруулсан стандарт аргачлалаар хийлээ. Судалгаанд ТСӨ-н хэлбэрүүд болох тархины цусан хангамж дутлын эхний илрэл (ТЦХДЭИ), тархины цусны эргэлтийн түр хямрал (ТЦЭТХ), судасны энцефалопати (СЭ), тархины инсульт (ТИ) гэсэн эмгэгүүдийг хамрууллаа. Эдгээрийг хооронд нь ялган оношлоход

нийтээр хүлээн зөвшөөрсөн (Шмидт Е.В., 1985) шалгууруудыг хэрэглэхээс гадна судалгаандаа зориулж зарим тодруулга хийсэн болно. ТИ, ТЦЭТХ 2-г ялгахын тулд "Үйл ажиллагааны алдагдал бүхий мэдрэлийн голомт шинж" (хэл яриа, хөдөлгөөний өөрчлөлт г.м.) мөн "үйл ажиллагааны өөрчлөлтгүй мэдрэлийн шинж (рефлексийн ассиметрий, хамар уруулын нугалаас тэнэгэр г.м) гэсэн ойлголтуудыг оруулсан ба сүүлийн шинж нь тархины цусны эргэлтийн цочмог хямралын үед 24 цагаас дээш хугацаанд илэрсэн ч ТЦЭТХ-г үгүйсгэхгүй.

ТЦХДИЭ-ийг оношлоход дараахи шалгуурыг ашиглалаа. Үүнд: Тухайн шинжлүүлэгч судасны өвчлөлтэй байх (артерийн даралт ихсэлт, судасны хатуурал); долоо хоногт нэгээс цөөнгүй удаа илрэх толгой өвдөх, толгой эргэх, чих шуугих шинж, өдөр тутмын амьдралд нөлөөлхүйц ойн сулрал, ажлын бүтээмж буурах гэсэн дээрхи зовиуруудаас хоёроос багагүй нь сүүлийн гурван сарын турш илэрсэн ба эдгээр нь зөвхөн судасны өвчний шалтгаантай байх, Судасны энцефалопатийг батлах мэдрэлийн голомтот шинжгүй байх орно.

Судасны энцефалопатийн эхлэл үеийг оношлоход ТЦХДИЭ-н адил зовиуртай бөгөөд гурваас цөөнгүй тархины жижиг голомтот шинжтэй (хамар-уруулын нугалаас тэнийх, хэл мурийх, амны автоматизмын рефлекс илрэх зэрэг) байна.

Тархины инсультэд 24 цагаас дээш үргэлжилсэн мэдрэлийн голомтот ба тархины ерөнхий шинж бүхий тархины цусны эргэлтийн цочмог хямралтай, мөн үзлэг хийх үед судасны шалтгаант мэдрэлийн голомтот шинжтэй хүмүүсийг үүссэн хугацаанаас нь хамаарахгүйгээр хамрууллаа. Харин дээрхи шинжүүд 24 цагаас бага хугацаанд арилж байвал тархины цусны эргэлтийн түр хямрал гэж үзнэ. Энэ нь дотроо хоёр хэлбэртэй: Тархины цус хомсдох дайрлага, энэ үед мэдрэлийн голомтот шинж тод, тархины ерөнхий шинж сул буюу илрэхгүй. Дараагийн хэлбэр нь гипертонийн криз ба мэдрэлийн голомтот шинжгүй боловч артерийн даралт эрс нэмэгдэж, тархины ерөнхий шинжүүд тод илэрч эмнэлэгийн яаралтай тусламж шаарддаг. Судалгаанд сүүлийн 2 жилийн хугацаанд тохиолдсон тархины цусны эргэлтийн түр хямралтай хүмүүсийг сонгосон бөгөөд мигрень, Меньерийн хам шинж, харааны өөрчлөлт, синкоп уналт зэргийг оруулаагүй болно.

Судалгааг Улаанбаатар хотын Сүхбаатар дүүргийн 20-59 насныхунамын дундаж үзүүлэлт тархины судасны өвчний тархалт, үндсэн нөхцөлдүүлэгч хүчин зүйлсийг тодорхойллоо. Улаанбаатар хотын хүн амын насны бүтцийг тооцож гаргасан ТСО-ний тархалтын насны стандарт үзүүлэлт эрэгтэйчүүдэд 13,62%, эмэгтэйчүүдэд 20,47% гарсан бөгөөд бусад судалгаануудын үр дүнгээр ч эмэгтэйчүүдэд илүү тохиолдсон байна. (Варакин Ю.Я., Виноградова Т.Е., 1989; Шпрах В.В., Прушенова С.А., 2001) Энэ үзүүлэлт эмэгтэйчүүдэд хамгийн их нь 50-59 насны бүлэгт 37,9%, бага нь 20-29 насны бүлэгт 4,7% байсан.

Ихэнх судалгаануудаас харахад ТСО-ний тархалт нас 10 жилээр нэмэгдэх тутам 2 дахин нэмэгддэг үр дүн гарсан. Манай судалгаагаар 20-29 насны бүлгийг 30-39 насны бүлэгтэй харьцуулахад ТСО-ний тархалт эрэгтэйчүүдэд 2,6 дахин, эмэгтэйчүүдэд 2,2 дахин нэмэгдсэн нь хамгийн их, 40-49 насны бүлгийг 50-59 насны бүлэгтэй харьцуулахад эрэгтэйчүүдэд 1,4 дахин, эмэгтэйчүүдэд 1,3 дахин нэмэгдсэн нь хамгийн бага үзүүлэлт юм. Харин 20-29 насны бүлгийг 50-59 насны бүлэгтэй харьцуулахад эрэгтэйчүүдэд 6,8 дахин, эмэгтэйчүүдэд 3,7 дахин нэмэгдсэн байна.

ТСО-ний хамгийн их тохиолддог хэлбэр нь ТЦХДИЭ юм. Энэ нь хүн ам дунд насны стандарт үзүүлэлтээр эрэгтэйчүүдэд 9,98%, эмэгтэйчүүдэд 15,95% тохиолдох ба эмэгтэйчүүдэд бүх насны бүлэгт статистикийн бодитой илүү тохиолдож байна. ($p < 0.001$) ЭЦХДИЭ-ийн тархалт 20-29 насны эрэгтэйчүүдийг 30-39 насны бүлэгтэй харьцуулахад хамгийн их өссөн бол 40-49 насны эмэгтэйчүүдийг 50-59 насны бүлэгтэй харьцуулахад хамгийн бага өссөн байна. Харин эмэгтэйчүүдэд илүү өссөн тохиолдол Улаан-Үд хотын буриад хүн амын дунд (Шпрах В.В., Прушенова С.А., 2001), Москва, Новосибирск хотын орос иргэдэд тохиолдсон байна. (Фейгин В.Л., Виноградова Т.Е., 1998)

Судасны энцефалопатийн тархалт эрэгтэйчүүдэд 0,52%, эмэгтэйчүүдэд 0,74% ($p < 0,05$) гарсан бөгөөд Новосибирскийн судалгаагаар мөн адил эмэгтэйчүүдэд илүү тохиолдсон үр дүн гарсан байна. Харин 20-29 насны бүлэгт аль ч хүйсэнд СЭ тохиолдоогүй ба бусад бүх насны бүлэгт эмэгтэйчүүдэд илүү тохиолдож зөвхөн 30-39, 50-59 насны бүлэгт энэ ялгаа статистикийн бодитой байсан.

Тархины инсультайн тархалтын хувьд хүйсний ялгаа бага гарсан бөгөөд эрэгтэйчүүдэд 0,84%, эмэгтэйчүүдэд 0,7% ($p < 0,05$) байсан. Зөвхөн 20-29 насны эрэгтэйчүүдэд мөн адил эмэгтэйчүүдийг бодвол 2 дахин илүү тохиолдож бусад насны бүлэгт статистикийн бодитой ялгаа гараагүй. Гэхдээ нас ахих тусам тархины инсультайн тохиолдол аль ч хүйсэнд нэмэгдэж байлаа. Хамгийн их тохиолдол нь 50-59 насны эрэгтэйчүүдэд 1,6%, эмэгтэйчүүдэд 1,33%, хамгийн бага нь 20-29 насны бүлэгт эрэгтэйчүүдэд 0,27%, эмэгтэйчүүдэд 0,13% байсан.

Тархины цусны эргэлтийн түр хямрал эрэгтэйчүүдэд 1,88%, эмэгтэйчүүдэд 3,14% ($p < 0,05$) тохиолдсон боловч 40-49 насны бүлэгт энэ харьцаа 3,38%, 3,33% болж бусад бүх насны бүлэгт эмэгтэйчүүдэд илүү тохиолдсон. Бусад ТСӨ-ний адил ТЦЭТХ нас ахих тусам нэмэгдэж байлаа.

Судалгааны дүнгээс харахад ТСӨ-ний тохиолдлын бүтэц эрэгтэйчүүдэд ТЦХДЭИ, ТЦЭТХ, ТИ, СЭ дарааллаар, эмэгтэйчүүдэд ТЦХДЭИ, ТЦЭТХ, СЭ, ТИ дарааллаар буурч байна. Энэ нь бусад судалгаатай адил үр дүнтэй байна. (Варакин Ю.Я., 1989; Кадырова З.А., 1989; Кипиани М.К., 1989; Шпрах В.В., 1989; Прушенова С.А., 2001) Энэ дарааллаар 20-29 насны бүлэгт эрэгтэйчүүд эмэгтэйчүүдэд ижил ТЦХДЭИ, ТЦЭТХ, ТИ гэж гарсан.

ТСӨ-ний бүтцийг хувиар илэрхийлбэл эрэгтэйчүүдэд ТЦХДЭИ 74,48%, ТЦХТХ 15,57%, ТИ 5,26%, СЭ 4,69%, эмэгтэйчүүдэд ТЦХДЭИ 76,67%, ТЦЭТХ 14,53%, СЭ 5,2%, ТИ 3,6% байсан бөгөөд сүүлийн хоёр үзүүлэлт анхаарал татаж байна.

Дээрхи харьцаа 50-59 насны бүлэгт бусад насны бүлгүүдтэй харьцуулбал өөрчлөгдөн ТИ, СЭ-гаас илүү тохиолдох болсон. Гэхдээ эрэгтэйчүүдэд ТЦХДЭИ, ТИ илүү, эмэгтэйчүүдэд ТЦЭТХ, СЭ илүү тохиолдсон байна.

Эдгээрээс харахад бүх насны бүлэгт ТЦХДЭИ, ТЦЭТХ давамгайлан тохиолдож байгаа боловч нас ахих тусам ТИ, СЭ-ийн эзлэх хувь нэмэгдэж ялангуяа 50-59 насны эмэгтэйчүүдэд СЭ тохиолдол эрс ихсэж (9,86%) байна.

Тархины судасны өвчний тархвар зүйн судалгааны нэг том зорилт бол түүний нөхцөлдүүлэгч хүчин зүйлсийг судлах юм. (Смирнов В.Е., 1995; Виленский Б.С., 1999) Голлох нөхцөлдүүлэгч хүчин зүйлсийн тоонд нас, хүйс, артерийн даралт ихдэлт, биеийн илүүдэл жин, мэдрэлсэтгэцийн хэт ачаалал, хөдөлгөөний хомсдол, мэргэжил, цаг уур, газар зүйн онцлог зэрэг орно. (Рябова В.С., 1991; Смирнов В.Е., 1991; Виленский Б.С., 1995; Варакин Ю.Я., 2001)

Нийт үхлийн шалтгааны 20-50%-ийг эзлэх зүрх судасны эмгэг, инсультайг үүсгэдэг үндсэн эрсдэлт хүчин зүйл бол артерийн даралт (АД) ихдэлт юм. (Верещагин Н.В., Варакин Ю.Я., 1996) Үүний улмаас инсульт үүсэх эрсдэл 1.8 дахин нэмэгдэх бөгөөд ялангуяа систолийн даралт 100мм.муб-аас дээш тохиолдолд эрэгтэйчүүдэд 1.9, эмэгтэйчүүдэд 2.5 дахин нэмэгддэг байна. Артерийн даралт ихдэлтийн улмаас судас гэмтэж, тархины судасны хатуурал нэмэгдэж, зүрхний үйл ажиллагаа алдагдан ерөнхий болон тархины цусан хангамж буурч инсульт үүсэн эрсдэл өсдөг.

АД ихдэлт бүх насны хүмүүст тохиолдох боловч 45 дээш насанд илүү эрсдэлд хүргэдэг. J.Marshall et al (1975) үзэж байгаар АД ихдэлт дангаараа цус харвалтын үндсэн нөхцөлдүүлэгч хүчин зүйл болох ба харин зүрхний эмгэг, чихрийн шижин, тамхи татахтай хавсарсан тохиолдолд тархины инфаркт үүсгэх нь нэмэгддэг. (Шпрах В.В., 1997)

Өндөр хөгжилтэй орнуудын насанд хүрэгсэд дунд АД ихдэлт 18-20% (Бурцев Е.М., 1986; Варакин Ю.Я., и др. 1990; Zanchetti A. et al., 1993; Andersen G. et al., 1996; Arauz-Pacheco C.6 and Raskin P., 1996) тохиолдох ба ази, европ арьстанд ойролцоо тохиолдоно. (Jones D.W 68 1995)

Монгол улсад АД ихдэх өвчин зүрх-судасны эмгэгийн 40%-ийг, зүрх-судасны тогтолцооны эмгэгийн улмаас үүсэх нас баралтын 42%-ийг эзэлдэг. (Дондог, 1962) Л.Галцогийн судалгаагаар 1956-1965 онуудад АД ихдэлттэй хүмүүсийн үхлийн шалтгааны 60.8%-ийг тархины инсульт эзэлж үүнээс 51.6% нь тархины цус харвалт, 9.2%-ийг тархины ишеми байжээ. Харин Д.Баасанжавын (1993) судалгаанаас үзэхэд АД ихдэлтийн тархалт эрэгтэйчүүдэд 22.5%, эмэгтэйчүүдэд 21.7% бөгөөд Алтай, говь хээрийн бүсийг бодвол Улаанбаатарт илүү тохиолдсон байна.

Манай судалгаагаар МУ-ын хүн амын дундах АД ихдэлтийн тархалт эрэгтэйчүүдэд

12.9% байв. Үүнийг бүтцээр нь авч үзвэл 3-39 насанд хамгийн их 52.22% тохиолдож цаашид тогтвортой байж 40-49 насанд 42.26%, 50-59 насанд 42.92% байна. ТСӨ-тэй эрэгтэйчүүдийн 43.53%-д, ийм эмгэггүй эрэгтэйчүүдийн 10.05%-д ($p < 0.001$) АД ихдэлт тохиолдсон бөгөөд харьцуулсан судалгаанаас үзэхэд бүх насны бүлгийн эрэгтэйчүүдэд ТСӨ үүсгэх гол эрсдэлт хүчин зүйл болох нь харагдаж байна.

АД ихдэлтийн стандарт үзүүлэлт эмэгтэйчүүдэд 14.79% гарсан ба ТСӨ-тэй бүлэгт 37.47%, ийм эмгэггүйд 12.3% ($p < 0.001$) тохиолдож энэхүү статистикийн бодитой ялгаа 20-29 насны бүлгээс бусад бүх бүлэгт хадгалагдаж байна.

АД ихдэлтийн тархалт зөвхөн 20-29 насны бүлэгт эрэгтэйчүүдэд статистикийн бодитой илүү байсан. Дээрхээс харахад АД ихдэлт нь бүх насны эрэгтэйчүүд, 30-59 насны эмэгтэйчүүдэд ТСӨ үүсгэх нөхцөлдүүлэгч хүчин зүйл болж байна.

Ихэнх судлаачид тамхи татахыг ТСӨ-ний эрсдэлт хүчин зүйлсэд оруулж үздэг. Тамхи нь судасны эпителийг гэмтээж, түүнд липид хуримтлагдахыг нэмэгдүүлэн судас хатуурлыг даамжруулдаг. (Drouet L., 1988) Эрүүл хүмүүст хийсэн судалгаагаар никотины улмаас цусан дахь холестерин, триглицерид, бага, хэт бага нягттай липопротеидийн хэмжээ ихсэж (Willett W., et al., 1983; Stamford B.A. et al., 1984), өндөр нягттай липопротеидийн хэмжээ буурдаг (Lederer J., 1983; Salonen S.T. et al., 1983)

Тархины инсультийн эрсдэл тамхи татахын улмаас эрэгтэйчүүдэд 1.2-4.2 дахин нэмэгдэх (Salonen S.T. et al., 1983; Abbot R.D. et al., 1986) ба АД ихдэлттэй тохиолдолд энэ эрсдэл 3 дахин нэмэгддэг. (Wolf P.A., et al., 1983, 1988) Зарим судлаачдын үзэж байгаар залуу насанд үүсэх тархины инфарктын үндсэн шалтгаан нь тамхи татах юм. (Mustasshi P., 1985)

Тамхи таталтын тархалт эрэгтэйчүүдэд 8.27%, эмэгтэйчүүдэд 5.87% гарсан. ТСӨ-тэй бүх насны бүлгийн эрэгтэйчүүдийн дунд тамхичидын эзлэх хувь илүү байсан бөгөөд ТСӨ-тэй хүмүүсийн дунд тохиолдох тамхичидын тоо ТСӨ-гүй бүлгийг бодвол 20-29 насны бүлэгт 5, 30-39 насанд 5.7, 40-49 насанд 1.6, 50-59 насанд 2.6 дахин их байлаа. (ТСӨ-тэй, тамхи татдаг 20.83%, ТСӨ-гүй тамхи татдаг 7.08%) 30-39 насны бүлгийн эрэгтэйчүүд хамгийн их тамхи татаж 30%-тай байсан. Цаашдаа энэ тоо 40-49 насанд 21.43%, 50-59 насанд 17.5% болон буурч байна. Эмэгтэйчүүдэд энэ харьцаа мөн адил байсан нь онцлог нь нас ахих тусам тамхи татдаг эмэгтэйчүүдийн тоо нэмэгдэж хэрвээ 20-29 насны бүлгийн эмэгтэйчүүдийн 1.62% нь тамхи татдаг бол 50-59 насны бүлэгт 6.01% болж өссөн байна. ТСӨ-тэй эмэгтэйчүүдийн дундах тамхичдын эзлэх хувь ТСӨ-гүй бүлэгтэй харьцуулбал 20-29 насанд 8, 30-39 насанд 3.4, 40-49 насанд 2.55 дахин илүү байна. ТСӨ-ний дараагийн нэг шалтгаан бол архи хэтрүүлэн хэрэглэх бөгөөд Америкийн үндэсний инсульт судлалын холбооны мэдээгээр архины улмаас зүрхний хэм алдагдал, АД ихдэлт, тромбоцитийн агрегаци нэмэгдэх, судас нарийсал үүсч тархины цусан хангамжийг хямруулдаг байна. (Gorelick P.B., 1987)

Манай судалгаагаар архи хэтрүүлэн хэрэглэх байдал эрэгтэйчүүдийн дунд 3.09%, эмэгтэйчүүдэд 0.32% байсан. ТСӨ-тэй эрэгтэйчүүдэд архи хэтрүүлэн хэрэглэх хувь 9.38%, эрүүл бүлэгт 1.51% ($p < 0.001$) байсан бөгөөд 20-29 насны бүлэгт энэ тоо ойролцоо гарсан. Харин эмэгтэйчүүдэд энэ хувь 1.2%, 0.18% байлаа. Үүнээс үзэхэд архи хэтрүүлэн хэтрүүлэн хэрэглэх 30-59 насны эрэгтэйчүүдийн ТСӨ үүсгэх нөхцөлдүүлэгч хүчин зүйлсийн нэг болж байна.

Хөдөлгөөн багатай амьдралын хэвшил, биеийн илүүдэл жин (БИЖ) нь ТСӨ үүсэхэд хэрхэн нөлөөлдөг талаар судлаачдын санал хуваагдмал байдаг. Гэхдээ ихэнх нь БИЖ, ялангуяа хэвлий хэсгээр таргалах нь тархины инсульт, титэм судасны дутагдал үүсгэдэг гэж үздэг. (Берол Е.А. и др 1986; Vartianen E. et al., 1995; Wagner J. et al 1996)

Манай судалгаагаар БИЖ-ийн насны стандарт үзүүлэлт эрэгтэйчүүдэд 2.42% бөгөөд ТСӨ-тэй бүлэгт 20-29 насанд 2.86%, 30-39 насанд 5.56%, 40-49 насанд 17.86%, 50-59 насанд 7.5% гарсан. Харин эмэгтэйчүүдэд насны стандарт үзүүлэлт 3.66% байж насны бүлгүүдэд 0.0%, 7.88%, 12.05%, 7.39% гарсан нь эрүүл бүлгийнхээс хол зөрөөгүй байна. Үүнээс үзэхэд БИЖ нь 40-59 насны хүмүүст ТСӨ үүсэх эрсдэлт хүчин зүйл болж байна.

ТСӨ-ний нэг томоохон нөхцөлдүүлэгч хүчин зүйл бол архаг психо-эмоциональ стресс (АСП) юм. Энэ нь ТСӨ-тэй эрэгтэйчүүдэд 37.15%, эрүүл бүлэгт 12.45% гарсан бөгөөд 20-29,

50-59 насны бүлгүүдэд хамгийн их буюу тус тус 45.71%, 40.0% байсан. ТСӨ-тэй эмэгтэйчүүдэд 42.47%, эрүүл бүлэгт 12.52% тохиолдсон. Дээрхээс харахад АПС нь бүх насны хүмүүст ТСӨ үүсгэх эрсдэлт хүчин зүйл болж байна.

З.А.Суслина (1997), R.Simon et all (1995)8 E.Laiza et all (1997) нарын судалгаагаар тархины инфарктын шалтгааны 30-60% зүрхний эмгэгээс болдог ба зүрх судасны тогтолцооны эмгэг нь ТСӨ үүсгэх томоохон нөхцөлдүүлэгч хүчин зүйл болдог нь харагдаж байна. Үүнд ТСӨ, зүрхний эмгэг хоёрын эмгэг жамын хүчин зүйлс адил байдаг мөн нөлөөлдөг. (Верецагин Н.В. и др., 1993)

Бидний судалгаагаар ТСӨ-тэй эрэгтэйчүүдийн 34.71%-д титэм судасны цусны эргэлтийн дутагдал илэрсэн ба эрүүл бүлэгт энэ тоо 2.52% ($p<0.001$) байсан. 20-29 насанд титмийн цусны эргэлтийн дутагдал маш бага тохиолдож ТСӨ-тэй бүлэгт 25.07%, эрүүл бүлэгт 1.99%, 20-29 насны бүлэгт нэг ч тохиолдол илрээгүй. Дээрхээс үзэхэд зүрхний титмийн дутагдал нь 30-59 насны эмэгтэйчүүд, бүх насны эрэгтэйчүүдэд ТСӨ үүсгэх эрсдэлт хүчин зүйл болж байна.

Чихрийн шижин өвчний тархалт эрэгтэйчүүдийн ТСӨ-тэй бүлэгт 5.07%, эрүүл бүлэгт 1.18% ($p<0.001$) гарсан бөгөөд 40-49 насны бүлэгт хамгийн их ялгаатай байсан. Эмэгтэйчүүдийн хувьд энэ харьцаа ТСӨ-тэй бүлэгт 4.55%, эрүүл бүлэгт 1.02% байсан. Ийнхүү чихрийн шижин нь бүх насны эрэгтэйчүүд, 40-49 насны эмэгтэйчүүдэд ТСӨ үүсгэх эрсдэлт хүчин зүйл болж байна.

ТСӨ-тэй хүмүүсийн 80%-д илэрдэг нэг шинж бол толгойны магистраль артерийн нарийсал юм. Нарийсал 50% хүртэл байвал гемодинамик өөрчлөлтгүй бөгөөд клиник шинж тэмдэггүй байдаг. Харин 50-75%-ийн нарийсалтай үед ачааллын үед цусан хангамжийн дутагдал үүсч, 75%-с дээш нарийсалтай байхад тархинд ишеми үүснэ. (Мадорский С.В. и др., 2001) Толгойны магистраль артерийг судлахын тулд ТСӨ-ний эхэн үеийн хэлбэртэй 40-59 насны 60, эрүүл 40-59 насны 30 эрэгтэйг сонгон авч тархины артерийн судасны хэт авиан доплерографийн шинжилгээнд хамрууллаа. Шинжилгээний дүнгээс үзэхэд ТСӨ-тэй хүмүүсийн 66.7%, эрүүл хүмүүсийн 10%-д артерийн нарийсал илэрсэн. Мөн ТЦЭТХ-тай бүлэгт 60%-иас дээш зэрэгтэй нарийсал тодорхойлогдсон. Эдгээрээс үзэхэд толгойн магистраль артерийн нарийсал нь ТСӨ-ний гол эрсдэлт хүчин зүйл бөгөөд эрүүл хүмүүст ч илэрч байгаа нь цаашдын урьдчилан сэргийлэх үйл ажиллагаа шаардлагатайг зааж байна.

EPIDEMIOLOGY AND RISK FACTORS OF CEREBROVASCULAR DISEASES (CVDS) AMONG POPULATION OF ULAANBAATAR

Gansukh. N., MD, PhD

Summary:

1. Standardized by ages, distribution index of definite circumstances of CVDs in males and females between ages of 20-59 in UB, was 13, 62% and 20.47% correspondingly.
2. Distribution of the initial manifestation of brain blood supplementary insufficiency (IMBBSI) was in males 9.98% and females 15, 95%; dyscirculatory encephalopathy (DE) in males 0.52%, females- 0.74%; transitory ischemic attack (TIA) in males 1.88%, females- 3.14%; and brain stroke (BS) in males 0.84%, and females 0.7%.
3. Within the structure of CVDs among both gender, the first place compromised the IMBBSI, the second- TIA, the third- DE, the fourth- BS in females while the third and fourth were among males BS, and DE as corresponded.
4. Distribution of CVDs in females was 1.5 times more than in males which were caused by significant great distribution of IMBBSI and DE.
5. Similar to distribution of whole cerebrovascular pathology, its discrete forms have increased by ages, as increasing by 1.3-2.6 times towards each subsequent decade.
6. Prognostic major risk factors of development of CVDs among Mongolian population in males were arterial hypertension (AH), smoking and chronic psycho emotional stress in all age groups,

alcohol consumption and ischemic heart diseases (IHD) in ages of 30-59, obesity and diabetes in ages of 40-49; smoking and chronic psycho emotional stress in females of all age groups, AH and IHD in ages of 30-59, obesity in ages of 40-59 and diabetes in ages of 40-49.

7. Stenotic disturbances of brain magisterial arteries compromised risk factors for the development of chronic deficiency of brain blood circulation in males- ages of 40-59. Distribution of brain magisterial arterial stenosis of those contingents were 6.7 times more ($P < 0, 0001$) among faces with early forms of CVDs than among practically healthy. Critical stenosis of brain magisterial arteries was 5 times more at the first stage of DE than during IMBBSI.
8. Application of regular course of vasoactive treatment to those with IMBBSI, and correction of prognostic major "controlled" risk factors interference course of chronic cerebral ischemia and development of TIA.

ЦӨМИЙН ОНОШ ЗҮЙН ТАСАГ 30 ЖИЛД

П.Онхуудай /УКТЭ/

Төр засгаас ардтүмнийхээ эрүүл мэндийн талаар тавьж байдаг байнгын анхаарал хамалмжийн ачаар эмнэлэг урьдчилан сэргийлэх болон эмнэлгийн материаллаг бааз улам бэхжиж, мэргэжлийн боловсон хүчнээр хангагдан, эмчилгээ, үйлчилгээний чанар, соёл зах зээлийн тогтолцоонд зохицон өдөр ирэх бүр сайжирсаар байна.

Эрүүлийг Хамгаалах Яамны Сайдын тушаалаар 1975 оны 3-р сарын 31-нд Улсын Клиникийн Төв Эмнэлгийн дэргэд Цөмийн онош зүйн лабораторийг нээн ажиллуулснаас хойш 30 жил болж байна. Манай орны анагаах ухааны практикт ингэж тэмдэгт атом-изотопыг анх удаа хэрэглэж эхэлсэн нь онош зүйн салбарт цоо шинэ дэвшил болсноос гадна атом, цөмийн энергийг энх тайван амьдрал, хүний сайн сайхан, эрүүл энхийн үйлст ашиглаж буй нэгэн тод жишээ болсон юм. Цөмийн онош зүйн лабораторийн анхны үндсэн төхөөрөмж сканер, гамма тоолуурыг БНУАУ-аас нийлүүлж угсран, хэд хэдэн төрлийн тэмдэгт атом изотопийг тэр үеийн ЗХУ, БНАГУ-аас авч хэрэглэж байв.

Их эмч П.Онхуудай, техникч О.Лодоншарав, лаборант Т.Отгонжаргал, угаагч-цэвэрлэгч Г.Ядмаа нар ажиллаж эхэлснээр тус лабораторийн гал голомт тавигдаж эхэлжээ.

Цөмийн ангаах ухаан, түүний оношлогоо нь эмнэлгийн хамгийн залуу салбарын нэг мөн. Цөмийн физик, электроник, инженер-электроник, радиохими нь цөмийн анагаах ухааны үндэс болж өгдөг. Хүний бие махбодийн эд эрхтэн системийн байрлал, дүрс хэмжээ болон тэдгээрт хамаарагдах эмгэг өөрчлөлтийг тэр бодит байдлаар нь үзүүлэхийн тулд ямар нэгэн гадны туслан "дүрслэх" бодисыг хэрэглэж онош зүйн багажит аргаар шинжлэн оношлохыг дүрслэл оношлогоо гэдэг бөгөөд түүний нэг нь цөмийн онош зүй юм. Анагаах ухааны энэ салбар нь энэ зууны 60-аад оны үед анх нэвтэрч эхэлсэн бөгөөд манай орны эмнэлгийн практикт харьцангуй хурдан нэвтэрсэн явдал нь төр, засгийн ард түмнийхээ эрүүл мэндийн төлөө цаг ямагт анхаарч байдгийн илрэл билээ. Хүний бие махбодь эрхтэн системийн эмгэгийг оношлох нь тэдний анатоми, физиологи, биохими, эмгэг физиологийн онцлог байдалд үндэслэх ёстой. Цөмийн онош зүй нь тэмдэгт атом-изотоп, тухай эд рэхтэнд тохирсон хадихимийн холбогчууд, түүнийг бүрхэгч өндөр нарийн мэдрэмтгий электрон тоолуурын тусламжтайгаар янз бүрийн эрхтэн системийн өвчнийг эрт оношлохын тулд үйл ажиллагааны ба байршлын оношлогоог изотоп иод-131-ээр бамбай булчирхайн үйл ажиллагааны шинжилгээгээр эхэлсэн бөгөөд бөөрний нефрографи, бамбай булчирхайн йод хүлээн авалт, сийвэнгийн идэвхжил, бамбай булчирхай, элэг, бөөрний сцинтиграфи зэрэг 6 нэр төрлийн шинжилгээг йод-131, алт-198, мөнгөн үс 203 изотопоор хийж байлаа. Цөмийн оношлогооны шаардлага, түүний улсын чанартай үйлчлэх хүрээг харгалзан үзэж Улсын төлөвлөгөөний Комиссын 1982 оны 6-р сарын 9-ны 121-р тогтоол, Хөдөлмөр Нийгэм Хангамжийн Улсын Хорооны 1982 оны 9-р сарын 9-ны 325-р тогтоолоор их эмч 3, радиохимич 1, физик-инженер 1, техникч 2, лаборант 3, ариутгагч-угаагч 1, бүгд 11 орон тоо батлагдаж улмаар ЭХЯ-ны Сайдын 1982 оны 11-р сарын 24-ны 200 тоот тушаалаар дээрх орон тоогоор өргөтгөсөн юм.

Ингэж ЭХЯ, УКТЭ-ийн захиргаа тусгай анхаарч үзсэнээр 1982 онд эмч, физик инженер, лаборант оролцсон групп мэргэжилтнийг ЗХУ-д 2 сарын курст суралцуулав. 1982 онд ДЭМБ,

ОУАЭХ-ны шугамаар хамгийн сүүлийн үеийн электроникийн ололт болох төхөөрөмж Гамма камер, радиоиммунологийн аппаратууд авсан явдал өндөр хөгжилтэй орнуудын хэмжээнд оношлогоо шинжилгээ явуулах нөхцөл бүрдэж чадсан юм. Тус тасагт 1982 онд радиоиммунологийн, 1985 онд хэт авиан оношлогоо шинээр хийгдэж эхэлсэн юм.

Цөмийн физик-инженерээр Н.Жавхлан, цөмийн онош зүйн эмчээр Р.Онон, радиоиммунологийн эмчээр Н.Оюун, эхографийн эмчээр С.Сонин, радиохимич эмчээр Л.Цэвэлмаа, лаборантаар С.Тунгалаг, Н.Гүндэгмаа, Ц.Пүрэвжав, техникч Ч.Жавзандолгор, Гэрэлмаа, угаагч ариутгагч Г.Бааст, үйлчлэгч, Б.Нарантуяа нар ажиллаж эхэлсэн юм. Энэ бол манай тасгийн II үе байлаа. Дараа үед буюу III үед Цөмийн онош зүйн их эмч Б.Энхтуяа, Ж.Чинзориг, физик-инженер Б.Энхжаргал, Ж.Дашдорж, техникч Б.Батсайхан, лаборант Ч.Цэрэнлхам, угаагч-ариутгагч Г.Одонгэрэл, үйлчлэгч Ц.Наранцэцэг нар орно. Цөмийн онош зүйн тасгийн хамт олон 30 жилээ эргэн дурсахдаа бидний ахмад үе их эмч Р.Онон, Н.Оюун, лаборант С.Тунгалаг, Г.Бааст, У.Пүрэвжав, Н.Гүндэгмаа нараараа бахархаж байна.

Ингэж тус лаборатори нь зохион байгуулалт боловсон хүчин материаллаг баазын хувь бэхжиж ирлээ. Тус тасгийн оношлогооны тоног төхөөрөмж үе үеэр төлөвлөгөөтэй шинэчлэгдэж ирсэн бөгөөд АНУ, ХБНГУ, Японд үйлдвэрлэсэн орчин үеийн багаж хэрэгслээр ажиллаж байна. Бүх эмч, инженер, техникч, лаборант нар гадаадад мэргэжил эзэмших болон дадлагажих дамжааг дүүргэжээ. Тус тасгийн эмч ажилтнууд тасагтаа E-Майл, INTERNET ашиглан мэдлэг боловсролоо дээшлүүлэх боломж нээгдлээ.

Цөмийн оношлогооны чанар дээшилж, шинжилгээний нэр төрөл олшров. 1975 онд 319 хүнд шинжилгээ хийж байсан бол 1984 онд 9217 болж 28 дахин өссөн ба 30 жилийн хугацаанд 100000 гаруй хүнд оношлогоо шинжилгээ хийгээд байна.

Тус тасагт элэг, цөс, бамбай, нойр булчирхай, тархи, ясны өвчнүүдэд болон радиоиммунологийн 24 нэрийн шинжилгээг йод-125, 131, технеци-99м, инди-113м, изотод түүний нэгдлээр хийж, йод-131, Рени-188-аар эмчилгээг явуулж байна. 2000 оноос зүрхний булчингийн цусан хангамжийн сцинтиграфи, бөөр, бамбай, уушгийн шинэ шинжилгээнүүд, элэгний хорт хавдар, бамбайн үрэвсэл, хорт хавдрын эмчилгээг амжилттай хийж байгаа.

Бидний IV үе буюу тус тасагт одоо анагаахын шинжлэх ухааны доктор, профессор П.Онхуудай, цөмийн онош зүйн тэргүүлэх зэргийн их эмч, Б.Энхтуяа, их эмч, С.Эрдэнэчимэг, радиохимич их эмч Л.Цэвэлмаа, физик-инженер Ч.Ламжав, ахлах лаборант Ч.Цэрэнлхам, техникч Б.Батсайхан, лаборант Г.Одонгэрэл, угаагч-ариутгагч Ц.Наранцэцэг, үйлчлэгч Ц.Болормаа нар ажиллаж байна. Тус тасгийн их эмч П.Онхуудай 1980 онд БНАГУ-д анагаах ухааны дэд эрдэмтний, 1991 онд ХБНГУ-д анагаах ухааны докторын зэрэг амжилттай хамгаалж 1994 он дэд профессор, 1996 онд профессор цол хүртсэн. 1990 онд тус тасгаас хэт авиан оношлогооны тасаг бие даан салбарлан гарч анагаах ухааны доктор, дэд профессор С.Сонин, Тэргүүлэх зэргийн их эмч Д.Энхбаяр, их эмч Д.Отгонноров нар үр бүтээлтэй ажиллаж байна.

1992 онд тус тасгийг түшиглэн АИУС-ийн Дүрслэл оношлогооны тэнхим байгуулагдав. Мэргэжлийн эмч, оюутнуудад зориулж 8 сурах бичиг, монографи, эрдэм шинжилгээ, шинжлэх ухаан сурталчлалгааны 180 гаруй өгүүллийг бичиж нийтлүүлжээ.

Тасгийн эрхлэгч доктор, профессор П.Онхуудай “Монголын Намтрын Товчоон”, “Энэрэхүй Гэгээнтнүүд”, “Монголын Алтан Ном” номонд хүндлэгдэн бичигдсэн байна. Олон улсын атомын энергийн агентлагтай 1982 оноос байнгын төсөлтэй ажиллаж ирлээ. Уг төслийн хүрээнд 1,5 сая гаруй долларын тоног төхөөрөмж авсан бөгөөд жил бүрийн хэрэгцээт изотоп, түүний холбогч, радиоиммунологийн оношлуураар хангагдаж байна. Тус тасгийнхан 30 жилийнхээ ойг угтаж, оношлогоо, эмчилгээндээ чанарын дэвшил гаргахаас эхлэн, зүрхний өвчнүүд, тухайлбал зүрхний булчингийн цусан хангамж, шигдээс, чихрийн шижингийн үеийн бөөрний эмгэг, нярайн бамбай булчирхайн үйл ажиллагааны дутагдлыг эрт илрүүлэн оношлох, элэг болон хөхний, үе мөчний хорт хавдрын оношлогоо, эмчилгээнд шинэ аргуудыг нэвтрүүлэн XXI зуундаа шамдан ажиллацагааж байна.

ЭОЗИНОФИЛИЙН ГАСТРОЭНТЕРИТИЙГ ОНОШЛОСОН НЬ

Н.Туул¹, Ц.Сарантуяа², С.Мөнгөнцэцэг¹, Б.Цэнгэл¹

1.УКТЭ 2. ЭМШУИС

Эозинофилийн гастроэнтерит (ЭГ) нь ходоод, гэдэсний хананд эозинофиль эсийн нэвчдэс үүсгэдэг ховор тохиолдох эмгэг юм. Ихэнх тохиолдолд оношлогдоггүй тул энэ өвчний тархвар зүйн талаар бүрэн мэдээлэл байдаггүй боловч уг өвчний өвчлөл ихэсч буйг хэвлэлд тэмдэглэж байна. Бүх насны хүмүүст тохиолдох боловч, 30-50 настай хүмүүст илүү тааралддаг, хүйсний хувьд эрэгтэйчүүд өвчлөх хандлага илүүтэй ажээ.

1937онд Kaijser сифилистэй 2 өвчтөний нарийн гэдэс, сонгины харшилтай 1 өвчтөний ходоодны нугалуур хэсгийн хананд эозинофилийн нэвчдэст өөрчлөлтийг илрүүлж, уг өвчнийг оношлох шалгуурыг тогтоосон. Үүнд: 1) ходоод, гэдэсний биж зовиур илрэх, 2) эдийн шинжилгээгээр хоол боловсруулах замын эрхтний салстад эозинофилт нэвчдэсийг батлах, 3) эозинофилийн нэвчдэс нь хоол боловсруулах тогтолцооноос бусад эрхтэнд илрэхгүй, 4) хоол боловсруулах эрхтний шимэгчийн халдварыг үгүйсгэсэн тохиолдолд уг онош баталгаажна. Энэ өвчний үед захын цусанд эозинофилийн тоо ихсэх нь зөвхөн 20%д тааралдах тул шалгуур үзүүлэлтэнд оруулдаггүй ажээ.

Шимэгчийн халдварын үед эрүүл хүний ходоод, гэдэсний салстад байрлах эозинофил эсийн мөхлөгөөс өвөрмөц уураг – major basic protein (MBP), нейротоксин, пероксидаза ялгарч, лейкотриен нийлэгжилтийг идэвхижүүлэн, тэдгээр нь шимэгчийн бүрхүүлийг гэмтээж, устгах үүрэг гүйцэтгэнэ. Гэтэл энэ өвчний үед эозинофил эс гэмтэн, түүнээс ялгарах MBP нь эрүүл эдэд гэмтэл учируулна.

Эмнэл зүйн хэлбэр: ЭГ нь улаан хоолойноос эхлэн шулуун гэдэсний аль ч хэсэгт тааралдаж, ханын аль ч давхаргыг гэмтээж болно. Гэмтээж буй ханын давхаргаас хамаарч эмнэл зүйн хэлбэрийг 1) Салст, салстын дорхи давхаргыг хамарсан, 2) Булчингийн давхаргыг хамарсан, 3) Гялтангийн давхаргыг хамарсан ЭГ гэж ялгана.

Салст, салстын дорхи давхаргын ЭГ бусад хэлбэрээс олонтаа тааралддаг, эмнэл зүйн хувьд хэвлийн хатгаа маягийн өвдөлт, огих, бөөлжих, суулгах, жин алдах, төмөр дутагдалын цус багадалт, уураг алдагдалын энтеропати, шимэгдэлт буурах хам шинжээр илэрдэг бөгөөд, 50%-д харшлын өгүүлэлтэй байдаг.

Хүүхэд насанд тохиолдвол өсөлт хөгжил, бэлгийн бойжилт удаашрах шинж илэрнэ. Амьд сорьцийн шинжилгээнд эдэд эозинофиль эсийн нэвчдэс, хөхлөгт эс, иммуноглобулин ялгаруулагч плазмоцитын тоо ихэсдэг.

Булчингийн давхаргын ЭГ-ийн үед ходоодны нугалуур хэсэг, нарийн гэдсэнд нарийсал үүсч ходоод, гэдэсний агууламжийн зогсигшилоос бөөлжих, хэвлийгээр өвдөх, улмаар түгжрэлтэй холбоо бүхий шинжүүд илэрдэг. Энэ хэлбэрийг ходоод, дээд гэдэсний шархлаанаас улбаатай нарийсалаас ялган оношлох нь чухал. Харшлын асуумж энэ хэлбэрийн үед ховор тааралдана.

Гялтангийн давхаргын ЭГ ховор тохиолдох хэлбэр, хэвлийд эозинофил эс бүхий асцит үүсч, түүнээс ялгарах биологийн идэвхит бодисын нөлөөгөөр гялтангийн өмөн үүсэх талтай. Энэ хэлбэрийн үед салстын ЭГ хавсрах нь элбэг.

Ялган оношлогоо: Шимэгчийн халдвар, эмийн гаралтай, холбогч эдийн эмгэг, васкулит, системийн мастоцитоз, Кроны өвчин, Целаки өвчин, хавдар, үнээний сүүны уурганд мэдрэг байдлын үүсдэг эозинофилт нэвчдэсээс ялгана.

Лабораторын шинжилгээ: Эозинофилийн тоо захын цусанд ойролцоогоор 80%-д хэвийн (0-500 cells/ml), салст давхаргыг хамарсан үед 2000 cells/ml, булчинлаг давхаргын ЭГ үед 1000 cells/ml хэмжээтэй хэлбэлздэг.

Гялтан давхаргын эмгэгийн үед цусан дахь эозинофил 8000 cells/ml ихэсдэг ч хэвийн хэмжээнд байж болно. Захын цусанд эозинофил ихэсгэдэг аспирин, сульфамид, пенициллин, цефалоспорины бүлгийн эм хэрэглэх, судасны үрэвсэл, лимфома, багтраа, харшил, шимэгчийн эмгэгээс ялгах хэрэгтэй.

Төмөр дутагдалын цус багадалт, сийвэнгийн альбумин болон нийт иммуноглобулины хэмжээ

буурдаг. Харин IgE-ийн хэмжээ буурах нь хүүхдийн практикт элбэг тааралддаг. Ихэнх тохиолдолд улаан цогцосын тунах урвал түргэснэ.

Баасны шинжилгээ: Паразитын халдварыг үгүйсгэх ач холбогдолтой. Баасыг 2-3 хоногийн зайтай 3 дээжийг шинжлэх нь чухал. Салст давхаргын ЭГ-ийн үед баасанд Шарко Лейдены кристал илрэх боловч, өвөрмөц шинж болохгүй. Баасанд далд цус илэрч болно. Өвчтөний 30%-д хөнгөн зэргийн стеатория илэрдэг.

Рентген шинжилгээ: Эмгэг өөрчлөлт 40%-д илэрдэггүй. Рентгенд ходоод, нарийн гэдэсний өөрчлөлт давамгайлж харагдана. Ходоодны атираанууд томорч зузаарах, голомтот зангилаат өөрчлөлт тохиолддог. Иймд грануломатоз гастрит, Менетерийн өвчин, лимфома, карцинома, лимфома, Уипплийн өвчин, амилоидоз, парапротейнеми, лимфангиостаз өвчнөөс ялган оношлоно.

Булчингийн давхаргын ЭГ-ийн үед ходоодны нугалуурын нарийсал, зогсонгишил ажиглагдана.

Компьютер томографийн шинжилгээгээр гэдэсний хана ба чацархайн тунгалгийн зангилааны томролт, гялтан давхаргын нэвчдэс, асцитийн шингэнг илрүүлдэг.

Дуран, амьд сорьцын шинжилгээ: Ходоод, гэдэсний атирааны томролт, салст улайх, шархлах, зангилаат өөрчлөлт харагдана. Эозинофилийн нэвчдэс ходоод, гэдэсний аль ч хэсгийг хамрах тул амьд сорьцын шинжилгээнд эрүүл ба эмгэг газраас, 6-с доошгүй олон тооны эдийг авах ёстой. Хэрэв нарийн гэдэсний шимэгчийн халдвар сэжиглэсэн бол аспират авах нь хамгийн тохиромжтой. Онош тодорхойгүй тохиолдолд биопсийн шинжилгээг давтах нь зүйтэй.

Хэвлийн парацентез ба лапароскопи: Асциттай өвчтөнд хэвлийн парацентез хийж оношийг баталгаажуулна. Гялтан давхаргын ЭГ үед хэвлийн шингэн голдуу ариун, их хэмжээний эозинофил агуулсан экссудат байдаг. Асцитийг судасны үрэвсэл, лимфома, гялтангийн архаг диалез, циррозын үеийн асцит халдварлагдсан зэргээс ялгах хэрэгтэй. Лапароскопийн шинжилгээ нь карциноматоз өөрчлөлтийг илрүүлэх, амьд сорьцын шинжилгээ хийх зорилготой. Тун ховор тохиолдолд элэг, цөсний гэр, цөсний сувагт эозинофил нэвчдэс тааралдана.

Эмчилгээ: Харшлын чанартай хоол хүнсийг тухайлбал өндөг, глютен агуулсан хүнс, үнээний сүүг хязгаарлах, хүнсний харшилын сорил хийх шаардлагатай. Өвчний хүнд тохиолдолд судсаар тэжээл эмчилгээг хийнэ.

Эмийн эмчилгээ: Гялтангийн давхрагын ЭГ-ийн үед преднизолон 20-40мг тунгаар өгч, 7-14 хоног тутам тунг буулган, 5-10мг-аар барих тунгаар удаан хугацаагаар хэрэглэнэ. Азиотопириныг хавсран хэрэглэх боловч үр дүн тодорхойгүй, хүнд тохиолдолд дархлаа дарангуйлагч циклоспорин, циклофосфамид хэрэглэдэг. Харшлын гарал тогтоогдсон үед ялангуяа сүүний харшилтай тохиолдолд sodium cromoglycate 20-300 мг өдөрт 4 удаа уулгана. Паразитийн халдвар авсан эрсдэлтэй үед нян устгах эмчилгээнд метронидазол, тинидазол хэрэглэнэ.

Мэс заслын эмчилгээ: ходоод, гэдэс цоорох, булчин давхаргыг хамарч нарийсал, бөглөрөл үүссэн үед мэс заслын эмчилгээг сонгоно.

Бусад эмчилгээ: антибиотик, антигистамины бэлдмэл, хоол боловсролт, шимэгдэл засах эмчилгээг шаардлагатай бол хийнэ.

Тавилан: ЭГ нь тавилан сайтай өвчинд тооцогддог боловч өвчин хүндэрч, олон эрхтний үйл ажиллагааны дутагдал орж, хожуу оношлогдсон тохиолдолд тавилан муутай.

УКТЭ-ийн хоол боловсруулах эрхтний эмгэг судлалын клиникт ЭГ-ийг оношилж, эмчилсэн 3 тохиолдол гарсан. Эдгээр өвчтөн нь элэгний хатуурал, ходооны шархлаа өвчний нарийсал хүндрэл, гэдэсний түгжрэл оношоор тус эмнэлэгт ирж, ЭГ-ийн шаталсан шинжилгээг хийж, оношийг баталсан. Дараах өвчтөний түүх нь ЭГ-ийн сонгомол жишээ болно.

Өвчтөн С. 23 настай, эмэгтэй, 2001 оноос суулгаж, түрж эцэн, асцит үүсч элэгний цирроз оношоор эмчлүүлэх болсон. Тус тасагт 2003 оны 10-р сард хэвтэн эмчлүүлсэн.



Хэвтэх үеийн зовиур: байнга дотор муухайрч, огиудас цутгана, үе үе огино, бөөлжихгүй, аюулхай дээр цанхайна, суулгана, хэвлийгээр базлаж өвдөнө, гэдэс дүүрнэ, бие загтнана.

Харшлын өгүүлэлгүй.

Үзлэгт: өөртөө муу үйлчилнэ, биеийн өсөлт бойжилт сул, 15 орчим настай юм шиг, бэлгийн II

шинж бүдэг, тураалтай, арьс салст цайвар, үс шингэн, хугарамтгай, хумсны үзүүр салаалж, өнгө цайвар хөх туяатай, хэвлийд шингэнтэй.

- Цусны шинжилгээ: эозинофиль 2, Hg 80 г/л, нийт уураг 52г/л, альбумин 32.4 г/л, траснаминаза хэвийн, IgE 150v/ml, гепатитийн вирусийн маркер сөрөг.
- Баасны шинжилгээ: Шарко-Лейдений талст илрээгүй, дараалан авсан шинжилгээнд далд цус тогтмол илэрсэн, гэдэсний шимэгч үгүйсгэгдсэн, стеатория илэрсэн.
- асцитын шингэн тунгалаг, шаргалдуу, эмгэг төрөгч нян илрээгүй.

Ходоодны ёроол орчмын салст улайсан хавагнасан, нугалуур хэсэгт голомтот хатингаршилтай, дээд гэдэсний булцуу хэсгээс эхлээд төсгөл хэсэг хүртэл салст улайж хавагнасан, зангилаат нэвчдэстэй, ялангуяа дээд гэдэсний өгсөх болон хэвтээ хэсэгт нэвчдэс тархмал байдалтай болсон, гэдэсний хөндий нарийссан, хавьтлаар цус шүүрнэ. Дээд гэдэсний хэсэг бүрээс нийт 6 ширхэг биопси авсан.

Эмгэг бүтцийн шинжилгээ: булчирхайлаг ур, хучуур эсийн хөнгөн зэргийн эвдрэл, нэвчдэс эозинофил их хэмжээтэй илэрсэн

Лапароскопи: нарийн гэдэсний хана зузаан, хатуувтар тогтоотой, нилдээ улайсан, зүүн дээд хэсэгт сэмжтэй наалдсан салгах боломжгүй, хэвлийд шингэнтэй, элэг барзгар томорсон, дэлүү томорсон. Элэгний эдийн биопсид элэгний хатуурлын өөрчлөлт тогтоогдсон.

Клиникийн төгсгөлийн онош: Эозинофилийн энтерит, ханы бүх давхаргыг хамарсан хэлбэр, хоол боловсруулалт, шингээлт буурсан хам шинж – хүнд хэлбэртэй.

Эмчилгээнд преднизолон 30мг/өдөрт уусан. 7 хоногийн дараагаас хэвлийн өвдөлт, суулгалт арилсан. 1 сарын дараа зовиургүй, биеийн жин 4 кг нэмэгдсэн, өвчин эмнэл зүйн намжмал байдалд орсон. Давтан дуранд дээд гэдэсний өөрчлөлт арилсан, ходоодны салстад эмийн гаралтай шалбархайт өөрчлөлт үүссэн. 5мг тунгаар ууж байсан преднизолон эмчилгээний барих эмчилгээг зогсоосон.

Ийнхүү ховор тохиолдолтой, өвөрмөц хэлбэрийн ходоод, гэдэсний эмгэг оношлогдсон.

Ашигласан ном зүй:

1. Sleisenger and Fordtrans Gastrointestinol and liver Disease 6th Edition volume 2, 1998, p. 1679-1686
2. Stallmeyer M.J. Eosinophilic gastroenteritis. Am J Roentellog. 161:296,1993.

THE CASE OF EOSINOPILIC GASTROENTERITIS

N.Tuul¹, S.Munguntsetseg¹, Ts. Sarantya²

1. University Hospital, 2. HSUM

Eozinophilic gastroenteritis is an uncommon disease and characterized by tissue eosinophilia that can involve different layers of the gut wall.

A case of 23 -year old female has diarrhea, cramping, nausea, abdominal pain and weight loss, ascitis, grown retardation for the last 2 years.

Patient was examined by gastroduodenal endoscopy and laproscopy with multiple biopsy. The morphological result was shown eosinophilic gastroenteritis.

ЦУСНЫ ЗАРИМ ЭМГЭГҮҮДИЙН ҮЕД ХҮНИЙ РЕКОМБИНАНТ ГРАНУЛОЦИТ- МАКРОФАГИЙН КОЛОНИЙГ СӨДӨӨГЧ ФАКТОР ХЭРЭГЛЭСЭН НЬ

Ч.Цэрэннадмид¹, Н.Оюундэлгэр²,
Д.Нэргүй¹, А.Отгонбат², А.Нансалмаа²

1. ЭМШУИС, 2. УКТЭ

Судалгааны үндэслэл:

Сүүлийн үед цусны эсүүдийн өсөлтийн факторыг генийн инженерийн /рекомбинант/ аргаар гарган авч хурц лейкозууд болон өөр эрхтний хавдруудын хими эмчилгээний дараах лейкопени, нейтропени бусад цус төлжилт дарангуйлагдсан эмгэгүүдэд өргөн хэрэглэдэг болоод байна. Харин манай оронд эдгээр факторуудыг урьд нь эмчилгээнд хэрэглэж байгаагүй тул энэ талаар судлагдаагүй бөгөөд ойрын 3 жилд хувийн эмийн компаниуд бидний хүсэлтийн дагуу цөөн тоогоор оруулж ирснийг бид клиникийн нөхцөлд цусны зарим эмгэгүүдийн үед хэрэглэж эхлээд, гарсан үр дүнг урьдчилсан байдлаар мэдээлж байна.

Үүнд одоогоор цус төлжүүлэх өсөлтийн факторуудын нэг хэлбэр болох “rh-GM-CSF” буюу хүний рекомбинант гранулоцит-макрофагийн колонийг сөдөөгч факторыг БНХАУ-н “Shenzhen Blue- Angel Biotech” эмийн компанийн “Geber” нэрээр үйлдвэрлэн гаргасныг бид өөрийн клиникт хэвтэж эмчлүүлсэн цусны зарим өвчний үед хэрэглэж үр дүнг судалж эхлээд байна. Одоогийн байдлаар бид “Geber”-г 2003-2005 оны хооронд хурц лейкоз, янз бүрийн шалтгаантай лейкопени, агранулоцитоз, гипоаплазийн цус багадалт оноштой 30 хүнд хэрэглэж эмчилгээний үр дүнд хяналт хийсэн. (Үүнээс 7 өвчтөн хяналтаас гарсан.)

Судалгааны зорилго:

Шалтгаан тодорхойгүй цус төлжилт дарангуйлагдсан эмгэгүүдийн эмчилгээнд Geber-н үзүүлэх нөлөөг судлахад оршино.

Судалгааны материал, аргазүй:

УКТЭ-н ЦДШСК –т 2003-2005 онуудад хурц болон архаг лейкоз, аплазийн цус багадалт, агранулоцитоз оноштой нийт 30 хүнд rh-GM-CSF –г хэрэглэхийн өмнөх болон хэрэглэсний дараах захын цусны дэлгэрэнгүй шинжилгээний нийт лейкоцит, нейтрофилийн тоог харьцуулж судаллаа.

Судалгаандаа БНХАУ-д үйлдвэрлэсэн rh-GM-CSF буюу “Geber” эмийг 150- 300 мг-р өдөр бүр арьсан дор хурц лейкоз оноштой хими эмчилгээ хийгдсэн 8 өвчтөнд эмчилгээ зогсоосноос 24-48 цагийн дараа 3 удаа, аплазийн цус багадалт оноштой өвчтөнд 4 удаа, хурц лейкозоор оношлогдсон хими эмчилгээ хийх боломжгүй өвчтөнд 2 удаа, агранулоцитоз оноштой хүнд 4 удаа, архаг миелолейкозтой өвчтөнд 2 удаа тус тус хийснээс хойш 5-7 дахь хоногт лейкоцит болон бие гүйцсэн нейтрофиль эсүүдийг УКТЭ-н төв лабораторит тоолуулав. (Хүснэгт 1)

Судалгааны үр дүн:

Судалгаанд 19-65 насны 12 эмэгтэй, 11 эрэгтэй хамрагдсан. Тэднийг оношоор бүлэглэн үзэхэд:

1. Полихими эмчилгээ хийлгэсэн хурц лейкоз оноштой 6 өвчтөнд лейкоцит нь 1.22 байснаа 3.31 болсон буюу 1.7 дахин өссөн
2. Полихими эмчилгээ хийлгээгүй хурц лейкозтой 2 хүнд лейкоцит 1.62 байснаа 23.05 болсон цуюу 15.3 дахин өссөн
3. Аплазийн цус багадалт оноштой 6 өвчтөнд лейкоцит нь 1.62 байснаа 2.65 болсон буюу 63.5%-р өссөн
4. Агранулоцитозтай 3 өвчтөнд лейкоцит нь 1.23 байснаа 4.13 болсон буюу 3.6 дахин тус тус өссөн байв.

Хүснэгт 1

Үзүүлэлтүүд	Хурц лейкоз /хими эмчилгээний дараа/	Хурц лейкоз/хими эмчилгээний өмнө/	Аплазийн цус багадаат	Агранулоцитоз	Архаг миелолейкоз
Geber тарихын өмнөх лейкоцит	1.21 ±0.66	1.5 ±0.70	1.62±0.49	1.23±0.32	1.17±0.60
Geber тарьсны дараах лейкоцит	3.31±1.49	23.05±16.9	2.65±0.77	4.13±1.09	7.81±5.72
Хэвийн үзүүлэлт	4-8*10 ⁹				

- Хурц лейкозтой хими эмчилгээний дараах байдалтай 8 өвчтний Geber эмчилгээний өмнөх болон дараах цусны дэлгэрэнгүй шинжилгээнд бласт эс болон бие гүйцсэн нейтрофиль эсүүдийг харьцуулахад: Бласт эс 0.75 байснаа 1.75 болох буюу 57%-р, сегмент эс 17.5 байснаа 27.37 болсон буюу 35.89%-р тус тус өссөн байна.

Судалгааны дүгнэлт:

- Хурц лейкозтой хүмүүст полихими эмчилгээний дараа үүссэн лейкопенийн үед Geber-ийг хэрэглэх нь үр дүн сайтай байна
- Хурц миелобластын лейкозтой хүмүүст хими эмчилгээ эхлэхээс өмнө Geber-ийг хэрэглэхгүй байх нь зүйтэй.
- Аплазийн цус багадаалтай өвчтөнд Geber-ийг хэрэглэх нь эмчилгээний үр дүн муу байна.

АНГИОПЛАСТИК, СТЕНТ ТАВИХ ЭМЧИЛГЭЭ

Ги Юн Ко¹, Д.Гончигсүрэн², Б.Эрдэнэбулган, Д.Мөнхбаатар², Д.Даваадорж, П.Батчулуун

1. Asan Medical Center. Korea 2. ЭМШУИС 3. УКТЭ

Сүүлийн үед өндөр хөгжилтэй орнуудад судсан дотуурх мэс заслын эмчилгээ эрчимтэй хөгжиж байгаа бөгөөд манай оронд өөрсдийн нөхцөл боломжид тулгуурлан зарим ангиопластик эмчилгээг хийж эхэлж байна. Бид механик шарлалттай өвчтөний элгэн доторх цөсний сувганд гуурс тавих болон сувгийг тэлэх, металл стент тавихаас гадна мөчдийн артерийн судасны нарийсал бүхий хэсгийг баллоноор тэлэх эмчилгээ хийлээ.

Бид УКТЭ-н Ангиографийн кабинет дэх SIEMENS фирмийн Angiostar маркийн хөдөлгөөнт тавцан бүхий телевизийн систем, алсын удирдлагат аппаратыг ашиглан цөсний ерөнхий цорго нарийсалттай болон бөглөрөлтэй гэж оношлогдон ХБЭС-ийн тасагт хэвтэж эмчлүүлж байсан гурван өвчтөнд зондын аргаар сэтгүүрдэн нарийсал бүхий хэсэгт баллоноор тэлж гуурс тавих эмчилгээг хийж үр дүнг ажиглав. Зарим өвчтөнд нарийсалтай хэсэгт нь металл тэлэгч буюу стент тавьж эмчиллээ. Мөн мөчдийн судасны нарийсалттай өвчтөнд судас тэлэх эмчилгээг хийж үр дүнг тооцоо.

Судалгааны ажлын зорилго:

- Үг эмчилгээг цаашид хийх боломжийг судлах,
- Эмчилгээний тактик болон ажилбарыг улам боловсронгуй болгох
- Эмчилгээний үр дүнг тооцох
- Эмчилгээний явцад болон дараа гарч болох хүндрэлийг тодорхойлох

Механик шарлалт үүсгэх үндсэн шалтгаанууд:

- Элэгний гаднах цөсний суваг хавагнах
- Өгсөх холангит
- Цөсний цорго болон суваг чулуугаар бөглөрөх (Холедохолитиаз)
- Цөсний сувганд байрласан хавдар
- Нойр булчирхайн толгойн хэсгийн хавдар
- Нарийн гэдэсний хөхлөгийн хавдар

Цөсний сувгийг тэлэх, гуурс тавих эмчилгээ:

Дээрх өвчтөнүүдийн зовиур, асуумж, ЦЕШ, Биохими, тодосгогч бодисын сорил зэргийг шалгасны дараа өвчтөнөө байрлуулан баруун талын суганы дунд шугамаар 10-р хавирганы түвшинд мэдээгүйжүүлэлт хийлээ. Үүний дараа 22G-н 15 см урт зүүгээр хатгалт хийж зүүгээ буцааж сугалах явцад тодосгогч бодис шахаж элгэн доторх цөсний сүвгийг олсноор уян чиглүүлэгчээ байрлуулан, түүгээр дамжуулан баллонт гуурсаа оруулж нарийсалттай хэсгээ тэлэх, металл стент тавих ажилбарыг хийж гүйцэтгэв. Уг эмчилгээг нойр булчирхайн толгойн хэсгийн хавдар гэж оношлогдсон өвчтөнд, мөн ийм оноштой нэг өвчтөний элгэн доторх цөсний сувагт гуурс тавих эмчилгээг хийлээ. Харин цөсний ерөнхий цоргын бүтцийн нарийсалт, бөглөрөлт гэсэн оноштой өвчтөнд баллоноор тэлэх эмчилгээг хийсний дараа зураг авч шалгаж үзэхэд нарийсалт тэлэгдсэн, харин тэлэх эмчилгээ хийснээс хойш 21 хоногийн дараа механик шарлалт арилж, өвдөлт намжсан байлаа. Иймд дээр дурьдсан шалтгаан бүхий өвчтөнд (цөсийг гадагшгуулснаар цөсний хүүдийн болон сүвгийн чинэрэлт арилж өвдөлт намжих, мөн механик шарлалт арилах г.м) уг эмчилгээний арга нь үр дүнтэй болохыг харуулж байна.

Мөчдийн артерийн судасны нарийслыг баллоноор тэлэх ангиопластик эмчилгээ:

Бид ангиографийн кабинетэд энэхүү аппаратыг өөрийн орны нөхцөлд ашиглах боломж, багаж хэрэгсэл зэргийг тооцсоны үр дүнд мөчдийн судасны нарийсалттай гэж оношлогдон мэс заслын-1 тасагт хэвтэн эмчлүүлж байсан өвчтөнд зүүн хөлийн тахмийн хонхорын a.popliteae судасны нарийсалттай хэсэгт баллоноор тэлэх пластик эмчилгээ хийсэн.

Уг өвчтөн нь 200м-с хол алхаж чадахгүй, алхахад өвдөлт ихтэй, 2 давхраас дээш шатаар алхаж чадахгүй гэсэн зовиуртай, үзэхэд зүүн хөлийн булчин баруунаасаа жижгэрсэн, зүүн хөл хүйтэн, судсыг тахмийн хонхорт, хөлийн тавхайн дээд хэсэгт тэмтрэхэд судасны лугшилт мэдрэгдэхгүй байв.

Сельдингерийн аргаар a.femoralis dexter-т хатгалт хийн хавхлагат чиглүүлэгчийн (Sheath) тусламжтайгаар 120см урттай 5Fr-н голчтой баллонт катетерийг (Balloon Dilation Catheter) зүүн хөлийн артери руу оруулан нарийсал бүхий хэсэгт баллоныг байрлуулан 12АТМ даралтаар нэг удаад 20 сек-н турш нийт 5 удаа тэлэлт хийсэн. Тэлэх хийх явцад болон эмчилгээний дараах хүндрэлгүй байлаа.

Пластик эмчилгээний үр дүнд нарийсалт нь 0,1см хэмжээтэй байсан хэсэг 0,6см хэмжээтэй болж өргөссөн байлаа. Пластик эмчилгээнээс хойш 14 хоногийн дараа өвчтөний зүүн хөлийн булчингууд баруун хөлийнхтэй адил болсон, мөн удаан хугацаагаар алхахад ямар нэгэн зовиургүй болсон байв.

Дүгнэлт:

1. Цөсний замын нарийсал болон бөглөрөлтийг, мөн мөчдийн судасны нарийсалттай хэсгийг тэлэх, стент тавих эмчилгээг ангиографийн кабинетэд хийх бүрэн боломжтой байна.
2. Цөсний замын нарийслыг тэлэх эмчилгээ нь клиник, бодит үзлэг, асуумж, багажийн шинжилгээнүүдийг дүгнэж үзэхэд үр дүнтэй байгааг харуулж байна.
3. Мөчдийн судасны нарийслыг тэлэх эмчилгээ үр дүн сайтай байгаа нь эмчилгээний дараах явц болон клиник, бодит үзлэгээр харагдаж байна.
4. Дээрх эмгэгүүдийг ангиопластик аргаар эмчлэх асуудалд анхаарал тавьж цаашид энэ чиглэлээр гүнзгийрүүлэн суралцах, мэдлэг чадвар эзэмших болон эмчилгээний шинэлэг асуудлыг судлах хэрэгтэй юм.

ABSTRACT:

Gi-Young Ko¹, D.Gonchigsuren², B.Erdenbulgan², D.Munkhbaatar², D.Davaadorj², P.Batchuluun³

1. ASAN Medical Center, 2. HSUM, 3. NCHM

The Angiographic department of Central University hospital has full access to perform these two treatments. The treatments have immediate effective result and cause less complication. They are more suitable especially when drug treatment is ineffective. Our urgent demand is to prepare new specialist specialized in this field.

**БӨӨРНИЙ ДЭЭД БУЛЧИРХАЙН ГОЛОМТОТ
ӨВЧНИЙ РЕНТГЕН ОНОШЛОГОО***Ц.Бадамсэд /АУХ/, Ц.Ишдорж /ЭМШИУС/*

Бөөрний дээд булчирхайн хавдруудыг оношлоход төрөл бүрийн рентген шинжилгээний аргуудыг өргөн ашиглаж байна. Рентген шинжилгээний янз бүрийн аргыг хэрэглэхэд шинжлүүлэгчийг бэлтгэх шаардлагатай. Шинжилгээ эхлэхээс 2-3 өдрийн өмнө буюу гэдэс дүүрдэг бол 6-7 өдрийн өмнөөс шинжилгээнд бэлтгэнэ. Үүнд: гэдсэнд исэлдэлтийг буй болгодог жимс, ногоо, сүү, сахар, хар талхыг хэрэглэхээс зайлсхийх ба чанасан мах, загас өндөг, эзгий, махны шөл, тараг, цөцгийн масло, бага зэрэг хатсан талх хэрэглэнэ. Удаан хугацаагаар өтгөн хатдаг бол 30грамм касторовын болон олевийн тос 50 грамм орчмыг хэрэглэж гэдсийг гүйцэт цэвэрлэнэ. Гэдсэнд агуулагдсан зүйлийг гадагшуулахын тулд оройн 21-22 цагт 3-5грамм танинтай цэвэрлэх бургуй тавих шаардлагатай. Танинтай бургуйг рентген шинжилгээ хийхээс 2-3 цагийн өмнө дахин тавьж болно. Танин байхгүй тохиолдолд ердийн цэвэрлэх бургуйг ашиглаж болно. Өвчтөнд мухар олгойн шинж тэмдэг илэрсэн бол танинтай бургуй тавьж болохгүй. Шинжлүүлэгчийн гэдэс дүүрдэг бол шинжилгээ хийхээс 2-3 хоногийн өмнө 1-2 ширхэг карболиныг өдөрт 4 удаа, хамба шарилж хагас аягаар өдөрт 3 удаа ууна. Мөн урд өдрийн орой, шинжлэх өдрийн өглөө нь 2 удаа цэвэрлэх бургуй тавина. Зарим өвчтөний гэдэсний хий гүйцэт гарахгүй тохиолдолд колоноскопийн дурангаар хийг соруулж, бөөрний дээд булчирхайн проекцод хийгүй болсны дараа шинжилгээг хийх тохиолдол гардаг. Ретропневмоперитонеум (РПП) хийхийн өмнө шинжлүүлэгчийн гэдсэнд хий байгаа эсэхийг зайлшгүй рентген харалтаар харж тогтоосны дараа гэдсэнд хий байхгүй байгаа тохиолдолд шинжилгээг явуулна. Рентген шинжилгээг өлөн үед нь гүйцэтгэнэ. Ходоодонд хоол унд байвал рентгенограмм дээр нэмэлт сүүдэр тодорно. Феохромоцитомаа оноштой өвчтөнд 30 минутын өмнө 1%-1 мл промедол, кардиамин тарихаас гадна альфаблокатор бэлдмэлийг беттаблокатор бэлдмэлтэй хавсран 2-3 хоног хэрэглэсний дараа РПП хийнэ. Энэ нь шинжилгээний үе дэх артерийн даралтын огцом хэлбэлзэл болон хүндрэлээс урьдчилан сэргийлэхэд чухал ач холбогдолтой юм. Дуслаар тодосгогч бодис тарихын өмнө оройн 18 цагт шингэн хэрэглэхийг хязгаарлаж шинжлэхийн өмнө давсаг шээсгүй байх хэрэгтэй. Тодосгогч бодис тарьсны дараах хүндрэлээс урьдчилан сэргийлэхийн тулд хэвтрийн дэглэмийг барих шаардлагатай. Үүнд: пневмоперитонеум (пневморен-ПР) ба пневморетроперитонеум (ретропневмоперитонеум-РПП) хийсний дараа 1 хоног, лимфаденографи хийсний дараа 1-2 хоног, Сельдингерийн аргаар ангио ба венографи хийсний дараа 1 хоног хэвтрийн дэглэм барина. Энэ нь доод мөчний венийн судсанд бүлэн үүсэхээс урьдчилан сэргийлнэ. Лимфаденографи хийсний дараа цусны судсанд тодосгогч бодис нэвтрэх боломжийг багасгаж өгнө. Хэвлийн арын зайд хий шахахын өмнө өвдөлтөөс урьдчилан сэргийлэхийн тулд мэдээгүйжүүлэлт хийх шаардлагатай. Үүнд: бөөрний орчмын эдэд 0,5%-н 80-100 мл новокаин буюу 15-20мл орчим лидокаиныг хэрэглэнэ. Артериографи, венографи, венокаваграфи, лимфаденографи хийхэд 0,5% -10 мл новокаин гол судсанд тарина. Шинжилгээ хийхээс 30 минутын өмнө 1%-1мл морфин буюу омнопон, промедол тарина. Практикт ихэвчлэн экскретор урограммын хамт РПП юмуу ПР аль нэгийг хавсран хийдэг. Энэ нь мэс заслын үед аль нэгэн бөөр гэмтсэн тохиолдолд мэс заслын цар хүрээ томрох учир цаашдын асуудлыг шийдэхэд урьдчилан хийгдсэн шинжилгээтэй учир хялбар болгодог.

Тодосгогч бодисгүй рентген шинжилгээний аргад ердийн рентген харалт, зураг авалт, зүслэгтэй рентген зураг авах, флюорографийн аргууд хамрагдана. Цээжний хөндийн эрхтэн, хэвлийн хөндийн тойм рентген харалтаар уушгинд үсэрхийлэл буй эсэх, шинжилгээнд шинжлүүлэгчийг хэрхэн бэлтгэснийг үнэлнэ. Рентгенограммаар бөөрний байрлал, нурууны 2 талын шулуун булчингийн хил хязгаар, хэвлийн хөндийд нэмэлт сүүдэржилт буй эсэхийг үнэлнэ. Зүслэгтэй рентген зураг авахад бөөрний дээд булчирхай ширээний гадаргаас 5-9см дээш байрладгийг анхаарна. Хажуу байрлалаар зүслэгтэй зураг авахад баруун бөөрний дээд булчирхай дундаж шугамаас зүүн тийш 3-5см-т тус тус байрладгийг харгалзан зүслэг хийнэ. Хэвлийн хөндийн тойм флюоро зургийг авахдаа шинжлүүлэгчийг зүүн тийш 20-40 градус, зүүн бөөрний дээд булчирхайн зургийг авахад баруун тийш 30-60 градус эргүүлж зураг авна.

Бөөрний дээд булчирхайн эмгэгийг оношлоход тодосгогч бодистой рентген шинжилгээний аргуудыг өргөн хэрэглэдэг. Хий ба шингэн тодосгогч бодис хэрэглэж байна. Хийн шимэгдэх хугацаа нь бөөр орчмын өөхөн эдэд шахсан хийн хэмжээ болон байрлалаас хамаарна.

Бөөрний дээд булчирхайг янз бүрийн аргаар шинжлэхэд хийн шимэгдэх хугацаа
Хүснэгт 1

Хийнүүд		Хий шимэгдэх хугацаа	
		Пневморен (150-400 мл)	Ретропневмоперитонеум (1200-1500 мл)
1	Агаар	2-3 хоног	6-10 хоног
2	Хүчилтөрөгч	1-2 хоног	4-6 хоног
3	Нүүрс хүчлийн хий	1-2 хоног	2-4 хоног
4	Захис азот	1-1,5 цаг	1,5-3 цаг

Насанд хүрсэн хүнд бөөрний орчмын зайд хий шахахад баруун талд 500 мл, зүүн талд 300-400 мл, хүүхдэд 150-300 мл хий тус тус шаардагдана. Их хэмжээний хий хийхэд бөөрний дээд булчирхайн дүрсийн тодрол бүдгэрч, шинжлүүлэгчид зовиур илэрнэ. Шингэн тодосгогч бодисыг тосон, усанд уусдаг, усанд уусдаггүй, шохой гэж ангилна. Лимфографид тосон уусмал /иодлипол, этиодол, липоидол, миодол/ хэрэглэнэ. Сүүлийн үед усанд уусдаг тодосгогч бодисоос 70% урокон, 76% верографин, 76% урографин, 60 ба 75% ультравистыг өргөн хэрэглэж байна. Тодосгогч бодистой бөөрний зураг авахад 35-50% усанд уусдаг тодосгогч бодис, шээлэнцэрт тодосгогч бодис шахаж бөөрний зураг авахад 20-30% усанд уусдаг тодосгогч бодис, дусалд тодосгогч бодис хийж зураг авах, ангиографи, венокаваграфи-д 2 ба 3 атомт 50-76% тодосгогч бодисуудыг ашигладаг. Верографин, урограцин, ультравист нь харш урвал ба хүндрэл бага өгч шинжилж буй эрхтний тодрол сайн байдаг онцлогтой. Усанд уусдаггүй тодосгогч бодисоос хүхэр хүчлийн барийг ходоод, гэдэсний шинжилгээнд өргөн хэрэглэж байна.

Хий хэрэглэдэг рентген шинжилгээний аргууд

1. **Пневмоколон:** Энэ нь бөөрний дээд булчирхайн хавдар гэж оношлогдсон өвчтөнд бусад шинжилгээний аргуудыг хийх боломжгүй тохиолдолд Бобров аппаратын тусламжтайгаар бүдүүн гэдсэнд хий шахаж рентген харалт ба эгц, хажуу байрлалаар зураг авна.
2. **Пневморен:** Бөөрний эргэн тойрны өөхөн эдэд хий шахаж зураг авах арга бөгөөд хийг бөөр орчмын өөхөн эдэд Карелли, Морел-Кан, Розенштейн, Бемингаузын аргуудаар хийнэ. Эдгээр аргуудыг зөв амжилттай үйлдэхэд хий хийх үе дэх өвчтөний байрлал, зүү хатгах байрлал сонгох, хий шахах аппаратаа зөв сонгох нь чухал байдаг. Шинжлүүлэгчийг шинжлэх тал ын эсрэг хажуугаар хэвтүүлнэ. Хийг гараар хүчтэй даралтаар ердийн тариураар, Бобров, пневмотораксын аппаратын тусламжтайгаар шахна. Пневмотораксын аппарат хэрэглэж хий шахахдаа А.Н.Рыжих, Г.С.Двойрис, С.И.Финкельштейн нарын боловсруулсан аргачлалаар гүйцэтгэнэ. Пневморен хийхдээ хагалгааны өрөөнд юмуу эсвэл рентген кабинетэд хийнэ. Шинжлүүлэгчийг шинжилгээ хийх талын эсрэг хажуугаар хэвтүүлнэ. Хөлийг өвдөг түнхний үеэр 45 градус нугалж, их биеийг 10-15 градус урагш хазайлгаж, гарын тохойн үеэр нугалах ба дээш өргөнө. Ингэснээр цусны даралт үзэх боломжтой болно. Мэс заслын сувилагч 0,5% новокаины уусмал, тариур, мэдээ алдуулах зүү, бөөрний эргэн тойрны зайд хийх хийхэд зориулсан мохоо үзүүртэй урт зүү зэргийг бэлтгэнэ. Хүчилтөрөгчийг пневмотораксын аппараттай холбоно. Мэс засалч 12 хавирганы доод ирмэг ба нурууны урт булчингийн гадна ирмэгээр богино зүүгээр мэдээ алдуулалт хийж, урт зүүгээр хатгалт хийн бөөрний дэргэдэх зайд хий шахна. Ойролцоогоор зүүг 5-10 см явуулна. Зүү бөөрний эргэн тойрны зай, өөхөн эдэд орсон бол зүүний угаар новокаины уусмал эргэж гарахгүй, хийг шахахад тариурын бүлүүр гарт эсэргүүцэлгүй байх шинж мэдрэгдэнэ. Новокаины уусмал эргэж гарах, тариурын бүлүүр гарт эсэргүүцэлтэйгээр шахагдах, зүүгээр цус гарах зэрэг нь судас ба бөөрний цуллаг гэмтсэнийг харуулж буй учир үйлдлээ зогсооно. Мөн булчин завсар зүү орсон тохиолдолд дээрх шинж илэрнэ. Пневмотораксын аппаратын тусламжтайгаар 300-500 мл хүчилтөрөгч шахна. Дараа нь өвчтөнөө босгож бага зэрэг явуулж байгаад 10-15 минутын дараа зураг авна. Хий бөөрний

доод туйлын түвшинд байрласан бол 30-40минут босоо байрлалд байлгана. Дараа нь дахин зураг авна. Пневмотораксын аппаратгүй нөхцөлд хийг гараар шахна. Дараах тохиолдолд пневморен шинжилгээг явуулахыг хориглоно.

1. Бүсэлхий орчмын хэсэгт идээт үрэвсэлтэй байх
2. Өвчтөн хэт туранхай тохиолдолд
3. Өвчтөн болон түүний ар гэрийн хүмүүс татгалзсан тохиолдолд
3. **Ретропневмоперитонеум:** Шулуун гэдэсний орчмын зайд хатгалт хийж хий шахах арга юм. Хийг олон аргаар шахна. Ууцнаас 1-2 см-т (ууцны доод ирмэгээс дээш) хатгалт хайнэ. Хатгалтыг өвдөг тохойн байрлалд, баруун ба зүүн хажуу байрлалд, нуруугаар, хэвлийгээр хэвтүүлж босоо байрлалд гүйцэтгэнэ. Ихэвчлэн өвдөг тохойн байрлалд гүйцэтгэх ба ахар сүүл анусны хооронд новокаин юмуу лидокаины уусмалаар мэдээгүйжүүлж зүүн гарын долоовор хурууг хошного руу шургуулж баримжаа авсны дараа урт зүүгээр ахар сүүл хошногоны хуних булчингийн завсраар хатгаж зүүг цааш нь хошногон дахь долоовор хуруугаар баримжаалан шулуун гэдэсний ар хэсгийн өөхөн эд дундуур 7-12 см орчим гүн явуулж байрлуулсны дараа долоовор хурууг хошногоноос авч зүүгээр 1000-1200 мл хүртэлх хийг аажим шахна. Энэ үед өвчтөний давсаг орчмоор эхлэн өвдөх ба аажим аажмаар өвдөлт нь дээшилж ходоод, хэвлий орчимд шилжиж сүүлдээ өвдөлт нь бүсэлхий ууц нуруунд очно. Зарим тохиолдолд цээж рүү бачуурч өвдөх, шилэн хүзүү рүү өвдөх тохиолдол гардаг. Тухайн өвчдөнд шахсан хийний хэмжээ ихэсвэл хамар гунших хүртэл шинж тэмдэг илэрдэг. Энэ шинжилгээ нь өвчтөндөө их зовиуртай, техникийн хувьд төвөгтэй, дараах хүндрэлүүдийг өгч болдог шинжилгээ юм.
 1. Бүсэлхий, цээж, ууц нуруугаар өвдөх
 2. Цусны даралт ихсэх
 3. Арьсан дор хий хурах
 4. Хийн эмболи үүсч болох
 5. Шулуун гэдэс гэмтэх зэрэг хүндрэлүүд гарч болно. Шинжилгэний дараа өвчтөн зайлшгүй 2-3 хоног хэвтрийн дэглэмд байж рентген харалтаар хий бүрэн шимэгдсэний дараа ердийн хөдөлгөөнд ордогоороо хүнд шинжилгээ юм.

Рентгенграммаар:

1. Бөөрний дээд булчирхайн сүүдэр байгааг тодорхойлно.
2. Бөөрний дээд булчирхай бөөр, нуруу, хавирга, өрц, дэлүү, элэгтэй хэрхэн харьцаатайг илрүүлнэ.
3. Бөөрний дээд булчирхайн дүрс, хэмжээ, нягтрал, бүтэц, хил хязгаар, шилжилтийг тодорхойлно.
4. Бөөрний дэргэдэх өөхлөг эд, хүрээлэн буй эрхтэн ба эдийн байдлыг үнэлнэ.
5. Нэг бөөрний дээд булчирхайд хавдар буюу гиперплази байхад нөгөө бөөрний дээд булчирхайн байдлыг үнэлнэ.
6. зэргэлдээх эрхтэн ба эдэд бөөрний дээд булчирхайн хавдар дамжсаныг илрүүлнэ. Шинжлүүлэгчийг хэвтээ ба босоо байдалд эгц урд байрлалаар зураг авахад бөөрний дээд булчирхайн жинхэнэ хэмжээ, дүрсийг илрүүлэх боломж муутай. Шинжлүүлэгчийг босоо байдалд ташуу байрлуулж бөөрний дээд булчирхайн зургыг авахад бөөрний дээд булчирхайн дүрс, хэмжээ үнэн зөв гарна. Шинжлүүлэгчийн эргэлтийн өнцгийг тодорхойлоход өвөрмөц өнцөг хэмжигч багаж ашигладаг. Өнцөг хэмжигчийн урт 50 см, өргөн 20 см, градус нь 15-75 байна. Дараах тохиолдлуудад шинжилгээ хийхийг хориглоно.
 1. Хурц парапроктит
 2. Шулуун гэдэсний венийн судасны өргөсөл
 3. Цус алдаж байгаа геморрой
 4. Өвчтөний биеийн байдал хүнд байх
 5. Өвчтөн болон ар гэрийн хүмүүс татгалзсан тохиолдолд
4. **Пневмоперитонеум:** Хэвлийн хөндийд хий шахаж хэвлийн хөндийн эрхтнийг шинжлэхийг хэлнэ. Эмэгтэйн бага таазны хөндийн эрхтнийг шинжлэхийг пневмогинекографи,

пневмопельвиографи гэж нэрлэнэ. Пневмоперитонеум нь бөөрний дээд булчирхайн хавдрыг оношлоход хэрэглэдэг аргын нэг юм. Энэ аргыг манай практикт хэрэглэдэггүй.

Шингэн тодосгогч бодис хэрэглэдэг рентген шинжилгээний аргууд

1. **Өгсөх урографи ба судасны урографи:** Энэ шинжилгээ нь бөөрний дээд булчирхайн хавдрыг оношлох туслах арга юм. Энэ аргаар бөөрний дээд булчирхайн хавдрын шууд бус шинж тэмдгүүдийг (бөөр, шээлэнцэр, тэвшинцрийн байрлал өөрчлөгдөх, аяганцруудын дүрс алдагдах гэх мэт) илрүүлж болно. Өгсөх ба судасны урографи шинжилгээгээр 50 %-д тодорхой шинж тэмдэг илэрдэггүй. Бөөрний дээд булчирхайн том хавдрын үед өгсөх ба судасны урографи шинжилгээнд тэвшинцрийн дүрс алдагдах, дээд аяганцрууд доош шилжих бөөр доош шилждэг.
2. **Инфузийн урографи:** Энэ нь тодосгогч бодисоо судсаар тарьж бөөрний зураг авах арга юм. Үүнд: 1кг жинд 1,5-2мл тодосгогч бодис оногдохоор тооцоолно. 5% глюкоз, нэрсэн ус, физиологийн уусмалыг тодосгогч бодистой адил хэмжээгээр авч 5-10 минутын турш судсаар хийжэхний зургийг дусал дуусахаас 3-4 минутын өмнө, 2 дахь зургийг дусал дууссаны дараа, 3 дахь зургийг 10 минутын дараа буюу ялгаруулах ажиллагаа буурсан бол 25-30 минутын дараа авна. Энэ шинжилгээ нь бөөрний дээд булчирхайн хавдар ба бөөрний гаж хөгжлийг оношлох ач холбогдолтой арга юм.
3. **Ангиографи:** Тодосгогч бодис хийж байгаа аргас хамаарч транслюмбаль (ууц талаас хатгалт хийж гол судсанд тодосгогч бодисоо шахах), трансфемораль (дунд чөмөгний артериар хатгалт хийж, Сельдингерийн зондыг хэвлийн гол судсанд оруулж тодосгогч бодисоо шахах) аргаар хийнэ. Сүүлийн үед транслюмбал аргыг ховор хэрэглэх болсон. Ангиограммаар 1. артерийн 2. бөөрний цуллагийн 3. венийн 4. бөөрний ялгаруулах үйл ажиллагааг тус тус үнэлнэ. Ангиографи шинжилгээний тусламжтайгаар артерийн фаз дахь судасны өөрчлөлтөөр бөөрний хавдар, цуллагийн фазад хавдрын сүүдрийг тус тус илрүүлнэ. Бөөрний дээд булчирхайн хавдрын үед ангиограммаар бөөрний судасний байрлал гогцоо хэлбэртэй болж, судасны зураглал олширч, тодосгогч бодис эмх замбараагүй хуримтлагдана. Ангиограммын тусламжтайгаар бөөрний ба бөөрний дээд булчирхайн хавдрыг ялган оношлоод зогсохгүй бөөрний гаж хөгжлийг илрүүлнэ. КТГ, РПП, ПР, ЭХО шинжилгээнүүдэд бөөрний дээд булчирхайн голомт гүйцэт тодрохгүй эргэлзээтэй байгаа тохиолдолд хэрэглэнэ. Сүүлийн үед бид бөөрний дээд булчирхайн голомтот өөрчлөлттэй тохиолдол бүрт хэрэглэх чиг хандлагыг барьж байна.
4. **Венокаваграфи:** Тодосгогч бодис доод хөндийн венд хийж шинжлэх арга юм. Венокаваграфи хийхэд их хэмжээний тодотгогч бодис хэрэглэгддэг ба техникийн хувьд төвөгтэй байдаг. Нормдоо доод хөндийн венийн сүүдэр нугалмайн баруун хэсэгт 1,5-3см өргөнтэй дүрсээр тодорно. Доод хөндийн вен бөөрний дээд булчирхайн хавдар буюу томорсон лимфийн булчирхайнуудаар дарагдсан үед доод хөндийн венийн хэлбэр алдагдаж байрлалаа өөрчилдөг. Хэрэв катетерийг централ венд оруулж чадвал шинжилгээ сайн болно. Ховор хэрэглэдэг арга.
5. **Лимфографи:** Лимфийн судасны үйл ажиллагаа алдагдсан үед лимфийн судсанд тодосгогч бодис 24-48 цаг байна. Хорт хавдрын үсэрхийлэл лимфийн булчирхайд дамжсан үед жигд тод бус хил хязгаартай нэмэлт сүүдэржилт тодорно.

