

**Улсын Клиникийн Төв Эмнэлгийн
Эрдмийн Зөвлөл**

ЭРДМИЙН БИЧИГ

(Судалгаа, Шинжилгээ – №2)

**Улаанбаатар хот
2002**

[illegible]

Эмхэтгэгч: Ц.Мухар
Редактор: Д.Энхбаяр

“Шувуун Саарал” ТӨҮГ-т 200 хувь хэвлэв.
Улаанбаатар 2002

330

ХОЁР ОН, ХОЁР ДУГААР

(Эрдмийн бичиг, №2-ын өмнөтгөл)

УКТЭ-ийн "Эрдмийн бичиг"-ийн хоёрдугаар нь 2002 онтой тохирч байна. Өөрөөр хэлбэл, эрдмийн бичиг ертөнцийн он тооллын "хоёр" гэсэн тоо давхцаж байгаад нь бэлэгшээж байна. Оны сүүлчийн тоо, цомирлогийн дугаарын давхцал цаашдаа ч үргэлжлэх болно.

Манай эмнэлгийн эмч, багш нарын оюуны хөдөлмөр эрдмийн бичигт (ЭБ) тусч, судлах, суралцах, кредит хангахад нь тус дэм болох ёстой юм. Эрдэм судлалын ажил хүнийг бүх талаар нь өсгөж өгдөг.

Манай "Эрдмийн бичиг" өөрийн гэсэн дэг жаяг, өнгө аястай болсноороо эрүүл мэнд, анагаах ухааны бусад тогтмол хэвлэл мэдээллээс ялгарч, онцгойрч байвал эмч, судлаач нарын сонирхолыг татаж, оюун ухааны таашаал авч чадна. "ЭБ" байнга эрүүл хайгуул хийж байвал зохино.

Манай "ЭБ" энэ оны нэгэн шинэлэг, эрлийн хуудас бол анагаах ухааны хөгжилд дорвитой хувь нэмэр оруулсан нэрт эрдэмтдийн намтар, цадигийг эрдэм судлал, сургалт, өв уламжлалын үүднээс хойч үедээ дэлгэн үзүүлэх, ер нь эрүүлийг хамгаалахад намтар цадиг, судлалын үндэс суурь тавихад оршино.

Монголын эртний утга зохиолд намтар, цадиг судлалаар, нэрт түүхэн хүмүүсийн намтрыг түүхэн утгаар, домог үлгэрийн утгаар бичиж Бурхан багшийн намтар цадиг, Богд Зонховын намтар, Өндөр гэгээний намтар, Алтан хааны шүлэглэсэн намтар, XX зуунд VIII Жавзандамба хутагтын намтар, Жанжин Д.Сүхбаатар, их зохиолч Д.Нацагдорж судлал зэрэг хэлбэрээр хөгжиж иржээ. XXI зуунд бодит хүний амьдрал ахуй, адал явдал, түүхэн үеийг харуулсан баримтат уран зохиол, хүн судлал хүчээ авч байна.

Анагаах ухааны нэрт эрдэмтдийн намтар, цадиг, хүмүүс эрдэмтдийн зүй ёсны анхаарал татах болжээ.

Цөөхөн эх сурвалж, ганц хоёр түүх, хэл бичгийн эрдэмтдээс зөвлөлгөө авахад, намтар, цадиг судлалд дараах дэг, жаягийг анхаармаар юм байна. Үүнд:

~~967~~

УКТЭ Номын сан

- Судалж байгаа эрдэмтдийн уг язгуур омог угсаа (Дээд төрлийн намтар, цадиг)
- Бага, дунд, дээд шатны сургалтын онцлог (гарын багш)
- Бие дааж сурсан байдал, боловсрол, гэгээрэл;
- Төрөлхийн авьяас билэг, зан төрх
- Амьдрал, аж төрөл (алдаа, оноо)
- Бүтээл, туурьвал, (юуг судалсан, дэг сургууль) гаргасан онол, барил, ном зохиол
- Багшлах эрдэм, арга ухаан, жудаг
- Эрхин шавь нар
- Эмчийн ур чадвар, ёс зүй, номлол
- Амьдралын төгсгөл (гэрээслэл, өвчин-эмгэг, хүсэл мөрөөдлийн биелэл)

Намтар, цадигийг үнэнд ойртуулах, судалж байгаа хүний сайн эерэг талыг тодруулахын зэрэгцээ, сөрөг (алдаа доголдол) сүүдэр талыг олж ажил амьдралтай нь уялдуулан гаргахыг оролдвол зохино.

Монголын их хаан Өгөөдэй өөрийн намтарт дөрвөн сайныг бүтээж дөрвөн алдаа гаргасан гэж өгүүлжээ. Хятадын шилдэг удирдагчийн нэгэн Ден Ся Пин өөрийн намтар цадигийг бичиж хэвлүүлэхээс татгалзсан шалтгааныг миний түүх намтарт алдаа завхрал бий гэж үзсэнээс болсон гэсэн тайлбар байдаг.

Манай "ЭБ" энэ дугаараас эхлэн Т.Шагдарсүрэн, Г.Лодон, П.Долгор, В.Ичинхорлоо, Л.Шагдар нарын нэрт эрдэмтдийн намтар цадигийг толилуулах оролдлого хийлээ.

Би эмнэлгийн захирал, шинжлэх ухааны доктор, профессорын хувьд "Эрдмийн бичиг" гарах болгонд өмнөх үг, удиртгал бичихийг үүрэг, даалгавар гэж ойлгож, урамшиж бахархах эрхтэй.

Анхны дугаарт (2001) миний бие "Эрдмийн бичиг төрсний учир" гэдэг нэрээр оршил бичсэн.

Энд миний бие эмнэлгийн түүхэн замналыг нэгтгэн дүгнэж, Монголын анагаах ухааны ерөнхий, үндсэн, төрөлжсөн мэргэжлийн дэг сургуулийг энэ эмнэлгийн туршлага дээр тулгуурлан манай нэртэй эрдэмтэд бий болгосон гэдгийг онцгойлон тэмдэглэсэн юм.

УКТЭ-ээс төрсөн баатар, гавьяатан, төрийн шагналтнуудыг цохон тэмдэглэсэн нь мэргэжлийн дэг сургууль бий болсны баталгаа гэж нотолсных. Эцэст нь, манай эмнэлгийн материал, бааз суурь, дээр түшиглэн эрдмийн зэрэг хамгаалсан эрдэмтдийн нэрийг, оноор гаргах гэж оролдсон. Энд нэг алдаа гарсан байна. Эрдмийн зэрэг хамгаалсан оныг хүн бүр дээр оноож чадаагүйдээ хүлцэл өчиж байна.

Хүн мөнх биш, харин "цаас" (эрдэм, бүтээл) мөнх юм. Манай эрдэмтдийн залуу халаа тэлж өргөжиж байгаад сэтгэл өндөр байна.

2002 онд манай эмч нарын эгнээнээс их эмч Н.Туул "Н. PYLORI тархалтад эрүүл ахуйн нөлөө, Н. PYLORI халдварлагдсан эмгэгүүдийн эмчилгээний онцлог" сэдвээр Казакстан улсад дэд докторын зэрэг хамгаалж оны отгон эрдэмтэн боллоо.

Проф. Ц.Мухар 2002.05.17

ПРОФЕССОР ГОТОВЫН ЛОДОН

Эрдмийн намтар, цадиг

Г.Цагаанхүү

Монголын орчин цагийн анагаах ухааны түүхэнд мөнхөрсөн эрдэмтний нэг, Монголд мэдрэлийн эмгэг судлалыг үндэслэгч профессор Г.Лодон 1913 онд Буриадын Түнх хэмээх газар малчин ард Доржийн гэрт мэндэлжээ.

Г.Лодон бага балчир наснаасаа өнчрөл хагацлын зовлонд учирч, садангийн хүнээ даган Хөвсгөл аймгийн Цагаан-Үүр суманд шилжин ирж, дунд сургуульд суралцан дүүргэж, 1932 оноос Улаанбаатар хот, Завхан аймгийн Улиастайд автын засварчин, слесарь зэрэг ажлыг хийж байгаад, багаасаа орос хэлийг сайн мэддэг байсан тэрбээр тэр үед тус аймагт ажиллаж байсан орос эмч Ю.К.Белинскийтэй танилцан, хэлмэрчээр ажиллахын хамт зав чөлөөгөө ашиглан эмнэлэгт асрагч, сувилагчийн ажлыг хавсран гүйцэтгэж байлаа. Шинжлэх ухааны эмнэлгийн үндэс суурь дөнгөж тавигдаж байсан тэр үед бичиг үсгийн боловсролоор зогсохгүй, орос хэлний сайн мэдлэгтэй байсан Г.Лодон Улаанбаатар хотноо Хүн эмнэлгийн техникумд орж суралцан, уг сургуулиа 1935 онд амжилттай дүүргэсэн байна. Монголын анагаах ухааны түүхэнд үндэсний эмнэлгийн шинэ хүчнийг бэлтгэх их ажлын үндэс суурь, эхлэл нь болсон Хүн эмнэлгийн техникумыг төгссөн анхны 8 бага эмчийн нэг нь Г.Лодон байлаа.

Тэр үед төрөлх Монгол орныхоо хязгаар нутагт шинэ цагийн эмнэлгийн үр шимийг тарих, шашин лам нарын буруу номлол, үйл ажиллагааг даван туулж, шинжлэх ухааны боловсон эмнэлгийг хөл дээр нь зогсоох томоохон бөгөөд бэрхшээлтэй зорилт Ардын эрүүлийг хамгаалахын өмнө нэн тэргүүнээ тулгарч байсан тэр цаг дор эмнэлгийн сургууль төгссөн залуу эмч Г.Лодон алс баруун хязгаарт, тэр үеийн Завхан аймгийн Тонхил суманд (одоогийн Говь-Алтай аймгийн Тонхил сум) томилогдон очиж, эхнэр Дулмаагийн (тэр үеийн нэрээр сестра Таня) хамт хятад худалдаачны орхиод явсан хуучин байшинг тохижуулан засаж, тэр

үедээ л маш сайхан эмнэлэг байгуулан, айлын гэр орноор явж өвчтэй хүмүүсийг ятган эмчилсээр эмнэлгийнхээ давуу талыг ард олонд ойлгуулан, үр дүнд хүрч байсны учир, алс зэргэлдээ сумаас хүртэл хүмүүс ирж үзүүлдэг, дуудлагаар ч явж тусламж үзүүлдэг байжээ. "Завхан аймгийн Тонхил сумын эмнэлэг 1935 оны 9-р сард байгуулагдсанаас хойш 3 сарын дотор 3,309 өвчтнийг эмчлэн анагааж, ариун цэвэр гэгээрлийн хурал 6 удаа зохиож, 600 гаруй ардад таниулга, 260 хүүхдэд цэцгийн тариа хийжээ" хэмээн тэр үеийн гол хэвлэл "Ардын үндэсний эрх" сонинд (1936 оны 62 дугаарт) бичсэн нь түүний ажил үйлс, эмнэлэг үйлчилгээний амжилтын тухай орон нутаг, зэргэлдээ сумаар төдийгүй, улс даяар цуурайтан түгж байсны нэгэн гэрч мөн.

Г.Лодон 1938 он гарсаар удирдах байгууллагын шийдвэрээр Завхан аймгийн Алдархаан суманд шинэ эмнэлэг байгууллахаар очиж ажиллан, эмчийн үүргээ нэр хүндтэй биелүүлсэн тухай "Ардын үндэсний эрх" сонины 1939 оны 106 дугаарт бичжээ.

1941 онд Говь-Алтай аймаг шинээр байгуулагдахад ажлын туршлагатай, зохион байгуулах авьяастай, ард олны дунд нэрд гарсан энэ эмчийг тус аймгийн эмнэлгийн хэлтсийн даргаар дэвшүүлэн ажиллуулжээ. Ганц сум биш бүхэл бүтэн аймгийн хөдөлмөрчдийн эрүүл мэндийн асуудлыг хариуцаж зохион байгуулах явдал тийм ч амаргүй байсан нь мэдээж. Гэвч Г.Лодон тус аймгийн эмнэлгийн хэлтсийн ажлыг үлгэр жишээ болохоор чадамгай гүйцэтгэсэн байна.

1942 онд МУИС байгуулагдахад олон жилийн туршид алс хязгаар нутагт хүн ардын эрүүл энхийн үйлсэд үр бүтээлтэй ажилласан Г.Лодон Анагаах ухааны факультетийн анхны оюутнаар элсэн орж суралцан, хүний их эмчийн мэргэжлээр 1947 оны 6-р сард уг суруулиа дүүргэж, анхны бага эмчийн нэг маань анхны 13 их эмчийн нэгэн болжээ. Оюутан байхаасаа сурлагаар тэргүүний, орос хэлд авьяастай, эрдэм судлалын ажилд сонирхолтой байсан Г.Лодонг сургууль төгссөн жил нь буюу 1947-1948 оны хичээлийн жилд МУИС-ийн Анагаах ухааны факультетийн харъяанд байгуулагдсан Мэдрэл, сэтгэцийн эмгэг судлалын тэнхимд багшаар өгч, тус тэнхимийн анхны эрхлэгч проф. Г.Я.Либерзоны удирдлаганд ажиллуулах болсон байна.

Ийнхүү залуу эмч Г.Лодон оюутнуудад мэдрэлийн эмгэг судлалын хичээл заахын зэрэгцээ мэдрэлийн эмчийн үүргийг гүй-

цэтгэж эхэлжээ. Тэрбээр 1951 оноос Эрхүү хотын Анагаах ухааны дээд сургуулийн аспирантурт профессор Х.Г.Ходосын удирдлага дор суралцан, "Зарим эмийн бодис тархины торлог бүрхэвчийн доорхи даралтад нөлөөлөх нь" хэмээх нэгэн сэдэвт зохиол туурвин, АУ-ны дэд докторын зэргийг 1953 оны 10-р сарын 2-нд амжилттай хамгаалж, анагаах ухаанд үнэтэй хувь нэмэр оруулсан Монголын мэдрэл судлалын салбарын анхны эрдэмтэн билээ.

Г.Лодон энэхүү бүтээлээрээ тархины судасны тогтолцоо болон мэдрэлийн өвөрмөц эмгэгийн үед зарим эмийн бодисууд (уротропин, магни, глюкоз г. м.) тархины торлог бүрхэвчийн дорхи даралтыг тогтворжуулахад хэрхэн нөлөөлдөг болохыг туршил шинжилгээний аргаар судлан тогтоож, эмчилгээний практикт нэвтрүүлсэн байна.

Дэд доктор Г.Лодон МУИС-ийн Анагаах ухааны факультетын анхны монгол декан, мэдрэл, сэтгэцийн эмгэг судлалын тэнхимийн анхны үндэсний багш бөгөөд эрхлэгч, клиникийн төв эмнэлгийн мэдрэлийн анхны зөвлөх эмчээр (1960-аад оноос клиникийн I, II, III эмнэлгийн зөвлөх) тус тус ажиллаж байлаа.

Тэрбээр Мэдрэл, сэтгэцийн эмгэг судлалын тэнхимийн эрхлэгчээр 1953-1968 онд тасралтгүй 13 жил ажиллахдаа мэдрэл судлалын хичээлээр оюутны сургалт явуулахын зэрэгцээ бараг өдөр алгасахгүй дуудлагаар явж, хот, хөдөөгийн эмнэлгүүдийг мэргэжлийн зөвлөлгөөнөөр хангах ажлыг биечлэн гүйцэтгэж байлаа. Г.Лодон багш хүн амд үзүүлэх мэдрэлийн тусламжийг хөгжүүлэх тухай бичсэн нэг өгүүлэлдээ 1960-1961 онд алсын аймгуудад тусгай онгоц гарган дуудлагаар явсны зардалд 20 шахам мянган төгрөг зарцуулагдаж байлаа хэмээн бичсэн нь тэрээр жилд хичнээн олон удаа аймгуудад дуудлагаар явж, хөдөлмөр цагаа зарж байсныг бэлхнээ харуулж байна.

Г.Лодон багш Монголын хүн амд үзүүлэх мэдрэлийн тусламжийг зохион байгуулах, эх орондоо мэдрэлийн албыг үндэслэн хөгжүүлэхэд ихээхэн анхаарал тавьж байсан бөгөөд 1960-1961 оны хичээлийн жилд мэдрэлийн эмчийн мэргэжил олгох (4 сарын) анхны курсыг удирдан явуулж 16 эмчийг, мөн 1965-1966 оны хичээлийн жилд мэргэжил олгох хоёрдох курсээр 12 эмчийг тус бүр бэлтгэн гаргасанаар хот, хөдөөгийн хүн амд үзүүлэх мэдрэлийн нарийн мэргэжлийн тусламжийн эхлэл ийнхүү тавигдаж,

1966 он гэхэд улсын хэмжээгээр мэдрэлийн 28 эмч (хотын эмнэлгүүдэд 11 эмч, аймгуудад 17 эмч) ажиллах болсон байна. Монгол оронд мэдрэлийн тусламжийг үүсгэн хөгжүүлэхэд зөвхөн насанд хүрэгч хүн амыг хамруулаад зогсохгүй, хүүхдийн мэдрэл, мэдрэлийн мэс заслын тусламжийн үндэс суурийг тавих шаардлагатай байсан нь тодорхой билээ. Проф. Г.Лодон өөрийн бичсэн өгүүлэлдээ (1965 он) мэдрэлийн мэс заслын эмч байхгүй учир тархины хавдартай өвчтнийг ЗХУ-д явуулж эмчлүүлж ирлээ, бага насны хүүхдүүд мэдрэлийн тусламж авч чадахгүй байна.

Иймээс мэдрэлийн мэс засалч эмчийг гадаадад явуулж сургах, хүүхдийн клиникийн эмнэлэг дээр хүүхдийн мэдрэлийн тасаг нээж ажиллуулан, холбогдох мэргэжлийн эмчийг гадаад, дотоодын сургалтаар бэлтгэх, хотод 1,500 хүнд 1 ор байхаар тооцож (1965 онд УБ хотын 16-аас дээш насны хүн ам 192,587, мэдрэлийн ор нийт 83 байсан аж), шинээр 50 ортой мэдрэлийн тасгийг нэмж байгуулах саналыг Эрүүлийг хамгаалах яаманд асуудал болгон тавьж байсан тухайгаа тэмдэглэжээ. Энэ зорилтыг хэрэгжүүлэх үүднээс 1964-1966 онд Ж.Хайрууллыг (одоо Ардын эмч, доктор, профессор) Чехословак улсад мэдрэлийн мэс заслын мэргэжлээр сургасан нь тус оронд мэдрэлийн мэс заслын тусламж үүсч хөгжих эхний алхам хийгдэж, 1964 оноос Хүүхдийн нэгдсэн эмнэлэг дээр хүүхдийн мэдрэлийн тасаг 30 ортой 2 эмчтэйгээр нээгдэн ажиллаж, хүүхдийн мэдрэлийн тусламжийн эх үүсвэр тавигдсан ба 1965 онд Клиникийн III эмнэлгийн харьяанд 60 ортой мэдрэлийн тасаг шинээр байгуулагдан ажилласан явдал тус улсын хүн амд үзүүлэх мэдрэлийн тусламжийн хамрах хүрээ улам бүр өргөжөн тэлсээр байсны баталгаа мөн.

Профессор Г.Лодон өөрийн шавилан сургалтаас Д.Равдандорж, Р.Дарьсүрэн, Д.Балдандорж, Б.Дорж, Д.Амарсанаа, Д.Мижид, Я.Цэвлээ, Н.Дэжид, Б.Цэрэннадмид нарын зэрэг мэдрэлийн анхны эмч судлаачдыг мэргэшүүлэн төлөвшүүлсэн бөгөөд хожим тэднээс багшийнхаа гэрээслэлийг биелүүлэн эрдэмтний зэрэгт хүрч (дэд доктор, доцент Д.Равдандорж, Д.Балдандорж), мэдрэл судлалын салбарыг хөгжүүлэх үйл хэрэгт хүчин зүтгэж явсаны хувьд тэд нэрт профессоруудын аргагүй л эрхэм шавь нарт тооцогдох билээ. 1960-аад оны үеэс Монголын анагаах ухааны салбаруудад гадаадын аспирантурын сургалтаар эрдэмтдийг бэлтгэх ажлыг төр засгийн бодлогын хэмжээнд тавьж хэрэгжүү-

лэх ажил өрнөсөн тэр жилүүдэд дотор, хүүхэд, халдварт, мэс засал, эмэгтэйчүүд, био-анагаахын чиглэлээр цөөнгүй залуу эрдэмтэд бэлтгэгдэн, эх орондоо ирж, төгсөх дамжааны оюутан бидэнд хичээл зааж байсныг бахархалтайгаар санан дурсахын чацуу тэр үед мэдрэл судлалын чиглэлээр дээрх бодлогын хүрээнд залуу эмч нараас сонголт хийж, гадаадын апирантураар эрдэмтэн судлаач бэлтгэх ажил яагаад хийгдээгүй юм бол гэсэн асуулт зүй ёсоор урган гарч байна. Мэдрэл судлалын салбарт 1953 онд анхны эрдэмтэн төрөн гарснаас хойш даруй 18 жилийн дараа 1971 онд хоёрдох эрдэмтэн төрсөн явдал энэ асуултыг ч тавихад хүргэж байгаа билээ.

Г.Лодон Монголд мэдрэл судлалын салбарыг үндэслэн хөгжүүлэгч нэрт эрдэмтний хувьд 1954 онд БНМАУ-ын шинжлэх ухаан, дээд боловсролын хүрээлэнгийн жинхэнэ гишүүн, 1957 онд Сайд нарын Зөвлөлийн дэргэдэх эрдмийн зэрэг цол олгох улсын комиссын шийдвэрээр "доцент" цол, 1961 онд Шинжлэх ухааны академи байгуулагдахад ШУА-ийн "сурвалжлагч гишүүн", 1965 онд "профессор" цол тус бүр хүртжээ.

Проф. Г.Лодон 1961 оноос "Монгол дахь мэдрэл, сэтгэхүйн өвчний судалгаа" хэмээх эрдэм судлалын эмхтгэлийг санаачлан бий болгож, түүндээ өөрийн хийж гүйцэтгэж байсан судалгааныхаа үр дүн хийгээд мэдрэл, сэтгэцийн эмч нарын судалгааны ажлыг нийтлүүлж, 1961, 1962, 1965, 1967 онд хэвлэгдэн гарч, эмч судлаачдын хүртээл болсон дээрх цуврал бичгийн 4 дугаарын хянан эмхэтгэгч нь байсан бөгөөд энэхүү цуврал нь тухайн цаг үедээ эмч нарыг судалгааны ажилд татан оролцуулах, тэдний идэвхийг өрнүүлэх гол хэрэгсэл болж байлаа.

Проф. Г.Лодон багшийн 1960-аад оны сүүлч хүртэл эмхэтгэн хэвлүүлж байсан дээрх эрдэм шинжилгээний цувралуудад нийтлэгдсэн өгүүллүүд болон түүний ихэнх судалгааны ажлууд нь хэдийгээр эмнэл зүйн ажиглалтыг тодорхойлон бичих аргаар хийгдэж байсан хэдий ч, тухайн үеийн тулгамдсан асуудлыг хөндөн тавьж байснаараа цаашид эрдэм судлалын ажлыг шинэ шатанд гаргахад практик ач холбогдлоо өгч байсан нь тодорхой билээ.

Г.Лодон багш, мэргэжлийнхээ хувьд өсөх ирээдүйтэй, судалгааны ажилд идэвх сонирхолтой залуу эмч нарыг сонгон авч, судалгааны сэдэв өгч ажиллуулж байсны дотор мэдрэл, сэтгэцийн эмгэг судлалын тэнхимийн багш (1962 оноос) Д.Равдандоржид

"Мэдрэлийн өвөрмөц халдварын оношлогоо, эмчилгээ", АУХ-ийн эрдэм шинжилгээний ажилтан (1961-1963 онд) Р.Дарьсүрэнд "Тархины судасны эмгэг" сэдвээр ажиллахыг санал болгож, эрдэм шинжилгээний удирдагчаар нь ажиллаж байлаа.

Тэрбээр 1956-1959 онд Баянхонгор аймагт гарсан мэдрэлийн хурц халдварын асуудлаар 36 өвчтөнд клиник ажиглалт хийсэн үр дүнгийнхээ талаар "Монгол дахь мэдрэл, сэтгэхүйн өвчний судалгаа" цувралын 1962 оны 2 дугаарт "Манай улсад гардаг уураг тархины тахал үрэвсэл" нэртэйгээр ("Тэнцвэргүйдэх хэлбэр" байсан тухай) хэвлүүлсэн нь хожим 1979-1980 онд Хөвсгөл аймгийн Улаан-Уул суманд гарсан тахалт энцефалитийн тархвар судлал, эмнэл зүй, оношлолтын асуудлаар ("Нойртол-тэнцвэргүйдэлт хэлбэр") харьцуулалт хийж, судалгааны өгүүлэл бичиж нийтлүүлэхэд нэн чухал эх сурвалж болсон билээ (Г.Цагаанхүү, О.З.Горин, 1981).

Проф. Г.Лодон 1960-аад оны үеэс судлаачдын анхаарлыг ихэд татаж байсан толгойн гол судсуудын нарийсалт, бөглөрөлтийн үед тархины цусны эргэлтийн талаас гарах хам шинжүүдийг судлахад ихээхэн анхаарлыг хандуулж, энэ асуудлаар дээрх цуврал бичгүүдэд тухайн үед клиникийн II эмнэлэгт зөвлөхөөр ажиллаж байсан дэд доктор А.О.Гейне, эмч Д.Баасанжав (одоо ШУ-ны доктор) нартай хамтран эмнэл зүйн ажиглалтын материалаар судалгааны 3 өгүүллийг бичиж нийтлүүлсэн нь чухамдаа энэ чиглэлээр эрдэм судлалын ажлыг өрнүүлэхээр зэхэлт хийж байсан гэж үзэхээр байна. Проф. Г.Лодон манай орны тухайн үеийн нийгэм-экологийн нөхцөл байдалтай холбогдон гарч байсан мэдрэлийн хурц, архаг халдваруудыг судалж, түүнийг гаралтыг бууруулах, эмчлэх арга замыг эрэлхийлж байсны тод жишээ нь 1960-1963 онд манай орны хот, хөдөөд гарсан полиомиелитийн дэгдэлтийн онцлог, эмнэл зүйн хэлбэрүүд, устгах арга зам, тэрчлэн мэдрэлийн тэмбүү өвчний оношилгоо, эмчилгээний асуудлаар томоохон хэмжээний эрдэм шинжилгээний ажлыг хийж гүйцэтгэсэн явдал болно.

1960-1963 онд манай улсын нутаг дэвсгэрт гарсан полиомиелитийн эмнэл зүйн явцын онцлогийн талаар өөрийн ажиглалтын материалыг нэгтгэн, хэвлэлийн тоймтой харьцуулан жишиж, 1968 онд эрдэм шинжилгээний нэгэн сэдэвт зохиол ("Хүүхдийн хурц халдварт нугасны саа өвчин", 1968, 68 х.) туурвисан бөгөөд

энэхүү ном нь хэмжээний хувьд хэдий жижиг ч гэсэн, хожим 1982-1983 онд манай орны хот, хөдөөгийн хүн амын дунд гарсан полиомиелитийн тархвар зүй, клиник, явцын онцлогуудыг гадаадын судлаачдын материалтай харьцуулан судлахад нэн чухал сурвалж бичиг болсны дээр полиомиелитээс сэргийлэх асуудлаар эрдэм шинжилгээний цуврал өгүүлэл бичиж нийтлүүлэх (П.Нямдаваа, Г.Цагаанхүү, 1984), эл асуудлыг халдвар судлаач, эмнэл зүйчдийн анхаарлын төвд байлгах, уг өвчний тархалтыг таслан зогсоох, улмаар манай улсад полиомиелитийг устгах зорилтыг хэрэгжүүлэх үйлсэд үнэтэй хувь нэмэр болсон билээ. Түүхэн судлалын үүднээс авч үзвэл, мэдрэл судлаач анхны эмч-эрдэмтнээс эхлэн манай даацтайхан судалгаа явуулахад чиглэгдэж байсан нь түүний хэвлэлд нийтлүүлсэн эрдэм судлалын бүтээлийг нягтлан үзэхэд тодорхой байна.

Просрессор Г.Лодон багшийн эрдэмлэг ухааны үр шим өөрийнх нь туурвисан 20 бүтээлд (18 өгүүлэл, нэгэн сэдэвт 2 зохиол) гүн шингэж, ул мөрөө үлдээсэн нь түүний намтар цадигийг ирээдүй үеийнхэн Монголын мэдрэл судлалын хөгжлийн үе шаттай холбон судлахад түүхийн гол сурвалж бичиг болох нь дамжиггүй.

Монголд мэдрэл судлалын салбарыг үндэслэгч, мэдрэлийн шинжлэхүй ухааны анхны эрдэмтэн, анхны профессор Г.Лодон багшийн төрөлх Монгол орныхоо зон олны эрүүл мэндийг хамгаалах үйлсэд нугарашгүй зүтгэсэн хөдөлмөрч үйлс, эмнэлгийн дээд боловсролтой үндэсний мэргэжилтэн бэлтгэхэд оруулсан жинтэй хувь нэмэр, мэдрэлийн шинжлэх ухааныг эх орондоо үүсгэн хөгжүүлэхэд бий болгосон үндэс суурь нь хойч үеийнхэнд ямагт дурсагдан, улам баяжигдаж, анагаахын шинжлэх ухааны түүхийн хуудаснаа үеэс үед тодрон харагдах болно.

Ном зүй

1. Лодон Г. Материалы к вопросу о действиях некоторых лекарственных средств на субарахноидальное давление. Канд. диссертация, Иркутск, 1953
2. Лодон Г. Манай улсад гардаг уураг тархины тахал үрэвсэл. Монгол дахь мэдрэл, сэтгэхүйн өвчний судалгаа, 2-р дэвтэр, 1962, 15-21
3. Лодон Г. Мэдрэлийн өвчтөнд үзүүлж байгаа тусламж ба цаашдын зорилт. Монгол дахь мэдрэл, сэтгэхүйн өвчний судалгаа, 3-р

дэвтэр, 1965, 3-8

4. Лодон Г. Мэдрэлийн тэмбүүтэй өвчтөнийг бициллинээр эмчилсэн туршлагаас (урьдчилсан мэдээлэл). Монгол дахь мэдрэл, сэтгэхүйн өвчний судалгаа, 3-р дэвтэр, 1965
5. Лодон Г., Гейне А.О., Баасанжав Д. Тархины цусны эргэлтийн өөрчлөлтөд магистраль судсуудын эмгэгийн нөлөөлөл, Анагаах ухааны эрдэм шинжилгээний бичиг, 10, 1967, 83-86
6. Лодон Г. Нойрны судасны нарийсалт, бөглөрөлт. Монгол дахь мэдрэл, сэтгэхүйн өвчний судалгаа, 4-р дэвтэр, 1967, 5-14
7. Лодон Г, Гейне А.О., Баасанжав Д. Суурийн артери, түүний эхний ба төгсгөл салаануудын клиник хамшинжүүд. Монгол дахь мэдрэл, сэтгэхүйн өвчний судалгаа, 4-р дэвтэр, 1967, 15-20
8. Лодон Г, Гейне А.О., Баасанжав Д. Вертебро-базилляр системийн салаануудын эмгэгийн үед гарах мэдрэлийн шинж тэмдгүүд. Монгол дахь мэдрэл, сэтгэхүйн өвчний судалгаа, 4-р дэвтэр, 1967, 21-25
9. Лодон Г. Хүүхдийн хурц халдварт нугасны саа өвчин. УБ, 1968, 68х.
10. Нямдаваа П., Цагаанхүү Г. Полиомиелит "Анагаах ухаан" сэтгүүл, УБ, 1984, 2, х. 44-55, 3, х. 49-61
11. XX зууны Монголд анагаах ухаан хөгжсөн түүхийн товчоон. УБ, 2001
12. Цагаанхүү Г, Горин О.З. Тахалт энцефалитын халдвар судлал, эмнэлзүй, оношлолтын асуудал. "Анагаах ухаан" сэтгүүл, 1981, 2, х. 32-36
13. Цагаанхүү Г. Мэдрэл судлалын тэнхимийн 50 жилийн түүхэн тэмдэглэл. Товхимол, УБ, 1998, 31 с.
14. Цагаанхүү Г. XX зууны Монголын мэдрэл судлал. Улсын клиникийн төв эмнэлгийн эрдмийн бичиг, 2001, 1, х. 22-33
15. Янсан П. Профессор Г. Лодон. "Ардын эмч" номонд. 1977

АКАДЕМИЧ Т.ШАГДАРСҮРЭН

Академич Т.Шагдарсүрэн бол их цаг үеийг эзэгнэж, шинжлэх ухаан, эмнэлэг-мэс заслын ухаанд оюун санаа, хүч чадлаа гайхуулж явсан Монголын нэг үеийн сод хүн байжээ.

Их цаг үе, их хүмүүсийг төрүүлдэг. Харин их хүмүүс их цаг үеийг дархалдаггүй. Бидний өссөн, сурсан зууны жараад он бол Монголын соёл иргэншлийн сэргэн мандалтын нэгэн зурвас үе-их цаг үе байжээ. Тэр цаг үед Монголын Шинжлэх ухааны академи, их дээд сургуулиуд, томоохон эмнэлгүүд бий болж, залуус эрдэмд шамдан суралцаж, тэмүүлж байсан цаг.

1961 онд Монголын ШУА байгуулагдаж, нэрт эрдэмтэд академич Цэндийн Дамдинсүрэн хэл шинжлэлд, академич Нямын Жагварал мал эмнэлгийн ухаанд, академич Түндэвийн Шагдарсүрэн анагаах ухаанд нэрээ гаргасан гэдэг. XX зууны Монголын соён гийгүүлэгчид, шинжлэх ухаанд үндэсний амьсгалтай өөрийн гэсэн аястай дэг сургууль бий болгосон их хүмүүс, их сэтгэгчид байсан юм. Тэдэнтэй бид нэг гудамжаар зөрж, нэг автобусанд зэрэгцэн сууж, нэг зоогийн газар дугаарлан зогсож, тэднийгээ мөнх байх юм шиг, өөрсдийгөө мөнхийн залуу явах юм шиг дэндүү их ташаарч, дэндүү их тайван явжээ.

Хүний намтар, цадиг өөрөө шинжлэх ухаан байдаг. Цаг үеэ эзэгнэсэн их хүмүүс, цаг цагийн гэгээ илч дэнлүү болж гэрэлтсээр насыг элээвч их үйлсийн хөшөө дурсгал босгодог. Тэд алдар гавьяаны "эрэлчин" байгаагүй, алдар гавьяа тэднийг нээж өгсөн юм.

Монголын түүхэнд ийм хүмүүсийн нэр мартагдашгүй, элэгдэшгүй, гандашгүй мөнхрөх болно. Амьд ахуйдаа анагаах ухааны домогт эмч байсан Т.Шагдарсүрэн насан өөд болсон хойноо ч шинэ шинэ дурсамж үлдээж байдгийн нэг жишээ бол, түүний 80 насны ойн босгон дээр АУХ-г энэ хүнээр овоглох тухай Монголын засгийн газрын шийдвэр гарсан явдал юм (1998).

Бага нас, амьдрал

Т.Шагдарсүрэнгийн бага насны амьдралын тухай мэдээлэл маш бүдэг. Өөрөө тодорхой дурсамж бичиж, хэлж үлдээгээгүй.

Ах дүү төрөл төрөгсдөөс нэхэн хөөж судлах боломж хаагдсан. Тэднийхнээс эгчийнх нь зээ хүүхэн УИХ-ын гишүүн Р.Содхүүгийн эхнэр С.Батсайханаас өөр ураг төрөл болох хүн үлдсэнгүй.

1918 онд төрсөн Шагдарсүрэнгийн эцэг нь Намсрай гэдэг хүн одоогийн Мөнгөнморьт, Тэрэлж хавиар нутагладаг ядуу тарвагачин эр байжээ. Шагдарсүрэнгийн эх нь багад нь нас барж, хойт эхийн гар дээр байж байгаад 10-12 орчим насандаа Амгаланбаатар хотод Түндэв гэдэг айлд сууж улмаар энэ хүнээр овоглосон юм гэдэг.

Шагдарсүрэн хүү Түндэвийнд ирсэнийг хоёр янзаар тайлбарлаж болно. Нэгд, хойт эхийн хатуу гараас салж чинээлэг айлын ойр зуур зарагдаж, олны хөл бараадсан байж болно. Эсвэл Намсрай эцэг нь холын хамаатан юм уу, танил дотно айлдаа байлгаж сургуульд суулгасан хэрэг. Ямар ч байсан Түндэв гуайнх Шагдарсүрэнг өргөмөл хүүхэд болгож аваагүй болов уу. Монголын нийгэмд тодорхой байр эзэлж явсан төрийн шагналт Түндэвийн Аюурзана, ардын жүжигчин Түндэвийн Хандсүрэн, хүний эмч Түндэвийн Лхамсүрэн гэсэн нэртэй, зүстэй хүмүүсээр бодоход Түндэв гуай үр хүүхэдтэй өнөр өтгөн айл байжээ. Ийм учраас хүүхэд өргөх бус гэр зуур зарагдаж ус ойртуулж, мод түлээ бэлтгэж, хоол унд хийлгэдэг ажилсаг сэргэлэн хүү тэднийд хэрэг болсон байж магадгүй.

Түндэвийнх Шагдарсүрэнг Амгалангийн бага сургуульд (орос) сургасныг бодоход санаа зөв айл байсан нь ойлгогдож байна. Шагдарсүрэн Амгалангийн бага сургуулийг төгсөөд 1934-1938 оны үед Буриадын Улан-Уде хотод ажилчны факультетэд (Рабфак) суралцсан байна. Энд сурч байхдаа мөн тэр сургуульд сурч байсан өөрөөс нь гурван ах Юмжаагийн Цэдэнбалтай танилцсан нь Т.Шагдарсүрэнгийн амьдралд эргэлт болсон гэж хэлж болно.

Рабфакийг төгссөн залуу Шагдарсүрэн улмаар Омскийн анагаах ухааны дээд сургуульд суралцах болсноор ирээдүйн нэрт мэс засалч болох зам нь шулууджээ.

Шагдарсүрэнгийн бага насны амьдралд дахин нэг орох гэж оролдъё. Шагдарсүрэн Амгалангийн сургуульд байхдаа "хурдан хар" гэсэн хочтой байсан гэж өөрөө ярьж байсныг төрийн шагналт, профессор Е.Бодьхүү, Ж.Моондой нар дурслаа. Энэ хоч Шагдарсүрэн хүүг сэргэлэн цовоо, ажилсаг бас юманд түргэн

гялалзуур, үеийхэнтэйгээ зодолдож "түргэн маневр" хийж холдож чаддаг сахилгагүй хүүхэд болохыг гэрчилнэ.

Тэр үед гадаадад (Орост) сурч байсан сурагч оюутнууд зуны амралтаар нутагтаа тэр болгон ирж чаддаггүй байсан гэдэг.

Шагдарсүрэн Рабфакт байхаасаа эхэлж Түндэв гуайнхаас хөндийрч дээд сургуульд сурч байхдаа хожим нэг тэнхимд хамт багшилж байсан мэс засалч М.Сүхбаатар багшийн (чинээлэг айлын ганц хүү) гэрээр байдаг байжээ. Түндэвийнхээс хөндийрсэн нь нэг бол бага насны зарагдаж нухагдсанаас залхсан эсвэл Шагдарсүрэн хүний мөсөөр тааруухан болсны аль нэг нь байх болов уу.

Т.Шагдарсүрэн албан ба албан бусаар хоёр удаа гэрлэсэн хүн юм. Анхных буюу албан ёсны эхнэр Зоя Александровна Румянцова. Москвагаас гаралтай энэ бүсгүйн ар гэр нь Монголд ажиллаж байсан гэсэн. Тэд Монголд танилцаж гэр бүл болжээ. Зоя Александровна, Т.Шагдарсүрэн нар нэг охин (сэтгүүлч), нэг хүүтэй (эмч). Одоо хүү, охин хоёр нь эхтэйгээ Москва орчим амьдарч байна. Хоёр дахь буюу албан бус гэр бүл нь З.А.Румянцова гуай тэтгэвэрт гарч, эх орондоо охиныгоо бараадаж буцсаны дараа нэг гэрт амьдарсан М.Саранчулуун эмч юм. Шинэ гэр бүл нэг охинтой болсон.

Академич Т.Шагдарсүрэнгийн нэр алдар, ажил үйлст нь байнга түшиг болж байсан хүн бол Монгол улсын төрийн тэргүүн Юмжаагийн Цэдэнбал юм. Т.Шагдарсүрэн Ю.Цэдэнбалын багын (Рабфакт суралцах үеийн) найз төдийгүй гэр бүл, хувийн эмч нь байсан юм. Шагдарсүрэн багш харьцангуй залуу 64 насандаа (1982 онд) наснаас нөхцсөн юм. Хуучин, шинэ гэр бүлийн хооронд халамж дутсан ч байж магадгүй. Элэгний хатингаршсан хатуурал өвчнийг эрт оношлож тууштай эмчилсэн бол насыг нь уртасгах боломж байсан байж болох юм. Энэ хүн хүнээс хөндий, зай барьдаг хүн байж. Хүмүүст "Танаа хүн" гэж ярьж харьцдагийг бид мэднэ. Тэр хүнд амьдралын талаар хамгийн ойрхон нь эхнэр нь. Албаны талаар ойрхон нөхөр нь Ю.Цэдэнбал байсан. Энэ хүний эрүүл мэндийн талаар зөвлөж санаа тавьдаг дотны анд нөхөр дутжээ. Өөрөө хэдийгээр сайн эмч эрдэмтэн байсан боловч эмч болгонд байдаг хүнд өвчнийг өөрөөсөө холдуулж түлхдэг "мэргэжлийн онцлог" нөлөөлсөн нь магадтай. Ер нь Т.Шагдарсүрэн Орос, Европ амьдралын хэвшилтэй загас, барих их

дуртай. Европ маягаар хооллож сурсан болохоор анхны эхнэр нь нутаг буцсанаас хойш хоол, ундны дэг алдагдаж Монгол амьдралд засч чадахгүй байсан болов уу.

