

№1

ЭРДМИЙН БИЧИГ



УЛСЫН КЛИНИКИЙН
ТӨВ ЭМНЭЛЭГ

ЭРДМИЙН БИЧИГ №1

610.001



Улсын Клиникийн Төв Эмнэлэг

ЭРДМИЙН БИЧИГ

№1

**Улаанбаатар хот
2001**

© “Эрдмийн Бичиг”

Proceedings of Scientific Articles

Эмхэтгэгч: Ц.Мухар

Редактор: Д.Энхбаяр

Хаяг: Улаанбаатар хот,
Сүхбаатар дүүрэг
Карл Марксын гудамж 2
Утас: 976-11-318007
Факс: 976-11-323857
Email: scch@magicnet.mn

Эх бэлтгэгч: И.Зориг

"Шувуун Саарал" ТӨҮГ-т 200 хувь хэвлэв.
Улаанбаатар 2002

"ЭРДМИЙН БИЧИГ" ТӨРСНИЙ УЧИР

(Өмнөх үг)

Улсын клиникийн төв эмнэлэг ХХ зууны эхэнд төрөөд 76 насандаа ХХI зуунтай золголоо. Дөрвөн жилийн дараа 80 нас хүрнэ. Түүхэн энэ богинохон хугацаанд манай эмнэлэг адармаатай их зам туулж, Монголын эрүүлийг хамгаалахад тодоос тод мөрийг гаргажээ.

Анхны жилдээ амбулаториор 2,376 хүн үзэж, 26 хүнийг хэвтүүлэн эмчилж байсан энэ эмнэлэг одоо жилд 160,000 хүнийг үзэж шинжилдэг, 15,000 хүнийг хэвтүүлэн эмчилдэг болжээ. Энэ хугацаанд Монголын эрүүл мэндийн бараг бүх салбар (төрөх-эмгэ-тэйчүүд, хүүхэд, гэмтэл, сүрьеэ, бэлгийн замын халдварт өвчин, сувилагчийн сургууль... гээд) манай эмнэлгээс төржээ. УКТЭ 1942 оноос эхлэн их эмч нарыг бэлтгэх сургалтын эмнэлэг (teaching hospital), улмаар клиникийн эмнэлэг (university hospital) болж эх орны ууган эрдэмтдийн нэрээр дотрын (проф. Б.Рагчаа), мэс заслын (академич Т.Шагдарсүрэн, П.Долгор) мэдрэлийн (проф. Г.Лодон) улмаар төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн (цус судлал - Ш.Жигжидсүрэн, Ч.Цэрэннадмид, бөөрний мэс засал - Н.Лувсанбалдан, лабораторын алба - Б.Лувсанноров, зүрх судлал - Но.Дондог, чих хамар хоолой судлал - проф. Л.Шагдар) тусламжийн дэг сургууль бий болж, ахмад, дунд, залуу үеийн эрдэмтэд, эмч нар бэлтгэгдсэн юм.

УКТЭ-ийн элэг цөсний замын мэс засал 1990 онд (П.Долгор, Б.Гоош, Г.Нямхүү, А.Отгондалай, Н.Даваацэрэн, Г.Лхагважав), бөөрний мэс засал 1997 онд (Ө.Бямбаа, П.Янжин, Д.Нямсүрэн, Ж.Нарантуяа, М.Намсрай, Ж.Эрдэнэцэцэг) шинэ салбар, шинэ технологи нэвтрүүлсний төлөө Монгол улсын төрийн шагнал хүртсэн.

Энэ эмнэлэг хөдөлмөрийн баатар А.Отгондалай, Г.Нямхүү гавьяат эмч Н.Лувсанбалдан, Р.Нямаа, Б.Рагчаа, Л.Дагзмаа, Г.Лхагважав, Ё.П.Бадер, Б.Гоош, Д.Бадарчин, Х.Аюуш, Ж.Баасанхүү, Ч.Цэрэннадмид, Ж.Биндэрьяа, Г.Цагаанхүү, Х.Гэлэгжамц, Т.Пүрэвжав, Э.Санжаа, Л.Шагдар нарыг төрүүлсэн, олон жилийн зузаан туршлага, уламжлал, шинэчлэлийг шинэ залуу үедээ өвлөн дамжуулж ирсэн юм.

Эмнэлгийн шинжлэх ухааныг бүтээл туурвил, нас, туршлагаар нь үнэлдэг дэлхийн жишиг байна. Монголын ууган эмнэлэг УКТЭ-ийн эмч, багш, удирдагч байна гэдэг бидний бахархал мөн.

УКТЭ эрдэм шинжилгээний ажлын хувьд баялаг материаллаг баазтай түшиц эмнэлэг учраас олон ахмад багш, эрдэмтдийн бүтээлийн эх материал, билэг оюуны нөөцийн сан хөмрөг болон үлдсэн билээ. Шинжлэх ухааны доктор В.Ичинхорлоо (1961), Б.Рагчаа (1979), П.Долгор (1979), Л.Шагдар (1988), Б.Гоош (1989), А.Өлзийхутаг (1990), П.Онхуудай (1991) болон дэд эрдэмтэн Р.Нямаа (1963), Ч.Цэрэннадмид (1964), Э.Санжаа (1970), Ш.Жигжидсүрэн (1971), Р.Равдандорж (1971), Д.Сэлээ (1974), Т.Пүрэвжав (1976), Д.Балдандорж (1977), Г.Цагаанхүү (1979), Х.Гэлэгжамц (1981), Ц.Цэрэн (1981), Н.Даваацэрэн (1985), С.Сонин (1990), Б.Цэенпил (1991), С.Санжаабямба (1993), Д.Нямсүрэн (1999), М.Намсрай (1999), Ж.Баасанхүү (2000), Б.Бямбадорж (2001) нарын бүтээлүүд нь УКТЭ-ээс цаашдаа эрдэмтэд ундрэн гарах боломжтойг харуулж байна. Шинжлэх ухаан, сургалт, эмнэлгийн ажлын цогцолбор нь олон үеийн эмч эрдэмтний оюунлаг охь болсон УКТЭ-ийг эрдмийн шавь сургуультай эмнэлэг гэж бэлэгшээн өргөмжлөх цаг үе нь нэгэнт бий болжээ.

Хүмүүс бодьгал чанараараа биш, оюун ухаанаараа мөнхөрдөг. Энэ зууны анхны жил (2001) Улсын клиникийн төв эмнэлгийн оюуны бүтээл "Эрдмийн бичиг"-ийн анхны дугаарыг та бүхний гар дээр өргөн толилуулж байна.

Энэ цоморлигт манай эмч, багш, эрдэмтдийн хамгийн дорвилог тухайн жилийн эрдмийн бүтээлийг эрдэм шинжилгээний өгүүлэл байдлаар тусгаж байхыг эрмэлзэнэ.

Эрдэм номын өлзий хутаг орших болтугай.

Профессор Ц.Мухар
2001-12-10

I БҮЛЭГ ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН МЕНЕЖМЕНТ

МОНГОЛ ХҮНИЙ ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ҮНЭЛГЭЭ, ДҮГНЭЛТ

Ц.Мухар док. проф

Эрүүл мэнд бол нийгмийн үр дагавар, нийгмийн харилцааны тольдуур төрийн тогтолцооны илтгүүр байдаг.

Ийм учраас эрүүл мэндийг улс, төр нийгмийн дэвшлээс салангид авч үзэх боломжгүй. Эрүүл мэнд бол улс төрийн асуудал. Өвчин бол нийгмийн хоцрогдол, төрийн тогтолцооны гажуудлын илрэл гэдгийг дэлхий нийтээр хүлээн зөвшөөрчээ.

Эрүүл мэндийг хүний хөгжлийн индексээр, нэг хүнд оногдох дотоодын нийт бүтээгдэхүүний (ДНБ) хэмжээ, дундаж нас, эх хүүхдийн эндэгдлээр шалгуур болгодог, үнэлдэг болжээ.

Хамгийн урт наслалттай (дундаж нас 79) Япон оронд нэг хүнд оногдох ДНБ 28,190 ам.доллар байхад, хамгийн богино наслалттай (дундаж нас 42) Уганда улсад 170 ам.доллар байгааг дэлхийн банк судлан тогтоожээ. (World Development Report, 1995)

Нийгмийн хоцрогдол юунд хүргэдгийг Монголоороо жишээ авъя.

Өнгөрсөн зууны хориод оны монголд, төрсөн хүүхдийн тал нь ойнодоо хүрдэггүй төрж байгаа эхчүүдийн 13 хүртэлх хувь нь амь насаа алддаг, насанд хүрсэн 3 хүний 1 нь тэмбүү, заг хүйтэн өвчинд нэрвэгдсэн, өсөлтгүй болсон 542,000 (1918) хүн амтай байлаа

Энэ үеийн Монголд жилд 15,000 хүн нас барж байхад 10,000 орчим хүүхэд төрөөд 5,000 нь ой хүрэлгүй эндэж, хүн ам жил бүр 9-10 мянгаар хорогдож, монгол хүний дундаж нас 25-30 байсан юм.

Судлаачид, нийгмийн зүтгэлтнүүд энэ үеийг монголын хүн ам,

нийгэм, байгалийн мөхөлд орж байсан үе гэж дүгнэж байв. Тэр цагт Монголд эрүүл мэндийг хамгаалах төрийн тогтолцоо, нийгмийн бодлого бага буюу огт байхгүй байсан гэж үзэж болно.

Нийгмийн олон талт арга хэмжээний дүнд 1938 онд 1,000 хүн амд төрөлт 21.0, нас баралт 20.5 болж хүн амын цэвэр өсөлт (0.05) анх ажиглагдсан бол хорин жилийн дараа (1958) 3.0% болж тогтворжсон юм. Харин 90-ээд онд цэвэр өсөлт буурах хандлага гарсан (хүснэгт1)

Хүснэгт 1

Монгол хүн амын цэвэр өсөлтийн хөдлөл

Онууд	1000 хүн амд		Цэвэр өсөлт
	Төрөлт	Нас баралт	
1924	?	25-30	-
1938	21,0	25,5	0,05
1940	26,1	21,8	1,8
1955	31,8	13,9	1,8
1958	40,6	10,0	3,0
1968	42,9	10,0	3,3
1974	40,1	9,0	3,1
1990	35,3	8,5	2,6
1995	23,7	7,3	1,6
1997	20,9	7,2	1,4
1999	21,0	6,2	1,5

Эрүүл мэндийг төрийн бодлого болгон улсын эрүүлийг хамгаалахын тогтолцоо бий болсон, 70 жилд хүн амын тоо 4 дахин, дундаж нас 21 дахин, хүүхдийн эндэгдэл 10 дахин багасчээ

Хүн болгоны мэдэх, түүхийн сан хөмрөгт орсон энэ хуучирсан тоог дахин сөхсөний учир бол түүх давтагддаг, түүх бүхлээрээ сургамж болдог тухай цухасхан дурсах хэрэгцээ байна гэж үзсэнийх.

Өнөөдөр дэлхийн хамгийн цөөхөн хүн амтай, уудам нутагтай Монгол орны хүн амын цэвэр өсөлт бараг 2 дахин буурлаа.

Бэлгийн замын халдварт өвчин сүүлийн 10-аад жил олон да-

хин өсч байна.

Энэ хугацаанд монгол хүний нас баралтын шалтгаанд хэргийн улмаас нас барсан буюу хүнд хорлогдож амь насаа алдах, амиа егүүтгэх тохиолдол тодорхой байр эзлэх боллоо. Ийм нөхцөлд 60, 70 жилийн өмнөх монгол хүний эрүүл мэндийн түүхийн гэрчийг дахин дуудах хэрэг байна уу?

Монголын анагаах ухааны эрдэм шинжилгээний хүрээлэнгүүд хүн ам зүй хүний нийгэм, эрүүл мэндийн талаар энэхүү нэн хуучин асуудалд анхаарлаа төвлөрүүлж, түргэн өсөлттэй, эрүүлжсэн, ёс бус үхлийн шалтгааныг арилгасан, урт настай (дундаж нас) ард түмэн бүхий орчин үеийн Монгол улс бий болгох талаар шинэ шинэ зорилтууд тулгараад байна. Энэ талаар зарим эмзэг асуудлаар өгүүлье.

МОНГОЛ УЛСЫН ХҮН АМ ЗҮЙН БАЙДАЛ

Шинэчлэлийн нөхцөл дэх төрийн бодлого зохицуулалтад хүн ам зүйн бодлого тодорхой байр эзэлдэг. Улс төр, нийгэм, эдийн засгийн дэвшил хөгжлийн үндэс нь хүн. Хүний тоо, хүний хөгжил, бүтэц, боловсрол, ёс зүй, эрүүл мэндээс нийгмийн хөгжил дэвшил эхэлдэг.

Богд хаант Монгол улсын үед 1918 онд анх хүн амын тооллого болж 405,707 хүн тоологджээ. Энэ тооллогод Ховдын хязгаар (50,000), дөрвөн аймагт болон Хөвсгөл хавьд нутаглаж байсан Богдын шавь отгийн (26,000) хүн ам, мөн гадаад хүмүүс (Хятад 100,000, Орос 5,000) ороогүйг (И.М.Майский) тооцвол монгол хүний тоо 542,504, нийт хүн ам 647,504 байжээ. (Т Намжим 1996)

Тэр үед хүн амын дунд ноёд, тайж 5.7%, албат ард, хамжлага 42.8%, харин лам нар 44.5% (105,577) байжээ. Хүн амын бараг тал нь лам нар эзэлж байсан нь хүний өсөлт зогсох, бэлэгсийн замын халдварт өвчин дэлгэрэхэд томоохон хүчин зүйл болсон байна.

Монгол-Түвдийн анагаах ухаанд гаршсан 10,000 гаруй лам-эмч нар одоогийн хэлээр бол хувийн хэвшлийн айл өрхөд залагдаж өвчтэй хүнд эмийн засал хийж байсан боловч монгол хүний эрүүл мэнд ямар байсныг би дээр хураангуйлан өгүүлсэн. Гэтэл 90-ээд оны эхэнд шарын шашинтай хамт монгол - түвдийн (уламжлалт) анагаах ухааныг устгаснаас болж хүн амын эрүүл

мэнд муудсан гэсэн агуулгатай үг хэл хэвлэл мэдээллийн чамирхал болж, эм барьж, засал хийж, гүрэм дом хийдэг орчин үеийн маарамбууд олширсныг бид мэднэ.

Олон эмчтэй, муугүй анагаах ухаантай байснаар хүн ам эрүүлждэггүй, харин эрүүл мэнд төрийн бодлогод багтаж эрүүлийг хамгаалахын тогтолцоо бий болсноор хүн ам өсөх, урт наслах, эрүүлжих улс төрийн үндэс бүрэлддэгийг тусгаар тогтносон Монгол улсын 70 гаруй жилийн хөгжил гэрчилсэн.

Монголын хүн амын өсөлтийн хурд 1950-иад оны сүүл 1960-аад оны эхнээс эрчимжсэн юм. Энэ бол монголын улс төрийн нам, төрөөс хүн амын өсөлтөд шууд урвуу нөлөө болж байсан бэлэгсийн замын халдварт өвчин (тэмбүү, заг)-тэй тэмцэх ажлыг 1920-иад оны сүүлээс эхлэн ЗХУ-тай эмч нартай хамтарч орон даяар зохиосон нь нийгмийн эрүүл мэндийн дорвитой ажлын үр дүн юм. 1960-1970-аад оноос 1,000 хүн тутмаас төрөлт 40 гарч "улаан тарианы" хүүхдүүд монголын үрс улам олон болох хүн ам зүйн дэлбэрэлт болоход хүргэсэн юм.

РСФСР-ийн эмнэлэг - ариун цэврийн хэд хэдэн экспедицийн судалгааны (1928-1930) дүнгээр орон нутагт насанд хүрсэн хүн амын 42.7%, сургуулийн сурагчдын 11% нь тэмбүү өвчний халдвар авсан (Г.В.Ивицкий, 1928, С.Болелький, 1935) байжээ.

Хүснэгт 2

Монголын хүн амын насны бүтцийн өөрчлөлт

Насны бүлэг	1956	1969	1989	1998
0-14	30,4	44,5	42,2	36,4
15-59	59,6	56,3	51,3	58,0
60+	10,0	9,2	6,5	5,6
	100,0	100,0	100,0	100,0

1952-1955 онд хөдөө орон нутагт бэлэгсийн замын халдварт өвчин илрүүлэх экспедицийг удирдсан ахмад эмч Б.Амгаланбазарын дурсамжаар (УБ сонин, 1998), баруун 3 аймгийн 60 сумын 160,000 гаруй хүнд үзлэг шинжилгээ хийхэд 30,000 гаруй өвчтэй хүн оношлогдсоноос үзэхэд (18.7%) энэ өвчин яаж газар авсан

нь тодорхой байна.

Хүн ам зүйн ухаанаар нийт хүн амын дунд 14 хүртэлх насны хүүхдийн хувийн жин 30%-иас их болж байж өсөлттэй орны тоонд ордог. Монгол улсын хүн ам зүйн байдал 60-аад оны дундаас (14 хүртэлх насны хүүхэд 40%-д хүрч) хүн амын өсөлттэй орон гэгдэж байсан бол 90-ээд оны сүүл гэхэд ухрах хандлага гарч болзошгүй болж хүн амын насны бүлгийн зураглал 50-иад оны байдалд шилжих зүй тогтол ажиглагдаж магадгүй байна. (хүснэгт 2)

Одоо монгол улсын хүн амын цэвэр өсөлт бараг хоёр дахин буурч байгаад дүгнэлт хийж, шинэ бодлого боловсруулах шаардлага гарч байна.

Төрөлт буурч, эхийн эндэгдэл өсч, хүн амын цэвэр өсөлт 3.0%-иас бууралгүй 35 жил болсон темп алдагдаж, хөдөлмөрийн насны ажиллах хүч гадаадад ажил эрж гарах, хөдөөнөөс хот руу нүүх, хүн ам зүйн механик хөдөлгөөн ихэсч, залуучууд, хүүхэд эмэгтэйчүүдийн дунд архидан согтуурах зэрэг элдэв донтол газар авч, монгол хүний удмын санд сөрөг нөлөө үзүүлж аажмаар монгол хүний нийгэм - биологийн депопуляцийн хандлага илэрч болзошгүйг үгүйсгэж болохгүй.

Эх нялхсын байдал эгзэгтэй боллоо. Төрөлт цөөрч үр хөндөлт эрс өслөө. 10-20 жилийн өмнө жилд 78-85 мянган хүүхэд төрдөг байсан бол одоо 50,000 хүрэхтэй үгүйтэй болж байна.

Төрөлт ингэж цөөрвөл 20 жилийн дараа нэг жилд төрөх хүүхдийн тоо улам цөөрч хүний өсөлтийн хурд нас баралтаас хоцрох зохисгүй үзэгдэл гарч болзошгүй. Энэ бол 2.4 сая хүн амтай монголд гүн эмгэнэлт процесс болох нь ойлгомжтой. Ийм зохисгүй үзэгдэл 146.3 сая хүн амтай ОХУ-д бий болж судлаачид өргөн хүрээнд шүүмж өрнүүлж байна (Здравоохран. РФ, 2000). Энэ оронд нас баралт төрөлтөөс давснаас болж жил бүр хүн ам 4.9 саяар хорогдох сөрөг үр дагавар бий болоод байна.

Төрөлт 1.6 дахин багасч, үр хөндөлт төрөлтөөс давж (хэвлий дэх үхэл) байхад нялхсын эндэгдэл сүүлийн 5 жилд дөнгөж 23% буурч байгаа нь байгалийн зүй тогтол болохоос нийгмийн дэвшлийн үр дагавар биш юм.

Хурц халдварт өвчний төвшинг төрөлт багассантай бас холбож болно. Вируст гепатит мэтийн халдварт өвчнөөр өвчлөгс-

дийн 80 орчим хувийг 4 хүртэлх насны хүүхэд эзэлдэг. Халдварт өвчин багасаагүй, өвчлөх насны хүүхдийн тоо цөөрснөөр үүнийг тайлбарлаж бас болно.

1995-1999 онд 432 эх төрөлтийн улмаас нас барж, 2,000 төрөлт тутмаас 3 эх эндэгдэж байгаа нь манай оронд эх - нялхсын эрүүл мэнд элэг эмтрэм байгаагийн илэрхийлэл юм.

Олон улсын хүн амын төрийн бодлого ямар байгаа талаар харьцуулалт хийе. НҮБ-ын хүн амын сангийн судалснаар (1999) манай улсад нярайн эндэгдэл 1,000 амьд төрөлтөд 51, тав хүртэлх насны хүүхдийн эндэгдэл 72-75, төрөлтийн нийлбэр коэффициент буюу нэг эхэд оногдох хүүхэд 2.6, хүн амын цэвэр өсөлт 1.7% байгаа нь нийгмийн хөгжил төстэй азийн 10 улсын дунд сүүл барьж явна. (хүснэгт 3)

Азийн улс орны нийгэм, хүн ам зүйн харьцуулсан үзүүлэлт (1999)

Хүснэгт 3

Д/д	Улс орон	Нийт хүн ам /саяар/ 3	Төрөлтийн нийлбэр Коэф/1995-2000г/ 3	Нярайн эндэгдэл/1000-д/ 3	5 хүртэлх насны хүүхдийн эндэгдэл		Цэвэр өсөлт %
					хүү	охин	
	Ази тив	3,634,3	2,6	57	71	77	1,4
1	Бутан	2,1	5,5	63	98	94	2,8
2	Лаос	5,3	5,75	93	154	146	2,6
3	Хонг Конг	6,8	1,32	6	8	6	2,1
4	Малайз	21,8	3,18	11	16	13	2
5	Монгол	2,6	2,6	51	72	75	1,7
6	БНАСУ	23,7	2,05	22	27	25	1,6
7	Вьетнам	78,7	2,6	38	54	57	1,6
8	Сингапур	3,5	1,68	5	6	6	1,4
9	БНХАУ	1266,8	1,8	41	43	54	0,9
10	БНСУ	46,5	1,65	10	13	13	0,8

Хүн ам цөөтэй улс орон болгон өсгөх бодлогыг нийгэм, эдийн засаг, улс төрийн жанжин шугам болгодог. Хүн амын тоо бол хөгжлийн эх үүсвэр юм. Ийм учраас 2.1 сая хүнтэй Бутан, 5.3 сая Лоас, 6.8 сая Хонг-Конг, 21.8 сая хүнтэй Малайз улсад хүртэл хүн амын цэвэр өсөлт 2.0-2.8% байхад манайх 1.4-1.7% болсныг улс төрийн холч ухаанаар тунгаах хэрэгтэй болоод байна. ДЭМБ-ын боловсруулсан аргаар тооцвол, монголын хүн амын тоо 5 саяд дөхөхөд хэрэв 70-80-аад оны өсөлтөөр бол 25 жил, ерээд оныхоор бол 46 жил хэрэгтэй байна.

ХҮН АМЫН ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН БАЙДАЛ

Эрүүл мэнд нийгмийн хөгжлийн үр дагавар гэдгийг Монголын хүний хөгжлийн илтгэл 1997 ба 2000-д тусгах гэж судлаачид хичээсэн.

Хүний хөгжлийн эдийн засгийн илрэл нь нэг хүнд ноогдох ДНБ гэж дэлхий нийтээр зөвшөөрснийг дээр цухас дурьдсан. Монголд, нэг хүнд оногдох ДНБ-ийг америк доллараар илэрхийлбэл 1989 онд 1,645.7 байсан бол (Ж.Ядамсүрэн, 1999) 1999 онд 456.8 болж сүүлийн 10 жилд 3.6 дахин буурчээ.

Онолын талаар ийм баталгаа байхад энэ зууны сүүлийн 10-аад жилд Монгол хүний эрүүл мэнд сайжирлаа гэж үг алдах аргагүй болоод байгаа юм. Гэтэл нэг хүртэлх насны хүүхдийн эндэгдэл буурч, вируст гепатит мэт зарим хурц халдварт өвчин багасч байна гэсэн эерэг мэдээлэл бас бий. Эх, хүүхдийн эндэгдлийн нийгмийн үр дагавар үндсэндээ адил. Энэ хоёр бие биедээ шүтэлцээтэй. Тэгвэл эхийн эндэгдэл ихэсч байхад хүүхдийнх буурч байгаа өвөрмөц үзэгдэл монголын онцлог гэж үзэх аргагүй юм. Хүний хөгжлийн илтгэл бичиж байхад НҮБ-ын шугамаар ирсэн зөвлөхүүд энэ талаар надад хүнд асуулт тавьж, эцэст нь хүүхдийн эндэгдлийн бүртгэл, гарч байгаа арга зүйн болоод хариуцлагын алдаа гэсэн зөвшилцөлд хүрч байсан. Энэ тухай "Хүний хөгжлийн илтгэл-2000"-д тэмдэглэсэн.

Төрөлт нийгэм, эдийн засаг, ёс зүйн хүчин зүйлд өртөн огцом буурахад хүүхдийн эндэгдэл байгалийн жамаар багасахыг судлаачид үгүйсгэдэггүй.

Хүүхдийн эндэгдэл буурч байхад эхийн эндэгдэл өсч байгаа монголын онцлогийг би энэ өгүүллийн хүн ам зүй гэдэг хэсэгт өөрийн санал дүгнэлтээ хийсэн.

Хүн амын нас баралтын мэдээллийг эрүүл мэндийн баттай үзүүлэлт гэж үздэг. Сүүлийн жилүүдэд хүн амын нас баралтад хэргийн улмаас нас барсан тохиолдол буюу бусдын гарт амь насаа алдах, амиа хорлох (өгүүтгэх) гэсэн хоёр шинэ хандлага өсч байна. 1998 онд манай оронд 14,573 хүн нас барснаас 1,441 хүн бусдын гарт үрэгдэж, 503 хүн амиа хорлосон нь 1996 оныхоос 1.6 дахин өсч нас баралтын шалтгаанд 13.4% эзлэх болжээ (хүснэгт 4). Бусдын гарт амь үрэгдэх явдал 10 жилд 13 дахин өссөн байна. Дайн дажин болсон орон нутгийг санагдуулсан ийм статистикийн мэдээ монгол оронд огт байгаагүй байх. 1939 оны дайнд монголын 800 гаруй цэрэг ард амь үрэгдсэн гэсэнтэй харьцуулбал энэ тоо нэгийг өгүүлнэ.

Улаанбаатар хотод оршуулах эзэнгүй, үхдэлийн тоо 1999 оны байдлаар 141 болж 1993 оноос (28) 5 дахин өссөн нь одоогоос зуун жилийн өмнө Оросын жуулчин С.Прежевальскийн дурсамжид Да хүрээний гудамжинд хүн үхэж, нохой зулгааж байсан гунигт түүхийг санагдуулж байна. Энэ санаанд багтамгүй сөрөг үзэгдэл бол архидалт болон ядуурал, хүн чанар булингартсаны сүүдэр юм.

Зүрх судасны өвчин, хавдар монгол хүний үхлийн эхний хоёр шалтгаан болж өсөх хандлага байна. (хүснэгт 4). Энэ бол шинэ зууны эмгэг боллоо.

Сүүлийн 15 жилд ДЭМБ-ын Номхон далайн баруун эргийн бүсийн хүн амд (Монгол улс энэ бүсэд багтдаг) зүрх судасны өвчин 2 дахин, хавдар 1.5 дахин өссөн бол Монголд 7 жилийн хугацаанд (1990-1997) бараг ийм хэмжээнд хүртэл (1.8 ба 1.1 дахин) өссөнөөс үзэхэд манай оронд энэ 2 өвчин түргэн өсөх нийгмийн шалтгаан нэмэгджээ. Ер нь хүн амын өвчлөлд нийгмийн шалтгаант өвчин эмгэг өсөх хандлага олон талаар ажиглагдах боллоо

1998 оныг 1989 оныхтой харьцуулахад бэлгийн замын өвчин (заг хүйтэн, тэмбүү) 1.6 дахин өссөн албан ёсны мэдээ байна. Гэтэл Улаанбаатараас эхлээд томоохон хот суурин газар бэлэгсийн замын халдварт өвчнийг нууцлан эмчилдэг нэр хаяггүй эмчилгээ нэртэй олон арван хувийн эмнэлэг олширсоор байгааг энд тооцоогүй юм.

Нийгмийн эмх замбараагүй байдал, эрүүл мэндийн тогтолцооны гажуудал энэ өвчин дэлгэрэх эх суурь болж байсан түүхэн

гашуун туршлагаас дахин дахин суралцах хэрэгтэй болж байна.

Эмнэлгийн хагас дутуу дүн бүртгэлээр тооцоход ядуурлын эмгэг гэгддэг сүрьеэ өвчин 1.4 дахин өсчээ.

Хүн амын нас баралтын шалтгаан

Хүснэгт 4

Д/д		1996		1998	
		тоо	хувь	тоо	хувь
1.	Зүрх судасны өвчин	4545	30,07	4740	32,5
2.	Хавдар	3028	20,04	3079	21,1
3.	Осол гэмтэл хэргийн улмаас нас барсан Амиа хорлосон	987	6,5	1441	9,9
		235	1,5	503	3,5
4.	Амьсгалын замын өвчин	2029	13,4	1616	11,08
5.	Хоол боловсруулах замын өвчин	1174	7,7	1141	7,8
6.	Халдварт паразитын өвчин	793	5,2	696	4,7
7.	Бусад	1781	11,7	1167	8,0
	Бүгд	15113	100,0	14573	100,0

Булчин задрах тахал, боом, төрөлхийн тэмбүү, хөх гуядах зэрэг нийгмийн шинэ өвчин гарах боллоо.

Мал эмнэлгийн албаны тогтолцоо алдагдсанаас болж манай оронд устсан гэж үзэж байсан бэтэг өвчин шинээр гарах боломж бүрдсэнийг хүний бруцеллёз өвчин сүүлийн 10 жилд бараг арав дахин өсөж байгаатай уялдуулан тайлбарлаж болно.

Алкоголизм буюу архаг архидалт өвчин 1989-1997 онд 2.7 дахин өсч байгаа түгшүүртэй мэдээ эрүүл мэндийн төдийгүй нийгмийн эмгэнэл болжээ.

ДҮГНЭЛТ

Монгол оронд гарсан улс төр, нийгэм, эдийн засаг, хүний аж төрөх ёс, зан төрхөд гарсан эерэг, сөрөг өөрчлөлт монгол хүний эрүүл мэндийн байдалд цочрол өгч байна гэж үзэж байна.

Энэ нь хүний хөгжлийн индексийн хэмжүүрээр эерэг биш сөрөг тал руу хэвийж болзошгүй байна. Хүн ам цөөнтэй, асар уудам нутаг, баялагтай тусгаар тогтносон монгол улсад хүний тоо ба чанарын (бие бялдар, оюун санаа) өсөлтийг төрийн язгуур бодлогын түвшинд авч үзэх ёстой. Төрөлт эрс багасч, үр хөндөлт эмх замбараагүй өсч, монгол хүний нөхөн үржилт саатаж, хүний цэвэр өсөлт 2 дахин буурч байгаад улс төрийн дүгнэлт хийвэл зохино.

Хүн амын нас баралтад, бусдад хорлогдох, өөрийгөө өгүүтгэх, ёс бусын үхэл газар авах, нийгэмд ядуу, өвчин эмгэгтэй хүний ханш унаж гудамж, хээрээс эзэнгүй үхдэл олдох нийгмийн зохисгүй үзэгдэл газар авч болзошгүй болоод байна.

Монгол хүний өвчлөлд нийгэм ёс суртахууны бохирдлын илрэл болсон бэлэгсийн замын халдварт өвчин, архинд донтох өвчин, ядуурлын эмгэг гэгдэх сүрьеэ өвчин, нүүдэлчний амьдралын хоцрогдлыг илэрхийлэх малаас хүнд халдах өвчин өсч байгааг төр, засаг анхааралдаа авах цаг болоод байна.

Хүний аж төрөх ёсны сөрөг үр дагавар болсон зүрх - судасны өвчин, хавдар өвчнөөс сэргийлэх дорвитой, шинэлэг арга манай оронд үгүйлэгдэх болжээ.

Энэ бүхнээс үзвэл монголын төр эрүүлийн хамгаалахын тогтолцоог эрс шинэчлэх, хүний эрүүл мэндийг хамгаалахад төр засаг, олон нийт, эдийн засаг, хөдөө аж ахуй, хууль эрх, төрийн бус байгууллагын оролцоог идэвхжүүлэх нь хойшлуулшгүй асуудал болоод байна.

Монголын төрд, монгол хүний эрүүл мэндэд дүгнэлт өгсөн, нийгмийн шинэчлэлийн салшгүй амин чухал салбар эрүүлийг хамгаалахын дэвшилтэт үзэл баримтлал үгүйлэгдэж байна.

НОМ ЗҮЙ

1. Анагаах ухааны үндэсний хүрээлэн Эрдмийн бичиг, 1999 он
2. Монгол хүний хөгжлийн илтгэл, 1997 он
3. Монгол хүний хөгжлийн илтгэл, 2000 он
4. Монгол улсын статистикийн эмхэтгэл, 1997 он
5. ЭМНХЯ-ны статистик мэдээлэл, 1998 он
6. Улаанбаатар сонин, 1998, 24. (анхны дарга Амгаабазар/
7. Ц.Мухар. Нийгмийн эрүүл мэнд, 1999 он
8. Т.Намжим. Монголын эрт ба эдүгээ, 1996, УБ
9. Ж.Ядамсүрэн. Манай улс валют санхүүгийн хямралд өртсөн үү, яах ёстой вэ?
10. Манай Монгол сэтгүүл, 2000, (1)
11. Государственный доклад о состоянии здоровья населения РФ в 1998 г Здравоохранение российской федерации, 2000, 3.
12. С.Белельский. Проблемы здравоохранения МНР. Современная монголия, 1935, 2 (9)
13. Г.В.Ивицкий. Вторая медик - санитарная экспедиция, хозяйство Монголии, 1928
14. И.М.Майский Монголия кануне революции, Мь 1959.
15. World development report, 1995, Bridging the gaps. WHO, Geneva.1995
16. The state of world population 1999, 6 Billion a time for choices, New York, USA.

ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ДААТГАЛЫН НӨХЦӨЛД ЭМНЭЛГИЙН СТАЦИОНАРЫН ТУСЛАМЖИЙН ЭДИЙН ЗАСГИЙН ҮР ДҮН

Н.Оюун - Статистикч их эмч

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

Манай улс зах зээлийн харилцаанд шилжсэнээс хойш эрүүл мэндийн салбарын санхүүжилтийн эх үүсвэрийг зах зээл хөгжсөн орнуудын жишигт хүргэх, зорилт тавин ажилласнаар өнөөгийн байдлаар дээр дурьдсан 5 эх үүсвэрийн эх суурь ямар нэг хэмжээгээр тавигдаад байна. Тухайлбал, 1994 оноос эрүүл мэндийн даатгалын тогтолцоог хэрэгжүүлэх болсон нь тус улсын эрүүл мэндийн салбар санхүүжилтийн эх үүсвэрийн хэлбэрийн хувьд дэлхийн жишигт хүрсний нэг илрэл юм. Өнөөгийн байдлаар манай улс жилийн нийт төсвийн 12.9 хувийг эрүүл мэндийн салбарт зарцуулж байгаа нь үнэхээр чамлахааргүй хөрөнгө болох нь Азийн зарим орон, тухайлбал, Шриланка (4.8), Филиппин (4.2), Тайланд (7.4), Индонез (2.4), Энэтхэг (1.4) улс эрүүл мэндийн салбарт улсын төсвөөс зарцуулж байгаа хөрөнгөтэй харьцуулан үзэхэд тодорхой харагдаж байна.

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

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

1. Төрийн ачааллыг хөнгөвчлөх бодлогыг хэрэгжүүлэх шаард-

лагатай, тэгэхдээ эрүүл мэндийн салбарт зарцуулах нийт хөрөнгийн хэмжээг бууруулахгүй байх.

2. Эрүүл мэндийн салбарт зарцуулж байгаа хөрөнгийн төлөвлөлт, хуваарилалтыг боловсронгуй болгох, хуваарилагдсан хөрөнгийн ашиглалтыг сайжруулах зохистой хөшүүргийг нэвтрүүлэх. Бид стационарын төсөв зарцуулалт, ор ашиглалтын талаар зарим ажиглалт хийсэн.

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

Судалгааны арга, материал: 1996-2000 оны УКТЭ-ийн үйл ажиллагааны тайлангийн материалд тулгуурлан гаргав. Орос Улсын С.Л.Вардосанидзе, Н.В.Мелешкина, А.И.Лихота нарын аргачлалыг өөрийн эмнэлгийн үзүүлэлтэнд үндэслэн гаргав.

1994 оноос эрүүл мэндийн даатгалын тогтолцоог нэвтрүүлсний үр дүнд эрүүл мэндийн салбарын нийт санхүүжилтийн 1/3-ийг эрүүл мэндийн даатгалын санхүүжилт эзлэх болсноор барахгүй эрүүл мэндийн салбар төсөв, эрүүл мэндийн даатгал гэсэн голлох 2 эх үүсвэртэй болсон боловч эрүүл мэндийн даатгалыг боловсронгуй болгох зүй ёсны шаардлага амьдралаас урган гарсан. Эрүүл мэндийн даатгалын санхүүжилтийг боловсронгуй болгох зорилгоор 1999 оныхоос эрүүл мэндийн даатгалын тогтолцоонд нэг иргэнээр тооцсон урьдчилсан тогтолцооны аргыг нэвтрүүлсэн юм.

Эрүүл мэндийн даатгалын санхүүжилтийн энэ аргыг нэвтрүүлснээр олон өвчтөн хэвтүүлж, олон ор хоног ашигласан хэмжээгээр санхүүждэг үрэлгэн үр ашиг багатай тогтолцоог өөрчилж, хэвтэх шаардлагагүй өвчтнийг тодорхой шалгуургүйгээр хэвтүүлэн эмчлэх, ор хоногийн төлөө хөөцөлдөх зохисгүй хандлагыг өөрчилснөөр сүүлийн 4-5 жилд эмнэлгийн орны тоо ч, эмнэлэгт хэвтэн эмчлүүлсэн өвчтний тоо ч буурч гагцхүү хэвтэн эмчлүүлэх шаардлагатай өвчтнийг сонгон хэвтүүлж, чанартай тусламж үйлчилгээ үзүүлсэн явдал юм. Энэхүү арга хэмжээ нь эрүүл мэндийн салбарын санхүүжилтийг боловсронгуй болгох чиглэлээр хийгдсэн шинэлэг алхам бөгөөд эрүүл мэндийн даатгал хөгжсөн орнуудад хэрэглэж байгаа сонгомол арга билээ.

Эрүүл мэндийн даатгалын санхүүжилтийг боловсронгуй бол-

гох гол үзүүлэлтийн нэг нь стационарын тусламжийн орны фонд ашиглалтыг сайжруулах явдал юм. Орны фонд ашиглалтыг зохистой явуулж, нэг өвчтний эмчлэх хугацааг богиносгож, орны эргэлтийг түргэтгэснээр нь эрүүл мэндийн даатгалын тогтолцооны үр ашгийг нэмэгдүүлж, улмаар тус салбарын санхүүжилтийг боловсронгуй болгох асуудалд чухал ач холбогдолтой.

Үүний тулд өөрийн эмнэлгийн стационарын тусламжийн байдлыг сүүлийн 5 жилээр авч үзье:

Хүснэгт 1

Орны фонд ашиглалтын үр дүнгийн үзүүлэлт:

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

2000 оныг суурь болгон авсан 1996 онтой харьцуулан үзэхэд нэг өвчтний эмчлүүлсэн дундаж хоног - 3.0-оор богиносч, орны эргэлт 6 хоног буюу (18.6 хувь) түргэссэн байна. 2000 онд нэг орны ажилласан дундаж хоног 21.7 буюу 6 хувь багассан. Өвчтний хэвтэж эмчлүүлэх хугацаа богиносч, орны эргэлт түргэсэх нь нэг талаас харахад тооны сайн үзүүлэлт боловч нөгөө талаас хэвтэж эмчлүүлэх зайлшгүй шаардлагатай өвчтнийг сонгон хэвтүүлж чанартай тусламж үйлчилгээ үзүүлэх явдалтай нийцэж байх ёстой юм.

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

Хүснэгт 2

Эмчлэгдэж гарсан өвчтний тоонд нөлөөлөгч хүчин

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

а) Дээрх хүснэгтээс үзэхэд, өвчтний эмчлэгдсэн дундаж хугацаа 3.0 хоногоор богиносч, эмчлэгдэж гарсан өвчтний тоо 3.3 мянга буюу 26.8 хувь нэмэгдсэн байна.

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

Дээрх судалгааны үр дүнгээс үзэхэд, УКТЭ-ийн орны фонд ашиглалт 2000 онд 1996 оныхоос 2.3 мянган хүн буюу 18.7 хувь нэмэгдсэн байна. Энэ нь орны фонд ашиглалт сайжирсан гэсэн дүгнэлт хийж болох талтай юм. Стационарын орны фонд ашиг-

лалтын үр дүн нь орны хуваарилалт зөв зохистой байх, нэг өвчтний хэвтэх дундаж хугацаа богиносч, орны эргэлт түргэссэн байдлаар илэрхийлэгддэг. Орны фонд ашиглалтыг зөв зохион байгуулсны үр дүнд эмнэлгийн үйлчилгээний өртгийг хэмнэж, алдагдлыг багасгаж санхүүгийн эх үүсвэрийг бий болгосноор тухайн эмнэлгийн санхүү эдийн засгийн чадавхи дээшлэхэд зохих нөлөө үзүүлдэг. Үүнийг УКТЭ-ийн 2000 оны стационарын үйл ажиллагааны үндсэн үзүүлэлтээс авч үзье:

Хүснэгт № 3.

Стационарын ажиллагааны үндсэн үзүүлэлтүүд

№	Үзүүлэлт	1996 он	2000 он	Зөрүү / + - /	2000 1996 он	Индекс
1	Орны тоо	560	570	+10	100.0	1.0000
2	Эмчлэгдсэн өвчтөн	12376	14673	+2297	118.56	1.1856
3	Гүйцэтгэсэн ор хоног	204447	195778	-8669	95.75	0.9575
4	Эмчлэгдсэн дундаж ор хоног	16.1	13.1	-3.3	81.36	0.8136
5	Ажилласан нэг орны хоног	365.0	343.3	-21.7	94.05	0.9405
6	Орны эргэлт, хүн	201.	26.1	+6	129.85	1.2985
7	Зарцуулсан нийт өртөг	616844.4	732300.0	+115455.6	118.71	1.1871
8	Нэг өвчтөнд ноогдох өртөг	49841	49907	+66	106.32	1.6032
9	Нэг ор хоногт ноогдох өртөг	3017	3740	+723	123.96	1.2396

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

Эдгээр дүгнэлтээс үндэслэн УКТЭ-ийн орны фонд ашиглалт зохих хэмжээгээр сайжирсан байна. Орны фонд ашиглалт сай-

жирсан нь тус клиникийн эрүүл мэндийн тогтолцооны үр ашгийг нэмэгдүүлж, эмнэлгийн санхүүжилтийг боловсронгуй болгох асуудалд зохих нөлөө үзүүлсэн байна.

Цаашид орны фонд ашиглалтыг сайжруулахын тулд төсөвт орноос илүү ор ажиллуулахгүйгээр байгаа орондоо тохируулан хэвтэн эмчлүүлэх зайлшгүй шаардлагатай өвчтнийг зөв сонгон хэвтүүлж чанартай тусламж үзүүлж цөөн хоног оновчтой эмчлэх аргыг мөрдлөг болгон ажиллах шаардлагатай байна. Орны фонд ашиглалтыг сайжруулахад параклиникийн тасгуудын үйл ажиллагаа зохих нөлөө үзүүлдгийг нарийвчлан тооцож гаргах шаардлагатай байна. Тухайлбал, нөхөн сэргээх эмчилгээг стационарт хэвтэж эмчлүүлж байгаа өвчтөнд өргөн хэрэглэх нь эмчилгээний өртгийг хэмнэхэд зохих нөлөөтэй гэдгийг анхаарч ажиллах шаардлагатай юм.

ДҮГНЭЛТ

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

НОМ ЗҮЙ

1. С.Л.Вардосанидзе, Н.В.Мелешкина, А.И.Лихота "Эрүүл мэндийн даатгалын нөхцөлд эмнэлгийн стационарын үр дүн" Зөвлөлтийн "Эрүүлийг хамгаалах" сэтгүүл 2001 он № 1 хуудас 36-42.
2. С.Сонин, Г.Дашзэвэг, Р.Батсуурь "Эрүүл мэндийн салбарын санхүүжилтийг боловсронгуй болгох асуудал", "Өнөөдөр" сонин 2000.05.23

ХХ ЗУУНЫ МОНГОЛЫН МЭДРЭЛ СУДЛАЛ

Г.Цагаанхүү - дэд док., проф.

ХХ зууны Монголд мэдрэлийн шинжлэх ухаан хөгжиж ирсэн түүхийг одоогийн АУИС-ийн мэдрэл судлалын тэнхим анх 1947-1948 оны хичээлийн жилд МУИС-ийн хүн эмнэлгийн салбарын бүрэлдэхүүнд "Мэдрэл, сэтгэц гэм судлалын тэнхим" нэртэйгээр үндэслэгдэн байгуулагдсан түүхэн үйл явцтай шууд холбон авч үзэх нь зүйтэй.

1947 онд ЗХУ-аас (хуучин нэрээр) уригдаж ирсэн профессор Г.Я.Либерзон тэр үеийн Төв эмнэлгийн 25 ортой мэдрэлийн тасгийг түшиглэн, МУИС-ийн хүн эмнэлгийн салбарын анхны төгсөгч Г.Лодон (ассистент багш), Омскийн АУДС-ийг 1938 онд дүүргэсэн эмч Л.Дагзмаа (цагийн багш) нарын хамт мэдрэл судлалаар оюутны сургалт явуулах, мэдрэлийн эмч нарыг ажлын байранд бэлтгэх, хүн амд мэдрэлийн мэргэжлээр тусламж үзүүлэх ажлыг хариуцан гүйцэтгэж эхэлжээ.

Чухамхүү энэ үеэс манай үндэсний мэргэжилтэн багш нар сургалтын ажлын зэрэгцээгээр судалгаа шинжилгээний ажлыг ЗХУ-ын эрдэмтдийн удирдлагаар гүйцэтгэх болсон юм.

АУИС-ийн мэдрэл судлалын тэнхимийн ууган эрхлэгч Г.Лодон 1953 онд проф. Х.Г.Ходосын удирдлагаар "Тархины торлог бүрхэвчийн дорхи даралтад зарим эмийн бодис нөлөөлөх асуудалд" сэдвээр анагаах ухааны дэд докторын зэргийг амжилттай хамгаалсан нь Монголын анагаах ухаан, түүний дотор мэдрэл судлалын салбарт төрсөн анхны эрдэмтэн байлаа.

Монголын мэдрэл судлалын салбарт төрж гарсан үндэсний ууган эрдэмтэд болон гадаадын эрдэмтдийн удирдлагаар манай багш, эмч, мэргэжилтнүүдээс 1971-2000 онд мэдрэлийн халдвар, тархины судасны өвчин, вегетатив мэдрэлийн эмгэг, нурууны мэдрэл судлал, мэдрэлийн рентген оношилгоо, хүүхдийн перинаталь шалтгаант эмгэг, тархины судасны допплеросонографийн шинжилгээ, архины хордлого зэрэг тухайн цаг үеийн

нэн тулгамдсан асуудлуудаар диссертацийн хэлбэрээр туурвиж хамгаалсан 16 тулгуур бүтээл гарч, тэдгээрийн үр дүн анагаах ухааны онолын ба клиникийн салбарт амжилттай нэвтрэв.

Тухайлбал, проф. Х.Г.Ходос, проф. Г.Лодон нарын удирдлагаар багш Д.Равдандорж 1971 онд Мэдрэлийн тэмбүүгийн судасны хэлбэр, түүнийг бициллинээр эмчилсэний үр дүн, АУ-ны доктор Д.Н.Джаблидзын удирдлагаар эрдэм шинжилгээний ажилтан Д.Баасанжав 1972 онд Тархины судасны өвчний зарим хэлбэрийг судлахад тархины цахилгаан идэвхжлийн тооны илэрхийллийн ач холбогдол, АУ-ны доктор Е.П.Загоровскийн удирдлагаар багш Г.Цагаанхүү 1973 онд "Гавал, нурууны ясны мэдрэл шалтгаант тэжээл хямрах өөрчлөлтөд дотор - рефлекс зүйн нөлөө", мөн АУ-ны доктор Е.П.Загоровскийн удирдлагаар эмч Д.Балдандорж 1977 онд "Мэдрэлийн тэмбүүгийн вегетатив хэлбэр", доктор, проф. Л.О.Бадаляны удирдлагаар эмч Л.Жамсран 1979 онд "Ходоод - гэдэсний замын шархлаат өвчний үеийн мэдрэл эмгэгийн хам шинж", проф. Л.С.Петелины удирдлагаар аспирант Н.Төмөрбаатар 1984 онд "Хүзүүний остеохондрозын үеийн тархины артери - венийн судасны дутмагшил", дэд проф. Д.Равдандорж, дэд доктор Ж.Хайрулла нарын удирдлагаар эмч Б.Оюун 1985 онд "Гэмтлийн дараахь лептоменингитийн эмнэл зүй - рентген оношлол", проф. В.Н.Лебедевагийн удирдлагаар аспирант Д.Өлзийбаяр 1989 онд "Гипертонийн шалтгаант тархины цусны эргэлтийн архаг дутлын үе дэх хөдөлгөөний экстрапирамид хам шинж", дэд доктор Д.Баасанжав, дэд проф. Г.Цагаанхүү нарын удирдлагаар эрдэм шинжилгээний ажилтан Г.Долгор 1993 онд "Улаанбаатар хотын үйлдвэрийн ажилчдын дундах тархины судасны өвчний тархалт, урьдчилан сэргийлэлт", профессор Л.Хармсын удирдлагаар аспирант С.Энхтуяа 1995 онд "Тархины цус хомсдлын үе дэх соронзон резонанст спектроскопийн оношлол", профессор Г.Цагаанхүүгийн удирдлагаар эрдэм шинжилгээний ажилтан П.Отгонбаяр 1998 онд "Хүүхдийн тархины саа өвчний тархалт, түүнийг бага насны хүүхдэд эрт оношлох нь", проф. Шт.Цийрцийн удирдлагаар аспирант Ж.Сарангэрэл 1998 онд "Гавлын доторхи суурийн судсуудын дуплекссонографийн хэвийн үзүүлэлт, насны ялгавар", аспирант Л.Отгонбаяр 1999 онд "Тархмал хатуурал өвчний үед илрэх HSP, MBR уургийн бүрдэл", проф. Г.Цагаанхүүгийн удирдлагаар аспирант Х.Должин 2000 онд "Архины цочмог хордлогын

эмнэл зүй, оношлол, цус шүүх эмчилгээний үр дүн" зэрэг сэдвүүдээр анагаах ухааны дэд докторын зэргийг амжилттай хамгаалсны дээр дэд доктор Д.Баасанжав 1993 онд "Монгол дахь тархины судасны өвчин" сэдвээр шинжлэх ухааны докторын зэргийг хамгаалав (хүснэгт 1).