Бөөрний орчмын зайд тодосгогч бодис хийж зураг авах: Диотрастын тодосгогч бодис хэрэглэнэ. Бөөрний дээд булчирхайн хавдрыг оношлох боломж 50% байна. Энэ аргыг манай практикт хэрэглэдэггүй.

Ретропневмоперитонеум хийх ба хийж болохгүй заалтууд: Иценко-Кушинг өвчин, Феохромоцитомата, бэлгийн бойжилт ба бие бялдрын өсөлт эрт илэрсэн, хөх томорсон (гинекомасти), хуурамч гермафродитизм илэрсэн өвчтөнд бөөрний дээд булчирхайн байдлыг үнэлэхэд РПП-г ашиглана. Өвчтөн ядуу, КТГ болон бусад шинжилгээ хийлгэх эдийн засгийн боломжгүй тохиолдолд ихэвчлэн РПП-г одоо хийж байна.

Ретропневмоперитонеум хийж болохгүй заалтуудад: хэвлийн арын хэсэг ба шулуун гэдэсний орчмын үрэвсэлт процессууд, шулуун гэдэсний вен өргөссөн, шамбарам, шинжүүлэгчийн ерөнхий биеийн байдал хүнд зэрэг орно. Феохромоцитоматаа оноштой өвчтөнд

энэ шинжилгээнд их мэдрэг байдаг (артерийн даралт эрс ихэсдэг) тул болгоомжтой хандах шаардлагатай. Үүний тулурьдчилантропафентарина. Тарган хүмүүст пневморетроперитонеум шинжилгээг дагуу компьютерт томографи шинжилгээтэй хавсарч хэрэглэнэ. Мэс ажилбар хийлгэж наалдац үүссэн шинжлүүлэгчдэд пневмоперитонеум шинжилгээ хийхэд хийн тархалт жигд бус болсноос оношлогооны үр дүн хангалтгүй болох талтай.

РПП-ийн үед гарах гаж урвал ба хүндрэлүүд: Ихэнх өвчтөнд 600-800 мл хүчилтөрөгч шахсаны дараа бүсэлхийн хэсгээр өвдөлт мэдэгдэнэ. Өвдөлт нь новокаин хориг хангалтгүй хийсэн, хий их хэмжээгээр буюу түргэн шахсантай холбоотой байдаг. Н.М.Перловын судалгаагаар 64,7%-д хий хийсэн газар өвдөх, 43%-д хий шахах үед өвдөлт өгөх, 14,2%-д хүчтэй өвдөх, 5,2%-д амьсгаадах, юм залгихад эвгүй оргих, 2,3%-д өвчүүний араар өвдөх шинжүүд илэрсэн байна. Хий дунд таславчийн эрхтэн хүзүү орчмоор тархсан үед амьсгаа давхцах, зүрх орчим өвдөх, судасны цохилт олшрох, дуу өөрчлөгдөх, мөр ба дал орчим өвдөх шинжүүд илэрнэ. Хүзүү ба шулуун гэдэсний орчмын арьс дор хий хуримтлагдана. Хий шахах үед даралт буурна. Зарим тохиолдолд ихэсдэг. 37-37,6 градус халуурч, шулуун гэдсэр хатгаж болно. Хэвлийн гадна гялтан хальсыг гэмтээснээс өрцний төвгөр доогуур хий орж, амьсгаа давхцана. Энэ хүндрэлээс урьдчилан сэргийлэх зорилгоор шулуун гэдэс ба ахар сүүлийн хооронд хатгалт хийнэ. 1500 мл-ээс ихгүй хий хийнэ. Судас гэмтэж, хийн бөмбөлөг буй болдог. Шулуун гэдэсний орчмын зайд хий шахаж пневморетроперитонеум хийх үед гарах хүндрэлийг Хүснэгт 2-оор харуулав.

Шулуун гэдэсний орчмын зайд хий шахаж протеритонеум хийх үед гарах хүндрэлүүд
Хүснэгт 2

	Судлаачид	Шинжилсэн тоо	Үхэл	Хүнд хүндрэл
1	Landes, Ransom	12000	58 /0,48%/	64 /0,53%/
2	Ransom, Landes	9200	24 /0,26%/	34 /0,36%/
3	Cocchi	20000	8 /0,04%/	13 /0,06%/
4	Л.А.Перепуст	8300		13 /0,18%/

Cocchi амьтан дээр туршлага явуулан клиник ажиглалт хийхэд хийн бүлэн үүссэн үед цусны даралт буурч, хөхөрч, судасны цохилтын хэм алдагдаж, олширч, толгой эрс өвдөж, зүрхний оройд тээрмийн дугуйн (мельничный колес) шуугиан сонсогдож байв.

Ретропневмоперитонеум хийхэд гарах хүндрэлээс урьдчилан сэргийлэхийн тулд дараах зарчмыг баримтлах хэрэгтэй.

Үүнд:

1. шулуун гэдэсний эргэн тойрны зайд зүүг сайн оруулж хийг шахах шаардлагатай
2. шулуун гэдэсний эргэн тойрны зайд новокаин хориг сайн хий
3. хийг бага даралтаар аажим хий
4. шинжлүүлэгчийн биеийн байдал хүндэрвэл шинжилгээг зогсоож, шинжлүүлэгчийг зүүн хажуугаар хэвтүүлэх
5. судас гэмтсэн бол шинжилгээг зогсоох
6. шинжилгээ хийсний дараа 1 хоногоос илүүгүй хугацаанд хэвтрийн байдалд байлгах
7. рентген кабинетад шинжлүүлэгчийг хэвтрийн байдалд аваачих
8. Феохромоцитома ба артерийн даралт өндөртэй шинжлүүлэгчдэд шинжилгээний өмнө 1%-1мл тропafen венийн судсанд хийнэ. Мөн альфа ба беттаадреноблокатор бэлдмэлийг хослон хэрэглэнэ.

Ном зүй:

1. Рентгенодиагностика опухолей надпочечников Л. А. Перепуст 1972г
2. Эндокринология Я. В. Благосклонная 2004г
3. Хирургическая эндокринология А. П. Калинина, Н. А. Майстренко 2004г

ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЙН ПРАКТИКТ рН-метр КОМПЬЮТЕРИЙН ШИНЖИЛГЭЭГ ХЭРЭГЛЭСЭН ҮР ДҮНГЭЭС

Ц.Сарантуяа¹, Г.Энхдолгор¹, Н.Бира¹, Х.Оюунцэцэг¹,
Н.Туул², М.Одсүрэн¹, Н.Хоролмаа¹

1. ЭМШУИС, 2. УКТЭ

Үдиртгал: Шинэ мянганд анагаах ухааны хөгжилийг тодорхойлж буй шийдвэрлэх хүчин зүйлийн нэг нь бол хүнээс физиологийн мэдээллийг шууд хүлээн авч, дамжуулах чадвартай, өндөр хүчин чадал бүхий электроникийн мэдээллийн хэрэгсэл бүхий анагаах ухааны технологийн хувьсгал юм.

Электроникийн сүүлийн үеийн ололтыг түшиглэсэн рН метрийн шинжилгээ нь эрхтний хөндий дэхь H^+ ионы хэлбэлзлийг рН 0.3-10.0 хязгаарт, өндөр нарийвчлалтайгаар, 20 сек тутам 24-цагийн туршид тэмдэглэн, компьютерийн программд боловсруулалт хийх бөгөөд шинжлүүлэгчийг ажил хөдөлмөрөөс үл хөндийрүүлэх ба нарийн дэглэм шаардахгүй, ердийн нөхцөлд шинжилгээг явуулах физиологийн нөхцөлийг хангасан байдаг.

Улаан хоолой, ходоод, дээд гэдэсний хөндийн хүчиллэгийг 24 цагийн туршид хэмжих үйл онош зүйн энэхүү шинжилгээ нь 1974 оноос анагаах ухааны практикт нэвтэрсэн. рН-метрийн шинжилгээ нь ходоодны шүүрлийн ажиллагааг үнэлэхийн зэрэгцээ ходоод-улаан хоолойн сөөргөөг илрүүлж, нарийн гэдэсний хөндийн хүчиллэгийг тогтоон, эдгээр эрхтний үйл ажиллагааны хоногийн хэмнэлийг судлах боломж олгох ажээ. Түүнчлэн ходоодны шүүрэлд нөлөөлөх эмийн тунг хувь хүний онцлогт тохируулан сонгох, эмийн болон мэс засал эмчилгээний үр дүнг хянах үнэтэй мэдээлэл өгч байна.

Эдүгээ олон электрод бүхий гуурсаар рН метрийн шинжилгээг (Synectics Medical, Швед; Sand-hill, Narco Bio Systems, Rad Tech, АНУ; Medical Instrument Corporation, Швейцарь; Исток Система, ОХУ) хийж, дотрын эмнэл зүйд цээжний өвдөлт, зэлгиур-төвөнхийн эмгэг, архаг ханиалгын шалтгааныг тогтоох зорилгоор өргөн хэрэглэх болжээ.

рН-метр компьютерийн шинжилгээ нь манай оронд 1999 оноос нэвтэрсэн. 1999 онд Шастины нэрэмжит Клиникийн Эмнэлэгийн онош зүйн тасагт, 2002 онд Улсын Клиникийн Төв Эмнэлгийн Хоол боловсруулах эрхтний эмгэг судлалын клиникт тус тус хийж эхэлсэн түүхтэй. Үйл онош зүйн энэхүү шинжилгээнд тулгуурлан бид эрүүл болон эмгэг үеийн улаан хоолой, ходоодны үйл ажиллагааны талаарх багц судалгааг хийж байна.

Зорилго: Улаан хоолой, ходоодны рН үзүүлэлтийн хоногийн хэмнэлийн хэвийн байдлыг тогтоож, “ходоодны хүчил хамааралт” эмгэгтэй өвчтөний улаан хоолой, ходоодны хөндийн рН орчинг үйл онош зүйн шинжилгээгээр тодорхойлох зорилго тавьсан.

Зорилт:

- Монгол хүний улаан хоолой, ходоодны хронофизиологийн онцлогийг рН үзүүлэлтийн хоногийн хэмнэлийн хэвийн байдлаар тогтоох
- Ходоод-улаан хоолойн сөөргөө өвчний (ХУХСӨ) үед эмгэг сөөргөөний байдалд тоо ба чанарын үнэлэлт хийх
- Архаг гастритийн үед ходоодны хөндийн хүчиллэг орчинг шинжлэх
- Ходоод, дээд гэдэсний шархлаа өвчний (ХДГШӨ) үед ходоодны рН орчны өөрчлөлтийг судлах

Судалгааны аргачлал: ЭМШУИС-ын Хоол боловсруулах эрхтний эмгэг судлалын тэнхим, УКТЭ-ийн хоол боловсруулах эрхтний эмгэг судлалын клиник, ШКТЭ-ийн онош зүйн тасгийг түшиглэн, 129 эрүүл хүмүүс, ХУХСӨ-тэй 176, архаг гастрит бүхий 110, ХДГШӨ-тэй 195 шинжлүүлэгчдэд рН метрийн (Гастроскан-24, Исток, Москва) шинжилгээг 1999 - 2004 онд хийсэн. Бүх шинжлүүлэгчдэд судалгааны ажлын тухай мэдээлж, шинжилгээ ба эмчилгээг тэдний зөвшөөрч, ойлгосон нөхцөлд хийсэн.

Судалгаанд хамрагсдын нас, хүйсний бүтэц				Хүснэгт 1
	Нийт хүн	Эрэгтэй	Эмэгтэй	Дундаж нас
Эрүүл	129	58	71	35.5
ХҮХСӨ	172	93	79	34.8
Архаг гастрит	110	54	56	42.5
ХДГШӨ	195	117	78	41.2
НИЙТ				

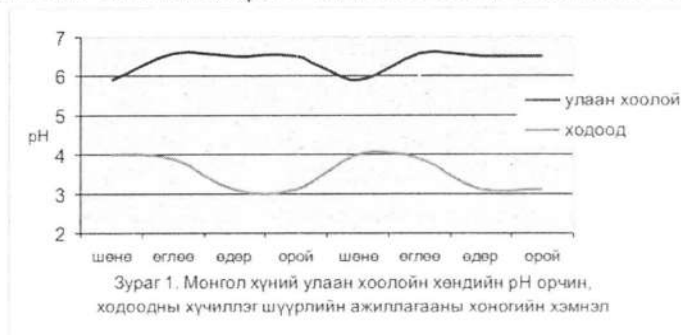
Судалгаанд хамрагдсан нийт хүнд улаан хоолой, ходоодны уян дуран (GIF XQ 20, XQ 40) ба хелико-нян тодорхойлох биохимийн хурдавчилсан сорил (Pantastol, Англи; Pronto Dry Test, АНУ; CP-test, Япон; Мон-HP, Монгол) хийж, патогистологийн дүгнэлтээр оношийг баталгаажуулсан. Шинжилгээнд улаан хоолой ба ходоодны хавдар, эдгээр эрхтэнд хагалгаа хийлгэсэн, түүнчлэн хоол боловсруулах эрхтний бусад эмгэгтэй хавсарсан өвчтөнг хамруулаагүй.

pH метрийн шинжилгээ үргэлжилсэн дундаж хугацаа 22 цаг 15 мин. Төгсгөл хэсэгтээ 12 см зайтай дараалан байрласан 3 электрод бүхий нарийн гуурсыг хамраар оруулан, электродыг судлах эрхтэнд тохируулан байрлуулж, түүний байрлалыг рентген шинжилгээ, эсвэл ацидометр багажийн заалтаар хянасан.

- Хронофизиологийн судалгаа: хоногийн хэмнэлийг 00:00-6:00 цаг (шөнө), 6:00-12:00 цаг (өглөө), 12:00-18:00 цаг (өдөр), 18:00-24:00 (орой) гэж 4 хэсэгт судалсан. Улаан хоолой, ходоодны үйл ажиллагааны хоногийн хэмнэлийг цаг бүрээр гаргаж, цаг тутмын дундаж, дээд, доод pH үзүүлэлтийн дундаж хэмжигдхүүн, тэдгээрийн хоногийн хөдлөл зүйг тогтоосон.
- Ходоод-улаан хоолойн хүчиллэг сөөргөөг илтгэх De Meester шалгуур үзүүлэлт: 1) 24 цагийн туршид улаан хоолойн хөндийд 4-өөс бага pH орчин ажиглагдсан хугацаа буюу түүний хоногт эзлэх хувь [$\Sigma \text{pH} < 4$], 2) хоногийн туршид pH 4-өөс доошилсон сөөргөөний нийт тоо [Σn], 3) хоногт илрэх таван минутаас удаан үргэлжилсэн сөөргөөний тоо [$n > 5 \text{ минут}$], 4) хамгийн удаан үргэлжилсэн сөөргөөний хугацааг [T_{max}] тооцно. Эдгээр тоон үзүүлэлтийн нийлбэр үнэлгээг De Meester индексээр компьютерийн программд тооцоолох ба эрүүл хүмүүст 14.72 коэффициентээс бага байдаг.
- Ходоодны өлөн үеийн хүчиллэгийг өглөө өлөн үед, ходоодны их бие хэсэгт байрласан электродын сүүлийн 10 минутийн pH үзүүлэлтийн заалтын дунджаар тооцсон.

Судалгааны үр дүн:

1. Монгол хүний улаан хоолой ба ходоодны pH орчны хоногийн хэмнэлийн хэвийн байдал. Бидний ажиглалтаар эрүүл хүний улаан хоолойн хөндийн pH үзүүлэлтийн дундаж өглөөний цагт 6.62 ± 0.18 , өдрийн цагт 6.54 ± 0.13 , оройн цагт 6.51 ± 0.15 , шөнийн цагт 5.95 ± 0.16 байлаа.



Ходоодны их бие хэсгийн pH үзүүлэлтийн дундаж хэмжээ нь хоногийн дийлэнх цагуудад хүчиллэг орчинтой бөгөөд ходоодны шүүсний хүчиллэгийн өглөөний дундаж 3.92 ± 0.36 , өдрийн дундаж 3.16 ± 0.25 , оройн дундаж 3.12 ± 0.25 , шөнийн дундаж 4.00 ± 0.36 байлаа (Зураг1).

Эрүүл хүний улаан хоолойн pH орчин хоногийн туршид хэлбэлзэл багатай бөгөөд шөнийн цагт сүл хүчиллэг орчинтой болох; харин ходоодны хүчил ялгаруулах үйл ажиллагаа нь өдөр, оройн цагт идэвхижин, шөнө ба өглөөний үеэр харьцангуй тайван байх хоногийн хэмнэлтэй байгаа нь ажиглагдсан.

Монгол эрүүл хүний улаан хоолой, ходоодны хронофизиологийн хэвийн байдал. (рН-метрийн үзүүлэлтээр)

Хүснэгт 2

Улаан хоолойн рН үзүүлэлт	Лавлах хэмжээ	Ходоодны рН үзүүлэлт	Лавлах хэмжээ
1. Хоногийн дундаж рН:		1. Хоногийн дундаж рН:	
• өглөө	6.62 ± 0.18	• өглөө	3.92 ± 0.36
• өдөр	6.54 ± 0.13	• өдөр	3.16 ± 0.25
• орой	6.51 ± 0.15	• орой	3.12 ± 0.25
• шөнө	5.95 ± 0.16	• шөнө	4.0 ± 0.36
2. рН түвшиний дээд ба доод хэмжээ		2. рН түвшиний дээд ба доод хэмжээ	
• өглөө	7.13 - 5.11	• өглөө	5.19 - 2.55
• өдөр	7.31 - 4.83	• өдөр	4.77 - 2.02
• орой	7.20 - 4.66	• орой	3.87 - 1.91
• шөнө	6.54 - 5.53	• шөнө	5.38 - 2.85
3. Хүчиллэг сөргөө		3. Өлөн үеийн суурь хүчиллэг (рН)	
• Хоногт эзлэх хувь (%)	3.5 ± 1.9	4. Гистамины субмаксимал	1.15 ± 0.16
• Хоногт илэрсэн сөргөөний тоо	11.55 ± 1.78	почруулын дараах хүчиллэг (рН)	
• 5 минутаас удаан илэрсэн сөргөөний тоо	2.0 ± 0.6	5. Хүчил ялгарах далайц (мин)	30.33 ± 4.09
• Удаан үргэлжлэх сөргөөний хугацаа(мин)	4.88 ± 1.19	• өлөн үед	16.27 ± 3.12
• De Meester индекс	2.80 ± 0.62	• почруулын дараа	
4. Шүлтлэг сөргөө		6. Хоногт хүчил ихсэлт (мин)	323.9 ± 47.5
• Хоногт эзлэх хувь (%)	2.02 ± 0.39	• өдрийн цагт	152.3 ± 36.4
• Хоногт илэрсэн сөргөөний тоо	12.0 ± 4.29	• шөнийн цагт	235.2 ± 30.4
• 5минутаас удаан илэрсэн сөргөөний тоо	2.87 ± 1.32	7. Хоногт дээд гэдэсний сөргөө илрэлт (мин)	314.0 ± 52.1
• Удаан үргэлжлэх сөргөөний хугацаа (мин)	9.27 ± 2.20	• өдрийн цагт	239.0 ± 70.4
		• шөнийн цагт	252.4 ± 33.5

2. ХҮХСӨ-ий үед эмгэг сөргөөг оношилсон нь. Хоногийн хугацаанд байнга хэлбэлзэн хувирах улаан хоолойн хөндийн рН үзүүлэлтийн эрүүл ба эмгэг заагыг тогтооход Олон улсын гастроэнтерологи эмч нарын баримталдаг эмгэг сөргөөг илтгэх De Meester шалгуур хэрэглэдэг. ХҮХСӨ-тэй 179 хүнээс 131 (76.1%) тохиолдолд уян дурангийн шинжилгээгээр сөргөөт эзофагит илэрч, 41 (23.8%) тохиолдолд улаан хоолой болон ходоод, дээд гэдэсний салст бүрхүүлд уян дурангийн шинжилгээгээр өөрчлөлт ажиглагдсангүй. ХҮХСӨ-ий эмнэл зүйн энэхүү 2 бүлгийн хүмүүст сөргөө илрэх байдалыг харьцуулан үзсэн (Хүснэгт 2). Ходоод-улаан хоолойн эмгэг сөргөөг илтгэх De Meester үзүүлэлтийн индекс монгол эрүүл хүмүүст 2.8 бөгөөд I бүлгийн хүмүүст 45.19, II бүлгийн хүмүүст 76.12 байгаа нь заагаас 3.06 ба 5.17 дахин өндөр байв($p < 0.001$, $p < 0.001$).

Ходоод-улаан хоолойд хүчиллэг сөргөө илрэх түвшин

Хүснэгт 2

Үзүүлэлт	DeMeester Johnson шалгуур	Эрүүл монгол хүнд илрэх нь	Шинж тэмдэгийн сөргөө өвчтөн	Сөргөөт эзофагит өвчтөн
		M ± m	M ± m	M ± m
$\Sigma pH < 4$ (%)	<4.5	3.5 ± 1.90*	13.1 ± 2.6*	20.99 ± 4.84***
Σn (абс.тоо)	<46.9	11.55 ± 1.78*	36.00 ± 4.29**	64.52 ± 12.8**
$n > 5$ min (абс.тоо)	<3.5	2.00 ± 0.63*	6.2 ± 0.83*	9.94 ± 2.10*
Tmax (минут)	<9.2	4.88 ± 1.19**	55.81 ± 17.5**	67.58 ± 16.69**

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

3. Архаг гастритийн үеийн ходоодны хөндийн рН орчин ба хүчил шүлтжүүлэх чадвар. Ходоодны нугалуур хэсгийг хамарсан өнгөц үрэвслийн үед 83.3% ходоодны хүчил их ($pH 1.06 \pm 0.07$) байв (Хүснэгт 3). Шалбархайт үрэвслийн үед хүчил ихдэлт ($pH 1.2 \pm 0.06$) ба багадаалт ($pH 3.2 \pm 0.46$) нь

ижил хувьтай тохиолдсон. Голомтот хатангиршилт үрэвслийн үед ихэнх тохиолдолд одоодны хүчил ихэсч ($pH1.15 \pm 0.11$), цөөн тохиолдолд багассан ($pH3.8 \pm 0.22$). Тархмал хатангиршилт үрэвслийн үед 55.6%д ходоодны хүчил багадалт ($pH3.6 \pm 0.46$), 44.4%д хүчил үгүй ($pH5.6 \pm 0.26$) байсан бол гэдэсний метаплази бүхий хатангиршилт үрэвслийн үед 66.7%д ходоодны хүчил багасан ($pH3.4 \pm 0.28$), 33.3%д ходоодны хүчил эрс буурсан ($pH5.9 \pm 0.27$) байв.

В хэлбэрийн архаг гастритийн үед ходоодны хүчил ихсэлт бүхий өнгөц болон шалбархайт үрэвслийн үед ходоодны нугалуур хэсэгт шүлтжүүлэх чадвар бүрэн алдагдах нь 75% ба 81.8% тус тус илэрч буй нь бусад хэлбэрийн гастритаас ялгаатай байлаа.

В хэлбэрийн архаг гастритийн үеийн ходоодны pH орчны байдал

Хүснэгт 3

Архаг гастритийн эмгэг бүтэц зүйн хэлбэрүүд	Ходоодны хүчил ялгаруулах байдал			Ходоодны нугалуур хэсэгт шүлтжүүлэх чадвар (%)		
	Шүүрлийн ажиллагаа ихэссэн (↑) ба буурсан (↓) байдал. n(%)	Өлөн үеийн ходоодны pH үзүүлэлтийн дундаж		Хэвийн	Алагдсан	Бүрэн алагдсан
		Их бие	Нугалуур			
Өнгөц үрэвсэл n-24	↑ 20 (83.3)	1.06 ± 0.07	1.94 ± 0.24	5	20	75
	↓ 4 (16.7)	3.6 ± 0.56	4.6 ± 0.69	20	80	-
Шалбархайт үрэвсэл n- 42	↑ 22(52.4)	1.2 ± 0.06	2.4 ± 0.25	-	18.2	81.8
	↓ 20 (47.6)	3.6 ± 0.35	4.6 ± 0.7	80	20	-
Голомтот атангиршилт үрэвсэл n- 14	↑ 10 (71.4)	1.15 ± 0.11	2.8 ± 0.55	10	50	40
	↓ 4 (28.6)	3.8 ± 0.22	4.8 ± 0.43	75	25	-
Тархмал хатангиршилт үрэвсэл n- 9	↑ 5(55.6)	3.6 ± 0.46	2.3 ± 0.54	20	60	20
	Анацид 4 (44.4)	5.6 ± 0.26	5.6 ± 0.62	100	-	-
Хатангиршилт үрэвсэл + гэдэсний метаплази n- 21	↑ 14 (66.7)	3.4 ± 0.28	4.4 ± 0.6	85.8	7.1	7.1
	Анацид 7 (33.3)	5.9 ± 0.27	5.7 ± 0.64	71.4	28.6	-

4. Ходоод, дээд гэдэсний шархлаа өвчний үеийн ходоодны хүчиллэг шүүрлийн ажиллагааны өөрчлөлтийг судалсан нь. Дээд гэдэсний шархлаа бүхий 49 тохиолдлын 90.3%д нь ходоодны хөндийн хүчиллэг ихсэн ($pH1.0 \pm 0.3$), 6.4%д хүчил ялгаралт хэвийн ($pH1.4 \pm 2.0$), 3.2%д хүчил буурсан ($pH4.6 \pm 0.4$) ба ходоодны нугалуур хэсгийн шүлтжүүлэх чадвар 91.9%д нь бүрэн алдагдсан.

Ходоод ба дээд гэдэсний шархлаа хавсарсан 13 өвчтөний 92.3%д ходоодны хүчиллэг ихэсч ($pH1.0 \pm 0.8$), нугалуур хэсгийн шүлтжүүлэх чадвар бүрэн алдагдсан байв. III хэлбэрийн шархлаа буюу ходоодны нугалуур, нугалуурын өмнөх хэсэгт байршсан шархлаатай 31 тохиолдлын 96.8%д хүчиллэг ихэсч ($pH1.0 \pm 0.5$), шүлтжүүлэх чадвар бүрэн алдагдсаныг тогтоосон. IV хэлбэрийн байршил бүхий ходоодны амсарын дор шархлаатай 19 өвчтөний 17.6%д ходоодны хүчиллэг хэвийн ($pH1.4 \pm 2.0$), 82.4% нь хүчил буурсан ($pH3.3 \pm 1.2$) бөгөөд шүлтжүүлэх чадвар алдагдаагүй, 2.2.% нь хүчил ($pH7.1 \pm 1.4$) эрс буурч, шүлтжүүлэх чадвар бүрэн алдагдаагүй нь ажиглагдсан.

Ийнхүү Джонсоны ангилалаар I хэлбэрийн байршилтай шархлаа бүхий 52 тохиолдлын 7.6%д нь хүчил хэвийн, 92.4%-д хүчил буурч, нугалуурын шүлтжүүлэх чадвар хэвийн ба бүрэн алдагдаагүй байв. Энэхүү ангилалын шархлаа бүхий 31 тохиолдлын 51.6%д хүчил их, 3.2%д хүчил бага, 45.2% нь хүчил буурч, шүлтжүүлэх чадвар огт алдагдаагүй байсан. Бидний ажиглалтаар Джонсоны I бүсийн дотор үйл ажиллагааны хувьд харилцан адилгүй 2 хэсэг байгааг илрүүлсэн бөгөөд нэмэлт “жигжиг бүс Ib” гэж нэрлэх нь зүйтэй гэж үзсэн. Энэхүү “жигжиг бүс Ib” нь дараах шинжээр ялгагдаж байна: 1) шархлаа ходоодны өнцөг дээр байрлалтай, 2) 45.2%д ходоодны хүчиллэг буурсан, 3) 51.6%д ходоодны хүчиллэг ихэссэн, 4) 3.2%д ходоодны хүчиллэг хэвийн, 5) ходоодны нугалуурын хэсгийн шүлтжүүлэх чадвар бүрэн бус алагдсан ($\chi^2=82.8$, $p<0.001$).

Хэлцэмж: Улаан хоолойн хөндийн орчны рН хэлбэлзэл, ходоодны хүчиллэг шүүрлийн ажиллагааны хоногийн хэмнэлийн онцлогыг илрүүлэх явдал нь эдгээр эрхтний эмгэгийг үйл ажиллагааны хямралын үе шатанд эрт оношлох, улмаар ялгавартай эмчилгээг хийх үндсийг тавьж байна.

Эрүүл буюу хэвийн ойлголт нь шинжлэх ухаан техникийн хөгжилтэй уялдан, боловсронгуй болж, тэлэгдэж байдаг. Хоногийн тодорхой нэгэн мөчид хэмжсэн цөөн үзүүлэлтээр хүний хэвийн байдлыг үнэлэх нь өрөөсгөл талтай бөгөөд эрхтний физиологийн үйл явцын хэмнэл бүхий чанарыг эрүүл ба өвчтэй хүмүүст судлан, өвчин эмгэгийг оношлоход биохэмнэлийн хүчин зүйлийг харгалзан үзэх зайлшгүй шаардлагатай. Эдүгээ монгол хүний биохими ба физиологийн нилээд олон үзүүлэлтийн хоногийн хэмнэлийн хэвийн байдлыг илрүүлээд байгаа юм. Ийнхүү 20-69 насны эрүүл хүмүүсийн рН метрийн шинжилгээнд суурилсан улаан хоолой, ходоодны үйл ажиллагааны хоногийн хэмнэлийн судалгааны үзүүлэлт нь бидэнд эдгээр насны монгол хүмүүсийн биохэмнэлийн хэвийн байдлын тухай төсөөлөл өгсөн юм.

Манай улсад 2000 оныг хүртэл ходоодны шүүрлийн ажиллагааг ходоодны шүүсийг титрлэх аргаар шинжилж ирсэн (Хүснэгт 4).

Манай оронд ходоодны шүүрлийн ажиллагааг судалсан байдал

Хүснэгт 4

Он	Судлаач	Судалгааны арга
1957	А.Бадамханд	Нэг удаагийн аргаар (Боас-Эвальдын арга) ходоодны шүүсийг соруулан, нийт ба чөлөөт давсны хүчил
1959	Э.Готов	Нэг удаа болон үечилсэн аргаар цуглуулсан ходоодны шүүсэнд харьцуулсан судлагаа
1962	Ж.Мондой, ВН.Горбенко	Боас -Эвальдын арга нийт, чөлөөт, холбоот хүчиллэг тодорхойлсон.
1969	Г.Дашзэвэг	Зимницкийн үсчилсэн аргаар ходоодны шүүсний нормативыг бүсчлэн гаргасан.
1978	Ж.Жамьяншарав	Зимницкий аргаар архаг гастриттай өвчтөнд
1999	ХБЭСТ, ШКТЭ, УКТЭ	рН метрийн шинжилгээ

Ходоодны шүүсийг шинжлэх титрийн уламжлалт арга нь өлөн үеийн ходоодны шүүсний найрлага, давсны хүчлийн хэмжээг тодорхойлох мэдээлэл өндөртэй шинжилгээ боловч ходоодны шүүрлийн ажиллагааг судлахдаа физиологийн нөхцөлийг хангаагүй, хүчил танигч индикатор нь ходоодны шүүсний рН 2.5-с ихсэх үед мэдрэг чанар сул байдалаараа учир дутагдалтай юм.

Сүүлийн үед манай орны гастрэнтерологийн практикт нэвтэрсэн рН метрийн шинжилгээ нь эрхтний үйл ажиллагааг судлах физиологийн нөхцлийг бүрэн хангасан, хоногийн хэмнэлийг тодорхойлох, олон эрхтний рН орчинг нэгэн зэрэг судлах, чөлөөт хүчиллэг буюу бүрэн диссоциацид орсон H^+ ионы чөлөөт концентрацийг хэлбэлзлийн өргөн хүрээнд өндөр нарийвчлалаар тогтоох давуу талтай ажээ.

Манай оронд рН метрийн шинжилгээг хэрэглэж буй чиглэл

Хүснэгт 5.

Н.Бира, бусад 1999-2001	- Эрүүл хүний ходоодны шүүрлийн байдал - Гастритын үеийн ходоодны шүүрэл - Атропин, эуфиллин, аскорбин хүчлийн сорил
Х.Оюунцэцэг, бусад 2001-2003	- Шархлаа өвчтөнд ходоодны үйл ажиллагааны ялгаатай 5 бүс - Квамател, денол, ПО4
Ц.Сарантуяа Г.Энхдолгор А.Лхагва, бусад 2002-2004	- Эрүүл хүний улаан хоолой, ходоодны хронофизиологийн хэвийн байдал - Рефлюкс эзофагитын үеийн үйл оношийн шинжилгээ - Гистамины сорил

Манайд хийгдэж буй рН метрийн компьютерийн шинжилгээ нь ХҮХСӨ-ий оношлогоог шинэ түвшинд хүргэсэн төдийгүй, хүн амын дунд түгээмэл тохиолдох В хэлбэрийн архаг гастритийн үед ходоодны хөндийн рН орчин нь салст бүрхүүлийн эмгэг бүтцийн өөрчлөлтөөс хамааралтайг тогтоосон. Шалбархайт үрэвслийн үед ходоодны хүчиллэг ихдэхээс гадна хүчил ялгаралт багасах

нь ижил хувьтай тааралдаж байхын зэрэгцээ голомтот хатангиршилт өөрчлөлтийн үед ходоодны хүчил ялгаралт ихэсч буй нь анхаарал татаж байна. Иймд архаг гастритийн үед ходоодны шүүрэл зохицуулах эмчилгээг сонгохдоо pH метрийн шинжилгээний дүгнэлтэнд үндэслэх нь зүйтэй юм.

Үйл онош зүйн шинжилгээнд түшиглэн ХДГШӨ-ий үед Джонсоны ангилалын I байршлын шархлааг Ia болон Ib гэсэн дэд бүсэд ялган үзэж, улмаар эмчилгээний зарчмыг тогтооход pH метрийн шинжилгээ чухал болохыг бидний судалгааны үр дүн харууллаа.

Дүгнэлт:

1. pH метр компьютерийн үйл онош зүйн шинжилгээ нь хоол боловсруулах эрхтний эмгэг, тухайлбал "ходоодны хүчил хамааралт" эмгэгийн оношлогоо, эмчилгээнд чухал байр эзэлж байна. Эмнэл зүйн анагаах ухаанд хронофизиологийн олон хэмжээст үзүүлэлтийг тусгах нь тухайн эрхтний үйл ажиллагааны эрүүл болон эмгэг заагийг тогтоох бодит шалгуур болох тул хоол боловсруулах эрхтний зарим эмгэгийн оношлогоонд улаан хоолой, ходоодны pH орчны хоногийн хэмнэлийн хэвийн байдлыг харьцуулан үзэж байх нь зүйтэй.
2. 24 цагийн pH метрийн шинжилгээ нь ХҮХСӨ-ийг батлах шууд арга болох бөгөөд ХҮХСӨ-тэй хүмүүст хүчиллэг сөөргөө илрэлийн зэрэг нь эмнэл зүйн хэлбэрээс хамаарч байгаа нь ажиглагдлаа.
3. Архаг гастрит ба ХДГШӨ-ий үед үйл оношийн шинжилгээгээр ходоодны шүүрлийн үйл ажиллагааны онцлогыг тогтоосноор эмийн зохистой хэрэглээний асуудлыг шийдвэрлэх үндэслэл бүрдэж байна.

Ном зүй

1. Ахагва Л. Биохэмнэл судлал. УБ. :1998. 152 х.
2. Комаров ФИ, Рапопорт СИ. Хронобиологические аспекты гастроэнтерологии. Хронобиология и хрономедицина: Руководство. М.: Медицина, 1989. 400 с.
3. Johnsson LF.1974, Johnsson LF, DeMeester TR. Twenty-four hour pH monitoring of the distal esophagus: a quantitative measure of gastroesophageal reflux. // Am J Gastroenterol. 1974, 62 : 325 - 332.
4. Richter JE, Bradley LA, DeMeester. Normal 24-hr ambulatory esophageal pH values. // Dig Dis Sci. 1992, 37 : 849 - 856.
5. Weiner GJ, Richter JF, Capper JB. The symptom index: a clinically important parameter of ambulatory 24-hour esophageal pH monitoring. // Am J Gastroenterol. 1988, 83 : 358 - 361.

RESULTS OF USING PH-METRY IN THE GASTRO-ENTEROLOGY

Ts.Sarantuya¹, G.Enkhdolgor¹, N.Bira¹, Kh.Ouyntsetseg¹, N.Tuul², M.Odsuren¹, N.Horolmaa¹

1. HSUM, 2. HCHM

Prolonged continuous monitoring of esophageal and gastric pH metry was first described two decades ago. Since then, this examination has gained widespread clinical use in the identification of gastroesophageal reflux disease and gastric acidity dependent pathologies.

Purpose: To study some quantitative measurement of intraesophageal and intragastric acidity of upper gastrointestinal tract by ambulatory pH metry.

Materials and methods: This investigation was made in period from 1999 to 2004 years at Department of Gastroenterology of Health Science University of Mongolia, and University Hospital and Shastin Hospital. 129 healthy people (male 58, female 67, average age 35.5) 172 patients with GERD (male 93, female 79, average age 42.3), 110 patients with Chronic gastritis (male 54, female 56, average age 42.5) and 195 patients with Peptic ulcer disease (male 117, female 78, average age 41.2) were examined using 24-h pH- monitoring tool, Gastroscan-24 (Russia, Moscow, Fryazino, ISTOK-systema, 3rd generation).

Results of oesophageal and gastric circadian rhythm of 18-59 aged healthy people could a chronophysiological parameters of Mongolian adults. Knowing the circadian rhythm of intraluminal acidity of esophagus gastric acid production is essential in comprehensive diagnostics, treatment of gastroenterology.

ТАРХИНЫ ИНСУЛЬТИЙН НАС БАРАЛТЫН СҮҮЛИЙН 10 ЖИЛИЙН ХӨДЛӨЛ ЗҮЙН СУДАЛГАА

Л.Энхсайхан /УКТЭ/, Э.Ундармаа (Эмгэг судлалын төв)

Тархины инсульт нь өвчлөл ихтэй, нас баралт, хөдөлмөрийн чадвар алдалт ихтэй, хүнд эмгэгүүдийн нэг юм. Улаанбаатар хотын хүн амын дунд хийсэн Д.Баасанжав нарын (1999 он) судалгаагаар 1000 хүнд тархины эдийн цус харвалт (ТЭЦХ) 1.42, тархины шигдээс (ТШ) 1.18, аалзавч дорх цус харвалт (АЦХ) 0.25 байдгийг тогтоожээ. Инсультийн өвчлөлийн түвшинг бусад улсуудад авч үзвэл: 100000 хүн амд ОХУ-д 250-300, Их Британид 150-300, Европт 200, АНУ-д 160-230, Японд 117-317, Австралид 310 тус тус байдаг.

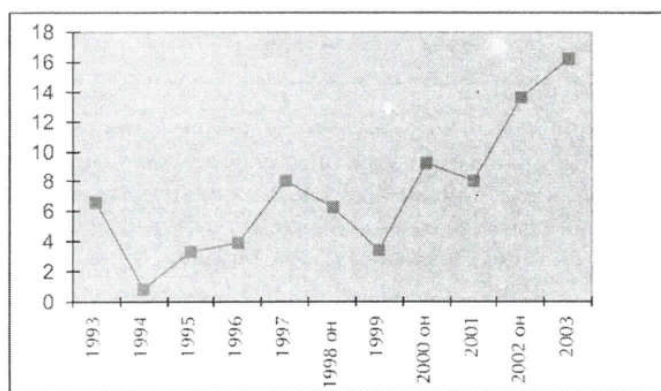
ДЭМБ-ын мэдээгээр нийт нас баралтын дотор III байранд орно (13-15%). Өндөр хөгжилтэй улсуудад нийт нас баралтын 11-12%-ийг эзэлдэг бол Японд 28% буюу I байр эзэлдэг. Хүн амын дунд инсультийн нас баралт 10 нас тутамд 2 дахин ихэсдэг (М.М.Одинак нар 1998) бөгөөд, эдгээр судлаачдийнхаар тархины цусны эргэлтийн цочмог хямрал бүхий өвчтөний 25% нь эхний 24 цагийн дотор, 32-42% нь эхний 3 долоо хоногийн дотор нас бардаг хэмээжээ. Д.Баасанжав нарын судалгаагаар аутопсийн шинжилгээ хийлгсэн инсультийн тохиолдлын 71.3-85.6% нь ТЭЦХ, 8.6-12.4% нь АЦХ, 16.3% нь ТШ болохыг тогтоожээ.

Судалгааны зорилго: Бид 1993-2003 онд УКТЭ-т тархины цусны эргэлтийн цочмог хямрал өвчнөөр нас барагсдын эмгэг судлалын шинжилгээ хийгдсэн тохиолдлуудад шалтгаан, эмнэл зүйн хэлбэр, нас, хүйсний хамаарал, голомтын байрлалыг тогтоох зорилго тавилаа.

Судалгааны арга зүй, материал: УКТЭ-т сүүлийн 11 жил (1993-2003) инсультээр нас барж, эмгэг судлалын шинжилгээнд орсон 131 тохиолдлыг хамруулж, насны 8 бүлэг, хүйсээр ялгаж, инсультийн хэлбэр, цус харвалтын байрлал, голомтын хэмжээ, эмчлүүлсэн хугацаа зэргийг тодорхойлж, статистик боловсруулалт хийлээ.

Судалгааны дүн: УКТЭ-т 1993-2003 онуудад буюу 11 жилийн хугацаанд 1729 өвчтөн нас барсны 131 тохиолдол буюу 7.5% нь инсультээр нас баржээ. Энэхүү 131 тохиолдлын 54.1%-ийг эрэгтэй, 45.9%-ийг эмэгтэйчүүд эзэлж байна. Нийт нас баралт дотор инсультийн эзлэх хувь, тохиолдлын тоог жилээр нь авч үзлээ.

Инсультийн нас баралтын хувийг жилээр үзүүлсэн нь Диаграмм 1



Энэхүү диаграммаас үзэхэд нийт нас баралт дотор инсультийн эзлэх хувь, тохиолдлын тоо сүүлийн 2 жилд 1.7-5.0 дахин нэмэгдсэн нь харгадаж байна.

Өвчтөнийг насны 8 бүлгээр хувааж үзэхэд 41-60 насанд нийт цус харвалтын 49.6%, 61-70 насанд 23.6% нь тохиолдов. Энэ нь цус харвалт залуу, дунд насныханд нас баралт илүүтэй байгааг харуулж байна ($p < 0.005$). Нас баралтын байдлыг насны бүлэг, хүйс, оноор хүснэгт 1-д үзүүлээ.

Инсультийн нас баралтыг он, нас, хүйсээр үзүүлсэн нь

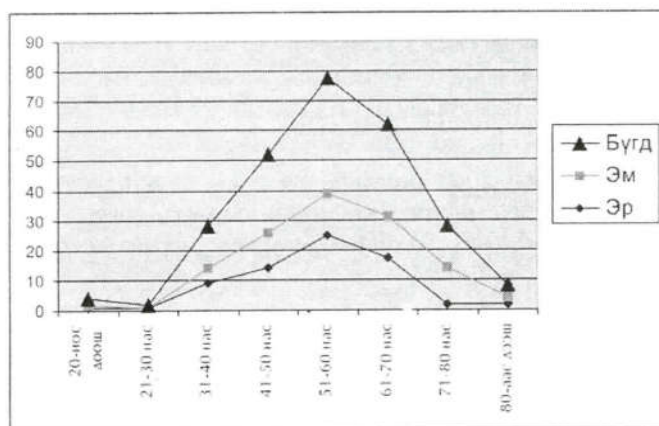
Хүснэгт1

Нас	20-иос доош		21-30		31-40		41-50		51-60		61-70		71-80		80-аас дээш		Нийт	
	эр	эм	эр	эм	эр	эм	эр	эм	эр	эм	эр	эм	эр	эм	эр	эм	эр	эм
1993						1	1			1	1	1	1		2		5	3
1994										1							0	1
1995					3		1					1					4	1
1996								2	1		1	1		1			2	4
1997	1	1			1		1	1	1		3	2		3			7	7
1998					1	1	1		3	2	1	2					7	4
1999			1			1			1	1			1			1	3	3
2000					1		1	2	5	1	2	2		2		1	9	8
2001					1		1	1	4	4	1			1			7	6
2002					1	2	4		5	4	2	1		4			12	11
2003					1		4	6	5		6	4		1			15	12
Бүгд	1	1	1	0	9	5	14	12	25	14	17	14	2	12	2	2	71	60
	2		1		14		26		39		31		14		4		131	

Эрэгтэйчүүдийн нас баралт 71-80 наснаас бусад насанд давамгайлсан бол энэ насанд эм хүйсэнд нас баралт илүү тохиолдов. Насны дийлэнх бүлгүүдэд эрэгтэйчүүдийн нас баралт давамгайлж байгаа нь анхаарал татаж байна ($p < 0.01$).

Нас баралтыг насны бүлэг, хүйсээр үзүүлсэн нь

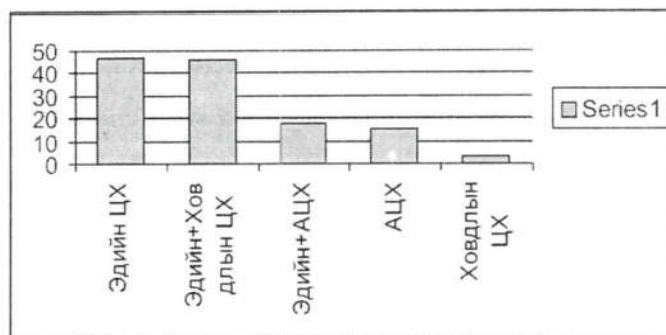
Диаграмм 2



Инсультийн хэлбэрийн хувьд 129 тохиолдолд тархины цус харвалт (ТЦХ)-тай, 2 тохиолдолд ТШ байгаа нь тодорхойлогдов. Тархины цус харвалтыг эмнэл зүйн хэлбэр, харвалтын хэв шинжээр нь авч үзэхэд тархины эдийн цус харвалт 47(36.6%), эдийн цус харвалт ховдлын цус харвалттай хавсарсан 46(35.6%), эдийн болон аалзавч дорх цус харвалт хавсарсан 18(13.9%), аалзавч дорх цус харвалт 15(11.6%), ховдлын цус харвалт 3 (2.3%) байлаа.

ТЦХ-ын хэв шинж

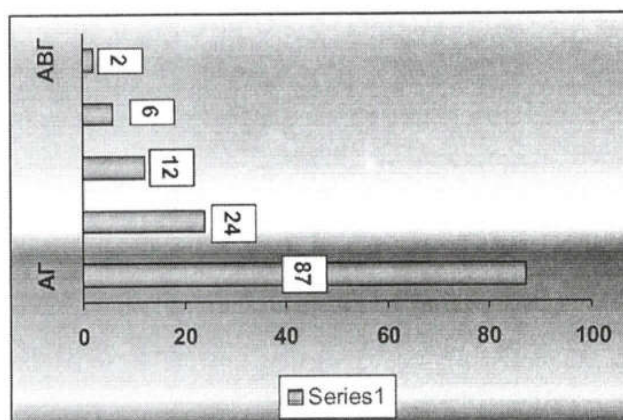
Диаграмм 3



Шалтгааныг эмгэг судлалын шигжилгээний дүнгээр авч үзэхэд ТЦХ-ын хувьд артерийн

гипертензи 87, артерийн гипертензи, атеросклероз хавсарсан хэлбэр 24, судасны цүлхэн 12, атеросклероз 4, артер-венийн гажиг 2 тохиолдолд илэрсэн бол ТШ-ийн үед атеросклероз 2 тохиолдолд шалтгаан болсон нь тодорхойлогдов ($p < 0.01$).

Инсультин шалтгаан (тоогоор) Диаграмм 4



Судасны цүлхэн бүхий цус харвалтын 12 тохиолдол 17-48 насны хүмүүст илэрсэн нь судасны цүлхэн залуу насны хүмүүсийн цус харвалтын голлох шалтгаануудын нэг болж байгааг харуулж байна.

ТЭЦХ нь байрлалын хувьд 77% нь дэлбэнгийн, 15.5% нь тархины баганын, 6.2% нь бага тархины, 2.3% нь суурийн зангилаанд байрлалтай байв. Энэ үзүүлэлт нь Д.Баасанжав нарын судалгааны дүнтэй дүйж байна. Тархины тал бөмбөлгийн байрлалтай цус харвалтаар нас барсан 80 хүний 39 нь буюу 48.8% тохиолдол баруун, 36 нь буюу 45% нь зүүн, 6,2% нь (2) хоёр тал бөмбөлгийн барлалтай байлаа.

Тархины эдийн цус харвалтыг байршлаар харуулсан нь

Хүснэгт 2

ЦХ-ын байрлал	Баруун тал бөмбөлөг	Зүүн тал бөмбөлөг	Хоёр тал бөмбөлөг	Бүгд
Чамархайн дэлбэн	16	20		36
Дух, чамархайн дэлбэн	3	4		7
Зулай, чамархайн дэлбэн	8	5	2	15
Дагз, чамархайн дэлбэн	1			1
Дагзны дэлбэн	1			1
Дагз, зулайн дэлбэн	1			1
Зулайн дэлбэн	4	4	1	9
Дух, зулайн дэлбэн	1	2	1	4
Духны дэлбэн	3		1	4
Дух,чамархай,зулайн дэлбэн	1	1		2
Бага тархи			8	8
Баганан хэсэг			20	20
Суурийн зангилаа			3	3
Нийт	39	36	36	111

ТЦХ-ын нийт тохиолдолын 37 (28.2%) нь хоног бололгүй, 53 (40.6%) нь 1-5 хоног, 26 (19.8%) нь 6-10 хоног, 11-ээс дээш хоног эмчлэгдсэн 15 тохиолдол (11.4%) байгаа бөгөөд 101 тохиолдол өвчтөн комтой ирж хэвтжээ. ТЦХ-ын голомтын хэмжээ 30.4%-д 8 см-аас дээш, 49.5%-д 4-7 см байлаа. Хоног болоогүй 37 тохиолдлын 9 нь 1-3 цаг, 14 нь 4-10 цаг, 8 нь 11-15 цаг, 5 тохиолдол 16-24 цагийн дотор нас барсан нь өвчтний биеийн байдал, хүнд хөнгөний зэрэг эмчилгээний цаг хугацаатай хамааралтай нь харагдаж байна.

Дүгнэлт: Инсультин нас баралтад ТЦХ давамгайлж, шалтгааны дийлэнх хувийг артерийн гипертензи эзэлж, харьцангуй богино хугацаанд үхэлд хүрч байлаа. Насны хувьд дунд насныхан, эрэгтэйчүүд илүү өртөмтгий бөгөөд жил тутам инсультээр нас барах нь нэмэгдэж буй хандлага

ажиглагдаж байна. Эдгээрээс үзэхэд өрхийн болон аймаг, сум, дүүргийн эмчийн хяналтыг сайжруулж, ялангуяа цусны даралт ихтэй хүмүүс онцгой анхаарал тавьж, тууштай эмчлэх зүйтэй бөгөөд инсульттэй өвчтөнд үзүүлэх тусламжийг боловсронгуй болгох шардлага тавигдаж байна.

INVESTIGATION OF LAST 10 YEARS LETAL CAUSE OF STROKE

Summary: Involved in our investigation there were 131 cases (54.1% male and 45.9% female) of died cause of stroke. Total died cause of 1729 were 7.5% of stroke. In recent years cases of died are increased by 1.7-5.0 times and most of died cause of stroke were hemorrhage stroke (98.4%). About reason were 87 cases of hypertension, 24 cases of hypertension with atherosclerosis, 12 cases of aneurism, 6 cases of atherosclerosis, 2 cases of AVM ($P<0.01$). Hemorrhage stroke was dominated in hemisphere of the brain (77%).

Ном зүй

1. Баасанжав Д., Шүрэн Д., Номинбаяр П., Өнөртүвшин Ч. Улаанбаатар хотын хүн амын дунд тархины инсультийн үндсэн хэв шинж бүрээр өвчлөлийн 1998-1999 оны түвшин, тэдгээрийн нас хүйсийн зарим онцлог. Монголын анагаах ухаан. 2003, №2; 4-7х
2. Баасанжав Д., Ариунаа Ж., Нямаа Ц., Баярмаа Ц. Улаанбаатар хотын эмнэлгүүдэд тархины инсультээс шалтгаалсан нас баралтын байдал, нас, хүйсний холбогдол, эмнэлгүүдийн ачаалал. Монголын анагаах ухаан. 2000, №4; 5-8х
3. Цагаанхүү Г. Мэдрэлийн өвчний оношлогоо, эмчилгээ. Улаанбаатар, 2002, -296 х
4. Энхсайхан Л. Ундармаа Э. УКТЭ-ийн сүүлийн 11 жилийн (1993-2003) инсультын нас баралтын судалгаа. "Мэдрэл судлалын тулгамдсан зарим асуудал" сэдэвт ШКТЭ-ийн 50 жилийн ойд зориулсан онол практикийн бага хурлын материал, Улаанбаатар, 2004 он, 68-72х
5. Виленский Б.С. Инсульт: профилактика, диагностика и лечение. Санкт-Петербург, 1999, -с336
6. Гусев Е.И. Проблема инсульта в России. Журнал неврологии и психиатрии, 2003, №9, с4-11
7. Одинак М.М., Михайленко А.А., Иванов Ю.С., Семин Т.Ф. Сосудистые заболевания головного мозга. Санкт-Петербург, 1998, -с139

МОНГОЛ ХҮҮХДИЙН БИЕ БЯЛДАР, ДОТОР ЭРХТНИЙ МОРФОЛОГИ ШИНЖИЙН СУДАЛГАА

М.Туул¹, Э. Ганбат², М.Энхжаргал³, Л.Лхагва⁴

1. ХСҮТ, 2. ШШҮТ, 3. УКТЭ, 4. ЭМШУИС

Монгол хүүхдийн бие бялдарын онцлогыг судлах нь хүүхдийн эрүүл мэндийн байдлыг иж бүрнээр нь үнэлэх, урьдчилан сэргийлэх, эрүүлжүүлэх ажлын үр дүнг гаргахад зайлшгүй шаардлагатай анагаах ухаан хүн судлалын тулгамдсан асуудлын нэг юм.

ДЭМБ-аас өсөлт хөгжлийн байдалд үнэлгээ өгөх лавлагаа хэмжээний жин, насны үзүүлэлт дээр үндэслэн антропомерийн хөтөлбөр боловсруулж хөгжиж байгаа улс орнуудад хэрэглэхийг зөвлөжээ.

Судлаачдын бүтээлээс үзэхэд монгол хүүхдийн бие бялдар, дотор эрхтний өсөлт хөгжилтийн судалгаа хийгдээгүй байгаа нь бидний анхаарлыг татсан юм

Судалгааны зорилго: Улаанбаатар хотын байгаль цаг уурын орчинд төрж өссөн монгол хүүхдийн бие бялдар, дотор эрхтний морфологи шинжийн үзүүлэлтийг судлан тогтооход оршино.

Судалгаанд Улсын эмгэг судлал-шүүх эмнэлгийн төвийн задлан шинжилгээний лабораторит ослоор нас барсан 183 хүүхдийн цогцост биезүйн үндсэн хэмжилтийг В. В. Бунакийн аргаар, дотор эрхтний хэмжилтийг А.И.Абрикосов, Г.Г. Автандилов нарын аргаар судлав.

Монгол хүүхдийн дотор эрхтний хэмжил зүйн үзүүлэлтүүд:

- 1.1. Хүүхдийг дотор эрхтний морфологи шинжийн үзүүлэлтийг насны бүлгээр судалж судалгааны үр дүнг толилуулсан.

Судалгааны үр дүн, хэлцэмж

Хүүхдийн бие бялдрын үзүүлэлтийг харьцуулсан судалгаа, Монгол хүүхдийн төрөх үеийн жин, өндөр, биеийн жингийн индекс.

Бид судалгаанд хамрагдсан хүүхдийн төрөх үеийн жин, өндөр, биеийн жингийн индексийг судлан тогтоолоо. Судалгаанаас үзэхэд аль ч насны бүлгийн хүүхдийн төрөх үеийн жин, өндөр, биеийн жингийн индекст ялгаа ажиглагдсангүй.

Судлаач М.Энхжаргалын 2002 оны 3-6 сард УБ хотод төрсөн 208 хүүхдийн төрөх үеийн бие бялдрын хөгжилтийг судалгаагаар эрэгтэй ($n=107$) төрөх үеийн биеийн жин $X=3397,37\pm 39,64$, $S=423,2$, $Sx=12,46$, өндөр $X=50,89\pm 0,22$, $S=2,34$, $Sx=4,60$, БЖИ $=13,0$, эмэгтэй ($n=101$) биеийн жин $X=3360,28\pm 43,56$, $S=448,52$, $Sx=13,35$, өндөр $X=51,02\pm 0,26$, $S=2,70$, $Sx=5,28$, БЖИ $=12,8$ хэмжээтэй байгаа нь бидний судалгааны дүнтэй дүйж байна. Өөрөөр хэлбэл 2 өөр нөхцөлд хийсэн үр дүнд бодитой ялгаа байхгүй байна. Үүнээс үндэслэн монгол хөвгүүд, охидын төрөх үеийн биеийн жин, $3360,38-3397,38$ гр, өндөр $50,89-51,02$ см, БЖИ $12,46-13,35$ хэмжээтэй байна.

Судлаач Г.Оросоо (1989) нэг хүртэлх насны эрүүл хүүхдийн бие бялдрын үзүүлэлтүүд бүтээлдээ УБ хотын эрүүл хүүхдүүд нэг нас хүрэхэд биеийн жин дунджаар 6731 гр, өндөр 22.28 см, цээжний бүслүүр 11.45 см-ээр тус тус нэмэгдсэн байна гээд монгол төрхтний хүүхдийн өсөлт хөгжилт европ төрхтний хүүхдийн өсөлт хөгжилтийг гүйцээггүйг тогтоосон судалгаатай өөрсдийн судалгааны дүнгээ нийцэж байна гэж дүгнэжээ.

Судлаач Н.М.Воронцов (1985) бүтээлдээ хүүхдийн бие бялдрын өсөлт хөгжилтийг хэмжин үнэлгээ өгөх нь хүүхэд судлалын практикт зайлшгүй хэрэгтэйг дурьдаад ач холбогдлыг нь тодруулжээ. Тэрээр хүүхдийн бие бялдрын өсөлт хөгжилт өөрчлөгдөх, ялангуяа биеийн жин, өндрийн харьцаа алдагдах нь ямар нэг өвчний өвөрмөц бүс шинж тэмдэг тул хүүхдийг нарийвчлан шинжлэх урьдчилсан дохиолол болдгийг, хүүхдийн бие бялдрын өсөлт хөгжилт өөрчлөгдөх нь нийгэм ахуйн таагүй нөлөөг гэрчлэх үзүүлэлт болохыг, мөн хувь хүний биеийн галбирын онцлог удамшлын, төрөлхийн болон дотоод шүүрлийн гаралтай өсөлт хөгжлийн эмгэгтэй холбоотой байж болно гэж үзжээ. Дээрхи судлаачдын төрөх үеийн биеийн жин өндөр түүний өсөлтийг тогтоосон үзүүлэлтүүдтэй бидний судалгааны үр дүн ялгаатай байна. Энэхүү ялгаатай байгааг хүүхдийн өсөлт хөгжилтөнд нийгэм ахуйн таагүй нөлөөлөл, хувь хүний биеийн галбирын онцлог удамшлын, дотоод шүүрлийн бүлчирхайн гаралтай өсөлт хөгжилтийн эмгэгтэй холбон үзсэн эрдэмтдийн саналтай нэг адил тайлбарлаж байна.

Судалгаанд хамрагдсан хүүхдийн биеийн жин, өндөр, жин өндрийн харьцуулалтаас үзэхэд хүүхдийн төрөх үеийн жин өндрийн индекс 12.68, 1-3 сартайд 14.07, 7-9 сартайд 19.26, 1-3 насанд 16.05, 12-14 насанд 22.01 хэмжээтэй болж өсөж байна.

Хүүхдийн жин өндрийн өсөлтийн үзүүлэлтээс харахад жин өндрийн үзүүлэлтийн лавлагаа хэмжээнээс -1 жишиг стандарт хазайлтад 1-3, 4-6, 7-9 сар, 1-3, 6-11 насны бүлгийн хүүхдүүдийн үзүүлэлт давхцсан нь тураалын хөнгөн зэрэгт хамаарагдаж байна. Бидний судалгаагаар төрөх үеийн нярай болон 4-5 настай бүлгийн хүүхдийн жин өндрийн үзүүлэлт -2 жишиг стандарт хазайлтаар хэлбэлзэж тураалын дунд зэрэгтэй тохирч байна. Хүүхдийн бие бялдрын эрчимтэй хөгжилтийн 3-р үе болох 12-14 насны бүлгийн хүүхдийн жин өндрийн үзүүлэлт хэвийн байна гэж үзэж болохоор байна.

Судлаачид хүүхдийн бие бялдрын өсөлт хөгжлийн хурдсал 1 хүртэлх нас, 4-5 нас, 12-14 насны бүлгүүдэд эрчимтэй явагддаг болохыг тэмдэглэсэн байна. Энэ үүднээс нэгтгэн үзэхэд монгол хүүхдэд 1-3, 7-9 сартай бүлгийн хүүхдүүдэд анхны эрчимтэй өсөлтийн үе, эрчимтэй өсөлтийн 2-р үе болох 4-5 насныханд буурсан, харин эрчимтэй өсөлтийн 3-р үе болох 12-14 насанд хэвийн зүй тогтолтой явагдаж байгааг харуулж байна. Судалгааны үр дүнгээс харахад монгол хүүхэд төрөхдөө болон 0-30 хоногтойдоо жин өндрийн үзүүлэлт үе тэнгийнхнээсээ хэвийн хэмжээнээс бага, 1 хүртэлх насандаа ойролцоо үзүүлэлттэй, 4-5 насандаа өсөлт хөгжлийн хоцрогдолтой, 12-14 насандаа хэвийн үзүүлэлттэй болж өсч хөгждөг байна.

Дотор эрхтний морфологи шинжийн судалгааны хэлцэмж.

Монгол хүүхдийн биеийн жинд дотор эрхтний эзлэх хувийг насны бүлэглэлээр тогтоолоо.

Тархи: Судалгаагаар 0-30 хоногтой хүүхдийн биеийн жингийн 12.17%, 1-3 сартай хүүхдийн биеийн жингийн 11.67 %, 7-9 сартай хүүхдийн биеийн жингийн 10.98%, 1-3 настай хүүхдийн

биеийн жингийн 10.57 хувийг, 4-5 настай хүүхдийн биеийн жингийн 7.68 %, 6-11 настай хүүхдийн 5.48%, 12-14 настай хүүхдийн 4.39 %-ийг тархины жин эзэлж байна. Судалгааны дүнгээс харахад биеийн жин нэмэгдэх тутам тархины жингийн эзлэх хувь буурч байгаа зүй тогтол ажиглагдлаа. Судлаач Г.Г. Автандилов биеийн жин, тархи, цул эрхтний жингийн харьцааг гаргаж насны хөдлөл зүйг судалжээ. Уг судалгаагаар 3.1 кг жинтэй нярайн биеийн жингийн 12.3 хувийг тархи эзэлдгийг тогтоогоод цаашид нас ахиж биеийн жин нэмэгдэхэд тархины жингийн эзлэх хувь багасч байдаг зүй тогтолтойг илрүүлжээ. Тухайлбал 53.9 кг жинтэй 18 настангуудын биеийн жингийн 2.6%-ийг, 66.2 кг жинтэй 25 настангуудын биеийн жингийн 2.2%-ийг тархи эзэлдэг байна.

Биеийн жин, тархины жингийн харьцаа, харьцуулсан судалгаагаар тухайлбал судлаач Н.П.Гундобиныхоор нярай хүүхдийн биеийн жин 2785.0 гр, тархины жин 389гр, биеийн эзлэх хувь 13.96 байсан бол 1-3 сартайд биеийн жин 4246.00гр, тархины 536.66гр, биеийн жингийн 13.96 %-ийг, 7-9 сартайд 11.43%, 1-3 настайд 10.19%, 4-5 настайд 7.77 %, 6-11 настайд 6.19%, 12-14 настайд 5.97%-ийг тархины жин эзэлдэгийг судлан тогтоожээ. Бидний судалгаагаар нярайн биеийн жин 3863.33 гр, тархины жин 470.27 гр, тархины жингийн эзлэх хувь 12.17, 1-3 сартайд 11.67%, 7-9 сартайд 10.98% 1-3 настайд 10.57%, 4-5 настайд 7.68%, 6-11 настайд 5.48, 12-14 настай хүүхдийн биеийн жингийн 4.39 хувийг тархи эзэлдэг нь харагдаж байна.

Харьцуулсан судалгаанаас үзэхэд: Нэгдүгээрт: Харьцуулсан 2 бүлгийн хүүхдийн биеийн жин, тархины жин насны бага бүлгээс эхлэн нэмэгдэж, биеийн жиндээ тархины жингийн эзлэх хувь буурч байгаа нь өсөлт хөгжилтийн ерөнхий зүй тогтолтой тохирч байна. Хоёрдугаарт: Монгол хүүхдийн биеийн жин, тархины жингийн өсөлт нь харьцуулсан бүлгийнхээс ялгаатай байгааг монгол төрхтний хүүхдийн өсөлт хөгжил европ хүүхдийн өсөлт хөгжилтийг гүйцдэггүйг тогтоосон судалгааны үр дүнтэй холбон үзэж байна.

Цул эрхтэн: Бид судалгаагаараа монгол хүүхдийн биеийн жин, таван цул эрхтний жингийн өсөлт, биеийн жингийн эзлэх хувийг насны бүлгээр судалсан юм. Уг судалгаагаар нярай хүүхдийн биеийн жин 3863.33гр, өндөр 52.50 см, зүрхний жин 26.64 гр, зүрх биеийн жингийн 0.68 хувийг, 1-3 сартайдаа биеийн жин 5025.55гр, зүрхний жин 32.33гр, биеийн жингийн 0.64%-ийг, 4-6 сартайд биеийн жин 5680.58гр, зүрхний жин 37.1гр, биеийн жингийн 0.65 %-ийг, 1-3 настайд биеийн жин 9152.82 гр, зүрхний жин 52.02 гр, биеийн жингийн 0.57 %-ийг, 4-5 настайд биеийн жин 16088.75 гр, зүрхний жин 86.06 гр, биеийн жингийн 0.55%-ийг, 12-14 настайд биеийн жин 29875.5 гр, зүрхний жин 138.66г, биеийн жингийн 0.46 хувийг зүрхний жин тус тус эзэлж байна.

Нярай хүүхдийн биеийн жингийн 2.17%-ийг уушги (хосоор) 4.37%-ийг элэг, 0.83%-ийг бөөр (хосоор), 0.40%-ийг дэлүүний жин эзэлж байна. 1-3 сартай хүүхдийн биеийн жингийн 2.12%-ийг уушги, 4.08%-ийг элэг, 0.90%-ийг бөөр (хосоор), 0.49%-ийг дэлүүний жин, 4-6 сартай хүүхдийн биеийн жингийн 2.3%-ийг уушги, 3.67%-ийг элэг, 0.90%-ийг бөөр, 0.46%-ийг дэлүүний жин, 7-9 сартай хүүхдийн биеийн жингийн 1.59%-ийг уушги, 3.72%-ийг элэг, 0.83%-ийг бөөр, 0.53%-ийг дэлүү, 1-3 настай хүүхдийн биеийн жингийн 2.01%-ийг уушги, 4.02%-ийг элэг, 0.89%-ийг бөөр, 0.43%-ийг дэлүү, 4-5 настай хүүхдийн биеийн жингийн 1.29%-ийг уушги, 3.24%-ийг элэг, 0.50%-ийг бөөр, 0.27%-ийг дэлүүний жин, 12-14 настай хүүхдийн биеийн жингийн 1.99%-ийг уушги, 3.08%-ийг элэг, 0.63%-ийг бөөр, 0.24%-ийг дэлүүний жин цус тус эзэлж байна.

Sandritter W., Thomas C (1977) нарын европ төрхтөн хүүхдийн биеийн жин, эрхтний жингийн харьцаа, өсөлтийг судалсан судалгааны дүнгээс харахад нярай хүүхдийн тархины жин 11.32%-ийг эзэлж байсан бол, 1 настайд 9.6%-ийг, 2 настайд 7.76%-ийг, 5 настайд 6.18%-ийг, 10 настайд 3.83%-ийг, 15 настайд 2.44%-ийг тус тус эзэлдэг байна. Өөрөөр хэлбэл биеийн жин өсөх тутам тархины жингийн эзлэх хувь багасч байна. Мөн нярай хүүхдийн биеийн жингийн 0.67%-ийг зүрх, 1.47%-ийг уушги, 3.97%-ийг элэг, 0.70%-ийг бөөр, 0.32%-ийг дэлүүний жин эзэлж байсан бол 1 настай хүүхдийн биеийн жин 10 кг, 0.60%-ийг зүрх, 1.7%-ийг уушги, 3.8%-ийг элэг, 0.7%-ийг бөөр, 0.3%-ийг дэлүүний жин, 5 настай хүүхдийн биеийн жингийн (19.4 кг) 0.51%-ийг зүрх, 1.39%-ийг уушги, 3.09%-ийг элэг, 0.54%-ийг бөөр, 0.28%-ийг дэлүүний жин, 10 настай хүүхдийн биеийн жин (32.6кг)-гийн 0.39%-ийг зүрх, 1.10%-ийг уушги, 2.91%-ийг элэг, 0.46%-ийг бөөр, 0.24%-ийг дэлүүний жин эзэлж байна.

Дээрх 2 бүлгийн судалгааны үр дүнг харьцуулахад тухайлбал нярай хүүхдийн биеийн жин, зүрх, уушги, бөөр, дэлүүний жин бодит тоогоор ялгаатай боловч нярайн биеийн жинд зүрх, уушги,

элэг, бөөр, дэлүүний эзлэх хувь харьцуулсан 2 бүлгийн хувьд ойролцоо хэмжээтэй байна. Бие махбодийг нэг бүхэл гэж үзвэл түүн дотор байх нэгжийн эзэлхүүнийг хувиар илэрхийлэх бөгөөд биеийн жиндээ эрхтнүүдийн эзлэх эзэлхүүний хэмжээ тогтмол байх зүй тогтолтой бол энэхүү зүй тогтол нь нярай бүлгийн хүүхдүүдийн биеийн жиндээ эрхтнүүдийн эзлэх хэмжээ ижил байгаагаар илэрхийлэгдэж байна. Янз бүрийн популяцид харилцан адилгүй цаг хугацаанд төрж байгаа нярай хүүхдийн биеийн жиндээ эрхтнүүдийн эзлэх хувийг харьцуулан судлав.

Судалгаанаас харахад биеийн жингээс хамааран эрхтнүүдийн биеийн жинд эзлэх хувь өөр өөр байна. Судлаач D Harrison (1968) болон Г.Г.Автандилов (1990) нар судалгаагаараа бие бялдрын өсөлтийн хөдлөлзүйг араг яс, булчингийн толголцоо давтаж байдгийг батлаад ийм зүйтогтол элэг, дэлүү, бөөрний хөгжилтөд ажиглагдсаныг тэмдэглэсэн байдаг. Бидний судалгаагаар элэг, бөөр, дэлүүний үзүүлэлтүүдэд энэ зүй тогтол давхар ажиглагдаж байна.

ДҮГНЭЛТ

1. Монгол хүүхдийн жин, өндөр, жин өндрийн индекс, дотор эрхтнүүдийн жин хэмжээ, өсөлт хөгжлийн ерөнхий зүй тогтолтой тохирч байна.
 - Зүрх, элэг, бөөр, дэлүүний морфологи шинжийн үзүүлэлтүүд 1 хүртэлх нас, 4-5 нас, 12-14 насны бүлгүүдэд давуутай томорч байгаа нь бие бялдрын эрчимтэй өсөлтийн үетэй давхцаж байна.
 - Монгол хөвгүүд 3397.37 ± 39.64 г жинтэй, 50.89 ± 0.22 см, охид 3360.28 ± 43.56 г жинтэй, 51.02 ± 0.26 см өндөртэй тус тус төрж байна.
2. Монгол хүүхдийн бие бялдрын өсөлт хөгжилтийн анхны эрчимтэй үе 1-3 сар, 7-9 сартайд, 2-р үе 4-5 насанд, 3-р үе 12-14 насанд давхцаж байна. Хүүхэд төрөхдөө болон 0-30 хоногтойдоо жин өндрийн үзүүлэлт үе тэнгийнхнээсээ бага, 1 хүртэлх насандаа ойролцоо үзүүлэлттэй, 4-5 насандаа өсөлт хөгжилтийн хоцрогдолтой, 12-14 насандаа хэвийн үзүүлэлттэй болж хөгждөг байна.
 - Хүүхдийн биеийн жин, тархины жин насны бага бүлгээс эхлэн эрчимтэй нэмэгдэж, харин биеийн жиндээ тархины жингийн эзлэх хувь буурч байна.
 - Биеийн жиндээ эрхтнүүдийн эзлэх эзэлхүүний хэмжээ тогтмол байх зүй тогтол янз бүрийн популяцид төрж байгаа хүүхдүүдэд ажиглагдлаа. Харин цаашид насны бүлэг нэмэгдэхэд өсөлт хөгжилтийн онцлогтой холбоотойгоор энэ харьцаа өөрчлөгдөж байна.

RESEARCH STUDY GROWTH AND DEVELOPMENT AND MORPHOLOGICAL INDEXES OF MONGO- LIAN CHILDREN

By M.Tuul, E.Ganbat, M.Enkhjargal, L.Lkhagva

1. The weight, height, body mass index and weight and size of internal organs of Mongolian children are concurrent with general growth and development of the child.
 - The higher Morphology growth indexes of heart, liver, kidney and spleen was noticed at the age of up to 1 year, 4-5 years and 12-14 yaers which matches with intensive growth of the general body of the child.
 - Mongolian boys weight 3397.37 ± 39.64 gr and girls 3360.28 ± 43.56 gr at birth, and boys have height 50.89 ± 0.22 cm and girls 51.02 ± 0.26 cm at their birth accordingly.
2. First phase of intensive growth of Mongolian children occurs at 1-3 months and 7-9 months, second phase at the age of 4-5 years and third phase at age of 12-14 years. Weight and height indexes of Mongolian children are lower at birth and 0-30 days after the birth compare to other nationals and it becomes about the same at 1 year. However at the age of 4-5 months there are some backwardness in the growth and development and it becomes normal at the age of 12-14 years.
 - The body weight and brain weight of the child increase extensively from small year group and the percentage of brain weight in the general body weight decreases.
 - The state of having stable correlation of body weight and internal organ volumes have been nocited among children born in different population. However the correlation is changed for upper year groups due to specifics of growth and development at the relevant year groups.

ГҮҮРСАН ХООЛОЙН БӨГЛӨРШИХ ХАМШИНЖЭЭР ХҮНДЭРСЭН ХҮҮХЭД ИЙЛДСИЙН ЗАРИМ ЦИТОКИН ТОДОРХОЙЛСОН ҮР ДҮН

Ж.Бат-Эрдэнэ¹, Б.Алтанцэцэг², Г.Батбаатар³, Н.Энхбаяр⁴

1. АУС-411, 2. АУС-404, 3. ЭМШУИС, 4. Ионсей эмнэлэг4

Хүний биемахбодид тасралтгүй өрнөх дарлалын үй олон нарийн төвөгтэй урвалыг зохицуулахад дархлааны эсүүдээс ялгардаг цитокинууд голлох үүрэгтэй. өвөрмөц бус дархлааны эхний шатанд цитокин нь антигенаар өдөөгдсөн макрофаг, моноцит эсээс ялгарна. өвөрмөц дархлааны цитокин үйлдвэрлэгч гол эс нь Th /T-helper/ эс юм. Цитокины төрлөөр Th эсийг Th1 ба Th2 гэж хуваана. Th1 хамааралт цитокин эсийн дархлааг, Th2 хамааралт цитокин В эсийн өсөлт, эсрэг бие үүсэлтийг /шингэний дархлаа/ дэмждэг.

Цитокин нь 8-80kD жинтэй дархлааны урвалыг зохицуулагч жижиг пептид бөгөөд олон талт үйлчилгээтэй ба олон эсээс ялгаран, өөрийн өвөрмөц рецептор бүхий эсэд биологийн янз бүрийн үйлчлэлийг үзүүлдэг. Тухайлбал дархлааны болон бусад эсүүдийн үйл ажиллагааг идэвхижүүлэх болон дарангуйлах, эсийн гадаргуугийн макромолекулын илрэлтийг нэмэгдүүлэх болон багасгах, эд эсийн өсөлтийг дэмжих, саатуулах, цусны эсийн үүсэлтийг дэмжих, бүлэгнэлтийг ихэсгэх болон багасгах зэрэг эсрэг тэсрэг биологийн үйлчлэлийг үзүүлнэ.

Цитокин нь маш бага тунгаар биологийн өндөх идэвхи үзүүлдэг. Тухайлбал интерфероны 1 нгр / нгр-пикограмм буюу 10-12 гр/ нэг сая орчим эсийг вирусн халдвараас хамгаалах чадвартай байдаг. Одоогоор дархлааны эсүүдээс ялгардаг 200 гаруй цитокиныг тодорхойлоод байна

Цочмог үрэвслийн урвалыг зохицуулахад IL-1 β , TNF α , IL-2, INF- α цитокинууд голлох үүрэгтэй. IL-1 цочмог үрэвслийн үед хэсгийн үрэвслийг өдөөгч гол цитокин ба Т эсийн ялгаран хөгжил, IgE-ийн нийлэгшил, цочмог үрэвслийн уургийг идэвхжүүлэх зэрэг олон талт үйлчлэлтэй. IL-2 нь Т-эсээс ялгарч аутокрин үйлчлэлийг үзүүлдэг тул түүнийг Т-эсийн өсөлтийн хүчин зүйл ч гэж нэрлэдэг. TNF α нь гуурсан хоолойн хананд нейтрофилийн нэвчдэс үүсэхийг хянаж, үрэвслийн голомтонд зозинофилийн сонгомол адгези болохыг хариуцдаг. Үрэвслийн урвалын явцыг тодорхойлогч гол цитокин нь INF- α бөгөөд амьсгалын замын цочмог халдварын үед вирусн үржлийг дарангуйлж, IgE нийлэгшлийг саатуулдаг рм.

Бид гуурсан хоолой бөглөрших хамшинжийн эмгэг жамд IL-1 β , TNF α , IL-2, INF- α -ийн гүйцэтгэх үүргийг тодорхойлох зорилгоор дараах зорилтуудыг дэвшүүлэн ажиллаа:

- ГХБХШ-ээр хүндэрсэн хүүхдүүдэд ийлдсийн IL-1 β , TNF α , IL-2 ба INF- α цитокины агууламж, түүний хөдлөлзүйг Фермент Холбоот Иммун урвалаар /Enzyme-Linked Immunosorbent Assay - ELISA/ тодорхойлох
- IL-1 β , TNF α , IL-2 ба INF- α –ийн агууламжид статистик боловсруулалт хийж, эмгэг жамд гүйцэтгэх үүргийг тодруулах оролдлого хийх
- ГХБХШ-ээр хүндэрсэн хүүхдүүдэд хийгдэж буй эмчилгээний үр дүнг ийлдсэн дэх IL-1 β , TNF α , IL-2 ба INF- α цитокинуудын агууламжаар үнэлэх

Судалгааны ажилд ЭНЭШТөвийн сэхээн амьдруулах эмчилгээний болон дотрын I, II тасагт хэвтэн эмчлүүлсэн ГХБ хамшинжээр хүндэрсэн 16 хүртлэх насны 48 хүүхэд болон харьцангуй эрүүл 14 хүүхэд хамрагдсан бөгөөд тэдгээр хүүхдүүдийн ийлдсэн дэх дээрх 4 цитокины агууламжийг Фермент Холбоот Иммун урвалаар /ELISA/ тодорхойлов. ELISA арга нь иммунологийн шинжлэх ухааны хамгийн сүүлийн үеийн өндөр мэдрэг болон өвөрмөц чанар бүхий арга бөгөөд эсрэг бие+эсрэг төрөгч буюу дархан бүрдэл /immunocomplex/ үүсэх зарчим дээр тулгуурладаг.

Ийлдсэн дэх цитокинуудын агууламжийн тоог дүнгүүдийн хооронд статистик боловсруулалтыг "статистик" "биостатистик" хавсарга программын тусламжтайгаар хийлээ. үзүүлэлтүүдийн хооронд илэрсэн ялгааг Стьюдентын хугацаат шалгуур буюу Т-критерээр баталлаа.

Судалгааны ажлын үр дүнгээс дараах хэлцэмжүүдийг дэвшүүлж байна:

- ГХБХШ-ийн эмгэг жамын зүй тогтолтой холбоотой үрэвслийн цитокинууд өөрчлөгдөх

зарим онцлог илэрлээ. Тухайлбал, IL-1 β /389+40.0/, TNF α /367+63.9/ агууламж эрс ихэссэн, харин INF- α эмчилгээний өмнө /42.3+7.12/ болон дараа /54.7+4.16/ буурсан байна.

- IL-1 β ба TNF α , IL-2 ба INF- α –ийн хооронд шууд хүчтэй хамаарал илэрсэн нь үрэвслийн урвал дархлаа чадамжаас ялангуяа цитокин үйлдвэрлэгч гол эс болох CD4+ Т эсийн идэвхээс хамаарч болохыг илтгэнэ.
- IL-2 нь эмчилгээний дараа эрс буурсан нь эмчилгээний улмаас хүүхдийн эсийн дархлаа чадамж хямарсан байж болохыг илтгэнэ.
- Эмчилгээний дараа дээрх цитокины өөрчлөлт хэвийн болтол засагдаагүй нь үрэвслийн процесс бүрэн намжаагүйг илтгэх нэг үзүүлэлт болж байна.

Судалгааны ажлаас дүгнэхэд:

- ГХБХШ-ээр хүндэрсэн хүүхдүүдэд ийлдсийн зарим цитокинуудын хөдлөл зүй эсрэг тэсрэг байгаа нь цитокины сүлжээний зохицуулга алдагдсан байж болохыг илтгэнэ.
- Эмчилгээний дараа ба цитокинууд хэвийн болтол засагдаагүй нь энэ эмгэгийн үед Th1 эсийн дутмагшил үүсдэг болохыг харуулна.

2. Онолын үндэслэл:

Цитокин нь төрөлхийн болон олдмол дархлааны хариу урвалын эхний шатанд үүсч, дархлааны хариу урвалыг зохицуулдаг. Эдгээр нь янз бүрийн эсүүдээс ялгарах ба тэдний нөөц нь ч харилцан адилгүй байдаг. Цитокин янз бүрийн бай эсэд өөр өөр нөлөөг үзүүлдэг онцлогтой. үйлчлэх хугацааны хувьд ч янз бүр. Зарим нь хэдхэн минутын турш үйлчилж байхад үйлчлэл нь хэдэн өдрөөр ч үргэлжлэх нь бий. Эхэлж үүссэн цитокин нь нөгөөгийнхөө үйлчлэлийг дэмжих юм уу дарангуйлах, мөн бусад цитокины үүсэлтийг дэмжих эсвэл саатуулна. Энэхүү үйлчлэл нь дархлааны хариу урвалын эрчмийг эерэг ба сөрөг зохицуулах механизмыг нөхцөлдүүлнэ.

Цочмог үрэвслийн урвалыг зохицуулахад IL-1 β , TNF α , IL-2, INF- α цитокинууд голлох үүрэгтэй. Биемахбодид эсрэгтөрөгч (антиген) орж ирэхэд юун түрүүнд захын цусны моноцит эсээс ялгаран хөгждөг макрофаг эсүүд түүнтэй холбогдон, залгина. Ийнхүү макрофагт залгигдан илчлэгдсэн антигентай Th эс (туслах Т эс) холбогдоно. үүний дүнд макрофаг эсээс IL-1 β , TNF α цитокинууд, харин Th эсээс IL-2, INF- α цитокинууд ялгардаг (Зураг №1).

Интерлейкин-1 /IL-1/ цочмог үрэвслийн үед хэсгийн үрэвслийг өдөөгч гол цитокин ба Т эсийн ялгаран хөгжихөд чухал үүргийг гүйцэтгэдэг. үүнээс гадна IgE-ийн ялгаралтыг ихэсгэх, цочмог үрэвслийн уургийг идэвхжүүлэх, простагландины нийлэгшлийг нэмэгдүүлэх зэрэг олон талт үйлчлэлтэй. Мөн биемахбодийн үйл ажиллагааны бүх түвшинд гомеостазыг барьж байх үүрэгтэй (Зураг №2).

Интерлейкин-2 /IL-2/ нь Т-эсээс ялгарч аутокрин үйлчлэлийг үзүүлдэг. өөрөөр хэлбэл түүний хүлээн авуурууд нь Т-эсийн мябран дээр илэрдэг. IL-2 нь Т-эсийн өсөлт, ялгаран хөгжлийг зохицуулдаг үндсэн цитокин учир түүнийг Т-эсийн өсөлтийн хүчин зүйл ч гэж нэрлэдэг. Мөн Nk (Natural Killer) эс болон моноцит эсийг идэвхижүүлж, Т-эсийн хуваагдлыг идэвхижүүлж түүнээс INF- α ялгаралтыг дэмжих болон В-эсийн хуваагдлыг идэвхижүүлэх зэрэг үйлчлэлтэй (Зураг №3).