Т.Шагдарсүрэнгийн эрдэм сурах хөлгийн дөрөө Рабфакаас эхэлж энэ сургуулийг дүүргээд шууд дээд сургуульд дэвшин суралцаж 1938-1942 онд тэр үеийн ЗХУ-ын Омск (Томск) хотын хүн эмнэлгийн дээд сургууль төгссөн үндэсний эмч нарын нэг болжээ. Монгол оронд эмнэлгийн боловсон хүчин ховор байсан тухайн цаг үед залуу эмч Шагдарсүрэн УКТЭ, хөдөө орон нутагт (Дундговь аймагт) үр бүтээлтэй ажилласны дараа Эрүүлийг хамгаалах яамны нэгдүгээр орлогч сайдаар 1945-1948 онд ажиллажээ.

Шинжлэх ухаанд оюун чадлаа сорьж үзэх гэсэн чин санаа, эрдмийн холч хараа Т.Шагдарсүрэнг сайдын албан тушаалаас сайн дураараа татгалзахад хүргэсэн юм. Сайдын "хүлээснээс тавигдсан" залуу эмч, ЗХУ-д аспирантурт суралцаж, 1952 онд Монголын эмч нараас анх удаа анагаах ухааны дэд эрдэмтний зэргийг хамгаалжээ. Энэ цагаас эхлэн мэс заслын эмч, дээд сургуулийн багш, эрдэм шинжилгээний хүрээлэнгийн захирал хийж бидний одоогийн хэлж, бичдэг боловч тэр болгон хэрэгжиж чаддаггүй эрдэм шинжилгээ-үйлдвэрлэл (эмнэлэг)-сургалтын нэгдлийг амьдралд дээр харуулж чадсан юм.

Академич Т.Шагдарсүрэн мэс заслын бүх салбарт, тухайлбал хамар хоолой, хэвлий болон цээжний хөндий, зүрх судасны мэс засалд төдийгүй сэхээн амьдруулах, дотрын өвчин ялангуяа зүрх судасны өвчин судлалаар өндөр мэргэшсэн эмч эрдэмтэн байв. Тэрээр 1955 онд III эмнэлэгт Цээжний хөндийн мэс заслын тасгийг 25 ортой байгуулж доктор Б.Доржготов, гавьяат эмч Е.Н.Байдор нартай хамтран ажиллаж байв.

Академич Т.Шагдарсүрэн 1957 онд зүрхнээс гадны биет авах, 1958 онд зүрхний артерийн битүүрээгүй цоргыг боох, 1960 онд уушиг тайрах болон зүрхний хоёр хавтаст хавхлагын нарийслыг тэлэх, 1961 онд зүрхнээс бэтэг авах мэс заслыг Монгол оронд анх удаа хийсэн юм. Энэ түүхэн үеийг Монгол оронд цээжний хөндий-зүрх судасны мэс заслын төрсөн өдөр гэж үздэг. Монголд зүрх судасны мэс заслыг хөгжүүлэхэд оросын эмч эрдэмтдийн өгөөмөр, сэтгэл харамгүй тусламж чухал үүрэгтэй байсныг онцлон тэмдэглэхэд таатай байна. Ер нь Т.Шагдарсүрэн Оросын

967

УКТЭ Номын сан

анагаах ухааны дэг сургуулиар мэргэшсэн эмч-эрдэмтэн юм.

Москва хотын А.Н.Букулевийн нэрэмжит зүрх судасны мэс заслын хүрээлэнгийн захирал академич В.И.Бруковский, Новосибирск хотын цусны эргэлтийн эмгэг судлах төвийн захирал академич Е.Н.Мешалкин нар Монгол улсад Т.Шагдарсүрэнгийн удирдлагаар зүрх судасны мэс заслыг хөгжүүлэхэд гүн туслалцаа үзүүлж нэг дэг сургууль бий болгосон гэж үзэж болно.

Т.Шагдарсүрэн гарамгай эрдэмтэн их сэтгэгч байсан.

Залуу эмч Т.Шагдарсүрэн ЗХУ-д гурван жил аспирантурт суралцахдаа эрдэм шинжилгээний ажлын мөн чанар, ач холбогдол, судалгааны арга, техникт шамдан суралцаж, хэвлэл мэдээллийн сантай ажиллаж сурснаа үндэсний эмч мэргэжилтэнд заан сургаж олон эрдэмтэн бэлтгэж өгсөн байна.

Шинжлэх ухааныг хөгжүүлэхэд эхлээд тулгамдсан асуудлыг шийдэж чадах тэргүүлэх эрдэмтэн бэлтгэж, дараа нь эрдэм шинжилгээний туршилт судалгааны лабораторитой болж, улмаар тэргүүлэх эрдэмтэд гарын шавьтай болсон нөхцөлд шинжлэх ухаан хөгжиж чадна гэдгийг Т.Шагдарсүрэн баталж өгсөн юм. Эрдэмтэн Т.Шагдарсүрэнгийн энэ арга барилыг миний бие шинжлэх ухааны "алтан гурвалжин" гэж бичиж байсан. Тэрээр амьдралынхаа хугацаанд ном, сурах бичиг, товхимол, эрдэм шинжилгээний өгүүлэл, нийтлэл 100 гаруй бүтээл туурвисны гадна Орос, Герман, Хятад, Куба, Югослав, Англи зэрэг олон орнуудад эрдэм шинжилгээний хуралд оролцож бүтээлээ сурталчилж явсан олон улсын түвшний эрдэмтэн хүн байлаа.

Түүний эрдмийн бие даасан бүтээл 1940-өөд онд "Сүрьеэ өвчин" нэрээр уйгаржин Монгол бичгээр хэвлэгдсэн байна. Т.Шагдарсүрэнгийн бичсэн "Мэс заслын өвчин" (1978) бүрэн хэмжээний сурах бичиг хорь гаруй жил оюутны ширээний ном байлаа. Шавь нартайгаа хамтарч бичсэн "Зүрхний төрөлхийн тажиг", "Зүрх судасны өвчин", "Уушигны өвчин" гэсэн монографууд 70-80-аад оны судлаачид, багш, эмч нарын өдөр тутмын хэрэгцээ болсон бүтээл байлаа.

Т.Шагдарсүрэн 1958 онд Ленинград хотноо оросын мэс засалчдын анхдугаар их хуралд оролцож "Хэвлийн хөндийн гялтангийн үрэвсэл" сэдвээр илтгэл тавьснаар түүний эрдмийн бүтээл гадаадын улс оронд нийтлэгдэх эхлэл болсон байна.

Академич Т.Шагдарсүрэнгийн санаачилгаар 1961 онд Шинжлэх Ухааны Академийн харъяа Анагаах ухааны хүрээлэн байгуулагдаж, 1961-1982 онуудад захирлаар нь ажиллан, эрдэм шинжилгээний чимхлүүр төвөгтэй олон ажлыг удирдаж байлаа. Түүний эрдэм шинжилгээ, судалгааны ажлыг үнэлж 1957 онд доцент, 1961 онд профессор цол олгож, ШУА-ийн гишүүнээр сонгосон байна.

Академич Т.Шагдарсүрэн 1972 онд анагаах ухааны докторын зэргийг бүтээлээрээ хамгаалсны гадна түүний удирдлаган дор 20 шахам хүн эрдмийн зэрэг, цол хамгаалсан юм.

**Т.Шагдарсүрэн нэрт сурган хүмүүжүүлэгч соён
гэгээрүүлэгч байлаа.**

Доктор профессор Т.Шагдарсүрэн 1952 оноос эхлэн Монгол улсын их сургуулийн Анагаах ухааны факультет, АУДэС-ийн багш мэс заслын тэнхимийн эрхлэгчээр насан эцэс болтлоо гучин жил ажилласан, манай орны олон үеийн эмч, мэс засалчдыг бэлтгэсэн нэртэй сурган хүмүүжүүлэгч юм. Энэ их эрдэмтний уншсан лекц оюутан, эмч нарын сонирхлыг гойд татдаг, амьд бүтээлч сэтгэлгээтэй профессор байсан юм.

Т.Шагдарсүрэн мэс заслын эмч нарын мэргэжил олгох, дээшлүүлэх дамжааг гардан удирдаж, мэс заслын эмч бэлтгэх дэг сургуулийг профессор В.Ичинхорлоо, П.Долгор нарын хамт бий болгосон гэж үзэж болно. Мэс заслын салбарт төрийн шагнал хүртсэн зүрх судас, элэг цэс, мэдрэлийн мэс засал гэмтлийн болон бөөрний мэс заслын хамтлагийн төлөөлөгчид бүгд профессор Т.Шагдарсүрэнгийн дэг сургуулиар бэлтгэгдсэн түүний олон үеийн шавь нарын тэргүүн эгнээний төлөөлөгчид юм.

Шагдарсүрэн багшийн шавь нараас хөдөлмөрийн баатар 3, гавьяат эмч гэсэн алдар цолыг арав шахам нэрт мэс засалчид хүртсэн байна.

Академич Т.Шагдарсүрэн эрдэм шинжилгээний ажилтан бэлтгэх, сургах, эрдэм судлалын ажлын "амтанд" оруулах талаар өөрийн гэсэн өвөрмөц арга барилтай сурган хүмүүжүүлэгч байжээ. Тэрээр залуу судлаачдыг бие дааж, өөрөө, өөрийгөө боловсруулах, гадаад хэлний болон математик мэдлэгийг байнга дээшлүүлэх, гадаадын эрдэм шинжилгээний байгууллага, эрдэмтдийн дэргэд эрдэм шинжилгээний ажилтан нарыг дагал-

дуулах, зэрэгцэн ажиллуулах аргыг өндөр үнэлдэг эрдэмтэн байв. Тэрээр эмчийн ёс зүйн талаар уншсан лекцэндээ "Эмч өвчтнийг судалдаг бол өвчтөн эмчийг бас судалдаг. Өвчтэй хүний судалгаанд хангалтгүй дүн авсан эмчийн хийсэн мэс заслын шарх удаан эдгэдэг" гэж номлодог байлаа.

**Т.Шагдарсүрэн нэр хүндтэй удирдаач,
төрийн зүтгэлтэн хүн байв.**

Эрүүлийг хамгаалахын удирдлагад академич Т.Шагдарсүрэнгийн оруулсан хувь нэмэр, эзлэх байр суурь бий гэж хэлэх бүрэн боломжтой. Тэрээр 1945-1948 онд Эрүүлийг хамгаалах яамны орлогч сайд бөгөөд Улсын ариун цэврийн ерөнхий газрын даргаар ажиллаж байжээ.

Түүний манай орны анагаах ухааны эрдэм шинжилгээний салбарын эцэг гэж зүй ёсоор нэрлэж болно. Монголын анагаах ухаанд онолын баримжаа, бодит судалгааны үр дүнгээр дүгнэлт хийж судлан боловсруулах нэн тулгамдсан асуудлыг Т.Шагдарсүрэн, эрдэмтэн хүний алсын холч ухаанаар харж, 1961 онд Анагаах ухааны хүрээлэнг хоол судлал, эрүүлийг хамгаалахын зохион байгуулалт, зүрх судлал, хүүхдийн өвчин, халдварт өвчин судлал гэсэн бүтэцтэйгээр санаачлан байгуулжээ. Тэрээр энэ хүрээлэнгийн захирлын 21 жил тасралтгүй ажиллахдаа бүтэц зохион байгуулалтын талаар байнга өргөжүүлж хэд хэдэн бие даасан анагаахын шинжлэх ухааны салбарыг бий болгосон юм. Т.Шагдарсүрэнгийн удирдсан АУХ-ээс докторын зэрэгтэй 9, дэд докторын зэрэгтэй 67 эрдэмтэн төрж гарсан бөгөөд анхны төрийн шагналтууд /Т.Шагдарсүрэн, С.Загдаа, Ц.Бундан, Ё.Бодьхүү, Р.Пүрэв, Ж.Моондой/, анхны ардын эмч /Р.Пүрэв/ энэ хүрээлэнгээс гарч алдар цуугаа мандуулсан түүхтэй. Т.Шагдарсүрэн тухайн үеийн нам төрийн бодлогоор төрийн тэргүүний эрүүл мэндийг хариуцсан итгэмжлэгдсэн эмчийн хувьд манай улсын тусгай эмнэлгийн даргын үүрэгт ажлыг тодорхой хугацаанд хавсран гүйцэтгэж байсан билээ.

Тэр нийгмийн зүтгэлтэй байсныг АИХ-ын депутатаар удаа дараа сонгогдсон, ард олноо төлөөлөн төрийн хэрэгт хүчин зүтгэж явсан он жилүүд харуулна.

Монголын Засгийн газар түүний хөдөлмөр бүтээлийг өндрөөр үнэлж, БНМАУ-ын төрийн шагнал хүртээн, хүний гавьяат эмч цол олгосны гадна Сүхбаатарын одон, Алтан гадас болон бусад

одон, медалиар шагнасан байна.

Академич Т.Шагдарсүрэнгийн манай оронд бий болгосон цээжний хөндийн болон зүрх судасны мэс заслын алба өнгөрсөн хугацаанд зүрх судасны олон төрлийн эмгэг, гажгуудыг орчин үеийн багаж, төхөөрөмжийг ашиглан оношлож, мэс заслаар төгс эмчлэх олон арван аргуудыг практикт нэвтрүүлж эмчилгээний үр дүн нь гадаад орнуудын мэс заслын төвүүдийн дундаж түвшинд ойртож очсон юм. Одоо зүрх судасны 50 гаруй төрлийн эмгэг, гажгуудыг мэс заслаар төгс эмчилж байгаа бөгөөд зүрхийг цусны эргэлтээс гаргаж, "нээлттэй" зүрхэнд хагалгаа хийх арга, биеийн халууныг бууруулах /гипотерми/ болон зүрх-уушигны үйл ажиллагааг орлон гүйцэтгэдэг цусны зохиомол эргэлтийн аппаратыг үр дүнтэй хэрэглэж байна.

Зүрх судасны мэс заслын орчин үеийн хөгжлийн илтгүүр болсон зүрхний гэмтсэн 1-2 хавхлагыг хиймэл хавхлагаар солих, зүрхний титэм судасны дутагдлын үед гол судас-титэм судасны холбоос тавих зэрэг шинэ арга амжилттай нэвтэрч байна.

Академич Т.Шагдарсүрэнгийн менежментийн нэг сайн чанар бол хойч үе, шавь нараа олж таньж чадсан, сургаж, гардан бэлтгэж чадсан явдал юм. Тэрээр, хэдийгээр олон хүнийг хажуудаа авч халж сольж байсан боловч төрийн соёрхолт эрдэмтэн С.Загдаа, Е.Бодьхүү, Ж.Моондой нарыг олж авч чадсан учраас Монголд зүрх судасны мэс заслын үндэслэл зөв тавигдсан. Төрийн тэргүүн Ю.Цэдэнбалын итгэлийг олж түүнд ажлаа ойлгуулж чадсаны хувьд 1960-аад онд нэг сая шахам америк долларын өртөгтэй тэр үеийн барууны (хөрөнгөтөн) орны зүрх судасны мэс заслын иж бүрэн тоног төхөөрөмж авч чадсан юм. Т.Шагдарсүрэн залуу эмч нарыг оюутны ширээнд байхаас нь авъяас, ур чадвар, хөдөлмөрч хичээнгүй байдлаар нь зөв харж шилж сонгож чадсанаар наяд ерээд онд төрийн шагналт эрдэмтэн Ц.Бундан, үүнээс хойш академич доктор, профессор Н.Баасанжав нар багшийнхаа үүсгэн бий болгосон зүрх судасны мэс заслыг өнөөдөр хүртэл Монголын анагаах ухааны тэргүүнд шугамд авч явж байна.

ПЭЛЖЭЭГИЙН ДОЛГОР

Н.Даваацэрэн

Монголын анагаах ухааны мэс заслын салбарыг хөгжүүлэхэд гал голомтыг нь үүсгэн бадраасан үндэсний цөөн мэргэжилтнүүдийн дотор Түндэвийн Шагдарсүрэн, Вандан-Ишийн Ичинхорлоо, Пэлжээгийн Долгор нар "Тулгын гурван чулуу" нь гэлтэй. Гэтэл одоо тэд маань Монголын мэс заслын "Ноён оргилуудын" дотор "Өвгөн оргилууд" болон мөнхөрчээ.

Өмнө нь би багшийн (Долгор) тухай 3 ном бичихдээ багшийн эцгийн талаар ер сонирхоогүй бөгөөд заримд нь малчин гаралтай ч гэж бичсэн санагдана. Багш маань надад ээжийнхээ тухай л их ярьж дурсдаг байсан болохоор аавынхаа тухай дурсаж байсангүй. Арга ч үгүй биз. Түүнийг 3 настайд нь төрсөн эцэг Нацаг нь нас барсан гэдэг. Нөгөө талаар өөрийн удам угсааг нуух шалтгаан ч байсан биз. Түүний нагац ах С.Пүрэвжав гуайгаас хожим лавлахад Нацаг гуай хошуу захирагч хүн байсан гэнэ. Ингэхлээр багш тайж угсааны хүн болж таарлаа. Харин Нацаг гуайн эцэг эх нь ямар гарлын хүн болохыг тогтоож чадаагүйд хүлцэл өчье. Зарим хүмүүсийн явган ярианаас сонсоход Түвд гарлын хүн байсан ч гэх...

Бага нас, оюутан ахуй үе

Пэлжээгийн Долгор нь Завхан аймгийн Жавхлант (Алдархаан) сумын нутаг Хайрхан булан хэмээх газар 1930 оны 7-сарын 15-нд (паспортанд бичигдснээр) төржээ. Ээж нь түүнийг 13 настайд нь өөд болж хүү бүтэн өнчирсөн байна. Эх нь бие барахынхаа өмнө хүүгээ өөрийн төрсөн дүү Дэлгэрт үрчлүүлж, түүний нөхөр Пэлжээгээр овоглохыг захижээ. Одоо бодоход багш маань тайж угсааны хүн болохоор нь хавчлагаас эмээж Нацаг гуайгаар овоглоогүй ч байж болох юм.

Аз болоход үрчилж авсан ах, эгч хоёр нь өнчин хүүг гэрийн зарц болголгүй нялх багаас нь номын мөр хөөлгөсөн нь түүний хувьд мартаж баршгүй ачлалтай. Долгор нь хар нялхаараа хэрсүүжиж, өнчин хүнд эрдэм ном нэг насны хань болохыг эрт

ухаарчээ. Тэрээр Завханы 7 жилийн сургуулийг төгсч, 1945 оны намар МУИС-ийн бэлтгэл ангид орж, улмаар 1947 онд тус сургуулийн Хүн эмнэлгийн факультетийн оюутан болсон түүхтэй. Түүний оюутан ахуй цагийн дүр төрхийг сэтгэлд бууж, нүдэнд тусахуйц дүрсэлсэн ангийн болон найз нөхдийнх нь дурсамж олон байдаг. Зарим нэгээс нь (1994) товч дурьдвал:

*Базарын Амгаабазар
(оюутан Долгорын ангийн
дарга, хожим нь ЭХЯ-ны
боловсон хүчний эрхлэгч,
АУДС-ийн багш):*

Оюутан ахуй цагаа эргэн дурсахад Долгор маань хар нялхаараа ухаан суусан, их хэрсүү хүүхэд байсан. Их оролдлоготой, багшийг хичээл заахаас өмнө уншчихаад тэр чинь юу юм бэ?, энэ чинь юу юм бэ? гэж шалгаан асууна. Юмыг бүр уг мухраар нь гүнзгий ойлгож авдаг, тэр хэрээрээ бусдад ойлгуулахыг хичээдэг байсан.

*Дамдины Түмэндэлгэр
(хожим нь ЭХЯ-ны орлогч
сайд):*

Долгор маань хичээл давтаж байгаад нэг л мэдэхгүй юм гарвал номын сан руу гараад гүйчихнэ. Мэдэхгүйгээ мэдэж авч санаа нь амардаг байсан байх. Тэр хэзээний их ойлголт сайтай, ямар ч юманд шантарч буцдаггүй бас их ажилсаг, оёж хатгах, угааж цэвэрлэх, хоол унд хийхдээ хэр баргийн эмэгтэй хүнийг дагуулахааргүй байсныг мэднэ.

*Евгений Павлович Бадер
(Монгол улсын хүний
гавъяат эмч):*

Бидэнд Солодонилов гэдэг багш хичээл заадаг байлаа. Нэг удаа тэр багш ходоодны шүүсний тухай лекц уншсан юм. Гэтэл тэр багш жаахан будилаад Долгор түүнийг нь засаж тайлбарласнаас болоод сургуулиас хөөгдөх тухай эвгүй яриа болоод өнгөрч байсан юм.

Дэлэгийн Мядаг

(халдвартын зөвлөх эмч):

Долгор бол сурах л гэж төрсөн хүн. Хичээл дээр хамгийн урд талын ширээн дээр суучихаад багшийн амнаас унасан үг болгоныг "шүүрч" авдаг байсан гэж болно. Органик химийн хичээлийн шалгалтын дараа багш: "Монгол улс Долгороороо бахархах цаг ирнэ" гэж байж билээ гэж 1994 онд дурсан ярьцагасан байдаг.

Оюутан Долгор III дамжаанаасаа эхлэн анатомийн хичээл зааж эхэлсэн гэдэг. Анхны шавь нарынх нь дотор "зүрхний" гэгдэх П.Банзрагч гуай, "хүүхдийн" Ж.Цэрэндулам гуай (одоо Монгол улсын хүний гавъяат эмч), "эмэгтэйчүүдийн" Бадам гуай (Монгол улсын хүний гавъяат эмч) нар байсан юм билээ. Тэр үргэлж онц сайн сурч, Д.Сүхбаатарын нэрэмжит цалинт оюутан байсан бөгөөд 1952 онд сургуулиа төгсөж Хүний их эмчийн мэргэжилтэй болжээ.

1952-1956 онуудад МУИС-ийн мэс заслын тэнхимд багш, нэгдсэн I эмнэлэг (одоогийн УКТЭ)-т мэс заслын эмчээр ажиллаж байгаад 1956 оноос Москвад А.В.Вишневскийн нэрэмжит мэс заслын институтэд аспирантурт суралцахаар явжээ. 1960 онд П.Долгор "Ходоодыг тайрахад нойр булчирхайн шүүдэс өөрчлөгдөх нь" сэдвээр дэд эрдэмтний зэргийг Москвад амжилттай хамгаалж ирээд Нэгдсэн нэгдүгээр эмнэлэгт мэс заслын тасгийг шинээр байгуулан ажиллаж эхэлсэн байна.

Монголын мэс заслыг мэс засалчийнх нь болон эрдэмтнийх нь хувьд П.Долгоргүйгээр төсөөлөхөд бэрх юм. Тэр 1961 онд Монголд анх удаа зүрхний гол судсуудын хоорондох битүүрээгүй (Баталловын) цоргыг боох мэс засал амжилттай хийжээ. 1960-1961 онуудад зүрхийг сэтгүүрдэх, нэг эгшинт спленопортографи, гастроскопи, бронхоскопи хийх, уушгны өвчнүүдийн үед уушгийг хэсэг, хэлтрээр нь тайрах, өрцөн доор байрласан элэгний бэтгийг хагас битүү аргаар авах, сери ангиокардиографи хийх аппарат санаачилсан ба элэгний циррозын болон үүдэн венийн даралт ихсэлтийн үед дэлүүг авах, сэмжийг хэвлийн өмнөд хананд болон элгэнд бэхлэх мэс заслуудыг хийж байсан бол 1962-1965 онуудад өрцөн доор байрласан бэтгийн үлдэц хөндийг дахин хатгаж гуурс тавих, мэс заслын явцыг кинофильм, диапо-

зитиваар авч баримтжуулах, сургалтанд хэрэглэх, Фильверманы зүүгээр элгэнд хатгалт хийж биопси авах, хөлний ясаар дамжуулан хөлийн венийн судасны зураг авах зэрэг бусад аргуудыг хэрэглэж байжээ.

1966 оноос элэг хатуурах өвчний үед үүдэн венийг доод хөндийн вентэй залгах, дэлүүний венийг зүүн бөөрний венд залгах мэс заслуудыг анх амжилттай хийж эхэлжээ. 1967 оноос элэгний зүүн ба баруун дэлбэнг анатомийн аргаар тайрах, цөсний ерөнхий цоргыг дээрх гэдэстэй холбох болон ходоод гэдэс, нойр булчирхай нарийн түвэгтэй мэс заслуудыг манай оронд анх түрүүн хийсэн юм. Тэрээр 1979 онд Москва хотод А.В.Вишневскийн нэрэмжит мэс заслын институтэд "Өрцөн дор байрласан элэгний бэтгийг оношлох, эмчлэх нь" сэдвээр шинжлэх ухааны докторын зэргийг амжилттай хамгаалжээ. Докторын зэрэг хамгаалах эрдмийн зөвлөлийн хуралдаан дээр ОХУ-ын академич М.И.Кузин "Монголын эрдэмтэн нөхөр Долгор бэтгийн мэс заслын эмчилгээнд шинэ чиглэл гаргалаа" гэж өндрөөр үнэлж байлаа.

ШУА-ийн сурвалжлагч гишүүн, доктор, профессор В.Ичинхорлоо, академич Т.Шагдарсүрэн нарын анх бамбарыг нь асаасан бэтэг судлалыг профессор П.Долгор үргэлжлүүлэн үр дүнтэй судалсаны ачаар манай оронд бэтэг судлах, оношлох, эмчлэх бүхэл бүтэн сургуулийг бий болгосон юм. Түүний удирдлагаар зөвхөн бэтгийн сэдвээр анагаах ухааны доктор 7, шинжлэх ухааны доктор 1 төрсөн юм.

П.Долгорын удирдсан УКТЭ-ийн мэс заслын клиник нь 1970-аад оноос элэг, цөс, ходоод гэдэсний мэс заслаар дагнасан юм. Үүний нэг үр дүн нь 1990 онд "Элэг цөсний өвчнийг оношилж, мэс заслаар эмчлэх асуудлыг хам шийдсэн нь" бүтээлээрээ өөрийн шавь нарын хамт Монгол улсын төрийн шагнал хүртжээ.

Эмнэлгийн мэргэжилтэн бэлтгэх, эрдэмтэд багш нарыг төрүүлэх чухал хэрэгт П.Долгор өөрийн бүх авъяас, эрчийг зориулж байсан юм.

П.Долгорын шавь нараас хөдөлмөрийн баатар 3, анагаах ухааны доктор 10 төрөөд байна. П.Долгор 1949 оноос АУДЭС, АУИС-д багшилж тэнхмийн эрхлэгчээр 1965-1991 онуудад ажиллаж байв. 1969 онд доцент (дэд профессор), 1982 онд профессор цол хүртжээ.

Профессор П.Долгор 100 гаруй эрдэм шинжилгээний бүтээл хэвлүүлсэний гадна, шинэ бүтээл 5, үүнд: бэтгэнд дарагдаж хатанхайрсан өрцийг фиброз бүрхүүлээр нөхөх арга, бэтгийн үлдэц хөндийг устгах арга, бэтгийн хөндий рүү цоорсон цесний цоргыг нөхөх арга, "У" хэлбэрийн залгалт хийж нарийн гэдсийг хаймсурдах нь, бэтгийг хэт авиагаар оношлох нь, оновчтой санал 14-ийг тус тус гаргаснаас гадна хэдэн арван тэргүүн туршлага нэвтрүүлсэн юм.

Түүний гавъяа зүтгэлийг төр, засгаас өндрөөр үнэлж Эрүүлийг хамгаалахын болон Ардын боловсролын тэргүүний ажилтан цол тэмдэг 4, 7-р таван жилийн гавшгайч, Ардын хувьсгалын 40, 50, 60 жилийн ойн хүндэт медалиуд болон хөдөлмөрийн хүндэт медаль, Алтан гадас одон, Хөдөлмөрийн гавъяаны улаан тугийн одон, 1989 онд Монгол улсын гавьяат багш цолоор тус тус шагнаж байв.

П.Долгор нь сурган хүмүүжүүлэгч, эмчлэн сэргийлэх нэр их ажлын сацуу олон улсын байгууллагад нэр төртэй ажиллаж байв. Тэрбээр Дэлхийн Эрүүл Мэндийн Байгууллагад илтгэгч, орлогч дарга, даргаар, 1985-1989 онд ДЭМБ-ын Зүүн-Өмнөд Азийн бүсийн хорооны Эрүүл Мэндийн Эрдэм Шинжилгээний Зөвлөх Хорооны гишүүнээр тус тус сонгогдон ажиллаж байв.

Монголын анагаах ухааны чиглэлээр төрсөн эрдэмтдийн соруудын нэг явсан энэхүү алдарт хүн эрдэм боловсрол, ухааны бяр эд жагссан насандаа (1991 оны 6-р сарын 13-нд)-өөд болсон юм. Түүний шавь нар багшийнхаа бүтээж явсан, санаж мөрөөдөж явсан үйл хэргийн нэр төртэй үргэлжлүүлэхийг чармайсаар явна.

1992 онд АУИС дээр П.Долгорын нэрэмжит алдарын танхим байгуулан 1996 оноос түүний нэрэмжит шагналыг, мэс заслын эмч болох чин эрмэлзлэлтэй, оюутны эрдэм шинжилгээний бүтээлтэй тэргүүний нэг оюутанд жил бүр олгож байгаа ба 1998 онд УКТЭ-ийн мэс заслын клиникийг Монгол Улсын Төрийн шагналт, гавъяат багш, доктор профессор Пэлжээгийн Долгорын нэрэмжит болгожээ.

Түүний оюуны өргөн цараа, шинжлэн судлах их авъяас, эмчийн өргөн мэдлэг, үргэлж шинийг эрэлхийлж байдаг төрөлх зан, мэс заслын гайхалтай ур чадвар зэрэг нь түүнийг алдаршуулан мөнхжүүлсэн юм.

ВАНДАН-ИШИЙН ИЧИНХОРЛОО

Н.Даваацэрэн

Монгол улсын гавъяат эмч, Шинжлэх ухааны Академийн сурвалжлагч гишүүн, Анагаах ухааны дээд сургуулийн багш, доктор, профессор В.Ичинхорлоо нь 1914 онд Сэлэнгэ аймгийн Алтанбулаг сумын нутаг Хяраан гэдэг газарт төржээ. 5 настайдаа аав ээжээсээ өнчирч, Вандан-Иш гэдэг хүн үрчлэн авсан гэдэг. 12 настайдаа Улаанбаатар хотод ирж айлд зарагдах, хүүхэд асрах зэрэг ажил хийж байгаад 1926 оноос Эх Нялхсын эмнэлэгт асрагчаар орж ажилласан байна.

Энэ эмнэлэгт ажиллаж байсан Зөвлөлтийн эмч Гольдманы удирдлагад ажиллаж, эмнэлгийн сувилагчийн мэргэжил эзэмшжээ.

Улмаар В.Ичинхорлоо нь 1930 оноос Эрхүү хотод Рабфакт 3 жил суралцаж, 1933-1938 онд Ленинградын анагаах ухааны дээд сургуулийг тус тус төгсчээ.

1938 онд В.Ичинхорлоо нь эх нутагтаа ирж, мэс заслын ууган тасаг болох Улсын төв эмнэлгийн мэс заслын тасагт ажилласан бөгөөд, тасгийн эрхлэгч В.Т.Глушенког дагалдан суралцаж, мэс засалчийн мэргэжлийг эзэмшсэн байна. 1939 онд В.Ичинхорлоо Халхын голын дайны үед Баянтүмэн дэх цэргийн госпиталд мэс засалчаар ажиллаж байсан ба манай улсын ууган донорын нэг байлаа.

1940 оноос 1944 оныг хүртэл Төв эмнэлэгт мэс засалч эмчээр 1944-1945 онд Дорнод аймагт мэс заслын эмчээр, 1945-1953 оныг хүртэл мөн Төв эмнэлэгт мэс засалч, тасгийн эрхлэгчээр ажиллаж, ерөнхий мэс заслын дадлагын хичээлийг зааж эхэлсэн нь үндэсний мэргэжилтнүүдээс анхны мэс заслын багш болсон байна.

Тэрээр 1947 оноос 1987 онуудад Монгол улсын их сургууль, анагаах ухааны дээд сургуульд тэнхимийн эрхлэгч, багшаар, зөвлөх эмчээр ажиллаж байв. В.Ичинхорлоо багш бол үнэнхүү

туршлагатай, өвчнийг оношлох "их дэлгүүр" байсан гэлтэй. ЭХО болон бусад нарийн шинжилгээг дэлгэрээгүй цагт хүний хэвлийг тэмтрэх, тогших төдийхнөөр зөв мэргэн онош тогтоодгийг нь мэс заслын хагалгаа хийж батлагдахаар нь бид үнэнхүү биширдэгсэн. Одоо бодоход ИХО багш маань амьд "ЭХО" байж дээ.

В.Ичинхорлоо нь 1953 онд "А.В.Вишневскийн хэсэг газрын мэдээ алдуулалтайгаар бэтэг өвчнийг мэс заслаар эмчлэх нь" сэдэвт эрдэм шинжилгээний ажил туурвиж дэд эрдэмтний зэргийг хамгаалсан. Мөн 1960 онд "Бэтэг өвчнийг мэс заслаар эмчлэх асуудлыг БНМАУ-ын материалаар судалсан нь" сэдвээр Анагаах ухааны докторын зэргийг Москва хотод тус тус хамгаалсан байна.

Түүнийг туурвисан 100 гаруй эрдэм шинжилгээний бүтээл байдаг.

Ичинхорлоо 1954 онд доцент, 1961 онд Шинжлэх Ухааны Академийн сурвалжлагч гишүүн, 1962 онд профессор цол хүртжээ.

В.Ичинхорлоо нь 1949 онд БНМАУ-ын Улсын бага хурлын гишүүнээр, 1951 оноос БНМАУ-ын Улсын их хурлын депутатаар, 1953 оноос Улсын их хурлын тэргүүлэгч гишүүнээр, 1955-1957 онд Улсын их хурлын депутатаар тус тус сонгогдож байв.

Мөн тэрээр 1953-1968 онуудад Монголын эмэгтэйчүүдийн Хорооны тэргүүлэгч гишүүн, 1954 оноос Монголын энх-тайван найрамдлын хорооны гишүүнээр сонгогдон ажиллаж байсан манай төр нийгмийн томоохон зүтгэлтэн юм.

В.Ичинхорлоогийн гавъяа зүтгэлийг төр засаг өндрөөр үнэлж, 1971 онд БНМАУ-ын хүний гавъяат эмч цолоор, Сүхбаатрын одон, "Алтан гадас" одонгоор 3 удаа, Хөдөлмөрийн хүндэт медаль бусад ойн медалиуд, Засгийн газрын жуухаар шагнаж байлаа.

Профессор В.Ичинхорлоо нь манай орны эмнэлгийн боловсон хүчнийг бэлтгэх, эмчилгээ үйлчилгээний практикт орчин үеийн ололтыг нэвтрүүлэх үйлст их хувь нэмэр оруулсан, ард түмний хайр хүндэтгэлийг хүлээсэн манай алдарт эрдэмтэн, эмч, сурган хүмүүжүүлэгч юм.

1999 онд түүний 85 жилийн ойгоор нь үр хүүхэд, ач зээ нараас нь санаачлан, оюутны эрдэм шинжилгээний бүтээлээрээ мэс заслын чиглэлээр шалгарсан нэг оюутанд ШУА-ын сурвалжлагч

гишүүн, Монгол улсын хүний гавъяат эмч, Монгол улсын анхны анагаах ухааны доктор, профессор Вандан-Ишийн Ичинхорлоогийн нэрэмжит шагналыг олгож эхэлсэн нь түүний нэрийг мөнхжүүлэх, залуу хойч үе нь үргэлж дурсан санаж явах нэгэн чухал алхам болсон юм.

ПРОФЕССОР Л.ШАГДАР*Б.Дагданбазар,**Ш.Бат-Эрдэнэ*

Гал хулгана жил. Хан тайширийн Улаан дэрст буланд /Одоогийн Говь-Алтай аймгийн Тайшир суманд/ нартыг цочоон Жалайр овгийн Лодойнд хүү мэндэлсэн нь Шагдар байлаа.

Бяцхан хүү Шагдар ерөм, тараг дайсагнасан хурга, ишигний зах эргүүлсэн хөдөөгийн бор жаалын нэгэн боловоо.

Лодой гуай юм юмны захтай, төр түмэндээ зүтгэн Завхан, Хэнтий, Увс аймагт нэгдлийн дарга, намын хорооны хоёрдугаар нарийн бичгийн дарга зэрэг албыг тэр үеийн томилолтоор хашиж явсан тул Шагдар нэг сургуулиас нөгөөд шилжиж, олон багшийн гар дамжсан болохоор, бүрэн гүйцэд танигдаж авьяас билэг нээгдэж гүйцээгүй авч, 1954 онд Хэнтий аймгийн 10 жилийн сургуулийг онц төгсгөөд ЗХУ-ын /хуучин нэрээр/ хүнсний технологийн дээд сургуульд суралцах хувиар авлаа. Гэвч Намын Төв Хороон дээр очиж Галсан даргатай уулзаад явахгүй гэж гэдийгээд МУИС-ийн Анагаах ухааны факультетэд шалгалт өгч хаалгыг нь татаад хүний амь амьдралын алтан судас барих дархан эрхэт эмч болох хувь заяанд хөтлөгдөх нь тэрээ.

Их сургуулийн дугуй танхимд таван намар, өвөл, хаврыг үдэж эрдэмтэн мэргэн багш нараас ой ухааны чадавхын хэрээр оюуны цэнэг, бичгийн мэлмий тэлснээ улсын шалгалтаар шүүлгэх цаг ирлээ. Энэ тухай 4-р курсын онц сурлагатан гээд төвийн сонинд гарч, ахмад сэтгүүлч Ж.Дамдиндорж улсын шалгалтын талаар дурьдан бичихдээ "Шагдарыг шалгалт өгч байхад улсын шалгалтын комиссын гишүүд сэтгэл ханамжтай байгаа нь илэрхий. Ялангуяа түүний багш В.С.Соловьев их тоож байх шиг бодогдов" гэсэн бий.

Ийнхүү таван жил онц сурсан Л.Шагдарыг эмчийн улаан диплом гардахад Улаанбаатарын хэд хэдэн эмнэлэг авах гэсэн боловч, тэмээ хариулсан хүн тайлагаа таньдаг" гэгчээр Туваан сайд Говь-Алтайд ажиллуулна яг гурван жил болгоод би өөрөө төв рүү татна гэснээр хэдэн ном, хувцастай авдараа тэвэрсээр

шуудангийн машинаар гараад өгөх нь тэр.

Ийнхүү Говь-Алтай аймгийн Бигэр суманд очиж, анх өвчтнөөсөө айж тэвддэг байсан нь хүний төлөө зүтгэх хүчийг зүрхэнд нь лугшуулав.

Өвлийн эхэн сарын жаргаж буй нарны оготор ээсэн шаргал талд тэмээ унасан хоёр хүн уртын урт сүүдэр дагуулан тэшүүлнэ. Арай ахимаг настай нь Бигэр сум нэгдлийн дарга Чулуун /хожим хөдөлмөрийн баатар болсон/ агсан, нөгөөх шавилхан атлаа тэмээ унахдаа дадамгай залууг айлд орохоор "Өө, эмч хүү. Та дээшээ, дээшээ..." гээд л нэгдлийн даргаа хараагүй юм шиг аяглах нь аятайхан ч юм шиг, ер нь хөдөөнийхөн хэнийг хэдийд яаж хүндлэх мэндлэх, үнэлэхээ даан ч дэндүү мэднэ дээ.

Ажил нь овоо жигдрээд байтал аймгийн төвийн эмнэлэгт тааад авчихлаа. Энд Шагдар оюутан ахуйдаа гар угааж багш Т.Шагдарсүрэн, мэс засалч Бадер, Сагараажав, Буджав нарыг дагаж туслахаар оролцож, жижиг сажигхан овон товон, ур, олгой мэтийг авчихдаг болоход тэд нар нь ч ихэд тоож байсны ачаар Алтайчууд нэгэн сайн мэс засалч эмчтэй болсондоо олзуурхаж, аймгийн ерөнхий эмчийнхээ нөр их ажлын хажуугаар хагалгаа хийсээр л байлаа.

Гэтэл гурван жил ч хүрсэнгүй он жил өнгөрч амалсанаа биелүүлдэг Туваан сайдын нь ажлаа хүлээлгэж өгөөд ир, ЗХУ-д ординатурт явуулна гэсэн цахилгаан очжээ.

Шагдар Москвад хоёр жил суралцахдаа профессор И.И.Потанов зэрэг мундагчуудын гараар орсондоо бахархаж, хамар хоолойн мэс заслын нарийн чимхлүүр мэргэжлийг эзэмших гэж хичээснийх дагалдан битгий хэл, тэнд жижүүрийн эмчийн үүргийг хэд хоноод л гүйцэтгэхдээ эх орныхоо нэрийг бодоод л их ч хичээдэг сэн гэж нэгэнтээ дурдсан бий.

1962 онд ординатур төгсөж ирээд 1-р эмнэлэгт /одоогийн УКТЭ/-ийн чих, хамар хоолойн тасгийн эрхлэгчээр томилогдон ажиллаж, 1967 оноос АУДС-ийн багш декан, АУИС-ийн тэнхмийн эрхлэгчээр ажилласаар байлаа.

Эмч багшийн ажил гэдэг эрдэм судлалын л ажил гэсэн үг Шагдар багш хамар хоолойн янз бүрийн хавдартай тохиолдож байх үедээ 1970-1973 онд Киевт профессор И.Л.Курилиний удирдлагаар Төвөнхийн папилломатозын хам эмчилгээнд колхациминыг

хэрэглэх нь сэдвээр /дэд доктор/ Анагаах ухааны докторын зэргийг хамгаалж ирээд хамар хоолойн хортой, хоргүй хавдрыг эмчлэх аргыг анх нэвтрүүлснээр сүүлийн 10 гаруй жил нэг ч хүн ийм өвчнөөр эндээгүй юм.

Сонсгол судлал заслын албыг Монголд анх бий болгож, 1965 онд анх аппаратаар сонсгол шалгаж эхэлснээс хойш, оношлогооны лаборатори байгуулж, одоо улсын хэмжээнд сонсгол судлалын 8 кабинет зохих эмч лаборанттай ажиллаж, сонсгол судлал мэс заслын эмчилгээ дэлхийн түвшинд хүрчээ. Манай орны цаг уурын эрс тэс байдалтай холбоотойгоор улирлын аястай өвчлөл үүсдэг, өндөр уулын бүсэд оршин суугчдад чихний эмгэг тохиолдох нь элбэг болохыг тогтоож, Монгол хүний сонсголын стандартыг тогтоосон. Ингэхдээ авиа судлалын аргадаа Ринчен, Лодойдамба, Эрдэнэ, Явуухулан зэрэг олон зохиолчийн номноос тус бүр 500, нийт 7,811 үг, 37,122 авиаг сонгон аваад анагаах ухааны үүднээс задлан ялгал хийсэн нь зөвлөлтийн эрдэмтдээс өндөр үнэлгээ авчээ.