Манай салбарын эрдэмтдээс бусад ижил төрлийн мэргэжлийн судлаачидтай хамтран ажиллаж, тэдний судалгааны ажлыг удирдахад оролцож ирсэний дотор мэдрэлийн мэс засалч А.Нота ("Тархины цус харвалтын мэс заслын эмчилгээ"), АУИС-ийн багш Р.Оюунгэрэл ("Улаанбаатар хотын хүн амын дундах менингококкийн халдварын тархалт, эмнэл зүйн төрх, оношлол") нарын нэг сэдэвт зохиолын удирдагч, зөвлөхөөр проф. Г.Цагаанхүү ажилллаж, амжилттай хамгаалуулсан байна.

Мэдрэл судлалын салбарын бодлогоор өсөх ирээдүйтэй залуучуудыг гадаадын аспирантурт явуулж суралцуулснаар Н.Төмөрбаатар 1981-1984 онд Москва хот дахь Эмч нарын мэргэжил дээшлүүлэх институтэд, Д.Өлзийбаяр 1986-1989 онд ОХУ-ын Мэдрэл судлалын эрдэм шинжилгээний институтэд, С.Энхтуяа 1989-1995 онд Берлины Гумболдтын Их Сургуулийн АУ-ны факультетийн мэдрэл судлалын клиникт, Ж.Сарангэрэл 1995-1998 онд ХБНГУ-ын Халле хотын Их Сургуулийн АУ-ны факультетийн мэдрэлийн клиникт, Л.Отгонбаяр 1995-1999 онд Польшийн Лодзь хотын АУ-ны Эрдэм шинжилгээний институтэд тус тус анагаах ухааны дэд докторын диссертаци туурвин амжилттай хамгаалсан юм.

Хүснэгт 1. XX зуунд Монголын судлаачдаас мэдрэл судлалаар АУ-ны дэд доктор, докторын зэргийг хамгаалсан товчоон (1953-2000)

Эрдэмтний нэр	Диссертацийн сэдвүүд, хот, он, удирдагчдын нэр
1. Лодон Готовын	Материалы к вопросу о действии некоторых лекарственных средств на субарахноидальное давление Иркутск, 1953. 09 26 (Док. проф. Х.Г.Ходос)
2. Равдандорж Доржийн	Клиника сосудистой формы церебрального сифилиса и

	результаты лечения этих больных бициллином условиях МНР Иркутск, 1971. 11. 19 (Док. проф. Х.Г.Ходос, Проф. Г.Лодон)
3. Баасанжав Дамчаагийн	Значение количественного анализа биоэлектрической активности мозга для изучения некоторых форм мозговых сосудистых заболеваний Москва, 1973. 03. 06 (Док. Д. Джаблидзе)
4. Цагаанхүү Гүнтэвийн	Роль висцеро-рефлекторных механизмов в патогенезе нейрогенно-дистрофических поражений черепа и позвоночника Улаанбаатар, 1973. 11. 15 (Док. проф. Е.П.Загоровский)
5. Балдандорж Дэчинцоогийн	Вегетативные проявления нейросифилиса Улаанбаатар, 1977. 02. 24 (Дэд док Д.Равдандорж Док. проф. Е.П.Загоровский)
6. Жамсран Лувсан-Ишийн	Невропатологические синдромы при язвенных поражениях желудочно- кишечного тракта Москва, 1979. 10. 01 (Док. проф. Л. Бадалян)
7. Төмөрбаатар Намралын	Церебральная артерио-венозная недостаточность при шейном остеохондрозе Москва, 1984. 10. 16 (Док. проф. Л.С. Петелин)
8. Оюун Бямбажавын	Клинико-нейрорентгенологическая диагностика посттравматического лептоменингита (арахноидита) Улаанбаатар, 1985. 06. 26 (Дэд док.

	Д.Равдандорж, Дэд док. Ж.Хайруулла)
9. Өлзийбаяр Дашдоржийн	Экстрапирамидные нарушения у больных дисциркуляторной энцефалопатией гипертонического генеза Москва, 1989. 02. 28 (Док. проф. В.Н. Лебедова)
10. Долгор Гонгоосүрэнгийн	Распространенность и профилактика сосудистых заболеваний мозга среды рабочих промышленных предприятий г. Улан-Батора Уланбаатар, 1993. 12. 30 (Док. Д.Баасанжав Док. дэд проф. Г.Цагаанхүү)
11. Энхтуяа Сүхээгийн	In-vivo- N- Magnetresonanzspektroskopie (MRS) bei Patienten mit reversibler zerebraler Ischemie Берлин, 1995 (Prof. L. Harms)
12. Баасанжав Дамчаагийн	Сосудистые заболевания мозга в Монголии: эпидемиологическое исследование (Дисс. д.м.н.) Москва, 1993. 11. 30 (Док. проф. В.Е. Смирнов)
13. Отгонбаяр Пүрэвийн	Распространенность детского церебрального паралича и его раннее выявление у детей младшего возраста Улаанбаатар, 1998. 12. 17 (Проф. Г. Цагаанхүү, Проф. Д. Малчинхүү)
14. Сарангэрэл Жамбалын	Transkranielle DuplexSonographie: Altersabhängigkeit der Beschallungs- parameter der basalen intrakraniellen Arterien

	ХБНГУ, Халле, 1998
15. Отгонбаяр Лувсанноровын	Wystepowanie i znaczenie patogenetyczne kompleksow bialek szoku cieplnego (HSP) z bialkiem zasadowym mieliny (MBP) w tkance mozgowej chorych na ctwardnienie rozsiane Польш, Лодзь, 1999. 06. 23
16. Должин Хандсүрэнгийн	Клиника, диагностика острой алкогольной интоксикации и результаты лечения методом гемосорбции Улаанбаатар, 2000. 09. 08 (Проф. Г. Цагаанхүү, Дэд док. Юндэн)

1994-1999 онд проф. Г.Цагаанхүү, дэд проф. Д.Өлзийбаяр нарын удирдлагаар 9 залуу эмч, захын мэдрэлийн эмгэг (Л.Энхсайхан, 1997; Ц.Баясгалан, 1997), тархмал хатуурал (П.Дуламрагчаа, 1996; Р.Амарбаясгалан, 1998), тархины голомтот эмгэгийн эхоэнцефалографийн оношилгоо (А.Товуудорж, 1997), толгойн архаг өвдөлт (Рэнцэнханд, 1997), нугасны зарим эмгэгүүдийн оношлол (Х.Тунгалаг, 1998), тархины цус харвалт (Д.Бямбасүрэн, 1998), гавал - тархины гэмтлийн дараахь хожуу үеийн хамшинж (Уянга, 1999) зэрэг сэдвүүдийн чиглэлээр анагаах ухааны магистрын зэргийг хамгааллаа (хүснэгт 2).

**XX зуунд мэдрэл судлалаар анагаах ухааны
магистрын зэрэг хамгаалсан ажлууд**

Хүснэгт 2

Магистрын нэр	Магистрын дипломын ажлын сэдвүүд, хот, он, удирдагчдын нэр
1.П.Дуламрагчаа	Тархмал хатуурлын эмнэл зүйн онцлог, дархлалын байдал Улаанбаатар, 1996 (Дэд док. Д.Өлзийбаяр)

2. Л.Энхсайхан	Нүүрний мэдрэлийн саагийн эмнэл зүйн явц, оношлол, эмгэг жамын хавсарсан эмчилгээ Улаанбаатар, 1997 (Дэд док., дэд проф. Г.Цагаанхүү)
3. А.Товуудорж	Тархины голомтот эмгэгийг эхоэнцефалографийн аргаар оношлох нь Улаанбаатар, 1997 (Дэд док., дэд проф. Г.Цагаанхүү)
4.Ц.Баясгалан	Нугалмайн шалтгаант радикулопатийн эмнэл зүй, рентген оношлогооны асуудал Улаанбаатар, 1997 (Дэд док. Д.Өлзийбаяр)
5.Т.Рэнцэнханд	Толгойн архаг өвдөлтийн оношлогоо Улаанбаатар, 1997 (Дэд док. Д.Өлзийбаяр)
6. Х. Тунгалаг	Нугасны зарим эмгэгүүдийн эмнэл зүй, оношлогооны асуудал Улаанбаатар, 1998 (Дэд док. Д. Балдандорж)
7. С. Бямбасүрэн	Тархины талбөмбөлгийн цус харвалтын эмнэл зүй, оношлогооны зарим асуудал Улаанбаатар, 1998 (Дэд док. Д. Балдандорж)
8. Р. Амар- баясгалан	Монгол дахь тархмал хатуурлын өвчлөлийн байдал, эмнэл зүйн шинж төрх Улаанбаатар, 1998 (Проф. Г. Цагаанхүү)

9. Д. Уянга	Тархины гэмтлийн хожуу үеийн хамшинжүүдийн эмнэл зүйн хэлбэр, явцын онцлог Улаанбаатар, 1999 (Проф. Г. Цагаанхүү)
-------------	---

1960-2001 онд мэдрэлийн салбарын судлаачдаас туурвисан сурах бичиг, гарын авлага, ном зохиолуудаас "Хүүхдийн нугасны хурц халдварт саа" (Г.Лодон, 1968), "Мэдрэл гэм судлалын дадлага" (Д.Равдандорж, 1972), "Вегетатив мэдрэлийн систем" (Е.П.Загоровский, Г.Цагаанхүү, 1972), "Пособие по клинической неврологии" (Г.Цагаанхүү, 1980), "Мэдрэл, сэтгэц гэм судлал" (Д.Равдандорж, Ш.Доржжадамба, 1982), "Уураг тархины биоцахилгаан идэвхжил, насны хөдлөл зүй" (Д.Баасанжав, 1982), "Учебное пособие по общей неврологии" (Г.Цагаанхүү, Н.Төмөрбаатар, С.Энхтуяа, 1988), "Мэдрэл судлалын төстийн хураамж" (Г.Цагаанхүү, Д. Өлзийбаяр, 1995), "Мэдрэлийн өвчний онош зүй" (Г.Цагаанхүү, 2001), "Мэдрэлийн өвчний оношилгоо, эмчилгээ" (Г.Цагаанхүү, 2001) зэрэг сургалт, эрдэм шинжилгээний томоохон бүтээлүүд оюутан, эмч мэргэжилтний өдөр тутмын гарын авлага болсоор байна (хүснэгт 3).

Анагаах Ухааны Их Сургуулийн Мэдрэл судлалын тэнхимийн багш нарын сургалт, эрдэм шинжилгээний бүтээлийг үнэлж, Монгол улсын Эрдмийн зэрэг, цол олгох дээд зөвлөлийн шийдвэрээр мэдрэл судлалын салбарын анхны эрдэмтэн, дэд доктор Г.Лодон 1957 онд "доцент", 1961 онд "ШУА-ийн гишүүн", 1965 онд "профессор", дэд доктор Д.Равдандорж 1978 онд "доцент", дэд доктор Г.Цагаанхүү 1988 онд "доцент", 1998 онд "профессор", дэд доктор Д.Өлзийбаяр 1998 онд "дэд профессор" цолыг тус бүр хүртсэн бөгөөд ШУ-ны доктор Д.Баасанжав 1997 онд "ШУА-ийн АУ-ы бага чуулганы гишүүн"-ээр сонгогдсон юм.

1960-2000 онуудад мэдрэл судлалын салбарын багш, эрдэмтдээс гүйцэтгэсэн эрдэм шинжилгээний ажлын чиглэлээр туурвисан болон редакторласан "Монгол дахь мэдрэл, сэтгэцийн өвчний судалгаа" цуврал эмхтгэл (Г.Лодон, Ш.Доржжадамба, 1960, 1962, 1965, 1967, 1969), "Мэдрэлийн өвчний зарим шинж тэмдгийн лавлах" (Р.Дарьсүрэн, 1972), "Мэдрэл, сэтгэл-мэдрэлийн өвчтөнд үзүүлэх яаралтай тусламж" (Ш.Доржжадамба,

Д.Мижид, 1976), "Мэдрэл, сэтгэц гэм судлалын тэнхим байгуулагдсаны 30 жилийн ойд зориулсан эрдэм шинжилгээний хурлын материал" эмхтгэл (Д.Равдандорж, Г.Цагаанхүү, 1977), "Практикум по медицинской биофизике" (Д.Баасанжав, 1977), "Мэдрэл гэм судлалын бодлогын хураамж" орчуулга (Д.Равдандорж, 1980) "Тархины судасны эмгэгийн зарим асуудал" эмхтгэл (Д.Өлзийбаяр, 1991), "Монгол улсын хүн амын мэдрэлийн өвчлөлийн түвшин, бүтэц" эрдэм шинжилгээний төсөлт ажлын тайлан (Г.Цагаанхүү, Д.Өлзийбаяр, 1993), "Мэдрэл судлалын тэнхимийн 50 жилийн түүхэн тэмдэглэл" товхимол (Г.Цагаанхүү, 1997) "Мэдрэл судлалын тэнхим байгуулагдсаны 50 жилийн ойд зориулсан эрдэм шинжилгээний хурлын материал" эмхтгэл (Г.Цагаанхүү, 1998) зэрэг бүтээлүүд хэвлэгдэн гарлаа.

Профессор Г.Цагаанхүү 1978 оноос Монголын анагаах ухаан сэтгүүлийн редакцийн зөвлөлийн гишүүнээр ажиллан, мэдрэл судлалын чиглэлээр бичигдсэн эрдэм шинжилгээний өгүүллүүдийг редакторлан хэвлүүлж ирлээ.

XX зуунд мэдрэл судлалын чиглэлээр туурвисан сургалт, эрдэм шинжилгээний зарим бүтээлийн товчоон (1953-2001)

Хүснэгт 3

Зохиогчийн нэр	Номын нэр, он
1. Г. Лодон Ш. Доржжадамба	Монгол дахь мэдрэл, сэтгэцийн өвчний судалгаа (ЭШ-ний цуврал эмхтгэл), Улаанбаатар, 1960, 1962, 1965, 1967, 1969
2. Г. Лодон	Хүүхдийн нугасны хурц халдварт саа, "Монографи", Улаанбаатар, 1968
3. Д.Равдандорж	Мэдрэл гэм судлалын дадлага, Улаанбаатар, 1972
3. Е.Загоровский, Ч.Нээчин, С.Дугарсүрэн, Г.Цагаанхүү	Вегетатив мэдрэлийн систем (анатоми, физиологи, эмнэл зүй), "Монографи", Улаанбаатар, 1972
5. Г.Цагаанхүү	Пособие по клинической

	неврологии, Улаанбаатар, 1980
6. Ш.Доржжадамба Д.Равдандорж	Мэдрэл, сэтгэц гэм судлал, Улаанбаатар, 1982
7. Д.Баасанжав	Уураг тархины биоцахилгаан идэвхжил, насны хөдлөл зүй, Улаанбаатар, 1982
8. Г.Цагаанхүү Н.Төмөрбаатар С.Энхтуяа	Учебное пособие по общей неврологии, Улаанбаатар, 1988, 193 х.
9. Г.Цагаанхүү Д.Өлзийбаяр	Мэдрэл судлалын тестийн хураамж, Улаанбаатар, 1995, 160 х.
10. Г.Цагаанхүү	Мэдрэл судлалын тэнхимийн 50 жилийн түүхэн тэмдэглэл, Улаанбаатар, 1997
11. Ж.Хайруулла	Мэдрэл, мэдрэлийн мэс засал, I, II дэвтэр, Улаанбаатар, 1995, 1996
12. Г.Цагаанхүү	Мэдрэлийн өвчний онош зүй (сурах бичиг), Улаанбаатар, 2001, 241 х.
13. Г.Цагаанхүү	Мэдрэлийн өвчний оношлогоо, эмчилгээ (эмч нарын гарын авлага), Улаанбаатар, 2001

АУИС-ийн Мэдрэл судлалын тэнхим 1991-1993 онд "Мэдрэлийн гэм" сэдэвт эрдэм шинжилгээний төсөлт ажлын хүрээнд хот, хөдөөний хүн амын дундах мэдрэлийн өвчний тархалтын түвшин, бүтцийн онцлогийг газар зүйн бүсээр судлан тогтоож, түүний үр дүнг нэгтгэн "Монгол улсын хүн амын мэдрэлийн өвчлөлийн түвшин, бүтэц" сэдэвт эрдэм шинжилгээний томоохон тайлан (Г.Цагаанхүү, Д.Өлзийбаяр, 1993) бичсэн нь цаашид мэдрэл судлалын чиглэлээр судалгаа явуулахад нэн чухал суурь бүтээл болсон юм.

Одоо АУИС-ийн мэдрэл судлалын тэнхимийн багш нар болон АУХ-ийн мэдрэлийн секторын судлаачдаас тархины судасны эмгэг, эпилепси, паркинсонизм, мэдрэлийн удамшлын өвчний

чиглэлээр судалгаа шинжилгээний томоохон хөтөлбөрийг хэрэгжүүлж байна.

XX зуунд мэдрэл судлалын клиникийн практикт нейрофизиологийн шинжилгээ (ЭЭГ, 1967, РЭГ, 1978, ЭМГ, 1983), гавал нэвтлэгч хэт авиан оношилгоо (доплеросонографи, 1996), нейрорентген шинжилгээ (ангиографи, 1970, компьютерт томографи, 1986), цацраг идэвхит изотопийн оношилгоо (гаммаэнцефалографи, 1982, СПЕКТ, 2000) зэрэг орчин үеийн шинжилгээний аргууд нэвтэрсэн нь мэдрэлийн өвчтөнд үзүүлэх тусламжийн хүрээнд эргэлтийн үе гарсан гэж дүгнэж болно.

Ийнхүү XX зууны хоёрдугаар хагаст Монголын мэдрэл судлалын салбарын хөгжлийн түүхэнд мэдрэл судлалаар 12,000 орчим оюутан суралцаж, 1960-2000 онуудад зохиогдсон мэдрэлийн эмчийн мэргэжил олгох 11 удаагийн, дээшлүүлэх 10 удаагийн дамжаа болон резиденс, магистрантурын сургалтаар нийт 160 гаруй мэдрэлийн эмч, мэргэжилтэн бэлтгэгдсэний зэрэгцээ сургалт, эрдэм шинжилгээний чиглэлээр олон зуун өгүүлэл, илтгэл хэвлэгдсэнээс анагаах ухааны дэд доктор, докторын диссертаци 16, магистрын ажил 9, сурах бичиг, сургалтын гарын авлага, монографи, ном, товхимол, эмхтгэл 28, оновчтой санал, аргачилсан зөвлөмж, сургалтын технологи 24, орчуулсан, редакторласан бүтээл 21 тус бүр хэвлэгдэн гарч, мэргэжил нэгт нөхөд, залуу үеийнхэнд хүртээл болжээ.

XXI зуунд шилжин орж буй Монголын мэдрэл судлалын шинжлэх ухааны ойрын зорилт нь мэдрэл судлалаар төгсөлтийн өмнөх, төгсөлтийн, төгсөлтийн дараахь сургалтын арга зүй, технологийг улам боловсронгуй болгох, клиникийн материаллаг баазыг бэхжүүлэн, тоног төхөөрөмж, оношилгоо эмчилгээний аппарат, багажийн хангамжийг сайжруулж, эрдэм шинжилгээний ажлыг мэдрэл судлалын нэн тулгамдсан асуудал, өвчин эмгэгээс урьдчилан сэргийлэхэд чиглүүлэн явуулж, XXI зууны эрдэмтдийн залгамж үеийг бэлтгэхэд оршиж байгаа болно.

НОМ ЗҮЙ

1. Ш.Доржжадамба "Мэдрэл судлал, сэтгэц гэм судлалаар хийгдсэн эрдэм шинжилгээний ажлууд" "Монголын анагаах ухаан", УБ, 1970, № 2, 38-44
2. Д.Равдандорж "Краткий очерк деятельности кафедры и клиники нервнопсихических болезней - 30 лет (1947-1977)". Материалы научно-практической конференции, посвященной 30-летию основания кафедры невропатологии и психиатрии МГМИ, УБ, 1977
3. Ш.Доржжадамба, Р.Дарьсүрэн "Сэтгэц гэм судлал, мэдрэл судлалаар нийтлэгдсэн эрдэм шинжилгэний бүтээлүүд" УБ, 1986.
4. Ш.Жигжидсүрэн, Г.Цагаанхүү "Развитие терапевтической и неврологической помощи в МНР" Материалы совместной Монголо-Советской научно-практической конференции, 1990, УБ, 94-97
5. Ш.Доржжадамба, Г.Цагаанхүү "Мэдрэл, сэтгэцийн эмгэг судлалын тэнхим 45 жилд" "Монголын мэдрэл сэтгэцийн өвчний судалгаа", XI дэвтэр, УБ, 1992, 5-11
6. Г.Цагаанхүү "Мэдрэл судлалын тэнхимийн 50 жилийн түүхэн тэмдэглэл" Улаанбаатар, 1997.
7. XX зууны "Монголд анагаах ухаан хөгжсөн түүхийн товчоон" (Редактор П.Нямдаваа, Л.Лхагва, Б.Бурмаа -Улаанбаатар, 2001.

БЯСАЛГАЛЫН АНГИЛАЛ, НЕЙРОФИЗИОЛОГИЙН ЗАРИМ АСУУДАЛ

*М.Отгон - дэд док, кл.проф.,
Ц.Саранцэцэг*

Дэлхийн олон үндэстэн тэр дотор манай монголчууд даяанчлах, бясалгах зэргийг эрт дээр үеэс мэдэж байсан боловч орчин үеийн шинжлэх ухааны үндэстэй нэгдсэн нэгэн ойлголт байсангүй. Орчин үеийн хүмүүсийн эрүүл мэнд доройтох, ядаргаа, стресст орох нь элбэгшиж байгаа энэ үед бясалгалын талаар олон судалгаа гарч, түүний нейрофизиологийн үндсийг тайлбарлах, эрүүл мэндийг сайжруулж болох талаар нилээд зүйл хэвлэгджээ. Гэхдээ бясалгал бол найман шатлалт Патанжала иогийн долоодох шатны биеэ даасан хэсэг гэдгийг тодруулах нь зүйтэй юм. (1)

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

XX зуун бясалгалын гайхамшгийг хүн төрөлхтөнд бэлэглэснээрээ гайхагдаж байна. Бясалгалын тусламжтайгаар та бид өөрийгөө (нээж), бүрэн мэдэх боломжтой болдог. Бясалгалын хүчээр хүн төрөлхтөн тэнгэрлэг үзэлтэй болж, сэтгэлийн олон үзүүрт уяа хүлээснээсээ тайлагдаж, энэхүү нэгэн биеийн жинхэнэ эрх чөлөөг олох бөгөөд бясалгалыг харанхуйгаас гэрэлд, алдаанаас үнэнд, зовлонгоос жаргалд, сандралаас тайванд, үл тоомсорлохоос мэдлэгт хүрэх дардан зам гэж үздэг болой. (2)

Бясалгал хийж сурна гэдэг нь товчхондоо олон нийтийн хэлээр медитэйшн (meditation) хийж сэтгэлээ жолоодохыг хэлж байгаа юм.

Хувь хүний гол зорилго юу юм бэ? Би гэдэг чинь чухамдаа юу юм бэ? Хэн юм бэ? Миний хүүхэд яагаад нөгөө айлын хүүхэд шиг онц сурч чадахгүй байна вэ? гэх мэт маш олон асуулт хэн нэгний сэтгэлд өдөр болгон буусаар байх авч хүмүүсийн ихэнх

нь зөв хариулт олж авч чадахгүй сэтгэл мунгинасан хэвээр байх юм. Хүн бүхний гол зорилго бол сэтгэлийн энергийг гадаад орчинд цацаж сэтгэлийн сульдаанд орохын оронд тэр их хүчийг өөрийн биеийн дотоодод, бүр чадвал гүнд оруулж сэтгэлээ жолоодож сурах нь амьдралын гол агуулга гэж үзэх бүрэн үндэстэй юм. Үүнийг хүн төрөлхтөн зөвхөн бясалгалын ачаар сурч ирсэн түүхтэй юм байна. (3)

СУДАЛГААНЫ АРГА

Энэхүү судалгаан нь бясалгалын түгээмэл дархсан аргууд, тэдгээрийн нейрофизиологийн үндэс, улмаар хүний эрүүл мэндийг сайжруулах зарчим чухам юу болохыг судлах зорилготой болно.

АНГИЛАЛ

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

1. Бирма, Энэтхэг, Шри Ланка зэрэг улсад өргөн хэрэглэгдэж байсан випассана гэдэг бясалгал. Энэ бясалгалыг 2500 жилийн одоогийн Балбын Сидхарта Гоатама гэгч хаан хүү Жагар оронд байдаг Бодьгаяа хотод Бодь модны доор сууж, өөрийн биеэр зориглон хийж Будда бурханы дүрийг олж, гэгээрсэн гэдэг. Энэ арга нь нилээд тэвчээр, хатуужил шаардсан тусгай байранд 10 хоног завилан сууж байж сурах бясалгал юм. Дээр үеэс улбаатай энэ арга эртний пали хэлнээ бичигдэж, голдуу лам, хуврага хүмүүс хичээллэдэг байсныг Бирма улс тусгаар тогтнолоо 1948 онд олсон тэр цагт пандит Махаси Саяадав Собхана гэгч эрдэмтэн, тэр үед Ерөнхий сайд байсан У Ну-гийн зөвлөсний дагуу пали хэлнээс орчин цагийн хэлнээ орчуулж, олон хүмүүст заан сургаж улмаар 500 орчим хүн бясалгал хийх газар доорхи заалыг Рангуунь (одоо Янгуунь) хотод бариулж эхлэснээр энэ бясалгалын дахин сэргэлт эхлэсэн түүхтэй юм. (4)

М.Отгон миний бие 1987 онд Бирма улсад хэдэн хоног ажиллах хугацаандаа энэхүү бясалгалын тухай бичсэн ном, судартай товч боловч танилцах, дээрх бясалгалын заалыг үзэх завшаан тохиосныг дурьдсу. Эртний энэ аргыг хүн төрөлхтөнд зааж сур-

гах талаар Бирмад төрсөн жагар нөхөр С.Н.Гоенкагийн гавьяа, боловсронгуй болгосон аргыг дурьдахгүй өнгөрч болохгүй нь мэдээж юм. (5)

Манай улсад энэ аргыг их эмч Н.Хатанбаатар нэвтрүүлж, олон хүнд заан сургаж тэдний эрүүл мэндийг сайжруулж байгаад бахархаж байна.

2. Энэтхэгийн Махариши Махеш Иоги хэмээх багшийн боловсронгуй болгосон Трансценденталь ТМ-хэмээх бясалгал 1950-иад оны үеэс дэлхийн нилээд оронд тухайлбал, АНУ, Англи, Нидерландад өргөн тархсан арга юм. Энэ аргыг номын дагуу сурахад бүтэн 8 өдөр шаардлагатай байдаг бөгөөд сайн сурсан хүн суудлаасаа 10-20 см хөндийрч чадах (yogic flying) шалгууртай учир энэ хичээлийг заагаад байгаа гадаадынхан маань хөндийрч чаддаггүй байж манай залуучуудын толгойг хэр удаан эргүүлэх юм бол доо буй мэд. Гэвч монголчууд бол монголчуудын үгнээс гадаадын хүний үгэнд илүү оромтгойг ясандаа тултал мэдэрсэн илтгэгч миний бие дурьдахгүй өнгөрөхийг огтхон ч хүсэхгүй байна. Энэ арга сүүлийн үед Нидерландад байгаа төвөөс зохиож байгаа ажлын үр дүнд Энэтхэг, Орос, Болгар улсад нэвтэрч байгаа юм. Манай улсад энэ хичээлийг заадаг үндэсний мэргэжилтэн бэлтгэгдээгүй байгааг ашиглан гадаадын зарим иргэд халтуур хийж байгаад энэ бясалгалыг Шинэ Дели хотноо С.Пант багшаар заалгаж муугүй суралцаж явсан жирийн сэхээтэн бид харамсаж явдгаа нууж үл чадмой. (6)

3. АНУ-ын иргэн Хосе Сильва 1944 оноос нэвтрүүлж эхэлсэн сэтгэлийг жолоодох (Silva Mind control) бясалгал гэж бий. Энэ аргын онцлог нь хүний тархины давтамжийг альфа түвшинд оруулж, программчлан эрүүл мэнд, хөдөлмөрийн бүтээмжийг сайжруулах арга юм. Бид энэ бясалгалын эхний курсийг багш ноёнтон Бимол Ракшитоор 1994 онд, дээд курсийг уг бясалгалыг үндэслэгч их багш Хосе Сильвагауйгаар 1995 онд хоёр удаа заалгаж үнэмлэхээ авсандаа бахархаж явдаг.

Энэ аргыг Америкийн альфа бясалгалч гэж нэрлэсэн хэвлэл ч байх бөгөөд тус арга Европын улс орнуудад ихээхэн өргөн тархсан, бид нарт байгаа судалгаанаас альфа түвшинд тухайн хүн өөрөө өөрийгээ программчлан, эрүүл мэндээ сайжруулах, зорьсондоо хүрэхийн тулд арвижиж ихэссэн эерэг энергээ ашиглаж чаддаг болгодог онцлогтой гэж үзэж байна. Анхан шатны курсэд

суралцахад бүтэн 4 өдөр, дээд курсэд бүтэн 2 өдөр зарцуулагдах бөгөөд багшийн курсэд нэг долоо хоног шаардлагатай байдаг бөгөөд монголчуудын хувьд асар өндөр өртөгтэй арга юм.

Манай улсад энэ бясалгалыг заах хүн АНУ-д бэлтгэгдэх ёстой бөгөөд энэ арга нилээд өргөн тархсан, унших ном хэвлэл элбэгтэй, сайн судлагдсан, ямар ч нөхцөлд хийж болох бясалгалын хэлбэр юм. (7)

4. Энэтхэгийн гэгээрсэн Их багш Шри Шри Рави Шанкар гуайн 1982 онд үндэслэсэн эрүүлжих амьсгал (Sudarshan Kriya) бясалгал бол дээрх бүх аргаас аль сайн бүхнийг авч богино хугацаанд альфа, тета түвшинд оруулдаг бясалгалын боловсронгуй хэлбэр юм. Энэ хүний үндэслэсэн арга одоо дэлхийн 110 онд дэлгэрч, өргөн хэрэглэгдэж, улмаар олон улсын төрийн бус байгууллага (ТББ) болсон юм. Энэ арга нь суралцахад хялбар, олон дасгал нь хүний хэвийн физиологийн үйл ажиллагаан дээр түшиглэсэн учир богино хугацаанд олон улс оронд салбар төвтэй болсон төдийгүй, манай улсад өөрийн төвтэй болж сүүлийн нэг жилийн дотор нилээд ахицтай хөгжиж байна. Шинэ арга нь дэлхийн хүмүүст таалагдан сайшаагдсан учир тэрээр 1997 онд АНУ-д хийгдсэн "Дэлхийн 3 Ухаантан" хэмээх киноны гол баатрын нэг болсныг тэмдэглэхэд таатай байна. Энэхүү онцгой аргыг үндэслэгч суут, цаг зав муутай энэ хүн 2000 онд гуравхан хоног манай улсад Анхны Ерөнхийлөгч П.Очирбатын урилгаар айлчлах үеэрээ: "Дэлхийн энергийн төв Монгол оронд байдаг бөгөөд 2020 он гэхэд танай улсад тэнгэрлэг үзэл оргилдоо хүрч хөгжих болно" гэж ярьж байсныг Монгол түмэндээ бичиж үлдээх аз бид нарт заяасан бус уу. Үнэхээр ч төв Азийн үрчлээт духан дээр байрласан миний Монголд дэлхийн эерэг энергийн төв байдгийг үгүйсгэхгүй бөгөөд хойшид энэ үзэгдлийг судлах нь манай эрдэмтдийн ойрын зорилт байх ёстой гэж үзэж байна. (8)

Энэ аргыг анх удаа 1996 оноос манай улсад хүний их эмч Ц.Саранцэцэг нэвтрүүлж, уг аргыг нэвтрүүлсэн гэгээрсэн их багш Шри Шри Рави Шанкартай хамтран ажиллаж байна.

СУДАЛГААНЫ АРГА

Бясалгал (meditation) хийж сурна гэдэг нь хүн усанд алдаж онон байж сэлж сурдаг лугаа цаг, идэвх шаардсан нарийн дасгал бөгөөд олон арга байвч тэд цөм нэгэн зорилготой байх юм.

Их эмч Ц.Саранцэцэг Их багшийн (Gurji) боловсруулсан аргаар багшлах эрхийг 1996 онд олж аваад 1996, 1997, 1998, 1999 онд Энэтхэг, Бутан улсад ажиллаж, амьдарч байхдаа гадаадын хүмүүст англи хэлээр заахын зэрэгцээ богино хугацаагаар эх орондоо зуны амралтаар ирэх үеэрээ хичээл зааж байгаад 1998 онд манай улсад Шри Шри Амьдрах Ухааны Төв гэдэг ТББ байгууллагыг байгуулж, 2000 оноос байнгын ажиллагаатай болж, эдүгээг хүртэл тус байгууллагын тэргүүнээр нь ажиллаж байна. Тэрээр одоогийн байдлаар нийт 3,000 орчим хүнд хичээл заасны зэрэгцээ, 7-14 насны багачууд хамрагдаж болох хүүхдийн хичээлийг тусгай программын дагуу 2-р төв дээр зааж байна. УКТЭ-ийн дэргэд насанд хүрэгсэдийн курсийг 2000 оны 1-р сараас эхлэн ажиллуулж, энэ курст энгийн иргэдээс эхлэн эмч, багш сурган хүмүүжүүлэгчид, залуучууд, УИХ-ын зарим гишүүд амжилттай суралцаж эрүүл мэндээ болон хөдөлмөрийн бүтээмжээ дээшлүүлэхэд идэвхтэй оролцов. Олон жил хичээл заагаад тухайн аргыг улам боловсронгуй болгоод "Эрчимт амьсгал, бясалгалаар эрүүлжих арга" гэдэг загварыг боловсруулаад байна. Энэ загварын тусламжтайгаар бясалгал хүний эрүүл мэндэд хэрхэн нөлөөлдгийг орчин үеийн анагаах ухааны үүднээс судлах боломжтой юм. Энэ загвар нь асана дасгалууд, пранаяама, мудра, бастрика, бясалгал зэрэг олон тооны арга хосолсон бөгөөд хүний эерэг энергийг ихэсгэхэд илүү давуу талтай ажиглагдаад байна.

БЯСАЛГАЛЫН НЕЙРОФИЗИОЛОГИЙН ҮНДЭС НЬ ЮУ ВЭ?

Анх шашны тайлбарыг няцааж "дэлхий бол нарыг тойрон эргэлддэг" гэсэн Коперникийн алдарт нээлтээ хийж гал дээр шаатагдаж байсан тэр цагаас шинжлэх ухаан хөгжсөн гэж үздэг эрдэмтдийнхээр бол шинжлэх ухаан 500 гаруй жилийн түүхтэй болж байгаа билээ. Эдүгээг хүртэл шинжлэх ухаанд олон нээлт хийгдсэн боловч хүний тархины үйл ажиллагааны нууцыг бүрэн нээж чадаагүй хэвээр байна. (9)

Бясалгалын арга олон байж болох боловч физиологийн нийтлэг үндэс нь тархины давтамжийг цөөрүүлж бетагаас альфа, улмаар тета түвшинд удаан барьж, хүний эрүүл мэндийг сайжруулахад оршино. Хүний сэтгэлийг он оны халаа сэлгээнд удаан хугацаанд олон талаар судалж ирсэн эрдэмтэн мэргэд сэтгэл

(mind) гэдэг нь хүний 5 мэдрэхүйн өнгөц сэрэмжид ч өөрчлөгдөж байдаг сургахад бэрхтэй "амьтан" гэж бичсэн байдаг нь үнэнтэй юм. 2000 онд Их эмч Гэрбер (Gerber) хүн сэтгэлээ жолоодож чадахгүйгээс болж олон янзын эмгэг, мэдрэлийн ядаргаа психоиммуни гаралтай олон тооны өвчин, эмгэгт хүрдгийг нотлоод эмийн бус эмчилгээний үнэнхүү давуу талыг тодорхой бичсэн. (10)

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

Хүний тархины давтамжийг авч үзвэл, бета түвшинд нэг секундэд 14-25 удаа давтамжтай байхад, альфа түвшинд нэг секундэд 14-7 давтамжтай, тета түвшин нэг секундэд 7-4 давтамжтай, делта түвшинд нэг секундэд 4-3 давтамжтай болтлоо цөөрдгийг бясалгалд ашиглаж байгаа юм. Бясалгалын үр дүнд хүний тархины давтамж секундэд 14 -7, улмаар 7-4 хүртэл цөөрч, үүний үр дүнд хүний эрүүл мэнд, иммунитет сайжирч байгааг нейрофизиологчид электроэнцефалографи (ЭЭГ) болон бусад олон судалгаагаар нотлосон байна. (11)

Вишну-Девананд Шри Шри Рави Шанкарын арга нь хүний энергийн төв - чакраг нэн ялангуяа кундалины чакраг сэргээдэг гэж үзсэн байна. (12)

Үүнтэй уялдуулан АНУ-ийн эрдэмтэн Андеа Жүдит хүний чакраг сэргээх тусгай дасгалуудыг боловсруулж зааж эхлээд байгаа нь бясалгалын үйлчлэх механизмыг тайлбарлахад шинэ эргэлт хийж мэдэх байна. (13)

Бид юуны өмнө бясалгалын сүүлийн үеийн нэгэн аргыг практикт нэвтрүүлж, анхны төвийг байгуулан хүн ардынхаа эрүүл мэндийг сахин хамгаалахад бага боловч хувь нэмэр оруулахыг хичээн ажиллаж байна. Бясалгалын үед хүний тархины хоёр хагас бөмбөлгийн үйл ажиллагаа тэнцвэржиж, түүний дотоод нөөц бололцоог аль болох ихээр ашиглах боломжтой болгож, хү-

ний биоэнергийн дутагдлыг сэргээх ингэснээрээ хөдөлмөрийн чадвар ихсэх хийгээд өвчин, эмгэгээс урьдчилан сэргийлэх, дархлал сайжрах олон талын ашигтай юм.

Эрдэмтдийн судалгаанаас үзэхэд, сэтгэл бол дан ганц тархины бүтээгдэхүүн биш бөгөөд тэр нь хүний 5 мэдрэхүй, ухамсраас их хамааралтай гэж үзжээ. Иймд ухамсар, материйн холбоог судалдаг философичид мөн сэтгэлийн эволюци хөгжлийг нухацтай судалж байгаа физикчдийн үйл ажиллагаанаас анагаах ухааны ирээдүйн хөгжил ихээхэн хамаарах болно.

ДҮГНЭЛТ

1. Дэлхийн олон нийтийн дунд ихээхэн тархаж, манай оронд эхлэл төдийхэн байгаа бясалгалын талаар бичсэн ном хэвлэлтэй танилцаад бид дээр өгүүлсэн ёсоор бясалгалын өргөн хэрэглэгдэж байгаа дөрвөн хэлбэрийн онцлогийг харцуулан авч үзэж, манай улсад аль арга нь нилээд түлхүү хөгжиж байгааг судлаж үзлээ.
2. Өргөн тархсан дээрх 4 аргад биечлэн суралцаад бид аль ч бясалгалын үед хүний тархины цахилгаан давтамж цөөрдөг нийтлэг нэгэн онцлогтой гэж дүгнэхийн хамт, хүний дархлал хийгээд эрүүл мэндийг сайжруулах, хөдөлмөрийн бүтээмжийг дээшлүүлэх ач холбогдолтой учир аль ч албан газар, эмнэлгийн практикт өргөн нэвтрүүлэх шаардлагатай гэж үзэж байна.
3. Шри Шри Амьдрах ухааны төв дээр "Эрчимт амьсгал, бясалгалаар эрүүлжих арга"-ыг боловсруулан цаашид хүмүүсийн эрүүл мэндэд хэрхэн нөлөөлж байгааг судлах боломжтой болов.

НОМ ЗҮЙ

1. Ц. Саранцэцэг, М.Отгон. "Йога ба Эрүүл Мэнд" - УКТЭ байгуулагдсаны 75 жилийн ойд зориулсан Онол, практикийн бага хурлын илтгэлийн хураангуй XXV 2000 Улаанбаатар 74-77-р тал.
2. Swami Yatiswarananda. Meditation and Spiritual life. Bangalore 1995.
3. Swami Sivananda. Concentration and Meditation. A divine life society publication 1994.
4. Mahasi Sayadaw. Vipassana Meditation. Rangoon. 1975.

5. William Hart. Vipassana Meditation as taught by S.N Goenka. New Delhi 1995.
6. D.Denniston and P McWilliams. The transcendental meditation TM book: How to enjoy the rest of your life. Versemohger Press, 1975, USA
7. Joce Silva and Philip Miele. The Silva Mind Control Method 1977
8. Sri Sri Ravi Shankar and et all. Healing Breath. New Delhi 1997
9. Laurie Nadel, Judy Haims and Robert Stempson. The Sixth Sense Practice Hall Press 1990.
10. Richard Gerber. Vibrational Medicine for 21st Century. Harper Collins Publisher NY 2000
11. Louis Proto. Self-Healing. Use your Mind to Heal Your Body. Judy Piatkus Publisher 1994.
12. Swami Vishnu-Devananda. Meditation and Mantras. OM lotus Publishing Company NY 10011, 1995
13. Ankdea Judith. The Chakra System. A complete Course in Self-Diagnosis And Healing. 2000

CLASSIFICATION AND NEUROPHYSIOLOGY OF MEDITATION

M.Otgon. Ts.Sarantsetseg

Meditation is an integrated system of an exercises for the human body, mind, inner spirit and which has been underlined as the seventh limb of the Patanjala yoga. The writers have described four types of meditation namely vipassana meditation, transcendental meditation, Silvamind control and Sudarshan kriya meditation discovered by Sri Sri Ravi Shankar of India.

Medical meditation is considered as one of techniques of drugless treatment which has been widespread in the world. It is noticed that the mind is being constantly stimulated by the bombardment of perceptions from the outer world through human senses. Without the help of meditation you can not manage the stress and liberate yourself from the trammels of the mind attain knowledge of the Self and will not understand the essence of health and happiness. It repairs the ravages of stress, strengthens the immune system, heals psy-

choimmunodiseases. Scientists have made a discovery that during the meditation brain waves have been slowed down at different frequency or cycles which indicated by hertz, depending on the brain electric waves speed per a second. This artical describes, with candor, types of meditation, levels of meditation (beta, alfa, teta and delta) in details and their benefits to improve health, immune system and creativity but more detailed information is giving about Sudarshan kriya which has been successfully taught at this very Hospital since January 2000.

МАНАЙ ОРОНД ДУРАНГИЙН ШИНЖИЛГЭЭ, МЭС ЗАСАЛ ЭМЧИЛГЭЭ ХӨГЖИЖ ИРСЭН ТҮҮХ ТҮҮНИЙ ИРЭЭДҮЙН ХӨГЖЛИЙН ТӨЛӨВ

М.Намсрай - дэд док.,

Г.Нямхүү - кл.проф. ,

В.И.Маслов - Тэргүүлэх эмч

XX зууны анагаах ухааны хөгжлийн томоохон ололтын нэг бол хүний бие махбодийн хөндийт бүхий л эрхтэнд байгаа эмгэг өөрчлөлтүүдийг дурангийн аргаар шинжлэн оношилж, улмаар мэс засал эмчилгээ хийж ирсэн түүх замнал байсан бөгөөд хөгжлийн явцад дуран авай, түүнтэй холботой багаж, тоног төхөөрөмж, аппарат хэрэгслийг эрхтэн системийн онцлогт тохируулан улам боловсронгуй болгон өөрчлөн шинэчилж тэр хэмжээгээр эмч эрдэмтдийн дадлага туршлага өсөн нэмэгдэж хүн ардынхаа эрүүл мэндийн төлөө ариун үйлст оруулсан шинжлэх ухааны үндэстэй томоохон алхам байлаа.

Орчин үеийн анагаах ухаанд нэн шаардлагатай салбарын нэг дуран буюу эндоскоп нь анагаах ухааны салбар болгонд ижил тэгш хөгжиж байна. Тухайлбал, хүний тархи, цээж хэвлийн хөндийн эрхтнүүдийн эмгэгүүд, бөөр шээсний зам, умай түүний дайвар өндгөвчийн өөрчлөлтүүд, үений хөндийд байгаа төрөлхийн болон олдмол эмгэгүүдийг дурангийн аргаар шинжлэн оношилж мөн тэдгээр эрхтэнд байгаа эмгэгүүдийн 90-95%-д дурангийн мэс засал хийж байна. оношилгоо болон мэс заслын дуран нь 30 гаруй нэр төрлийн бөгөөд тэдгээрээс 26 төрөл нь (металл ба уян дуран) манай эмнэлгүүдийн практикт ашиглагдаж байна.

Дуран нь хөгжлийнхөө явцад оношилгооны чиглэлтэй байснаа дурангийн хэд хэдэн хавсарсан шинжилгээ болж, аажмаар дурангийн жижиг мэс ажилбар хийдэг болжээ. Энэ жижиг мэс ажилбарууд нь дурангийн тусламжтайгаар томоохон мэс заслуудыг хийх хүртэл хөгжлийн замд шилжсэн нь мэс заслын түүхэнд XXI зуун бол дурангийн мэс заслын эрин үеийг тодруулах хөгж-

лийнхөө тийм замдаа нэгэнт орсон болохыг дэлхийн олон орны эрдэмтэд хүлээн зөвшөөрч байгаа ажээ.

Орчин үед дурангийн аргаар шинжлэн оношилж эмчилдэггүй тийм эрхтэн систем гэж бараг байхгүй боллоо. Ялангуяа дурангийн мэс засал эмчилгээ нь хэвшмэл мэс заслын аргаа бодвол "Алтан жижиг" эмчилгээ мөн гэж судлаачид (J.Renard, P.Abrams) тэмдэглэсэн байдаг.

Манай оронд 1921 онд Европ эмнэлгийн суурь тавигдсанаас хойш эдүгээ 80 жилийн хугацаанд бүхэл бүтэн эрүүлийг хамгаалах тогтолцоо бүрэлдэн хөгжих явцад дурангийн шинжилгээ болон мэс засал эмчилгээ нэгэн адил үүсч хөгжсөн билээ. Тухайлбал, 1956 онд клиникийн III эмнэлэгт академич Т.Шагдарсүрэн, дэд эрдэмтэн Сүхбаатар нар ОХУ-ын "Красногвардец" хэмээх ходоодны металл дурангийн ерөнхий унтуулгын дор өвчтний ходоодыг дурандаж хорт хавдрыг оношилж байжээ. Тэд бас амьсгалын замын эрхтэнд орсон гадны биетийг мөн дурангийн тусламжтайгаар авч байжээ. Хүний гавъяат эмч Н.Лувсанбалдан ОХУ-ын эмч Л.А.Осколовын удирдлагын дор 1959 онд давсаг дурандаж байсан бол хэвлийн хөндийн эрхтнүүдийн эмгэгийг 1966 онд эрдэмтэн Л.Жигжидсүрэн, 1968 онд Н.Даваацэрэн нар тус тус дурангаар оношилж байжээ. Тухайн үед техникийн нэлээд дэвшил гарсан Япон улсын Олимпус пүүсийн уян дурангаар хоол боловсруулах эрхтэнд үүссэн эмгэгийг дурандаж оношлох талаар эрдэмтэн, эмч Ч.Цэрэннадмид, ЭХБ-гын гавъяат ажилтан Дүгэржав нарын санаачилга хүчин, зүтгэл нэлээд амжилтад хүргэсний нэг тод жишээ бол 1968 онд эрдэмтэн эмч Ж.Жамъяншарав нь клиникийн II эмнэлэгт ОХУ-ын доктор профессор Ю.С.Силаев нар улаан хоолой, ходоод, бүдүүн гэдэсний эмгэгийг уян дурангаар оношилж, зарим тохиолдолд сорьц авч шинжилдэг байсан нь манай оронд хоол боловсруулах эрхтнийг дурандах салбар шинжлэх ухаан хөгжих боломж бий болжээ. Клиникийн II эмнэлэг дээр уян дурангийн үйлчилгээ олон түмэндээ хүрч үйлчилж чадахгүй байсныг харгалзан 1973 онд ЭХЯамны сайдын 164-р тушаал дээрх дурангийн аппаратыг эмч Ж.Жамъяншаравын хамт Клиникийн I эмнэлэгт шилжүүлснээр 1973 оны 3-р сарын 18-нд хоол боловсруулах эрхтнийг дурандах анхны кабинетийг байгуулжээ. УКТЭ-ийн хамар хоолойн тасагт 1959-1963 онд гавъяат эмч Цэрэнжав, эмч Дүгэрхүү нар анхны Диафаноскоп хийж байжээ. Хэдийгээр дурангийн техник,

технологи боловсронгуй болоогүй байсан ч гэсэн зориулалтын бус дуранг ашиглан шинжилгээ, оношилгоо хийх шаардлага аяндаа гардаг байжээ. Нэгэн жишээ дурьдахад, 1962 онд эрдэмтэн, эмч Б.Жав давсагны дурангаар умайн эмгэгийг дурандаж оношилж байжээ. Манай ахмад эмч, эрдэмтэд дурангийн шинжлэх ухааны ирээдүйг ойлгож ямар их хөдөлмөр гарган мэдлэг, оюун ухаанаа дайчлан ажилладаг байсны нэгэн үлгэр энэ буюу.