Цочмог үрэвслийн үед хавдар үхжлийн хүчин зүйлийн /Tumor Necrosis factor-TNF α / нийлэгшилт нэмэгдэнэ. TNF α гуурсан хоолойн хананд нейтробилийн нэвчдэс үүсэхийг хянаж, эс-эс харилцан үйлчлэлийг зохицуулдаг бөгөөд үрэвслийн голомтонд эозинобилийн сонгомол адгези болохыг хариуцдаг. өөрөөр хэлбэл цочмог үрэвслийн урвалын эмгэг жамыг тодорхойлогч цитокин юм. үүнээс гадна TNF- α ясны чөмөгний эх эсийг дарангуйлах, цус бүлэгнэх тогтолцоог идэвхижүүлэх, эндоген пироген, IL-1 ба IL-6 ялгаралтыг нэмэгдүүлэх, эндотелийн рецепторын авцаал чанарыг нэмэгдүүлсэнээр үрэвслийн голомтод лейкоцитын бөөгнөрлийг үүсгэнэ. Мөн цочмог үрэвсэл архагшихад нөлөөлдөг тухай зарим судлаачид тэмдэглэсэн байна (Зураг №4).

Үрэвслийн урвалын явцыг тодорхойлогч гол цитокин нь Интерферон /INF- α / байдаг тухай мэдээллэсэн байдаг. Энэ нь Th1 эс болон Nk эсээс ялгардаг бөгөөд маш олон эсэд үйлчилж биологийн олон чухал үзэгдлийг төрүүдэг цитокин юм. Цочмог үрэвслийн үед INF-

α нь макрофагыг идэвхижүүлж, мөн IL-1 нийлэгшлийг шууд өдөөдөг ба улмаар Th1 эсийг идэвхижүүлэх замаар өөрийнхөө ялгаралтыг нэмэгдүүлдэг ажээ. Мөн мөхлөгт болон эндотел эсийг идэвхижүүлэх, В эсийн ялгаран хөгжлийг дэмжих, вирусын репликацыг саатуулах, гемапозыг дарангуйлах зэрэг үйлчлэлийг үзүүлнэ. Цочмог үрэвслийн үед INF-α -ийн нийлэгшилт буурдаг тухай олон судлаачид мэдээллэжээ. Амьсгалын замын цочмог халдварын үед INF-α вирусын үржлийг дарангуйлж, IgE нийлэгшлийг саатуулдаг. үрэвслийн үед INF-α үүсэлт буурдаг учир IgE хэт ялгаран цочмог үрэвслийг нөхцөлдүүлдэг байна (Зураг №5). Ийнхүү INF-α нь цочмог үрэвслийн үед IgE нийлэгшилтийг бууруулах замаар гуурсан хоолой бөглөрших хамшинжээр хүндэрсэн үед дархлаа чадамжийг зохицуулахад чухал үүрэг гүйцэтгэдэг бололтой.

Эндээс IL-1β, TNFα, IL-2 болон INF-α нь цочмог үрэвсэл ба гемопоз, мөн дархлаа чадамжийг зохицуулахад оролцдог талт үйлчилгээтэй цитокинууд болох нь харагдаж байна.

3. Зорилго:

Гуурсан хоолой бөглөрших хамшинжийн /ГХБХШ/ эмгэг жамд IL-1β, TNFα, IL-2 ба INF-α -ийн гүйцэтгэх үүргийг тодорхойлох

4. Зорилт:

- ГХБХШ-ээр хүндэрсэн хүүхдүүдэд ийлдсийн IL-1β, TNFα, IL-2 ба INF-α цитокины агууламж, түүний хөдлөлзүйг Фермент Холбоот Иммун урвалаар /Enzyme-Linked Immunosorbent Assay - ELISA/ тодорхойлох
- IL-1β, TNFα, IL-2 ба INF-α –ийн агууламжид статистик боловсруулалт хийж, эмгэг жамд гүйцэтгэх үүргийг тодруулах оролдлого хийх
- ГХБХШ-ээр хүндэрсэн хүүхдүүдэд хийгдэж буй эмчилгээний үр дүнг ийлдсэн дэх IL-1β, TNFα, IL-2 ба INF-α цитокинуудын агууламжаар үнэлэх

5. Судалгааны арга, аргачлал ба хэрэглэгдэхүүн:

Бидний судалгаанд 2002-2004 онд ЭНЭШТөвийн Сэхээн амьдруулах эрчимт эмчилгээний болон Дотрын I, II тасагт хэвтэж эмчлүүлсэн ГХБХШ-ээр хүндэрсэн 16 хүртлэх насны 48 хүүхэд, харьцангуй эрүүл 14 хүүхэд хамрагдлаа. Судалгаанд хамрагдсан ГХБХШ-тэй болон хяналтын бүлгийн хүүхдүүдэд ийлдсийн IL-1β, TNFα, IL-2 ба INF-α агууламжийг Фермент холбох урвалаар /Enzyme-Linked Immunosorbent Assay - ELISA/ *ProCon* иж бүрдэл оношлуурыг ашиглан эмчилгээний өмнө болон дараа давтан тодорхойлов.

ProCon иж бүрдэл нь IL-1β, TNFα, IL-2 ба INF-α цитокины ийлдсэн дэх агууламжийг 20-2000 пкг/мл өтгөрүүлгийн хооронд тоон хэмжээгээр тодорхойлох мэдрэг чанартай.

Оношлуурын мэдрэг чанар:

1,5 пкг INF-α/мл
2 пкг IL-1β/мл
4 пкг TNFα/мл
2пкг IL-2/мл

Оношлуурын өвөрмөц чанар: 91-98%

ProCon иж бүрдлийн ажиллах ерөнхий зарчим: (Зураг №6).

Иммунологийн шинжлэх ухааны орчин үеийн аргуудын нэг нь Фермент холбох урвал буюу ELISA арга билээ. Энэ аргаар ийлдсэн дэх цитокинуудын агууламжийг тодорхойлох зарчим нь эсрэг бие болон эсрэгтөрөгчийн нэгдэл буюу дархан бүрдэл (иммунокомплекс) үүсгэж түүнийгээ өнгөт урвал өгөх чадвар бүхий ферменттэй холбож, хэмжээг нь тодорхойлох явдал юм. Тодруулбал, эхлээд цитокин (буюу бидний хувьд тодорхойлох гэж буй эсрэгтөрөгч) агуулж буй ийлдсэндээ эхний эсрэгбиеийг нэмнэ. үүний дараа хоёрдох эсрэгбиеийг нэмнэ. Энэхүү эсрэгбие нь өмнөхөөсөө ялгаатай нь өөртөө биотиныг (витамин Н) холбосон байна. Энэ нь бидний урвалжинд агуулагдаж буй тусгай индикатор хэсэг болох стрептавидинтай холбогдоно. Тэрхүү стрептавидин нь пероксидаза ферменттэй холбоотой байх бөгөөд энэ ферментийн нөлөөгөөр орчинд өнгийн урвал өгнө. үүнийг нь автомат фотометрийн тусламжтайгаар хэмжиж, дархан бүрдлийн хэмжээг гаргана (Зураг №7).

Дархан бүрдэл = Эсрэгтөрөгч + Эхний Эсрэгбие + Хоёрдох Эсрэгбие (+

Биотин + Стрептавидин + Пероксидаза)

ProCon иж бүрдлийн стандарт протокол: (Зураг №8).

1. Шинжилгээг эхлэхийн өмнө ажлын төлөвлөгөөг гаргаж, шаардлагатай урвалжуудыг зохих хэмжээгээр нэрмэл усаар шингэрүүлсэн, халдваргүйжүүлсэн байна.
2. Нэг стрипт 60 мл буфер С (урвалжуудыг шингэрүүлэх зориулалттай), 8 мл буфер В (угаах зориулалттай) шаардлагатай. Буферын уусмалуудыг хөлдөөгчинд 2-8°C температурт хэдэн долоо хоногийн турш, харин 24 цагийн дотор бол -20°C-т хадгална.
3. Тавиурууд бүхий багцыг задална. Бичил тавиурын хонхоруудыг 300 мкл буфер В уусмалаар 2 удаа угааж, шүүнэ.
4. Ампул дах стандарт бэлдмэл бүрийг 1 мл буфер С уусмалд уусгана. Стандарт уусмалыг хөлдөөгчинд 2-8°C температурт 5 хоногоос илүүгүй хадгална.
5. Бичил тавиурын A1-D1 эсвэл A2-D2 нүхнүүдэд 100 мкл стандарт цитокин (тухайлбал IL-2 зэрэг) нэмнэ. Харин E1 эсвэл E2 нүхэнд буфер С уусмалаас 100 мкл нэмнэ.
6. Бичил тавиурын үлдсэн нүхнүүдэд судлах гэж буй дээжээсээ 100 мкл тус тус нэмнэ.
7. +37°C температурт 1 цаг инкубацийн аппаратанд хийнэ.
8. Нүхнүүдээс шингэнийг зайлуулсаны дараагаар нүх тус бүрийг 300 мкл буфер В уусмалаар 5 удаа, нэрмэл усаар 2 удаа угааж, шүүнэ.
9. Биотинтай холбоотой хоёрдох эсрэгбиеийн уусмалыг буфер С уусмалаар 1 стрипт 1,6 мл уусмал бэлдэхээр тооцоолон 1:20 харьцаагаар шингэрүүлнэ.
10. Нүх бүрт хоёрдох эсрэгбиеийн 100 мкл уусмалыг пипеткын тусламжтайгаар хийнэ.
11. +37°C температурт 1 цаг инкубацийн аппаратанд хийнэ.
12. Нүхнүүдээс шингэнийг зайлуулсаны дараагаар нүх тус бүрийг 300 мкл буфер В уусмалаар 5 удаа, нэрмэл усаар 2 удаа угааж, шүүнэ.
13. Стрептавидин + пероксидаза нэгдлийг буфер С уусмалаар 1:20 харьцаагаар шингэлнэ. Дараа нь нүх бүрт 100 мкл нэмнэ.
14. +37°C температурт 30 минут инкубацийн аппаратанд хийнэ.
15. "Субстрат" ба "Реагент" гэсэн тэмдэг бүхий уусмалуудыг 1 стрипт 1,6 мл байхаар тооцоолон тэнцүү харьцаагаар холино.
16. Нүхнүүдээс шингэнийг зайлуулсаны дараагаар нүх тус бүрийг 300 мкл буфер В уусмалаар 5 удаа угааж, шүүнэ.
17. Нэрмэл усаар 2 удаа угааж, шүүнэ.
18. Филтерийн цаасаар ороосон тавиураа лабораторийн ширээн дээр зөөлөн тогших замаар хатаана.
19. Хонхор бүрт 100 мкл субстрат уусмалаа будагч бодисын хамт хийнэ.
20. Стрипүүдээ өрөөний температурт (20±2°C) нарны шууд тусгалаас хамгаалагдсан газарт 10-20 минут инкубацийн аппаратанд хийнэ.
21. Хонхор бүрт 50 мкл хүхрийн хүчил нэмсэнээр урвалыг зогсооно.
22. Автомат, хагас автомат болон гар ажиллагаат 450nm долгионы урт бүхий фотометрийг ашиглан хонхор бүр дэх тоо хэмжээг тодорхойлно.
23. Фотометрийг микропроцессортой холбон ашиглах үед профессорт уусмалын талаарх дэлгэрэнгүй мэдээллийг оруулсанаар тооцоог хийнэ. Бусад тохиолдолд тухайн уусмалын концентраци болон хэвийн хэмжээг зааж өгсөнөөр нарийвчлал бүхий муруй байгуулна. Графикийг ашиглан ийлдсэн дэх цитокины хэмжээг тодорхойлно.

Судалгааны үр дүнд (ийлдсэн дэх цитокинуудын агууламжийн хооронд) хувилбарт статистик /SPSS-10/ аргаар боловсруулалт хийв.

ГХБХШ-ээр хүндэрсэн хүүхдүүдийн эмчилгээний өмнөх ба дараах, мөн хяналтын бүлгийн хүүхдүүдийн ийлдсэн дэх IL-1β, TNFα, IL-2 ба INF-α –ийн агууламжийн дундаж хэмжээг олохдоо:

$$M = \sum V/N$$

$$\delta = +\sqrt{\sum d^2/n}$$

$$m = +\delta/\sqrt{n}$$

$$t = \frac{M_1 - M_2}{\sqrt{m_1^2 + m_2^2}}$$

Т критер:

Арифметик дундаж:

Квадрат дундаж хазайлт:

үзүүлэлтийн дундаж алдаа:

Ийлдсэн дэх IL-1 β , TNF α , IL-2 ба INF- α –ийн агууламжийн хооронд корреляц хамаарлыг шугаман корреляцын коэффициентийг тодорхойлох Пирсоны томъёогоор бодлоо.

$$R = \frac{\sum (X-X)(Y-Y)}{\sqrt{\sum (X-X)^2 \sum (Y-Y)^2}}$$

Пирсоны томъёо

Эндээс корреляцын алдаа:

$$m_r = 1 - r^2/\sqrt{n}$$

тодорхойлж,

үзүүлэлтүүдийн хооронд илэрсэн ялгааг Стьудентын шалгуураар баталлаа:

$$T = r/m^2 > 3 \text{ (99\%)}$$

Стьудентын шалгуур буюу Т-критер

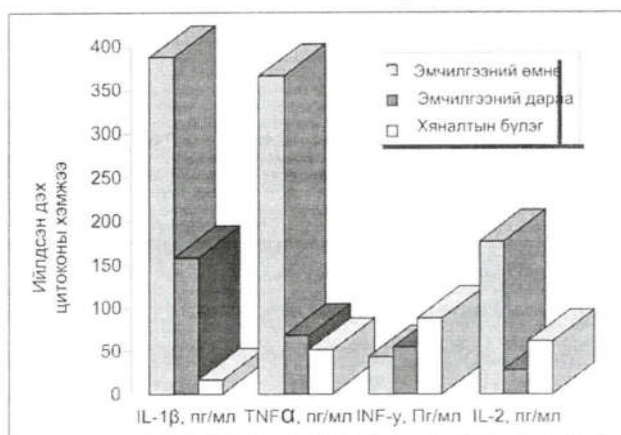
6. Судалгааны үр дүн:

Хүснэгт №1 ГХБХШ-ээр хүндэрсэн хүүхдийн цусны ийлдэс дэх IL-1 β , TNF α , IL-2 ба INF- α –ийн түвшин

үзүүлэлт	ГХБХШ		
	Эмчилгээний өмнө	Эмчилгээний Дараа	Хяналтын Бүлэг
	N=48	N=48	N=14
IL-1 β , пг/мл	389+40.0**	158.8 +18.7*	16.7 + 6.05
TNF α , пг/мл	367 + 63.9**	68.7 + 19.4	51.7 + 19.09
INF- α , пг/мл	42.3 + 7.12**	54.7 + 4.16*	87.6 + 15.4
IL-2, пг/мл	176 + 62.2**	28.1 + 13.7	62.0 + 17.7

Тайлбар: ** Үзүүлэлтүүдийг хяналтын бүлэгтэй харьцуулсан үнэн магадтай $p < 0.001$ * Үзүүлэлтүүдийг хяналтын бүлэгтэй харьцуулсан үнэн магадтай $p > 0.05$

График №1 ГХБХШ-ээр хүндэрсэн хүүхдийн цусны ийлдэс дэх IL-1 β , TNF α , IL-2 ба INF- α –ийн түвшин



Хүснэгтээс (графикаас) харахад ГХБХШ-ээр хүндэрсэн хүүхдүүдэд IL-1 β түвшинг (эмчилгээний өмнө 389+40.0 пг/мл) хяналтын бүлэгтэй (16.7 + 6.05 пг/мл) харьцуулахад бараг 10-20 дахин ихэссэн байна.

ГХБХШ-ээр хүндэрсэн хүүхдүүдэд IL-1 β түвшин эмчилгээний дараа (158.8+18.7 пг/мл) буурч байгаа хэдий ч хяналтын бүлэгтэй (16.7 + 6.05 пг/мл) харьцуулахад ихэссэн хэвээр байлаа.

ГХБХШ-ээр хүндэрсэн хүүхдүүдэд ийлдсийн TNF α хяналтын бүлэгтэй харьцуулахад эрс ихэссэн дүн гарсан (эмчилгээний өмнө 367 + 63.9 пг/мл, хяналт 51.7 + 19.09 пг/мл, $p < 0.001$) бол, харин эмчилгээний дараа (68.7 + 19.4 пг/мл, $p > 0.05$) хяналтын бүлэгтэй бараг ижил болтлоо буурч байгаа нь ажиглаглаа.

Ийлдсийн INF- α агууламж ГХБХШ-ээр хүндэрсэн хүүхдүүдэд эмчилгээний өмнө хяналтын

7. Судалгааны Хэлцэмж:

- ГХБХШ-ийн эмгэг жамын зүй тогтолтой холбоотой үрэвслийн цитокинүүд өөрчлөгдөх зарим онцлог илэрлээ. Тухайлбал, IL-1 β /389+40.0/, TNF α /367+63.9/ агууламж эрс ихэссэн, харин INF- α эмчилгээний өмнө /42.3+7.12/ болон дараа /54.7+4.16/ буурсан байна.
- IL-1 β ба TNF α , IL-2 ба INF- α –ийн хооронд шууд хүчтэй хамаарал илэрсэн нь үрэвслийн урвал дархлаа чадамжаас ялангуяа цитокин үйлдвэрлэгч гол эс болох CD4+ Т эсийн идэвхээс хамаарч болохыг илтгэнэ.
- INF- α эмчилгээний өмнө /42.3 + 7.12/ болон дараа /54.7 + 4.16/ буурсан байгаа нь /хяналт 87.6 + 15.4/ уг хамшинжийн үед эсийн дархлаа чадамж буурдаг буюу Th1 эсийн идэвх дарангуйлагддагыг илтгэж байна. Эмчилгээний дараа цитокины өөрчлөлт засагдаагүй нь үрэвслийн процесс бүрэн намжаагүйг илтгэх нэг үзүүлэлт байж болно.
- TNF α эмчилгээний дараа хэвийн болтол буурсан нь тухайн эмчилгээ цочмог үрэвслээр нөхцөлдсөн эдийн гэмтлийг намжааж байгаа боловч эмгэг жамын хувьд төгс эмчилгээ болж чадахгүй байгаа нь IL-1 β хэвийн болтол засагдаагүй байдлаас харагдаж байна.
- IL-2 нь эмчилгээний дараа эрс буурсан нь эмчилгээний улмаас хүүхдийн эсийн дархлаа чадамж хямарсан байж болохыг илтгэнэ.

8. Судалгааны Дүгнэлт:

- ГХБХШ-ээр хүндэрсэн хүүхдүүдэд ийлдсийн зарим цитокинуудын хөдлөл зүй эсрэг тэсрэг байгаа нь цитокины сүлжээний зохицуулга алдагдсан байж болохыг илтгэнэ.
- Эмчилгээний дараа ба цитокинууд хэвийн болтол засагдаагүй нь энэ эмгэгийн үед Th1 эсийн дутмагшил үүсдэг болохыг харуулна.

9. Abstract:

STUDY OF SERUM SOME CYTOKINES IN CHILDREN WITH COMPLICATION OF BRONCHIAL OBSTRUCTION SYNDROME

¹J.Bat-Erdene, ¹B.Altantsetseg, ²G.Batbaatar, ³N.Enkhbayar
1. 5th grade student, 2. Ph.D, Prof. HSUM, 3. Yonsei hospital

Some cytokines act to stimulate the various arms of the immune system for acute inflammatory reactions. For example, IL-1 β can trigger fever by enhancing PgE2 synthesis by the vascular endothelium of the hypothalamus (also TNF- α), can stimulate T cell proliferation and elicits the release of histamine from mast cells at the site of inflammation. TNF- α induces the acute phase reactant protein production by the liver and can stimulate the adhesion of eosinophils. IL-2 is originally known as T cell growth factor because of its autocrine effect. INF- α is most important regulator of acute inflammatory response, can inhibit viral replication and Th2 cells proliferation, enhances activity of macrophages and increases MHC class I and II expression on nucleated cells.

So we have decided to make a plain the role of serum cytokines such as IL-1, TNF- α , IL-2 and INF- α in pathogenesis of BOS.

- Cytokines are small molecules, usually proteins or glycoproteins, has 8-80 kD that play essential role in the immune response to infectious agents.
- Cytokines are sometimes compared to hormones. However, they seem to exert their effects much more locally than hormones.
- At least over 200 kinds of cytokines were discovered for now.
- Several cytokines play key roles in regulation for acute inflammatory reactions, namely IL-1 β , TNF- α , IL-2 and INF- α

Purpose: To define role of serum cytokines such as IL-1 β , TNF- α , IL-2 and INF- α in pathogenesis of BOS

Materials and Methods

There are 48 children who developed complication of BOS, were laid up for therapy at department

of Rehabilitation-Intensive care and Internal disease I, II and 14 children in placebo group, involved in our research work.

We've determined their serum IL-1b, TNF- α , IL-2 and INF- α cytokines before and after treatment by method of ELISA.

In addition, after measurement by ELISA test, we've made some statistical computations between level of mentioned serum cytokines.

Results and Discussions

- Some features about inflammatory cytokines was revealed concerned to pathogenesis of BOS. For instance, levels of serum TNF- α , IL-1 and IL-2 were increased, but level of serum INF- α was decreased.
- Decrease in level of serum INF- α (before and after treatment) is proved, that we may use it one of the criterion for control of inflammatory process.
- Level of serum TNF- α after treatment have decreased, although level of serum IL-1 haven't decreased. So we also may utilize them auxiliary criterion for control effect of treatment.

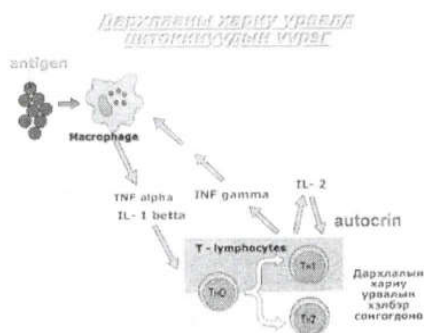
Conclusions

- Contrary dynamics of inflammatory serum cytokines in children with complication of BOS, is presented there's may decline of regulation in cytokine network.
- There is might be deficiency of Th1 cell, because after treatment level of serum IL-1 and INF- α haven't normalized.

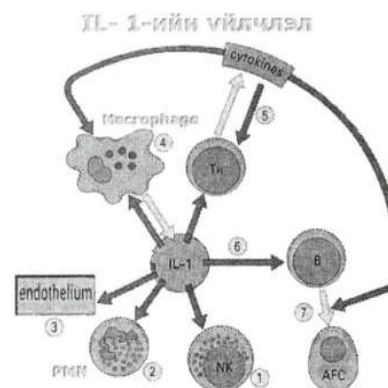
10. Ном Зүй:

- | | | |
|--|-------------------------------------|------|
| • Батбаатар Г, Баярт Б | "Дархлаа судлалын үндэс" | 2003 |
| • Баярт Б | "Дархлааны үндэс ба эмгэг" | 1999 |
| • Цогтсайхан С, Б.Баярт | "Дархлаа судлалын үндэс" | 1995 |
| • Змушко Е.И, Белозеров Е.С | "Клиническая иммунология" | 2001 |
| • Соколова Е.И | "Клиническая иммунология" | 1998 |
| • Roitt I, Brostoff J, Male D | "Immunology" sixth edition, | 2002 |
| • Benjamin E, Coico R | "Immunology a short course" | |
| | 4-th edition, | 2002 |
| • Abul K.Abbas, Andrew H.L, Jordan S.P | "Cellular and molecular immunology" | |
| | third edition, | 2000 |
| • Internet's information | | |

11. Хавсралт:



Зураг №1.



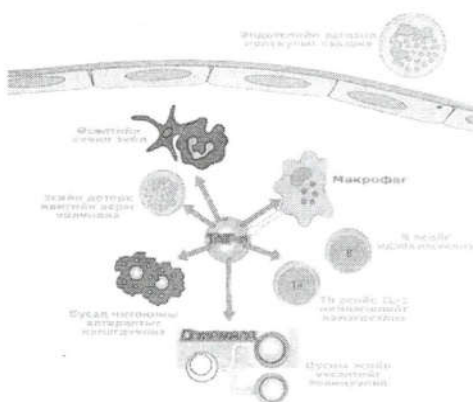
Зураг №2.

IL-2-ийн үйлчлэл



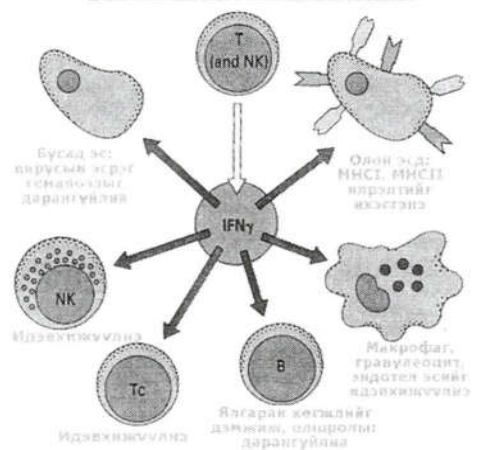
Зураг №3.

TNF-α-ийн үйлчлэл



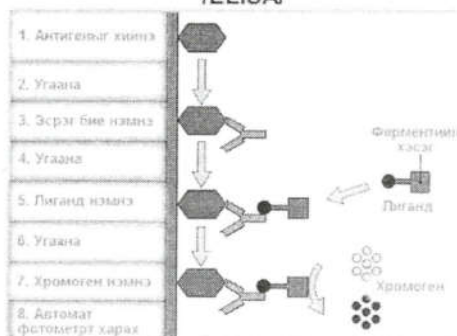
Зураг №4.

γ-INF-ны үйлчлэл

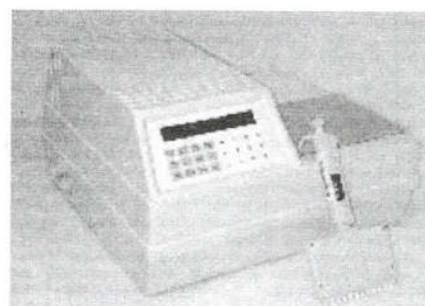
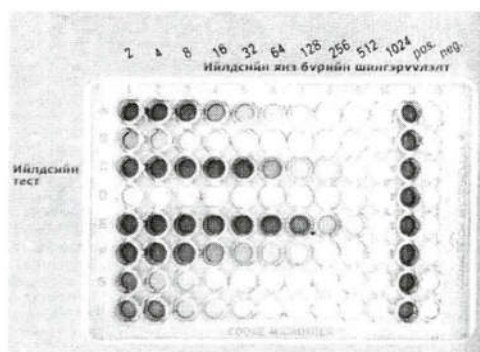


Зураг №5.

Enzyme-Linked Immunosorbent Assay /ELISA/



Зураг №6.



Зураг №7.

**МОНГОЛ ОРНЫ ӨСВӨР НАСНЫХАН БОЛОН
ХООЛ БОЛОВСРУУЛАХ ДЭЭД ЗАМЫН
ЭМГЭГТЭЙ НАСАНД ХҮРЭГЧДЭД HELICOBACTER
PYLORI-ИЙН ХАЛДВАРЫГ ИЛРҮҮЛСЭН ДҮН**

*Н.Бира¹, Ц.Сарантуяа¹, Х.Оюунцэцэг¹, Н.Туул², Г.Энхдолгор¹,
Б.Сувд³, С. Ганболд⁴, Б.Цэнгэл², М.Одсүрэн⁵*

*1. ЭМШУИС, 2. УКТЭ, 3. Эмгэг судлалын төв,
4. Шүүх шинжилгээний үндэсний төв, 5. Сонгино Хайрхан дүүргийн ЭМН*

Өндөр хөгжилтэй орнуудын хүн амын 30-40 орчим хувьд, хөгжиж буй орнуудын хүн амын 70 орчим хувьд *Helicobacter pylori*-ийн халдвар бүртгэгдэж, дэлхийн хүн амын тал хувь нь *Helicobacter pylori*-аар халдварлагдсан байгааг судлаачид мэдээлжээ (13, 14).

Нутаг орон, нас хүйснээс хамаарч *Helicobacter pylori*-ийн тархалт харилцан адилгүй байна. Хөгжиж буй орнуудад хүүхэд насанд *Helicobacter pylori*-ийн халдвар өндөр байгаа бөгөөд энэ халдвар нь аажимдаа ходоодны салстыг гэмтээн үрэвсүүлж, улмаар ходоодны салстын шалбархай, шарх, хатингар үүсгэдэг болох нь тогтоогдсон (1, 14).

Манай оронд ходоодны гистологийн шинжилгээгээр *Helicobacter pylori* илрүүлэх, *Helicobacter pylori*-ийн тархалтыг судлах судалгааны ажил 1995 оноос эхэлсэн (2, 3, 4, 5, 6, 11, 12).

Монголын хүн амд зонхилон тохиолдож байгаа өвчлөлийн хоёрдугаарт хоол боловсруулах эрхтэн тогтолцооны эмгэг орж байгаа бөгөөд (10) шархлаа өвчнөөр өвчлөгсөд сүүлийн 10 жилд 2 дахин, шархлааны улмаас хийгдсэн хагалгааны тоо сүүлийн 30 жилд 14.6 дахин өссөн байна (10). Сүүлийн жилүүдэд манай хүн амын дунд *Helicobacter pylori* хавсарсан хоол боловсруулах дээд замын эмгэг ихсэх хандлагатай байна (7, 8, 9).

Судалгааны зорилго: Монгол орны өсвөр насныхан болон Хоол боловсруулах дээд замын эмгэгтэй хүн амын дунд тохиолдох *Helicobacter pylori*-ийн халдварын тохиолдлыг судлах зорилготой.

Судалгааны зорилт:

1. Монгол орны өсвөр насныхан дунд тохиолдож байгаа *Helicobacter pylori*-ийн халдварын тархалт, нөлөөлөх хүчин зүйлсийг судлах
2. Хоол боловсруулах дээд замын эмгэгтэй хүн амын дунд тохиолдох *Helicobacter pylori* халдварын тохиолдлыг тогтоох
3. Ходоодны зарим архаг өвчний үед *Helicobacter pylori*-ийн *ice A1*, *ice A2* генотипийг ПГУ-аар илрүүлэх

Судалгааны аргачлал:

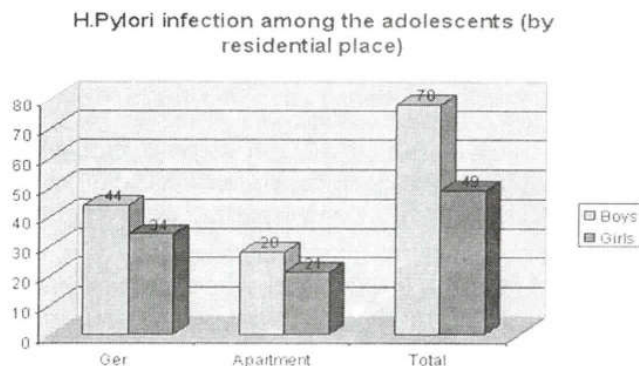
Бидний судалгаанд Улаанбаатар хотын 14-18 насны (16.4) харьцангуй эрүүл 200 (эрэгтэй 100, эмэгтэй 100) өсвөр насныхан, 2002-2005 онуудад ЭМШУИС-ийн Хоол боловсруулах эрхтэн судлалын тэнхим, ШКТЭ-ийн дурангийн кабинетад шинжлүүлсэн, архаг гастриттай 160 (эмэгтэй 84, эрэгтэй 76, дундаж нас 41,2), ходоод, дээд гэдэсний шархлаатай 195 (78 эмэгтэй, 117 эрэгтэй, дундаж нас 38.5), Ходоод-улаан хоолойн сөөргөөтэй 172 хүн (дундаж нас 39.7; эмэгтэй 79, эрэгтэй 93), насанд хүрэгчид хамрагдаж, ходоодны бижийн зовиур бүхий 36 хүний ходоодны эдийн дээж судлагдсан.

Судалгаанд хамрагдсан бүх хүнд ерөнхий эмнэл зүйн шинжилгээ, улаан хоолой, ходоод, дээд гэдэсний уян дурангийн шинжилгээ, цусны сийвэнд *Helicobacter pylori*-ийн эсрэг бие IgG илрүүлэх шинжилгээ, ходоодны салст бүрхэвчээс шатлан авсан амьд сорьцонд *Helicobacter pylori* илрүүлэх уреазын сорил, Мон-HP сорил, салст бүрхэвчийн эсийн болон эдийн шинжилгээ хийж Сиднейн аргачлалын дагуу оношийг тогтоосон.

Ходоодны бижийн зовиур бүхий 50 хүний ходоодны эдийн дээжнээс *Helicobacter pylori* илэрсэн 36 тохиолдолд полимеразийн гинжин урвал явуулж *Helicobacter pylori*-ийн *ice A1*, *ice A2* аллель буюу 250, 334 хос нуклеотид бүхий өвөрмөц ДНХ-ийн хэрчмийг полиакриламидын гельд электрофорез явуулж тодорхойлсон. Судалгааны үр дүнг статистик боловсруулалтын SPSS программаар боловсруулсан болно.

Судалгааны үр дүн, хэлцэмж

Улаанбаатар хотын ходоодны эмгэгийн зовиур илрээгүй харьцангуй эрүүл өсвөр насныхан дунд *Helicobacter pylori*-ийн халдвар 63.5%-д нь илэрсэн. Амьдралын ахуйн нөхцөл сайтай, байшинд амьдардаг өсвөр насныханд 49%, ахуй нөхцөл муу, гэр хороололд амьдардаг өсвөр насныханд 78% тохиолдсон (Зураг 1).

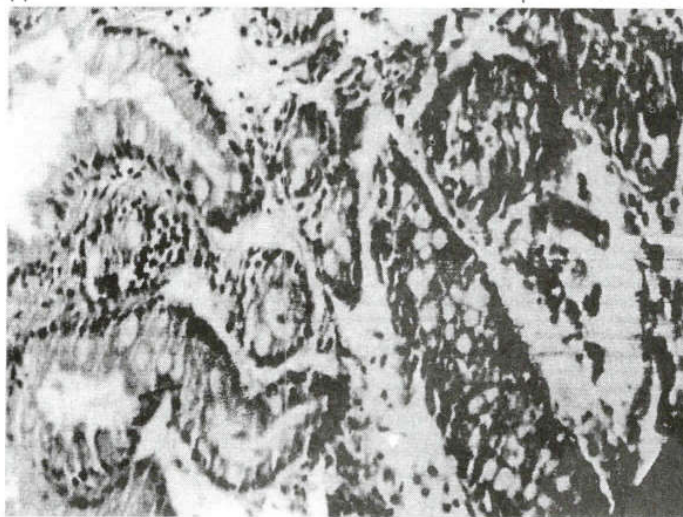


Зураг 1. Эрүүл өсвөр насныхан дунд илэрсэн *Helicobacter pylori*-ийн халдварын ТОХИОЛДОЛ

Helicobacter pylori-ийн халдвартай нийт шинжлүүлэгчдийн 66.9%-д халдварлалтын зэрэг сул, 37.8 %-д дунд зэргийн халдвартай байв. 6.3 %-д нь халдварын зэрэг өндөр байсан боловч эмнэл зүйн зовиур илрээгүй. Ходоодны бижийн болон өвдөлтийн зовиур илрээгүй өсвөр насныханд *Helicobacter pylori*-ийн халдвар тодорхой хугацааны дараа ходоодны салстыг гэмтээх шалтгаан болж болно гэдгийг судалгаа харууллаа.

Helicobacter pylori-ийн халдвар ходоодны салстыг гэмтээж, ходоодны архаг үрэвсэл, шалбархай, шархлаа, хатингар үүсгэх шалтгаан эмгэг жамын нөхцөл болдог. Судалгаанд хамрагдсан архаг гастриттай нийт 160 хүний 68.8%-д нь *Helicobacter pylori* илэрсэн. 15.6%-д C гастрит, 15.6%-д C+B хэлбэр илэрсэн бөгөөд шинжлүүлэгсдийн дунд A гастрит тохиолдоогүй.

Helicobacter pylori илэрсэн 110 (68.8%) өвчтөнүүдэд уян дуран болон амьд сорьцын шинжилгээгээр 21.8%-д өнгөц үрэвсэл, 38.2%-д нь өргөгдсөн ба хавтгай шалбархай, 40%-д нь хатингарт үрэвсэл, гэдэсжих метаплази (Зураг 2) илэрсэн. Тархмал хатингар, гэдэсжих метаплази идэр, дунд насны хүмүүсийн 56%-д тохиолдсон нь бидний анхаарлыг татлаа.

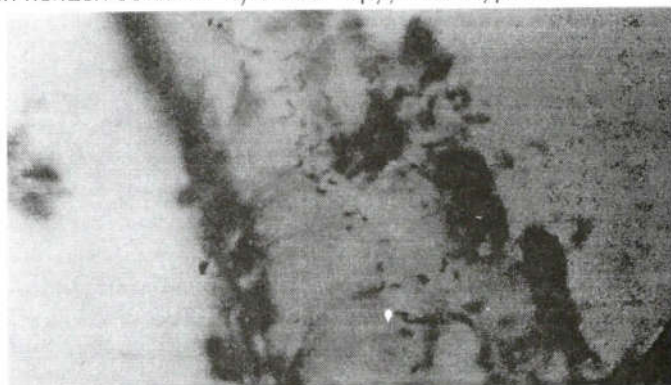


Зураг 2. Өвчтөн О. 34 настай HP+V гастрит

Гэдэсний метаплазия нейтрофилийн нэвчдэс HP x 160 Г.Э

Helicobacter pylori-ийн халдвар ходоодны салстыг гэмтээж, ходоодны архаг үрэвсэл үүсгэх

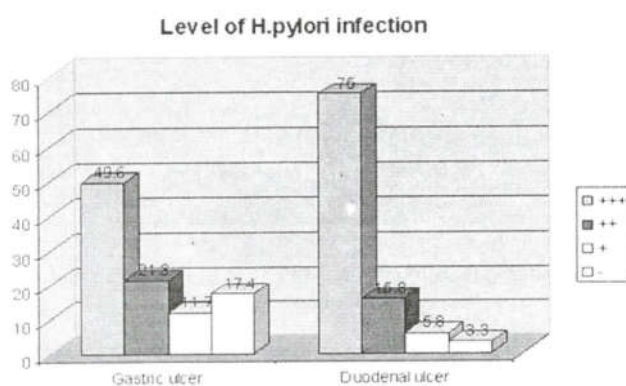
шалтгаан эмгэг жамын нөхцөл болдгийг судалгаа харууллаа (Зураг 3).



Зураг 3. Өвчтөн О. 34 настай HP+В гастрит

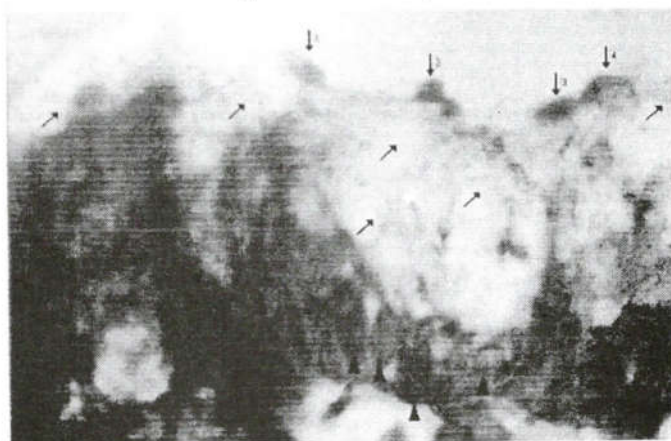
Helicobacter pylori x 360 Гимза-Романовский

Судалгаанд хамрагдсан ходоод, дээд гэдэсний шархлаа өвчтэй 195 хүний 34.7% нь дээд гэдэсний шархлаатай, 65.3% нь ходоодны шархлаатай байв. Ходоодны шархлааны үед 82.6 %, дээд гэдэсний шархлааны үед 96.7%-д *Helicobacter pylori* илэрч, дээд гэдэсний шархлааны 75 %-д нь халдварлалтын зэрэг өндөр байсан (Зураг 4, 5)



Зураг 4. Шархлаа өвчтэй хүмүүст илэрсэн

Helicobacter pylori-ийн халдварын тохиолдол



Зураг 5. Өвчтөн Э. 38 настай. *Helicobacter pylori* хавсарсан ходоодны шархлаа

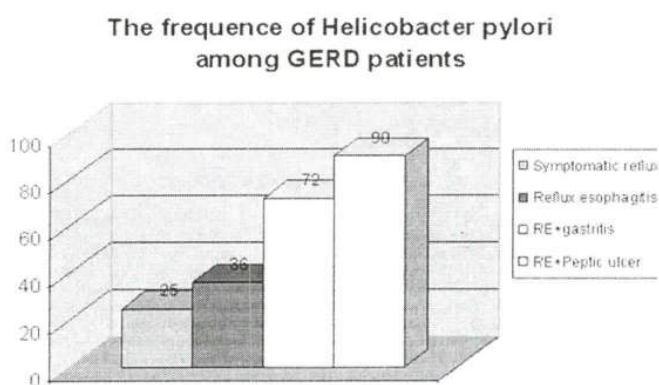
Гимза-Романовский x 100

ЭРДМИЙН БИЧИГ-IV

Нийт шархлаа өвчтэй хүмүүсийн 51.5%-д хатингаршил илэрсэн. Үүнээс 28.4%-д тархмал хатангиршилтай, 16.2%-д ходоодны нугалуурын салстад хатангиршил давамгайлсан, 7.0% их биеийн салстад хатингаршилтай байв ($\chi^2=64.68$, $p<0.0001$).

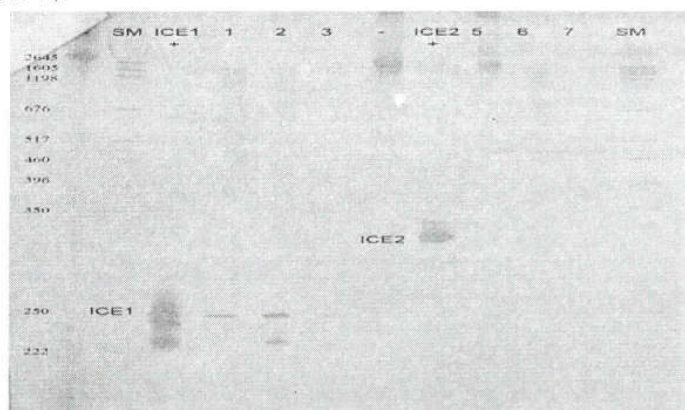
Эмгэг бүтцийн хүнд хэлбэрийн өөрчлөлт болох дисплазийн II, III зэрэг ходоодны шархлааны үед 17.5% тохиолдож байхад, дээд гэдэсний байрлалтай шархлаа өвчний үед ходоодны салстад 4.3% буюу 3.65 дахин цөөн тохиолдож байлаа ($p<0.001$). Ходоодны салстад илэрч байгаа эдгээр хүнд хэлбэрийн бүтцийн өөрчлөлт өвчтөний нас ба шархны талбайгаас хамааралгүй байв. ($\chi^2=64.68$, $p<0.0001$).

Европын *Helicobacter pylori*-ийн тохиролцоогоор ходоод-улаан хоолойн сөөргөөтэй хүмүүст протоны шахуурга-н бүлгийн эмийг хэрэглэхийн өмнө *Helicobacter pylori*-ийн сорил хийх ёстой гэж зөвлөсөн. Бидний судалгаанд хамрагдсан ходоод-улаан хоолойн сөөргөөтэй шинжлүүлэгчдийн 55.7%-д *Helicobacter pylori*-ийн халдвар илэрсэн. *Helicobacter pylori* Шинж тэмдгийн сөөргөө өвчин бүхий I бүлгийн хүмүүст 25%, улаан хоолойн сөөргөөт үрэвсэлтэй хүмүүст 36%, улаан хоолойн сөөргөөт үрэвсэл ходоодны үрэвсэлтэй хавсарсан өвчтөнүүдэд 72%, ходоод, дээд гэдэсний шархлаа өвчинтэй хавсарсан хүмүүст 90% илэрсэн (Зураг 6).



Зураг 6. Ходоод-улаан хоолойн сөөргөөтэй хүмүүст илэрсэн *Helicobacter pylori*-ийн халдварын тохиолдол

Ходоодны бижийн зовиур бүхий 50 хүний ходоодны эдийн дээжнээс *Helicobacter pylori* илэрсэн 36 тохиолдолд полимеразийн гинжин урвал явуулж *Helicobacter pylori*-ийн *ice A1*, *ice A2* аллель тодорхойлоход 6 тохиолдолд (16.7%) *ice A1* аллель илэрсэн бөгөөд *ice A2* аллель илрээгүй. *Ice A1* аллель архаг гастрит (3), ходоодны шархлаа (1), архаг шалбархайт гастрит (1) онош тавигдсан хүмүүст илэрсэн (Зураг 7).



Зураг 7. *Helicobacter pylori*-ийн *ice A1*, *ice A2* аллель тодорхойлсон үзүүлэлт

Дүгнэлт

1. Монгол орны өсвөр насныхан дунд *Helicobacter pylori*-ийн халдвар өндөр (63.5%) байгаа бөгөөд амьдралын нөхцөл муу гэр хороололд амьдардаг өсвөр насныхан илүү их (1.5 дахин

их) *Helicobacter pylori*-ийн халдвартай байгаа нь тогтоогдлоо.

2. *Helicobacter pylori*-ийн халдвар ходоодны салстад өнгөц үрэвсэл, шалбархай, шарх, хатангирт үрэвсэл, гэдэсжих метаплази, дисплази зэргийг үүсгэж, ходоод, дээд гэдэсний эмгэг үүсгэх шалтгаан эмгэг жамын нэг нөхцөл болдог нь тогтоогдлоо.

Ном зүй

1. Аруин Л.И., Капуллер Л.А., Исаков В.А. Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника. М.; 1998. 259-261;).
2. Бира Н. Клинико-морфологическая особенность *Helicobacter pylori* ассоциированного и неассоциированного хронического гастрита среди взрослых жителей г. Улаанбаатара. Дис. канд. мед. наук Казань, 2001. – 130 с.
3. Г.Отгонсүрэн “Хүүхдийн ходоод, дээд гэдэсний архаг үрэвслийн оношлогоо, эмчилгээг боловсронгуй болгох асуудалд” Анагаах ухааны боловсролын докторын зэрэг горилсон диссертаци Улаанбаатар, 2002.
4. Х.Оюунцэцэг, “Шархлаа өвчний оношлогоо, эмчилгээг боловсронгуй болгох асуудалд” Анагаах ухааны боловсролын докторын зэрэг горилсон диссертаци Улаанбаатар 2003. 120х.
5. Сэргэлэн О. Ходоод, дээд гэдэсний шархлаа өвчний хүндрэлийн мэс засал эмчилгээ” Анагаах ухааны шинжлэх ухааны докторын зэрэг горилсон диссертаци Улаанбаатар, 2003.
6. Н.Туул Влияние санитарно-гигиенических условий быта на распространенность инфекции *H.pylori* и особенности лечения *H.pylori*-ассоциированных заболеваний в Монголии. Автореф. дис....канд. мед. Наук. –Республика Казахстан Алматы 2002. 29с..
7. Хавдар судлалын төвийн мэдээ 2004
8. “Ходоодны өмөнгийн тулгамдсан асуудлууд” семинарын эмхэтгэл Улаанбаатар, 2004.
9. “Хоол боловсруулах замын эмгэгүүдийн Монгол дахь тархалт, ялган оношлогоо, эмчилгээ, эмгэг судлалын судалгаа” сэдэвт ЭМШУИС-ийн ХБЭСТ-ийн гүйцэтгэсэн ЭМЯ-ны төсөлт ажлын тайлан
10. Эрүүл мэндийн үзүүлэлтүүд 2003
11. B.Nazagdorj, T.Batsaikhan, J.Enkh-Amar. Morphologic spectrum of gastric tumors in Mongolia. Pathology research and practice 195/5 P. 285 Abstracts 83rd Meeting of the German society of Pathology 1999.
12. B.Nazagdorj, Kh.Ojuncceceg, J.Enkh-Amar, B.Mendbajar, M. Enkhtuwschin, N.Tuul Association of *Helicobacter pylori* infection with chronic gastritis and gastric cancer in Mongolia. Pathology research and practice 195/5 P. 284 Abstracts 83rd Meeting of the German society of Pathology 1999.
13. Fennerty M.B., Cutler A.F., Marshall B.J. et al. The treatment of *Helicobacter pylori*: // http://www.medscape.com/viewprogram/2477_pnt7 – 2003 Zephyr Med. Enterprises. P. 62.
14. Hunt R., Thomsen A. Canadian *Helicobacter pylori* consensus conference. Can. J Gastroenterol. -1998. -№12. -P. 31-41.

THE PREVALENCE OF *HELICOBACTER PYLORI* INFECTION AMONG TEENAGE POPULATION AND PATIENTS WITH UPPER GASTROINTESTINAL DISEASES IN MONGOLIA

N.Bira¹, Ts.Sarantuya¹, Kh.Ouyntsetseg¹, N.Tuul², G.Enkhdolgor¹,
B.Suvd³, S.Ganbold⁴, B.Tsengel², M.Odsuren¹

1. Department of Gastroenterology, 2. Health Sciences University-Department of Gastroenterology, 3. National Central Hospital Mongolia, 4. National Center of Forensic Investigation,

Aims

The purpose of this study was to assess of prevalence of *Helicobacter pylori* infection among the healthy adolescents and patients with chronic disease of upper gastrointestinal tract in Mongolia.

Methods:

This study involved comparatively healthy 200 adolescents (mean age 16.4, boys/girls 100/100), and 160 patients with chronic gastritis (mean age 41.2, F/M 84/76); 195 patients with gastroduodenal peptic ulcer (mean age of 38.5, F/M 78/117) and 172 patients with gastroesophageal reflux disease (mean age of 39.7, F/M 79/93), as well as samples of gastric biopsy tissue of 36 patients who had Hp-associated chronic gastritis.

Diagnosis of all the client was confirmed by clinical analysis and upper gastrointestinal endoscopy with serial tests of detection of *Helicobacter pylori*, such as the determination of IgG anti-*Helicobacter pylori*, biopsy ureasa test histological method. In the 36 case of presence of *H.pylori* was made Polymerase Chain Reaction for detection of genotype *ice A1* and *ice A2* of *H.pylori* alleles, also was realized polyacrylamid gel electrophoresis on DNA slice of 250 and 334 pair nucleotides.

Study result and discussion

63.5% of 200 comparatively healthy adolescents were diagnosed as they had infection of *Helicobacter pylori* without any dyspepsia and mucosal defects. Those who lived in the city the percentage of *Helicobacter pylori* infected was 78%, for those children who live in good living at apartments were infected 49%. It may be suspected that poor living condition is an influencing factor in getting infection of *Helicobacter pylori*, because most of (78%) adolescents from poor area had the infection. *Helicobacter pylori* infection causes gastric inflammation and is linked to the development of duodenal and gastric ulceration, gastric atrophy and gastric cancer. In our study 68.8% of total 160 patients with gastritis had a chronic gastritis type B, and 15.6% - chronic gastritis type C, 15.6% - combined type B+C. Gastritis type A had not determined. Histologically was confirmed 21.8% - superficial inflammation, 64.5% - active pangastritis, 38.2% - erosive gastritis, and 40% - atrophic gastritis. Notably, 56% of young and middle aged people had diffuse atrophic inflammation with intestinal metaplasia.

Aetopathogenesis of chronic gastritis was associated with *Helicobacter pylori* infection in 83.3%.

Among 195 patients confirmed 34.7% duodenal ulcer, 65.3% gastric ulcer. *Helicobacter pylori* infection was determined in 82.6% of patients with gastric ulcer, and 96.7% of patients with duodenal ulcer. Most of patients (51.5%) who suffered from gastric ulcer had atrophic changes. 28.4% of those patients had diffuse atrophic inflammation especially in the cardiac part (16.2%) and in the body (7.0%) of the gastric. Also morphologically, dysplasia of 2 and 3 grade were found in 17.5% of patients with gastric ulcer. Patients with duodenal ulcer had experienced this changes 3.65 times less than gastric ulcer patients ($p < 0.001$). There was not any correlation between severity of morphological changes and patient age or sex ($\chi^2 = 64.68$, $p < 0.0001$).

European *Helicobacter pylori* consensus recommended that patients with gastroesophageal reflux disease be tested and treated for *Helicobacter pylori* infection before undergoing chronic PPI treatment. In our study the detection of *Helicobacter pylori* infection was in 55.7% GERD patients, but the presence of bacterial invasion among those patients depends on related gastroduodenal pathology. Frequency of *Helicobacter* infection among GERD patients is represented as following: in patients with symptomatic gastroesophageal reflux - 25%, in patients with reflux esophagitis - 36%, in patients of reflux esophagitis, combined with gastritis - 72%, and in cases of reflux esophagitis with ulcer disease - 90%.

Helicobacter pylori is one of over 20 microorganisms for which complete sequences data are publicly available. During our study not found any case of *IceA1* and *IceA2* combination, also *IceA2* allele. Results of PSR exam show that 6 of 36 biopsy samples had *IceA1* allele.

Conclusion

The prevalence of *Helicobacter pylori* infection among healthy adolescents is high (63.5%) in Mongolia. *Helicobacter pylori* infection acquisition occurs primarily during childhood. The major risk factor for infection is the socioeconomic status of the family during childhood.

Helicobacter pylori infection is the main aetopathogenetic reason of many gastroduodenal alterations, including inflammation, ulcers, atrophy, metaplasia and dysplasia.

ГЭДЭСНИЙ ГАДНА ЦОРГО БҮХИЙ ШАРХНЫ ЭМЧИЛГЭЭНД ТУСГААРЛАГЧ ХАЛЬС ХЭРЭГЛЭСЭН ҮР ДҮНГЭЭС

С.Эрдэнэ¹, Н.Даваацэрэн¹, Б.Мөнхтогоо¹, Б.Нэргүй¹, П.Батчулуун²

1. ЭМШУИС, 2. УКТЭ

Хэвлийн хөндийн хагалгааны дараах гэдэсний гадна цорго хэлбэржээгүй үед нь тэр бүр мэс заслаар эмчлэх боломж хомс байдаг бөгөөд ялангуяа хагалгааны шарх задарсан, хэвлийд их хэмжээний наалдацтай үед хагалгаа хийх нь эрсдэлтэй байдаг. Идээт шарх задарч гэдэс ивэрч гарсан тохиолдолд гэдэсний гадна цорго элбэг үүсдэг.

Шархны эргэн тойрны арьс нь нойр булчирхай, гэдэсний шүүсний үйлчлэлээр амархан улайж үрэвсэн, хуурч гуужин 2-3 хоногийн дотор арьсны шархлаат үрэвсэл үүснэ. Шархны ирмэг бохир саарал өнгөрөөр хучигдсан, шархаар цоргоны амсар цухуйж гэдэсний агуулагдахуун байнга гарч арьсийг үрэвсүүлж байдаг.

Судалгааны ажлын зорилго

Задарч онгойсон хагалгааны идээт шархаа цэвэрлэж эмчлэхийн зэрэгцээ гэдэсний цоргоор гарч байгаа гэдэсний агуулагдахууныг багасгах, байнга соруулах, ил гарсан гэдсийг хатах, дахин цоорохоос сэргийлэх, шархны эргэн тойрны арьсыг арчилж хамгаалах, нойр булчирхай, гэдэсний шүүсэнд түлэгдэж үрэвссэн арьсийг эмчлэх аргыг сэдэж нэвтрүүлэх.

Судалгааны материал ба арга зүй

УКТЭ-ийн мэс заслын тасагт хагалгааны дараах гэдэсний гадна цоргын улмаас 1995-2004 онд хэвтэж эмчлүүлсэн 174 өвчтөнийг судалгаанд хамруулав.

Бид хагалгааны талбайд нааж тусгаарладаг зориулалт бүхий 50х50см-ийн хэмжээтэй наалдаг нимгэн хальсийг шархны эргэн тойрны арьсийг хамгаалах зорилгоор хагалгааны дараах гэдэсний гадна цорго бүхий 29 (16.6%) өвчтөнд, мөн зориуд үүсгэсэн гэдэсний гадна цорго (цекостоми, энтеростоми) бүхий 16 (9.1%) тохиолдолд шархны эргэн тойрны арьсийг хамгаалах эмчлэх зорилгоор уг нимгэн хальсийг хэрэглэв.

Өвчтөний хагалгааны задарсан шархны эргэн тойрныг сайтар цэвэрлэж хуурайлаад нимгэн наалддаг хальсныхаа голд шархаа таарахаар байрлуулан нягт, нямбай нааж шархныхаа харалдаа нимгэн халсаа 1-1,5см голчтой 2-3 цоолж түүгээрээ гэдэсний агуулагдахууныг байнга соруулж байв. Ингэснээр шархны эргэн тойрны арьс наалддаг нимгэн хальсаар бүрэн хамгаалагддаг учир арьс гэдэсний шүүсэнд түлэгдэж үрэвсэхгүй болсноор арьсийг арчлах, тослох ажил шаардагдахгүй болж арчилгаа сувилгааны ажил хөнгөрч, боолтын материал хэмнэгдэж байлаа. Нимгэн наалддаг хальс нь хагалгааны задарсан шархыг ч бүрж хучдаг, шархыг татаж байдаг учир шархаар ил гарсан гэдэсний гогцоо хатахгүй, гэдэс дахин цоорохгүй, шарх нэмж задрахгүй болдог. Задарсан шарх, гэдэсний гогцоо ил харагдахгүй болдог учир өвчтөний санаа сэтгэлд ч таатай нөлөө үзүүлж байв. Наалддаг нимгэн хальсийг дахин нааж болохоос гадна давхарлаж нааж болдог сайн талтай байв.

Дүгнэлт

Гэдэсний цорготой, хагалгааны задарсан шархны эргэн тойрны арьсийг хагалгааны талбай тусгаарлагч наалддаг нимгэн хальсаар нааж хамгаалах нь гэдэсний шүүсэнд арьс түлэгдэж үрэвсэхээс сэргийлэх, шархаар ил гарсан гэдэс хатаж дахин цоорохоос сэргийлэх үр дүнтэй арга болж байв.

ШАРКО-МАРИ-ТУТЫН ПОЛИНЕВРОПАТИ ӨВЧНИЙ ТОХИОЛДОЛ

Ж.Насанбат, Л.Энхсайхан /УКТЭ/

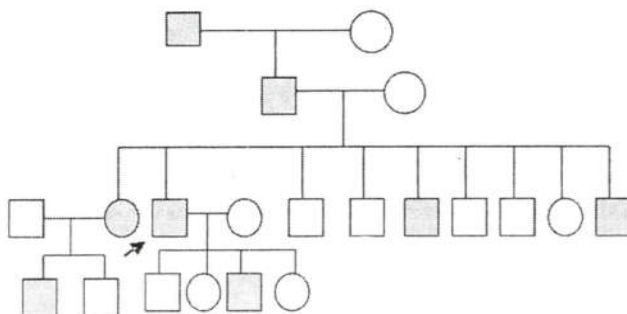
Удамшлын полиневропати нь гар, хөлийн хязгаарын хэсгийн булчин хатингартах, захын сул саагийн шинжээр илэрч цаашид даамжрах явц бүхий удамшлын өвчин. Аутосомын доминант хэв шинжээр удамшиж өрх бүлийн хэд хэдэн үеийг дамжин илэрдэг, ихэвчлэн 20-30 наснаас эхэлж, эр хүйс илүү өвчлөх хандлагатай.

ЭРДМИЙН БИЧИГ-IV

Захын мэдрэл, нугасны урд ёзоор, урд эврийн эсүүдэд хатингарал сөнөрлийн үзэгдэл явагдаж ихэвчлэн нугасны бүсэлхий, хүзүүний бүдүүрлийн урд эврийн хөдөлгөөний эсүүд эмгэг процесст өртдөг

Гар хөлийн биеэс хол хэсгийн булчингууд хатингаршиж “Хөмрүүлсэн лонхны шинж”, тахианы явдал буюу тамгалах алхаа, эрт үедээ боривны рефлекс, дараа нь өвдөг, шуу, сарвууны рефлекс буурч бадайрч өвдөх, өнгөц мэдрэхүй оймс бээлийний хам шинжээр буурч, хөдөлмөрийн чадвар алдагдуулна.

УКТЭ-ийн МСК-т хэвтэж эмчлэгдсэн нэгэн өрх гэр бүлийн үе дамжсан Шарко-Мари-Тут өвчний тохиолдлыг толилуулъя. Удмын зургийг дорх зураг 1-д үзүүлэв.



Зураг 1. Өвчтөн Ц.Д-ийн удмын зураг

Өвчтөн Ц.Д, 46 нас, эр Говь-Алтай аймгийн харъяат. Одоо группт. 1955 онд төрсөн, 4 хүүхэдтэй.

Асуумжаар: 32-33 наснаас юм өргөж даахаа больсон, хоол идэж амарсны дараа арай сайжирдаг. 1994 оноос гар, хөлийн үзүүр хэсгээр хатингаршиж эхэлсэн. 1996 оноос хөл суларч нэг жилийн дараа дөрвөн мөч сул хүйт оргиж, бадайрч өвдөн, тавхай унжсан, юм зажлахад хэцүү байна.

Үзлэгээр: Шанаа хацрын булчин хатингартсан, том юм залгихад муу, шингэн зүйл ууна, зөөлөн тагнайн агшилт сулавтар, хэл голоор. Гарын шуу, сарвууны булчин хатингартсан, хүч уг хэсгээр 3,5 балл, үзүүр хэсэгт 2 балл. Хөлд угийн хэсэгт 3 балл, үзүүр хэсгээр 1 балл, тавхай, шилбэ, гуяны булчин хатингартсан, тавхай унжсан, гар хөлийн биеэс холдох хэсгийн булчингууд хатингаршиж “Хөмрүүлсэн лонхны шинж” тахианы явдал буюу тамгалах алхаа, өнгөц мэдрэхүй гар хөлд оймс бээлий хэлбэрээр алдагдсан мэдрэхүйн тэнцвэргүйдэлтэй байв.

Өвчтөнд булчингийн эдийн болон ЭНМГ-ийн шинжилгээгээр онош батлагдсан.

Түүний эгч Ц.Н 48 настай, 1953 онд Говь-Алтайд төрсөн 2 хүүхэдтэй.

Асуумжаар: 38-39 насанд юм барихад алдах, явж байгаад бүдрэх болсон. 2-3 жилийн дараа гар хөлийн үзүүр хэсэг түрж эхэлсэн, одоо дөрвөн мөч сул, зүрх болон үеэр хатгуулж өвдөнө.

Мэдрэлийн үзлэгт: Х/х хэлбэр зөв дугуй жигд, зөөлөн тагнайн агшилт сул, дуу хоолой гүншаадуу, дөрвөн мөчний тонус сул хүч угт 4 балл үзүүрт 3 балл байв. Шөрмөсний рефлекс буурсан, өнгөц мэдрэхүй оймс бээлий хэлбэрээр буурсан байв.

Н-ийн хүү П.Ө 23 нас эр

Асуумжаар: Үе үе чадал муудан өвдгөөр өвдөн явдал өөрчлөгдсөн. 3-н жилийн өмнөөс дээрхи зовиур илэрч нэг жилийн урд дөрвөн мөч үзүүр хэсгээр турсан.

Мэдрэлийн үзлэгт: Мөчдийн үзүүр хэсгийн булчин хатингаршиж эхэлсэн, хүч 4 балл мэдрэхүй үзүүр хэсгээр үл мэдэг буурсан.

Дүгнэлт: Энэ тохиолдолд өвчтөн Ц.Д-ийн удамд дөрвөн үе дамжиж нийт 8 хүн өвчилснөөс 7 нь эрэгтэй, 1 нь эмэгтэй хүн байлаа. Өвчтэй 8 хүнд захын сул саа, олон мэдрэл гэмтлийн хэв шинж бүхий полтневропати янз бүрийн зэргээр илэрсэн байна. Өвчтөн Ц.Д-д булчингийн эдийн болон ЭНМГ-ийн шинжилгээгээр онош батлагдсан.

НОЙР БУЛЧИРХАЙН УЙЛАНХАЙН МЭС ЗАСЛЫН АСУУДАЛ

Б.Төмөрбаатар¹, С.Эрдэнэ², С.Ганболд¹

1. УКТЭ, 2. ЭМШУИС

Нойр булчирхайн голомтот эмгэг сүүлийн жилүүдэд ихсэх хандлагатай байгаа бөгөөд нойр булчирхайн цочмог үрэвсэл, гэмтэл гол шалтгаан болж байгаа бөгөөд, төрөлхийн уйланхай мөн голлох байр эзэлж байна.

Нойр булчирхайн голомтот эмгэгийн дотроос II байранд ордог эмгэг нь нойр булчирхайн уйланхай бөгөөд ихэвчлэн шимэгчийн бус уйланхай тохиолдож байна.

Зорилго:

Нойр булчирхайн голомтот эмгэгийн нэг болох уйланхайн үед хийгдэх төгс хагалгааны хэлбэрийг тодруулах

Судалгааны материал ба арга зүй:

Бид УКТЭ-ийн мэс заслын тасагт 1993-2003 онд нойр булчирхайн голомтот эмгэгийн улмаас хэвтэн эмчлүүлсэн 87 өвчтөнд судалгааг хийлээ. Дээрх 87 тохиолдлоос нойр булчирхайн янз бүрийн байрлалтай хавдар 38 (43.68%), уйланхай 22 (25.26%) үүнээс нойр булчирхайн толгойн бэтэг 1 (1.14%), цисто-аденом 2 (2.28%) бусад эмгэг 27(31.03%) байлаа.

Нойр булчирхайн уйланхайг шалтгаанаар нь:

- Төрөлхийн уйланхай
- Нойр булчирхайн цочмог үрэвслийн дараах уйланхай
- Хэвлийн хөндийн гэмтлийн дараах уйланхай гэж ангилж үзэж болохоор байна.

Нойр булчирхайн уйланхайн байрлалын хувьд бидний судалсан тохиолдолд толгой хэсгийнх 4 (18.18%), их бие хэсгийнх 11 (50.0%), сүүл хэсэгт байрласан 7 (31.81%) тохиолдол байна.

Нойр булчирхайн уйланхайн төгс хагалгаанд уйланхайг энокуляци хийж авах, уйланхайг нойр булчирхайн эдтэй тайрч авах, уйланхайд ходоод, дээрх гэдэс, нарийн гэдэс залгах мэс ажилбарууд орно.

Төгс бус хагалгаанд нойр булчирхайн уйланхайд гуурс тавьж гадагшлуулах мэс ажилбар ордог бөгөөд байрлуулсан гуурс сугарч унадаг, уйланхайн хөндий идээлдэг сул тал ажиглагдсан бөгөөд энэ аргыг цаашид хэрэглэх эсэх талаар эрдэмтэн профессорууд, мэс заслын эмч та бүгдийн үнэтэй санал бидэнд зайлшгүй чухал хэрэгтэй байгааг анхаарч саналаа өгнө үү.

Бид уйланхайг нойр булчирхайн эдтэй тайрч авах ажилбарыг уйланхай их бие болон сүүл хэсэгт байрласан жижгэвтэр (3-5см) хэмжээтэй уйланхайн үед хэрэглэсэн бөгөөд харин уйланхайд гэдэс залгах ажилбарыг нойр булчирхайн толгой хэсэгт байрласан том хэмжээний (6см-ээс дээш) уйланхайн үед хэрэглэж байв. Учир нь том уйланхай зэргэлдээх эрхтнээ шахаж, орчны эдтэйгээ наалдац үүсгэсэн байдаг учир уг аргыг сонгосон юм.

Бид дээрх 22 тохиолдлын 15 (68.18%)-д нь буюу нойр булчирхайн их бие, сүүл хэсэгт байрласан уйланхайг нойр булчирхайн эдтэй тайрч авах хагалгааг хийлээ.

Толгой хэсэгт байрласан 4 (18.18%) тохиолдлын 1-д нь уйланхайд дээрх гэдсийг хажуу хажуугаар залгах, 3 (15.75%)-д нь нарийн гэдэсний гогцоог "У" хэлбэрээр залгах мэс ажилбарыг хийлээ.

Бид дараах нөхцлүүдийг хангасны үндсэн дээр хагалгаа амжилттай болж байв. Үүнд:

- Өвчтөнийг нарийн шинжлэх (өвчний явц, үе шат, эмгэг голомтын байрлалыг нарийн тодорхойлох, үүний тулд шинжилгээнд орчин үеийн багажит шинжилгээ болох ЭХО, КТГ зэргийг бүрэн ашиглах)
- Өвчтөний биеийн байдлыг зөв үнэлэх (нас, өвчний явц, бусад эрхтэн тогтолцооны байдал)
- Хагалгааны зүслэг, хүршийг зөв сонгох (хүрэлцээтэй, чөлөөтэй байх, хэвлийн дээд хөндлөн зүслэгийг хэрэглэх)
- Залгалт хийх оёдлын утасны чанарт анхаарч зөв сонголт хийж бэлдэх

- Нойр булчирхайгаас гарах цус, ферментийг сайтар тогтоох
- Хэвлийд гуурсыг зөв байрлуулах, гуурсыг зөв сонгох (цус алдах, залгаасны оёдол ханзрах, сулрахад гарах зүйлийг гадагшлуулах, гуурсанд холгогдож цорго үүсэх) нь хагалгааны үр дүнд сайнаар нөлөөлж байв.

Бидний хийсэн дээрх мэс ажилбарууд амжилттай болж хагалгааны дараа хүндрэл гараагүй бөгөөд хагалгааны дараах алсын үр дүн сайн байгаа нь судлаачдынхтай тохирч байв.

Дүгнэлт

- Нойр булчирхайн цочмог үрэвсэл, гэмтлийн дараа үүссэн уйланхай сүүлийн жилүүдэд нэмэгдэж байна
- Нойр булчирхайн их бие, сүүл хэсэгт байрласан уйланхайг тайрч авах нь мэс заслын төгс арга болж байна
- Нойр булчирхайн толгой хэсэгт уйланхай байрласан үед уйланхайд нарийн гэдэс, дээрх гэдэс залгах хагалгаа нь төгс аргын нэг болж байна

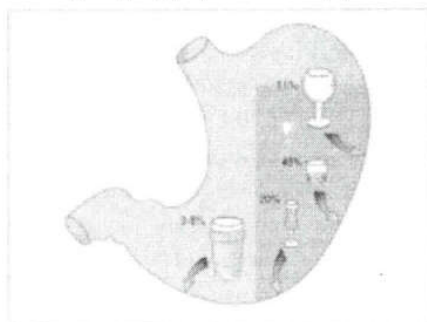
ЭТАНОЛЫН БИЕМАХБОДИД ҮЗҮҮЛЭХ ХОРТ НӨЛӨӨЛӨЛ

Б.Батболд /УКТЭ/

Алкогол /этанол/ бол нэгэн төрлийн мансууруулагч бодис юм. Энэ нь жижиг молекулт усанд уусамтгай нэгдэл бөгөөд ходоодноос харьцангуй удаавтар шимэгддэг боловч нарийн гэдэсээр хурдтай шимэгдэн бүх биеэр чөлөөтэй тархдаг. Алкоголын төрлийн ундаанууд биед энергийн маш том эх үүсгэвэр болдог жишээ нь зургаан кружка пиво нь 500 kcal, хагас литр виски 1650 kcal. Дундаж ачаалалтай ажилладаг эрэгтэй хүнд өдөрт 3000 kcal, эмэгтэй 2200 kcal энерги хэрэгтэй.

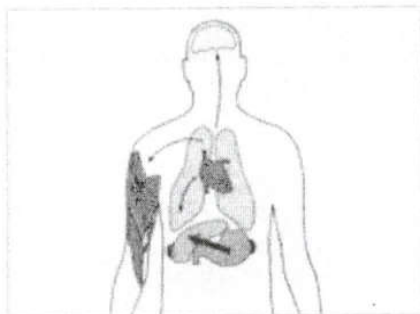
Шимэгдэлт

Алкоголын шимэгдэлтийн хэмжээ нилээд хэдэн хүчин зүйлээс шалтгаалдаг. Жишээ нь өлөн ходоодон дээр алкоголь хэрэглэвэл маш хурдан шимэгдэх бөгөөд алкогольн цусан дахь концентраци шууд 20-30% хүрдэг. Тэгэхлээр алкогольг (архийг) төрөл бүрийн дарсыг хольж уувал цусан дахь алкогольн хэмжээ концентраци пивотой ууснаас (пивотой уухад 3-8% нэмэгддэг) 20%-р илүүтэй хурдан нэмэгддэг, харин 40% архи ходоодны хоосролтыг удаашруулан шимэгдэлтийн хурдыг бууруулдаг. Алкоголыг хийжүүлсэн ундаанууд жишээ нь карбон диоксид-ээр, виски - сода, шампансктай уувал биед шимэгдэлт хурдасдаг. Хоол хүнс ялангуяа нүүрс усны төрлүүд, шимэгдэлтийг харьцангуй удаашруулан, цусанд орох хугацаа удаашран, концентраци нь өлөн ходоодонд орсоноос 4 дахин багасдаг талтай.



Архины шимэгдэлтийн хэмжээ алкогольн хатуурлаас яаж хамаарахыг харуулбал

Алкогол биеийн ус байгаа газар болгонд жигд тархдаг, иймд бараг бүх эдүүдэд зүрх, тархи, болон булчин зэрэгт алкоголь нь ижил хэмжээнд концентрацитай хүрч очдог. Элэг нь онцгой илүүтэйгээр хүлээн авдаг. Учир нь ходоод гэдэснээс гарсан бүх судас портал венээр дамжин бүх цусыг элгэнд шууд хүргэдэгтэй холбоотой. Цусан хангамжаар маш баялаг тархи болон уушигнаас бусад эрхтэнд алкоголь харьцангуй удаан нэвтэрдэг.

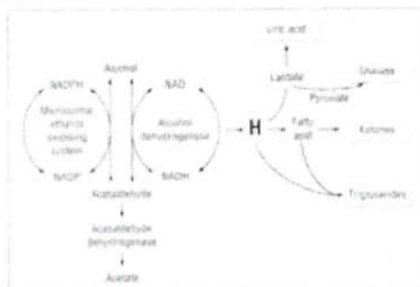


Ихэнх эд эрхтэн алкоголыг цусанд ямар хэмжээтэй байна тэр хэмжээнд нь хүлээн авдаг.

Бусад нөлөөллүүд

Алкогол өөх тосонд маш муу уусамтгай учир тун бага хэмжээтэйгээр өөхөнд нэвчин ордог. Тэрч байтугай биеийн жинд нь адил тохирсон хэмжээнд хэрэглэсэн ч эмэгтэйчүүдэд цусанд болон эд эсэд илүү өндөр концентрацитай байдаг учир нь тэд эрэгтэйчүүдийг бодоход арьсан дорхи өөхлөг ихтэй боловч эргэлдэх цусны хэмжээ нь харьцангуй бага байдагтай холбоотой. Мөн эмэгтэйчүүдэд ходоодны алкоголь задлагч алкоголь дегидрогеназес-ийн хэмжээ эрэгтэйчүүдийг бодвол харьцангуй бага байдаг учир алкоголь шимэгдэхээсээ өмнө ходоодонд метабелизмд орж задрах нь муу байдаг. Алкогол нь жирэмсэн эхэд ихэсийг амархан дамжин давж урагт очдог бөгөөд эргээд эхийн бодисын солилцоогоор л гадагшилдаг.

Цусан дахь алкоголын хэмжээ концентраци нь хүйс, биеийн хэлбэр хэмжээ, сарын юмны эргэлт (пременструаль болон овуляцын үед өндөр байх жишээтэй), урьд нь алкоголь хэрэглэсэн байдал, хугацаа, ямар алкоголь, цаг агаар, хэрэглэсэн хоол хүнсний байдал, эм жишээ нь циметидин (энэ нь ходоодны алкоголь дегидрогеназе-г ингибици хийдэг) антигистамин, фенотиазин, метоклопрамид (ходоодыг хурдан суллан шимэгдэлтийг нэмэгдүүлдэг) зэрэг олон хүчин зүйлээс хамаардаг нь ойлгомжтой.



Этанолын солилцоо

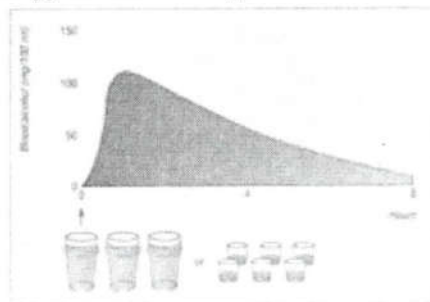
Алкоголын метабелизм

Алкоголын 90% илүү нь элэгээр боловсруулагддаг, 2-5% нь шээс, хөлс, амьсгалын замаар ялгардаг. Алкоголын солилцоо нь эхний шатанд алкоголь дегидрогеназиз-н н°л°гөөр исэлдэлтэнд доод тал нь дөрвөн төрөл изоэнзим байдаг энэ нь бусад хавсарсан хүчнүүдийн хам нөлөөлөлөөр ацеталдегид (acetaldehyde) болдог. Ацеталдегид нь маш өндөр урвалж, хоруу чанартай бүтэц, энэ нь цаашид эрүүл хүмүүст альдегид дегидрогеназизын нөлөөлөлд хурдан исэлдэж хоргүй ацетат болдог.

Нилээд хэдэн төрлийн алдегид дегидрогеназе изоэнзимууд байдаг, зарим изоэнзим нь Япончуудын 50%-д нь магадгүй Азийн бусад хүмүүст байхгүй дутагдалтай байдаг. Алдегид дегидрогеназе изоэнзимууд дутагдалтай буюу байхгүй хүмүүст толгой өвдөх, бие сулрах, улайх, зүрх дэлсэх зэрэг тааламжгүй шинж тэмдэг илүүтэй илэрдэг бөгөөд энэ нь биед ацеталдегид ихэссэнээс болдог. Хэвийн солилцоо, эргэлтэй үед ацетат нь элэг болон зах хязгаарын эдүүдэд исэлдэн карбон диоксид болон ус болон задардаг.

Өлөн ходоодонд алкоголь хэрэглэхэд уусан хэмжээнээс шалтгаалан ойролцоогоор нэг

цагийн дараа цусанд дээд хэмжээндээ хүрээд дараа нь аажимдаа хэдэн цагийн турш буурч ирдэг. Алкоголь нь цуснаас 3.3 mmol/цаг ($15 \text{ mg/100 ml/цагт}$) хурдтай зайлуулагддаг, гэвч энэ нь хүн бүрт янз бүр бөгөөд хольж уусан алкоголь түүний хэмжээ болон нөхцөлүүдээс хамаардаг.

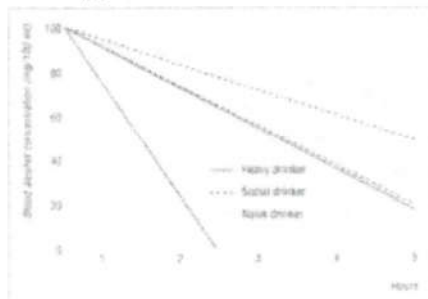


Ойролцоогоор зургаан рюмка буюу 48 гр алкоголь хэрэглэсний дараа цусан дахь алкоглын хэмжээ

Гурван кружка пиво буюу гурван рюмка виски {double whiskies=(30ml)x3} хэрэглэсэн эрүүл хүнд цусан дахь хэмжээ нь 4.4 mmol (20 mg/100 ml), болж улмаар цаашид аажимдаа буурдаг боловч тодорхойлогдож болохуйц хэмжээ нь хэдэн цагаар үргэлжилдэг байна. Иймд орой нилээд уусан алкоголь нь өглөөдөө хэвийн үйл ажиллагааг алдагдуулахаар хэмжээнд байж болно. Алкоголийг хэтрүүлэн их хэрэглэснээр бодисын солилцооны хэт ачаалалд ордог жишээ нь хагас шил виски уухад 500 гр аспирин буюу 1,2 кг тетрациклин хэрэглэсэнтэй адил ачаалал авдаг байна.

Архичин

Архичин хүмүүст илүүдэл алкоголь хэрэглэх болон "архи даалт" нь хоёр шалтгаантай. Нэгдүгээрт ердийн бодисын солилцоо нэмэгдэн цусан дахь ацетатын хэмжээ нэмэгдсэн байдаг. Хоёрдугаарт микросомын этанолийг исэлдүүлэх систем оролцдог энэ нь цитохром P450 –тай хамааралтай бөгөөд энэ систем нь хэвийн үед эсийн метаболизм болон бусад кофакторт үүрэг гүйцэтгэдэг. Энэ процессыг энзим татан оролцуулалт гэдэг бөгөөд энэ нь элгээр солилцоонд ордог зарим эмүүд болон тамхи татахад илэрч оролцдог үзэгдэл.



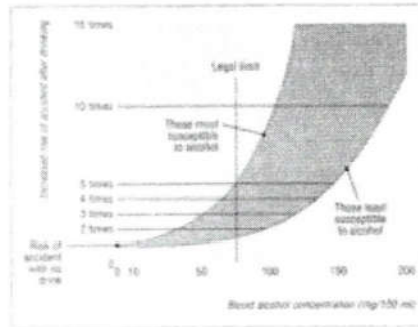
Цусан дахь архины бууралтын хэмжээ архичин болон ердийн хэрэглэгчдэд. Хоёр шугам нь тухайн бүлгийн доторхи хэт болон гайгүй гэсэн ангилалын ялгаа

Дээрхи хоёр шалтгааны улмаас чөлөөт устөрөгчийн ионууд нэгдэх болон чөлөөлөгдөх нь хэд хэдэн ялгаатай эмгэг замаар явагдснаар гажуудлын байдалд ордог. Зарим бодисын солилцооны гажуудал нь клиник дараалалтай байдаг: элэгний глюконеогенез нь дарангуйлагдаж, цитрик хүчлийн эргэлт буурч өөхний хүчлийн исэлдэлт алдагддаг. Глюкозын үйлдвэрлэл буурснаар гипогликеми болох талтай мөн сүүний хүчил ихэсснээр бөөрөөр шээсний хүчлийн ялгаралтыг хориг хийдэг бөгөөд өөхний хүчлүүдийн хуримтлал нэмэгдснээр кетонууд болон липидууд болж хувирдаг.

Зан төрхөд нөлөөлөх

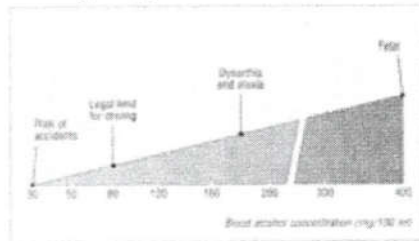
Алкоголь бол тайвшруулах болон бага зэргийн анестетик үйлчлэлтэй. Энэ нь тархины допамин болон серотонин мэтийн нейро дамжуулагчдыг идэвхжүүлэн улмаар баясал хөөрлийн төвийг сэдээдэг. Алкоголь нь сайн сайхан байгаа мэдрэмж, сэтгэл тайвшралыг үүсгэж,

өөрийн шүүмжлэлийг арилган сэтгэл хөөрлийн байдалд оруулдаг. Эдгээр мэдрэмжүүдийг дагалдаад магадгүй гипоталамус цочроогдсон болон симпатомиметик аминууд, питутари-адренал гормонуудын ялгаралт нэмэгдснээр физиологын өөрчлөлтүүд болох улайх, хөлрөх, зүрх дэлсэх, даралт ихсэх зэрэг шинжүүд илэрдэг. Бөөрөөр шээсний ялгаралт нэмэгддэг нь зөвхөн шингэн ууснаас биш бөгөөд алкохолын өөрийн нь осмотик үйлчлэл болон антидиуретик гормоныг ингибици хийдэгтэй нь холбоотой.



Зан төрхөд алкохолын нөлөөлөл

Нэмэгдүүлсэн хэт хэрэглэлт нь хордлогыг үүсгэдэг бөгөөд энэ нь хэрэглэсэн хэмжээ болон урьд нь хэрэглэж дассан байдлаас нилээд хамаардаг. Хэдийгээр цусан дахь алкохол 6.5 mmol/l (30 mg/100 ml) орчим хэмжээнд харьцангуй бага байлаа ч тохиолдолын санамсаргүй хөнөөл, эрүүл байснаас илүүтэй тохиолддог, тэгээд ч хувийн дасгалжилт, нөхцөлд уян хатан хандах чадвар зэрэг нь нөлөөтөй. Туршилтын судалгаагаар автобусны жолоочын цусанд алкохол 10.9 mmol/l (50 mg/100 ml) хэмжээтэй байхад түүний машин нэвтэрч гарахад хэт нарийдах гарцаар гарч болно гэж бодож байв. Өнөөдөр Англи улсад цусанд байж болох алкохолын дээд хэмжээ 17.4 mmol/l (80 mg/100 ml) бөгөөд энэ хэмжээнд аваар осол гаргах риск 2 дахин, харин 34.7 mmol/l (160 mg/100 ml) болоход 10 дахин нэмэгддэг байна.



Цусан дахь алкохолын хэмжээний байдлаас болон гарч болох хүндрэлүүд

Цусанд алкохолын хэмжээ 21.7 mmol/l (100 mg/100 ml) дээш болоход чалчаа олон үгтэй, хөөрцөглөсөн эсвэл түрэмгий харгис болдог бөгөөд магадгүй ууж чадахаа больж нойрмог байдалд шилждэг. Архидалтын дараах шинжүүдэд “шартах”, нойргүйдэл, шөнө шээс алдах, бие сулралт, бөөлжис цутгах, толгой өвдөх зэрэг шинжүүд илэрдэг.

Хэрэв үргэлжлүүлэн ууж 21.7 mmol/l (100 mg/100 ml) орчим болоход хэл ам орооцолдон яриа ойлгомжгүй болон тэнцвэр тогтворгүй болж ухаан мэдрэлээ алдаж болно. Цусан дахь хэмжээ 86.8 mmol/l (400 mg/100 ml) орчим болбол үхлийн тун бөгөөд ховдолын чичрэлт, амьсгалын дутагдал илрэх эсвэл бөөлжсөндөө хахах (энэ нь голдуу архийг эмтэй хамт хэрэглэсэн үед гардаг) хүндрэл тохиолддог байна.

**УКТЭ-ИЙН НҮДНИЙ ТАСАГТ СҮҮЛИЙН 7 ЖИЛД
ХЭВТЭН ЭМЧЛҮҮЛЭГСЭДИЙН ӨВЧЛӨЛИЙН
БАЙДАЛД ХИЙСЭН СУДАЛГАА**

С.Ганзоригт, Д.Лхавгадолгор, Б.Жавзандулам, П.Бүрэнжаргал /УКТЭ/

Судалгааны үндэслэл

Сүүлийн жилүүдэд тус тасагт хэвтэн эмчлүүлэгсэдийн өвчлөлийн байдалд хийсэн судалгаа байхгүй, хэвтэн эмчлүүлэх өвчтөн их, орны хүлээгдэлтэй тул стационарт эмчлүүлэгсэдийн сонголт, аль эмгэг илүү өвчлөлтэй буй, мэс засал эмчилгээний хувийг гаргах шаардлагатай байлаа.

Зорилго

Нүдний тасагт хэвтэн эмчлүүлэгсэдийн өвчлөлийн байдалд дүгнэлт хийх

Судалгааны аргачлал

Судалгааг 1998-2004 онд УКТЭ-ийн Нүдний тасагт хэвтэн эмчлүүлсэн 7999 өвчтөний түүхэнд тулгуурлан retrospective аргаар хийсэн.