1988 онд мөн л Киев очиж Коломиченкогийн нэрэмжит хүрээлэнд БНМАУ-д хэнгэргийн тогтолцоог сэлбэн засах мэс заслыг клиник-сонсгол судлалын үүднээс судалсан нь сэдвээр Анагаахын Шинжлэх ухааны докторын зэрэг хамгаалсан нь хүний дунд чихний архаг үрэвслийн үед чихний хэнгэрэг, сонсголын яснууд идээнд идэгдчихсэн байдгийг бүхэлд нь орлуулан нөхөж солих аргыг анх хэрэглэсэн нь нэн амжилттай болсон юм.

Гэтэл дунд чихний хөндий нь ердөө 1 см³ бяцхан завсар төдий, тэнд орших алх, дөш, дөрөө яс нь 2.5 мг жинтэй, хамгийн тоймтой гэгдэх чихний хэнгэрэг гэхэд л 1 мм зузаантай, 9 мм голчтой, 55 мм² талбайтай гээд бод л доо. Эдгээрийг мөгөөрсөөр буюу хальсаар орлуулаад нөхөөд оёно гэхэд хэдэн зуу дахин өсгөдөг микроскопоор харж, зүүний үзүүр төдийхөн багажаар гүйцэтгэхэд хурц хараа, чичэргээгүй гар, нягт хямбай ажиллагаа, ихээхэн ур дүй ухаан, өндөр мэдлэг чадвар, бие сэтгэлийн уйгагүй тэвчээр тэнхээ ихээхэн шаардана. Нэг л эндэх, хальтрах аваас хүнийг насан турш тахир дутуу, дүлий болгох буюу амь насанд нь ч хүрч мэднэ. Чухамхүү Л.Түдэв гуайн Эрхий дарам зайд 1000 заан багтааж зурдаг өгүүллэг шиг уран ухааны нарийн сийлбэр шиг хэмээн бодогддог.

Ийм нер хэмжээний өндөр нарийн мэргэжилдээ гарын шавь

Цэцэгдарь, Цогзолмаа, Цогтжаргал, Бат-Эрдэнэ, Баярсайхан нарыг дагалдуулан бичил мэс заслыг сайн хийцгээдэг болсон нь Шагдар багш салхийг нь хагалж өгсөний ач юм гэж Ш.Банчаарай бичсэн байдаг.

ЛОР Шаагаа багш хатуудаа хатуу, зөөлөндөө зөөлөн хүн. Багшийг декан байх үед үүнийг тэрлэгч миний бие, бидний үеийн оюутнаас сахилгаар арга хэмжээ авхуулсан оюутан байхгүйн учир гэвэл багш баруун гараа атгаад л аюулхайруу зангахад л арга хэмжээ дуусах нь тэр дээ. Хамгийн гол нь тэрээр хүнд өвчний амь насыг уртасгах аргыг сэддэг нь гоц байлаа.

Зөвхөн 1964-1976 оны хооронд өдөрт 7-8 удаа хагалгаа хийдэг байлаа. Чихний сонсгол сайжруулах хагалгаа 1200 гаруй, төвөнхийн хавдарын хагалгаа 200 гаруй, бусад хагалгааг нь нь тоолж тооцоогүй гэдэг. Харин сүүлийн жилүүдэд залуучууддаа итгэл өгч, мэргэжилд нь сургах ёстой гээд эрдэм судлал, багшлах ажилдаа нилээд шамдсан юм шүү.

Профессор Шагдарын удирдлагаар Б.Эрдэнэчулуун АШУ-ны доктор /1998/, Б.Равдан /1987/, Г.Цэцэгдарь /1990/, Ш.Бат-Эрдэнэ /2000/ нар анагаах ухааны доктор, Ш.Сарантуяа, А.Өлзийбаяр, Л.Бямбасүрэн... нарын хүн магистрын зэрэг хамгаалсан билээ.

Эрдэм судлалын ажил ялангуяа сонсгол сэргээх талаар Энэтхэгийн шинэ Дели, Английн Манчестр хотуудад болсон олон улсын хурал, симпозиумд илтгэлээ тавьж өндөр үнэлгээ, авснаас 2002 онд Улаанбаатар хотод болох олон улсын чих хамар хоолойн эмч эрдэмтдийн хурлын бэлтгэл ажлыг төлөвлөн хийсэн нь Шагдар багшийн алсын хараа эх орон, ард түмнийхээ эрүүл мэндийн төлөө зориулсан бүтээлч үйлсийн илэрхийлэл билээ.

Лодойн Шагдарын насны хань оюутан ахуйгаасаа эхлээд хөдөө, хотод олон жил эх барихын ариун үйлст зүтгэсэн Сэлэнгэ эмч, гурван охин, нэг хүүгээ эрүүл саруул өсгөж өндийлгөсөн ачтэй ээж шүү. Ганц хүүгээ хэр зэрэг эрхлүүлдэг байв даа гэхэд. Аавынхаа мэргэжлийг өвөлсөн Ш.Бат-Эрдэнэ за нэг их эрхлээд байснаа санадаггүй юм. Харин тавдугаар анги төгстөлөө үе үе гөвшүүлдэг байснаа л санадаг даа. Намайг бодвол отгон юм болохоор Шүрэнчимэгийг энхрийлэх нь илүү байсан гэж билээ.

Ууган охин Эрдэнэчимэг хөнгөн хүнсний инженер, удаах охин

Уранчимэг биологич гээд бүгд л гадаад дотоодод дээд боловсрол эзэмшин хоёр нь эмч болсон. Эхийн хайр, эцгийн холч бодлын илэрхийлэл ажгуу.

ЛОР Шаагаа багш Монголын чих хамар хоолойн бүх эмч нарын болоод 1967 оноос хойших АУДСургууль, АУИС төгссөн эмч нарын бүгдийнх нь багш тиймээс ч 1975 онд Хөдөлмөрийн хүндэд медаль, 1981 онд Ардын хувьсгалын 60 жилийн ойн медаль, Эрүүлийг хамгаалахын тэргүүн, 1990 онд Алтан гадас одон, 1997 онд Боловсролын тэргүүний ажилтан, 1999 онд Шинжлэх ухааны тэргүүний ажилтан цол, 2000 онд Монгол улсын гавьяат багш цол хүртсэнд түг түмэн шавь нар нь нэн баярладаг юм.

Профессор Л.Шагдар багшийн бичсэн чих хамар хоолойн өвчин судлалын сурах бичиг /1971, 1989/ онд хэвлэгдсэнээс гадна 20 орчим ном, гарын авлага, товхимол, эрдэм шинжилгээний илтгэл, өгүүлэл 180 гаруй шинэ бүтээл 7, редакторласан ном 3 гээд нийтдээ 200 гаруй бүтээлтэй, 1981 онд дэд профессор, 1990 онд профессор цол авсан. Томоохон эрдэмтэн болохоор АУИС болон АШУДокторын зэрэг хамгаалуулах зөвлөлийн гишүүн, Эрүүл мэндийн яамны ерөнхий мэргэжилтэн, ШУАкадемийн анагаах ухааны бага чуулганы гишүүн, чих хамар хоолойн эмч нарын нийгэмлэгийн болон монголын эмч нарын эрдэм шинжилгээний нийгэмлэгийн тэргүүлэгчийн үүргийнхээ дагуу монголын эмч эрдэмтэдийн намтар хэмээх томоохон бүтээлээ өөрөө компьютерт бичиж цэгцэлж байгаад үзэг цаасаа ширээн дээрээ үлдээгээд одсон хэдий ч үйл бүтээлий нь үргэлжлүүлэх үр хүүхэд, үнэн ч шавь нар нь авай.

‘ НОЙР БУЛЧИРХАЙН АРХАГ ҮРЭВСЛИЙН ӨВЧЛӨЛ, ОНОШИЛГОО, ЭМЧИЛГЭЭНИЙ БАЙДАЛД ХИЙСЭН СУДАЛГАА

Н.Туул

Судалгааны үндэслэл:

Нойр булчирхайн эмгэгүүд нь харьцангуй хожуу судлагдсан, голдуу хүндэрсэн үе шатандаа оношлогддог байна. [1]. Сүүлийн 20 жилд анагаах ухааны практикт орчин үеийн арга зүй, нэвтэрснээр нойр булчирхайн бүтэц, үйл ажиллагаа өргөн судлагдаж нойр булчирхайн эмгэгүүдийг эрт оношлох боломж бүрдсэн. Тухайлбал, хэт авиа, компьютертомографи, ретроградний холангио-панкреатографи, соронзон резонансийн холангеопанкреатографи, биохимийн аргууд (төрөл бүрийн сорилууд), иммунологийн шинжилгээнүүд нэвтэрсэн [2, 3, 4].

Нойр булчирхайн архаг үрэвсэл 100.000 хүнд 3.5-4.0 тохиолдол бүртгэгдсэн байна [5]. Бүх хөгжингүй орнуудад тархвар судлал, эмнэл зүй, задлан шинжилгээний дүгнэлтээр нойр булчирхайн архаг үрэвслийн өвчлөл ихэссэн байна. (Маят.В.С, 1978., Радбиль О.С, Матвеев.В.И, Гребнев А.Л, 1982, Spiro1977, Pedeson 1982). Гэвч тив дэлхийн улс орнуудад өвчлөл харилцан адилгүй тохиолддог, тухайлбал Европ, АНУ, Өмнөд Африк, Энэтхэг, Индонезид элбэг, харин Азийн орнуудаас Хятад, Вьетнам, Солонгост харьцангуй бага тохиолдолтой байна [5].

Нойр булчирхайн архаг үрэвслийн гол шалтгаан нь архаг архидалт, цөсний хүүдий, цөсний замын эмгэгүүд, түүнчлэн гиперлипидеми, уураг дутагдалтай хоол хүнс, зарим эмүүд, удамшлын нөлөөлөл зонхилдог [6].

Нойр булчирхайн архаг үрэвслийн эмчилгээний асуудал нилээд төвөгтэй, өвчний үе шатыг харгалзаж, үйл ажиллагааны алдагдлын зэргийг тогтоож, түүнчлэн хүндрэл, дагалдах өвчнийг харгалзан дараах дэглэмийг баримтлан эмчилдэг [7, 8].

Үүнд:

1. Хоолны дэглэм баримталж, ходоод нойр булчирхайн шүүрэл ялгаралтыг ихэсгэхгүй байх, архинаас татгалзах;
2. Гадаад болон дотоод шүүрлийг зохицуулах;
3. Өвдөлтийг намдаах, хүндрэлээс сэргийлэх зорилгоор эмчилдэг.

Зорилго:

Нойр булчирхайн архаг үрэвслийн өвчлөлийн байдал, оношлогоо, эмчилгээний өнөөгийн түвшинг судлах.

Судалгааны зорилт:

1. Улсын хэмжээн дэх нойр булчирхайн архаг үрэвслийн сүүлийн 5 жилийн өвчлөлийг нас, хүйсээр гаргах
2. УКТЭ-ийн гастроэнтерологийн тасагт хэвтэн эмчлүүлэгсэдийн дундах нойр булчирхайн архаг үрэвслийн сүүлийн 10 жилийн өвчлөлийн нас, хүйс, шалтгаан хамаарлыг судлах
3. Нойр булчирхайн архаг үрэвслийн оношлогоо, эмчилгээний өнөөгийн түвшинг дүгнэх

Судалгааны материал, арга:

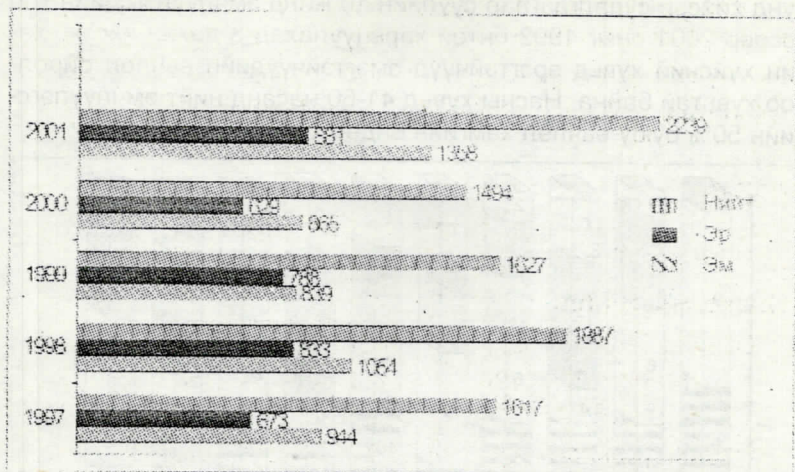
1. Нойр булчирхайн архаг үрэвслийн улсын хэмжээний өвчлөлийг 1997-2001 онд бүртгэгдсэн 2239 тохиолдолоор авч үзэв.
2. УКТЭ-ийн гастроэнтерологийн тасагт 1992-2001 онд нойр булчирхайн архаг үрэвслээр хэвтэн эмчлүүлсэн 409 өвчтөний өвчний түүхэнд түүвэр судалгаа хийж, өвчлөлийн тохиолдол, нас, хүйс, шалтгаан хамаарал, оношлогоонд хэрэглэсэн аргууд, эмчилгээний баримтлалыг дүгнэсэн.

Судалгаа, үр дүнгийн хэлцэмж:

Манай улсад нойр булчирхайн архаг үрэвслийн өвчлөлийн судалгаа байхгүй хэдий ч практикаас үзэхэд сүүлийн 10 жилд ихсэж буй нь ажиглагдсан. Улсын статистик судалгаанд бүртгэгдсэн сүүлийн 5 жилийн өвчлөлийн дүнг зураг 1-д графикаар үзүүлэв.

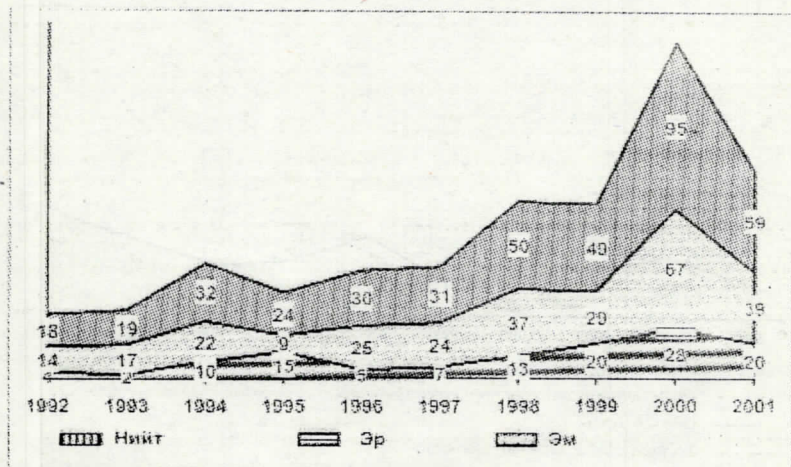
Нойр булчирхайн архаг үрэвслийн статистик судалгаа зөвхөн сүүлийн 5 жилээр гарсан байгаа нь өвчлөл бага байсантай холбоотой байж болно. Сүүлийн 5 жилд өвчлөл аажмаар ихсэж 2001 оныг 1997 онтой харьцуулахад 1.4 дахин ихэсжээ. Түүнч-

лэн эмэгтэйчүүд эрэгтэйчүүдээс илүү өвчилсөн байна.



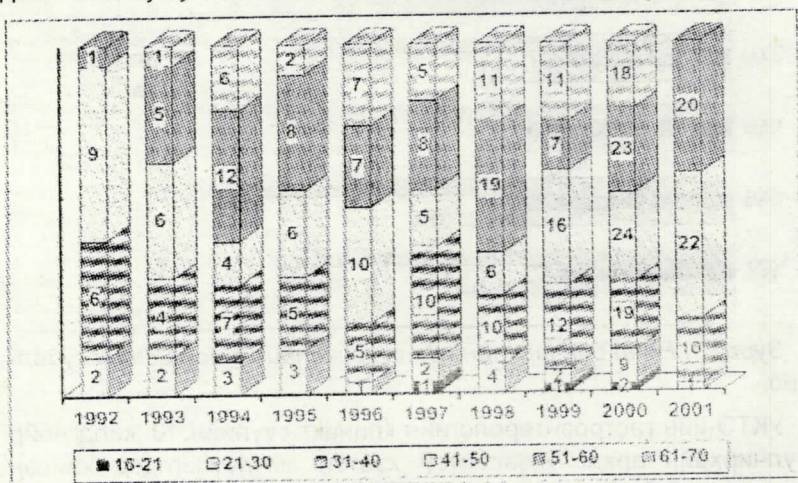
Зураг 1. Нойр булчирхайн архаг үрэвслийн статистик судалгаа.

УКТЭ-ийн гастроэнтерологийн клиникт сүүлийн 10 жилд нойр булчирхайн архаг үрэвсэлтэй хэвтэн эмчлүүлэгсдэд хийсэн судалгааг 2 ба 3-р зурагт үзүүлэв.



Зураг 2. Өвчлөгсдийн хүйсний хамаарал.

УКТЭ-ийн гастроэнтерологийн клиникт хэвтэн эмчлүүлэгсдийн дунд хийсэн судалгаагаар сүүлийн 10 жилд эмчлүүлэгсдийн тоо өссөөр 2001 оныг 1992 онтой харьцуулахад 3 дахин ихсэж, харин хүйсний хувьд эрэгтэйчүүд эмэгтэйчүүдийн өвчлөл ойролцоо хувьтай байна. Насны хувьд 41-60 насанд нийт эмчлүүлэгсдийн 50% буюу өвчлөл хамгийн өндөр хувьтай байна.



Зураг 3. Өвчлөгсдийн насны хамаарал.



Зураг 4. Нойр булчирхайн архаг үрэвслийн шалтгаан.

Онцшийг тогтоохдоо Марселийн (1983) ангилалд тулгуурласан В.Т.Ивашкины (1990) ангиллыг баримталсан [5].

Онцшлогоонд хэрэглэсэн арга зүй:

Эмнэлзүйн шинж асуумжаар: биж 75 %, өвдөлт 63.3%, баруун хавирганы нумаар өвдөх 51 %, гадаад шүүрлийн дутагдлын шинж 24.3% илэрсэн. Түүнчлэн архи хэтрүүлэн хэрэглэсэн 27%, өтгөн хатах 17 %, цөсний цочмог үрэвслээр өвдөж байсан 11 % байв.

Хийгдсэн багажийн болон лабораторийн шинжилгээ:

1. Хэт авиан шинжилгээ.
2. Шээс цусанд амилаза тодорхойлох.
3. Баасны шинжилгээ.
4. Гастрофиброскопи.

Хэт авиан шинжилгээгээр: Нойр булчирхайн хэт авиан ойлт ихэссэн 57 %, хэт авиан ойлт жигд бус ихэссэн 3.4%, фиброз өөрчлөлттэй 1.2 %, хуурамч уйланхайтай 0.7 %, нойр булчирхайд өөрчлөлтгүй 39.5 %, цөсний хана зузаарсан, нугаларсан 62 %, цөсний хүүдийд чулуутай 23 %, цөсний хүүдийн хөдөлгөөний гэмтэй 34 % байв.

Гастрофиброскопигоор: ходоодны шархтай 2.2 %, дээрх гэдэсний шархтай 0.9 % байсан.

Лабораторийн шинжилгээгээр: амилаза цусанд ихэссэн 15.9 %, амилаза шээсэнд ихэссэн 3.1 %, баасанд стеатори 20 %, креатори 22.6 %-д илэрсэн. Хэвтэн эмчлүүлэгчдийн 13.7 %-д нь цусанд сахар тодорхойлсноос 2.7 %-д нь цусанд сахар ихэссэн байна.

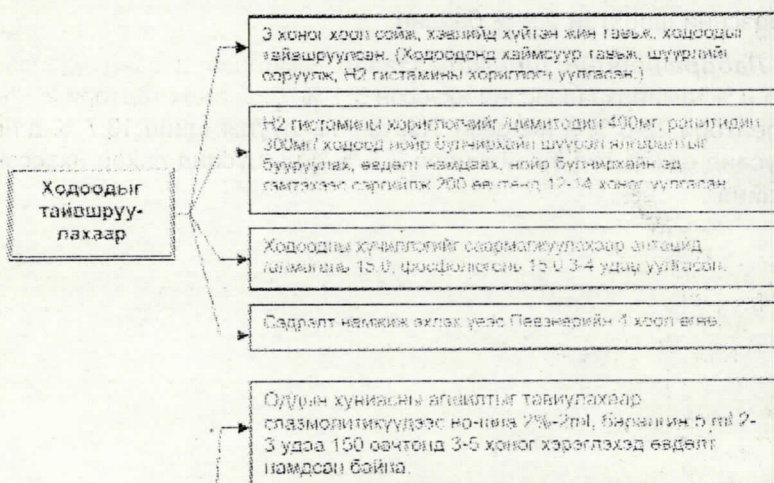
Хүснэгт 1

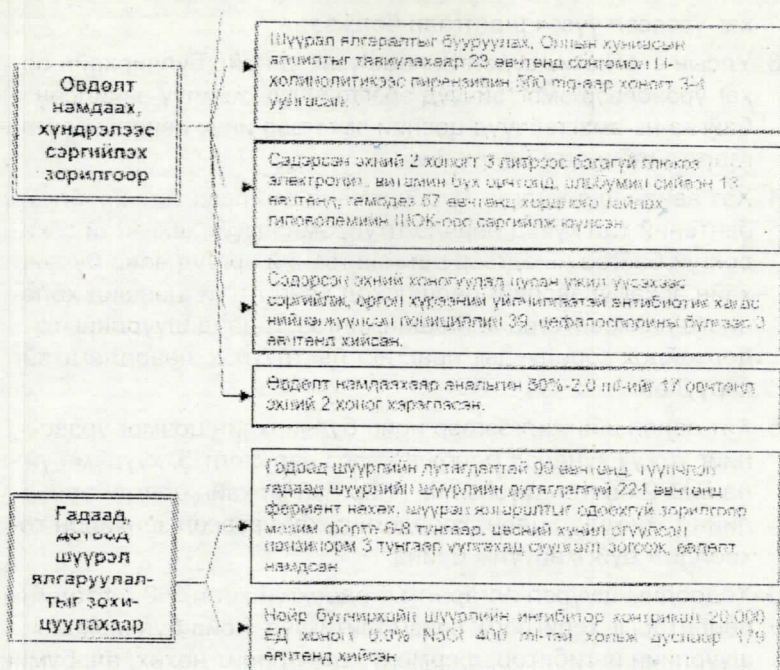
Нойр булчирхайн архаг үрэвслийн
бүтэц зүйн болон эмнэл зүйн шинж

Он	Бүтэц зүйн шинжээр				Эмнэл зүйн шинжээр			
	Хавчигдсан	Сайрсаг үүссэн	Шооцойсон	Хуурайч уйлахаар	Гадаад шүүрлийн дутагдлыг шинж	Асхарт байгаа дахимтаг	Данд хэлбэр	Бяж давчгай хэлбэр
1992	-	-	-	-	12	5	-	51
1993	1	-	-	-	12	4	-	37
1994	-	-	-	-	9	9	-	29
1995	-	1	-	-	8	7	-	16
1996	-	-	-	1	10	21	-	24
1997	3	1	-	-	13	4	-	39
1998	2	2	-	-	11	6	-	10
1999	-	-	-	1	7	6	-	19
2000	6	1	-	-	11	8	-	42
2001	3	-	-	-	5	11	-	31
Бүгд	15	5	-	2	98	84	-	307

Эмчилгээг зураг 5-д харуулсан зарчмаар хийсэн
(П.Я.Григорьев, Э.П.Яковенко) [7]

Зураг 5. Хийгдсэн эмчилгээ





Дээр дурьдсан эмчилгээний үр дүнд бүх өвчтөний сэдэрлэл намдаж, эрт болон хожуу хүндрэл илрээгүй намжмал байдалд орж, цаашид стационарын бус нөхцөлд ферментийг 3-аас доошгүй сар уух, найрлагандаа бикарбонат агуулсан рашаан эмчилгээний журмаар хэрэглэх зөвөлгөөг өгч өрхийн эмчийн хяналтанд гаргасан байна.

Дүгнэлт:

1. Улсын статистик судалгаа болон УКТЭ-ийн гастрозентерологийн клиникт хэвтэн эмчлүүлэгсдэд хийсэн судалгаагаар нойр булчирхайн архаг үрэвслийн өвчлөл сүүлийн 5 жилд ихэссэн байна.
2. Нойр булчирхайн архаг үрэвслээр өвчлөгсөд насны хувьд 41-60 насанд хамгийн өндөр хувийн өвчлөлтэй буй бөгөөд энэ насны хүмүүсийн 62 % цэсний архаг үрэвсэл, 23 % цэсний хүүдий чулуутай, 34 % цэсний хүүдийн хөдөлгөөний гэмтэй, 27 % архи хэтрүүлэн хэрэглэдэг, 1.9 % нойр булчирхайн цочмог үрэвслээр өвчилсөн байсан нь нойр булчирхайн ар-

хаг үрэвсэл үүсэх шалтгаан болжээ.

3. Улсын статистик судалгаанаас үзэхэд нойр булчирхайн архаг үрэвслээр эмэгтэйчүүд эрэгтэйчүүдээс илүү өвчилсөн байгаа нь эмэгтэйчүүд цөсний эмгэгээр илүү өвчилж байгаагаар тайлбарлаж болох юм.
4. Хэт авиан шинжилгээ, цус, шээсэнд амилаза тодорхойлоход өвчтөний тал хувьд өөрчлөлтгүй, эмнэлзүйн шинжтэй тохирохгүй байгаа нь эдгээр шинжилгээний аргууд нойр булчирхайн архаг үрэвслийг оношлоход хангалтгүй, цаашид холецисто-панкреатографийн шинжилгээ, гадаад шүүрлийг тодорхойлох сорилуудыг практикт нэвтрүүлэх шаардлагатайг харуулав.
5. Хэт авиан шинжилгээгээр нойр булчирхайн цочмог үрэвслийг хожуу хүндрэл болох фиброз өөрчлөлт 5, хуурамч уйланхай 2 өвчтөндүүссэн нь нойр булчирхайн цочмог үрэвслийн тохиолдол цөөн, хоёрдогч архаг үрэвсэл зонхилон тохиолдож буйг харуулж байна.
6. Ходоодны шүүрэл ялгаралтыг өдөөхгүй хоол, H2 гистамины рецепторыг хориглогч, спазмолитикүүд, нойр булчирхайн шүүрлийн ингибитор, фермент, электролит нөхөх, альбумин, сийвэн сэлбэх, антибиотик зэрэг эмчилгээ бүх өвчтөнд үр дүнгээ өгч, сэдрэлт намдаж, намжмал байдалд шилжсэн.
7. Нойр булчирхайн ингибитор хэрэглээгүй 308 өвчтөн, хэрэглэсэн 176 өвчтөнд эмчилгээний үр дүн ижил бүгд намжмал байдалд орсон нь ингибитор хэрэглэх шаардлагагүйг харуулж байна.

Ном зүй:

1. Атанас Малеев. Болести на панкреаса. София, 1987.
2. Sleisenger and Fordtrans Gastrointestinal and Liver Desaeese. Vol.1, p.809-857.
3. Л.М.Портной, Л.Б.Денисова, Магнитно-резонансная холангеопанкреато-графия: её место в диагностике болезней гепатопанкреатодуоденальной области. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии, 2001, №5, с. 41-50.
4. А.Г.Мендизова. Функционални нарушения и диагностика на хроничния панкреатит. София. 1991.

5. Ф.И.Комарова, Д.И.Тумуловичте.Руководство по гастроэнтерологии. Том 2, 1996.
6. О.Н.Минушкин. Хронический панкреатит. Терапевтический архив, 2001, №1, с. 62-65.
7. А.В.Яковенко. Клиника, диагностика и лечение хронического панкреатита. Клиническая медицина, 2001, № 9, с. 15-20.
8. Н.Баярмаа, А.В.Охлобыстин, В.Т.Ивашкин. Новые возможности ферментной терапии хронического панкреатит. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии, 2002, №2, с. 54-58.

Overview on Diagnosis and Pathology of Chronic Pancreatitis

Conclusion:

1. According to the Mongolian state pathology statistics in the last five years occurrence of chronic pancreatitis was increased. Also there was an increase of chronic pancreatitis occurrence in the patients of Central State Clinical Hospital in the last ten years.
2. The highest percentage of chronic pancreatitis appears in the people of 31-60 years old patients. In the study of people with chronic pancreatitis for 62% of patients the reason was chronic cholecystitis, 23% calculous cholecystitis, 34% discinesia gull bladder and pathology billiary tracts, and 27% alcohol consumption.
3. The major etiology of chronic pancreatitis is pathology gull bladder and billiary tracts.
4. Diets which does not stimulate pancreas secretion, H2 receptor blocker, spasmolyte, pancreas secretion inhibitor, pancreas enzymes, electrolyte, albumini, plasma, vitamins and antibiotics treatment gave good results to all patient and changed to remission status.
5. Treatment results of 308 patients who used pancreas secretion inhibitor and 176 patients who did not use inhibitor showed the same results. All these patient.s to remission status. This result showed that it is not necessary to use inhibitor.

АХИМАГ НАСТАНГУУДАД ХИЙХ ГИПЕРТЕНЗИЙН ЭСРЭГ ЭМИЙН ЭМЧИЛГЭЭ

С.Баярсайхан

Ахимаг насны хүмүүст цусны даралт ихдэх өвчний үеийн эмчилгээ нь клиникийн гериатрийн хамгийн төвөгтэй асуудлуудын нэг юм. Ахимаг настан өвчтөнүүд нь цусны даралт бууруулах эмнүүдэд өндөр мэдрэмтгий байдаг бөгөөд энэ нь тэдний бие махбодын насны өөрчлөлтүүдтэй холбоотой байдаг. Ийм өөрчлөлтүүдэд эмийн бодисуудын фармакологийн үйлчлэлийн өөрчлөлт хамаарагдана. Эмийн бодисууд нь гаж нөлөө үзүүлэх халгааг нэмэгдүүлэхэд хүргэж, ингэснээр ахимаг настны бие махбод эмчилгээнд автагдах (эмчилгээг хүлээн авч замчлэгдэх) чанар нь мууддаг. Настангуудын ИСАГ-ийн эмийн эмчилгээний нэг онцлог шаардлага нь ЦД-ыг аажим бууруулахыг зайлшгүй хичээх явдал мөн. Учир нь: эдгээр өвчтөнд ЦД-ыг анхны төвшингөөс нь 30%-иар юмуу түүнээс их хэмжээгээр бууруулахад тархины болон бөөрний эргэлтийн дутагдлыг гүнзгийрүүлж болохоос гадна зогсоо байдалд цусны эргэлтийг зохицуулах зохицуулалт хямрах үйл явцыг өдөөх аюултай. ИСАГ бүхий өвчтөнүүдийн эмчилгээний нэг төвөгтэй тал нь бас настангуудад артерийн өндөр даралт ямар нэгэн шинж тэмдэггүй юмуу эсвэл нэн бүдэг шинж тэмдэг бүхий явцтай байдгаас олонхи тохиолдолд эмч нар дутуу үнэлдэгтэй холбоотой байдаг. ИСАГ бүхий өвчтөнүүд эмийн эмчилгээг байнга тогтвортой хийлгэхгүй байх нь цөөн бус тохиолдоно.

Ийнхүү эмийн эмчилгээг сонгохдоо өвчтөний нас, цусны даралт ихэсгэж буй, цусны эргэлтийн, бөөрний болон бусад механизмүүдийг харгалзан үзвэл зохино. Настангуудад цусны даралт бууруулах зарим эмийн үйлчлэл, үр нөлөө нь дунд насныханд болон залуучуудад үзүүлэх нөлөөнөөс ялгаатай байдгыг зайлшгүй санаж анхаарах ёстой. Тухайлбал, АГ бүхий ахимаг насны өвчтнүүд давсанд өндөр мэдрэмтгий байдаг нь нэн онцлог чанар мөн. Өөрөөр хэлбэл тэдгээр өвчтөн шээс хөөх эмүүдийн үйлч-

лэлд өндөр мэдрэг байна. Дурьдсан дээрхи шалтгаануудын улмаас дунд насныхан болон залуучуудад даралт бууруулах эмийг хэрэглэдэг анхны тунг өндөр настангуудад 2 дахин багасган өгөх ёстой. АНУ-ын ОНК-ийн (1997) экспертүүдийн (мэргэжлийн хянагчдын) зөвлөмжөөр бол ахимаг настангуудад ЦД нь 160-180 мм.м.у.б байвал САД-ыг 20 мм-ээр багасгавал зохино. Хэрэв анхны САД нь 180 мм.м.у.б-аас их байвал даралтыг 160 мм-ээс доош ортол бууруулах хэрэгтэй гэж үздэг. ДЭМБ/АГ-ийн Олон улсын нийгэмлэгийн зөвлөмжүүд болон Оросын АГ-ийн экспертүүдийн 2000 оны I илтгэлд зөвлөснөөр бол АД-ыг зориуд бууруулах түвшинг залуучуудад шаардагддагийн нэгэн адилаар 140 мм.м.у.б-аас доош байлгахад тодорхойлжээ. Гэхдээ хүнд хэлбэрч, болон эмчилгээгүй ИСАГ-ийн зарим тохиолдолд САД-ыг 160 мм.м.у.б хүртэл бууруулах болно.

Ахимаг насны хүмүүсийн артерийн даралтыг бууруулах эмийн эмчилгээний онцлогуудыг дараах байдлаар нэгтгэн тодорхойлж болох юм.

Үүнд:

1. Эмчилгээ бага тунгаас эхлэх (дунд насныханд хэрэглэдэг стандарт тунгийн тэн хагастай тэнцэх тунг зонхилж хэрэглэх);
2. Тунг аажмаар ихэсгэх зайлшгүй шаардлагатай хэдэн долоо хоногийн турш;
3. Ортостатик гипотони үүсэхээс сэргийлэх зорилгоор АД-ыг зогсоо байдалд хэмжиж эмийн тунг шалган титрэлж байх.
4. Ортостатик гипотони үүсгэж болох эмүүдийг нэгдүгээр зэргийн (эхний ээлжинд) хэрэглэвэл зохих бэлдмэл болгон ашиглахгүй байвал зохино.
5. Эмчилгээний жирийн дэглэмийг хэрэглэх: өдөрт 1 удаа 1 л шахмалыг өгөх;
6. Сэтгэл гутрал үүсгэх гаж нөлөө бүхий төвийн үйлчилгээтэй эмүүдийг (клонидин, метилдопа, резерпин) хэрэглэхээс зайлсхийх, эдгээр эм нь депресснийг (сэтгэл гутрал) үүсгэж, хуурамч деменц (тэнэгрэл) бий болгож болох юм.
7. Диуретик эмүүдээр эсхүл ИАПФ-аар эмчлэх явцад бөөрний үйл ажиллагааг болон электролитын байдлыг хянан байх хэрэгтэй.

Ахимаг настангуудад АГ үүсэх патофизиологийн механизмуудыг харгалзан үзвэл, судасны ханын тэлэлтийг ихэсгэх үйлчилгээтэй бэлдмэлүүд нь диуретикууд, кальцийн антагонистууд, ангиотензиныг хувиргагч ферментүүдийг саатуулагч ингибиторууд (ИАПФ) болон симпатик мэдрэлийг тэтгэгч үйлчлэл бүхий-адреноблокаторууд юм. АГ бүхий өвчтөн дунд насны хүмүүст-адреноблокаторууд нь эмчилгээний нэгдүгээр зэрэглэлийн буюу тэргүүн шугамын эмүүд гэж тооцогддог болох нь нийтэд илэрхий билээ. Харин ахимаг насныханд бол даралт бууруулах энэ ангиллын эмүүд бусад эмийн бэлдмэлүүдтэй харьцуулах гипертензийн эсрэг үйлчлэлийн хувьд үр дүн багатай байдаг юм. Ахимаг насны өвчтөнүүдэд гаж нөлөө үзүүлдэгийн улмаас-адреноблокаторуудыг шээс хөөх эмүүдээр солих шаардлага 2 дахин илүү олон гардаг байна. Шээс хөөх эмүүдийг хэрэглэхэд-адреноблокаторуудыг хэрэглэсэн өвчтөнүүдэд гардаг зүрх-судасны хүндрэлд өртөмтгий халгаат байдал ихээхэн багасдагийг хяналтын судалгаануудад нотолжээ. Бусад зарим туршлагаар АГ бүхий ахимаг насныханд-адреноблокаторуудын эмчилгээний үр дүн сайн байдаг бөгөөд өвчлөл, нас баралтыг бууруулж байна гэсэн дүгнэлт бас хийжээ. Гэвч эдгээр туршилтанд-адреноблокаторуудыг диуретик эмүүдтэй хавсран хэрэглэсэн байна. 32 жилийн хугацаанд хийсэн хяналтын судалгааны эцэст ахимаг насныхны АГ-ийн эмчилгээнд шээс хөөх эмүүд нь-адреноблокаторуудыг хэрэглэснээс илүү давамгай даралт бууруулах үр дүнтэй гэсэн дүгнэлтэнд хүрсэн байна. ИСАГ бүхий ахимаг настангуудад зүрх-судасны хүндрэлүүдийг багасгах үр дүнгээрээ диуретикүүд нь-адреноблокаторуудаас илүү байдаг ажээ. Ийнхүү, ахимаг настангуудын АГ-ийн эмчилгээнд хэрэглэх тэргүүн шугамын бэлдмэлүүд бол диуретикууд юм. Эдгээр шээс хөөх эмүүдийг байнга тогтмол хэрэглэхэд эргэлдэх плазмын эзлэхүүн болон зүрхний цохилтын эзлэхүүн багасч, томоохон артерийн судаснуудын тэлэлт ихэсдэг байна. Шээс хөөх эмүүд нь үр дүн өгөхгүй бол тэдгээр дээр-адреноблокаторуудыг нэмж хэрэглэдэг. Адреноблокаторуудыг юуны өмнө анамнездаа миокардын инфарктаар болон стрессын шалтгаант стенокардиар урьд нь өвчилж байсан өгүүлэл бүхий өвчтөнүүдийн эмчилгээнд хэрэглэдэг. Учир нь-адреноблокаторууд нь дурдсан өвчнөөр өвчилсөн өвчтөнүүдийн давтан өвчлөлийг болон нас баралтын тохиолдлыг багасгахад үр дүнтэй нөлөө үзүүлдэг нь батлагдсан юм.

Гипертензийн эсрэг үйлчлэл үзүүлэх эм болгон хэрэглэх диуретикуудын тунгийн талаар баримтлах чиглэлд сүүлийн жилүүдэд нилээд өөрчлөлт гарсан байна. Гидрохлортиазидыг (HCTZ) 50 мг тунгаар хэрэглэхэд цусны даралтыг бууруулах ашигтай үр дүн өгөхөөсөө илүүтэйгээр биохимийн сөрөг өөрчлөлтүүд үүсгэдэг болох нь илэрчээ. HCTZ-ийн анхны тун нь хоногт 6, 25-12, 5 мг байх нь зохистой юм. Зайлшгүй шаардлагатай бол хоногийн тунг 25 мг хүртэл нэмэгдүүлж болно.

Сүүлийн жилүүдийн судалгаануудаар ахимаг настангуудын АГ-ийн үеийн эмчилгээнд кальцийн антагонистуудаар дагнан эмчлэх аргыг нэгэн өрсөлдөх эмчилгээ болгон хэрэглэхэд үр дүнтэй болохыг нотолгоотойгоор баталжээ. Үүний тод жишээ нь кальцийн антагонист болох нитрендипиныг хэрэглэсэн судалгааны дүн юм (Staessen J.A et al., 1998).

Кальцийн антагонистууд, ялангуяа шинэ бэлдмэлүүд нь АГ бүхий настангуудад тохиолдох инсульт, зүрх-судасны хүндрэлүүдийг багасгадаг нь туршилтаар илэрчээ. Иймээс тэдгээр бэлдмэлүүд нь ахимаг настны АГ-ийн эмчилгээний нэг төрөл болж хэрэглэгдэх боломжтой юм. Үүнтэй адил үр дүн бас ИАПФ-г хэрэглэх үед гарч байна. ИАПФ нь настангуудад ноцтой олон хүндрэл гарахаас сэргийлэн хамгаалж чадахын зэрэгцээ тэдний амьдралын чанар, өвчний тавиланд нааштай сайн нөлөө үзүүлдэг.