Шинжилгээний дурангуудын техникийн дэвшил сайжирч ирсний үр дүнд хамар, зажлуурын хөндийн дурандалтыг 1996 онд доктор, профессор Л.Шагдар, гавлын хөндийн дурандалт 1995 онд эмч Б.Мэндбаяр (хоол боловсруулах эрхтний дурангаар) умайн эмгэгийг дурангаар оношлолт 1995 онд эмч О.Батсүх, үений хөндийг дурандалт 1995 онд С.Отгонгэрэл нар тус тус хийж эхэлсэн байна. Ганц мод гал болдоггүй, ганц хүн айл болдоггүй гэгчээр ахмад эмч нар салбар салбартаа дурангийн шинжилгээ, оношилгоо хийж байсан хэдий ч дуран багажийн хангамжгүйгээс төдийлэн сайн хөгжихгүй байлаа. Ийм учраас хоол боловсруулах эрхтний дурангийн оношилгооны дамжааг 1978 онд нээснээр одоо манай бүх аймаг, хотууд дурангийн эмчтэй болсон бөгөөд 1989 онд дурангийн тасгийг УКТЭ-т байгуулан эрхлэгчээр Б.Мэндбаяр, уушигний дурангийн эмчээр В.И.Маслов, бөөрний дурангийн эмчээр М.Намсрай, хоол боловсруулах эрхтэнг эмч Т.Тамир, Ө.Нямсүрэн нар тус тус дуранддаг байжээ. Энэ нь дурангийн оношилгоо, эмчилгээний аргыг эмнэл зүйн салбарт цаашид дэвшилттэй хөгжүүлэх анхны алхам байлаа. 1970-аад оноос Герман, Япон, АНУ, Францын эмнэлэгийн тоног төхөөрөмж үйлдвэрлэдэг томоохон пүүсүүдэд дурангийн оношилгоо, мэс заслын багаж тоног төхөөрөмж, аппарат хэрэгслүүдийн техникийн шинэчлэлтийн үйлдвэрлэл улам боловсронгуй болж эрчимтэй хөгжсөн нь манай оронд дурангийн мэс засал хөгжих таатай боломж бий болжээ. Ялангуяа хоол боловсруулах эрхтэн шинжилгээний дурангаар жижиг мэс ажилбаруудыг эмч нар хийж эхэлжээ. Тухайлбал, Ходоодны урыг дурангийн тусламжтайгаар авч цус тогтоох (Б.Мэндбаяр 1974), улаан хоолойн тараагуур судасны өрөгсөлд эм тарих ходоод, улаан хоолойноос гадны биет авах дээрх гэдэсний том хөхлөгийг сэтгүүрдэх мэс ажилбарыг 1980 оноос Б.Мэндбаяр эмч 4,000 орчим хүнд хийсэн байна. Дээрх гэдэсний том хөхлөгийг сэтлэж зүсээд цөсний ерөнхий цоргоос чулуу татаж авах, ходоодны эрт үеийн хавдрыг

дурангаар авах, ходоодноос нэг дор 30 гаруй урыг дурангийн аргаар түүж авах, ходоодны шархыг дурангийн тусламжтай эмчлэх зэрэг мэс ажилбарыг Т.Тамир 1992 онд 40 гаруй хүнд хийсэн байна.

Дурангийн тусламжтайгаар тодосгогч бодис ашиглан цөсний ерөнхий цорго, нойр булчирхайн зураг авах, ходоодны шарханд хатаах тариа хийх, цахилгаан зүү ашиглан сорьц авах, будагч бодис ашиглан дурандах, хагалгааны үед дурандах зэрэг олон талт ажилбаруудыг Т.Тамир, В.И.Маслов (1993) нар хийжээ. Уушигны эмгэгийг 1978 онд Олимпус пүүсийн уян дуран ашиглан дурандсан бөгөөд 1981 онд уушигны дурангийн кабинетийг байгуулан ажиллажээ. Уушигны болон цагаан мөгөөрсөн хоолойн эмгэгүүдэд тариа хийх, цагаан мөгөөрсөн хоолойг цэвэрлэх, уушигны хэлтэнд хэсэгчилсэн шинжилгээг дурангийн тусламжтайгаар тодосгогч ашиглан зураг авах, цагаан мөгөөрсөн хоолойн эмгэгийг зүүгээр соруулан сорьц авах, сэтгүүрдэх, цээжний хөндий дурандах, цагаан мөгөөрсөн хоолойн цоорхойн цус алдалт тогтоох, уушигны буглаан зураг авах зэрэг олон төрлийн шинжилгээ, мэс ажилбарыг тэргүүлэх зэргийн эмч В.И.Маслов, Ц.Жамбалдорж нар (1989) хийж байжээ. В.И.Маслов 1990 оноос цагаан мөгөөрсөн хоолойн хортой хоргүй хавдрыг дурангийн аргаар авах хагалгааг 8 хүнд хийжээ. Хүүхдийн өвчинг дурангаар оношилж эмчлэх асуудал насанд хүрэгчдийн дурангийн шинжилгээтэй нэгэн адил анхаарал татаж байв. 1970-аад онд металл дурангаар хүүхдийн уушигны цагаан мөгөөрсөн хоолойн эмгэгийг дурангаар оношлон гадны биет татаж авах ажилбарыг эмч Д.Самбуу, дэд эрдэмтэн Жамьянжав нар хийж байсан бол давсаг дурандах шинжилгээг дэд эрдэмтэн Л.Санжаа хийжээ. Хүүхдийн хоол боловсруулах замын эрхтний эмгэгийг оношлох уян дурангийн кабинет 1987 онд анх байгуулагдаж эмчээр нь Д.Байгаль ажиллахдаа улаан хоолой, ходоод дээрх гэдэс, бүдүүн гэдэсний эмгэгүүдийг дурангаар оношилж сорьц авч шинжлэх, гадны биетийг татаж авах, улаан хоолойн нарийсалтыг сэтгүүрдэх эмчилгээнүүдийг хийж байжээ. Дурангийн тусламжтайгаар хийдэг томоохон хагалгааг бөөрний мэс заслын дурангийн кабинет байгуулагдсан (1989) үеэс эхлэлтэй бөгөөд тэр үед шээсний сүв-давсаг, түрүү булчирхай болон бөөрний тэвшний сувгийн эмгэгийг дурандаж оношлох шинжилгээ (Ж.Хорлоо 1987, М.Намсрай 1988) хийснээр бөөр шээсний доод замын

эрхтнүүдийн олон эмгэгийг оношлон дурангаар мэс засал хийж эхэлжээ. Бөөрний мэс заслын эмч М.Намсрай 1989 оны 4-р сараас шээсний сүвний нарийсал, тэвшний суваг, давсаг, шээсний сүвний чулуу, гадны биетийг авах дурангийн хагалгаа хийж эхэлсэн бол аажмаар давсагны шарх, хавдар, тэвшний сувгийн цоргын цүлхэн зэрэгт дурангийн хагалгааны аргаар мэс засал хийх болжээ. Тэрээр 1992 онд бөөрний мэс заслын дурангийн хагалгаанд нэлээд төвөгтэйд тооцогддог түрүү булчирхайн эмгэгт дурангийн мэс засал хийж эхэлжээ. Одоо бөөр, шээсний доод замын эрхтний 23 төрлийн эмгэгт дурангийн 6-7 төрлийн мэс заслыг 1,200 гаруй өвчтөнд хийгээд байна. Бөөрний мэс засалд бие даасан дурангийн хагалгааны заалыг 1989 онд байгуулсан нь дурангийн хагалгааг цаашид тогтвортой хөгжүүлэх боломж бүрдсэн гэж үздэг байна. УКТЭ-ийн ерөнхий мэс заслын клиникт хэвлийн хөндийг монитор ашиглан дурандах орчин үеийн дурангаар хөдөлмөрийн баатар, төрийн шагналт эмч А.Отгондалай, Г.Нямхүү, эмч С.Нэргүй нар хэвлийн хөндийн эрхтний эмгэгийг оношлохын сацуу цөсний хүүдийн чулуу, олгой авах хагалгааг 1994 онд хийж эхэлжээ. 1995 оноос цээжний гялтангийн хатуурал, уушигны төрөлхийн болон олдмол уйланхай, зүрхний булчингийн бэтэг, цээжний симпатик мэдрэлийн зангилаа, уушиг тайрах, авах дурангийн хагалгааг эмч Н.Даваадорж, Г.Нямхүү, Ш.Цог нар амжилттай хийж байна. Тэд дурангийн тусламжтай хэвлийн гуурс тавих, цөсний цорго дурандах, нарийн гэдэсний эмгэг тодруулах, түгжрэлийн дараах хэвлийн наалдац салгах, цөсний хүүдийд гуурс тавих, ивэрхийн хагалгаа хийх зэрэг 18 төрлийн хагалгааг 450 гаруй өвчтөнд амжилттай хийгээд байна. УКТЭ-ийн хамар хоолойн клиникт 1996 оноос архаг идээт этмоидит, архаг урт жажууртас, хамрын хөндийн ур, таславчийн муруйлт, дунд самалдгийн томролт, Калдвелл-Люкийн мэс заслын дараах хүндрэл, архаг фронтит зэрэг өвчтэй 38 хүнд дурангийн мэс заслыг дэд доктор Ш.Бат-Эрдэнэ, эмч А.Баярсайхан, Л.Бямбасүрэн хийсэн нь бүгд амжилттай болсон байна.

1995 онд дурангийн ахмад эмч Б.Мэндбаяр ходоодны дуранг ашиглан гавлийн хөндийд хуралдсан нөж авах хагалгааг эхэлснээс хойш 30 орчим өвчтөнд хийсэн нь толгойн дурангийн мэс засал манайд хөгжих суурь тавигдсан бөгөөд хэрэв зориулалтын хагалгааны дурантай бол мэдрэлийн мэс заслын олон өвчинг дурангаар эмчилж болох боломж ойрхон байгаа нь ойлгожтой

юм. ЭНЭШТөвийн эмэгтэйчүүдийн практикт 1995 онд умайн хавдар, өндгөвчийн уйланхайн хавдар, үргүйдэл болон төрөлхийн гажгууд, хагалгааны дараах наалдац, салгалт зэрэг 20 гаруй өвчинд эмэгтэйчүүдийн дурангийн тусламжтайгаар тэргүүлэх зэргийн эмч О.Батсүх 650 хүнд хийсэн бүгд үр дүнтэй болсон байна.

Гэмтэл согогийн клиникт 1998 оноос үений дурангийн оношилгоо, мэс засал эмчилгээ эхэлсэн бөгөөд өвдөгний үенд менискоэктоми, хондроматоз авах, гадны биет авах, урд чагтан холбоос сэргээх, синовэктоми, лигаментопластик, шагайны үеийн хондроматоз авах, үе угаах, тохой түнх, шагай үений гадаргуун бүтцийг оношлох мөрний үений холбоос сэргээх зэрэг дурангийн 10 гаруй төрлийн мэс заслыг тэргүүлэх зэргийн эмч С.Отгонгэрэл 200 гаруй хүнд хийжээ. Хэдийгээр өндөр үнэтэй ч гэсэн богино хугацаанд өвчтэй хүнийг эрүүлжүүлэхэд үр ашгаа өгдөг дурангийн багаж тоног төхөөрөмжийг өөрсдийнхөө зүрх сэтгэлээр хөөцөлдөж гуйх, түүх шахам олж ирээд ард түмнийхээ эрүүл мэндийн төлөө зориулан ямар ч үнэ төлбөргүйгээр орчин үеийн дурангийн оношилгоо, мэс заслыг салбар салбартаа суурийг нь тавиж хөгжүүлсэн Монгол улсын хөдөлмөрийн баатар Г.Нямхүү, Төрийн шагналт АУ-ы дэд доктор М.Намсрай, дэд доктор Ш.Бат-Эрдэнэ, тэргүүлэх зэргийн эмч О.Батсүх, Б.Мэндбаяр, В.И.Маслов, Н.Даваадорж, С.Отгонгэрэл, эмч А.Баярсайхан нарын эмч эрдэмтэд дурангийн мэс заслыг хөгжүүлэхэд зах зээлийн ороо бусгаа энэ үед өөрийн мэргэжил мэдлэг, бүхий л авьяас чадвараа дайчлан ажилласаар байна. Эмийн бодис, ус, хий ашиглан дурандаж оношлон мэс засал хийдэг хүйтэн гэрлийн уян болон металл дурангууд манай эмнэлгийн практикт сүүлийн 10 гаруй жилд амжилттай нэвтэрснээр "дурангийн" гэж хэлж ойлгож болохоор боловсон хүчинтэй болжээ. Тэд ч мэргэжилдээ өөрийн гэсэн дадлага туршлагатай эмч нар болжээ. Зөвхөн дурангийн шинжилгээ, мэс заслыг практик талаас нь хөгжүүлэх гэж эмч нар ажилласангүй. Дурангийн шинжилгээ, эмчилгээний аргууд нь шинжлэх ухааны үндэстэй болохыг тэд бас баталсан юм. Ялангуяа Л.Жигжидсүрэн "элэг цөсний замын өвчнүүдийн үед орчин үеийн шинжилгээний аргыг хэрэглэх боломж" (1974), Ж.Жамьяншарав "Ходоодны архаг үрэвслийн хэлбэрүүдийг дуран оношилгоо, сорьц аргаар оношилсон нь" (1978), З.Мэндсайхан "Цагаан мөгөөрсөн хоолойн цэргийн насны залуучуудын эмгэг"

(1983), Д.Байгаль "Хүүхдийн хоол боловсруулах замын өвчнийг дурангийн шинжилгээгээр оношлохуй" (1997), М.Намсрай "Түрүү булчирхайн эмгэгийн дурангийн оношилгоо эмчилгээний асуудал" (1999) нэгэн сэдэвт бүтээлээрээ АУ-ны дэд докторын зэргийг тус тус амжилттай, хамгаалсан нь манай оронд дурангийн шинжлэх ухаан хөгжихөд ихээхэн ахиц гарсан билээ. Ийнхүү манай улсын эмнэлгийн байгууллагуудад энд тэнд байрлалтай дурангийн кабинетуудтай, бас ганц нэгээрээ амиа аргацаан ажилладаг эмч мэргэжилтнүүдтэй болжээ. Анагаах ухаан өдрөөс өдөрт шинэ чиглэл, шинэ ололт амжилт руу тэмүүлэн хөгжсөний үр дүнд шинэ шинэ техник, технологи, арга барилын ололтуудаар баяжин урагшилсаар байна. Цаашдаа дурангийн шинжилгээ, мэс засал нь хэт авиан оношилгоо мэс засалд нэгдэн ажиллах, робот болон теле мэс заслыг тодорхой зайнаас хийх зэрэг хөгжил дэвшлийн өргөн боломж нээлттэй болжээ. Дурангийн засал нь ил шарх үүсгэдэггүй, хүндрэл багатай, хөнгөн явцтай, хөдөлмөрийн чадвар богино хугацаанд сэргэдэг, эдийн засгийн өндөр ач холбогдолтой учраас богино хугацаанд өөрийн өртгөө нөхөж чаддаг зэрэг хэвшмэл мэс заслаа бодвол нэлээд олон давуу талтай ажээ. Жишээ нь: Бөөрний мэс заслын клиникт 1993-1996 онд хэвтэж түрүү булчирхайн эмгэгт дурангийн мэс засал хийлгэсэн 132 өвчтнийг хэвшмэл мэс заслын аргаар эмчлүүлсэн адил тооны өвчтөнтэй харьцуулан судлахад дундаж орхоногийг нэг өвчтөнд 18-аар бууруулсанаар 2,376 ор хоног буюу 4.4 сая төгрөгийн зардал хэмнэсэн тооцоо гарчээ. (М.Намсрай. Түрүү булчирхайн эмгэгийг дурангийн оношилгоо эмчилгээ. 2000 он.х-154).

Манай улсын дурангийн эмч нар нь олон жил ажилласан, хагас дутуу ажиллагаатай (ойрын үед олигтой сэлбэг ч авч чадаагүй) бүдэг бадаг хардаг оптиктой дурангаар өвчтнийг шинжлэн оношилж бас мэс засал хийж байна. Тэр бүү хэл зориулалтын бус дурангаар дурангийн мэс засал хийж байна.

Жишээ нь, Ходоодны дурангаар гавлын хөндийд, бөөр шээсний доод замын дурангаар цээжний хөндийд тус тус мэс засал хийж байсан. Хэдийгээр мэс засалчид нь туршлагатай байсан ч гэсэн дутуу дульмаг зориулалтын биш дурангаар мэс засал хийж өвчтэй хүний эрүүл мэндийг ямар нэг байдлаар хохироох, алдаа гаргах юм бол эл байдлыг зөвхөн эмч өөрөө л хариуцдаг хуультай.

Олон улсын ангиллаар дурангийн хагалгааны өрөө нь хагалгааны 2-р зэрэглэлд багтдаг байна. Иймд 2-р зэрэглэлийн хагалгааны өрөөнд бүрэн хэмжээний хагалгааны дуран, аппарат багаж хэрэгслүүдээр хангагдсан байх шаардлагатай байдаг. Одоо манай улсад дурангийн оношилгоо, мэс засал эмчилгээнд ямар бодлого зохицуулалт явуулж болох вэ?

1. Мэргэжлийн боловсон хүчнийг дэс дараалалтай, системтэй бодлогоор хангах. Одоо дурангийн шинжилгээ, мэс засал хийдэг эмч нар клиникийн эмнэлгүүдэд нэгдмэл бус бодлогын дор ажиллаж байна. Тэд одоогоор зөвхөн өөр өөрийн салбаруудад дурангийн шинжлэх ухааныг хөгжүүлэх бодлого барьж байна. ЭМЯ-нд дурангаар мэргэшсэн хүн тогтвортой үйл ажиллагааны нэгдмэл бодлого барьж ажиллах шаардлагатай байна.

2. Дурангийн хангалт, материаллаг бааз, сургалтын техник хэрэгслээр хангах асуудал туйлын чухал байна. 1990-ээд оноос хойш дуран хангамжийн талаархи системтэй бодлого алдагдаж энд тэндэхийн эмнэлгүүдэд ганц нэг шинжилгээний дуран авч өгснөөр "амин тариа" шиг аргалж иржээ. Сүүлийн үед дурангийн аппарат багажийн системтэй хангалтыг явуулж ирсэн тогтмол захиалга байхгүйгээс боловсон хүчнийг дагалдуулан сургах, давтан сургах дуран байхгүй учраас мэргэжлийн дотоод бодлогоо явуулах боломжгүй боллоо. Ийм нөхцөлд гадаад явж суралцах бодлогын тухайд ч ярилтгүй болж байна. Уг нь туршлагатай эмч мэргэжилтнийг богино хугацаагаар гадаад явуулаад давтан сургаад салбар салбартаа дурангийн материаллаг бааз, сургалтын техник хэрэгслээр хангаад авбал дотооддоо залуу эмч нарыг хямд төсөр үнээр сургаж бэлтгэх нөөц бололцоо бидэнд байгаа билээ.

3. Өндөр үнээр худалдаж авсан дурангийн оношилгоо, эмчилгээг төлбөрийн тарифтай болгох шаардлага зүй ёсоор гарч ирж байна. Дурангийн эмч мэргэжилтнүүдийн арвин туршлагыг бодлогын хэмжээнд удирдан зангидаж системтэй захиалга, хөрөнгө оруулалтын төслөөр дэс дараатай хангаж, аппарат багажийн ашиглалтыг нягт уялдаатай ажиллуулах бодлого үгүйлэгдэж байна. Үйлчилгээний тохирсон үнэ тариф нь өөрөө өөрийгөө тасралтгүй ажиллагаагаар хангах нөхцлийг бүрдүүлнэ. Энэ бүгдийг зохион байгуулахад дурангийн эмч нарын нийгэмлэг чухал үүрэг гүйцэтгэнэ.

4. Дурангийн эмч нарын нийгэмлэг нь дотоодын бодлогоос гадна гадаад харилцаа эрдэм шинжилгээ судалгааны ажил сургалтыг хариуцахаас гадна дурант шинжилгээ, эмчилгээний арга, аргачлалаар хангах, дуранг хуваарилах, ариутгалыг шийдэх зэрэг олон талт ажлуудыг дэс дараатай зохицуулсан бодлого барьснаар ЭМЯ, төр засагт нэн шаардлагатай асуудлыг боловсруулан тавьж байх боломжийг бүрдүүлнэ гэж бид үзэж байгаа билээ.

Цаашдаа дурангийн чиглэлээр насанд хүрэгсдийн дунд зүрх судас, голчийн хөндийн, бүдүүн гэдэс, хэвлийн арын хөндий, бөөр дурандалт болон хүүхдийн зарим өвчнийг оношилж эмчлэх дуран нэн тэргүүнд шаардлагатайгаас гадна Ховд, Өвөрхангай, Дорнод аймгуудын оношилгооны төвд мэргэжилтэн бэлтгэх зэрэг олон ажлуудыг зохион байгуулах нь энэ чиглэлийн хөгжлийн тулгамдсан асуудал билээ.

Манай орны анагаах ухааны 80 жилийн хөгжлийн түүхэн явцад ийнхүү хөгжиж ирсэн дурангийн оношилгоо мэс засал эмчилгээний өндөр нарийн мэргэжлийн салбарын материаллаг баазыг бэхжүүлэн, боловсон хүчний нөөцтэй асуудлыг дэмжиж ажиллалбал XXI зуунд эрчтэй хөгжиж байгаа хөгжингүй орнуудын анагаах ухааны дурангийн салбарын хөгжил түүний шинжлэх ухааны ололт амжилтуудаас хол хоцрохгүйгээр авч явах боломж бидэнд бий.

ДҮГНЭЛТ

1. Дурангийн материаллаг баазыг цаашид улам бэхжүүлж сургалтын техник хэрэгслээр хангах асуудал эн тэргүүний тулгамдсан асуудал болжээ.

2. Дурангийн туршлагатай эмч нарыг хөгжингүй орнуудад богино хугацаагаар явуулж туршлага судлах, солилцох, гадаадын өндөр мэргэжлийн эмч нарыг дагалдан суралцах нь илүү ач холбогдол өгнө.

3. Дурангийн мэргэжлээр залуу эмч нарыг дотооддоо бэлдэх нь төсөв зардлыг хэмнэсэн ач холбогдолтой боловч сургалтын сурах бичиг, сэтгүүл мэдээллийн асуудлыг давхар шийдэх боломжтой.

НОМ ЗҮЙ

1. Л.Жигжидсүрэн "Элэг цэсний замын өвчнүүдийн үед орчин үеийн шинжилгээний аргыг хэрэглэх боломж" Э.Ш.А.Бүтээл. УБ хот 1974
2. Ж.Жамьяншарав "Ходоодны архаг үрэвслийн хэлбэрүүдийг дуран оношилгоо, сорьц аргаар оношлосон нь" Э.Ш.А.Бүтээл УБ хот 1978.
3. Д.Байгаль "Хүүхдийн хоол боловсруулах замын өвчнийг дурангийн шинжилгээгээр оношлохуй" Э.Ш.А.Бүтээл УБ хот 1997.
4. М.Намсрай "Түрүү булчирхайн эмгэгийн дурангийн оношилгоо, эмчилгээний асуудалд" Э.Ш.А.Бүтээл УБ хот 1999 он
5. В.И.Маслова "Оценка эффективности эндобронхиальной терапии при астмоидном бронхите и бронхиальной астме" I ст. Лечебной смесью" 23-я н-пр. конференция врачей ЦКРБ. г, УБ 1987
6. В.И.Маслова "Уян дурангаар цагаан мөгөөрсөн хоолойн хортой, хоргүй хавдрыг авах нь" УКТЭ-ийн эмч нарын онол практикийн бага хурал УБ 1993
7. В.И.Маслова "Бронхоскопийн шинжилгээнд өгөх дүгнэлт" Дотрын эмч нарын салбар нийгэмлэгийн бага хурал. УБ 1990.
8. В.И.Маслова "Удаление инородных тел из трахеи и бронхов при помощи ФБС" 26-я н-пр. конференция врачей ЦКРБ. УБ 1999.
9. Ш.Бат-Эрдэнэ "Хамрын дайвар хөндийн үрэвслүүдийг дурангийн аргаар эмчлэх нь" АУИС-ийн эрдмийн чуулган-39 УБ 1997.
10. Ш.Бат-Эрдэнэ, А.Баярсайхан "Хамрын дунд жимээр архаг синуситийн эмчилгээний асуудалд" АУИС-ийн эрдмийн чуулган-42 УБ 2001.
11. М.Намсрай "Түрүү булчирхайн эмгэгийн дурангийн оношилгоо эмчилгээ" УБ хот 2000. 22-24х.
12. Г.Нямхүү, С.Нэргүй "Хэвлийн хөндийн дурангийн оношилгоо эмчилгээний асуудалд" Мэс-заслын эмч нарын онол практикийн бага хурал 1998.
13. Г.Нямхүү, Н.Даваадорж, П.Батчулуун "Дурангаар цэсний хүүдий авах болон бусад төрлийн мэс заслын аргуудыг боловсронгуй болгох нь" Мэс заслын эмч нарын онол практикийн бага хурал УБ. 1998.

CONCLUSION

M.Namsrai, G.Naimkhuu, V.I.Maslova

1. It has been analized that, the most urgent (essencial or actual) issue is further strengthening of the current endoscopy base and

provision of training equipment and materials.

2. Another significant thing is to get endoscopy specialists enrolled in shortterm trainings in developed countries as well as to exchange and learn from experiences of highly-specialized foreign doctors.

3. To train young promising (junior) endoscopy specialists locally would save the budget and costs. In addition, the provision of training materials, books, magazines and other information source should be (urgently) solved.

II БҮЛЭГ ДОТОР ӨВЧИН, МЭДРЭЛ СУДЛАЛ

ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТИЙН ТУЙПЛИН ЗАСАЛ ЭМЧИЛГЭЭ НЬ ПЛАЗМАФЕРЕЗ ТӨСТ ҮЙЛДЭЛТЭЙ БОЛОХ НЬ

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

Сүүлийн үед манай оронд бөөр, шээс, бэлгийн замын үрэвсэлт өвчний эзлэх хувь нэмэгдэж буй бөгөөд улмаар бөөрний архаг дутагдал (БАД)-д хүрэх шалтгаануудын дотор гломеруло-нефрит 39.8-59.5%-ийг эзэлж байна. Гломеруло-нефритийн эмчилгээнд дааврын болон цитостатик бэлдмэлүүдийг антиагрегант, антикоагулянт эмүүдтэй хавсруулан болон дангаар хэрэглэхээс гадна плазмаферез, гемосорбци эмчилгээг хэрэглэж байна (9, 12, 16, 21, 25, 26, 27, 31). Орчин үеийн эмчилгээний эдгээр аргууд нь гаж нөлөө ихтэй, хэт өндөр өртөг зардал шаарддаг. Нөгөөтэйгүүр, бөөр судлаачдын өмнө тавигдаж буй гол тулгамдсан асуудлын нэг нь гломеруло-нефритийн даамжрал, сэдрэлтээс сэргийлэх, өвчтний амьдрах хугацааг уртасгах явдал билээ (4, 20, 22). Энэхүү асуудлыг шийдэхэд дорно дахины болон монголын уламжлалт анагаах ухаанд бөөр болон холбогч эдийн эмгэгүүдийн үед хэрэглэсээр ирсэн туйплин, түүний эмчилгээний идэвх зүй ёсны анхаарлыг татдаг юм (13, 17, 19, 23). Иймд бид энэхүү эмчилгээний үйлдлийн механизмыг судлах, эмчилгээний үр нөлөөллийг тогтоох зорилгоор туйплингийн спирт болон усан ханд, уламжлал болгон хэрэглэж байсан туйплинг зэс, улаан чавгатай хавсруулсан зэрэг 3 аргын эмчилгээний үр дүнг харьцуулсан судалгааг туршилтын нефритийн загвар дээр судлахад бүгд эмчилгээний үйлдэл сайтай байсан ба антиоксидант (АО) болон холбогч эдийн ургалтыг саатуулах идэвхээрээ уламжлалт арга нь илүү болох нь харагдсан юм (Б.Бямбадорж, Б.Саранцэ-

цэг, М.Амбага 1999). Иймд бид туйплингийн эмчилгээний үр дүнг үнэлэх эмнэл зүйн судалгаанд туйплинг хэрэглэх уламжлалт аргыг сонгож авсан болно.

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

Эмчилгээний өмнө болон дараа дархлааны (CD3, CD4, CD8, IgG, IgM, IgA), бөөрний үйл ажиллагааг үнэлэх (Түүдгэнцэрийн шүүлтийн хурд (ТШХ), сийвэнгийн креатинин), цусны бүлэгнэлтийн тогтолцооны байдал, сийвэнгийн уураг, уургийн фракц, холестерин, натри, калийн агууламж, шээсний шинжилгээний үзүүлэлтээр судлав. Мөн эмчилгээний үеийн хөлсний шинжилгээг хийлээ. 6, 12 сарын дараа дараа Ig G, M, A, ТШХ, сийвэнгийн креатинины агууламж болон өвчний сэдэрлэтийн байдлыг судаллаа.

СУДАЛГААНЫ АЖЛЫН ҮР ДҮН:

Эмнэл зүйн судалгаанд эмнэл зүй болон лабораторийн шинжилгээгээр архаг гломерулонефрит болох нь тогтоогдсон 30 хүнийг сонгон авснаас хавагнах хэлбэр 14, даралт ихсэх хэлбэр 8, холимог хэлбэр 8 байв.

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

Дэлхийн олон оронд Туйплинг хэрэглэж ирсэн түүхтэй бөгөөд өнөө ч хэрэглэж буй бөгөөд манай оронд хэрэглэж буй уламжлалт арга нь бидэнд мэдэгдсэн баримтаас үзэхэд зөвхөн монголын уламжлалт анагаах ухаанд хэрэглэгддэг арга бөгөөд (24, 62, 63) эмчилгээний явцад хоол унд, явдал мөрийн нарийн дэглэмийг баримталдаг онцлогтой юм. Эмчилгээний үед ялгарах хөлсөнд шинжилгээ хийхэд нийт уураг 5.9г/л, билирубин 13.02 мкм/л, креатинин 31.4 мкм/л натри 60.3 ммоль/л, кали 18.4 ммоль/л,

ЦИК 16.4 ЕД тодорхойлогдож байсан (хүснэгт №1) нь Туйплинд агуулагдах сапонин, стероид нэгдлүүдийн нөлөөгөөр хөлөргөх үйлдлийг үзүүлэн хордлого тайлах идэвхийг үзүүлж буй үндэстэй байна. Эмчилгээний дараах болон өмнөх үетэй нь харьцуулахад сийвэнгийн нийт уураг, натри, калийн агууламжид өөрчлөлт ороогүй ба Ig G, М-ын хэмжээ 1.07-1.17 дахин буурч, CD8-ын агууламж 1.05 дахин ихэссэн ($P<0.05$) зэрэг нь (хүснэгт №2, 3) хөлөргөх болон Туйплингийн фармаколог үйлдлийн нөлөөгөөр дархлаа дарангуйлах үйлдэл үзүүлдэг нь харагдаж байна.

Архаг гломерулонефритийн үеийн болон Туйплин засал эмчилгээний үеийн дархан бүрдлийн хөдлөл зүй

Хүснэгт №1

	Сийвэнд агуулагдах хэмжээ /ЕД/	Хөлсөөр ялгарах хэмжээ /ЕД/
Эмчилгээний өмнө	37.6±5.3	16.4±3.3
Эмчилгээний дараа	22.8±1.6	

Архаг гломерулонефритийн үеийн Туйплин засал эмчилгээний үеийн шингэний дархлааны хөдлөл зүй

Хүснэгт № 2

	Ig G мг%	Ig A мг%	Ig M мг%
Эмчилгээний өмнөх үзүүлэлт	941.53±31.38*	137.32±2.5	120.08±11.09
Эмчилгээний дараах үзүүлэлт	869.36±28.27**	117.14±8.6**	107.91±10.8
Эрүүл хүмүүсийн үзүүлэлт	1088.5±13.58	113.24±15.12	87.97±11.25

* - Эмчилгээний өмнөх үеийн үзүүлэлтийг эрүүл хүмүүсийн үзүүлэлтүүдтэй харьцуулахад $P<0.05$.

** - Эмчилгээний өмнөх үеийн үзүүлэлтийг дараах үзүүлэлттэй нь харьцуулахад $P < 0.05$

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

Хүснэгт № 3

	CD ₃	CD ₄	CD ₈	CD ₄ :CD ₈
Эрүүл хяналтын бүлэг	69.1±2.1	48.4±1.66	20.7±0.95	2.33±0.15
Эмчилгээн ий өмнө	77.95±1.2	54.8±0.64	22.3±0.43	2.45±0.45
Эмчилгээн ий дараа	78.72±1.05	54.68±0.65	23.59±0.36 **	2.31±0.2

** Эмчилгээний өмнө болон дараах үеийг харьцуулахад $P < 0.05$

Нөгөө талаар, Туйплин засал эмчилгээний үед шингэний балансыг тооцох аргаар хөлрөлтийн хөдлөл зүйг судлахад эмчилгээний эхний 2-3 хоногт шээсний хэмжээ нэмэгдэж байсан ба биеийн жин 200-250 гр-аар буурсан ч хөлсний хэмжээг тогтоох боломжгүй байлаа. Эмчилгээний бусад хоногт, хоногт ялгарах шээсний хэмжээ багасч, биеийн жин 200-450 гр-аар буурч, ялгарах хөлсний хэмжээ 450-1,490 мл болж байлаа. Ийнхүү туйплин засал эмчилгээний үед биеэс их хэмжээний шингэн ялгарч буй ч цусанд агуулагдах электролит, эрдэс давсны найрлага хэмжээ хэрхэн дагаж өөрчлөгдөж байгааг сийвэнгийн натри, калийн агууламжаар төлөөлүүлэн хянахад биед эрдэс давсны найрлага хэмжээ хэвийн түвшиндээ хадаглагдаж байсан (хүснэгт № 4).

Энэ нь туйплингийн найрлагад агуулагдах (28) микроэлементүүд дотор хүний биед агуулагдах 15 эссенциаль бичил элементүүдээс эрүүл биеийн хэвийн байдлыг хангаж байдаг төмөр, зэс, цинк, кобальт, марганц, мольбедин, селен, хром зэрэг 9 элемент бүгд тодорхойлогддог нь организмын хэвийн тэнцвэрт байдлыг хангахад чухал үүрэгтэйг илтгэж байна.

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

Хүснэгт №4

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

Туйплин засал эмчилгээний хөлөргөх үйлдэл нь биеийн нийт гадаргуу талбайгаар явагдаж буй бөгөөд 170 см өндөртэй 60-70 кг жинтэй хүний арьсны гадаргуу ойролцоогоор 1.6 м² талбай эзэлдэг ба хамгийн сонирхолтой нь хүний 2 бөөрний түүдгэнцрийн хялгасан судасны талбай дунджаар 1.5-1.6 м² байдаг. Экстракорпораль эмчилгээний нэг төрөл болох ультрафильтраци, гемофильтрацийн эмчилгээнд хэрэглэгдэх 0.6-1.6 м² талбайтай шүүгч мембран бүхий шүүлтүүр ашигладаг. Ультрафильтраци эмчилгээгээр шүүгч мембранаар хүний цусыг дамжуулан шүүж гаргасан шүүгдэс доторхи найрлага, агууламжийг тогтоосон судалгааны материалтай (24) жишихэд түүнд агуулагдаж буй найрлага нь гломерулонефритийн туйплин засал эмчилгээний үед биеэс ялгаран гарч буй хөлсөнд хийсэн шинжилгээний дүнтэй харьцуулахад ялгарах бодисын молекул жингийн байдал ойролцоо байсан. Өөрөөр хэлбэл, туйплин засал эмчилгээгээр их талбайг тухайлбал арьс, салстын капилляр судсуудыг хамарсан фильтрацийн процесс хоногийн 24 цаг, бүр 2-3 сарын турш хадгалагдан хөлрөх замаар хордлого тайлах, биеэс хортой бодис зайлуулах, шүүх эмчилгээ хийгдэж байна гэх үндэстэй юм. Энэ нь гемофильтраци төст үйлдэл үзүүлж байна гэж хэлж болох юм.

Нөгөө талаар, туйплингийн чанамлын хоол боловсруулах замд шимэгдэх чадваргүй гадаргуугийн идэвхт бодисууд нь ходоод гэдэсний замын хөндий рүү шүүрсэн хорт нэгдлийг өөртөө шингээж биеэс зайлуулах үйлдэлтэй (28) байдаг нь энтеро-

сорбци үйлчилгээг үзүүлж байна.

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

Ийнхүү Туйплин засал эмчилгээ нь хөлөргөх замаар эмчилгээний үйлдэл үзүүлж буй нь агшсан судсыг тэлэх, судасны саажилтыг арилгах ингэснээрээ судасны нэвчимтгий байдлын ихэссэн багассан байдлыг хэвийн болгон эсийн тэжээл, хүчилтөрөгчийн хангалтийг сайжруулах, эдийн цэвэрлэгдэх процессийг хөнгөвчлөх, тэдний энергийн потенциалийг нэмэгдүүлэхэд хүргэдэг. Эдгээр нь организмд удаан хугацааны туршид архагаар үүссэн хортой бүтээгдхүүнүүдийн хуримтлалыг арилган бие махбодийн хэвийн тогтолцоог хангах үйлдэлтэй болох нь харагдаж байна. Ингэснээр эсийн гадагш болон дотогш харьцах физиологийн олон талт процесс идэвхжидэг ба энэ нь хүний биед туйплин эмчилгээний үед болон дараа бие хөнгөрөх, бодисын солилцоо эрчимжих, хэрэглэх эм болон хоол тэжээлийн хүлээн авах чадвар нэмэгдэх, бие нялхрах зэрэг макро түвшингийн өөрчлөлт илрэл нь эцэстээ эсийн мембраны төлөв өөрчлөгдөн идэвхжих (сийрэгжих буюу шүүрэн шанага шиг болох) процесс явагддаг нь сорил туршилтын судалгаагаар илэрсэн юм (Б.Бямбадорж, Б.Саранцэцэг, М.Амбага 1999).

Сүүлийн жилүүдэд биеийн гаднаас хордлого тайлах (Экстракорпоральная детоксикация) олон төрлийн аргуудыг (хүснэгт №5) янз бүрийн өвчин эмгэгүүдийн үеийн дагалдан гарах үр дагавар, цусанд хуримтлагдсан гадаад ба дотоод гаралтай нэгдлийг зайлуулахад өргөн ашиглах болсон. Туйплин засал эмчилгээ нь эмчилгээний эдгээр аргуудтай төстэй байх талтай юм. Хордлогыг үүсгэдэг биологийн 3 төрлийн бодис байдаг бөгөөд тухайлбал эмгэг процессийн улмаас гэмтэж сөнөсөн эд эсийн

зүйлүүд, нян тэдгээрийн хорууд, бодисын солилцооны хямралаас үүссэн гистамин, адреналин, серотонин, уураг задлагч ферментүүд, кинин, аммиак, меркаптан, тосны чөлөөт хүчлүүд, фенол болон дархлааны урвалын цитокинүүд зэрэг олон төрлийн бодисын хоруу чанарууд ордог байна (3).

Энэ байдлаас үзэхэд, энэхүү эмчилгээний арга нь организмын өөрийнх нь өвөрмөц чанарыг ашиглан хийдэг дулааны (элсэн эмчилгээ) болон скипидар банн зэрэг эмчилгээний аргуудын сайжруулсан дэвшилтэт эмчилгээний арга байж болох юм (Б.Бямбадорж 2000).

**Орчин үед хэрэглэж буй эмчилгээний аргуудыг
үйлчилгээнийх нь зарчмаар ангилбал:** Хүснэгт №5

Нэвчилтээр	Шүүлтээр	Сорбци сорох	Гравитаци Төвөөс зугтах
Гемодиализ	Тусгаарлагдмал аргаар шингэн шүүх	Гемосорбци	Плазмаферез
Гемодиафилтра ци	Гемофилтраци	Плазмосорбци	Цитоплазмафер ез
Шүүлттэй гемодиализ	Плазмофилтра ци	Иммунсорбци Лимфосорбци	Тромбоцитафер ез Лейкоцитаферез Лимфоцитоафр ез
Сэлгэлттэй гемодиа- филтраци	Каскад плазмофилтра ци	Ликворосорбци	Гранулоцитафер ез Эритроцитафер ез
Хэвлийн диализ	Хэвлийн шингэнийг шүүх	Энтеросорбци	Өөрийн цусыг өөрт нь сэлбэх
Плеврийн диализ			Цусны сийвэнгийн фотоаферез
Эрчимжүүлсэн эмчилгээний хавсарсан арга			

Туйплин засал эмчилгээ нь биеийг макро болон микро түвшинд хордлогоос гаргах, бие махбодийн хэвийн тогтолцоог сэргээх үйлдэлтэй нь харагдаж байгаа бөгөөд орчин үеийн анагаах ухаанд өргөнөөр хэрэглэж буй экстракорпаль эмчилгээний

идэвхийг хүний бие организмын өөрийнх нь гайхамшигт чадвар дээр суурилан үзүүлж байна гэж үзэх боломжтой байна.

НОМ ЗҮЙ

1. Амбага М., Саранцэцэг Б. "Хий, шар, бадган-мембрант байгууламж" УБ, 1996, х.77
2. Ариунаа Т. "Прогнозирование развития ХПН и организация специализированной помощи больным ХПН в Монголии" Дисс. Канд.Мед наук. М. 1999.
3. Бодьхүү Ё., Сүхбаатар О., Туул Ц. "Хордлого тайлах эмчилгээ" Монголын анагаах ухаан, 1999.№2, х. 14-17.
4. Бямбадорж Б. "Бөөрний өвчний үеийн түүдгэнцэрийн нөөц шүүлтийн байдал" АУ-ны магистрын зэрэг горилж бичсэн бүтээл. УБ. 1997.
5. Гуриевич К.Я., Костюченко А.Л., Белоцерковский М.Б. "Патогенетические механизмы эфферентной терапии (экстракорпоральной интоксикации) / Гемат и трансфуз" - 1993. №9. С.42-46.
6. Гэлэгжамц Х., Ариунаа "Бөөрний өвчнийг задлан шинжлэгдхүүнээр судалсан дүн" АУИС-ын багш нарын эрдэм шинжилгээний 34-р бага хурлын илтгэлийн хураангуй. УБ. 1992.
7. Клепиков П.В., Цогтбаяр Д., Ермоленко В.М., Милованов Ю.С. "Приминение изолированной ультрафильтрации при резистентном к действию диуретиков нефротическом синдроме" ТА. Т - 61. 89 №6. с 94-96.
8. "Клиническая иммунология" Руководство для врачей. / Под. Ред. Е.И.Соколов. -- М.:Медицина, 1998. - 272 с.
9. Краснова Т.Н., Шилов Е.М. "Иммунсупрессивная терапия хронического (Брайтова) нефрита" / Тер. арх. - 1993. -- №6. - С. 88-95.
10. Кулаков В.Н., Серов В.Н., Абубакирова А.М., Федорова Т.А. "Интенсивная терапия в акушерстве и гинекологии" (эфферентные методы). М.: Медицинское информационное агенство. 1998. - 206с.
11. "Лечение хронической почечной недостаточности" / Под. Ред. С.И.Рябова. Санкт Петербург. 1997. Спб.: 1997 - 448 с.
12. Лопухин Ю.М. "Экстракорпоральная иммунокоррекция" -Кл.Мед. 1986. №3. С.11-18.
13. Мангаа Д. "Туйплан" // Эрүүл мэнд сэтгүүл. 1997. №3. Х.17.
14. Мазур О.А. "Чистка капилляров. Учение залманова-СПб": Изд-во

Петр 2000 -160с.

15. Монгол анагаах ухаан. II дэвтэр. Хөх хот. 1987. 406х.
16. Орловский Т. "Принципы лечения хронических заболеваний почек" Новости фармации и медицины.1995. №1. с. 3-11.
17. Рагчаа Б. "Применение Туфулина при нефритах, нефрозах" // Шинжлэх ухааны академийн мэдээ (1967) №2.
18. Рябов И.С., Ставская В.В. "Оценка течения хронического гломерулонефрита" / Клин. Мед. 1996.№1. с.17-20.
19. Саранцэцэг Б., Амбага М., Болд "Өөхний хэт исэлдэлт - антиоксидант тогтолцоо" УБ. 1999. 159х.
20. Серов В.В., Пальцев М.А., Мухин Н.А., Тареева И.Е., Козловская Л.В., Варшавский В.А., Ратнер М.Я. "Ключевые проблемы гломерулонефрита" / Тер.Арх. 1992.№6. с.5-9.
21. Таргеев Е.М "Гломерулонефриты" (Основы нефрологии/ Под ред. Е.М.Тареева. М.:1972, Т-1. С.350-404.
22. Тареева И.Е. "Механизмы прогрессирования гломерулонефрита" / Тер.Арх. 1988. №6. С.3-7.
23. Цогнэмэх Ж. "Туйпланг хэрэглэх тухайд" / Эрүүл мэнд. 1987. №5. х 21-22.
24. Цогтбаяр Д. "Тусгаарлагдмал ультрафилтрацийг эмийн эмчилгээнд тэсвэртэй хавангийн үед хэрэглэх" / Эмч нарын хамтын бүтээл II. УБ. 1995. 163х. 117-120-р хуудас.
25. Шилов Е.М., Краснова Т.Н. "Иммунодепресивная терапия гломерулонефрита" / Врач №5. 1997. стр 2.-5.
26. Юданова Л.С., Осипов О.В., Волошинова Е.В., Чернева И.И. "Плазмаферез в лечении хронического гломерулонефрита" / Тер.Арх.-Том.61. 1989.№6. с.126-127.
27. Al - Khader A.A, Lien J W K, Aber G M: "Cyclophosphamide alone in the treatment of adult patients with minimal change glomerulonephritis" Clin Nephrol 11: 26 -30, 1979.
28. Botanical Monograph, Sarsaparilla (Smilax sarsaparilla) American Journal of Natural Medicine, 1996 Vol, 3, № 9.
29. Chines - English Manual of common - used in Traditional Chinese Medicine. 1992 Bekin p 808. p-s 571.
30. CHOPRA R.H., CHOPRA I.C., Nayar. S.L. Glossary of INDIAN Medicinal plants. 1990. p- 119. p 92.
31. Madore F, Lazarus M.J, Brady H.R: Therapeutic plasma exchange in renal diseases. J Am Soc Nephrol. 7:367-385 1996.

**SOME RESULTS OF CLINICAL TRAILS OF SMILAX
GLABRA IN PATIENTS WITH CHRONIC GLOMERU-
LONEPHRITIS SIMILARITY WITH THE THERAPEUTIC
PLASMA EXCHANGE**

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

Smilax's medicinal use has been as a tonic and a blood purifier.

We studied 30 patients with chronic glomerulonephritis.

Our study has shown that reduced serum creatinin, cholestrol and patient's body weight. increases the GFR (Glomerular filtration rate), eliminated circulating antigen-antibody complexes, potassium, sodium, bilirubin and protien by perspiration.

We have shown that our treatment's method use has been as a plasmapheresis (Yui-filtration).

МОНГОЛ ДАХЬ ПОРФИРИ ӨВЧНИЙ СУДАЛГААНЫ ТОЙМ

*Г.Энхдолгор - Тэнхимийн
эрхлэгч, дэд док. дэд проф.*

ПОРФИРИ ӨВЧНИЙ ТУХАЙ

Порфири өвчин - гемийн синтезийн явцад оролцдог ферментүүдийн идэвхжил буурснаас порфирин ба порфирины завсрын бодис ихээр үүсч бие махбодийг хордуулснаар үүдэх эмнэл зүй бүхий, төрөлхийн болон олдмол бүлэг өвчин юм. Порфири өвчин хэдийгээр системийн өвчин боловч порфирин болон порфириний завсрын бодис хаана нийлэгжиж, хуримтлагдаж байна гэдгээр нь ангилдаг.

Ангилал:

Эритропозтийн порфири:

- Төрөлхийн эритропозтийн порфири
- Гюнтерийн өвчин
- Эритропозтийн копропорфири

Эритрогепаталын порфири

- Эритрогепаталын протопорфири
- эритропозтийн протопорфири

Элэгний порфири эмнэл зүйн илрэлээр нь

А. Элэгний цочмог порфири \ЭЦП\

1. Цочмог давтагдах порфири
2. Порфири вариагата- холимог хэлбэр
3. Төрөлхийн копропорфири
4. Аминлевулынхүчил- дегидратаза ферментийн доголдолтой ЭЦП

**Б. Элэгний архаг порфири- арьсны хожуу порфири-
porphyria cutanea tarda (Элэгний ш.т порфири)****Хэлбэрүүд:**

1. Тохиолдлын (спорадик)
2. Гэр бүлийн
3. Хорноос шалтгаалсан

ПОРФИРИ ӨВЧНИЙГ СУДАЛСАН БАЙДАЛ

Эдгээр өвчний талаар ажиглалт, судалгаа анх XIX зуунаас эхэлжээ. (Schulze 1874, Mc Munn 1888) Порфири өвчний тухай томоохон судалгааг М.Гюнтер (1911, 1922) хийсэн бөгөөд Фишер анх уропорфирин, копропорфирин ялган авч, порфириний гэрэл шингээх шинжийг судалсан ба гемийн нийлэгжилтийн явцад үүсдэг бодис болохыг тогтоожээ. (1915, 1932) Цаашид Waldenstrom, Vannotti, Watson, Rimington, Идельсон нар болон бусад эрдэмтэн судалгааг үргэлжлүүлсэн байна. Манай улсад анх 1950 оны үеэс порфири өвчнийг судалж ажиглалт хийн (проф. Б.Рагчаагийн аман дурсамжаас) эмчилгээний аргачлал боловсруулж эхэлжээ. (Б.Рагчаа 1974)

ПОРФИРИ ӨВЧНИЙ ТАРХАЛТ

Порфири хэдийгээр тархмал өвчин боловч орон бүрт харилцан адилгүй тохиолддог байна. Жишээ нь, элэгний цочмог порфирийн нэг хэлбэр болох цочмог давтагдах порфири Швед, Финляндад (500-1,000 хүн тутамд 1) элбэг тохиолддоогоос үүнийг порфирийн швед хэлбэр ч гэдэг. Өмнөд Африкт хэвлийн болон арьсны шинж тэмдэг бүхий порфири өвчний холимог хэлбэр элбэг тохиолддог. (400 хүн тутамд 1) Харин Чех, Оросын зүүн Сибирьт элэгний порфирийн бүлэгт хамаарагдах элэгний архаг порфири (син: арьсны хожуу порфири, *Porphyria cutanea tarda*, шинж тэмдэгт элэгний порфири) элбэг байдаг байна.