Үр дүн

1998 оны өвчлөлийн байдалыг 2004 оны өвчлөлтэй харьцуулан судлахад :

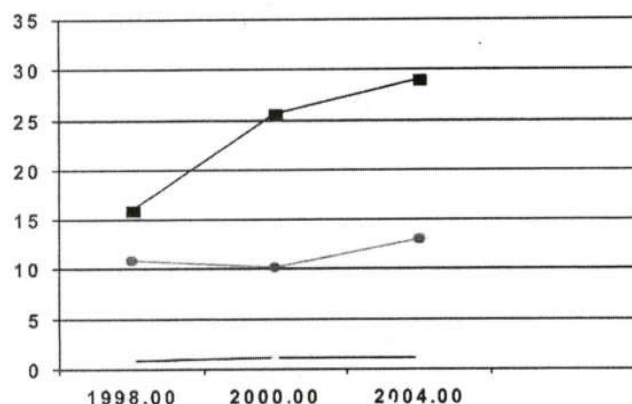
1998 онд тус тасагт 802 өвчтөн хэвтэн эмчлүүлсэний 30,8 % /247 өвчтөн/ болорын, 16 % /128/ глаукомын, 10,9 % /87/ гэмтэл, 8,6 % /69/ зовхи салстын, 8,2 % /66/ эвэрлэгийн эмгэг, 7,6 % /61/ нулимасны хүүдийн үрэвсэл, 6,5 % /52/ торлог шилэнцэрийн эмгэг, 5,7 % /48/ алимьн үрэвсэл, 3,1 % /25/бусад эмгэг, 0,9 % /7/ нөхөн сэргээх, 0,5 % /4/ хавдрын мэс засал эмчилгээ хийгджээ.

2004 онд өвчлөлийн байдал өөрчлөгдөн 29,7 % катаракт, 29,1 % глауком, 13% гэмтэл, 6,7 % эвэрлэгийн эмгэг, 5,4 % нулимасын хүүдийн үрэвсэл, 4,2 % торлог шилэнцэр, 3,7 % алимьн үрэвсэл, 3,5 % зовхи салст, 2 % бусад эмгэг, 0,9 % харааны мэдрэл, 1,2 % нөхөн сэргээх, 0,5 % хавдар болсон байна.

Хот ба хөдөөгийн хэвтэн эмчлүүлэгсэдийн байдлыг авч үзвэл 1;1 харьцаатай байлаа.

Хүснэгт №1 Сүүлийн 7 жилийн өвчлөлийн байдал

	1998		1999		2000		2001		2002		2003-2004	
	Өвчтөн	Хувь %	Өвчтөн	Хувь %	Өвчтөн	Хувь %	Өвчтөн	Хувь %	Өвчтөн	Хувь %	Өвчтөн	Хувь %
Катаракт	247	30.8	318	28.9	421	33.9	459	41.7	380	38.3	823	29.7
Глауком	128	16	268	24.4	317	25.6	267	24.3	216	21.8	806	29.1
Торлог шилэнцэр	52	6.5	45	4.1	53	4.3	40	3.6	46	4.6	115	4.2
Нулимасын зам	61	7.6	74	6.7	100	8	75	6.8	90	9.1	150	5.4
Эвэрлэгийн эмгэг	66	1.5	42	3.8	81	6.5	61	5.5	54	5.5	184	6.7
Зовхи салст	69	5.1	44	4	16	1.3	27	2.5	24	2.4	96	3.5
Судаслаг	46	2	58	5.3	43	3.5	7	0.6	29	2.9	103	3.7
Харааны мэдрэл	10	1.2	29	2.6	2	2.1	10	0.9	5	0.5	25	0.9
Хавдар	4	0.5	9	0.8	6	0.5	8	0.7	8	0.8	13	0.5
Бусад	25	3.1	42	3.8	38	3	31	2.8	23	2.3	56	2
Гэмтэл	87	10.9	160	14.6	126	10.2	100		105	10.6	362	1
Нөхөн сэргээх	7	0.9	10	0.9	13	1.1	14	1.3	11	1.1	34	1.2
Бүгд	802		1099		1240		1100		991		2767	



Дүгнэлт

1. Өвчлөлийн дараалал адил боловч эзлэх хувь өөрчлөгдөж глауком 13.1 %, гэмтэл 2,1 %, нөхөн сэргээх мэс заслын хувь 0.3 % болж ихэссэн байна.
2. Нийт хэвтэн эмчлүүлэгсэдийн зовхи салстын үрэвсэл 5.1 %, эвэрлэгийн эмгэг 1.5 %, алимьн үрэвслийн эмгэг 2 % болж 1.5-5.1 %-иар буурсан нь амбулаториор эмчлүүлэгсэдийн эмийн эмчилгээний үйлчилгээ ихэссэн гэдэг дүгнэлт хийж байна.
3. Манай орны нийгэм, эдийн засгийн байдалтай уялдан холбогдож нүдний алимьн гэмтэл түүний мэс заслын тоо нэмэгдсэн нь харагдаж байна. Үүнтэй холбоотой нөхөн сэргээх мэс заслын хувь өсч байна.

Summari

1. Prevalence of glaucoma 13.1%, trauma 2.1% and reconstractive surgery 0.3% was increased.
2. Desreasing of prevalences of conjunctivitis (5.1%)keratitis (1.5%) endophthalmitis (2%), (All together decreased on 1.5-5.1%) shows effect of medical treatment of outpatient.

The number of reconstructive surgery was increased. Я

ШҮҮДЭСТ ГЯЛТАНТАСЫГ ХЭТ АВИАГААР ОНОШЛОХ НЬ

Х.Солонго, Б.Туяа, В.Дэлгэрмаа /УКТЭ/

Нэг. Судалгааны үндэслэл:

УСК-т шүүдэст гялтантас оношоор эмчлүүлэгсдийн дунд шингэн уутлагдах, бага хэмжээний шингэнхуримтлагдах нь цөөнгүй тохиолддог тул өвчтөний эрүүлмэндэд сөрөг нөлөөгүй, оношлогоо-эмчилгээний тактикийг сонгоход хялбар хэт авиан шинжилгээг хэрэглэх нь тохиромжтой байна.

Хоёр. Зорилго:

Хэт авиан шинжилгээг ашиглах нь өвчтөний эрүүл мэндэд хор нөлөөгүй, эдийн засгийн хувьд хямд, овор багатай, оношлогоо, эмчилгээ хийхэд хялбар учраас уушигны практикт нэвтрүүлэхэд судалгааны зорилго оршино.

Гурав. Судалгааны аргачлал

УКТЭ-гийн УСК-т 2005 онд шүүдэст гялтантас оноштой 54 өвчтөнөөс бага хэмжээний болон уутлагдсан шингэнтэй 26 өвчтөнд хэт авиан шинжилгээний аргыг хэрэглэв.

Манай тасаг хэт авиан шинжилгээг шүүдэст гялтантасын оношлогоонд хэрэглэж эхлээд удаагүй байгаа боловч уг шинжилгээний давуу талууд өдөр тутмын практикт ач холбогдлоо өгч байна.

Улсын клиникийн төв эмнэлгийн уушиг судлалын клиникийн дүн бүртгэлийн мэдээгээр тус тасагт хэвтэн эмчлүүлэгсдийн 5-7% нь шүүдэст гялтантас оношоор эмчлүүлдэг.

Уг өвчний эмчилгээний зайлшгүй нэг хэсэг болох гялтангийн хөндийн хатгалтыг хийхэд өнөөг хүртэл рентген харалтын шинжилгээ тэргүүн зэргийн ач холбогдолтой байсан билээ.

Үг шинжилгээний сөрөг талууд нь:

1. Эмчилгээний явцад дунджаар 2-4 удаа хяналтын рентген харалт хийдэг тул өвчтөн туяаны ачаалал их авдаг.
2. Гялтангийн хальсыг хатгах ажилбарыг рентген хяналтанд гүйцэтгэх шаардлагатай тохиолдолд өвчтөн, эмч, сувилагч нар туяаны хэт ачаалал авдаг.
3. Гялтангийн хөндийд 300мл-ээс дээш шингэн хуримтлагдсан тохиолдолд л энгийн рентген харалтаар оношлох боломжтой байдаг.

Орчин үеийн анагаах ухааны чиглэл нь өвчтний эрүүл мэндэд хоргүй оношлогооны болон эмчилгээний аргуудыг сонгох, нэвтрүүлэхэд чиглэгдэж байгаатай уялдан бид гялтангийн хатгалтын цэгийг хэт авиан шинжилгээгээр авах болсон нь хэд хэдэн давуу талуудтай байна.

1. Өвчтөнд ямар ч сөрөг нөлөөгүйгээр эмчилгээг хянах харалтыг олон удаа хийх болон шаардлагатай тохиолдолд гялтангийн хатгалтыг хэт авианы хяналтан дор хийх боломжтой.
2. Хэт авиан шинжилгээгээр 50мл-ээс дээш шингэнийг тодорхойлох боломжтой байдаг тул бага хэмжээний шингэн, уутлагдсан шингэний байршлыг тогтооно. Мөн байрлалын гүнийг тодорхой заадаг тул хатгалтын гүнийг болон зүүний чиглэлийг сонгоход ач холбогдолтой.
3. Шингэний нягтрал фибринжилтыг тодорхойлж өгдөг нь эмчилгээний тактикийг сонгоход ач холбогдлоо өгч байна.
4. Эдийн засгийн хувьд рентген харалтаас хямд төсөр, багаж нь зөөврийн, овор багатай, шинжилгээний арга барилыг эзэмшихэд хялбар юм. Мөн ирээдүйд хэт авиан шинжилгээг уушигны практикт өргөн нэвтрүүлж гялтангийн хөндийд гуурс байрлуулах, захын байрлалтай уушигны эмгэгээс биопси авах, уушигны венийн тромбоэмболийн өвчнүүдийг оношлоход хэрэглэх боломж нээгдэж байна.

Дүгнэлт:

Хэт авиан шинжилгээ нь уламжлалт рентген аргатай харьцуулахад өвчтөнд хор нөлөөгүй, гялтангийн бага хэмжээний болон уутлагдсан шингэн тодорхойлох, гялтангийн хатгалтыг хянах, торакоцентезийн хүндрэлээс зайлсхийх боломжтой тул уушигны практикт өргөнөөр хэрэглэх нь зүйтэй.

Resume:

1. The advantages of ultrasound diagnosis method than traditional radiographic examination are its safety, portability, determination of small or loculated pleural effusions and control of thoracentesis guidance.
2. Ultrasound diagnosis is less expensive and has low side effects than radiographic diagnosis method.
3. It's necessary to admit Ultrasound diagnosis method into pulmonological practice, especially to locate small and localated pleural effusions.

Ном зүй:

1. Baum.S. "Textbook of pulmonary diseases" p 5-6, p 1358-1359
2. Шулуток В.И., Макаренко С.В "Стандарты диагностики и лечение внутренних болезней", 2003, стр. 282-283
3. Палеев Н.Р "Болезни органов дыхания" 17-23 х, 2001

НУРУУ ЯСНЫ ТӨРӨЛХИЙН ДУТУУ- БУРУУ ХӨГЖЛИЙН СОГОГИЙН РЕНТГЕН ОНОШЛОГОО

Т.Пүрэвжав, З.Хишигжаргал /УКТЭ/

Асуудлын чухал болох нь :

Хүний биеийн янз бүрийн эрхтэний дутуу буруу хөгжлийн согогийг оношлох талаар эмч эрдэмтэд 300 орчим жил судалсан боловч зарим эрхтэний байрлалын өвөрмөц онцлогоос судалгаа хангалтгүй байна. Анх 1844 онд Рокитанский нурууны яс урд талаараа сэтэрсэн гажгийг бичсэн боловч цаашид судлах нь удаашралтай байв. Нас барсан хүний цогцосоос нурууны ясыг салган авч судлах нь ажиллагааны хувьд бэрхшээлтэйгээс нилээд хугацаанд судалгаа нь зөвхөн цөөн тооны сонирхогч задлан шинжээч эмч нарын хүрээнд л байлаа. Иймээс уг судалгааны ажиглалтын тоо цөөн хувийн сонирхолын төдий эрдэм шинжилгээ, онолын ашиг тусаар бага, нэгэнт нас барсан хүний цогцос дээр судалж байсан учир практикийн ямар ч ач холбогдолгүй байв.

Бидний ажлын зорилго нь: зөвхөн рентген шинжилгээний тусламжтайгаар нурууны дутуу-буруу хөгжлийн согогийг амьдралын үед нь эрт зөв оношлох. Ингэж эрт зөв оношилсоноор уг шалгаанаас болж үүсэх хүндрэлээс урьдчилан сэргийлэх, хөдөлмөр зохицуулалт хийж зарим хэлбэрт нь мэс заслын болон протопед эмчилгээ хийх ач холбогдолтой.

Дээрхи зорилгыг биелүүлэхийн тулд дараах зорилтуудыг дэвшүүлэв.

- Зөвхөн рентген шинжилгээгээр нурууны төрөлхийн гажиг согог түүний хэлбэрүүдийг зөв оношлоно.
- Нурууны төрөлхийн гажигийг эрт зөв оношлосноор уг согогийн улмаас үүссэн хүндрэлээс урьдчилан сэргийлэх, шаардлагатай үед зайлшгүй хийх мэс заслын болон ортопед эмчилгээг хийх.
- Оношлогоонд компьютер томографийн шинжилгээг ашиглах.

Манай оронд тохиолдож буй нуруу ясны буруу-дутуу хөгжлийн согоогоос нилээд элбэг нь эрвээхэй хэлбэр, хойд ба хажуугийн хагас нуруунууд, нийлмэл нуруу байгаагаас гадна хойд талын сэртэнгийн их биеийн урд талын сэтэрхийнүүд, нумын сэтэрхий, ууцны төгсгөлийн хойд талын сэтэрхийнүүд тохиолдож байна.

Бидэнд нурууны төрөлхийн согогтой 91 хүн тохиолдсон. Эдгээр нь ихэвчлэн радикулит өвчнөөр олон жил өвчилж эмчлүүлж байжээ. 16 хүн нурууны сүрьеэ гэж оношлогдож зохих хугацаанд сүрьеэгийн эсрэг эмчилгээ хийлгэж байгаад сүрьеэ үгүйсгэж гаргасан хүмүүс байлаа.

19 настай оюутан залуу ямар ч зовиургүй боловч нуруу нь муруй учир рентген зураг авахуулахад сээрний 10 нугалам ясны гаж хөгжилтэй, 41 настай тэмээчин эмэгтэй сэрүүний улиралд нуруу нь хойд талаасаа сэрүү татаж даардаг байсан нь сээрний доод 3 нурууны хойд талын сэтэрхийтэй байсныг оношлов. Нурууны төрөлхийн согогтой хүмүүсийн хагас нь багадаа орондоо шээдэг байсан гэдэг онцлог ажиглагддаг.

Эдгээр хүмүүсийн 67 нь нугалам ясанд ясны ургац гарсан, нугалмын завсрын (диска) зай нарийссан зэрэг хоёрдогч өөрчлөлтүүд илэрсэн байв.

Хүснэгт №1 Нас, хүйс, нутагшил

Бүх өвчтөн	Эр	Эм	20-оос доош	21-30	31-40	41-50	51-аас дээш	Хот	Хөдөө
91	49	4223	32	22	9	5	52	39	

Хүснэгт №2 Гажигийн ясан дахь байрлал

Бүх өвчтөн	Сээр нурууны согог	Бүслүүр нурууны согог	Сээр бүслүүр хамарсан	Ууцны согог
91	46	23	14	8

Гажигийн байдлаас үзэхэд: эрвээхий хэлбэрт ба урд сэтэрхий 31, хойд талын сэтэрхий 19, их биеийн дутуу хөгжил 23, нийлмэл нуруу 6, хажуугийн ба хавсарсан согог 12 байв.

Дүгнэлт:

1. Нурууны төрөлхийн дутуу-буруу хөгжлийн согогтой хүмүүсийн клиникийн хувьд радикулит, спондилит, остеохондроз гэж оношлогддог байна. Иймд дурдсан оноштой хүмүүст нуруу ясны төрөлхийн согог байж болохыг анхаарч эмч нарт ялангуяа рентген судлалын эмч нарт үзүүлж онош тодруулах нь практикийн чухал ач холбогдолтой асуудал юм.
2. Нурууны төрөлхийн согогийг зөвхөн рентген ба компьютерт томографийн тусламжтайгаар зөвөөр оношлоно.
3. Эрт оношилсоноор цаг үед нь хөдөлмөр зохицуулалт хийж цаашдын хүндрэлээс урьдчилан сэргийлэх ба зарим согогт ортопед болон мэс заслын эмчилгээ хийх ач холбогдолтой.
4. Нурууны согогийг тодорхой оношлоход зохих бэлтгэлтэйгээр заавал 2 байрлалаар зураг авах ба компьютер томографид хөндлөн зүслэг хийж судлана.
5. Бусад эмгэгээс ялгахад төрөлхийн хагас нуруу нь бүтцийн хувьд хэвийн, удаан хугацаанд нурууны завсарын зай нь хадгалагдаж байдаг онцлогтой.

Conclusion:

Congenital malformation of vertebrae can only be diagnosed properly by X-ray and Computed tomography. Early diagnose allows in time labour regulation so that the further complications can be avoided. In case of some defects it enables orthoped and surgery treatment.

Ашигласан ном зүй:

1. Дьяченко В.А. "Анатомия развития позвоночника в рентгено-анатомическом освещении" М.1949г.
2. Маиква-Строганова В.С. "В рожденный задний клюновидный позвонок Вестник рентгенологии и радиологии" 1937г
3. Мосесян З.Г. "Спондилолөз, Спондилолистез и спондилолистический сколиоз" Канд.дисс.
4. Тагер И.А. Куприянов В.Ф. "Аномалия суставных отростков позвонков, их классификация и значение" Хирургия 1937.4
5. Рысжов И.С. "Варианты, аномалии и деформаций позвоночника"

**ЗҮРХЭНД ИНТЕРВЕНЦИАЛЬ ОНОШЛОГОО-
ЭМЧИЛГЭЭ ХИЙСЭН ДҮНГЭЭС**

*В.В. Anton¹, Д. Гончигсүрэн², Г.Тогтох³, Б. Батболд³,
Б.Амаржаргал³, Э.Ундрах-эрдэнэ³, Б. Эрдэнэбулган²
1. Дани-Зүрхний төв, 2. ЭМШУИС, 3.УКТЭ*

Зүрхний Interventional радиологи гэдэг нь Ангиографийн аппаратын хяналтан дор зүрхний хөндий болон судасан дотуур нарийн зонд буюу гуурс явуулж зүрхний хөндий, хавхлагуудын байдал, судасны цусан хангамжийг үзэж тодорхойлох замаар зүрхэнд гарсан өөрчлөлтийг илрүүлэн оношлож, эмчлэх арга юм. Зүрх сэтгүүрдэх арга нь Ангиографийн нэг салбар бөгөөд Рентген туяа нээгдсэний дараа 1900 оны эхэн үеэс судсыг Рентген туяаны тусламжтайгаар шинжлэх санаа эмч нарын сонирхолыг ихээр татах болсон. Энэхүү санаа 1953 онд Сельдингер гуяны судсаар дамжуулан зүрх, том судсыг шинжлэх аргачлалыг боловсруулснаар амьдралд биелэлээ олсон бөгөөд энэ үеэс хойш эрчимтэй хөгжсөөр 1970 оны сүүлч гэхэд дэлхий дахинаа оношлогоо эмчилгээний нэгэн том биеэ даасан салбар болон хөгжиж чадсан юм.

Манай орны анагаах ухааны практикт оношлогоо эмчилгээний харьцангуй залуу салбар болох Interventional радиологи нь 1990 оноос эхлэн хөгжиж байгаа бөгөөд зүрхний титэм судасны нарийслыг тэлэх, стент тавих эмчилгээ нь 2000 оноос эхлэн хийгдэж байна.

УКТЭ-ийн Ангиографи болон Зүрх судасны эмч нар Данийн эмчтэй хамтран зүрхний хэм зохицуулах аппарат тавих (Pacemaker Placement) болон зүрхний титэм судасны нарийслыг баллоноор тэлэх стент тавих (Coronary Stent Placement) эмчилгээг Герман улсын SEIMENS фирмийн Angiostar маркийн телевизийн систем, алсын удирдлагат аппаратыг ашиглан УКТЭ-ийн Рентген оношлогооны тасагт анх удаа 2005.06.18-2005.07.04 хооронд амжилттай хийж гүйцэтгэлээ. Бид нийт 50 хүнийг үзэж зөвлөгөө өгсөнөөс 7 өвчтөнийг сонгон авч 3 өвчтөнд зүрхний Pacemaker

аппарат тавьж, 4 өвчтөнд Coronary Angioplasty, Stent Placement эмчилгээг хийлээ.

Судалгааны зорилго :

1. Өөрийн Ангиографийн кабинетэд Coronary Angioplasty хийх боломжийг судлах, цаашид тус эмнэлгийн оношлогоо эмчилгээний салшгүй нэг салбар болгон хөгжүүлэх
2. Эмчилгээний үр дүн ба гарч болох хүндрэлийг тодорхойлох

Зүрхний титэм судасны нарийслыг тэлж стент тавих эмчилгээний заалт:

1. Зүрхний титэм судасны нарийсал, бөглөрөл
2. Инфаркт
3. Ачааллын үеийн болон тайван үеийн стенокарди
4. ЭКГ дээр STсегмент гол шугамнаас дээш өргөгдөх эсвэл доошлох болон ямарч өөрчлөлтгүй тохиолдолд

Зүрхний титэм судасны нарийслыг тэлж стент тавих эмчилгээний эсрэг заалт:

1. Бүх хэлбэрийн цус алдалтын үед
2. Амьсгалын дутагдалтай буюу уушгины хүнд өвчнүүдийн үед
3. Олон эрхтэний хавсарсан хүнд өвчтэй байх
4. Өвчний төгсгөлийн үе шатанд
5. Цирроз болон түүний хүндрэлүүдийн үед

Судалгааны аргачлал ба материал:

Coronarography хийх аргачлал: Бид дээрхи хүмүүсийн зовиур, анамнез, зүрхний цахилгаан бичлэг, цусны бүлэгнэлт, тодосгогч бодисын сорилыг үзэж үнэлгээ өгсний дараа өвчтөнөө хөдөлгөөнт ширээн дээр дээш харуулан хэвтүүлж, баруун талын бугалганы артери орчмыг ариутгасны дараа хэсгийн мэдээ алдуулалт хийж бугалганы артерийг Сельдингерийн аргаар хатган, судсанд хавхлагат чиглүүлэгчийг тавьж, түүгээр дамжуулан залуурын тусламжтайгаар 4Fr-ийн Catheter болон Guidewire-ийг ашиглан зондоо явуулж a. brachialis dexter, a. axillaris dexter, a. subclavia dexter-ээр дамжуулан Truncus brachiocephalicus-ийг өнгөрч гол судасны эхлэх хэсэг буюу bulbus aorta-д зондоо аваачин тодосгогч бодисоо шахаж үзэхэд гол судасны хагас саран хэлбэртэй гурван хавтаст хавхлагын баруун синусээс баруун титмийн артери, зүүн синусээс зүүн титмийн артерийн амсарын гарах хэсэг харагдаж байв. Үүгээр дамжуулан баруун болон зүүн талын титэм судсандаа зондоо ээлжлэн байрлуулан сонгомолор, стандарт байрлалд коронарографи хийн зураг авч шалган титэм судасны нарийсал, бөглөрөлт байгаа эсэх мөн титэм судасны салаалалтын байдлыг үзэж оношлосон. Бид энэхүү аргачлалаар 4 өвчтөнөө шалгаж үзэхэд:

1. Цэрэндорж 58 настай эмэгтэй баруун талын титэм судасны үндсэн салаанд нийт 70%, 75%, 95%-ийн 3 нарийсал байсныг илрүүлж баллонтой зондоор 1 удаад 1 минутын хугацаагаар нийт 3 удаа тэлэлт хийж, үүний дараа үлдсэн 2 нарийсалтыг дээрхийн адилаар тэлэлт хийж дараа нь нарийсалт тус бүр дээр стент тавилаа.
2. Болдбаатар 50 настай эрэгтэй зүүн титэмийн артерийн урд талын уруудах салаанд (left anterior descending artery) 85%-ийн нарийсал байсныг тэлж стент тавьсан.
3. Көкэй 50 настай эрэгтэй баруун талын титэмийн артерийн үндсэн салааны дунд хэсэгт 75%-ийн нарийсал байсныг тэлж стент тавьсан.
4. Базарзагд 51 настай эрэгтэй зүүн титэмийн тойрох салааны (circumflex) эхлэх хэсэгт 80%-ийн нарийсал байсныг тэлж стент тавив.

Pacemaker тавих заалт:

1. Асистол
2. Дамжуулах замын хоригууд
3. Эмийн эмчилгээ үр дүнгүй үед
4. Тогтвортой хэлбэрийн брадикарди

Pacemaker тавих аргачлал: Coronarography-ийн шинжилгээний адилаар өвчтөнөө бэлтгэн хатгалтыг v.subclavia-гаар хийж дээд хөндийн венээр дамжуулан баруун ховдол, тосгуурт нэг нэг электрод байрлуулж түүнийг импульс (сэрэл) үүсгэгчтэй холбон тусгай тохируулагчын (SeaMed Model 3100 Dual Chamber PSA) тусламжтайгаар агшилтын тоог тохируулсны дараа сэрэл

үүсгэгчийг арьсан дор суулгав.

1. Балжин 76 настай эмэгтэй DS: Полный AV блок III-IV st оноштой
2. Норжмаа 75 настай эмэгтэй DS: Синусын зангилааны сүлрэл оноштой
3. Доосмаа 50 настай эмэгтэй DS: AV блокад II-III st оноштой гурван өвчтөнд зүрхний Pacemaker аппаратыг тавилаа. Эмчилгээний явцад болон түүний дараа гарсан хүндрэлгүй.

Pacemaker эмчилгээний хүндрэл:

1. Пневмоторакс
2. Тампонад сердца
3. Электрод буруу байрлах
4. Гол судасны урагдал гэмтэл
5. Үнхэлцэг хальсанд цус хурах
6. Том эрхтэн болон судасны гэмтэл

Зүрхний Интервенциональ Радиолгийн салбарт залуу боловсон хүчин бэлтгэх, эмчилгээний давуу талыг хүмүүст ойлгуулан таниулах, эмчилгээний төлбөрийн асуудлыг өөрийн орны нөхцөлд тохирсон байдлаар шийдвэрлэх арга замыг судлах асуудал чухлаар тавигдаж байна. Титэм судсыг тэлэх болон зүрхэнд хэм зохицуулагч тавих эмчилгээ нь үр дүн сайтай өвчтөний зовиурыг хурдан арилгадаг төдийгүй хүндрэлгүй хийгдэх боломж өндөртэйн дээр эмийн эмчилгээ үр дүнгүй тохиолдолд энэ төрлийн эмчилгээ илүү гэдэг нь харагдаж байна.

Дүгнэлт:

1. Титэм судасны Ангиопластик, стент тавих эмчилгээ болон Pacemaker тавих эмчилгээг манай Ангиографийн тасагт хийх боломжтой байна.
2. Титэм судасны Ангиопластик, стент тавих эмчилгээ болон Pacemaker тавих эмчилгээний дараа өвчтөнүүдийн биеийн ерөнхий байдал болон зүрхний цахилгаан бичлэг дээр сайжрал гарсан төдийгүй ямар нэг хүндрэл тохиолдоогүй.
3. Энэ чиглэлээр Радиологи эмчийг гадаадад сургалтанд явуулж мэргэжилтэн бэлтгэх шаардлагатай байна.

Abstract:

*B.D.Anton¹, D.Gonchigsuren², G.Togtokh³, B.Batbold³, B.Amarjargal³,
E.Undrakh-Erdene³, B.Erdenebulgan²*

1. Danish-Cardiac Center, 2. HSUM, 3. UKTE

The Angiographic department of Central University hospital has full access to perform these two treatments. The treatments have immediate effective result and cause less complication. They are more suitable especially when drug treatment is ineffective. Our urgent demand is to prepare new specialist specialized in this field.

МЮНХМЕЙРИЙН ӨВЧИН (FIBRODYSPLASIA OS-SIFICANS PROGRESSIVA)-ИЙГ ОНОШЛОСОН НЬ

Р.Даваадорж /ЗХКТГ/, Я.Оюунчимэг /УКТЭ/

Энэ өвчнийг нь Мюнхмейерийн өвчин гэж нэрлэдэг. Булчин завсрын холбогч эд мөн түүнчлэн үений холбоос эд, апоневроз, фасци, шөрмөс хатуурч, шохойжин, цаашдаа жинхэнэ ясаар солигддог.

Байрлал нь гол төлөв хүзүү, нурууны орчим, цээжний яс, хавирга, гар хөлийн үенд холбогч эд хатууран товгор болж ясжин орчны булчингуудыг татан хөдөлгөөнийг хязгаарлан биеийн хэлбэрийг өөрчлөн албадмал эмгэг байрлалд оруулна.

Өвчний эхэн үед товойсон хэсэг халуун байх ба цусанд лейкоцитоз, улаан эсийн тунах хурд ихсэх шинж тэмдэг гардаг. Зарим үед хэрлэг төст халууралт ажиглагдана. Энэ нь аутосом доминант хэлбэрээр удамших ба оношлогооны сонгомол шинж нь хөлийн эрхий хуруу нэг үегүй, маш богино /congenital hallux valgus/ байдаг. (Зураг.3)

Өвчтөний амьдралын хугацаа богино, цээжний хэнгэрцэгийн өсөлт зогсох, уушигны

амьсгалын талбай багассанаас амьсгалын дутагдалд орох, уушигны хатгалгаагаар нас бардаг тавилан муутай.

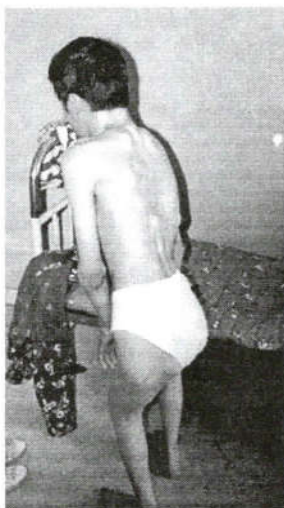
Өвчтөн С, 18 настай, Архангай аймгийн Чулуут сумын харьяат 10 настайгаас өвчний шинж тэмдэг мэдэгдэж эхэлсэн. Эхээс төрөхдөө хөлийн эрхий хуруу богино байжээ. Баруун хөл өвдөгний болон түнхний үеэр хөдлөхгүй хязгаарлагдсан, тэгш зогсож чадахгүй, нуруунд олон тооны хатуу ясжсан товгоруудтай эдгээр нь орчмынхоо булчингуудыг татаж цээжийг баруун тал руу хазайлгасан. Сарын тэмдэг үзэгдээгүй, бэлгийн бойжлын хоёрдогч шинж илрээгүй.

2001 онд АНУ-ын Номхон далайн цэргийн тойргийн эмч нартай хамтарсан хүмүүнлэгийн үзлэг хийж явахад анх оношлогдсон,

2004 онд эрүүн дор цагаан мөгөөрсөн хоолойн орчимд товойж, амьсгалахад төвөгтэй байдалтай болж, Хавдар судлалын төвд хэвтэн авахуулах үед эдийн шинжилгээгээр онош батлагдсан.



Зураг.1



Зураг.2



Зураг. 3

ABSTRACT

FIBRODYSPLASIA OSSIFICANS PROGRESSIVA

This disorder, formerly called myositis ossificans progressive, is uncommon and its biochemical defect is unknown. Characterized by progressive ossification of ligaments, tendons, and aponeuroses, fibrodysplasia ossificans progressive begins an inexorable, progressive course in the first years or so of life, usually with a seemingly inflammatory process and nodule formation on the back of the thorax, neck, or scalp. Local heat, as well as leukocytosis and elevated sedimentation rate, is observed at this stage.

Acute rheumatic fever is sometimes diagnosed. A valuable clue to the correct diagnosis is a short great toe with or without a short thumb; this is the leading cause of congenital hallux valgus.

Most cases of this autosomal dominant disorder are the consequence of a new mutation. Life expectancy is considerably reduced, with progressive restriction in lung capacity contributing to respiratory insufficiency and terminal pneumonia.

Ном зүй:

1. Cecil text book of medicine, James B, Wyngaarden M.D. Volume – 2, pages 1519-1520, 1990
2. Current Medical Diagnosis & Treatment, Steven A, Shroeder, co edition, pages 828-8298, 1991
3. Internet health related search, American National Medical Bibliography Online
4. Краевский Патологическая анатомия, он, хуудас
5. Большая медицинская энциклопедия, боть 15, хуудас 274, он

**СУДСАН ДОТУУРХ МЭС ЗАСЛЫН АРГААР
ЭЛЭГНИЙ ХАВДРЫГ БӨГЛӨХ ЭМЧИЛГЭЭ
БОЛОН АЮУЛХАЙН АРТЕРИЙГ СУДАЛСАН
БАЙДАЛ**

Б.Эрдэнэбулган¹, Э.Ундрах-Эрдэнэ², Д.Гончигсүрэн¹

1. ЭМШУИС, 2. УКТЭ

Судалгааны ажлын үндэслэл: Дэлхийн улс орнуудад ялангуяа Азийн орнуудад элэгний хавдраар өвчлөх хүмүүсийн тоо нэмэгдсээр байна. Дэлхийд жил бүр 1 сая шахам хүн нас барж, 315.000 хүн шинээр өвчилж байна. Монгол улсад элэгний хавдрын өвчлөл 100.000 хүнд 39.2 тохиолдол байна. Иймд элэгний өмөнгөөр өвчлөгсдөд мэс засал хийх боломж хомс байгаа энэ тохиолдолд заалт өргөн, хүндрэл багатай, өвчтөнд зовиур бага, наслах хугацааг тодорхой хугацаагаар уртасгадаг, хавдар том, үсэрхийлэлтэй байсан ч хийж болдог зэргээрээ химийн эмээр судас бөглөх эмчилгээг сүүлийн үед манай оронд ихээр хийх боллоо (УКТЭ, ШКТЭ, УХСТ, Шагдарсүрэн эмнэлэг). Иймд хавдрын тэжээгч судсыг бөглөх эмчилгээг хийхийн тулд элэгний артери болон жижиг салаануудын хэвийн судасжилтыг мэдэж байх нь онцгой чухал юм.

Судалгааны ажлын зорилго нь: Монгол хүний элэгний болон аюулхайн артерийн судасжилтын онцлогийг Целиакоангиографи /ЦАГ/ болон Элэгний ангиографийн /ЭАГ/ шинжилгээгээр тодорхойлох.

Хавдар элэгний аль сегментэд зонхилон байрлаж байгааг тогтоох.

Судас бөглөх эмчилгээний үр дүнг тооцоход уг судалгааны ажлын зорилго оршлоо.

Судалгааны ажлын материал: Судалгааг 2004-2005 онд УКТЭ-ийн Ангиографийн кабинет дахь Герман улсад үйлдвэрлэсэн Siemens фирмийн Angiostar маркын телевизийн систем, алсын удирдлагат аппаратыг ашиглан элэгний хавдартай гэж оношлогдсон 156 өвчтөний Компьютерт томографийн зураг, биохими, цусны дэлгэрэнгүй шинжилгээ, цусны бүлэгнэлтийн байдал болон альфа-фето протеины (AFP) шинжилгээнүүдийг дүгнэсний дараа ЦАГ болон ЭАГ хийж элэгний судасжилт, цусан хангамжийн хэлбэрийг судлаж үзэхэд 140 хүн (89.7%) нь сонгомол буюу хэвийн судасжилттай, харин гаж судасжилттай 16 хүн (10.3%) тохиолдсон.

Целиакоангиографи хийх аргачлал: Ангиографи хийхийн өмнө дээрх шинжилгээнүүдийг хянасны дараа тодосгогч бодисын сорилыг үзэж өвчтөнөө байрлуулан баруун талын гуя болон цавь орчмыг ариутган мэдээгүйжүүлэлт хийсний дараа Сельдингерийн аргаар хатгалт хийв. Хатгасан газраа хавхлагат чиглүүлэгчийг тавьж (Sheat), түүгээр дамжуулан 5Fr бүхий үндсэн зонд (Main Catheter) болон уян чиглүүлэгч (Guidewire)-ийг ашиглан Аюулхайн артерт (Tr.Celiacus) оруулан субтракциар зураг авч элэгний судасжилтын байдал, хавдрын байрлалыг тодорхойлов. Элэгн дэх хавдрын байрлалыг тодорхойлсны үндсэн дээр үндсэн зондын дотуур жижиг зонд (Microcatheter Compatibility Chart) оруулан элэгн дэх голомтонд аль болох ойртуулан дахин субтракци зураг авч баталгаажуулна.

Транс-Артериал эмболизации хийх аргачлал: Целиакоангиографи хийж хавдрыг тэжээгч судсанд зондоо байрлуулсны дараа хавдрын эсрэг 30-60 mg Doxorubicin болон 8-10ml (хавдрын хэмжээнээс хамаарч) lipiodol-н тосон уусмалтай хольж судсанд хийсний дараа Gelfoam-г тодосгогч бодостой холин шахна. Үүний дараа дахин зураг авч судас бөглөгдсөн эсэхийг шалгана.

Монгол хүний элэгний болон аюулхайн артерийн хэвийн болон хэвийн бүс байрлалыг тодорхойлсон байдал:

1. Аюулхайн артериас (Tr.Celiacus)- чааархайн дээд артери (A.mesenterica superior) салаалсан тохиолдол 1 буюу 0.64%
2. Аюулхайн артериас (Tr.Celiacus)-элэгний баруун дэлбэнгийн артери (A.hepatica dexter) салаалсан тохиолдол 1 буюу 0.64%
3. Аюулхайн артериас (Tr.Celiacus)-элэгний зүүн дэлбэнгийн артери (A.hepatica sinister) салаалсан тохиолдол 1 буюу 0.64%
4. Чааархайн дээд артериас (A.mesenterica superior)- элэгний баруун дэлбэнгийн артери (A.hepatica dexter) салаалсан тохиолдол 4 буюу 2.57%

5. Чацархайн дээд артериас (A.mesenterica superior)- элэгний зүүн дэлбэнгийн артери (A.hepatica sinister) салаалсан тохиолдол 3 буюу 1.92%
6. Ходоодны зүүн артериас (A.gastrica sinister)- элэгний зүүн дэлбэнгийн артери (A.hepatica sinister) салаалсан тохиолдол 6 буюу 3.84% байлаа.

Дүгнэлт

1. Бидний судалгаагаар нийт 110 өвчтөнд ЦАГ болон ЭАГ хийхэд 100 хүн нь буюу 89% (сонгомол) хэвийн судасжилттай байсан.
2. Судалгаанд хамрагдсан нийт хүмүүсийн 10 хүн буюу 11% нь хэвийн бус (гаж) судасжилттай байсан.
3. Дээрх судалгааг хийснээр Транс артериалный эмболизаци (TACE) эмчилгээний үндэс суурь болно.
4. Манай оронд элэгний хавдар хожуу оношлогдож байгаа нь бидний судалгаанаас харагдаж байна.
5. Элэгний хавдар элэгний баруун дэлбэнд ялангуяа V,VIII сегментэд зонхилон (51%) байрлаж байгааг тогтоосон.
6. Элэгний хавдар 50-59 насанд хамгийн илүү тохиолдож байгаа нь илэрсэн.
7. Элэгний хавдрыг тодорхой хугацааны зайтайгаар бөглөх эмчилгээг давтан хийх нь үр дүнтэй байна.

Abstract

We have performed Celiac and Hepatoangiography for identify vascularisation type of liver in Mongolian population. Among involved 156 patients we found following results: normal vascularisation in 140 patients (89.7%), abnormal vascularisation in 16 patients (10.3%).

1. A.mesenterica superior derives from Tr.Celiacus in 1 case or 0.64%
2. A.hepatica dexter derives from Tr.Celiacus in 1 case or 0.64%
3. A.hepatica sinistra derives from Tr.Celiacus in 1 case or 0.64%
4. A.hepatica dexter derives from A.mesenterica superior in 4 cases or 2.57%
5. A.hepatica sinister derives from A.mesenterica superior in 3 or 1.92%
6. A.hepatica sinister derives from A.gastrica sinister in 6 cases or 3.84%.

ХОЛБОГЧ ЭДИЙН ӨВЧНИЙ ТОХИОЛДОЛ

Г.Тогтох, Д.Энхтуяа /УКТЭ/

Судалгааны үндэслэл:

Холбогч эдийн өвчинд ревматизм, ревматизм төст полиартрит, СКВ, системийн склеродерми, дерматомиозит зэрэг өвчнүүд хамаарагддаг.

Холбогч эд нь бие махбодийн үндсэн дотоод орчныг бүрдүүлдэг бөгөөд эрхтний суурь мембраныг үүсгэн хялгасан судсыг дагаж тогтнох учир бодисын солилцоонд идэвхтэй оролцож, түүний физиологийн үйл ажиллагааг удирдана. Мөн холбогч эд нь эд эсүүдийн тулгуур, дотоод тэнцвэрийг хангах, хамгаалах, нөхөн сэргээх үүрэгтэй.

Судалгааны зорилго:

Нийт зүрх судасны өвчний дотор холбогч эдийн өвчний тохиолдлыг судлах.

Судалгааны зорилт :

УКТЭ –ийн Зүрх судасны клиникт сүүлийн 5 жилд хэвтэж эмчлүүлсэн холбогч эдийн өвчний тохиолдлыг нас хүйсээр ангилан судлах, эзэлж байгаа ор хоног, зардлыг тооцож буюу зүрх судасны бусад эмгэгтэй харьцуулан судалж дүгнэлт гарах.

Судалгааны арга:

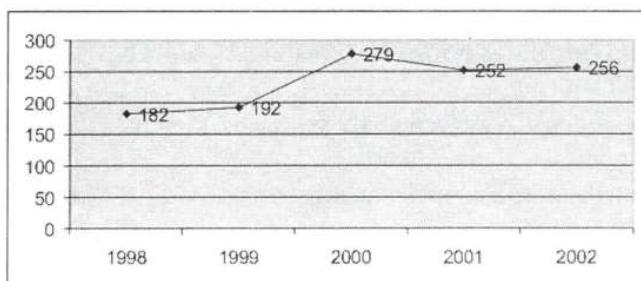
УКТЭ –ийн Зүрх судасны клиникт сүүлийн 5 жилд 5731 өвчтөн хэвтэж эмчлүүлснээс холбогч эдийн өвчнөөр өвчилсөн 1161 өвчтөний түүхийг түүвэрлэв.

Судалгааны үр дүн:

ЭРДМИЙН БИЧИГ-IV

УКТЭ-ийн Зүрх судасны клиникт сүүлийн 5 жилд 5731 өвчтөн хэвтэн эмчлэгдсэнээс 1161 буюу 20,6% нь холбогч эдийн өвчнөөр өвчилж зүрх судасны өвчнөөр тус тасагт хэвтэн эмчлүүлэгсдийн дотор III байрыг эзэлж байна.

Диаграмм 1. Коллагезын тохиолдол



Диаграмм 1-ээс үзэхэд өвчлөл цөөн бус байгааг гэрчлэн, сүүлийн 5 жилд уг өвчний тохиолдол жил тутам нэмэгдэж байна.

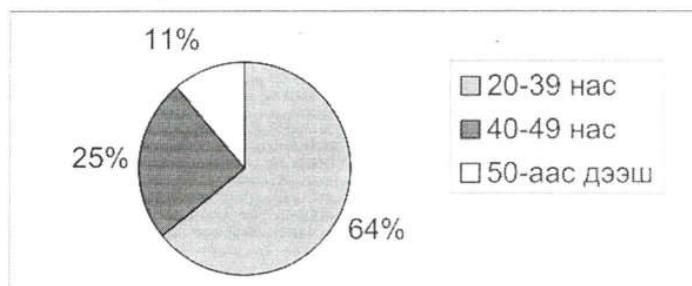
Хүснэгт 1. Өвчний ангилал ба тохиолдлын тоо

№	Он	Нийт өвчтөний тоо	Холбогч эдийн өвчин					
			Ревматизм		РА		СКВ	
			Тоо	%	Тоо	%	Тоо	%
1	1998	182	122	67,0	46	25,2	6	3,2
2	1999	192	96	50,0	45	23,4	9	4,7
3	2000	279	156	55,9	87	31,1	13	4,7
4	2001	252	146	67,0	76	26,0	18	6,2
5	2002	256	135	52,7	88	34,3	16	6,3

Хүснэгт 2. Өвчний тохиолдлын тоо

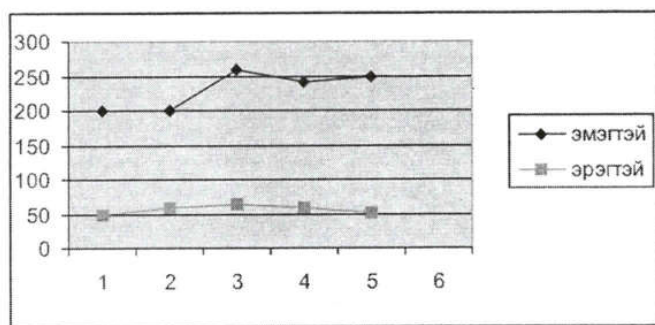
№	Он	Нийт өвчтөний тоо	Холбогч эдийн өвчин			
			СС		Дерматомиозит	
			Тоо	%	Тоо	%
1	1998	182	3	1,6	1	0,7
2	1999	192	2	1,0	-	-
3	2000	279	10	3,6	-	-
4	2001	252	6	2,1	-	-
5	2002	256	7	2,7	-	-

Диаграмм 2. Өвчлөгсдийн насны ангилал



Тус клиникийн холбогч эдийн өвчний оноштой эмчлүүлсэн хүмүүсийг насны байдлаар авч үзэхэд 20- 49 насанд 89,1% буюу дийлэнх хувийг эзэлж байна.

Диаграмм 3. Өвчлөгсдийн хүйсний байдал



Дээрх диаграммаас харахад холбогч эдийн өвчин голчлон эмэгтэйчүүд тохиолдсон байна.

Хүснэгт 3. Өвчлөлийн дагуу зарцуулагдаж байгаа эмийн зардал, ор хоног

№	Өвчлөл	Дундаж ор хоног	Эмийн зардал
1	Даралт ихдэх өвчин	13,2	30100
2	Зүрхний титэм судасны цус хомсдол	13,4	29700
3	Холбогч эдийн өвчин	15,6	45800

Хүснэгтээс харахад холбогч эдийн өвчнөөр өвчлөгсдөд зарцуулж байгаа зардал бусад өвчний үед зарцуулах зардлаас өндөр байна.

Дүгнэлт:

1. Холбогч эдийн өвчин манай оронд цөөн бүс тохиолдож байгаа бөгөөд сүүлийн жилүүдэд байнга өсч байна.
2. Холбогч эдийн өвчнөөр голдуу идэр залуу насны эмэгтэйчүүд өвчилж, хөдөлмөрийн чадвараа эрт алдаж байна.
3. Холбогч эдийн өвчнөөр өвчлөгсдөд зарцуулж байгаа хөрөнгө зардал зүрх судасны бусад өвчтэй хүмүүсийнхээс харьцангуй өндөр байна.

THE INCIDENCE OF SYSTEMATIC DISEASE

The systematic disease occurs frequently in our country and during last several years the number of incidences are increasing. Mostly young women are affected by these kinds of illnesses and they lose their labor ability. The expenditure spent for patients with systemic disease is usually higher than for patients with other cardiovascular disease.

ЧИХРИЙН ШИЖИН ӨВЧНИЙ ЭМИЙН ХАНГАМЖИЙН АСУУДАЛД

Я.Оюунчимэг /УКТЭ/

Чихрийн шижин өвчин нь сүүлийн үед тархалт болон эдийн засагт учруулж байгаа асуудлаараа улам бүр анхаарал татаж байна.

Улаанбаатар хотын хэмжээнд өвчтөний тоо жил тутамд нэмэгдэж байгаа бөгөөд Улаанбаатар хотын дүүргүүдэд хяналтанд байдаг өвчтөний байдлаар жил бүр нэмэгдэж байна. (Хүснэгт 1)

Хүснэгт 1. Улаанбаатар хотын хэмжээнд хяналтын өвчтөний тоо

	2000	2001	2002	2003	2004
Шинээр оношлогдсон		196	214	313	362
Нийт хяналтын хүн	568	764	978	1271	1650

Хяналтанд байгаа хүмүүсийн тоог дүүрэг тус бүрээр хүснэгт 2 -т харууллаа.

Хүснэгт 2. Дүүрэг тус бүрээр

№	Дүүрэг	2000	2001	2002	2003	2004
1.	Хан-уул	38	49	55	63	96
2.	Баянзүрх	94	92	91	157	245
3.	Сонгинохайрхан	56	110	160	182	245
4.	Чингэлтэй	65	82	87	99	125
5.	Сүхбаатар	73	93	118	150	187
6.	Баянгол	36	67	105	138	191
7.	Налайх				18	18
8.	Багануур				8	8
9.	2-р эмнэлэг	128	179	258	321	321
10.	3-р эмнэлэг	78	92	104	107	123
11.	Төмөр зам НЭ				56	77
	Шинээр оношлогдсон		196	214	313	362
	Нийт хяналтын	568	764	978	1271	1650

Чихрийн шижин өвчний эзэнгшлийн байдалд байх, хүндрэлээс урьдчилан сэргийлэхэд эмийн хангамж, хүртээмжийн байдал чухал ач холбогдолтой. Сахар бууруулах эм болон инсулинээр хяналтанд байгаа хүмүүсийг хангаж байгаа байдлыг хангах шаардлагатай хэмжээтэй харьцуулж дүүрэг тус бүрээр гаргасныг хүснэгт 3 ба 4 –т харууллаа.

Улаанбаатар хотын хэмжээнд инсулиний хангамж дунджаар 30 - 36%, сахар бууруулах эмийн хангамж 26- 31% байна. (Инсулиний жилийн хэрэгцээг 21600 нэгж буюу 508800 төгрөг, эмийн хэрэгцээг 3600 мг буюу 43200 төгрөгөөр тооцов.)

Хүснэгт 3. Улаанбаатар хотын ЭМН-үүд дэх ЧШӨ-ний эмчилгээнд зарцуулж байгаа сахар бууруулах эмийн бэлдмэлийн хангамж, хүрэлцээний байдал

№	Дүүрэг	2002 он				2003 он			
		Хүний тоо	Зарцуулсан /төгрөгөөр/	Шаардлагатай /төгрөгөөр/	Хангасан хувь	Хүний тоо	Зарцуулсан /төгрөгөөр/	Шаардлагатай /төгрөгөөр/	Хангасан хувь
1	Сонгинохайрхан	96	870000	4147200	21%	135	450000	2916000	15%
2	Баянгол		691434			101	712025	4363200	16%
3	Хан- уул	43	774008	1857600	41%	48	864000	2073600	41%
4	Баянзүрх	64	1353035	2764800	49%	40	1113216	1728000	64%
5	Чингэлтэй	73	498678	3153600	16%	75	781088	3240000	24%
6	Сүхбаатар	128	367625	5529600	7%	150	1800000	6480000	28%
7	3-р эмнэлэг	42	400000	1814400	22%				
	Нийт	85	4954780		26%		5720329		31%

Хүснэгт 4 Улаанбаатар хотын ЭМН-үүд дэх ЧШӨ-ний эмчилгээнд зарцуулж байгаа инсулиний хангамж, хүрэлцээний байдал

№	Дүүрэг	2002 он				2003 он			
		Хүний тоо	Зарцуулсан /төгрөгөөр/	Шаардлагатай /төгрөгөөр/	Хангасан хувь	Хүний тоо	Зарцуулсан /төгрөгөөр/	Шаардлагатай /төгрөгөөр/	Хангасан хувь
1	Сонгинохайрхан	20	2330000	10176000	23%	25	2360000	6360000	37%
2	Баянгол	35	4070344	17808000	23%	37	3396887	18825000	18%
3	Хан- уул	12	2737368	6105600	45%	15	5292000	7632000	69%
4	Баянзүрх	37	3964368	18825600	21%	33	2495166	16790400	15%
5	Чингэлтэй	14	3662984	7123200	51%	24	6489397	12211200	53%
6	Сүхбаатар	22	1204190	11193600	11%	37	4755389	18825600	25%
7	3-р эмнэлэг	60	11400000	30528000	37%				
	Нийт	200	49369254		30%	171	24788839		36%

Дүгнэлт

1. Улаанбаатар хотын хэмжээнд өвчтөний тоо жил тутамд 30%-р нэмэгдэж байгаа ба хяналтанд 2004 оны байдлаар 1650 хүн байна
2. Эм инсулиний хангамж хүрэлцээний байдал хангалттай хэмжээнд хүрэхгүй байгаа нь уг өвчний хүндрэлд муугаар нөлөөлж байна.

УМАЙН ГУУРСАН ХООЛОЙН ГАРАЛТАЙ ҮРГҮЙДЛИЙГ ОНОШЛОХ АСУУДАЛД

П.Төгсжаргал, Б.Жав, Д.Гончигсүрэн, С.Пүрэвсүх
(ЭМШУИС, УКТЭ)

Үргүйдэл нь нөхөн үржихүйн насны эмэгтэйчүүдийн дунд нилээд тохиолддог нийгмийн болон эрүүл мэндийн тулгамдсан асуудлуудын нэг юм.

Гэр бүл болоод 2-3 жилийн дотор жирэмлэлтээс хамгаалах ямар нэг арга хэрэглэхгүйгээр тогтмол бэлгийн харьцаатай байхад хүүхэд олохгүй байхыг үргүйдэл гэнэ. Эмэгтэйчүүдийн үргүйдлийн гол шалтгаан нь умайн гуурсан хоолойн гаралтай байдаг.

Ихэнх тохиолдолд трихомониаз, заг хүйтэн, сүрьеэ зэрэг үрэвсэлт өвчнүүдийн хүндрэлүүдийн улмаас умайн гуурсан хоолой битүүрэн наалдаж үр тогтох боломжгүй болдог. Энэ битүүрэл нь гол төлөв умайн гуурсан хоолойн интерстициаль болон нарийссан хэсэгт үүсдэг байна.

Гуурсан хоолойн эмгэгүүдийг гистеросальпингограф, гистеросонограф зэрэг дүрслэл оношлогооны аргуудаар оношлох, рентген чанд авиа, соронзон резонанст томографийн аппаратын шууд хяналтын доор эмчлэх оношлох асуудал өнөөдөр хоёрдогчоор үүссэн умайн гуурсан хоолойн оношлогоо эмчилгээний асуудалд чухал байр суурь эзэлж байна. Умай болон умайн гуурсуудын эмгэгүүдийг оношлох зорилгоор хийгддэг гистеросальпингографийн шинжилгээгээр умай болон умайн гуурсан хоолойн нарисйсал, битүүрэл 20% оношлогддог байна.

Майна оронд умайн гуурсан хоолойн битүүрлийг гистеросальпингографийн шинжилгээ хийж, битүүрлийн байрлалыг тогтоосны дараа сэтгүүрдэж эмчилгээ хийх аргыг 1999 оноос эхлэн нэвтрүүлж эхэлсэн байна. Умайн гуурсан хоолойг сэтгүүрдэхэд 5-6 French-ийн уян сэтгүүр, битүүрлийг нээж суваг гаргахад 0,41-1,89 мм голчтой J-Teruma бүрхүүлтэй металл залуурыг ашиглан эмчилгээ оношлогоог рентген аппаратын хяналтын доор эх барих эмэгтэйчүүдийн болон дүрслэл оношлогооны эмч нар хамтран хийсэн нь үр дүнтэй байна.

Бидний судалгаагаар нийт 40 өвчтөний 64-н гуурсан хоолойг сэтгүүрдэж суваг гаргах эмчилгээ хийснээс 86% нь гуурсан хоолой бүрэн нээгдэж, 4 тохиолдолд сэтгүүрдэлтийг давтан хийсэн байна. Дээрх эмчилгээг хийхэд цус алдах, умай болон гуурсан хоолой цоорох, хоёрдогчоор үрэвсэл үүсэх зэрэг хүндрэлүүд тохиолдоогүй юм.

Дүгнэлт:

Умайн гуурсан хоолойн гаралтай үргүйдлийн үед үрэвсэлт өвчнийг урьдчилан эмчилсний дараа битүүрсэн умайн гуурсан хоолойг сэтгүүрдэх эмчилгээ нь хүндрэл багатай, зардал хямд, үр дүн сайтай, өвчтөнд зовиур багатай, давтан хийх боломжтой зэрэг олон давуу талтай юм. Цаашид энэ арга нь умайн гуурсан хоолойн дунд болон нарийн хэсгийн эмгэгүүдийг оношлох эмчлэх өндөр ач холбогдолтой арга тул хот хөдөөгийн боломж нөхцөл сайтай эмнэлгүүдэд нэвтрүүлэх нь зүйтэй гэсэн дүгнэлтийг хийж байна.

TRANSCERVICAL RECANALIZATION OF FALLO- PIAN TUBE OBSTRUCTION

P.Tugsjargal, B.Jab, D.Gonchigsuren, S.Purevsukh

The main reason of female infertility is the Fallopian tube obstruction. The Fallopian tube obstruction occurs mostly due to inflammations. Hysterosalpingography is a very effective means to diagnose and treat the tube obstruction.

We treated 40 females by recanalizing with a special guide wire after pressing clearing substance into their tubes and in all these cases salpingography was effective that the tube obstructions were successfully treated. Therefore it can be concluded that salpingography is an effective means of transcervical canalization of the Fallopian tube obstruction.

СОНГОМОЛ ГИСТЕРОСАЛЬПИНГОГРАФИ БА УМАЙН ГУУРСАН ХООЛОЙГ СЭТГҮҮРДЭЖ ЭМЧЛЭХ

Д.Гончигсүрэн, Ц.Отгонтуяа, Я.Дашпагма /ЭМШУИС/

Сүүлийн үед анагаах ухаан хөгжихийн хэрээр оношлогооны чадвар, хүчин чадал сайжирч олон төрлийн өвчин эмгэгийг эрт оношлож, эмчлэх боломжтой болж байна.

Умайн гуурсан хоолойн эмгэгүүдийг гистеросальпингографи, гистеросонографи зэрэг дүрслэл оношлогооны аргуудаар оношлох, рентген, хэт авиа, соронзон резонанст томографийн шууд хяналтын доор оношлох, эмчлэх асуудал өнөөдөр хоёрдогчоор үүссэн үргүйдлийн оношлогоо эмчилгээнд чухал байр суурь эзэлж байна.

Анх умайд гистеросальпингографийн шинжилгээ хийх оролдлого нэрт эрдэмтэн В.К.Рентген рентген туяаг нээснээс хойш 15 жилийн дараа хийсэн байна.

УГ-г сэтгүүрдэх эмчилгээг ангиографитай хослуулснаар гуурсан хоолойн проксималь хэсгийн оношлогоо эмчилгээнд өөрчлөлт оруулсан байна.

Гистеросальпингографийн шинжилгээ нь рентген аппаратын хяналтан доор умайн хөндийд багажийн тусламжтайгаар тодосгогч бодис шахан умайн хөндий болон түүний гуурсан хоолойн бүтэц, байдлыг тодорхойлж цуврал зураг авч болдог шинжилгээ бөгөөд хоёрдогч үргүйдлийг оношлоход чухал ач холбогдолтой байна.

Эмэгтэйчүүдийн умайн гуурсан хоолой битүүрч хоёрдогчоор үргүйдэл үүсэх шалтгаан нь:

1. Умай дайврын архаг явцтай үрэвсэлт өвчин
2. Хэвлийн хөндийн наалдагт өөрчлөлтүүд голлох байр эзэлдэг байна.

Умай болон умайн гуурсан хоолойн эмгэгүүдийг оношлох зорилгоор хийгддэг гистеросальпингографийн шинжилгээний үед умайн хүзүүвч буюу нарийн хэсгийн битүүрэл 10-20% тохиолдож байна.

Умайн гуурсан хоолойн битүүрэлтэй тохиолдолд голчлон лапароскопи болон лапаротомии хийж баталдаг.

Энгийн гистеросальпингографийн шинжилгээнээс гадна сонгомол сальпингографийн шинжилгээг умайн гуурсан хоолойг сэтгүүрдэх эмчилгээтэй хавсарч хэрэглэснээр хоёрдогч үргүйдэлтэй эмэгтэйчүүдийг оношлох эмчлэх явдалд томхон өөрчлөлт оруулж эмчилгээний үр дүнг дээшлүүлж байна.

Сонгомол сальпингографийн шинжилгээ болон умайн гуурсан хоолойг сэтгүүрдэх эмчилгээг дэлхийд 1980 оны сүүл үеэс умайн гуурсан хоолой болон умайн өөрчлөлтүүдийг ялган оношлох зорилгоор хийгдэж эхэлсэн байна.

Манай оронд 1999 оноос эхлэн умайн гуурсан хоолойн битүүрлийг умайн хүзүүгээр дамжуулан сэтгүүрдэх эмчилгээг хийж эхэлсэн бөгөөд лапароскопи болон лапаротомии хийлгүйгээр умайн гуурсны битүүрлийн шалтгааныг тодорхойлж рентген туяаны хяналтан дор умайн гуурсны битүүрлийг сэтгээрдэж эмчлэх боломж бүрдсэн.

Судалгааны зорилго:

Умайн гуурсан хоолойн битүүрлийн улмаас хоёрдогчоор үргүйдэл үүссэн эмэгтэйчүүдэд лапаротомии, лапароскопи хийлгүйгээрх умайн гуурсан хоолойг сэтгүүрдэх аргаар умайн гуурсан хоолойн битүүрлийн шалтгааныг тогтоож, ялган оношлож, рентген аппаратын хяналтан доор эмчлэх боломжийг судалж, практикт нэвтрүүлэх эхлэл тавих зорилго дэвшүүлэв.

Судалгааны материал, арга зүй:

Бид 1999-2003 онд умайн хөндийн үрэвсэлт өвчнүүдийн улмаас умайн гуурсан хоолой битүүрсний улмаас хоёрдогчоор үргүйдэлтэй гэж оношлогдсон 35 эмэгтэйд энгийн болон сонгорлмол гистеросальпингографийн шинжилгээ хийж битүүрлийн байрлалыг тогтоосны үндсэн дээр умайн хүзүүгээр дамжуулан умайн гуурсан хоолойг сэтгүүрдэх эмчилгээг хийлээ. Өвчтөнүүдийн дундаж нас 34 байсан бөгөөд эмчилгээний өмнө 11 нь 1 тал нь битүүрэлтэй, 24 нь 2 тал нь битүүрэлтэй гэж оношлогдов.

Сэтгүүрдэх эмчилгээг биеийн юм ирж дууссанаас хойш эхний 5 хоногт хийсэн ба халдвараас урьдчилан сэргийлэх зорилгоор эмчилгээг хийх өдрийн өмнөх оройноос антибиотик эмчилгээг эхлэн эмчилгээнээс хойш 5 хоног хийсэн. Сэтгүүрдэх эмчилгээг эхлэхийн өмнө өвдөлтөөс сэргийлж өвчин намдаах эмийг (Fentanil 100 mg) бүх өвчтөнд хэрэглэсэн. Учир нь умайн хөндийд тодосгогч бодис шахах үед умай тэлэгдэж ихэнх өвчтөнүүдэд хүчтэй өвдөлт мэдрэгддэг.

Умайн хоолойг сэтгүүрдэхэд 4-5 French-ийн тахир зүүтэй уян сэтгүүр, битүүрлийг нээж суваг гаргахад 0,41-1,89 мм голчтой тефлон бүрхүүлтэй J-Terumo хөтлөгчийн ашиглан эмчилгээг Medix 130 (Hitachi, Japan) рентген аппаратын хяналтан дор хийсэн. J-Terumo хөтлөгчөөр сэтгүүрдэх боломжгүй үед 0,018-ийн хялгасан хөтлөгчийг (Target Therapeutics, Santa Monica, CA) 3 Fr –ийн бичил сэтгүүрийн хамт хэрэглэж сэтгүүрдэх эмчилгээг хийсэн. Нэг удаагийн эмчилгээг 30 минут хийсэн бөгөөд эмчилгээний дараа 1 цагийн туршид өвчтөнийг ажиглаж ямар нэгэн зовиур, шинж тэмдэг илрээгүй тохиолдолд гэрт нь гаргалаа.

Судлалгааны ажлын дүн, хэлцэмж:

Бид умайн гуурсны нэг тал нь битүүрсэн 11, 2 тал нь битүүрсэн 24, нийт 35 өвчтөний 59 умайн гуурсан сэтгүүрдэж суваг гаргах эмчилгээ хийлээ. Эмчилгээний үр дүн 51 (86.4%) гуурсан хоолой бүрэн нээгдэж, 8 (13.5%) тохиолдолд зөвхөн нэг атлын гуурсаг хоолой нээгдсэн. Гурван тохиолдолд сэтгүүрдэх эмчилгээг давтан хийсэн. Эмчилгээ хийгдсэн өвчтөнүүдийн 18.4%д бага зэргийн өвдөлт, 1 тохиолдолд тодосгогч бодисын харшил, 2 өвчтөнд эмчилгээний дараа 1-2 хоног халуурах шинж илэрсэн. Харин умайн гадуурх жирэслэлт, умайн гуурсны цоорол, цус алдалт зэрэг хүндрэл тохиолдологүй.

Дүгнэлт:

Умайн үрэдсэлт өвчнүүдийн улмаас битүүрсэн умайн гуурсыг сэтгүүрдэх эмчилгээ нь үр дүшн сйатбай, хүндорэл багатай, пластик эмчилгээтэй харьцуулахад хямд, 2-3 удаа давтан хийх боломжтой, өвчтөндөө зовиур багатай зэрэг олон давуу талтай байна. Мөн эмчилгээний зэрэгцээ умай болон түүний гуурсны дунд болон захын схэсгийн олон эмгэгүүдийг илрүүлэх оношийн өндөр ач холбогдолтой байна.

TRANSCERVICAL RECANALIZATION OF FALLOPIAN TUBE OBSTRUCTION

D.Gonchigsuren, Ts.Omgontya, Ya.Dashpagma

Transcervical recanalization was performed in 35 patients with unilateral (11) or bilateral (24) tubal obstruction from 1999 to 2002 in X ray. Selective salpingograms were attempted with a 5-6 F torque control catheter lodged in the tubal ostium. Recanalization was performed with 0.14-0.89 mm J-termo guide wire.

Conclusion: Transcervical recanalization with selective salpingogram is effective and costeffective treatment, than tubal inflammatory occlusion.

Results: Of the 59 cases 51 (86.4%) were successfully recanalized, 8 (13.5%) failed.

ЧИХНИЙ ХЭНГЭРГЭНД ХАЛУУН ҮЗЭХ НЬ

Г.Норовоо, Я.Энхжаргал /УКТЭ/

Эволюц хөгжлийн явцад бүлээн цуст (гомойтерми) амьтдад орчны халуун хүйтнээс хамаарахгүйгээр биеийн дулаанаа тогтмол барих дулаан зохицуулгын механизм боловсронгуй болон хөгжиж иржээ.

Биед үүссэн болон алдсан дулааны зөрүүг биеийн халуун гэнэ. Биеийн халуун нь дотоод зохицуулгын үйл ажиллагаа юм. Хэвийн нөхцөлд хүний биеийн халуун биеийн хүчний ажлын үед булчин ажилласнаас 1-2 хэмээр нэмэгдэх, өглөө оройд 0,5 хэмээр хэлбэлзэх мөн цаг агаар, өмссөн хувцас, хөдөлгөөн, арьсны ариун цэвэр зэргээс хамаарч биеийн гадаргуугийн дулаан хэлбэлцэж байдаг. Дараах тохиолдолд халуун хэлбэлзэнэ.

Хүснэгт 1

№	Хүчин зүйл	Халуун ихсэх	Халуун буурах
1.	Цаг хугацаа	Өглөө 04-08 цагийн хооронд 37,5°C (99°F) болж ихэснэ.	Орой 16-18 цагийн хооронд 36,5° C (97,7°F) болж буурна
2.	Нас	Нярайд 37,8° C (100°F) Хүүхэд насанд 37,2° C (98,9°F)	Хөгшин хүмүүст бодисын солилцооны идэвх удааширч, булчингийн хөдөлгөөн сул байдгаас биеийн дулаан 35,0° C (95,0°F) орчим байна.
3.	Хөдөлгөөн	Дасгал хөдөлгөөний явцад 37,8° C (100°F) болж ихсээд 30 минутын дараа хэвийн байдалд орно.	Унтаж байхад бодисын солилцоо буурсантай холбоотойгоор дулаан алдалт их байна. 36,5°C (97,7°F)
4.	Сарын тэмдэгийн мөчлөгийн үед	Овуляцийн турш прогестроны түвшин ихэсснээс 37,6° C (99,°F) болно.	Сарын тэмдэг ирэхийн өмнөх өглөө эрт 36,5° C (97,7°F) орчим байна.
5.	Жирэмслэлт	Жирэмсний эхний 4 сарын турш 38,0° C (100,4°F)	Жирэмсний сүүлийн 5 сард 36,0° C (97°F) байна.

Зарим өвчин эмгэгийн үед дулаан зохицуулгын механизм өөрчлөгдөж гипотерми ба гипертермид ордог. Никотин, спирт, эфирийн хордлого, уремия болон чихрийн шижингийн ком, гипотиреоз зэрэг өвчнүүд, цөөн тохиолдолд хагалгааны үед биеийн халуун буурч гипотерми илэрдэг. Биеийн халуун 26,0° C хэмээс доош буурсан тохиолдолд амьсгалын төв, цусны эргэлт дарангуйлагдаж үхэлд хүргэнэ. Харин ихэнх өвчин эмгэгүүдийн үед халууралт буюу гипертерми нь шинж тэмдэг байдлаар илэрдэг. Гипотерми ба гипертермийн шалтгаан илрэх шинж

Гипотерми

35°C-аас доош халуунтай

Хүснэгт 2

Шалтгаан:	Шинж тэмдэг:	Сувилгаа
- Удаанхугацаагаархүйтэнд өртөх/ Атмосферит эсвэл усанд живэх / - Нас хөгшрөх - Архаг архидалт - Зүрх судасны өвчлөл - Тархи судасны өвлөл - Өлсгөлөн байх - Гэр оронгүй хүмүүс - Гипотиреодит	- Хүчтэй даарч чичирнэ - Тахикарди - Артерийн даралт буурна - Хэл яриа орооцолдох - Арьс, нүүр хөхрөх - Хүүхэн хараа өргөсөх - Пульс хүчдэл дүүрэлт суларч жигд бус - Мэдрэмж алдагдах - Үхнэ	- Дулаан газар яаралтай оруулна - Бүлээн юм уулгах - Халуун бүлээн усанд дүрэх - Бүлээн жин бигнүүр тавих - Хүчилтөрөгч өгөх - Эмчийн заалтаар комплекс эмчилгээ эхлэх

Гипертерми

Хүснэгт 3

Шалтгаан:	Сувилгаа
- Бүгчим халуунд цохиулах - Илүү их ачаалалтай дасгал хийх - Нас хөгшрөх - Булчин чагарах үйлчилгээ бүхий эм хэрэглэх - Бага насны хүүхдийг машин болон бүгчим газар орхих - Шөрмөс татах	- Сэрүүн газар яаралтай оруулна - Хүйтэн юм уулгах - Сэрүүн усанд дүрэх - Сэрүүн жин бигнүүр тавих - Хүчилтөрөгч өгөх - Эмчийн заалтаар комплекс эмчилгээ эхлэх

Хүснэгт 4

Биеийн хэсгийн хэвийн халуун		
	Цельсийн хэмжээ	Фаренгетийн хэмжээ
Суганд	34,7°C- 37,3°C	94,5°F-99,1°F
Аманд	35,5°C- 37,5°C	95,9°F-99,5 °F
Шулуун гэдсэнд	36,6°C- 38,0°C	97,9°F-100,4 °F
Чихэнд	35,8°C- 38,0°C	96,4°F-100,4 °F
Духанд	34,0°C- 34,2°C	94,0°F-94,2.4 °F
Хэвийн халуун ба насны хамаарал		
0-2 нас	36,1°C- 37,8°C	97,0°F-100,0 °F
3-10 нас	35,9°C- 37,6°C	96,6°F-99,7 °F
11- 65 нас	35,8 °C- 37,5,°C	96,4°F-99,5 °F
65 –аас дээш	36,4°C- 38,0°C	94,5°F-100,4 °F

Биеийн халууныг хэмжих олон арга байдаг бөгөөд сүүлийн үед чихний хэнгэрэгэнд халуун үзэх энэхүү арга өргөн дэлгэрээд байна. Чихний термомертийн талаар болон халуун үзэх аргыгн талаар товч авч үзье.

Чихний халуун хэмжигч, Чихний хэнгэрэгт халуун үзэх арга.

Human Boddy Design Idea компани / HuBDIC / -д үйддвэрлэсэн Чихний халуун хэмжигч аппарат

Хүснэгт 5

№	Хэмжих арга	Хэт улаан туяаны хэмжилт
1	Хэмжих хязгаар	0°C+100°C (2° C±хүртэл) 32° F /
2	Нарийвчлал	± 0,2° C(±04° F) : 32 –42, 2° C (89,6 –108, 0° F ± 1° (±1,8 ° F) : 0- 31,9 °C/ 42,3 –100 °C 32-89,4 ° F / 108,1 – 212, 0° F
3	Дэлгэц	LCD дижитал
4	TB –100 Ая	Мэдээдэл хадгалахад үргэлжлэн дуугарна.
5	Мэдээлэл санах ой	8 удаагийн хэмжилтийг хадгална.
6	LCD гэрэл	Шөнө болон харанхуйд хэрэглэхэд зориулагдсан.
7	Асаах , хадгалах	30 секундын дотор хадгална.
8	Хэмжих нэгж	C ба° F
9	Батерей	CR 2032 \ 1ea \ 6,000 хэмжилт
10	Ажиллуулах хязгаар	16 °C-40°C / 61°F-104 °F/
11	Стандарт (MDD)	EC 93/ 42 / EEC

Хэт улаан туяаны чихний дижитал халуун хэмжигч нь хүний биеийн халууныг маш нарийн хэмждэг. Энэ багаж нь ая тоглох нэмэлт үйдэлтэй тул үзүүлж буй хүнд тайвруулах үйлчилгээ үзүүлэх ба хүний чихний суваг, хэнгэрэгт өвдөлт болон гэмтэл учруулахгүй.

Тус багажийн биеийн халууныг хэмжих гол зарчим нь:

Хэт улаан туяа нь арьс болон чихний хэнгэрэгний гадаргуугийн халууныг мэдэрч хэмжилт хийдэг. 1 секундэд биеийн халууныг агшин зуур 12 удаа хэмжиж, хамгийн өндөр үзүүлэлтийг дэлгэцэнд гаргадаг.

Багаж нь дараах бүтэцтэй.

1. Шүүлтүүр зонд
2. Шүүлтүүр зондны тогтоогч
3. Мэдрэгч /проб/
4. LCD дэлгэц
5. LCD гэрлийн товчлуур TB-100
6. Асаах товчлуур
7. Дууны товчлуур TB- 100
8. Батерейн түгжээ
9. Батерейн таг

10. Хэмжилтийн товчлуур
11. Хадгалах хайрцаг
12. Нөөц шүүлтүүр
13. Шошго

Багажийн давуу тал:

- Хэмжих хязгаар $0^{\circ}\text{C} / 32^{\circ}\text{F}$ /- аас $100^{\circ}\text{C} / 212^{\circ}\text{F}$ хүртэл
- Хэмжилтийн үед тааламжтай ая гарна. ТВ –100
- LCD / Шингэн талст дэлгэц / дижитал дэлгэцтэй.
- LCD гэрэл ТВ –100 нь харанхуйд ашиглах зориулалттай.
- Хэмжилтийн хугацаа 1 секунд
- Сүүлийн 8 хэмжилтийг хадгална.
- 30 секундын дотор хадгалагдана.
- Ариун цэврийн хувьд шүүлтүүр хошуу нь 1 удаа хэрэглэгдэнэ.
- Хамгаалалтын хайрцагтай.

Багажийг ажиллуулахдаа анхаарах зүйл:

- Мэдрэгчийг буруу хэрэглэсэн тохиолдолд хэмжилт алдаатай гарна.
- Ижил төстэй бусад халуун хэмжигчийн хэмжилтийн зөрөө нь $0,1^{\circ}\text{C}-0,2^{\circ}\text{C} / 0,2^{\circ}\text{F}-0,4^{\circ}\text{F}$ байж болно.
- Баруун зүүн талын чихэнд хэмжилт нь өөр өөр байж болно. Ихэнх тохиолдолд 2 чихэнд ижил байдаг.
- Хэмжилтийг нарийн хийхийн тулд цэвэр шүүлтүүр хэрэглэнэ.
- Хэвийн хэмтэй тасалгаанд, тайван нөхцөлд хэмжилтийг хийнэ.
- Дасгал хийх, гүйх явган явах, усанд орсны дараа хэмжилт хийвэл үзүүлэлт буруу гарах
- Батерей муудсан үед мөн үзүүлэлт буруу гарна.
- Гал ба шатамхай зүйлсийн хэмийг хэмжихгүй.
- Галын ойролцоо тус багажийг хэрэглэхгүй байхыг анхаарах

Багажийг яаж ажиллуулах вэ?

А. Халуун хэмжих

1. Хүний биеийн халууныг нарийн хэмжихийн тулд хэрэглэхийн өмнө шинэ мэдрэгч ашиглана
2. О тэм товчлуур дарна
3. Бүх тэмдэгт LCD дээр гарсан байх болно.
4.))) тэмдэгтийг гарахад уг багаж хэмжилт хийхэд бэлэн болсон байх болно.
5. Сонсголын сувгийг шулуун болгохын тулд чихийг зөөлөн татаж мэдрэгч, хэнгэрэг хоёрыг нэг шугаманд байрлуулна.
6. Хэмжилтийн товчлуурыг дарна. Хэмжилт дууссан дуу гарна.
7. Чихний сувгаас халуун хэмжигчийг авахад үзүүлэлт нь дэлгэцэнд гарна.
8. Мэдрэгчийг байнга солино.
9. Дэлгэц дээр))) тэмдэгт гарвал дараагийн хэмжилтийг хийх боломжтой.

Дараахи тохиолдлуудад 3 удаа давтан хэмжинэ.

- 90 хүртэлх хоногтой нярайд
- 3 хүртэлх насны хүүхдийн халуун хэвийн халууны дундажаас дээш байгаа тохиолдолд
- Мэдрэгчийг буруу хэрэглэсэн бол

Б. Багажийн санах онцлог

Тус багаж нь 8 удаагийн хэмжилтийг хадгална. Сүүлийн үзүүлэлтүүд автомат дарааллаар хадгалагдана.

- o тэм товчийг дарж MEM 1 -ийг харна

- o мет товчийг дарж MEM 2 -ийг харна.
- o мет товчийг дарж MEM 3 -ийг харна. Гэх мэтчилэн 8 удаагийн хэмжилтийг харж болох бөгөөд санамжийн дугаар өгөгдөөгүй тохиолдолд үзүүлэлт гарахгүй.
- o мет товчийг 5 секунд дарахад санамж устгагдана.

В. Ая –ТВ-100

Хэрэв дууны товчлуурыг дарвал ая гарах ба бага насны хүүхдэд хэмжилтийг нарийн хийх үед хэрэглэвэл тохиромжтой.

Г. Хэмжих нэгжийг өөрчлөх / °C- °F /

@ мет товчийг дарж 2 секундын дотор хэмжих нэгжийг өөрчилнө.

Д. Батерейг солих

Энэ багаж нь уян батерейта. LCD дээр + ээр гарна. Дараах дарааллаар батерейг хийнэ.

1. Сум заасан зүгт түгжээг шахаж онгойлгоно
2. Шинэ батерейг „+“ тэмдэгээр байрлуулна.
3. Батерейний тагийг хаана
4. Дахин боловсруулж хэрэглэхэд бохирдохоос сэргийлэх.

Е. Цэвэрлэх ба хамгаалах

1. Мэдрэгч хэсэг бол маш мэдрэмтгий хэсэг. Нарийн хэмжилт хийхийн тулд бохирдохоос хамгаалж үргэлж цэвэр байлгах хэрэгтэй.
2. Мэдрэгч хэсгийн доогуур ямар нэг шингэн орохоос сээрэмжлэх.
3. Мэдрэгч хэсгийн үзүүрийг хөвөнд ороосон спирттэй савхаар болгоомжтой арчина.
4. Цэвэрлэснээс хойш 1 цагийн дараа хэрэглэнэ.
5. Багажны гадна талыг зөөлөн материалаар арчина.
6. Нарны гэрэл, тоос, бохирдолттой эдээс хол байрлуулна.
7. Тасалгааны хэвийн хэмд байлгах ба гаднах хэм нь 16+40 °C (50°F + 104 °F) байх ёстой.
8. Гаднаас дотор хэрэглэх бол хэвийн хэмтэй өрөөнд 30 минут байлгасны дараа хэрэглэнэ.

Системийн алдаа

- A₁ – 1 минутын дараа off товчийг эргүүлэх
- A₂ - Батерейг аваад эргүүлэн хийх
- A₃ – Мэргэжлийн хүнээс зөвлөгөө авах Батерей ажиллагаагүйг мэдээлэх
- Батерейг хийх Батерей дууссанг мэдээлэх

Хэмжилтийн алдаа

- Шүүлтүүрийг шалгах
- Мэдрэгчийг солих
- Тэмдэглэлт бичсэн аргачлалын дагуу ажиллуулах
- Усны хэмийг хэмжсэний дараа хэсэг завсарлах

Ном зүй

1. С.Волынка Өвчтөн сувилах арга 2001.УБ
2. О.Сарантуяа. Д.Дашдаваа Сувилахуйн тусламж 200. УБ
3. С.Наранчимэг Сувилгааны үйл ажилгаа 2004 УБ
4. Я. Володя, Г.Дэлгэрсүрэн, Л.Хишигдэлгэр, Ерөнхий сувилахуйн үйл ажилгаа, гардан хийх ажилбар 2002 УБ
5. Assessment 1982
6. Carol Taylor, Carol Lillis. Fundamentals of nursing 1996 6 New York
7. Signs and Symptoms / Nurse's referens library / 1986
8. Nursing times сэтгүүл 2003 09 сар

ЗҮРХНИЙ АРХАГ ДУТАГДЛЫН ЭМИЙН ЭМЧИЛГЭЭ

Б.Батболд, Б.Амаржаргал /УКТЭ/

Зүрхний архаг дутагдал нь өргөн тархсан бөгөөд амьдарлыг богиснох, хөдөлмөрийн чадвар алдагдуулах гол шалтгаануудын нэг болдог. Шээс хөөх болон дигоксин эмчилгээ нь олон жилийн туршид үндсэн эмчилгээ болж байв.

Клиник ажиглалтаас харахад ангиотензин хувиргагч энзим болон β-блокатор эмүүдийг хэрэглэх нь шинж тэмдэгийг багасган наслалтыг уртасгаж байгаа нь тогтооджээ. Ангиотензин-II антигонист болон спиронолактон нь зарим тохиолдолд чухал нэмэртэй байна. Хэдийгээр эмийн эмчилгээ хийсээр боловч энэ архаг нийлмэл эмгэг улам гүнзгийрсээр байдаг боловч зөвхөн хэт хурдан хүндрэхээс холдуулж байгаа болно.

Зүрхний дутагдал гэдэг нь зүрхний үйл ажиллагааны алдагдалаас үүдсэн ихэнхдээ амархан тодорхойлогддог клиник хам шинжүүд юм. Зүрхний архаг дутагдал (ЗАД) нь өргөн тархмал нас баралт өндөртэй хөдөлмөрийн чадвар алдагдуулдаг өвчин. Англи улсад 0,5 – 3 сая хүн болон Европын бүх хүн амийн 0,4%-2% нь энэ эмгэгд нэрвэгдэж байна. Наслалт нэмэгдэх тусам тохиолдол нь эрсээр нэмэгддэг бөгөөд 65 наснаас дээш хүмүүсийн 6%-10% нэрвэгддэг байна. ЗАД нь настайчуудийн эмгэг бөгөөд хүн амийн наслалт уртсах тусам болон зүрхний шигдээстэй өвчтөний амьдрах хугацаа нэмэгдэх тутам ихсэх хандлагатай байна. Тохиолдолын дундач нь 76 нас бөгөөд эрэгтэйчүүдэд 75% нь зүрхний дутагдал үүсэх боломжтой бөгөөд эрэгтэйчүүд эмэгтэйчүүдийг бодвол эрсдэл өндөртэй байдаг байна.

Шалтгаан

ЗАД-ыг үүсгэх үндсэн гол шалтгаан нь зүрхний ишеми өвчнөөс болсон агшилтын үйл ажиллагааны алдагдалаас болсон байдаг. Бусад шалтгаануудын хувьд цусны даралт ихсэлт, хавхлагын эмгэгүүдийн байдаг. Зүрхний дутагдалын (ЗД) шалтгааны хувьд жилээс жилд өөрчлөгдсөөр ирлээ, хавхлагын болон цусны даралт ихдэх өвчин, ишеми өвчний эмчилгээ сайжран насалт нэмэгдэх тутам өөрчлөгдөх нь зүй тогтолт зүйл билээ. ЗД –ын бас нэг гол шалтгаан болох тосгуурын чичирхийлэл нь шинээр үүсэж байгаа ЗД-н 30% хүртэл шалтгаан болж байна. ЗАД-тай өвчтөний 20%-40% нь зүрхний агшилтын хэвийн үйл ажиллагаатай бөгөөд ихэвчлэн настай хүмүүст зүрхний сулралтын үйл ажиллагааны алдагдал болох зүрхний булчингын сулралт алдагдалаас болдог. Зүрхний дутагдал нь ихэнхдээ агшилтын болон сулралтын үйл ажиллагааны хоёулангын нь хавсарсан алдагдалаас үүдсэн байдаг.

ЗАД-ын эмийн эмчилгээний зорилго

- Зовиур шинж тэмдэгийг бууруулах
- Идэвхитэй амьдарлыг хангах.
- Өвчний давшилтыг бууруулах
- Эмнэлэгт хэвтэлтийг цөрүүлэх
- Нас баралтыг бууруулах

Зүрхний дутагдалын эмийн эмчилгээ

Сүүлийн 10 жилд зүрхний дутагдалын эмийн эмчилгээ мэдэгдэхүйц амжилтанд хүрсэн. Зүрхний архаг дутагдалын эмчилгээний үндсэн зарчимууд нь :

- Хурц дутагдалыг үед зүрхний ачаалалыг бууруулахын тулд амрах, ус давсыг багасгах болон эмийн эмчилгээ оруулах.
- Нейроэндокрины зохицуулах механизмуудын хөнөөлтэй (РААС болон симпатик мэдрэлийн системн идэвхижил, мөн хүндэрсэн үе шатан дахь вазопрессины чөлөөлөгдөлт) зэрэг нөлөөлөл үйлчлэлүүдийг багасган бууруулах ёстой.

Өвчтөнд үүссэн нөхцөл байдлын талаар нь зөв мэдээлэл, суурь зөвлөлгөө өгөх, тамхи татахыг зогсоох давс болон архины хэрэглээг багасгах, жин болон шингэний оролт гаралтыг хянах, тогтмол хөдөлгөөн дасгал хийх гэх мэт. Зүрхний дутагдал нь заримдаа бие даасан тодорхой өвчний явцаас болох боловч түүний эмчилгээ нь хавсарсан олон нөлөөлөл, механизмуудийг зохицуулах төвөгтэй үйл ажиллагаа байдгийг заавал ойлгуулсан байх ёстой.

Диабетын ноёлолт, уушигны архаг өвчнүүд, бөөрний үйл ажиллагааны алдагдал бууралт, захын судасны өвчнүүд зэрэг өвчний үед зүрхний дутагдалууд харьцангуй өндөр тохиолддог. Настай хүмүүст хавсарсан үений болон мэдрэлийн эмгэгүүд тогтмол дагалддаг болно.