Дээр яригдсан бүх зүйлийг нэгтгэн үзээд дараах дүгнэлт хийж болно. Ахимаг настангуудын АГ-ийн үеийн эмийн эмчилгээнд диуретик эмүүдийг бага тунгаар хэрэглэх явдлыг (гидрохлортиазидыг хоногт 6.25-12.5 мг-аар өдөр бүр) илүүтэй хэмээн үзэх, түүнчлэн гидрофиль (усанд уусах)-адреноблокаторуудыг (атенолол, надололыг хоногт 25, 20 мг-аар тус тус) хэрэглэх, удаан, үйлчилгээ бүхий дигидропиридины эгнээний антагонистуудыг болон ИАПФ (эсхүл ангиотензин II-ын рецепторуудын антагонистуудыг) ашиглахыг урьдал болговол зохино. Липофиль нь буюу тосонд уусагч-адреноблокаторуудыг хэрэглэх үедээ ихээхэн болгоомжтой хандах хэрэгтэй. Учир нь, эдгээр нь сэтгэл гутралыг үүсгэх, зүрхний булчингаар дамжуулах чанарыг хямраах нөлөөтэй юм. Мөн төвийн үйлчлэл бүхий гипотензи нь бэлдмэлүүд (резерпин, клонидин) нь депресснийг сэдээх үйлчлэлтэй тул болгоомжилвол зохино. Богино хугацааны үйлчлэл

үзүүлдэг антагонистуудыг (нифедипин-энэ нь зүрхний цусан хангамжийн тасалдал өвчний (ИБС) явцыг даамжруулсан хүндрүүлэгч) удаан хугацаагаар хэрэглэхээс зайлсхийвэл зохино. Верапамила-г хэрэглэх үед зүрхний дамжуулах чанарын үйл ажиллагаа муудах боломжтой бөгөөд зүрхний дутагдал гүнзгийрэх, өтгөн түгжрэх гаж нөлөө гардгийг санаж байх нь нэн чухал.-адреноблокаторуудаар эмчлэх үед постураль гипотони болж зүрхний дутагдал гарах нөхцөл бий болдгийг анхаарч, сэрэмжлэх хэрэгтэй. АГ-ийн хяналт эрхэлсэн Олон улсын байгууллагуудын зөвлөмж болгосноор, АГ бүхий ахимаг настангуудын эмчилгээнд даралт бууруулах бэлдмэлүүдийг хавсран хэрэглэхдээ тогтсон нэг тунг хэрэглэх нь зүйтэй юм. (хэрэв дагнасан ганц эмчилгээ үр дүн өгөхгүй бол !!!). Түүнчлэн бисопрололыг гидрохлортиазидын бага тунтай хавсруулан хэрэглэхэд 60-аас дээш болон доош насны өвчтөнүүдийн аль алинд нь аюулгүй болох нь батлагдсан байна. Энэ хувилбарын хавсармал эмчилгээ нь ямар нэгэн томоохон гаж нөлөө үзүүлдэггүй ажээ. Тухайлбал цусан дахь калийн болон липидын хэмжээнд нөлөөлдөггүй бөгөөд глюкозид толеранттай (мэдрэг) байх чанарыг өөрчилдөггүй юм. Мөн толгой эргэх, ортостатик гипотони үүсэх мэтийн сөрөг нөлөөлөл хамгийн бага илэрдэг байна. Хавсармал эмчилгээний энэ хувилбарыг АГ бүхий ахимаг настангуудад хэрэглэх нэгдүгээр зэрэглэлийн буюу тэргүүн шугамын эмчилгээ болгон хийхэд амжилттай үр дүн гарна. ИСАГ бүхий ахимаг настай өвчтөнүүдэд артерийн гипертензи эсрэг хавсарсан эмчилгээг хийх боломжтойг зөвхөн-адреноблокаторуудыг шээс хөөх эмүүдтэй хослон хэрэглээд зогсохгүй ангиотензиныг хувиргагч ферментийн үйлчлэлийг саатуулагч ингибиторуудыг (ИАПФ) диуретик эмүүдтэй, мөн ИАПФ-ыг кальцийн антагонистуудтай хавсран хэрэглэсэн туршлага дээр нотлоод байна. Ийм нотолгооны нэг нь Х.Хольцгривийн хамтран ажиллагсадтайгаа хамт явуулсан туршилт юм. (1999). Энэхүү туршилтаар ахимаг настай өвчтөнүүдийн АГ-ийн "зөөлөн" болон намдуу хэлбэрийн эмчилгээнд удаан үйлчилгээ бүхий верапамил-ийн хэлбэрийг (верапамил СР (SR)) трандолаприлтай хавсран хэрэглэхэд аюулгүй бөгөөд үр дүнтэй болохыг илрүүлэн нотолжээ. Энэ туршилт нь ахимаг настангуудын АГ-ийн үед ИАПФ-ыг кальцийн антагонистуудтай хавсран хэрэглэх эмчилгээг хийх боломжтой бөгөөд аюулгүй атлаа үр дүнтэй гэдгийг баталсан байна. Хавсарсан эмчилгээ нь өвчтөнүүдэд сайн тохирч байжээ.

Дурдсан бэлдмэлүүдийг хэрэглэхтэй холбогдон хамгийн олонтай ажиглагдах гаж нөлөө нь ховдол-тосгуурын 1-р зэрэглэлийн хориг үүсэх, толгой өвдөх, толгой эргэх, ханиах, арьс загатнах урвалууд байжээ. Ахимаг настангуудын АГ-ийн үед янз бүрийн ангиллын гипотензив үйлчлэлтэй бэлдмэлүүдээр хавсарсан эмчилгээ хийх дээр дурдсан жишээнүүд нь чухамхүү эмчилгээний дээрхтэй адил дэглэмийг хэрэглэх боломжийг баталсан байна. Учир нь: настангуудад чихрийн шижин болон түүний хүндрэлүүд мэтийн дагалдах өвчнүүд илэрдэгийн улмаас артерийн даралт ихдэх өвчин нь эмчилгээ авахдаа төвөгтэй болох тохиолдол цөөнгүй гардаг юм. Гернатрийн эмч бүр АГ-ийг хянан амжилттай жолоодох, судасны даамжирсан хүндрэлийг сааруулах, ахимаг настны наслалтыг уртасгах, боломж бүхий эмчилгээний орчин үеийн технологийг эзэмшсэн байх ёстой.

Төгсгөл

Ахимаг насны хүмүүст АД-ын ямар ч хэлбэрийн ихдэлт нь, өөрөөр хэлбэл систолын болон диастолын даралтын хавсарсан ихдэлт, бие дааж дагнасан систолын даралтын ихдэлт (ИСАГ) нь зүрх-судасны хүндрэлд хүргэх халгааг нэмэгдүүлнэ. Хэрэв ахимаг настангуудад САД нь 140 мм.м.у.б-аас их биш байвал хамгийн тохиромжтой юм. Энэ заагаас ЦД ихдэх тохиолдол бүр нь артерийн даралт бууруулах идэвхитэй эмчилгээг шаардах болно. Эмийн эмчилгээг хийхдээ ялангуяа зонхилон тохиолддог постураль гипотони мэтийн гаж нөлөөнөөс зайлсхийхийн тулд эмийн бага тунг хэрэглэх ёстой. Ахимаг насны өвчтөнүүдэд артерийн даралтын эсрэг эмчилгээг хийснээр тархины судасны болон зүрх-судасны хүндрэлүүдийг багасгаж чадна. Ийм үр дүн тэр ч байтугай 80-аас дээш насны хүмүүсийн эмчилгээнд ч гарч байна. Цусны даралт бууруулах эмүүдийг хэрэглэхдээ насны онцлогтой холбогдсон эд эрхтэн, системүүдийн өөрчлөлтүүдийг харгалзан үзэж тооцоолон, анхаарах шаардлагатай.

МОНГОЛ ХҮМҮҮСИЙН ДУНД ТОХИОЛДОХ ЗҮРХНИЙ ШИГДЭЭСИЙН ХҮНДРЭЛҮҮД

Д. Нарантуяа

Г. Дэжээхүү

Г. Тогтох

Судалгааны зорилго:

Монголчуудын дунд тохиолдох зүрхний шигдээсийн /ЗШ/ үед гарах хүндрэлүүдийг судлах

Судалгааны зорилт:

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

Судалгааны аргачлал:

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

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

Судалгааны үр дүн, хэлцэмж:

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

Манай судалгаанд хамрагдагсдын 64.52 2.13%-д нь зүрхний

дутагдал илэрсэнээс 50.0%-д нь далд хэлбэрээр, 40.0%-д нь тодорхой хэлбэрээр, 10.0%-д нь эрс дутагдал байдлаар илэрч байгаа нь судлаач Н.М. Куталадзе /1989/, О.И. Глазовой /1990/ нарынхтай харьцуулахад манай хүмүүст зүрхний дутагдал харьцангуй хөнгөн хэлбэрээр зонхилон явагддагийг харуулж байна.

ЗШ-ийн үед зүрхний оворго илрэх нь зүүн ховдлын хурц дутагдлын дээд зэргийн хүнд хэлбэр юм. Судлаач С. Racle /1977/ судалгаандаа зүүн ховдлын 40-өөс доошгүй хувь нь шигдээсээр нэрвэгдсэн үед зүрхний оворгод ордог гэжээ.

П.Е. Лукомскийн судалгаагаар 10.00-15.00% нь, Vnitr Lek-ийнхээр /1997/ 18% нь зүрхний оворгод орж байжээ.

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

ЗШ-ийн үед зүрх хагарах /15.00%/, цүлхэн үүсэх /3.5-34.00%/, тромбозмболи /13.00-30.00%/, перикардит /6.00-23.00%/, хоол боловсруулах, шээс ялгаруулах, сэтгэцийн эрхтэний талаас өөрчлөлт өгөх, бугалганы хам шинж, Дресслерийн хам шинж /15.00-23.00%/ илрэх зэрэг хүндрэлүүд гардаг ажээ /А.П. Зыско 1981., М.Я. Руда ба бусад 1981., Б.А. Сидоренко ба бусад 1988., N.A. Endivott 1989/.

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

ЗШ-ийн үхлийн шалтгааны 10-16%-ийг зүрх хагарах хүндрэл эзэлдэг бөгөөд ихэвчлэн 60-аас дээш насны эмэгтэйчүүд, цусны даралт ихсэх суурь өвчтэй хүмүүс уг хүндрэлээр нас бардаг

ажээ /Т. Hirhle ба бусад 1999/. Бидний судалгаагаар зүрх хагарсан 6 хүний 5 нь эмэгтэй, тэдгээрийн 4 нь 60-аас дээш насны хүмүүс байсан бөгөөд үхжлийн голомтонд цагаан эс, залгиур эс, олон хэлбэржилтэт эсийн нэвчдэс их байсан нь судлаач Т Hirle ба бусад судлаачдын судалгааны дүнтэй тохирч байв.

Дүгнэлт

1. Манай хүмүүсийн дунд ЗШ-ийн үед зүрхний дутмагшил далд, тодорхой хэлбэрээр илэрч, зүрхний эрс дутмагшил харьцангуй цөөн тохиолдож байгаа нь зүрхний дутагдал харьцангуй хөнгөн хэлбэрээр зонхилон явагддагийг харуулж байна. ЗШ-ийн үеийн бусад хүндрэлүүд болох зүрхний оворго, ходоод гэдэсний замын хүндрэл, зүрх хагарах, хурц цүлхэн, сэтгэцийн өөрчлөлт, Дресслерийн хам шинж зэрэг хүндрэлүүд илэрч, эдгээр нь гадаадын судлаачдын мэдээллээс цөөн илэрч байгаа нь ЗШ харьцангуй хөнгөн явцтай байгааг харуулж байна.
2. Зүрхний оворгод зонхилон трансмураль шигдээстэй буюу өвдөлттэй хэлбэр дангаараа, эсвэл багтрах хэлбэртэй хавсран тохиолдож буй үед орж байв. Зүрхний цүлхэн эрэгтэйчүүдэд, зүүн ховдлын өмнөд хананд, зүрхний хагарал 60-аас дээш насны эмэгтэйчүүдэд илүү тохиолдож байна.

Complications of myocardial infarction among Mongolian population

*D. Narantuya,
G. Degeekhuu
G. Togtokh*

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

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

ХАМРЫН ДАЙВАР ХӨНДИЙН ДУРАНГИЙН МЭС ЗАСЛЫН АСУУДАЛД.

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

Сүүлийн жилүүдэд хамар, хамрын дайвар хөндийн өвчнүүдийн эзлэх хувийн жин абсалют утгаараа ч, ЧХХ-н өвчнүүдийн дунд эзлэх хувиараа ч эрс хурдацтай өсөж буй нь батлагдаж байна. Манай орны УКТЭ-ийн чих, хамар, хоолойн амбулаториор нэг жилд 11200 өвчтөн үзүүлдэгийн 40% буюу 4480 өвчтөн нь хамрын таславч, хөндий, дайвар хөндийнүүдийн эмгэгтэй байна. (Ш.Бат-Эрдэнэ-1997) Дурангийн бус (Уламжлалт арга) УКТЭ-216 хүнд Caldwell-luc техникээр антроэтомидотомия хийгдсэн судалгаанд

61,9 %	-Нүүр орчмын хавагнал
46 %	-Хацрын ясны өвдөлт мэдээгүйжих
30, 9 %	-Шүдний ёзоорын өвдөлт
0,4 %	-Мэс заслын дараахи цус алдалт
0,4 %	-Буйлны шархны цорго үүсэх
0,4 %	-Шүдний өнгө өөрчлөгдөх

Энэ байдлыг харгалзан үзээд УКТЭ-ийн ЧХХ-н тасагт 2000 оны 3-р сараас 2001-оны 3-р сар хүртэл эрэгтэй 20 эмэгтэй, 18 (нийт 38) өвчтөнд дунд жимээр хамрын гонхны үйл ажиллагааны мэс заслыг 1 талд 13 өвчтөнд, 2 талд 20 өвчтөнд, таславчийн мурийлт ба дунд самалдагийн томролттой хавсарсан 5 өвчтөнд хийж гүйцэтгэлээ. Бүх өвчтөнүүдийг нас, үрэвслийн хэлбэрүүд авч үзвэл

Өвчтнүүдийн гонхны үрэвслийн хэлбэрүүд

Дундаж нас, 32 \15-49\	N=38
Архаг идээт этмодит	5 (13%)

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

Бүх өвчтнүүд

-хамар битүүрэх

-хамраас идээт ялгадас гарах

-толгой өвдөх

-хацар дух орчмоор өвдөх гэсэн зовиураадтай байлаа.

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

Мэс заслын үр дүнг 1 жилээс 14 хоногийн дотор тооцоход:

Мэс заслын үр дүн.

Маш сайн	30 (78.9%)
Сайн	7 (18.8%)
Дунд	1 (2.6%)
Өөрчлөгдөөгүй муу	0
Хүндрэл:	
Их	0
Бага	
Нүдний дээд зовхи улайж хавдах	1

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

Дүгнэлт:

Хамрын дайвар хөндийнүүдийн архаг үрэвслүдийн үед мэс

заслын уламжлалт аргаас дурангийн үйл ажиллагааны мэс заслын арга нь дайвар хөндийнүүдийн хэвийн үйл ажиллагааг бүрэн сэргээхэд илүү үр дүнтэйг харуулсан судалгаа болно.

Astract:

Functional Endoscopic Sinus Surgery.

L. Shagdar M.D, Ph.D, D.M.Sc; Sh. Bat-Erdene M.D, Ph.D; A. Bajarsaikhan, M.D; L. Bajam.asuren M.D; D.Batchuluun. MNMU. Dept. Otolaryngology.

From March 2000 to March 2001, 38 patients underwent 114 paranasal sinus procedures. In this report, a procedure is defined as an individual element of an operation \ e.g., an ethmoidectomy, antrostomy, frontal sinusotomy would be three procedures performed during one operation\ . Five patients endoscopic sinus surgery concurrently included septoplasty and resection of middle turbinate. In all patients, surgery was performed using Nagashima sinus endoscopes \ optical axis 0, 30 \ and suction coupled to the telescopes. All surgery was performed under general anesthesia with pack the nose 4% cocaine-saturated cottonoids. Results were judged from two weeks to one years in terms of clinical improvement (e. g., patient report and endoscopic findings) after surgery. 30 patients were considered improved, 7 patients markedly improved. There were no major complication. One patient had minor complication-ecchymosis of eyelid.

Ном зүй:

1. H.Stammberger. "Functional Endoscopic Sinus Surgery". 1990.
2. Parsons.D.S., Greene.B.A. " Head and Neck Surgery". 1994 (vol.5, n1 P40-42)
3. А.С.Лопатин. "Современные методы эндоскопической хирургии неопухолевых заболеваний носа и околоносовых пазух" .1998 стр-6.
4. Ш.Бат-Эрдэнэ. "Хамрын дайвар хөндийн үрэвслүүдийг дурангаар эмчлэх аргыг хэрэглэсэн нь" . АУИС-н Эрдмийн чуулган-1997.
5. Charles.W.C., John.M.F, Lee.A.H "OtoLaringol.Head and Neck Surgery.1990 p 144
6. Л.Шагдар, Ш.Бат-Эрдэнэ, Ш.Сарантуяа, А.Баярсайхан "Чих хамар хоолой судлалын тулгамдсан асуудлууд." 2000 он. ~Хамрын гонхны дурангийн мэс засал.. 105-106 хх

НАРИЙН ГЭДЭСНИЙ ГОГЦООГООР ШЭЭЛГҮҮРИЙГ ОРЛУУЛАХ МЭС ЗАСЛЫН НӨХӨН СЭРГЭЭХ ЭМЧИЛГЭЭНИЙ ОНОЛ, ПРАКТИКИЙН АСУУДАЛД

Д.Нямсүрэн

Г.Нямхүү

Түлхүүр үг:

Уретерогидронефроз

-шээлгүүрийн хана өргөсөж агшилтгүй болж бөөр усжих

Уретеро-уретероанастомоз

-шээлгүүрийг шээлгүүртэй залгах ажилбар

Уретероцистонеостоми

-шээлгүүрийг давсагт суулгаж залгах ажилбар

Уродинамик

-шээсний хөдлөл зүй

Перкутани нефростоми

-эхо ба рентген хяналтанд бөөрөнд хатгалт хийж гуурс тавих

Оршил:

Уретерогидронефроз нь олон төрлийн шалтгаантай. Төрөлхийн шалтгаантай байхаас гадна хагалгааны үед техник ажиллагаатай холбоотой шээлгүүр гэмтэх, бөөр шээсний замын эрхтэний гаж хөгжил, бага аарцгийн хөндийд төгс хагалгаа хийх гэж эрмэлзсэний улмаас шээлгүүр гэмтэж болно.

Олдмол уретерогидронефрозын шалтгаанд шээлгүүрийн хананд чулуу шигдэн сууж, ханыг нь холгож гэмтээх, үрэвслийн улмаас шээлгүүр нарийсах, шээлгүүр гаднаасаа уйлинхай, судасны цүлхэн (аневризм), панкреонекроз, хэвлийн арын зайн фиброзид дарагдах, цаашилбал түрүү булчирхайн гиперплази, склероз ч нөлөөлдөг.

Бөөрний үйл ажиллагааг хадгалах, уродинамикийг сэргээж уретерогидронефрозийн шалтгааныг арилгах зорилгоор уретероцистонеостомийн нөхөн сэргээх мэс заслыг хийдэг.

Шээлгүүрийг төрөл бүрийн протезээр орлуулах оролдлогуудыг эмч эрдэмтэд олон удаа хийсэн хэдий ч төгс амжилтанд хүрээгүй юм.

Энэ учир шалтгаанаас үүдээд шээлгүүрийн хүнд хэлбэрийн эмгэг, гэмтэлтэй тохиолдолд цацархайн тэжээх судастай нарийн гэдэсний хэсгээр шээлгүүрийг орлуулж нөхөн сэргээх мэс ажилбар нь эмч эрдэмтэдийн сонирхолыг зүй ёсоор татаж байна.

Нарийн гэдсээр шээлгүүрийг орлуулах мэс заслын заалт, хагалгааны хүрцийг сонгох, шээсний замыг тасралтгүй нөхөн сэргээх арга, гэдэсний пластик нь гоместазид гаж нөлөөлөх зэрэг олон асуудалд эрдэмтэдийн санал зөрөлдөөнтэй байна.

Нарийн гэдсээр шээлгүүрийг орлуулах хагалгааг хэвлийн, хэвлийн гаднах аргын тохиромжтойгоор нь тухайн өвчтөний онцлогт тохируулан хийж байна. Хагалгааг хэвлийн өмнөд хананд дохиур хэлбэрийн, параректальный, голын цагаан шугамаар зүслэгүүдийг сонгож хийнэ. (Лопаткин А.А. 1969, Кан Д.В, 1973; Карпенко В.С, 1998)

Хоёр талын уретергидронефрозтой тохиолдолд хоёр шээлгүүрийг нэг гэдэсний чөлөөт гогцоон дээр, эсвэл тус тусад нь гэдэсний хоёр хэсэг чөлөөт гогцоогоор орлуулан суулгаж нөхөн сэргээдэг. Гэдэсний гогцооны сегмент нь гүрвэлзэх хөдөлгөөний дагуу эсвэл гүрвэлзэх хөдөлгөөний сөргөө байрлалтай суудаг.

Хоёр талд нэг зэрэг, эсвэл нэг бөөртэй тохиолдолд нэг агшингаар шээлгүүрийг нарийн гэдсээр орлуулах мэс засал хийхэд шээсэн замд ихээхэн өөрчлөлт үүсэж, хагалгааны дараа шээс дамжуулах, хоол боловсруулах эрхтэний болон бусад дагалдах өвчнүүд хүндрэх сэдэрх эрсдэл ихтэй ч клиникийн практикт гэдсээр шээлгүүрийг орлуулах пластик хагалгаа нилээд өргөн царатай практикт нэвтэрч байна.

Шээлгүүрийг нарийн гэдсээр орлуулахад гэдэсний гогцоо гүрвэлзэх хөдөлгөөнөө хадгалж агшисанаар бөөрнөөс давсаганд шээс чөлөөтэй саадгүй хүлээгдэлгүй орох боломжоор хангагдаг.

Шинэ орчинд үйл ажиллагааны хувьд дасан зохицох процесс

нарийн гэдсэнд явагдаж, шилжүүлэн суулгасанаас хойш түүний салстад бага зэргийн өөрчлөлт үүсдэг.

Шилжүүлэн суулгасан гэдэс 1.5-2 жилийн дараа салсыг ялга-руулалт нь нилээд багасдаг. Бөөрний үйл ажиллагаа хангалттай тохиолдолд суулгасан гэдсэнд шээсний хамааралтай гоместазийн өөрчлөлт илэрдэггүй.

Судалгаа:

Бид 1990-2001 онд УКТЭ-ийн БМЗК-д олдмол болон төрөл-хийн уретерогидронефрозтой тохиолдолд мэс заслын төрөл бү-рийн эмчилгээ хийсэн.

Бид анх удаа Монголын бөөрний мэс заслын практикт шээл-гүүрийг нарийн гэдсээр орлуулах мэс заслыг амжилттай хийлээ.

Өвчтөн Б. 21 настай 2 талдаа уретерогидронефрозтой бага зэрэг цус багадалттай, цусны сийвэн дэх креатинин 340 ммоль/л, 6 сарын өмнө зүүн талын бөөрөнд нь перкутанная неф-ростоми, баруун талын бөөрөнд нь уретеро-уретероанастомоз хийж нефростом тавьсан хэдий ч шээлгүүр агшилтгүй тул ба-руун бөөрөнд хийсэн хагалгаа амжилтгүй болсон. Экскреторная урограммд хоёр талын уретерогидронефрозтой нь батлагдсан. Хоёр талын шээлгүүр нарийн гэдэс шиг диаметр нь 3 см хүртэл өргөссөн байлаа.

Бид баруун талын шээлгүүрийг нь авалгүйгээр, нарийн гэдэс-ний чөлөөт хэсгээр гүрвэлзэх хөдөлгөөний дагуу шээлгүүрийг орлуулж нөхөн сэргээх мэс засал хийлээ. Гэдэсний дээд төгсгө-лийг тэвшинцэртэй, доод төгсгөлийг давсагтай залгалт хийж сөөргөө урсгалын эсрэг хамгаалалт хийж өглөө. Хагалгааны да-раа өргөн хүрээний үйлчилгээтэй антибиотик, давсны уусмал дуslaар, антикоагулянт, зүрх судас дэмжих, өвчин намдаах, прозерин, В-ийн төрлийн витамин, бусад шинж тэмдгийн эмчил-гээ хийлээ.

Хагалгааны дараах 3 хоногт өвчтөн халуурч пиелонефрит сэ-дэрсэн, эхний хоногуудад гэдэс дүүрч, парез өгч байгаад холбог-дох эмийн эмчилгээ хийсний үр дүнд парез тавигдсан. Энэ нь баугиений хавхлага спазм болсон байх үндэстэй. Өвчтний шарх анхдагчаар эдгэрсэн. Шээсний сүвээр тавьсан гуурс, шээлгүү-рийг орлуулсан гэдсэн дундуур тавьсан стэндийг 14, нефросто-мийн гуурсыг 21 хонуулж авсан. Хагалгаа хийснээс сарын дараа

эксреторный урограмм хийж бөөрний зураг авахад бөөрний усжилт арилж, шээс дамжуулалт бүрэн сэргэсэн байлаа.

Жилийн дараа 2002.06.01-нд өвчтөний биеийн байдал бүрэн сайжирсан, динамическая гаммасцинограммд бөөрний үйл ажиллагаа хангалттай сэргэсэн, харин зүүн бөөрөндөө нөхөн сэргээх мэс засал хийлгэх хүсэлтэй байна.

Мэс заслын техник:

Ерөнхий мэдээ алдуулалтын дор хэвлийг нээж мэс ажилбар хийх шаардлагын дагуу зүслэгийн урт богино хэмжээ хэлбэр харилцан адилгүй байна.

Хэвлийг нээж нарийн гэдэсний гогцоог чацархай дээр нь тэжээх судсыг нь гэмтээлгүйгээр чөлөөлж, үлдэж байгаа нарийн гэдэсний гогцоог "төгсгөл төгсгөлөөр" нь залгаж сэргээнэ. Чөлөөлсөн гэдэсний гогцоогоо үжил эсэргүүцэх шингэнээр угаах цэвэрлэсний дараа гэдсэн дотуур нь резинэн гуурс тавьж байрлуулна. Гэдэсний гогцоо нь гүрвэлзэх хөдөлгөөн нь дээрээсээ доошоо байхаар байрлуулахдаа цусны эргэлтэд нь саад учруулахгүйгээр байрлуулна. (Зураг)

Баруун талын шээлгүүрийг орлуулахад гэдэсний гогцоо чацархай дээрээ эргэдэг тул цусан хангамж цусны эргэлтийн дутагдал үүсэхээс урьдчилан сэргийлэх шаардлагатай. Гэдэсний гогцоогоор орлуулсан хэсэг хэвлийн хөндийдээ байхад ч гэмгүй. Бөөрний тэвшинцэрийг хэвлийн арын зайн хэсгийг гэдэсний гогцоотой төгсгөл төгсгөлөөр эсвэл хажуу төгсгөлөө байрлуулж оёно. Гадна талаас нь Серо-серозий оёдол тавьж өгнө. Дараа нь давсагны ёроол хэсгийг цэвэрлэж чөлөөлөөд нээж цоолоод, гэдэсний гогцооны диаметртэй адил хэмжээтэй цонх үүсгээд давсагны хананаас авна. Хажуу төгсгөлөөр нь хөвөрдөж оёж залгалт хийнэ. Хоёрдох оёдлоо гялтанг булчинтай хамтад нь оёно.

Залгалт хийсэн хэсгээ гялтанжуулна. Залгалт хийсэн гэдсэн дундуур тавьсан гуурсаа эмэгтэй хүнд шээсний сүвээр, эрэгтэй хүнд умдагны дээгүүр гаргана. Хагалгааны дараах гол хүндрэл нь гэдэсний гогцоо нугаларах аюултайг анхаарах.

Энэ төрлийн хагалгааг түлхүү нэвтрүүлэх шаардлага байгааг харгалзан дараагийн ээлжинд хийх мэс заслын үр дүнг дээшлүүлэхэд хойшдоо анхаарах асуудалд уретерогидронефрозтой тохиолдолд шээлгүүрийг нарийн гэдсээр орлуулах нь бөөрний үйл

ажиллагааг хамгаалах бүрэн боломжтой. Энэ хагалгааг хоёр талын шээлгүүр эргэж бүрэн сэргэхээргүй гэмтсэн буюу нэг талын бөөрний уретерогидронефрозтой тохиолдолд амьдралын шаардлагаар хийх заалттай.

Ихэнх тохиолдолд энэ төрлийн пластик хагалгааг нэг агшингаар хийж гүйцэтгэвэл өвчтөнийхөө сэтгэл зүйд тохиромжтой, шээсний замыг нөхөн сэргээн мэс заслын эмчилгээний дараа тохирсон антибиотик эмчилгээг эрчимтэй хийх нь эмчилгээний үр дүнг ихээхэн дээшлүүлдэг.

Хоёр талд нэг зэрэг пластик мэс засал хийх тохиолдолд голын шугмаар, нэг талд мэс засал хийхэд шулуун булчингийн гадна хажуугаар хэвлийн хүрцээр мэс засал хийхэд давсаг, шээлгүүр, тэвшинцэрт гэдэсний пластик хийх хагалгааны бүх үе шатыг гүйцэтгэхэд хагалгааны талбай чөлөөтэй харагдаж ажиллахад нэн тохиромжтой.

Нэг талын шээлгүүрийг нарийн гэдсээр орлуулах тохиолдолд 20-22 см гэдэс чөлөөлөх, хэрвээ хоёр талын шээлгүүрийг нэг гогцоон дээр орлуулах тохиолдолд 30 см-ээс багагүй нарийн гэдсийг тайрч бэлдэх нь тохиромжтой.

Мухар гэдэсний цусан хангамж, мэдрэлжүүлэлтийг алдагдуулахгүй нөхцөлөөр цутгалан гэдэснээс дээш 60-80 см-т шээлгүүрийг орлуулах нарийн гэдсийг тайрч авах нь практик ач холбогдолтой.

Сөргөө урсгалгүй шээлгүүрийг заавал авах шаардлагагүй. Хагалгааны үед шээлгүүрийг авсаны дараа хэвлийн арын зайн цусны болон тунгалагийн судасны эргэлтэнд эмгэг өөрчлөлт илэрч хагалгааны дараах эхний үед гэдэсний гүрвэлзэх хөдөлгөөнд сөрөг нөлөө үзүүлэх аюултай.

Хэвлийн хүрцээр мэс засал хийсэн тохиолдолд перитонитээр хүндрэх осол эрсдэл өндөртэй.

Гэдэсний болон тэвшинцэр-гэдэс-давсагны залгаасуудыг хоёр эгнээ викрилээр гэмтэл үүсгэдэггүй зүүгээр оёж рефлюксийн эсрэг хамгаалалт хийж гялтан хальс ашиглаж залгаасуудыг хэвлийн арын зайд экстраперитонизац хийж хэвлийн хөндийд болон суулгасан гэдсэн дундуур гуурс тавьж өгөх нь эцсийн үр дүнд эерэгээр нөлөөлөх найдвартай арга юм.

Мухар гэдэс, баугиниевийн заслонк, нарийн гэдэсний цутгалан

хэсэг нь нэгдсэн нэг багц мэдрэлжилттэй байдаг тул мухар гэдэсний булангаас тохиромжтой зайнд шээлгүүр орлуулах гэдэсний хэсгийг сонгож авсанаар баугениевийн заслонгийн спазмаас урьдчилан сэргийлж, гэдэс дүүрэх эрсдэлийг багасгаж, гэдэс хоорондын залгаас оёдол тавигдах (задрах) эрсдэлээс урьдчилан сэргийлэх боломжоор хангагдана.

Иймд төрөл бүрийн шалтгаантай уретерогидронефрозтой тохиолдолд шээлгүүрийг хэсэгчилж эсвэл бүхэлд нь нарийн гэдэсний гогцоогоор орлуулах пластик мэс засал үр дүнтэй. Шээлгүүрийг нарийн гэдсээр орлуулсан тохиолдолд шээсэн зам бүрэн сэргэж, бөөрнөөс шээс давсагт чөлөөтэй дамжиж орох нөхцөлөөр хангагддаг. Шээлгүүрийг нарийн гэдсээр орлуулж нөхөн сэргээх пластик хагалгааг хоёр талын эсвэл ганц бөөртэй уретерогидронефрозтой тохиолдолд хийх нь тохиромжтойг судлаачид нотлож байна.

НОМ ЗҮЙ

- 1.Королькова М.А., Одинокова В.А., Алпатов В.П., Смирнов В.Б. Урол. и нефрол., 1984, № 4 с.6-10
- 2.Савченко Н.Б., Скобеюс И.А., -Урол. и нефрол., 1985 № 3 с.15-18
- 3.Житникова Л.Н., -Урол. и нефрол., 1985. № 6. с.13-16
- 4.Уретерогидронефроз: Руководство по урологии (Под ред., Н.А.Лопаткина.-М., 1998.-Т. 2.)
- 5.Карпенко В.С., Урология., 2001. № 2. с.3-6

Conclusion

*D.Nyamsuren
G.Nyamkhuu*

Indications for intestinal plastic surgery of the ureter were the following: Neuromuscular ureteral dysplasia II-III stages, recurrent ureteral strictures, Long strictures of the ureter. The above mentioned plastic surgery restores both patency of the urinary tracts and transfortation of uric bolus to the bladder. Intestinal plastic surgery of the ureter consists of a bilateral ureterohydronephrosis of the kidney or a ureterohydronephrosis of a single kidney. In our case the operation was performed through the abdominal cavity with a single intestinal transplant.

ШЭЭС-БЭЛГИЙН ЗАМЫН ЦООРХОЙН МЭС ЗАСАЛ ЭМЧИЛГЭЭНИЙ АСУУДАЛД

Д.Нямсүрэн

ШБЗЦ-н шалтгаан, эмнэл зүй, оношлогоо эмчилгээ зэрэг олон чухал асуудал нь бөөрний мэс засалч, эмэгтэйчүүдийн эмч, эрдэмтдийн анхаарлыг зүй ёсоор татсан төгс эмчлэхэд хүндрэлтэй тулгамдсан асуудлын нэг юм.

ШБЗЦ нь хөдөлмөрийн чадвартай, төрөх насны эмэгтэйчүүдэд зонхилон тохиолдож, шээс байнга үртээгээр гоожиж, сэтгэл санааны болон гэр бүл, ахуй амьдралын хүнд дарамтад оруулдаг олон талын зовлонтой хүнд өвчин юм. /Селезнева, Н.Д., Савицкая Л.К., 1998/ Уг эмгэгийн талаар туурвисан гадаадын судлаачдын дорвитой бүтээлүүд олон боловч манай оронд энэ талаар хийсэн судалгаа, бүтээл хомс байна.

Манай орны орсон нутгийн онцлог, мэргэжилтний хангамжаас шалтгаалж жирэмслэлт, төрөлтийн хүндрэл, эмэгтэйчүүдийн өвчин цаг алдаж оношлогдон эмчлэгдэж зарим тохиолдолд ШБЗЦ үүсэх шалтгаан болж байгаагаас уг өвчин тууштай буурахгүй байна.

Манай улсад 1988-1997 оны сүүлийн 10 жилийн дунджаар жил тутам 11-12 өвчтөн ШБЗЦ өвчнөөр хүндэрч эмчлүүлж байна.

Шээс-бэлгийн замын эрхтэн хоорондын цоорхой үүсэх шалтгаан тодорхой боловч гаднын биет холгох, давсаг, шээлгүүрийн сувагны доод хэсгийн чулуу болон туяа эмчилгээний дараа цоорхой үүсч байна.

ШБЗЦ-г нөхөн сэргээх эмчилгээг манай ахмад үеийн эмч нар эмчилж байсан хэдий ч цоорхой нь хүндэрсэн, олон дахисан өвчтөнүүдэд мэс засал хийх арга нь бүрэн нэвтрээгүй байсан юм.

Иймээс тухайн үед ШБЗЦ-той олон дахисан, хүндэрсэн өвчтөнийг гадаадад эмчлүүлдэг байжээ. Эдгээр нөхцөл байдал нь

уг ажлын үндэслэл болсон бөгөөд оношлогоо эмчилгээнд орчин үеийн аргыг нэвтрүүлэх нь нэн тулгамдсан асуудлын нэг гэж үзсэн юм.

Бид ШБЗЦ-н нөхөн сэргээх эмчилгээний онцлогийг иж бүрдлээр судалж хүн бүрийн өвчний онцлогт тохируулж ялгавартай эмчлэх мэс заслын эмчилгээг боловсронгуй болгох зорилго тавьж 4 зорилтыг дэвшүүлж АУИСКТЭ-ийн Бөөрний мэс заслын клиник, ЭНЭШТ-ийн эх барих, эмэгтэйчүүдийн тасаг, амаржих газруудад эмчлэгдсэн 105 өвчтөнд судалгааг явуулав.

Судалгааны үр дүн ШБЗЦ-той тохиолдлын 85 /80.9%/ нь нөхөртэй, 20 /19.1%/ нь өрх толйголсон эмэгтэйчүүд байсан. Орон нутгаар сийрүүлбэл, хотын оршин суугч 57 /54.3%/ хөдөө орон нутгийнх 48 /45.7%/ эзэлж байна. Эх барих эмэгтэйчүүдийн мэс засалтай холбоотой цоорхой үүссэн 91 тохиолдлын 63 /69.2%/ нь Улаанбаатар хотын амаржих газрууд, ЭНЭШТ-д, 28 /30.8%/ хөдөө орон нутагт мэс засал хийлгээд ШБЗЦ үүсэж хүндэрсэн өвчтөнүүд байв.

ШБЗЦ-н тохиолдлыг сүүлийн 10 жилээр сийрүүлбэл: 105 тохиолдол бүртгэгдэж, энэ нь нийт БМЗК-т хэвтэн эмчлүүлсэн өвчтөний 1.3 0.14%-ийг, бүх хийгдсэн мэс заслын 2.6%-ийг тус тус эзэлж байна.

-Цоорхойн төрлөөр нь судлахад давсаг-үтрээний цоорхой 73 /69.5%/

-Шээлгүүр-үтрээний цоорхой 15 /14.3%/, давсаг-үтрээний шинэ цоорхой /гэмтэл/ 1 /0.95%/

-Шээлгүүрийн шинэ цоорхой /гэмтэл/ 16 /15.3%/ тус тус байв.

Бүх өвчтөний 92 /87.6%/ нь 49 хүртэлх насны, 13 /12.4%/ 50-иас дээш насны эмэгтэйчүүд байв. 30-39 насанд ШБЗЦ үүсэх нь 33.4% буюу бусад насны бүлгээс илүүтэй түлхүү тохиолдож байна.

ШБЗЦ-г үүсгэсэн шалтгаантай холбож судлахад төрөлтийн хүндрэлтэй холбоотой мэс ажилбар, үйлдлүүд 54%, эмэгтэйчүүдийн мэс засалтай холбоотой хүндрэлүүд 32%, давсагны чулуу 6%, туяа эмчилгээний дараа 5%, үтрээний өмнөд хана унжилтын улмаас нөхөн сэргээх мэс засал хийсэнтэй холбоотой 2%, хошногоны хавдрын мэс засалтай холбогдож 1%-д тус тус үүсчээ. ШБЗЦ үүсэх гол шалтгаан нь умай авах мэс засал 68 /64.74%/

эээлж байна.

Судалгаанаас харахад давсаг-үтрээний цоорхой 74 /70.5%/, шээлгүүр-үтрээний цоорхой болон гэмтэл 31 /29.5%/ тус тус эзэлж байна. Үндсэн шалтгаантай холбогдож ШБЗЦ үүсэж байгаа хугацаа харилцан адилгүй байна. Үүнд: 48.86% /43/ нь 1-2 хоногт; 21.59% /19/ нь 3-7 хоногт; 6.82% /6/ нь 8-14 хоногт; 10.23% /9/ нь 15-21 хоногт; 5.68% /5/ нь нэг жилийн дараа, 6.82% /6/ нь хугацаа тодорхойгүй шалтгаанаар цоорхой үүсчээ. 1-2 хоногийн дотор цоорхой үүсэж байгаа нь давсаг-үтрээний таславч, шээлгүүр-үтрээний хана мэс заслын үед гэмтэж цоорсонтой холбоотой байв. Цоорхой хожуу үүсэж байгаа нь тухайн эд эрхтэн, тэжээлийн хямралд орж үхжин цусан хангамж дутагдсантай холбоотойгоор үүсэж байгаагаар тайлбарлаж байна. Бид цоорхойн төрх байдлыг цоорхойн байрлал, хэмжээ хэлбэр, ирмэгийн байдлыг давсаг дурандах, үтрээнд толь тавин шинжлэх замаар судалсан болно.

Бүх 88 тохиолдлоос Льетогийн гурвалжингаас дээш 40 /45.45%/, гурвалжингийн дотор 23 /26.14%/, давсагны хүзүүнд 10 /11.36%/, үтрээний тайрагдсан хэсэг умайн хүзүүнд 15 /17.05%/, цоорхойнууд байрласан байв.

Давсаг-үтрээний цоорхойтой 73 тохиолдлоос 10 /13.69%/, нь шээлгүүрийн сувагт ойрхон зэрэгцэж байрласан байлаа. Цоорхойн хэмжээ 0.3-3.5 см-ийн хэмжээтэй зөв болон зөв биш хэлбэртэй, ирмэг нь хөдөлгөөнтэй зөөлөн 46 /52.27%/, хөдөлгөөнгүй 3 /3.4%/, хөдөлгөөнтэй сорвижсон 11 /12.50%/, хөдөлгөөнгүй сорвижсон 28 /31.82%/, тус тус ээлж байна.

Цоорхойн ирмэгийн байдал хөдөлгөөнгүй хатуурч сорвижсоноос эдийн цусан хангамжийн алдагдал, орчны сорвижилт наалдцыг бүрэн чөлөөлөхөд хүндрэлтэй шалтгаанаас үүдэн цоорхойн эдгэрэлтэд сөргөөр нөлөөлдгийг судлан тогтоолоо.

Бид ШБЗЦ-той өвчтөнд эмнэлзүйн шинжийн судалгаа явуулахад шээс үтрээгээр мэдээгүй гоожиж, өөрөө шээдэггүй 42 /48%/, шээс үтрээгээр байнга гоожиж өөрөө бага зэрэг шээдэг 31 /35%/, давсаг чинэрч шээс хүрмэгц өөрөө шээдэг, мөн үтрээгээр шээс байнга гоождог 15 /17%/, шинж тэмдгээр илэрч байна.

Өвдөлт ба бусад зовиур шинжээр судлахад бидний судалгаагаар бүгд 324 хүндрэл бүртгэгдэж, хүндрэлийн бүтцийг 105 то-

хиолдолд эзлэх хувиар нь сийрүүлбэл: 38 /36.2%/ бөөр нуруугаар унжирч, 25 /23.8%/ нь давсагны байрлал үтрээгээр өвдөх, 37 /35.2%/ нь хярзан орчмоор загатнаж, норж хорсдог, 45 /42.8%/ хоолондоо дур муутай, 10 /9.5%/ нь ам хатдаг, 18 /17.4%/ нь халуурдаг, 63 /60%/ нь шээсэнд идээ, цагаан эс олноор илэрсэн зэрэг шинж тэмдгүүд илэрлээ.

Бидний судалгаагаар ШБЗЦ-той өвчтөний 75 /71.4%/ нян судлалын шинжилгээ хийснээс *E.Coli* 66 /88%/, *Bacterins proteus* 9 /12%/ илэрсэн. Хүндрэлийн бүтцийн эзлэх хувийн жин, тохиолдолд эзлэх хувийг тус тус судлахад үрэвслийн өөрчлөлт эмгэг давамгайлж байлаа. Мөн давсагны чулуу, бөөрний усжил, бөөрний архаг дутагдал, бөөрний буглаа тохиолдож байлаа.

ШБЗЦ-н мэс засал эмчилгээний үр дүнг дээшлүүлэхэд олон хүчин зүйл нөлөөлдөг. Үүний нэг нь мэс засал хийх хугацааг зөв тодорхойлох нь чухал ач холбогдолтой. ШБЗЦ үүссэн нь мэс заслын үед оношлогдвол цаг алдалгүй нөхөн сэргээх мэс засал хийх нь үр дүнтэй.