Манай оронд порфири өвчин ховор тохиолддог өвчинд тооцогддог байсан ба УКТЭ-т 1967 оноос 1977 оны хугацаанд зөвхөн 20 хүн хэвтэн эмчлүүлж байжээ. (Г.Энхдолгор 1988) Сүүлийн 10-20 жилд энэ өвчний тохиолдол нэмэгдсээр байгааг харгалзан энэхүү өвчнүүдийн тархвар зүйг судлах, порфири өвчний

ямар хэлбэр байгааг илрүүлэх, оношилгоо, эмчилгээний аргачлал боловсруулахаар доорх судалгааг хийсэн билээ.

ПОРФИРИ ӨВЧНИЙ МОНГОЛ ДАХЬ СУДАЛГАА

Порфири өвчний тархалтын судалгаанд Улаанбаатар, Дархан хот болон Говь-Алтай, Дундговь аймгийн нийт 14,138 хүнийг (8,103 хүн буюу 57.3% нь эмэгтэй, 6,030 хүн буюу 42.7% нь эрэгтэй) санамсаргүй түүвэрлэх аргаар сонгон шээсэн дэх порфирийн фотометрийн, цусан дахь порфирийн флюорометрийн аргаар тус тус тодорхойлж манайд 1,000 хүн тутамд 1.7 эмэгтэй, 3.08 эрэгтэй порфири өвчнөөр өвдөж байна гэж тогтоов.

Порфири өвчний оношлолын байдлыг тодорхойлохоор Улаанбаатар, Дархан хотын 8 эмнэлгийн янз бүрийн тасагт хэвтэж эмчлүүлэгсдийн дотор судалгаа хийхэд урьд нь оношлогдоогүй 12 хүн порфири өвчтэй болох нь тогтоогдсон юм. Энэ судалгааны явцад порфири өвчний гэр бүлийн хэлбэр байгааг илрүүлсэн бөгөөд шинжилгээнд хамрагдсан 3 үеийн 28 төрөл төрөгсдөөс 8 хүнд порфири өвчин оношлогдсоноос 4 хүнд эмнэл зүйн илрэлгүй зөвхөн шинжилгээний өөрчлөлттэй байв.

УКТЭ-ийн архиваас сүүлийн жилүүдэд порфири өвчний оноштой хэвтэж эмчлүүлсэн 96 хүний өвчний түүхтэй танилцан түүнээс 46 хүнтэй холбоо тогтоон шинжилж, дээрх оношлогдсон хүмүүсийн хамт 77 хүнд цус авах болон бага тунгийн хлорохинээр эмчилгээг харьцуулан хийв. Эмчилгээнд хамруулсан өвчтнүүдээс 15 хүнд ажиглалт хийхэд бага тунгийн хлорохинээр эмчлүүлсэн 4 хүнд 6 сарын дотор эмнэл зүйн болон лабораторийн үзүүлэлт, 7 хүнд эмнэл зүйн илрэл тус тус сайжирсан юм.

Судалгаагаар доорх дүгнэлтийг хийсэн юм. Үүнд:

- Порфири өвчнүүдээс элэгний архаг порфири Монголд элбэг тохиолдож байна.
- Манай 832 хүн тутмаас 1 хүн элэгний архаг порфири өвчнөөр өвдөх магадлалтай.
- Порфири өвчин илрэхэд архи, халдварт гепатит болон бензин тостой ажиллах нь нөлөөлж байна.
- Монголын нөхцөлд илэрч байгаа элэгний архаг порфирийн эмнэл зүй болон лабораторийн өөрчлөлт бусад судлаачдын ажиглалттай ижил байгаа юм.

- Порфири өвчний гэр бүлийн хэлбэр оношлогдлоо. Иймд порфири өвчин оношлогдсон тохиолдолд өвчний төрөл төрөгсдийг шинжлэн эмнэл зүйн илрэлээс өмнө эмгэгийг эрт оношилж нөлөөлөх хүчин зүйлээс хамгаалах нь чухал.
- Порфирийг шээсэнд тодорхойлох талькт чанарын арга, хэмжээг тодорхойлох фотометрийн шинжилгээний аргачлалыг боловсруулав.
- Элэгний архаг порфири өвчнийг бага тунгийн хлорохинээр эмчлэх нь цус авах эмчилгээнээс илүү үр дүнтэй байна.

ПОРФИРИ ӨВЧНИЙ ЭМЧИЛГЭЭНД УЛАМЖЛАЛТ БОЛОН СОНГОМОЛ АНАГААХ УХААНЫ АРГЫГ ХОСЛУУЛАН ХЭРЭГЛЭСЭН НЬ

Уламжлалт анагаах ухааны судлаачид харлах шарын өвчин-цаяннагватай порфири өвчнийг шинж тэмдгээр нь дүйлгэж цус ялгах эмчилгээ хийн ханаж эмчилсэн байна. Бид өвчний сэдрэлийн үед дээрх уламжлалт анагаах ухааны аргаар цус ялгах танг өгч, цус ханан цаашид бага тунгийн хлорохин болон витамин эмчилгээ хийхэд эмчилгээний үр дүн дээрх эмчилгээг тус тусад нь хийхээс илүү байгаа нь ажиглагдаж байгаа ба судалгааг үргэлжлүүлэн хийж байна.

НОМ ЗҮЙ

1. Б.Рагчаа "Порфирийн солилцоо алдагдах өвчний эмчилгээний асуудалд" Эрүүл мэнд 1974. х11-13
2. Г.Энхдолгор "Порфири өвчин" Онош 2000 №2
3. Д.Болорчимэг, Д.Цэрэндагва, З.Мэндсайхан "Элэгний өвчний үеийн төмрийн ихсэлт, порфири өвчнийг уламжлалт анагаах ухааны аргаар эмчлэх асуудалд" Онош №4 1999 х 34-36
4. Berman.J. Porfyricka choroba StZH Praha 1960
5. Cam C., Nigogosyan G. Acquired toxic porphyria cutanea tarda due to hexachlorobenzene. J.Am.Med.Ass 183, 1963, s88-91
6. Dean G., Barnes H.D.: Porphyria in Sweden and South Africa. S.Afr.Med.J. 33, 1959, 246-253
7. Mustajoki P.: Acute intermittent porphyria. Sem.Dermatol. 5, 1986, 155-160
8. Martasek P., Kordac V., Enkhdolgor G. Epidemiology of porphyria cutanea tarda in Czechoslovakia and Mongolia. Bolletino dell Istituto

Dermatologica S Gallicano 1987;8:330-331

9. Kordac V., Enkhdolgor G., Zoubek V. Epidemiology of porphyria occurrence in the Central Europe and in the Central Asia IX Scientific Meeting of Inter.Epid.Assocation Helsinki, August 8-13, 1987, Abstracts, 258
10. Кузнецова Х.П., Панков Б.С. Порфирии М. Медицина 1981
11. Elder G.H. Porphyria cutanea tarda. Seminars in liver disease-vol.18.NO.1, 1998
12. G.Enkhdolgor "K problematice porfyricke choroby v Mongolsku". Autoreferat disertacni prace Praha 1988

PROBLEM OF PORPHYRIA IN MONGOLIA

G.Enkhdolgor

The objective of this research was to identify the extent of porphyria in Mongolia, improve its diagnostic methods and find the most effective forms of treatment.

The research consisted of an epidemiological study of porphyria in Mongolia, an examination of patients in hospitals, and a treatment of diagnosed patients.

The epidemiological study covered 14,138 persons (8,103, i.e. 57.3% women; 6,030, i.e. 42.7% men) in Ulaanbaatar and Darkhan (urban), Gobi-Altai and Dundgobi aimags (rural). Porphyrins in urine were identified using photometry. Porphyrins in plasma were identified through fluorometry. 17 persons between ages of 23-65, 16 of whom were men, and 1 woman, were diagnosed with Porphyria Cutanea Tarda (PCT). The average age of diagnosed persons was 44.9. The following probability of PCT diagnosis for every 1,000 persons was found: 1.7 (5% confidence interval between 0.90; 2.50), for men 3.08 (5% confidence interval between 1.92; 4.24).

The examination of patients with various illnesses in 8 hospitals in Ulaanbaatar and Darkhan has covered 6,693 persons (3,253, i.e. 48.6% women, 3,440, i.e. 51.4% men). As a result 12 more persons were diagnosed with PCT. In this case also it was more prevalent

among men (the ratio of men to women was 9:3). During this examination, familial types of PCT were found. In addition to the proband (a 34 year old woman), 28 of her relatives from three generations have been examined. 8 out of these 28 were diagnosed with PCT, 4 of whom had clinical manifestations of the disease.

The study of the archives in hospitals revealed records of 93 diagnosed cases of porphyria. Out of these 46 persons have been successfully contacted and went through clinical and laboratory examinations. In 43 cases the previous diagnosis was confirmed.

The research concluded that the most common type of porphyria in Mongolia is PCT. PCT is not a rare disease in Mongolia, as 1 out of every 832 Mongolians has a probability of having porphyria. This disease is more prevalent among men than women. The familial type of porphyria was diagnosed. Due to varied symptoms of PCT it is often not diagnosed. Therefore, it is recommended for the doctors to be better informed about this disease. In order to diagnose porphyria with certainty laboratory analysis is required. It is possible to carry out some of the orientational analysis in rural hospitals.

Out of etiopatogenetical factors influencing porphyria in Mongolian conditions, the most powerful one is alcohol, infectious hepatitis and contact with petrol and oil. The clinical symptoms of PCT and laboratory findings confirming liver disorders in our patients are compatible with findings of other authors.

Treatment with chlorochin has been demonstrating good preliminary results. Treatment with small doses of chlorochin has several advantages over repeated venepunctures.

УЛАМЖЛАЛТ АНАГААХЫН КЛИНИК СУДАЛГААНЫ АСУУДАЛД

*Б.Болдсайхан, Ү.Байгалмаа,
Г.Энхжаргал, Д.Баясгалан,
Б.Энхсайхан*

ХУРААНГУЙ

Сүүлийн үед уламжлалт анагаахын клиник үйлчилгээ өргөсөх хандлагатай байгаа боловч үнэн зөв онош тавих клиник сэтгэлгээ, уламжлалт арга зүйг орчин үеийн нөхцөлд бүтээлчээр хэрэглэх хандлага учир дутагдалтай байсаар байна.

Хүн төрөлхтний оюуны соёлын 3000 гаруй жилийн түүхтэй уламжлалт анагаахын өв сан нь буддын логик арга зүйг үндслэн хүн дээр хамгийн ихээр туршигдан цэгцэрч бие сэтгэлийн үйл үйлдлийн түгээмэл зүй тогтол, дотоод тэнцвэрт байдлыг үнэлж цэгнэх эмпирек загварыг бий болгожээ.

Үүнтэй логик зарчмын хувьд нэгэн чиг хандлагатай системийн хөгжлийн загвар бол шугаман биш динамик системийн хөгжил хөдөлгөөний өөрчлөлтийг цаг хугацааны хамааралд нь тодруулан өгөх шинжлэх ухаан, технологийн дэвшлийн хамгийн сүүлийн үеийн ололт юм. Бид уламжлалт анагаахын оношийн хэмжүүрийг тоон утгаар илэрхийлэх "систем динамикийн загвар"-ыг байгуулснаар хувь хүний онцлогийг илэрхийлсэн алдаагүй зөв оношлох, эмчлэх арга зарчмыг боловсруулах, аливаа өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх хоол хүнс, орчин ахуйн зөвлөмжийг цаг хугацааны хамааралд уялдуулан өгөх боломжтой болсон.

Судалгааг УКТЭ-ийн Уламжлалт анагаахын клиник дээр ШУТИС-н Систем судалгааны төв, ШУА-н Уламжлалт анагаахын шинжлэх ухаан, технологи үйлдвэрлэлийн нэгдлийн 2000-2002 оны эрдэм шинжилгээний хамтарсан төслийн хүрээнд хийсэн.

ТҮЛХҮҮР ҮГ

- System Dinamics Model - системийн хөгжлийн загвар,
- System thinking - системийн сэтгэлгээ,
- Mental Model - оюуны загвар,
- Fuzzy Logic - тодорхой бус логик,
- Information - мэдээлэл,
- Genetic Aloritm - генетик алгоритм,
- Bioeconomics - биеийн дотоод тэнцвэрт байдлыг тооцоолох судалгааны чиглэл

ОРШИЛ

Системийн хөгжил бол орон зай, цаг хугацааны их орчилд амьдралын үндсэн бүтэц болох эс, амьд организм, экосистем болон байгал орчинтойгоо уялдан үүрлэсэн энэхүү хэлхээ холбоог илэрхийлэх чухал загвар.

Амьдралын үүрлэн шаталсан хөгжил бол амьд биетийн цогц процесс юм. Үүнийг шинжлэх ухаан, технологийн цогцорсон системт ойлголтоор л хоорондын түгээмэл зүй тогтол, уялдаа холбоог илэрхийлж чадах билээ. Амьдрал гэж юу вэ? гэсэн асуултыг "биологчдод хаягласан асуулт" гэж тэдэнд найдлага тавихаасаа илүү үнэндээ физикчид термодинамикийн үүднээс хариултыг өгч чадаж байгаа юм хэмээн сүүлийн үеийн судлаачид үзэх болсон (Keenan J.H.1951, Brouks D.R.1989, Gunther F.1993, Schneider E.D.1994).

Энэ нь хүн байгаль орчинтойгоо болон өвчин эмгэг, урт удаан наслах гэх зэргийн олон тулгамдсан асуудлыг термодинамикийн тэнцвэртэй холбон үзэх чиг хандлага өргөжиж буйтай холбоотой. Уламжлалт анагаах ухаан бол энэ чиглэлээр хөгжсөөр ирсэн мэдлэг ухаан юм. Нөгөө талаасаа, шинжлэх ухааны судалгаа шинжилгээ хэт салбарлан явцуурч, метафизик аргазүй ноёлж байгаагаас хүн - байгаль орчин, гариг эрхэсийн холбоо харьцааг нэгтгэн ойлгох түгээмэл хуулиудыг цогц байдлаар холбон нэгтгэх диалектик арга зүйн сэтгэлгээ хөгжихгүй зөвхөн л биологи, анагаах ухаан, нийгмийн болон физик, хими гэх мэтээр тухайн салбарынхаа түвшинд хайрцаглагджээ. Үүнийг өөр хоорондоо ангид салангид оршин тогтнох гэсэн явцуухан үзэлтэй холбоотойг сүүлийн үед шүүн ярилцах болжээ. Орчин үед шинж-

лэх ухаан, технологийн ололтын нэгэн том үр дүн болон гарч ирж байгаа "Системийн хөгжлийн загвар" бол нийгмийн болон байгалийн шинжлэх ухаанууд, арилжаа наймаа, эдийн засаг, удирдлагын гэх зэрэг бүхий л салаа салбарт хялбархан хэрэглээнд нэвтрүүлэх боломжийг гарган өгч байна.

Энэ нь нэг ёсондоо байгалийн болон нийгмийн шинжлэх ухааны онолын үзэл ойлголтыг цэгцлэн юмсын хөгжил, бизнесийн хөгжил өнгөрсөн, одоо, ирээдүйн цаг хугацааны "хөгжил, хөдөлгөөн"-ийг илэрхийлсэн чиглүүлэгч загвар гарч ирлээ гэсэн хэрэг юм. Тиймээс ч "Женерал моторс" гэх мэт дэлхийн томоохон нэгдлүүдийн ашиг орлого, менежмент гагцхүү энэхүү "хөгжлийн загвар"-т тулгуурлан явагдах болжээ.

Системийн ерөнхий онолын анхны хувилбарыг Австрийн биологич Берталанфи дэвшүүлж М.Месарович, Л.Заде, Р.Акофф, Ж.Клир, А.И.Уемов, Ю.А.Урманцев, Р.Калмак, Э.Ласло нар 50-60-аад оны үед системийн ерөнхий онол уг суурь болохуйц хэд хэдэн аргыг бүтээж байжээ. Форрестер Ж. (1950), Ричардсон Г. (1991), Стерман Р. (2000) нар системийн хөгжлийн загвар, системийн сэтгэлгээг аливаа хэрэглээнд хөгжүүлэх талаар шийдвэрлэх ач холбогдолтой загвар бүтээжээ. Энэхүү загварууд нь бидний урьд өмнөх үе шиг технократ үзэлтэй холбон шүүмжлэхийн аргагүй оюуны загвартай (Mental Model) биоэкономикийн бодит зарчимд тулгуурласан генетик алгоритм, мэдрэлийн эс мэт үйлдлийн системээр ажиллах программ хангамж болох талаар Массачусетсийн технологийн их сургуулийн эрдэмтдийн бүтээлд тусгагдсан байна (Форрестер Ж.1966, Стерман Ж. 2000).

Системийн зорилго нь цаг хугацааны туршид өөрчлөгдөн хувьсаж байдаг системийн төлөв байдлыг илэрхийлж өгөхөд оршино. Тухайлбал, биосистем нь амьдрахын тулд өөрийгөө хамгаалах төлөв байдалтай байдаг бол үйлдвэрлэлийн систем нь тодорхой бүтээгдэхүүн гаргахад чиглэдэг. Систем хэмээх энэхүү тогтолцоонд шинжлэх ухааны салбар бүр өөрсдийн гэсэн байр сууринаас хандсаар иржээ. Тухайлбал: Берталанфийн үндэслэсэн Системийн ерөнхий онолынхон системийг математик организм гэж үзээд тодорхойлж ангилахдаа математик аргачлалыг хэрэглэдэг. Физик, математикч нар Ньютоны үзснээр тэгшитгэлийн систем, дифференциал тэгшитгэлийг авч үздэг. Киберне-

тикч Винер болохоор системийг хяналт болон мэдээллийн системийн талаас нь авч үзсэн. Энэ бүхэн нь системийн параметруудийг систем хоорондоо буюу гадаад орчинтойгоо харилцан холбогдохын тулд дасан зохицох (адаптаци) хэрэгтэйгээс гадна тэнцвэрээ хадгалахын тулд тэнцвэржих (гомеостаз) зарчмыг баримтлах нь хамгийн чухал гэж үзснээс үүдсэн хэрэг юм.

Системийн хөгжлийн загвар нь анагаах ухаанд: эрүүл мэндийн системийн менежмент, өвчний тархалт, урьдчилан сэргийлэх арга хэмжээний үр нөлөө, халдварын тархалт зүй, уламжлалт анагаахын онош, эмчилгээний загварууд хийгдэж байна.

УЛАМЖЛАЛТ АНАГААХЫН ОНОШИЛГОО БА КЛИНИК СУДАЛГАА

Бид Улсын клиникийн төв эмнэлгийн Уламжлалт анагаахын тасагт хэвтэж эмчлүүлэгсэдэд "Уламжлалт анагаахын клиник судалгаа" гэсэн өвчний түүхийг тусгайлан боловсруулж давхар хөтөлгөө хийсэн. Энэхүү өвчний түүх нь уламжлалт анагаах ухааны онош - эмчилгээний үндсэн зарчмыг 121 параметрээр илэрхийлсний 98 нь статик, 23 нь динамик параметртай юм. Үүгээр уламжлалт анагаах ухааны логик арга зүйг орчин үеийн "системийн хөгжлийн" арга зүйтэй уялдуулан өгч биодинамик системийн энторпийн өөрчлөлтийг олж тогтоох боломжийг анх удаа гарган өгч байна. Энэ нь хувь хүний галбир төрх, хоол унд, ажил үйл, бусад хүчин зүйлүүдийн нөлөөлөлд бодисын солилцооны тасралтгүй хувирал өөрчлөлтийг халуун, хүйтний уламжлалт оношийн хэмжүүрээр олж тогтоон, өнгөрсөн, одоо, ирээдүйн 3 цагаар оношийн төлөв байдлыг илэрхийлнэ гэсэн хэрэг юм.

Бид 89 өвчтөнд судалгааг явуулахад хэвтэх үеийн урьдчилсан онош, эмчилгээний явцад динамик ажиглалтаар гарах үеийн төгсгөлийн онош 20 өвчтөнд зөрж гарсан. Үүний 6 нь урьдчилсан оношоор халуун өвчин гэсэн нь төгсгөлийн оношоор хүйтэн өвчин болох тогтоогдсон. 14 өвчтөнд хүйтэн өвчин гэсэн нь халуун хэлбийлт рүү явж байгааг олж тодорхойлсон билээ.

Судалгаанд авсан өвчтөн:

Хүйс	Өвчтөн
Эр	34
Эм	55
Судалгаанд авсан нийт өвчтөн	89

Насны уламжлалт ангиллаар:

Уламжлалт ангилал	Өвчтөн
Хүүхэд насны (0 -16 нас)	0
Идэр нас (16-50 нас)	53
Өтөл нас (50-аас дээш)	36

Уламжлалт анагаахын урьдчилсан болон төгсгөлийн оношийн зөрүү:

Халуун хүйтэн хэлбийлтийн онош	Бага-Бага	Бага-Дунд			Дунд-Бага	Дунд-Их	Их-Их	Их-Дунд	Их-Бага	Нийт
Халуунаас халуун	5				2			1		8
Хүйтнээс хүйтэн	8	6	1	20	10		5	10		60
Хүйтнээс халуун	6	1		1	6					14
Халуунаас хүйтэн	3	3								6

Үүнээс үзвэл, тухайн өвчтөнд клиник ажиглалт, шээс шинжлэх динамик ажиглалтыг хийж байж оношийг үнэн зөв тавьсны дараа л бүлээн болон сэрүүн үйлдэлтэй эм, заслыг явуулахгүй бол цаашид эмчилгээний алдаанд хүрэх нь тодорхой болж байна. Энэхүү арга зарчмийн тухай оточ Лүнрэг Дандар тусгай ном хүртэл бичиж түүндээ эмч нарт анхааруулан тэмдэглэсэн байдаг.

Бид энэ асуудлыг шийдвэрлэхэд тус дөхөм өгөхүйц арга зүйг орчин үеийн нөхцөл байдалдтай уялдуулан авч үзлээ.

Энэ нь систем динамикийн загварчлах сүүл үеийн арга зүйгээр биодинамик системийн буюу тухайн өвчтний хэвтэж эмчлүүлэх хугацааны туршид биеийн дотоод тэнцвэрт байдалд үнэлэлт дүгнэлтийг өгч төгсгөлийн оношийг тодорхойлсны үндсэн дээр тухайн өвчтний цаашдийн төлөв байдалтай уялдсан жор найр-

лагын сонголтыг хийх боломжийг гарган өгч байгаа юм.

Энэ нь дараахь оношилгоо, эмчилгээний программ хангамжууд болно.

ОНОШ ТОГТООХ ДИНАМИК ХЭМЖҮҮРИЙГ ҮНДЭСЛЭСЭН ЗАГВАР

Биодинамик системийн үндсэн 3 татагчаар уламжлалт анагаах ухаанд хий, шар, бадганыг авсан байдаг. Хий, шар, бадганы 20 бэлэг чанарт тулгуурлан системийн хөгжлийн программ хангамж болох Vensin 5.0 -д зориулан Халуун - хүйтэн өвчний динамикийг илэрхийлэх загварыг хийсэн. Үүгээрээ тухайн өвчтний клиникт хэвтэж эмчлүүлэх хугацааны үнэн зөв оношийг уламжлалт анагаах ухааны үүднээс тооцоолон тодорхойлох боломжийг гарган өгч байгаа юм.

ЭМТ БОДИС, ЖОРЫН СОНГОЛТ ХИЙХ ПРОГРАММ ХАНГАМЖ НЬ

Үүгээрээ бүх эмт бодисын амт, чадал, эрдмийг үндэслэн эмийн хүч, жор найрлагын халуун болон хүйтэн хүчийг тодорхойлох программ хангамжийг хийж бүтээсэн нь тухайн өвчтөн клиникт хэвтэж эмчлүүлсэн динамик хувирлуудтай уялдуулан тохирох жор, эмт бодисыг сонгох программ хангамжийн тусламжтайгаар цаашдын эмчилгээг зөв удирдан явуулах боломжийг нээн өгч байна.

ДҮГНЭЛТ

Уламжлалт анагаахын клиникт хэвтэн эмчлүүлэгсдэд динамик ажиглалтаар оношийн алдааг засах нь өвчтний цаашдын эмчилгээнд чухал болж байна. Энэ нь биодинамик системийн цаг хугацааны тасралтгүй өөрчлөлт хувиралт нь биеийн дотоод тэнцвэрт байдалтай хэрхэн шүтэлцэж байгаа хийгээд динамик биохимийн өөрчлөлт хувиралтыг олж тогтооход чухал ач холбогдолтой юм.

НОМ ЗҮЙ

1. Brooks D.R., Collier J., M and other., Entropy and information in evolving biological systems. Biology & Philosophy 4 (1989) pp.407-432
2. Gunther F., Folke C. Characteristics of Nested Living Systems. JBS, Vol.1, No3 (1993) 257-274
3. Forrester, Jay W. Industrial Dynamics. The M.I.T. Press, Cambridge, Massachusetts, 1961.
4. Forrester, Jay W. Urban Dynamics. The M.I.T. Press, Cambridge, Massachusetts, 1969.
5. Sterman J. Business Dynamics: Systems thinking and Modeling for a Complex World. New York.: 2000. 982p.

ХЕЛИКОБАКТЕРПИЛОРИ (НР)-ООР ХАЛДВАРЛАГДСАН ХОДООД, ДЭЭРХ ГЭДЭСНИЙ ЭМГЭГҮҮДИЙН ЭМЧЛГЭЭНИЙ АСУУДАЛД

*Н.Туул - ХБЭСК-ийн эрхлэгч,
тэргүүлэх эмч*

Удиртгал

Сүүлийн 10 жилд ходоодны архаг үрэвсэл, шархлаа өвчин ихэссэн. Статистик судалгаагаар ходоод, дээрх гэдэсний шархлаа өвчин 1990 онд 10,000 хүнд 5.1 байсан бол 1999 онд 10.28 болон 2 дахин өссөн [18]. УКТЭ-ийн ХБЭСК-т сүүлийн 5 жилд хэвтэн эмчлүүлэгсдийн дунд хийсэн судалгаагаар дээрх гэдэсний шархлаа өвчин 1995 он 2000 онтой харьцуулахад эмчлүүлэгсдийн тоо 3 дахин өссөн байна [19].

Харин бүтэц зүйн шинжилгээгээр оношилсон ходоодны архаг үрэвслийн судалгаа байхгүй, зөвхөн дурангийн шинжилгээнд тулгуурласан судалгаа байдаг. Гэвч орчин үеийн ойлголтоор Нр-аар халдварлагдсан ходоодны архаг үрэвслээс дээрх гэдэсний шархлаа үүсдэг гэж үздэг [9] учир дээрх гэдэсний шархлаа өвчин ихсэхийн зэрэгцээ ходоодны архаг үрэвсэл ихэссэн гэж үзэж болно.

Өвчлөл ихэссэн шалтгааныг сүүлийн 10 жилд хүн амын дундах хоол хүнсний хүртэмж, чанар, усны хангамж, бухимдал, архи, тамхины хэрэглээ, ажилгүйдэл, хүн амын нягтрал, ядуурал зэрэг нийгэм эдийн засгийн өөрчлөлттэй холбон үзэж болох юм [20].

Одоогоос 125 гаруй жилийн өмнө (1874 онд) Германы судлаач G.Bottcher нохойн ходоодны салстаас мушгиа хэлбэрийн нянг нээснээр [8], ходоод нь ариун орчинтой, хоол хүнсээр орсон нян ходоодны хүчлийн нөлөөгөөр үхэж, тэнд үржих боломжгүй гэдэг санааг няцаасан анхны оролдлого байлаа. Энэ үеэс олон орны судлаачид уг нянгийн халдварлах зам, үржих орчин, бүтэц онц-

логийг судалсаар олон таамаглал дэвшүүлж байсан боловч, 1910 онд K.Schwarz-ийн дэвшүүлсэн "Хүчил үгүй бол шарх үгүй" гэсэн үүсгэл үнэнийг баримталсаар иржээ [11].

Гэтэл 1983 онд Австралийн эрдэмтэн R.Warren, B.Marshall нар мушгиа хэлбэртэй нянг хүний ходоодны өнгөц хучуур эдээс илрүүлж өсгөвөр гарган *Campylobacter pyloridis* гэж нэрлэсэн боловч хожим энэхүү нян нь кампилобактерийн бүлгийн нянгаас өөр нян, түүнчлэн нугалуураас нээсэн тул хеликобактер пилори гэж нэрлэх болсон [10, 3].

Нр-ийг нээсэн нь эмгэг судлал, ходоод гэдэс судлал, бичил судлал, дархлаа, удам зүй, тархалт судлалын шинжлэх ухааны хөгжилд томоохон түлхэц болсон [12].

Эрдэмтдийн олон жилийн судалгаагаар Нр-нь ходоодны архаг үрэвсэл үүсгэдэг төдийгүй улмаар шархлаа, хавдар үүсгэдэг болох нь тогтоогдсон билээ.

Ходоодны архаг үрэвслийн "В" хэлбэрийн үед 70-90%, дээрх гэдэсний шархлаа өвчний үед 90%, ходоодны шархлаа өвчний үед 70% Нр-ийг илрүүлсэн байна [1, 2].

Нр нь дэлхийн бүх улс оронд харилцан адилгүй тархжээ. Францын үндсэн оршин суугчдын дунд хийсэн судалгаагаар 36.7% харин Вьетнам, Алжир, Африкийн хүмүүст 80-90% мөн тэдгээр орны хүүхдүүдийн дунд хийсэн судалгаагаар тархалтын хувь адилхан байжээ. Энэхүү судалгаанаас үзэхэд нянгийн тархалтыг арьс өнгөний ялгаа бус, харин нийгэм-эдийн засгийн ялгаагаар тайлбарлаж болох юм. Түүнчлэн хүүхдүүдийн дунд хийсэн судалгаагаар эрэгтэй хүүхдэд 11%, эмэгтэй хүүхдэд 5%, 30 настай: эрэгтэйчүүдэд 2%, эмэгтэйчүүдэд 5%, харин 30-аас дээш насанд тархалт адилхан болсон нь наснаас шууд хамааралгүйг харуулсан. Мөн доноруудын дунд хийсэн судалгаагаар 18-25 насны залуучуудын дунд 10%, 56-60 насанд 60% илэрсэн [3].

Нр-ийн халдвар ам-амаар, ялгадас-амаар дамждаг. Судалгаагаар Нр нэг гэр бүлийн хүмүүст элбэг тохиолддог, хүүхдүүд голдуу эцэг, эхээсээ халдвар авах бөгөөд тэдэнд нэг төрлийн штамм илэрдэг [15]. Мөн ажил мэргэжлээс шалтгаалан хэдийгээр малаас илрээгүй боловч мах махан бүтээгдэхүүн бэлтгэлийн газрын ажилчдад, дурангийн эмч, сувилагч, үйлчлэгчид

өвчтөнд үйлчлэх үед халдвар авснаас элбэг тохиолддог байна [1]. Бидний судалгаагаар 16-23 насны залуучуудын дунд Нр 45% илэрсэн нь өндөр хувьтай байна.

- Нр-ийг илрүүлэх аргууд: Нр-ийг илрүүлэх олон арга практикт нэвтэрчээ [13].

Арга	- Тухайн аргыг сонгон хэрэглэх
Гистоморфологи	- Ходоодны архаг үрэвслийн явцыг ажиглах
Радионуклид	- Нянгаар халварлагдсаныг илрүүлэх болон тархалтыг судлах
Биохими	- Дурангийн хяналт шаардлагатай үед (хурдавчилсан уреазы тестийн арга)
Иммунологи	- Нянгаар халварлагдсаныг илрүүлэх болон тархалтыг судлах
Микробиологи	- Дээрх аргуудтай хавсран хэрэглэдэг

Бүгд Нр-ийг илрүүлдэг боловч өвөрмөц болон мэдрэг чанараараа харилцан адилгүй. Иймд шинжилгээг тодорхой нөхцөл зорилготой сонгон хэрэглэдэг. Ходоодны архаг үрэвслийн үед голдуу эдийн бүтэц судлалын аргыг сонгох нь зүйтэй учир нь ходоодны үрэвслийн хөдлөл зүйд гарах өөрчлөлтийг үнэлэх ач холбогдолтой. Биохимийн буюу тестийн аргуудыг Нр-ийг богино хугацаанд илрүүлэх, эмчилгээний үр дүнг тооцоход бусад аргатай хавсран хэрэглэдэг. Радионуклеидийн аргуудаас амьсгалын сорилын арга нь хийхэд хялбар учир өргөн хэрэглэх болсон, боловч оношилгооны зардал өндөр байдаг. Эмчилгээний үр дүнг үнэлэхдээ уреазын сорил, эдийн бүтэц судлалын аргыг хослон хэрэглэдэг [1, 10, 13].

Судалгааны зорилго:

Хеликобактерпилори (Нр)-оор халдварлагдсан ходоодны архаг үрэвсэл, ходоод, дээрх гэдэсний шархлаа өвчнийг орчин үеийн түвшинд оношлох, эмчлэх, эмчилгээний үр дүнг судлах

Материал ба аргачлал:

Судалгаанд УКТЭ-ийн ХБЭСК-т 1995-2000 онд хэвтэн эмчлүүлсэн 140 өвчтөн хамрагдсан. Судалгаанд хамрагдсан өвчтөн бүрт эмчилгээний өмнө, хойно дурангийн (Olympus) шинжилгээ

хийж, Нр-ийг уреазын сорил (Pronto Dry, CLO) бүтэц зүй судлалын (гемотоксилин-эозиноор) будаж илрүүлэн, түүнчлэн бүтэц зүйн өөрчлөлтийг ажигласан.

Судалгаанд хамрагдагсдын онош, нас, хүйс, тос

Онош	Эрэгтэй	Эмэгтэй	Бүгд
Ходоодны шархлаа	29	11	40
Дээрх гэдэсний шархлаа	28	12	40
Ходоодны архаг үрэвсэл	26	34	60
Бүгд	83	57	140

Ходоодны архаг үрэвсэлтэй өвчтний нас, үрэвслийн байрлал, бүтэц зүйн байдлаар ангилсан нь:

Архаг үрэвслийн хэлбэр	Өвчтний нас				Бүгд
	<30	31-40	41-50	50<	
Хатингиршилгүй, түгээмэл үрэвсэл	3	-	1	-	4
Хатингиршилгүй, гарах хэсгийн үрэвсэл	7	14	5	1	27
Хатингиршилтай	6	-	4	2	12
Зулгархайтай үрэвсэл	4	-	6	-	17
Бүгд	20	21	16	3	60

Ходоод, дээрх гэдэсний шархлаатай өвчтний нас, шархны байрлалаар ангилсан нь:

Шархны байрлал	Өвчтний нас			
	<30	31-40	41-50	50<
Ходоодны:				
- Амсар орчим	2	2	1	7
- Их бие	4	10	3	8
- Гарах-нугалуур	-	3	-	-
- Их махиа	4	3	3	-
- Бага махиа	-	-	-	-
Дээрх гэдэсний:				
- Урд хана	3	4	6	1
- Арын хана	6	5	-	5
Бүгд	19	27	13	21

Ходоодны эмгэгүүдийн эмчилгээнд шинэ бэлдмэлүүд М-холинотик, Н₂-ын тосгуурыг хориглогч, протоны соролтыг хориглогчдын олон эгнээний бэлдмэлүүд нээгдэж, ходоод, дээрх гэдэсний эмгэгүүдийн эмчилгээнд тодорхой үр дүнтэй байгаа боловч төгс эмчилгээ болж чадаагүй байна [4, 5].

Өнөөдөр дэлхийн ихэнх оронд Нр-оор халдварлагдсан ходоодны эмгэгүүдийн эмчилгээнд Нр-ийг устгах эмчилгээ нэвтэрч, эмчилгээний үр дүн дээшилж, сэдрэлийн хувь буурсан байна [4]. Бид 1996 оны Нидерландад хуралдсан Европын гастроэнтерологчдын зөвшилцлөөр баталсан "Маастрихтын" Нр-ийг устгах эмчилгээний заалт, зарчмыг баримтлан эмчилгээг хийж үр дүнг тооцсон [2].

Нр-ийн эсрэг 6 бүлэг нянгийн эсрэг бэлдмэлийг хэрэглэж байна.

1. 5-нитроимидазолоос : Метронидазол, Тинидазол
2. хагас нийлэгжилийн аминопенициллин : Амоксациллин
3. макролид: Кларитромицин, Рокситромицин, Азитромицин -
4. хагас нийлэгжилийн аминопенициллиныг хориглогч
Беталактамаз, Амокслав
5. нитрофуран: Фуразолидон
6. коллойд висмут субцитрат: Де-нол

Хеликобактер устгах эмчилгээнд баримталсан зарчим:

- Гурван эмийн хослолоос сонгон эмчилсэн.
- 1, 2-р хувилбарыг ходоодны архаг үрэвсэлтэй өвчтөнд хэрэглэсэн.
- 3, 4, 5-р бүдүүвчийг ходоод, дээрх гэдэсний шархтай өвчтөнд хэрэглэсэн.
- Эмчилгээ 10-14 хоног үргэлжилсэн.
- Гаж нөлөө илэрсэн тохиолдолд эмчилгээний тактикийг өөрчилсөн.
- Сонгосон бэлдмэлүүдийг хэрэглэж байсан эсэхийг харгалзахаас гадна гаж нөлөө, хувь хүндээ зохимжтой эсэх, эмчилгээний зардлыг эмчлүүлэгчтэй ярилцаж эмийн хослолыг сонгосон.
- Урьд нь жилээс дээш хугацааны өмнө эмчилгээ хийлгэж

байсан тохиолдолд сэдэрсэн гэж үзэж өөр будуувчийг сонгон эмчилсэн.

Бид дээрх эмчилгээний зарчмыг баримтлан доорхи 5 хувилбараас [6] сонгон эмчилсэн.

Судалгаанд хэрэглэсэн хувилбарууд

1-р хувилбарууд

Де-нол 240мг	2 удаа
Метронидазол 500мг	3 удаа
Амоксациллин 1000мг	2 удаа
Ранитидин 150 мг	2 удаа

2-р хувилбарууд

Де-нол 240мг	2 удаа
Метронидазол 500мг	3 удаа
Амоксациллин 1000 мг	2 удаа

3-р хувилбарууд

Омепразол 20мг	2 удаа
Фуразолидон 100мг	4 удаа
Амоксациллин 1000мг	2 удаа

4-р хувилбарууд

Омепразол 20мг	2 удаа
Фуразолидон 100мг	4 удаа
Кларитромицин 250мг	2 удаа

5-р хувилбарууд

Омепразол 20мг	2 удаа
Метронидазол 500мг	3 удаа
Кларитромицин 250мг	2 удаа

Хеликобактерийг устгах эмчилгээний үр дүнг тооцсон зарчим:

- Эмчилгээний алсын үр дүнг эмчилгээнээс хойш 6-8 долоо хоногийн дараа дурангийн шинжилгээ хийж дүгнэсэн.
- Нр-ийг устсан эсэхийг уреазын сорил, эдийн бүтэцзүйн судлалын шинжилгээ хийж дүгнэсэн.
- Эсийн шинжилгээгээр ходоодны архаг үрэвслийн эдгэрэлтийг ажигласан.

Эмчилгээний үр дүн:

	10 хоног	14 хоног	Бүгд
Эмчилгээний хувилбар	Өвчтний тоо (%)	Өвчтний тоо (%)	Өвчтний тоо (%)
1-р хувилбар	8 (53.3)	9 (60)	17 (56.6)
2-р хувилбар	11 (73.3)	12 (80)	23 (76.7)
3-р хувилбар	13 (86.7)	12 (80)	25 (83.3)
4-р хувилбар	13 (86.7)	14 (93.3)	29 (90.0)
5-р хувилбар	8 (80)	8 (80)	16 (80)

Үр дүнгийн хэлцэмж:

Манайд 18-25 насны залуучуудад хийсэн судалгаагаар 45% Нр илэрсэн өндөр хувьтай байна. Ийнхүү тархалтын хувь өндөр байгаа, дээрх гэдэсний шархлаа өвчин нэмэгдсэн нь нийгэм, эдийн засгийн тогтворгүй байдал, хүн амын амжиргааны түвшин, хувийн ахуйн наад захын дэглэм алдагдах, хоол хүнсний байдал, усан хангамж, гэр бүлийн доторхи хүний тоо, хүн амын нягтрал суурьшил зэрэгтэй холбон тайлбарлаж болох юм [3, 20].

Ходоодны архаг үрэвсэлтэй 30 өвчтнийг 1-р хувилбараар эмчлэхэд 56.6% үр дүнтэй байгаа нь хэвлэлийн тоймууд дээрх үр дүнгээс доогуур байгаа нь метронидазолд мэдрэг бус болсон байх талтай байна.

Түүнчлэн ходоодны архаг үрэвсэлтэй 30 өвчтнийг 2-р хувилбараар эмчлэхдээ (хэдийвээр ранитидин метронидазолын мэдрэг чанрыг дэмждэг боловч) 1-р хувилбараас ранитидинийг хасан эмчлэхэд үр дүн 76.6% болж дээшилсэн нь шүлтлэг орчинд висмут агуулсан бэлдмэлийн үйлчилгээ буурдагтай холбоотой учир, висмут агуулсан бэлдмэл, H2 гистамины хориглогчийг хамт хэрэглэх нь үр дүнтэй бус нь ажиглагдлаа.

Ходоод, дээрх гэдэсний шархтай тус бүр 30 өвчтнийг 3, 4-р хувилбараар эмчлэхэд (80.0% - 83.3%) хангалттай үр дүнтэй, 20 өвчтнийг 5-р бүдүүвчээр эмчлэхэд хамгийн сайн (90.0%) үр дүнтэй байв. Ийнхүү кларитромицин (макролидийн бүлэг), фурадонин (нитрофуроны бүлэг) бэлдмэлүүдийг омепразол (протонны соролтыг хориглогч) гурвал эмчилгээ хамгийн үр дүнтэй байгаа боловч эмчилгээний зардал өндөртэй хүн бүрт хэрэглэх боломж муутай тул, эмчилгээ эхлэх зарчмыг баримтлан эмчилгээний бусад хувилбараас оновчтой сонгон эмчлэх нь зүйтэй юм. Түүнчлэн шүүрэл бууруулах бэлдмэл нь ходоод, дээрх гэдэсний шархлааны эдгэрэлтийн хугацааг богиносгож байна.

Ходоодны архаг үрэвсэлтэй өвчтөнд Нр-ийг устгах эмчилгээ үр дүнтэй болсоноос хойш 6-8 долоо хоногийн дараа бүтэц зүйн шинжилгээ хийхэд ходоодны салст бүрхэвчийн бичил бүтэц сэргэсэн, үрэвслийн идэвхжил буурч, хучуурын нэвчдэс болон өөрийн ялтасын олон бөөмт цагаан эс алга болсон. Харин лимфо-плазмоцитарын нэвчдэс багассан байв. Судлаачдын бичснээр Нр устсанч, энэхүү нэвчдэс аажим багассаар 2 жилийн дараа бүрэн арилдаг байна [10]. Энэ нь Нр-ийн эсрэг иммуноглобулин

удаан хугацаагаар цусанд байдагийг харуулж байна [14]. Харин Нр устгаагүй өвчтний үрэвслийн идэвхжил буурсан боловч, нэвчдэс бүрэн арилаагүй байв.

Ходоод, дээрх гэдэсний шархлаатай Нр устсан өвчтөчүүдийн шарх цагаан соривжилт үүсч эдгэрсэн, Нр устгаагүй өвчтнүүдийн шарх улаан соривжилттой, харин 3 өвчтөнд шарх сэдэрсэн байв [16].

Дүгнэлт:

1. Висмут суурьтай, H2-ын хүлээн тосуурын хориглогчтой гистамины рецепторын хориглогчтой хавсарсан гурвал эмчилгээний үр дүн доогуур (56.6%) байгаа нь шүлтлэг орчинд висмутын бэлдмэлийн үйлчилгээ буурдгийг харуулсан учир энэ хоёр бэлдмэлийг хамт хэрэглэх нь тохиромжгүй гэж үзэв. Түүнчлэн эмчилгээний үр дүн доогуур байгааг Нр метронидазолд мэдрэг бус болсон гэж үзэж [17], цаашид өсгөвөр гарган антибиотик мэдрэг чанарыг үзэж эмчлэх нь зүйтэй.

2. H2 тосуурын хориглогчгүй висмут суурьтай гурвал эмчилгээний үр дүн 76.7% болж дээшилсэн учир ходоодны архаг үрэвслийг энэхүү хувилбараар эмчлэх тохиромжтой байна.

3. Омепразол (протонны соролтын хориглогч) кларитромицин (макролидийн бүлэг), фурадонин (нитрофуроны бүлэг) хосолсон гурвал эмчилгээ хамгийн үр дүнтэй (90.0%) байгаа боловч эмчилгээний өртөг өндөртэй учир хүн бүрт хийх боломжгүй, бусад эмчилгээний хувилбарууд үр дүн өгөөгүй тохиолдолд хэрэглэх нь зүйтэй юм.

4. Эмчилгээний 2, 3, 4, 5-р хувилбарууд үр дүнтэй учир Нр-ийг устгах эмчилгээнд сонгон хэрэглэх нь тохиромжтой бөгөөд гагцхүү эмчилгээний зарчмыг баримтлах хэрэгтэй.

Ном зүй

1. В.Т.Ивашкин, Ф.Мерго, Т.Л.Лапина "Helicobacter pylori: революция в гастроэнтерологии" 1999.
2. Е.А.Изатуллаев, М.А.Алдиярова, М.А.Атабекова и др. "Значение инфекции Helicobacter pylori в патологии желудка и двенадцатиперстной кишки". 2000.
3. Л.И.Ариун, М.Я.Григорьев, В.А.Исаков, Э.М.Яковенко "Хронический гастрит". 1993.
4. Е.С.Рысс "Современная тактика антигеликобактерной терапии язвенной болезни". Клиническая медицина, 1998, №10.
5. С.А.Алексеев и С.С.Тимошкин "Влияние блокаторов гистаминовых H2 рецепторов на репаративные процессы в слизистой оболочки желудка у больных язвенной болезнью желудка". Терапевтический архив, 1999, № 2.
6. Р.А.Абдулхаков, В.Б.Гриневич, И.О.Иваников. "Схемы тройной терапии язвы луковицы двенадцатиперстной кишки на основе препарата де-нол". Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии 2000 он, № 2. с 12-15
7. Б.Д.Старостин "Лансопразол-основанные антигеликобактерные режимы в лечении заболеваний, ассоциированных с Helicobacter pylori". Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2000, №4 с.6-8.
8. Е.К.Баранская "История открытия Helicobacter pylori". Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии, 1999, №2
9. А.А.Крылов "К дискуссии о роли Helicobacter pylori в патогенезе язвенной болезни". Клиническая медицина, 1998, № 11. с1-24
10. Helicobacter pylori: Biology and Clinical Practice. Ed. by C.S.Goodwin and B.W.Worsley, 1992, CRC Press, London Tokyo.
11. Я.С.Циммерман и М.Р.Зиннатуллин "Концепция взаимоотношения организм человека и Helicobacter pylori". Клиническая медицина, 1999, No.2, с.52-56.
12. А.С.Логинов "Новейшие достижения в гастроэнтерологии и перспективы её развития". Терапевтический архив, 1999, No.2, с.5-7.
13. Материалы 6-й сессии Российской группы по изучению Helicobacter pylori, 20-21 Мая 1997, г.Омск.
14. В.Д.Пасечников, Е.А.Машенцева и др. "Воспалительный и иммунный ответы слизистой оболочки желудка. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии" 1998, No.3, с.41-45.

15. B.J.Collins "Helicobacter pylori: is it all in the family" Gut, 1996, Vol 39 (5), p.68.
16. G.D.Bell "Helicobacter pylori eradication and reinfection. The Lancet, 1995, Vol 345 (8965), p.1646-1648.
17. D.Y.Graham "Antibiotec resistance in Helicobacter pylori: implications for therapy". Gastroenterology, 1998, Vol 115, p.1272-1277.
18. ЭМНХЯамны 1999 оны статистик мэдээ
19. УКТЭ-ийн архив ХБЭСК-т 1995-1999 оны хэвтэн эмчлүүлэгсдийн өвчний түүх
20. Монгол Улсын хүн амын амжиргааны түвшиний судалгаа. Үндэсний статистикийн газар, НҮБ-ын хөгжлийн хөтөлбөр, 1998.

Treatment Issues of Gastroduodenal Pathology by Helicobacter Association

N.Tuul

According to the statistical information, ulcer duodenum and chronic gastritis doubled from 5.1 to 10,000 people in 1999 to 10.3 in 2000.

The number of patients hospitalized at the Gastroenterological Clinic of the State Central Hospital with the above-mentioned diseases tripled in 1999 compared to those in 1990.

There are no data related to the study of chronic gastritis based on the morpololgical analysis. However, it can be considered that the chronic gastritis has increased because of ulcer duodenum cased by B type of the chronic gastritis. The said factors can be main reasons for up to date diagnoses and treatment of the stomach ulcer and ulcer duodenum.

Five types of schemes were used for Hp eradication treatment involving 40 patients with ulcer duodenum, 60 patients with chronic gastritis and 40 patients with stomach ulcer. The following results were observed:

- The low was reached with the use of H2 blocker and triple therapy based on bismuth.
- The better result was reached without use of H2 blockaer.

- The highest result was achieved with the use of triple therapy based on claritromcin (macrolide group) and furadonin (nitro furan group).
- The low result with the triple therapy based on amoxacillin and metronidazol is likely to be due to non-sensitivity of bacteria to the above medicines. Therefore, the cultivation is needed for determination of sensitivity of bacteria to antibiotics.

ХАРШЛЫН ЗАРИМ ӨВЧИНД ӨВЧТНИЙ ӨӨРИЙН НЬ СИЙВЭНГ ЭМЧИЛГЭЭНД ХЭРЭГЛЭСЭН НЬ

*Р.Оюунгэрэл - Тэргүүлэх
зэргийн эмч*

СУДАЛГААНЫ ҮНДЭСЛЭЛ

Дэлхийн улс орны хүн амын өвчлөлтийн нэлээд хувийг эзэлдэг элдэв төрлийн харшлын өвчин сүүлийн үед тархмал тохиолдох болсон бөгөөд цаашид улам нэмэгдэх хандлагатай байна гэж судлаачид бичжээ. Neill (1997) Holgate S (1993/

Эдгээр өвчнөөр өвчлөгсдийн нас улам залуужиж, тархалт жилээс жилд өсөн нэмэгдэж, эмнэл зүйн явц хүндэрч эмчилгээ төвөгтэй болж байгаа нь эмч, судлаачдын анхаарлыг зүй ёсоор татсаар байгааг онцлон тэмдэглэжээ.