Урьдчилан сэргийлэх эмийн эмчилгээ

Зүрхний дутагдалын үндсэн гол шалтгааныг нь олж тогтоох нь эмчилгээг үр дүнтэй болгоход тусалдаг. Зүрхний архаг дутагдалын гол шалтгаануудын нэг болдог зүрхний ишеми өвчтэй хүнд хоёрдогч урьдчилан сэргийлэх арга хэмжээ болох аспирин, даралт бууруулах, өөх тосыг эмчлэх, нь үр дүнг нэмэгдүүлдэг. Диабетик өвчтөнд метформин, сульфанилуреаз, инсулин зэргийг шаардалгын дагуу хэрэглэн сахарыг зохих түвшинд барих ёстой. Зарим зүрхний дутагдалтай жишээ нь тосгуурын чичрэлт, зүүн ховдлын бүлэнтэй өвчтөнд антикоагулянтыг удаан хэрэглэхэд хориглох заалт байхгүй бол варфарин хэрэглэх нь ашигтай. Зүрхний дутагдалтай өвчтөнд шаардалгын дагуу хэм алдагдалын эсрэг эмүүд болох амиодарон болон дофетилид зэргийг хэрэглэх нь ашигтай бөгөөд хэм алдагдах аюулаас сэргийлэх, хэм алдагдалыг засах зүрхний агшилтыг цөөрүүлэх сайн талтай. ЗАД-тай бүх өвчтөнд ханиад болон пневмококкос урьдчилан сэргийлэх тарилга дархлаажилт жилд нэг удаа хийлгэх нь өвчинд ашигтай байх талтай.

Шээс хөөгч эмүүд

Зүрхний архаг дутагдалын гол үндсэн шинж нь ус давсны хуримтлал биед ихсэх бөгөөд уушигны болон захын хаванг эмчлэх нь үндсэн гол эмчилгээний нэг билээ. Нэгэнт хаван үүссэн л бол диуретик хэрэглэхээс өөр ямарч орлох эмчилгээ болон сонголт байдаггүй. Хэдийгээр липид, урат, глюкозын солилцоонд гаж нөлөө үзүүлдэг боловч гогцооны диуретикууд зүрхний дутагдалын эмчилгээнд хувьсгал болсон юм. Гогцооны (болон тиазид) диуретикууд удаандаа нас баралтад хэрхэн нөлөөлж байгаа талаар тодорхойгүй байгаач зүрхний үйл ажилгааны дээрдэлт, ачаалал даалт, шинж тэмдэгүүдэд хэрхэн нөлөөлж байгаа талаар нилээд судалгаанууд гарсаар байна. Зүрхний хүнд дутагдалын үед тиазид болон гогцооны диуретикийг хавсран хэрэглэхэд үр дүн болон хүч нь нэмэгдэж ирдэг учир хавсран хэрэглэ болдог Диуретикууд нь РААС-г идэвхижүүлдэг учраас дангаар нь хэрэглэхгүй байх ёстой бөгөөд харин АСЕ ингибитортой боломжоор нь хамт хэрэглэх зүйтэй.

Нэгэнт бие дахь шингэний хуримтлал эмчилгээгээр шийдэгдсэн бол цаашдаа дахин хаван үүсэхээс сэргийлэх зорилгоор хэрэглэх бөгөөд энэ нь тунг тогтмол сайн хянаж тохируулахыг шаарддаг. Өвчинд өөрий нь байдал болон диуретикийн үйлчилгээг нь сайн ойлгуулан тайлбарлаж жин болон орж гарч байгаа шингэнээ хянаж түүндээ зохицуулан диуретикийн тунгаа тохируулан хэрэглэж сургавал сайн.

Вазодилаторууд

Изосорбид болон гидралазиныг хавсран хэрэглэснээр өвчтөний наслалт нэмэгдэж байгаа судалгаа 1986 онд анх бичигдсэн. Ренин-ангиотензин системийг хориг хийдэг эмүүд гарсанаар дээрхи эмийн хавсрал хянагдан өөрчлөгдсөн болно. Магадгүй АСЕ ингибитор эмүүд хэрэглэж болохгүй заалттай өвчтөнд дээрхи хавсрал эмчилгээний үүрэг роль нь хэвээр байж болох талтай. Бусад вазодилатор эмүүд -блокер празозин болон кальцын сувгын антогност амлодипин зэрэг нь ЗАД-тай өвчтний алсын явц нас баралтад нь онцын сайн нөлөө өгдөггүй байна.

Дигоксин

Дигоксин нь (өндөр концентрацтай үед) ялимгүй инотроп үйлчлэлтэй ингэхдээ вагусын тонусыг нэмэгдүүлдэг харин (бага концентрацтай үед) бөөрнөөс ренин ялгаралтыг дарангуйлдаг. Дигоксин шинж тэмдэгүүдэд хэрхэн нөлөөлдөг талаар онцын батлагдсан судалгаа байхгүй байна. Дигоксиныг дангаар нь болон АСЕ ингибитортой хавсран хэрэглээд эргээд эмийг хасаж зогсоосон судалгаануудад дигоксин нь ачаалал даалтыг нэмэгдүүлэн эмнэлэгт дахин дахин хэвтэх шаардалгыг багасгадаг байна. Дигиталис судалгааны бүлэг гурван жилийн турш дигоксинээр эмчлэхэд нас баралтыг бууруулхад дигоксин нь нэмэргүй болох нь батлагджээ. Дигоксиныг тосгуурын чичрэлттэй ЗАД-ын үед ховдолын агшилтын тоог цөөрүүлэн барихад хэрэглэж болох талтай. Мөн диуретик, АСЕ ингибитор болон Я-блокер эмчилгээг зохих хэмжээнд хэрэглээд онц үр дүн өгөхгүй байгаа тохиолдолд аргагүй

шаардалгын дагуу хэрэглэж болох юм. Дигоксин сийвэнд 2 ng/ml, болсон үед хордлог гарч бөөлжис цутгах, бөөлжих, зүрхний хэм алдах, мэдрэлийн бусад шинж тэмдэгүүд гарч болдог. Настай хүмүүс болон бөөрний үйл ажиллагаа алдагдсан, гипотироидизм, электролитын алдагдалтай буюу амиодарон, гуанидин, спиронолактон зэрэг эмүүдтэй хавсран хэрэглэх үед амархан хордлогонд орж болох талтай байдаг. Бусад бүх зэрэг инотропик эмүүд нь эмчилгээний алсын үндсэн үр дүнд муу нөлөөлтөй байдаг (доор хараарай).

Ангиотензин хувиргагч ферментийн ингибитор

АСЕ-ингибиторууд нь ангиотензин I ангиотензин II болж хувирхыг хориг хийдэг мөн брадикинины задралыг бууруулдаг (зураг 3). Тэгэхлээр АСЕ-ингибиторууд нь ангиотензин II –оос гардаг хүсэшгүй нөлөөлөл болон брадикинины вазодилитатор, натриуретик ашигтай нөлөөлөл хоёрын зохистой харьцааг барьж зохицуулдаг. АСЕ-ингибиторууд нь зүрхний дутагдалын аль ч үе шатанд наслалт болон идэвхитэй амьдарлыг нэмэгдүүлдэг болох нь маргаангүй батлагджээ. АСЕ-ингибиторууд нь зүрхний дутагдалын эмчилгээнд болон сэргийлэлт хоёуланд нь нейрогумораль онолын үүднээс маш чухал ач холбогдолтой болох батлагджээ.

АСЕ-ингибиторууд нь даралт бууруулдаг мөн бөөрний ажиллагаанд сөрөг нөлөөтөй гэдэг бодлын үүднээс практик эмч нар хэрэглэхээ татгалзан болгоомжилдог байсан ч өнөөдөр түүний ашигтай сайн үйлчлэлүүдийг сайтар ойлгожээ. АСЕ-ингибиторуудыг хэрэглэхгүй байх эсрэг заалт нь ангио-хаваншилт буюу урд нь хэрэглээд анафилакси өгсөн бол, жирэмсэн болон бөөрны хоёр талын артерын нарийсал юм. Бусад элбэг тохиолддог гаж нөлөөлөлүүд болох гипотония, бөөрний үйл ажиллагааны алдагдал, гиперкалиемиа зэргийг эмийг болгоомжтой эхлэх мөн тунг сайн тохируулах, улмаар даралт, мочевин, креатининыг хянах зэргээр сэргийлэж болдог. Хуурай ханиалга өвчтөнүүдийн 10% тохиолддог бөгөөд энэ нь голдуу эмчилгээг зогсоох шалтгаан болдог гэхдээ энэ нь аажимдаа гайгүй болох буюу тунг багасгахад арилдаг шинж.

Ангиотензин II блокерууд (АТ1 антогист)

Ангиотензин II блокерууд нь ангиотензин рецептор бүхий бүлэг эсүүдээр дамжин нөлөөлдөг. Зүрхний дутагдалтай өвчтөнд ангиотензин II нь АТ1 рецептороор дамжин сөрөг нөлөөлөл үүсгэдэг бөгөөд ангиотензин II антогистууд нь АТ1 рецепторыг нь хориг хийдэг болно. АСЕ ингибиторууд киназа 2 –той төсөөтөй бөгөөд протеазе фермент зарим талаар брадикининээр дамжин үрэвсэлийн метаболизмд оролцдог. АСЕ ингибиторууд брадикинины хэмжээг нэмэгдүүлдэг энэ нь магад вазодилитатор болон фибринолитик ашигтай үйлчлэлтэй. Нөгөө талаар зарим өвчтөнд ханиалгах болон ангио-хаваншилт болгоход брадикинин үүрэг гүйцэтгэж байна гэж үздэг. Гэтэл АСЕ ингибиторыг эмчилгээний тунгаар хэрэглэж байгаа боловч АСЕ хамааралгүй (жишээ нь chymase-химазе) замаар Ангиотензин II идэвхижиж болдог тохиолдол байдаг. Иймд АТ1 антогист нь ангиотензин II -ын 1-р хэлбэрийн рецепторыг сонгомолор хориг хийдэг учир дээрхи байдалаас ангижирч болох талтай. Энэ нөлөөлөл нь зүрхний дутагдалтай өвчтөнд ашигтай байх найдлага төрүүлж байна. Судалгаагаар лосартан (ангиотензин II блокер) болон эналаприл хоёрыг харьцуулан хэрэглэж үзэхэд цус эргэлтийн болон ачаалал даах нөөц зэрэг үйлчлэл нь ижил хэмжээнд байгаа нь тогтоогджээ.

β-Блокерууд

Зүрхний дутагдалын үед удаан үргэлжилсэн хугацаагаар нейрогормонал идэвхижилтэнд ордог энэ нь эргээд цусны эргэлтэд тааламжгүй сөрөг нөлөөлөл үүсгэн эцэстээ эд эсийн сөнөлт, хэм алдагдал болон зүрхний цусан хангамж буурдаг. Энэ шалтгааны улмаас ЗАД-ын үед симпатик мэдрэлийн систем болон түүнд нөлөөлдөг эмүүд хэрхэн нөлөөлж авцалдаж нөлөөлж байгаа талаар сүүлийн 30 жилд идэвхитэй судалгаа хийгджээ. Зүрхний архаг дутагдалтай өвчтөнд β-блокер хэрхэн нөлөөлж байгаа талаар судалгаанд 15,000 гаруй өвчтөн оролцжээ. Эдгээр судалгаанууд АСЕ ингибитортой адил β-блокеруудыг удаан хугацаанд хэрэглэхэд клиник сайжрал, шинж тэмдэгүүд хэрхэн багасаж, гэнэтийн нас баралт болон эмнэлэгт дахин хэвтэлт цөөрч, эзэнгшил уртсаж байгаа тухай баттай нотолжээ.

Метопролол нь хоёрдогч үеийн β1-селектив антогист бөгөөд дагалдах дотоод симпатомиметик үйлчлэл байхгүй. ЗАД-тай өвчтөнд метокролол хэрэглэхэд зүрхний үйл ажиллагаа сайжран, зүүн ховдолын өөрчлөлт багасаж, ачаалал даах чадвар нэмэгдэж

зүрхний дутагдалын шинжүүд арилдаг.

Карведилол сонгомол биш β -адренорецептор антиогнист бөгөөд мөн 1-рецепторыг хориг хийдэг болно. Бусад β -блокертэй адилгүй антиоксидантыг нэмэгдүүлэх, антипролифератив үйлчлэлтэй нь зүрхний өвчтэй хүмүүст илүү үр ашигтай нөлөө өгч болох талтай.

Дүгнэхэд: Зүүн ховдолын агшилтын үйл ажиллагааны дутагдалаас болсон зүрхний дутагдалын шинж тогтвортой гарсан өвчтөнд β -блокерыудыг диуретик, АСЕ ингибитортой хавсран хэрэглэх нь эмчилгээний үр дүнг эрс дээшлүүлнэ. Тогтоогдсон эсрэг заалт нь эзэнгшил алдагдсан зүрхний дутагдал, дахих магадлалтай амьсгалын замын багтраа, хүнд хэлбэрийн зүрхний хоригууд тэгээд брадикарди болон гипотония болно. Эмчилгээг эхлэх тунг өсгөн нэмэгдүүлсээр зохих үр дүнд хүргэх хангалттай тохирсон тун олж барих нь шаргуу нягт нямбай тогтвортой ажиллагаа шаарддаг бөгөөд мэргэжлийн өндөр чадвар хэрэгтэй нь ойлгомжтой билээ. Өвчтөний зүрхний агшилтын тоо, цусны даралт, клиник шинж илрэлүүдийг нарийн хянах нь чухал. Тур зуурын гаж нөлөө нилээд элбэг тохиолдох бөгөөд β -блокерыудыг хэрэглэн жинхэнэ үр дүнг нь үзэхэд заримдаа хэдэн сараар хэрэглэн байж сая санасан үр дүнд хүрч болдог гэдгийг анхаарах нь чухал. Клиник ажиглалтаас харахад ихэнхидээ эмчилгээний жинхэнэ хүссэн үр дүнд нь хүрэлгүй эмчилгээг хасах, зогсоох нь илүүтэй байгааг анзаарах чухал.

Спиринолактон

АСЕ ингибитор хэрэглэж байгаа өвчтөнд алдостероны хэмжээ ихэнхидээ нэмэгдсэн байдаг энэ нь зүрхний дутагдалд эргээд муу нөлөө үзүүлдэг. Спиринолактон нь кали хямагдагч диуретик бөгөөд алдостероны өрсөлдөгч антогнист учир АСЕ ингибитор хэрэглэж байгаа өвчтөнд илүү ашигтай нөлөөтэй байдаг. АСЕ ингибитор спинолактоныг хавсран хэрэглэж байгаа үед аюултай гиперкалиеми маш цөөхөн тохиолддог боловч клиникт гарч болох риск өндөр учраас бөөрний үйл ажиллагаа калийн хэмжээг тогтмол хянаж байх нь чухал.

Кальцийн сувгийн блокерыуд

Зүрхний дутагдалыг кальцын сувгийн блокерыудаар эмчлэх нь өдрөөс өдөрт хязгаарлагдан хумигдаж байгаа боловч ЗАД болон цусны даралт хавсарсан өвчтөнд зүрхний агшилтын тоонд бага нөлөөлдөг кальцын сувгийн антогнист нь хэрэглэхэд аюул багатай байдаг.

Дүгнэлт

- Зүрхний архаг дутагдал (ЗАД) нь өвчлөл болон нас баралтын өндөр шалтгаан болдог улам уламаар нэмэгдэж байгаа шаналгаа.
- Үндсэн суурь эмчилгээнд ус давсны тэнцвэрийг зайлашгүй зөв барих, дасгал хөдөлгөөн хэрэгтэйг өвчтөнд тайлбарлан таниулах ёстой. Титэм судасны өвчнөөс болсон ЗАД-тай өвчтөнд хоёрдогч урьдчилан сэргийлэх арга хэмжээнүүд болох аспирин болон статинуудийг зайлашгүй тогтмол хэрэглэх зүйтэй
- Уушигны болон зах хязгаарын хавантай зүрхний дутагдалын үед диуретикийг гарцаагүй хэрэглэх ёстой. Тэдгээрийг хэрэглэснээр гарсан шинж тэмдэгүүд багасан биеийн байдал сайжирдаг ч яваандаа гэнэтийн нас баралтыг бууруулдаггүй байна.
- ЗАД-тай өвчтөний бүх үе шатуудад буюу зүүн ховдолын агшилтын дутагдалын шинж тэмдэг тод илрээгүй үед ч АСЕ ингибитор хэрэглэх нь өвчлөл болон нас баралтыг алсдаа эрс бууруулдаг.
- АСЕ ингибитор таарамж муутай хэрэглэж болохгүй байгаа үед Ангиотензин II блокерыуд хэрэглэх нь тустай байх талтай.
- Тогтвортой ЗАД-тай өвчтөнд эсрэг заалт байхгүй бол β -блокерыуд (carvedilol, metoprolol CR/XL, болон bisoprolol) хэрэглэх нь наслалтыг уртасгах боломжтой болгодог.
- ЗАД-ын НҮНА ангилалын III-IV шатанд диуретик, АСЕ ингибитор, β -блокерыуд хэрэглээд үр дүн сайнгүй тогтвортой дутагдал байгаа үед спинолактон нэмж хэрэглэх нь наслалтыг мөн нэмэгдүүлэх талтай.
- Зүрхний дутагдалын үед эдгээр бүх эмүүдийг хэрэглэхдээ тун хэмжээг нягт нямбай өвчтөн бүрт нь тохируулах ёстой.
- Зарим өвчтөнд цөөн тохиолдолд дигоксин, гидралазин, изосорбид динитрат мэт бусад эмчилгээнүүдийг авч үзэж болох юм.

ЗД-тай өвчтөнд бусад янз бүрийн эмнүүд болох эерэг инотропик - xameterol, фосфодиэстеразе ингибитор - milrinone, enoximone болон inodilator, flosequinan зэргийг хэрэглэх нь эрт нас баралт үүсгэх талтай учрас аль болохоор хэрэглэхгүй зайлсхийж байх ёстой.

Одоогоор бусад бэлдмэлүүд болох эритропоиетины аналог, цитокаины антогност, enoximone-г бага тунгаар β-блокертэй хавсран хэрэглэх болон вазопрессин антогностуудыг эчилгээнд хэрэглэх сонирхолууд судалгааны үе шатандаа байгаа болно.

ЗД-ын эмийн эмчилгээнд ЗД-ын анхдагч үндсэн шалтгаан болсон бие даасан эмгэгийг урьдчилан сэргийлэх буюу хавсран эмчлэх ёстой. Гогцооны буюу тиазид диуретикуудыг захын болон уушигны тогтонгошил хаван үүссэн өвчтөнд зайлашгүй хэрэглэх албан ёсны эмчилгээ мөн. Хэрэв зохимжтой таарч тохирч байвал ACE ингибитор, β-блокерыуд хэрэглэх нь эрт нас баралтыг бууруулан, шинж тэмдэгүүдийн илрэл дахилт багасаж, эмнэлэгт даван хэвтэлт цөөрдөг. Бага тунгаар спиронолактоныг бусад эмчилгээнүүдтэй хавсран хэрэглэх нь ЗД-ын хүнд үе шатанд (NYHA ангилалын III-IV шат) наслалтыг уртасгах талтай. Ангиотензин II антогност цаашид хэрэглэж болох бөгөөд нэмэлт суурь судалгаанууд шаардлагатай байна. ЗД-тай өвчтөнүүдэд дээрхи эмчилгээг үр дүнтэй болгоход өвчтөн болгонд тохирсон онцлогыг анхаарч хийх нь эмчилгээг үр дүнд хүргэх боломжтой.

Ном зүй

1. McMurray JJ, Stewart S. Epidemiology, aetiology, and prognosis of heart failure. *Heart* 2000;83:596-602.[Free Full Text]
2. Remme WJ, Swedberg K. Task Force for the Diagnosis and Treatment of Chronic Heart Failure European Society of Cardiology. Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic heart failure. *Eur Heart J* 2001;22:1527-60.[CrossRef][Medline]
3. Varela-Roman A, Gonzalez-Juanatey JR, Basante P, et al. Clinical characteristics and prognosis of hospitalised inpatients with heart failure and preserved or reduced left ventricular ejection fraction. *Heart* 2002;88:249-54.[Abstract/Free Full Text]
4. Blue L, Lang E, McMurray JJ, et al. Randomised controlled trial of specialist nurse intervention in heart failure. *BMJ* 2001;323:715-8.[Abstract/Free Full Text]
5. Antithrombotic Trialists Collaboration. Collaborative meta-analysis of randomised trials of antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial infarction, and stroke in high risk patients [comment] [erratum appears in *BMJ* 2002;324:141]. *BMJ* 2002;324:71-86.[Abstract/Free Full Text]
6. Torp-Pedersen C, Moller M, Bloch-Thomsen PE, et al. Dofetilide in patients with congestive heart failure and left ventricular dysfunction. Danish Investigations of Arrhythmia and Mortality on Dofetilide Study Group [comment]. *N Engl J Med* 1999;341:857-65.[Abstract/Free Full Text]
7. Cohn JN, Tognoni G. A randomized trial of the angiotensin-receptor blocker Valsartan in chronic heart failure. *N Engl J Med* 2001;345:1667-75.[Abstract/Free Full Text]
8. Packer M, Coats AJ, Fowler MB, et al. Effect of carvedilol on survival in severe chronic heart failure. *N Engl J Med* 2001;344:1651-8.[Abstract/Free Full Text]
9. Packer M, Califf RM, Konstam MA, et al. Comparison of omapatrilat and enalapril in patients with chronic heart failure: the Omapatrilat Versus Enalapril Randomized Trial of Utility in Reducing Events (OVERTURE). *Circulation* 2002;106:920-6.[Abstract/Free Full Text]
10. Torre-Amione G, Young JB, Durand J, et al. Hemodynamic effects of tezosentan, an intravenous dual endothelin receptor antagonist, in patients with class III to IV congestive heart failure. *Circulation* 2001;103:973-80.[Abstract/Free Full Text]
11. Givertz MM, Colucci WS, Lejemtel TH, et al. Acute endothelin A receptor blockade causes selective pulmonary vasodilation in patients with chronic heart failure [comment]. *Circulation* 2000;101:2922-7.[Abstract/Free Full Text]
12. Udelson JE, Smith WB, Hendrix GH, et al. Acute hemodynamic effects of conivaptan, a dual V(1A) and V(2) vasopressin receptor antagonist, in patients with advanced heart failure. *Circulation* 2001;104:2417-23.[Abstract/Free Full Text]

УТЛАГА ЭМЧИЛГЭЭГ УУШГИНЫ ЭМГЭГҮҮДИЙН ҮЕД СОНГОН ХЭРЭГЛЭХ НЬ

Д.Туяа, А.Оюунбилэг, Х.Солонго /УКТЭ/

Амьсгалын замын архаг буюу хурц өвчнүүдийн эмчилгээний аргуудын дунд утлага эмчилгээ зонхилох байрыг эзлэх болсоныг түүний тал бүрийн давуу талуудтай холбож болох юм. Үүнд:

1. Өвчтөнд зовиургүй, non-invasive арга, ердийн, өөрийн чадах хэмжээгээр амьсгалж байхад хангалттай байдаг.
2. Эмийн бодисыг зөвхөн амьсгалын замд богино хугацаанд хүргэснээр бусад эрхтэнүүдэд үзүүлэх эмийн гаж нөлөөг багасгадаг.
3. Ихэнхи тохиолдолд богино хугацаанд эмчилгээний үр дүн сайн илэрдэг.
4. Удаан хугацааны эмчилгээтэй архаг өвчнүүдийн үед энэ аргаар гэрийн нөхцөлд эмчилгээ хийх боломжтой байдаг. Хэрэглэхэд энгийн, бүх насны хүмүүст тохиромжтой.

УКТЭ-ийн УСК-т утлагын аргаар доорхи өвчнүүдийн үед дараах эмийн бодисуудыг ашиглан, эмчилгээ хийгдэж байна.

Онош	Хэрэглэж буй эмийн бодисууд	Зорилго	Үр дүнгийн тооцоо
Гуурсан хоолойн багтрааны хүнд хэлбэрийн хурцдал	Гуурсанхоолой тэлэх эмүүд	Түргэн хугацаанд гуурсан хоолой тэлэгдэх	ОГАЭ1 / огцом гаргах агаарын эзэлхүүн 1 сек/, АГОЭХ /амьсгал гаргах оргил эзэлхүүнт хурд/
Тогтвортой бус гуурсан хоолойн багтраа	Гуурсан хоолой тэлэх бэлдмэлүүд	Хурцдалаас урьдчилан сэргийлэх	АГОЭХ-г гэрээр хянах, эмнэлэгт хэвтэлтийн тоо
Гуурсан хоолойн архаг багтраа	Стеройдууд	Ууж хэрэглэх гормоны тунг багасгах	Ууж хэрэглэх стеройдын тун, АГОХ / амьсгал гаргалтын оргил хурд /
Бөглөрөлт өвчнүүдийн сэдэрэлт	Гуурсанхоолой тэлэх эмүүд	Богино хугацаанд гуурсан хоолой тэлэх	ОГАЭ1, АГОЭХ
Бөглөрөлт өвчнүүдийн хүнд хэлбэр	Гуурсанхоолой тэлэх эмүүд	Сэдэрэлтийн тоог бууруулж, зовиуруудыг арилгах	АГОХ-г гэрээр хянах
Гуурсан хоолой тэлэгдэх өвчин	Антибиотикууд	Эмнэлэгт хэвтэлтийн тоог багасгах, уушигны үрэвслийг бууруулж, үйл ажиллагааг нь сайжруулах	ОГАЭ1, АГОХ, цэрний шинжилгээ ба бодит үзлэгийн үзүүлэлтүүд
Уушигны үрэвсэл	Антибиотикууд	Халдварыг эмчлэх	Рентген ба бодит үзлэгийн үзүүлэлтүүд
Цэр ялгаралтын саатал	Физиологийн уусмал	Цэрний ялгаралтыг сайжруулах	Цэрний эзэлхүүн, жин
Эмчилгээнд дарагдахгүй байгаа ханиад	Хэсгийн мэдээ алдуулагчид	Ханиалгалтыг намдаах	Ханиалгалтын тоо, үргэлжлэх хугацаа
Эмчилгээгүй амьсгаадалт	Хар тамхины найрлагатай бэлдмэлүүд	Амьсгаадалтын бууралт	Амьсгаадалтыг үнэлэх

Уушигны практикт утлагын аргыг өргөн хэрэглэх нь цэрний эдгэрэлтийг түргэсгэж, эмчилгээний үр дүнг сайжруулсан дэвшилтэт арга гэдэг нь батлагдаж байна.

Ном зүй:

1. Середа В.П., Покомаренко Г.Н., Свистов А.С. “Ингаляционная терапия хронических обструктивных болезней легких” 2004, стр 63-103, стр 43-44, стр 186-188
2. Авдеев С.Н. “Использование небулайзеров в клинической практике” 2001, стр 189-196
3. Авдеев С.Н. “Устройства доставки ингаляционных препаратов, используемые при терапии заболеваний дыхательных путей” 2002, стр 255-261

УКТЭ-ИЙН ЭМЧ АЖИЛЧДЫН ДУНДАХ МЭРГЭЖЛИЙН ӨВЧНИЙ СУДАЛГАА

Р.Оюунгэрэл (УКТЭ)

УКТЭ нь 567 ажиллагсадтай бөгөөд үүнээс 134 нь эмч, 250 нь сувилагч, дунд мэргэжилтэн, 183 нь бусад мэргэжлийн ажилтан байдаг. Нийт ажиллагсад ялангуяа эмч сувилагчдын ажил, мэргэжлийн нөхцөлтэй холбогдон харшил өвчин үүсч байгаа эсэхийг судлах, хөдөлмөр хамгаалал, эрүүл мэндийн асуудалд хэрхэн нөлөөлж байгаа зэргийг судлах зорилго тавилаа. Энэ удаа зөвхөн түүвэр судалгаа хийж 100 ажилчдыг хамруулав. Цаашид судалгааг бүх ажилчдад явуулж хөдөлмөрийн нөхцөл, ажлын ачааллыг судлан мэргэжлийн өвчлөлөөс урьдчилан сэргийлэх арга хэмжээ авах талаар ажиллах нь зүйтэй юм. Судалгаанд асуулгаар хариулт өгсөн ажилчдын 26% их эмч, 32% сувилагч, 24% бусад ажилчид, 14% лаборант 3% рентген 1% нар байв.

Үүнээс ажилласан жилээр аваад үзвэл:

1 - 5 жил	10 хүн	Хүйсээр авч үзвэл: эмэгтэй 87, эрэгтэй 13 байв.
5 - 10 жил	45 хүн	
10 - 15 жил	18 хүн	
15 - 20 жил	15 хүн	
20 - дээш жил	12 хүн	

Харшлын өвчний өгүүлгээр:

Арьсны харшил	26	Угаалга ариутгалын бодисын харшил	35
Ургамлын тоосны харшил	14	Ахуйн тоосны	8
Эмийн харшил	10	Архаг чонон хөрвөс	6
		Хүйтний харшил	1 өвчлөл илрэв.

Үүнээс үзэхэд, угаалгын нунтаг, ариутгалын бодист харшилтай, арьсны харшил нь зонхилох хувийг эзлэж байна.

Дүгнэлт:

1. УКТЭ-ийн эмч, ажилчдын мэргэжлийн өвчлөлд голлох байрыг ариутгалын бодисын харшил эзлэж байна.
2. Ажилчдын хөдөлмөр хамгааллын асуудалд онцгой анхаарч зааврын дагуу ажиллах, хөдөлмөрийн багажаар бүрэн хангах.
3. Ажилчдыг нэгдсэн журмаар харшлын сорилд хамруулан оношлож өвчин илэрсэн тохиолдолд эрүүлжүүлэх, урьдчилан сэргийлэх эмчилгээнд хамруулах.
4. Эмч, ажилчдын хөдөлмөрийн нөхцөл, ажлын ачааллыг судлан үзэж, шинэчилсэн стандарт тогтоох ажлыг МЭС Төвтэй хамтран хийх нь ажилчдын мэргэжлийн өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх чухал ажил болно.
5. Мэргэжлийн өвчин үүсэх шалтгаан эмнэл зүй, клиник, явц, хүндрэл эмчилгээ, урьдчилан сэргийлэлт хөдөлмөр зохицуулалт, хөдөлмөрийн нөхцөл, хортой, хүчин зүйлийн нөлөөллийг нарийвчлан судлахад судалгааны онцлог оршино.

ЦУСНЫ ДАРАЛТ ИХДЭХ ӨВЧНИЙ /ЦДИӨ/ ЭМГЭГ ЖАМД ХҮЧИЛТӨРӨГЧИЙН ЧӨЛӨӨТ РАДИКАЛУУДЫН БОЛОН АЗОТЫН ИСЛИЙН /NO/ ҮЗҮҮЛЭХ НӨЛӨӨ

С.Баярсайхан, Б.Цэвэлмаа /УКТЭ/

ЦДИӨ нь зүрх судасны өвчний үхлийн хамгийн голлох эрсдэлт хүчин зүйлүүдийн нэг юм. Сүүлийн үед зүрх судасны эмгэгийн үед судасны тонусын зохицуулгад хүчилтөрөгчийн чөлөөт радикалуудын оролцооны талаар шинэ төсөөлөл гарч ирсэн. Үүний зэрэгцээ ЦДИӨ -ний явцад эндотель эсийн үйл ажиллагааны хямралд азотын оксидын солилцооны алдагдал чухал үүрэгтэй болохыг харуулсан судалгаанууд хийгдсний үр дүнд хүчилтөрөгчийн чөлөөт радикалуудын хэт үүсэл, эндотель эсийн азотын ислийн ялгарлын хооронд холбоотой болох нь тогтоогджээ.

ЦДИӨ-ний эмчилгээ ба урьдчилан сэргийлэлтийн хэтийн төлөвт хүчилтөрөгчийн чөлөөт

радикалуудаас эндотель эсээс ялгарч буй азотын ислийг хамгаалах эсвэл түүний ялгаралтыг нь нэмэгдүүлэх асуудал тавигдаж байна.

АД-д болон судасны тонусын зохицуулгад азотын оксидын үүрэг:

ЗС-ны систем дэх NO-гийн ялгарал:

NO нь L-аргинаинаас 3 төрлийн NO-Синтаз гэдэг ферментийн /мэдрэлийн эсийн pNOS, эндотелийн eNOS, индуцибель iNOS/ нөлөөгөөр үүсдэг. Эдгээрийн эхний хоёр буюу pNOS ба eNOS-ийг үндсэн изоформууд гэж нэрлэх бөгөөд энэ хоёр нь кальцийн ионоос хамааралтай, азотын ислийг ямар нэг идэвхижүүлэгч хүчин зүйлийн нөлөөгөөр хэдхэн хормын явцад харьцангуй бага хэмжээгээр ялгаруулдаг. Эдгээр идэвхижүүлэгч хүчин зүйлүүдэд ацетилхолин, норадреналин, ангиотензин-II, P субстанци, кальцийн ионууд болон эндотель эсийн дэргэд тромбоцитүүдийн агрегацийн үед үүсэх тромбин, АТФ, серотонин зэрэг дотоод хүчин зүйлс ордог. Хамгийн чухал физиологийн идэвхижүүлэгч нь эсийн доторхи кальцийн ион, хүчилтөрөгчийн хангамжийн өөрчлөлт, цус эндотель эстэй шүргэлцэх хөдөлгөөн юм.

Зүрх судасны системийн хамгийн үндсэн үүргийг eNOS гүйцэтгэдэг ба энэ нь эндотель эс, цаашилбал зүрхний булчин, гөлгөр булчин, бөөрний дэд булчирхай, ТМС-ын эсүүд, захын нитроэргийн мэдрэлүүд болон бусад эсүүдэд агуулагддаг байна. Үндсэн eNOS ба pNOS хэлбэрүүдээс iNOS нь кальцийн агууламжаас шалтгаалдаггүйгээрээ ялгаатай юм. iNOS нь эсэд байнга агуулагдахгүй, хэвийн нөхцөлд үүсэхгүй, зөвхөн эмгэгийн үед удаан хугацаагаар их хэмжээгээр ялгардаг байна. iNOS нь артерийн даралт, бөөрний үйл ажиллагааны зохицуулгад оролцдог нь нотлогдсон. Энэ ферментийг амина-гуанидаар хориглоход хулганы артерийн даралт нь 104-118 мм.муб-аар ихэддэг болох нь тогтоогджээ. Анх iNOS-ийг макрофаг эсэд илрүүлж түүний нөлөөгөөр хаврын болон бактерийн эсийн эсрэг макрофагийн цитотоксик болон цитостатик үйлчилгээ үзүүлдэг болохыг нь тогтоожээ. Одоогоор iNOS-ийг ялгаруулдаг эсийн тоо 20 гаруй болоод байна.

Хүчилтөрөгч болон бусад кофакторуудын нөлөөгөөр L-Аргининаас нэг молекул L-Цитруллин, нэг NO радикал үүсэж NO нь зэргэлдээх гөлгөр булчин руу нэвтрэн орж цГМФ-г идэвхижүүлснээр эсийн доторхи Са-ийн ион багасч гөлгөр булчин суларч судас тэлдэг. NO бол тогтворгүй, зөвхөн хэдхэн секунд оршдог молекул боловч мөн тогтвортой байдалд ч шилжин хадгалагддаг байна.

NO-ийн хэт ялгарал:

Судасны тонус ихдэхэд NO-ийн ялгарал гэнэт ихсэнэ. Энэ нь артерийн даралт ихсэлтийн эхний үе шатууд, чихрийн шижин, атеросклероз, зүрхний архаг дутагдлын үед илрэнэ. Үүссэн NO- чөлөөт радикал нь төмөр агуулсан уургуудыг /митохондрын амьсгалын фермент/ идэвхигүй болгож эсийн өсөлтийг зогсооно. Түүнээс гадна NO нь хүчилтөрөгчийн чөлөөт радикалуудтай нэгдэж Пероксинитрат үүсгэн тэр нь ДНК-г гэмтээж мутаци үүсгэнэ. Төв мэдрэлийн системд NO нь эпилепси, цус харвалт үүсгэнэ. Зүрх судасны системд NO-ийн илүүдэл нь судасны нэвчимхий чанарыг ихэсгэн хаван үүсгэж зүрхэнд шууд хортой нөлөөлж даралтыг багасгана. Үүнээс гадна NO нь судас агшаах бэлдмэлийн үйлчилгээг дарангуйлснаар АД-ыг эргэшгүйгээр бууруулдаг. Энэ нь үжлийн, цус алдалтын, гэмтлийн, анафилаксийн, халууны болон зүрхний шокийн үед илрэнэ.

NO-ийн дутагдал ба эндотелийн үйл ажиллагааны хямрал:

Зүрх судасны системийн эмгэгийн үед артери судасны эндотель шалтгаант сулрал нь буурсан байдаг. Өвчний эхний шатанд гадны эндотель шалтгаант судас өргөсгөх хүчин зүйлүүдийн нөлөөнд судас тэлэх чанараа хадгалдаг. Харин өвчний эцсийн шатанд эндотель нь NO бараг ялгаруулахгүй, эндотелээс шалтгаалах судас өргөсгөх хүчин зүйлүүд болох ацетилхолин, брадикинин, серотонин аденозин, гистамин зэрэг нь судас агшаах үйлчилгээ үзүүлж эсийн доторхи кальцийн ионыг нэмэгдүүлнэ.

Зүрх судасны систем дэх NO-ийн үндсэн үйлчилгээ:

Эндоген судас өргөсгөх хүчин зүйлүүдээс хамгийн хүчтэй нь NO юм. Нарийн жижиг судсууд нь томоосоо илүү хэмжээгээр NO ялгаруулна. Үүний учир NO нь захын судасны эсэргүүцэл артерийн даралтыг зохицуулдаг байна. Түүнээс гадна NO нь уусамхай цГМФ-ын тусламжтайгаар эндотелээс ялгарах судас агшаах үйлчилгээтэй Эндотелин-1, Норадреналины ялгарлыг дарангуйлах замаар системийн болон уушгиний судасны суурь тонусыг зохицуулна. NO нь кардиомиоцитыг адрено болон холиноэргийн хүчин зүйлд мэдрэг биш болгон сөрөг инотроп үйлчилгээ үзүүлнэ. NO нь

судасны хананы гөлгөр булчингийн эсүүдийн пролиферацийг бууруулан, гиперхолестеринемийн үед судас өргөгсгөж шинээр неоинтим үүсэхийг дарангуйлснаар антиатеросклеротик үйлчилгээг үзүүлнэ. NO нь цитокины синтез, ялгарлыг дарангуйлснаар үрэвсэл дарах нөлөөтэй. Цитокин адгезийн молекулууд нь моноцитыг эндотелийн хананд татаж түүнийг судасны ханаар нэвтрэх боломж олгосноор атеросклероз үүсгэх нөхцлийг бүрдүүлдэг. Тэгвэл NO нь цитокин болон адгезийн молекулуудыг идэвхигүйжүүлнэ. NO нь простаглицлины нэгэн адил агрегацийг бууруулдаг бол простаглицлинээс ялгаатай нь тромбоцитын адгезийг мөн идэвхигүйжүүлнэ. Нитрозэргийн мэдрэлүүд нь NO ялгаруулснаар ходоод гэдэсний дасан зохицох сулрал, эрекции, давсагнаас шээс ялгаруулах, трахейны сулрах үйл ажиллагааг хангаж өгдөг. Зүрх судасны системд нитрозэргийн мэдрэлийн нөлөө тийм ач холбогдол бүхий хэмжээнд биш юм.

NO-ийн АД-д үзүүлэх нөлөөг судлах явцад ацетилхолиныг судсаар хийхэд АД бууран, шээсээр ЦГМФ ялгарах нь нэмэгдсэн. Тэгвэл NO-синтетазын хориглогчийг тарихад дээрхи үр дүн илрээгүй байна. Бактерийн липополисахаридаар үүсгэгдсэн үрэвслийн процессийн нөлөөгөөр NO ихэсч АД тогтвортой буурсан ба NO-синтетазын хориглогчоор артерийн даралтын бууралтыг сааруулж байсныг үзэхэд энэ үйл явцад NO-ийн үзүүлэх нөлөө нь тодорхой байна. NO нь мөн хэсгийн цусны эргэлтэд нөлөө үзүүлдэг.

NO-синтетазын хориглогчийн артерийн даралтад үзүүлэх нөлөө нь сайн судлагдсан. NO-синтетазыг удаан хугацаагаар хориглоход артерийн даралтыг нэмэгдүүлж судасны хананд атеросклероз үүсгэдэг болох нь тогтоогджээ. 16 долоо хоногийн турш NO-г хориглоход туршилтад орсон бараг бүх амьтад үхсэн байна.

Хэсэг газрын цусны урсгал голчлон хүчдэлийн шүргэлцээнээр цусны эндотельтэй шүргэлцэх хөдөлгөөнөөр зохицуулагддаг. Бодисын солилцоо идэвхижихэд PCO_2 нэмэгдэж PO_2 бууран PH багасахад прекапиллярын сфинктер суларч капиллярын цусан хангамж ихэсдэг. Энд цусны урсгал ихдэхэд хүчдэлийн шүргэлцээн нэмэгдэж NO ялгарахын зэрэгцээ простаглицлины ялгарал нэмэгдэнэ. Энэ хэлбэрийн дасан зохицох механизм нь зүрх болон араг ясны булчингийн ачаалал нэмэгдэх үед ажиллана. Байнгын биеийн ачаалалтай байвал eNOS-ийг идэвхижүүлэхээс гадна түүний гений үүслийг сайжруулдаг ба энэ хэлбэрийн дасан зохицох нь харьцангуй удаан хугацаанд найдвартай юм. Ийхүү цусны урсгалаас хамааран NO-ийн оролцоотой судас тэлэх механизм нь захын судасны эсэргүүцэл /ЗСЭ/ системийн артерийн даралтын зохицуулгад чухал үүрэг гүйцэтгэдэг.

1983 онд Кониши /Японы эрдэмтэн/ анх эндотелийн шалтгаантайгаар судас тэлэх процесс алдагддаг болохыг үзүүлсэн. Эндотель шалтгаант судас тэлэлт алдагдсан үед эндотелийн NO харьцангуй болон туйлын байдлаар дутагддаг байна. Энэ нь цусны сийвэн болон шээсэнд нитрит ба нитратын агууламж буурах байдлаар илрэнэ.

Ад ихдэх үед NO-ийн хомсдол нь eNOS-ийн идэвхи суларсантай, NO нь чөлөөт радикалуудын нөлөөгөөр задрах, нэгдэх эсвэл NO-ийн гөлгөр булчинд үзүүлэх нөлөө суларсантай холбоотой байж болно.

Олон судлаачдын судалгаагаар удамшлын гаралтай артерийн гипертензитай амьтдад NO-ийн дутагдалтай байхаас гадна судасны гөлгөр булчингийн эсүүдэд болон макрофагуудад iNOS идэвхи өндөр байгаа нь тогтоогдсон. Өвчний эхний шатанд iNOS өндөр байгаа нь дасан зохицох шинж чанартай байгаа ба цаашид илүүдэл NO нь eNOS-ийн идэвхийг дарангуйлснаар митохондрын амьсгал, ДНК-ийн синтез алдагдаж судасны эсүүд гэмтэнэ. Үүний үр дүнд эндотелийн NO багасч судас тэлэлт алдагдан артерийн даралт ихэсдэг байна.

Олон төрлийн артерийн гипертензийн үед NO-ийн харьцангуй дутагдал заавал байдаг. Энэ үед NOS идэвхитэй байж болно, Гэвч NO-ийн биологийн үйлчилгээ суларсан байна.

Бөөр нь NOS-ийн саатуулагчийн нөлөөнд маш мэдрэг ба түүний нөлөөнд шээс ялгарал, натрийн шээсээр ялгарал, бөөрний цусны эргэлт багасч системийн артерийн даралт ихдэнэ.

Эндотелийн үйл ажиллагааны алдагдлын механизм

1990 онд Ж. Панза болон түүний нөхөд нь ЦДИӨ-ний хүнд ацетилхолиныг тарих үед эндотель шалтгаант судас тэлэлт буурч байгааг харуулжээ. Одоо цусны даралт ихдэх өвчний үед артерийн даралт болон эндотелийн үйл ажиллагааны аль нь анхдагч болохыг судалж байна. SHR-удмын артерийн даралт ихтэй хулгануудад өвчний эрт үед NO-шалтгаант судас тэлэлт хэвийн

хадгалагдаж байгаа нь тогтоогдсон. Эссециаль хэлбэрийн даралт ихтэй хүмүүсийн шууны артерит ацетилхолин болон карбахолыг тарихад эндотель шалтгаант судас тэлэлтийн алдагдал илрээгүй нь хэд хэдэн судалгаанаас харагдаж байна. Эдгээрээс үзэхэд эндотелийн үйл ажиллагааны алдагдал нь хоёрдогч буюу артерийн гипертензийн үр дагавар болох нь нотлогдож байна. Гэсэн хэдий ч өмнөх ажиглалтаас үзэхэд эцэг эх нь ЦДИӨ-ний удамтай хүүхдүүдэд судсан дахь NO-ийн нийлэгжилт, судасны эндотель шалтгаант ацетилхолины урвал буурсан байгаагаас үзэхэд артерийн гипертензийн шалтгаан нь NO-ийн нийлэгжилтийн дутагдал байж магадгүй.

Судасны өөрчлөн зохицуулгад /ремоделирование/ NO-ийн үзүүлэх нөлөө

Судасны эсүүд- эндотель, гөлгөр булчингийн эсүүд болон фибробластуудын генетикийн програм нь судсыг эмгэг болон эрүүл физиологийн сэдээлтийн хариуд зохицон өөрчлөгдөж цусан хангамж авдаг эд эрхтнүүдийн бодисын солилцооны хэрэгцээг хангах боломжийг олгодог байна.

Судасны хөндийн диаметрийн түргэн хугацааны өөрчлөн зохицуулагдах процесс нь симфатик мэдрэлийн болон судас идэвхижүүлэгч хүчин зүйлүүдийн нөлөөгөөр явагддаг. Удаан хугацааны бүтцийн дасан зохицол нь олон тооны богино үйлчилгээтэй вазомотор процессуудын үр дүнгийн нийлбэр болдог буюу судасны өөрчлөн зохицол /ремоделирование/ гэж нэрлэгддэг.

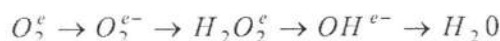
Орчин үед эндотель нь цус хөдлөл зүйн өөрчлөлтийн гол мэдрэгч нь болох ба судсанд бүтцийн өөрчлөлт явагдахад нөлөөлдөг байна.

Эм зүйн судалгаа шинжилгээгээр NOS-ийн саатуулагчийг удаан хугацаанд хэрэглэхэд NO нь цусны даралт эзэлхүүнийг зохицуулах гол медиатор болдог нь харагдсан.

Хүчилтөрөгчийн чөлөөт радикалуудын АДИ-д үзүүлэх нөлөө:

Судасны хананд хүчилтөрөгчийн чөлөөт радикалууд үүсэх нь:

Организмд энерги үүсэх, микроорганизмыг устгахад хүчилтөрөгч гол үүрэг гүйцэтгэдэг хэдий ч түүний сөрөг нөлөө бас зайлшгүй тохиолдоно. Иймд эволюцийн явцад организмд хүчилтөрөгчийн хэмжээг хянах систем бүрэлдэн тогтжээ. Уг системийн нэг механизм нь хүчилтөрөгчийн молекулын үс хүртэл 4 электронт ангижрах процесс бөгөөд энэ явцад завсрын бүтээгдэхүүн болох хүчилтөрөгчийн чөлөөт радикал буюу супероксид анион $O_2^{\cdot-}$, устөрөгчийн хэт исэл H_2O_2 ба гидрофиль бүлэг $OH^{\cdot}$ үүсдэг байна.



Хүчилтөрөгчийн чөлөөт радикалуудын организмд үзүүлэх хортой нөлөөг **Оксидативный стресс** эсвэл **Исэлдэх стресс** гэж нэрлэдэг.

$O_2^{\cdot-}$, H_2O_2 нь судсыг агшааж судасны гөлгөр булчингийн өсөлтийг нэмэгдүүлдэг. ЦДИӨ-ний үед эндотелийн үйл ажиллагааны алдагдал гарч чөлөөт радикалууд нэмэгддэг. Судасны хананд дахь чөлөөт радикалуудын эх үүсвэр нь:

1. Митохондрын амьсгалын фермент НАД
2. Эсийн дотор хэвийн агуулагдаж байдаг орловин, тиол, катехоламин зэрэг жижиг молекулууд юм.
3. Арахидоны хүчлийн солилцооны бүтээгдэхүүн жишээлбэл: циклооксигеназ, липоксигеназын цитохром P^{450} - монооксигеназын бүтээгдэхүүн.

Супероксид анион нь эндотели, адвентици, гөлгөр булчинд үүсдэг байна.

H_2O_2 -ийн эх үүсвэр нь $O_2^{\cdot-}$ -ын дисмутацийн урвал юм. Энэ урвал нь супероксиддисмутаз /СОД/ ферментээр идэвхиждэг буюу ферментгүйгээр аяндаа явагдаж болно. 3 төрлийн СОД байдаг:

1. Cu/Zn -СОД-1,
2. Митохондральный Mn -СОД-2
3. Эсийн гаднахи СОД-3. Эсийн гаднахи СОД нь эсийн доторхиос бага байдаг.

СОД ферментүүд нь цитокинүүд, өсөлтийн хүчин зүйлүүд, судасны идэвхижүүлэгч хүчин зүйлүүд дотроос хамгийн ач холбогдол бүхий нь Ангиотензин-II-ын нөлөөгөөр зохицуулагддаг байна. Ангиотензин-II нь НАД/НАДН оксидазыг идэвхижүүлж $O_2^{\cdot-}$, H_2O_2 -ын ялгарлыг нэмэгдүүлдэг байна.

Артерийн даралт ихсэх өвчний үед антиоксидантуудын хэрэглээ:

Хүчилтөрөгчийн чөлөөт радикалууд нь гипертензийн үед судсыг гэмтээж үйл ажиллагааны хямралд оруулдаг гол хүчин зүйлүүд болох нь нэгэнт батлагдсан учир исэлдэх урвалыг сааруулагч-антиоксидант бодисуудыг АДИӨ-ний эмчилгээнд хэрэглэх нь ихээхэн үр дүнтэй нөлөө үзүүлнэ гэж үзэх үндэслэл болж байгаа юм.

Эндоген антиоксидантуудыг 3 том бүлэг болгон хуваадаг бөгөөд үүнд:

1-р бүлэгт Организмын дотоод хамгийн голлох хамгаалагч антиоксидант үйлчилгээтэй Супероксиддисмутаза /СОД/, каталаза, глутатион-пероксидаза зэрэг ферментүүд орно.

2-р бүлэгт Ихэвчлэн сийвэнд байдаг ферментийн бүс уургууд /трансферрин, альбумин, церулоплазмин, мөн ферментийн идэвхи бүхий ферроксидаза зэрэг уургууд орно./

3-р бүлэгт Үндсэндээ сийвэнд эсийн доторх болон гаднах шингэнд, липопротеидүүд болон эсийн мембранд байрладаг антиоксидантууд орох бөгөөд эдгээрийг усанд уусдаг ба тосонд уусдаг гэсэн 2 бүлэгт хуваадаг. Хамгийн түгээмэл усанд уусдаг антиоксидантуудад аскорбины хүчил /Вит С/, шээсний хүчил, билирубин орно.

Тосонд уусдаг антиоксидантууд нь голчлон эсийн мембрантай, липопротеидүүдтай холбогдсон байдаг ба үүнд альфа-токоферол, бета-каротин ба убихинол-10 орно. Түүнчлэн сийвэнд болон эсийн гаднах шингэн дэх фенолын эстрогенүүд /17-бета-эстрадиол, эстриол/, тироксин, катехоламин зэрэг бага молекулт бодисууд мөн антиоксидантуудад хамаарна. Түүнчлэн NO ч гэсэн бас антиоксидант үйлчилгээтэй байж болох юм. Иймд антиоксидантуудыг гипертензийн үеийн судасны гэмтлийн урьдчилан сэргийлэлт болон эмчилгээнд хэрэглэх боломж нь эмч нар, патофизиологичдын сонирхлыг ихээхэн татаж байгаа асуудал болоод байгаа юм.

Судалгаа шинжилгээгээр туршигчдын гипертензийн үед витаминууд нь, СОД-миметикүүд, СОД агуулсан агуулсан липосомууд нь эндотель эсийн үйл ажиллагааны алдагдал ба судасны өөрчлөн зохицуулагдалтыг сааруулдаг болох батлагдсан. Зарим судалгаагаар эндотель эсийн үйл ажиллагааг удаан хугацаанд антиоксидантыг хэрэглэн сайжруулдаг болох нь батлагджээ. Өөр хэсэг эрдэмтдийн судалгаагаар эссенциаль хэлбэрийн даралт ихтэй хүмүүст антиоксидантууд нь артерийн даралтыг бууруулдаг, антиоксидант статусыг сайжруулдаг болох нь тогтоогджээ.

Антиоксидантуудыг, ялангуяа С-витаминыг липид бууруулагч эмүүдтэй хавсарч хэрэглэсний дараа системийн болон титэм судасны өргөсөл буюу вазодилатацн сайжирдаг болох нь тогтоогдсон байна. Мөн эндотелийн шалтгаант титэм судасны сулралыг нэмэгдүүлэх нь бага нягтралт липопротеидүүдийг исэлдэхээс хамгаалахтай шууд хамааралтай болох нь батлагдсан байна.

Супероксид анионыг организмд хамгийн ихээр үйлдвэрлэгч ксантиоксидаза ферментийг оксипуринолоор сааруулахад даралт ихтэй өвчтнүүдийн бугалганы артерийн эндотелийн шалтгаант сулрал нь сайжирч байсан байна. Түүнчлэн зарим нэртэй даралт бууруулагч Ангиотензин-I-ийн ингибитор болон Антагонист кальцийн бэлдмэлүүд ч гэсэн дор хаяж шууд бусаар организмын исэлдэх стрессийг багасгадаг байж болох юм гэж төсөөлж байна. Сүүлийн үед витаминууд бүс антиоксидантуудыг АДИӨ-ний үед хэрэглэх боломжийн талаар судалгаанууд хийгдэж эхэлж байна.

Гипертензийн үеийн Апоптозын зохицуулгад NO болон хүчилтөрөгчийн чөлөөт радикалуудын үзүүлэх нөлөө:

Апоптоз гэдэг нь эсийн өөрийн байгалиас заяасан, хэрэггүй эсүүдийг устгаж байдаг програмт үхэл юм. Апоптоз нь олон эст организмын хөгжилд голлох үүргийг гүйцэтгэнэ. Морфологийн хувьд апоптозыг эсийн атиралдан агших, мембраны бүтэц нь алдагдах, хроматин бодис нь нягтарч, бөөмийн ДНК нь задарч тасрах байдлаар илрэнэ. Апоптозын сүүлийн шатанд үхсэн эсүүдээс апоптотик биес ялгаран гарч фагоцитозид ордог байна. Эсийн некерозит үхлээс ялгаатай нь апоптоз нь гол төлөв хуваагдаж буй эсүүдэд явагддаг бөгөөд эсийн агууламж нь гадагш гарч үрэвслийн урвалыг үүсгэдэггүй явдал юм. Апоптозид голлох үүргийг цитоплазмын уураг задлагч протеаз ферментийн идэвхижлийн каскад буюу каскад гүйцэтгэх ба эхлээд апоптозын өмнөх сигнал эхний касказыг идэвхижүүлэн улмаар энэ нь эффектор касказыг идэвхижүүлэх замаар организмын бүтцийн болон мессенжер уургуудыг, мөн түүнчлэн уургийн синтезийн эхний үе шат буюу транскрипцид болон ДНК-ийн метаболизмд орж буй уургууд, бас РНК-ийг задалдаг байна.

Апоптозын процесс болон эсийн пролифериаци нь хамтдаа нийлж эд эрхтний эсийн тоог тодорхой хэмжээнд барьж байдаг байна. Апоптоз нь ДНК нь гэмтсэн эсүүдэд мРНК болон уураг нийлэгжихийг бололцоогүй болгох замаар устгадаг байна. Физиологийн апоптоз нь организмын нэн чухал хамгаалах үүргийг гүйцэтгэдэг болох нь тогтоогджээ. ИБС, зүрхний хури шигдээс, миокардын гипертрофи, атеросклероз ба рестеноз, зүрхний дутагдал, баруун ховдлын дисфункци гэх мэт янз бүрийн ЗС-ны системийн эмгэгийн үед апоптоз нь хэт идэвхиждэг байна.

Гипертензийн үед практикт зүрхний, тархины, бөөрний судасны гэх мэт бараг бүх эд эрхтэнд апоптоз явагддаг болох нь батлагдсан боловч энэ процесс нь чухам АДИА-ний үүсэлд яаж нөлөөлдгийг өнөөдөр бүрэн судлаж амжаагүй байна. Ямар ч байсан бага хэмжээтэй чөлөөт радикалууд нь судасны хананы эндотелийг апоптозоос хамгаалдаг ба харин өндөр хэмжээтэй чөлөөт радикалууд нь проапоптик буюу апоптозыг дэмжигч үйлчилгээ үзүүлдэг байна. Иймд эндотель эсийн пролифериаци болон апоптоз хоёрын тэнцвэр нь судасны хананы бүтцийг тодорхойлдог байна. АДИА-ний эмчилгээнд апоптозид шууд бусаар нөлөөлдөг олон төрлийн эмүүдийг хэрэглэх арга замыг судалснаар судасны эндотель эсийг хамгаалах, судасны эргэн өөрчлөгдөн зохицуулагдах процессийг /ремоделирование/ сааруулах нь энэ өвчний орчин үеийн урьдчилан сэргийлэлт, эмчилгээний нэг шинэлэг шийдэж болох хэлбэр болон хүлээгдэж байна.

Ном зүй

1. Ванин А. Ф. Динрозилтные комплексы железа и S-нитрозотиолы- две возможные формы стабилизации и транспорта оксида азота в биосистемах. Биохимия, 1998
2. Манухина Е. Б. Смирин Б. В., Малышев И. Ю. И другие. Депонирование оксида азота в сердечно-сосудистой системе. Серия биологическая. Известия РАН 2002: 3
3. Ж. К Стокле, Б. Мюлле, Р. Андрианцитохайна, А. Клешев Гиперпродукция оксида азота в патофизиологий кровеносных сосудов, Биохимия 1998/6
4. Ю. А Карпов Новости с Парижской Конференции по артериальной гипертензии, 2002 года, Кардиология 12, 2002. том 42
5. Ю. А. Карпов Клиническая гипертензиология анализ заверщенных исследований 2001-2002 г. Кардиология 2002/10
6. T. F. The Endothelium in Hypertension: bystander, target or mediator? J.Hypertens 1994; 12; Suppl 10: S 105-S116
7. Wever R. B. F., Lüscher T. F., Consentino F. et al. Atherosclerosis and the two faces of endothelial nitric oxide synthase. Circulation 1998; 97:108-112
8. Cohen R. A. The role of nitric oxide and other endothelium-derived vasoactive substances in vascular diseases. Progr. Cardiovasc. Dis. 1995; 38: 105-128
9. Panza J. G., Casino P. R., Kilkoyne C. B., Quyyumi A. A., Role of Endothelium-derived in the abnormal endothelium vascular relaxation of patients with essential hypertension. Circulation 1993; 87: 1468-1474.

УТАА, ХИЙГЭЭР АМЬСГАЛСНААС УУШГИ ГЭМТЭХ НЬ

А.Оюунбилэг, Д.Туяа, Х.Солонго /УКТЭ/

Агуулга:

1. Үйлдвэрлэлийн явцад үүсдэг хорт хий, ууршимтгай бодисын уушгинд үзүүлэх нөлөө
2. Азотын давхар исэл ба утаагаар амьсгалахад илрэх эмнэл зүй
3. Эмчилгээний ерөнхий зарчим, хожуу алсын урхаг

Нэг. Үйлдвэрлэлийн явцад үүсдэг хорт хий, ууршимтгай бодисын уушгинд үзүүлэх нөлөө

Оршил:

Орчин үеийн үйлдвэрүүд янз бүрийн химийн бодисыг үйлдвэрлэлдээ ашиглах болсонтой холбоотой тухайн үйлдвэрийн ажилчид улмаар нийт хүн ам хорт хийгээр амьсгалж хордох аюултай нөхцөл байдал үүсээд байгаа билээ. Практикт зонхилон тохиолддог хорт хий, ууршимтгай бодисын нөлөө, эмнэлзүйн шинж тэмдэг, авах арга хэмжээний талаар танилцуулья.

Үйлдвэрлэлийн явцад үүсдэг хорт хий, ууршимтгай бодисын уушгинд үзүүлэх нөлөө
Хүснэгт 1

Д/д	Хорт хий ууршимтгай бодисын нэр	Ажил мэргэжил	Уушгинд үзүүлэх нөлөө
1	Азотын давхар исэл	Дарш бэлтгэдэг хувийн аж ахуй, ацетилены гагнуур, зайны үйлдвэр, тэсрэх бодистой ажилладаг хүмүүс	Амьсгалын бүтэлт, метагемоглобинемии, гуурсан хоолойн агшилт, уушгины хаван
2	Нүүрс хүчлийн хий	Уурхай, усан доорх байгууламжинд ажилладаг хүмүүс	Амьсгалын бүтэлт
3	Хлор	Цаас, нэхмэлийн үйлдвэрт ажиллагсад	Салст бүрхэвчийн цочрол, уушгины хаван
4	Азот	Уурхайд ажиллах, усан доорх байгууламж барьдаг хүмүүс	Амьсгалын бүтэлт
5	Цианид	Алт ялгах, зай, химийн үйлдвэр, гэрлийн урвалжтай ажиллах, халдваргүйжүүлэлт хийдэг хүмүүс	Эсийн /дотоод/ амьсгал алдагдах, цитохром оксидазийг саатуулна
6	Хүхэрт устөрөгч	Загасны үйлдвэрт, хий нефть цэвэршүүлэх, бохир цэвэрлэх зэрэг ажил хийдэг хүмүүс	Салст бүрхэвч хурц цочрох, нейротоксикоз, амьсгал саажих, төв мэдрэлийн системийн эс дэх ферментийн үйл ажиллагаа өөрчлөгдөх
7	Аммоний	Бордоо тэсрэх бодис, хуванцартай ажиллах, Нефть цэвэршүүлэх, хөргөх үйлдвэрт ажиллагсад	Салст бүрхэвчийн хурц цочрол, уушги хавагнах, химийн бодисын улмаас уушги үрэвсэх
8	Озон	Гагнуурчид, гурилын тээрэм буюу фотохимийн үйлдвэрт ажиллагсад, хортой цаастай ажиллагсад	Салст бүрхэвчийн цочрол, зарим тохиолдолд уушгины хаван үүсэх
9	Фосген	Төмөрлөгийн үйлдвэрийн ажиллагсад химичид, гал сөнөөгчид	Салст бүрхэвч цочрох уушги хавагнах, химийн бодисын улмаас уушги үрэвсэх
10	Хүхрийн давхар исэл	Цаас, хөргөх, химийн үйлдвэрт ажиллагсад, нефть цэвэршүүлэх үйлдвэрт ажиллагсад	Салст бүрхэвч цочрох, хамраас ус гарах
11	Фторт ус төрөгч	Төмөр цэвэршүүлэх үйлдвэрт ажиллагсад	Салст бүрхэвч цочрох, уушиг хавагнах
12	Формальдегид	Лаборатори, резин, арьсны үйлдвэрт ажиллагсад, мод төмөр боловсруулах үйлдвэрийн ажилчид	Салст цочрох, химийн бодисын улмаас гуурсан хоолой болон уушги үрэвсэх
13	Ванадийн пентоксид	Катализ явагдах химийн үйлдвэрт ажиллагсад	Гуурсан хоолойн хурц үрэвсэл, уушгины үрэвсэл
14	Мөнгөн ус	Электролизийн үйлдвэрт ажиллагсад	Цагаан мөгөөрсөн хоолойн үрэвсэл, уушгины үрэвсэл, булчин болон мэдрэлийн хордлогын шинж тэмдэг гарна
15	Кадмийн исэл	Хүдэр хайлуулах	Цагаан мөгөөрсөн хоолойн үрэвсэл, уушгины хаван
16	Марганец	Хүдэр хайлуулах, хайлш перманганат бэлтгэх	Уушгины үрэвсэл, төв мэдрэлийн системийн хордлогын шинж

Хорт хийний уусах шинж чанараас хамаарч, уушгинд үзүүлэх нөлөө харилцан адилгүй байна.

Сайн уусдаг хорт хий нь:

- амьсгалын дээд, доод замын салст бүрхэвчийн үрэвсэл, гуурсан хоолойн агшилт үүсгэх

Бага уусдаг хорт хий нь:

- уушгины хаван, химийн бодисын гаралтай уушигны үрэвсэл үүсгэх нөлөөтэй байна.

Азотын давхар исэл эдийг гэмтээх механизм

Орчин үеийн үйлдвэрийн нөхцөлд азотын давхар ислийн агуулагдах боломжит хязгаарыг 5 ppm гэж тогтоосон байдаг.

Азотын давхар исэл нь:

- Амьсгалын замын салст бүрхэвч дэхь устай нэгдэж, азотын хүчил үүсгэнэ.
- Энэ нь задарч, эдийг тархмалаар гэмтээгч нитрат, нитритийг үүсгэдэг.
- Үүний зэрэгцээ азотын давхар исэл нь өөрөө хүчтэй исэлдүүлэгч юм.
- Мөн чөлөөт радикалыг үүсгэж, уушгины эдийн өөхний хэт исэлдэлт явагддаг.

Азотын давхар ислээр их концентрациар /хэмжээгээр/ амьсгалах үед

- уушгины хаван

Харин бага концентрациар амьсгалах үед

- хурц үрэвсэл, гуурсан хоолойн агшилт
- цулцангийн хөндийн нарийсал
- цулцангийн хүчээр эд, хялгасан судасны эндотелийг гэмтээдэг.

Гал түймрийн утаагаар амьсгалахад:

- халуун хүйтний хэмийн нөлөө
- хорт хийнүүд уушгинд гэмтэл үүсгэнэ.

Аливаа эд нь шатах явцаа дутуу /пиролиз/, бүрэн шаталтанд ордог. Дутуу шаталтын үед үүссэн галын утаанд хүчилтөрөгчийн хэмжээ бага байдгаас амьсгал бүтэх, хортой хий, ууршимтгай бодисоор хордох аюултай.

Гал түймрийн утааны хорт хий уушгинд шууд нөлөөлдөг бол нүүрстөрөгчийн исэл /угаарын хий/ гемоглобинтой нэгдсэнээр улаан бөөмтэй хүчилтөрөгч зөөвөрлөгдөх үйл ажиллагааг алдагдуулдаг. Иймд хорт хий, нүүрстөрөгчийн исэл эдийг гэмтээх механизмыг ангилж авч үздэг.

Хорт хийний үзүүлэх нөлөө :

- Амьсгалын замын салст бүрхэвчийн хаван
- Сормууст эсийн цэвэрлэх үйл ажиллагааг сулруулах
- Гуурсан хоолойн үрэвсэл, бөглөрөл
- Халдвар үүсэх нөхцөл /стафилококк, клебсиел, гэдэсний савханцар, псевдомонас/ нөлөөтэй.
- Уушигны үрэвсэл
- Түлэгдэлтэй хавсарч явагдах үед судсан дотор цус түгмэл бүлэгнэх хам шинж үүснэ.

Хоёр. Эмнэл зүй

Азотын давхар ислийг их хэмжээгээр агуулсан агаараар амьсгалах үед:

- хэт цочмог гэмтэл
- цочмог гэмтлийн шинжээр эмнэл зүйн шинжүүд илэрнэ.

Эмнэл зүйн шинжүүд

Амьсгалын эрхтэний зовиур:	Бусад эрхтэний зовиур:
- хүчтэй хий ханиах	- бие сулрах
- амьсгаадах	- толгой өвдөх
- амьсгал давчдах	- дотор муухайрах
- цээжээр өвдөх	- зүрх дэлсэх
	- улмаар уушгины хавангийн шинжүүд илэрнэ.

Утаагаар амьсгалах үед илрэх эмнэл зүйн шинжүүд

Зовиур: Хөнгөн хэлбэр

- ханиах
- нүд хорсох
- хоолой хорсох

Хүнд хэлбэр

- ханиах
- амьсгаадах
- бачуурах, амьсгал боогдох
- хоолой сөөх
- толгой өвдөх
- ухаан балартах
- комын байдалд орох

Бодит үзлэгээр:

- Амны хөндий, залгиурын арын ханын салст бүрхүүлийн улайлт, үрэвсэл
- Стридор амьсгал
- Уушгинд тархмал нойтон хэржигнүүр сонсогдоно.

Гурав. Эмчилгээний ерөнхий зарчим, алсын урхаг

Уушигны хавангийн үед сэхээн амьдруулах арга хэмжээг яаралтай авах хэрэгтэй. Үүнд:

- интубаци тавих
- хүчилтөрөгч эмчилгээ /амьсгал гаргалт дээр нэмэх даралттай хэрэглэх /
- аппаратын амьсгал

Эмгэг жамын эмчилгээ

- Гуурсан хоолой тэлэх эм бэлдмэл: эуфиллин 2.4 % - 10.0, сальбутамол
- Антибиотик эмчилгээ /ампициллин, гентамицин, цефалоспорины бүлгээс сонгох/
- Гормон эмчилгээ /гидрокортизон, преднизолон, дексаметазон /
- Хордлого тайлах

Утаагаар хордсоны алсын урхаг

- Уушигны халдварууд өвчтөнг эмнэлэгт байх үед илэрч болно.
- Хожуу үед өвчтөнд мөгөөрсөн хоолойн нарийсал, облитерирующий бронхит, гуурсан хоолойн түлэглэлт үүснэ.

Азотын давхар исэл

Азотын давхар исэл нь анх 25 жилийн өмнө тэжээл даршлах ажил эрхэлдэг хүмүүст уушгины өвчний шалтгаан болж байгааг тогтоосон. Бүр 1804 онд Францын Лион хотод нэгэн худалдаачны лангуунд азотын хүчилтэй хэд хэдэн шил хагарч их хэмжээний хийн нөлөөгөөр эзэн нь нохойтойгоо нас барж азотын давхар исэл нь уушгинд хурцаар нөлөөлөн үхлийн аюулд хүртэл гэмтээдэг болохыг анх мэдсэн. Тэдний нас барсан байдлыг дүрслэн үзэхэд уушгины хаван үүссэн бололтой.

Анх АНУ-ын томоохон даршны зоорь 1874 онд бригаж уг барилга дээр 1914 онд ажилчдын гэнэтийн тайлбарлаж боломжгүй үхэл анх бүртгэгдсэн. Анх энэ золгүй тохиолдлыг нүүрсхүчлийн өндөр концентрациас болсон амьсгалын бүтэлт гэж үзэж байсан. Гэвч 1949 онд даршны хийнд их хэмжээний азотын давхар исэл агуулагдаагийг анхаарах болсон. Ингээд анх энэ өвчний хүнд биш хэлбэрийг бичсэн Лоури /Lowry/ “ Даршны нүхийг дүүргэгч өвчин ” гэсэн нэр томьёог гаргасан.

Азотын давхар исэл нь уг ургамалд нитратаас үүсдэг. Ихэвчлэн үрт тарианы ургамалд нитратын хэмжээ их биш боловч энэ нь бордоо, хатаалт, үргэлжилсэн хэт ягаан болон жирийн туяаны нөлөөгөөр ихэсдэг. Дарш хадгалах үеэр ургамлын нитрат нь ферментийн нөлөөгөөр нитрат, хүчилтөрөгч хоёр үүсч урвалд орно. Нитрат нь даршинд агуулагдах органик хүчлүүдтэй урвалд орж HNO_2 хүчлийг үүсгэдэг. Энэ хүчил нь HNO_2 / даршны температур нэмэгдэхэд азотын исэл NO /, азотын дөрөвч исэл N_2O_4 / тавч N_2O_5 / ислүүдийг ялгаруулж задардаг. Азотын давхар исэл NO_2 / түүний урдахь нэгдэл дөрөвч исэл N_2O_4 / нь уушгийг гэмтээдэг. Дарш бэлтгэснээс хойш 5-7 хоногт 4000 ppm хүртэл хэлбэлзэнэ. Сайн агааржуулах үед хий нь хурдан гадагшилна. Нилээд олон үйлдвэрүүдэд азотын давхар исэл ялгардаг. Энэ хийгээр ацетилен, зайны үйлдвэрийн ажилчид хуванцар эд, эслэг ялтасыг шатаах үед мөн азотын хүчил оролцсон янз бүрийн урвалын үед, тэсрэх бодисыг дэлбэрэх үед хорддог нь ажиглагдсан. Мөн гутал шатаах үед азотын давхар ислээр хордсон тохиолдлууд гарсан байдаг. Пуужингийн түлш /шингэн N_2O_4 /-тэй ажилладаг ажилчид

азотын давхар ислийн нөлөөнд өртдөг.

Хлор

Хлор нь агаараас 2.49 дахин хүнд, шар ногоон өнгөтэй хий юм. Үүнийг цаас, нэхмэлийн үйлдвэрт цайруулах болон ус, сувагт ариутгах зорилгоор хэрэглэнэ. Үйлдвэрлэлд хлорыг даралтын доор шатааж, болд баллонд зөөж хадгалдаг. 25°C температурт 1 л шингэн хлороос 434 л хлорын хий үүсдэг. Үйлдвэрт гэнэтийн тохиолдолд хлорын баллоноос хий алдагдсанаас хлороор гэмтдэг. Хлор нь устай урвалд орж давсны хүчил, хүчтэй исэлдүүлэх үйлдэлтэй хлорын хүчлийн төрлийн тогтворгүй олон бодисыг үүсгэдэг. Энэ тогтворгүй бүтээгдэхүүнүүд нь эдийг давсны хүчлээс илүү гэмтээнэ.

Хлороор уушги гэмтсэнээс илрэх эмнэл зүйн шинж тэмдэг, эмчилгээ

Хлороор хордсоноос амьсгал бачуурах цээж өвдөх, ханиах, амьсгаадах цагаан ягаан цэр гардаг. Өвчтөнийг үзэхэд салст бүрхэвч, нүдний салст улайсан, чагнахад 2 уушгинд тархмал хуурай болон нойтон хэржигнүүр сонсогдоно.

Хүнд тохиолдолд уушги хавагнана. Голдуу хийгээр амьсгалсан даруйд эсвэл хэдэн цагийн дараа илэрнэ. Лабораторийн шинжилгээнд артерийн цусанд O_2 багасч, цус болон цуцан дахь O_2 -ийн концентрацийн зөрөө их болсон байна. Энэ зөрөө нь хэдэн өдрийн турш хадгалагдана. Цээжний рентген зурагт уушги хавагнасан шинж тод илрэнэ. Цуцангийн хөндий нь уургаар баялаг шингэнээр дүүрсэн, цуцангийн хучуур эд хуурсан, уушгины судаснууд нийтдээ болон хэсэгчилсэн бөглөрсөн, гуурсанцрын салст бүрхэвч хуурсан, хана нь гэмтсэн буюу нүцгэрсэн байна. Ийм бүтцийн өөрчлөлт хүхрийн давхар исэл, аммоний амьсгалсны дараа мөн тохиолдоно. Хлорт өртсөн хүний тухайн осол болсон газраас хурдан гаргаж, хүчилтөрөгчөөр амьсгалуулж, хэвтрийн дэглэм сахиулна. Хамар залгиурын болон төвөнхийн хаван ихтэй үед гуурс тавина. Уушгины хавангийн хүнд тохиолдолд аппаратын амьсгал, амьсгал гаргалт дээр нэмэлт даралттай хэлбэрийг хэрэглэнэ. Хлороор гэмтсэн үед даавар эмчилгээний үр дүн тодорхойгүй боловч зарим хэвлэлд түүний өндөр үр дүнг бичсэн байдаг. Урьдчилан сэргийлэх байдлаар антибиотیکیг хэрэглэхийг судлаагүй. Зөвхөн хоёрдогч халдварын шинж тод илэрсэн үед тухайн үүсгэгчид эмийн мэдрэг чанарыг тооцож хэрэглэнэ. Хлорт өвчтнийг цаашид ажигласан нь уушгины үлдэц өөрчлөлтийг мэдэхэд хангалттай бүс байна. Эрдэмтэн Вейл ослын үед хлорт өртсөн хүмүүсийн үйл ажиллагааны гажгийг баримттай баталж чадаагүй. Аммоний нь хлорыг бодвол усанд сайн уусдаг тул энэ хийний нөлөөгөөр арьс, нүдний салст, амны хөндий, амьсгалын дээд замын салст бүрхэвч гэмтэнэ. Аммонийгоор удаан хугацаагаар өндөр концентрациар амьсгалуулснаар уушгины гүн хэсэгт нэвтэрч хлор шиг гэмтээнэ. Зарим эрдэмтэд үйлдвэрлэлийн ослоор аммониор амьсгалсны дараа өвчтөнд гуурсан хоолойн тэлэгдэх шинж тэмдэг илэрч байгааг ажигласан байна.

Нүүрстөрөгчийн исэл

Нүүрстөрөгчийн исэл нь өнгө үнэр амтгүй хий бөгөөд хүчилтөрөгчийн хүртээмж хангалтгүй орчинд нүүрстөрөгч агуулсан эдийн шаталтын үр дүнд үүсдэг. Нүүрстөрөгчийн исэл нь /угаарын хий/ ахуйн хэрэгцээнд болон бусад зориулалтаар ал асаахад агаарын тусгайрлагдсан хэсэг орчинд хуримтлагдаж болдог. Нүүрстөрөгчийн исэл нь уушгины эдийг гэмтээдэггүй боловч гемоглобулнтэй төст шинж чанар нь өндөр /хүчилтөрөгчөөс 210 дахин их / юм. Иймээс тэр нь гемоглобулиноос хүчлөрөгчийг гаргаснаар карбоксигемоглобин нэгдлийг үүсгэж оксигемоглобиний задралын муруй шугам өөрчлөгдөж эдийн хүчилтөрөгчийн хангамж буурна. Энэхүү механизм нь нүүрстөрөгчийн ислээр хордсон эдийн хүчилтөрөгчийн дутагдлын гол суурь шалтгаан болно. Эдийн хүчилтөрөгчийн хангамж буурснаар сүүний хүчил ихээр нийлэгжиж ацидоз үүснэ. Амьсгалын өөрчлөлт нь халуун агаар, цочроох хийнээс үүдэлтэй залгиур хоолойн дээд хэсэг ба төвөнхийн хавангаас улам гүнзгийрдэг. Эдийн хүчилтөрөгчийн дутагдал нь зүрхний бүлчингийн цочмог шигдээс, ялангуяа зүрхний архаг ишеми өвчтэй хүмүүст болон макрофаг эсийн нян устгах үйл ажиллагааг алдагдуулдаг. Энэ бүхэнтэй холбоотойгоор уг бүлгийн хүмүүст амьсгалын замын халдвар түгээмэл тохиолддог.

Дүгнэлт:

Сүүлийн жилүүдэд Улаанбаатар хотод хүн ам ихээр шилжин ирж суурьших болсноор гэр хорооллын нягтрал ихэссэн мөн автомашин, тээврийн хэрэгсэл олширч, хувийн олон үйлдвэрүүд шинээр бий болсонтой холбоотой хорт хий, утаа, дутуу шаталтын бүтээгдэхүүнүүд агаарын

ЭРДМИЙН БИЧИГ-IV

бохирдлыг ихэсгэж улмаар хүн амыг хордуулж, амьсгалын замын өвчлөл ихэсч байна. Амьсгалын замын өвчлөл ихсэж байгаа нь үйлдвэрлэл дээр дараах нэгдсэн арга хэмжээг даруй авч хэрэгжүүлэх шаардлагатай болохыг харуулж байна.

Үүнд:

- Урьдчилан сэргийлэх арга хэмжээг авах.
- Үйлдвэрт хөдөлмөр хамгааллын дэглэмийг баримтлах талаар сургалт явуулж мөрдүүлж хэвшүүлсэн байх.
- Тоног төхөөрөмжтэй зөв харьцах, аюулгүй ажиллагааны мэдлэг боловсролыг нь байнга дээшлүүлж байх.
- Ажлын байранд хорт хийнд хордсон хүнд анхны тусламжийг цаг алдахгүй үзүүлэх заавар, зөвлөгөө, зөвлөмжийг ажлын байранд байрлуулж мөрдүүлж байх.
- Үйлдвэрт хөдөлмөр хамгааллын дэглэм баримтлуулж байх
- Үйлдвэрлэлийн ажилчидад сургалт явуулах.

Ном зүй

1. Д. Сан. Неотложная помощь в пульмонологии
2. R. S. Fraser at all Diagnosis of diseases of the chest Vol. IV, 1999 USA p. 2517 – 2609

УКТЭ-ИЙН ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЙН ТАСАГТ 2000-2004 ОНЫ НАС БАРАЛТ, ТҮҮНИЙ ШАЛТГААНД ХИЙСЭН СУДАЛГАА

Ц.Минжүүр /УКТЭ/, Ц.Тунгалаг /ГССЗК/

УКТЭ-ийн гастроэнтерологийн тасагт сүүлийн 5 жилд хэвтэн эмчлүүлэгчдээс нас барсан 84 тохиолдол байна.Эдгээрийг нас хүйс, харьяалалаар нь авч үзвэл:

Хүснэгт №1.

Эр	Эм	Нас					ҮБ хотоос	Хөдөө- нөөс
		18-29	30-39	40-49	50-59	60-дээш		
43	41	11	13	20	19	12	24	60
51.2%	48.8%	13%	15%	23.8%	22.6%	17.2%	28%	72%

Хүснэгт 1-ээс харахад эрчүүд 51.2%, эмэгтэйчүүд 48.8%-ийг эзэлж Улаанбаатар хотын иргэд 24 буюу 28% хөдөө орон нутгаас ирсэн иргэд 60 буюу 72%-ийг эзэлж байна.

Ор хоногоор нь авч үзвэл:

Хүснэгт №2.

Ор хоног	0-1	2-3	4-7	8-12	13-15	16-19	20-иос дээш
Тоо	21	17	28	11	2	2	6
Хувь	25%	20%	33%	13%	2.3%	2.3%	7%

Ор хоногоор нь авч үзвэл 24 цагийн дотор нас барсан тохиолдол 21 буюу 25%, 4-7 хоног болоод нас барсан тохиолдол 28 буюу 33%-ийг, 2-3 хоногсон тохиолдол 17 буюу 20%-ийг эзэлж байна.

Онош ба нас барсан шалтгааныг авч үзвэл:

Хүснэгт №3.

Онош	Элэгний хатуурал	Циррозрак	Архаг энтероколит	Бусад	Элэгний оворго	Цус алдалт	Бусад
Тохиолдол	56	13	11	4	47	28	9
Хувь	66%	15%	13%	6%	55%	33%	12%

Хүснэгт №3-аас харахад 84 тохиолдлын 56 нь (66%) элэгний хатуурал, 15% нь хатуурал-хавдарт шилахсын оноштой, 13% нь гэдэсний архаг үрэвслийн улмаас нас барж, нас баралтын шалтгаан нь 47 нь (55%) элэгний оворгын улмаас, 28 нь буюу 33%-ийг улаан хоолой ходоодны цус алдалтын улмаас нас барсан байна.

Дүгнэлт:

1. Судалгаанаас харахад нас барсан тохиолдлын ихэнхийг эрчүүд эзэлсэн байна.
2. Зонхилох хувийг идэр насныхан эзэлжээ.
3. 72%-ийг хөдөөний иргэд эзэлсэн нь тухайн өвчтөн нэн хүндэрсэн хойноо ирсэнтэй холбоотой.
4. Үүний дотроос элэгний оворгоор нас барсан нь илүү байна

SUMMAR

1. 51.2% of mortality case was males.
2. Mostly they were it the age of 40-60.
3. 72% of them were the people the from the countryside it is connected with later coming the clinics.
4. Most mortality cases were liver diseases with complications, like liver failure and coma.

ЧИХРИЙН ШИЖИН ӨВЧИН ОНОШООР ХЭВТЭН ЭМЧЛҮҮЛЭГСДИЙН ХҮНДРЭЛИЙН БАЙДАЛД ХИЙСЭН СУДАЛГААНЫ ДҮН

Я.Оюунчимэг /УКТЭ/

УКТЭ-ийн ЦДШСК-т 2002-2004 онуудад чихрийн шижин өвчин оношоор хэвтэн эмчлүүлсэн 744 өвчтөний өвчний түүхээр судалгааг явууллаа.

Харьяаллын байдлаар 58% нь хотоос, 42% нь хөдөө орон нутгаас хэвтсэн байна. Эмчилгээнд 52.9%-д сахар буулгах эмийн эмчилгээ, 47.1%-д нь инсулин эмчилгээ хийгдсэн. Хүндрэл илэрсэн байдлаар нь эннэгшлийн байдал алдагдсан боловч хүндрэл илрээгүй - 49.2%, нефропати - 33.4%, нейропати – 12.2%, ретинопати - 7.9%, кетоацидоз – 3.2%, идээт хүндрэл - 2.5%-д нь илэрсэн байна. Хэвтэж эмчлүүлсэн өвчтөний 19.8% нь анх оношлогдсон ба энэ үедээ 37.6%-д нь аль нэг хүндрэл илэрсэн байлаа. Хүндрэлийн илрэлийг өвдсөн жилээр нь авч үзвэл оношлогдох үедээ хүндрэлийн 9%, 1-4 жилд 42%, 5-9 жилд 26%, 10-19 жилд 17%, 20-с дээш жилд 6% нь илэрч байна. Сүүлийн 10 жилд чихрийн шижин өвчний улмаас тус эмнэлэгт нас барсан тохиолдлыг үзэхэд харьяаллын байдлаар 60.5% нь хотын, 39.5% нь хөдөөний харьяат байсан.

Нас баралтын шалтгааны хувьд бөөрний архаг дутагдал 42.1%, кетоацидоз 21%, идээт хүндрэл 15.8%, зүрхний хурц шигдээс 7.9%, тархины цусан хангамжийн хурц дутагдал 5.3%, сүрьеэ 5.3%, гипогликемийн ком 2.6%-г эзэлж байв.

Өвчилсөн хугацааны хувьд 57.9% нь оношлогдсоны дараах эхний 5 жилд, 21.1% нь 10 хүртэлх жилд, 10.5% нь тус бүр 15 ба 20 жилд нас барсан байна. Эхний 5 жилд нас барсан тохиолдлын дотор 59% д нь нас барахын өмнөхөн анх удаа чихрийн шижин өвчин оношлогдсон байлаа. Эдгээр тохиолдлуудын дийлэнх нь буюу 69% нь хөдөө аймгуудаас ирсэн байсан.

Дүгнэлт :

1. ЧШӨ-ний хүндрэлийн ба нас барах шалтгааны дийлэнх хувийг бөөрний талаас илрэх хүндрэл болон энэ хүндрэлээс шалтгаалсан бөөрний архаг дутагдал эзэлж байлаа.
2. Анх оношлогдож байгаа үедээ хүндрэл илэрсэн, нас барах үедээ оношлогдож байгаа тохиолдлууд нилээдгүй хувийг эзэлж байгаа нь онош оройтож тавигдаж байгааг харуулж байна.

КАЛИЙН БИЕМАХБОДИД ҮЗҮҮЛЭХ ЭЕРЭГ НӨЛӨӨЛӨЛ

Б.Батболд, Б.Амаржаргал /УКТЭ/

Эпидмиологын болон клиник судалгаануудаас харахад калийн оруулга нь нийт хүмүүст болон артерийн даралт ихтэй хүмүүст хоёуланд нь цусны даралтыг тогтворжуулахад онцгой ач холбогдолтой болох нь батлагджээ. Калийг ахиу хэмжээнд хэрэглэх нь цусны даралтад нөлөөлөхөөс гадна бусад ашигтай үйлчлэлүүд байгаа бололтой жишээ нь цус харвалтыг бууруулах, бөөрний түүдгэнцэр, сувганцар судасны гэмтэлийг хамгаалах, шээсээр кальцын ялгаралтыг багасгах, бөөрөнд чулуу үүсэхээс сэргийлэх, ясны эрдэсжилт алдалтыг (остеопороз)

бууруулах. Бид энэ өгүүлэлд ахиу хэмжээнд кали хэрэглэснээр гарах дээрхи болон бусад ач холбогдолыг авч үзнэ.