Цоорхойн нөхөн сэргээх эмчилгээг өвчтөн бүрийн онцлогт тохирсон заалтаар ялгавартай хийнэ. Давсаг-үтрээний цоорхой 3-6 сарын дараа мэс засал хийх, шээлгүүр-үтрээний цоорхойтой тохиолдолд 6-8 долоо хоногийн дараа мэс засал хийх нь үр дүнтэй гэсэн судалгаа байна. Нөхөн сэргээх бололцоотой үед бөөр хамгаалах мэс засал хийгээд дараа нь төгс мэс засал хийх. Туяаны хүндрэлээс үүссэн цоорхойд нэг жилээс доошгүй хугацаанд хүлээсний дараа мэс засал хийвэл илүү үр дүнтэйг эрдэмтэд судлан тогтоожээ.

Бидний судалгаанд 17 /16.2%/ тухайн мэс засал дээр, 3 сарын дараа 40 /38.1%/, 4-5 сарын дараа 21 /20%/, 6, 11 сарын дараа 7 /6.6%/, нэг жилийн дараа 9 /8.6%/, 2-17 жилийн дараа 11 /10.5%/ мэс заслыг тус тус хийсэн.

Мэс засал дээр шээлгүүр гэмтсэн нь сэжиглэгдсэн тохиолдолд түүнийг батлах зорилгоор өвчтөний хураагуурын судсаар 5 мл 0.4%-ийн индокармин тарьж шинжлэхэд гэмтсэн шээлгүүрийн дээд төгсгөлөөр цэнхэр өнгөтэй шингэн ялгарснаар гэмтлийг тогтооход төвөггүй.

Давсаг-үтрээний цоорхойн мэс заслын эмчилгээг бид 4 төрлийн хүрц аргыг ашиглалаа.

Тухайн хүрц аргуудыг тусгай заалтаар хэрэглэв. Тухайн аргууд нь тус бүрдээ давуу бөгөөд сөрөг талуудтай. Үтрээний хүрцээр 31/41.89%/, давсагны хүрцээр 26/35.13%/, давсагны хүрц, бидний аргаар 12/16.22%/, хэвлийн хөндийн хүрцээр 5 /6.76%/ тус тус цоорхойд нөхөн сэргээх мэс засал хийсний 60 /81.08%/ эдгэрч 14 /18.92%/ тохиолдолд дахисан.

Бидний боловсруулсан аргаар мэс засал хийхэд үр дүнтэй болсон үндсэн хүчин зүйл нь бидний дадлага туршлага сайжирч, мэс заслын горим, заалтыг зөв сонгодог болсонтой холбоотой хэмээн үзэж байна.

Бидний боловсруулсан арга нь дараахь давуу талуудтай.

1. Оёдлын шугаман дээр булчингийн хүч бага үйлчлэх нөхцөл бүрдүүлэхэд чиглэгдсэнээрээ эдгэрэлтэд сайн нөлөөтэй.
2. Давсаг-үтрээний хананы хооронд хоосон зай үүсэхгүй.
3. Тухайн хоёр эрхтэний хананы хоорондын харьцааны байрлалын бүтэц, эрүүл харьцаа нь өөрчлөгддөггүй.
4. Харах талбай мэс заслын хүрц хангалттай нөхцөлд шээлгүүрийн суваг хамрагдаж оёгдох, гэмтэх эрсдэл багатай.

Шээлгүүр-үтрээний цоорхойн эмчилгээний үр дүн

Шээлгүүрийн гэмтэл, шээлгүүр-үтрээний цоорхойн мэс заслын эмчилгээ. Шээлгүүрийн аарцгийн хэсэг гэмтсэн нь оношлогдсон үед шээлгүүрийг шээлгүүртэй залгах 16 /51.6%/, хэвлийн хөндийн хүрцээр шээлгүүрийг давсагт суулгах 6 /19.35%/, шээлгүүрийн аарцгийн хэсгийг давсагны ханаар орлуулах 1 /3.23%/, шээлгүүрийг ташаан хонхорын арьсанд суулгах 2 /6.45%/, мэс заслуудыг ташаан хонхорын дотор талаар умдагны дээд хэсэг голын шугам хүртэл хагас дугуй-хоккейн цохиур хэлбэртэй /Пироговын хүрцээр/ зүслэг хийж гялтан нээхгүйгээр мэс засал хийв.

Шээсний цоорхойн суваг нарийсаж бөглөрснөөс бөөр усжиж идээлсэн тохиолдлуудад 15 /16.13%/ Федоровын хүрцээр мэс засал хийжээ. Мөн бөөрөнд гуурс тавих мэс ажилбарыг 1 /3.23%/ хийв.

Шээлгүүрийг шээлгүүртэй хоёр үзүүрийг чөлөөлж, хоёр төгсгөл таталдахгүйгээр хоорондоо нийлж байхаар, тайрагдсан хоёр төгсгөлөөсөө 45 хэмийн ташуу байрлалд өөлж хөндлөн огтлолыг

нь өргөсгөөд төгсгөл төгсгөлөөр нь залгаж 4-5 оёдол тавьсан.

Шээлгүүрийг давсагт суулгах мэс заслыг Самсоны аргаар 4 тохиолдолд шээлгүүрийг 2 талд нь сэтлээд давсагт суулгах, Рихардо-Блохины аргаар 2 тохиолдолд шээлгүүрийн төгсгөл хэсгийг бага зэрэг сэтлээд гадагш нь эргүүлэн давхарлаж нударга үүсгэн давсагны ар хажуу хананд суулгаж өгөх мэс заслуудыг хийсэн нь үр дүнтэй болсон.

Нэг өвчтөнд хөнгөн зэргийн давсаг-шээлгүүрийн рефлюс үүсэн, хожим нь эмчилгээгээр засарсан.

Шээлгүүрийг хооронд нь болон давсагт суулгаж хүрэлцэхгүй тохиолдолд давсагны ханаар түүний доод хэсгийг орлуулах мэс засал хийсэн үр дүнгээ өгсөн. Давсагны шилбэ хангалттай цусан хангамжтай байх шаардлагатай.

Бөөр авах мэс заслыг 5 тохиолдолд бөөр усжсан, идээлсэн нөхцөлд бөөр авах мэс засал хийж өвчтөнийг идээт хордлогоос гаргаж улмаар шээс мэдээгүй гоожих зовиураас салгаж ангижруулсан юм.

Чанд авиан тусламжтай нэг тохиолдолд бөөрөнд гуурс тавьсан нь өвчтөнийг хордлогоос болон шээс гоожих зовлонгоос ангижруулж амьдралын хугацааг нь уртасгасан.

Бид шээлгүүр-үтрээний гэмтэлтэй, цоорхойтой 31 өвчтөнд мэс засал хийснээс 28 /90.32%/-д эрхтэний эрүүл бүтцийг нөхөн сэргээх улмаар үйл ажиллагааг нь бүрэн сэргээсэн. 3 /9.68%/- төгс мэс засал хийж чаддаггүй ч өвчтөний биеийн байдал сайжирсан.

ШБЗЦ-н мэс заслын үр дүнд нөлөөлөх хүчин зүйлийг зөв тооцож эмчлэх нь хагалгааны бэлтгэлийг сайтар хийж, мэс заслын горимыг чанд баримталж, мэс заслын дараахь сувилгааг горимын дагуу хийх нь эмчилгээний үр дүнг дээшлүүлэх үндэстэй.

Мэс засал хийгээд дахисан 14 тохиолдлын 5 /35.7%/- горим зөрчигдсөнтэй холбоотойг судлан тогтоов.

ШБЗЦ-н эмчилгээний үр дүнг цоорхойн байрлал, хэлбэр, ирмэгийн онцлог зэрэгтэй нь уялдуулан судлав.

"Цоорхой Льетогийн гурвалжингаас дээш байрласан 40 тохиолдлоос 10 /25%/- Льетогийн гурвалжны дотор байрласан 23-аас 3 /13.04%/-, Льетогийн гурвалжингийн оройн хэсэгт байрласан 10-аас 1 /10%/- тус тус цоорхой дахисан.

"Цоорхойг хэмжээгээр нь судлахад 0.5-2 см-ийн хэмжээтэй 20.5%. 2-3 см-ийн 16.66%, 3 см-ээс дээш хэмжээтэй нэг тохиолдолд тус тус дахисан.

Цоорхойн ирмэгийн сорвижилттой холбож судлахад зөөлөн ирмэгтэй цоорхой 49 /60.68%/ анхны мэс заслаар эдгэрсэн. Ирмэг нь сорвижиж наалдсан хөдөлгөөнтэй сорвижсон 9.09%, хөдөлгөөнгүй сорвижсон ирмэгтэй цоорхойн 46.43%-д нь эмчилгээний үр дүн өгөөгүй.

Эмчилгээний үр дүнг цоорхойн байрлал, ирмэгийн онцлог, хэлбэр, хэмжээтэй нь уялдуулж судалсныг нэгтгэж дүгнэхэд Лье-тогийн гурвалжингаас дээш байрласан, хөдөлгөөнгүй сорвижсон ирмэгтэй, зөв биш хэлбэртэй цоорхойн эмчилгээний үр д үнг онцгой сайжруулах шаардлагатайг бидний судалгаа харуулж байна.

Гадаадын эрдэмтдийн судалгаатай харьцуулахад бидний мэс заслын үр дүн 86.67% байгаа нь гадаадын эрдэмтдийн судалгаатай ойртож байна.

ДҮГНЭЛТ

1. БМЗК-ийн хэвтэн эмчлүүлэгчдийн 1.32 0.14%-ийг ШБЗЦ эзэлж байгаагийн зэрэгцээ энэхүү цоорхой нь төрөлтийн хүндрэлтэй холбоотой үйлдэл, мэс заслын улмаас 54.3%, эмгэгтэйчүүдийн өвчнийг мэс заслаар эмчлэх явцад 32.4%, давсагны чулуу 5.7%, туяа эмчилгээний дараа 4.76%, бөөрний болон хошногны мэс ажилбартай холбогдож 2.85% үүсч байна.
2. ШБЗЦ-той өвчтөний 70.48% нь давсаг-үтрээний, 29.52% нь шээлүүр-үтрээний цоорхой байсны 87.6% нь хөдөлмөрийн чадвартай, нөхөн үржихүйн насны залуу эмэгтэйчүүд байв. Эдгээр өвчтөний 88.64%-д нь бэлгийн уруул, гуяны дотор талын улаймал болон идээт үрэвсэл, 85.23%-д давсаг-үтрээний үрэвсэл, 46.5%-д бөөрний үрэвсэл, 19.32%-д идээлэлт, усжилт, 15.91%-д давсагны чулуу, бөөрний архаг дутагдлаар 7.95% хүндэрч байгаа нь тогтоогдлоо.
3. Мэс заслын өмнөх бэлтгэлийг хангаж, цоорхойн төлөв байдлаас хамааруулж мэс заслын хүрц, аргаа хүн бүрийн онцлогт тохируулж сонгосон нөхцөлд мэс заслын эмчилгээний үр дүнг үлэмж дээшлүүлэх боломжтой болох нь нотлогдов.

The improvement of surgical treatment of uro-genital tract fistula

D.Nyamsuren

1. Our country has relative high birth rate, and 54.3% of urogenital tract fistula occurs comparable frequently caused by delivery and surgical procedures. About 32.4% was found after gynaecological operations and 5.7% was caused by bladders stones. After radiotherapy was found about 4.75% and after surgery in cystocele about 1.9%. Caused by rectum surgeon in women about 0.95%. It's 1.32 0.14% in the morbidity of patients in the urological clinic.
2. In the case 70.48% of the patients, who have vesico-vaginal fistulas, 29.52% ureterovaginal fistulas. Of them 87.6% were young women of reproductive age. Because of urogenital tract fistula 88.64% had inflammation of sexual lip and empyema of femur 85.23% cystitis and colpitis inflammations, 65.91% pyelonephritis, pyonephrosis and hydronephrosis, 15.91% are the bladder stones and 7.95% chronic renal failure.
3. Besides we use the method of surgery in urogenital tract fistulas and master it like suggested the method of vesico vaginal fistula by transvesical and our method has been successfully to 100%.
4. We conclude that we have possibility to increase the result of surgical treatment by choocing the method rightly in each patients peculiarity, provision before surgery. It has been successful to 86.67%.

ДУУ АВИА СУДЛАЛЫН ЛАБОРАТОРТ ХИЙСЭН СУДАЛГАА

А.Наранцацралт

Фониатр буюу дуу авиа судлал нь чих хамар хоолой судлалын салбар шинжлэх ухаан юм. Фониатр гэдэг нэр томъёо нь Грек үг ба “дуу авиа”, “эмчлэх” гэсэн үгнээс гаралтай. МЭӨ 100 онд эрдэмтэн Гален хүний дуу авиа төвөнхөөс үүсдэг гэдгийг мэдэж, энэ эрхтний анатомийн талаар зөв төсөөлөл, таамаглал гаргаж байсан байна. 16-р зууны сүүлчээр Флоренцид Итали/ анх дуурь, жүжиг драмын чиглэл хөгжиж цаашид ЕВРОП ба Орос орныг хамарсан. Үүнтэй холбоотой дуу авианы эрхтний бүтэц, үйл ажиллагааг судлах салбар эрчимтэй хөгжиж эхэлсэн. Манай оронд 1978 онд ЭХЯ-ны сайдын тоот тушаалаар УКТЭ-т Фониатрийн кабинет нээгдсэн ба хуучнаар ЗХУ-ын Ленинград хотын ЛОР-НИИ-д фониатрийн мэргэжил эзэмшиж ирсэн Лхамсүрэн эмч 1978-1988 он хүртэл ажиллаж тэтгэвэрт гарснаар энэ салбарын үйл ажиллагаа 2001 он хүртэл 13 жил зогссон юм. 2001 оны 6-р сард УКТЭ-ийн захирлын шийдвэрээр Фониатрийн кабинетыг сэргээн ажиллуулж эхэлсэн ба 2002-3-р сард Японы Засгийн Газрын “ӨВСНИЙ ҮНДЭС” төслийн хүрээнд 89000 \$-ын өртөгтэй дуу авианы эрхтнийг оношлох, эмчлэх, мэс ажилбар хийх өндөр хүчин чадалтай тоног төхөөрөмж нийлүүлснээр “Дуу авиа судлалын лаборатори” болон өргөжиж үйл ажиллагаагаа явуулж байна. Дуу авиа үүсгэх үндсэн эрхтнүүдэд өрцнөөс дээш хамрын үүдэвч хүртлэх амьсгалын замын бүх эрхтэн орох ба бие организмын бусад эрхтэн системийн эмгэг нь дуу авианд шууд ба шууд бусаар нөлөөлж өвчлүүлдэг байна. Манай лаборатори нь дуу авианы эрхтний эмгэгийг бичил түвшинд оношлох, эмчлэх, төвөнхийн хоргүй хавдрыг амбулаторын нөхцөлд бичил түвшинд авах мэс засал хийх, алдагдсан дуу авиаг нөхөн сэргээх эмчилгээнүүдийг хийнэ. Энэ удаа би манайхаар үйлчлүүлсэн 3975 хүнд судалгаа явуулсан. Үзүүлэлтүүдийг өвчний онош, нас, хүйс, хот, хөдөө, анх ба давтан үзүүлсэн байдал, жүжигчид, уран бүтээлчид, багш, нэвтрүүлэгчдийн хамрагдсан байдлыг тус бүрд нь хүснэгтээр гаргаж үзүүлэхийг зорив.

Хүснэгт №1

сар	үзүүлсэн хүний тоо	хот	хөдөө	анх	давтан	эрэгтэй	эмэгтэй	эмчилгээ
6	292	238	54	110	182	130	162	199
7	503	401	102	138	365	231	272	431
8	124	97	27	60	61	49	75	64
9	401	317	84	142	259	153	248	245
10	91	86	5	39	52	50	41	60
11	541	413	128	129	412	241	300	413
12	411	373	38	110	301	197	214	289
1	357	308	49	115	234	182	175	234
2	287	241	46	93	191	91	195	192
3	394	304	90	72	322	169	325	322
4	575	459	116	171	404	269	308	404
нийт	3976	3237	739	1179	2789	1762	2214	2853

Хүснэгт №2

Насны ангилалыг сар бүрээр гаргахад

Нас	0-10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	70- вас
Сар	нас	нас	нас	нас	нас	нас	нас	дээр
6-сар	15	22	75	70	40	32	11	27
7-сар	25	55	103	124	49	64	55	27
8-сар	3	18	36	21	25	11	4	6
9-сар	10	52	115	92	80	13	35	1
10-сар	1	5	14	38	17	7	8	1
11-сар	5	41	144	153	99	54	39	8
12-сар	3	34	105	140	78	25	14	12
1-сар	0	38	75	103	66	41	16	18
2-сар	0	29	63	85	66	31	13	0
3-сар	5	36	82	109	57	59	30	14
4-сар	4	79	84	125	141	75	29	38
нийт	71	412	896	1060	718	412	254	153

Эндээс харахад 31-40, 21-30, 41-50 насны ид хөдөлмөрийн насны хүмүүс илүүтэйгээр төвөнхийн үрэвслээр өвдөж байна.

Хүснэгт №3

Өвчлөлийн судалгааг сар бүрээр гаргахад:

Сар	6-сар	7-сар	8-сар	9-сар	10-сар	11-сар	12-сар	1-сар	2-сар	3-сар	4-сар	нийт
Онцш	166	331	77	261	48	402	273	180	128	227	243	2336
Духаг төвөнхтөс												
Цочмог тогсхтөс	5	8	1	7	1	18	11	9	3	2	7	72
Мэргэжлийн тогсхтөс	50	90	22	68	16	37	70	112	76	67	75	683
Дуу эвчлэлд нөлөөлж буй хамар ба дайрын үрвэл	51	103	26	122	27	237	93	72	51	78	192	1052
Дуу эвчлэлд нөлөөлж буй залгиурын үрвэл	83	115	30	145	31	315	113	96	63	97	208	1296
үргэлсгэлийн гаралтай сэржилт	3	10	5	4	0	16	4	6	1	7	27	83
Мэс заслын гаралтай сэржилт	1	2	0	0	0	1	2	3	0	2	1	12
Дууны зангилаа	1	1	2	1	0	7	2	2	1	1	6	24
Фиброма		1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	5
Ур	2	0	0	1	0	1	0	1	0	1	4	10
Патиларил	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	5	9
Уйландхай	0	0	1	0	0	0	1	0	2	1	1	6
Хорт хавдир	0	0	1	2	0	1	0	0	1	0	3	8
Тогсхтөс бөөрөх	1	0	3	0	0	0	2	0	1	0	3	10

Хүснэгт №4

Дуу авиа судлалын лабораторт үйлчлүүлсэн жүжигчид, дуучид болон дуу хоолой шаардлагатай онцлог ажил, мэргэжил бүхий хүмүүсийн хамрагдсан байдлыг сар тус бүрээр гаргав.

	6сар	7сар	8сар	9сар	10сар	11сар	12сар	1сар	2сар	3сар	4сар	нийт
Жүжигчид, дуучид, эвчлэлийн дурын уран сайхнычид	42	72	18	57	13	27	59	103	60	56	82	569
Дуу хоолой шаардлагатай ажил, мэргэжлийн хүмүүс	8	18	4	11	3	10	11	9	16	11	13	114

Амбулаторын нөхцөлд 54 мэс ажилбар хийж, 8 биопсий /микроларингоскопын тусламжтай/ авсан байна.

Үүнээс:

1. Дууны зангилаа авах - 24
2. Фиброма авах - 5
3. Ур авах -10
4. Папиллом авах - 9
5. Уйланхай авах - 6
7. Төвөнхөөс гадны биет авах - 2

Дүгнэлт:

1. Дээрх судалгаанаас харахад дуу, авианы эрхтний эмгэг манай орны эрс тэс хуурай уур амьсгалтай холбоотой нэлээд элбэг тохиолдож байна. Иймд чих хамар хоолойн нарийн мэргэжлийн эмч нарт дуу авиа, төвөнх судлалын салбарт шинээр нэвтрүүлж буй оношлогоо, эмчилгээний тактикийн тухай сургалт явуулах нь зүйтэй.
2. Дуу авиа судлалын лабораторт 1 эмч, 1 сувилагч ажиллаж байгаа ба оношлогоо, эмийн эмчилгээ, мэс ажилбар, дуу авиа нөхөн сэргээх эмчилгээ зэргийг хийхэд ажлын ачаалаас болж оношлогоо, эмчилгээний тоног төхөөрөмжийн хүчин чадлыг бүрэн дүүрэн ашиглаж чадахгүй байна.

Иймд дуу авиа судлалын эмч шинээр мэргэшүүлэн бэлтгэх шаардлага зүй ёсоор урган гарч байна.

МЭС ЗАСЛЫН ЭМЧИЛГЭЭНИЙ ДАРААХ ҮЕИЙН ӨВДӨЛТИЙН ЭРЧМИЙН СУДАЛГААНЫ ДҮН

П.Сэлэнгэ

Л.Ганболд

Х.Баялагмаа

Хэвлийн хөндийн хагалгааны дараах үеийн өвдөлт ихтэй эмчилж намдаахад төвөгтэй байдаг байна

Хэвлийн хөндийн дээд хэсгийн эрхтэнүүдэд хийгдсэн мэс заслын эмчилгээний дараах үеийн өвдөлтийн эрчмийг хэмжих судалгаанд хамрагдсан өвчтөнүүдийг нас, хүйс, өвчний оношоор ангилсаныг товчоолон үзүүлэв.

Хэвлийн хөндийн дээд хэсгийн эрхтэнүүдэд хийгдсэн мэс заслын эмчилгээний дараах үеийн өвдөлтийг хэмжих судалгаанд хамрагдсан өвчтөнүүдийн ерөнхий үзүүлэлт

Судалгаанд хамрагдсан өвчтөний нэр, нас хүйс, онош, Судалгаанд хамрагдсан өвчтөний тоо, Эзлэх хувь

Хүйс

Эр	22	64.7%
----	----	-------

ЭМ	12	35.3%
----	----	-------

Дундаж нас	47.5±9.8	34 100%
------------	----------	---------

Мэс заслын үндсэн өвчний онош

Ходоодны шарх	12	35.2%
---------------	----	-------

Ходоодны хавдар	4	11.7%
-----------------	---	-------

Элэгний бэтэг	3	8.8%
---------------	---	------

Түгжрэл	3	8.8%
---------	---	------

Өрцний ивэрхий	2	5.8%
----------------	---	------

Нарийн гэдэсний хавдар	2	5.8%
------------------------	---	------

Бусад	8	23.5%
-------	---	-------

Бүгд	34	100%
------	----	------

Хэвлийн хөндийн дээд хэсгийн эрхтэнүүдэд хийгдсэн мэс заслын эмчилгээний дараах үеийн өвдөлтийн эрчмийг шугаман шалгуурт үнэлэмжээр (ШШҮ) хэмжиж (График 1), судалгааны үзүүлэлтийг Microsoft Excel-2000 програмаар бодож арифметикийн дундаж, стандарт хазайлт зэргийг олов. Эндээс үзэхэд хагалгааны дараах 1-3 цагт өвдөлтийн эрчим ШШҮ-ээр 6-5 шатлалын орчимд байгаа бөгөөд үгэн шалгуурт үнэлэмж (ҮШҮ)-ээр харьцуулан илэрхийлэхэд хүчтэй, нэн хүчтэй өвдөлтийн хүрээнд хамаарагдана. Хагалгааны дараах эхний 12 цагт өвдөлтийн эрчим 5-4 гэсэн шатлалын орчимд хэлбэлзэж байна. Энэ бүлгийн өвчтөнүүд хагалгааны дараах эхний 48 цагт өвдөлтийн эрчим ШШҮ-ийн шатлалаар 3< аас дээш хэмжээтэй тэмдэглэгдсэн байна.

Цөсний хүүдий авах мэс заслын хагалгааны дараах үеийн өвдөлтийн эрчмийг хэмжсэн судалгааны дүн.

Цөсний гиваан өвчний улмаас мэс заслын эмчилгээ хийлгэсэн 34 өвчтөний нас, хүйс зэрэг ерөнхий үзүүлэлтүүдийг хүснэгт 2-т товчоолон үзүүлэв. Дээрх төрлийн хагалгааны дараах өвдөлтийн эрчмийг хэмжин тэмдэглэсэн дүнг график 2-т үзүүлсэн бөгөөд энэ нь хэвлийн дээд хэсгийн хагалгааны дараах; өвдөлтийн эрчим, үргэлжилсэн хугацаатай адил төстэй байгаа юм.

Цөсний хүүдий авах мэс заслын хагалгааны дараах үеийн өвдөлтийн эрчмийг хэмжих судалгаанд хамрагдсан өвчтөнүүдийн ерөнхий үзүүлэлт

Судалгаанд хамрагдсан өвчтөний нэр, нас хүйс, онош Судалгаанд хамрагдсан өвчтөний тоо.;

Өвчтөний		%
Хүйс		
Эр.	9	35.3%
Эм	25	64,7%
Дундаж нас 46.6 ± 12.7	34	100%

Хүснэгт 2-аас үзэхэд цөсний хүүдий авхуулах хагалгаанд орогсодын ихэнх хувь нь (64,7%) эмэгтэйчүүд байгаа ба дунд насныхан (46,6) байдаг байна. Цөс авах хагалгааны дараах үед эхний 6 цагт ; өвдөлтийн хүч ШШҮ-ийн шатлалаар 4-6,4 байгаа нь хүчтэй өвдөлт мэдэрч буйг цаашид 24 орчим цагийн туршид дунд зэргийн өвдөлттэй байдаг нь харагдаж байна. Харин

цаашид өвдөлтийн хүч ШШҮ-ийн шатлалаар 3-аас доош байгаа нь өвчтөн өвдөлтийн шаналгаа зовиурт төдийлэн нэрвэгдэхгүй байгааг харуулж байна.

Хэвлийн хөндийн доод хэсгийн хагалгааны дараах өвдөлтийн хүч хэвлийн хөндийн дээд хэсгийн хагалгааны дараах өвдөлтөөс зарчмын ялгаагүй байна.

Хэвлийн хөндийн дээд ба доод хэсгийн эрхтэнүүдийн болон цөсний хагалгаа хийлгэсэн өвчтөнүүдийн хагалгааны дараах өвдөлтийн хүчийг нэгтгэн дүгнэсэнийг график 3-д үзүүлэв.

Хэвлийн хөндийн хагалгааны дараах өвдөлтийн энэ эрчмийг өлдөлт эмчилгээний бусад аргуудын үеийн өвдөлт намдаах үр дүнг судлахад этолон баримжаа болгон авч хэрэглэсэн болно.

Зүрхний хагалгааны дараах үеийн өвдөлтийн эрчмийг хэмжсэн судалгааны дүн.

Зүрхний өвчний улмаас мэс заслын эмчилгээ хийлгэсэн 53 өвчтөний нас, хүйс, өвчний онош зэрэг ерөнхий үзүүлэлтүүдийг хүснэгт 3-д товчоолон үзүүлэв. Эдгээр өвчтөнд торакотом ба стернотомийн зүслэгээр мэс заслын эмчилгээ хийсний дараах өвдөлтийн эрчмийг хэмжин тэмдэглэсэн дүнг график 4-д үзүүлэв. График 5-аас үзэхэд хагалгааны дараах 1-3 цагт өвдөлтийн эрчим ШШҮ-ээр 7-6 шатлалын орчимд байгаа бөгөөд ҮШҮ-ээр харьцуулахад нэн хүчтэй, маш хүчтэй өвдөлтийн хүрээнд хамаарагдаж байна. Хагалгааны дараах эхний 12 цагт өвдөлтийн эрчим 6-5 гэсэн шатлалын орчимд хэлбэлзэж байна. Эдгээр өвчтөний бүлэгт эхний 36 цагт өвдөлтийн эрчим ШШҮ-ийн шатлалаар 4-өөс дээш хэмжээтэй тэмдэглэгдсэн байна.

Зүрхний хагалгааны дараах үеийн өвдөлтийг хэмжих судалгаанд хамрагдсан өвчтөнүүдийг нас, хүйс өвчний оношоор ангилсан ерөнхий үзүүлэлт

Судалгаанд хамрагдсан өвчтөний нэр, нас хүйс, онош Судалгаанд хамрагдсан өвчтөний тоо Өвчтөний эзлэх хувь

Хүйс

Эр	24	45.3%
Эм	29	54.7%
Дундаж нас 30.5±8.7	53	100%

Мэс заслын үндсэн өвчний онош

Миртал хавхлагын нарийсал	28	52.8%,
Тосгуур хоорондын цоорхой	13	24.5%
Ховдол хоорондын цоорхой	4	7.5%
Голчын хавдар	3	5.6%
Миксиом	2	3.7%
Фаллогийн гурвалсан гажиг	2	3.7%
Бусад	1	1.8%

Хөндийт сүрьеэгийн хагалгааны дараах үеийн өвдөлтийн эрчмийг хэмжсэн судалгааны дүн.

Сүрьеэгийн клиникийн Эмнэлэгт мэс заслын эмчилгээ хийлгэсэн өвчтөний өвдөлтийг хагалгааны дараах 48-54 цагийн туршид хэмжиж тэмдэглэжээ. Судалгаанд хамрагдсан өвчтөний насны дундаж ба хүйсээр ангилсаныг хүснэгт 4-т үзүүлэв. График 6-д уушигны сүрьеэ өвчний улмаас торакотомийн зүслэгээр мэс заслын эмчилгээ хийлгэсэн өвчтөний хагалгааны дараах 54 цагийн турш өвчтөний өвдөлтийн эрчмийг хэмжиж тэмдэглэв. Дээрх төрлийн хагалгаа хийлгэсэн өвчтөнүүдийн өвдөлт хагалгааны дараах эхний хоёр хоногийн хугацаанд ШШҮ-ээр

Уушигны сүрьеэ өвчний хагалгааны дараах үеийн өвдөлтийн эрчмийг хэмжих судалгаанд хамрагдсан өвчтөнүүдийн ерөнхий үзүүлэлтүүд

Судалгаанд хамрагдсан өвчтөний нэр, нас хүйс, онош, Өвчтөний тоо

Өвчтөний эзлэх хувь

Хүйс эр	12	60%
ЭМ	8	40%
Дундаж нас 35.4 ± 13.3	20	100%

6-4 гэсэн шатлалын хүрээнд байгаа нь хүчтэй, нэн хүчтэй өвдөлт удаан хугацааны туршид үргэлжилж буйг харуулж байна.

Бид судалгааны үр дүнг харьцуулан боловсруулахдаа арифметикийн дундаж ялгааны итгэх завсрыг олох Лапласын томъёо болон хүснэгтийг ашиглав. Хэвлийн хөндийн хагалгааны дараах өвдөлтийн хүчийг цээжний хөндийн хагалгааны дараах өвдөлтийн хүчтэй харьцуулан үзэх статистик тооцоонд ашигласан

арифметикийн дундаж ялгааны итгэх завсрыг олох Лапласын томъёогоор олоход: $P\{1,092 < a < 1,506\} = 0,99$ байв. Цээжний хөндийн хагалгааны дараах өвдөлт хэвлийн хөндийн хагалгааныхаас 1,092-оос 1,506 шатлалаар өндөр байгаа ба энэ нь $P=0,99$ (99%-ийн үнэн магадтай) хүрээнд байгаа юм. Иймд цээжний хөндийн хагалгааны дараах үеийн өвдөлт хэвлийн хөндийнхээс илүү хүчтэй байдаг нь батлагддаг байна.

Судалгааны эдгээр үзүүлэлтүүд торакотомии хагалгааны дараа өвдөлт ихтэй байдаг ба хагалгааны дараах үеийн өвдөлт эмчилгээг мэс засалч, мэдээгүйжүүлэгч эмч нар туйлын анхааран үзэх шаардлагатайг харуулж байна.

Сүрьеэгийн спондолитийн хагалгааны дараах үеийн өвдөлтийн эрчмийг хэмжсэн судалгааны дүн

Сүрьеэгийн клиникийн төв эмнэлэгийн хагалгааны дараах эрчимт эмчилгээний өрөөнд дээрх оношоор хагалгаанд орсон өвчтөний өвдөлтийг хагалгааны дараах 48-54 цагийн турш хэмжсэн байна. Сүрьеэгийн спондолитийн хагалгааны дараах үеийн өвдөлтийн эрчмийг хэмжих судалгаанд хамрагдсан өвчтөнүүдийн ерөнхий үзүүлэлтүүдийг хүснэгт 5-д товчоолон харуулав.

Сүрьеэгийн спондолитийн хагалгааны дараах үеийн өвдөлтийн эрчмийг хэмжих судалгаанд хамрагдсан өвчтөнүүдийн ерөнхий үзүүлэлтүүд.

Судалгаанд хамрагдсан өвчтөний нэр, нас хүйс, онош Судалгаанд хамрагдсан өвчтөний тоо /г,ц/ Өвчтөний эзлэх хувь

Хүйс эр	20	52.6%
ЭМ	18	47.3%
Дундаж нас 38,4±14,2	38	100%

Сүрьеэгийн спондолитийн хагалгааны дараах өвдөлтийн эрчмийг хэмжсэн дүнг график 7-д үзүүлэв.

Бид спондолитийн хагалгааны дараах өвдөлтийн хүчийг хэвлийн хөндийн хагалгааны дараах өвдөлттэй харьцуулан онолын дунджийн итгэх завсарыг олох Лапласын томъёогоор шалган үзэхэд $P\{1,682 < a < 1,1456\} = 0,99$ байв. Энэ нь нурууны хагалгааны дараах үеийн өвдөлтийн хүчийг хэвлийн хөндийн хагалгааны дараах үеийнхтэй харьцуулахад мэдэгдэхүйц өндөр байгааг нотлон харуулж байна. Хагалгааны дараах өвдөлтийн хүч 48-52

цагийн турш 4-өөс дээш шатлалтай байсан ба судалгааны үеийн ихэнх хугацаанд 5-аас дээш шатлалтай гарсан нь өвчтөн хүчтэй өвдөлтөнд нэрвэгдэн шаналдаг болохыг харуулж байна. Нурууны хагалгаа хийлгэсэн өвчтөнүүдийн хагалгааны дараах үеийн артерийн даралтын хэмжээ ба зүрхний цохилтын тоо зэргийг график 8-д үзүүлэв.

Спондолитийн хагалгаа хийлгэсэн өвчтөний хагалгааны дараах өвдөлтийн эрчим ба зүрхний цохилтын хоорондын корреляцийн хамаарал $g_{xy} = 0,562$ хагалгааны дараах өвдөлтийн эрчим ба артерийн систолын даралт хоёрын хооронд $g_{xy} = 0,652$ харин өвдөлтийн эрчим ба диастолын даралтын хоорондын корреляци $g_{xy} = 0,82$ гэсэн хамааралтай байна. Судалгааны энэ дүнд үндэслэн хагалгааны дараах өвдөлт ба зүрхний цохилтын тоо, артерийн даралтын хооронд дунд зэргийн хүчтэй, шууд хамааралтай гэж үзэж болно.

Бөөрний ба бүдүүн, шулуун гэдэсний хагалгааны дараах үеийн өвдөлтийн эрчмийг хэмжсэн судалгааны дүн

Бөөрний ба бүдүүн, шулуун гэдэсний хагалгааны дараах үеийн өвдөлтийн эрчмийг хэмжих судалгаанд хамрагдсан өвчтөнүүдийн ерөнхий үзүүлэлтүүдийг хүснэгт 6-д товчоолон харуулав. Бүдүүн, шулуун гэдэсний хагалгаанд орсон өвчтөнүүдийн бүлэгт гол төлөв залуу насны хүмүүс (33.7 ± 8.4) хамрагдсан бол бөөрний хагалгаа хийлгэсэн өвчтөнүүдийн дийлэнх хувь нь эрэгтэй (66.6%) хүмүүс байсан байна. Бөөрний болон шамбрамын хагалгааны дараах үеийн өвдөлтийн эрчим, үргэлжилсэн хугацааг график 9, 10-д үзүүлэв.

Бөөрний хагалгааны дараах үеийн өвдөлтийг хэмжих судалгаанд хамрагдсан өвчтөнүүдийн ерөнхий үзүүлэлт

Судалгаанд хамрагдсан өвчтөний нас хүйс, онош, Судалгаанд хамрагдсан өвчтөн, Өвчтөний эзлэх хувь

Хүйс

Эр	14	66.6%
Эм	7	33.3%
Дундаж нас 44.9 ± 15.4	21	100%

Мэс заслын төрөл

Нефрэктоми	6	28.5%
------------	---	-------

Түрүү булчирхай авах	6	28.5%
Гидронефрозын үеийн мэс засал	4	19%
Бөөрний чулуу авах	4	19%
Давсагны хагалгаа	1	4.7%

Эрэгтэй 15 (57,6%), эмэгтэй 11 (42,3%) нийт 26 өвчтөн, дундаж нас $33,7 \pm 8.4$ шамбарам өвчний улмаас клиникийн I эмнэлгийн проктологийн тасагт мэс заслын эмчилгээ хийлгэжээ. Энэ судалгааны дүнгээс үзэхэд шамбарам өвчний улмаас гол төлөв залуу (дундаж нас $33,7 \pm 8.4$), эрэгтэй хүмүүс хагалгаанд ордог нь харагдаж байна. Шамбарамын хагалгааны үед нугасны ба эпидурал мэдээ алдуулалтын хэлбэрүүдээс хагалгааны үеийн мэдээгүйжүүлэлтээр сонгон хэрэглэсэн учир хагалгааны дараах эхний 1-2 цагт өвдөлтийн эрчим харьцангуй сул байснаа уг мэдээгүйжүүлгийн үйлчилгээ дуусмагц өвдөлт эрчимжиж хүчтэй болж эхэлсэн байх нь ажиглагдана.

Судалгаанд хамрагдсан өвчтөнүүдийн хагалгааны дараах өвдөлтийн хүчийг хэмжсэн үзүүлэлтийн дундажийг бодож гаргасаныг график 11-д үзнэ үү. Энэ графикаас үзэхэд өвдөлтийн хүч хагалгааны дараах эхний 24 цагт ШШҮ-ээр 4 шатлал, 48 цагт 3 шатлалаас дээш өвдөлттэй байна.

Дүгнэлт

Шугаман Шалгуурт Үнэлэмжийн арга нь хагалгааны дараах үеийн өвдөлтийн хүчийг хэмжиж, үнэлэлт дүгнэлт өгөх бодитой арга болно.

Цээж, хэвлийн хөндийн эрхтэнүүд, бөөрний ба бүдүүн, шулуун гэдэсний хагалгааны дараа өвчтөний өвдөлтийн хүч эхний 8-20 цагийн турш ШШҮ-ээр 4-6 үнэлгээний хооронд хэлбэлзэж байна.

Хагалгааны дараах үеийн өвдөлтийн хүч ШШҮ-ээр 3,4 шатлаас дээш хэмжээтэй байгаа нь өвдөлт эмчилгээний үр дүн хангалтгүй байгааг илэрхийлж байна.

А. А. Митрохин и др. Сравнительная методов анальгезии после операций на желудке. Анест и Реаним. 2001. №6; 44-46.

Н. А. Осипова и др. Профелактическая аналгезия - новое направление в Анестезиологии. Рождение и развитие идеи в работах коллектива МНИОИ им. П. А. Герцена. Анест и Реаним., 2001; № 6: 13-18

- В. В. Никода и др. Приемные лорноксима для обезбоживания в раннем послеоперационном, периоде. Анест и Реаним., 2001; № 6:47-50
- Ф. М. Ферранте, Т.Р.ВейдВонкор. Послеоперационная боль. Москва., 1998: 3
- В. В. Никода и др. Постоянная эпидуральная инфузия ропивакаина в послеоперационном периоде. Анест и Реаним., 2000; № 5: 76-79
- А. И. Левшанков, Ю. С. Полюшин. Пути оптимизации послеоперационного медакаментозного обезбоживания. Анест и Реаним., 1999; № 2: 25-29
- С. С. Слинько. Высокая грудная эпидуральная анальгезия в послеоперационном периоде при коррекции врожденных пороков сердца у детей. Анест и Реаним., 1999; №4: 44-46
- В. А. Астахов. Анестезия в раннем послеоперационном периоде у больных, перенесших обширные хирургические вмешательства на толстой кишке с элементами пластики. 2001; № 2: 30-33
- В.В. Чурюканов. Болеутоляющие средства: сравнительная оценка, механизмы действия, перспективы. Анестезиология и реаниматология, 1998, №5, стр:4-11)
- В. А. Михайлович. Болевой синдром. 1990 Ленинград "Медицина"
- Н. А. Осипова и др. Фундаментальные основы комплексной анестезиологической защиты пациента. Материалы VIII Всероссийского съезда Анест. Реанимат., Санкт-Петербург, 2000.
- Р. Н. Лебедева, В. В. Никода. Проблема Адекватного обезбоживания в послеоперационном периоде. Анест и Реаним., 1999; № 5: 66-69
- А. М. Овечкин. Предупреждающая анальгезия мультимодальный подход к профилактике послеоперационной боли. Материалы VIII Всероссийского съезда Анест. Реанимат., Санкт-Петербург, 2000.
- Г. А. Мышков. Выбор метода послеоперационной анальгезии у больных пожилого и старческого возраста, оперированных на органах брюшной полости. Автореферат. Иркутск, 1999.

- А. Ю. Подлинова. Паравертебральная аналгезия опиатами как компонент анестезиологического пособия в абдоминальной хирургии. Диссертация. Новосибирск 2000г.
- В. А. Фомичев и др. Возможности применения эпидуральной блокады при диффузных и разлитых перитонитах. Перитонит. Новосибирск 1991: 177-175
- Acute pain management: Scientific evidence. Commonwealth of Australia 1999
- Acute Pain Management-Clinical Guide,
[http://text.nlm.nih.gov/tempfiles/is/tempJPubMed 10:1184009](http://text.nlm.nih.gov/tempfiles/is/tempJPubMed%2010:1184009)
- Maria Lempa et al. Wieviel Schmerz ist erträglich?. Chirurg 2000; 71: 1263-1269.
- M.Zenz, I.Jurna. Lehrbuch der Schmerztherapie. 2000, WVG Stuttgart
- Henry McQuay, DM. Evidence-Based Acute Pain 1998
- John C. Rowlingson. Acute Postoperative Pain Management. IAPS Review Lecture 2001
- Spenser Liu et al, Epidural Anesthesia and Analgesia. Anesthesiology 1995; 82: 1474-1506
- Clinical Practice Guideline, AHCPR, 1992
- Acute pain management: scientific evidence. Commonwealth of Australia 1999
- Laura Bertini, MD. Continuous Quality Improvement Approach to an Italian, Acute Pain Service model, 2000
- Successful pain management requires knowing the type of surgical procedure that has been performed as well as patient characteristics. Using the VAS is simplest and most effective method of the pain in clinical setting. Constant measurement of pain is one of main standard in pain relief. We measured the intensity of postoperative pain in larger hospitals in UB city. The post operative pain in thoracotomy and upper abdominal and knee operations is more intense and longlasting. The pain intensity, VAS>4 in first 24 hours and VAS>3 in 48 hours which shows not well organized postoperative pain management.