Харшлын өвчнийг эрт оношлох, эмчлэх, урьдчилан сэргийлэх аргыг боловсронгуй болгох нь онол практикийн нэн чухал асуудал болоод байна.

Харшил, арьсны зарим өвчнийг өвчтний өөрийнх нь цусны сийвэнгээр эмчлэх үндэслэлийг анх 1966 онд Э.Райка, 1970 онд М.А.Розентул нар гаргасан. Манай орны эмнэлэгийн практикт 1978 онд анх УКТЭ-ийн харшил судлалын эмч О.Лхамсүрэн хэрэглэсэн юм.

Өвчтний өөрийнх нь цусны сийвэн дархлал тогтолцоо болон бодисын солилцооны завсрын бүтээгдэхүүн зэргийг агуулсан өвөрмөц шинж чанар бүхий биологийн идэвхтэй орчин учраас харш гаж нөлөөгүй биеийн дархлааг сайжруулан аливаа өвчнийг эсэргүүцэх чадварыг дээшлүүлдэг. (Л.Н.Машкиллейсон 1964. Cor-II. JV 1984) нар бичжээ.

СУДАЛГААНЫ ЗОРИЛГО

Манай орны хүн амын дунд зонхилон тохиолдож байгаа харшлын зарим өвчин ургамлын тоосны харшил, хүйтний, нарны хар-

шил, арьстас харшилт нармайтас зэрэг өвчнийг, өвчтний өөрийн нь сийвэнгээр эмчлэх аргыг амбулаторийн нөхцөлд эмчилгээнд хэрэглэж үр дүнг судлахад оршино.

СУДАЛГААНЫ МАТЕРИАЛ БА АРГАЧЛАЛ

1998-2000 онд УКТЭ-ийн харшил судлалын кабинетад амбулаториор өвчтний өөрийнх нь сийвэнгээр эмчлэгдсэн 200 хүнд клиник эмнэл зүйн шинж дээр үндэслэн судалгаа хийлээ.

1. Сийвэн эмчилгээнд хамрагдсан хүмүүсийг нас, хүйс, мэргэжлийн хувьд авч судлав.
2. Клиник эмнэл зүйн шинж тэмдгийг 3 үе шаттайгаар дүгнэлээ
3. Судалгааны материалд экстенсив үзүүлэлт, арифметикийн цэнэглэгдсэн дундаж зэргийг ашиглан боловсруулалт хийв.

Өвчтний өөрийнх нь сийвэнг эмчилгээнд бэлтгэх арга

/Тусгайлан бэлтгэсэн өрөө, лаборатори байна.

1. Ажлын өрөө тасалгаа, тоног төхөөрөмж багаж хэрэгслэлийг бэлтгэх.
2. Ариутгал цэвэрлэгээний үе
3. Өвчтнөөс цус авах, цусны эсүүдийг тунгааж сийвэнг ялган авах.
4. Эмчилгээнд хэрэглэх сийвэнгээ савлаж бэлтгэх
5. Эмчилгээ хийх хөтөлбөр, курс эмчилгээ хийх тооцоо гаргах.

Цус авах тунгаахад зориулагдсан ариутгасан шил, сав, нэг удаагийн зүү, тариурууд, ариутгасан хөвөн, бээлий халат, чагнуур, амавч, спирт ба 2%-ийн иодын ханд зэрэг байна.

Цус авахын өмнө бокст чийгтэй цэвэрлэгээ хийж нян устгах гэрэл (кварц) асааж 30 минут байлгаж тасалгааг ариутгана. Эмч, сувилагч нар ариутгасан маск, малгай, халат өмсөж гараа савандаж 5-10 минут угаагаад спирт, иодын уусмалаар арчин халат бээлий өмсөж цус авахад бэлэн болно. Шил савнуудыг 5-2 атмосферын даралтад автоклавт ариутгана.

Өвчтөн эмчилгээнд ирэхдээ ариун цэврийн шаардлагыг хангасан байна. Өвчтний гарыг боксын өрөөний цонхоор оруулж нэг удаа 20-40 мл цусыг шууны венийн судаснаас авч 1мл цитрат

натрийн уусмалтай шилэн саванд хийж хөргөгчид 30 минут байлгана. Дараа нь центрфугт эргүүлэн дахин хөргөгчид 24 цаг байлгана. Ариутгасан бокс дотор ариутгасан жижиг хоосон шилэнд центрфугт эргүүлж хөргөгчинд 24 цаг байлгасан сийвэнгээс шприцээр соруулан авч 0.9%-ийн 6 мл натри хлоридын ариутгасан шингэнтэй шил рүүгээ 2мл сийвэн хийнэ. Энэ нь 2-ыг харьцах 10 (2:100) болно. Шингэлээгүй сийвэн гэсэн 3 хэсэг бэлтгэнэ. Сийвэнгийн ялгарах хэмжээ өвчтний насны байдал, бие махбодийн онцлогоос хамаарч харилцан адилгүй. Өвчтнөөс бэлтгэсэн 1-3 шил биобэлдмэл сийвэнг $+4^{\circ}\text{C}$ - $+6^{\circ}\text{C}$ хэмтэй хөргөгчид хадгалж курс эмчилгээнд хэрэглэнэ. Сийвэнг тарихдаа бугалганы 1/3-ийн доод хэсгийн арьсан дор зохих ариутгал хийж 2 гарт ээлжлэн тарина. Эхлээд (2:100) 0.1, 0.3, 0.5, 0.7, 0.9, 1.0, 1.5, 2.0 мл-ийг өдөр бүр тарьж хэрэглэнэ. Өвчтний өөрийн сийвэнг өөрт нь хэрэглэсэн учраас цусаар дамжин халдвар авах, харшил хордлого өгөх зэрэг гаж нөлөө үзүүлдэггүй. Нэг курс эмчилгээг дуусгаад 3 сар амраагаад дараагийн курс эмчилгээ эхэлнэ.

ХАРШЛЫН ЗАРИМ ӨВЧНИЙ ҮЕД СИЙВЭН ЭМЧИЛГЭЭ ХИЙХ ЕРӨНХИЙ ЗАРЧИМ (ДАРААЛЛЫН БҮДҮҮВЧ)

Хүснэгт №1

Овог, нэр									
Онош									
2:10	өдөр	1/II	2/II	3/II	4/II	5/II	6/II	7/II	8/II
	тун	01	03	05	07	09	1.0	1.5	2.0
2:100	өдөр	9/II	10/II	11/II	12/II	13/II	14/II	15/II	16/II
	тун	01	03	05	07	09	1.0	1.5	2.0
Цэвэр сийвэн	өдөр	17/II	18/II	19/II	20/II	21/II	22/II	23/II	24/II
	тун	01	03	05	07	09	1.0	1.5	2.0

Нэг курсыг 24 хоногт хийж дуусгана. Давтан курсийг 3 сарын дараа эхэлнэ. Сийвэн эмчилгээг өвчний хурц сэдэрлтийн болон зүрх судас, элэг, бөөрний хүнд өвчнүүд ходоод гэдэсний шархлаа, цус багадалт, тураал, дотоод шүүрлийн болон цочмог халдварт өвчнүүдийн үед хийж болохгүй.

СУДАЛГААНЫ ҮР ДҮН:

УКТЭ-ийн харшил судлалын төв, түүний харьяа лабораторит амбулаториор үзүүлэгчдийн дотроос онош нь бүрэн тогтоогдож батлагдсан 200 өвчтнийг (1998-2000) он хүртэл 2 жилийн хугацаанд амбулаторийн нөхцөлд хяналтад байлгаж тусгай карт хөтөлж, өвчтний өөрийнх нь сийвэнгээр дагнан эмчилж клиник ажиглалт хийж үр дүнг судалсан юм. Судалгаанд хамрагдсан 200 өвчтний дотор харшилт арьстас 40, ургамлын тоосны харшилтай 36 (18%), харшилт нармайтас 30 (15%), чонон хөрвөс 22 (11%), нүдний харшил 19 (9.5%), нарны харшил 21 (10.5%), хүйтний харшил 14 (7%), архаг намарс 18 (9%) өвчтөн байв.

УКТЭ-ийн харшил судлалын кабинетад анх үзүүлэгчдийн (1988-1990 онд) 10,000 хүнд 21.5 өвчлөлттэй (1994-1997 онд) 10,000 хүнд 36.4 болж, ЭНЭШТ-ийн поликлиникийн харшил судлалын кабинетээр үзүүлэгчдийн дунд өвчний тархал зүйн судалгаагаар сүүлийн 5 жилд 2,874-5,296 болж өссөн байгаа нь харшил өвчнийг судлах, өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх арга хэмжээ, эмчлэх нь өнөөгийн чухал асуудал болж, эмчилгээнд шинэ зүйл нэвтрүүлэхийг зүй ёсоор шаардаж байна.

**СИЙВЭН ЭМЧИЛГЭЭ ХИЙГДСЭН ХҮМҮҮСИЙН НАС,
ХҮЙСНИЙ БАЙДАЛ**
Хүснэгт 2а

Судалгаанд хамрагдсан хүний тоо	Нас					Хүйс	
	10-20	21-30	31-40	41-50	51- дээш	Эр	Эм
200	22	97	61	15	5	64	136
Эзлэх хувь	11	48.5	30.5	7.5	2.5	32	68

Хүйсний хувьд эмэгтэй 136 (68%), эрэгтэй 64 (32%) байна. Энэ нь В.Я.Арутонов (1986), Г.М.Денисов (1987), О.А.Иванов (1988) нарын эмэгтэйчүүд арьс харшлын өвчинд өртөмтгий байдаг гэсэн судалгаатай тохирч байна. Насны хувьд 21-40 хүртэлх 158 (79%) идэр насны хүмүүст элбэг тохиолдож байна.

Хүснэгт 2б.

Ажил, мэргэжлийн хувьд авч үзвэл:

Мэргэжил	Оюутан сурагчид	Сэхээтэн багш, инженер	Ажилчид	Бусад мэргэжил
Өвчтөний тоо	84	54	50	12
Эзлэх хувь	42	27	25	6

Мэргэжлийн хувьд оюуны хөдөлмөр эрхэлдэг хүмүүст харшлын өвчин илүү тохиолдож байгаа нь мэдрэлийн сульдал, хэт ачаалал нөлөөллийг харуулж байна.

СИЙВЭН КУРС ЭМЧИЛГЭЭНИЙ ҮР ДҮНГ ЭМНЭЛ ЗҮЙН ШИНЖЭЭР СУДАЛСАН ДҮН Хүснэгт №3

Өвчний нэр	Хүний тоо	Эмчил- гээний үе шат	Эдгэ- рэлт	Сай- жир- сан	Хэвэн- дээ	Дахи- сан
0	1	2	3	4	5	6
Харшилт арьстас	40	I	10	12	13	5
		II	13	14	9	4
		III	14	16	7	3
Ургамлы н тоосны харшил	36	I	7	12	14	7
		II	8	14	12	6
		III	9	15	11	6

Клиникийн эмнэл зүйн улайх, найтаах, хамар битүүрэх, хавдах зэрэг шинжээр эдгэрэлт сайжралтыг дүгнэв. Сийвэн эмчилгээнд хамрагдсан харшил өвчтэй хүмүүсийн эмнэл зүйн шинж III шатны эмчилгээний дараа улайж загатнах шинж 40%, найтаах, хамар битүүрэх, ус гоожих шинж 30%, хавдах шинж тэмдгийн 40% нь арилж эмнэл зүйн шинж эдгэрч сайжирсан байна.

Харшлын өвчнийг эмчлэх олон хавсарсан арга байдгийн нэг нь өвчтний өөрийн сийвэнг эмчилгээнд хэрэглэх арга юм. Энэ арга нь эмийн болон бусад эмчилгээтэй харьцуулан дүгнэхэд харшлын архаг явцтай зарим өвчин, өвөрмөц бус дархлаажуулах эмчилгээ хийгддэг өвчнүүдэд илүү зохистой байгааг практик

судалгаагаар дүгнэсэн.

ДҮГНЭЛТ, ХЭЛЦЭМЖ

Бидний энэхүү судалгаа нь өвчтний өөрийнх нь сийвэнг эмчилгээнд хэрэглэж болох аргыг боловсруулж манай орны нөхцөлд харшлын өвчний эмчилгээнд нэвтрүүлж үр дүнг судалсан явдал юм. Нөгөө талаас шалтгаан эмгэг жам нь бүрэн шийдэлд хүрээгүй эмийн эмчилгээний үр дүн төдийлөн сайнгүй байгаа юм. Харшлын зарим өвчтэй 200 хүнийг судалгаанд хамруулан амбулаторийн нөхцөлд сийвэн эмчилгээг хийж үр дүнг тогтоосон. Эмчилгээний 1-р шатанд эмнэл зүйн шинж тэмдгийн 70-80 хувь хэвээр байхад, 2-р шатанд 50-60 хувь нь хэвээр, 3-р шатны эмчилгээнд эмнэл зүйн шинж 10-20 хувь хүртэл буурч, нүдний харшилт үрэвсэл, хүйтний харшил, нарны харшил зэрэг өвчний клиник шинж тэмдэг буурч сайжирсан байна. Харшлын гаралтай арьсны үрэвсэлт өвчтэй 40 өвчтний 33 нь буюу (85 хувь) 20-40 хүртэлх насны хүмүүс байгаа нь энэ өвчин хөдөлмөрийн насны хүмүүст зонхилон тохиолддог гэж Ч.Н.Васильва, Г.А.Гарина нарын 1980 онд хийсэн судалгааны үр дүнтэй тохирч байгаа юм. Сийвэнгийн эмчилгээ нь харшлын зарим өвчнийг эмнэх практикт хэрэглэхэд хялбар, олдоц сайтай, (өвчтний өөрийн сийвэн) эмгэг жамын засал эмчилгээ, биологийн ерөнхий идэвхжүүлэгч нөхөн сэргээх нөлөө үзүүлж байна.

САНАЛ

1. 1998-2000 онд амбулаториор сийвэнгээр эмчлэгдсэн нийт хүний тоо урьд оныхоос өссөн байна.
2. Эмчилгээг 3 үе шаттай явуулахад эмнэл зүйн шинж тэмдэг эрс буурч эмчилгээний үр дүн гарч байна.
3. Сийвэн эмчилгээг амбулаториор хийхэд хялбар бөгөөд 24 хоногийн нэг курс эмчилгээнд 1,800 төгрөг зарцуулагддаг бол эмийн эмчилгээ хийхэд 1 хүнд 5,500-7,000 төгрөг зарцуулагдаж байгаа нь эдийн засгийн хувьд хэмнэлттэй.
4. Өвчтний өөрийн цусны сийвэнг эмчилгээнд хэрэглэх нь цусаар дамжих халдварыг багасгах ач холбогдолтой.
5. Сийвэн эмчилгээ нь харшлын болон арьсны загатнаат өвчний архаг явцтай үед, ямар ч насны өвчтөнд хэрэглэхэд тохиромжтой болох нь эмнэл зүйн ажиглалтаар нотлогдож

байна.

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

- Харшилт арьстас
- Харшилт нармайтас
- Ургамлын тоосны өвчнүүд
- Хүйтний, нарны, эмийн харшил
- Архаг чонон хөрвөс
- Арьсны загатнаат өвчнүүд

НОМ ЗҮЙ

1. А.Д.Адо Общая аллергология 1970
2. Ю.П.Бородин Лекарственная аллергия 1982 г.
3. В.И.Пыцкий, Н.В.Адрианова, А.В.Артомасова "Аллергические заболевания" 1999 г.
4. О.Лхамсүрэн Харшлын өвчнөөс хэрхэн сэргийлэх вэ?
5. Ц.Цэцэгмаа Харшил үүсэх шалтгаан нөхцөл, эмгэг жамын хүчин зүйл 1995
6. Н.Мөнхтүвшин Дархлалын үндэс ба эмгэг 1992
7. Б.Баярт Дархлаа судлал 1999 он

ЭПИЛЕПСИЙН ҮЕИЙН КОМПЬЮТЕРТ ТОМОГРАФИЙН ШИНЖИЛГЭЭНИЙ ҮЗҮҮЛЭЛТ

А.Товуудорж, Г.Цагаанхүү,
Н.Орёл

СУДАЛГААНЫ АЖЛЫН ҮНДЭСЛЭЛ

Эпилепситэй тэмцэх олон улсын нийгэмлэгийн хурлаар компьютерт томографийн (КТ) шинжилгээг эпилепсийн шалтгааныг тодорхойлох оношилгооны чухал аргын нэг болохыг тодорхойлсон (1, 6).

Эпилепсийн үед тархины эдийн бүтцийн гол өөрчлөлт нь тархины хатингарал бөгөөд үүнийг оношлох үр дүнтэй арга бол КТ юм (4, 5, 6, 11).

КТ-д тархины гадрын доорх зангилааны хатингарлын үед торлогын завсар, ховдлын өргөсөлт, бор цагаан бодисын хязгаар арилах, тархины ховилын нугалаас тодрох шинжүүд илэрнэ (10).

Харин гадрын хатингарал (захын) нь КТ-ийн шинжилгээгээр торлогын завсрын өргөсөлт, тархины гадрын нугалаас тодорох бөгөөд хатингарлын өөрчлөлт нь их тархийг хамраад зогсохгүй мөн бага тархийг хамардаг болохыг олон судлаач баталсан (9, 11).

Анагаах ухааны практикт эпилепситэй хүүхдийг КТ-иар шинжлэх болсноор эпилепсийн шалтгаан, эмгэг жам, тархины эмгэг бүтцийн хэлбэр, хэмжээ, нягтралыг тогтоох, эмчилгээний аргыг сонгох зэрэгт ихээхэн дэвшил гарсан (1, 2, 3, 8, 13, 14, 15).

Сүүлийн жилүүдэд гэмтлийн шалтгаант эпилепсийн оношилгоонд КТ-ийг хэрэглэх болсноор тархины эд, торлогийн доорх гэмтлийн өөрчлөлтүүдийг илрүүлэн, түүний оношилгоо эмчилгээний асуудал чанарын шинэ түвшинд гарсан. Эпилепсийн хэсэгчилсэн уналттай өвчтний 34%-д нь КТ-ийн шинжилгээнд эмгэг өөрчлөлт илэрдэг бөгөөд үүний 52% -д ховдлын тогтолцоо өр-

гөссөн, 29%-д тархины эдийн сорвижил, 19%-д тархины эдийн уйланхай, хатуурсан жижиг голомтууд, 26%-д ховдлын тогтолцоо тархмал байдлаар өргөссөн харин эпилепсийн хүчлэх-чичирхийлэх таталтын үед КТ-ийн шинжилгээгээр 55%-д нь ховдол өргөсөлт, хэсэгчилсэн сорвижлийн голомтууд илэрсэн бол шинж тэмдгийн уналтын үед КТ-ийн үзүүлэлтүүд нь хэвийнхээс ялгагдаагүй байна гэж үзжээ (3, 7).

СУДАЛГААНЫ ЗОРИЛГО

Эпилепсийн хүчлэх - чичирхийлэх таталт болон хэсэгчилсэн уналтын үе дэх КТ-ийн шинжилгээний үзүүлэлтийг судлахад оршино.

СУДАЛГААНЫ АРГА, МАТЕРИАЛ

КТ-ийн шинжилгээнд 8-56 насны 30 тохиолдол хамрагдсанаас эрэгтэй 17, эмэгтэй 13, дундаж нас 38 ± 6.5 байв. Судалгаанд эпилепсийн хэсэгчилсэн уналт (ХУ)-тай 14 (46.7%), хүчлэх-чичирхийлэх таталт (ХЧ)-тай 16 (53.3%) тохиолдол хамрагдав. Бид судалгааг Клиникийн нэгдсэн 2-р эмнэлгийн рентген-компьютер оношилгооны тасагт хийж гүйцэтгэв.

КТ-ийн шинжилгээнд В.М.Чермиссан, Г.Е.Труфанов (2001) нарын боловсруулсан хэмжилтийн аргыг ашиглав. КТ-ийн шинжилгээгээр тархины хатингарлын байдлыг тархины хажуу ховилын өргөн, ховдлын тогтолцооны өргөний хэмжилтийг ашиглан тогтоов. Эрүүл хүмүүст тархины их ховилын өргөн 2-4 мм-ээс хэтрэхгүй бол дунд зэргийн хатингарлын үед 6-9 мм, гүнзгий хатингарлын үед 9 мм-ээс илүү өргөн байна. Тархи, нугасны шингэний дамжуулах тогтолцоог дүгнэхдээ хажуугийн ховдлын индексийг ашиглав.

XX-ийн хөндлөн хэмжээ (см) $\times 100\%$

XX индекс = -----

Гавлын дотор ялтасны хамгийн хол зай (см)

Эрүүл хүмүүст хажуугийн ховдлын их биеийн индекс 8.5-13.5% байна.

СТАТИСТИК БОЛОВСРУУЛАЛТЫН АРГА

Судалгааны үр дүнг статистик боловсруулалтын SPSS-9.0

программаар боловсруулсан болно.

СУДАЛГААНЫ ҮР ДҮН

КТ-ийн шинжилгээгээр хүчлэх-чичирхийлэх таталтын үед хэвийн үзүүлэлттэй 10 (33.3%), ховдолын өргөсөлт 3 (10.0%), тархины эдийн хатингарал 3 (10.0%), ХҮ-ын үед хэвийн үзүүлэлттэй 6 (20.0%), ховдол өргөсөлт 6 (20%), тархины эдийн хатингарал 2 (6.6%) илэрсэн бөгөөд нийт тохиолдлын (33.3%, 20%) зонхилох хувь нь хэвийн үзүүлэлттэй харин тархины эдийн хатингарал (10.0%, 6.6%) цөөн ($P < 0.01$) илэрсэн (Хүснэгт 1).

Эпилепсийн уналт завсрын үеийн КТ-ийн шинжилгээний үзүүлэлт

Хүснэгт 1

N°	КТ-ийн үзүүлэлт	ХЧ		ХҮ	
		п	%	п	%
1	Хэвийн	10	33.3	6	20
2	Ховдол өргөссөн	3	10.0	6	20
3	Тархины эдийн хатингарал	3	10.0	2	6.6

Судалгаанд хамрагдсан тохиолдлуудын ховдлын тогтолцооны өөрчлөлтийг судалж үзвэл, хүчлэх-чичирхийлэх таталтын үед хажуугийн ховдлын урд эврийн өргөн 6.8 2.5 мм, III ховдлын өргөн 10.5 1.6 мм, IV ховдлын өргөн 17 1.2 мм, харин ХҮ-ын үед хажуугийн ховдлын урд эврийн өргөн 6.2 1.3 мм, III ховдлын өргөн 9.7 1.1 мм, IV ховдлын өргөн 15 2.3 мм болох нь статистикийн үнэн магадлалтайгаар тогтоогдсон бөгөөд эпилепсийн хүчлэх-чичирхийлэх таталт болон хэсэгчилсэн уналтын хоорондын шинжилгээний үзүүлэлт нь статистикийн үнэн магадлалтай ялгаа болж харагдахгүй байна (Хүснэгт 2).

КТ-ийн шинжилгээний үеийн тархины ховдлын тогтолцооны үзүүлэлт

Хүснэгт 2

№	Ховдлын өргөн	ХЧ	ХҮ
		$M \pm m$ /мм/	$M \pm m$ /мм/
1	Хажуугийн ховдлын урд эвэр	6.8 ± 2.5	6.2 ± 1.3
2	III. Ховдол	10.5 ± 1.6	9.7 ± 1.1
3	IV. Ховдол	17 ± 1.2	15 ± 2.3

Судалгаанд хамрагдсан хүчлэх-чичирхийлэх таталттай тохиолдлын тархины хажуу ховилын хэвийн өргөн 3.5 2.6 мм, хажуу ховилын илэрхий өргөн 8.4 1.8, гүнзгий өргөссөн 10.2 2.4мм, харин ХҮ-тай тохиолдолд хажуу ховилын хэвийн өргөн 3.6 1.9, илэрхий өргөн 7.8 1.6, гүнзгий өргөн 9.0 1.7 мм байв.

КТ-ийн шинжилгээгээр тархины хатингаралттай болох нь тогтоогдсон 5 (16.7%) тохиолдолд ховилын өргөн гүнзгий өөрчлөлттэй ($P < 0.01$) байв (Хүснэгт 3).

КТ-ийн шинжилгээний үе дэх тархины хатингарлын үзүүлэлт

Хүснэгт 3

№	Тархины их ховилын өөрчлөлт	n	%	ХЧ	ХҮ
				$M \pm m$ /мм/	$M \pm m$ /мм/
1	Хэвийн	16	53.3	3.5 ± 2.6	3.6 ± 1.9
2	Илэрхий	9	30.0	8.4 ± 1.8	7.8 ± 1.6
3	Гүнзгий	5	16.7	10.2 ± 2.4	9.0 ± 1.7

СУДАЛГААНЫ ҮР ДҮНГИЙН ХЭЛЦЭМЖ

Бидний судалгаагаар эпилепсийн хүчлэх-чичирхийлэх таталтын үед КТ-ийн шинжилгээнд хэвийн үзүүлэлттэй 10 (33.3%), ховдол өргөссөн 3 (10.0%), тархины эдийн хатингарал 3 (10.0%), хэсэгчилсэн уналтын үед хэвийн үзүүлэлттэй 6 (20.0%), ховдол өргөссөн 6 (20%), тархины эдийн хатингарал 2 (6.6%) илэрсэн бөгөөд нийт тохиолдлын зонхилох хувь нь хэвийн үзүүлэлттэй байв.

КТ-ийн шинжилгээгээр эпилепсийн хүчлэх-чичирхийлэх таталтын үед тархины эдийн хатингарал 3 (10.0%) харин ХУ-тай тохиолдолд тархины эдийн хатингарал 2 (6.6%) илэрсэн бөгөөд дээрх тохиолдолд хажуу ховилын өргөн (хүчлэх-чичирхийлэх таталтын үед 10.2 2.4мм, хэсэгчилсэн уналтын үед 9.0 1.7мм) гүнзгий өөрчлөлттэй байгаа нь В.Н.Корниенко (1981), М.Ито, Т.Тасао, Т.Окунэ (1983), Н.Гастаут, Ж.Гастаут (1977) нарынхаар эпилепсийн нейрорадиологийн шинжилгээний үед тархинд гардаг хамгийн гол өөрчлөлт нь тархины хатингарал, Д.Харвуд - Нэш, С.Р.Фитц (1976) нарынхаар тархины тал бөмбөлгийн хатингарал нь КТ-д тал бөмбөлгийн ассиметри, соривжил, хатингарлын өөрчлөлт тархины эдийн нягт ихэссэн, багассан, хажуугийн ховдлын өргөсөлт, хэлбэр, хэмжээний өөрчлөлтөөр илэрнэ, Т.А.Апинис, В.К.Пайтс (1984) А.Бianchi, F. Signorini, A. Teizzi (1985) нарын КТ-ийн шинжилгээ нь тархины хатуу хальс, торлогийн доорх зай, тархины эд, ховдлын тогтолцооны талаар өндөр мэдээллийг өгдөг ач холбогдолтой зэрэг үзүүлэлт, үр дүнтэй тохирч байна.

Бидний судалгаагаар хэсэгчилсэн уналтын үед ховдлын өргөсөлт 6 (20%) тохиолдол, хүчлэх-чичирхийлэх таталтын үед 3 (10%) тохиолдол илэрсэн бөгөөд ховдлын тогтолцооны өөрчлөлтийг судалж үзвэл, хүчлэх-чичирхийлэх таталтын үед хажуугийн ховдлын урд эврийн өргөн 6.8 2.5 мм, III ховдлын өргөн 10.5 1.6 мм, IV ховдлын өргөн 17 1.2 мм, харин хэсэгчилсэн уналтын үед хажуугийн ховдлын урд эврийн өргөн 6.2 1.3 мм, III ховдлын өргөн 9.7 1.1 мм, IV ховдлын өргөн 15 2.3 мм хэмжээтэй тогтоогдсон нь А.Бianchi, F. Signorini, A. Teizzi (1985) нарынхаар эпилепсийн хэсэгчилсэн уналттай өвчтний 34%-д нь КТ-ийн шинжилгээнд эмгэг өөрчлөлт илэрэх бөгөөд үүний 52% -д ховдлын тогтолцоо өргөссөн, 29%-д тархины эдийн соривжил, 19%-д тар-

хины эдийн уйланхай, хатуурсан жижиг голомтууд, 26%-д ховдлын тогтолцоо тархмал байдлаар өргөссөн, хүчлэх-чичирхийлэх таталтын үед КТ-ийн шинжилгээгээр 55%-д нь ховдол өргөссөн, хэсэгчилсэн соривжлийн голомтууд байна гэсэн судалгааны үзүүлэлттэй дүйж байгаа хэдий ч бидний судалгаанд ховдлын тогтолцооны өөрчлөлт харьцангуй цөөн тохиолдож байна.

M.Daras, A.Tuchman, R.Strobos (1987) нарынхаар АНУ-д эпилепситэй 155 тохиолдолд КТ-ийн шинжилгээ хийхэд 37%-д нь тархины эмгэг илрээгүй, үлдсэн (63%) хувьд нь эмгэг өөрчлөлт илэрсэн бол бидний судалгаанд эпилепсийн хүчлэх-чичирхийлэх таталтын үед КТ-ийн хэвийн үзүүлэлттэй 10 (33.3), хэсэгчилсэн уналтын үед хэвийн үзүүлэлттэй 6 (20%) байгаа нь ойролцоо байна.

Бидний судалгаагаар эпилепсийн хэсэгчилсэн уналтын үед КТ-ийн шинжилгээ илүү үр дүнтэй байгаа нь судлаач нарын дүгнэлттэй тохирч байлаа.

ДҮГНЭЛТ

1. КТ-ийн шинжилгээгээр хүчлэх-чичирхийлэх таталтын үед хажуугийн ховдлын урд эврийн өргөн 6.8 2.5 мм, III ховдлын өргөн 10.5 1.6 мм, IV ховдлын өргөн 17 1.2 мм, харин ХУ-ын үед хажуугийн ховдлын урд эврийн өргөн 6.2 1.3 мм, III ховдлын өргөн 9.7 1.1 мм, IV ховдлын өргөн 15 2.3 мм болох нь тогтоогдов.
2. КТ-ийн шинжилгээгээр хүчлэх-чичирхийлэх таталттай тохиолдолд тархины хажуу ховилын хэвийн өргөн 3.5 2.6 мм, хажуу ховилын илэрхий өргөн 8.4 1.8, гүнзгий өргөссөн 10.2 2.4мм, харин ХУ-тай тохиолдолд хажуу ховилын хэвийн өргөн 3.6 1.9, илэрхий өргөн 7.8 1.6, гүнзгий өргөн 9.0 1.7 мм байв.

НОМ ЗҮЙ

1. Алексеев М.Н и др. Современные материалы исследования и лечения больных с эпилепсией. Л: Медицина 1989.
2. Алексеева М.С., Завьялов И.М., Сивцов А.Н. и др. Журн невропатол и психиатр 1984; 3: 21-27.
3. Апинис Т.А., Райтс В.К., // Актуальные вопросы неврологии и нейрохирургий.- Таллин, 1984.- Т.1.- С. 14-15.

4. Корниенко В.Н. Функциональная церебральная ангиография. Л 1981; 216.
5. Корниенко В.Н., Озерова В.И. Детская нейрорентгенология. М 1993; 446.
6. Aicardi J: Epilepsy in children international review of child neurology series. New York. Renn Press, 1986
7. Bianchi A., Signorini F., Teizzi A. // Electroenceph. Clin. Neurophysiol.- 1985.-Vol. 60, N 4.-P.92 P.
8. Daras M., Tuchman A., Strobos R.// Epilepsia.-1987.- Vol. 25, N 5.- P.519-522.
9. Flodmark O. CT and MR imaging of the neonatal central nervous system. In
10. Fukuyama Y. et al. Dev Med Child Neurol 1979; 21 : 425- 432.
11. Gastaut H., Gastaut J. Computerezed axial tomography in epilepsy. 6-th International Symposium (ed.Penry J.K.). Raven Press New York1977; 5-15.
12. Harwood - Nash D., Fitz C.R.Neuroradiology in infants and children. St. Luis 1976: Mosby.
13. Ito M., Tacao T., Okuno T. et al. Dev. Med. Child Neurol 1983; 25: 475-480.
14. Ludwig B. Brain Dev 1987; 9: 358-360.
15. Young A.C. Lancet 1982; 11: 1446-1447.

THE COMPUTERIZED TOMOGRAPHIC CHARACTERISTIC OF THE EPILEPSY

A.Tovuudorj, G.Tsagaankhuu, N.Oriol

1. By computerized tomographic (CT) investigation in the study during tonic-clonic seizure width of anterior horn of lateral ventricular was 6.8 2.5 mm, width of the third ventricular was 10.5 1.6 mm, width of the fourth ventricular was 17 1.2 mm, but during partial seizure anterior horn of lateral ventricular was 6.2 1.3 mm, width of the third ventricular was 9.7 1.1 mm, width of the fourth ventricular was 15 2.3 mm.

2. By CT investigation index of cerebral atrophy was defined by the width of lateral channel and 30 cases were involed. Normal width of lateral channel of tonic-clonic seizure case in the study was 3.5 2.6 mm, ivident width of lateral channel 8.4 1.8, deeply dilated 10.2 2.4mm, but in the case of partial seizure normal width of lateral channel 3.6 1.9, evident width 7.8 1.6, deep width was 9.0 1.7 mm.

АРХАГ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ, ТҮҮНИЙ ХҮНДРЭЛ БӨӨРНИЙ АРХАГ ДУТАГДЛЫН ҮЕИЙН ГЕМОСТАЗЫН ТОГТОЛЦООНЫ ҮЗҮҮЛЭЛТҮҮД

*Г.Наран - Лабораторийн
тасгийн эрхлэгч, дэд док.*

Тус орон төвлөрсөн төлөвлөгөөт эдийн засгийн тогтолцооноос зах зээлийн эдийн засагт шилжиж байгаа өнөө үед хүн амын эрүүл мэндийн асуудал урьдын адил төрийн бодлогын чухал зорилт хэвээр байна. Энэхүү зорилтыг амжилттай хэрэгжүүлэх явдал нийт хүн амыг аливаа өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх, нэгэнт өвчилсөн тохиолдолд өвчнийг аль болох эрт илрүүлэн оношлох, эмчлэхэд орчин үеийн шилдэг шинэ арга, техникийг цаг алдалгүй нэвтрүүлэх явдал чухал ач холбогдолтой юм.

Сүүлийн жилүүдэд гадаад орнуудын олон судлаач, эрдэмтэн дотрын зарим өвчний эмгэг жамыг өвчтний судсан доторхи түгмэл цус бүлэгнэлттэй холбон тайлбарлах болжээ. В.П.Балуда (1979), И.Н.Бокарев, Б.М.Щепотин (1989) нар ямарваа нэгэн өвчнөөр өвчлөх үед уг өвчний үе шат бүрд гемастазын тогтолцооны байдал харилцан адилгүй байхын зэрэгцээ түүний явцад эмгэг жамын дагуу судсан дотор фибрин үүсэж бий болдог бөгөөд энэ үед бүлэгнэлтийн эмчилгээг хэрэглэхэд эерэг үр дүн өгдгийг илрүүлжээ.

Ц.Цэцэгмаа, Х.Гэлэгжамц (1995) нарын судалснаар 10,000 хүн тутмаас 6 нь гломерулонефритээр өвчилж, бөөрний архаг дутагдалд хүргэх шалтгааны 40%-ийг уг өвчин эзэлж байв.

Архаг гломерулонефритийн үед цусны гемостазын тогтолцооны байдлыг А.Я.Ярошевский (1976), В.А.Варшавский (1980), И.В.Савицкая (1989), Rosemary Bigs (1976), Giuseppe Remuzzi (1989) нар, харин уул өвчний хүндрэл болох бөөрний архаг дутагдлын үеийн гемостазын тогтолцооны онцлогийг И.В.Потапов (1978), М.С.Игнатова (1986), W.Robert (1980), J.William (1983), С.Клара (1987) зэрэг олон судлаачид судлан тодруулжээ.

Олон эрдэмтэн (Г.В.Андреев, Л.П.Полянцева, Т.А.Смирнова 1976; P.Kincaid-Smith 1975; I.Eisei, U.Hiroshi, E.Munetomo 1984) архаг гломерулонефритийн нефроз хэлбэрийн үед бөөрний түүдгэнцрийн хялгасан судсанд фибрин үүсдгийг цусны бүлэгнэлт идэвхжсэнтэй холбоотой хэмээн дүгнэжээ.

Харин манай орны нөхцөлд архаг гломерулонефрит, түүний хүндрэл болох бөөрний архаг дутагдлын үед гемостазын тогтолцооны байдлыг судалсан ажил огт хийгдээгүй байгааг харгалзан өөрийн орны нөхцөлд архаг гломерулонефритийн үед болон түүний хүндрэл бөөрний архаг дутагдлын үед өвчтний гемостазын тогтолцооны үзүүлэлтүүдийг эрүүл хүнийхтэй харьцуулан судлах, гарсан үр дүнг зохих эмчилгээний аргуудтай холбож дүгнэлт өгөх зорилго тавьж, уг зорилгоо хэрэгжүүлэхийн тулд дараахь зорилт дэвшүүлэн ажилласан. Үүнд:

1. Архаг гломерулонефрит, түүний хүндрэл - бөөрний архаг дутагдалтай өвчтний эмнэл зүйн ерөнхий байдал, цус, шээсний зарим үзүүлэлтүүдийг тодорхойлох
2. Эрүүл хүний гемостазын тогтолцооны зарим үзүүлэлтүүдийг стандарт аргуудыг ашиглан тодорхойлж, хяналтын хэмжээг тогтоох
3. Архаг гломерулонефритийн үе дэх өвчтний гемостазын тогтолцоог судлах
4. Архаг гломерулонефрит, түүний хүндрэл бөөрний архаг дутагдалтай өвчтний гемостазын зарим үзүүлэлтийг тодорхойлох
5. Архаг гломерулонефритийн үед хийгддэг цус бүлэгнэлтийн эсрэг эмчилгээний үр дүнг гаргах
6. Бөөрний архаг дутагдлын гемодиализ эмчилгээний явц дахь гемостазын тогтолцооны байдлыг тодруулах зэрэг болно.

ОНОЛЫН ШИНЭЛЭГ ТАЛ

Өөрийн орны анагаах ухааны практикт архаг гломерулонефритийн нефроз, холимог, далд хэлбэрүүд, түүний хүндрэл бөөрний архаг дутагдлын үе шатуудад өвчтний гемостазын тогтолцооны байдлыг стандарт, сонгомол аргуудыг хэрэглэн анх удаа судалж уул эмгэгийн явцад гемостазын тогтолцооны байдал өөрчлөгддөгийг тогтоов.

Эрүүл монгол хүний гемостазын тогтолцооны зарим үзүүлэлтийн хэвийн хэмжээг тодорхойлов.

Гемостазын тогтолцооны байдлыг судлахад зориулан туршиж хэрэглэсэн бүрдэл 7 аргачлалыг манай орны эмнэлгийн практикт нэвтрүүлэх боломжтойг онол, практикийн талаас баталж өгсөн.

АЖЛЫН ПРАКТИК ӨГӨӨЖ

Клиникийн практикт архаг гломерулонефритийн үед гемостазын үзүүлэлтүүдийг тодорхойлох явдал түүний хэлбэрүүдийг ялган оношлох болон эмчилгээг зөв сонгоход тусална.

Архаг гломерулонефритийн үед бүлэгнэлтийн эсрэг эмчилгээг гемостазын шинжилгээний үндсэн дээр хийх нь зүйтэйг нотолсон.

Бөөрний архаг дутагдлын үед диализ эмчилгээ хийх үед гемостазын шинжилгээг хийж хүндрэлээс сэргийлнэ.

БҮТЭЭЛИЙН БҮТЭЦ ХЭМЖЭЭ

Эрдэм шинжилгээ - практикийн шинжтэй энэхүү ажлыг батлагдсан аргачлалын дагуу Улсын Клиникийн Төв Эмнэлгийн лабораторид гүйцэтгэн туршлага, судалгааны дүнд хуримтлуулсан материалыг нарийвчлан боловсруулж, гарсан үр дүнг өөрийн орны болон гадаадын судлаачдын ажлын дүнтэй харьцуулан 125 хуудсанд бичив.

Уул бүтээл нь оршил, хэвлэлийн тойм, өөрийн шинжилгээ, түүний үр дүнг шүүн тунгаасан нь, дүгнэлт, эмнэлгийн байгууллагад өгөх зөвлөмж, ашигласан хэвлэлийн жагсаалт, судалгаанд хэрэглэсэн нэр томъёо, хавсралт зэргээс бүрдэж байна.

Бүтээлийг бичихэд төрөлх болон гадаад хэл дээр гарсан 185 эх зохиол, эрдэм шинжилгээний бүтээлийг уншиж ашигласан.

СУДАЛГААНЫ МАТЕРИАЛ, АРГАЧЛАЛ

Архаг гломерулонефрит, түүний хүндрэл бөөрний архаг дутагдлын үеийн гемостазын тогтолцооны байдлыг судлахдаа УКТЭ-ийн бөөр судлал - гемодиализын тасагт хэвтэж эмчлүүлсэн нийт 96 өвчтөнд батлагдсан арга зүйд орсон бүх шинжилгээг хийсэн. Дээрх шинжилгээг УКТЭ - ийн онош зүйн лабораторид

явуулав.

Гемостазын тогтолцооны байдлыг тодорхойлох шинжилгээг хийхдээ хяналтын бүлгийн болон өвчтний цусыг авч тромбоцитын тоо (В.С.Ронин 1983), тромбоцитын агрегаци (Л.З.Баркаган 1986), идэвхжүүлсэн дахин кальцжих хугацаа (У.Бергерхоф, Л.Рок 1984), идэвхжүүлсэн тромбопластины хугацаа (Г.Проктор 1984), протромбины индекс (А.Квик 1935), фибриноген (Р.А.Рутберг 1961), этанолын сорил (Х.Годад 1971), эуглобулины сорил (Е.Ковальский 1974), ретракци, фибринолизын идэвх (Е.П.Иванов 1983), гематокрит (И.Тодоров) зэргийг тодорхойлов.

СУДАЛГААНЫ ҮР ДҮН

1. Хяналтын бүлгийн гемостазын тогтолцооны үзүүлэлтүүд

Хяналтын бүлэгт 20-29, 30-39, 40-49, 50-59 гэсэн насны ангиллаар нийт 24 эрэгтэй, 36 эмэгтэй эрүүл хүнийг сонгон авч гемостазын үзүүлэлтүүдийг тодорхойлов.

Хяналтын бүлгийн эрүүл хүний гемостазын тогтолцооны үзүүлэлт

1-р хүснэгт

N°	Шинжилгээний нэр	$M \pm m$	± 8
1	Сийвэнгийн тромбоцит / $10^9/l$ /	$372,0 \pm 11,8$	90
2	Тромбоцитын агрегаци /сек/	$15,0 \pm 0,33$	2,3
3	Идэвхжүүлсэн дахин кальцжих хугацаа	$50,01,17$	8,92
4	Идэвхжүүлсэн тромбопластины хугацаа /сек/	$36,0 \pm 1,23$	9,37
5	Протромбины индекс /%/	$95,5 \pm 0,88$	3,8
6	Фибриноген /г/л/	$3,2 \pm 0,13$	1,04
7	Ретракци /%/	$36,0 \pm 1,82$	8,55
8	Фибринолиз /%/	$15,0 \pm 0,82$	6,3
9	Эуглобулины сорил /мин/	$172,0 \pm 6,69$	48,17
10	Этанолын сорил -/	-/	

2. Архаг гломерулонефритийн үеийн гемостазын тогтолцооны үзүүлэлтүүд

Бид энэхүү судалгааны ажлаар архаг гломерулонефрит оноштой 36 өвчтөнд гемостазын шинжилгээг хийж, үзүүлэлт тус бүрийн дунжийг гаргав.

Архаг гломерулонефритийн нефроз хэлбэрийн үед сийвэнгийн тромбоцит $300 \pm 109/\text{л}$; холимог хэлбэрт $301 \pm 109/\text{л}$; далд хэлбэрт $327 \pm 109/\text{л}$ болж эрүүл хүнийхтэй харьцуулахад буурсан байна.

Тромбоцитын агрегаци архаг гломерулонефритийн нефроз хэлбэрийн үед 11 ± 0.82 ; холимог хэлбэрт 12 ± 0.3 ; далд хэлбэрт 13 ± 0.36 секунд болж эрүүл хүний зохих үзүүлэлттэй харьцуулахад тус бүртээ 26.67; 20.0; 13.34 хувь тус тус идэвхжсэн байна.

Сийвэнгийн идэвхжүүлсэн дахин кальцжих хугацаа нефроз хэлбэрийн үед 41 ± 2.0 ; холимог хэлбэрт 47 ± 1.86 ; далд хэлбэрт 39 ± 2 секунд болж эрүүл хүнийхтэй жишихэд тус бүр 18; 6 ба 22 хувь тус бүр богиноссон байна.

Идэвхжүүлсэн тромбопластины хугацаа архаг гломерулонефритийн нефроз хэлбэрийн үед 26 ± 1.3 ; холимог хэлбэрт 30 ± 1.24 ; далд хэлбэрт 37 ± 1.41 ; секунд болж эрүүл хүнийхтэй жишихэд 27.78; 16.67%-иар богиносч далд хэлбэрийн үед 2.78%-иар уртасчээ.

Протромбины индекс архаг гломерулонефритийн нефроз хэлбэрийн үед 108 ± 1.2 ; холимог хэлбэрт 106 ± 0.87 хувь болж эрүүл хүнийхээс өндөржсөн бол далд хэлбэрт онцын өөрчлөлт илэрсэнгүй.

Фибриногены хэмжээ архаг гломерулонефритийн нефроз хэлбэрийн үед 11 ± 0.5 ; холимог хэлбэрт 7.3 ± 0.46 ; далд хэлбэрт 6.8 ± 0.37 болж эрүүл хүнийхээс тус тус 3.5; 2.28; 2.12 дахин ихэссэн байна.

Тромбоцитын агчилт архаг гломерулонефритийн дээрх гурван хэлбэрийн үед өөрчлөгддөггүй нь илрэв.

Фибрин хайлуулах идэвх нефроз хэлбэрийн үед 5 дахин, холимог хэлбэрт 3.75 ба далд хэлбэрт 1.87 дахин тус тус буурсан байна.

Эуглобулины сорилоор фибрин хайлах хугацаа эрүүл хү-

нийхтэй жишихэд архаг гломерулонефритийн нефроз хэлбэрийн үед 7.5; холимог хэлбэрт 23.25; далд хэлбэрт 29.1 хувиар тус тус уртасдаг байна.

Этанолын сорил архаг гломерулонефритийн нефроз хэлбэрийн үед 38.8; холимог хэлбэрт 20.0; далд хэлбэрт 14.2 хувийн тохиолдолд тус тус эерэг дүн гарсан.

3. Бөөрний архаг дутагдлын үеийн гемостазын тогтолцооны үзүүлэлтүүд

Бөөрний архаг дутагдалтай 60 өвчтнийг судалгаандаа хамруулан, цусны гемостазын тогтолцооны байдлыг судалсан дүнгээс үзэхэд архаг гломерулонефритийн хүндрэл бөөрний архаг дутагдлын нэгдүгээр үед сийвэнгийн тромбоцит $203.4109/л$; хоёрдугаар үед $157.4109/л$ байгаа нь тус бүр эрүүл хүнийхээс 45.53 ба 57.8 хувь; нефроз хэлбэрийн архаг гломерулонефриттэй харьцуулахад 32.33 ба 47.67 хувь буурсан байна.

Бөөрний архаг дутагдлын нэгдүгээр үед тромбоцитын агрегаци, 23 ± 1.51 сек, хоёрдугаар үед 30 ± 4.23 байгаа нь эрүүл хүний зохих үзүүлэлтээс 1.53 ба 2 дахин, нефроз хэлбэрийн архаг гломерулонефриттэй харьцуулахад 2.3 ба 3 дахин уртассан байна.

Сийвэнгийн идэвхжүүлсэн дахин кальцжих хугацаа бөөрний архаг дутагдлын нэгдүгээр үед 51.0 ± 1.54 , хоёрдугаар үед 54.0 ± 2.0 байгаа нь эрүүл хүнийхтэй жишихэд 2.0 ба 8.0%; нефроз хэлбэрийн архаг гломерулонефритийн үзүүлэлттэй харьцуулахад 20.4 болон 25.5% уртассан байна.

Сийвэнгийн идэвхжүүлсэн тромбопластины хугацаа бөөрний архаг дутагдлын нэг болон хоёрдугаар үед 34.0 ± 1.20 сек байгаа нь эрүүл хүний ижил үзүүлэлттэй жишихэд тус бүр 5.6% богиноссон, нефроз хэлбэрийн архаг гломерулонефритийн үзүүлэлттэй харьцуулахад 19.5% уртасчээ.

Протромбины индекс архаг гломерулонефритийн хүндрэл бөөрний архаг дутагдлын I үед $100 \pm 2.25\%$, II үед $101 \pm 2.25\%$, байгаа нь эрүүл хүний үзүүлэлттэй харьцуулахад 7.0 ба 8.0% өндөржсөн байна.

Фибриногены хэмжээ бөөрний архаг дутагдлын I үед 4.8 ± 0.16 г/л, II үед 4.7 ± 0.44 г/л болсон нь эрүүл хүнийхтэй жишихэд тус бүр 1.5 ба 1.4 дахин нэмэгдсэн байна.

Тромбоцитын агчилт бөөрний архаг дутагдлын I үед $20.0 \pm 1.69\%$, II үед $16.0 \pm 1.79\%$ болсон нь эрүүл хүний зохих үзүүлэлттэй харьцуулахад 44.4 ба 55.5 дахин тус тус буурсан байна.

Фибрин хайлуулах идэвх бөөрний архаг дутагдлын I үед $5 \pm 0.64\%$, II үед $2.20 \pm 0.34\%$, байсан нь эрүүл хүнийхтэй харьцуулахад 3.0 ба 6.8 дахин буурсан.