Шилэгдсэн охь
Калийг хэрэглээг ахиусгах нь даралт ихтэй болон хэвийн даралттай хүмүүст ялгалгүй цусны даралтыг багасгах нөлөөлөлтөй
Калийг ахиухан хэрэглэх нь натрийн хэрэглээг багасган улмаар цусны даралтыг бууруулдаг
Калийг ахиухан хэрэглэснээр цус харвалтыг багасгах, бөөрний түүдгэнцэр, сувганцарын судасны гэмтэлийг сэргийлдэг
Калийг ахиухан хэрэглэх нь шээсээр кальцын ялгаралтыг багасган улмаар бөөрөнд чулуу үүсэхээс сэргийлэх бөгөөд ясны эрдэсжилт алдагдалыг сэргийлдэг
Сийвэнгийн калийн концентраци нэмэгдсэнээр зүрхний ишеми, зүрхний дутагдал, зүүн ховдлын гипертрофитой өвчтөнд ховдлын аритм-и болох аюулыг багасгадаг
Калийг ахиухан хэрэглэх хамгийн сайн сонгомол арга зам бол шинэ жимс болон хүнсний ногоог аль болохоор нь ахиухан идэж хэрэглэх ёстой

Цусны даралт

Олон улсын том хэмжээний электролит болон цусны даралтын (Intersalt) судалгаагаар 24 цагын турш шээсээр ялгарах калийн хэмжээгээр дүгнэж үзэхэд хүн амын цусны даралт нь калийн хэрэглээтэй бие даасан чухал тодорхойлогч хүчин болох нь тогтооджээ. Хүн амд дундачаар калийн хэрэглээг 30-45 mmol-р нэмэгдүүлэхэд агшилтын даралт 2-3 mm Hg буурч байжээ. Клиник олон судалгаануудаар өндөр даралттай ч бай хааяа бага зэрэг ихэсдэг даралттай ч бай ялгаагүй калийн оролтыг нэмэгдүүлэхэд даралт буурдаг болох нь тогтооджээ. Ихэнхи судалгаануудад кали нь чөлөөт байдалд удаан шилждэг кали хлорыг судалгаанд ашигласан нь хэрэглэхэд хялбар байдаг оршино. Гэтэл калийг нэмэгдүүлэх хамгийн сайн арга нь кали ихтэй хүнсээр тэр тусмаа шинэ жимс, хүнсний ногооны хэрэглээг нэмэх зам юм.

Цусны даралт болон калийн харилцан уялдааны талаар санал зөрөөтөй байдаг тодорхой бус ойлголт хоёр байна. Эхнийх нь натри болон калийн хэрэглээ: эдгээр нь цусны даралтанд харилцан сөргөлдсөн нөлөө үзүүлдэг учраас калийг нэмэлтээр оруулангуут натрийн оролт багасдаг. Intersalt судалгаагаар цусны даралт нь натрийн оролттой шууд хамааралтай бөгөөд харин калийн оролттой сөрөг бөгөөд бие даасан чөлөөлт хамааралтай. Зарим жижиг судалгаануудад натрийн оролтыг хэвийн байлган харин калийн оролтыг нэмэгдүүлэхэд даралтанд бага нөлөөтөй байжээ. Жимс болон хүнсний ногоо ахиухан хэрэглэн даралтыг хоол хүнсээр эмчлэх үед кали 37 mmol/өдөрт байсныг 71 mmol/өдөрт болгон нэмэгдүүлэн натрийн хэмжээг багасган 130 mmol/өдөрт хэмжээнд барихад даралт нилээд буурч байжээ. Сүүлийн үеийн судалгаануудыг үзэхэд калийг ихэсгэн натрийг бууруулах нь ихээхэн ач холбогдолтой болох нь хөдлөшгүй тогтоогдсон болно.

Нөгөө маргаантай байдаг ойлголт нь калийн давс нь кали хлороос илүүтэй буюу дутагдалтай нөлөөтөй байдаг гэдэг дээр санал зөрөөтөй байна. Жимс хүнсний ногоонд агуулагддаг кали нь фосфат, сульфат, болон бусад органик анион, уурагтай нэгдэл давс байдлаар ихэнхидээ байдаг харин кали хлор байдлаар тун бага байдаг. Хүнсээр кали авах эсвэл кали хлор байдлаар калийн оролтыг хоёр янзаар нэмэгдүүлэн үр дүнг харьцуулан үзэхэд даралтыг адилхан бууруулж байгаа нь судалгаануудаас харагджээ.

Дайрлага-цус харвалт

Цусны даралт ихсэхийн голажуултай хүндрэл нь цус харвалт билээ. Калийг ихэсгэснээр цусны даралтыг бууруулдаг, энэ нь чухамдаа цус харвалтад кали нөлөөлдөг юмуу харин даралт буурсанаар цус харвалт буурдаг юмуу гэдгийг яг таг ялгахад хэцүү билээ, магадгүй цус харвалтад кали шууд нөлөө үзүүлдэг байж болох юм. Гэтэл харх дээр хийсэн судалгаанаас харахад калийн оролтыг ахиусгаснаар цус харвалтаар нас баралтыг эрс багасгаж чаджээ энэ үр дүнг кали их болон бага хэмжээнд байхад цусны даралтыг тогтвортой өндөр барьж байхад гарсан үр дүн. Тэгэхлээр кали нь цус харвалтыг шууд хамгаалах давхар үйлчилгээтэй гэдгийг

нь батлаж байна.

Khaw болон Barrett-Connor нарын 12 жилийн судалгаагаар калийн оролтыг өдөрт 10 mmol ихэсгэхэд цус харвалтыг 40% бууруулж чаджээ.

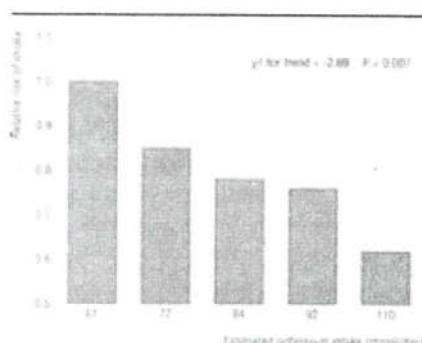


Fig 1. АНУ-д 40-75 насны 43738 эрэгтэйд 8 жилийн турш калийн хэрэглээг нэмэгдүүлэн судлахад цус харвах хүндрэл эрс багассан байдал

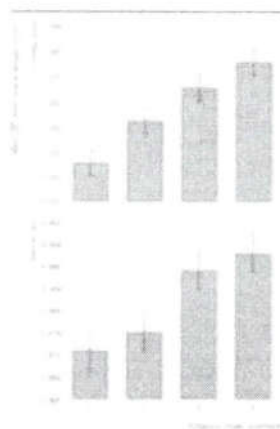
Олон судалгаануудад калийн нөлөөлөл тодорхой байгаа боловч чухамдаа калитай хүнс тэжээлд оролцон байгаа бусад агуулга жишээ нь ислэг болон антиоксидантуудаас нэмэр болж байгаа эсэхийг ялган салгахад хэцүү билээ. Хэдий тийм ч амьтан болон хүн дээр хийгдсэн олон эпидмиолог судалгаанууд нь кали хэрэглэлт нь цус харвалтыг бууруулхад чухал нөлөөтөй нь батлагдаж байна энэ нь зарим талдаа даралтанд нөлөөлсөнөөр түүний дагалдах үр дүн байхийг үгүйсгэх аргагүй юм.

Бөөрний гэмтэл

Хархан дээр хийсэн судалгаануудаас харахад кали хэрэглэх нь бөөрний түүдгэнцэр болон сувганцарын судасны эвдрэлийг даралтаас хамааралгүйгээр хамгаалан сэргийлдэг байна. Харин хүн дээр бол даралтнаас эсвэл бөөрний бие даасан эмгэгээс болсон бөөрний артериол болон сувганцарын судасны гэмтэлийг кали нь шууд хамгаалдаг үйлчлэл илрэхгүй байна. Хэрэв хүн дээр энэ нөлөөлөл байдагсан бол даралт ихдэх эмгэгтэй даралтнаас болсон бөөрний дутагдал давамгайлдаг мөн кали бага хэрэглэдэг хүмүүст маш нэмэртэйбайхсан.

Гиперкальциури, бөөрний чулуужилт болон яс сийрэгжилт

Калийн оролтыг нэмэгдүүлэхэд шээсээр кальци ялгарал буурч улмаар энэ нь кальцын тэнцвэрийг нэмэх талд болгодог. Иймээс гиперкальциури үед калийн оролтыг нэмэгдүүлсэнээр ач тустай нөлөөлж үзүүлж болдог. Идиопатик гиперкальциури-тай 11 хүүхдэд калийг ахиухан оруулах замаар эмчилхэд хоёр долоо хоногын дараа шээсээр ялгарах кальцын хэмжээ эрс буурч байжээ. Калийн оролтыг нэмэгдүүлсэнээр шээсээр гадагшлах кальцын ялгаралтыг багасган улмаар бөөр чулуужих аюулаас сэргийлж болох юм.



Зураг 2. Кали хэрэглэснээр ясны нягтшилт ихсэж байна

Хэрэв калийг нэмэгдүүлэх замаар кальцын алдагдалыг багасган кальцын балансыг нэмэгдүүлдэг юм бол энэ нь угтаа бол ясны эрдэсжилт нягтыг яваандаа өндөр байлгаж болох учиртай. Эрүүл 45-55 насны 62 эмэгтэйд калийн оролтыг нэмэгдүүлэхэд ясны нягтшилт нэмэгдээд зогсохгүй pyridinolone болон deoxypridinoline ялгаралт буурсан байна Цэвэршилтын дараах байдалтай 18 эмэгтэйд кали бикорбонат 18 хоногын турш өгөхөд шээсээр ялгарах кальци болон hydroxyproline багасан сийвэнгийн остеокальцины хэмжээнэмэгдэж ясны сийрэгжилт буурч харин эргэж ясны нягтшилт нэмэгдсэн байна. Шээсээр кальци ялгаралт нь натрийн оролтыг шууд нэмэгдүүлдэг бөгөөд хүчил шүлтийн тэнцвэр гомеостазид бас нөлөөлдөг. Судлаач Lemann нар Кали болон натри түүний

дагалдах анионууд чухам яаж нөлөөлдөгийг тодруулахын тулд тогтсон хоолтой эрүүл

10 хүнд кали хлорид, кали бикорбанат, натри хлорид, натри бикорбанат (90 mmol/өдөрт) өгчээ. Эдгээрийг дөрвөн өдөр санаадгүй байдлаар тэдэнд нэмэлтээр оруулсан. Мөн найман хүнд кали хлорид болон кали бикарбонатын хэмжээ биед оролтыг багасган үзжээ. Кали бикорбанат өгөгдсөн хүмүүст кальцын ялгаралт эрс багасаж гайхамшигт үр дүн өгчээ харин кали хлорид хэрэглэгсэдэд кальци:креатинины харьцаа ялгаралт өлөн шээсэнд мэдэгдэхүйц буурсан байна. Натри бикорбанат кальцын ялгаралтад ямарч нөлөө үзүүлээгүй бөгөөд харин натри хлорид кальцын ялгаралыг нэмэгдүүлж байв. Кали хлорид болон кали бикарбонатыг багасган өгсөн хүмүүст кальцын ялгарал болон кальци : креатинины харьцаа нэмэгдэж байгаа. Энэ судалгаанаас харахад кали нь шээсээр кальци ялгаралтыг бууруулах бие даасан нөлөөл үзүүлдэг бөгөөд кали бикорбанат нь кали хлороос илүүтэй үр дүнтэй байна. Кали бикарбонатыг нэмэгдүүлэнгээ натри оролтыг бууруулбал магадгүй жич сайн нөлөөлөл ч гарч болох юм.

Глюкоз тэсвэрлэлт муудах

Анхдагч буюу хоёрдогч альдостеронизм эсвэл удаан хугацаанд диуретик хэрэглэснээс болж калийн харьцаа хэт алдагдан хүнд хэлбэрийн гипокалиеми үүсэх үед глюкозод тэсвэргүй болох (glucose intolerance) клиник нөхцөл гарч болдог. Үндсэн шалтгааныг эмчлэх буюу калийн оролтыг нэмэгдүүлсэнээр глюкозод тэсвэргүй байдлыг засч болдог. Глюкозод тэсвэр муудалтад кали ямар үүрэг гүйцэтгэдэг талаар эрүүл хүмүүст кали багатай хүнс (40 mmol/өдөрт) хэрэглэснээр гарч болох юм. Калийн авалтыг бууруулсанаар сийвэнгийн калийг болон бүх биеийн калийг нилээд доошлуулж болно ингэхэд глюкозын солилцоо ихэд муудаж сийвэнд инсулинд хөшингө үргэлжилсэн гиперглюкеми гардаг байна. Судалгаанд кали татагч давирхай хэрэглэн биед калийн оролтыг эрс багасгаад судасаар глюкоз тэсвэрлэх сорил хийхэд тэсвэрлэлт эрс дордсон байдаг бөгөөд харин калийн авалтыг нэмэгдүүлсэнээр тэсвэрлэлт эргэн сайжирдаг байна.

Нэгэн судалгаагаар калийн авалт хэрэглээ өндөр хүмүүст хоёрдугаар хэлбэрийн диабетээр өвчлөх риск боломж маш бага бөгөөд харин энэ сөрөг хамаарал нь тарган хүмүүст хамааралгүй гарсан байна.

Хяналтгүй сахарын өвчний үед глюкоз осмотик диурез үйлчилгээ үүсгэснээр биед калийн алдагдал нилээд үүсгэдэг боловч харин гипокалиеми барагтай тохиолдоггүй. Хэрэг дээрээ сахарын өвчтөй үед түр зуурын гиперкалиеми ажиглагддаг ялангуяа сахар ихдэлтийн дараа үүний учир нь сахарын гипертоник үйлчлэл болон инсулины дутагдал нь эс дотор кали оролтыг саатуулдагт оршдог. Гэтэл инсулин хийснээр гипокалиеми үүсэж болох боловч сахарын кетоацидозтой өвчтөнд маш хүнд гипокалиеми үүсэн калийн нөөц аюултайгаар хоосорч болно. Бид одоогоор сахарын өвчтэй гипоглюкемик эм буюу инсулин шаардлагатай хүмүүст калийн авалтыг нэмэгдүүлсэн үр дүнгийн судалгаа үгүй байна.

Зүрхний хэм алдагдал

Электрофизиологын үүднээс зүрхний дамжуулах эд эсийн доторхи болон эсийн гаднах калийн хэмжээ, тэдгээрийн хоорондын уялдаа маш чухал. Гипокалиеми нь удаан үргэлжилсэн реполяризац мөн Торсаде де пойнтын үүсгэх эмгэг үйлчлэл нөлөөлөл үүсгэж болдог бөгөөд ялангуяа ишеми өвчтөй, зүрхний дутагдалтай, зүүн ховдолын гипертрофитой хүмүүст илүүтэй илэрдэг. Сийвэнгийн калийн хэмжээг нэмэгдээд ирэхлээр удамшилын эсвэл олдмол "урт QT" синдромтой өвчтөний реполяризац нь засраад ирдэг.

Даралт өндөртөй өвчтөнд калий хямагдах диуретик хэрэглээгүй үед калийн дутагдал илэрдэг ба энэ нь хэм алдагдалыг нэмэгдүүлэх талтай.

Өндөр тунгаар удаан хугацаанд диуретик хэрэглэсэн хүмүүст ялангуяа зүрхний органик өвчтөй болон өндөр настай хүмүүст ховдолын тахикарди болох аюул диуретик хэрэглэснээр гардаг. Сүүлийн үеийн судалгаагаар даралт бууруулахдаа диуретикийг бага тунгаар хэрэглэх нь өндөр тунгаар хэрэглэснээс илүүтэй үр дүнтэй нөгөө талаар электролит, нүүрс ус, липидын солилцоонд бага гаж нөлөөтөй байгаа талаар нилээд бичигдэж байна.

Зүрхний дутагдалтай өвчтөнд калийн баланс тогтмол алдагдалтай байдаг. Энэ нь зарим талдаа диуретикуудаас нөгөө талдаа РААС –ын идэвхижил хоёрдогч альдостеронизм зэргээс болж байгаа хэрэг. Сийвэнгийн калийн хэмжээ буураад ирэхлээр аритми ихэсэж ирдэг тэгэхдээ

бүр дигоксинтой холбоотой аритми ихэсэх талтай. Сийвэнгийн калийн хэмжээг засаад нэмэгдүүлээд ирэхэд ховдолын тахикарди эрс буурч ингэснээр цаашдаа гэнэтийн нас баралт багасдаг байна. Зүрхний дутагдалтай хүмүүст ACE ингибитор эмүүд аритмигаас болсон нас баралтыг бууруулдаг энэ нь сийвэнгийн калийг нэмэгдүүлдэгтэй нь холбоотой байж болох бөгөөд бага тунгаар спиронолактон нь зүрхний гэнэтийн нас баралтыг бууруулдаг нь калийг нэмэгдүүлдэгтэй холбоотой нь гарцаагүй. Мөн бас бусад механизмууд жишээ нь альдостерон коллаген бүрэлдэлтийг хориг хийдэг нь бас нэг тал болж таарна.

Зүрхний дутагдалтай бараг бүх өвчтөнгүүдэд калийн нэмэлт, кали хямгадах диуретик, ACE ингибитор, оруулах нь гарцаагүй бөгөөд тэрч бүү хэл кали хэвийн хэмжээнд (4.0 mmol/l) байхад өгөх ёстой. Олонхи өвчтөнд калийн дутагдалын хажуугаар магнезмийн дутагдал хамт дагалдаж байдаг тэгэхлээр мөн магнезмын дутагдалыг нөхөх нь хэм алдагдалын үед кали нөхөхтэй адил чухал билээ.

Ихэнхи судалгаануудад гипокалиеми гэдгийг сийвэнгийн калийг хэмжиснээр тогтоодог, энэ нь хэрэг дээрээ биеийн бүх калийн хэмжээг харуулдаггүй. Жишээ нь зүрхний шигдээстэй өвчтөнд кали нь эд эсрүү цутган орсоноор олонхи өвчтөнд өнгөц гипокалиеми гардаг боловч хэрэг дээрээ биеэс кали алдагдаагүй байдаг. Гэтэл диуретик удаан хэрэглэсэн хүнд удаан хугацаанд кали алдсан архаг гипокалиемитэй магадгүй үүнээсээ бүх биеийн калийн багасалт гарч болох юм. Үнэндээ клиник дээр бүх биеийн, сийвэнгийн, эс доторхи калийн хэмжээнүүд чухам ямар байгааг яс ялган тогтооход бэрхшээлтэй билээ. Хэрэг дээрээ эс доторхи болон гаднах калийн хэмжээ нь түүний зөрөө нь тайван үеийн мембраны потенциалыг тогтоодог учир маш чухал. Эсийн гаднах болон доторхи калийн харьцааны өчүүхэн зөрөө нь зүрхний импульс гаргах болон дамжуулалтад асар их нөлөө үзүүлдэг, энэ үүргийг тодорхойлогч нь кали гэдэг нь ойлгомжтой.

Илүүдэл кали нь ямар нэг хөнөөлт нөлөөтэй юу ?

Калийн тэнцвэржилтийг голдуу бөөр болон ходоод гэдэсний замаар оролт гаралтыг нь хэвийн үед физиологын асар нарийн тодорхой механизмууд зохицуулж байдаг. Их хэмжээний кали гаднаас ачаалалтай орж ирэхэд сийвэнгийн калийн хэмжээ бараг нэмэгдэлгүйгээр маш хурдан ялгардаг. Бөөрний хүнд эмгэгтэй үед бөөрөөр калийн ялгаралт саатаж болно. Бөөрний 90% үйл ажиллагаа алдагдан түүдгэнцэрийн филтраци 20 ml/мин бага болсон үед ч кали 5.5 mmol/l өндөр болох нь ховор байдаг. Сийвэнгийн калийг тодорхойлох чухал хүчин зүйлүүдэд: натри-калийн АТФ-азе, сийвэнгийн инсулин, адреналчин, норадреналин, альдостероны хэмжээ зэрэг байдаг. Гиперкалиеми нь эдгээр зохицуулах механизмууд гэмтэж алдагдсан үед буюу голдуу бөөрний үйл ажиллагаа ихээхэн алдагдсан үед тохиолддог. Эдгээр тохиолдлуудад кали гаднаас ахиухан орох нь гиперкалиеми болгох ялангуяа судсаар кали хийх нь аюултай байж мэднэ.

Цэгнэлтүүд

Саяхан болтол хүн төрөлхтөн натри багатай ($<10 \text{ mmol/өдөрт}$) кали өндөртэй ($>200 \text{ mmol/өдөрт}$) хүнс тэжээл хэрэглэдэг байжээ. Гэтэл өнөөдөр боловсруулсан хоол тэжээл их хэрэглэж байгаа бөгөөд энэ боловсруулалт нь калийг нь багасгадаг зайлуулдаг байна мөн жимс хүнсний ногоо хэрэглэлт харьцангуй буурсан нь калийн оролтыг эрс багасгасан байна. Өрнөдийн ихэнхи улсуудад калийн хэрэглээ дундачаар 70 mmol/өдөрт байна. Калийн хэрэглээ оролтыг нэмэгдүүлсэнээр цусны даралтыг багасгах болон бусад олон талын ашигтай нөлөөлөлүүд гарч байна. Хүн амд калийн хэрэглээг нэмэгдүүлэн ашиг тусийг нь авах гол арга зам бол хүнсэндээ ахиухан шинэ жимс, хүнсний ногоо хэрэглэх нь эрүүл мэндэд нь олон талын ашигтай сайн үр ашигтай болно.

Ном зүй

1. He FJ, MacGregor GA. Potassium intake and blood pressure. Am J Hypertens 1999; 12: 849-851 [CrossRef] [Medline].
2. Tobian L, MacNeill D, Johnson MA, Ganguli MC, Iwai J. Potassium protection against lesions of the renal tubules, arteries, and glomeruli and nephron loss in salt-loaded hypertensive Dahl S rats. Hypertension 1984; 6(suppl 1): I170-I176 [Medline].
3. Osorio AV, Alon US. The relationship between urinary calcium, sodium, and potassium excretion

- and the role of potassium in treating idiopathic hypercalciuria. *Pediatrics* 1997; 100: 675-681[Abstract/Free Full Text].
4. Gurhan GC, Willett WC, Rimm EB, Stampfer MJ. A prospective study of dietary calcium and other nutrients and the risk of symptomatic kidney stones. *N Engl J Med* 1993; 328: 833-838[Abstract/Free Full Text].
 5. Dyer AR, Elliott P, Shipley M, for the INTERSALT Cooperative Research Group. Urinary electrolyte excretion in 24 hours and blood pressure in the INTERSALT study. 2. Estimates of electrolyte-blood pressure associations corrected for regression dilution bias. *Am J Epidemiol* 1994; 139: 940-951[Abstract].
 6. Appel LJ, Moore TJ, Obarzanek E, Vollmer WM, Svetkey L, Sacks FM, et al. A clinical trial of the effects of dietary patterns on blood pressure. *N Engl J Med* 1997; 336: 1117-1124[Abstract/Free Full Text].
 7. Tobian L. High-potassium diets markedly protect against stroke deaths and kidney disease in hypertensive rats: an echo from prehistoric days. *J Hypertens* 1986; 4(suppl 4): S67-S76.
 8. Joshipura KJ, Ascherio A, Manson JE, Stampfer MJ, Rimm EB, Speizer FE, et al. Fruit and vegetable intake in relation to risk of ischemic stroke. *JAMA* 1999; 282: 1233-1239[Abstract/Free Full Text].
 9. Lemann J, Pleuss JA, Gray RW, Hoffmann RG. Potassium administration reduces and potassium deprivation increases urinary calcium excretion in healthy adults. *Kidney Int* 1991; 39: 973-983[Medline].
 10. Leier CV, Dei Cas L, Metra M. Clinical relevance and management of the major electrolyte abnormalities in congestive heart failure: hyponatremia, hypokalemia, and hypomagnesemia. *Am Heart J* 1994; 128: 564-574[Medline].

ШИНЖИЛГЭЭ ӨГӨХӨД АНХААРАХ ЗӨВЛӨМЖ

А. Туул /УКТЭ/

Өвчнийг илрүүлж, оношлох, ажиглах үндсэн 3 зорилгоор онош зүйн лабораторид шинжилгээ хийдэг.

Лабораторийн шинжилгээгээр хүний биеийн эрхтэний байдал, үйл ажиллагаа, эмгэг өөрчлөлтийг тогтоодог. Шинжилгээнд бэлтгэх асуудал, шинжилгээ болгонд өвөрмөц онцлогтой байдаг бөгөөд шинжилгээний хариу олон хүчин зүйлээс хамаарна. Үүнд:

1. Дасгал хөдөлгөөн. Булчингийн ажил лабораторийн олон хэмжигдэхүүнд түр зуурын болон удаан үргэлжлэх нөлөө үзүүлнэ.
2. Хооллолт. Хэвийн хэмжээтэй харьцуулахын тулд ихэвчлэн өлөн байхад шинжилгээ хийлгэх шаардлагатай. Гэхдээ их удаан өлөн байх нь бас муу нөлөөтэй, яг хоол идсэний дараа шинжилгээ авдаггүй. Архи спиртийн зүйл хэрэглэхэд олон төрлийн шинжилгээний хариу буруу гарна. Биеийн жингийн 1 кг жинд 0,75 гр спирт ноогдохуйц архи хэрэглсний дараа түр зуурын хугацаанд (10-100 цагт) ГТТФ-25%, АСАТ-15% хүртэл ихэсдэг.
3. Эмийн нөлөө. Эмчилгээ эхлэхээс өмнө аль болох бүрэн шинжилгээ хийлгэх нь зүйтэй. Учир нь эм нь хүний бие дотор явагдаж буй процессд болон шинжилгээний явцад химийн урвалд зохих ёсоор нөлөөлдөг тул шинжилгээний хариу өөрчлөгдөж болдог.

Өндөгний цусны ерөнхий шинжилгээнд бэлтгэх

Уг шинжилгээг өгөхийн өмнө хоол унд идэж уухгүй бие болон сэтгэл санаагаар маш тайван байж, рентген, ЭХО, радио изотопын шинжилгээ, туяа шарлага, зүү болон биеийн тамир эмчилгээ хийлгэх, төрөл бүрийн эм уух зэргийг хориглоно.

Биохими, иммунологын, бүлэгнэлтийн шинжилгээнд бэлтгэх

Биохими, иммунологын шинжилгээнүүдийг өгөхдөө өглөө өлөн ирж судасны цусаа өгнө.

Шинжлүүлэгч урьд орой нь өөх тос багатай, түргэн шингэх хоолоор хооллоно. Шингэц муутай өөх тос ихтэй хоол хэрэглэснээр цусан дахь өөх тос, уургийн хэмжээ өөрчлөгддөг тул 12 – 14 цаг хоол идэлгүй байж шинжилүүлэх шаардлагатай.

Хэрэв цусанд сахар шинжлүүлэх бол нэг хоногийн өмнөөс чихэртэй зүйл аль болох

хэрэглэхгүй байж өгөхийн өмнө сэтгэл санааны тайван байдалд байх шаардлагатай.

Шээсний ерөнхий шинжилгээнд бэлтгэх

- Шээс авах шил нь том амсартай, таглаагаар цайвар өнгийн байх шаардлагатай ба буцалсан усаар сайтар угааж цэвэрлэхэд арчихгүйгээр хөмөрч хатаасан байна.
- Гадна бэлэг эрхтэнийг савантай бүлээн усаар угаасны дараа цэвэрлэсэн шилэн савандаа шээнэ. Шээсийг савнаас саванд юүлэхийг хориглоно.
- Өглөөний өлөн байх үеийн 150–200 мл шээсийг шинжилгээний бичгийн хамт лабораторид авч ирж өгнө.
- Зарим төрлийн эмийн бодис: Амидопирин, салицилатууд. Хүнсний бүтээгдэхүүн: улаан манжин зэргийг хэрэглэсний үед шээсний өнгө өөрчлөгдөх тул шинжилгээ өгөхийн өмнө хэрэглэж өлөхгүй.

Амбуржийн сорилоор шээсийг шинжилгээнд бэлтгэх

Амбуржийн сорилд 3 цагийн шээсийг авна. Шинжлүүлэгч өглөө 5 цагт босч жорлонд шээсний дараа 3 цаг болоод (өөрөөр хэлбэл 8 цагт) бэлтгэсэн шилэн саванд шээж, шээсээ лабораторид шинжлэх бичгийн хамт авч ирж өгнө.

Амбуржийн сорил ба шээсний ерөнхий шинжилгээг хамт өгөх

Энэ тохиолдолд өглөөний өлөн үеийн шээсийг ерөнхий шинжилгээнд дараах 3 цагийн шээсийг Амбуржийн сорилд шинжлүүлэхээр 2 бичгийн хамт авч ирнэ.

Нечипоренкийн сорилоор шээсийг шинжилүүлэхэд бэлтгэх

Өглөөний өлөн шээсний дунд хэсгээс цэвэрлэсэн шилэн савандаа тосон авч шигжилгээний бичгийн хамт авч ирнэ.

Шээсэнд порфирин тодорхойлоход бэлтгэх

Нарны гэрлийн хэт ягаан туяаны нөлөөгөөр шээсэн дэх порфирин амархан задардаг тул өглөөний өлөн шээсийг хар хүрэн өнгийн шилэнд авч ирэх шаардлагатай.

Зимницийн сорилоор шээсийг шинжилүүлэхэд бэлтгэх

Энэ сорилоор шээсийг шинжлүүлэхийн тулд хоногийн буюу 24 цагийн шээсийг дараах байдлаар авна. Өглөө 6 цагт жорлонд шээж давсгаар суллаад түүнээс хойш гурван цагийн зайтаагаар (9.00, 12.00, 15.00, 18.00, 21.00, 24.00, 03.00, 06.00 цагуудад) урьдчилан бэлтгэсэн цэвэр шилэнд шээсийг авч, шинжилгээний бичгийн хамт авч ирнэ.

Өтгөнд далд цус илрүүлэх шинжилгээнд бэлтгэх

Энэ шинжилгээг хийлгэхийн өмнө Шмидтийн хоолыг 3 хоног хэрэглэнэ. Үүнд: хоногт 1 – 1,5л сүү, 2 – 3ш өндөг, 125гр мах, 200 – 250гр төмс, 100гр талх, 50гр масло хэрэглэнэ. Өтгөнийг цэвэр шил саванд авч шинжилгээний бичгийн хамт ирүүлнэ.

Үрийн шингэнийг шинжлэх шинжилгээнд бэлтгэх

Шинжлүүлэгч 3 – 5 хоногийн турш бэлгийн харьцаанд оролгүйгээр биеэ бэлтгэж ирнэ.

Бактерлогийн шинжилгээнд бэлтгэх

1. Эмчийн бичсэн шинжилгээний бичгийн дагуу ариутгасан шилийг бактцрлүгийн лаборатороос авна.
2. Ариутгасан таглааг урьтаж онгойлгож бохирдуулахаас зайлсхийх хэрэгтэй.
3. Шинжилгээний материалыг авмагц сайн таглаж, шинжилгээний бичгийн хамт лабораторт ирүүлнэ.
4. Цусны ариун чанарын шинжилгээ:
Цусны ариун чанарыг шинжлүүлэхээр ирэхдээ эмчийн бичсэн шинжилгээний бичиг, 5гр-ын ариун тариур зэргийг авч ирнэ. Энэ шинжилгээг ид халуурч байх үедээ өгвөл илүү үр дүнтэй байдаг.
5. Цэрний шинжилгээ:
Шинжлүүлэгч өглөө амны хөндийг буцалсан усаар угааж зайлсны дараа хүчтэй ханиаж гарсан цэрийг тусгай саванд нулимж хийнэ.
6. Шээсний шинжилгээ:

ЭРДМИЙН БИЧИГ-IV

Гадна бэлэг эрхтэнийг савантай бүлээн усаар сайтар угаасны дараа өглөөний өлөн шээсний дунд хэсгээс 20мл орчим шээсийг ариутгасан шилэн саванд түргэн тосон авч, сайтар таглаад лабораторид ирүүлнэ.

7. Өтгөний шинжилгээний:

Ариутгасан шилэнд өтгөний сүүлчийн хэсгээс 20гр орчмыг аах хийгээд сайтар таглаж лабораторид ирүүлнэ.

8. Хамар, хоолой, нүд, чих, үрийн шингэн, үтрээний ялгарлын шинжилгээ:

Шарханд эм цацаж, боолт хийхээс өмнө шархны хэсгийг физиологийн уусмалаар арчаад шархны гүн хэсгээс ариун бамбараар арчиж ариутгасан саванд мэргэжлийн эмчээр авахуулж лабораторид авч ирнэ.

ПЛЕВРИТИЙН РЕНТГЕН ОНОШЛОГОО

Т. Пүрэвжав З.Хишигжаргал, Д.Оюунбат /УКТЭ/

Плеврийн анатом ба физиологи.

Плеврийн хөндий нь биеийн хоёрдогч хөндий болох ба уушгийг хамгаална.

Плеврийн хөндийд өөрийн өвөрмөц шинж чанартай эдийн шингэн байна. Энэ шингэний гол үүрэг нь плеврийн хоёр хуудасыг хооронд нь наалдуулахгүй чийглэх бөгөөд амьсгалд чухал ач холбогдолтой. Энэ нь шингэний динамикийн хуулиар цагаан хоолойн коллоид-осмос даралтыг зохицуулна. Цээжний хөндийн дотор талыг бүрхсэн хальсыг плеврийн париеталь хальс гэнэ. Уушгийг хучсан хальсыг плеврийн висцераль хальс гэнэ. Плеврийн шингэний протейны концентраци 1г/100мл хүртэл ихэсэхэд коллоид-осмосын даралт өөрчлөгдөж плеврийн шингэний "реобсорбци" эргэн шимэгдэх шинж чанар нь багасч плеврийн хөндийд шингэн (экссудат) хуримтлагдана. Нормдоо 3-5мл байна. Плеврийн хөндий нь хасах даралттай. Эдийн шингэн үүсэхэд цусны судас ихтэй висцерал хальс, эргэн шимэгдэхэд тунгалагийн судас ихтэй париеталь хальс гол рольтой. Париеталь хальсанд хавирга, өрцний орчмоор илүү, бусад хэсэгт цөөн тооны нүдэнд үл үзэгдэх люк /нүхнүүд/ мезотол ба пограничная мембрана дээр байна. Амьсгалах үед эдгээр люк нээгдэж хаагдаж шингэнийг сорж тунгалагийн судасны урсгалыг зохицуулна. Уушгины эдийн тунгалагийн судасны урсгал захаасаа төв рүү чиглэлтэй урсаж уушгины угийн булчирхайд очно. В. А. Равич-Шерба (1940) судалгаагаар уушгины эмгэгийн үед эргэх урсгал үүсч төвөөсөө зах руу тунгалагийн судасны урсгал урсах бөгөөд уушгины захын давхарга, дэлбэн хоорондын таславч, бронх уушгины гүн хэсгийн тунгалагийн зангилаанд очно. Тэнд уушгины хөх хялгасан судасны холбоо (аностомоз) үүсгэнэ. Ингэснээр гялтан хальсны хэвийн үйл ажиллагаа алдагдаж цээжний хөндий дэх шингэн ихэснэ. Үүний дүнд цээжний хөндийн даралт ихсэж судас дарагдаж, нүх сүв хаагдаж эргэн шимэгдэх үйл ажиллагаа алдагдах байдлаар цээжний хөндийд шингэн-шүүдэс үүсч эхэлнэ.

Плеврит

Плеврийн хөндийд - цээжний хөндийн гялтан хальсны, уушгины ба бусад эрхтэний эмгэг, гэмтэлийн гаралтай шингэн хуримтлахыг плеврит гэнэ. Шалтгаан нь олон янз :

1. Халдварын (бактери, вирус, микоплазм, өрцөн дор байрлалтай буглаа) гаралтай.
2. Хавдрын (лимфогрануломатоз, лимфосаркома, мезотелиома)
3. Системийн өвчнүүд (СКВ, ревматоидный артрит)
4. Уушгины артерийн тромбоз
5. Гэмтэл бэртэл (пневмоторакс, гемоторакс)
6. Бусад шалтгаанууд

Эмгэг жам: Плеврит үүсгэх нь нянгийн хоруу чанар, бусад шалтгаан, бие махбодийн эсэргүүцэл зэргээр өөр өөр явагдана.

- А. Шууд харьцаж халдварлах зам – плеврийн ойролцоох уушгины эдийн эмгэгийн (хатгалгаа, буглаа, бронхийн тэлэгдэл, идээлсэн бэтэг, сүрьеэ) гэх мэт зэргэлдээ эрхтэний эмгэгээс шууд халдвар авах.
- Б. Тунгалагын зам
- С. Цусаар тархах

Д. Гадаад орчноос шууд халдвар авах (Гэмтэл, шарх, мэс заслын ажилбар) гэх мэт

Ангилал явцаар нь: Хурц, Архаг гэж ангилна. Мөн плевритийг хуурай ба шүүдэст плеврит гэж ангилна.

Хуурай плевритийн үед гол шинж тэмдэг нь өвдөлтөөр илэрнэ. Өрцний плевритийн үед хэвлийн урд ханаар өвдөнө. Хавирганы хана дагасан плевритийн үед цээжний яг тэр хэсэгт өвдөнө. Дэлбэн хоорондын болон уушгины оройд байрласан үед өвдөлт илрэх нь ховор. Чагнахад плеврийн шүргэлдэх чимээ сонсогдоно.

Шүүдэст плевритийн үед амьсгаадана, ханиалгана, өвдөнө, халуурна, бие суларна, цээж дарагдсан мэт болно. Тогшиход шингэнтэй хэсэгт дүлий чимээ сонсогдоно. Дамуазогийн шугам тодорно. Дээд хэсэгт нь уушгины тогшилтын тод чимээ сонсогдоно. Чагнахад хэржигнүүр сонсогдож болно. Голдуу дүлий юу ч сонсогдохгүй. Хүүхдэд амьсгал өнгөц, амьсгал авах үедээ хүүхэд зовиуртай уйлана. Хэрэв шингэний хэмжээ ихэсвэл өвчтөний биеийн байдал муудаж, халуурна. Зүрхний үйл ажиллагааны өөрчлөлт илэрч, өвчтөн чичрэх, амьсгаадах, цээж хүндэрч өвдөх, хөдрөх гэх мэт хордлогын ерөнхий шинж тэмдэгүүд илэрнэ. Зүүн талын плевритийн үед зүүн өрц, дэлүү, баруун талын үед баруун өрц, элэг доошилно. Дээд хөндийн венийн судас дарагдвал хүзүүний венийн судас өргөсөнө. Харин доод хөндийн венийн судас дарагдвал элэг томрох, доод мөч хавагнана. Цээжний хэлбэр гэмтсэн тал нь хөөж, хавирга хоорондын зай өргөсөж, амьсгалд хошорч оролцох эсвэл оролцохгүй байдал илэрнэ. Лабораторийн шинжилгээнд ОАКрови-лейкоцитоз нейтрофилоз, СОЭ хурдасна, α , β -глобулин багасна. ОАМ- бага зэрэг альбуминурия, ганц нэг эритроцит байна.

Шингэн плевритийг :

- 1) Чөлөөт шингэнтэй
- 2) Хязгаарлагдмал- уутлагдсан плеврит гэж ангилдаг.

Хязгаарлагдмал плевритийг байрлалаар нь :

- a. Хажуу ханын буюу хавирга далны
- b. Уушигны орой (апикальные)
- c. Өрцний (базальные)
- d. Дэлбэн хоорондын (интерлобарные)
- e. Голч орчмын байрлал гэж ангилна.

Плеврийн наалдац буюу өнгөр тогтох

- a. Висцераль, париеталь плеврийн хооронд
- b. Дэлбэн хоорондын завсраар
- c. Париеталь плеврийн аль нэг хэсэгт (хавирганы ханатай, өрцөнд ба үнхэлцэгийн)

Явц, хүндрэл.

Шүүдэст плевритийн явц үүсгэгчээс хамаарч янз бүр байна.

Сүрьеэгийн үед – 6-9 долоо хоног, Хэрлэг өвчин – 5-10 өдөр, Хатгаа өвчний үед – 10-15 өдөр үргэлжлэх боловч хүндэрч идээт плеврит үүсч болно.

Плевритийн эдгэрэл нь тухайн өвчний явцаас хамаарна. Явц удааширвал наалдац үүсч болно. Шүүдэст плевритийн үед эмчилгээ оношлогооны зорилгоор плеврийн хөндийд хатгалт хийж шингэнийг соруулж авна. Эмчилгээний зарчим нь үндсэн өвчнийг эрт илрүүлж, тохирсон, оновчтой эрчимт эмчилгээг цаг алдахгүй хийх нь чухал.

Рентген шинжилгээ.

Цээжний хөндийн эрхтэнийг эрүүл ба эмгэг үед нь судлах гол арга нь рентген шинжилгээний арга юм.

1. Рентген харалт: Олон байрлалд харах, Шулуун эгц, урд, ар-талаас, Хажуу (баруун, зүүн), Ташуу – (баруун, зүүн)
2. Зураг авах: Рентген зураг, эгц хажуу талаас, Флюорографи, Томографи (дагуу зүслэг),
3. Нэмэлт шинжилгээ - Тодосгогч бодистой шинжиллэх
4. КТГ шинжиллэгээг шаардлагын дагуу хийнэ.

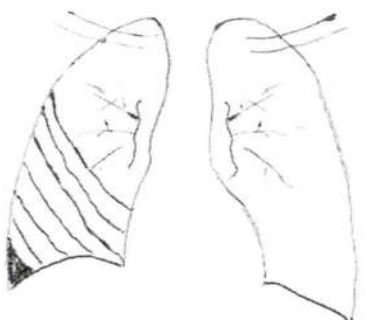
Плеврийн хөндийн рентген шинжилгээнд илрэх хэвийн байдал.

Рентген шинжилгээнд эгц байрлалд харахад уушгины талбай, зүрхийг тойм харалт хийхэд өрц тодорхой харагдах бөгөөд амьсгалд хөдөлгөөн чөлөөтэй байна. Өвчүүний шугамаар баруун өрц VI хавирганд, зүүн тал нь I хавирга дор байна. Өвчтөнийг ташуу байрлуулж гүн амьсгалуулахад өрцний бөмбөгөр гадаргуу ба хавирганы хооронд хурц өнцөг бүхий завсар, өрц зүрхний хооронд мохоо өнцөг бүхий завсар байна. Үүнийг байрлалаар нь өрц хавирганы, өрц зүрхний, завсар зай /синус/ гэнэ. Энэ завсар гүн амьсгалахад чөлөөтэй нээгдэж байна. Баруун өрц-хавирга, өрц-зүрхний завсрын зай шинжилэхэд өвчтөнийг зүүн гар тийш баруун мөрийг эмч өөрлүүгээ хагас эргүүлж, зүүн талыг шалгахад баруун тийш хагас эргүүлж ташуу байдлаар гүн амьсгалуулж тус тус шинжилнэ. Цээжний рентген зурагт зүрх, гол судас, цусны бага эргэлтийн салбар судаснууд, салбар мөгөөрсөн хоолой, уушигны угийн тунгалагийн булчирхай, түүний зангилаа, уушигны агааржсан талбай, өрц хавирганы өнцөг түүнийг хүрээлэн байгаа цээжний хөндийн араг яс болон бусад элементүүд харагдана.

Плевритийн үед рентген шинжилгээнд илрэх шинж тэмдэгүүд.

Плевритийн үед рентген харалт хийхэд цээжний хөндийн хасах даралтын улмаас бага хэмжээний шингэн (150-200мл) харагдахгүй. Шингэний хэмжээ 200-250мл хэмжээнд хүрэхэд синус хаагдаж эхэлнэ. Өрц хавирганы синуст 200-250 мл орчим шингэн тогтоход хажуу байрлалд уг синус бүдгэрч харагдахгүй гурвалжин сүүдэр харагдана.

Шингэн ихсэх тутам сүүдэр дээшилж, голчын эрхтэнүүд зүрх судасыг эсрэг тал руу түлхэнэ. Чөлөөт плеврит ихсэх тутам хасах даралтын улмаас гадна тал нь дээш татагдсан, дотор тал дор байрлалтай дүрсийг Дамуазогийн шугам гэнэ. Их хэмжээний шингэн үүсэхэд плеврийн цонх үүснэ.

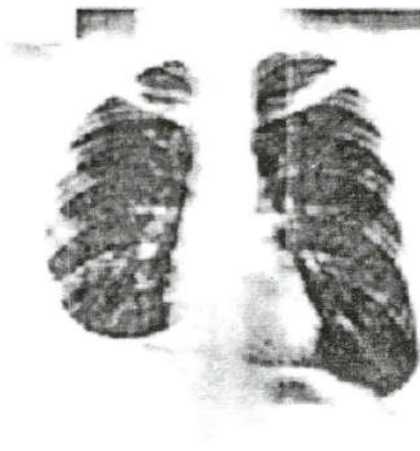
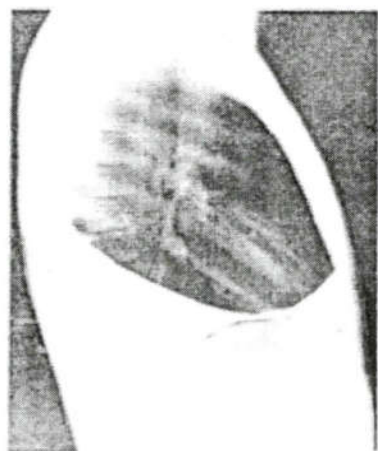


Зураг №1 Чөлөөт плевритийн үүсэх, ихсэх байдлыг харуулав.

- Өвчтөнийг хэвтээ байрлалд хажуугаар харуулж хэвтүүлэхэд зураг авах ба харахад шингэн 20-30 минутын дараа байрлалаа өөрчилөхийг Феномен Фенке гэнэ.

- Өвчтөнийг босоо байрлалд харалт хийх үед амьсгал гаргахад зүрх судасны сүүдэр эрүүл талын уушиг руу шилжиж, амьсгал авахад өвчтэй талын уушиг руу түлхэгдэнэ.

- М. Д. Тушинский –судалгаагаар уушиг нь плеврийн хөндийн шингэний хэмжээг



Зураг №2 Цээжний хөндийн чөлөөт плеврит хажуу, эгц байрлалын рентген зураг

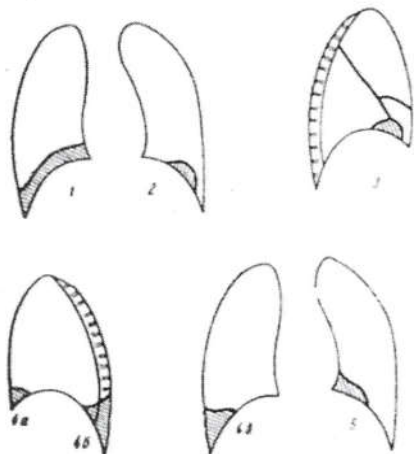
Рентгенд харахад шингэний түвшин эгэмний дундаж шугамаар V хавирганы урд талын түвшинд байвал 1 литр, нэг хавирга дээшилэхэд 0,5 литр нэмэгдэнэ.

- Зүрхний ба бөөрний гаралтай плеврит ихэвчлэн хоёр талдаа байна. Цээжний хөндийд хий байвал шингэний түвшин гарна.
- Прозоровын I шинж – шүүдэст плевритийн үед амьсгал авахад сүүдэржилтийн дээд талын ташуу шугам дээшилнэ.
- II шинж – амьсгал гаргах үед голчын эрхтэний сүүдрүүд эрүүл тал руу түлхэгдэнэ.
- Симптом Вильямса - Хуурай плевритийн үед тэр талын өрцний хөдөлгөөн хязгаарлагдмал болно.

Хязгаарлагдмал плеврит

- Дэлбэн хоорондын плеврит нь ихэвчлэн баруун уушгинд байна. Баруун хажуу байрлалд цээжний хөндийн урд доод хэсэгт ээрүүл хэлбэрийн гүдгэр гадаргуутай тод хар сүүдэр гарна.
- Хажуу хананд байрлалтай (перистеночный) плевритийн үед уушигны цайвар талбайд хавирга дагасан зуйван хэлбэртэй тод хар сүүдэр гарна. Олон байрлалаар харахад энэ сүүдэр нь өргөн сууриар цээжний ханатай нийлсэн байх ба дотор тал нь гүдгэр гадаргуутай байна. Амьсгал авахад медиал талаасаа өөрчлөгдөнө.
- Голч эрхтэний талд байрлалтай плевритийн үед уушигны уг талд дотор тал нь зүрх судасны сүүдэртэй нийлсэн гадна тал нь гүдгэр гадаргуутай сүүдэр байна. Доор байрласан үед зүрх судасны нөлөөгөөр дамжсан агшилт өгнө.
- Өрцний байрлалтай плеврит- Өрцөн дээр хагас дугуй хэлбэрийн сүүдэр тодорхойлогдоно. Өргөн сууриар өртэй холбоотой харж шинжлэхэд өрцний хөдөлгөөн багассан буюу хөдөлгөөнгүй болсон байна.
- Уушигны оройн байрлалтай плеврит – ховор тохиолдоно. Уушигны оройд нэлээд зузаан доошоо нимгэрсэн маягийн сүүдэр (нөмрөг хэлбэрийн)үүснэ.
- Шингэнтэй бол шингэний түвшин харагдана.
- Хавдрын гаралтай плеврит нь плеврийн хатгалт хийх үед париеталь хальс нь мэдэгдэхүйц эсэргүүцэл өгөх ба соруулхад цусархаг шингэн гаргана.

Хязгаарлагдмал плевритийн зургууд



Зураг №3 Дэлбэн хооронд плеврит эгц байрлал



Зураг №4 Уутлагдсан өрцний плеврит

X-RAY DIAGNOSIS OF PLEURAL EFFUSION

T. Purevjav, Z. Khishigjargal, D. Oyunbat
Central university hospital

Pleural effusion is commonly spread disease throughout the world. In early years the pleural effusion used to be originated from TBC, but nowadays pleural effusion, caused by kidney, or systematical diseases and also it is occurred from cancers often. The best way to diagnose the pleural effusion properly is through X-ray examination.

Ном зүй

1. Розенштраух.Л.С., Виннер.М.Г., Рентгено-диагностика плевритов. М. Медицина 1968.
2. Маколкин.В.И. Внутренние болезни. 1994.
3. Власов.П.В. Рентгенодиагностика опухолей плевры. 1986.
4. Кшановский.С.А. Дифференциальная диагностика заболеваний легких, средостения плевры у детей и подростков. 1978.
5. Сильвестров.П. Затежные пневмонии
6. Баклановой. Рентгенодиагностика в педиатрии Том-1 1988.
7. Зедгенидзе. Справочник по рентгенологии и радиологии 1972.
8. Пүрэвжав.Т., Онхуудай.П. Хүн амд үзүүлэх рентген радиологийн тусламжийн товч лавлах 1989.
9. Manual of Radiographis interpretation for General Practitioners 1994.
10. Розенштраух.Л.С., Рыбаков.Н.И., Виннер.М.Г. Рентгено-диагностика заболеваний органов дыхания. 1987.
11. Bartter. T., Santarelli. R., Akers. S.M., Pratter. MR., The evaluation of pleural effusion. Chest, 106:1209-1214, 1994.
12. Heitzman. E.R., Raasch. B.N., Disease of the pleura. In: Graskin S.A.(ed). Heitzman's The Lung, 3rd ed. St luois, Mosby -Year book, 1993. pp. 575-614.
13. Klein. J.S., Schaltz. S., Heffner. J.E. Interventional radiology of the chest: Image guided percutaneous drainage of plueral effusions, Lung abscess, and pneumothorax AJR, 164: 581-585, 1995.
14. Light. R.W. Pleural Diseases, 3rd ed. Baltimore, Williams and Wilkins, 1995.
15. Дуглас. С., Кац, Кейвен. Р., Мас. Стюарт., А. Гроскин. 2003 Секреты рентгенологии.

ХҮНСНИЙ ХАРШЛЫН ШАЛТГААНЫГ СУДАЛСАН НЬ:

Р.Оюунгэрэл /УКТЭ/

Үндэслэл: Харшил гэдэг нь аливаа гадна дотнын биетүүдэд бие махбодиос хариу урвал үзүүлэхэд үүссэн хэт цочрол урвалыг хэлдэг. Эрүүл хүнд биеийн урвалын чанар нь биеийг аливаа хүчин зүйлээс хамгаалах түүнд дасан зохицоход чиглэгдэж байдаг. Харшил өвчин эмгэгийн үед биеийн хамгаалах урвал өөрчлөгдөж ердийн бодис ч мэдрэг болдог онцлогтой.

Харшил өвчний талаар эрт дээр үеэс судлаж анагаах ухааны практикт оношлож, эмчлэх, урьдчилан сэргийлэх талаар арга хэмжээ авч ажилласаар ирсэн. Харшлын эмгэгийн олон төрлийн өвчин байдгийн нэг нь хоол хүнсний харшилт өвчин юм. Хүн амьдралын өдөр тутмын байнгын зайлшгүй хэрэгцээт зүйлээ хүнсээр дамжуулан авч эрүүл аж төрөх нөхцөлөө бүрдүүлдэг. Хүнсний харшлын эмгэг сүүлийн жилүүдэд тархалт ихтэй байгаа талаар судлаачид тэмдэглэсэн байна. Хоол тэжээл бие махбодид исэлдэн задрах явцад химийн маш олон урвалын үрдүнд биологийн хурдасгуур болох ферментүүд үүсдэг. Хоол боловсруулах эрхтний физиологийн үйл ажиллагааны алдагдал өсөлт хөгжлийн гаж нөлөө ферментийн дутагдал зэрэг нь хоолны харшил үүсэхэд нөлөөлдөг. Мөн хоол боловсруулах замд антиген антитель нь бэхлэгдсэнээс харшлын шинж тэмдгүүд илэрдэг. Эдгээрийг үндэслэн хүнсний харшилд нөлөөлөх хүчин зүйлийг судлав.

Хоолны харшлын эмнэл зүйн шинж тэмдэг нь 70% нь ходоод гэдэсний замаар, арьсны хэлбэр 13%, мэдрэлийн системийн эмгэгээр 12%, 8% амьсгалын замын эмгэгээр илэрч байна. АНУ-д самар, хушганы, Испанид өндөг, Европ-д сүү, загас зэрэг нь харшил төрүүлж байгааг тогтоожээ.

Сүүлийн жилүүдэд манай оронд хоол хүнсний төрөл олширч, хүнсний нэмэлт бүтээгдэхүүн, хүнсний будагч бодис, хоолны амтлагч, лаазалсан бүтээгдэхүүнийг ихээр хэрэглэх болсон нь хүнсний харшил нэмэгдэх шалтгаан болж байна.

Манай оронд харшил өвчний тархал зүйн судалгааг авч үзэхэд хүнсний харшлын тархалт зонхилох байрыг эзэлж байна. Иймд хүнсний харшлын талаар судалгаа шинжилгээний ажил зайлшгүй хийх шаардлагатай байгааг харуулж байна.

Зорилго:

1. Хүнсний харшлыг үүсгэж байгаа шалтгааныг тодорхойлох.
2. Хүнсний харшил үүсэхэд хоол боловсруулах эрхтний эмгэгийн нөлөөг судлах.

Судалгааны зорилго: Судалгааг УКТЭ-т Харшил судлалын кабинетаар 2004 онд үзүүлсэн хүмүүсээс хүнсний харшилтай 85 хүнд хүнсний аллергенээр арьс хатгах сорил хийж хүнсний харшлыг зонхилон үүсгэж байгаа шалтгааныг тодорхойлов. Арьс хатгах сорилыг 12 төрлийн аллергенээр сорил тавив.

Судалгааны үр дүн: Судалгаанд амбулаториор үзүүлсэн өвчтнөөс харшилтай байж болох 85 хүнийг хамруулж арьс хатгах сорил хийсэн бөгөөд 51 (60%) эмэгтэй 35 (40%) нь эрэгтэй эзлэж байв.

Сорил тавиулсан хүмүүсээс 18 хүн (21.1%) өндөг, 12 хүн (14.1%) жүрж, 16 хүн (18.8%) алим, 9 хүн (10.5%) хар перец, 8 хүн (9.4%) сүү, 7 хүн (8.2%) улаан буудайн гурил, 5 хүн (5.8%) загасны мах, 10 хүн (11.7%) амтлагчид тус тус мэдрэгшсэн байна. (Хүснэгт №1)

Хүнсний аллергенд мэдрэгшсэн байдал

Хүснэгт №1.

№	Аллерген	Хувь	№	Аллерген	Хувь
1	Өндөг	21.1	7	Загасны мах	5.8
2	Жүрж	14.1	8	Амтлагч	3.9
3	Алим	18.8	9	Хонины мах	-
4	Хар перец	10.5	10	Сонгино	3.9
5	Сүү	9.4	11	Сармис	3.9
6	Улаан буудай	8.2	12	Банан	0.4

Хүнсний сорилд эерэг гарсан 85 хүний 25.8% (22 хүн) зөвхөн нэг аллергенд, 43 хүн (50.5%) 2 ба түүнээс дээш аллергенд мэдрэгшсэн байв.

Судалгаанд хамрагдсан хүмүүсийг асуумжаар судлахад 48% ходоодны архаг үрэвсэлтэй, 12% нь бага наснаас диатезтэй, 19% нь цөсний архаг үрэвсэл, 8% удамшлын өгүүллэгтэй, 3% хялгасан хорхойн эмгэгтэй, 10% ургамлын тоосны суурь өвчинтэй байв.

Дүгнэлт:

1. Хүнсний харшлыг өндөг, ундаа, алим жимс, хар перец амтлагч сүүн бүтээгдэхүүн зонхилон үүсгэж байгаа нь судалгаанаас харагдаж байна.
2. Хоол хүнсэндээ хэт цочроогч бодисууд, амтлагч, гашуун исгэлэн ундаа, удаан хадгалсан хүнсний бүтээгдэхүүн зэргийг хэрэглэхгүй байх.
3. Хүнсний харшил үүсэхэд хоол боловсруулах эрхтний эмгэг илүүтэй нөлөөлж байгаа шалтгааныг өвчний эмнэл зүйтэй уялдуулан эмчлэхэд анхаарах.
4. Харшлын эмзэгшилтэй хүмүүст урьдчилан сэргийлэх болон дархлаажуулах эмчилгээг хяналттай хийх, эрүүл ахуйн шаардлага хангасан хүнсний бүтээгдэхүүн хэрэглэж, зөв хооллож сурах нь хүнсний харшлын өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх ач холбогдолтой.

**АХИМАГ БОЛОН ӨНДӨР НАСТАНД
ТОХИОЛДОХ ЦӨСНИЙ ХҮҮДИЙН ЦОЧМОГ
ҮРЭВСЭЛ**

Б.Төмөрбаатар (УКТЭ)

Цөсний хүүдийн цочмог үрэвсэл нь орчин үед яаралтай мэс заслын практикт бүрэн шийдэгдээгүй асуудал хэвээр байгаа ба ялангуяа ахимаг болон өндөр настай өвчтөнд мэс заслын эмчилгээг нэг мөр болгох асуудал хурцаар тавигдаж байна.

Залуу насанд цөсний хүүдийн үрэвсэл нь ихэвчлэн эмэгтэйчүүдэд тохиолдож байхад настай хүмүүст эрэгтэйчүүд харьцангуй олон өвчилсөн байна. Ерөнхий мэс заслын тасагт эмчлүүлэгчдийн дотор цөсний хүүдийн цочмог үрэвсэл 20-25% эзэлж байна. Хагалгааны дараах үхлийн хэмжээ эмнэлэгийн янз бүрийн байгууллагад 2-12% байна. Энэ тоо хурц өвдөж

хагалгаа хийсэн тохиолдолд 14-15%, ахимаг насны хүмүүст 20% -д хүрч байна. Яаралтай мэс заслын дараах үхэл 80-аас дээш насанд 40-50% байгаа нь энэ насны хүмүүст эрсдэл ихтэй байгааг харуулж байна.

Шалтгаан, эмгэг жам

Цөсний хүүдийн цочмог үрэвсэл үүсэх гол хүчин зүйлүүдэд бодисын солилцооны хямрал, цөсний зогсонгишил, бичил биеийн халдвар орж байна. Цөсний хүүдийд халдвар орох замууд нь өгсөх замаар (дээрх гэдэсний хөндийгөөс цус болон тунгалагын замаар) халдварладаг ажээ.

Өөх тосны солилцооны хямрал болоход цөсний хүүдийн шимэгдүүлэх үүрэг алдагдаж цөсний найрлага өөрчлөгдөн чулуу үүсэх нөхцлийг бүрдүүлдэг. Дээрхтэй төстэй тохиолдол өндөр настангуудад олон тохиолдох нь тэдэнд цөсний хүүдийн үрэвсэл ихсэж байгаагаар тайлбарлагдаж байна. Цөсний хүүдийн цочмог үрэвсэлийн үед хоол боловсруулах, зүрх судасны болон бусад эрхтэн системийн өвчин хавсарч тохиолдох нь олонтой байдаг.

Цөсний урсгал хямрах шалтгаан олон бөгөөд цөсний хүүдийн хүзүү орчмын болон хүзүүний төрөлхийн нугаларал, цөсний хүүдийн агшилтыг зохицуулах мэдрэлийн үйл ажиллагааны хямралаас цөсний хүүдий сунах зэрэг болно. Цөсний хүүдийн үрэвсэл нь нойр булчирхайн цочмог үрэвслийн үед Фатерын хөхлөгөөр цөсний замд нойр булчирхайн идэвхижсэн фермент орж (рефлюкс) цочмог үрэвсэл үүсэх нэг шалтгаан болдог. Цөсний хүүдийн булчин чулууны хөдөлгөөнөөс цочирч үе үе агшилт өгч өвдөлт өгнө.

Цөсний хүүдийн чулуугүй үрэвсэл нь яаралтай мэс засалд 2-3% -иас илүүгүй тохиолдох ба энэ нь настангуудад судасны ханын тархмал хатуурал, чихэр шижин болон бусад өвчний улмаас цөсний хүүдийн цусан хангамж муудсанаас үүсэж болно. Цөсний ерөнхий цоргоны бүрэн хагас бөглөрөл нь цөсний ерөнхий сувагны чулуу, Фатерев хөхлөгийн нарийсал, цөсний ерөнхий цорго сорвижин нарийсах, нойр булчирхайн үрэвслээс болж үүсэх ба механик шарлалт хамт дагалдаж байх нь цөсний хүүдийн хүндэрсэн цочмог үрэвслийн тодорхой шинж тэмдэг мөн юм.

Шинж тэмдэг.

Элгээр хатгуулах нь зохимжгүй хоол унд хэрэглэх, биеийн хүчний ба сэтгэл санааны хямралаас болно. Цөсний цочмог өвдөлтийн үед баруун сүврэгдэс доогуур хүчтэй өвдөх, өвдөлт нь баруун гар, мөр рүү дамжих, ар тийш нэвт хатгуулж өвдөх шинж өгнө. Өвдөлт нь гүнзгий амьсгал авахад ихсэж огиж бөөлжихөд засал авахгүй, заримдаа халуурч болно. Өвдөлт хэдэн өдрөөс 1-2 долоо хоног үргэлжилж болно. Өвдөлтийн хүч нь заримдаа саарч, үе үе ихсэж болно. Олонхи өвчтөнд дотор муухайрч бөөлжинө. Бөөлжис нь эхлээд идсэн хоол дараа нь цөстэй холилдож, эцэст нь дан цөс болдог.

Халуурах нь бага байж байгаад ихсэж болно. Ерөнхий шинж тэмдэгт бие суларч муудна. Баруун хавирганы нум доогуур тэмтэрч үзэхэд цөсний хүүдийн ёроол орчимд эмзэглэл их, тэр хэсэгтээ булчин чангарсан, Мерфи Кера, Мюссээгийн шинж тэмдэг илрэх ба заримдаа Ортнер, Василенкогийн шинж илэрдэг. 15%-д нь цөсний хүүдий тэмтрэгдэнэ. Настай хүмүүст клиник шинж тэмдэг ба морфолог өөрчлөлт нь тохирохгүй, үрэвслийн эхний үед цөсний уут шууд идээлж үхжих, хэвлийн хөндийн идээт хүндрэл үүссэн байдаг. Нилээд тохиолдолд баруун хавирганы нум доогуур цөсний хүүдий хавийн нэвчдэс тэмтрэгдэнэ. Клиник илрэл нь бүдэг байсан ч цөсний хүүдий үхжих, деструкц өөрчлөлт өгч хэвлийн гялтангийн үрэвсэл үүссэн байх нь хагалгааны явцад цөөн бус ажиглагдаж байдаг.

Зарим үед цөсний ерөнхий цоргоны чулуу нь цөсний ерөнхий цоргыг бөглөж удаан хугацаагаар шарлалт өгөхөөс гадна дээрх гэдэс рүү орж болдог.

Оношлогоо

Цөсний хүүдийн цочмог үрэвсэл нь хэвлийн хөндийн зарим цочмог өвчнүүдтэй төстэй шинж тэмдэг өгч болно. Үүнд : Цочмог олгойтос, нойр булчирхайн цочмог үрэвсэл, ходоод гэдэсний шархлаа цоорох, бөөрний цочмог болон чулуут үрэвсэл зэрэг болно. Иймд хамгийн үр дүнтэй, орчин үеийн оношлогооны аргууд хэрэглэж оношлох хэрэгтэй.

Цөсний уутанд чулуутай эсэх, цөсний хүүдийн хананы байдал, орчиндоо идээлсэн бугласан байдлыг ЭХО-д харж зураг авч мэдээд яаралтай мэс заслын эмчилгээ хийх эсэхийг

шийднэ. Цөсний хүүдий цочмогоор өвдсөн үед цөсний хүүдийн хана нь зузаарч, хүүдий томорч хүзүү хэсэгт суусан чулуу нь олон байрлалд оруулж хархад хөдлөхгүй болсон байна. Үрэвслийн шинж тэмдэг нь ЭХО-д : - элэг 12 хуруу гэдэсний холбоос ба цөсний уутны хэлбэр муу харагдах.

- Цөсний хүүдий орчим эхо ойлт ихэссэн
- Цөсний хүүдийн хананы цусан хангамж муудах, үгүй болсон байх. (хананы зузаан 4 мм-ээс дээш)
- Бөглөрсөн цөсний хүүдийн шинж тэмдэг гарна. (Хүүдийн өргөн 35 мм-ээс дээш).
- Цөсний ерөнхий цоргоны байдал, чулууг харж болох ба цөсний замыг 12 хуруу гэдэс талаас тодотгогч бодистой дурандаж рентген зураг авах, хэвлийн гялтангийн үрэвсэлтэй үед хэвлийг дурандаж онош батлаад яаралтай хагалгааны асуудлыг шийднэ. Хэвлийг рентгенд харах, цусны ерөнхий шинжилгээ, биохимийн шинжилгээний өөрчлөлтүүдийг цэгнэн үзээд эмчилгээний хэлбэрийг сонгоно. Биохимийн шинжилгээ нь цөсний хүүдийн хүндэрсэн цочмог үрэвсэл, шинж тэмдэг нь бүдэг үрэвсэл, шарлалтыг ялган онбшлоход чухал ач холбогдолтой.

Эмчилгээ

Цөсний хүүдийн цочмог үрэвсэлтэй хүмүүсийн тал хувь нь эмийн эмчилгээ хийж онош бүрэн батлагдсаны дараа төлөвлөгөөт журмаар мэс заслын эмчилгээ хийнэ. Хэвлийн гялтангийн түгээмэл үрэвсэлээр хүндэрсэн, онош батлагдсан тохиолдолд өдөр, шөнийн аль ч үед эхний 1-2 цагийн дотор мэс заслын эмчилгээг хийнэ. Эмийн эмчилгээг дараах схемээр хийж байна.

- Хэвтрийн дэглэм
- Хүйтэн жин
- Унд хоолыг хязгаарлах
- Антибиотик, гялгар булчингийн агшил сулруулах, өвчин намдаах:
- баралгин, аналгин
- Хордлого тайлах
- Дагалдах хавсарсан өвчнүүдийг эмчлэх.

Ихэнх мэс засалчид одоог хүртэл өвчтөний нас, өвчлөлийн хугацаа, зэргийг баримжаалан харгалзаж энгийн бөгөөд бодитойгоор эмчилгээний хэлбэрийг сонгодог нь мэс заслын идэвхтэй эмчилгээг оройтуулдаг байжээ.

Өндөр настай, амьдралын чухал эрхтнүүдийн хавсарсан өвчтэй хүмүүст хагалгааны эрсдэл өндөр байхад цөсний хүүдийн хананы нэвт үхжил болоогүй (бүх давхарга) үед цөсний хүүдийн дотор даралтыг багасгах зорилгоор хэвлийг дурандах болон эхо хяналтын доор цөсний хүүдийд гуурс тавих нь эмчилгээний үр дүн сайтай. Энэ нь өвдөлт багасгах, халуун буух, цусны цагаан цогцос буурах, цөсний хүүдий агшиж эхлэх зэрэг үр нөлөө үзүүлнэ.

Одоо үед ихэнхдээ мэс заслын эмчилгээ хийж цөсний уутыг мэс заслын аргаар авч байна. Сүүлийн үед дурангийн мэс засал өргөн дэлгэрч цөсний хүүдийг авах нь төлөвлөгөөт мэс заслын 90%-ийг дурангаар хийх болсон нь өвчтөнд хөнгөн хөдөлмөрийн чадвар хурдан сэргэдэг (7-14 хоног). Дурангийн хагалгааны эсрэг заалт улам бүр багассаар байгаа бөгөөд ерөнхий эсрэг заалтууд болох амьсгал зүрх судасны хүнд эмгэгүүд, цусны бүлэгнэлтийн эмгэг, хэвлийн хананы үрэвсэлт болон халдварт өвчин, хэвлийн гялтангийн үрэвсэл, нөгөө талаас хэсгийн эсрэг заалтанд 3-4 хоног өвдсөн цөсний хүүдийн хурц үрэвсэл, механик шарлалт, цөсний хүүдийн хавдар, нойр булчирхайн хурц үрэвсэл, хэвлийн хөндийн наалдац, цөсний хананы шохойжилт зэрэг орж байна.

Дурангийн аргаар цөсний хүүдийг авахад хагалгааны дараах эмчилгээний хугацаа 2-7 хоногоор багасаж байна. Хагалгааны дараа 5-р хоол өгнө. Хагалгааны өдөрт нь унд уух, суух, орон дээрээ эргэж хөрвөж болох ба дараагийн өдөр хооллож явж болно. Харин нээлттэй хагалгаа хийсэн үед 6-8 хоногт арьсны оёдолыг авах, өвчтөний биеийн байдлаас шалтгаалан 10-аас 15 дахь хоногоос эмнэлэгээс гаргаж болно. Дурангаар мэс засал хийсэн тохиолдолд оёдол авах явдалгүй, эмнэлэгээс 2-4 дэхь өдөрт гаргаж болно.

**ПЛЕФЛЕБИТЫН ЭЛЭГНИЙ БУГЛААНЫ
ЭМЧИЛГЭЭНИЙ АСУУДАЛ***Б.Төмөрбаатар /УКТЭ/*

Элэгний буглаа, элэг цөсний өвчин, хэвлийн зарим эрхтэн, тухайлбал хос бус эрхтэний үрэвсэлт өвчний хүндрэл болж тохиолдох тул хоёрдогч өвчин, хүндрэл гэж тооцогддог. Үхэжсэн өөрчлөлт бүхий хурц олгойн үед нян чацархайн үүдэн венийг дамжин элгэнд тогтон буглаа үүсэхийг пилефлебетын буглаа гэдэг. Энэ хүндрэл нь олгойн хүндэрлийн дотор хамгийн ховор, хүнд хэлбэрийн хүндрэлд орох ба энэ тухай хэвлэлд тэр болгон бичигдэдэггүй эмчилгээний асуудал үр дүн муутай нас баралт өндөртэй ажээ.

В.К. Островский, Д.Ё. Жетимкаринов, Е. Д. Жетимкаринов (2002), И.М. Матяшин, Ю.В. Балтайтис нар (1974) В. И. Шуваева Л. Д. Мехаватов (1971) нарын судлаачдын тэмдэглэснээр пилефлебетын гаралтай элэг буглах явдал тун ховор ажээ. УКТЭ-ийн МЗ-ын II тасагт сүүлийн 3 жилд элэгний пилефлебетын буглаатай өвчтөн 3 хүн эмчлүүлснээс нэг өвчтөний нь эмчилж эдгэрүүлж чадсанаа толилуулая.

Өвчтөн Г. 30 настай эмэгтэй, УКТЭ-ийн МЗ-ын II тасагт, Хөвсгөл аймгийн нэгдсэн эмнэлгээс 2002-12-4-нд шилжин ирж хэвтсэн. ИС№ 15018 энд ирэхээс өмнө Хөвсгөл аймгийн нэгдсэн эмнэлэгт XI/7-нд мухар олгойн хурц үрэвслийн хагалгаа хийгджээ. Олгой нь үхжиж цоорсон хэсгийн гялтангийн идээт үрэвсэлтэй байсан. Мухар олгойг хэсгийн мэдээ алдуулалтаар Волкович-Дячкиновын зүслэгээр авч хэвлийг цэвэрлэж гуурс тавьсан. Хагалгааны дараа 3 дахь хоногоос 10 хоногийн турш 38-40° хүртэл халуурч антибиотик, шинж тэмдгийн эмчилгээ хийгдэн биеийн байдал сайжран халуун буурч шарх эдгэрч гуурс авагдаж ЭХО-д хэвлийг харж эмнэлгээс гаргасан. Гаргасан 3-4 хоноод дахин халуурч эмнэлэгт үзүүлээд хагалгааны дараах хэвлийн хөндий, гэдэс завсрын буглаа гэсэн оношоор тус эмнэлэгт ирж хэвтсэн. Ирэх үед өндөр халуунтай ам хатна, гэдэс дүүрнэ, хэвлий царайна, зүрхний авиа тод жигд хурдан 1'-д 96 удаа лугшина. КД=80/60 ЭХО-д харахад элэг дэлүү томорсон стриктур жигд биш, цөсний хүүдийн хана зузаан чулуугүй хэвлийд шингэн их байв. Эмч нарын хамтарсан үзлэгээр хэвлийн буглаа оношоор яаралтай журмаар 2002-12-6-нд ЕМА-тай хэвлийн голын дунд шугамаар нээж шалгахад хэвлийд тунгалаг шаравтар шингэн 1.5л байсан. Элэг том улбагар хатуурлын шинжтэй элэгний хальсан доор олон тооны цайвар шар толбонуудтай зүсэж үзэхэд идээ гарахгүй дэлүү улбагар зөөлөн томорсон элэг дээрхи гэдэсний холбоос нэвчдэс ихтэй их сэмжний венүүд өргөссөн, сэмж хэвлийн баруун хажуу, олгой авсан хэсэгт наалдсаныг салгав.

Элэгний шар толбоноос биопси авахад хүйсний венийг сэтгүүрдэхэд өмхий үнэртэй ногоон идээ гарсан учир ходоодны их махны венийн судсанд (катетор) гуурс тавьсан хагалгааны дараах Онош: Олгойн хагалгааны дараах пилефлебит, элэгний олон буглаа, цусан үжил, элэгний хатуурал, элэгний архаг дутагдал идээт хордлого. Гистологи шинжилгээ: № 6427 цусан үжлийн микро буглаа гэж батлагдсан.

Хагалгааны дараа эрчимт эмчилгээнд эмчлэгдэж түр засрал авсан боловч, хэвлийн дээд хэсгээр өвдөх, гэдэс дүүрэх зэрэг зовиур арилаагүй.

XII/19-нд ЭХО-д хархад элэгний VII сегментэд 2.2см хэмжээтэй хэлбэржээгүй буглаа үүссэн байсан. 3 дахин ЭХО-д харахад буглаа эхний байдалтай байсан. Зовиур шаналгаа нэмэгдээд байсан учир давтан хагалгаа хийж элэгний буглааг нээх, цөсний замд гуурс тавих түүгээр антибиотик эмчилгээ хийх зорилгоор 1/6-нд давтан хагалгаа хийж элэгний буглааг олоогүй.

Цөсний замд нягт наалдацын улмаас гуурс тавьж чадаагүй элгэн дээгүүр гуурс тавих мэс засал хийгдэв. Хэвлийд асцитын шингэн байв. 1/14, 24-д ЭХО-д хархад элэгний VII, VIII сегментэд 2.9x4.0, 0.5x3.3, 3.7x3.5 см ЭХО холимог үүсгэвэртэй хэвлийд сул шингэнтэй байсан. Нэгэнт буглаа хэлбэржсэн учир I/29-нд 3 дахь хагалгааг хэвлийн баруун сүврэгээс доогуур зүслэг хийж хэвлийг нээж буглаануудыг нээхэд олон тийш салбарласан хөндийдэй байсан. Хөндийг угааж цэвэрлэж дотор нь антибиотик хийж, давтан хийх зорилгоор нарийн гуурс үлдээж, баруун өрцөн доор гуурс тавих мэс засал хийв. Хагалгааны дараа антибиотик, хордлого тайлах, дархлаа сайжруулах, цус плазм юүлэх зэрэг эрчимт эмчилгээ хийгдэж халуунгүй болсон гуурсыг II/10-нд авч II/11 -нд ЭХО-д харахад хурсан зүйлгүй хөндий жижгэрсэн байсан учир II/12-нд эмнэлгээс гаргасан.

2 сарын дараа ЭХО-д давтан харахад ямар нэг эмгэг илрээгүй манай ажиглалтын байдлаас дүгнэлт хийхэд:

1. Пилефлебитад хүндрэх нь мухар олгойн үхжилт хэлбэрийн үед тохиолдож байна.
2. Ховор тохиолдож, үхэлийн хувь өндөр байна.
3. Пилефлебит хүндэрлийн улмаас элгэнд буглаа үүсэж буглаа нь 30-40 хоногт хэлбэржиж байгаа нь ажиглагдаж байна.
4. Элэг рүү очих аль нэг судас, цэсний цорго хүйсний венид гуурс байрлуулж, түүгээр өргөн хүрээтэй антибиотик хийхийг хавсарсан эмчилгээний нэг үндсэн хэсэг гэж үзэж байна.

Ном зүй:

1. Вестник хир 2002 №6 стр 83-84
2. Хирургии 199- №4. стр. 72-74
3. П. Долгор, Б. Гоош: Мэс заслын зарим өвчний оношлогоо, эмчилгээ 1995. стр. 37-38, 67-81
4. Матяшин И.М. Балтантис Ю.В. осложнения аппендектомии - Киев здоровы 1974. стр 125-132
5. Шуваев В.И. Шехватов Л.Д. Диагностика и лечение абсцесс печени Вест хир 1997. №3. стр 22-24.

ЦЭС ЧУЛУУЖИХ ӨВЧИН /ХОЛЕЛИТИАЗ/-ИЙН ХӨДЛӨЛ ЗҮЙ

Н.Туул, О.Баярмаа, Б.Ууганбаяр, Ц.Мөнхцэцэг /УКТЭ/

Судалгааны үндэслэл:

Цэс чулуужих өвчин нь дэлхийд түгээмэл тархсан эмгэгийн нэг бөгөөд ялангуяа америк, европын амьдралын түвшин дээгүүр орны хүн амын дунд элбэг тохиолддог.

Эдгээр оронд холецистозектоми хэвлийн хагалгаа дийлэнх хувийг эзэлдэг байна. (1) Насны хувьд 40-69 насанд хамгийн элбэг тохиолдолтой байдаг байна. (1)

Хүйсний хувьд эмэгтэй: эрэгтэй харьцаа 3-4,1 буюу эмэгтэйчүүд эрэгтэйчүүдээс илүү өвчилдөг, үүнийг жирэмслэлт, өндөгвчний дааврын үйл ажиллагааны циклийн өөрчлөлтөөс, бодисын солилцоо ялангуяа липидхолестеренины солилцоо өөрчлөгдөгөөр тайлбарлагддаг. (2)

Нөлөөлөх хүчин зүйлүүдэд хөдөлгөөний хомсдолтой, хоолны дэглэм баримтладаггүй, дотоод шүүрлийн эмгэг /чихрийн шижин, мексидем, таргалалт/ гиперхолестинеми, гиперлипидеми-тэй хүмүүст зонхилон тохиолддог. Түүнчлэн удамшлын шалтгаант ферментийн дутагдлаас элэгний эсээс цэсний хүчил, фосфолифид ялгаралт өөрчлөгдөж цэс чулуужих нь цөөнгүй. (2)

Судалгаагаар 20-45 насны эмэгтэйчүүдийн 70-75% жирэмсэлтээс сэргийлэх дааврын бэлдмэл хэрэглэснээс цэс чулуужих өвчин үүссэн байна. Сүүлийн жилүүдэд Ази, Африк, Япон зэрэг орнуудад өвчлөл өсөж байна. (3)

Практикаас ажиглахад манай оронд цэс чулуужих өвчний өвчлөл сүүлийн жилүүдэд ихсэж, холецистозектомийн тоо өсөж буй тул энэхүү судалгааг хийлээ.

Судалгааны зорилго:

УКТЭ-ийн гастроэнтерологийн клиникт сүүлийн 10 жилд хэвтэн эмчлүүлэгсэд дунд цэс чулуужих өвчний хөдлөл зүйг судлах.

Судалгааны зорилт:

1. Цэс чулуужих өвчний өвчлөлийг тогтоох
2. Цэс чулуужих өвчин үүсэхэд зонхилон нөлөөлөх хүчин зүйлүүдийг тодорхойлох

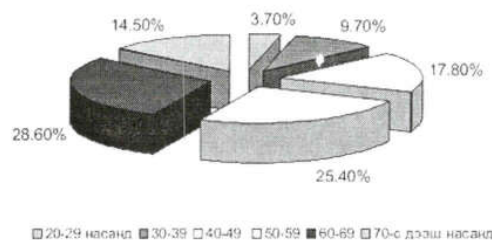
Судалгааны материал арга зүй:

УКТЭ-ийн ХБЭСК-т 1994-2003 он хүртлэх 10 жилийн хугацаанд эмчлүүлэгсдийн 872 өвчний түүхээс санамсаргүй түүвэрлэх аргаар судалгааг хийлээ.

Тус клиникт дээрх хугацанд нийт цэс чулуужих эмгэгтэй 185 өвчтөн эмчлүүлжээ.

ЭРДМИЙН БИЧИГ-IV

Эдгээр өвчнүүдэд цес чулуужих эмгэг үүсэхэд нөлөөлсөн хүчин зүйлүүдийг авч үзэв.



Насны бүтцээр

График №1

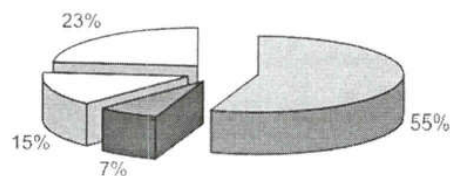
20-29 насанд	7 тохиолдол	буюу	3,7%
30-39 насанд	18 тохиолдол	буюу	9,7%
40-49 насанд	33 тохиолдол	буюу	17,8%
50-59 насанд	47 тохиолдол	буюу	25,4%
60-69 насанд	53 тохиолдол	буюу	28,6%
70-с дээш насанд	27 тохиолдол	буюу	14,5%

Судалгаагаар 40-69 насанд хамгийн их тохиолдолтой байна.

Хүйсний байдлаар: эмэгтэйчүүд 121 /65,4%/, эрэгтэйчүүд 64 /34,5%/, эрэгтэй эмэгтэй 2:1 харьцаатай буюу эмэгтэйчүүд 2 дахин илүү өвчилсөн нь бусад орны статистик үзүүлэлтэй дүйж байна.

Хөдөлмөр эрхлэлтийн байдлаар:

График №2



Суугаа хөдөлмөр эрхлэгчид 55%, Гэрийн ажилтай 23%, Зогсоо хөдөлмөр эрхлэгчид 15%, Малчин 7%

Суугаа буюу хөдөлгөөний хомсдолтой хөдөлмөр эрхлэгчид 102 /55%/, тэтгэвэртэй, гэрийн ажилтай 43 /23,2%/, зогсоо хөдөлмөр эрхлэгч 27 /14,5%/, малчин 13 /7%/-г эзэлж багаа бөгөөд зогсоо хөдөлмөр эрхлэгчдийн ихэнх нь тогооч, худалдагч зэрэг мэргэжлийн хүмүүс байлаа.

Биеийн жингээр: тарган 31 /16,7%/, дунд зэрэг 100 /54%/, туранхай хүмүүст 54 /29,1%/-г тохиолдсон байна. Хөгжилтэй орны хүн амын жинтэй харьцуулахад монгол хүн амын дунд цес чулуужих эмгэг тарган хүмүүст цөөн тохиолдсон байгаа боловч сүүлийн жилүүдэд илүүдэл жинтэй хүмүүс, ялангуяа залуучуудын тоо өсч байгаа билээ

Цес чулуужих өвчин бусад эрхтэнд нөлөөлсөн: График №3



Үүнд: элэгний үрэвсэл 55 /29,7%/, нойр булчирхайн үрэвсэл 39 /21%/, элэгний эмгэг цөс чулуужих өвчин хавсарсан 18 /9,7%/, уян дурангийн шинжилгээгээр цөсний сөргөө 17 /9,1%/, өнгөц үрэвсэл 33 /17,8%/, улайлт үрэвсэл 6 3,2%/, илэрсэн байна.

Эдгээр эмгэгтэй өвчтнүүдийн шинжилгээнд элэгний эсийн зардал 38 /20,5%/, цөс зогсонгшил 14 /7,5%/, мезихими эдийн үрэвсэл 23 /12,4%/, амилаза ферментийн идэвхжил ихсэх 5 /2,7%/, зэрэг хам шинжүүд илэрсэн.

Чулууны байрлал: 178 тохиолдол буюу 96,2% нь цөсний хүүдийдээ, 7 буюу 3,7% нь хүзүүвч хэсэгт байрласан чулуу байна.

Чулууны хэмжээгээр: том, цөөн 78 /42,1%/, жижиг олон 97 /52,4%/, холимог 10 /5,4%/, эзэлсэн байна.

Дүгнэлт:

1. Цөс чулуужих өвчин нь 40-69 насанд зонхилон тохиолдосноос гадна, залуу насанд 20-29 насныханд тохиолдож буй нь өвчлөл залуужиж буйг харуулав.
2. Хүйсний хувьд бусад орны судлаачдын адил эмэгтэйчүүд эрэгтэйчүүдээс 2:1 харьцаатай давамгайл өвчилсөн байна.
3. Нөлөөлөх хүчин зүйлүүдээс суугаа буюу хөдөгөөн багатай хөдөлмөр эрхлэгчид, хоолны дэглэм барьдаггүй хүмүүст зонхилон тохиолдож, нийтээр зэвшөөрөгдсөн нөлөөлөх хүчин зүйлүүдтэй дүйж байгаа боловч, биеийн жингийн хувьд дунд зэргийн жинтэй хүмүүст илүү тохиолдолтой буй нь манай орны хувьд бусад хөгжилтэй орны хүн амаас таргалалт харьцангуй цөөнтэй холбоотой боловч, сүүлийн жилүүдэд ялангуяа залуучуудын дунд таргалалт ихсэж байгааг анхаарах нь зүйтэй.
4. Цөс чулуужих өвчний улмаас элэг үрэвссэн 29,7%, нойр булчирхай үрэвссэн 21% буй нь гастроэнтерологийн клиник эмчлүүлэх шалтаг болжээ.
5. Чулууны байрлалаар 96,2% ихэнх нь цөсний хүүдийд байрласан байв.