ХОДООД, ГЭДЭСНЭЭС ЦУС ГАРАХ

Б.Гоош,

Ж.Биндэрьяа

Ходоонны гэдэсний аль нэгэн хэсгээс цус гарч цус ихээр алдах явдал яаралтай мэс заслын нэн чухал бөгөөд хүнд асуудал билээ. Шинжлэх ухаан, техник хөгжсөн өнөө үед энэ эмгэгээр өвчлөгчийн 7.5%, мэс засал хийлгэсний 20.6% нас барж байгаа нь /В.П.Петров, И.А.Ерюхин, И.С. Шемякин, 1987/ цус алдаж буй өвчтөнөө эмчлэх тухайд их анхаарал, хүч, санаачилга гаргахын чухлыг гэрчилнэ. Ходоодны гэдэснээс цус гарахыг олон янзаар ангилдаг боловч клиникт дараах ангиллыг баримтлахад эвтэй юм.

1. Шалтгааны ангилал:

1. Шархлаанаас цус гарах

- а. эвэршсэн цоорч буй шархлаанаас цус гоожих
- б. ходоод гэдэсний залгааснаас цус гарах.
- в. цочмог шархнаас цус гарах
 - эм, токсины цочроогоор үүсэх
 - стресси, түлэнхий болон зүрхний шигдээсийн дараа цус гарах,
 - лейкоз, уремийн үед цус гарах
 - дотоод шүүрлийн булчирхайн өвчнөөр цус гоожих

2. Шархлааны бус шалтгаанаар цус гоожих

- а. улаан хоолой, ходоодны вен бүдүүрч цус гоожих
- б. өрцний ивэрхийгээр
- в. Маллори-Вейсийн хам шинжээр
- г. шархалсан гастритээр
- д. хавдраас
- е. дивертикулээс

ё. *аневризм, кроны өвчнөөр цус гоожих*

II. Цус гарч буй газраар нь улаан хоолой, ходоод, 12 хуруу гэдэс, нарийн болон бүдүүн гэдэснээс цус гоожих, цусны өвчнөөр цус гоожих гэж ялгана.

III. Явц, хэмжээгээр нь хөнгөн, дунд зэрэг, их гэж ялгана.

Ходоод гэдэснээс цус гарах шалтгаан олон. Тэдгээрийг элбэг тохиолдох дэс дараагаар нь тооочивол:

12 хуруу гэдэсний шархлаа, ходоодны архагшсан шархлаа, цус шүүрсэн гастрит, Маллори-Вейсийн хам шинж, ходоод 12 хуруу гэдэсний цочмог шархлаа, элэгний цирроз, ходоод-гэдэсний залгаасны шархлаа, эзофагит, хортой-хоргүй хавдар, дивертикул, шамбарам, гэдэсний үрэвсэл болно.

Ходоод гэдэснээс цус гоожих эмгэг эрэгтэйчүүлд 71.4%, ходоод 12 хуруу гэдэснээс цус-гоожих явдал залуу хүнд дунд насанд 76.5%, харин нарийн бүдүүн гэдэснээс цус гоожих нь 60-аас дээш насны хүнд ихэвчлэн 58.6% тохиолддог байна.

Цус алдалтын үеийн эмгэг өөрчлөлт

Цус алдахыг биеийн цусны хэмжээ багассан гэх ганц механик ойлголтоор тайлбарлах нь цаг үеэ олсон эрчимтэй, бүрэн эмчилгээ хийхэд тун хангалтгүй учир цус алдах үе биед гарах эмгэг өөрчлөлтийг дараах бүдүүвчээр тайлбарлая.

1. Биеийн цусны ерөнхий хэмжээ багассанаар /олигеми/ артерийн даралт буурч, цусны минутын багтаамж багасан зүрхний агшилт түргэсэн, захын судасны саатал ихсэнэ. Цус гоожих хэмжээ, хугацанаас үлэмж хамаарна.

Бүх цусны 10% нь алгуураар алдагдах тохиолдолд мэдрэлийн дотоод шүүрлийн булчирхайн зохицууллагаар биеийн зах хэсгийн судсууд нарийсч зүрхний ажиллагааны хэвийн нөхцөл бүрдүүлнэ. Цус алдалт 30% хүрэхээр эрхтэнгүүдийн судас агшин нарийсч зөвхөн тархи, зүрх рүү цус тунаран зүрхний агшилт түргэсэнэ. Энэхүү биеийн зохицох үйлэнд гипотонигоор бароцентор цочирон улмаар симпатoadренергийн тогтолцоо идэвхжисний үр үндэс нь элбэг болдог байна.

Ийм учраас артерийн даралтын хэмжээ цус алдалтын хүнд хөнгөнийг тэр болгон тодорхойлдоггүй байна. Артерийн даралт унах нь биеийн зүгшрэх чадвар алдагдсаны гэрч юм. Цус богино

хугацаанд ихээр алдагдахад дээрхи зүгшрэл болж амжаагүй учир зүрхний агшилт хэвийн атал зүрх цусаар дүүргэгдэхгүй болдог байна. Цус алдалтын үед үүсэх зүгшрэлийн өөр нэг хэлбэр бол цус аажуу алдагдах явцад эсийн завсрын шингэн судасруу орох бөгөөд Т.М. Дарбинян 1974, Г.Н. Цыбулян 1976, Ү. Магзыан 1966, М.Н. Мен нарын тодорхойлсноор энэ явц 200 мл/ц байдаг ажээ. Үүний зэрэгцээ булчин, цул эрхтэн хуран нөөцлөгдөж байсан цус мөн цусны судсанд орно. Ялангуяа дэлүү ийм тохиолдолд онцгой үйл гүйцэтгэнэ. Тодорхойлсноор цус алдахад дэлүүц, өөртөө цус гоожих нь зогсмогц нөгөө дүрст эсүүдээ венруу оруулж эхэлдэг байна. Цус алдагдсан бөөрөнд ирэх цус багадаа нь улаан бөөм задрахтай давхцахаараа чөмгөний эритропозэзийг идэвхжүүлнэ. Цус алдалт цусны бүлэгнэх чадавхийг ихэсгэх бөгөөд энэн нь ЛВС хам шинж буюу жижиг судсууд цусны бүлэгээр түгжрэх хам шинж үүсэх үндэс болдог байна. ДВС хам шинж амьдралын чухал эрхтэнүүдийн эсийн некротизм үүсэх үндэс болно. Үүгээр бөөр, элэг, нойр булчирхайн гэдсэнд хүртэл эмгэг үйл, хямрал гарч биеийн нөөц гликоген барагдаж гипергликеми болох бөгөөд уургийн синтез саарч плазмын альбумин багасдаг ажээ. Элгэнд гипокси болохоор макроэргит фосфатын синтез дарангуйлагдана. Бөөрний цусан хангамж хямрахаар цус бөөрний холтослог давхрагаас тархилаг хэсэг рүүгээ шилжин бөөрний шээс ялгаруулах үйл суларч шивтэр, креатинин зэрэг хортой бодисууд биед цуглана. Ийм гипокси эсийн халсны нэвчүүлэх чадавхийг алдруулж эсийн завсрын шингэн, цусанд фермент тухайлбал лизосомын фермент шилжин түүний хэм хэмжээ ихэсч задарна. Энэ бүхэн цаашдаа биеийн бүхий л үйл явцад нөлөөлнө.

Цус алдалт илрэх шинж

Цус алдах ерөнхий илрэх шинж аль нэг хэмжээгээр илэрнэ. Эмч бүхэн мэдэх тэдгээрийг үл өгүүлэн өгүүлэхэд ходоод гэдэсний замын дээд хэсгээс цус гоожиход гарах нэг шинж бол цусаар бөөлжих явдал юм. Энэ шинж 60-70% тохиолдоно. Өөр нэг чухал шинж нь хар баас гарах явдал. Бие засахад баасаар улаан цус гарах нь гарч цус гарч байгаа газар нь хошного орчимд буйн гэрчээ. Хар баас, цустай хамт идээ, залхаг гарвал эмгэг голомт бүдүүн гэдсэнд байгаагийн гэрч бөгөөд цус гарах үед хошного өвддөг бол эмгэг хошногоны амсарт ойр байгаагийн тэмдэг мөн. Өвчтөнгөө хянуур үзэж, зовиур шаналгаагий нь сайтар судлавал

цус алдалтыг нь оношлохын зэрэгцээ 40-50%-д цус гарч байгаа газрыг тогтоож болно. Цус гоожихыг оношлоход рентген, дурандах шинжилгээ их ач тустай. Ялангуяа ходоод гэдсийг дурандах нь ач холбогдлоороо сүүлийн үед тэргүүн байр эзлэх болов. Э.В. Луцевич /1983/, В.М.Буянов /1983/ нарын тогтоосноор дурангаар 96-98%-д цус гарч буй эхийг тогтоож болж байна. Гэвч цус алдах хугацаа уртсах тусам дурангаар оношлох боломж мууддагийг анхаарах ёстой. Дээрхи эрдэмтэдийн материалаас үзэхэд цус алдсан эхний 6 цагийн дотор бүх тохиолдлын 0.75%-д дурангаар цус гарсан газрыг тогтоож чадаагүй байхад цус алдсан 24-цагийн хугацаанд бүх тохиолдлын 1.7%-д цус гарсан газрыг дурангаар илрүүлж болсон байна. Дуранга цус алдсан бүх тохиолдолд хийдэггүй. Хүзүүний деформаци, тархины цусан хангамжийн хямрал, өвчтөн их хүнд тохиолдолд эндоскопи хийхгүй учиртай.

Цус гоожих хэлбэрүүд

1. Улаан хоолойн өвчнөөр цус гарах

Манайд улаан хоолойн төгсгөл, ходоодны амны вен судас үлэмж бүдүүрэн тэр нь хагарч цус гоожих явдал ходоод гэдэсний цус гоожилтын гол нь /70-80%/ болж таардаг. Их төлөв энэ нь элэг хатууран үүдэн венийн гипертензи үүссэнээс шалтгаална. Цус их төлөв ихээр алдагдахын зэрэгцээ, элэгний үйл ажиллагаа хямардаг учир эмчлэхэд тун тохиолдолд тооцогдоно. Бие сулрах, толгой эргэх, аюулхай дээр цанхайж байснаа их хэмжээний өнгө нь өөрчлөгдөөгүй цусаар бөөлжнө. Цус алдсан өдрөөс хойш олон хонолгүй элэгний үйл хямралын шинж илэрнэ. /сэтгэхүй дарангуйлагдах, арьс нүдний эвэрлэг шарлах, шээс багадах, хэвлийд шингэн тодорхойлогдох, ам заваарч эвгүй үнэр ханхлах гэх мэт/ Оношлогоонд өвчтөн шарлаж байсан, элэг том хатуурсан, хэвлийн урд ханын вен бүдүүн, дэлүү том, гарын алга улайсан эсэхийг тогтоох нь чухал. Цус их алдсаны дараахна бол дэлүү агшиж хэвлийн вен нарийсна.

Улаан хоолойн шархлаанаас цус гарах

Голдуу улаан хоолойн үрэвсэл, өрцний ивэрхий, ахалазийн үед хоёрдогчоор үүссэн шархлаанаас болж тохиолдоно. Цус их төлөв бага багаар гарна.

Улаан хоолойн хавдраас цус гарах

Хавдар задарч түүнээс цус бага багаар гарна. Хоол залгихад

торох, турах явдлыг рентген, дурангийн шинжилгээтэй хавсруулан оношлоно.

2. Ходоодны өвчнөөс цус гоожих

Ходоодны шархлаа, хавдар, Маллори-Вейсийн хам шинж, цусархаг гастрит өвчнөөр цусны судас цоорч цус гоожино. Ийм хэлбэрийн цус гоожилт ходоод гэдэсний цус гаралтын 54.7%-г эзэлнэ.

Шархлаа залуу насны эрэгтэйчүүлд ихэвчлэн тохиолдоно. Их төлөв анамнезд ходоодны шархлааны зовиур байх боловч хурц шархлааны үед бол онцын шинж үгүй байна. Сүүлийн үед сэтгэл мэдрэлийн хямралаар үүсдэг "стресс" шархлаа ходоодны цус алдах шалтгаан -болж цөөнгүй таарах болсныг санах хэрэгтэй. Сэтгэлийн хүнд хямралаар гипофизд АКТГ -] /гормон/ ихээр үүссэн тэр нь улмаар бөөрний дээд булчирхайн хөрслөг хэсгийг цочроож стероид гормон ялгарна. Энэ нь ходоодны шүүрлийг ихэсгэн шархлаа үүсгэдэг байна. 1929 онд Ж.К.Маллори-С.Вейсс нар ходоодны дээд хэсгийн салст бүрхэвч цууран цус гоожих шалтгаан болдгийг бичсэн. Энэ хам шинж нь их огиулж бөөлжих, хэт их идэх, хүндийг өргөхөд тохиолдоно. Маллори-Вейсийн хам шинж үүсэхэд ходоодны салстыг уян чанар үалдагдахын зэрэгцээ ходоодны салст улаан хоолой руу сунаж орох, хэвлийн даралт гэнэт ихсэхэд тэр нь хавчигддаг явдал холбоотой.

Ходоодны өмөн хавдар удахаараа задарч өмрөн тэр хэсгийн судас гэмтэж цус гоожих явдал бий. Ихэвчлэн жижиг судас өртөгддөг болохоор цус хөнгөн зэргээр бага багаар гарна.

3. Нарийн, бүдүүн гэдэснээс цус гоожих

Хар өнгөтэй баас гарах, эсвэл улаан ягаан цус гарч алгуураар анемийн шинж илэрнэ. Цус гарах газар нь бүдүүн гэдэсний төгсгөл, хошноого руу ойртох тусам цусны өнгө хувирахдаа и болино. Цус багаар удаан хугацаанд үргэлжилнэ. Шамбарамыг эс тоочвол бүдүүн гэдэсний зүүн тал, хошногоны өмөнгөөс шалтгаалан цус гоожих нь бусад тохиолдлоос элбэг. Шархалсан колит, дивертикул ховордуу боловч гэдэснээс цус гоожих шалтгаан болно.

4. Ходоод гэдэснээс цус гоожих ховор тохиолдлууд

Верльгоф, Шенлейн-Генохын өвчин, гемофили, лейкоз, гол

судасны аневризм, Рандю Л. Ослерын өвчний учир гэдэс ходоодноос цус гоожих явдал бий.

Эмчилгээ

Ходоод гэдэснээс цус гоожихын буйг ямар шалтгаанаар ходоод гэдэсний аль хэсгээс гарч буйг эс тооцон юуны өмнө ерөнхий оношоо тавин даруй эмнэлэгт хэвтүүлэн цус гоожихыг тогтоох эм эмчилгээ хийх бөгөөд энэ явцад оношоо нарийсгана. Эмчилгээг цус гоожихыг зогсоох, алдагдсан цусыг нөхөх, гарч болох хүндрэлээс сэргийлэх зорилго тавин хийнэ. Хлорт кальци, эпсилон-аминкапроны хүчил, витамин К, фибриноген, тромбоцит хэрэглэн тохирох бүлгийн цусыг бага тунгаар юүлнэ. Пентамин, арфонад зэрэг ганглиоблокатор хэрэглэн тохирох бүлгийн цусыг бага тунгаар юүлнэ. Пентамин, арфонад зэрэг ганглиоблокатор хэрэглэн зохиомол гипотони үүсгэх аргыг зарим газар хэрэглэдэг. Аюулхай дээр мөсөн жин 30 минутаар тавих, мөс зэлгиулах. Цус гоожихыг зогсоогүй үед ялангуяа артерийн даралт айхтар унаагүй байвал цус, цус орлох шингэн ихээр юүлэхээс түтгэлзэх нь зөв бөгөөд цус гоожихоо болимогц алдагдсан цусаа зугуухан нөхнө. Цусны даралтыг дээшлүүлэхэд цус, түүний бэлдмэл, нүүрс усны уусмалаас том молекултайг нь шилнэ. Тодруулбал полиглюкин, гемоез, реополиглюкин дотроос полиглюкиныг сонгох жишээтэй. Цус гоожихыг тогтоох үйлээрээ шинэхэн цус, тэр тусмаа донороос аван шууд юүлж буй цус үлэмж сайн. Цус улаан хоолойн бүдүүрсэн вен бусад оронд Блейкмор-Пациорын тусгай хаймсуурыг ходоодонд тавьж хийлж ходоодны амны венийг дарж шахдаг. Сүүлийн жилүүдэд ходоодны дурангаар шагайж байгаад цус гарч буй судсыг цахилгаанаар түлэх болов. Манай УКТЭ-н дурангаар шинжилдэг тасгийнхан энэ аргыг мэр сэр амжилттай хийсэн. К.Н.Цапаниди, Г.К. Арутюнян /1978/, В.С. Савальев /1984/ зэрэг эрдэмтэд цус гарч буй судас руу гуурс хүргэж байгаад будсан бөглөөгөөр бөгөлсөн явдал байна. Эдгээр консерватив эмчилгээ 6-12 цагт үр дүн өгөхгүй бол зохих бэлтгэлийг яаралтай хангасны эцэст аргагүй амин шаардлагаар мэс засал хийнэ. Ходоод гэдэсний цус гоожихыг зогсоох мэс засал нь хүнд хэцүү. 1989 оны хэвлэлийн тоймоор /клин.хир. 1989. №4. 1-хуудас/ ийм мэс заслын дараах үхэл 39.5-12.6% байна. Улаан хоолойн төгсгөлийн венээр цус гоожиж буй тохиолдолд ходоодыг нээж дээрх венүүдийг ширж оёхын зэрэгцээ элэгний үйлийг сэргээх сайжруулах эм эмчилгээ хийнэ. Хо-

доодны шархлаатай 60-аас дээш насны өвчтөнд мэс заслын аргуудаас шархлааг өөлж, захын селектив ваготомийг пилоропластиктай хамтатгахыг хамгийн хөнгөн бөгөөд үр дүнтэй нь гэж үзнэ. Залуухан хүмүүст ходоодны шархлааг ходоод тайрах мэс заслаар эмчилнэ. Өвчтөний биеийн байдал хүнд, яаралтай дэглэмээр мэс засал хийж буй үед мөн шархлааг өөлж, селектив захын ваготомийг хавсруулах /пилоропластиктай/ эсвэл ходоодыг жижиг тайрах мэс засал хийнэ. 12 хуруу гэдэсний шархлааны мэс заслын сонгомол арга нь ваготоми юм. Маллори-Вейсийн хам шинжээр цус гоожиход гастротомии хийн цуурсан салстыг оёно. Ходоодны хавдраас цус ихээр гоожих нь ховор, гэхдээ цус давтан гоожих, цус гоожилт зогсохгүй бол мэс заслын эмчилгээ хийдэг. Боломж байвал ходоодыг тайрч, өөр тохиолдолд гэмтсэн судсыг оёно. Нарийн, бүдүүн гэдэснээс цус ихээр гоожих нь яаралтай мэс заслын нэг хүнд асуудал билээ.

Бүдүүн гэдэснээс цус гарч буй шалтгаан, газрыг рентген, дурангаар тогтооно. Харин нарийн гэдэснийхийг тэгж оношлох аргагүй юм. Иймээс хагалгааны үед цус гарч буй газар шалтгааныг тогтоож мэс заслын аргыг сонгох шаардлага тохиолдоно. Нарийн гэдэсний шархлаа, дивертикул, хавдар цус гоожихын шалтгаан болох нь элбэг. Ялангуяа Меккелийн дивертикул давсны хүчил ялгаруулах салстаар доторлогдсон байдаг болохоор амархан шархалж цус гоожих шалтгаан болно. Тухайн боломжийг харж гэдэс тайрах мэс заслыг аль нэг хэлбэрээр хийх нь гол эмчилгээ юм. Ходоод гэдэснээс цус гоожих, яаралтай мэс засал шаарддаг үндсэн өвчин, мэс заслын эмчилгээний зарчмыг товч өгүүлээ. Эдгээрээс гадна цусны өвчин, кроны өвчин гэх мэт ховор шалтгаанаар цус гоожин цус алдагдаж болохыг бас анхаарч байх бизээ.

ЯСНЫ АРХАГ ИДЭЭТ ҮРЭВСЛИЙН (ОСТЕОМИЕЛИТ) КЛИНИК, РЕНТГЕН ШИНЖИЙН АСУУДАЛД

Т.Пүрэвжав

Энэ өвчний талаар эртний эмч Гиппократ, Цельз, Галлин нарын бүтээлд дурьдснаас үзэхэд аль эртнээс хүн төрөлхтөн мэдэж байсан ба үүнийг яс идэгч, ясны хижиг гэж нэрлэж байсан нь түүний хүнд өвчин болохыг илэрхийлж байна. 19-р зууны эхнээс шинжлэх ухааны үндэстэй судалгаа эхэлж сүүлийн үед рентген аппаратын тусламжтай түүний хэлбэр, явц, хүндрэлийг нарийн судалж эмчилгээний үр дүнг хянах болов.

Анх 18-р зууны эхэнд Петит хурц остеомиелитийн өвчний талаар Грамптон периостит, ясны буглааг бичсэнээр энэ өвчнийг шинжлэх ухааны үндэстэй судалж эхэлсэн гэж үзэж болох ба 1805 онд А.И.Даниловский Caries osseum гэсэн сэдвээр эрдмийн зэрэг горилсон бүтээлийн үндсэн өвчин нь остеомиелит байжээ.

Эрдэмтэн М.П. Соколовский, Т.П. Краснобаев, И.И. Михаловский нарын судалгаагаар үе мөчний өвчтэй хүмүүсийн 23, 6% мэс заслын бүх өвчтний 3-10% идээт өвчтэй хүмүүсийн 10, 6% остеомиелит өвчин байна. С.А.Рейнберг, Т.П.Краснобаев, Лексор нарынхаар өвчлөгсдийн 60-70 % нь 8-20 насны хүмүүст тохиолдож, бүх тохиолдлын 40 гаруй хувь нь янз бүрийн үгдрэл хүндрэл өгч байжээ.

Манай оронд хамгийн элбэг тохиолддог хурц үрэвслийн улмаас даамжирсан хоердогч архаг остеомиелитийн талаар ярилцъя.

Остеомиелит нь ясны өвчнүүдийн дотроос элбэг тохиолддог хүнд өвчин бөгөөд голдуу өсөн торниж буй хүүхэд багачуудыг өвчлүүлдэг ялангуяа түүний архаг хэлбэр нь эмчилгээ авахдаа удаан яваандаа амь насанд осолтой үгдрэл хүндрэл өгнө. Остеомиелит өвчнийг голдуу стафилококк цөөн тохиолдолд стрептококк үүсгэхээс гадна гэдэсний савханцар зэрэг бусад нян нөлөөтэй. Өвчин үүсгэх эмнэл зүйн асуудалд одоогоор тодор-

хойгүй өвчин үүсэхэд идээлүүлэгч нянгаас гадна уг хүний нас хүйс биеийн өвчин эсэргүүцэх чадвар, даарах, гэмтэл бэртэл авах, мэдрэлийн цочрол, ахуйн нөхцөл, хүнсний хангамж, цаг улирал, нутагшал зэрэг гадна дотнын олон хүчин зүйлээс хамаарна.

Остеомиелит өвчний эмнэл зүйг тайлбарласан 3 үндсэн онол байдаг.

1. Судас бөглөрлийн онол. Энэ онолыг эрдэмтэн Бобров, Лексар нар дэвшүүлэв. Чөмөгт ясны булуунд байрладаг артерийн судас нь өөр хоорондоо холбоогүй төгсдөг. Энэ судсанд орсон микробууд хуримтлагдаж остеомиелит өвчний эмнэл зүйг тайлбарласан цорын ганц онол байсан бөгөөд цаашдын судалгаанд остеомиелит өвчний үүсэх эмнэл зүйг нарийн механизмыг тайлбарлаж чадахгүй болсон учир судалгаанд өөр онол таамаг дэвшүүлсээр байна.
2. Харшлын онол / сенсбилизация/. Энэ онолыг С.М. Держанов үндэслэсэн бөгөөд энэ өвчнийг үүсэхэд бие организмын харшин чочирдсон байдал өвчин үүсэх нөхцөлийг бүрдүүлнэ гэж үзэж байна.
3. Рефлексийн онол Энэ онол нь харшилтай холбоотой ерөнхийдөө төсөөтэй бөгөөд өвчин үүсэхэд микробоос гадна төв мэдрэлийн систем онцгой рольтой. Иймээс өвчний эмчилгээнд антибиотикаас гадна өвчин намдаах тайшруулах эмүүдийг хэрэглэнэ. Манай оронд архаг остеомиелитээр өвчилж шаналж зовж байгаа хүмүүс цөөнгүй байна. Архаг остеомиелит өвчнийг бүрэн төгс оношлоход ерөнхий, тодорхой, тусгай аргуудыг багтаасан шинжилгээний нэгдсэн аргыг хэрэглэх нь ач холбогдолтой байдаг.

Өвчнийг шинжлэх нэгдсэн арга.

1. Ерөнхий арга.

- А. Өвчний түүх, явц, зовиур шаналгааг асууж лавлах.
- Б. Өвчнийг харж, ажиглаж үзэх.
- В. Өвчтөнд бодит үзлэг хийх, ялангуяа өвчилсөн үе мөч, эрхтэнийг барьж дарж шинжлэх.
- Г. Цээжний хөндийн эрхтэнийг рентгенээс шинжлэх.
- Д. Лабораторын шинжилгээ. Цус, шээсний ерөнхий шинжилгээ, цусанд Вассерманы урвал үзэх, шаардлагын дагуу элэгний биохимийн шинжилгээ хийх.

2. Тодорхой арга.

- А. Өвчилсөн яс, үе мөчний ердийн рентген зургийг 2 байрлалаар авах.
- Б. Идээт цоорхойтой хүмүүст идээний байдлыг (өтгөн, шингэн, өнгө, үнэр, хэмжээ) тодорхойлох.
- В. Идээт үүсгэгч нянг бактерлогийн аргаар тодорхойлох.
- Г. Нянгийн антибиотикт мэдрэг чанарыг тодорхойлох.

3. Рентген шинжилгээний арга.

- А. Өвчилсөн ясны рентген зургийг шууд өсгөж авах.
- Б. Өвчилсөн яс, үе мөчийг томографийн аргаар үечилсэн зураг авах.
- В. Идээт цоорхойтой хүмүүст тодосгогч бодис хэрэглэж фистулографийн зураг авах.
- Г. Компьютерт томографийн шинжилгээ.

Остеомиелит өвчний үед рентгенд илрэх шинж.

Ясны идээт үрэвсэл чөмөгнөөсөө эхлэх учир ясанд хожуу өөрчлөлт өгнө. Чөмөгт үүссэн идээ ясны нүх сүв, зай сувгаар дамжин хатуу бүрхэвчийн дор хуримтлагдаж түүнийг яснаас хөндийрүүлж үрэвсүүлснээс тэр нь зузаарч шохойжиж рентген зурганд хатуу бүрхэвчийн сүүдэр тодрон харагдах нь (Периостит) рентгенд зурганд бага зэргийн сийрэгжилт тодорно. Цаашид өвчин архагших дутам яс зузаарах шинж давамгайлана.

Эдгээр өөрчлөлт нь хурцаар өвчин эхэлснээс хойш уг хүний наснаас хамааран 14-28 хоногийн дараа тодорно. Үүний дараа үрэвслийн голомтот өөрчлөлтүүд илрэнэ. Үүний дараа үрэвслийн голомтот өөрчилөлтүүд илэрнэ.

Голомтот өөрчилөлт нь эхний үед өнгөц цөөн байх ба хугацаа өнгөрөх тутам тоо нь олширч зарим нь хоорондоо нийлж томорно.

Энэ үеэс голомтот өөрчилөлтийн эргэн тойронд яс нь зузаарна. Энэ зузааралт голдуу чөмөгт ясанд илүү тод илрэх ба дотогшоо зузаарснаас яс нь бүдүүрч, гадаргуу нь долгионтсон байдалтай болно.

Архаг остеомиелитын үед элбэг тохиолддог нэг шинж нь ясны үхжил үүсэх явц юм. Үхжил нь голдуу 1-4 сарын дараа үүснэ.

Яс тэжээлээ алдасны улмаас үхжиж орчноосоо тасрахыг мөхлөг /секвестри/ гэнэ.

Ясны хатуу давхаргад өнгөц мөхлөг үүсэхийг кортикаль мөхлөг гэх ба голдуу урт чөмөгт ясанд тохиолдоно. Хатуу давхаргын мөхлөгийг байрлалаар нь гадна талын, дотор талын, гадна дотор хэсгийг /нэг ханыг/ хамтад нь хамарсан, чөмөгт ясны бүх ханыг хамарсан гэж ангилж болно.

Кортикаль мөхлөгийн онцлог нь хэмжээ том, урт, 2 талын үзүүр нь нарийсч хурц үзүүр гарсан байх ба аажимдаа ийм үхжиллийн эргэн тойронд шохойжилт үүсч яс нь зузаарч хайрцаглах ба үүнийг (авс) гэнэ.

Үхжсэн яс нь шингэнээ алдах учир рентген зурганд эрүүл яснаас сийрэгжилт нь тод харагдана.

Нурууны нугалам яс, чөмөгний булуу, өвчүү зэрэг хэм ихтэй ясанд үүссэн мөхлөг нь хэмжээ жижиг зуйван дугуй хэлбэртэй, сүүдэржилт нь бүдэг байх ба үүнийг усанд ууссан хайлж байгаа сахар мэт гэж зүйрлэсэн байдаг. Остеомиелитын архаг хэлбэрт яс зузаарах (остеосклероз) өөрчлөлт давамгайлах боловч хэм сийрэгжих шинж зохих хэмжээнд тодорно. Яс нягтарч зузаарсан суурин дээр цооролт (клоак) үүсч түүгээр идээ бээр үхжсэн жижиг яс гадагшилна.

Яснаас гадагшилсан идээ нь зөөлөн эдийн завсараар шахагдан орж улмаар гадагш цоорч идээт цоорхойг үүсгэнэ. Энэ цоорхойгоор тодосгогч бодис шахаж зураг авч яс зөөлөн эдийн байдлыг судлана.

Архаг остеомиелитын үед тохиолдох хүндрэл.

Архаг остеомиелит өвчний үед тохиолдох хүндрэл нь уг эмгэгийн явц, өвчилсөн хугацаа, үүсгэгч, бие махбодын эсэргүүцэх чадал, хийгдсэн эмчилгээний арга барил зэрэг шалтгаалах хүчин зүйлээс хамаарч олон янз болохыг (Н.П.Вильк, Н.П.Рабинович 1931, Н.Г. Корнев 1945, А.Г.Терегулов 1948, М.В.Грицев 1968) эрдэмтэд тэмдэглэсэн байдаг.

Архаг остеомиелит өвчний үед тохиолдож байгаа хүндрэлийг бие махбодын аль ч эрхтэн системд нөлөө үзүүлэх Ерөнхий ба зөвхөн өвчилсөн эрхтэний тодорхой хэсэгт тохиолдох Байрлалын гэж хувааж болох юм. Энэ дурдсан 2 төрлийн хүндрэлээс архаг остеомиелит өвчтэй 158 өвчтөнд судалгаа хийхэд ажиг-

лагдсан хүндрэлийг товч авч үзье.

Ерөнхий хүндрэл.

Хэвлийн тойм болон бидний судалгаанаас үзэхэд:

Элбэг тохиолддог хүндрэл нь цус багадах (анемия) өвчин юм. Энэ талаар И.С.Венгеровский 1964, А.М.Солнцев 1970 онд бичсэн байдаг. Бидний судалсан 158 өвчтөнөөс 47 (29.7%) хүнд цус багадах өвчтэй болох нь клиник лабораторын шинжилгээ батлагдав.

Мөн архаг остеомиелитын үед тохиолдох өөр нэг хүндрэл нь бөөр, элэг, дэлүү зэрэг эрхтэнүүдэд цардууланцар (амилоидоз) үүснэ.

Эрдэмтэн М.П.Щерба (1957), П.К.Корнев 1945, А.Г.Терегулов 1948, Д.А.Шейх-Али 1948 нар бөөрөнд цардууланцар үүссэнийг бичсэн байдаг. Бидний судалгаагаар 6 хүнд (3.8%) бөөрөнд цардууланцарын өөрчлөлт гарсан нь клиник лабораторын шинжилгээгээр батлагдсан. Эдгээр өвчтөн 7-33 жил архаг остеомиелит өвчнөөр өвчилсөн хүмүүс байв.

Эдгээр 3 хүнд цусны даралт буурч цусны ерөнхий шинжилгээнд СОЭ ихэссэн, 2 хүнд нүүр хөлд нь хаван сууж цэлхийсэн, 3 хүнд элэг, дэлүү томорсон байлаа.

Байрлалын хүндрэл.

Энэ хүндрэлд өвчилсөн үе мөч, яс, түүний ойролцоо зөөлөн эдэд үүссэн хүндрэлүүд хамаарна. Хамгийн элбэг хүндрэл нь ясны эмгэг хугаралт юм. Бидний судалгаагаар ийм хүндрэл 22 хүнд (13.8%) тохиолдов.

II дахь хүндрэл нь үений үрэвсэл бөгөөд бидэнд 158 хүнээс 19 хүнд (12%) тохиолдсоноос 1 нь даамжирч үе нь бүрэн мултарч, 2 өвчтөнд үе нь хагас мултарсан байв.

Олон жил өвчилсөн 17 хүнд (10.8%) үе татанхай (контрактур) үүссэн, ойролцоо зөөлөн эдийн буглаа-8 хүнд, өвчилсөн мөч нь нарийсч хатингаршсан (булчингийн атрофия) 4 хүнд, 2 хүнд идээт цоорхой нь шархалсан, 2 хүнд үений зай нийлж (анкилоз) зэрэг хүндрэлүүд тохиолдсон ба мөн 1 хүнд архаг өөрчлөлтийн улмаас судас тасарч цус алдсан хүндрэл тохмолдов.

Манай оронд хамгийн элбэг тохиолддог хурц остеомиелит өвчний дараа үүссэн 2-дагч архаг остеомиелитын талаар товч

өгүүлэхэд ийм байна. Мөн практикт цөөн боловч тохиолдсоор байдаг анхнаасаа архаг явцтай, өвөрмөц хэлбэрийн остеомиелит тохиолддог юм.

1. Бродын буглаа. Энэ хэлбэр нь голдуу эрэгтэйчүүдэд тохиолдох бөгөөд урт чөмөгт ясны метафизад 2×3 см хэмжээний дугуй зуйван хэлбэрийн үрэвслийн идэгдсэн голомт (деструкци) рентген зурганд харагдана. Уг голомтын эргэн тойронд хүрээ нь тодорч шохойжсон байна. Энэ буглааны томролт удаан, халуурахгүй. Ясны буглааны орчимд дарахад хөндүүр, бага зэрэг хавантай байна. Энэ хэлбэр бидэнд тохиолдсоор байна.
2. Гаррагийн остеомиелит. Голдуу 20-30 насны эрэгтэйчүүдэд тохиолддог. Энэ эмгэг нь голуу дунд чөмөг, бүдүүн шилбэ, атгаал чөмгөнд тохиолдох ба клиникийн хувьд тодорхойгүй аажим эхэлнэ. Гаднаас харахад үрэвссэн яс нь бүдүүрсэн, дарахад хөндүүр, арьс булчинд онц өөрчлөлтгүй байна. Өвчтөн халуурахгүй өвдсөн мөч нь шөнө нэлээд өвдөнө. Рентген зурганд уг яс гадагш дотогш зузаарч, чөмөгний сүв нарийссан, яс бүдүүрч, нягтарсан байна. Энэ хэлбэр 6 хүнд тохиолдов.
3. Хавдар хэлбэрийн остеомиелит. Ийм хэлбэрийн остеомиелит өвчтэй 5 хүн бидэнд тохиолдсон. Голдуу дунд чөмөгт ясны гандан хэсэгт байрлана.

Эхлэлт аажим, явц ужиг байдаг. Дунд чөмөгний гандан хэсгийн тодорхой сегмент бүдүүрч барьж дарж үзэхэд хавдар мэт хатуу овгор зүйл тэмтрэгдэнэ. Байнгын нуугдмал байдлаар өвдөнө, хааяа халуурна.

Рентген зурганд дунд чөмөгний гандан хэсэгт (диафиз) 3-4 см хэмжээий газарт чөмөгт ясны хана эргэн тойрондоо гадагш, дотогш нягтарч зузаарч томорсон байна. Тэр орчимд чөмөгний сүв нарийсч харагдахгүй болсон, хорт хавдарын өөрчлөлтүүд илрэхгүй.

Үүнээс гадна ясны хатуу бүрхэвч зузаарч, нягтарсан долгионтсон (остеопериостит) голдуу шилбэний том ясны гандан хэсэгт тохиолдох бөгөөд бидэнд 2 өвчтөнд энэ хэлбэр тохиолдов.

Товч дүгнэлт.

1. Цусаар түгсэн архаг остеомиелит өвчин нь голдуу 20 хүр-

тэлх насны (биднийхээр 79.7%) хүүхэд багачуудын өвчлүүлдэг хүнд өвчин бөгөөд үүний эмнэл зүй, онош, эмчилгээг цаашид нарийсган судлах шаардлагатай.

2. Архаг остеомиелит нь хэд хэдэн төрлийн микробоор үүсгэгдэх боловч голдуу стафилакоккоор (биднийхээр 73.1%) үүсгэгдэх ба гэмтэл авах, даарах, өлсөх зэрэг нь өвчин үүсэхэд нөлөөлнө.
3. Остеомиелитыг оношлоход ердийн рентген зургаас гадна, зургийг шууд өсгөн авах, томография, фистулография, компьютерная томографи зэрэг шинжилгээг хийх нь ашигтай.
4. Удаан хугацаагаар үргэлжилсэн архаг остеомиелит нь цус багадах бөөр, элэг зэрэг эрхтэнд цардууланцар үүсгэхээс гадна өвчилсөн яс хугарах, үений үрэвсэл үүсэх, үе мултрах, татинхайтах, зөөлөн эдэд идээт цоорхой үүсэх зэрэг хүндрэл өгнө.
5. Хоердогч архаг остеомиелитээс гадна анхнаасаа архаг хэлбэрээр явагддаг. Бродийн буглаа, остеомиелит Гарри, хавдар хэлбэрийн остеомиелитууд цөөн боловч тохиолдож байна.

ГАВАЛ ТАРХИНЫ ЭДИЙН ДОТОРХ БУГЛААНЫ КОМПЬЮТЕР ТОМОГРАФИ ОНОШИЛГОО

Ц.Бадамсэд, Р.Пүрэв,
Р.Болдбат, Т.Пүрэвжав,
Д.Оюунбат, А.Сайнжаргал,
Т.Дуламсүрэн Д.Баярмаа,
Д.Болормаа

Гавал тархины эдийн доторх /латераль, дэлбэн, медиаль, холимог, бага тархи, баганы/ ба бүрхүүлийн /субдураль, эпидураль, экстрадураль/ буглаа гэж ангилдаг.

Буглааг үүсгэж буй хүчин зүйлээр нь гэмтлийн, мэс ажилбарын, бөглөрлийн, сүрьеэгийн /гавал ясны остеомиелит, идээт синусит, чихний үрэвсэл/, үсэрхийлсэн /эндокардит, бронх тэлэгдэх өвчин/ гэж хуваана.

Гавал тархины буглааг үүсгэж буй хүчин зүйлүүд ба байрлалаас шалтгаалахгүй компьютер томографийн онцлог шинжүүд илэрнэ. Энэ нь дугариг буюу зууван хэлбэрийн, тархилаг эдийн нягтрал буурсан зон тодорно. Тодосгогч бодис тарьсны дараа нягтрал буурсан голомтот өөрчлөлтийн эргэн тойрон нягтрал ихэссэн цагирган хүрээ үүснэ.

Эдгээр компьютер томографийн шинж тэмдгүүдийг гавал тархины буглааны үндсэн шинжүүд гэнэ.

Гавал тархины буглааны хэмжээ ба байрлалууд янз бүр байдаг. Зарим тохиолдолд буглааны байрлалаар буглааг үүсгэж буй хүчин зүйлийг тодорхойлж болдог. Жишээ нь :

Чихний үрэвслээс үүссэн буглаа чамархай дэлбэн ба бага тархинд байрладаг.

Гавал тархины буглааны компьютер томограммд илрэх шинж тэмдэг нь буглааны үе шатаас хамаардаг.

Үүнд:

Тархины буглааны эхний үе шатанд компьютер томограммаар нягтрал буурсан голомтот өөрчлөлт тодорч, хил хязгаар тоджигд бус байх ба голомтот өөрчлөлтийн эргэн тойрны тархилаг эдийн хавагналт сул илэрдэг.

Буглаа ба капсул үүсэж дуусах хугацааг компьютер томограммаар ажиглахад 12-18 өдөр байдаг. Энэ үед компьютер томограммд ховдлуудын системийн хэлбэр дүрс алдагдах ба шилжих, голомтот өөрчлөлтийн ба ховдлын эргэн тойрон хавагналт үүсдэг. Хавагналтын илрэлээр буглааны хөгжлийн үе шатыг тодорхойлж болно.

Компьютер томографи нь бусад шинжилгээний аргуудыг бодвол буглааны хэмжээ, байрлалыг тодорхойлдог.

СУДАЛГААНЫ ЗОРИЛГО НЬ:

Гавал тархины эдийн доторх буглааны компьютер томограммд илрэх шинж тэмдгүүд нь буглааны үе шатаас хамаардгийг тодорхойлоход судалгааны ажлын зорилго оршино. Зорилгоо хэрэгжүүлэхийн тулд дараах зорилтуудыг шийдвэрлэнэ.

Үүнд:

1. Гавал тархины эдийн доторх буглааны эхний ба капсул үүссэн үе шатны компьютер -; томографийн шинж тэмдгүүдийг тодорхойлох
2. Гавал тархины буглааны эхний ба капсул үүсэх үе шатны компьютер томографи-оношлогооны шалгуурыг боловсруулах

СУДАЛГААНЫ АРГАЧЛАЛ:

Бид 1996-2002 онуудад П.Н.Шастины нэрэмжит клиникийн төв эмнэлэг ба Ачтан клиникийн эмнэлгийн компьютер томографи кабинетуудад гавал тархины буглаа гэж оношлогдсон 21 өвчтөний /эхний шатанд - 4, капсул үүсэх шатанд - 17/ компьютер томографийн шинж тэмдгүүдэд дүгнэлт хийсэн.

Шинжлүүлэгчдэд клиник, лаборатори шинжилгээнүүд, эмийн ба тархины мэс ажилбар, биопси шинжилгээгээр оношийг баталсан.