Эуглобулины сорил бөөрний архаг дутагдлын I үед 129 ± 18.2 минут, II үед 358 ± 22 байгаа нь эрүүл хүнийхээс тус бүр 1.27; 2.08 дахин; архаг гломерулонефритийн нефроз хэлбэрийн мөн адил үзүүлэлттэй харьцуулахад 1.2 ба 1.9 дахин уртассан байна.

Этанолын сорил бөөрний архаг дутагдлын I үед 17%, II үед 12.5%-ийн тохиолдолд тус тус эерэг үр дүн гарсан.

4. Архаг гломерулонефритийн бүлэгнэлтийн эсрэг эмчилгээний үеийн гемостазын тогтолцооны үзүүлэлтүүд

Архаг гломерулонефритийн бүлэгнэлтийн эсрэг эмчилгээг эхлэхийн өмнө гемостазын тогтолцооны зарим үзүүлэлтийг урьдчилан шинжилсэн.

Дараа нь 10 өвчтөнд гепариныг 5,000 нэгжээр 12 цаг тутамд арьсан дор тарьж, эмчилгээг 14 хоног үргэлжлүүлсний эцэст гемостазын тогтолцооны зарим үзүүлэлтийг шинжилсэн юм.

Архаг гломерулонефритийн бүлэгнэлтийн эсрэг эмчилгээний дүн

2-р хүснэгт

№	Үзүүлэлтүүд	Гепаринаар эмчлэхийн өмнө	Гепаринаар эмчилсний дараа
1	Тромбоцит	$352,0 \pm 28,0$	$286,0 \pm 34,0$
2	Тромбоцитын агрегаци	$12,0 \pm 1,2$	$16,0 \pm 1,5$
3	Идэвхжүүлсэн тромбопластины хугацаа	$28,0 \pm 2,1$	$39,0 \pm 3,3$
4	Идэвхжүүлсэн дахин кальцжих хугацаа	$50,0 \pm 1,1$	$53, \pm 3,0$
5	Протромбины индекс	$95,0 \pm 0,9$	$91 \pm 2,5$
6	Фибриноген	$8,75 \pm 1,1$	$5,5 \pm 0,6$
7	Этанолын сорил	/+/ 80%	/-/

Энэхүү 2-р хүснэгтийн тооноос харахад архаг гломерулонефритийн үед гепарин эмчилгээний дүнд гемостазын тогтолцооны байдалд шинжилгээгээр эерэг өөрчлөлт гарсан байна.

5. Архаг гломерулонефритийн хүндрэл бөөрний архаг дутагдлын гемодиализ эмчилгээний үеийн гемостазын тогтолцооны үзүүлэлтүүд

Энэ ажлаар архаг гломерулонефритээс шалтгаалсан бөөрний архаг дутагдалтай 10 өвчтний гемостазын тогтолцооны зарим үзүүлэлтийг гемодиализын өмнө ба 10 болон 20 дахь удаагийн гемодиализ эмчилгээний дараа тус тус шинжилсэн (3-р хүснэгт/.

Гемодиализ эмчилгээний үеийн гемостазын тогтолцооны үзүүлэлтүүд

3-р хүснэгт

№	Үзүүлэлтүүд	Гемодиализын өмнө	Гемодиализ 10-ын дараа	Гемодиализ 20-ын дараа
1	Тромбоцит	157,0±16	154,0±16	141,0±14
2	Тромбоцитын агрегаци	30, 0±4,2	18, 0±3,9	20, 0±4, 1
3	Идэвхжүүлсэн тромбопластины хугацаа	34,0±1,2	29,0±1,4	29,0±1,4
4	Идэвхжүүлсэн дахин кальцжих хугацаа	54, ±2	43, ±3	41±2,2
5	Протромбины индекс	101,0 ±2,5	105,0 ±3	104,0 ±4
6	Фибриноген	4,7±0,4	3,4±0,3	3,25±0,53
7	Фибринолиз	2,2±0,34	1,8±0,4	2,2±0,5

Хүснэгтээс үзэхэд бөөрний архаг дутагдлын үед гемодиализ эмчилгээний явцад тромбоцит цөөрөх, түүний агрегаци, цусны бүлэгнэлт идэвхжих зэрэг зарим өөрчлөлт гардаг нь тодорхой байна.

6. Өөрийн шинжилгээний ажлын дүнг шүүн тунгаасан нь

Эрүүл хүний гемостазын тогтолцооны үзүүлэлтүүдийг судлахын зэрэгцээ архаг гломерулонефритийн 3 хэлбэр, түүний хүнд-

рэл бөөрний архаг дутагдлын I ба II үед өвчтний гемостазын тогтолцоонд гардаг өөрчлөлтүүд, түүний мөн чанарыг тайлбарлахад анхаарав

Судалгааны дүнгээс үзэхэд, архаг гломерулонефритийн нефроз болон холимог хэлбэрийн үед тромбоцитын тоо цөөрч, түүний бөөгнөрөх идэвх, цусны бүлэгнэлт идэвхжин фибрин хайлуулах тогтолцооны идэвх буурсан байна. Архаг гломерулонефритийн эмгэг жамтай уялдан эсрэг төрөгч, дархлалын бүрдлийн нөлөөгөөр XII хүчин зүйл идэвхжихийн зэрэгцээ дээрх дархлалын бүрдэл, эсрэг төрөгч бөөрний түүдгэнцэрийн хялгасан судсыг гэмтээж улмаар ил гарсан коллаген ширхэг тромбоцитын бөөгнөрлийг сөдөөж, XII хүчин зүйлийг идэвхжүүлэн дотоод замаар цус бүлэгнэлт идэвхждэгийг сийвэнгийн дахин кальцжих хугацаа болон идэвхжүүлсэн тромбопластины хугацаа богиноссон бодит баримт илэрхийлж байна. Нөгөө талаар протромбины индекс ихэссэн нь түүдгэнцэрийн хялгасан судасны эндотелийн эсүүд гэмтэхэд ялгаран гарсан эдийн тромбопластины нөлөөгөөр цусны бүлэгнэлт гадаад замаар идэвхжин фибрин үүссэний шинж юм.

Цусны бүлэгнэлт идэвхжсэнийг илэрхийлэх нэгэн үзүүлэлт бол этанолын сорил эерэг дүн гарсан явдал юм.

Архаг гломерулонефритийн үед фибрин хайлуулах идэвх ерөнхийдөө буурсныг фибринолиз буурч, зуглобулины сорил уртассан үзүүлэлт нотолж байна. Дээрх өөрчлөлтүүд нь түгмэл цус бүлэгнэлт уг өвчний сэдрэлттэй холбоотой дахих хэлбэрээр явагддагийг илэрхийлсэн шинж хэмээн үзлээ. Харин фибрин хайлуулах идэвх буурсан нь бөөрөнд үүсдэг идэвхжүүлэгч багасантай холбоотой бөгөөд энэ нь бөөр сорвижих улмаар бөөрний архаг дутагдалд орох нэг нөхцөл болж өгдөг гэж үзэх үндэстэй байна.

Архаг гломерулонефритийн нефроз хэлбэрийн үед гепариныг хэрэглэж гломерулонефритийн эмгэг жамын дагуу хийгдэх зүйсний эмчилгээний нэг хэмээн үздэг судлаачдын дүгнэлтийг дахар нотолж өглөө.

Бөөрний архаг дутагдлын үед хийгдэх гемодиализ эмчилгээний явцад түгмэл цус бүлэгнэлт архаг хэлбэрээр явагддаг байж болох юм. Учир нь гемодиализ эмчилгээний тоо нэмэгдэх тутам тромбоцит цөөрч түүний агрегаци цусны бүлэгнэлт идэвхжин

фибриногены хэмжээ буурсан. Харин фибрин хайлуулах идэвхид онцын өөрчлөлт илэрсэнгүй.

ДҮГНЭЛТ

Архаг гломерулонефрит, түүний хүндрэл бөөрний архаг дутагдлын үеийн гемостазын тогтолцооны байдлыг түүний гол гол үзүүлэлтүүдээр судалсны үндсэн дээр:

1. Архаг гломерулонефритийн нефроз, холимог хэлбэрийн үед цус түгмэл бүлэгнэх хам шинж илэрдэг
2. Бөөрний архаг дутагдлын үед гемостазын тогтолцооны байдалд гарах өөрчлөлт архаг гломерулонефритийн үеийнхээс улам гүнзгийрдэг.
3. Архаг гломерулонефритийн үед гемостазын тогтолцооны байдлыг шинжилсний үндсэн дээр бүлэгнэлтийн эсрэг эмчилгээг хэрэглэх нь эмгэг жамын өөрчлөлтөнд тулгуурласан арга гэх зэрэг 7 дүгнэлт гаргасан болно.

НОМ ЗҮЙ

1. Андреев Г.В., Полянцева Л.Р. Состояние фибринолитической активности у больных с нефротическим синдромом. Тер. архив, 1976, № 2, стр. 89-100.
2. Бокарев И.Н., Щепотин Б.М. Внутрисосудистое свёртывание крови. Киев, 1989.
3. Заславская Р.М. Суточные ритмы свёртывающей системы крови в норме и патологии и проблемы терапии. Москва, 1994
4. Клара С., Масери С.Г. Почка и гемостаз крови в норме и патологии. Москва, 1987.
5. Неймарк М.И. Динамика ДВС-синдрома у больных ХПН в процессе гемодиализа. Клинич. медицина 1986 № 6. стр 116
6. Савицкая И.В. Коагуляционная и фибринолитическая система крови в оценке активности гломерулонефрита. Клинич. медицина. 1989, № 6. стр. 65-68.
7. Сятковский В.А., Пилович В.С. Патогенетические особенности гемостатических нарушений при ХПН. Тер. архив, 1990/12, стр 59.
8. Ферстрате М., Фермилен Ж. Тромбозы. 1986.
9. Giuseppe Remuzzi. Haemostasis and the kidney. 1989.
10. Giuseppe Remuzzi. Haemostasis, prostoglandins and renal disease.

1980.

11. Jones N.F. Renal disease. 1979.

12. William J William. Haematology. 1983.

CONDITION OF BLOOD HEMOSTASIS SYSTEM IN THE PATIENTS WITH CHRONIC GLOMERULONEPHRITIS AND CHRONIC RENAL FAILURE

G.Naran

The blood hemostasiogramma (plasma platelet, aggregation, ART, APTT, PT, fibrinogen, retraction, fibrinolysis, ethanol test) was studied in 89 patients with chronic glomerulonephritis including 59 patients with chronic renal failure.

Results of the analysis were shown appearance of DIC in the vessels of glomerulus of the patients chronic glomerulonephritis and chronic renal failure.

III БҮЛЭГ

МЭС ЗАСЛЫН ӨВЧИН СУДЛАЛ

ЭЛЭГНИЙ БЭТЭГ ЭЛЭГ ЦӨСНИЙ ӨӨР ӨВЧИНТЭЙ ХАВСРАН ЭМГЭГШИХ НЬ

*Б.Гоош - Мэс заслын тэнхимийн
эрхлэгч, академич, док., проф.*

Монголын мэс заслын заслын шинжлэх ухааны түүх 1952, 1953 оноос манай анхны эрдэмтэд В.Ичинхорлоо, Т.Шагдарсүрэн багш нар эрдмийн цолоо хамгаалсан цагаас тоолбол богино юм. Гэвч цагийн урсгал түргэн бөгөөд цаг улирах тутам анхны бүтээл тууривал нь түүх болон хомсдож тэр бүрийг хувь хүн олж уншиж мэдэхэд бас ч төвөгтэй чамгүй хугацаа шаардагдан боломж хомсддог ажээ. Ялангуяа шинэ залуу судлаач, эмч нар сургийг нь дам дуулснаас бус ахмадуудынхаа бүтээлийг эх төрхөөр нь хараагүй уншаагүй байхыг үгүйсгэх аргагүй. Тэгэх тусмаа Монголын анагаах ухааныг сонирхогч гадаадын түүхчид судлаачид манай Монголын мэс заслын түүхийг бүрэн мэдэж чадалгүй өөрт нь тухайн үед олдсон ганц нэг өгүүлэл илтгэлийг үндэслэн ташаа бичсэн нийтлэл хүртэл таарах юм.

Монголын анхны эмнэлэг 80 нас хүрч энэ эмнэлэгт ажиллаж байсан, ажиллаж байгаа эрдэмтдийнхээ бүтээлийг эмхэтгэн "ЭРДМИЙН БИЧИГ" анхны эрдэм судалгааны толь бичиг хэвлүүлж их ойдоо бэлэг барих санаачилга гаргасныг хойч үеийнхэндээ үлдээж буй эрдмийн өмч болог гэж баярлан 1989 онд Москва хотноо А.В.Вишневскийн нэрэмжит мэс заслын институтэд Шинжлэх Ухааны докторын зэрэг хамгаалсан бүтээлийнхээ утгыг сийрүүлэх гэсний учир энэ буюу.

Бэтэг өвчин өдгөө үлэмж цөөрсөн боловч Австрали, Шинэ Зеланд, Өмнөд Америк, Хойд Америк, Украин, Казакстан, Якут зэрэг олон улс оронд элбэг тохиолдож (Р.Фэгэршану - 1972, И.Л.Брегадзе, Э.Н.Ванцян - 1976, Пэ.Долгор - 1979, А.Р.Абижанович - 1980, Б.В.Петровский болон бусад 1985) олон мянган хү-

нийг эрүүл мэндээр нь хохироон хөдөлмөрийн чадварыг нь доройтуулахын зэрэгцээ амь нас алдах явдалд хүрэгсээр байгаа ажгуу. Бэтэг элбэгтэй улсын тоонд Монгол улс багтана. (Пэ.Долгор, Н.Даваацэрэн - 1986) Бэтэг малын үр өгөөжийг доройтуулан эдийн засгийн үлэмж их хохирол учруулдгийг дурьдахад бэтгийн судалгаа нь анагаах ухаан төдийгүй, мал аж ахуй, эдийн засгийн шийдвэрлэвэл зохих чухал асуудал юм.

Бид 1961-1986 онд Монгол Улсын Клиникийн Төв эмнэлэгийн мэс заслын тасагт хэвтэж эмчлүүлсэн бэтэг өвчин бүхий 1,148 өвчтөн тэдгээрийн дундаас элэг цөсний өөр өвчинтэй давхар хавсарсан 343 тохиолдлыг сонгон судалсан билээ. Өөрсдийн судалгааны материалыг бусад судлаачдынхтай харьцуулан хүснэгт 1-ээр үзэхэд манай улсад бэтгээр өвчлөх явдал буурч байна. Гэхдээ хүндэрсэн болон элэгний бэтэг элэг цөсний бусад өвчинтэй давхар хавсрах явдал харьцангуй цөөнгүй тохиолдож буй нь анхаарал татаж байна. Энэ тухай хэвлэлд бичигдсэн нь ховор бөгөөд оношилгоо эмчилгээ ердийн бэтгийнхээс төвөгтэй, өөр болох нь анхаарагдав.

Бэтгийн өвчлөл

Хүснэгт 1

№	Судлаачид	Он	Мэс заслын өвчтөн дунд бэтгийн эзлэх хувь
1	С.Н.Анфилогов	1946	4-13%
2	В.Ичинхорлоо	1953	1,5-7,2%
3	Г.А.Дудкевич	1958	5,2%
4	П.Долгор	1979	4%
5	Н.Даваацэрэн	1986	3,3%
6	Манай судалгаагаар	1989	1,88%

Манай судалгаагаар элэгний бэтэг бусад өвчинтэй хавсарсан явдал 343 байж бэтгийн бүх тохиолдлын 29.87%-ийг эзэлсэн байв. Бэтэг өөр ямар өвчинтэй хавсардгийг дараах хүснэгт 2-оор харуулав.

4	Билиодигестив залгаа	9	3,23
5	Наалдац салгах	43	15,46
6	Уушги тайрах	11	3,43
7	Уушгины дэлбээ авах	8	2,43
8	Плеврийн хөндийн санац	22	6,68
9	Уушгины декортикаци	4	1,21
10	диафрагмопластик	6	1,82
11	Бүгд	329	100,0

Элэгний бэтэг элэг цөсний бусад өвчинтэй хавсарсан тохиолдлыг мэс заслаар нэг мөр бүгдийг нь эмчлэх нь хагалгааг айхтар төвөгтэй болгосонгүй, нийтдээ 91.36% сайн үр дүн өгчээ.

Алсын үр дүнг нь 179 өвчтөн дээр 5-25 жил ажиглахад сайн үр дүн 77.66%, зүгээр дүн 16.2%, тааруу дүн 6.14% байв.

COMBINATION OF ECHINOCOCCOSIS WITH OTHER LIVER AND BILIARY WAY DISEASES

Despite the fact echinococcosis disease is steadily decreasing this pathology in the world, including Mongolia, remains to be regional pathology.

Scheme I.

Echinococcosis frequency in Mongolia given by different authors.

Authors	Years	Frequency of echinococcosis-affected Patients among surgical patients
1. S.N. Anfilov	1946	4-13%
2. V. Ichinkhorloo	1953	1.5-7.2%
3. G.A. Dudkevich	1958	5.2%
4. Pe. Dolgor	1979	4.0%
5. Our data	1986	1.88%

Many researchers have contributed considerably into the solution of different aspects of echinococcosis.

However, up to now the solution of the modern diagnosing of this disease, the choosing of the optimal methods of surgery treatment of separate forms of echinococcosis have not been completed solved.

To these issues first of all belong the problems related with the diagnosing and treatment of echinococcosis and of other diseases of liver and biliary ways.

Due to indefinite clinical picture of combination of liver echinococcosis and of other pathology, this form of affliction has not been diagnosed until surgery shall be done, and patients under gone a long treatment with the diagnosis of only one disease, and evidently, have not been able to get an abequate help.

The history of disease of 1,143 patients sick with echinococcosis of different localities and forms, being under stationary in the surgical clinic of the Central Clinical Hospital, in 1961-1986, made it possible to present our classification for the combination of affected liver and other organs at echinococcosis.

Forms of combination of liver echinococcosis with other diseases

Forms of combination	Number of examined	%
1. Liver echinococcosis and internal	155	45.18 cystobiliary fistula
2. Liver echinococcosis and calculus-free	43	12.53 cholecystitis
3. Liver echinococcosis and biliary bronchial	40	11.65 fistula
4. Liver echinococcosis and mechanical	34	9.91 jaundice
5. Liver echinococcosis and abdominal	16	4.66 alhesion disease
6. Liver echinococcosis and liver cancer	19	5.53
7. Liver echinococcosis and liver cirrhosis	13	3.79
8. Liver echinococcosis and calculating	8	2.33 cholecystitis
9. Liver echinococcosis and periodontitis	7	2.04
10. Liver echinococcosis and other diseases	8	2.33
Total	343	100%

The clinical peculiarity of the liver echinococcosis in combination with other surgical diseases of this kind has quaranteed by 55.97% the identification of this kind of echinococcosis prior to surgery operations.

Among the additional research methods used on patients, the ultrasound research gives a complete information on liver architectonics and the situation of biliary ways.

We have outlined a specific x-ray picture if this illness on the analysis of ultrasound research data made on 197 live echinococcosis affected patients, and verified by surgical involvement and other

methods.

Ultrasonography gives the possibility to identify not only the form of echinococcosis fistula, but find out, in general, its locality, size of fistula and its amount. As the result of this, on the echoscreen were well-defined the fistulas located in places difficult for palpitation. This quality allows to diagnose large number of echinococcosis in 31 cases. Along with that, echotomography allows to figure out the budding form of liver echinococcosis.

For defining the diagnosing value of the ultrasound research under combination of liver disease, biliary ways, the echotomography has been held among cholecystitis patients (186), those affected by initial liver cancer (117) and liver cirrhosis (122).

The ultrasound research made on 192 patients with simultaneous affliction of liver echinococcosis and other diseases, Shows that this method in 11 observations (5.75%) found out that echinococcosis has been caused by another disease, in 169 cases (87.05%) it confirmed. The established diagnosis, and in 18 observations (9.37%) has supplemented the clinical diagnosis

Hence, when patients with considerable calcification and matured liver echinococcosis fistula have undergone ultrasound research, the bite cyst, intact parts of liver were covered by fistula and were not visual, which made it difficult to diagnose in 30% the case of the disease, concomitant echinococcosis.

Few reports on computertomographic semiotics of focal involvement of liver. (Gromia V.S. 1981; Ternovoi S.K 1983; Kuzin M.E. 1985; Vyalivin M.U 1986)

For better diagnosing the liver and biliary ways of disease, we have started to study the frequency of the basic CT symptoms of these diseases. 86 total patients have been examined, 36 with echinococcosis liver, 28 with initial liver cancer, 3 with polyfistula liver, 1.18 with liver abscess with an exception of echinococcosis recidivism. Compared were the results of 54 patients undergone

Ultrasound and CT methods of research.

In 49 cases (93.88%) the results of these methods of research coincided. In one case, at recidivizing liver echinococcosis, the disease has been correctly diagnosed at CT. two times the aparasitic fistula has been correctly diagnosed at ultrasound research which

has been confirmed at surgery.

Diagnostic ability of computer tomography (CT) and ultrasound research (USR)

	CT	USR
Sensitiveness	99%	98%
Peculiarity	96.43%	98.22%
Error (+) data	3.57%	Error (-) data 1.78%

Proceeding from this, conclusion could be made that both research methods have high sensitiveness for diagnosing the voluminous liver cavitations.

The 5th chapter covers the general issues of pathogenic combination of liver echinococcosis with different liver and biliary way diseases. The analysis on 195 patients with fistula biliary and biliary-fistula bronchial fistula, and the literature information make it to consider that the breaking of the echinococcosis liver fistula into biliary ways was the reason for such fistulas appeared at liver echinococcosis, and cholecystitis at liver echinococcosis, along with general etiological factors, develops with joining and at squeezing of the bile by echinococcosis fistula, and under this process the reducing ability of this organ is affected.

Toxica-allergical reaction, proceeded from uninterrupted inflow of the complicated in its content liqued and of elements of echinococcosis fistula into bile canals, bile cyst plays the role in emerging the second cholecystitis.

Careful investigation of the results in 13 cases of combination of the echinococcosis and liver cirrhosis make to suppose that liver cirrhosis under liver echinococcosis grows on the background of communicable hepatitis, but echinococcosis, by causing local cirrhosis changes in the liver, creates additional favorable influence for the combination with the cirrhosis of liver.

Among 6 patients (1.84%) investigated and examined by us with liver echinococcosis in combination with other biliary way liver diseases echinococcosis has been combined with initial liver cancer.

In the bureau of pathology-anatomy research of Mongolia, during our research, 13 cases were registered as combined with these two illnesses.

Hepatocellular cancer was in most pathological observations. In 12 cases the cancer developed on the background post-chronical liver cirrhosis which has been defined by anamnesis of the disease and data of section.

On the basis of these data, we identify the rarity of the combination of these two diseases by a minor predisposition of those sick with liver echinococcosis in progressing the liver cancer. Infectious hepatitis and liver cirrhosis, in most of the cases, play significant role in the development of the initial liver cancer among patients suffered by echinococcosis. 946 (82.4%) of total 1,148 patients with liver echinococcosis investigated by us have undergone effective surgery treatment, and 326 (95.04%) were people from the combined disease group. 17 patients were not operated.

The method of the expanded and simultaneous surgery was the specific peculiarity of the surgery made at liver echinococcosis in combination with pathology of bile-withdrawing system.

Six kind of echinococcosis and 326 simultaneous, 10 kind of enlarged operations were performed by us at liver echinococcosis with the combination of other diseases.

Complete elimination of reasons for illnesses related with the pathology mechanisms, emerged due complications, allows to expect more stable recovery of patients who suffered with a several combination of diseases.

The carrying out of echinococcosis in combination with simultaneous operations does not increase the volume and difficulty of surgery, and 91.36% of cases give positive result. The far-going results of the treatment have been examined on 179 patients. Good far-reaching results were registered among 77.66% of patients, satisfactory among 16.2%, unsatisfactory among 6.14%. Of them six were examined for liver cancer, and 3 for residual echinococcosis.

Surgeries made by us

No Kind of surgery	Amount	%
1. Closed echinococctomy	300	93.16

with liguidated residual cavety		
2. Half-closed echinocotomy	18	5.59
3. Open echinocotomy	4	1.24
	322	100%

Simultaneous expanded surgery

No	Kind of surgery	Amount	%
1.	Stitching of bile fistula	155	41.89
2.	Bile fistula plasty	46	12.43
3.	Cholecystectomy	31	8.37
4.	Separation of adhesion and liberation of bile	23	6.21
5.	Choledoh draining	33	8.91
6.	Stitching bronchial fistula	28	7.56
7.	Biliodigestive anastomosis	4	1.08
8.	Lung lobotomy	7	1.89
9.	Others	43	11.62
	Total	370	100

Undertaking of combined operations with simultaneous availability of echinococcosis and other diseases provides an opportunity for a patient to withstand once the psychological trauma, to be ready for surgery one time, to overcome narcosis and get rid of all diseases. An economic effect, according to the method of A.F.Gredjav, co-author (1983), performed on 278 patients, on whom simultaneous operations were made, shows that Tg 75,276 were saved.

CONCLUSION

B.Goosh

1. The echinococcosis case rate in Mongolia is being reduced and makes at present 3.23% of surgical patients. Hence, share of its separate forms, in particular, the combination of echinococcosis with other diseases remains to be on a higher rate, 29.87% among echinococcosis.

2. The breaking through of echinococcosis fistula into bile and an intimate joining of echinococcosis fistula with bile belong to the number of pathologenetetic factors for emerging echinococcosis affliction of biliary tract, such as the gustrobile fistula, cholecystitis, mechanical

yellow fever.

3. Major role in the combination of cirrhosis with liver echinococcosis, as its reason, plays infectious hepatitis affected early.

4. Simultaneous affection of the liver echinococcosis and cancer has been observed in 5.53% cases when echinococcosis has been combined with other diseases of organs of abdominal cavity.

5. Liver Cirrhosis in these cases has been the etiological moment for the development of cancer process.

6. Liver echinococcosis in combination with cases of bile ways has a specific clinical evidence (проявление), where 83% of cases supposes to be the liver echinococcosis 85.97%-its combination with the affected bile ways.

7. Pre-surgery diagnosis of the echinococcosis combined with cirrhosis and the liver cancer is very complicated, where the additional research methods help greatly to identify the symptoms.

8. Ultrasound investigation plays a decisive diagnostic role in investigating liver echinococcosis.

ХОДООД, ДЭЭРХ ГЭДЭСНИЙ ШАРХЛААНЫ ХҮНДРЭЛИЙН ӨНӨӨГИЙН БАЙДАЛ, ТҮҮНИЙ МЭС ЗАСЛЫН ЭМЧИЛГЭЭНИЙ ҮР ДҮН

Б.Гоош. О.Сэргэлэн

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

БИДНИЙ СУДАЛГААНЫ ЗОРИЛГО

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

ҮР ДҮН

Бидний судалгаанаас ходоод, дээрх гэдэсний шархлаагаар ид хөдөлмөрийн насны хүмүүс 5-8% (30-49 насанд) (таб) өвчилж, эрэгтэйчүүд (82.6%) (диаграмм) ихэнх хувийг эзэлсэн. Өвчтний дунд явуулсан асуулгаар ходоод, дээрх гэдэсний шархлааны

хүндрэлд манай нөхцөлд голлон нөлөөлж буй хүчин зүйлд архийг замбараагүй уух. (40.98%-60.29%) (таб), архаг тамхичин (50.81-78.94%) (таб), болон монгол хүний хоолны дэглэм баримталдаггүй байдал, 97% ялангуяа унтахын өмнө хэт их хоол идэх нь нөлөөлдөг байна.

Бидний судалгааны явцад нойр булчирхайн төрөлхийн гаж хөгжил болох нойр булчирхайн хэсэг эд ходоодны булчинлаг давхаргад шигдэж байрлаж ходоодны хөндий рүү илүүдэл ялгаруулж улмаар ходоодны салст бүрхэвчийг цочроож яршил шархлаа үүсгэдэг (2.5%) болох нэгэн эмгэгийг дурангаар оношилж мэс заслаар эмчилж эдийн шинжилгээгээр оношоо баталлаа. (зураг) (кино).

Ходоод, дээрх гэдэсний шархлааг хүндрүүлэх бас нэгэн хүчин зүйл Н.Рylori эмгэг төрөгч бөгөөд хүндэрсэн шархлаатай өвчтний 81%-д уг эмгэг төрөгч эерэг байв. (зураг тест). Шархлааны байрлалын хувьд Жонсоны ангиллаар I - (35.9%), III- (29.2%), хэлбэр ихэвчлэн хүндэрч, дээрх гэдэсний шархлаа дараагийн байрыг эзэлж ходоодны их бие, нугалуурын шархлаа ихэвчлэн хүндэрч байв. (хүснэгт 5). Бусад судлаачид III хэлбэрийн болон дээрх гэдэсний шархлаа илүүтэй хүндэрдэгийг тогтоосон. I хэлбэрийн шархлаа илүүтэй хүндэрч буй нь манай өвчлөлийн нэгэн онцлог байв. Ходоодны их бие хэсгийн шархлаа цус алдах (38%), өмөнд шилжсэн (59.38%) хүндэрсэн байв. (хүснэгт).

Шархлааны байрлал болон хүндрэлийн байдлаас хамаарч эмнэл зүйн шинж нь харилцан адилгүй байв. Үндсэн шинж нь өвдөлт байсан бөгөөд шинжилгээний аргыг сонгон оношлохоос өмнө өвдөлтийн шинжээр нь шархлаа хүндэрсэн болохыг таамаглах боломжийг тодруулсан. Шархлааны өвдөлт байнгын хүчтэй болж ар нуруу руу нэвт хатгах нь шархлаа нойр руу цоорч буй, гялтантасын шинж илрэх нь хэвлийн хөндий рүү цоорч буйн, хоолны шингэц муудаж, цээж гашуу оргихоо больж, аюулхай дээр түглийн байнгын өвдөлт илрэх нь шархлаа өмөнд шилжиж буйн, өвдөлт багатай боловч аймхайд цанхайн бөөлжсөний дараа дотор онгойх нь нугалуурын сорвижлын онцлог шинжүүд байв. Гэвч эдгээр шинжүүд нь өвчин харьцангуй даамжирсан хойно илэрч байсан тул үүнээс эрт оношлох боломжийг хайх нь бидний нэг зорилго байв. Рентген шинжилгээг 109 өвчтөнд хийж 57.8% нь Ниша шинж илэрсэн ба үлдсэн 42.2%-ийг рентгенээр

оношилж чадаагүй. (таб). Харин хэвлийн хөндий рүү цоорсон шархлааг рентгенээр бүрэн оношилж байв. Ходоод, дээрх гэдэсний хүндэрсэн шархлааны оношилгоонд дурангийн шинжилгээ чухал ач холбогдолтой байсан бөгөөд 94.64%-ийг дурангаар оношилж чадсан юм. *Y. Pylori* эмгэг төрөгчийг ч илрүүлэхэд ач холбогдолтой байв.

Ходоод, дээрх гэдэсний шархлааны 5 хэлбэрийн хүндрэлээс хамгийн элбэг тохиолдсон нь цус алдалт (36.4%) (таб) байсан ба энэ нь манай орны нэгэн онцлог байлаа. Бусад судлаачдынхаар 10-15% тохиолддог гэжээ. Манай өвчтөнд шархлаа ихэвчлэн ходоодонд байрлаж (65.15%) 2 см-ээс том хэмжээтэй гүнзгий шархлаа байсантай холбоотойгоор цус алдах хүндрэл илүүтэй тохиолдож байна гэж үзлээ.

Дараагийн байрыг шархлаа өмөнд шилжих хүндрэл (32.8%) эзэлсэн бөгөөд бусад хүндрэлээ бодвол нас ахисан хойно илүүтэй тохиолдсон. Харин нугалуурын сорвижилт 28.71%, шархлаа хэвлийн хөндий рүү цооролт 16.4%, эрхтэн рүү цооролт 9.74%-ийг эзэлж 46 өвчтөнд буюу 24.05%-д дээрх хүндрэлүүд хавсарсан байдлаар тохиолдсон юм. (хүснэгт). Өдгөө гастроэнтерологи эмч нар ходоод, дээрх гэдэсний шархлаа өвчний 95% -ийг эмээр эмчилж анагааж байна. Ходоод, дээрх гэдэсний шархлаа хүндэрсэн, эсвэл хүндрэх хандлагатайг мэс заслаар эмчилнэ. Шархлаатай өвчтнийг хэт удаан эмээр эмчилж хугацаа алдах нь уул өвчнийг хүндрэлд хүргэх нэг үндсэн нөхцөл бөгөөд нэгэнт хүндэрсэн үед мэс засал хийх нь хагалгааны дараах үр дүнд таагүй нөлөө үзүүлнэ. Үүний нэг жишээ нь бидний судалгаанд хамрагдсан 195 өвчтөн зөвхөн хүндэрсэн хойноо л мэс заслын эмчид хандсан явдал юм. Иймээс ходоод, дээрх гэдэсний шархлаатай өвчтөнд мэс заслын эмчилгээний заалтыг тодруулах явдал бидний нэг зорилт байсан юм. Бид ходоод дээрх гэдэсний хагалгааны дараах хүндрэлийн мэс заслын үнэмлэхүй, харьцангуй заалтыг өөрийн орны нөхцөлд тохируулан гаргалаа.

1. Үнэмлэхүй заалт :

- шархлаа цоорох
- шархлаа эрхтэн рүү цоорох
- Цус гоожих
- шархлаа өмөнд шилжих
- ходоодны нугалуур орчмын нарийсал

2. Харьцангуй заалт:

- эмийн эмчилгээнд 1.5 жилийн хугацаанд эдгэрээгүй шархлаа
- ходоодны 1.5 см, дээрх гэдэсний 1 см-ээс том шархлаа
- цус 2-оос олон удаа давтан гоожих
- шархлаа байнга өвдөж хоолны шингэц муудах
- хагалгааны дараа шархлаа дахих

3. Ходоод, дээрх гэдэсний хагалгааны дараах хүндрэл:

- залгааснаас цус гоожих
- өмөн үүсэх
- цоорох
- залгаас сорвижин нарийсах

МЭС ЗАСЛЫН ЭМЧИЛГЭЭ

1. Шархлааг оёх

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

Бид 45 (29.41%) өвчтөнд ходоод, дээрх гэдэсний шархлааг оёх, өөлж оёх аргыг хэрэглэсэн. Хагалгааны энэ арга нь техникийн хувьд хөнгөн, хагалгаанд урт хугацаа шаардахгүй, ялангуяа хагалгааны дараа хүндрэл үүсэх магадлал багатай хэвлийн гялтангатай өвчтөнд илүүтэй хөнгөн байсан ба ходоод тайрах аргыг бодвол үхэл эрс бага байлаа.

Хагалгааны дараах үхэл

Хүснэгт 50

Хагалгааны төрөл	Нийт өвчтөн	Нас баралт	
		Тоо	Хувь
Шархыг оёх	45	2	4.44
Ходоодыг тайрах	108	14	12.96
Ваготоми	29	0	0

Энэ хүснэгтээс үзэхэд ходоодыг тайрсны дараа үхэл 12.96% байхад шархлааг өөлж оёсны дараа 4.44%, шархлааг өөлж, ваготоми, пилоропластик хагалгааны дараа үхэлгүй байгаа нь

дээрх аргуудын мөн чанарыг харуулж байна. Ялангуяа яаралтай хагалгаа хийж байх үед өвчтөн хүнд хагалгааны дараа хүндрэх магадлал өндөр хавсарсан өвчинтэй өвчтнийг үхэлд хүргэж болзошгүй бол хөнгөн хагалгааг сонгох уу төгс хагалгааг сонгох уу гэдэг асуудлыг шийдэх төвөгтэй байдалд мэс засалчид ихээхэн ордог. Энэ үед шархлааг оёх нь хөнгөн бөгөөд хагалгааны дараа хүндрэх боломж багатайг илүү анхаарсан. Хүндрүүлж болох шалтгаанд өндөр нас, шархлаа цоороод үргэлжилсэн хугацаа, гялтантасын байдал гэх мэт олон зүйл орно. Ходоод, дээрх гэдэсний шархлаа цоорсноос үхэлд хүргэх гол шалтгаан нь гялтантас болдог.

Шархлаа цоорсны дараах үхэл

Хүснэгт 51

Гялтантасын хэлбэр	Оёх	Ваготомии	Ходоод тайрах
Хэсгийн	0	0	0
Түгээмэл	2	0	11

Хүснэгтээс харахад хэвлийн гялтантас даамжрах тусам үхэл өндөр болдог боловч яг ваготомийн хагалгаатай холбоотой нас баралт бага болох нь харагдаж байна. Ийнхүү бидний судалгаанаас үзэхэд хагалгааны дараа аливаа хүндрэл илүүтэй үүсэх нөхцөл бүхий өвчтөнд ваготомии хагалгааг шархлааг өөлж оёх хагалгаатай хавсруулснаар хагалгааны дараах үхэл эрс буурах боломжтой юм. Өнөөдрийг хүртэл ходоодны цоорсон шархлааг бүхий л талаас нь бүрэн эмчлэж чадах мэс заслын 100% найдвартай аргыг сүвэгчилж чадаагүй бөгөөд тиймдээ ч яаралтай мэс заслын нэгэн чухал асуудал хэвээр үлдсэн юм. Дээрх судалгаанд үндэслэн ходоод, дээрх гэдэсний шархлаанаас цус алдах, цоорох хүндрэлтэй өвчтөнд яаралтай хагалгаа хийхдээ аль болох хөнгөн хагалгаа хийх тухайн үед нь өвчтний амь насыг аврахыг гол зорилгоо болгох нь зүйтэй гэсэн дүгнэлтэд хүрсэн.

2. Ваготомии

Ходоодны шархыг өөлж оёх аргыг ходоод тайрах аргатай харьцуулахад илүү хялбар, аюулгүй хөнгөн байдгийг олон мэс засалчид хүлээн зөвшөөрдөг. Зарим судлаачид шархлааны эсрэг олон хүчтэй эмүүд ялангуяа хүчтэй H2 хориг эм бий болсон

той холбогдон шархлааны дахилтыг бууруулах боломжтой гэж үздэг. Гэвч өвчтөн насан турш H2 хориг эмийг хэрэглэж чадахгүй бөгөөд уг эмийг их хэмжээгээр хэрэглэснээр эмийн гаж нөлөө ч гарах аюултай юм. Шархлааны дахилтыг цөөрүүлэхэд ваготомии хагалгаа үр дүнтэй гэсэн зарчмыг бид баримталсан. Гэхдээ ваготомии хагалгааг хийх заалтыг нарийсган 5 жилд зөвхөн 29 өвчтөнд ваготомийг 3 аргаар хийж үр дүнг харьцуулан судалсан. Ишилсэн ваготомии хагалгааны дараах хам шинж харьцангуй өндөр, уг мэдрэлийг хоёр талд нь таслаагүйгээс шархлааны дахилт ч өндөр байсан. Харин сонгомол ваготомийн дараа үр дүн сайн, захалсан-сонгомол ваготомийн дараа үр дүн бүр ч өндөр байлаа. Захалсан-сонгомол ваготомийн дараа ваготомийн дараах хам шинж бага илэрдэг нь уг хагалгааны дараах үр дүнг дээшлүүлэх боломжтойг харуулсан юм.

3. Ходоод, дээрх гэдсийг тайрах

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

Бильрот I арга нь ходоодыг тайрах аргуудаас хамгийн зохистой арга юм. Бильрот I аргыг ходоодны нугалуур орчмын шархлааг тайрч ходоод, дээрх гэдсийг залгахад хүрэлцээтэй байвал л хэрэглэнэ. Бид 27 (17.6%) өвчтөнд уг аргыг хэрэглэхэд 74.07% нь Visick ангиллын I, II-оор бүрэн эдгэрсэн. Бильрот I аргын дутагдалтай тал нь дээрх гэдэс сорвижсон эсвэл нэвчдэстэйн улмаас оёдол тогтох боломж муутай байхаас гадна залгалт сорвижиж битүүрдэг. Энэ нь ч бидний судалгаанд тусгагдаж манай өвчтний 11.11%-д сорвижил, 14.81%-д нь оёдол тавигдснаар тодорхойлогдож байна.

Бильрот II аргыг ходоодны 2/3-оос их хэсэг тайрагдах ялангуяа шархлаа өмөнд шилжсэн эсвэл шархлааг өөлж авахаар хагалгааг хязгаарлах боломжгүй үед хэрэглэнэ. Бильрот II арга нь ходоодны амсрыг үлдээн ходоодыг тайрч дээрх гэдэсний ёзоорыг битүүлэн оёж ходоод гэдсийг хоёр янзаар залгаж болдог. Бид нийт 41 өвчтөнд Бильрот II хагалгаа хийснээс 7 өвчтөнд

ходоодыг нарийн гэдэсний богино гогцоон дээр залгасан. Харин 34 өвчтөнд нарийн гэдэсний урт гогцоон дээр залгасан. Ходоодыг нарийн гэдэсний урт гогцоон дээр залгаснаар нарийн гэдэс ходоодны сөргөөнөөс сэргийлж хагалгааны дараах ходоодны үрэвслийг багасгадаг. Гэвч энэ арга техникийн хувьд төвөгтэй, хагалгааны дараах үхэл (8.3%), оёдол тавигдах (12.5%), залгаас үрэвсэх хүндрэл (27.8%) ихтэй. Хэдийгээр хагалгааны дараах хүндрэл ихтэй ч шархлаа өмөнд шилжсэн болон нугалуур сорвижих хүндрэлийн ихэнх тохиолдолд цорын ганц төгс эмчилгээний арга гэдгийг дахин дурдъя.

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

Ходоодны хагалгаа

Хүснэгт 49

Хагалгааны төрөл	Тоо	Хувь
Шархыг өөлж авах ба оёх	45	29,41
Бильрот I залгалт	27	17,64
Бильрот II залгалт	48	31,37
Гофмейстер –Фенистрерийн залгалт	16	10,45
Ру залгалт	3	1,96
Ходоод авах	14	9,15
Бүгд	153	100,0

Мөн 5 өвчтөнд дээрх гэдэсний урд хананд байрласан шархлааг хормой үүсгэн өөлж оёх арга санаачилсан нь үр дүнтэй боллоо.

ХАГАЛГААНЫ ДАРААХ ХҮНДРЭЛ

Мэс заслын аргаасаа хамаарч хагалгааны дараах хүндрэл харилцан адилгүй илэрсэн. Бильрот II аргын дараа хүндрэл өндөр байгаа нь түүний техникийн хувьд төвөгтэй байдалтай нь холбоотой ч нөгөөтэйгүүр уг мэс засалчийн дадал туршлага, оёж буй утас, өвчтний биеийн байдал болон бусад олон зүйлээс хамааралтай. Үүний баталгаа нь сүүлийн жилүүдэд хагалгааны

дараах үхэл эрс буурсан явдал юм. (15.5%-6.25% хүртэл буурсан). Шархлааны нэгэн хүндрэл нь шархлааны дахилт юм. Дахилт нь 11.2% байна. (таб). Энэ нь нэг талаас хагалгааны дараа эмийн эмчилгээг тохируулан хийгээгүй, өөрөөр хэлбэл H.Pylori-ийн эсрэг эмчилгээг зохих журмаар нь хийгээгүйтэй холбоотой. Бид нөхцөл боломжоос шалтгаалан зөвхөн 28 өвчтөнд H.Pylori эмгэг төрөгчийг үзэж 16 өвчтөнд төгс эмчилгээ хийж үр дүнг ажиглалаа. Хагалгааны дараах хүндрэлийг зөвхөн нас барсан болон шархлааны дахилтаар аваагүй. хагалгааны дараа эрүүл хүнтэй адил амьдарч буй эсэхийг харгалзсан. Visick ангиллаар авсан ба манай өвчтний 76.9% нь хэвийн ажиллаж амьдарч байна. (таб)

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

ДҮГНЭЛТ

1. 1995-1999 онд УКТЭ-ийн мэс заслын тасагт ходоод, дээрх гэдэсний шархлааны улмаас хэвтэж хагалгаа хийгдсэн өвчтний тоо жил бүр 28-46-аар өсч шархлааны цус алдалт 36.48%, шарх өмөн 32.82%, шархлаа хэвлийн хөндий рүү цоорох 16.4%, сорвижилт 27.71%, эрхтэн рүү цоорох хүндрэл 9.74%-ийг эзэлжээ.

2. Хоолны дэглэм барихгүй байх (97.9%), тамхи (62.5%), архийг хэтрүүлэн хэрэглэх (49.8%), ходоодны хананд нойр булчирхайн хэсэг эд төрөлхөөс байрлах (2.5%) тохиолдолд ходоодны шархлааг үүсгэж хүндрүүлэх хүчин зүйл болж байв.

3. Ходоод, дээрх гэдэсний шархлааны хэмжээ, байрлалаас хамаарч хүндрэл бүр нь өөрийн гэсэн эмнэл зүйн онцлог төрхтэй байв.

4. Рентген шинжилгээ, ходоодны шархлаа цооролтын 78.12%, шархлаа хавдарт шилжсэний 38.4%-ийг оношилж ходоод, дээрх гэдэсний шархлааны "Ниша" шинжийг 57.8% оношлосон ач холбогдолтой байсан боловч бүр тохиолдлын 42.2%-д дурангийн нэмэлт шинжилгээ шаардагдсан болно.

5. Ходоод, дээрх гэдэсний шархлааны яаралтай мэс засалд эрхтэн хадгалах чиг баримжааг сонгож шархлааг оёх, шархлааг

өөлж оёх хагалгааг захалсан-сонгомол ваготомитой-хавсруулсан хэрэглэснээр үхлийг 6.25% хүртэл бууруулж өвчтний 22.6% нь Visick I, 19.5% нь Visick II, 34.8% нь Visick III-аар эдгэрэх боломжийг нээв.

6. Шархлаагаар нугалуур сорвижиж нарийсах хүндрэлийн тохиромжтой хагалгаа нь ходоодыг Бильрот II-оор тайрч нарийн гэдэсний урт гогцоон дээр Брауны холболт хийх явдал бөгөөд шарх- өмөнгийн тохиолдолд тайрах болон ходоод авах нь зүйтэй.

НОМ ЗҮЙ

1. Adric N.Lorenz H. "Pyloric obstruction secondary to gastric ulcer" Annals espanoles de Pediatria. 46 (5) 493-4. 1994
2. Alonso D, Hamis J.B. 1965 Daisa T.P. Dozois R R 1977. Shirakanda T. 1961. В книге "Язвенная болезнь" 1987 Василенко В. X.
3. Anne R. Thompson Terreme. J. Hale. "Duedenal ulser -in Gastrointestinal disease" Philadelphia-London-Toronto, saunders 1995. p 840-859
4. Bazilas A. Fornero G. I Maly "Acute double perforation of a gastric ulser"Rozhledy v chirurgii 75 (10) ; 499-501; 1980 Oct.
5. Becker H. D, Skok P. "How efficient is endoscopic injection sclerotherapy in peptic ulcer hemorrhage".Hepato-Gastroenterology. 44 (15) 861- 5.1980. May-Jun.
6. Bulut O.B. Rasmussen C. "Acute surgical treatment of complicated peptic ulcers with special reference to the eldenly "Wid. J surg 1996. Vol. 20 №5 P-574-577
7. Cox.A.J.1952. В книге Язвенная болезнь В.Х.Василенко.А.Л.Гребенов.1987.Стр 58
8. Gibinski K.Safrany L -Peptic ulser.The pathophysiological background 1982.vol is Suppl 58.p7-16
9. Henriksson A.E.Edman.A.C.Held M. Wadstron T "Helicobacter pylori acute bleeding peptic ulcer (see comments) European J. of gastroenterology &hepatology.7 (8) :769-71 1995. Aug.
10. Kupes E.J "Helicobacter pylori and the risk and management of associated diseases, gastritis, ulser disease, atrophic gastritis and gastric cancer " (Review) (193 refs) Alimentary Pharmacology & Therapeutics. 11 suppl 1;71-88. 1997.Apr.
11. Paul H. Jordan "Type I gastric ulcer treated by parietal cell vagotomy and mucosal ulcerectomy journal of the American college of surge-

oms. 182 (5) 388-93.1996.May

12. Saiton K. Ohkura Y "Histopathological study of the role of helicobacter pylori in the occurrence and development of chronic activ gastritis, acute erosive gastritis and gastric ulcer" (Japanese) Nippon Shokakibyo gakkai Zasshi-Japanese journal of gastroenterology.95 (1) 9-17, 1998.Jan.
13. Агужанов Б.А. болон бусад "Результаты резекции желудка по Бильрот II с кампрессионным гастроэнтероанастомозом" Хирургия 1982/№3.
14. Аль-Сабунчи О.А.М Антихеликобактерное лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений Автореф дисс. канд мед. наук-М. 1998.Стр-17
15. Аруин Л.И.Саркисов Д.С Клинико-морфологические особенности гигантских язв желудка Архвпатолв 1994.№3 Стр 13-19
16. Бабалич А.К "Отдаленные результаты комплексного лечения больных с язвенной болезнью Вест. Хир. 1998. №3. Стр65-67
17. Возгомент А.О. "Хирургическая тактикаи выбор метода оперативного вмешательства при язве ДПК, осложненной кровотечением" Автореф.Дисс.Канд. Мед. Наук. Пермь.1995.Стр-18
18. Григорьев С.Г.Кортнцев В.К. "Причины возникновения и тактика лечения послеоперационных рецидивов язвенной болезни" Клин. Мед. 1995.№1. Стр136-144
19. Григорьев С.Г.Кортнцев В.К. "Патогенез, диагностика и лечение постваготомический диареи" Вест.хир.1999.№3.Стр254-262
20. Затевахин И.И. Щегалев А.А. "Современное подходы к лечению язвенных гастродуоденальных кровотечений" Медпомощь. 1995. №4 Стр-18-21
21. Джумбаев С.Г.6.Мехманов А.М. "Рецидивные и пептические язвы анастомоза после ваготоми" Хирургия..1999.№4 Стр 25-28
22. Ермалов А.С. Утешев Н.С. Тверитнева Л.Ф. "Особенного лечебной тактики у больных с острым язвенным гастродуоденальными кровотечениями" Науч. конф. Актуальные вопросы лечениях желудочно-кишечных кровотеченияи и перитонита Тез. докл. СПб. 1995. Стр -45-46
23. Курыгин А.А. Перегудов С.И. "Спорные вопросы хирургического лечения перфоративных гастродуоденальных язв" Хирургия. 1999. №6 стр 15-19
24. Лебедев.Н.Н. Курыгин А.А. "Лечение пептических язв желудочно-кишечных соустии" Вест. хир.1998.№3.стр 33-38
25. Никульшин С.С. "Особенности диагностикии и хирургического

лечения гигантских гастродуоденальных язв" Клини. мед. 1998. №9. Стр 78-79

26. Репин.В.И. Возгомент.а.о. "Хирургическое лечение хронической язвы ДПК. осложненной кровотечением" Науч. конф. "Актуальные вопросы лечения желудочно-кишечных кровотечений и перитонита" Тез докл. СПб.1995.Стр-138-139.
27. Саатов.Х.И. "Хирургическое лечение постбульбарных язв осложненных пенетрацией в головку поджелудочной железы" М.Мед. 1983 Стр 24
28. Туул.Н. "Н.Pylori шалтгаант ходоод, дээрх гэдэсний эмгэгүүдийн эмчилгээний асуудалд" Онош сэтгүүл.1999 №3 X 11-14
29. Черноусов.А.Ф. Поликарпов С.А. "Диагностики и лечение эктопии поджелудочной железы" Вест хир. 1992. Стр 360.
30. Хрупкин.В.И. "Особенности диагностики и хирургического лечения гастродуоденальных язв" Клини мед.1998.Стр.74-78

THE PRESENT SITUATION OF COMPLICATIONS GASTRO-DUODENAL ULCER AND THE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT GASTRO-DUODENAL ULCERS.