Conclusion:

1. The gall stone disease is common among the patients with 60-69 ages but the revealing in the young patients is 20-29 showing to pay attention to it.
2. By sex a female is predominated. 2:1
3. Gall stone disease is common among the patients who has sedentary life, no go on diet and female has proved the influential factors but is common in the patients with normal body index.
4. The liver and pancreatic pathology caused by gall stone has become the cause of treating the patients at the gastroenterological department.
5. The most of stone 96.2% is placed in the gall bladder.

Ном зүй:

1. Sleisenger & Fordtran Gastrointestinal and liver disease 6 th edition volume 1, pp. 949-969
2. Валентин Коларски Болести на жлъчните пътища стр. 62-110
3. И.П.Гришин Холецистэктомия стр. 65-69

УЛААН ДАРС БА ТАНЫ ЗҮРХ

Б. Батболд /УКТЭ/

Зүрхний өвчинтэй тэмцэхэд улаан дарс уух хэрэгтэй талаар нилээд сурталчилдаг болжээ. Энэ сурталчилгаанд анагаах ухааны үндэс байна уу, үнэнд хир нийцтэй вэ? Бага зэргээр алкоголь (спирт агуулсан бүх төрлийн ундаа орно) хэрэглэх нь судасны хананд судас хатууруулагч үрэвсэл, өөх тос хуримтлах улмаар зүрхний титэм судас болон бусад бүх судсанд хатуурал (атеросклероз) үүсэхийг багасгах нөлөөлөлтөй. Титэм судсанд судас хатуурлын шархлаа, жижиг өнгөрүүд үүссэнээс түүн дээр цусны бүлэн сууж улмаар шархлан цаашид сорви үүсгэж хатуурснаас болж судас нарийсч цусны урсгалд саад болж цаашид задарч хагарч ч болно. Энэ өгүүлэлд анагаах ухааны судалгаануудад алкоголь судас хатууралд чухам ямар үр нөлөөтэй байдаг талаар бид нэгтгэн авч мэдээлэхийг зорьсон болно.

Хүн амд хийгдсэн судалгаа

Янз бүрийн үндэстэнгүүд дотроос өдөрт 1-2 удаа бага зэргийн алкоголь хэрэглэдэг хүмүүс нь харьцангуй урт насладаг байж болох мэдээлэл байна. Нэг удаагийн стандарт дундач хэрэглээ нь 1,5 oz=50гр ликиор, 5 oz=140гр дарс эсвэл 12 oz=340гр пиво гэж үздэг (1oz=28,35гр). Зүрх судасны өвчнөөр өвчлөх боломж өндөртэй дунд эргэм насны эрэгтэй болон эмэгтэйчүүдэд алкогольийг бага болон дунд зэрэг хэрэглэдэг хүмүүст ашигтай талтай байдаг. Ингэхлээр бага зэргээр алкоголь хэрэглэх нь зүрхний нийт өвчлөл дундачаар 30% орчим буурдаг байна. Энэ нь цаад утгаараа алкаголь судас хатуурал атеросклерозыг бууруулдаг гэж ойлгож болох юм. Хүн ам, олон нийтийг хамарсан 51 судалгааг нэгтгэн дүгнэж үзэхэд өдөрт 0-2 удаа алкоголь хэрэглэдэг хүмүүст титэм судасны өвчлөлөөр өвдөлт нь 20% орчим бага байна. Тэгэхдээ эрүүл хүмүүс болон зүрхний өвдөлт өгдөг, сахарын өвчтэй гэх мэт бүх хүмүүст үр нөлөөтэй байжээ. 38,000 эрүүл эрэгтэйчүүдийг хамарсан 12 жилийн судалгаагаар өдөрт 1-2 удаа буюу долоо хоногт 3-4 удаа бага зэрэг уудаг хүмүүст зүрх судасны өвчлөлөөр өвдөх нь 32% буурсан дүн гарчээ. Зүрх, тархийг тэжээж байгаа артерийн судас хагарах эсвэл нөж бүлэнд бөглөрөл дайрлага (инсульт) харвалт болно. Бага зэргээр алкоголь хэрэглэх юм бол дайрлагыг 20% хүртэл бууруулж болох бөгөөд улмаар дахин дайрлагаас сэргийлдэг байна.

Чухам улаан дарс сайн нь уу?

Алкоголь хэрэглэх нь нэрэлтийн ямарч хэлбэрээс гаргаж авсан байх алкогольүүд адил үр дүнтэй гэвч зарим судалгаанууд улаан дарс нь илүү сайн үр дүнтэй байдаг гэж үздэг. Улаан дарсыг тогтмол хэрэглэх нь “Франц парадокс” –г тайлбарлах гол шалтгаан болдог учир нь барууны орнууд дундаа Францчууд ханасан өөх тос нилээд ахиу хэрэглэдэг боловч түүнтэй нь харьцуулахад зүрхний титэм судасны өвчлөлт харьцангуй бага байдаг байна. Копенгагенд 12 жилийн турш эрэгтэй, эмэгтэй 13285 хүн хамруулан хийсэн судалгаагаар дарс огт уудаггүй хүмүүсээс бага зэрэг дарс уудагт нь зүрх судасны өвчлөл, тархины дайрлага 50% доогуур тохиолддогийг тогтоожээ. Пиво болон спиртийн бусад ундаа хэрэглэдэг хүмүүст энэ давуу тал ажиглагдаагүй байна. Улаан дарсны сайн болохыг баталсан 209,418 хүн хамрагдсан нийт 13 удаагын судалгаанд чухамхүү улаан дарс нь судас хатууралыг 32% бууруулж мөн пиво уудаг хүмүүсээс өвчлөлтийн эрсдэл 22% бага байжээ. Улаан дарсны ашигтай нөлөөлөл үгүй байгааг харуулсан судалгаанууд ч бас байна. Нийгмийн байдал амьдарлын хэлбэр хэвшил хооллолт болон хэрэглэлтийн онцлог зэргээс хамааран ашигтай үйлчилгээ нь янз бүр гарч болох нь ойлгомжтой билээ.

Улаан дарсан доторхи химийн бүтэц нь ашигтай нөлөөлөл үзүүлдэг ч байж болох талтай. Олон тооны шинжилгээ судалгаанд улаан дарсанд байдаг полифенолик нэгдэл болох флавуноид ба ресвератрол нь судас хатууралыг хазаарлан саатуулдаг байж болох юм гэж үзэцгээж байна.

Судас хатууралд улаан дарсны нөлөөлөл.

Улаан дарсанд агуулагдах этанолаос гадна полифенолик нэгдэл нь судас хатууралыг хазаарлан барихад идэвхитэй нөлөөлсөн байж болох юм. Судас хатуурал нь судас уян хатан байдлаа алдан сулран тэлэх чадваргүй болсоноор эхэлдэг. Судас хатууралын үндсэн шалтгаан болох тамхи татах, цусны даралт болон цусанд өөх тос өндөр байх, чихрийн шижин өвчин зэрэг нь судас хатууралыг ёстой гуядаад өгдөг. Улаан дарсны бүтэцд орших алкоголь болон полифенолик нэгдэл нь хоёулаа судсанд азотын ислийн (NO) нитрик оксидын үүсэлт ялгаруулалтыг нэмэгдүүлж улмаар тэр нь судсыг тэлэх сулруулах үйлчилгээ үзүүлдэг байна. Нитрик оксид нь мөн судасны дотор ханын гэмтлээс хамгаалдаг бөгөөд судасны хананд үрэвсэлийн эс идэвхижих болон цус бүлэгнэгч нөлөөлөлүүд идэвхижих судасны хананд шархлаа бүлэн үүсэхээс саатуулан хамгаалдаг үйлчилгээтэй.

Алкоголийг тогтмол бага зэргээр хэрэглэхэд гарах бас нэг ашигтай тал нь өндөр нягттай липопротеид буюу “сайн өөх тос”-ын хэмжээг нэмэгдүүлж өгдөг. Алкоголь агуулсан ундааг өдөрт 1-2 удаа багаар тогтмол хэрэглэх нь өндөр нягттай липопротеид буюу “сайн өөх тос”-ын хэмжээг 12% нэмэгдүүлдэг байна. Энэ нэмэгдсэн “сайн өөх тос” нь “муу өөх тос” буюу бага нягттай липопротеидыг судасны хананд суухаас хамгаалан түүнийг цуснаас зайлуулах үүрэгтэй байдаг. Улаан дарсанд агуулагддаг фенолик бүтэц нь исэлдэлтийн явцыг хориглодог (антиоксидант) үйлчлэлээрээ судсанд бүлэн сууж хатуурал үүсэлтийг саатуулдаг байна. Амьтан дээр хийгдсэн судалгаагаар дарсны исэлдэлтийн явцыг хориглодог үйлчилгээ нь судас хатууралын эхний үе шат болох судасны хана гэмтэн жижиг шарх гэмтэл судасны дотор хананд үүсэхээс сэргийлэн түүний

даамжралтыг зогсоодог байна. Мөн зарим судалгаагаар улаан дарс нь судас хатууралыг үүсгэн нэмэгдүүлэхэд зайлшгүй оролцон түлхэх өгдөг уурагууд үүсэх ялгаралыг саатуулдаг байна. Судас хатууралын сүүлчийн шат болох судсанд үүссэн шарх хатуурал сорвижилт нь судас хагаралтаар төгсдөг бөгөөд энэ нь цус харвах болон зүрх хаагдалтанд хүргэж болдог. Улаан дарсанд агуулагдан орших алкоголь болон полифенолик нэгдэл нь хоёулаа цусны бүлэн нөж үүсэлтийн багасгах нөлөөтэй бөгөөд улмаар хагарсан судасан дээр бүлэн нөж үүсэн тогтох явцыг сааруулж өгдөг байна.

Хундага улаан дарс хэрэглээд судас хатууралыг мартах уу ?

Хэдийгээр хангалттай хэмжээний судалгаа хүн болон амьтан дээр хийгдэн дэмжигдэж байгаа боловч судас хатууралаас сэргийлэхийн тулд дарс хэрэглэдэггүй хүнийг улаан дарс уу гэж зөвлөх бүрэн үндэслэл одоогоор үгүй байна. Алкоголийг хэтрүүлэн хэрэглэснээр зүрх судасны өвчин, жишээ нь зүрхний булчингийн судрал (кардиомиопати) цусны даралт ихсэх, хэм алдагдах зэрэг эмгэгүүд нилээд тохиолддог. Архийг хэтрүүлэн хэрэглэснээр элэгний хатуурал хавдар, нойр булчирхайн үрэвсэл, мэдрэлийн эмгэг өөрчлөлтүүд, аваар осол элбэг тохиолдох нь ойлгомжтой. Архинд дуртай донтой болон элэгний гэх зэрэг өвчний удамын хандлага түүхтэй байж болох хүмүүс аль болох архи дарснаас хол байх нь чухал. Нөгөөтөйгүүр нилээд эмнэлгийн нийгэмлэг байгуулгын үзэл бодол нь үнэндээ алкоголь бага хэмжээгээр хэрэглэх нь зүрх судасны өвчнөөс сэргийлэх сайн талтай гэж байгаа боловч алкогольн бага зэргийн хэрэглээ гэж хэдий хэмжээнд байхыг мөн яг тогтоож чадаагүй байна. Алкоголь бага зэрэг хэрэглэж болох талаар Америкийн зүрхний эмч нарын холбооны зөвлөмж нь эмч өвчтөн хоорондын маргаантай асуудалын нэг болоод байна. Архи хэт хэрэглэдэг хүмүүс аль болохоор хэрэглээгээ багасган архинд хамааралтай дуртай байдлаасаа салах чухал билээ. Архи хэрэглэдэггүй хүмүүст дарс ууж эхэлбэл зүрх судасны өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх үйлчлэгээтэй гэдгийг тамхи хаях, хөдөлгөөн сайн хийх, даралтаа сайн бууруулж хянаж байх, амьтаны өөх тос бага хэрэглэх зэрэг бусад урьдчилан сэргийлэх аргуудтай зүйрлүүлж зэрэгцүүлж болохгүй, тийм ч үгүй гэдгийг сайтар ойлгох ёстой. Судас хатуурлын шинж илэрсэн ч бай илрээгүй ч хувь хүн бүр өөр өөртөө тохирсон онцлогоо сайн анхаарч эмчтэй зөвлөж архи дарс хэрэглэж болохоор бол багаар хэрэглэх ёстой. Архи дарснаас авч болох ашигтай болон хортой үйлчлэл нь хүн бүрт янз бүр байдаг !!! Ингэхлээр өвчтөний эрүүл мэндийн төлөө дарс уухыг зөвлөхгүй харин бага зэрэг ялимгүй хэмжээнд эрүүл мэндийн утгаар ууж болох л юм гэмээр байна. “Европчуудад улаан дарс харин монголчуудад бол айраг байхаа”

АНАГААХ УХААН БА ЗАГВАРЧЛАА

Р.Амарбаясгалан, Ц.Түмэндэмбэрэл /УКТЭ/

Орчин үед шинжлэх ухаанд янз бүрийн үзэгдэл, зүй тогтолыг судлахдаа судалгааг хялбар болгох үүднээс объектуудынх нь ойлгомжтой болон түгээмэл нийтлэг шинжүүдийг нь онцгойлон цэгцэлж авч үздэг. Ихэнхи судалгааны объект дээр судалгаа явуулахад хэцүү ярвигтай эсвэл боломжгүй, хоорондох уялдаа холбоог тогтооход түвэгтэй байдаг учир бүх шинжлэх ухаанууд тодорхой буюу тодорхой бус хэлбэртэй загварын ойлголтыг гарган ирж онолын судалгааг хийдэг нь судалгааг цааш амжилттай үнэн зөв явуулах арга зам юм. Эдгээр загвараар дамжуулан юмс үзэгдлийн нарийн ярвигтай байдлыг хялбарчилан судалж, ерөнхий шинж ба ерөнхий зүй тогтолыг танин мэдэж уг системийн үнэн төрхийг тусган харуулдаг. Уг загваруудыг анхандаа кибернетик аргаар судалдаг байсан бөгөөд энэ загвар нь бодит үзэгдлийн шинж төрхийг яг нарийн бүрэн гаргаж ирдэггүй байжээ. Мөн эдгээр нь ямар аргачлалаар кибернетик системийг судалснаас шалтгаалдаг байна. Ихэнх шинжлэх ухааны онолын судалгаа нь байнга загварчлалаар явагдана. Кибернитекийн ойлголтоор загвар зохионо гэдэг нь судалгааны систем зохионо гэсэн үг. Уг юмс үзэгдлийн бүтэц, функц гол шинжүүдийн мэдээллийг бодит системээс авна. Жишээлбэл: Зүрхний үйл ажиллагааг судлахдаа зүрхний математик загварыг зохион түүн дээр ажиллан судлах нь илүү хялбар бөгөөд эрүүл зүрхний загварыг авах ба дараах гол шинжүүдийг авч үзнэ. Үүнд: Цусны эргэлт хэмнэлээ өөрчлөхгүй байх, дааврын ялгаралт бага, хүчтэй доголдолд орохгүй байх зэрэг нөхцлүүдэд тохирсон байх ёстой. Энэ загвар нь хялбар мэт боловч бодит байдлын зөвхөн нэг тохиолдлыг үзүүлж чадах ба цаашид параметрын өөрчлөлтөөр өөр өөр тохиолдлуудыг судлах бүрэн боломжтой. Хялбар загварыг бодит талруу нь дөхүүлэхийн тулд олон янзын шинж бүхий параметруудыг оролцуулан улам нарийн загварыг боловсруулснаар

Орчин үед ихэнх шинжлэх ухааны судалгаа систем динамикийн загварчлалаар явагдаж байна. Шинжлэх ухаанд загварчлалын асуудал бол шинэ зүйл биш, өөрийн гэсэн түүхтэй. Байгаль нийгмийн шинжлэх ухааны судалгааны явцад загварчлалын асуудал нь гурван том хувьсгалыг дамжин хөгжиж иржээ. Энэ нь 1905 оны үеэс үүссэн хагас сонгодог квант хувьсгал, 1930-аад оны үеэс үүссэн кибернетик хувьсгал, 1950-иад оны динамик хувьсгал зэрэг юм. Дараагийнх нь загварчлалын асуудлын детерминистик үзэл баримтлалыг хаостик болгон хувиргаж буй шугаман бус, хаос хандлага бүхий дөрөв дэх хувьсгал бөгөөд хориннэгдүгээр зууны загварчлалын хөгжлийг тодорхойлж байна. Анагаахын шинжлэх ухаанд загварчлал нь өргөн хэрэглэгддэг. Жишээлбэл: цусны эргэлтийн системийн загвар, зүрх судасны системийн математик загвар, фармакинетикийн загвар гэх мэт.

Орчин үед эдгээр загвараар дамжуулан бодит системийг судлах нь илүү хялбар гэдэг нь дэлхий шинжлэх ухаанд хэдийн батлагджээ. Эмнэлгийн практикт хэрэглэдэг зүрхний цахилгаан бичлэг, тархины цахилгаан бичлэг, хэт авиан оношлогоо нь шугаман бус динамик арга дээр үндэслэсэн байдаг. Энэ нь судалгаанд зориулсан систем зохиож түүн дээрээ ажиллаж байна гэсэн үг. Энэ системийн загварыг үзүүлбэл:

$$P_A = C_A^{-1} (V_A - U_A)$$

$$P_B = C_B^{-1} (V_B - U_B)$$

$$Q = \alpha P_B$$

$$Q = (P_A - P_B) \chi$$

$$V = V_A - V_B$$

Тэгшитгэлд орсон $(\alpha, \chi, C_A, U_A, V_B)$ коэффициентүүдийг загварын параметр гэдэг. Эдгээр нь зүрх судасны системийн дотоод шинж чанарыг үзүүлдэг. Зүрхний математик загвараар зүрхны үйл ажиллагааг сайн судлах боломж нээгдсэн бөгөөд зүрхний цахилгаан бичлэг хийж орчин үед ашиглаж байгаа билээ.

Оросын алдарт эрдэмтэн Марчук, Петров нар халдварт өвчний тархалт, явцын талаар судлахдаа загвар хэрэглэсэн нь нь дэлхийд нэрд гарсан юм.

Нийгэм, биологи гэхчилэн шинжлэх ухааны бусад салбаруудад тэрчлэн бизнес зах зээлд системийн динамик загварыг маш өргөн хэрэглэж байна. Жишээ нь: Нийгмийн салбарт хотын хөгжилийн Форрестерын загвар (1969 он), бизнесийн салбарт Женерал Моторс компанийг дампуурлаас аварч дэлхийд нэртэй болгосон Бараббегийн загвар (1996 он) нь дэлхийд хэдийн алдаршсан юм.

Дэлхийд загварчлалын асуудал хүчээ авч хөгжиж байгаа өнөө үед бид ч гэсэн цаг үеээсээ хоцролгүй хөл нийлүүлэн шилдэг загварыг боловсруулан судалгаа шинжилгээндээ хэрэглэж сурах нь нэн ялангуяа анагаах ухааны салбар онц ач холбогдолтой.

ЧИХРИЙН ШИЖИНГИЙН СУРГАГЧ БАГШ БЭЛТГЭХ СУРГАЛТЫН ХӨТӨЛБӨР БОЛОВСРУУЛАХ АСУУДАЛД

Я.Энхжаргал¹, Х.Алтайсайхан², С.Наранчимэг²

1. УКТЭ, 2. ЭМШУИС

Дэлхийн эрүүл мэндийн байгууллага, Олон улсын чихрийн шижингийн холбоо чихрийн шижин өвчний эмчилгээ, хяналтын асуудалд мэргэшсэн багаар тусламж үзүүлэх стратеги баримталж байгаа юм. Мэргэжлийн багийн бүрэлдэхүүнд диabetологич эмч, хоол зүйч, чихрийн шижингийн сургагч багш, эм судлаач, сэтгэл зүйч багтдаг байна. Чихрийн шижингийн сургагч багш нь үйлчлүүлэгчдэд өөрийн хяналтыг эзэмшүүлэх сургалт явуулж, амьдралын чанарыг нь дээшлүүлэх үүрэгтэй.

Зорилго: Чихрийн шижингийн сургагч багш бэлтгэх сургалтын хөтөлбөр боловсруулах.

Зорилт:

1. Чихрийн шижин өвчинтэй үйлчлүүлэгчдэд явуулж буй сургалтын өнөөгийн байдалд дүн шинжилгээ хийх
2. Чихрийн шижингийн сургагч багшийн хэрэгцээг тодорхойлох
3. Чихрийн шижингийн сургагч багшид тавигдах мэргэжлийн шаардлага, мэдлэг, чадвар, хандлагыг тодорхойлох
4. Чихрийн шижингийн сургагч багш бэлтгэх ОУ-ын сургалтын хөтөлбөрт үндэслэн Монгол улсын нөхцөлд тохирсон чихрийн шижингийн сургагч багш бэлтгэх сургалтын төлөвлөгөө, хөтөлбөрийг боловсруулах

Материал ба арга зүй

Чихрийн шижин өвчинтэй насанд хүрсэн (88) үйлчлүүлэгч, Дотоод шүүрлийн булчирхайн (29) эмч нарыг хамруулж асуумжаар, Чихрийн шижин өвчинтэй (17) хүүхдүүдийн дунд ярилцлагаар, баримт бичгийн аргаар Чихрийн шижингийн сургагч багш бэлтгэх Олон улсын сургалтын хөтөлбөрийг тус тус судлав.

Үр дүн

Чихрийн шижингийн сургагч багшид тавигдах мэргэжлийн шаардлагыг судалгаанд хамрагдагсад дараах байдлаар тодорхойлжээ.

Хариуцлагатай, мэргэжлийн өндөр мэдлэг үр чадвартай, тайлбарлаж ойлгуулах арга барил эзэмшсэн, сургалтыг нас сэтгэхүйн онцлогт тохируулан явуулдаг, харилцааны өндөр үр чадвартай мэргэжилтэн хэрэгтэй гэж үзсэн байна.

Чихрийн шижингийн сургагч багш бэлтгэх сургалтын хөтөлбөрийг өөрийн орны нөхцөлд тохируулан лекц 24 цаг, дадлага семинар -104 цаг, бие даалт 32 цаг ногдохоор боловсруулсан.

Дүгнэлт

1. ЧШӨ-тэй үйлчлүүлэгчдэд одоо явагдаж байгаа сургалт нь нэгдсэн хөтөлбөргүй, хот хөдөөд харилцан адилгүй явцтай, ач холбогдол бага байна.
2. Монгол улсад чихрийн шижингийн сургагч багш бэлтгэх хойшуулашгүй хэрэгцээ байна.
3. Чихрийн шижингийн сургагч багш нь сурган заах арга зүйн мэдлэг, чадвар эзэмшсэн уг өвчний эмнэлзүйн мэдлэгтэй, үйлчлүүлэгчдэд үзүүлэх тусламж, үйлчилгээг зөв зохион байгуулах, багаар ажиллах чадвартай мэргэжилтэн байх юм.
4. Чихрийн шижингийн сургагч багш бэлтгэх сургалтын хөтөлбөр нь 4 модуль 26 сэдвээс бүрдсэн бөгөөд сургалтыг (160) цагийн буюу 1 сарын хугацаагаар явуулах нь зүйтэй байна.

ISSUES OF DEVELOPMENT OF CURRICULUM FOR DIABETES EDUCATION OF HEALTH PROFESSIONALS

Background: Providing diabetic patients with information about their health, helping to make right decision in health protecting and control, improving their life quality are responsibilities of the diabetes educator. Recently worldwide the health care service policy and function are moved from the therapy oriented to the patient- oriented approach.

Goals of research work

To improve the curriculum for diabetes education of health care professionals

Objective

1. to evaluate the current state of diabetes self-management and control of people with diabetes
2. to evaluate the demands for diabetes educators
3. to define the contents that must be included in training program for diabetes educators
4. to develop curriculum and program for diabetes educators trainings, based on the International Curriculum with adaptation to Mongolian conditions

Materials and methods: Questionnaire: 88 adult patients with diabetes and 29 endocrinologists.

Interview:17 children with diabetes

Documentation review of international curriculum for diabetes education of health care professionals.

Results: From opinions of diabetes patients and endocrinologist, some common knowledge, skills, and approaches were considered useful:

Theoretical knowledge of diabetes, Able to teach diabetes prevention, nutrition, mobility treatment methods, Able to provide training in respect to client's or their families desire, age, level of education, Good human communication skill,

Skilled in analyzing and information exploitation, Possess abilities of diabetes treatment, survey, nursing, and treatment procedures

Mongolian conditions the Curriculum for diabetes educators consists of 24 hours lecture, 104 hours workshop, practical sessions, 32 hours self-work.

Conclusion

1. Current diabetic trainings have not integrated curriculum and programs.
2. Training of diabetes educators is highly demanded in Mongolia
3. Diabetes educators must have the teaching methodological knowledge and skills, clinical experience of diabetes; organize proper management of the disease, able to work in team and cooperate.
4. Curriculum for diabetes educators consists of 4 modules, 26 subjects in 160 hours lessons.

Ном зүй

Батжаргал Б. „Настны чихрийн шижин өвчний тархалт,, АУ-ны магистрийн зэрэг горилсон бүтээл. 2004 он

Золзаяа. Х „Чихрийн шижин өвчний хяналтын асуудалд,, АУ-ны магистрийн зэрэг горилсон бүтээл УБ. 2003

Сүвд Ж., Гэрэл Б., Отгоолой Х., Пүрэвсүрэн Д., Монгол улс дахь Чихрийн шижин өвчний тархалт,, төсөлт ажлын тайлан” УБ. 1998

Сүвд Ж., Гэрэл Б.,Пүрэвсүрэн Д.,Монгол хүний ЧШӨ-ний онцлог,, төсөлт ажлын тайлан УБ.1998

Сүмбэрзүл Н., Оюунбилэг Ш “Анагаах Ухааны Боловсрол “ УБ.2001. х 51

Түвшинзаяа Л. “Чихрийн шижин өвчний хүндрэлийн онцлог “ АУ-ны магистрийн зэрэг горилсон бүтээл УБ.1998

Увш П., Наранчимэг Н. “Орчин үеийн сургалтын талаар багшид өгүүлэх нь УБ.2000

Эрүүл мэндийг дэмжих үйл ажиллагааны арга зүй УБ. 2001 х 6-24

Эрүүл мэнд зан үйлийн мэдээлэл, сургалт сурталчилгаа УБ. 2002

Abbatt. F.R Teaching for better learning “. A guide for teachers of primary health care staff. Wold Healt Organisation Geneva.1992.p 13-44/

Advanced Nursing. April 2001. 34(2):179-188,

ҮТРЭЭНИЙ БИЧИЛ БИО ОРЧНЫ ӨӨРЧЛӨЛТ, ТҮҮНИЙ ОНОШЛОГОО

С.Пүрэвсүх¹, Л.Туул², Я.Ахамсүрэн², П.Төгсжаргал¹, Ж.Бадмаа¹

1. ЭМШУИС, 2. УКТЭ

Эмэгтэй хүний үтрээнд 20-30 төрлийн бичил биетүүд бага хэмжээгээр амьдарч түүний бичил орчныг бүрдүүлж байдаг ажээ. Тухайн хүний бүх биеийн болон хэсэг газрын өөрчлөлттэй холбоотойгоор үтрээний эдийн тэжээллэг алдагдсаны улмаас үрэвсэл үүсдэг байна. Үтрээний өвөрмөц биш үрэвсэл нэртэй байсан дээрх өвчнийг сүүлийн жилүүдэд нянт үрэвсэл (бактериальный вагиноз) гэж нэрлэх болжээ. Хэвийн үед үтрээний шүүрлийн рН 3,8 – 4,2 байдаг бөгөөд сүүний

савханицрын ялгаруулдаг сүүний хүчил уг орчныг бий болгодог.

Дааврын өөрчлөлт, дархлаа суларсан, антибиотикийг замбраагүй хэрэглэсэн зэргээс шалтгаалж үтрээний лактобациллын хэмжээ эрс буурч, орчны pH – 4,5 дээш болж, нөхцөлт эмгэгтөрөгч нянгүүд идэвхжсэний улмаас үтрээний үрэвсэлт өвчин үүсдэг болохыг эрдэмтэд баталжээ.

(В.П.Сметник, 2001)

Бактериальный вагинозын үед доорхи 3 – 4 төрлийн шинж тэмдгүүд илрэнэ.

- Үтрээнээс удаан хугацаанд эвгүй үнэртэй ялгадас ихээр гарна.
- Түлхүүр эс илрэнэ.
- Үтрээний pH ихсэнэ
- Амин сорил эерэг гарна.

Бид 2000 – 2005 онуудад УКТЭ, “АЗ ЖАРГАЛ” эмэгтэйчүүдийн хувийн эмнэлэгт үзүүлэхээр ирсэн 1150 хүнд шинжилгээ хийсэн юм. Үзүүлэхээр ирсэн эмэгтэйчүүд 18 – 49 насных байсан бөгөөд 80% нь 20 – 29 настай байлаа. Тэдний 60 буюу 5,2% нь эрүүл, 532 буюу 46,2% нь бактериальный вагинозтой, 430 буюу 37,3% нь мөөгөнцөрийн гаралтай үрэвсэлтэй, 13 буюу 1,1% нь гонококк, 115 буюу 10% нь трихомонад илэрсэн байна.

Дүгнэлт: Түүнчлэн бактериар үүсгэгдсэн үрэвслийн 210 буюу 18,2%-д нь түлхүүр эс илэрсэн байна. Нийт шинжлүүлсэн эмэгтэйчүүдийн 25% нь мөөгөнцөр, нян, трихомонад зэрэг 2 – 3 давхар үүсгэгчтэй байсан нь бидний анхаарлыг татаж байна. Үрэвслийн өвчтэй эмэгтэйчүүдийн 70% - д нь үтрээний орчны pH 4,3 – 4,6 байлаа.

CHANGES IN THE MICROBIOLOGICAL ENVIRONMENT OF VAGINA.

We conducted study on the 1150 patients that were examined in the “Az Jargal” private gynecology hospital in the period of time from 2000 to 2005 year. Investigated patients were 18-49 years old and 80 percent of them were in the age 20-29 years old. Study identified that in 60 cases or 5.2% patients were healthy, the 532 or 46,2% of them were with bacterial vaginitis.

ДИЙЛДЭШГҮЙ ГЛАУКОМИЙН ТРАНССКЛЕРАЛ ДИОД ЛАЗЕР ЦИКЛОФОТОКОАГУЛЯЦ ЭМЧИЛГЭЭ

Б.Жавзандулам¹, Ж.Баасанхүү², Susan Thomas³, Д.Лхагвадолгор¹
1.УКТЭ, 2.ЭМШУИС, 3.Мичиганы ИС

Оршил

Нүдний даралт өвчин нь (глауком) манай оронд хараагүй болгох шалтгааны хоёр дугаар байранд орж байна. Дэлхий дахинд глаукомын эмчилгээний процедур харьцангуй өөрчлөгдөж байгаа юм. Зарим глаукомын эсрэг үйлчилгээтэй эм, ялангуяа миотик, метипранолол, латанопрост эмүүд гаж нөлөөтэй, одоо хүртэл бүрэн судлагдаагүй билээ [2,3].

Транссклерал диод лазер циклофотокоагуляц (ТДЛЦ) эмчилгээ нь дийлдэшгүй глаукомын шинэ циклодеструктив процедур ба эмчилгээний гаж нөлөө багатай [4-6], 38-85% үр дүнтэй [4-13] гэж хэвлэлд бичигдсэн.

Зорилго

Нүдний даралт бууруулах эмийн, мэс заслын эмчилгээ, тэдгээрийн алинд ч дийлдэхгүй глаукомтой өвчтөнд ТДЛЦ лазер эмчилгээг УКТЭ-д анх нэвтрүүлэн хийж, хэрхэн нүдний дотоод даралт (НДД) бууруулж, эрхтэн хамгаалж байгааг үнэлэх зорилготой юм.

Аргачлал

УКТЭ-ийн Глаукомын кабинетэд 2001 оноос 2005 оны 8 сар хүртэл 104 өвчтөнд (106 нүд) ТДЛЦ эмчилгээ хийв. Өвчтөн бүрт эмчилгээний талаар тайлбарлан, тэдний зөвшөөрсний дүнд эмчилгээ хийсэн ба эмийн болон мэс засалд үр дүнгүй, мэс засал хийх боломжгүй мөн эрсдэлтэй нүдийг хамрууллаа.

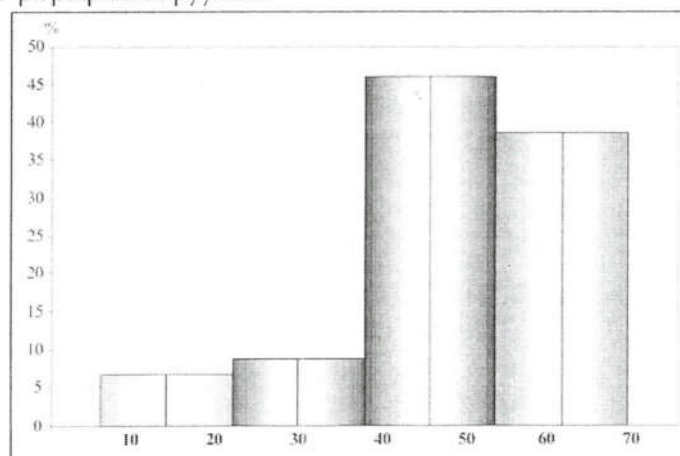
Хэсгийн мэдээ алдуулалтад лидокаин 2% 4.0 мл-ийг алимьн ард тарьж, 0.5% 3 дусал новокаин

ЭРДМИЙН БИЧИГ-IV

алимын эвэрлэг бүрхэвчинд дусааж хэрэглэв. Диод лазер oculight SL_x машиныг G probe уян гуурстай холбов (Iris Medical Instruments Inc, CA, USA). Гуурсны хошууг нүдний алимьд 2-5 мм зайд перпендикуляр байрлуулж 2.0W энергиэр 2 секунд 270°-т хийв. Нүдний дотоод даралт буухгүй тохиолдолд давтан ТДЛЦ эмчилгээ хийлээ. Суурь асуумжинд нас, хүйс, харьяалал, харааны чадал, НДД (Маклаков тонометр), хийгдсэн эмчилгээний тухай бүртгэгдсэн. Эмчилгээний дараах хоног, 7 хоногт НДД, харааны чадал, биомикроскоп шинжилгээг хийж, эмчилгээний хүндрэлийг тэмдэглэж байлаа.

Үр дүн

1. Нүдний даралт бууруулах ТДЛЦ лазер эмчилгээнд 15-85 насны өвчтөнгүүд хамрагдсан ба 15-29 насны 7 өвчтөн (6.7%), 30-49 насны 9 өвчтөн (8.71%), 50-69 насны 48 өвчтөн (46.1%), 70-с дээш насны 40 өвчтөн 38.5%-ийг эзэлж байв. ТДЛЦ эмчилгээ хийсэн глаукомтой өвчтөнгүүдийн насны байдлыг 1-р графикт харууллаа.



Зураг 1. ТДЛЦ эмчилгээ хийсэн глаукомтой өвчтөнгүүдийн насны байдал

2. Хүйсийн хувьд 57 эрэгтэй, 47 эмэгтэй буюу 1:1.2 харьцаатай эмчилгээнд хамрагдсан байна.
3. Эмчлүүлэгсэдийг орон нутгийн харьяалалаар авч үзвэл хөдөө орон нутгаас 61, Улаанбаатар хотоос 43 хүн буюу 1:1.4 харьцаатай үйлчлүүлсэн байлаа.
4. Өвчтөнгүүдийн оношийг 1-р хүснэгтэнд харууллаа. Баруун болон зүүн нүдэнд тохиолдох глауком өвчний тохиолдол болоод оношийн хувьд ялгаатай байдал ажиглагдсангүй.

Хүснэгт 1. Дийлдэшгүй глаукомтой өвчтөнгүүдийн онош

Глаукомын хэлбэр	Нүдний тоо	Хувь
Анхдагч глауком	57	53,8
Глаукомын эцсийн шат	27	25,5
Өвдөлттэй хэлбэр		
Нийт	84	79,3
Хоёрдогч глауком		
Увеит	10	9,4
Неоваскулер	5	4,7
Гэмтэл	5	4,7
Пигментэн	1	0,9
Хиймэл болор	1	0,9
Нийт	22	20,81

5. Харааны хувьд 1 өвчтөний 1 нүдний (0.9%) харах чадал 3 метрт хуруу тоолж байсан ба бусад тохиолдлууд нь гэрэл мэдрэхгүй байсан.
6. Нүдний дотоод даралтыг эмчилгээний өмнө болон дараах 7 хоногийн дотор хянасан үзүүлэлтийг 2-р хүснэгтээр харууллаа. ТДЛЦ эмчилгээ хийхэд НДД 0-26 мм Hg-р, дунджаар 12.6 мм Hg-р буурлаа.

**Хүснэгт 2. Дийлдэшгүй глаукомтой өвчтөнгүүдийн эмчилгээний өмнөх ба дараах
нүдний дотоод даралт**

НДД	Эмчилгээний өмнөх		Эмчилгээний дараах	
	Нүдний тоо	%	Нүдний тоо	%
10-23 mm Hg	-	-	64	60,4
24-33 mm Hg	37	34,9	33	31,3
33-аас дээш	69	65,1	9	8,5
Нийт	106	100	106	100

7. Эмчилгээний дараа 1 нүдэнд (0.9%) нүдний алимны өмнөд камерийн шингэн цусархаг, 1 нүд (0.9%) гипотони болсон юм.
8. 106 нүд (100%) алимн хагас болоод бүтэн ширгээх хагалгаа хийгдэлгүй зайлсхийж чадлаа.
9. Стационарт зарцуулагдах 6 сая 448 мянган төгрөгөөр хэмнэсэн эмчилгээг амбулаториор хийжээ.

Дүгнэлт

1. Эмчилгээнд 50-69 насны өвчтөнүүд 46.1% хамрагдсан нь манай оронд глауком өвчин 40-с дээш насны иргэдэд зонхилон тохиолддогийг харуулж байна.
2. ТДЛЦ эмчилгээ нь 60.4%-д НДД-ийг хэвийн болгож, дунджаар НДД-ийг 12.6 мм Hg-р бууруулж байна.
3. Эмчилгээний дараах хүндрэл бага (1.8%) байна.
4. Глаукомийн алсын хүндрэлүүдээс урьдчилан сэргийлсэн, эрхтэн хадгалсан, эмчилгээний зардал хэмнэсэн орчин үеийн глаукомын лазер эмчилгээний аргуудын нэг мөн болох нь нотлогдлоо.

Ном зүй

1. Melles RB, Wong IG. Metipronalol-associated granulomatous iritis. Am J Ophthalmol 1994; 118: 712-715
2. Warwar RE, Bullock JD, Ballal D. Cystoid macular edema and anterior uveitis associated with latanoprost use. Ophthalmology 1998; 105: 263-268
3. Brancato R, Carassa RG, Bettini P, et al. Contact transscleral cyclophotocoagulation with diode laser in refractory glaucoma. Eur J Ophthalmol 1995; 5: 32-39
4. Bloom PA, Tsai JC, Sharma K, et al. "Cyclodiode" transscleral cyclophotocoagulation in the treatment of advanced refractory glaucoma. Ophthalmology 1997; 104: 1508-1520
5. Spencer AE, Vernon Sa. "Cyclodiode": results of a standard protocol. Br J Ophthalmol 1999; 83: 311-316
6. Gaasterland De, Pollack IP. Initial experience with a new method of laser transscleral cyclophotocoagulation for ciliary ablation in severe glaucoma. Trans Am Ophthalmol Soc 1992; LXXX: 225-246.
7. Youn J, Cox TA, Herndon LW, et al. A clinical comparison of transscleral cyclophotocoagulation with neodymium: Yag and semiconductor diode lasers. Am J Ophthalmol 1998; 126: 640-647
8. Bock CJ, Freedman SF, Buckley EG, et al. Transscleral diode laser cyclophotocoagulation for refractory pediatric glaucoma. J Pediatr Ophthalmol Strabismus 1997; 34:235-239
9. Kosovo O, Gaasterland DE, Pollack IP, Enger CL, the Diode Laser Ciliary Ablation Study Group. Long term outcome of initial ciliary ablation with contact diode laser transscleral cyclophotocoagulation for severe glaucoma. Ophthalmology 1996; 103: 1294-1302
10. Wong EYM, Chew PTK, Chee CKL, et al. Diode laser contact transscleral cyclophotocoagulation for refractory glaucoma in Asian patients. Am J Ophthalmol 1997; 124: 797-804
11. Threlked AB, Johnson MH. Contact transscleral diode cyclophotocoagulation for refractory glaucoma. J Glaucoma 1999; 8:3-7
12. Torsen Schlote, Matthias Derse, Manfred Zierhut. Transscleral diode laser cyclophotocoagulation

for the treatment of refractory glaucoma secondary to inflammatory eye diseases. Br J Ophthalmol 2000; 84: 999-1003.

13. Akiro Oguri, Eriko Takahashi, Goji Tomita, Tetsuya Yamamoto, Shuichi Jikihara, Yoshiaki Kitazawa. Transscleral Cyclophotocoagulation With the Diode Laser for Neovascular Glaucoma. Ophthalmic Surgery and Lasers, Volume 29(9), 1998.

14. S.Lin, Endoscopic cyclophotocoagulation. British Journal of Ophthalmology 2002; 86: 1434-1438.

ABSTRACT

BACKGROUND

Glaucoma is still a diagnostic and therapeutic dilemma and surgical intervention is always associated with a high risk of failure. In this study we prospectively examined the value of transscleral diode laser cyclophotocoagulation(TDLC) for the treatment of refractory various types of glaucoma.

METHODS

106 eyes of 104 consecutive patients with glaucoma, medically uncontrollable, glaucoma primary (n=84, 79.3%), glaucoma secondary to chronic uveitis (n=10, 9.4%), trauma (n=5, 4.7%), neovascular (n=5, 4.7%), pigmentary (n=1, 0.9%), pseudophakic (n=1, 0.9%). All patients were followed for 7 days after the initial treatment.

RESULTS

After the treatment reduced IOP 12.6mmHg. No serious side effects such as activation of the inflammatory process, persistent hypotonia was observed.

CONCLUSION

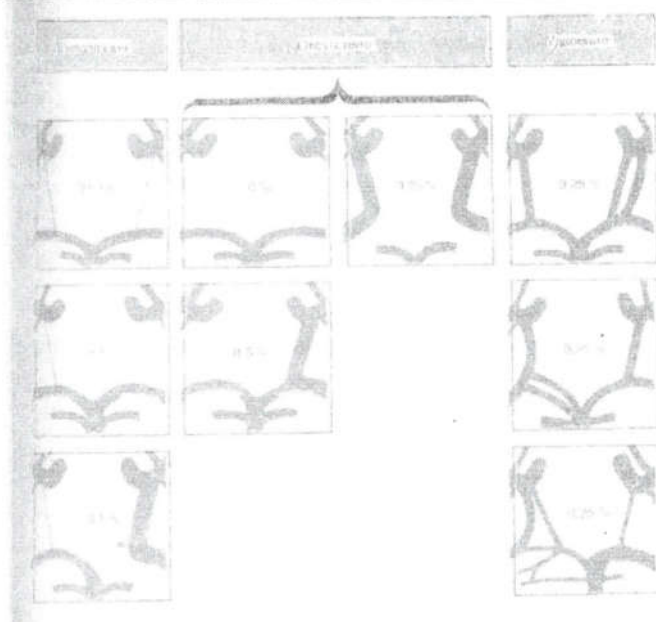
TDLC seems to be a safe and effective procedure for the treatment of refractory glaucoma.

ТАРХИНЫ СУДАСНЫ АПЛАЗИЙН ЭМНЭЛЗҮЙН ТОХИОЛДОЛ

А.Энхсайхан, Ж.Насанбат, Э.Ундармаа
УКТЭ, ЭСТ

Тархины судасны үүсэл хөгжил үр хөврөлийн 17-25 дах хоног дээр хүүхэд зүүн, баруун гуурсан зүрхтэй байснаа, анхдагч гэдэсний урдуур хоёр гуурс хоорондоо нийлж энгийн гуурсан зүрх (coarctation simplex) үүссэн цаг үетэй тохироод тархины судас хөгжинө. Ингэхдээ хүүхдийн толгойн хэсэг гуурсан зүрхний баруун, зүүн, ар, өврийн гэсэн үзүүрээс цусан хангамж авч байдаг. Баруун, зүүн, өврийн гол судаснууд гүрээний гадна артер(arteria carotis externa) түүний салаанууд болж, харин баруун, зүүн, арын гол судасны үзүүрүүд нь гүрээний дотор артер (a.carotis interna), түүний салбар судсууд болж ялгарч хөгждөг. Энэ үеэс гүрээний дотор артер ялгаран хөгжиж байхад баруун, зүүн эгэм дорх артериас нурууны артер (a.vertebrales) хүзүүний нугаламын хөндлөн сэртэнгүүдийн уг дээрхи нүхээр дээшээ сүвлэн ургаж дээшээ foramen magnum-аар гавлын хөндийд орж өөр хоорондоо нийлэн суурийн артер (a.basilaris) нэртэй болж, улмаар суурийн артер цаашаа бага тархи тэжээх цөөн тооны артер өгч, үзүүр нь баруун, зүүн, арын артер болж (a.cerebri posterior) салж хөгжих ёстой. Салж хөгжсөн энэхүү артер цаашид a.communicans posterior-оор a.cerebri media хоорондоо холбогдож Виллизиев цагираг (circulus arteriosus cerebri) үүсгэдэг.

Үр хөврөлийн энэ үед гадаад, дотоод хүчин зүйлсийн нөлөөгөөр судасны гажигууд үүсдэг. Үүний нэг нь судасгүй (аплази), судасны дутмаг хөгжил (гипоплази) юм. Артерийн судас дутмаг хөгжил 2 хэлбэртэй. Үүнд:



1. Үлэмж бүтцийн түвшинд (аплази) – тархины зарим судсууд огт хөгжөөгүй, судасгүй байна.

2. Бичил бүтцийн түвшинд дутмаг хөгжих (гипоплази) – судасны хана нь tunica intima, media, adventici гэсэн гурван бүрхүүлтэй байдаг бол гипоплазийн үед хоёр дахь давхарга буюу булчингийн давхарга байдаггүй.

Зураг 1. Тархины судасны гажгийн хувилбарууд.

Эмнэл зүйн тохиолдлыг авч үзье: Өвчтөн Ш.Э. 21 настай эмэгтэй өвчтөний түүх № 13439 УКТЭ-н МСК-т 2004.09.28-2004.10.20-ны өдөр хүртэл хэвтэж эмчлэгдсэн.

Өвчин 2004.09.23-ны өдөр эд зүйлсээ хулгайд алдсаны дараа гэнэт цочмог тархины ерөнхий шинжээр эхэлсэн. Толгой маш хүчтэй өвдөж олон дахин огиж бөөлжсөн, зүүн нүд юмыг хоёр болгож харна, хоолонд дургүй гэсэн зовиуртай.

Хэвтэх үед бодит үзлэгээр: Өвчтөн ухаантай орчиндоо харьцаа сайтай, хүүхэн хараа зөв дугуй жигд OS=OD, нүдний алимны хөдөлгөөн баруунд чөлөөтэй, зүүнд гадагшаа хөдөлгөөн хязгаарлагдсан. Гурвалсан мэдрэлийн гарах салааны цэгүүдэд эмзэглэлтэй. Хамар уруулын нугалаас жигд. Дөрвөн мөчний хөдөлгөөн чөлөөтэй. Шөрмөсний рефлексүүд хэвээр хадгалагдсан D=S. Эмгэг рефлекс үүсэхгүй. Дагзны булчингийн хөшингө дөрвөн хуруу Керниг, Бруздинский хоёр талд тод илэрсэн. Мэдрэл эмгэгийн тархины бүрхүүл цочрогдолын хам шинж давамгайлсан учир: аалзавчийн дорх цус харвалт гэж сэжиглэж бүсэлхийн хатгалт хийхэд тархи нугасны шингэн цусархаг булингартай (уураг 0.33г/л, эс 6, шинэ эритроцит) байв.

КТ-д тархины ёуурь хэсгийн цистерн болон хажуугийн ховдолын өмнөд эвэрт (зүүн) талдаа хий хуримтлагдсан мөн арын эвэрт бага зэргийн цустай дундаж бүрдэл хазайлтгүй.

Нүдний угт харааны мэдрэлийн дискийн хил хязгаар тод цайвар ягаан өнгөтэй, A:B=1,5:3 торлог бага зэрэг хавантай голомтот өөрчлөлтгүй.

Мэдрэлийн мэс заслын эмч: артер-венийн гажиг (АВГ) байх магадлалтай хэмээн давтан тодруулагч бодис бүхий КТ хийхийг зөвлөв. Энэхүү шинжилгээгээр АВГ илрээгүй. Дахин мэдрэлийн мэс заслын эмчийн зөвлөгөө авахад, одоогоор өвчтөний биеийн байдал хүнд, тархины судасны ангиографийн шинжилгээ хийх боломжгүй тул сарын дараа давтан үзэж тархины судасны ангиографи хийе гэсэн зөвлөлгөө өгсөн.

Эмчилгээнд: Өвчтөнд хэвтрийн дэглэм сахиулж, фибрин задралын эсрэг, тархины хаван хөөх, судасны агшилт тавиулах болон бусад эмчилгээ хийж биеийн байдал сайжирч, нугасны шингэн хэвийн болсон боловч 2004.10.19-ны өглөө босож бие зассаны дараа толгой дахин хүчтэй өвдөж, огиж бөөлжин, таталт өгч ухаангүй болсон.

Бодит үзлэгээр: Өвчтөн ухаангүй хурхирсан байдалтай. Мэдрэлийн үзлэгээр хүүхэн харааны хэлбэр зөв дугуй жигд OS=OD гэрлийн урвалгүй, баруун гар хөл сул унана. Шөрмөсний рефлексүүд үүсэхгүй. Баруун хөлд Бабинский тод илрэнэ. Дагзны булчингийн хөшингө нэг хуруу, Керниг, Бруздинский хоёр талд тод үүссэн. Давтан бүсэлхийн хатгалт хийхэд тархи нугасны шингэн цустай, булингартай (уураг 4,95 г/л, эс 103, шинэ эритроцит) байв. Ийнхүү өвчтөнд аалзавч дорх цус харвалт хоёр удаа дахиж зүрх амьсгалын дутмагшил үүсч, сэхээн амьдруулах, эрчимт эмчилгээ хийгдсэн боловч төвийн гаралтай амьсгал зүрх судасны дутагдалаар нас барсан.

Эмгэг судлалын шинжилгээнд: Тархины зөөлөн бүрхүүлийн судсууд өргөсч цусаар дүүрсэн,

тархины гүүр уртавтар тархины хэсэгт зөөлөн бүрхүүл доогуур цус хурсан, тархины суурийн судасны хөгжил хэвийн бус, суурь судасны голч багасаж нарийссан, суурийн артериас тархины дунд артер зүүн талд шууд салааж гарсан, зүүнд тархины арын артер байхгүй (аплази). Тархины дунд артер зүүнд маш нарийхан, хана нимгэн, хагарсан, тархины хоёр тал бөмбөлөг ижил бус, зүүнд цүлхэгэр, зүүн хажуугийн ховдол цустай, тархи маш их хавагнасан зэрэг өөрчлөлт илрэв. Тухайн өвчтөнд тархины судасны төрөлхийн гаж болон дутмаг хөгжлийн улмаас $\alpha\alpha\epsilon\varsigma\alpha\alpha+$ дорх цус харвалт давтан явагдаж нас баралтанд хүргэх үндсэн шалтгаан болжээ.

THE CASE OF CEREBRAL VESSELS APLASIA

The patient Sh.E 21 years old, female, 22 days treated in Neurologic department of Central University Hospital. She's dead after 2 times stroke, cause of post psychotrauma. The patient had been examined CT, LP, ophthalmological examinations. According to the pathoanatomical examination: the patient had cerebral vessel hypoplasia, aplasia and SAH.

НУГАЛМАЙН ШАЛТГААНТ НУРУУНЫ ӨВДӨЛТӨД ДИКЛО-ДЕНК ЭМИЙГ ХЭРЭГЛЭСЭН ДҮН

А.Энхсайхан /УКТЭ/

Судалгааны зорилго

Стероид бус бэлдмэл дикло-денкийн нугалмайн шалтгаант нурууны өвдөлтийн үе дэх үр нөлөөг судлаж, практикт хэрэглэх зорилго тавилаа.

Дикло-денк

Олон улсын химийн нэршил нь 2-[(2,6-дихлорфенил)амино]бензолуксусная кислота. Брэнд нэр нь Вольтарен, бүтээгдхүүний нэр нь Дикло-денк германы Денкфарма фирмийн эм юм. Уг бүтээгдхүүн 3 хэлбэрээр үйлдвэрлэгдэнэ.

- Шахмал 25мг, 50мг, 100мг
- Тарилгын уусмал 3мл 75мг
- Лаа 100мг

Дикло-денк эм нь дараах үндсэн үйлдэл үзүүлнэ.

- Үрэвслийн эсрэг
- Өвдөлт намдаах
- Халуун бууруулах
- Агрегаци багасгах
- Удаан хугацаагаар хэрэглэхэд десенсибилизаци болгоно

Эмийг хэрэглэсэн хэлбэр, аргачлал

УКТЭ-ийн МСК-т сүүлийн 3 жилд нугалмайн шалтгаант нурууны өвдөлт бүхий 18-аас 83 насны 347 өвчтөнд дикло-денк эмийг хэрэглэжээ. Үүнээс:

- 250 өвчтөн буюу 72%-д нь 75мг-аар тарилгаар
- 63 өвчтөн буюу 18%-д нь 50мг-аар өдөрт 3 удаа уухаар
- 34 өвчтөн буюу 10%-д нь дикло-денк 3мл-ийг ревмо-денк тосон түрхлэгтэй хавсруулан хэрэглэв.

Судалгааны үр дүн

Судалгаанд хамрагдсан нийт өвчтний дундаж нас 46,0+1,4 байсан бол эрэгтэйд 49,1+1,7, эмэгтэйд 47,6+1,6 байлаа. Нугалмайн шалтгаант нурууны өвдөлт бүхий нийт өвчтний 58,5% буюу 203 тохиолдолд эрэгтэйчүүд, 41.5%-ийг эмэгтэйчүүд эзэлж байлаа.

Өвдөлтийн байрлалыг авч үзвэл:

- Хүзүүний байрлалтай 16,7% (58)

- Сээрний байрлалтай 6,7% (23)
- Бүсэлхий - ууцны байрлалтай 76,6% (266)

Эмийн хэрэглээний үр дүнд байрлалаас хамаарах хамаарал ажиглагдаагүй.

Нугалмайн шалтгаант нурууны өвдөлтийн шалтгааны хувьд үзүүлээ.

1. Спондолоартроз 27.3%
2. Остеохондроз 17.5%
3. Дискийн ивэрхий 16.4%
4. Спондилоартрит 11.9%
5. Гэмтэл 11.1%
6. Спондилопати 6.3%
7. Хавдар 4.9%
8. Бусад 4.9%

Нийт өвдөлтийг дотор нь үргэлжлэх хугацаагаар нь хурц ба архаг өвдөлт гэж хувааж үзлээ.

- Хурц өвдөлт 67,6% буюу 235 өвчтөнд
- Архаг өвдөлт 32,4% буюу 112 өвчтөн

Илрэх мэдрэлийн хам шинжийг дээрх өвчтнүүдийн хувьд тодорхойлоход

- Ёзоор дарагдлын хам шинж 19,3% (49) тохислдолд
- Өвдөлтийн бусад хам шинжүүд 80,7%—д илэрлээ.
- Үр дүн өгөөгүй 9% нь ёзоор дарагдлын шинжтэй хавдар буюу дискийн ивэрхийгээр дарагдсан байв.

- Эмийн үйлчлэл өвдөлтийн байрлалтай холбоогүй болох нь ажиглагдав.

Бидний судалгаанд хамрагдсан нийт өвчтний 63%-д нь өвдөлт бүрэн намдсан, 21%-д өвдөлт мэдэгдэхүйц намдсан, 13%-д өвдөлт бага зэрэг намдсан, 3%-д өвдөлт огт намдаагүй байлаа.

Тарилгыг өвчин намдаах тосон түрхлэгийн (ревмо-денк) хамт хэрэглэхэд 73,9%-д, тарилгаар 70,8%-д, уухаар 60,7%-д өвдөлт бүрэн намдсан дүн гарлаа.

Дүгнэлт

1. Нугалмайн шалтгаант нурууны хурц ба архаг өвдөлтөнд ялангуяа хурц өвдөлтөнд өвчин намдаах зорилгоор хэрэглэх нь үр дүнтэй.
2. Дикло-денкийг тосон түрхлэгтэй хавсруулан хэрэглэхэд үр дүн илүү байлаа.

THE INVESTIGATION OF DİCLO-DENK USED PATIENTS WITH VERTEBROGENIC PAIN

Summary: The authors studied Diclo-denk used for vertebrogenic pain involving 347 cases in Central University Hospital in last 3 years. That's effective for antipain vertebrogenic acute and chronic pain, especially for acute pain. More effective with diclo-denk gel.

УКТЭ-ИЙН МЭС ЗАСЛЫН КЛИНИКТ НЭВТРҮҮЛСЭН ХАГАЛГААНЫ ДЭВШИЛТЭТ ТЕХНОЛОГИ

Б.Төмөрбаатар /УКТЭ/

УКТЭ-ийн мэс заслын тасагт 1965 оноос эхлэн нэвтрүүлсэн мэс заслын шинэлэг арга, хагалгааны технологийг товчоолон үзүүлэх зорилгоор эмхэтгэв.

1. 1965 оноос эхлэн элэг, цөс, ходоод гэдэс, нойр булчирхай, дэлүүний эмгэгийг мэс заслаар эмчлэх ажлыг эрчимтэй хөгжүүлж ирлээ. Одоо энэ салбар нь манай улс дахь төв нь болоод байна. Элэгний бэтэг өвчнийг оношлох, мэс заслын эмчилгээний асуудлыг хамтад нь шийдвэрлэсэн бүтээлээрээ 1990 онд П.Долгор, Б.Гоош, Н.Даваацэрэн, А.Отгондалай, Г.Нямхүү, Г.Лхагважав

нар “төрийн шагнал” авсан нь монгол улсад төдийгүй дэлхийн хэмжээний ач холбогдолтой бүтээл болсон юм.Түүнчлэн ходоод гэдэсний замд “У”хэлбэрийн залгалт хийх аргыг П.Долгор багшийн хамт практикт нэвтрүүлсэн нь одоо хүртэл ач холбогдол нь өндөр байгаа бөгөөд хүнд өвчтөний амийг аврахад найдвар тавьдаг мэс ажилбарын нэг хэвээр байна.1967 оноос П.Долгор,Б.Гоош нарын заавар,сургалтаар нэг эгшинд Спленопортографи хийх,элэгний зүүн ба баруун дэлбэнг анатомын аргаар тайрах хагалгааг эхэлсэн ба сүүлийн үед нойр булчирхайн эмгэгүүдийн мэс заслын эмчилгээний төрөл технологийг боловсронгуй болгож,хагалгааны тоо эрс нэмэгдэж байна

2. 1994 оны 10 сард УКТЭ-ийн мэс заслын 1 тасагт дурангийн тусламжтайгаар/лапорскопический холецистэктомия/ цөсний хүүдий авах мэс заслыг Монгол улсад анх удаа амжилттай хийв. Хагалгааг Төрийн соёрхолт А.Отгондалай, Г.Нямхүү болон их эмч С.Нэргүй нар амжилттай хийсэн.Дурангийн мэс заслыг Монгол улсад хөгжүүлсэн гавьяаг нь үнэлэн А.Отгондалай,Г. Нямхүү нарыг 1995 онд Монгол улсын хөдөлмөрийн баатар цолоор шагнасан.
3. 1995 оны 12 сард дурангийн тусламжтайгаар мухар олгой авах хагалгааг монгол улсад амжилттай хийв.Хагалгааг Монгол улсын хөдөлмөрийн баатар,төрийн соёрхолт Г.Нямхүү,мэс засалч Н.Даваадорж,П.Батулуун нар хийсэн.
4. 1998 оны 8 сард зүрхний үнхэлцэг хальсанд байрласан бэтгийг дурангийн тусламжтайгаар амжилттай авсан.Уг хагалгаа нь Монгол улсад төдийгүй дэлхийд анхдагч байхаар хагалгаа болсон юм. Учир нь энэ хагалгааны талаар интернэтээр цацаж,ижил төрлийн хагалгааг хийсэн эсэхийг сурвалжилсан ба ийм мэдээлэл олдоогүй болно. Хагалгааг Монгол улсын хөдөлмөрийн баатар,төрийн соёрхолт Г.Нямхүү,мэс засалч С.Нэргүй,Н.Даваадорж нар хийсэн.
5. 1998 оны 9 сард зүүн хөлийн гуяны артери битүүрсэн тохиолдолд зүүн хөлийн өнгөц венийн судсыг ашиглан/Vena saphena magna/ битүүрлийг тойруулж залгах/byrags/ хагалгааг амжилттай хийж,зүүн хөлийн цусан хангамжийг сэргээсэн. Уг хагалгаа нь захын судсанд өөрийн судсыг ашиглаж тойруулж залгах анхны хагалгаа болсон. Уг хагалгаагаараа Монгол улсын ашигтай загварын гэрчилгээ авсан. Хагалгааг А.Х.Рашер,П.Батулуун,Т.Сэргэлэн,Н.Даваацэрэн нар хийсэн.
6. 1999 онд дурангийн тусламжтайгаар зүүн уушгинд байрласан бэтгийг амжилттай авч,монгол улсад анх удаа хийв. Хагалгааг Г.Нямхүү,Д.Цогт,Н.Даваадорж,С.Нэргүй нар хийлээ.
7. 1999 оны 3 сард монгол улсад анх удаа зүүн уушгийг бүтнээр нь тайрах хагалгааг дурангийн тусламжтайгаар Г.Нямхүү,Д.Цогт,Н.Даваадорж нар амжилттай хийлээ.
8. 1999 оны 4 сард цавины ивэрхийг синтетик ивэрхий нөхөгч “Plug”-ыг ашиглаж,нөхөх хагалгааг монгол улсад анх удаа хийв. Хагалгааг Копорадагийн Их сургуулийн профессор А.Нортон,мэс засалч П.Батчулуун нар хийв.
9. 1998 оны 9 сард элэгний хатууралтай,үүдэн венийн даралт ихсэх хам шинжтэй,улаан хоолой өргөссөн,судаснаас цус алдсан өвчтөнд дэлүү тайрах,Сүгнура процедур,спленоренальные залгаас хийх хагалгааг монгол улсад анх удаа амжилттай хийв.Хагалгааны үр дүн маш сайн байсан.Эмчлүүлэгч нар нь/2 тохиолдол/ одоог хүртэл амьд сэрүүн байгаа. Уг хагалгаагаараа Монгол улсын ашигтай загварын гэрчилгээ авсан. Хагалгааг А.Х.Рашер,П.Батулуун,Г.Нямхүү нар хамтран хийсэн.Одоо ийм төрлийн хагалгаануудыг үргэлжлүүлэн хийсээр байна.
10. 2001 онд элэгний хатууралтай,асчит байнга үүсдэг өвчтөнүүдэд хөнгөвчлөх зорилгоор хөлийн өнгөц венийн судсыг / Vena saphena magna/ хэвлийн гялтан хальстай залгах мэс заслыг анх удаа амжилттай хийж эхлэв. Хагалгааг А.Х.Рашер,П.Батулуун,М.Отгонбаяр нар хамтран хийсэн. Уг хагалгаагаараа Монгол улсын ашигтай загварын гэрчилгээ авсан.
11. 2003 онд Доод мөчдийн цусан хангамж алдагдсан тохиолдолд “Dacron” графт ашиглан гол судсыг хоёр талын цавины артеритай тойруулж залгах хагалгаа,гуяны артерийн аневризм болон гэмтлийн улмаас битүүрсэн гуяны артерийг Gore-Tex графт ашиглан тойруулж залгах хагалгаануудыг амжилттай хийж эхлэв. Хагалгааг П.Батулуун,М.Отгонбаяр, Г.Нямхүү нар хамтран хийв.Эдгээр хагалгааг амжилттай хийснээр П.Батулуун нь 2004 оны Монгол улсын “Шилдэг залуу мэс засалч” болсон.
12. 2004 онд Хэвлийн гол судас атеросклерозын улмаас битүүрч,доод мөчдийн цусан хангамж алдагдсан тохиолдолд гол судсыг нээж битүүрлийг авах /Эндоартерэктомий/ хагалгааг анх удаа

- амжилттай хийж эхлэв. Хагалгааг П.Батулуун, Г.Нямхүү, Л.Амгалан, О.Ганбат, М.Отгонбаяр нар хамтран хийв.
13. 2004 онд шинэ үүссэн бүлэнгээс болж доод мөчний цусан хангамжийг хурц дутагдлын үед яаралтай журмаар “тромбоэмболектими”-г Фогертийн зондын тусламжтай авах хагалгаануудыг амжилттай хийв. Хагалгааг П.Батулуун, Л.Амгалан, М.Отгонбаяр нар хамтран хийв.
14. 2000 оны 5 сард Зүүн талын гол гуурсан хоолойн/левый бронх/ цоорхойг өвчүү, голын зүслэгээр нээж, битүүлж оёх хагалгааг Д.Цогт, О.Ганбат нар амжилттай хийв.
15. 2001 онд Шунт наркозын аргатай хавсран трахейн дунд хэсэгт байрлаж, трахейг бөглөсөн хавдрыг авсан мэс заслыг монгол улсад анх удаа Д.Цогт, О.Ганбат, Л.Амгалан нар амжилттай хийв. Уг хагалгааг амжилттай хийснээр Д.Цогт Монгол улсын “Шилдэг мэс засалч” –аар тодров.
16. 2001 оны 6 сард Гол судасны артери байрласан лимфузелын хавдар томорч/ парагапглиома, түүнээс болж доод хөндийн венийн дотор хананд том хэмжээний бүлэн үүссэн тохиолдолд хавдрыг авч, доод хөндийн венийг нээж, бүлэнг авах мэс заслыг монгол улсад анх удаа А.Х.Рашер, П.Батчулуун, Г.Нямхүү нар амжилттай хийв. Уг хагалгааг хийснээр Монгол улсын ашигтай загварын гэрчилгээ авсан.
17. УКТЭ-ийн мэс заслын тасгийн их эмч П.Батчулуун 2002 онд АНУ-ын Юта мужид байрладаг “Свансоны гэр бүлийн сан”-тай холбоо тогтоон, уг санд Ангиографийн аппаратыг нийлүүлж өгөх хүсэлт тавьсан юм. “Свансоны гэр бүлийн сан”-гийнхан энэ хүсэлтийг хүлээн авч, 937000 ам долларын өртөг бүхий “Siemens” компаний ангиографийн иж бүрэн аппаратыг УКТЭ-т оруулж ирэх нөхцөл бололцоог нээж өгсөн билээ. Уг аппаратыг монгол улсад авчран, суурилуулахад багагүй бэрхшээл тохиолдсон боловч “Свансоны гэр бүлийн сан”-гийн монгол дахь суурин төлөөлөгч Энхтүвшин, их эмч П.Батчулуун, Д.Энхбаяр, Д.Гончигсүрэн нарын шаргуу хөдөлмөр, УКТЭ, ЭМШУИС-ийн удирдлагын дэмжлэг, тусалцаатайгаар 2004 оны 10 сард амжилттай суурилуулж, үйл ажиллагаанд оруулаад байна. Энэ аппарат нь оношилгоо, эмилгээний зорилгоор хэрэглэгдэж байгаа бөгөөд манай эрүүл мэндийн салбарт оруулсан техник, технологийн томоохон хөрөнгө оруулалт юм.

МОНГОЛ АЙЛ ӨРХӨД ТӨРӨЛХИЙН ГАЖИГТАЙ ХҮҮХЭД ТӨРӨХ ДАВТАМЖ

А.Аюурзана, С. Пүрэвсүх, И.Пүрэвдорж, ЭМШУИС

Төрөлхийн гажиг согогтой хүүхдийн эзлэх хувь дэлхийн улс орон бүхэнд харилцан адилгүй байдаг. Судалгаанаас үзэхэд Kennedy (1997) Дэлхийн улс орнуудын нийт нярайн 0.15%- 12.3% -д төрөлхийн гажиг согогтой хүүхэд төрж байна. ДЭМБ-ийн мэдээнээс (Европ, Африк, Ази, Австрали, Америк гэх мэт 16 улсыг хамруулсан статистик судалгаа) үзэхэд төрөлхийн гажиг согогтой хүүхдийн төрөх дундаж давтамж нь 0.7-1.3%, хэлбэлзэл 0.27-7.5% гэж судалжээ. Green (2001) –ийн судалгаагаар давтамж нь дунджаар 2.5 гэж тогтоожээ.

Мөн тодорхой генийн хамслын дүнд төрөлхийн гажиг согог үүсдэг учиртай. Тухайлбал төрөлхийн гажиггүй эцэг эхээс төрсөн уруул ба тагнайн сэтэрхийтэй хүүхдийн дараа гарах хүүхдэд уг эмгэг удамших эрсдэл 5% байдаг байхад пробандаас гадна сибс юмуу эсвэл эцэг эхийн аль нэг нь уг эмгэгтэй тохиолдолд өвчлөх эрсдэл даруй 15-17% болдог байна. (Fogh-Andersen, 1962; Fraser, 1961). Манай орны нөхцөлд П.Эрдэнэчулуун, Д.Оюунцэцэг нарын бүтээлээс өөр энэ талаар судалсан эрдэм судлалын ажил тааралдсангүй. Төрөлхийн гажиг хөгжлийг газар нутгаар нь судалсан бүтээл хараахан тохиолдсонгүй. Иймд энэ талаар цаашид сайтар судлах, шалтгааныг тогтоох шаардлагатай байна.

Судалгааны зорилго:

Монгол айл өрхөд тохиолдох гажиг согогтой хүүхдийн төрөх давтамжийг тогтоох зорилго тавин түүнийгээ хэрэгжүүлэхээр дараах зорилт тавилаа.

Судалгааны зорилт:

Улаанбаатар хотын хэмжээнд төрсөн төрөлхийн гажиг согогтой хүүхдийг ЭНЭШТ болон КНАГ-ийн материал дээр үндэслэн бүртгэж давтамжийг тогтоох

Судалгааны хэрэглэгдэхүүн, арга зүй

Бид судалгаагаа КНАГ-д 2003-2004 оны хооронд төрсөн нийт 5909 төрөлтийн түүхэнд ретроспектив Когорт аргын тусламжтайгаар судалгаа явуулж төрөлхийн гажиг согогтой тохиолдлуудыг бүртгэж авлаа. Уг төрөлтийн түүхийг, кесеров хагалгаагаар, төрөх замаар төрсөн мөн эндсэн гэж бүлэглэн илэрсэн төрөлхийн гажигтай тохиолдлын эмнэл зүйн илрэлийг мөн эхийн асуумжийн хэсгээс уг гажиг согогт хүргэж болзошгүй эрсдэлт хүчин зүйлүүдийг судалгааны картанд дээр тэмдэглэн авч боловсруулсан болно.

Судалгааны үр дүн

2004 онд төрөх замаар хэвийн төрсөн 3399 нярайд Дауны хам шинж 1, гадар бэлэг эрхтний гаж хөгжил 4, гигант (хэт том нярай) 3, хөгжлийн хоцрогдол 14, доод үүдэн шүд том мөн зөөлөн ургацагтай 1, уруул ба тагнайн сэтэрхий дангаараа болон хавсарсан 9, чихрийн шижингийн үеийн ургийн гаж хөгжил 1, стигмы дисэмбриогенеза (хоёр нүдний зай хол, чих дор байрлалтай, хамар навтгар) 1, крипторхизм 1, гадар чихний дутмаг хөгжил 2, пневмопатия 4, гидроцефалия 1, синдактилия 2, полидактилия 2, гастрошизм 2, стигмы дисэмбриогенеза (хоёр нүдний зай ойртсон, гарын алга хөндлөн зураастай) 1, хөлийн үл гөлгөр зураасгүй 4, Эрба-Дюшены хам шинж 1, идээт цэврүүтэх эмгэг 1, стигмы дисэмбриогенеза (хүй дор байрлалтай, хөлийн өлмийд нэг зураастай, их уруул бага уруулаа хучаагүй ангайсан) 2, гилжгий хүзүү 1, стигмы дисэмбриогенеза (хүзүү богино, мөр өргөн) 1, эгэмний гаж хөгжил 1, стигмы дисэмбриогенеза (арьс бэлчгэр, хаван ихтэй, алга улны зураас цөөн, крипторхизм, тасалданги чангаар яраглан уйлна,) 1 тус тус илэрсэн байна.

2004 онд кесеров хагалгаагаар төрсөн нярайн төрөлтийн түүхэнд дүн шинжилгээ хийхэд стигмы дисэмбриогенеза (перомелия) 1, идээт цэврүүт тууралт 1, хөлийн үл гөлгөр үрчлээсгүй 6, хүзүү гилжгий 5, ургийн хөгжлийн хоцрогдол 6, түнхний мултрал 3, чихний дэлбээ хэлбэржээгүй 1, Муурын орилоон хам шинж 1, стигмы дисэмбриогенеза (тасалданги чанга дуугаар уйлна, хамар навтгар, мөр хавчиг, хүй дор байрлалтай, мөчид богино, дух дөрвөлжин хэлбэртэй, гипотелоризмтай, шувуун цээжтэй, хоёр хөхний хоорондох зай ойрхон, хөхний товч хавтгай, толгойн ясжилт зөөлөвтөр, толгойн заадсууд салсан) 1, уруул, тагнайн сэтэрхий хавсарсан ба дангаараа 1, гадар бэлэг эрхний гаж хөгжил 5, крипторхизм 1, чихрийн шижингийн үеийн ургийн гаж хөгжил 1, төрөлхийн идээт эпидермолиз 1, синофриз 1, хушига үсжилттай 1, пневмопати 2, стигмы дисэмбриогенеза (амьсгал өнгөц сул, толгой их биетэй харьцуулахад том, мөчид богино, гарын сарвууны хэлбэр зөв бус, 2 хөлийн тавхай дотогш майга, цээжний арьсанд цэгчилсэн цус харвалттай,) 1, стигмы дисэмбриогенеза (нүүр ба хүзүүгээр улаан пигменттай, микрогнатия, нүдний алим зүүн талд тэмтрэгдэхгүй,) 1, хэт том нярай 3, стигмы дисэмбриогенеза (хоёр хөлийн арьс булчин шилбэ ба шагайн хэсгээр дутуу хөгжилтэй) 1 тус тус илрэв.

2004 оны нас барсан 29 нярайд чихний дутуу хөгжилтэй 2, Дауны хам шинж 1, Пневмопати 10, Ахондроплази 1, Гидроцефали 1 тус тус бүртгэгдэв.

2003 оны кесеров хагалгаагаар төрсөн 1214 нярайд гемангиом 1, хөгжлийн хоцрогдол 13, пневмопати 4, фемоз 1, Дауны хам шинж 1, хэт том нярай 3, стигмы дисэмбриогенеза (анус битүү, гермафродитизм, майга тавхай,) тархи нугасны эвэрхий 1, чихрийн шижингийн ураг 1, гадар бэлэг эрхтний дутмаг хөгжил 1, стигмы дисэмбриогенеза (хэл баруун талдаа 0.5-0.8 хэмжээтэй ургацагтай, хэл богино, хэлний үзүүр хөвчний түвшинд салаалсан, доод эрүү буйл тэгш бус) 1, крипторхизм 1, хөлийн үл гөлгөр үрчлээсгүй 4, Эрба-Дюшены хам шинж 1, майга тавхай 1, полидактили 1, дээд уруул ба тагнайн хавсарсан сэтэрхий 1, стигмы дисэмбриогенеза (хүзүү гилжгий, толгойн хэлбэр зөв биш,) 1, стигмы дисэмбриогенеза (гипотелоризм, 2 гарын алганд тасархай хөндлөн зураастай, төмсөг хушгиндаа буугаагүй, фемоз) 1 тохиолдлоо.

Дүгнэлт:

Судалгаанаас үзэхэд 30 дээш насны эмэгтэйчүүдэд, айлын 1-3 дэх хүүхдэд гажиг илрэх нь олонтоо ажиглагдаж байна.

Кесеров хагалгаагаар төрсөн эхчүүдэд 31-36 насныхан зонхилж байхад төрөх замаар төрсөн эхчүүдэд 21-26 насныхан илүү давамгай байна.

Нярайн эндэгдлийн 47.8%-ийг пневмопати эзэлж байна. Төрөлхийн гажиг хөгжил 30-аас дээш насны эмэгтэйчүүдэд, айлын 1-3 дэх хүүхдэд илрэх нь олонтоо ажиглагдаж байна.

THE PREVALENCE OF ANOMALLY STRUCTURE AMONG MONGOLIAN CHILDREN

Ayurzana D., Purevsukh S., Purevdorj I

In order to identify the rate of anomaly structure we determined the prevalence of anomaly structure of newborn, and we carried out the studies. A retrospective analysis was made of all newborn during 2003-2004. It's common to occur a new born with anomaly structure from the pregnant women who had any kind of disease in age over 30, also it was directly depended on mother's pregnancy numbers. It's shows that it's necessary to study the prevalence of this anomaly structure among the population in detail.

БӨӨРНИЙ ГАРАЛТАЙ ЦУСНЫ ДАРАЛТ ИХДЭХ ӨВЧНИЙГ ЦӨМИЙН ОНОШЛОГООГООР ЯЛГАН ОНОШЛОХ

Б.Энхтуяа¹, С.Эрдэнэчимэг¹, Б.Мөнхжаргал¹, Ж.Тамир²,
1.УКТЭ, 2.ЭМШУИС

Бөөрний гаралтай цусны даралт ихдэлт нь анхдагч ба хоёрдогчоор бөөрний судасжилтын болон бөөрний цуллагын эмгэгүүдийн үед элбэг тохиолдоно. Мөн сүүлийн үед осол аваар ихэдсэнтэй холбоотой энэ эмгэг олшрох хандлагатай байна.

Бөөрний гаралтай хоёрдогчоор цусны даралт ихдэх өвчин үүсгэдэг эмгэгүүдэд: Гломерулонефрит, Судасны Дисплази, Сахарный Диабет, Аномалий, холбогч эдийн болон Аутоиммунный эмгэгүүд, Системный Васкулит, ховор тохиолдолд хавдар дарах зэрэг орно. Бөөрний артерийн судасны нарийслаас үүдэлтэй даралт ихдэлтийг оношлох "Алтан стандарт" нь рентген тодосгогч бодистой артерийн ангиографи билээ. Энэхүү ангиографи тромбоз, гематом, судас гэмтээх зэрэг хүндрэл өгдөг, мөн даралт ихддэг хүн болгонд тийм ч байнга хэрэглэгддэг шинжилгээ биш юм. Иймд орчин үеийн анагаах ухаанд энэ өвчний оношлогоо өндөр ач холбогдолтой бөгөөд цусгүй шинжилгээний арга болох Каптоприл ренограммын аргыг бөөрний гаралтай артерийн даралт ихдэх өвчний оношлогоонд өргөн хэрэглэж байна.

Шинжилгээний зорилго

Бөөрний артерийн нарийсалт, бөөрний паренхимаас шалтгаалсан 2 дагчаар цусны даралт ихдэх өвчнийг ялган оношлоход оршино Үг шинжилгээний мэдрэг чанар 92%, өвөрмөц чанар 98% (Dondi, et, al) байдаг.

Онолын үндэслэл

А. Каптоприл нь судас өргөсгөх, антигипертоник /ACE/ үйлчилгээтэй. Бөөрний артерийн нарийсалтын үед ACE нь ангиотензин үүсгэхэд хориг болж эргэлдэх цусан дах ангиотензин 2-ыг эрс багасган, артерийн судсыг өргөсгөж, судасны хананд эластофиброз, гиалиноз үүсэх явцыг саатуулна.

- Б. Каптоприлийн сорилын дүнд бөөрний цусан хангамж түүний дотор сувганцаруудын цусан хангамж сайжирснаар бөөрний эд эсийн үйл ажиллагаа хэвийн болдог.
- В. Артерийн судасны агшилт, нарийсал арилснаар /өөрөөр хэлбэл судас өргөссөнөөр / бөөрний түүдгэнцэрийн шүүрэл ялгаралт багасана.

Бөөрний түүдгэнцэрийн шүүрэл ренин нь элгэнд ангиотензин-1 болох ба уушганд ангиотензин хувиргагч ферментийн нөлөөгөөр ангиотензин-2 болно. Энэ нь судасыг маш хүчтэй агшаагч ба ялангуяа захын судас, түүн дотор түүдгэнцэрээс гарах артерийн судсыг хүчтэй агшаадаг. Иймд бөөрний түүдгэнцэрийн шүүрэл ялгаралт муудахад бөөрний эд эсийн цусан хангамж багасах, бөөр жижгэрэх, бөөр сорвижих үйл явц болно.

Каптоприл Ренограммын аргын онолын үндэс нь Каптоприл буюу ACE-н нөлөөгөөр бөөрний түүдгэнцэрийн даралт багасч түүдгэнцэрийн шүүрлийг зохицуулан түүгээр дайрч өнгөрөх цацраг идэвхт бодисын хэмжээ багасдагт үндэслэгдэнэ.

Судалгааны арга зүй

Бид артерийн даралт ихдэх өвчтэй 45-аас доош настай, экскреторный урограммд нарийслийн шинж тэмдэг илэрсэн өвчтөн, мөн бөөрний суурь эмгэгтэй хүмүүсээс сонголт хийж 30 өвчтөн /эрэгтэй 19, эмэгтэй 11, дундаж нас 17-45/ байв. Бүх өвчтөнд суурь ренограмм, каптоприл ренограммыг хийсэн ба өвчтөндөө 48-72 цагийн дотор АСЕ болон шээс хөөх эмийг хэрэглэхгүй байхыг зөвлөдөг. Өвчтөнд шинжилгээнээс нэг цагийн өмнө 0.25-0.5 мг каптоприл уулгаж, 10 минут дутамд даралтыг хэмжинэ, 3-8 mCi (110-148 MBq) Tc 99m DTPA судсаар тарьж 2 секундын интервалаар 60 сек-ийн зураг, 30 сек –ийн интервалаар 25 минутын зургийг SPECT камерт авсан.

Үр дүн

Гамма сцинтиграмм дээр бөөрний судасны нарийслийн гол илрэл нь цацраг идэвхт бодисын шингээлт ба бөөрний цусан хангамж хоёрын хоорондын өөрчлөлтөөр илэрнэ. Өөрөөр хэлбэл бөөрний судасны нарийсалтай хэсэгт илэрхий цусан хангамж багасаж, шингээлтийн хугацаа уртсана. Энэ нь кортикт хориг үүсч түүгээр дайрч өнгөрөх циб-ын хугацаа уртсаж, ялгаруулах үйл ажиллагаанд саатлын шинж илэрч гардаг. Энэ нь Ренограммын амплитуд буюу ерөнхий өндөр намссан мохоо ирмэгтэй, ялгаруулалтын үе шат удааширсан зураглалтай байлаа.

Үүнд: T max => 6 мин, T1/2 = >30 мин-аар уртсаж байв.

Мөн түүдгэнцэрийн фильтраци 12-20мл / мин –аар багасаж байв.

Бөөрний суурь өвчтэй, бөөрний цуллагийн гаралтай даралт ихдэлттэй хүмүүст бөөрний үйл ажиллагааны зарим үзүүлэлтүүд, ялгаруулалт илэрхий сайжирч ирсэн зураглал илэрч байна.

Үүнд: T max =< 5 мин, T1/2 =<25 мин

Харин бөөрний бус гаралтай цусны даралт ихдэлт болон хэвийн хүмүүст дээрхи өөрчлөлт илрээгүй.

Дүгнэлт

Шинжилгээнд хамрагдсан хүмүүсээс 4 өвчтөнд бөөрний артерийн судасны нарийсал байх магадлал өндөр гарч ангиографи хийлгэж, 3 өвчтөнд анхдагч нарийсал /2 нь баруунд, 1 нь зүүн бөөрөнд/ байгаа нь батлагдсан.

Цусан хангамжийн фаз 2 бөөрөнд жигд бус, нарийсалтай талын бөөрний цусан хангамжийн харьцаа, шингээлтийн зэрэглэл 10-20%-аар багассан.

23 өвчтөнд бөөрний цуллагаас гаралтай буюу, хоёрдогч артерийн даралт ихдэх өвчин байгаа нь тогтоогсон.

Иймд каптоприл сорил нь ангиографи хийхийн өмнө бөөрний судасжилтын эмгэгийг эрт илрүүлэх энгийн, цусгүй, ач холбогдолтой арга болох нь харагдлаа.

NUCLEAR MEDICINE DIAGNOSTIC FOR RENO-VASCULAR HYPERTENSION

B.Enkhtuya, S. Erdenechimeg, J.Tamir, B. Munkhjargal

Arterial hypertension is caused mainly by renal diseases. Conventional angiography is "Gold standard" has been used to diagnose renal artery stenosis in adult. However because of its invasiveness, can not be utilized as screening test in all patients suspected to have renal artery stenosis.

The aim of the study was to identify the role of captopril renography in hypertensive patients suspected of having renovascular hypertension.

We retrospectively evaluated 30 patients: 13 men, 17 female between 19-45 years old, all of them presented with blood pressure readings 160/100. All patients underwent baseline radionuclide renography and captopril interventional renography. 110-145 MBq (3-5mCi) Tc-99m DTPA was injected intravenously. The intervals of first 60 seconds of acquisition time is 2 seconds per frame, then every 30 seconds / frame for 25 minutes with multi SPECT.

In comparison with basal renography the captopril renography was considered as positive following these criteria: The size of ischemic kidney was decreased, the clearance rate at 20 min decreased more than 10%, the peak time of ischemic kidney was significantly delayed.

In 4 patients find out moderate to high probability of renovascular hypertension, 23 patients with impaired parenchymal function.

ЗАХЫН АРТЕРИЙН НАРИЙСАЛ – БӨГЛӨРӨЛ

Г.Тогтох., Д.Энхтуяа /УКТЭ/

Захын артерийн нарийсал – бөглөрөлт нь ихэвчлэн дараахь эмгэгүүдийн үед тохиолддог.

1. Атеросклероз
2. Бөглөрөлтөт тромбангиит
3. Өвөрмөц бус аортоартериит
4. Чихрийн шижингийн микроангиопати
5. Эмболийн дараах болон гэмтлийн окклюзи
6. Рейногийн өвчин

Атеросклероз нь том ба дунд зэргийн артерийн судасны хананд өөх тос, уураг – апопротеин, нийлмэл нүүрс ус, моноцит, кальцийн давс шигдэн хуримтлагдаж түүнийг шархлуулан, фиброз үүсгэн уян хатан чанарыг алдагдуулан судсыг нарийсган цусны урсгалыг саатуулдаг.