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

СУДАЛГААНЫ ҮР ДҮН БА ХЭЛЦЭМЖ:

Бид гавал тархины буглаа гэж оношлогдсон 21-н тохиолдолд судалгаа хийлээ.

**ГАВАЛ ТАРХИНЫ ЭДИЙН ДОТОРХ БУГЛААНЫ
КОМПЬЮТЕРТ ТОМОГРАФИЙН ШИНЖ ТЭМДГҮҮД**

Хүснэгт-1-ээс үзэхэд гавал тархины эдийн доторх буглааны капсул үүсэх үе шатанд голомтот өөрчлөлтийн дүрс дугариг ба зууван / $P < 0.01$ / , нягтрал буурсан / $P < 0.001$ / , хил хязгаар тод - жигд / $P < 0.05$ / , тодосгогч бодис тарьсны дараа голомтот өөрчлөлтийн эргэн тойрон цагираг хэлбэрийн нягтрал ихэссэн зон тодрох / $P < 0.001$ / , ховдлуудын системийн хэлбэр дүрс алдагдах / $P < 0.001$ / , голомтот өөрчлөлтийн эргэн тойрон хавагналт үүсэх / $P < 0.05$ / компьютер томографийн шинжүүд статистикийн үнэн магадлалтай байна. Гавал тархины эдийн доторх буглааны эхний үе шатанд 100%-д голомтот өөрчлөлтийн нягтрал буурсан ба тодосгогч бодис тарьсны дараа голомтот өөрчлөлтийн нягтрал жигд ихсэх, голомтот өөрчлөлтийн эргэн тойрны тархилаг эдийн хавагналт үүсээгүй, $75\% \pm 25$ -д голомтот өөрчлөлтийн хил хязгаар тод - жигд бус компьютер томографийн шинж тэмдгүүд илэрч буй нь А.Н.Коновалов, В.Н.Корниенко /1985/ нарын дүгнэлтийг баталж байна. $82.4\% \pm 9.5$ -д тодосгогч бодис тарьсны дараа голомтот өөрчлөлтийн эргэн тойрон цагираг хэлбэрийн нягтрал ихэссэн зон тодорч байгаа нь дээрх дүгнэлттэй дүйж байна.

$64.7\% \pm 11.9$ - д ховдлуудын системийн дүрс алдагдах, $70.6\% \pm 11.4$ -д голомтот өөрчлөлтийн эргэн тойрны хавагналт үүсэх нь гавал тархины эдийн доторх буглааны 44 задралын үе шатанд давамгайлж илэрч байна.

Гавал тархины эдийн доторх буглааны капсул буй болох үе шатанд голомтот өөрчлөлтийн нягтрал дотор хэсэгт тогтмол хэмжээнд байхад, ирмэгээр нягтрал тогтмол ихсэж буй онцлог илэрч байна.

ДҮГНЭЛТ:

1. Гавал тархины эдийн доторх буглааны эхний үе шатанд 100% - д голомтот өөрчлөлтийн нягтрал буурсан, тодосгогч бодис тарьсны дараа голомтот өөрчлөлтийн нягтрал жигд ихсэх, голомтот өөрчлөлтийн эргэн тойрны тархилаг эдийн

хавагналт үүсээгүй, 75% - д голомтот өөрчлөлтийн хил хязгаар тод - жигд бус компьютер томографи шинж тэмдгүүд илэрдгийг тогтоов.

2. Гавал тархины эдийн доторх буглааны капсул үүссэн үе шатанд $76.5\% \pm 10.6$ -д голомтот өөрчлөлтийн дүрс дугариг ба зууван, $82.4\% \pm 9.5$ -д нягтрал буурсан ба тодосгогч бодис тарьсны дараа голомтот өөрчлөлтийн эргэн тойрон цагираг хэлбэрийн нягтрал ихэссэн зон тодрох, $70.6\% \pm 11.4$ -д хил хязгаар тод, $76.5\% \pm 10.6$ -д жигд компьютер томографийн шинж тэмдгүүд давамгайлж илэрч байна.
3. Голомтот өөрчлөлтийн дүрс, нягтрал, хил хязгаар, ховдлуудын системийн дүрс, голомтот өөрчлөлтийн эргэн тойрны хавагналт, тодосгогч бодис тарьсны дараах голомтот өөрчлөлтийн тодрол нь гавал тархины эдийн доторх буглааны эхний ба капсул үүсэх үе шатны оношлогооны гол шалгуур үзүүлэлт болох нь тогтоогдов.

НОМ ЗҮЙ:

1. Бадамсэд Ц., Оюун Б. Тархины зарим нэг голомтот өөрчлөлтийн рентген цахим тоолуурт томографи оношлогоо. Радиологийн оношлогооны зарим асуудал.-ном.- Улаанбаатар хот, 1996 он.-х. 129-136.
2. Верещагин Н.В., Брагин Л.К., Вавилов С.Б., Левина Г.Я. компьютерная томография мозга.-Медицина.-Москва.- 1986. с. 144-146.
3. Дугаржав Ж. Анагаах ухааны статистикийн сурах бичиг.- Улаанбаатар хот.-1976 он.-х. 12 -76.236.
4. Жученко Д.Г. Метастические абсцессы головного мозга.-М.-Медгиз.- 1963.-21 Зс.
5. Коновалов А.Н., Корниенко В.Н. Компьютерная томография в нейрохирургической клинике.- Москва.- медицина.- 1985.- с. 251 -257.
6. Онхуудай П. Дүрслэл оношлогоо.-ном.- Улаанбаатар хот.- 1993 он.-х. 68 - 73.
7. Онхуудай П. Дүрслэл оношлогоо сонголт, дэс дараалал.- ном.-Улаанбаатар хот.-2000 он.-х. 65 - 66.
8. Онхуудай П. Дүрслэл оношлогооны чухал асуудлууд.-ном.- Улаанбаатар хот.-2000 он. -х.22.

9. Aulich A., Lange S., Steinhoff H. et al. Diagnosis and follow up studies in brain abscesses using CT. - In: Cranial computerized tomography / Eds. W. Lanksch. E. Kazner. Berlin: - 1976. - p. 366-371.
10. Burke L., Ho S., Cerullo L. et al. Multiple brain abscesses. - Surg. Neural., -1981. - vol. 16. N. 6. - p. 452-454.
11. H. Calabet A., Guibert - Tranier F., Piton J. et al. Diagnosis and follow - up of cerebral abscesses by CT scanning. - J. Neuroradiol., -1980. - vol. 7. - p. 57 - 72.
12. Claveria L., Du Boulay G., Moseley J. Intracranial infections: investigation by computerized axial tomography. - Neuroradiol., - 1976. - vol. 12. - p. 59-71.

DIAGNOSIS OF INTRACRANIAL ABSCESSES BE COMPUTERIZED TOMOGRAPHY

Ts. Badamsed, R. Purev, R. Boldbat, T. Purevjav, D. Oyunbat,
A. Sainjargal, T. Dulamsuren, D. Bayarmaa, D. Bolormaa

Aulich A., Lange S., Steinhoff H. et al. Diagnosis and follow up studies in brain abscesses using CT. - In: Cranial computerized tomography / Eds. W. Lanksch. E. Kazner. Berlin: - 1976. - p. 366-371.

Burke L., Ho S., Cerullo L. et al. Multiple brain abscesses. - Surg. Neural., -1981. - vol. 16. N. 6. - p. 452-454.

H. Calabet A., Guibert - Tranier F., Piton J. et al. Diagnosis and follow - up of cerebral abscesses by CT scanning. - J. Neuroradiol., -1980. - vol. 7. - p. 57 - 72.

Medical Research Institute.,

The Shastin Central Clinical Hospital

State Central Clinical Hospital

Achtan Clinical Hospital

National Cancer Center

National Medical University of Mongolia

We have been studied in the computer tomography department The Shastin Central Clinical Hospital and Achtan Clinical Hospital 1996 - 2002 years 21 patients with diagnostetion in intracra-nial abscesses.

АРХИНИЙ ШАЛТГААНТ АРХАГ ПАНКРЕАТИТИЙН ЭМНЭЛ ЗҮЙ

Д.Энхбаяр,
Г.Энхдолгор,
Г.Батдолгор

Удиртгал:

Архи, эм, хоол тэжээлдэх уургийн хомсдол зэргээс шалтгаалж нойр булчирхай анхдагчаар үрэвсдэг. Архаг панкреатитийн 50-80% нь архинаас шалтгаалдаг байна. Архины шалтгаант элэгний хатуурлаар нас барагчдын задлангаар 70-100%-д нойр булчирхай үрэвслийн шинж илэрчээ. Архидалт гол төлөв хүн амын хөдөлмөрийн насны хэсгийг хамарч байгаагаараа манай улсад төдийгүй Европ, Америкийн хөгжилтэй улсуудад чухал асуудал болоод байгаа юм. Монголчуудын дунд архинд донтох өвчний тархалт сүүлийн 15 жилийн дотор 3 дахин ялангуяа сүүлийн 5 жилд илүү их өсчээ. Нойр булчирхайн үрэвсэл манай улсад сүүлийн 5 жилд 2 дахин өссөн байна.

Зорилго

Архи хэрэглэлтийн хугацаа нойр булчирхайд хэрхэн нөлөөлсөн болон архины шалтгаант нойр булчирхайн үрэвслийн эмнэл зүйн онцлогийг тодорхойлох нь судалгааны ажлын зорилго байв.

Судалгааны аргачлал

Нойр булчирхайн архаг үрэвсэлтэй гэж оношлогдсон 126 хүнээс 3 - 22 жил архи ууж байгаа, Сэтгэцийн эмгэг-мансуурал судлалын төвийн шалгуураар архи хэтрүүлэн хэрэглэгчид болон архинд донтох өвчтэй хүмүүс болох, 27-65 насны 98 (78%) эрэгтэйг судалгаанд хамрууллаа.

Өвчтөнүүдээс асуумж аван, бодит үзлэг, хэт авиан шинжилгээ хийж, цусанд амилаза, трансаминаз, чихэр тодорхойлов.

Судалгааны үр дүн, хэлцэмж

**Ноёр булчирхайн архины шалтгаант
архаг үрэвслийн эмнэл зүй**

Эмнэл зүйн шинж	Бичлэгийн тоо	%
Хэвлийн өвдөлттэй:	96	97.0
- Аюулхайд	11	11.4
- зүүн сүвэрэгдэс доор	13	13.5
- баруун сүвэрэгдэс доор	14	14.5
- бүсэлж	33	34.3
- тодорхой байрлалгүй	25	26
Хоолны дэглэм зөрчсөнөөс болон архи ууснаас өвдөлт эхэлсэн	72	73.4
Хэвлийн өвдөлтгүй	2	2
Хоолонд дур багассан	14	14.2
Турсан	51	52
Аюулхайд хүнд оргих, цонхуйх	70	71.4
Гэдэс дүүрэх зовиуртай	42	42.8
Бэлс хаталт	18	18.3
Тостой, саарал баазтай	41	41.8
Хэт авиан өөрчлөлттэй:		
- ноёр булчирхайд	81	82.6
- цэсний амид	57	58.1
- Цусанд амилатаз ихэссэн	14	14.2
- Цусанд трансаминаз ихэссэн	77	79
- Цусанд чихэр ихэссэн	9	9.1

Ноёр булчирхайн архаг үрэвслийн эмнэл зүй

Эмнэл зүйн шинж	Архи хэрэглэсэн хугацаа					
	5 жил хүртэл		6-10 жил		10 дээш жил	
	N=26	26.5%	N=30	30.6%	N=42	42.8%
Хэвлийн өвдөлттэй	26	100%	30	100%	40	95%
Хэвлийн өвдөлтгүй	-	-	-	-	2	5%
Ходоодны биктэй	9	34.6%	22	74%	39	92.8%
Гэдэсний биктэй	2	7.6%	17	56.6%	28	66.6%
Хэт авиан шинжилгээнд тодорхойлогдохгүй	7	26.9%	5	16.6%	5	12.5%
Хэт авиан ойлт жигд, багассан	6	23%	3	10%	1	2.4%
Хэт авиан ойлт жигд бус, багассан	3	11.5%	6	20%	4	9.5
Хэт авиан ойлт жигд ихэссэн	-	-	2	6.6%	5	11.9%
Хэт авиан ойлт жигд бус, ихэссэн	10	38.5%	14	46.6%	27	64.3%
Цусан дахь амилатаз ихэссэн	5	19.2%	6	20%	3	7.1%
Цусан дахь трансаминаз ихэссэн	19	73%	22	73.3%	36	85.7
Цусанд чихэр ихэссэн	1	3.8%	4	13.3%	4	9.5%

Эмнэл зүйд хоолны дэглэм алдсан болон архи их хэрэглэсэнээс шалтгаалж янз бүрийн байрлал, их, бага хүчтэй хэвлийн өв-

дөлт голлон илэрч байна. 5 жилийн дотор архи хэрэглэсэн тохиолдолд хэвлийн өвдөлтийн хүч их, 10 дээш жил хэрэглэсэн тохиолдолд өвдөлтийн хүч бага байсныг архины хордлого, аналгез үйлчилгээ, полинейропатитай холбон үзэж болох юм. Архины нөлөөгөөр болон архидан согтуурах үед хоолны дэглэм алдагдсанаас гастродуоденит болон колит үүссэн, мөн нойр булчирхай ихээр гэмтэн булчирхайн гадаад шүүрэл доголдсонтой холбоотой ходоод, гэдэсний бижийн илрэл их тохиолдож архи олон жил хэрэглэх тусам ихсэж байна. Хэт авиан шинжилгээгээр өвчтөний 82,6%-д нойр булчирхайн өөрчлөлт илэрсэн ба 17 хүнд буюу 17,4%-д гэдэс дүүрэлт, хаван зэргээс шалтгаалан өөрчлөлтийг тодорхойлох боломжгүй байв. Хэт авиан шинжилгээгээр архи цөөн жил хэрэглэсэн тохиолдолд нойр булчирхай үрэвссэн, хавагнаснаас хэт авиан ойлт жигд, жигд бусаар багассан бол архи олон жил хэрэглэх тусам нойр булчирхай холбогч эдэд шилжин хэт авиан ойлт ихсэж байна. Хэдийгээр судалгаанд цөсний замд чулуугүй хүмүүсийг хамруулсан боловч цөсний замын өөрчлөлт өндөр тодорхойлогдов. Харьцангуй цөөн өвчтөний цусанд амилаза ихсэв. Иймд энэ шинжилгээ нойр булчирхайн архаг үрэвслийн гол үзүүлэлт болж чадахгүйг харуулж байна. Цусандахь трансаминазын ихсэлт их тодорхойлогдож байгааг архи элгийг гэмтээдэг, мөн манай оронд вирусын шалтгаант архаг гепатит элбэг байдагтай холбон үзэж болох юм. Нойр булчирхайн архаг үрэвслийн үед булчирхайн дотоод шүүрэл доголддог болохыг цусан дахь чихрийн ихсэлт харуулж байна.

Дүгнэлт

1. Архи нойр булчирхайн үрэвслийн гол шалтгаануудын нэг болж байна.
2. Архины шалтгаант нойр булчирхайн үрэвслийн үед хэвлийгээр бүсэлж болон нэлэнхүйд өвдөхөөс гадна баруун, зүүн сүврэгдэс доор өвддөг байна.
3. Архи цөөн жил хэрэглэсэн тохиолдолд хэвлийн өвдөлт хүчтэй, олон жил хэрэглэхэд өвдөлтийн хүч бага, далд хэлбэртэй байна.
4. Ходоод болон гэдэсний бижийн илрэл архи удаан хэрэглэх тусам ихсэж байна.
5. Нойр булчирхайн эхо ойлт архи богино хугацаанд хэрэглэсэн үед хэвийн хэмжээнээс багасаж, архи удаан хэрэглэх ту-

сам ихсэж байна.

6. Нойр булчирхайн үрэвсэлтэй өвчтөнүүдийн ихэнх нь элэг болон цөсний замын эмгэгтэй байна.
7. Архи олон жил хэрэглэх тусам нойр булчирхайн гэмтэл лавширч, хоол боловсруулах замын бусад эрхтэний өртөлт ихсэж байна.

Clinical Aspects of Alcoholic Pancreatitis

*D.Enkhbayar,
G.Enkhdolgor,
G.Batdolgor.*

The authors conducted a hospital based controlled study to examine the impact of the duration of alcohol abuse on chronic pancreatitis and clinical features of alcoholic pancreatitis. 98 male patients with pancreatitis who have had history of alcohol abuse for 3-22 years served as case studies. All patients underwent diagnostic ultrasound and were detected with amylasa, aminotransferase and sugar in blood.

Conclusions:

1. The risk of pancreatitis correlates with alcohol abuse.
2. Most often pain is localized diffusely in the upper abdomen, sometimes radiates to the right of the midline and in the left upper quadrant.
3. Abusers of alcohol for up to 5 years experience more severe pain and abusers of alcohol for more than 10 years experience more milder pain.
4. Dyspepsia increases with the duration of alcohol abuse.
5. Echogenicity of pancreas increases with the duration of alcohol abuse.
6. Patients with alcoholic pancreatitis have higher incidents of hepatobiliary diseases.

Ном зүй

1. В.Х.Василенко. Алкоголизм и пищеварительный тракт.
Клин.мед. 1986 №6 с122-128
2. Г.Энхдолгор Архи ба панкреатит Онош 2001 №4
3. Махов.В.М. Хронический алкогольный панкреатит: имеются ли основания для выделения его в отдельную рубрику?
Росс жур гастр. гепат. Колопроктв 2000.5 стр 76-79
4. Л.Эрдэнэбаяр. Мансуурал судлалын үндэс 2001. х 59-60
5. G.Talamini, C.Bassi, M.Falconi..., Alcohol and smoking as risk factors in chronic pancreatitis and pancreatic cancer.
Gastroenterology Hepatology update, Falk Foundation 2000 №1
6. Sherlock S.,Dooley J. Diseases of the Liver and Biliary System.
10th ed 1997 p.385-400

УУШГИНЫ ИДИОПАТИК СОРВИЖИЛ

Л.Галцог,

А.Оюунбилэг,

О.Энхцэцэг

Энэхүү уушигны архаг өвчин нь Хамман Ричийн хам шинж, завсрын архаг пневмония, соривжилт альвеолит, соривжуулагч тархмал криптоген, альвеолит гэх мэт 20 гаруй нэрээр бичигддэг байна. (2, 3, 8, 9). Энэ өвчин нь амьсгалын архаг хүчтэй дутмагшилаар илэрч үхлээр-төгсдөг тавилан муутай өвчин бөгөөд гол өөрчлөлт нь уушигны цулцан болон завсрын эдийн тархмал соривжил (фиброз) юм.

Энэ өвчний тухай мэдээлэл ойлголт бага учир манайд олон улсын нэршлээр нь оношлох нь тун ховор, одоог хүртэл бидний хэлж ярьж заншсанаар уушигны өвөрмөц бус архаг үрэвсэл (ХНЗЛ) гэсэн, олон улсын хэмжээгээр хүлээн зөвшөөрөгдөөгүй ерөнхий нэрийн доор хавтгайруулан оношилж иржээ. Ийм байдал зөвхөн манай орны хэмжээгээр ч бус ОХУ-д ч уг өвчний мэдээлэл хомс байдгаас шалтгаалж оношийн зөрөө 75-80%-д хүрдэгийг судлаачид дурьдсан байна (9). Иймд цаашид уг өвчнийг зөв таньж ёсоор нь оношлоход мэргэжил нэгтэй нөхөддөө туслах зорилгоор нэгэн тохиолдолыг сонгон авч бичлээ.

Сүхбаатар аймгаас ирсэн өвчтөн С.М 24 настай эмэгтэй, 2001 оны 12 сарын 17-д эмнэлэгт хэвтэж, 2002 оны 1 сарын 18-нд нас баржээ, ор хоног 22.

Өвчний түүх:

2001 оны 12 сарын 28-нд гэнэт нурууны ар талаар өвдөж амьсгаадаж эхэлсэн, мөн цээжний зүүн тал руу зүрх орчим өвдсөн, сумын эмнэлэгт үзүүлээд левомецитин хэд хоног уусан боловч засраагүй, аймгийн эмнэлэгт 12 сарын 17 ноос 12 сарын 27 хүртэл цефороксин, преднизолон, эуфиллин, панангин, гепарин зэрэг эмээр эмчлүүлсэн боловч сайжраагүй тул УКТЭ-т шилжиж иржээ. Энэ оны 3-р сард бие шарлаж, арьс-загатнаж, холецистит оношоор эмчлүүлж байжээ.

Одоо биеийн байдал хүнд, албадлагын суугаа байдалтай, биеийн үзүүр хэсэг, уруул, гарын үзүүр хөх өнгөтэй, нүд улайсан, бага зэргийн шаргал туяатай, хэл чийглэг, цагаан өнгөртэй, зүрхний авиа тод жигд, түргэн, цэвэр, 1-р цэгт 1 ба 2-р авиа өргөлттэй. Судас 1 минутанд 108, амьсгал 1 минутанд 36, өнгөц амьсгалтай. АД 100/60 м.у.б. Уушиг хоёр талдаа ширүүн амьсгалтай, хэрчигнүүргүй. Элэг бага зэрэг том, дэлүү тэмтрэгдэхгүй. Шилбээр бага зэрэг хавантай, шээсний гарцхэвийн.

Нэмэлт асуумж:

12 сарын эхээр зах үзүүр хэсгийн хөхрөлт эхэлсэн, угаартсан болон эм уусан, бусад хордлогын шинж үгүй. Баруун өгзөгний гадна дээд хэсэгт нэвчдэс тав үүссэн, суудал яс орчим халгогдож улайсан.

Шинжилгээнүүд:

Хэт авианд: Элэг бага зэрэг том, эхо ойлт жигд, голомтот өөрчлөлт үгүй, цөсний хана зузаан, чулуугүй, нойр булчирхай, дэлүү, хоёр бөөр, давсаг, умай, түүний дайвруудад голомтот ба бүтцийн өөрчлөлтгүй.

Рентгений гэрэлд харахад уушигны зураглал тархмал олширсон, дотор болон дунд зооноор өргөссөн, уг нь өргөн. Зүрхний зүүн доод нум 2-р зэргийн томролттой. Гол судасны лугшилт тод жигд.

Эхокардиографи:

Хоёр ховдол нь томорсон учир зүрхний хөндийнүүдийн харьцаа алдагдсан, зүүн ховдлын ар хананы зузаан 1,7 см, гол судасны хавхлага хэвийн, митраль хавхлага зузаарсан, хөдөлгөөн нь хязгаарлагдмал. Цусны ерөнхий шинжилгээ: Гемоглобин 138, Лейкоцит 11×10^9 , УЭТХ цагт 12мм. Коагулограммд АВР 84,0, АПТВ 50,0, Фибриноген 3,3н. Тромбины хугацаа 24,7.

Өвчтөний биеийн байдал улам муудаж, амьсгалын дутмагшил улам гүнзгийрч хүчилтөрөгч бүхий хиймэл амьсгалд оруулсан. Цаашид өвчин улам даамжирч, хүчилтөрөгчгүйгээр амьсгалж чадахгүй болж байнгын хиймэл амьсгалд байсан боловч брадикарди үүсч амьсгал зүрх судасны дутмагилаар нас баржээ.

Эмнэл зүйн онош:

Ревмокардитын идэвхит үе, хоёр хавтаст хавхлагын нүхний

нарийсал давамгайлсан нийлмэл гажиг. Уушгины судаснуудын тромбозмболын хүндрэл. Амьсгалын дутмагшил. Идээт трахеобронхит. Уушги ба тархины хаван, амьсгал зүрхний дутмагшил.

Цогцсын эмгэг судлалын шинжилгээгээр (шинжилгээ СА №:15) илэрсэн гол өөрчлөлтүүд нь: Биеийн гадна байдал:

Арьс хөхөлбөр туяа бүхий боровтор"өнгөтэй, хуурай. Зүүн хөлийн шагайн дээр 5х3 см талбайд тав тогтсон шархтай.

Тархи толгой: Тархины зөөлөн бүрхүүлийн судас тод, эрс өргөссөн, хөхөлбий өнгөтэй. Ямар нэгэн голомтот өөрчлөлтгүй

Уушги: Хоёр талын уушги цээжний хөндийг бүрэн дүүргэсэн. Цагаан мөгөөрсөн хоолой болон түүний салаа орчмын тунгалгын зангилаанууд томорсон, саарал өнгөтэй, зөөлөн. Уушги гаднаасаа хөхөлбий өнгөтэй харагдах ба барьж үзэхэд эд нь нягт, хатуувтар, агаарлаг байдал алдагдаж биерхэг болжээ. Уушгины артер болон түүний салаануудыг хөөж үзэхэд хөндий нь чөлөөтэй, хана нь нимгэн. Амьсгуурсын салст нь улайсан, хөндий дотроо идээрхэг агууламжтай. Цагаан мөгөөрсөн хоолойны салаанаас (бифуркац) дээш 5 см орчимд 2 см голч бүхий цооролттой. Цооролтыг хүрээлж идээт үхжилт өнгөр тогтжээ. Уушгийг зүсэхэд эд нь нягт, хатуу, хоёр уушигд жижиг хатуу, цайвар шигүү байрласан зангилаа маягийн зүйлс гаднаасаа плевр хальсан доогуур болон зүслэгийн гадаргуу дээр тод харагдана. Харин баруун уушигны 2-р сигмент нь хатуу зангилаа маягийн зүйлс багатай эд нь бусдыгаа бодвол арай илүү агаарлаг улаан ягаан өнгөтэй байв. Плевр хальсан доор жигд тархалттай цэг, зурвас маягаар алаглаж байрласан хар цоохор голомтууд харагдана.

Зүрх: Үнхэлцэг хальс бүтэн, толигор, цайвар, хөндийд нь үл ялих шаргал шингэн байна. Зүрх 11х9х6 см; 230 гр жинтэй, зүрхний булчин цайвар улаан, зүүн ховдлын зузаан 1,5 см, баруун ховдлын зузаан 0,6 см, хоёр хавтаст хавхлагын дэлгэмэл өргөн 10 см, гурван хавтаст хавхлагынх 11,5см, бүх хавхлагууд нимгэн уян, татуурга утаснууд нарийн.

Ходоод гэдэсний зүгээс нүдэнд харагдах голомтот ба тархмал өөрчлөлтгүй,

Элэг 28х15х13х1 Осм бор шаргал гөлгөр, ирмэг нь хурц эд нь улбагардуу. Цөсний хүүдий 11х5х3 см, дотроо өтгөн ногоон цөс-

тэй хана нь зузаавтар, дэлүү 11х6х5 см биерхэг тогтоцтой, ху-самгүй.

Бөөр: Хоёр бөөр ижил, гадаргуу нь гөлгөр, бүрхүүл хальс нь амархан хуулагдаж байв.

Умай болон түүний дайвар, шээс бэлгийн замын эрхтэнүүдэд үзэгдэх өөрчлөлт үгүй.

Уушгины эдийн бичил зураглал: Цулцангийн хана тархмал боловч жигд бус зузаарсан, ихэнх харах талбайд цулцангийн хөндийнүүд холбох эдийн ургалтаас сорвижиж бүрмөсөн битүүрсэн. Зарим цулцангийн ханын бүрхэвч эсүүд ховхрон гуужиж хөндий дотроо бөөгнөрч үзэгдэнэ. Амьсгуурсын хөндийд идээт шүүдэс ихтэй, салстын эсүүд нь ховхрон эвдэрчээ. Зарим цулцангийн хөндийд холбох эдийн ургалт нь нэг захаас хөндийрүүгээ чиглэсэн ургацаг (полип) үүсгэжээ. Цулцан завсрын судсууд цусархаг, энд тэнд цулцангийн хөндий дотор цус нэвчсэн байна. Уушгины жижиг артери болон артериолын хана зузааран сорвижсон байна.

Дээрх өвчтөний эмнэл зүй болон эмгэг судлалын өөрчлөлтийг нэгтгэн авч үзвээс; Эмнэл зүйн хувьд: өвчний эхлэлт дахилтыг тайлбарлах тодорхой шалтгаан олдоогүй. Зах хязгаар үзүүр хэсгийн хөхрөлт (акриоциноз) тод илэрсэн, юугаар ч дарагдаж буурахгүй, амьсгалын хүчтэй дутмагшил, амьсгаадал, рентген шинжилгээний тодорхой шинж тэмдгүүд, уушгины тархмал гэмтэл зэрэг нь уушгины идиопатик сорвижил болохыг баталж байна.

Эмгэг судлалын шинжилгээнд

Уушгины тогтоц нягт, хатуу олон жижиг зангилаа мэт сорвижилтой,

Уушгины агаарлаг чанарын үлэмж багасалт

Уушгины жин ихсэлт, нэг уушги нь 980гр

Плевр толигор наалдацгүй буюу хоёрдогч өөрчлөлт үгүй

Зүрхний баруун ховдлын ханын зузаарал 0,6см

Уушгины бичил шинжилгээнд

Уушгины завсар эд болон цулцангуудын ханын тархмал сорвижил (фиброз) бүхий зузаарал, цулцангийн тархмал битүүрэл. Зарим хэсэгт цулцангийн хөндийд (полип) холбох эд ургацаг маягаар ургажээ.

Цулцангийн хөндий дахь макрофаг эсүүдийн гуужилт.

Уушгины артерын жижиг салаануудын болон артериолын ханын зузааралт зэрэг нь дээрхи оношийг батлана.

Эмнэл зүй, эмгэг судлалын эдгээр болон бусад шинжүүдийг харьцуулан үзэж бид доорхи онош тавьж эмгэг судлал-эмнэл зүйн бага хурлаар хэлэлцүүлж, эмч нарт мэдээлэв.

Эмгэг судлалын онош:

Уушгины идиопатик сорвижил (фиброз). Уушгины завсар эдийн тархмал соривжил. Гуужилтат пневмонит. Баруун ховдлын томрол (зузаарал 0,6 см). Удаан хугацаанд хиймэл амьсгалын гуурстай байсны улмаас үүссэн цагаан мөгөөрсөн хоолойн цооролт.

Өгүүлэн буй өвчтөний оношийг Улаанбаатар хотоос аймгийн төвд дуудлагаар очиж анхлан үзсэн эмч тархмал соривжилт альвеолит хэмээн зөв оношлосон боловч Улаанбаатар хотод УКТЭ-д авчран хэвтүүлсэний дараа тэр их хөхрөлт, амьсгаадалт, амьсгалын даамжрангуй дутмагшлыг анхааралдаа авалгүй орхиж, өөр онош тавьсан байна.

Уушгины идиопатик соривжилт (УИС) өвчний тархалтын тухай товчхон өгүүлбээс олон газар оронд энэхүү өвчин ихсэж байгааг дурьджээ. Чех ба Словак улсуудад энэ өвчин зуун мянган хүн тутамд 2,4-7,1 хүртэл (1963-1973 онуудад) ихэссэн байна. Түүнчлэн АНУ-д зуун мянгад 3-5, Венгерт 22,7 байгааг дурьджээ. Ийнхүү ихсэж буй нь нөгөө талаас уг өвчнийг таньж оношлох явдал сайжирч байгаатай холбоотой. Е.М Тареев 1974 онд "Амьдрал дээр дотрын бараг л бүх өвчнүүдийг, эхлээд ховор тохиолддог өвчин мэт бичдэг, тэдгээр нь яван явсаар сар жил өнгөрөх тусам маш тархмал өвчин байсан болох нь тодордог" гэсэн байна.

Эмнэл зүйн илрэл

Энэхүү өвчин нь давшингуй шинж чанартай бөгөөд аяндаа эдгэрэх магадлал багатай, эмчилгээний үр дүн өгдөггүй байна. Тэрээр гэнэт эхэлж хурдан даамжирч 3-4 сарын дотор үхэлд хүргэж болох тухай анх бичсэн Hamman, Rich нар дурдсан байдаг (H.Winterbauer et all); Эрэгтэйчүүд арай илүүтэй өвддөг гэж үздэг. Судлаачдын бичсэнээр 28-79 насанд тохиолдсон байх боловч аль ч насны хүмүүсийг өвчлүүлж болох бөгөөд өвчлөлийн дундаж нас нь 30-50 ба 59 нас гэж үздэг(6). Гэвч зарим судлаач

чид 75-80%-д эмэгтэйчүүд өвчилдөг гэж үздэг(9).

Гол шинж тэмдэг нь амьсгаадах хуурай ханиах явдал юм. Ийм шинж тэмдэг өвчтөний хагас орчим хувьд ойролцоогоор 12 сар хүртэл үргэлжлэх бөгөөд ховроор онош тавигдах хүртэл 2 жил үргэлжлэн амьсгаадсан тохиолдол ч байжээ. Үе мөчөөр хэсч, хэрж, өвдөх явдал байдаг боловч үзлэг шинжилгээнд үений жинхэнэ үрэвсэл, синовит илэрдэггүй байна. Хааяа нэг өвчтөнд удмын эерэг түүх илрэх боловч дийлэнх олонхид удам дамжих хандлага байхгүй.

Өвчтөнүүдийн заримд турж доройтох, ядрах шинж тэмдгүүд үзэгдэж болно. Өвчний эхэн үед тайван байхад арьс хэвийн өнгөтэй байх боловч ажил хийх үеэр хөхрөлт илрэнэ. Уушгины даралт ихэдлээс *Cog pulmonale* үүсэх нь хожуу үеийн хүндрэл болж тохиолдоно. Гүрээний венийн даралт ихсэх, элэг томрох, хавагнах, ховдлын агшилтын хэмнэл өөрчлөгдөх үзэгдлүүд хожуу үед илрэнэ.

Бодит үзлэгээр:

Эрт үедээ ямар нэг шинж тэмдэг ажиглагдахгүй боловч амархан ядрах амьсгаадах бага зэрэг ачаалал өгөх үед хөхрөх шинж илрэнэ. Харин архаг явцтай үед "бөмбөрийн дохиур", "цагийн шил"-ний шинж тэмдгүүд гарч болно, тогшилтоор уушигны доод хил хязгаар дээшилсэн байна, чагнахад хоёр далны хооронд хоёр талдаа шаржигнуур сонсогдоно. Мөн амьсгал өнгөцхөн болсон байна. Амьсгалын дутмагшил болон уушигны даралт ихэсдсний улмаас уушигны артерийн цэг дээр 2-р авиа өргөлттэй сонсогдоно. Цаашид гүрээний венийн даралт ихсэх, элэг томрох, хавагнах ховдлын агшилтын хэмнэл өөрчлөгдөх үзэгдлүүд нь хожуу илрэнэ.

Шинжилгээнд:

Рентген шинжилгээнд эхний үедээ ямар нэг онцын өөрчлөлт ажиглагдахгүй. Зарим тохиолдолд хоёр талд доод хэсгээрээ тархмал болон цөөн голомтот өөрчлөлт ажиглагдаж болно. Харин хожуу үедээ "Зөгийн үүрэн" зураглал гарна. Харин гадаад амьсгалын шинжилгээнд: Уушгины агааржуулалтын чадвар эрс буурсан ихэвчлэн гачаалт өөрчлөлт гарна. TLC-64.09+-1.7% - Анализ хийж үзэхэд зөвхөн VC буурсан (54, 93+- 1.88%). RV-өөрчлөгдөхгүй. Иймээс RV/TLC - ихэсдэг. F F1 V1 - 54,4+- 1,89%-

нь буурдаг. Харин Тифногийн индекс ихсэх хандлагатай. РУС-д анализ хийхэд MEF25-хэвийн MEF50, 75 -нь нилээд буурдаг нь жижиг гуурсанцруудад өөрчлөлт гарсантай холбоотой. Уушгины нэвчүүлэх чадвар эрс буурдаг. Цулцан ба артерийн цусан дахь PO_2 -ын зөрөө ихэсдэг. Иймээс VA/ G харьцаа өөрчлөгдөнө.

Эмчилгээний зарчим

Эмчилгээний төгс арга хэмжээ өнөөг хүртэл байхгүй бөгөөд кортикостериодыг хэрэглэснээр амьдрах хугацааг уртасгаж болно гэж зарим эрдэмтэд үздэг. УИС-ийн үндсэн эмчилгээ, Үүнд: Кортикостериод+пеницилламин, кортикостериод+иммундепрессант Пеницилламин нь каллаген солилцоог сайжруулах нөлөөтэй буюу сорвижлын эсрэг үйлчилгээтэй. Илькович эмчилгээний 2 схем боловсруулсан

Үүнд:

1.Хурц үед пеницилламинийг

1. 1-р 7 хоногт 0.3 гр-аар
2. 2-р 7 хоногт 0.6 гр-аар
3. 3-р 7 хоногт 1.2 гр-аар

Дараа нь аажмаар тунг эргүүлэн багасгаж барих тунг 0.15-0.3/хоног болгоод 1-2 жил хэрэглэнэ.

2. Архаг хэлбэрийн үед пеницилламинийг 0.3 гр-аар 4-6 сар хэрэглээд цаашид 0,15 гр/хоногоор 1-1,5 жил хэрэглэнэ.

УИС-ийн эмчилгээнд преднизолон хэрэглэх схемийн боловсруулсан. Хоногийн тунг 1 мг/кг-аар хэрэглээд намжмал болгоод цаашид барих тунг 2,5-5мг-аар 18-20 сар хэрэглэнэ.

Иммунодепрессант эмчилгээнд азотиофирин, циклофосфан хэрэглэнэ, азотиофириныг 150 мг/х-оор 1-2 сар цаашид барих тунг 50мг/х-оор 3-6 сар хэрэглэнэ. Үүнээс гадна бусад шинж тэмдгийн эмчилгээнүүд хийнэ.

Уушгины үйлийн сорил (УҮС)

1950 оноос уушигны идиопатик сорвижлын патофизиологийн "сонгодог" үзэл баримтлалыг тогтоохыг оролдож "цулцангийн капиллярын хориг" хэмээх таамаглал дэвшүүлж байв. Үүгээр бол УИС-ийн үеийн гипоксеми нь цулцангийн зузаарсан ханаар хүчилтөрөгч нэвчин гарах нь бүтэц зүйн саад бэрхшээлд хоёрдогч

чанартай юм гэж таамаглаж байв. Дараа дараагийн судалгаагаар гипоксемийн гол шалтгаан нь агааржилтын нэвчилтийн тэнцвэрийн алдагдал (ventilation perfusion imbalance) бөгөөд харин цулцангийн ханын зузаарлаас үүсэх саад бага үүрэгтэй болохыг тогтоожээ. Уушгины үйлийн сорил нь сорвижлын зэрэглэлийг урьдчилан тодорхойлж чадахгүй.

Эмнэл зүйн идэвхжилийг үнэлэхүй нь

УИС бүхий өвчтөнүүд нь эмнэл зүйн илрэлээр хоёр бүлэгт хуваагдана. Цулцангийн тархмал гэмтэлд хүргэж буй өвчтөний ойролцоогоор 25%-д өвчин аажим явцтай тогтвортой байна. Ийм өвчтөний уушигны гэрэл зураг нь байнгын тогтворт өөрчлөлттэй, уушигны үйл гажуудалтай байх боловч өвчин олон жилийн турш харьцангуй тогтвортой байна. Нөгөө үндсэн хэсэгт үйл явц идэвхжиж, шинж тэмдгүүд муудаж, рентген зургийн үзүүлэлтүүд тодорч, уушигны үйл доройтож, өвчин даамжирна. Эдгээр хоёр бүлэг өвчтөнд ялгаатай хандах нь чухал. Учир нь эхнийхийг эмчлэхгүй байх нь өвчтөндөө ашигтай байдаг атал, хоёр дахь бүлэг өвчтөн шургуу эмчилгээ шаардана. Цус багадлын илрэл, гломерулит, элэгний үйлийн гажуудал зэрэг уушигны бус илрэлүүд өвчний идэвхжилийг заана. Нөгөө талаас өвчтөний нас, хүйс, ревматоид фактор буюу бөөмд эсрэгбиес (antinuclear antibody), электрофорезийн шинжилгээнд сийвэнгийн уургийн гажуудал илрэх зэрэг нь өвчний идэвхжил, эмчилгээний үр дүнд төдийлөн нөлөөлөхгүй. Харин дархлалын байдал нь өвчний идэвхжилтэй хамааралтай бөгөөд эмчилгээнд үр дүн өгнө. Цусан дахь дархлалын бүрдэл илэрсэн өвчтөн илрээгүй өвчтөнөө бодвол кортикостероид эмчилгээнд үр дүн үзүүлэх нь илүүтэй нь ажиглагдсан байна.

Амьсгуурс цулцангийн лаваж (АЦЛ)(Bronchoalveolar Lavage)-д илрэх үрэвсэлийн гол эс нь нейтрофиль юм. Хэвийн нөхцөлд тамхи татдаггүй эрүүл хүмүүсийн АЦЛ-ийн шингэнд нейтрофиль 1%-аас бага байдаг. Харин УИС бүхий өвчтөний АЦЛ-ийн шингэнд нейтрофиль 65%-оос давдаг байна. Гэвч энэ бол оношын гол үзүүлэлт бус учир нь хатгаатай болон тамхичин хүмүүст нейтрофилийн үзүүлэлт ямагт өндөр гарна. Харин нейтрофилийн процент ихсэх нь өвчний даамжралыг илтгэгч үзүүлэлт болж чадна. Нэг жилээс дээш хугацаанд уушигны үйлийн доройтолтой өвчтөний 45%-д АЦЛ-ийн шингэн дахь нейтрофиль 10%-

оос доош байвал энэ хугацаанд уушигны үйл доройтоогүйг гэрчилнэ.

Бүтцийн эмгэг өөрчлөлт

Анх 1935 онд амьсгалын хүнд дутмагшлаар өвчилж, 3 сарын дотор нас барсан 25-47 насны дөрвөн өвчтөнийг Hamman, Rich хоёр бичсэн байдаг. Эдгээрээс 3 тохиолдолын эмгэг бүтэц зүй нь яг ижил гарсан байна. Тэр нь сорвижлын шатандаа шилжсэн, цулцангийн тархмал болон завсар эдийн өөрчлөлт байжээ. Энэ өвчтөний оригинал эмгэг өөрчлөлтийг цулцанг бүрхэгч эпителийн томрол ба олшрол байхын чацуу халдварлуулагч нян үгүй байх явдал гэж үзжээ. Цааш нь Liebon, Carrington нар (4) "Завсрын пневмонит" хэмээх концепцийг улам гүнзгийрүүлж, бичил өөрчлөлтийн таван хэлбэрийг ялган бичжээ. Үүнд: (1) завсар эдийн жирийн пневмонит (ЗЭЖП); (2) битүүрэлт бронхиолит бүхий завсар эдийн жирийн пневмонит (ББЗЭЖП); (3) завсар эдийн гуужилтат пневмонит (ЗЭГП); (4) завсар эдийн лимфоцитот пневмонит (ЗЭЛП); (5) Завсар эдийн аврага эст пневмонит (ЗЭАЭП). Цаашид Scadding, Gough (1967) хоёр соривжилт альвеолит (fibrosing alveolitis) (CA) гэж нэрлэсэн нь илүү динамик нэр болж үлдсэн бөгөөд ЗЭЖП-тэй ижил ойлголт болно. Ийнхүү Hamman-Rich-ийн хам шинж, ЗЭЖП, CA, УИС хэмээх нь хоорондоо ижил төрлийн утга бүхий нэршил болно. Дурьдаж буй өвчин нь ийнхүү сар, жилийн турш даамжирч, амьсгаадал ба амьсгалын дутмагшилд хүргэдэг, оношлоход төвөгтэй тул сүүлийн үед уушигны олон хэсгээс биопси авч оношлох аргыг өргөн хэрэглэж байна.