B.Goosh, O.Sergelen

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

Following methods are used in aforesaid surgical operations.

Ulcerraphia in 45 patients, gastric resection and Bilrot-I anastomosis in 27 patients, gastric resection and Bilrot-II anastomosis combined with Braun anastomosis in 48 patient and total gastrectomia in 14 patient.

These methods are used with vagotomy.

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

ХЭВЛИЙН ХӨНДИЙН МЭС ЗАСЛЫН ӨВЧНИЙ ХҮНДРЭЛ, НАС БАРАЛТЫН ШАЛТГААНЫ ЗАРИМ АСУУДАЛД

Д.Нямсүрэн, Б.Гоош

УКТЭ-ийн мэс заслын салбарт элэг цөс, нойр булчирхай, бөөрний мэс засал, шулуун бүдүүн гэдэс, нүд, чих хамар хоолой, эрүү нүүрний мэс заслын клиникүүдэд улсын хэмжээний үйлчилгээтэй мэс заслын өндөр нарийн мэргэжлийн тусламжийг үзүүлэхээс гадна сургалт судалгаа шинжилгээ явуулж, эмч эрдэмтэн бэлтгэдэг нэгэн цогцолбор юм.

Бид хэвлийн хөндийн мэс заслын дараах нас баралтын шалтгааныг товч судлах зорилт тавьлаа.

Бидний сүүлийн 3 жилийн (1999-2001) судалгаагаар мэс заслын дараахь нас баралт 0.8% байгаа нь улсын дунджаас 0.24%-аар их байна. Энэ нь өвчин хэтэрхий хүндэрч, эмнэлэгт оройтож хэвтэж, улмаар тусламжийг цаг хугацаанд авч чадаагүйтэй холбоотой гэж бид үздэг. Нийт нас баралтыг 0.26% мухар олгойн, 0.8% цөсний, 3.2% ходоод гэдэсний, 6.7% гэдэсний түгжрэл, 40.3% шулуун гэдэсний мэс заслын дараах тохиолдолууд байна. Оросын судлаачдынхтай (1995-1999) харьцуулахад хүндэрсэн мухар олгойн мэс заслын дараах нас баралт 0.8-3%, бүдүүн шулуун гэдэснийх 23.3-35% тохиолдож байна.

Орчин үед мэс заслын салбарт оношилгоо эмчилгээний сүүлийн үеийн аппарат, тоног төхөөрөмж, шинэ аргууд практикт нэвтэрч боловсронгуй болж байгаа хэдий ч хэвлийн хөндийн яаралтай мэс заслын өвчний эмчилгээний эцсийн үр дүн төгс бүрэн шийдвэрлэгдээгүй анхаарал татсан асуудлын нэг байсаар байна. Хүндрэлийн тохиолдол, хагалгааны дараахь нас баралт ч өндөр хэвээр байна. (И.Н.Белов 1998, А.Е.Борисов, А.П.Михайлов, В.П.Акинов 1997, А.А.Редько, А.Е.Манченко 1996)

Мэс заслын дараах нас баралтын шалтгааны бараг 1/3 хувь нь эмчийн онолын мэдлэг, мэргэжлийн ур чадвар хангалтгүйгээс "эмчийн зөв биш" үйлдлүүдийн дутагдалтай үйл ажиллагаатай

шууд хамааралтай (А.И.Гузеев 2000). Мэс заслын үеийн болон дараахь эмчилгээтэй холбоотой нас баралтын тодорхой хэсэг нь эмч нарын үйл ажиллагаатай ятрогенный (цацархайн судас, гэдэсний хана, давсаг, дэлүү, цесний ерөнхий цорго гэмтэх, гадны биет үлдэх, унтуулгын явцад эмийн тун хэтрэх, цесний хүүдийн хэвтрээс цес хэвлийн хөндийд асгарах гэх мэтийн) хүндрэл үүсч нас барах, ба дахин давтан мэс ажилбар хийхэд амь насны эрсдэл ихсэхээс гадна үлэмж хэмжээний материалын нөөц зардал ихээр шаардагддаг (Н.И.Слепых 2000).

Бид мэс заслын тасгуудад 1999-2000 оны эхний хагас жил хүртэл эмчлэгдэн хүндэрч нас барсан 18-89 насны, эрэгтэй 49 (61.2%), эмэгтэй 31 (38.8%) нийт 80 тохиолдолд судалгаа хийлээ. Насны бүлгээр нь ангилав. 10-19 насны 2 (2.5%), 20-29 насны 15 (18.7%), 30-39 насны 12 (15%), 40-49 насны 13 (16.3%), 50 аас дээш насны 38 (47.5%) эзэлж, үүнд 50-59 насны 12 (15%), 60-69 насны 13 (16.2%), 70-79 насны 9 (11.2%), 80-89 насны 4 (5%) тохиолдол тус тус эзэлж байна. Бид 80 тохиолдлын 61 (76.2%)-д нь хэвлийн хөндийн мэс засал хийсэн тохиолдолд судалгаа хийхэд 25 (41%) нь 50-69 насны нас хэвийж өтөлж, хөгширч буй бүлэг, 70-89 насны 13 (21.3%) өндөр настны бүлэг эзэлж, нийт нас баралтын 38 (62.3%) хижээл болон өндөр настнууд эзэлж байна. Өндөр настай хүмүүст тухайн тохиолдолд амь насанд аюул занал учруулж буй мэс заслын цочмог үндсэн өвчнөөс гадна насралт, хөгшрөлттэй холбоотой суурь дагалдах янз бүрийн архаг өвчнүүд байнга өвчлүүлж дагалдаж байдгаас тухайн мэс заслын өвчний явц, тавиланд байнга муугаар нөлөөлдгөөс гадна, зарим тохиолдолд өрсөлдөх өвчний байранд очдог (Н.И.Слепых 2000).

Өндөр насралтыг дагалдаж биеийн эсэргүүцэл, дархлалын тогтолцоо ядуурч, сулардгаас өвчин эмгэгийн эсрэг тэмцэх бие тогтолцооны хариу урвалж суларч, амьдралын амин чухал эрхтний үйл ажиллагааны дутагдлууд гүнзгийрснээр тухайн үүссэн нөхцөл байдалд ээнэгшин зохицох боломж хязгаарлагдаж хомсдсоноос энэ бүлгийн насны өвчтнүүдэд тохиолдох хүндрэл, нас баралт өндөр байна (И.Н.Белов 1998, А.Е.Борисов, А.П.Михайлов, В.П.Акимов 1997) гэсэн судалгаатай бид санал нэг байна. Хамрагдсан өвчний тохиолдлыг бүтцээр нь авч үзвэл мухар олгой (9) 14.7%, бүдүүн гэдэсний хавдар (12) 19.7%, ходоод хос гэдэсний эмгэг (6) 9.8%, улаан хоолойн цооролт (2) 3.3%, цесний

хагалгаа (12) 19.7%, гэдэсний түгжрэл (13) 21.3%, хэвлийн хөндийн цочмог цус алдалт (7) 11.5% тус тус хамрагдаж байна.

1. Мухар олгойн цочмог үрэвсэлт өвчний оношоор (9) 14.7% тохиолдол мэс заслын дараа хүндэрч нас барсны 2 тохиолдолд хүлээн авахад ирээд оношлогдоогүй буцааснаас, мэс заслын дараахь хяналтыг 2 өвчтөнд дутагдалтай тавьж, динамикийг зөв үнэлж хүндрэлийг оройтуулж оношлосноос цаг алдаж перитонитоор хүндэрч дараа дараагийн мэс заслын эмчилгээ үр дүн өгөөгүй. Эндээс хэвлийн хөндийн өвчнүүдийг ялган оношлох, мэс заслын дараахь динамик ажиглалтыг сайтар хийж хүндрэлийг цаг алдалгүй оношилж эмчлэхийн чухлыг зааж байна. Мухар олгойтстой бүдүүн гэдэс, элэг дэлүүний булангийн хавдартай хавсарсан 2 тохиолдолд олгойн мэс заслыг эхэлж хийгээд түгжрэлийн шинж тэмдэг илэрсэн үед нь давтан мэс засалд орж гэдэс тайрсан, гэдэсний парез үргэлжилж хордлого гүнзгийрч улмаар оёдол тавигдаж дахин давтан хүндэрч перитонит гүнзгийрч нас барах шалтгаан болжээ. Олгойн мэс заслын дараа цус алдаж хүндэрч нас барсан нэг тохиолдолд давтан хагалгаа хийж шалгахад цацархайн гол судаснаас цус алдаж дараалсан хүндрэл (нарийн гэдэс цоорох, элэгний доор буглаа үүсэх, перитонит үргэлжлэх)-ээр хүндэрч нас баржээ. Эндээс ажиглахад хагалгаанд орох өвчний оношийг зөв тавьж (хавсарсан, дагалдах), шаардлагатай тохиолдолд ерөнхий мэдээ алдуулалттай хэвлийн хөндийг сайтар нямбай шалгах шаардлагатай байна. Үлдсэн 2 тохиолдол нь хөдөө орон нутагт 2-3 удаа мэс засалд орсон, маш их хүндэрч олон эрхтний дутагдал, шархны хордлого, тураал гүнзгийрсэн үедээ эмнэлэгт иржээ.

2. Бүдүүн гэдэсний мэс засал хийлгэсэн 12 тохиолдлын 6 (50%) нь гэдэсний саажилт гүнзгийрч, оёдол тавигдаж перитонитоор хүндэрсэн тохиолдолд хагалгааны өмнөх бэлтгэл, тактикийг зөв боловсруулах, парезийн эсрэг эмчилгээг хангалттай хийх, хордлого тайлах, ус эрдэс уураг нөхөх, самсуу тэжээлээр хооллох зэрэгт анхаарлаа хандуулбал нас баралт эрсдлүүдийг бууруулах боломжтой.

Мэс засал хийх үедээ 6 (50%) тохиолдолд тактикийн хувьд дэндүү радикал аргыг сонгож авснаас тухайн өвчний нөхцөл хүндрэлтэй холбоотойгоор техникийн боломж дутагдаж хагалгаан дээр цус алдаж, үргэлжлэн цус алдсаар хүндэрч нас бар-

Элгэн дэх изотопын тархан хуралдалтын төв өмөнд нэрвэгч

жээ. Хагалгааны бэлтгэлийг сайтар хийж мэс ажилбарын тактик, заалтаа зөв боловсруулж ямар нэг ажилбар хийснээр амийг нь аварч, амьдралыг нь уртасгах ашигтай хувилбарыг сонгох нь нэн тэргүүний шаардлагатай байгаа нь харагдаж байна. Гэдэсний хавдартай өвчтнүүд хагалгаанд ороход түгжрэл удаан үргэлжилсэн, хордлого гүнзгийрч уургийн дутагдалд ордогос мэс заслын дараа парез үргэлжилдэг, парезын эсрэг арга хэмжээг тууштай эрчимтэй аваагүйгээс түгжрэл даамжирч гэдэс дүүрч оёдол тавигдаж хүндрэх хүчин зүйл болдгийг судлаачид тэмдэглэжээ.

3. Ходоод хос гэдэсний мэс засал хийлгээд хүндэрч нас барсан 6 тохиолдлын 5-д нь оёдол задарч перитонит үүсч, үлдсэн нэг тохиолдол нь хагалгаа хийсний дараа цус үргэлжлэн алдаж нас барах үндсэн шалтгаан болжээ. Мэс заслын эцсийн үр дүнд мэс заслын өмнөх бэлтгэлийн хангалт, техникийн горим баримтлалт, мэс засалчийн бэлтгэл ур чадвар, хэрэглэж буй багаж төхөөрөмж, гуурс, урсгуур, хаймсуур болон зүү утасны стандартаас хамаарч мэс заслын эцсийн үр дүнд нөлөөлсөн нөлөөлөл ч байна.

Оношилгоонд рентген, эхо, дуран гэх мэт шинжилгээнд туйлширсан ач холбогдол өгч өвчтний биеийн байдалд зөв дүгнэлт хийх эмчийн клиник сэтгэлгээ, мэдлэг, мэдрэмж дутагдснаас оношилгоо, мэс заслын тусламж оройтсноос нас баралтад нөлөөлж байна (Б.РГелфанд, В.А.Гологорский, С.З.Бурневич ба бусад 1997).

4. Цөсний мэс засал хийлгэсэн 12 тохиолдлын 5-д нь цөсний хүүдийг авч, түүний ерөнхий цоргыг хос гэдэстэй холбох мэс ажилбар хийсэн, 6 тохиолдолд перитонитоор хүндэрч, 4 тохиолдолд мэс засал хийсэн өдөртөө цус алдаж давтан мэс засалд орсон ч цус алдалтын шокоор, нэг тохиолдолд бөөрний дутагдлаар, үлдсэн 2 нь тромбэмболи, зүрхний шигдээсээр нас барсан байна. Насны бүлгээр 37-56 настай 3, 66-89 настай 9 өвчтөн судалгаанд хамрагджээ. Өндөр наслалтыг сүүдэр мэт дагалддаг эмчилгээ үйлчилгээнд сөргөөр нөлөөлдөг үр дагавар, эрсдлийг тооцохгүйгээр ажиллаж болохгүй нь эндээс илэрхий байна. Өндөр настай өвчтөнд тавих хяналт, эмчилгээ сувилгаа, зүрх судасны талаас гарч болзошгүй хүндрэлээс урьдчилан сэргийлэх эмчлэх арга хэмжээ анхаарах асуудал байсаар байна.

5. Гэдэсний түгжрэлээр 13 тохиолдолд хүндрэл үүсч, улмаар

нас барсны 10 нь гэдэс тайрч залгах хагалгаа хийсэн, улмаар оёдол тавигдаж перитонит үүсэх, цус алдсан зэргээс шалтгаалж 2-3 удаа давтан мэс засал хийсэн, 2 өвчтөн маш их хүндэрч оройтож эмнэлэгт ирснээс, 1 тохиолдолд гэдэс тайрч залгаад хагалгаанаас гараад 1 цагийн дараа цус алдаж хүндэрсэн зэргээс шалтгаалж нас баржээ. Түгжрэл үүсгэсэн шалтгаанаар нь 7 (53.8%) наалдаст түгжрэлтэй байжээ.

Хэвлийн хөндийн мэс засалд тулгамдсан хүндрэлтэй асуудлуудаас гэдэсний наалдаст түгжрэлийн оношилгоо, эмчилгээний асуудлууд нь бүрэн шийдвэрлэгдээгүй хэвээр байсаар байна (Р.П.Аскерханов, М.Р.Авдулаев 1986, Н.Г.Гатаулин 1978, В.П.Петров, И.А.Ерүхин 1989). Хавдрын бус гаралтай наалдаст түгжрэл бүх механик түгжрэлийн 50-93.3% эзэлдэг, 7.6-16% үхэлтэй (В.М.Тимербулатов, С.Н.Хунафин, М.С.Кунафин ба бусад 1999). Хагалгааны дараахь эрт үеийн наалдаст түгжрэл нь 21.2-57% үхэлтэй (R.E.Brolin 1984, Н.П.Макорава, Троицкий бусад, 1999). Эрдэмтдийн судалгаанаас дүгнэлт хийхэд ч нарийн, бүдүүн гэдэсний түгжрэлийн мэс заслын оношилгоо эмчилгээнд бүх шатны мэс заслын эмч нарын анхаарлыг төвлөрүүлэх, сургалт семинар зохион байгуулах гэх мэт арга хэмжээ авах хөдөө орон нутгаас өвчтнийг хэтэрхий хүндэрсэн олон эрхтний эргэшгүй дутагдалд орсон хойно нь төв эмнэлэгт илгээхэд эмчилгээнд үр дүн гарахгүй, сэтгэл санаа, эдийн засгийн давхар хүндрэлд оруулдгийг хөдөө орон нутгийн эмч нар анхааралдаа авах нь зөв болов уу?

6. Хэвлийн хөндийн эрхтний цочмог цус алдалтын улмаас 7 тохиолдолд яаралтай мэс заслыг амьдралын шаардлагаар хийсэн ч амь нас нь аврагдах боломжгүй хүндэрсэн байна. Үүнд гол судасны хэвлийн хэсэг задарсан - 2, элэгний хавдар задарсан - 3, сэмж чацархайн хавдар задарч цус алдсан - 2 тохиолдол бүртгэгджээ. Судасны эмгэгийг эрт оношилж, эмчлэх өндөр мэдрэмжтэй оношилгоо эмчилгээний аппарат, багаж, тоног төхөөрөмж, судасны протез, мэргэжлийн боловсон хүчин бэлтгэх бодит шаардлага амьдралаас урган гарч байна.

ДУГНЭЛТ

1. Хэвлийн хөндийн мэс заслын өвчнөөр нас барсан тохиолдлын 38 (62.3%) перитонитоор, 20 (32.81%) цус алдалтын хүндрэлээр хүндэрч нас баржээ. Тархмал идээт хүнд хэлбэрийн бактерийн шокоор хүндэрсэн, олон эрхтний дутагдалтай, перитониттой өвчтөнд перитониальный диализ (PD) хийж хэвлийн хөндийг мэс заслын дараа үргэлжлүүлэн идэвхтэй цэвэрлэх эмчилгээнд ашигласан нь үр дүнтэй эмчилгээний арга болж чадлаа. Перитониальный диализыг ашиглахаас өмнө энэ бүлгийн өвчтний 36% нь нас барж байсан бол диализыг эмчилгээний нэг гол хэлбэр болгон бусад эмчилгээтэй хамтатгаж хэрэглэснээр үхлийг 23% хүртэл бууруулсан. (Ш.И.Каринов, У.Ю.Эргашев 1998). Эмчлэх ур чадварыг дээшлүүлж эмчилгээнд дэвшилтэт аргуудыг нэвтрүүлснээр 62.3%-ийн нас баралттай перитонитын шалтгааныг бууруулах бололцоо байна.

Нас баралтын хоёрдахь үндсэн шалтгаанд цус алдалт орж буй нь цус алдалтыг оношлох, эмчлэхдээ тактик, техникийн талаас гарч болзошгүй хүндрэлүүдээс урьдчилан сэргийлж чадвал дээрх хүндрэлүүдийг 50% бууруулах боломж бидэнд байгаа нь судалгаагаар ажиглагдлаа.

2. Бие биеэ орлож чадах, байнга өсөн дэвждэг жинхэнэ өндөр нарийн (онолын болоод практикийн нэгдлийг хангасан) мэргэжлээр мэргэшсэн чадварлаг, хариуцлагатай мэс засалч нарын багийг бүрдүүлж чадвал мэс заслын эмчилгээний эцсийн үр дүн эрс дээшилж, эмчилгээ, үйлчилгээ (оношилгоо, тактик, техник)-тэй холбоотой чанарын доголдол гарах үүд хаалга хаагдана.

3. Ходоод, нарийн, бүдүүн гэдэс тайрах, залгах мэс заслын эмчилгээний үр дүн бидний төлөвлөсөн төвшинд хүрэхгүй байгаа нь нэгдмэл нэг стандартгүйтэй холбоотой. Иймээс ходоод гэдэсний мэс заслын үйлдлийн стандартыг бий болгож боловсруулах шаардлага эрдэмтэд, эмч нарын өмнө тулгарч байна. Элэг цөс, ходоод гэдэсний оёдолд олон улсын стандартын зориулалттай зүү, утсыг хэрэглэхийг хичээх хэрэгцээ бас гарч байна.

Өдгөө анагаах ухаан хөгжсөн бусад оронд ходоод гэдэсний мэс засалд залгаасыг бараг 100% тусгай зориулалтын оёгч аппаратаар хийдэг болсныг манай клиникийн практикт нэвтрүүлэх нь нэн чухал байна.

НОМ ЗҮЙ

1. Хирургия 1998г №4, стр 20-21, 25-29
2. Вестник хирургия 1998г, №1, стр 57-60
3. Вестник хирургия 1999г, №6, стр 36-46
4. Вестник хирургия 2000г, №2, стр 39-42
5. Вестник хирургия 2000г, №3, стр 21-24
6. Вестник хирургия 2001г, №1, стр 63-66

CAUSES OF COMPLICATIONS AND DEATH SURGICAL
DISEASES OF ABDOMINAL ORGANS

D.Niamsuren

A retrospective analysis of 61 case histories of patients who died in surgical departments of the Central State Clinical Hospital from 1999 till 2001 has shown that 62.3% of the patients had complicated of diffuse purulent peritonitis and 32.8% of the postoperative massive blood loss. Other causes of complications and lethality were established. A complex system of measures is proposed to reduce lethality of patients with these diseases including all the stages of diagnosis and treatment. Main ways to reduce their amount are determined.

БЕХЧЕТИЙН ӨВЧНИЙ ЭМНЭЛ ЗҮЙН ЗАРИМ ОНЦЛОГ

Б.Жавзандулам - Нүдний их эмч,
Ж.Баасанхүү - дэд док.,
Э.Санжаа - дэд док., проф.,
Д.Аюуш

СУДАЛГААНЫ АЖЛЫН ҮНДЭСЛЭЛ

1930 оны 11 сард Грекийн нүдний эмч В.Адамтаидис нь Афины Эмнэлгийн нийгэмлэгт амны шархлаа, бэлэг эрхтний шархлаа ба дахидаг гипопион бүхий залуу өвчтнийг илрүүлснээр Бехчетийн өвчин гэж нэрлэгдэх болсон юм [1].

Бехчетийн өвчний тархалт нь газар зүйн орчинтой нягт уялдаа холбоотойгоор торгон замын дагуух тодорхой угсаатны бүлгүүдэд янз бүрийн тархалттайгаар тохиолдож байна. Жишээ нь: 100,000 хүн амд Туркид 8-37, Ази тивд 2-30, Европ болон АНУ-д 0.1-7.5 өвчтөн [5], Солонгост 10,000 хүн амд 1.8 өвчтөн [3] тохиолдож байна.

Амны шархлаа (92-100%), бэлэг эрхтний шархлаа (57-93%), арьсны гэмтэл (38-99%), нүдний үрэвсэл (29-100%) тохиолдоно.

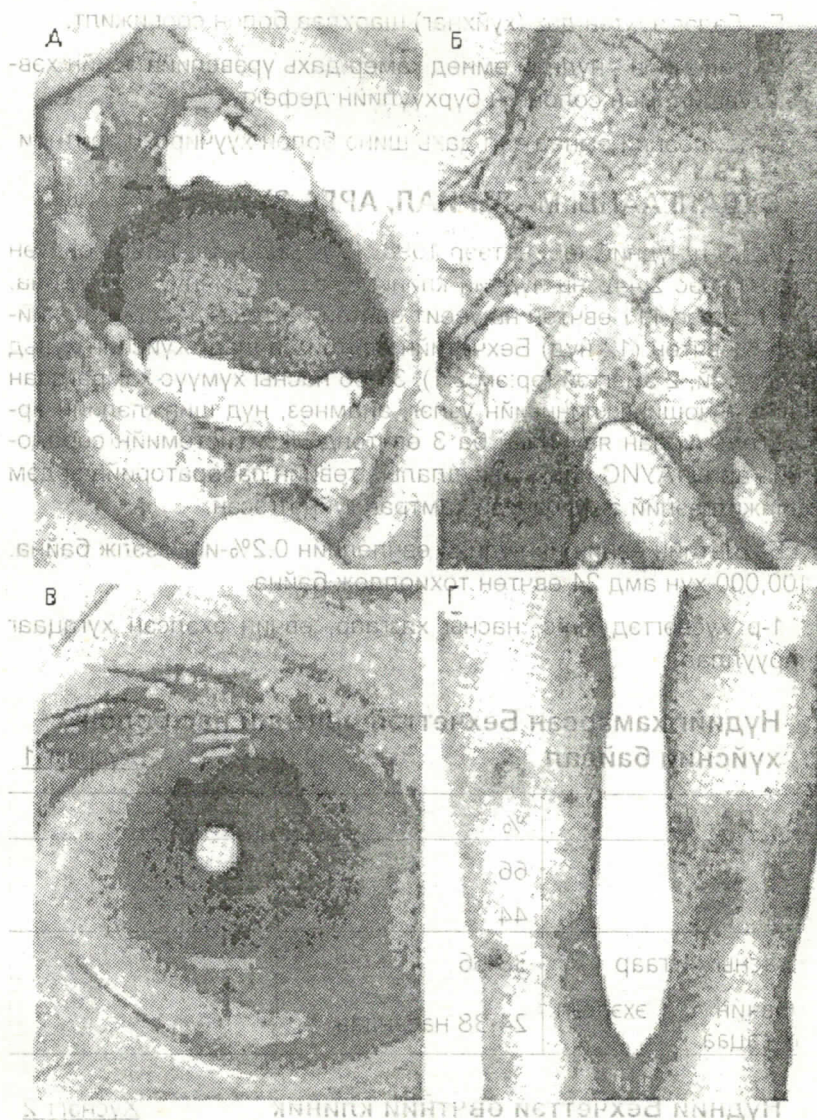
Газрын дундад тэнгисийн орчмын орнууд болон Өмнөд Азийн газар зүйн орчинд HLA-B51 -тэй холбоотой өвчний харьцангуй өртөмхий чанар өндөр байна [5].

Бехчетийн өвчин нь идэр, хөдөлмөрийн чадвартай хүмүүст тохиолдож [2] хоёр нүдийг хамран өвчлүүлэх ба эмчлэхгүй бол 90% нь 3.6 жилийн дотор сохроход хүрдэг тавилан муутай хүнд өвчин юм [4].

СУДАЛГААНЫ ЗОРИЛГО

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

судлах зорилго тавилаахдээ хэсгээ нэлдүүд жавс, дүүд - А



Зураг 1. Бехчетийн өвчний эмнэл зүйн шинж тэмдэг
Өвчтөн В. 39 настай, эрэгтэй.

А - уруул, завьж, буйлан дээрх шархлаа,

Б - бэлэг эрхтэн дэх (хуйхнаг) шархлаа болон сорвижилт,

В - гипонион - нүдний өмнөд камер дахь үрэвслийн эсийн хэвтээ түвшин, мөн солонгон бүрхүүлийн дефект,

Г - шилбэний өмнөд тал дахь шинэ болон хуучирсан эрители

СУДАЛГААНЫ МАТЕРИАЛ, АРГА ЗҮЙ

УКТЭ-н нүдний кабинетээр 1998, 1999 онд нийт 12,253 өвчтөн үзүүлснээс 2,446 нь нүдний клиникт хэвтэж эмчлүүлсэн байна. Тэдгээрээс 111 өвчтөн нь увеит өвчтэй ба тэдэнд судалгаа хийхэд 6 өвчтөн (12 нүд) Бехчетийн өвчтэй байлаа. Хүйсийн хувьд 4 эрэгтэй, 2 эмэгтэй (эр:эм 2:1), 38-66 насны хүмүүс хамрагдсан байв. Оношийг клиникийн үзлэг, анамнез, нүд шинжлэлийн аргад тулгуурлан явуулсан ба 3 өвчтөнд HLA системийн серологийн аргыг АУИС-ийн Хүн судлалын төвийн лабораторийн эрдэм шинжилгээний ажилтантай хамтран гүйцэтгэсэн.

Бехчетийн өвчин нь нүдний өвчлөлийн 0.2%-ийг эзэлж байна. 100,000 хүн амд 24 өвчтөн тохиолдож байна.

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

Нүдийг хамарсан Бехчеттэй өвчтний нас болон хүйсний байдал

Хүснэгт 1

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

Нүдний Бехчеттэй өвчтний клиник

Хүснэгт 2

	%	N ӨВЧТӨН
Дахидаг амны шархлаа	100	6
Увеит	100	6
Дахидаг бэлэг эрхтэний шархлаа	50	3/6
Арьсны эритем	83	5/6
<u>Бусад</u>		
HLA-B51 эерэг	100	6
Үений үрэвсэл	100	6
TMC-с гарах өөрчлөлт	66	4

Нүдний хэлбэрийн Бехчетийн өвчинХүснэгт 3

Байрлал	%	Нүд
Өмнөд увеит	75	9
Арын увеит	-	
Пан увеит	25	3
<u>Хүндрэл</u>		
Арын наалдац	75	9
Болрын бүдэгшил	50	6
ХМД-н хатингаршил	41	5
Торлогийн хууралт	25	3
Сохорсон нүд	58.3	7

Харааны байдалХүснэгт 4

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

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

Хүснэгт 5

Бехчеттэй өвчтний үе мөчийг хамарсан байдал

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

ДҮГНЭЛТ

1. Манай оронд Бехчетийн өвчний талаар хийгдсэн судалгаа ховор байсан ба бидний судалгаагаар Бехчетийн өвчин нь нүдний өвчлөлийн 0.2%-ийг эзэлж, 100,000 хүн амд 24 өвчтөн тохиолдож байна. Эрэгтэйчүүдэд тохиолдлын 2 дахин их байна.

2. Насны хувьд идэр насны (38-66) хүмүүс зонхилж байна. Харааны хувьд маш хүнд тавилантай байна (25% нь нүдгүй, 33.2% нь хараагүй болох). Клиникийн үндсэн 3 шинж тэмдэг болох дахидаг амны шархлаа 100%, увеит 100%, дахидаг бэлэг эрхтний шархлаа 50%-ийн илрэлтэй байна.

3. Уг өвчин нь HLA-B51-тэй эерэг холбоотой нь тодорхойлогдлоо.

ХЭЛЦЭМЖ

1. Цаашид уг өвчний бусад эрхтэн системд тохиолдох шинж тэмдгийг гүнзгийрүүлэн судлах
2. Тархалт, оношилгоо болон эмчилгээний талаар гүнзгийрүүлэн судлах

лэн судалгаа хийх шаардлагатай байна.

НОМ ЗҮЙ:

1. Adamantiades B.: Sur un cas d'iritis a hypopion recidivant. Ann. D' Oculistique CLXVIII; 1931, 271-278.
2. CG.Barnes In Rachel J.Inglis (ARC) (eds.) Reports on rheumatic disease (series 2) London 6 pages.
3. Jaehoon Roh et al. Prevalence estimation of Behcet's disease in Korea. Yonsei Medical Journal. Volume 41. 2000. p.29
4. Mamo, J.G.: The rate of visual loss in Behcet's disease. Arch. Ophthalmol. 84:451, 1970.
5. Zouboulis Ch C. Epidemiology of Adamantiades - Behcet's disease, Yonsei Medical Journal. Volume 41. 2000. p 9.

CLINICAL MANIFESTATIONS IN BEHCET'S DISEASE

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

ТӨВӨНХИЙН ХОРТ ХАВДРЫН ШАЛТГААН ЭМНЭЛ ЗҮЙН ЗАРИМ АСУУДАЛ

Л.Бямбасүрэн,
А.Баярсайхан

ЭПИДЕМИОЛОГИ

Анагаах ухааны салбарт хавдрын асуудал онцгой анхаарал татдаг билээ. АНУ-д хавдраар нас барагсдын 1%-ийг төвөнхийн хавдар эзэлдэг. Төвөнхийн хавдар байрлалын онцлогоос хамааран харьцангуй эрт оношлогддог бөгөөд 60% хавдар дангаар, 25% хүзүүний тунгалгийн булчирхайд үсэрхийлэл өгсөн, 15% ойрын болон холын эрхтэнд үсэрхийлэл өгсний дараа оношлогддог ажээ. (6;7)

Төвөнхийн хорт хавдрын дотор хавтгай эст карцинома 90% эзлэх бөгөөд толгой хүзүүний хавдрын дотор 26% тохиолддог. (2;5) Эрэгтэйчүүд хавдарт илүү нэрвэгддэг бөгөөд сүүлийн жилүүдэд эмэгтэйчүүдийн эзлэх хувь ихсэж байна. (3)

Тамхи нь төвөнхийн хорт хавдрын шалтгаанд чухал байр эзэлдэг хэвээр байгаа бөгөөд Maier болон DeStefany нарын судалгаагаар төвөнхийн хорт хавдар бүхий өвчтний 96.5% ба 97.2% тамхичид байв. (1;3) Wynder 10-аас дээш жилийн хугацаанд өдөрт хагас болон бүтэн хайрцаг тамхи татагч эрэгтэйчүүдэд 30 foldrisk хавдарт өртөмтгий гэсэн судалгаа гаргажээ. Тамхины чанараас шалтгаалсан судалгаар DeStefany Уругвайд хийсэн бөгөөд хатуу (dark) тамхи хэрэглэгч нь зөөлөн (light) тамхи хэрэглэгчээс 2.5 дахин илүү өртөмтгий байжээ. Хавдрын шалтгааныг папиллома вирустай хамааруулан судлахад папилломатоз өвчний 2% нь 15-20 жилийн дараа хортой хавдарт шилждэг нь тогтоогджээ (2;4)

СУДАЛГААНЫ ЗОРИЛГО

Бид манай оронд багагүй тохиолдох төвөнхийн хавдрыг үүсэхэд нөлөөлөх хүчин зүйлүүд, эмнэл зүйн байдлыг судлах зо-

рилго тавилаа.

СУДАЛГААНЫ ЗОРИЛТ

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

СУДАЛГААНЫ АРГАЧЛАЛ

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

СУДАЛГААНЫ ҮР ДҮН

Бидний судалгаанд 41-78 насны өвчтөн хамрагдав. Өвчтнийг насны хүйсний байдлаар авч үзэхэд:

Хүснэгт 1

	41-45	46-50	51-55	56-60	61-65	66-70	71<	Бүгд
ЭР	-	1	2	3	7	7	9	29
ЭМ	1	1	1	2	1	2	4	12

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

Өвчтний нас хүйсийг тамхи татсан жилтэй харьцуулан хүснэгтээр үзүүлэв.

Хүснэгт 2.

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

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

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

87.5% залгиурын архаг үрэвсэл, 6.2% хамар, хамрын дайвар хөндийн эмгэг, 6.3% амьсгалын дээд замын ямар нэгэн архаг үрэвсэл өвчинтэй байна. Өвчтний 17 буюу 46.6% нь архийг ямар нэгэн хэмжээгээр тогтмол хэрэглэдэг байв. 1 тохиолдолд төвөнхийн папилломатоз өвчин оношлогдсноос хойш 2 жилийн дараа хорт хавдарт шилжжээ. Төвөнхийн хорт хавдар зөвхөн төвөнхийн бүсэд буюу үсэрхийлэлгүй 52.2%, ойролцоох тунгалгийн булчирхайд үсэрхийлсэн 34.1%, ойролцоох тунгалгийн булчирхай болон алсын эрхтэнд үсэрхийлсэн 13.7% оношлогдов.

Өвчтний зовиурыг хүснэгт 3 -т үзүүлэв

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

Дууны өөрчлөлт нийт өвчтөнд 100%, амьсгал дутагдлын шинж 48.7% төвөнх орчмын өвдөлт 58.5%, хоолойд юм торох зовиур 34.1%, ханиалгалт 24.4% илэрч байлаа. Хавдрын байрлалыг судлан үзэхэд төвөнхийн дээд бүсийн хавдар 14.8% төвөнхийн дунд бүсийн хавдар 4.8%, дээд дунд бүсийг хамарсан хавдар 21.9%, төвөнхийн 3 бүсийг хамарсан 58.5%-ийг эзэлж байв.

Дүгнэлт:

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

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

НОМ ЗҮЙ:

1. De Stefany E, Correa P, Oreggia F : Risk factors for laryngeal cancer. Cancer 60:3087-3091, 1987
2. Ferrito A : Hystological classification of larynx and hypo pharynx cancers and their clinical implication. Acta otolaryngol (stockh) Supp 342: 8 - 38, 1977
3. Maier, Cewelke U, Dietz A, et al (Cancer of the larynx and Risk factors of cancer of the Larynx : Results of the Heidelberg case - control study. Otolaryngol. Head Neck Surgery 107:577-582, 1992
4. Koufman J A, Cummis M :Reflux and early laryngeal carcinoma: A prospectiv study using p monitoring. Presented at southern section of the American laryngological, phinological and otolaryngologic Society Jan.1995
5. Koufman J.A: The otolaryngologic manifestations of gastroesophageal reflux disease laryngoscope 101: 1- 78. 1991.
6. Michael Hawke, Bruce Benjamin, Bingham: Atlas of Clinical Otolaryngology 74-75, 1992
7. Wang CC, McIntyre J: Re-irradiation of laryngeal carcinoma - techniques and results. International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics 26 (5) : 783- 785., 1993.

SOME ETIOLOGICAL AND CLINICAL PECULARITIES OF THE LARYNGEAL CANCER

L.Byambasuren, A.Bayarsaihan

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

IV БҮЛЭГ ОНОШИЛГОО

ЗҮРХНИЙ БУЛЧИНГИЙН ЦУСАН ХАНГАМЖИЙГ ЦӨМИЙН АРГААР ОНОШЛОХ НЬ.

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

Цөмийн оношилгооны нэг том салбар нь цөмийн кардиологи юм. Зүрхний практикт 1970 оноос эхлэн цөмийн шинжилгээг өргөн ашиглаж эхэлжээ.

Өнөөдөр дэлхий нийтэд уг салбар нь эрчимтэй хөгжиж зүрхний практикт голлох үүргийг гүйцэтгэж байна. АНУ ойролцоогоор 60 сая хүн зүрхний ямар 1 эмгэгтэй бөгөөд, 4 хүн тутмын 1 нь титэм судасны эмгэгтэй гэсэн үг. Тиймээс өндөр тархалт бүхий энэ өвчнийг оношлох, өвчний явцыг удирдахад цусгүй уг шинжилгээний арга нь чухал үүрэг гүйцэтгэдэг.

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

СУДАЛГААНЫ ЗОРИЛГО, ЗОРИЛТ, АРГАЧЛАЛ

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

- Өгүүлэмжээс өвчинд нөлөөлөх хүчин зүйлүүд байгаа эсэхийг тодруулах;
- Тайван үеийн ЗЦБ нь ачаалал өгөх үед өөрчлөгдөж байгаа эсэх, хэрэв өөрчлөлт байвал цөмийн шингээлтийн өөрчлөлтэй тохирч буй эсэх;

- Цөмийн шинжилгээнд гарсан өөрчлөлтөнд дүн шинжилгээ хийж, оношилгоо ба тавиланд хэр ач холбогдолтой болохыг мэдэх зорилтыг зөвшүүлж дараахь аргачлалын дагуу ажлыг явуулав. Үүнд:
- Өвчтөнд нитратыг 18-24 цагийн дотор, Са-ийн эсрэг бэлдмэлийг 72 цагийн дотор, b-блокаторыг 84 цагийн дотор хэрэглэхгүй байхыг зөвлөв.
- Ачаалал өгөхдөө зүрхний цохилтын бай тоог (ЗЦБТ) насанд нь тохируулан 85%-иар тооцоолсон.
- Өвчтнийг ЗЦБ-ийн хяналтан дор, эргэлттэй туузан замаар (treadmill) тэгш талбайгаас өгсүүлэх журмаар хурдыг үе 5 шаттайгаар нэмэгдүүлж ачаалалын дээд шатанд хүрэхэд 8-10 mCi Tc-99m Myoview-г судсаар тарив.
- Судсанд тарьснаас 30-45 минутын дараа SPECT камераар ачаалалтай үеийн, түүнээс 4 цагийн дараа давтан 20-25 mCi Tc-99m Myoview-г судсаар тарьж тайван үеийн зургийг (нийт 64x64 хэмжээтэйгээр, 32 төрлийн зураг) авлаа.

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

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

СУДАЛГААНЫ ҮР ДҮН БА ХЭЛЦЭМЖ

Нийт 27 хүнд шинжилгээ хийснээс 22 эрэгтэй, 5 эмэгтэй байлаа. Дундаж нас 49.63 ± 10.45 байв.

Судалгаанд хамрагдсан 26 хүн бүгд зүрхээр өвддөг гэсэн зовиуртай, 1 хүн ямар ч зовиургүй, зөвхөн зүүн ховдлын томролттой байв. 7 хүн амьсгааддаг, 5 хүн дотор давчдаж агаар дутагдах мэт болно, зүрх дэлсдэг гэсэн зовиуруудыг хэлж байлаа.

11 хүн нь тамхи татдаг, өөх тос ихтэй хоол хэрэглэдэг, 13 хүнд удамд нь зүрх судасны ямар нэгэн өвчтэй хүн байсан байв. 17

хүний даралт ихэсдэг ба 3 хүн урьд нь зүрхний шигдээс өвчнөөр өвдөж байжээ.

Судалгаанд хамрагдагсдаас зүрх судасны өвчин үүсгэхэд нөлөөлдөг ямар нэгэн эрсдлийн хүчин зүйлгүй өвчтөн байсангүй.

Зүрхний цохилтын бай тоо (ЗЦБТ-85% ба 100%-иар үзэхэд) дунджаар 141.26 ± 17.05 ба 171.79 ± 24.83 байлаа.

Зүрхний ачаалалтай бичлэг дэх өөрчлөлт Хүснэгт 1

Үзүүлэлт	Хугацаа	Хурд /MPH/	Түвшин /%/	Зүрхний цохилтын тоо	ST түвшин /mm/	ST хазайлт/ mm/sec/
тайван				87,9	+1,1/- 0,6	+8,8
1 шат	2.57	1.7	10.0	110,4	+1,4/- 0,5	+12
2 шат	2.47	2.5	12.0	123,6	+1,6/- 0,6	+17,4/- 2
3 шат	2.42	3.4	14.0	144,4	+1,2/- 1,05	+27,5
4 шат	1.07	4.2	16.0	158,1	+1,3/- 0,3	+36
5 шат	3.19	2.5	18.0	191	+0,5	+120

Ачаалалтай бичлэгийг 1 хүн I, 8 хүн II, 7 хүн III, 10 хүн IV, 1 хүн V шатандаа ачааллыг зогсоов. 1 хүн ачааллын V шатанд хүрсэн (цөмийн шингээлт хэвийн байсан) ба хэвийн үзүүлэлтүүдтэй байлаа. 1 хүн тайван үеийн зүрхний цохилтын тоо 97 байсан ба ачааллын I шатанд хөхрөлт илрэн, ЗЦБТ (85%) хэмжээнээс хэтэрсэн тул зогсоосон болно.

Судалгаанд хамрагдагсдаас 3 хүнд нь зүрхээр өвдөх шинж илэрч, ачаалал ЗЦБТ- 85%-д хүрсэнгүй.

THR- хүрсэн боловч амьсгаадсан 8, зүрхээр өвдсөн 4, толгой нь эргэж дотор муухайрсан 4, хөхөрсөн 1, ямар нэгэн эмнэл зүйн шинж илрээгүй 11 хүн байлаа.

Ачааллын явцад зүрхний хэм алдагдал, ховдлын экстрасистол бүлэглэсэн буюу бигемини хэлбэрээр, синусын аритми байд-

лаар илэрч байв.

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

Ачаалалтай бичлэгийг зогсоох үзүүлэлтийн 1 ST сегмент цахилгаан саармаг шугамаас хамгийн дээд зэргээр буюу I шатанд +4.7/-1.1 мм-ээр, II шатанд +5.5/-1.8 мм-ээр, III шатанд +1.8/-1.2 мм-ээр, IV шатанд +2.5/-0.3 мм-ээр дээш, доош шилжсэн байлаа.

Хүснэгт 2

Цөмийн шинжилгээг ЗЦБ-тэй харьцуулсан нь

Өвчтөн	Хүйс	Нас	Зүрхний шигдээс	Цусан хангамжийн дутагдал	ЗЦБ /тайван үеийн/
			/Цөмийн шингээлтээр/		
1	эр	48		Inf lat	-хэвийн
2	Эр	54		Хэвийн	-хэвийн
3	Эр	43		Хэвийн	-хэвийн
4	Эр	52	Apex ant, lat		Ant sep, lat Sep iskh
5	Эр	61		Ant/b/, inf-sep, pos	-хэвийн
6	Эр	55	Apex, inf/b/		-inf-apex, lat Sep iskh
7	Эр	41	Apex, ant /b/	Inf-sep	V2-V4 QS inf iskh
8	Эр	57	Ant-sep /b/, lat and inf-post	Бүх ханын ишеми	Гисийн баруунхөлний хориг /Q эхлэлтэй/
9	Эр	65	Apex ant, sep		V2-V3 QS, V4-V5 QRs
10	Эр	55		Ant sep	Хэвийн
11	Эр	49	Apex ant lat /b/		Ant/b/Sep iskh

12	Эр	59	Ant lat /b/		Гисийн зүүн хөлний бүрэн хоригтой
13	Эр	34	Apex pos	Inf-pos	III, aVF qR
14	Эр	46		Inf-post, sep	Мерц,экстрасис
15	Эр	59	Inf-sep		-inf-post Sep iskh
16	Эр	49		Хэвийн	Хэвийн
17	Эр	39		Хэвийн	Хэвийн
18	Эр	59		Inf-post,sep/b/	Хэвийн
19	Эр	46	Apex / ant		Гисийн зүүн хөлний хоригтой
20	Эм	32		Хэвийн	Хэвийн
21	Эм	45		Inf-lat /b	V3-V5 Send iskh
22	Эм	41		Inf- lat/ b, a	Inf-pos sep,lat Sep iskh
23	Эм	43		A-s/b/,apex	Ховдлын экстрасистол
24	Эр	51		Sep, inf /b	Хэвийн
25	Эр	45	Ant-sept/b		Septal iskh
26	Эр	42		Хэвийн	Хэвийн
27	Эр	39		Sep / b	Парок.тахи

ant-anterior, lat-laterior, inf-inferior, (b) - basic, sep-septum, pos-posterior, iskh-iskhemi, Sep-subepicardial, Send-subendocardial

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

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

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

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

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

Хөндлөн зүслэгт дунд ба суурь хэсэг хавсран гэмтэх нь элбэг байна

Дээрх хөндлөн зүслэг дээр гарсан өөрчлөлт босоо болон хэвтээ зүслэгтэйгээ тохирч байв.

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

ЗЦБ-т тэжээл хэвийн, өөрчлөлтгүй 11 хүний 6 нь зүүн ховдлын тэжээлийн дутагдал буюу далд ишеми илэрлээ. Эдгээр 6 хүнд ачаалалтай бичлэг хийх явцад 4 хүнд нь синусын тахикарди, 4 хүнд нь ST сегмент 1.8-2.4 мм хүртэл буурсан болно. Энэ нь эдгээр хүний зүрхний булчингийн далд тэжээлийн дутагдалтай байсныг давхар баталж байна.

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

Өвчтөн Г. 56 настай. Багш ажилтай. Цөмийн шинжилгээгээр

зүрхний шигдээстэй тэжээл дутагдалын тэлэлтэд кардиомиопатитай нь батлагдсан.

Өмнө нь зүрхээр хүчтэй өвдөж, амьсгаадаж байгаагүй. Одоо хааяа зүрхээр хүчтэй бус өвдөж, дэлсдэг гэсэн зовиуртай. Аав нь зүрхний өвчтэй байсан. Өөх тостой хоол иддэг. Тамхи татдаг, даралт ихэсдэг. Хааяа 1 даралт бууруулах эмийг даралт ихэссэн үедээ хэрэглэдэг.

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

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

Аргачлалын дагууд ачааллыг өгөхөд толгой нь эргэн, ЗЦБТ 85 %-иар 135 удаа болж, ЗЦБ-ийн III холболтод ST сегмент 1.4 мм-ээр буусан тул ачааллыг III шатны явцад зогсоов.

Өвчтөнд зүрхний булчингийн шингээлт, үйл ажиллагааг үзэхэд хөндлөн зүслэгээр орой хэсгийн өмнөд болон суурь хэсгийн доод хананд хүйтэн бүс илэрч, хажуу ханын шингээлт дунд хэсэгтээ 2, суурь хэсэгтээ 1 балл байлаа.

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

Ховдлуудын үйл ажиллагааг үзэхэд баруун ховдлын үйл ажиллагаа бага зэрэг буурч, цацалтын үзүүлэлт 34.2% байв. Зүүн ховдлын агшилтын үзүүлэлтийг хана тус бүрээр үзэхэд оройн ба ар ханын хэсэг агшилтад оролцохгүй (орой-21 %, ар хана 28 %), бусад ханын хөдөлгөөн багассан (таславч 31%, таславчийн доод хэсэг 22%, хажуу хана 42 %) байлаа. Зүүн ховдлын цацалтын үзүүлэлт 29% байв.

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

Эдгээрээс үзэхэд цөмийн шинжилгээ нь ЗЦБ ба бусад ба-

гажийн шинжилгээгээр шигдээсийг таних боломжгүй үед мөн зүрхний цусан хангамжийн дутагдал ба шигдээсийг хооронд нь ялгахад чухлыг харуулж байна.

Цөмийн шинжилгээгээр титэм судасны өөрчлөлтийг мөн булчингийн эсийн амьдрах чадварыг тогтоон, ховдлуудын үйл ажиллагааны байдлыг дэлгэрэнгүй үзэж байгаа явдал нь өвчний тавилан болон менежментэд чухал ач холбогдолтой юм.