УКТЭ-н ЗСК – д 2003 онд захын судасны атеросклерозын бөглөрөлтөөр өвчлөгсдийг нас хүйсээр ангилсан судалгаа /хүснэгт 1/

45-54 нас		55- 64 нас		65-74 нас	
Эр	Эм	Эр	Эм	Эр	Эм
1.8	0.6	5.1	1.9	6.3	3.8

Бөглөрөлтөт тромбангит= Бюргерийн өвчин = Бөглөрөлтөт эндоартериит

Жижиг, дунд зэргийн артери мөн венийг үрэвслийн гаралтай гэмтээх тромб үүсгэн судасны хана полинуклеар инфильтраци болж тромбыг тойрон эндотелийн ургац үүсэн өгсөх замаар судсыг гэмтээдэг халдвар харшлын өвчин юм. Артерийн өвчний эмнэл зүй – 1999 оны Фонтайны ангилалаар:

1. Эхний буюу спастический период
2. Бөглөрөлтөт буюу эзнэгшлийн шат. Гол эмнэл зүйн шинж тэмдэг нь хазагнах
 - А. 200 м –ээс дээш зайд өвдөлт илэрнэ.
 - Б. 200 м хүрэхгүй зайд
3. Декомпенсацийн үед буюу тайван, шөнийн цагаар өвдөлт өгч, үс хүмс үхжиж унана.
4. Шархлаа - үхжилтийн үе

/хүснэгт 2/

Ялгах шинжүүд	Атеросклерозын бөглөрөлт	Бөглөрөлтөт тромбангицийн бөглөрөлт
Эрсдэлийн хүчин зүйл	Гиподинами, Таргалалт, Тамхи	Тамхи, Халдвар, Хордлого, Гэмтэл
Нас	40-с дээш	40- с доош
Эмнэл зүйн явц	Зөөлөн алгуур, улирлын шинж чанаргүй	Үе үе хурцдан улирлын чанартай
Арьс	Цайвар, хуурай	Хөхөлбөр, чийлэгдүү
Симмеричный	Ховор	Голдуу
Дагалдах өвчин	ЭАГ, ХИБС, чихрийн шижин, таргалалт	Ходоод гэдэсний шархлаа, неврастени
Харшлын анамнез	-	+
Тайван, шөнийн өвдөлт	Сүүлийн шатанд	Эхний шатанд
Гиперхолестеринемия	+	-

Оношлогоо:

1. Электротермометри
2. Капилляроскопи, капиллярографи
3. Допплерографи
4. Ангиографи

№	Ангиографические признаки	Атеросклероз	Тромбангит
1	Поражение аортоподвздошной артерии	Часто	Редко
2	Извитость и расширение проксимальных сегментов аорты и подвздошной артерии	Часто	Нет
3	Равномерное сужение проксимальных сегментов	Нет	часто
4	Состояние бедренной артерии	Неровность, стеноз бифуркации	Равномерное сужение
5	Коллаттерам	Крупные, прямые, хорошо развитые	Мелкие, извитые

Эмчилгээ:

Атеросклероз	Тромбангит
1.Хэвтрийн дэглэм орны толгойг 15-20 см өндөрлөнө. 2.Тамхи эрс хорих	
1. Гиперлипипротинемийн эмчилгээ - клофибрат - никотины хүчил - холестрамин - липомерз ретарт	1. Тромбоксании ингибитор - аспирин - салицилати - метондол
2. Деагергантууд - аспирин - карзолбене - курантил - трентал - гепарин	3. Кальцийн антигонист - нифедипин - кордарон
4. Антиоксидантууд - Витамин Е - Вимаин С	3. Судас өргөсгөх - Пентоксифиллин - Миолитики - Ношпа - Папаверин
Судас сэтгүүрдэх эмчилгээ Лизис - тромбо хайлуулах - стрептокиназа артериз шууд шахна - урокиназе – 12-24 цаг в/а хийнэ.	

Дүгнэлт:

Атеросклерозын гаралтай захын судасны бөглөрөлт өвчин сүүлийн шатанд хүндрэх маягаар оношлогдож байна. Иймээс хөл гар даарч хөрөх, бадайрах шинж тэмдгийг онцгойлон анхаарч аль болох эрт хугацаанд атеросклерозын эсрэг эмчилгээг эхлэх шаардлагатай байна.

PERIPHERAL ARTERIAL OCCLUSION AND STENOSIS

Peripheral arterial occlusion with atherosclerotic origin complicated in terminal stage. Therefore if is necessary specifically notice the symptoms / feeling cold on upper and lower extremities / and treat patients in early stage of atherosclerosis.

Дээрхи өвчнүүдээр тус тасагт хэвтэн эмчлүүлэгчдийн тохиолдлыг танилцуулья

Өвчтөн Юндэн овогтой Гансүх 47 настай, эрэгтэй

Хэнтий аймгийн харъяат, ажилгүй

Хэвтсэн - 2002.10.05

Гарсан - 2002.10.18

Ирэх үеийн зовиур : хөлөөр чинэрч бадайрч, янгинаж өвдөнө. Хөл, гар даарна, хөрнө. Өвдөлт 200м зайд илэрнэ. Сүүлийн үед зүрхээр хатгуулж, толгой өвдөнө.

Anamnesis morbi 1988 онд анх хоолой өвдсөний дараа дээрхи зовиур илэрч, түүнээс хойш жилд 1-2 удаа хэвтэн эмчлүүлдэг. Гэрээр аспирын хэрэглэж байгаад ирсэн.

Anamnesis vitae: корь +/-, архаг тонзиллит С, тамхи +/-, удамшил -/-

Бодит үзлэг: 2 хөлний арьс хөхөлбөр туяатай, цэвэр. Барихад хүйтэн. Хөлний хумс хатуурч, өнгө нь хөхөлбөр шар болсон. Хөдөлгөөний дараа арьс улам цайрна, өвдөлт ихсэнэ. Бусад эрхтэн системээс илрэх онцын эмгэг үгүй.

Шинжилгээнд:

ЦЕШ нь - 112г/л, СОЭ – 18 мм/ц

Коагулограмма – АВР 38 сек, АПТВ 28 сек

ЗЦБ – синусын тахикарди

Рентгеноскопид - архаг бронхит

Эход – архаг пиелонефрит

Зовиур, бодит үзлэг, ЗЦБ үндэслэн:

DS: Облитерирующий тромбангит нижних конечностей в стадии обострения, ФК II ст

Эмчилгээ:

1. Sol.NaSal 10% - 10 ml в/в 12 цагаар

2. Sol Vit PP 1% - 2 ml в/м

3. Sol. Реополиглюкин 200 мл

Sol. Гепарин 5000 Ед в/в дуслаар №7

Өвчтөн Долгорсүрэн 71 настай, эмэгтэй

Шарын голын харьяат, тэтгэвэрт

Хэвтсэн – 2002.12.10

Гарсан - 2002.12.26

Ирэх үеийн зовиур: Толгой эргэнэ, огиулна, цусаар бөөлжинө, хоолонд дургүй, зүрхээр хатгуулна, дэлсэнэ, 2 хөлний тавхай шилбээр маш хүчтэй өвдөнө, унтаж чадахгүй байгаа, хөл их даарна.

Anamnesis morbi АД ихэсдэг болоод 10 гаруй жил болсон. Сүүлийн үед зүрхээр өвдөж байгаа, хөлөөр өвдөөд 2 сар орчим болж байгаа, өвчин намдаах эм тогтмол хэрэглэнэ унтаж байсан.

Anamnesis vitae: Тамхи татдаг

Бодит үзлэг: Биеийн ерөнхий байдал хүнд харагдах салст арьс анемичный, 2 хөлийн сарвууны хэсгээр арьс нь хатуурч шархалсан, хумс нь унасан, хөлийг барихад хүйтэн, хавантай. Зүрхний авиа бүдэг жигд, оройд зөөлөн агшилтын шуугиантай, ЧСС- 72, АД- 180/90. Уушиг 2 талд цулцангийн амьсгалтай Хэвлий – аюулхайд эмзэглэлтэй, элэг дэлүү тэмрэгдэхгүй.

Шинжилгээ:

ЦЕШ – Нв – 92г/л, СОЭ – 20 мм /ц

ШЕШ – уураг 0.138 г/л, лейкоц 2-4 х/т

БАК – сахар – 72 мкмоль/л, холестерин – 200, нийт уураг – 58, альбумин – 42

ЗЦБ – диффузная дистрофия миокарда, гипертрофия ЛЖ

Коагулограмма – АВР – 32сек, АПТВ –33.2 сек

Рентгеноскопия желудка – язва в малой кривизне

Рентгеноскопия – хр бронхит, аорта склерозирована, сердце – увеличен левый желудочек

Эход - архаг пиелонефрит

DS: Атеросклеротический кардиосклероз, ХИБС – стенокардия напряжения, ФК II, ЭАГ III а ст, облитерирующий атеросклероз, НК IIIст Язва желудка, постгеморрагическая анемия

Эмчилгээ:

1. Нитросорбид 5 мг 1*2

2. Допегит 25 мг 1*2
3. Sol Гепарин – 5000 Ед * 12 цагаар п/к
4. Sol Vit PP 1% -2 мл в/м
5. Sol АТФ 1% -1 мл в/м
6. Sol ГИК 200 в/в дуслаар №2
7. Sol Плазма 150.0 мл в/в №2

THE PREVALENCE OF *HELICOBACTER PYLORI* INFECTION AMONG TEENAGE POPULATION AND PATIENTS WITH UPPER GASTROINTESTINAL DISEASES IN MONGOLIA

N.Tuul¹, Kh.Ouyntsetseg², Ts.Sarantuya², N.Bira², B.Suvd³, S.Ganbold⁴, G.Enkhdolgor², B.Tsengel¹, R.Ouynkhand²

Department of Gastroenterology¹, University Hospital; Department of Gastroenterology²; Health Sciences University; Mongolian Center of Pathology³, National Center of Forensic Investigation⁴, Ulaanbaatar, Mongolia

Background

Helicobacter pylori infects more than half the population of the world. The prevalence of *Helicobacter pylori* in otherwise healthy individuals varies, depending on age and country of origin. The infection is typically acquired in childhood. In developing countries, most children are infected by age 10, whereas in developed countries, there is clear age-related increase in prevalence, which likely represents a cohort phenomenon and not continuing acquisition.

Most are unaware that they are even infected. They remain asymptomatic throughout life and survive without any harmful infection-related clinical manifestations. *Helicobacter pylori* infection is considered the leading cause of gastric mucosal inflammation.

Aims

The purpose of this study was to assess of prevalence of *Helicobacter pylori* infection among the healthy adolescents and patients with chronic disease of upper gastrointestinal tract in Mongolia.

Study objectives

1. To determine the prevalence of *Helicobacter pylori* infection among the teenage populations in Mongolia and to study of the influence of residing hygienic condition to the *Helicobacter pylori* infection.
2. To define the occurrence of *Helicobacter pylori* infection among patients with chronic disease in upper gastrointestinal tract.
3. To determine genotype IceA1, IceA2 of *Helicobacter pylori* among patients with chronic gastritis.

Methods: This study involved comparatively healthy 200 adolescents (mean age 16.4, boys/girls 100/100), and 160 patients with chronic gastritis (mean age 41.2, F/M 84/76); 195 patients with gastroduodenal peptic ulcer (mean age of 38.5, F/M 78/117) and 172 patients with gastroesophageal reflux disease (mean age of 39.7, F/M 79/93), as well as samples of gastric biopsy tissue of 36 patients who had *Helicobacter pylori*-associated chronic gastritis. Diagnosis of all the client was confirmed by clinical analysis and upper gastrointestinal endoscopy with serial tests of detection of *Helicobacter pylori*, such as the determination of IgG anti- *Helicobacter pylori*, biopsy ureasa test histological method. In the 36 case of presence of *Helicobacter pylori* was made Polymerase Chain Reaction for detection of genotype IceA1 and IceA2 of *Helicobacter pylori* alleles, also was realized polyacrylamid gel electrophoresis on DNA slice of 250 and 334 pair nucleotides.

Study result and discussion

The 63.5% of 200 comparatively healthy adolescents were diagnosed as they had infection of *Helicobacter pylori* without any dyspepsia and mucosal defects. Those who lived in gers the percent-

age of *Helicobacter pylori* infected was 78%, for those children who live in good living at apartments were infected 49%. It may be suspected that poor living condition is an influencing factor in getting infection of *Helicobacter pylori*, because most of (78%) adolescents from poor area had the infection. Such change in tenor of life, undoubtedly creates conditions for *Helicobacter pylori* -infection in various ways including oral and fecal and oral ways in a family.

Helicobacter pylori infection causes gastric inflammation and is linked to the development of duodenal and gastric ulceration, gastric atrophy and gastric cancer. In our study 68.8% of total 160 patients with gastritis had a chronic gastritis type B, and 15.6% - chronic gastritis type C, 15.6% - combined type B+C. Gastritis type A had not determined. Histologically was confirmed 21.8% - superficial inflammation, 64.5% - active pangastritis, 38.2% - erosive gastritis, and 40% - atrophic gastritis. Notably, 56% of young and middle aged people had diffuse atrophic inflammation with intestinal metaplasia. Autopatogenesis of chronic gastritis was associated with *Helicobacter pylori* infection in 83.3%. Among 195 patients confirmed 34.7% duodenal ulcer, 65.3% gastric ulcer. *Helicobacter pylori* infection was determined in 82.6% of patients with gastric ulcer, and 96.7% of patients with duodenal ulcer. Most of patients (51.5%) who suffered from gastric ulcer had atrophic changes. 28.4% of those patients had diffuse atrophic inflammation especially in the cardial part (16.2%) and in the body (7.0%) of the gastric. Also morphologically, dysplasia of 2 and 3 grade were found in 17.5% of patients with gastric ulcer. Patients with duodenal ulcer had experienced this changes 3.65 times less than gastric ulcer patients ($p < 0.001$). There was not any correlation between severity of morphological changes and patient age or sex ($\chi^2 = 64.68$, $p < 0.0001$).

European *Helicobacter pylori* consensus recommended that patients with gastroesophageal reflux disease be tested and treated for *Helicobacter pylori* infection before undergoing chronic PPI treatment. In our study the detection of *Helicobacter pylori* infection was in 55.7% GERD patients, but the presence of bacterial invasion among those patients depends on related gastroduodenal pathology. Frequency of *Helicobacter pylori* infection among GERD patients is represented as following: in patients with symptomatic gastroesophageal reflux - 25%, in patients with reflux esophagitis - 36%, in patients of reflux esophagitis, combined with gastritis - 72%, and in cases of reflux esophagitis with ulcer disease -90%.

Helicobacter pylori is one of over 20 micro organisms for which complete sequences data are publicly available. During our study not found any case of *lceA1* and *lceA2* combination, also *lceA2* allele. Results of PCR exam show that 6 of 36 biopsy samples had *lceA1* allele.

Conclusion

The prevalence of *Helicobacter pylori* infection among healthy adolescents is high (63.5%) in Mongolia. *Helicobacter pylori* infection acquisition occurs primarily during childhood. The major risk factor for infection is the socioeconomic status of the family during childhood.

Helicobacter pylori infection is the main autopatogenetic reason of many gastroduodenal alterations, including inflammation, ulcers, atrophy, metaplasia and dysplasia.

ЭЛЭГНИЙ ХАТУУРАЛ ӨВЧНӨӨР НАС БАРАГСДЫН ШАЛТГААН ХҮЧИН ЗҮЙЛ

О.Доржханд /ЗХКТГ/

Элэгний архаг өвчин, элэгний өөхлөгт үрэвсэл (стеатогепатит) болон элэгний хатуурал өвчин 20 - 60 насны нийт хүмүүсийн болон амбулатороор эмчлэгсдийн дунд хөдөлмөрийн чадвар алдагсдын өндөр хувийг эзэлдэг төдийгүй, хоол боловсруулах системийн өвчнөөр эмнэлэгт хэвтэж эмчлүүлэгчдийн дотор ч өндөр хувийг эзэлж байна. Элэгний хатуурал нь нас баралтаар төгсдөг хавдрын бүс гаралтай өвчний дотор голлох байрыг эзэлж байна. Ийм учраас элэгний хатуурал түүний шалтгааны судалгаанд анхдагч буюу хөрдогч урьдчилан сэргийлэлт чухал байрыг эзэлдэг. Элэгний хатуурал өвчний шалтгаан түүнийг нөхцөлдүүлэгч хүчин зүйл нэмэгдэх болсон нь эмгэг жамын эмчилгээ харилцан адилгүй болсонтой холбоотой юм. Элэгний хатуурал эмгэгээр өвчлөгсдийн талаас илүү хувь нь (баруун европ, зүүн өмнөд ази, монголд) архийг олон жилийн турш хэтрүүлэн хэрэглэсэнтэй холбоотой үүсэж байна гэж үздэг. Манай улсад ч гэсэн сүүлийн 10 жилд архийг хэтрүүлэн хэрэглэснээр нас барсан өвчтөний тоо, стационарт хэвтэж эмчлүүлсэн

ЭРДМИЙН БИЧИГ-IV

архины гаралтай элэгний хатуурал өвчнөөр нас барсан хүмүүсийн тоо өндөр хувьтай байж, дараа нь вирусээр үүсгэгдсэн (HBV,HCV) хавсарсан, эмгэг жамын тодорхойгүй шалтгаантай элэгний хатуурал орж байна.(15 - 20%)

Судалгааны ажлын зорилго

Энэ судалгааны гол зорилго нь элэгний хатуурал өвчнөөр нас барагсдын шалтгааныг тодорхойлоход оршино.Сүүлийн жилүүдэд элэгний хатуурал өвчнөөр нас барагсдын шалтгааны талаар бичсэн өөрийн орны болон, гадаад орны хэвлэл мэдээлэл хомосхон байгаа юмаа.Энэ судалгааг дүүргийн, клиникийн эмнэлэгүүдэд явуулж болох бөгөөд хамгийн гол нь уг өвчний эмгэг жамын олон шалтгаант байдлаас болж, өвчин өөр өвчний суурь дээр оношлогдохгүй байх зэргийг илрүүлж тогтооход бидний нөгөө нэг зорилго оршино.

Судлагааны арга зүй

Элэгний хатуурал өвчнөөр нас барсан 51 өвчтөн (43 эрэгтэй, 8 эмэгтэй) 1995-с 2004 онд стационарт хэвтэж эмчлүүлсэн (10 жил) өвчтөнгүүд болно. Нийт нас барагсдын 37 буюу (74%) нь задлан шинжилгээ хийгдсэн. 34 буюу (66,7%) -д вирусын маркер буюу (HBsAg ба anti – HCV) тодорхойлогдсон байв.Нас барсан бүх өвчтөнд элэгний идэвхтэй хэлбэрийн архаг хүнд явцтай элэгний хатуурал өвчний шинж тэмдэг, үүдэн венийн даралтын шинжтэй хавсран тохиолдсон байна. Нас барсан өвчтний 32% буюу (62,7%) элэгний оврогын улмаас 6% буюу (11.7%) улаан хоолойн венийн хураагуур судасны өргөсөлтөөс цус алдсанаас, 19 буюу (25.5%) олон эрхтний дутагдлын улмаас (тархи, элэг бөөрний хам шинж, хатгаа,шижин) нас барсан байна.

Элэгний хатуурал өвчнөөр нас барсан өвчтний шалтгаан

Хүснэгт 1

Шалтгаан	Нас барсан өвчтний тоо		Дундаж наслалт
	Тоо	%	
Архидалт	26	50,9	52 ± 21,2
HBV	7	13,7	49± 18,7
HCV	2	3,9	60±3,2
HBV+ архидалт	3	6	70±5,6
HBV+HCV	2	3,9	56±8,1
HCV+архидалт	1	2	66
Шалтгаан тодорхойгүй	10	19,6	56,2±19,4
Бүгд	51	100	58,4±12,7

Нас барсан өвчтөний тоог тоон үзүүлэлтээр 1-р хүснэгтэд үзүүлэв.

2-р хүснэгтэд 2 хувааж 5 жилээр хувааж үзэхэд: Эхний 5 жилд нийт 28466 өвчтөн хэвтэж эмчлүүлсэн. 243 өвчтөн нас барсан. 2 дахь нь 32506 өвчтөн хэвтсэн ба нас барсан. 214 байв. Эхний 5 жил нас барсан 21 өвчтөн бүх нас баралтын 8.6% Дараагийнх 30(14%) байна. Нас барсан өвчтөний 50,9% нь архины архаг хордлогын улмаас нас барсан байсан бөгөөд, дундаж наслалт нь 52 ± 21,2% байв. HBV-р үүсгэгдсэн элэгний хатуурал өвчнийг эс оролцуулан архаг архидалтын шалтгааны улмаас үүссэн элэгний хатуурлаар нас барсан хүний наслалт богино байгаа нь харагдаж байна.Вирусээр үүсгэгдсэн элэгний хатуурал өвчтэй хүний 29,5% дундаж наслалт нь 70,6 ± 8,9 байна.Үүнээс харахад вирусээр үүсгэгдсэн элэгний хатуурал өвчнөөр нас барсан хүмүүс 2 дахин бага бөгөөд, наслалт нь архины шалтгаант элэгний хатуурлаар нас барагсдаас өндөр хувьтай байна. Архины шалтгаант элэгний хатуурлаар нас барагсад сүүлийн 5 жилд өссөн тоо харагдаж байна.

Нас барсан өвчтөнийг 5 жилээр харьцуулсан

Хүснэгт 2

Шалтгаан	1995 - 1999		2000 – 2004	
	Бодит тоо %	Дундаж наслалт	Бодит тоо %	Дундаж наслалт
Архидалт	12	56±18.5	14	52±18.2
HBV	2	49±14.2	5	39±13.0
HCV	–			60±3.2
HBV + HCV	–		2	56±8.1
HBV + Архидалт	1		2	58.2±10.1
HCV+ Архидалт		65±7.1	2	66
Шалтгаан тодорхойгүй	–		1	
	6	58.9±12.6	4	56.6±14.4
Бүгд	21 (100)	57.2±12.6	30(100)	54.9±11.4

Хэдийгээр дээрх хүснэгтэд харьцангуйгаар архидалтын улмаас нас барсан өвчтөний тоо ихэссэн, вирусээр үүсгэгдсэн элэгний хатуурлаар өвдсөн өвчтөнийг бодвол бага байгаа боловч үүнд шалтгаан нь тодорхой бус элэгний хатуурлаар нас барсан өвчтөний тоо өндөр байгааг орхиж болохгүй. Вирусээр үүсгэгдсэн элэгний хатуурлаар нас барсан хүмүүсийн наслалт өндөр, тоо хэмжээ бага байгаа нь уг өвчин нь удаан явцтай, тавилан харьцангуй нааштай байгаа нь харагдаж байна.

Дүгнэлт

1. Архидалтын улмаас элэгний хатуурлаар нас барсан өвчтөний тоо, наслалт багасахгүй байгаа нь анхдагч болон хоёрдогч урьдчилан сэргийлэлт архины улмаас үүсэлтэй элэгний архаг өвчлөлтэй хүмүүст явагдахгүй байна.
2. Элэгний хатууралд хүргэдэг олон шалтгаан байна. Үүний;
 - 1-рт архины гаралтай элэгний хатуурал,
 - 2-рт шалтгаан тодорхойгүй элэгний хатуурал,
 - 3-рт HBV элэгний хатуурал орж байна.

АРХИНЫ ШАЛТГААНТ ЭЛЭГНИЙ АРХАГ ҮРЭВСЛИЙГ КАМЛАРИ ЭМЧИЛСЭН ҮР ДҮН

О.Доржханд /ЗХКТГ/

Архидалтын улмаас элэгний эд эс гэмтэж улмаар элэгний архаг үрэвслийг үүсгэх болсон нь орчин үеийн анагаах ухааны амин чухал асуудал болж байна. Учир нь архидалтаас үүсэлтэй элэгний архаг үрэвслээр өвчлөгчдийн тоо жилээс жилд ихсэж үүнтэй уялдан эмчилгээний асуудал ч гол байр суурийг эзлэх боллоо. Элэгний эд эс архины улмаас гэмтэж ферментийн дутагдалд орж, архины солилцоог явуулах – алкогольдегидрогеназы (АДГ) ба альдегиддегидрогеназы (АЛДГ) хэмжээ багасаж, ингэснээрээ ацетальдегида цусанд ихсэж архидалтын гаралтай элэгний архаг үрэвсэл үүсэх үндсэн шалтгаан болж өгнө. Үүнээс гадна Этанол-н солилцоо алдагдсанаас элгэнд, олон тооны бодисын солилцоонууд алдагдалд орж, элэгний эд эс гэмтэхэд хүргэдэг. Элэг архиар хордосноос липидын солилцоо эрчимжиж, ингэснээр чөлөөт эс(радикал) үүсэн, элэгний эсийн эсрэг удамшлын доголдолтой иммуны тогтолцоо (Т-лимфоцит) чөлөөлснөөр их хэмжээний эсрэг биеийн урвал (TNF-а) явагдана. Ацетальдегида нь Ито-н эсийг идэвхжүүлж ингэснээрээ **коллагена**-ны урвалыг идэвхжүүлэн эрчимжүүлж Купфера-н эсийг идэвхжүүлж, элэгний эсийг хүчилтөрөгчийн дутагдалд оруулж цусгүйжүүлэн улмаар үхжилд хүргэнэ. Ингэж элэгний эс холбогч эдээр солигдон элэгний хатуурал үүснэ. Архинаас үүдэлтэй элэгний өвчнийг дотор нь:

- Элэгний өөхлөлт (стеатоз)
- Архинаас үүдэлтэй элэгний үрэвсэл (алкогольный гепатит)

- Архинаас үүдэлтэй холбогч эдийн нөхөн төлжилт (алкогольный фиброз печени)
- Архинаас үүдэлтэй элэгний хатуурал (алкогсльный цирроз печени) гэж ангилна.

Архинаас үүдэлтэй элэгний архаг үрэвслийг; асуумж, бодит үзлэг, элэгний үйл ажиллагааны сорил болон элэгний эдийн шинжилгээг үндэслэн тавина. Архинаас үүдэлтэй элэгний өвчний эмчилгээ нь хүнд хэцүү бөгөөд хамгийн гол нь өвчтөн архинаас бүрэн татгалзсан байх шаардлагатай. Энэ нь өвчтөний цаашдын тавиланд шууд нөлөөлнө. Өвчтөний хоол тэжээл нь уураг амин дэм микроэлементүүдээр баялаг байх бөгөөд хамгийн гол эмчилгээ нь эмийн эмчилгээ болох элэг хамгаалах (гепатопротектор) эмчилгээ юм. Энэ зорилгоор бид Kamilarī эмийг архидалтаас үүсэлтэй элэгний үрэвсэлтэй хүмүүст хэрэглэсэн юм.

Энэ эм нь Энэтхэгийн Nupal Remedies фирмийн бүтээгдэхүүн бөгөөд найрлагандаа 8 төрлийн ургамлын гаралтай бүтээгдэхүүнийг агуулсан. Энэ нь Флавоноиды (хофитол), наргил модны шүүс, Puvargasi буюу цөс хөөх, Ardraka буюу үрэвслийн эсрэг, Pippali буюу гэдэс цэвэрлэх зэрэг олон найрлагатай ургамлуудыг агуулснаараа эмийн ургамлаар хийгдсэн тангууд дотроо тэргүүлэгч байр суурийг эзэлдэг. Kamilarī нь шарлах өвчнийг эмчлэхэд маш үр дүнтэй юм.

Судалгааны зорилго

Архидалтаас үүсэлтэй элэгний үрэвслийг Kamilarī эмээр эмчлэх, түүний үр дүнг судлах

Судалгааны арга зүй

Элэгний архаг үрэвсэлтэй асуумжаар архийг их хэмжээгээр хэрэглэдэг хүмүүст өвчний шалтгааныг харгалзахгүй (вирус, дархлаа, бодисын солилцоо, эмийн гаралтай) хэрэглэв. Бодит үзлэгт өвчтөнүүдэд мэдрэл сульдалт, биж шинж, арьс салст шарлах зэрэг шинж тэмдэг илэрсэн байв. Оношийг элэгний үйл ажиллагааны сорилд трансаминаз (АлАТ АсАТ) идэвхжил, гамма – ГТП (ГГТП) гаммаглутамилтранспептидаза ферментийн идэвхжил, мөн липидийн солилцооны өөрчлөлт дээр үндэслэв. Үүнээс гадна бүх өвчтөнүүдэд элэгний хэт авиан оношлогоо хийгдсэн болно. Судлагаанд нийт 60 өвчтөн хамрагдсан бөгөөд түүний 50 эрэгтэй 10 эмэгтэй байв. 29 наснаас 65 нас буюу дундаж чансралт нь 47 байв. Нийт өвчлөгсдийн 51 буюу 85% нь баруун хавиргын нумаар хүндэрч өвддөг зовиуртай 58,3% нь гэдэсний биж шинжтэй. Элэгний үйл ажиллагааны сорилд АлАТ 186 ± 57 , АсАТ 118 ± 58 ГГТП 3-с 5 дахин 150 ± 63 билирубин 72 ± 29 байв. Элэгний хэт авиа оношлогоонд бүх өвчтөний элэгний хэт авиа ихэссэн 47% нь элэгний зүүн эрмэг мохоо, 14,3%-д нь элэг томорсон 12,3%-д цөсний хүүдий давхарласан ханатай гэж оношлогдсон.

Судалгааны үр дүн

Өвчтөн бүрт 2 ширхэгээр өдрийн 3 удаа хоолноос нэг цагийн өмнө Kamilarī эмийг нэг сарын турш хэрэглэсэн. Үүнээс гадна зарим өвчтөнүүдэд элэгний бодисын солилцоог сайжруулах зорилгоор амин дэм шингэнүүдийг хэрэглэсэн. Уг эмийг хэрэглэсэн 57 өвчтөн буюу (95%) нь эмчилгээний үр дүн мэдэгдэхүйц гарч, баруун хавирганы нуман доор өвдөх зовиур 55 өвчтөн (91.6%) –д бүх өвчтөнд гэдэсний биж шинж арилсан. Мөн шарлах шинж тэмдэг бүх өвчтөнд арилсан. Элэгний үйл ажиллагааны сорил бүх өвчтөнд эерэг үр дүнтэй гарч 37 өвчтөн буюу (61.6%) трансаминаза үзүүлэлт хэвийн хэмжээнд орсон.

Архидалтаас үүсэлтэй элэгний архаг өвчтэй хүмүүст Kamilarī эмийг хэрэглэсний дараах биохимийн үзүүлэлт

Үзүүлэлтүүд (хэвийн хэмжээ)	60 Өвчтөн	
	Эмчилгээний өмнө	Эмчилгээний дараа (1сар)
АлАТ (0 – 45 ЕД /л)	186 ± 57	45 ± 14,5
АсАТ (0 – 45 ЕД /л)	118 ± 58	68 ± 21
ГГТП (0 – 50 ЕД /л)	150 ± 64	50 ± 14
Билирубин (5 – 21 мкмоль / л)	72 ± 29	21 ± 11

Дүгнэлт

Дээрх судалгаанаас үндэслэн Kamilari эмийг архидалтаас үүдэлтэй элэгний архаг үрэвсэлтэй өвчтөнд хэрэглэхэд өндөр үр дүнтэй байгаа нь харагдаж байгаа бөгөөд, уг эмийг хэрэглэсэн өвчтөнгүүдийн субъектив бодит байдал сайжирч элэгний үйл ажиллагааны сорилын шинжилгээнээс үзэхэд уг эм нь элэг хамгаалах, үрэвслийн эсрэг болон цэс ялгаруулалтыг сайжруулах үйлчилгээ өндөр болох нь харагдаж байна. Түүгээр ч зогсохгүй судалгааны явцад вирусын маркер үзүүлсэн 4 өвчтөнд HBV арилсан үзүүлэлт гарсан. Гэхдээ үүнийг цаашид сайн судлах ёстой. Kamilari эмийг хэрэглэх явцад зөвхөн 2 өвчтөнд дотор муухай болж огиудас хүрэх шинж тэмдэг ажиглагдсан. Гэхдээ үргэлжлүүлэн хэрэглэх явцад дээрх шинж тэмдэг арилсан.

Ихэнх өвчтөнгүүд эмийг хэрэглэх явцад ямар нэгэн сөрөг үр дагавар гараагүй бөгөөд уг эмийг цаашид архидалтаас үүдэлтэй элэгний архаг үрэвсэлд хэрэглэхэд үр дүнтэй болох нь харагдаж байна.

МОНГОЛ УЛСАД ДУРАНГИЙН ОНОШЛОГОО ЭМЧИЛГЭЭ ХӨГЖСӨН ТҮҮХ, ИРЭЭДҮЙН ТӨЛӨВ

М. Намсрай, Г. Нямхүү, В. И. Маслов /УКТЭ/

Хорьдугаар зууны анагаах ухааны хөгжлийн томоохон ололтын нэг бол хүний бие махбодийн хөндийт бүхийл эрхтэнд байгаа эмгэг өөрчлөлтүүдийг дурангийн аргаар шинжлэн оношлож улмаар мэс засал эмчилгээ хийж ирсэн түүхэн замнал байсан бөгөөд хөгжлийн явцад дуран авай, түүнтэй холбоотой багаж, тоног төхөөрөмж, аппарат хэрэгслийг эрхтэн системийн онцлогт тохируулан улам боловсронгуй болгон өөрчлөн шинэчлэж тэр хэмжээгээр эмч эрдэмтэдийн дадлага туршлага өсөн нэмэгдэж хүн ардынхаа эрүүл мэндийн төлөө ариун үйлст оруулсан шинжлэх ухааны үндэстэй томоохон алхам байлаа.

Орчин үеийн анагаах ухаанд нэн шаардлагатай салбарын нэг дуран буюу эндоскоп нь анагаах ухааны салбар болгонд ижил тэгш хөгжиж байна.

Тухайлбал: хүний тархи, цээж, хэвлийн хөндийн эрхтэнгүүдийн эмгэгүүд, бөөр шээсний зам, умай түүний дайвар өндгөвчийн өөрчлөлтүүд, үений хөндийд байгаа төрөлхийн болон олдмол эмгэгүүдийг дурангийн аргаар шинжлэн оношлож мөн тэдгээр эрхтэнд байгаа эмгэгүүдийг дурангийн аргаар шинжлэн оношлож мөн тэдгээр эрхтэнд байгаа эмгэгүүдийн 90-95%-д дурангийн мэс засал хийж байна. Оношлогоо болон мэс заслын дуран нь 30 гаруй нэр төрлийн бөгөөд тэдгээрээс 26 төрөл нь /металл ба уян дуран / манай эмнэлгүүдийн практикт ашиглаж байна.

Дуран нь хөгжлийнхөө явцад оношлогооны чиглэлтэй байснаа дурангийн хэд хэдэн хавсарсан шинжилгээ болж, аажмаар дурангийн жижиг мэс ажилбар хийдэг болжээ. Энэ жижиг мэс ажилбарууд нь дурангийн тусламжтайгаар томоохон мэс заслуудыг хийх хүртэл хөгжлийн замд шилжсэн нь мэс заслын түүхэнд 21-р зуун бол дурангийн мэс заслын эрин үеийг тодруулах хөгжлийнхөө тийм замдаа нэгэнт орсон болохыг дэлхийн олон орны эрдэмтэд хүлээн зөвшөөрч байгаа ажээ.

Орчин үед дурангийн аргаар шинжлэн оношлож эмчилдэггүй тийм эрхтэн систем гэж бараг байхгүй боллоо. Ялангуяа дурангийн мэс засал эмчилгээ нь хэвшмэл мэс заслын аргаа бодвол "Алтан жижиг" эмчилгээ мөн гэж судлаачид /J. Renard, P. Abrams/ тэмдэглэсэн байдаг.

Манай оронд 1921 онд Европ эмнэлгийн суурь тавигдсанаас хойш эдүүгээ 80 жилийн хугацаанд бүхэл бүтэн эрүүлийг хайгаалах тогтолцоо бүрэлдэн хөгжих явцад дурангийн шинжилгээ болон мэс засал эмчилгээ нэгэн адил үүсч хөгжсөн билээ. Тухайлбал 1956 онд клиникийн 3-р эмнэлэгт академич Т. Шагдарсүрэн, дэд эрдэмтэн Сүхбаатар нар ОХУ-ын Красногвардец хэмээх ходоодны металл дурангаар ерөнхий унтуулгын дор өвчтөний ходоодыг дурандаж хорт хавдарыг оношлож байжээ. Тэд бас амьсгалын замын эрхтэнд орсон гадны биетийг мөн дурангаар ерөнхий унтуулгын дор өвчтөний ходоодыг дурандаж хорт хавдарыг оношлож байжээ. Тэд бас амьсгалын замын эрхтэнд орсон гадны биетэйг мөн дурангийн тусламжтайгаар авч байжээ. Хүний гавъяат эмч Н. Лувсанбалдан ОХУ-ын эмч

Л.А. Осоловын удирдлагын дор 1959 онд давсаг дурандаж байсан бол хэвлийн хөндийн эрхтэнгүүдийн эмгэгийг 1966 онд эрдэмтэн

Л. Жигжидсүрэн, 1968 онд Н. Даваацэрэн нар тус тус дурагаар оношлож байжээ. Тухайн үед техникийн нэлээд дэвшил гарсан Япон улсын Олимпус пүүсийн уян дурангаар хоол боловсруулах эрхтэнд үүсэн эмгэгийг дурандаж оношлох талаар эрдэмтэн, эмч Ч. Цэрэннадмид, ЭХБ-гын гавъяат ажилтан Дүгэржав нарын санаачлага хүчин зүтгэл нэлээд амжилтад хүргэсний нэг тод жишээ бол 1968 онд эрдэмтэн эмч Ж. Жамъяншарав нь клиникийн 2-р эмнэлэгт ОХУ-ын доктор профессор Ю. С. Сичаев нар улаан хоолой, ходоод, бүдүүн гэдэсний эмгэгийг уян дурангаар оношлож, зарим тохиолдолд сорьц авч шинжилдэг байсан нь манай оронд хоол боловсруулах эрхтнийг дурандах салбар шинжлэх ухаан хөгжих боломж бий болжээ. Клиникийн 2-р эмнэлэг дээр уян дурангийн үйлчилгээ олон түмэндээ хүрч үйлчилж чадахгүй байсныг харгалзан 1973 онд ЭХЯамны сайдын 164-р тушаалаар дээрхи дурангийн аппаратыг эмч Ж. Жамъяншаравын хамт клиникийн 1-р эмнэлэгт шилжүүлснээр 1973 оны 03-р сарын 18-нд хоол боловсруулах эрхтэнг дурандах анхны кабинетийг байгуулжээ. УКТЭ-ийн хамар хоолойн тасагт 1959-1963 онд гавъяат эмч Цэрэнжав, эмч Дүгэрхүү нар анхны Диафаноскоп хийж байжээ. Хэдийгээр дурангийн техник, технологи боловсронгуй болоогүй байсан ч гэсэн зориулалтын бус дуранг ашиглан шинжилгээ, оношлогоо хийх шаардлага аяндаа гардаг байжээ. Нэгэн жишээ дурдахад 1962 онд эрдэмтэн, эмч Б. Жав давсагны дурангаар умайн эмгэгийг дурандаж оношлож байжээ. Манай ахмад эмч эрдэмтэд дурангийн шинжлэх ухааны ирээдүйг ойлгож ямар их хөдөлмөр гарган мэдлэг, оюун ухаанаа дайчлан ажилладаг байсны нэгэн үлгэр энэ буюу.

Шинжилгээний дураагуудын техникийн дэвшил сайжирч ирсний үр дүнд хамар, зажлуурын хөндийн эмгэг дурандалтыг 1996 онд доктор, профессор Л. Шагдар, гавалын хөндийн дурандалт 1995 онд эмч Б. Мэндбаяр / хоол боловсруулах эрхтэнгийн дурангаар / умайн эмгэгийг дурангаар оношлолт 1995 онд эмч О. Батсүх, үений хөндийг дурандалт 1995 онд С. Отгонгэрэл нар тус тус хийж эхэлсэн байна. Ганц мод гал болдоггүй, ганц хүн айл болдоггүй гэгчээр ахмад эмч нар салбар салбартаа дурангийн шинжилгээ, оношлогоо хийж байсан хэдий ч дуран багажийн хангамжгүйгээс төдийлөн сайн хөгжихгүй байлаа. Ийм учраас хоол боловсруулах эрхтэний дурангийн оношлогооны дамжааг 1978 онд нээснээр одоо манай бүх аймаг, хотууд дурангийн эмчтэй болсон бөгөөд 1989 онд дурангийн тасгийг УКТЭ-т байгуулан эрхлэгчээр Б. Мэндбаяр, уушигний дурангийн эмчээр В.И. Маслов, бөөрний дурангийн эмчээр М. Намсрай, хоол боловсруулах эрхтэнг эмч Т. Тамир, Ө. Нямсүрэн нар тус тус дуранддаг байжээ. Энэ нь дурангийн оношлогоо, эмчилгээний аргыг эмнэл зүйн салбарт цаашид дэвшилттэй хөгжүүлэх анхны алхам байлаа. 1970-аад оноос Герман, Япон, АНУ, Францын эмнэлгийн тоног төхөөрөмж, аппарат хэрэгсэлүүдийн техникийн шинэчлэлтийн үйлдвэрлэл улам боловсронгуй болж эрчимтэй хөгжсөн нь манай оронд дурангийн мэс засал хөгжих таатай боломж бий болжээ. Ялангуяа хоол боловсруулах эрхтэн шинжилгээний дурангаар жижиг мэс ажилбаруудыг эмч нар хийж эхэлжээ. Тухайлбал: Ходоодны урыг дурангийн тусламжтайгаар авч цус тогтоох / Б. Мэндбаяр 1974 /, улаан хоолойн тараагуур судасны өрөгсөлд эм тарих ходоод улаан хоолойноос гадны биет авах, дээрхи гэдэсний том хөхлөгийг сэтгүүрдэх мэс ажилбарыг 1980 оноос Б. Мэндбаяр эмч 4000 орчим хүнд хийсэн байна. Дээрхи гэдэсний том хөхлөгийг сэтлэж зүсээд цөсний ерөнхий цоргоос чулуу татаж авах, ходоодны эрт үеийн хавдарыг дурангаар авах, ходоодноос нэг дор 30 гаруй урыг дурангийн аргаар түүж авах, ходоодны шархыг дурангийн тусламжтай эмчлэх зэрэг мэс ажилбарыг Т. Тамир 1992 онд 40 гаруй хүнд хийсэн байна. Дурангийн тусламжтайгаар тодосгогч бодис ашиглан цөсний ерөнхий цорго, нойр булчирхайн зураг авах, ходоодны шарханд хатаах тариа хийх, цахилган зүү ашиглан сорьц авах, будагч бодис ашиглан дурандах, хагалгааны үед дурандах зэрэг олон талт ажилбаруудыг Т. Тамир, В. И. Маслов /1993/ нар хийжээ. Уушигны эмгэгийг 1978 онд Олимпус пүүсийн уян дуран ашиглан дурандсан бөгөөд 1981 онд уушигны дурангийн кабинетийг байгуулан ажиллажээ. Уушигны болон цагаан мөгөөрсөн хоолойн эмгэгүүдэд тариа хийх, цагаан мөгөөрсөн хоолойг цэвэрлэх, уушигны хэлтэнд хэсэгчилсэн шөнжилгээг дурангийн тусламжтайгаар тодосгогч ашиглан зураг авах, цагаан мөгөөрсөн хоолойн эмгэгийг зүүгээр соруулан сорьц авах, сэтгүүрдэх, цээжний хөндий дурандах, цагаан мөгөөрсөн хоолойн цоорхойн цус алдалт тогтоох, уушигны буглаан зураг авах зэрэг олон

төрлийн шинжилгээ, мэс ажилбарыг тэргүүлэх зэргийн эмч А. И. Маслов, Ц. Жамбалдорж нар /1989/ хийж байжээ. В.И.Маслов 1990 оноос цагаан мөгөөрсөн хоолойн хортой болон хогүй хавдарыг дурангийн аргаар авах хагалгааг 8 хүнд хийжээ. Хүүхдийн өвчинг дурангаар оношлож эмчлэх асуудал насанд хүрэгчдийн дурангийн шинжилгээтэй нэгэн адил анхаарал татаж байв. 1970-аад онд металл дурангаар хүүхдийн уушигны цагаан мөгөөрсөн хоолойн эмгэгийг дурангаар оношлон гадны биет татаж ава ажилбарыг эмч Д. Самбуу, дэд эрдэмтэн Жамъянжав нар хийж байсан бол дасаг дурандах шинжилгээг дэд эрдэмтэн Л. Санжаа хийжээ. Хүүхдийн хоол боловсруулах замын эрхтэний эмгэгийг оношлох уян дурангийн кабинет 1987 онд анх байгуулагдаж эмчээр нь Д. Байгаль ажиллахдаа улаан хоолой, ходоод дээрхи гэдэс, бүдүүн гэдэсний эмгэгүүдийг дурангаар оношлож сорьц авч шинжлэх, гадны биетийг татаж авах, улаан хоолойн нарийсалтыг сэтгүүрдэх эмчилгээнүүдийг хийж байжээ. Дурангийн тусламжтайгаар хийдэг томоохон хагалгааг бөөрний дурангийн мэс заслын дурангийн кабинет байгуулагдсан /1989/ үеэс эхлэлтэй бөгөөд тэр үед шээсний сүв- давсаг, түрүү булчирхай болон бөөрний тэвшний сувгийн эмгэгийг дурандаж оношлох шинжилгээ /Ж. Хорлоо 1987, М. Намсрай 1988 / хийснээр бөөр шээсний доод замын эртэнгүүдийн олон эмгэгийг оношлон дурангаар мэс засал хийж эхэлжээ. Бөөрний мэс заслын эмч М. Намсрай 1989 оны 4-р сараас шээсний сүвний нарийсал, тэвшний суваг, давсаг шээсний сүвний чулуу, гадны биетийг авах дурангийн хаглгаа хийж эхэлсэн бол аажмаар давсагны шарх, хавадр тэвшний сувгийн цоргын цүлхэн зэрэгт дурангийн хагалгааны аргаар мэс азсал хийх болжээ. Тэрээр 1992 онд бөөрний мэс заслын дурангийн хагалгаанд нэлээд төвөгтэйд тооцогддог түрүү булчирхайн эмгэгт дурангийн мэс засал хийж эхэлжээ. Одоо бөөр, шээсний доод болон дээд замын эрхтэний 23 төрлийн эмгэгүүдэд дурангийн 8-9 төрлийн мэс заслыг 2389 өвчтөнд хийгээд байна. Бөөрний мэс засалд бие даасан дурангийн хагалгааны заалыг 1989 онд байгуулсан нь дурангийн хагалгааг цаашид тогтвортой хгжүүлэх боломж бүрдсэнгэж үздэг байна. УКТЭ-н ерөнхий мэс заслын клиникт хэвлийн хөндийг монитор ашиглан дурандах орчин үеийн дурангаар хөдөмөрийг байтар, төрийн шагналт эмч А. Отгондалай, г. Нямхүү, эмч С. Нэргүй нар хэвлийн хөндийн эрхтэний эмгэгийг оношлохын сацуу цөсний хүүдийн чулуу, олгой авах хагалгааг 1994 онд хийж эхэлжээ. 1995 оноос цээжний гялтэнгийн хатуурал, уушигны төрөлхийн болон олдмол уулинхай, зүрхний булчингийн бэтэг, цээжний симпатик мэдрэлийн зангилаа, уушиг тайрах, авах дурангийн хагалгааг эмч Н. Даваадорж, Г. Нямхүү, Ш. Цогт нар амжилттай хийж байна. Тэд дурангийн тусламжтай хэвлийн гуурс тавих, цөсний цорго дурандах, нарийн гэдэсний эмгэг тодруулах, түгжрэлийн дараах хэвлийн наалдац салгах, цөсний хүүдийд гуурс тавих, ивэрхийн хагалгаа хийх зэрэг 18 төрлийн хагалгааг 450 гаруй өвчтөнд амжилттай хийгээд байна. УКТЭ-ийн хамар хоолойн клиникт 1996 оноос архаг идээт этмоидит, архаг урт зажуртас, хамрын хөндийн ур, таславчийн муруйлт, дунд самалдгийн томролт, Калдвелл-Люкийн мэс заслыг дэд эрдэмтэн Ш. Бат- Эрдэнэ, эмч А. Баярсайхан, Л. Бямбасүрэн хийсэн нь бүгд амжилттай болсон байна.

1995 онд дурангийн ахмад эмч Б. Мэндбаяр ходоодны дуранг ашиглан гавлын хөндийд хуралдсан нөж авах хагалгааг эхэлсэнээс хойш 30 орчим өвчтөнд хийсэн нь толгойн дурангийн мэс засал манайд хөгжих суурь тавигдсан бөгөөд хэрэв зориулалтын хагалгааны дурантай бол мэдрэлийн мэс заслын олон өвчинг дурангаар эмчилж болох боломж ойрхон байгаа нь ойлгомжтой юм. ЭНЭШТөвийн эмэгтэйчүүдийн практикт 1995 онд умайн хавадар, өндгөвчийн уйланхай хавдар, үргүйдэл болон төрөлхийн гажгууд, хагалгааны дараах наалдац, салгалт зэрэг 20 гаруй өвчинд эмэгтэйчүүдийн дурангийн тусламжтайгаар тэргүүлэх зэргийн эмч О. Батсүх 650 хүнд хийсэн бүгд үр дүнтэй болсон байна.

Гэмтэл согогийн клиникт 1998 оноос үений дурангийн оношлогоо, мэс засал эмчилгээ эхэлсэн бөгөөд өвдөгний үенд менискоэктоми, хондроматоз авах, гадны биет авх, урд чагтан холбоос сэргээх, синовэктоми, лигаментопластик, шагайн үений хондроматоз авах, үе угаах, тохой тонх, шагай үений гадаргуун бүтцийг оношлох мөрний үений холбоос сэргээх зэрэг дурангийн 10 гаруй төрлийн мэс заслыг тэргүүлэх зэргийн эмч С. Отгонгэрэл 200 гаруй хүнд хийжээ. / С. Отгонгэрэл/ Хэдийгээр өндөр үнэтэй ч гэсэн богино хугацаанд өвчтэй хүнийг эрүүлжүүлэхэд үр ашигаа өгдөг дурангийн багаж тоног төхөөрөмжийг өөрсдийнхөө зүрх сэтгэлээр хөөцөлдөж гуйх, түүх шахам олж ирээд ард түмнийхээ эрүүл мэндийн төлөө зориулан ямарч үнэ төлбөргүйгээр орчин үеийн дурангийн оношлогоо, мэс заслыг салбар

салбартаа суурийг нь тавиж хөгжүүлсэн Монгол улсын хөдөлмөрийн баатар Г. Нямхүү, Төрийн шагналт АУ-ны дэд эрдэмтэн М. Намсрай, дэд эрдэмтэн Ш. Бат-Эрдэнэ, тэргүүлэх зэргийн эмч о. Батсүх, Б. Мэндбаяр, В.И. Маслов, Н. Даваадорж, Отгонгэрэл, эмч А. Баярсайхан нарын эмч эрдэмтэд дурангийн мэс заслыг хөгжүүлэхэд зах зээлийн ороо бусгай энэ үед өөрийн мэргэжил мэдлэг, бүхий л авъяас чадвараа дайчлан ажилласаар байна. Эмийн бодис, ус, хий ашиглан дурандаж оношлон мэс засал хийдэг хүйтэн гэрлийн уян болон металл дурангууд манай эмнэлгийн практикт сүүлийн 10 гаруй жилд амжилттай нэвтэрсэнээр “**дурангийн**” гэж хэлж ойлгож болохоор боловсон хүчинтэй болжээ. Зөвхөн дурангийн шинжилгээ, мэс заслыг практик талаас нь хөгжүүлэх гэж эмч нар ажилласангүй. Дурангийн шинжилгээ, эмчилгээний аргууд нь шинжлэх ухааны үндэстэй болохыг тэд бас баталсан юм. Ялангуяа Л. Жигжидсүрэн “Элэг цөсний замын өвчнүүд ийн үед орчин үеийн шинжилгээний аргыг хэрэглэх боломж” /1974/, Ж.Жамъяаншарав “Ходоодны архаг үрэвслийн хэлбэрүүдийг дуран оношлогоо, сорьц аргаар оношлосон нь” /1978/, З. Мэндсайхан “Цагаан мөгөөрсөн хоолойн цэргийн насны залуучуудын эмгэг” /1983/, Д. Байгаль “Хүүхдийн хоол боловсруулах замын өвчнийг дурангийн шинжилгээгээр оношлохуй” /1997/, М. Намсрай “Түрүү булчирхайн эмгэгийн дурангийн оношлогоо эмчилгээний асуудал” /1999/ нэгэн сэдэвт бүтээлээрээ АУ-ны дэд эрдэмтний зэргийг туй туй амжилттай, хамгаалсан нь манай оронд дурангийн шөнжлэх ухаан хөгжихөд ихээхэн ахиц гарсан билээ. Ийнхүү манай улсын эмнэлгийн байгуулгуудад энд тэнд байрлалтай дурангийн кабинеоудтай аас ганц нэгээрээ амиа аргацаан ажилладаг эмч мэргэжилтэнгүүдтэй болжээ. Анагаах ухаан өдрөөс өдөрт шинэ чиглэл, шинэ ололт амжилт уруу тэмүүлэн хөгжсөний үр дүнд шинэ шинэ техник, технологи, арга барилын ололтуудаар баяжин урагшилсаар байна. Цаашдаа дурангийн шинжилгээ, мэс засал нь хэт авиан оношлогоо мэс засалд нэгдэн ажиллах, робот болон теле мэс заслыг тодорхой зайнаас хийх зэрэг хөгжил дэвшлийн өргөн болом нээлттэй болжээ. Дурангийн мэс засал нь ил шарх үүсдэггүй, хүндрэл багатай, хөнгөн явцтай, хөдөлмөрийн чадвар богино хугацаанд сэргэдэг, эдийн засгийн өндөр ач холбогдолтой учраас богино хугацаанд өөрийн өртгөө нөхөж чаддаг зэрэг хэвшмэл мэс засал бодвол нэлээд олон давуу талтай ажээ. Жишээ нь: Бөөрний мэс заслын клиникт 1993-1996 онд хэвтэж түрүү булчирхайн эмгэгт дурангийн мэс засал хийлгэсэн 132 өвчтөнг хэвшмэл мэс заслын аргаар эмчлүүлсэн адил тооны өвчтөнтэй харьцуулан сэдэлхад дундаж ор хоногийг нэг өвчтөнд 18-аар бууруулсанаар 2376 ор хоног буюу 4,4 сая төгрөгийн зардал хэмнэсэн тооцоо гарчээ. / М. Намсрай. Түрүү булчирхайн эмгэгийн дурангийн оношлогоо эмчилгээ. 2000 он х-154/.

Манай улсын дурангийн эмч нар нь олон жил ажилласан, хагас дутуу ажиллагаатай / ойрын үед олигтой сэлбэг ч авч чадаагүй / бүдэг бадаг хардаг оптиктой дурангаар өвчтөнг ишнжлэн оношлож бас мэс засал хийж байна.

Жишээ нь : Ходоодны дурангаар гавлын хөндийд, бөөр шээсний доод камын дурангаар цээжний хөндийд тус тус мэс засал хийж байсан. Хэдийгээр мэс засалчид нь туршлагатай байсан ч гэсэн дутуу дүлмэг зориулалтын биш дурангуудаар мэс засал хийж өвчтэй хүний эрүүл мэндийг ямар нэг байдлаар хохироох, алдаа гаргах юм бол эл байдлыг зөвхөн эмч өөрөө л хариуцдаг хуультай.

Олон улсын ангилалаар дурангийн хагалгааны өрөө нь дурангийн хагалгааны 2-р зэрэглэлд багтдаг байна. Иймд 2-р зэрэглэлийн хагалгааны өрөөнд бүрэн хэмжээний хагалгааны дуран, аппарат, багаж хэрэгсэлүүдээр хангагдсан байх шаардлагатай байдаг. Одоо манай улсад дурангийн оношлогоо, мэс засал эмчилгээнд ямар бодлого зохицуулалт явуулж болох вэ?

1. Мэргэжлийн боловсон хүчинг дэс дараалалтай, системтэй бодлогоор хангах. Одоо дурангийн шинжилгээ, мэс засал хийдэг эмч нар клиникийн эмнэлгүүдэд нэгдмэл бус бодлогын дор ажиллаж байна. Тэд одоогоор зөхөн өөр өөрийн салбаруудад дурангийн шинжлэх ухааныг хөгжүүлэх бодлого барьж байна. ЭМЯманд дурангаар мэргэшсэн хүн тогтвортойүйл ажиллагааны нэгдмэл бодлого барьж ажиллах шаардлагатай байна.
2. Дурангийн хангалт, материаллаг бааз, сургалтын техник хэрэгсэлээр хангах асуудал туйлын чухал байна. 1990-ээд оноос хойш дуран хангамжийн талаархи системтэй бодлого алдагдаж энд тэндэхийн эмнэлгүүдэд ганц нэг шинжилгээний дуран авч өгсөнөөр “амин тариа” шиг аргалж иржээ. Сүүлийн үед дурангийн аппарат багажийн системтэй хангалтыг явуулж ирсэн

тогтмол захиалага байхгүйгээс боловсон хүчнийг дагалдуулан сургах, давтан сургах дуран байхгүй учраас мэргэжлийн дотоод бодлогоо явуулах боломжгүй боллоо. Ийм нөхцөлд гадаад явж суралцах бодлогын тухайд ч ярилтгүй болж байна. Уг нь туршлагатай эмч мэргэжилтэнг богино хугацаагаар гадаад явуулан давтан сургаад салбар салбартаа дурангийн материаллаг бааз, сургалтын техник хэрэгсэлээр хангаад авбал дотооддоо залуу эмч нарыг хямд төсөр үнээр сургаж бэлтгэх нөөц бололцоо бидэнд байгаа билээ.

3. Өндөр үнээр худалдаж авсан дурангийн оношлогоо, эмчилгээг төлбөрийн тарифтай болгох шаардлага зүй ёсоор гарч ирж байна. Дурангийн эмч мэргэжилтнүүдийн арвин туршлагыг бодлогын хэмжээнд удирдан зангидаж системтэй захиалга, хөрөнгө оруулалтын төслөөр дэс дараатай хангаж, аппарат багажийн ашиглалтыг нягт уялдаатай ажиллуулах бодлого үгүйлэгдэж байна. Үйлчилгээний тохирсон үнэ тариф нь өөрөө өөрийгөө тасралтгүй ажиллагаагаар хангах нөхцөлийг бүрдүүлнэ. Энэ бүгдийг зрхион байгуулахад дурангийн эмч нарын нийгэмлэг чухал үүрэг гүйцэтгэнэ.
4. Дурангийн эмч нарын нийгэмлэг нь дотоод бодлогоос гадна гадаад харилцаа эрдэм шинжилгээ судалгааны ажил сургалтыг хариуцахаас гадна дурант шинжилгээ, эмчилгээний арга, аргачлалаар хангах, дуранг хуваарьлах, ариутгалыг шийдэх зэрэг олон талт ажилуудыг дэс дараатай зохицуулсан бодлого барьснаар ЭМЯ, төр засагт нэн шаардлагатай асуудлыг боловсруулан тавьж байх боломжийг бүрдүүлнэ гэж бид үзэж байгаа билээ.

Цаашдаа дурангийн чиглэлээр насанд хүрэгсэдийн дунд зүрх судас, голчийн хөндийн, бүдүүн гэдэс, хэвлийн арын хөндий, бөөр дурандалт болон хүүхдийн зарим өвчнийг оношлож эмчлэх дуран нэн тэргүүнд шаардлагатайгаас гадна Ховд, Өвөрхангай, Дорнод аймгуудын оношлогооны төвд мэргэжилтэн бэлтгэх зэрэг олон ажилуудыг зохион байгуулах нь энэ чиглэлийн хөгжлийн тулгамдсан асуудал билээ.

Манай орны Анагаах ухааны 80 жилийн хөгжлийн түүхэн явцад ийнхүү хөгжиж ирсэн дурангийн оношлогоо мэс засал эмчилгээний өндөр нарийн мэргэжилийн салбарын материаллаг баазыг бэхжүүлэн, боловсон хүчний нөөцтэй байх талаар ЭМЯ-м, төр засгаас анхааралдаа авч асуудлыг дэмжиж ажилавал 21-р зуунд эрчтэй хөгжиж байгаа хөгжингүй орнуудын анагаах ухааны дурангийн салбарын хөгжил түүний шинжлэх ухааны ололт амжилтуудаас холхоцрохгүйгээр авч явах боломж бидэнд бий.

Дүгнэлт:

1. Дурангийн материаллаг баазыг цаашмд улам бэхжүүлж дурангийн шинэ шинэ техник технологийг нэвтрүүлэн сургалтын техник хэрэгсэлээр хангах асуудал эн тэргүүний тулгамдсан асуудал болж байна.
2. Дурангийн туршлагатай эмч нарыг хөгжингүй орнуудад сургалтанд явуулж туршлага судлах, солилцох гадаад өндөр мэргэжлийн эмч нарыг дагалдан суралцах чиглэлээр хамтран ажиллах нь өнөөгийн цаги үедээ тохиромжтой байна.
3. Дурангийн мэргэжлээр залуу эмч нарыг дотооддоо бэлдэх нь төсөв зардлыг хэмнэхийг зэрэгцээ оюуны үнэгүй хөрөнгө оруулалт оруулах түүнчлэн мэдээлэлийн асуудлыг давхар шийдэх боломжтой болж байна.

АМЬСГАЛЫН ДЭЭД ЗАМЫН ЦОЧМОГ ҮРЭВСЛИЙН ТУХАЙ ТА ЮУ МЭДЭХ ВЭ?

С.Өлзийсайхан, Ц.Батцэнгэл

Дэлхийн бөмбөрцөгийн хойд хэсгийн хүн амын дунд хамгийн олон хүнийг хамруулан өвчлүүлдэг өвчин бол бидний нэрлэж заншсан ханиад юм. Ханиад нь амьсгалын замын вирус халдвараар агаар дуслын замаар хүнээс хүнд дамжин халдварладаг цочмог халдварт өвчин юм. Дэлхийн олон оронд нийт халдварт өвчний тохиолдлын 75% тархалтын үедээ 90% хүрч олон хүний хөдөлмөрийн чадвар алдагдах шалтгаан болдог байна. Манай оронд жил бүрийн 3;11-р сард хамгийн олон хүн халдвар аван өвчилдөг байна.

Ханиад юунаас үүсдэг вэ?

Ханиадыг үүсгэгч 200 гаруй төрлийн вирус байдаг боловч жил бүр тархаж байгаа вирусын төрөл өөрчлөгдөн хувирч ингэснээр илрэх шинж тэмдгүүд өөр өөр байдаг. Ихэвчлэн А, В, РС,

адено вирус; ховор тохиолдолд C вирусаар үүсгэгддэгв

Ханиад үүсгэгч вирус хүний биед яаж нөлөөлдөг вэ?

Агаар дуслын замаар хүний биед орсон вирус амьсагалын дээд замын хучуур эдэд нэвтрэн орж үрэвсэл үүсгэнэ. Шаашлаад цусны эргэлтэд нэвтрэн орж бүх биер тархан вирусийн хордлого хямрал үүсгэдэг. Цусны судсуудыг гэмтээдэг цусны бичил эргэлтэд цус зогсонгшил, цус өтгөрөл үүсгэдэг. Вирус дархийны эсүүдийн хооронд хүчтэй тэмцэл явагдаж биологийн идвэхт хорт бодисууд ихээр ялгарч эмнэл зүйн хурц шинжүүд илэрч гардаг. Ханиадны вирусийн халдварын үед тархины жижиг судсууд илүү өртөмтгий байдаг тул мэдрэлийн тогтолцооны хямрал ихтэй байдаг.

Ханиад хүрсэн үед хүний биед ямар шинж тэмдэг илрэх вэ?

Вирусийн халдвар авснаас хойш 1-2 хоногт онугуй мэдэгдэх шинж тэмдэг үгүй байдаг ба энэ үеийг далд үе гэж нэрлэдэг. Энэ үеийн дараа өндөр халуурч 38:39 хэм зарим тохиолдолд түүнээс ч өндөр халуурч бүх биер янгинаж өвдөх, бие арзайх, чичрэх, ядарч бие сулрах, хөлрөх, толгой өвдөх, бөөлжих, арьс цайх эсвэл улайх арьсний гадаргууд цусархаг тууралт гарах шинж тэмдэгүүд илэрдэг. Амисгалын замын дээд хэсэг илүү гэмтэж цочмог үрэвсэл үсч хуурай ханиалгах, салсархаг цэр гарах, хоолой сөөх, боогдох шинж илэрч улмаар хүндэрдэг байна. Ихэнх тохиолдолд эдгээр шинж тэмдэгүүд нь долоогоос цөөн хоногт үргэлжлэн эдгэрдэг байна. Долоо хоногоос дээш хугацаа өнгөрөхөд вирусын халдварын хурц үе нь намжиж халуун буун хүчтэй хордлогын шинж намжих боловч зарим тохиолдолд үргэлжлүүлэн ханиалгуулж шар ногоон цэр гарч эхэлдэг. Энэ нь нянгийн халдвараар үргэлжлэн хүндэрч байгаагын шинж юм.

Ханиад хүрсэн үед авах арга хэмжээ

Хүйтэн сэрүүний үед бараг хүн бүр л ханиад хүрдэг. Гэвч ихэнх тохиолдолд буруу эмчилгээ хийсэнээс ханиадыг хүндрүүлж эдэгрэх явцыг удаашруулдаг байна. Улмаар архаг гуурсаа хоолой үрэвсэн өвчин үүсэх нөхцөл нь болж өгнө. Ханиад хүрсэн анхны шинж тэмдэг илэрмэгц вирусын эсрэг тэмцэх биеийн дархлааны тогтолцоог сайжруулах нян эсэргүүцэх чадварыг нэмэгдүүлэх зорилгоор илчлэг сайтай, уураг витаминаар баялаг хоол хүнс хэрэглэх мөн шингэн зүйл ахиу уух, дулаан хувцаслах зэрэг энгийн бөгөөд үр дүнтэй аргуудыг хэрэглж болно. Ханиад хүрснээс эхний 1-2 хоногт вирусын эсрэг бэлдмэл ремаатадин өдөрт 3-4, нодантипарин 0.1г өдөрт 3-4 уух. натерферопоор утлага хийх мөн хамартаа дусаах, мөн хоолой зайлах зэрэг эмчилгээ хийнэ. Мөн үрэвслийн эсрэг халуун бууруулах хордлого тайлах эмчилгээ хийнэ. Үүнд аспирин 0.5 өдөрт 3 удаа уух, парацетамол 0.5 өдөрт 3 удаа уух, метиплоа 0.025 өдөрт 3 удаа уух миксаприн, кондакт, кондаур 3-4 удаа уух, витамин С хоногтоо 0.5г-аар уух. Витамин А 1-2ш-ээр 2-3 хоног уух. Хүндэрсэн ханиадны эсрэг глобулин 3-6мл-ээр найман цагын зайтай 4-6 удаа тарих. Ханиад долоогоос дээш хоног үргэлжлэн цэр шар ногоон болж эхэлбэл мэрэгжлийн эмчид яаралтай үзүүлж эмчлүүлэх нь зүйтэй. Дур мэдэн антибиотик хэрэглэх нь сөрөг үр дагавартай байдаг байна. Үүнд:

1. Антибиотик дархлааны тогтолцоог саармагжуулдаг.
2. Тухайн нянгийн халдварт үр дүнтэй байх эсэх нь эргэлзэтэй байдаг.
3. Үр дүнгээ өгөгхгүй тохиолдолд эдийн засгын болон цаг хугацааны хохирол ихтэй байдаг.
4. Мөөгөнцрийн хүндрэл үүснэ.
5. Өвчин үүсгэгч нян эмэнд тэвэртэй мэдрэг бус болно.

Иймд антибиотикийг мэрэгжлийн эмчийн зааварын дагуу хэрэглэх нь зөв зүйтэй юм.

ИНТРАБРОНХИАЛ ЛИМФОТРОП ЭМЧИЛГЭЭ.

Маслов В.И /УКТЭ/

Ач холбогдол: Бидний судалгаагаар сүүлийн үед идээт эндобронхит ихсэх хандлагтай байна. Иймд гуурсан хоолойн салст бүрхүүлд хэсэг газар дархлаа идэвхжүүлэгч болон антибиотик тарьдаг эмчилгээ дээр үндэслэн интрабронхиал лимфотроп шинэ эмчилгээг нэвтрүүлснээр идээт эндобронхиттэй өвчтөнүүдийн идгэрэх хугацааг богиносгож, чанрыг сайжруулна (архаг хатгалгаа, гуурсан хоолой тэлэгдэх өвчин). Мөн зарим тохиолдолд амбулаторийн нөхцөлд эмчилгээг хийж болно.

Үндэслэл: Уушигны өвчнүүд удаан, архаг явцтай учир ердийн эмчилгээүр дүн муу, урт хугацаа шаарддаг.

Уг эмчилгээний аргыг нэвтрүүлснээр үрэвслийн голомтонд шууд үйлчилнэ, дархлаа сайжруулна, эмийн нийт тунг багасгана, намжилтийн үеийг уртасгана. Мөн амбулаториор өвчтөнгүүд хийлгэх боломжтой юм.

Хэрэгжүүлэх боломж: Уг эмчилгээний аргыг уушигны кабинетуудад стационар болон амбулаторийн өвчтөнгүүдэд хийх боломжтой сайн талтай юм.

Мэргэжилтний боломж, нөөц: Дурангийн тасгийн эмч нар (УКТЭ-ийн дурангийн тасагт мэргэжлийн курст хамрагдсан), хот болон дүүргийн уушигны кабинетын эмч нар хийх боломжтой.

Шаардлагтай багаж тоног төхөөрөмж:

1. "Olympus" 1T20, 1T30, 1T40 маркийн уян дуран
2. Стандарт жижиг багжууд
3. NM-13L төрлийн тарианы зүү
4. Отсос
5. Эм

Үр ашиг өртгөө нөхөх тооцоо: Эмчилгээний энэ арга нь нэг хүнд ноогдох антибиотикийн тунг багаснаар эмнэлэгт байх хугацааг богиносгож, амбулаторийн нөхцөлд хийх боломжтой тул зардлыг 1,5-2 дахин хэмнэх юм.

БӨӨР ШИЛЖҮҮЛЭН СУУЛГАХ ЭМЧИЛГЭЭНИЙ АСУУДАЛД

Л. Жамбалжав, Ж. Бямбацэрэн, Б. Бямбадорж, Д. Нямсүрэн,
Б. Бямбадаш, Ж. Пүрэвцэрэн /УКТЭ/

20-р зууны дэлхийн анагаах ухааны гайхамшигт ололтын нэг бол хүний эрхтэнийг шилжүүлэн суулгах эмчилгээг эмнэлэгийн практикт нэвтрүүлсэн явдал юм. Хүний биеийн аливаа эрхтэн гэмтэл өвчин эмгэгийн улмаас бүрэн гэмтэж эргэшгүй байдалд орсоноор тэр эрхтэний дутагдалд орж эрхтэнг аппарат багажаар орлуулах эцэст нь өөр хүний эсвэл амьтаний эрхтэнг шилжүүлэн суулгах аргаар өвчтөний амийг аварч тэрч атугай төгс эмчилж байна.

Бөөрний архаг дутагдалын цорын ганц төгс эмчилгээ бол бөөр шилжүүлэн суулгалт гэж үздэг. Бөөрний архаг өвчнүүд хүмүүсийг бага наснаас эхлээд идэр насанд удаан хугацаагаар гэмтээж бөөр хатингаршиж бөөрний үндсэн үйл ажиллагаа тухайлбал бие махбодийн хортой эцсийн бүтээгдэхүүний ялгаруулалт алдагдаж хордлогод орж амьдрах боломжгүй болгодог бөгөөд эмчилгээ нь зөвхөн бөөр орлуулах ажиллагаа болдог. Иймээс бөөр орлуулах эмчилгээг өнөө үед хиймэл бөөрний аппаратаар эсвэл өөр хүний бөөрийг шилжүүлэн суулгах үндсэн 2 аргаар гүйцэтгэж байна.

Хиймэл бөөрний аппаратаар амьдрах нь физиологийн бус ч цусанд байгаа хортой бодисуудыг мембран хагас дамжуулагчийн тусламжаар цус уусмал хоёрын завсрын диализатрын нэвчилтээр цэвэрлэж байдаг.

Хүн ердийн үед хоногт дунджаар 1500мл хүртэл шээхдээ идсэн уусан хоол ундны хэрэггүй бүтээгдэхүүнийг гадагш зайлуулдаг ба гемодиализд амьдарч байгаа хүн 7 хоногт 3-с доошгүй удаа цусаа 1 ээлжинд 4 цагаар шүүлгэх болдог.

Иймээс уг өвчтөн гемодиализын эмчилгээний төв байгаа газар ойрхон амьдрах шаардлагатай бөгөөд мөн ямарч ажлын чадваргүй байдаг. Түүнээс гадна эмчилгээний өртөг өндөр учир тэр болгон бөөрний дутагдалтай өвчтнүүд хамрагдаж чадахгүй.

Манай орны судлаачдын мэдээгээр зөвхөн УКТЭмнэлгийн бөөрний тасагт жилд 2000 гаруй өвчтөн эмчлүүлж, жил бүр тогтмол 150 гаруй өвчтөн бөөрний архаг дутагдалтай байдагаас зөвхөн 20 гаруй өвчтөн гемодиализд орж байдаг. Гэхдээ аппаратын тооноос хамаарч гемодиализд хамрагдах өвчтөний тоо хязгаарлагдмал байгаа юм. Тухайлбал зөвхөн Улаанбаатарт амьдардаг, хотод шилжиж ирээд байнга сууж чадах хүмүүс хамрагддаг гээд үзвэл орон нутгаас ирэх боломжгүй өвчтөн, мөн хүүхэд бага насны эмчлүүлэгсэд огт хамрагдаж чадахгүй байна.

Манайд 1 удаа гемодиализд орох бодит зардал нь 120 гаруй ам.доллар байдаг бөгөөд долоо

хоногт 3 удаа ороход 360 ам.доллар, сард 1440 ам.доллар, жилд 17280 ам.доллар болж байна.

Энэ нь зөвхөн ганц хүний зардал бөгөөд өдөрт УКТЭ-д дунджаар тогтмол 10 өвчтөн байнга эмчилгээнд явдаг. Тэгвэл мөнгө зардал хэр их байгаа нь ойлгомжтой.

Үүний зэрэгцээ бөөрний архаг дутадалтай өвчтөнгүүд байнга эмнэлэгт хэвтэж ажил хөдөлмөр эрхэлж амдралдаа, нийгэмдээ ямарч нэмэргүй байдгийг бодоход мөн гемодиализаар их удахдаа 2-3 жил л амьдарч байгаа нь үнэхээр харамсалтай байна.

Гэтэл бөөр шилжүүлэн суулгаснаар зардал ихээхэн хэмнэгдэж хөдөлмөрийн чадвар бүрэн сэргэх учир амьдрал ахуй нийгэм эдийн засгийн ихээхэн ач холбогдолтой юм.

Бөөр суулгуулсан хүн суулгагдсан бөөрнийхөө эд нийшлийн тохирооны хир хэмжээнээс шалтгаалан дархлаа дарангуйлах эмийг насан туршдаа хэрэглэдэг ч энэ нь гемодиализын зардалаас хавьгүй бага тэгээд ч амьд байгаад зогсохгүй ажил ажил хөдөлмөрөө эрхлээд эмийн өртгөө өөрөө олоод явдаг.

Манай орны хувьд бөөр суулгах эмчилгээний шаардлага бусад орны нэгэн адил өндөр байдаг. Сүүлийн үеийн судалгаагаар хөгжилтэй орнуудад жилд 2 сая хүнд 50-60 бөөр суулгах хагалгаа хийх шаардлага байгааг тогтоож байна. Зөвхөн сүүлийн хэдхэн жилийн дотор манай зүлсын 50 гаруй өвчтөн хөрш оронд очиж бөөр суулгуулсан байна.

Эдгээр хүмүүс зөвхөн амьдралын бүрэн боломжтой, эдийн засгийн чадвартай албан тушаалтан, компаний эзэд, хөрөнгө мөнгөний эх үүсвэртэй хүмүүс байсан бөгөөд хөрөнгө мөнгөний чадваргүй харж хандах хүнгүй жирийн иргэд албан хаагч зэрэг нь яаж ч чадалгүй ертөнцийн мөнх бусыг үзсээр байна. Хандив гуйлга гуйгаад ч зардалаа дийлэхгүй байна. Бөөр суулгах хагалгааны өртөг улс бүрд харилцан адилгүй өндөр байдаг.

Тухайлбал АНУ-д 55000, Саудын Арабад 80000, Орост 35000, Европын оронд 20-30000, БНХАУ-д 20-30000 ам.доллар байгаа ба сүүлийн үед хөрш улсуудын зарим эмнэлгүүдэд нилээд өргөн хийж эхэлснээр үнэ буурч 8-14000 ам.доллар болж байгаа ч хүний нутагт амьжиргааны хөлс, хагалгааны өмнөх эмчилгээний хөлс мөн хэдэн мянгаар нэмэгдэж бас хөрөнгө зараад ямар ч баталгаагүй байна.

Орчин үеийн анагаах ухааны эмчилгээний энэ шинэлэг аргыг өөрийн оронд нэвтрүүлэх, иргэдийнхээ чирэгдэл, зовлон зүдгүүрийг хөнгөвчлөх үүднээс Анагаах Ухааны Үндэсний Хүрээлэн, Улсын клиникийн төв эмнэлэг бөөр шилжүүлэн суулгах зэхэц төслийг боловсруулж судалгаа шинжилгээ хийж, эмч мэргэжилтэн сургах, материаллаг нөхцөлөө бүрдүүлэх талаар анхааран ажиллаж ирлээ.

Бөөр шилжүүлэн суулгах эмчилгээ нь цогц асуудал байдгийн хувьд үндсэн хэд хэдэн элементүүдийг шийдвэрлэх ёстой. Үүнд:

1. Донор сонгох
2. Шилжүүлэн суулгах мэс засал
3. Дархлал дарангуйлах эмчилгээ

Эдгээртэй холбогдсон хавсран гүйцэтгэх ажлууд тусгайлсан орчин нөхцөлүүдийг шаарддаг.

Донор сонгох үндсэн зарчим нь хууль эрх зүйн актаар хангагддаг бөгөөд ихэнхи орнууд тусгайлан буюу хавсралт хуулиудаар зохицуулдаг. Манай орны хувьд 2001 оны 1-р сарын 22-нд УИХ-р “Донорын тухай” Монгол Улсын хууль батлагдсан. Донор нь амьд үхсэн 2 янз байдаг бөгөөд амьд донор гэдэгт цусан төрлийн ах дүү нар хүсэлтээрээ хос эрхтэнийхээ нэгийг нь өгч болдог.

Ийм хэлбэрийн донор тохиргооны хувьд илүүтэй ч ямар нэг хэмжээгээр эрүүл нэг хүнийг физиологийн бодгаль биеийн хувьд эрхтэн дутуу болгодог муу талтай ч зарим оронд өргөн ашиглагддаг. Амьд донорыг цусан төрлийн, төрлийн бус гэж 2 хуваадаг ба цусан төрлийн бус донорт сайн санаат хүн, эд эрхтнээ зарагч, мөн цаазаар авхуулж байгаа хүмүүс ордог. Нас барсан донор гэдэгт тархины гэмтэлтэй бусад эрхтэн эрүүл нэрвэгдэгсэд орно.

Тархи хүндээр гэмтсэн тохиолдолд хүний тархи эргэшгүй өөрчлөлтөнд орж өвчтөн үнэндээ үхлийн байдалд орж амьсгал зүрх судасны үйл ажиллагааг зөвхөн аппарат багажийн тусламжтайгаар барьж байдаг. Ийм үхлийг “тархины үхэл” гэж нэрлэдэг. Ихэнхи улс түний дотор манай улс тархины үхлийг ч хуульчлан баталсан.

Нас барсан донорыг нилээд хэрэглэдэг. Манай улсын эмнэлгийн дүн бүртгэлээр зөвхөн Улаанбаатар хотод жилд гэмтлийн улмаас 300 гаруй өвчтөн нас бардагийн 80% гаруйд тархины хүнд гэмтэл тохиолдож байгаа нь энэ төрлийн донор боломжтойг харуулж байна.

Донорыг сонгох гол зүйл нь донорын эрүүл мэнд, өвчин эмгэг, амьд бол үлдсэн эрхтний байдал чухлаас гадна иммунологийн тохиргоо чухал юм. Орчин үед эд нийшлийн лабораториуд цагаан цогцосын антигены бүтэц ижил төстэй байдлуудаар нь сонгон авдаг.

Цагаан цогцосын антигенийг HLA гэж нэрлэдэг ба эсийн бүрхүүлд VI хромсомын богино гар дээр байрлах 100 гаруй эсрэг төрөгчүүдийг хэлнэ.

Үүнээс хамгийн чухал нь HLA-A, B, C, D, DR анги, бүлгийн антигенууд ба A, B, C-ийг серологийн аргаар D, DR бүлгийн антигенуудыг DNA аргаар тодорхойлдог.

Бөөр суулгах мэс засал нь үндсэн 2 хэсгээс бүрдэнэ.

1. Донорын мэс засал
2. Реципиентийн мэс засал

Донорын мэс засал нь амьд хүнд унтуулга, нас барсан хүнд амьдрал дэмжих аппарат дор суулгах бөөрний судсууд, шээлгүүрийг нь гэмтээлгүй аль болох урт зайд авч тусгай уусмалын тусламжтайгаар угаалт хөргөлтийг зэрэг хийж мөстэй усанд өвчтөндөө суулгах хүртэл тодорхой хугацаанд амьдрах чадварыг буруулахгүйгээр хадгалж зөөх шаардлага гардаг. Бидний дадлага хийсэн Бээжин хотын Найрамдал эмнэлэгт 2-6 цаг хүртэл, АНУ нисэх хүчний төв Willford Hall эмнэлэгт 4-8 цаг хадгалж 20-1000 км зайнаас зөөж суулгаж байв. Харин БНСУ-ын Сөүл хотын Күнг Хи эмнэлгийн төвд нэг өрөөнөөс нөгөө өрөөнд амьд донороос шилжүүлэхэд 30-1 цаг дотор хөргөж хадгалж байсан бөгөөд сулгасаны дараа шээс ялгаруулах үйл ажиллагаа хагалгааны ширээн дээр цусны эргэлт сэргэхэд эхэлж байлаа.

Реципиентийн мэс засал тийм ч айхтар хүндрэлтэй бус бөгөөд ихэнх орнуудад өвчтөний баруун зүүн цавины хонхорхойд аарцагны судаснуудад a.interna pelvis-д төгсгөл-төгсгөл v.pelvis communis-д венийг төгсгөл хажуу, шээлгүүрийг давсагны хананд төгсгөл-хажуу залгаасуудаар хийж байна. Харин хүүхдэд хэвлийн хөндийд доод хөндийн вен, аортыг ашигладаг.

Дархлал дарангуйлах эмчилгээ нь бөөр шилжүүлэн суулгалтын нэг чухал хэсэг бөгөөд энэ эмчилгээ нь мэс заслын өмнөөс эхлэн уг өвчтөний насан туршид үргэлжилдэг. Орчин үед шинэлэг олон төрлийн дархлал дарангуйлах эмүүд 6-меркаптопурин преднизолоноос аваад циклоспорин сүүлийн үед neugal FK-506 хүртэл нээгджээ. Дархлал дарангуйлах эмчилгээг эд эрхтэн шилжүүлэх төвүүд өөрийн гэсэн схем аргууд хэрэглэж байна. Гэхдээ үндсэн зарчим нь ижил бөгөөд хэрэглэх арга нь хагалгааны өмнө, эсвэл дараах үеэс эхлээд хүчтэй өндөр тунгаар дараа нь аажимдаа бууруулах гэхдээ дархлал дарангуйлагч эмүүдийг дагнасан болон хосолсон гурвалсан хэлбэрээр хэрэглэж байна.

Дархлал дарангуйлах эмүүдийг хэрэглэхдээ өвчтөний биеийн байдал суулгасан эрхтэний үйл ажиллагааг тогтмол хянаж цусан дах тунг тогтоож өгдөг.

Манай орны хувьд бөөр суулгуулсан өвчтөнүүдээ УКТЭ-ийн хяналтанд авч сар бүрийн эмүүдийг төсвөөс олгож байхаар ЭМД-ийн хуульд тусгагдсан болно. Бөөр суулгах эмчилгээний үр дүнг суулгасан бөөрний болон уг өвчтөний амьдарсан хугацаа гэсэн 2 үндсэн үзүүлэлтээр хэмждэг. Өнөөдөрийн байдлаар бөөр шилжүүлэн суулгасан 56 өвчтөн бүртгэгдсэний 55 нь БНХАУ-д, 1 нь УКТЭ-д хийгджээ. Үүнээс 5 өвчтөн нас барсны 4 нь гадаадад бөөр суулгуулсан 1 нь монголд. Гадаад суулгуулж нас барсан 4 өвчтөний 1 нь хагалгааны дараа 3 дах хоногт, нэг нь 3 сар 6 хоногийн дараа, 2 нь 1 - 2 жилийн дараа нас барсан бөгөөд шалтгаан нь судасны бөглөрөлт, хүчтэй ба архаг ховхролтоос болжээ. Манай оронд анх удаа УКТЭ \ Л. Жамбалжав, Б. Гоош, Г. Нямхүү, Д. Нямсүрэн, Ж. Нарантуяа, Б.Бямбадаш, Н. Мөнхтүвшин, Б.Гансүвд, П.Билэгсайхан, 1996 онд \-т бөөрний архаг дутагдалтай 22 настай өвчтөн А-д төрсөн эгч Д-г гэс зүүн бөөрийг авч баруун ташааны хонхорт суулгасан бөгөөд суулгасан бөөр эхний 3-4 өдрүүдэд ажиллаж байгаад судасанд нь цусан бүлэн үүссэнээс бөөрний үйл ажиллагаа зогссон. Хэдийгээр суулгасан бөөрний үйл ажиллагаа зогссонч хэсэг хугацаанд эрүүл хүний бөөр ажиллаж бие мах бодид хуралдсан хортой бүтээгдэхүүнийг цэвэрлэж өгсөн бөгөөд өвчтөн хагалгаанаас хойш 2 сарын дараа нас барсан болно.

Бөөр суулгах эмчилгээний бусад төвүүдийн туршлага, бидний цаашдын ажиглалтаас үзэхэд

бөөр шилжүүлэн суулгах эмчилгээг хийхдээ өвчний үе шат, хавсарсан хүндэрлүүд өвчнийг бодолцож сонголт хийх чухал гэдгийг харуулсан .Уг өвчтөн цусны эргэлтийн дутагдалд орсон нь цус бүлэгнүүлэх системийн өөрчлөлтэй гемодиализ аппаратанд орох боломжгүй хүндэрсэн өвчтөн байсан хэдийч хагалгааг дааж гарсан бөгөөд харамсалтай хагалгааны дараах хүндрэлээр нас барсан юм. Энэ тохиолдол нь эмнэл зүйн ажиглалт,сургамж,өвчтөний бэлтгэл,материаллаг нөхцөлийг сайжруулахад түлхэц болсон юм. Манай орны иргэд ч нэгнийхээ төлөө эрхтэнээ өгөх ёс суртахууны хэм хэмжээ ойлголттой байгааг харуулсан .

Сүүлийн жилүүдэд явуулсан үйл ажиллагаанаас манай орны нөхцөлд бөөр шилжүүлэн суулгах бэлтгэл нөхцөл бүрдэл харьцангуй бүрэн хангагдсан болно. Бөөр шилжүүлэн суулгах эмчилгээг хийхийн тулд бөөр суулгалттай холбоотой донор сонгох иммунологийн иж бүрэн лабораторийг БНСУ- ын тусламжаар оруулж ирж УКТЭ-д суурилуулсан бөгөөд энэ чиглэлээр олон жилийн туршилагтай БНХАУ-ын Бээжин хотын Найрамдал эмнэлэг , БНСУ ын Кунг Хи төвд эмч нар дадлага сургуулилт хийж ажил хэргийн холбоо тогтоож байна УКТЭ-н дэргэд байгуулагдсан Молекул - биологийн лаборатори нь эд нийцлийн шинжилгээг бүрэн хэмжээгээр хийх хүчин чадвартай юм.Энэ нь өөрийн оронд бөөр болон бусад эд эрхтэнг шилжүүлэн суулгах эмчилгээг бүрэн хэмжээгээр нэвтрүүлэхэд тодорхой хэмжээний үндсэн бааз суурь юм.