Winter-bauer нар 20 өвчтөний нээлттэй уушигны 37 дэлбэнгээс биопси авч шинжлэхэд уушигны хэсэг бүрт харилцан адилгүй өөрчлөлтүүд илэрчээ(6).

Үүнд:

Завсрын эдийн сонгомол соривжилт өөрчлөлт, хэлбэр дүрс нь эвдэрсэн цулцангийн хөндийд макрофаг, гисточит эсүүдийн бөөгнөрөл, завсрын эдэд лимфоцитийн фолликул маягийн өөрчлөлтүүд тус тус ирэлсэн байна. Завсар эдийн соривжил нь яваандаа уушигны эдийг зөгийн үүрэн зураглал (honey combing)-д хүргэнэ. Уушигны эдийн соривжил нь коллагены ширхэгүүдээс тогтох бөгөөд коллагены ерөнхий хэмжээ ихэсдэг талаар олон янзын үзэл байдаг. Fulmer ба түүнтэй хамтран судлаачид УИС-

чанартай юм гэж таамаглаж байв. Дараа дараагийн судалгаагаар гипоксемийн гол шалтгаан нь агааржилтын нэвчилтийн тэнцвэрийн алдагдал (ventilation perfusion imbalance) бөгөөд харин цулцангийн ханын зузаарлаас үүсэх саад бага үүрэгтэй болохыг тогтоожээ. Уушгины үйлийн сорил нь сорвижлын зэрэглэлийг урьдчилан тодорхойлж чадахгүй.

Эмнэл зүйн идэвхжилийг үнэлэхүй нь

УИС бүхий өвчтөнүүд нь эмнэл зүйн илрэлээр хоёр бүлэгт хуваагдана. Цулцангийн тархмал гэмтэлд хүргэж буй өвчтөний ойролцоогоор 25%-д өвчин аажим явцтай тогтвортой байна. Ийм өвчтөний уушигны гэрэл зураг нь байнгын тогтворт өөрчлөлттэй, уушигны үйл гажуудалтай байх боловч өвчин олон жилийн турш харьцангуй тогтвортой байна. Нөгөө үндсэн хэсэгт үйл явц идэвхжиж, шинж тэмдгүүд муудаж, рентген зургийн үзүүлэлтүүд тодорч, уушигны үйл доройтож, өвчин даамжирна. Эдгээр хоёр бүлэг өвчтөнд ялгаатай хандах нь чухал. Учир нь эхнийхийг эмчлэхгүй байх нь өвчтөндөө ашигтай байдаг атал, хоёр дахь бүлэг өвчтөн шургуу эмчилгээ шаардана. Цус багадлын илрэл, гломерулит, элэгний үйлийн гажуудал зэрэг уушигны бус илрэлүүд өвчний идэвхжлийг заана. Нөгөө талаас өвчтөний нас, хүйс, ревматоид фактор буюу бөөмд эсрэгбиес (antinuclear antibody), электрофорезийн шинжилгээнд сийвэнгийн уургийн гажуудал илрэх зэрэг нь өвчний идэвхжил, эмчилгээний үр дүнд төдийлөн нөлөөлөхгүй. Харин дархлалын байдал нь өвчний идэвхжилтэй хамааралтай бөгөөд эмчилгээнд үр дүн өгнө. Цусан дахь дархлалын бүрдэл илэрсэн өвчтөн илрээгүй өвчтөнөө бодвол кортикостероид эмчилгээнд үр дүн үзүүлэх нь илүүтэй нь ажиглагдсан байна.

Амьсгуурс цулцангийн лаваж (АЦЛ)(Bronchoalveolar Lavage)-д илрэх үрэвсэлийн гол эс нь нейтрофиль юм. Хэвийн нөхцөлд тамхи татдаггүй эрүүл хүмүүсийн АЦЛ-ийн шингэнд нейтрофиль 1%-аас бага байдаг. Харин УИС бүхий өвчтөний АЦЛ-ийн шингэнд нейтрофиль 65%-оос давдаг байна. Гэвч энэ бол оношын гол үзүүлэлт бус учир нь хатгаатай болон тамхичин хүмүүст нейтрофилийн үзүүлэлт ямагт өндөр гарна. Харин нейтрофилийн процент ихсэх нь өвчний даамжралыг илтгэгч үзүүлэлт болж чадна. Нэг жилээс дээш хугацаанд уушигны үйлийн доройтолтой өвчтөний 45%-д АЦЛ-ийн шингэн дахь нейтрофиль 10%-

оос доош байвал энэ хугацаанд уушигны үйл доройтоогүйг гэрчилнэ.

Бүтцийн эмгэг өөрчлөлт

Анх 1935 онд амьсгалын хүнд дутмагшлаар өвчилж, 3 сарын дотор нас барсан 25-47 насны дөрвөн өвчтөнийг Hamman, Rich хоёр бичсэн байдаг. Эдгээрээс 3 тохиолдолын эмгэг бүтэц зүй нь яг ижил гарсан байна. Тэр нь сорвижлын шатандаа шилжсэн, цулцангийн тархмал болон завсар эдийн өөрчлөлт байжээ. Энэ өвчтөний оригинал эмгэг өөрчлөлтийг цулцанг бүрхэгч эпителийн томрол ба олшрол байхын чацуу халдварлуулагч нян үгүй байх явдал гэж үзжээ. Цааш нь Liebon, Carrington нар (4) "Завсрын пневмонит" хэмээх концепцийг улам гүнзгийрүүлж, бичил өөрчлөлтийн таван хэлбэрийг ялган бичжээ. Үүнд: (1) завсар эдийн жирийн пневмонит (ЗЭЖП); (2) битүүрэлт бронхиолит бүхий завсар эдийн жирийн пневмонит (ББЗЭЖП); (3) завсар эдийн гуужилтат пневмонит (ЗЭГП); (4) завсар эдийн лимфоцитот пневмонит (ЗЭЛП); (5) Завсар эдийн аврага эст пневмонит (ЗЭАЭП). Цаашид Scadding, Gough (1967) хоёр соривжилт альвеолит (fibrosing alveolitis) (CA) гэж нэрлэсэн нь илүү динамик нэр болж үлдсэн бөгөөд ЗЭЖП-тэй ижил ойлголт болно. Ийнхүү Hamman-Rich-ийн хам шинж, ЗЭЖП, СА, УИС хэмээх нь хоорондоо ижил төрлийн утга бүхий нэршил болно. Дурьдаж буй өвчин нь ийнхүү сар, жилийн турш даамжирч, амьсгаадал ба амьсгалын дутмагшилд хүргэдэг, оношлоход төвөгтэй тул сүүлийн үед уушигны олон хэсгээс биопси авч оношлох аргыг өргөн хэрэглэж байна.

Winter-bauer нар 20 өвчтөний нээлттэй уушигны 37 дэлбэнгээс биопси авч шинжлэхэд уушигны хэсэг бүрт харилцан адилгүй өөрчлөлтүүд илэрчээ(6).

Үүнд:

Завсрын эдийн сонгомол соривжилт өөрчлөлт, хэлбэр дүрс нь эвдэрсэн цулцангийн хөндийд макрофаг, гистоцит эсүүдийн бөөгнөрөл, завсрын эдэд лимфоцитийн фолликул маягийн өөрчлөлтүүд тус тус ирэлсэн байна. Завсар эдийн соривжил нь яваандаа уушигны эдийг зөгийн үүрэн зураглал (honey combing)-д хүргэнэ. Уушгины эдийн соривжил нь коллагены ширхэгүүдээс тогтох бөгөөд коллагены ерөнхий хэмжээ ихэсдэг талаар олон янзын үзэл байдаг. Fulmer ба түүнтэй хамтран судлаачид УИС-

ын үед эрүүл уушигтай харьцуулахад уушигны ерөнхий коллаген ихсэхгүй харин уушигны эрүүл эдийн дотор агуулагддаг 5 хэлбэрийн коллагенаас 1 ба III хэлбэрийн коллагены харьцаа алдагддаг гэжээ. Харин сүүлийн судалгаанаас үзвэл эрүүл уушигны хуурай жингийн 15%-ийг коллаген эзэлдэг бол УИС-ийн үед уушигны хуурай жингийн коллагены агууламж 25% хүртэл нэмэгддэг гэжээ (Madri and Furthmayr, 1987).

Эсийн хөдлөл зүй.

Шалтгаан нь тодорхойгүй энэ өвчний эмгэг жамын ойлголтод эсийн хөдлөл зүйг судлах нь ихээхэн ач холбогдолтой билээ. Өвчний эхэн үед цочмог альвеолит нь уушигны цулцанд олон дүрсийн бөөмт цагаан эсүүд бөөгнөрөх явдлаар илэрнэ. Энэхүү олон дүрсийн бөөмт цагаан эсийн бөөгнөрөлд цулцангийн ханын суунги эс болох макрофаг гол үүрэгтэй байдаг. Цулцангийн макрофаг эсүүд олон дүрсийн бөөмт цагаан эсийг татагч хемотаксисын хүчин зүйл ялгаруудлаг гэж үздэг байна. УИС-т өвчтөний цулцангийн макрофаг эсүүд нь хемотаксисын хүчин зүйлс ялгаруулах идэвхижилээр эрүүл уушигны макрофаг эсүүдээс олон дахин илүү байдаг учир миелопероксидаза, коллагеназа, эластаза, катепсин зэрэг үрэвсэлийн хүчтэй медиаторуудыг ялгаруулахад хүрдэг байна. Үүнээс гадна цулцангийн макрофаг эсүүд нь их хэмжээний фибронектин, PDGF (Platelet derived growth factor) ш үрүүлдэг нь фибробластыг татан авчирч түүнийг үржүүлснээр коллаген нийлэгжүүлэх боломжийг нэмэгдүүлнэ. Бусад цитокинууд (IL-1) ч фибробластын үржлийг тэтгэнэ (6, 9).

Ном зүй

1. Madri JA, Furthmayr H. Collagen polymorphism in the lung. Humen Pathol. 1980; 11, 353-366
2. Scadding JG. Fibrosing alveolitis. B.Med J. 1964; 2; 686.
3. Gough J.G. Fibrosing alveolitis. B.Med J. 1964; 2; 818.
4. Liebow AA, Carrington CB The interstitial pneumonia. In: Simon M. Frontiers pulmonary radiology. New-York, 1967
5. Pulmonary Fibrosis [http \ www.lung.ca\ disease. Html](http://www.lung.ca/disease.html). 02 \ 2 \ 6
6. Л.Галцог. Эрхтэн тогтолцооны эмгэг судлалын лекцүүд. Улаанбаатар 2001, хуудас 31-32
7. Ed D.H. Dail. S. P. Hammer. Pulmonary Pathol. 1987, p 1142-1146
8. Pathology of the lung 1990. P 788-793

L. Galtsog,

A. Oyunbileg,

O. Enkhtsetseg.

Summary-An observation of Idiopathic pulmonary fibrosis in a women 24 years with an acute, rapidly progressive course. This case is characterized by diffuse fibrosis in the intraalveolar septae, with productive desquamative alveolitis and formation of lymphoid-macrophage cell reaction. In the vasculature system of the pulmonary artery was obtained marked sclerosis and thickness of their wall. Clinically this case is characterized sudden onset and severe dyspnoe and peripheral cyanosis.

УУШГИНЫ ГАЖ ХӨГЖИЛ, ЗИВЕРТ-КАРТАГЕНЕРИЙН ХАМ ШИНЖИЙГ ОНОШИЛСОН НЬ:

А. Оюунбилэг.

Д. Туяа.

Төрөлхийн гаж хөгжил гэдэг нь үр хөврөл болон үргийн өсөлт хөгжил гажиж эрхтэн болон бие организмд гарсан морфологийн тогтвортой өөрчлөлт юм. Амьсгалын эрхтний гаж хөгжлийн талаар 1961 онд А. Н. Бакулев, В. С. Колосникова, 1970 онд А. И. Силруков, И. М. Кодалова нар бичиж байсан ба амьсгалын эрхтний гаж хөгжлийг дараахь байдлаар 4 зэрэг болгон ангилж байжээ:

1. Гуурсан хоолойн анхдагч нахиа хөгжөөгүйн улмаас уушги үүсэхгүй агнези
2. Гуурсан хоолойн анхдагч нахианы дутуу хөгжлийн улмаас уушигны аплази
3. Уушгины дутуу хөгжил гипоплази
4. Жижиг гуурсан хоолойн дутуу хөгжлийн улмаас үүссэн уушигны поликистоз

Амьсгалын эрхтний гаж хөгжил нь заримдаа шинж тэмдэггүй, амьсгалын замын өвөрмөц бус өвчнүүдийн дор нуугдмал явагдах, халдвараар хүндрэх, залуу насанд хөдөлмөрийн чадвар алдах, цаашилбал үхэлд хүргэж болзошгүй байдаг. Уушгины төрөлхийн гаж хөгжил нь удаан зөөлөн явцтай, үрэвсэл нь аажим даамжирдаг, архаг шинжтэй, халдвараар хүндэрдэг, идээт үрэвсэл байнга сэдэрэлттэйгээр явагддаг онцлогтой. Одоо 1984 онд ЗХУ-ын эрдэмтэн Н. В. Путов, Г. Б. Федосеев нарын амьсгалын эрхтний гаж хөгжлийн талаар хийсэн ангиллыг лав баримталж байгаа.

Үүнд амьсгалын эрхтний гаж хөгжлийг 5 бүлэг болгон ангилсан.

1. Уушгины бүтцийн элементийн дутуу хөгжил.

1. Уушгины агнези

2. Уушгины аплази
3. Уушгины энгийн гипоплази
4. Уушгины уутанцарт гипоплази
5. Трахеобронхомегали
6. Вильямс-Кемпелийн хам шинж
7. Төрөлхийн дэлбэнгийн эмфизем
8. Маклеодын хам шинж

2. Ургийн гаж хөгжлийн улмаас үүссэн нэмэлт бүтэц

1. Хэвийн цусан хангамжтай нэмэлт дэлбэн
2. Дэлбэнгийн гадна байрлах секвестер
3. Уушгины уутанцар
4. Дэлбэнгийн дотор байрлах секвестер
5. Гамартом

3. Уушгины анатомын бүтцийн буруу байрлал

1. Толин уушги /Зеркальное легкое/
2. Уушги эсрэгээр байрлах
3. Цагаан мөгөөрсөн хоолойноос салаалсан гуурсан хоолой
4. Цагаан мөгөөрсөн хоолой болон гуурсан хоолойн гаж хөгжил
5. Цусны болон тунгалгийн судасны гажиг

4. Цагаан мөгөөрсөн хоолой болон гуурсан хоолойн гаж хөгжил

1. Цагаан мөгөөрсөн хоолой болон гуурсан хоолойн нарийсалт
2. Цагаан мөгөөрсөн хоолой болон гуурсан хоолойн цүлхэн
3. Цагаан мөгөөрсөн хоолой болон гуурсан хоолойн цорго
4. Хавсарсан гажиг

5. Цусны болон тунгалгийн судасны гажиг

1. Уушгины артерийн болон түүний салааны нарийсалт
2. Артер-венийн цорго
3. Лимфоангиоэктази

Амьсгалын эрхтний гаж хөгжлийг оношлохын тулд өвчтөнд иж бүрэн шинжилгээ хийх, бронхографи, ангиопульмографи хийх,

өвчтний анамнезийг зөв авах, өвчний эмнэл зүй, явц, сэдэрлэл, өөрчлөлтөнд зөв дүгнэлт хийх нь оношийг бүрэн зөв тогтооход ач холбогдолтой. Үүнтэй холбогдуулан манай тасагт эмчлүүлсэн өвчтөнд уушги эсрэгээр байрлах Зиверт-Картагенерийн хам шинжийг оношилсон тухай танилцуулъя. Зиверт-Картагенерийн хам Ө: шинж нь уушигны анатомын бүтцийн байрлал өөрчлөгдсөн эмгэг юм.

1. Уушги эсрэгээр байрласан 3 дэлбэнт уушги зүүн талд, 2 дэлбэнт уушги баруун талд, зүрх баруун талд, элэг зүүн талд гэх мэт дотор эрхтний байрлал өөрчлөгдөх
2. Гуурсан хоолойн тэлэгдэл нь намираа эпителийн хөдөлгөөний төрөлхийн дутагдалтай хавсрах
3. Пансинусит. Хамрын дайвар хөндийн эмгэг 3 хавсарч байвал Зиверт-Картагенерийн хам шинж гэж нэрлэнэ. Эрүүл хүмүүстэй харьцуулахад гуурсан хоолойн тэлэгдэл 5-10 дахин их байна. Энэ хам шинжийг анх 1902 онд Зиверт, 1933 онд Картагенер бичсэн байна. Тоо баримтаас үзэхэд 30000-60000 шинжилгээнд хамрагдсан хүмүүсээс 1 тохиолдол гардаг. /И. Т. Далиян 1970, М. Трииноаун 1985/ Зиверт-Картагенерийн тухай 1979 онд дэлхийн хэвлэлд 700 тохиолдол гарсан байна. Одоогоор 810 тохиолдол бичигдээд байгаа юм. Уг хам шинжийн үед идээт эндобронхитийн шинж тэмдэг давамгайлдаг.

Сүүлийн үед гуурсан хоолойн намираа эпителийн хөдөлгөөний төрөлхийн дутагдалд ихээхэн анхаарал тавьж байгаа юм байна. (Хөдөлгөөнгүй намираа эпителийн хам шинж ч гэж нэрлэдэг бөгөөд эрэгтэйчүүдэд үргүйдлийн шинж тэмдэг гардаг.)

Дотор эрхтний эсрэг байрлал нь муко-цилиар цэвэрлэгээний төрөлхийн өөрчлөлттэй холбоотой байдгийг тогтоожээ. Намираа эпителийн хөдөлгөөнгүй болох хам шинжийн үед хамрын хөндий, амьсгалын зам, гуурсан хоолойн цэвэрлэх үйл ажиллагаа алдагдаж, уушигны доод хэсэгт, хамрын хөндийд архаг идээт үрэвсэл явагдана. Оношлогоонд:

1. Амьсгалын замын халдварт ханиад томуу, идээт гуурсан хоолойн үрэвсэл, уушигны үрэвслээр өвдөмтгий дахилтат идээт бронхит, гайморит, идээт цэр элбэг /250 мл/, зарим үед халуурна.

2. Үзлэгт: Гарын хуруу үзүүрээрээ өргөссөн, хумс цагны шил шиг болно. Чагналтаар нойтон хэржигнүүртэй, зүрх баруун талд, элэг зүүн талд байрлана.
3. Рентгенд зүрх баруун талд, уушги эсрэгээр байрлана.
4. Бронхография- Уушгины байрлал эсрэгээр солигдсон, уушигны доод хэсгээр гуурсан хоолойн тэлэгдлийн шинжүүд гарна. /Баруун талд суурийн болон язычковый сегмент, зүүн талд дунд сегментүүдэд гуурсан хоолойн тэлэгдэл илүүтэй гарна.
5. Хамрын хөндийн дайвар зураг авах: Синусит, гайморит, гипоплази

Эмчилгээнд:

Үндсэн эмчилгээ: Мэс заслын эмчилгээ Санация: Хамрын хөндийн эмчилгээ, ЛОР эмчийн хяналтад байх.

Өвчтөн Ч. Өвчний түүх №5433. Нас 44. Эмэгтэй. Халх. БЗД-ийн харъяат. Багш мэргэжилтэй. Одоогоор ажилгүй. 1999.05.26-06.28 хүртэл УСК-т 30 хоног эмчлэгдсэн. Эмнэлэгт хэвтэх үеийн онош:

Зовиур:

Ханиалгаж, эвгүй үнэртэй ногоон цэр гарна, амьсгаадна, цээжээр өвдөнө, хатгуулна, халуурна, бие арзайж чихүүдэс хүрнэ, толгой өвдөнө, хоолонд дургүй.

Anamnesis morbi: 10-аад хоногийн өмнөөс ногоон цэр гарах нь элбэгшиж, цээжээр өвдөж өвчин эхэлсэн. Сэрүүний улиралд ханиалгаж амьсгааддаг болоод 20 гаран жил болсон. Сүүлийн үед сэдрэлт ойр ойр амархан өгдөг болсон. 1990 оноос хойш жил бүр эмнэлэгт хэвтдэг болсон. Энэ оны 1-р сард дүүргийн эмнэлэгт 20 хоног хэвтэн эмчлүүлсэн. Мөн 2-р сард Дотрын 5-р тасагт 18 хоног эмчлэгдэж гарсан.

Anamnesis morbi: Хүүхэд ахуй үедээ уушигны үрэвслээр олон удаа өвдөж байсан.

Бодит үзлэгээр: Өвчтний биеийн байдал хүндэвтэр, хамар уруулын гурвалжин хөхөрсөн, гар хөлийн үзүүр хүйтэн, хумс товгор, хурууны үзүүр бөмбөрийн дохиур мэт болсон.

Арьсан доорхи өөхлөг эдийн хөгжил сул. Цээжний хэлбэр астеник. 3,4-р хавирганы яс өвчүүтэй ойролцоо овойж гадагш то-

войсон, зүүн талдаа давамгай том.

Амьсгал 1 мин-д 24 удаа. Амьсгалд туслах булчингууд оролцно. Цээжний доод хэсэг амьсгалд хоцорч оролцно. Уушги чагнахад 2 талдаа цулцангийн амьсгалтай, доод хэсгээр хяхтнасан хуурай ба дунд бөмбөлөгт нойтон хэржигнүүр холимог сонсогдоно.

Зүрхний авиа тод жигд түргэссэн, зүрхний цохилт 1 мин-д 90-92 удаа. Хэвлий зөөлөн, элэг зүүн талд хавирганы нумаар тэмтрэгдэнэ. Өтгөн, шингэн хэвийн.

Өвчтний зовиур шаналгаа, бодит үзлэг, клиник анамнезээс үндэслэн эмнэл зүйн урьдчилсан онош Зиверт Картагенерийн хам шинж. Амьсгалын дутагдал 2-р зэрэг.

ШИНЖИЛГЭЭНИЙ ТӨЛӨВЛӨГӨӨ:

1. Цусны ерөнхий шинжилгээ
2. Шээсний ерөнхий шинжилгээ
3. Уушгины эгц том зураг авах
4. Хэт авианы шинжилгээнд дотор эрхтэн харах
5. Цэрний есгөвөр авах АМЧҮЗэх
6. Цэрний ерөнхий шинжилгээ
7. Биохимийн шинжилгээ
8. Зүрхний цахилгаан бичлэг
9. Бронхография
10. Уушги дурандах
11. Чих хамар хоолойн эмчийн зөвлөгөө авах

Шинжилгээний хариу:

- 05.28. Цусны ерөнхий шинжилгээ
- 05.28 Шээсний ерөнхий шинжилгээ: Белок УдвесЮ12
- п/эп 9-12/харах талбай
- п/эп дүүрэн/харах талбай
- 20-22/харах талбай 05.27. Цэрний ерөнхий шинжилгээ: 1 10-12/харах талбай
- э 1-2/харах талбай
- х/э 7-9/харах талбай

05.27 Цэрний өсгөвөр: БК

Эмгэг төрөгч ургаагүй.

05.27 Биохими шинжилгээ: Н/билирубин 15,78 ммоль/л. Тимол 4,8 ед. Сульма 1,6 мл. Н/ уураг 81,25г/л. А-50. РХО-5. Х2-8. В-12 АГК-1,0 АСЛО_+~ Р<Р

05.27 Цээж гэрэлд харахад: 2 уушигны доод хэсэгт голомтот нэвчдэсийн сүүдэртэй, уушигны зураглал ихэссэн, торлог бүтэцтэй, уушигны угийн сүүлийн хэсэг 2 талдаа өргөссөн, нэвчдэсийн өөрчлөлттэй, зүрх баруун талд байрласан, ходоодны хий баруун өрцний доор байрласан. Синусууд чөлөөтэй.

06.14 Уушиг дурандахад энэ үед хоёр талын тархмал гуурсан хоолойн үрэвсэл 1-П зэргээр илэрнэ.

05.31 Хэт авиан шинжилгээнд: Дотор эрхтэний гаж байрлал баруун талд зүрх, зүүн талд элэг байрлана.

05.31 Зүрхний цахилгаан бичлэгт: Зүрх баруун талд байрлалтай Р-өндөр, Зүрхний булчингийн тархмал дистрофийн өөрчлөлттэй. Зүрхний зүүн ховдлын урд хананы голомтот өөрчлөлт гипокси илэрсэн.

06.14 Хамрын дайвар хөндийн рентген зурагт: Хоёр талын хамрын хөндийн идээт үрэвсэлтэй зэргээс үндэслэн:

Эмнэлзүйн эцсийн онош: Зиверт Картагенерийн хам шинж гуурсан хоолойн архаг идээт үрэвсэл, гуурсан хоолойн тэлэгдэл сэдэрлийн үе шатандаа хоёр талын хамрын дайвар хөндийн идээт үрэвсэл.

Эмчилгээнд:

1. Ампициллин 500000 ед/6 цаг булчинд 10 хоног
2. Гентамицин 80 мг гуурсан хоолойн дурангийн цацлагаар өдөр бүр
3. Клафоран 1 мг/12 цагаар 7 хоног булчинд
4. Бромгексин 8 мг 2 табл. өглөө, өдөр
5. 5%-4,0 в/в дуслаар № 10
6. Хамрын дайвар хөндийн угаалга №5, шарлага эмчилгээ
7. Физик эмчилгээ: Байрлалын дренаж, амьсгалын дасгал, нөхөн сэргээх эмчилгээ хийлгэж өвчтний биеийн байдал сайжирсан тул эмнэлгээс гарсан.

ДҮГНЭЛТ:

Өвчтөн олон удаа гуурсан хоолойн архаг идээт үрэвсэл гэж хэвтэн эмчлүүлж байсан боловч эмч нар өвчтөнд үзлэг хийхдээ хайнгадуу, өвчний учир шалтгааныг бүрэн илрүүлж чадаагүй, багажийн шинжилгээний эмч нарын дүгнэлт төгс биш зэргээс болж ховор тохиолддог энэ өвчнийг оношлолгүй өдий хүрсэн байна. Энэ өвчнийг оношилсон асуудал нь тухайн өвчтний өвчний хүндрэлээс урьдчилан сэргийлэх, эмчилгээний тактик боловсруулах, эрт мэс заслын эмчилгээний заалт гаргах, гуурсан хоолойн болон хамрын хөндийн архаг идээт үрэвслээс урьдчилан сэргийлж санацн эмчилгээг тогтмол хийж байх зэрэгт онцгой ач холбогдолтой.

Is of Zivert Kartagener syndrome, a of our study is to identify different developmental anomalies of respiratory and the diagnosis of Zivert Kartagener syndrome, an extreme rare disease among them. The syn-drom was first recognised by Zivert in 1902, and later it was completed by Kartagener in 1933. y The statistical data shows the incidence of the disease as once per 30-60 thousand head. The

by the following 3 main lungs and some internal organs for instance, 3 lobar lung is on the right and liver is on congenital lack of motion of ciliated ZKS consists as Immobile recurrent purulent

Kartagener syndrome /ZKS/

1. Combination of counter position on the right, 2 lobar lung is on
2. Bronchiectasis is combined ated epithelium syndrome/
3. Pansinusitis

The major criteria of the diagnosis

1. Presence of any infectious disease(s) of the respiratory endobronchitis complicated with pneumonia, large amount of purulent sputum up to 250 ml, fever
2. Clinical features: Clubbing occurs, coarse crackles and right sided heart can be heard, as well as left sided liver.
3. The chest X-ray shows dextro-position of the heart and counter-position of the lungs.
4. Bronchograms can detect the counter-position of the lungs and bronchiectasis localized in the lower lobes. The right basal lobe, lingula and the left middle lobe are the commonest sites for

localized disease.

5. The paranasal sinus X-ray films can show the signs of sinusitis, paranasal sinusitis and if sinuses. patient is required the treatment ENT Specialist. 'paranasal

Treatment-management: Main treatment is surgical. Additionally, and recommended to be under control c Conclusion:

We studied a 44 year-old, female patient, who was treated at our Department a couple 1999. With careful examination, combined with the result of laboratory tests and Diagnostic Imaging techniques we could reach to the Diagnosis of ZKS. Due to negligent physical examination of physicians and incorrect detection of the Diagnostic : Imaging Specialists, this rare syndrome was not diagnosed earlier, consequently, the patient had inadequate treatment till June 1999. The significance of the right Diagnosis is important to prevent complications of the disease and develop treatment methodology, including indication of early surgical treatment, prevention of severe chronic purulent endobronchitis and pansinusitis, as well as.

МОНГОЛ БОЛОН ГЕРМАН ДАХЬ ХОДООДНЫ ХОРТ ХАВДАРЫН БҮТЭЦ ЗҮЙ БОЛОН МЭС ЗАСЛЫН ЭМЧИЛГЭЭ 2000 ОН

У.Туяабаяр Дюсселдорф
Хайнрих Хайне Их
Сургуулийн Эмнэлэг
Анагаах Ухааны (PHD)
Докторын ажил

Ходоодны хорт хавдар ХБНГУ-д эмэгтэйчүүдийн хувьд хөхний хавдарын дараа эрэгтэйчүүдийн хувьд уушги, бүдүүн гэдэсний хорт хавдрын дараа 2, 3-рт орно. Нас баралт 100 мянган хүнд эрэгтэй 22.5, эмэгтэй 13.2 ногддог. Голо төлөв 55-70 насны хүмүүс байдаг ба хүйсний харьцаа 1.9:1 өөрөөр хэлбэл: эрэгтэйчүүд эмэгтэйчүүдээс 2 дахин илүү өвддөг.

Газар зүйн байршлын хувьд Бааяр орчимд 100000 хүнд ходоодны хорт хавдартай эмэгтэйчүүдийн нас баралт 28.5 байдаг ба ерөнхийдөө Альфийн нурууны орчимд суурьшсан хүмүүст илүү тохиолддог ба монгол улсын хувьд ч Хангай Алтайн уулсын бүсэд амьдардаг хүмүүс илүү өвчилж байгаа юм.

Ходоодны хорт хавдараар нас барах нь улс орнуудад янз бүр байдаг бөгөөд Японд ХБНГУ-аас 2 дахин их, АНУ Канадаас 5 дахин их байна.

Ходоодны хорт хавдраар өвчилж болох эмзэг бүлэгт удам дамжиж ходоодны хорт хавдраар өвчилсөн гэр бүлийнхэн, нэгдүгээр бүлгийн цустай хүмүүс, пернициоз цус багадалт, архаг хатангаршилт /фетрофи/ ходоодны өрөвслөөр өвчилсөн хүмүүс, нийгмийн ядуу давхарага, уулынхан буюу уул уурхайн ажилчид, металл боловсруулагчид, загасчид, хэвлэлийн ажилчид, засал чимэглэлчид, нэхмэл керамикийн үйлдвэрийн ажилчид судлагдсан..

Хүрээлэн байгаа орчны хувьд хотжилт, уудаг усанд цинк, нитрот, нитрит хатуулаг ихэссэн, агаарт утаажилт ихтэй, галт уулын ойролцоох амьдрагсадад ходоодны хорт хавдраар өвчлөхөд

тодорхой хэмжээгээр нөлөөлдөг байна.

Оношлогооны хувьд аль ч оронд өвчтөнүүдийн ихэнх нь /гуравны хоёроос их/ зовиур эхэлснээс хойш сарын дараа эмчил үзүүлдэг:

Рентген оношлогоо өнөөдөр ч ач холбогдлоо алдаагүй байгаа бөгөөд зөв техникээр эрт оношлох бүрэн боломжтой. Эндоскоп бол мэс заслын өмнө өндөр магадлалтай бүрэн оношлох найдвартай арга юм. Эндозонграфаар салст дахь өөрчлөлтүүдийг тодорхой тогтоохоос гадна хавдрын үе шатыг тогтоож болно.

Компьютер томографийн тусламжтайгаар ходоодны хорт хавдрын нэвчдэлийн хэмжээ тунгалгийн булчирхайнуудад үсэрхийлсэн байдал мэс заслын цар хэмжээг тогтоож болно. Мөн цусанд карциноэмбриональ антигенийг /CEA/ тодорхойлох шаардлагатай.

Улаан хоолойн төгсгөл ходоодны амсар хэсгийн хорт хавдрын хүйсийн харьцаа 3.3:1 буюу эрэгтэйчүүд илүү өвдөж байгаа бөгөөд I типийнх 32%, II типийнх 25% III типийнх 43% буюу ходоодны амсар их бие рүү түрсэн хэсгийн хавдар илүү тохиолдож байна. Лауерийн ангиллаар салстын хэлбэр

Өөрөөр хэлбэл ходоодны амсраас дээш хэсэгт улаан хоолойн булчинлаг давхаргад хавдрын нэвчдэст өөрчлөлт харьцангуй бага байгаа нь ажиглагдаж байна.

Улаан хоолойн төгсгөл, ходоодны эхэн хэсгийн хорт хавдрын үеийн мэс засал эмчилгээний үр дүн, нас баралт наслалт

Мюнхений Техникийн Их Сургуулийн мэс заслын клиникийн судалгаагаар ходоодны хорт хавдартай 307 хүнд Лаурекийч ангиллаар өнгөц хэлбэр 45.9% нэвчдэлт хэлбэр (Жизе) 36.5%, холимог хэлбэр 17.6% байгаа ба Монголд өнгөц хэлбэр 18.3% нэвчдэлт хэлбэр 29.4% холимог хэлбэр 52.2% байгаа юм. Өөрөөр хэлбэл ходоодны хорт хавдар 1990-1998 оны байдлаар харьцангуй хожуу оношлогдож байна.

Хавдрын байршлын хувьд ходоодны эхэн хэсгийн хавдар 129 (36%), их биеийн хавдар 86 (24%), гарах хэсгийн хавдар 124 (34.5%) байгаа ба Монголд ходоодны эхэн хэсгийн хавдар 144 (40%) их биеийн хавдар 153 (42%) гарах хэсгийн хавдар 63 (17.5%) буюу улаан хоолойн төгсгөл ходоодны амсар хэсгийн хавдар, их биеийн хэсгийн хавдар зонхилж байна.

Судлагдсан 360 өвчтөний 261 (72.5%) эрэгтэй, 99 (27.5%) эмэгтэй ба эрэгтэйчүүд эмэгтэйчүүдээс бараг гурав дахин илүү өвддөг нь Германыхаас эрэгтэйчүүдийн өвчлөх тоо их байна. (эрэгтэй эмэгтэйн тооны харьцааны хувьд)

Ходоодны хорт хавдар өвчний патогистологийн судалгаа, мэс заслын эмчилгээний арга, хагалгааны дараахь өрхийн эмчийн хяналт, мэс заслын клиникийн бусад эмнэлгүүдтэй харилцан уялдаатай ажиллагаа, оношлогоо эмчилгээний багаж, эмч сувилагч мэргэжилтнүүдийн мэргэжлийн түвшин, харьцааны соёл манай улсад ХБНГУ-ынхаас хол зөрөөтэй байна.

Сүүлийн жилүүдэд Монгол улсад хорт хавдар өвчний тоо үүний дотор ходоодны хорт өвчин мөн ихсэж байна. Эмч мэргэжилтнүүдийн хэлний боловсролыг дээшлүүлэх тус салбарт орчин үеийн түвшинд мэргэжлийн чадвартай харьцааны өндөр соёлтой боловсон хүчин анагаах ухаан хөгжсөн орнуудад бэлтгэх төдийн шаардлага манай улсын эрүүл мэндийн бодит шаардлага болж байна.

Surgery is primary mode of therapy for stomach cancer. The principles of Surgery are: Laparotomy for staging, wide en bloc resection of the primary tumor and lymphadenectomy for staging as well possible therapeutic benefit. Reasonable efforts should be made intraoperatively to prevent intraluminal and intraperitoneal spread.

There is no well defined role for radiation therapy as adjuvant treatment in stomach cancer. For primary lymphoma of stomach surgery is no longer necessary for pathologic diagnosis and staging of gastric lymphoma because of improved endoscopic biopsy and modern imaging technics. At least equal results may be compared to surgery by widefield megavoltage radiotherapy and polychemotherapy without prior resection.

1. Coggon D, Acheson ED (1984) The geography of cancer of the stomach. Br Med Bull 40/4:335-341
2. Correa R (1970) LAP. Maude Lecture. Geographic pathology of cancer in Columbia. Int Pathol 11:16
3. Correa P, Cuello C, Fajardo CF, Haenszel W, Bolacos O, dc Ramirez B (1983) Diet and gastric cancer: Nutrition survey in a high-risk area. J Natl Cancer Inst 70:673-678
4. Correa P, Cuello C, Haenszel W (1976) Pathogenese des

Magencarcinoms - Epidemiologische., Pathologie vorhandener Lasionen. Leber Magen Darm 6:72-79

5. Correa P, Sasand N, Stemmermann GN, Haenszel W (1973) Pathology of gastric carcinoma in Japanese population. Comparisons between Miyagi prefecture. Japan and Hawaii. J Nati Cancer Inst 51:1449.
6. Cullinan SA, Moertel CB, Fleming TR et al. (1985) A comparison of three chemotherapeutic regimens in the treatment of advanced pancreatic and gastric carcinoma. JAMA 12:2061-2066.
7. Cunningham D (1988) Gastric cancer- the recognition of a chemosensitive tumour. Br J Cancer 58:695-699;
8. Cuschieri A (1986) Gastrectomy for gastric cancer: definitions and objectives. Br J Surg 73: 513-514.
9. Dekker WGN, Tytgat N (1977) Diagnostic accuracy of fiberoendoscopy in the detection of upper intestinal malignancy. A follow-up analysis. Gastroenterology 73:710-714
10. Dent DM, Madden MV, Price SK (1988) Randomized comparison of R₁ and R₂ gastrectomy for gastric carcinoma. Br J Surg 75: 11d-112
11. D'ehl JT, Hermann EH, Cooperman AM, Koerr SO (1983) Gastric carcinoma. A ten year review. Ann Surg 198:9-12

ГАРЧИГ

ХОЁР ОН, ХОЁР ДУГААР (Эрдмийн бичиг, №2-ын өмнөтгөл)	3
---	---

I БҮЛЭГ. НАМТАР, ТҮҮХ

Г.Цагаанхүү: Готовын ЛОДОН	6
--	---

Ц.Мухар: Т.ШАГДАРСҮРЭН	14
--	----

Н.Даваацэрэн: Пэлжээгийн ДОЛГОР	22
---	----

Н.Даваацэрэн: Вандан-Ишийн ИЧИНХОРЛОО	27
---	----

Б.Дагданбазар, Ш.Бат-Эрдэнэ: Л.ШАГДАР	30
---	----

II БҮЛЭГ. ДОТОР ӨВЧИН, МЭДРЭЛ СУДЛАЛ

Н.Туул: "Нойр булчирхай архаг үрэвслийн өвчлөл, оношилгоо, эмчилгээний байдалд хийсэн судалгаа"	35
--	----

С.Баярсайхан: "Ахимаг настангуудад хийх гипертензийн эсрэг эмийн эмчилгээ"	44
---	----

Д.Нарантуяа, Г.Дэжээхүү, Г.Тогтох: "Монгол хүмүүсийн дунд тохиолдох зүрхний шигдээсийн хүндрэлүүд"	50
---	----

III БҮЛЭГ. МЭС ЗАСЛЫН ӨВЧИН СУДЛАЛ

Л.Шагдар, Ш.Бат-Эрдэнэ, А.Баярсайхан,

Л.Бямбасүрэн, Д.Батчулуун:

“Хамрын дайвар хөндийн дурангийн
мэс заслын асуудалд” 54

Д.Нямсүрэн, Г.Нямхүү:

“Нарийн гэдэсний гогцоогоор шээлгүүрийг
орлуулах мэс заслын нөхөн сэргээх эмчилгээний онол,
практикийн асуудалд” 57

Д.Нямсүрэн:

“Шээс-бэлгийн замын цоорхойн мэс засал
эмчилгээний асуудалд” 63

А.Наранцацралт:

“Дуу авиа судлалын лабораторт
хийсэн судалгаа” 71

П.Сэлэнгэ, Л.Ганболд, Х.Баялагмаа:

“Мэс заслын эмчилгээний дараах үеийн
өвдөлтийн эрчмийн судалгааны дүн” 75

Б.Гоош, Ж.Биндэръяа:

“Ходоод, гэдэснээс цус гарах” 84

IV БҮЛЭГ. ОНОШИЛГОО**Т.Пүрэвжав:**

“Ясны архаг идээт үрэвслийн (остеомиелит)
клиник, рентген шинжийн асуудалд” 91

Ц.Бадамсэд, Р.Пүрэв, Р.Болдбат, Д.Оюунбат,**А.Сайнжаргал, Т.Дуламсүрэн, Д.Баярмаа, Д.Болормаа:**

“Гавал тархиныг эдийн доторх буглааны
компьютер томографи оношилгоо” 98

Д.Энхбаяр, Г.Энхдолгор, Г.Батдолгор:

“Архины шалтгаант архаг панкреатитийн
эмнэл зүй” 103

Л.Галцог, А.Оюунбилэг, О.Энхцэцэг:

"Уушигны идиопатик сорвижил" 108

V БҮЛЭГ. МЭДЭЭЛЭЛ

А.Оюунбилэг, Д.Туяа:

"Уушигны гаж хөгжил, зиверт-картагенерийн
хам шинжийг оношилсон нь" 119

У.Туяабаяр Дюсселдорф Хайнрих Хайне Их Сургуулийн
Эмнэлэг Анагаах Ухааны (PHD) Докторын ажил:

"Монгол болон герман дахь ходоодны хорт хавдрын
бүтэц зүй болон мэс заслын эмчилгээ" 127