ҮР ДҮН

1. Судалгаанд хамрагдагсдаас зүрх судасны өвчин үүсгэхэд нөлөөлдөг эрсдлийн хүчин зүйлгүй өвчтөн нэг ч байсангүй.

2. ST сегментийн шилжилтийн дунджийг үзэхэд тайван үеийнхээс тодорхой хэмжээгээр өөрчлөгдөн шилжиж байгаа боловч 2 мм-ээс илүү хэлбэлзэх нь цөөн байв. Ачаалал нэмэгдэх тусам зүрхний цохилтын тоо олшрон, ачааллыг тэсвэрлэх чанар багасаж байна. Зүрхний шигдээсийн үед зүрхний булчингийн ачааллыг тэсвэрлэх чанар мууддаг байна. Ачааллын үеийн ЗЦБ-т гарч буй ST сегментийн өөрчлөлтийг цөмийн шинжилгээний өөрчлөлттэй харьцуулахад ерөнхийдөө тохирч байна.

3. Зүрхний цусан хангамжийг цөмийн аргаар шинжлэх нь оношилгоо болон өвчний тавилан, менежментэд чухал ач холбогдолтой юм.

НОМ ЗҮЙ

1. Д.Сэржээ, Г.Дэжээхүү, Я.Дондог Зүрхний ишеми өвчнийг илрүүлэн оношлох. Зөвлөмж зааврын эмхэтгэл. ЭХЯ, АУХүрээлэн. 1989.
2. Ю.В.Афончиков, В.И. Титов, И.П.Байдаков. Инфаркт миокарда с наличием или отсутствием патологического зуба Q. Кардиология 1991-5, стр 88-91.
3. Е.И.Чазов. Руководство по кардиологии. Методы исследования сердечно-сосудистой системы. Том 2. 1982. 440-455стр.
4. Elisa LK, Joseph JS. Clinical SPECT Imaging, New York: Raven Press, 1994: 145-175.
5. The Cardiovascular Imaging Committee, American College of Cardiology. Standardization of Cardiac Tomographic Imaging. J Am Coll Cardiol/ 1992;20:255-256.
6. Procedure Guideline of Myocardial Perfusion Imaging, Society of Nuclear Medicine 1999.

MYOCARDIAL PERFUSION DIAGNOSTIC WITH NUCLEAR MEDICINE METHODS

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

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

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

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

ЭЛЭГ ЦӨСНИЙ АРХАГ ЭМГЭГИЙГ ДҮРСЛЭЛ ОНОШИЛГООНЫ АРГААР ОНОШЛОХ БОЛОМЖ, ХЯЗГААР, ЧИГ БАРИМЖАА

*П.Онхуудай - ЦОЗ-н тасгийн
эрхлэгч, док., проф.*

Элэг судлал ямагт хөгжсөөр урагшилсаар байна. Элэг судлалын клиник, биологийн уран барилга боссор байна. Гэвч элэгний өвчний онош эмчилгээний хувьд зарим асуудлыг шийдвэрлээгүй байна. Элэг судлалын мэдлэгийн шүр, сувдыг маш их хөдөлмөрөөр эрж олсон боловч магадгүй түүнээ хаана шигтгэхдээ л төөрөлдөж байж болох юм. Гепатологит элэг, цөсний архаг өвчнийг эрт оновчтой, үр дүнтэй оношлох нь ямагт шийдвэрлэх асуудлын нэг хэвээр байгаа юм. Олон улс оронд, түүн дотроос манай улс оронд элэг цөсний архаг эмгэг жил бүр нэмэгдэж байна. Ер нь элэгний архаг гепатит нь элэгний өвчин эмчлэгдэх эмчлэгдэхгүйн зааг юм. Манай улсад 1961 оноос эпидеми маягаар дэлгэрсэн элэгний халдварт шар өвчин (А-гепатит) болон В-гепатитын уршиг, элэгний өвчний шалтгаан болсон бөгөөд бодисын солилцооны зарим өвчин, эрс тэс уур амьсгал, хэрэглэж заншсан хоол унд, үйлдвэрийн хорт хүчин зүйл, архидалт, эмийн бодис хэт хэрэглэх зэрэг нь элэг цөсний өвчнийг архагшин даамжирахад зохих нөлөө үзүүлж байна.

Элэг, цөсний архаг эмгэгийг эрт илрүүлэн оношлох боломж ач холбогдол, чиг баримжааны тухайд орчин үеийн дүрслэл оношилгооны олон аргыг хэрэглэх үндэстэй боловч, эрдэмтэд судлаачид едий хүртэл нэгдсэн нэг чиглэлгүй байгаа юм.

Энэ нь дүрслэл оношилгооны аргууд болох цөмийн онош зүй (изотоп), хэт авиа оношилгоо (эхографи), компьютер томографи, дурант дүрслэл оношилгооны шинжилгээгээр хүний элэг, цөсний замын эрүүл үзүүлэлтийн хувьд олон янзын үзүүлэлттэй яг тогтсон хэм хэмжээ (критери) байхгүй байгаатай холбоотой юм.

Бидний ажлын гол зорилго бол орчин үеийн дүрслэл оно-

шилгооны аргаар хүний эрүүл элэг, цөсний замын дүрслэл оношилгооны арга бүр дээр хэм хэмжээг монгол хүн дээр тогтоох мөн элэг, цөсний архаг өвчнийг дүрслэл оношилгооны аргаар эрт цаг тухайд нь оношлох боломж, хязгаар, ач холбогдол чиглэлийг тодорхойлох асуудал байв.

МАТЕРИАЛ, АРГА ЗҮЙ

Бид УКТЭ-ийг түшиглэн 100 эрүүл хүн, 1,805 элэг, цөсний архаг өвчтэй хүмүүсийг шинжилгээндээ сонгож авсан билээ.

Клиникийн субьектив, объектив шинж тэмдэг, элэгний серологи, иммунологи, эндоскопи, компьютер томографи, элэгний биопси, лапароскопийн тусламжтайгаар клиник онош батлагдсан хүмүүс байв. Үүнд:

Эрүүл (хяналтын хэсэг)	100
Архаг холецистит	400
Архаг аажим гепатит	565
Архаг идэвхит гепатит	440
Өөхжсөн элэг	90
Элэгний цирроз	310

Дараа нь эрүүл ба өвчтэй хүмүүст цөмийн онош зүйн шинжилгээнүүд статик, сцинтиграфи, үйл ажиллагааны сцинтиграфи, гепатосцинтиграфи, ультрасонографи, компьютер томографийн шинжилгээг хийж үр дүнг үнэлсэн юм.

1. Статик сцинтиграфи - гамма камер - ФО-ЗЛЦ - 37 - (Сийсэнс фирм, ХБНГУ)-аар радиофармака Тс - 99м - хүхэрлэг коллоидыг 74 МБк идэвхтэй 0.5-1.0 мл венийн судсаар тарьж шинжилгээг хийв.
2. Үйл ажиллагааны сцинтиграфи - Гамма камераар, радиофармака Тс - 99м -ЭХИДА -г 74 -185 МБк идэвхтэй, 0.5-1.0 мл-ээр венийн судсанд тарьж 32 минутын турш үечилсэн сцинтигарммаар зураг авав.
3. Гепатографи-Кадми-Теллур-Детектороор Тс-99м-ЭХИДА-г 74-185МБк идэвхтэй, 0.5-1.1 мл-ээр венийн судсаар тарьж, үйл ажиллагааны муруйг 60 минутын турш тасралтгүй зурав.
4. Ультрасонографи-Эхокамер (Алока-ССД-256, 650, Япон)-р элэг, цөсний зам, дэлүүний шинжилгээг хийлээ. Шинжилгээнд 18-78 насны 1,136 (62.9%) эрэгтэйчүүд, 669 (37.1%)

эмэгтэйчүүд хамрагдлаа. Цөмийн онош зүйн шинжилгээг орчин үеийн оношилгооны өндөр мэдрэмтгий тоолууртай Гаммакамер, хэт авианы оношилгоог компьютертэй универсаль эхокамераар хийсэн бөгөөд өөрсдийн зохион бүтээж шинэ бүтээлийн гэрчилгээ авсан хагас дамжуулагч Кадмителлурид тоолуурыг ашигласан юм. Шинжилгээний үр дүнгийн үнэн зөвийг клиник шинжилгээний аргууд болон өвчний клиник явцаар шалгасан билээ. Элэг, цөсний өвчнийг оношлох дүрслэл оношилгооны чухал үзүүлэлтүүд

1) ЭРҮҮЛ ЭЛЭГ

А. Статик сцинтиграфийн аргаар элэг эрүүл 100 хүнийг шинжлэхэд хэв шинжит гурвалжин дүрсээс (35%) гадна бөөрөнхий, дөрвөлжиндүү, зүүн, баруун, дэлбэ хэвийн байдлаас том, бага байх гэх мэт 13 янзын дүрс илрэв. Элэгний дүр төрх янз бүр байдгаас, түүний (контур) зах ирмэгийн хэлбэр өөр өөр, мөн гаднаас тэмтрэгдэх байдал ч харилцан адилгүй байв. Бид хэвлэл номд бичигдсэн статик сцинтиграмм дээр илрэх элэгний дүр төрхөөс 3-н шинэ хэлбэрийг олсон юм. Элэгний дүр төрхийг тухайн хүний биеийн төрөлх галбиртай холбож үзэх нь зүйтэй юм.

Элэгний зүүн дэлбэнгийн дүрслэл олон янз дүр төрхтэйгээс гадна, зарим тохиолдолд жижиг дүрслэгддэг нь оношилгоонд бэрхшээл учруулах боломжтой. Харин баруун дэлбэн (32%) доош уртсан нарийсах нь (Рийдэлийн дэлбэн) онцлог байв. Монгол хүний элэгний дүр төрхийг голдуу европын судлаачдын үзүүлэлттэй (41%) харьцуулбал хэв шинжит гурвалжин харьцангуй бага хувь эзлэх учраас бусад хэв шинжит бус дүр төрхүүд нь илүү олон хувилбартай байгаа нь нотлогдов.

Б. Үйл ажиллагааны сцинтиграфигаар эрүүл элэгийг шинжилж хэвийн дундаж үзүүлэлтийг тодорхойлов.

	(M±m) мин
Элэгний цуллаг дахь Т макс	3.00±0.9
Т 1/2	31.40±0.2
Элэгний дүрслэл гурвалжиндуу ижил төрөлшилтэй	
Цөсний ерөнхий цоргын дүрслэл	14.43±1.7
Цөсний гэр дүрслэгдэж эхлэх	16.06±1.8
Цөсний гэр бүрэн дүрслэл	18.28±2.4

Өлөн үед 32 минутад дээд гэдэс дүрслэгдэх байдал бага

зэрэг.

Үйл ажиллагааны скинтигарфи нь элэгний дүр төрх түүний цуллагын цусан хангамж, элэгний шимэх, ялгаруулах үйл ажиллагаа, цөсний цоргын болон цөсний гэрийн дүрслэлийг үнэлэхэд чухал ач холбогдолтой бүтэц үйл ажиллагааны шинжилгээ юм.

В. Эрүүл элэгний гепатограммын үзүүлэлт

Хэвийн утга (насанд хүрэгчдэд)

Хамгийн их идэвхжлийн мин	
Эхлэх хугацаа	t 123.68+1.2
Хамгийн их идэвхжилийн	
Дуусах хугацаа	t 246.2+2.4
Муруйн тэгш хугацаа	t 224.24+1.7
Элэгний ялгах хагас хугацаа	T 1/2 8.90+1.6
Дээд гэдсэнд идэвхжлийн очих хугацаа T3 waWw, 26.79+2.1	

Гепатографи нь элэгний үйл ажиллагааг шалгахад мэдрэмтгий энгийн шинжилгээ юм.

Г. Эрүүл элэг, цөсний зам, дэлүү, судасны ультрасонограммын үзүүлэлт: Элэг

Хэмжээ, зах ирмэг, хэт авиан бүтэц

Баруун дэлбэн	
(эгэмний дунд шугамаар)	11.92+2.1
Зүүн дэлбэн (дунд шугамаар)	5.46+2.6
Урд ирмэг	Бага зэрэг гүдгэр, гөлгөр
Хойд ирмэг, элэгний "өнцөг"	Хотгор хурц
Хил хязгаар	Тодорхой
Ойлтын хэмжээ (цуурайн эрчимжил)	Жижгээс дунд зэрэг
Ижил төрөлшил	Харьцангуй жигд
Ойлтын тархалт	Нэг жигд
Ойлтын нягт	Нягт бус
Элгэн доторх цөсний цорго	Ойлтын цайвар тууз
Цөсний ерөнхий цорго	3.33±0.2 мм
Элэгний вен	5.28±1.0 мм
Хаалган вен	8.67±0.7 мм
Доод хөндий вен	9.26±1.2 мм

Цөсний гэр

Хэмжээ	8.31+1.0 * 3.68+0.6см
Хэлбэр	голдуу зууван
Хана, хүзүүвч ойлтын нарийн тууз	
Цөс, хана дотоод бүтэц	жигд

Дэлүү

Хэмжээ	8.90+1.7 * 4.48+0.2см
Цуурайн бүтэц	нягт бус
Дэлүүний вен	4.56+1.2см
Эргэн тойрны хэмжээ	23.17+2.3см
Хөндлөн огтлол	27.13+2.5см

Үнэлэлт: Эрүүл элэгний бүтэц үйл ажиллагааг үнэлэхэд ультрасонографи нь энгийн, хурдан, туяаны ачаалалгүй, хямд төсөөрөө бусад шинжилгээнээс давуу юм.

2) ЦӨСНИЙ ГЭРИЙН АРХАГ ҮРЭВСЭЛ

Цөсний гэрийн архаг үрэвслийн оношилгоонд статик скинтиграфи болон гепатографийн шинжилгээний ач холбогдол бага юм. Харин үйл ажиллагааны скинтиграфийн хувьд цөсний гэр, цөсний замын үйл ажиллагааг цаг хугацааны зургаар үнэлэхэд чухал шинжилгээ юм.

Архаг холециститын үед ихэнх тохиолдолд радиофармака дээд гэдсэнд хэвийн хугацаанаас өмнө очдог нь илэрсэн бөгөөд энэ нь цөсний гэр дүрслэгдэхгүй байх шалтгаан болж байна. Ультрасонографийн шинжилгээгээр архаг холециститын үед өөрчлөгдөн цөсний гэрийг (томорсон, жижгэрсэн, хатуурсан, хорчийсон, хана нь зузаарсан, чулуутай, хийтэй гэх мэт) амархан оношлох боломжтой юм. Цөсний гэр 87% хэлбэр өөрчлөгдөн 68% томорсон, 21.5 % жижгэрсэн. Цөсний гэрийн хана ямагт зузаарсан, хатуурсан, зарим тохиолдолд шохойжин ясжсан (21%) байв. 2 тохиолдолд цөсний гэрийг дүрсэлж чадаагүй байна. Зөвхөн 13% хэвийн хэлбэр төрх, хэмжээтэй цөсний гэр тодорхойлогдсон.

Үйл ажиллагааны Скинтиграфийн үзүүлэлт:

Элэгний цуллаг дахь Т маск	14.45+0.6мин
T1/2	33.72+1.2мин

Элэгний дүрслэл гурвалжин, ижил төрөлшилтэй

Элгэн доторх цесний цоргын дүрслэл 15.20+1.1мин

Цесний гэр дүрслэгдэж эхлэх 20.50+2.3мин

Цесний гэрийн бүрэн дүрслэл 23.31+2.1мин

Өлөн үед 32 минутад дээд гэдэс дүрслэгдэх байдал янз бүр

Цесний гэрийн дотор бүтцийн хувьд 46% ижил төлөвшилтэй, харин 32%-д ижил төрөлшил алдагдсан ойлт ихэссэн байв. Цесний гэрийн ханын дотор тал 46% гөлгөр тэгш байдал 32% ямар нэг хэмжээгээр их, багаар гөлгөр тэгш байдал алдагджээ. 32% буюу 128 өвчтөнд цесний чулуу, 44 өвчтөнд цесний гэрт хий олдсон ба 57 тохиолдолд цесний гэрийн ёроолд өтгөн тунамал дүрслэгдэв.

Үнэлэлт: Архаг Олхециститийг эрт оновчтой зөв оношлоход ультрасонографи, үйл ажиллагааны скинтигарфи зайлшгүй шаардлагатай.

3) АРХАГ ГЕПАТИТ

Статик скинтиграфи: элэгний архаг аажим болон идэвхит гепатитын үед голдуу элэгний баруун зүүн дэлбэн болон дэлүү хэвийнхээс томорч дүрслэгдсэн байв. Элэгний идэвхит гепатитын үед дэлүү 82 % тодорхой томорсон байв. Элэгний зураглалын хэвийн ирмэг чулуужсан байдаг. Элэгний статик скинтиграммаар элэгний архаг аажим ба идэвхит гепатитыг ялган оношлох боломжгүй юм. Харин үйл ажиллагааны скинтиграфи гепатографи нь элэгний архаг аажим, идэвхит гепатитыг ялган оношлоход чухал ашигтай болохыг шинжилгээний үр дүн харуулав.

А. Үйл ажиллагааны скинтиграфийн үзүүлэлт :

	архаг	архаг
	аажим	идэвхит
	гепатит	гепатит
	мин	мин
Элэгний цуллага дахь Т макс	15.44+1.4	19.82+1.3
Т 1/2	33.19+2.1	39.78+2.2
Элэгний дүрслэл	голдуу гурвалжиндуу,	хэлбэр
	томорсон,	өөрчлөгдсөн
	нэвчимтгий	нэвчимтгий

Элгэн доторх цөсний цоргын дүрслэл	16.44±1.7	25.69±1.6
Цөсний гэр дүрслэгдэж эхлэх	17.74±2.1	25.69±1.6
Цөсний гэрийн бүрэн дүрслэл	25.93±1.7	28.47±1.8
Өлөн үед 32 мин-д дээд гэдэс	тод	идэвхийн
дүрслэгдэх байдал	дүрслэгдэнэ.	эрчимжил нь элэгнийхээс бага

Элэгний архаг өвчнүүдийг хооронд нь ялгахад Т макс, Т1/2 болон элэгний дүрслэл чухал юм.

Б. Гепотаграфийн үзүүлэлт :

	Архаг гепатит	
	Аажим (мин)	идэвхит
T1	32.53±1.8	34.65±1.2
T2	56.90±1.1	59.91±0.8
T-2	33.47±1.4	42.49±1.7
T1/2	12.38±1.1	16.00±0.6
T3	46.20±2.5	54.83±2.2

Гепатографи нь архаг аажим, идэвхит гепатитыг ялган оношлоход мэдрэмтгий шинжилгээний арга юм.

УЛЬТРАСОНОГРАФИЙН ҮЗҮҮЛЭЛТ

Элэгний аажим гепатит

Элэгний баруун, (13.60±1.4см), зүүн (9.37±1.2см) дэлбэн томорсон. Элэгний урьд ирмэг гөлгөр шулуун, ар ирмэг гөлгөр, элэгний өнцөг ихэсжээ. Элэгний ойр орчмын эрхтэнтэй хиллэх байдал тод ялгарч харагдах бөгөөд элэгний бүрхүүл тодорхой хэмжээгээр зузаарчээ.

Элэгний цуурай бүтэц: Ойлтын хэмжээ - дунд зэрэг, эрчимтэй, ойлтын тархалт жигд, ойлтын нягт ихэссэн түгээмэл, ижил төрөлшил хадгалагдсан, элгэн дэх хэт авиан сулрал ихэссэн. Дэлүү тодорхой хэмжээгээр томорсон, цуурай бүтэц жигд, бага зэрэг эрчимтэй.

Элэгний идэвхит гепатит

Элэг томорсон ихэнх тохиолдолд элэгний зүүн дэлбэн илүү то-

морсон элэгний цуурай өнцөг мөлийсөн. Цуурай бүтэц:

Ойлтын хэмжээ дунд зэргээс бүдүүн, эрчимтэй ойлтын тархалт голдуу жигд бус, ойлтын нягт илэрхий ихэссэн, нэвчимтгий байдалтай. Ижил төрөлшил алдагдаж эхэлсэн. Элгэн дэх хэт авиан сулрал илэрхий ихсэж, эхо-эрчимжил нэвчимтгий байдлаар мөн ихэсчээ. Дэлүү өвчний явц үе шатаас шалтгаалан томролт нь нэмэгдэж байдаг. Энэ нь дэлүү ямагт томорсон байх бөгөөд дэлүүний цуурай бүтэц жигд эрчимтэй байдгаар илэрхийлэгдэнэ. Архаг идэвхит гепатит цирроз руу шилжих үед ультрасонографийн хэм хэмжээнүүд улам тодорхой болж өөрчлөгдөж ирнэ.

Үнэлэлт: Архаг гепатитыг эрт, цаг тухайд нь оновчтой зөв оношлоход үйл ажиллагааны скинтиграфи, гепатографи бусад дүрслэх оношилгооны аргаас илүү мэдрэмтгий гэж үзнэ.

2. Өөхөжсөн элэг

Үйл ажиллагааны скинтиграфи, гепатографийн шинжилгээний үнэ цэнэ бага юм. Харин статик скинтиграфийн үед өөхөжсөн элэгний баруун зүүн дэлбэн ямагт томорсон байдаг.

Ультрасонографийн шинжилгээ: Элэг томорсон. Ойлтын нягт ямагт илэрхий ихэссэн. Ганцаарчилсан цуурхайн ойлтууд цайвартан харагдана. Энэ нь өөхжилтийн зэрэгтэй хамааралтай явагдана. Үүүнийг цайвар элэг гэж нэрлэнэ.

Үнэлэлт: Ультрасонографигаар эхлэн оношлох бүрэн үндэстэй.

3. Элэгний цирроз

Статик скинтиграфийн шинжилгээгээр доорхи хэв шинжит өөрчлөлтүүд илэрнэ.

- Элгэн дэх идэвхжилийн шимэгдэлт нэлэнхүйдээ багассан. Элгэнд жижгээс бүдүүн идэвхжилгүй толбонцорууд үүснэ.
- Элэгний зүүн дэлбэн илэрхий томорч, баруун дэлбэн багасч ирдэг.
- Дэлүү ямагт том байх бөгөөд ясны хэмэнд идэвхжилийн тархалт илэрнэ.
- Циррозын тавиланг бидний санал болгосон скинтиграммын

4) Архаг гепатит

1. Үйл ажиллагааны скинтиграфи
2. Гепатографи
3. Хэт авиа оношилгоо (ЭХО)
4. Статик скинтиграфи (компьютер томографи)

5) Өөхөжсөн элэг

1. Хэт авиа оношилгоо (ЭХО)
2. Компьютер томографи

6) Элэгний цирроз

1. Хэт авиа оношилгоо (ЭХО)
2. Үйл ажиллагааны скинтиграфи (гепатографи)
3. Компьютер томографи

ИЗОТОПЫН ШИНЖИЛГЭЭНИЙ АРГААР ЭЛЭГНИЙ АРХАГ ӨВЧНҮҮД БА ЭЛЭГНИЙ ӨМӨНГ ЯЛГАН ОНОШЛОХ БОЛОЛЦОО ХҮРЭЭ.

*П.Онхуудай, Б.Рагчаа,
Ш.Жигжидсүрэн*

Сүүлийн жилүүдэд элэгний архаг өвчин ба өмөн жилээс жилд ихсэх хандлагатай болсон нь манай орны болон гадаадын судлаачдын ажиглалтаас тодорхой байна. Элэгний янз бүрийн өвчнийг ялган оношлох халдварт гепатитын эпидеми элэгний архаг өвчний гол шалтгаан болж байна. Энэ талаар Б.Рагчаа, С.Сүндэв нарын судалгаа бичигдсэн юм. Элэгний нэрт судлаач Х.Калк бичихдээ, "Элэгний архаг гепатит бол элэгний цирроз өмөн сүүлийн 10 жилд олширч, хамгийн тархмал өвчинд тооцогдох болсон бөгөөд хөдөлмрийн чадвартай идэр насны хүмүүст ололтой тохиолдох болов" гэж бичиж байна.

Клиникийн болон лабораторийн шинжилгээ хэдий сайн хөгжсөн ч элэгний өвчний янз бүрийн хэлбэрийг төдийлөн төгс, эрт оношилж хараахан чадаагүй байгаа юм.

Улсын клиникийн төв эмнэлэгийн дэргэд Цөмийн онош зүйн лаборатори 1975 онд байгуулагдаж элэгний өвчнийг тэмдэгт атом - изотопоор оношлох шинэ арга нэвтэрлээ. Элэгний өвчнийг оношлогдоход зориулагдсан маш олон төрлийн шинжилгээ байх боловч шинжилгээ бүр элэгний олон талт үйл ажиллагааны зөвхөн 1 л хэсгийг тодорхойлдог - дутагталтай тул төгс оношлох тийм онош зүйн аргыг эрдэмтэд эрэн сурвалжилж байна.

Цөмийн анагаах ухаан хөгжсөн 1960-аад оноос элэгний цөмийн изотопын оношилгоогоор практикт нэвтрэн клиник, лаборатори, рентген, бусад шинжилгээтэй нийлэн элэгний бүтэц, үйл ажиллагааны тухай бүрэн мэдээлэл өгч, уг өвчнийг эрт оношлоход тодорхой дэвшил гарлаа. Цөмийн изотопын оношилгоо нь давуу талтай бөгөөд ирээдүйн шинэ брломжийг нээж байгаа юм гэж Оросын эрдэмтэн Г.А.Зедгенидзе, С.А.Бондарь нар үнэлж байна.

Цөмийн онош зүйн шинжилгээний аргаар:

1. Элэгний байрлал, дүрс, хэмжээг тогтоох
2. Элэгний цуллагийн голомт ба нэвчимтгий өөрчлөлт
3. Элэгний шингээн авах ба ялгаруулах үйл ажиллагааг судална.

АРГА ЗҮЙ

1. ГЕПАТОСЦИНТИГРАФИ

Энэхүү арга нь элэгний байршлын оношийг тогтоох изотопын шинжилгээний үндсэн арга юм. БНУУ-ын "ГАММА" үйлдвэрийн "Сцинтикард нумерик" нэртэй сканнер аппараттар шинжилгээ явуулав. Шинжилгээний үр дүнд элэгний байрлал, дүрс, хэмжээ изотопын хуралдалтын ижил төрөлшил, бүтцийн шинж төлөв зэргээр мэдэхээс гадна элэгний цуллаг дахь голомт ба нэвчимтгий өөрчлөлтийг бүхэлд нь харуулна. Өвчтнийг эхлээд тусгай орон дээр гэдрэг хэрүүлж хэвтүүлнэ. Сканерийн сцинтиляцийн тоолуурын толгойг элэгний тус газар 5 см-ийн тусгалтай оноон байрлуулдаг. Өвчтөнд изотоп Алт-198 -ыг коллоидын уусмалтай (0.5-1.0 мл) 200 мккюри буюу 7,400 беккрель судсанд тарин 30 минутын дараа зураг бичлэг эхэлнэ. Энэ зургаа Гепатосцинтиграмм гэж нэрлэдэг.

2. ГЕПАТОГРАФИ

Изотопын шинжилгээний энэ арга нь элэгний эсийн үйл ажиллагааг шалгах бөгөөд мөн "Гамма" үйлдвэрийн 2 сувагт аппаратаар хийгдэнэ.

Изотоп йод-131-ийг бенгаль роза/өнгөт бодис/-тай 0.5-1.0 мл эзэлхүүнтэйгээр 10 мккюри буюу 370 беккрель-ийг өвчний судсанд тарин, нэгэн зэрэг аппарат дээр элэгний шингээн авах ба ялгаруулах үйл ажиллагааны "муруйг"-г зурна. Аппаратын сцинтиляцийн тоолуурын толгойг баруун хавирганы нуман дээр, доод ирмэгийг хүргэн, суганы урд шугамын харалдаа тоолуурын голчийг тохируулдаг. Тохируулгыг хийхдээ цесний хүүдий дэх идэвхжил элгэн дэх идэвхжилд саад болохгүй байхыг анхаарах хэрэгтэй. Элэгний үйл ажиллагааг зурэн гаргасан муруйг Гепатограмм гэж нэрлэдэг.

МАТЕРИАЛ

Бид шинжлгээндээ 633 хүнийг хамруулав. Үүнд:

1. Эрүүл 80 хүнийг шинжилж харьцуулан судлахад зориулав
2. Цөсний хүүдийн архаг үрэвсэлтэй 21 өвчтөн
3. Архаг гепатиттай 276 өвчтөн
4. Элэгний циррозтой 116 өвчтөн
5. Элэгний өмөнтөй 100 өвчтөн
6. Элэгний бэтэгтэй 40 өвчтөн хамрагдав.

Дээрх оношууд клиник, лаборатори, рентген, лапораскопи, патогистологийн шинжилгээгээр батлагдсан байв.

УКТЭ-ийн дотор, мэс заслын тасагт хэвтэж эмчлүүлж байсан өвчтнүүдийг сонгон авсан ба 1975-1979 оны материал дээр үндэслэв.

ҮР ДҮН

Эрэгтэй 343 (54.2%), эмэгтэй 290 (45.8%) хамрагдсан бүх хүнийг насаар нь ангилж үзүүлбэл:

Нас	Эрэгтэй	Эмэгтэй	Бүгд	Хувь
<20	5	8	13	2.16
21-30	26	45	71	11.83
31-40	79	94	173	27.3
41-50	125	78	203	32.1
51-60	81	40	121	19.1
61<	27	25	52	8.2
Бүгд	343	290	633	
Хувь	54.2	45.8	100	

I.A. Эрүүл гэж тогтоогдсон 80 хүнд элэгний үйл ажиллагааг шалгах гол сорилтуудыг хийхэд түүний үзүүлэлтүүд хэм хэмжээнээс онц хазайлтгүй байв. Эрүүл 80 хүнд гепатосцинтиграмм хийхэд хэв шинжит "гурвалжин" элэгнээс (31.3%) гадна 13 янзын дүрс ажиглагдав.

Элэг

Хэвийн байрлалтай	77 (96.2%)
Доошилсон байрлалтай	3 (3.8%)
Хэвийн хэмжээтэй	77 (96.2%)
Том элэг	3 (3.8%)

Элэгний доод ирмэг, хавирганы нумаар	26 (32.5%)
Элэгний доод ирмэг хавирганы нумаас илүү гарсан	23 (28.7%)
Элэгний доод ирмэг хавирганы нумаас дотогш 0-25 см	31 (38.8%)
Сцинтиграмм дээр дэлүү зурэгддаагүй	(-)

Б. Эрүүл 80 хүнд гепатограмм бичихэд

Элгэнд изотоп хуралдалтын

туйлын хугацаа

(ХТХ) $M \pm m$ 26.7 $\pm$ 1.2

Элгэнд изотопын ялгарлын

хагас үеийн хугацаа

(ЯХҮХ) $M \pm m$ 74.1 $\pm$ 0.9 минут

А.И.Иккониковынхоор:

ХТХ $M \pm m$ 25.5 $\pm$ 2.5 минут

ЯХТХ $M \pm m$ 73.6 $\pm$ 2.3 минут

Гепатосцинтиграмм дээр эрүүл хүний элэгний хэв шинжит "гурвалжин" дүрс шинжилгээнд бидний авсан эрүүл хүмүүст 31.3% тохиолдож байхад И.Кароли ба Й. Боневилла нарт 41%, Й.Г.Мкаффее нарынхаар 47% байна. Дээрх судлаачид эрүүл элэгний хэв шинжит гурвалжин дүрсээр ялгаатай эрүүл элэгний дүрсийн 11 вариантыг олж тогтоожээ. Бид эдгээрийн 10 дүрс вариантыг нь олсон ба эрүүл элэгний 3 шинэ вариантыг нэмж ажиглав. Үүнд:

Вариант 11-д элэгний зүүн дэлбэн алга болсон юм шиг "бөөрөнхий" элэг, вариант 12-т харин элэгний зүүн дэлбэн ихэд хөгжсөн учраас баруун дэлбэнтэйгээ хэмжээгээр адилхан "1:1" элэг, вариант 13-т элэгний баруун дэлбэнгээс "ургасан" юм шиг урт нарийн зүүн дэлбэнтэй элэг зэрэг онцлог дүрсүүд гепатосцинтиграмм дээр илэрлээ.

Эрүүл хэв шинжит "гурвалжин" ба гурвалжиндуу дүрсийн вариантыуд бүх тохиолдлын 77.7% (Мкаффе 65%)-ийг эзэлж байгаа нь эрүүл элэгний дүрс ерөнхийдөө гурвалжиндуу байдгийг баталж өглөө.

Белл ба түүний хамтран судлаачдынхаар 104 эрүүл элэгний доод ирмэг, 60 %-д яг хавирганы нумаар, 29%-д хавирганы нумаас илүү гарсан, 10 %-д хавирганы нумаас дотогш байсан бол бидний ажиглалтаар 80 эрүүл элэгний доод ирмэг, 38.8%-д хавирганы нумаас дотогш гепатосцинтиграмм дээр зурагдсан нь ажигдагдав. Эрүүл бүх хүмүүст изотопын элгэн дэх хуралдалтын

төв нь баруун дэлбэнгийн голд байсан ба төвөөс зах руугаа болон зүүн дэлбэн рүү нэгэн жигд багассан изотопын хуралдалтын ижил төрөлшилттэй байлаа.

Эрүүл элэгний үйл ажиллагааны муруйг хугацааны утгаар үнэлэн үзснээ, мөн адил аргаар хийсэн ба үнэлсэн А.И.Икониковынхтой харьцуулахад манай эрүүл хүмүүсийн элэгэнд изотопын хуралдалтын туйлын хугацаа (ХТХ) ба изотопын элэгцээс ялгарах хагас үеийн хугацаа (ЯХҮХ) үл мэдэг удаан байв.

II.A) Цөсний хүүдийн архаг үрэвсэлтэй 21 өвчтөнд гепатосцинтиграмм хийхэд, Элэг:

хэвийн байрлалтай	169 (76.2%)
доошилсон байрлалтай	4 (19%)
дээшилсэн байрлалтай	1 (4.8%)
хэвийн хэмжээтэй	5 (23.8%)
үл мэдэг томорсон	16 (76.2%)
цацраг идэвхит ижил төрөлшилттэй	7 (33.3%)
үл мэдэг нэвчимтгий өөрчлөлттэй	14 (66.7%)
дэлүү зурагдсан	5 (23.89%)

Б) Элэгний үйл ажиллагааг гепатосцинтиграммаар шинжилж үзэхэд:

элэгэнд изотопын	ХТХ 38.7 ± 0.1 минут
элэгэнд изотопын	ЯХҮХ 83.2 ± 1.1 минут
(Икониковынхоор)	ХТХ 39.5 ± 0.8 минут
	ЯХҮХ 83.5 ± 0.6 минут

Цөсний хүүдийн архаг үрэвсэл өвчнийг цөмийн изотопын онош зүйгээр судалсан тохиолдол, судалгааны баримт ховор юм. Бидний ажиглалтаар элэг ихэнхдээ үл мэдэг томрох хандлагатай ба цацраг идэвхт изотопын тархан хуралдалтын ижил төрөлшил мөн үл мэдэг нэвчимтгий өөрчлөлтөд орсон байх боловч хүнийг гепатосцинтиграммын хэв шинжит чанарын хэмжүүр гэж үзэж болохгүй. Гепатосцинтиграмм дээр дөнгөж 5 тохиолдолд дэлүүн дэх изотопын хуралдалт зурагдсан явдлыг цөсний хүүдийн архаг үрэвслийн зэрэгцээ элэгний цуллагийн ямар нэгэн гэмтэл хавсарсан байна гэж үзэх ёстой.

III.A Архаг гепатиттай 276 өвчтөнд гепатосцинтиграмм хийхэд:

Гурвалжиндуу дүрстэй элэг	213 (77.81%)
Дугуйдуу дүрстэй элэг	14 (5.1%)

Хэвийн хэмжээтэй элэг	73 (26.4%)
Илэрхий томорсон элэг	195 (70.7%)
Үл мэдэг багассан	8 (2.9%)
Баруун дэлбэн зүүнээсээ илүү томорсон	195 (70.7%)
Цацраг идэвхит ижил төрөлшил үл мэдэг нэвчимтгий	271 (98.2%)
Цацраг идэвхит ижил төрөлшил тодорхой нэвчимхий	5 (1.8%)
Дэлүү зурагдсан	78 (28.3%)

Б. Гепатограммаар элэгний үйл ажиллэгээг 81 өвчтөнд үзэхэд:

элгэнд изотопын	ХТХ 52.4 ± 1.3 минут
элгэнд изотопын	ЯХҮХ 120 минутаас дээш
(Икконикувынхоор)	ХТХ 43.2 ± 2.3 минут
	ЯХҮХ 124.5 ± 2.3 минут

Элэгний үйл эжиллагааны алдагдлын зэргийг гепатограмм дээрх “муруй”-н хугацааны утгаар, элэгний шингээн авалт ба ялгаралт илэрхий удааширснаар (52 мин ба 120 минуутаас дээш) мэдэж байна.

IV.A. Элэгний цирроз өвчтөй 116 хүнд Гепатосцинтиграмм хийхэд:

Томорсон элэг	69 (59.5%)
Жижгэрсэн элэг	47 (40.5%)
Элэгний зүүн дэлбэн баруунаасаа илүү томорсон	72 (62.1%)
Цацраг идэвхит ижил төрөлшил алдагдсан, жижиг толбонцортой	90 (77.6%)
Цацраг идэвхит ижил төрөлшил алдагдсан, том толбонцортой	17 (14.6%)
Дэлүү зурагдсан	95 (81.9%)
Дэлүү хэт томорсон	43 (45.3%)

Б. Гепатограммар элэгний циррозтой 56 өвчтнийг шинжлэхэд:

ХТХ	68.1 ± 2.6 минут
ЯХҮХ	34.5 ± 8.2 минут

Ихэнх тохиолдолд элэгний баруун дэлбэн жижгэрч, зүүн дэлбэн илүү томорсон (62.1%) байв. Энэ нь портал, постнекрозын циррозын үед давамгайлна. Элгэнд голдуу цацраг идэвхит ижил төрөлшил алдагдсан, жижиг толбонцортой (77.6%) ба дэлүү хамт зурагдах байдал (81.9%) бүх хэлбэрт ажиглагдав. Ингэж

гепатосциниграмм дээр элэг "хорхойд идэгдсэн таар" шиг зурагдсан нь хэв шинжит хэмжүүрийн нэг нь юм.

Элэг дэх изотопын тархан хуралдалтын төв нь зүүн дэлбэн рүүгээ болон дэлүү рүүгээ нүүн шилжиж байгаа нь ажиглагдсан болно. Давшингуй цирроз буюу өвчний тавилан муугаар төгсөх үед (45.3%) дэлүү бага зэргээс илэрхий том болж зурагддаг байна. Бид энд элэгний циррозын үеийн гепатосцинтиграммын үзүүлэлтэд өгөх (3-4 оноот) циррозын шинж чанарын магадлалыг (критери) цоо шинээр санал болгов. Энэхүү оноот хэмжүүр тухайн хэлбэрийн үе шат, эмчилгээний үр дүн, өвчний тавиланг үнэлэхэд бодит туслалцаа болох бөгөөд элэг, дэлүү дэх цацраг идэвхит тархан хуралдалтын зэргээр тогтоогдоно. Хэрэв гепатосцинтиграммын үзүүлэлтийг дээрх хэмжүүрээр үнэлэхэд шинж чанарын оноот хэмжүүрийн нийлбэр 6 буюу 7-д хүрвэл тэр өвчний тавилан муу гэж үзнэ. Бидний судалгаанд 2 жилийн дотор 44 өвчтөн (37%) 6-7 гэсэн нийлбэртэй оноот хэмжүүрт хамаарагдсан бөгөөд эцэстээ нас барсан байна. Элэгний үйл ажиллагааг гепатограммаар үзэхэд циррозын 3 хэлбэрт үйл ажиллагааны илэрхий алдагдлаас шалтгаалан элэгний шингээн авах ба ялгаруулах үйл ажиллагаа нь маш их уртассан нь гепатосцинтиграммын үзүүлэлттэй яв цав тохирч байна.

V.A. Элэгний анхдагч өмөнтэй 100 өвчтөнд гепатосцинтиграмм хийхэд:

Хэмжээ томорсон элэг	53 (53%)
Багассан элэг	47 (47%)

Элэгний цуллагийн "хүйтэн голомтот" өөрчлөлтүүд:

Жижиг толбот (3 см хүртэл диаметртай)	8 (8%)
Том толбот (3-5 см хүртэл диаметртай)	6 (6%)
Бага согот (5-7 см хүртэл диаметртай)	27 (27%)
Бага согот (7 см дээш диаметртай) 59	(59%)
Байрлал: Баруун дэлбэнд (ихэнхдээ)	60 (60%)
Ганц голомтот	69 (69%)
Олон голомтот	31 (31%)

Б. Гепатограммар элэгний анхдагч 100 өвчтнийг шинжлэн үзэхэд:

Элгэнд изотопын	ХТХ 64.9 ± 1.9 минут
Элгэнд изотопын	ЯХҮХ 120 минутаас дээш байв.

Элэгний өмөнтэй 100 өвчтөнд гепатосцинтиграмм хийхэд өмөнгийн байрласан хэсэгт изотоп очиж хуралдахгүй ба тодорхой хэмжээтэй "хүйтэн" голомт үүсдэг байв. Бид үүнийг хэмжээгээр нь жижиг ба том толбот болон бага согогт "хүйтэн" голомт гэж ангилж үзэхэд бага (27%) ба их (59%) согогт "хүйтэн" голомт (86%)-ийг эзэлж байна. Энэ нь нэг талаас элэгний хорт хавдар ихэнх тохиолдолд оройтож оношлогджээ гэдгийг харуулна. Зөвхөн 14%-д нь жижиг 8% ба том 6%, толбот "хүйтэн" голомт илэрсэн нь эрт оношилж болохыг харуулж байна. Нэгд, өвчтөн оройтож эмнэлэгт ирэх, хоёрт, эмчид үзүүлсний дараа олон янзын шинжилгээ хийлгэж цаг алдсан зэрэг шалтгаан нөлөөлсөн байж болно. "Хүйтэн" голомт ихэнхдээ элэгний баруун дэлбэнд 60% тохиолдож байна. Элэг 53 өвчтөнд томорсон, 47 өвчтөнд багасан нь гепатограмм дээр ажиглагдав. Элэгний өмөнгийн "хүйтэн" голомтын хэмжээ томрох тусам тэр элэгний ажиллаж буй эд эс цөөрч багасаж ирэх бөгөөд гепатосцинтиграмм дээр элэг улам бага болж зурагдаж байгаа нь харагдаж байв. Элэгний өмөнгийн үед гепатосцинтиграмм дээр илэрсэн "хүйтэн" голомт бүр нь хязгаарлагдмал элэгний нэг хэсэг нь алга болчихсон юм шиг зураг харагдана.

VI.A. Элэгний бэтэгтэй 40 өвчтөнд гепатосцинтиграмм хийхэд:

Хэмжээ: томорсон элэг	34 (85%)
Цацраг идэвхит ижил төрөлшил хадгалагдсан	6 (15%)
Үл мэдэг нэвчимтгий өөрчлөлттэй	34 (85%)

Байрлал:

Элэг доош түлхэгдсэн	22 (55%)
Элэг дээш түлхэгдсэн	9 (22.5%)
Элэг зүүн тийш шахагдсан	9 (22.5%)
Өрц дээшилсэн	31 (77.5%)

Элэгний цуллагийн "хүйтэн голомтот" өөрчлөлтүүд:

Ангилал: жижиг согогт	5 (12.5%)
Том согогт	35 (87.5%)
Байрлал: баруун дэлбэнд	36 (90%)
Тоо: Ганцаар	40 (100%)

Б. Элэгний бэтэгтэй 40 өвчтөнд гепатосцинтиграмм хийж үзэхэд:

Элгэнд изотопын ХТХ

47.5±0.8 минут

Элгэнд изотопын ЯХҮХ

84.7±1.6 минут байв.

Элэгний бэтэг өвчний оношилгооны гол арга нь изотопын гепатосцинтирафи юм. Элэгний бэтэг байрласан хэсэгт жижгээс (12.5%) том (87.5%) соготг "хүйтэн" голомт зурагдсан ба дээш доош, зүүн тийш ямагт түлхэн шахан нь тодорхой харагдана. Элгэнд цацраг идэвхит ижил төрөлшил хадгалагдсан (15%) ба ихэнх тохиолдолд (85%) үл мэдэг нэвчимтгий өөрчлөлттэй байна. Элэгний бэтэгийн үед элэг томроод "ихэсдэг" ба гепатограммаар элэгний үйл ажиллагаанд онц алдагдал илэрдэггүй ажээ.

ДҮГНЭЛТ

1. Эрүүл хүний элэг нь гепатосцинтиграммаар үргэлж "гурвалжин" дүрстэй байдаггүй нь дахин нотлогдов. И.Кароли, Й.Бонневиллеба, Й.Г.Микаффе нарын судалгаагаар элэрсэн элэгний дүрсийн 11 вариантаас гадна 3 өөр вариант буйг ажиглав. Үүнд: вариант 11-д элэгний зүүн дэлбэн "алга болсон юм шиг" "бөөрөнхий" элэг, вариант 12-т элэгний зүүн дэлбэн ихэд хэгжсэн учраас, баруун дэлбэнтэйгээ хэмжээгээр адилхан "1:1" элэг, вариант 13-т элэгний дэлбэнгээс "ургасан" юм шиг урт нарийн зүүн дэлбэнтэй элэг гепатосцинтиграмм дээр илрэв. Гепатограммаар элэгний шингээх ба ялгаруулах ажиллагааг шалгахад гадаадын эрдэмтдийн судалгаатай тохирч байна.

2. Цөсний хүүдийн архаг үрэвслийн үед гепатосцинтиграммаар элэг үл мэдэг томрох ба цацраг идэвхт ижил төрөлшил элгэнд хадгалагдах, үл мэдэг нэвчимтгий өөрчлөлттэй зэрэг нь цөмийн онош зүйд хэв шинжит хэмжүүр болж чадахгүй. Харин элэгний цуллагийн ямар нэгэн гэмтэл хавсарвал нэвчимтгий өөрчлөлт элгэнд илэрч болно. Гепатограммаар ч ч гэсэн онцгой өөрчлөлт шинж харагдахгүй байна.

3. Гепатосцинтиграммаар архаг гепатитын үед доорх шинж илрэв.

- Элэг өөрийн гурвалжиндуу дүрсээ ерөнхийд нь алддаггүй боловч зарим тохиолдолд баруун дэлбэн томорсноос "дугуйдуу" дүрстэй болдог байна.

Ихэнхдээ элэгний баруун дэлбэн томроно (70%).

- Элэгний цацраг идэвхит ижил төрөлшил үл мэдгээс тодорхой нэвчимтгий өөрчлөлтөд ордог (100%).

- Гепатограммаар элэгний үйл ажиллагааны алдагдлын зэргийг харуулж чадах ба архаг гепатитын үед элэгний изотоп шингээн авалт 52 минут, түүний ялгаралт 120 минутаас дээш удааширдаг байна. Өвчтний өгүүлэл, клиник лабораторийн болон гистологийн үзүүлэлттэй цөмийн онош зүй хавсарвал оношилгоо илүү их үнэнд хүрч чадна.

4. Элэгний циррозын үед цөмийн онош зүйн доорх онцгой шинж илэрч байна.

- Элэгний дүрс 100% өөрчлөгдөнө.
- Элэгний зүүн дэлбэн томорч баруун дэлбэн жижгэрнэ(62.1%)
- Элгэнд цацраг идэвхт ижил төрөлшил алдагдсан толбонцортой байх ба дэлүү ихэнхдээ зураглана, мөн томорно. Ингэж элэгний зураг "хорхойд эдэгдсэн таар шиг" харагдана.
- Элгэн дэх изотопын тархан хуралдалтын төв нь зүүн дэлбэн рүү болон дэлүү рүү өвчний үе шатаас хамааран байнга нүүж байдаг.
- Гепатосцинтиграммын үзүүлэлтэнд өгсөн оноот хэмжүүрээр тухайн циррозын үе шат, эмчилгээний үр дүн, өвчний тавиланг нэлж болно. Оноот хэмжүүрийн нийлбэр ба 6 ба 7-д хүрвэл өвчний тавилан муу гэж үзнэ.
- Гепатограммаар циррозын үед түүний янз бүрийн үе шатыг тодорхойлоход элэгний изотопыг шингээн авах ба ялгаруулах ажиллагааны алдагдлын зэргийг тодорхойлж чадах мэд-рэмтгий сайн сорил юм.

5. Элэгний өмөнгийн үед доорхи онцгой шинжүүд гепатосцинтиграмм дээр байна.

- Элэгний цуллагт өмөнгийн бүрдэл болсон хэсэгт изотоп очиж хуралдахгүй ба тэнд "хүйтэн" голомт үүсдэг (100%).
- Бага ба их согогт "хүйтэн" голомт голдуу тохиолдов.
- "Хүйтэн" голомтын хэмжээ томрох тусам гепатосцинтиграмм дээр элэгний зураг улам багасна. Ингэж элэг өөрөө томорсон мөртлөө, багассан зураг гардаг.
- "Хүйтэн" голомт бүр хязгаарлагдмал хилтэй, элэгний цуллагийн гүн рүү чиглэсэн, шигдсэн байрлалтай харагдана.
- Элгэн дэх изотопын тархан хуралдалтын төв өмөнд нэрвэг-

дээгүй элэгний хэсэг рүү байнга шилжиж байна.

- Эмэнгийн "хүйтэн" голомт өмөнд нэрвэгдээгүй байгаа элэгний хэсгээ түлхдэггүй, шахдаггүй онцлогтой.

6. Элэгний бэтэгийн үед дараах онцлог шинж илэрнэ.

- "Хүйтэн" голомт гепатосцинтиграмм дээр гарна. Том согогт "Хүйтэн" голомт давамгайлсан байна.

- "Хүйтэн голомт" элгийг зүүн тийш ба доош нь ямагт шахсан байна.

- Элэгний бэтэгт нэрвэгдээгүй хэсэг томорсон байх ба тэнд цацраг идэвхит ижил төрөлшил ихэнх тохиолдолд үл мэдэг нэвчимтгий өөрчлөлтөд орсон байна (85%).

Элэгний бэтэгт нэрвэгдээгүй хэсэг томорсон байх ба тэнд цацраг идэвхит ижил төрөлшил ихэнх тохиолдолд үл мэдэг нэвчимтгий өөрчлөлтөд орсон байна (85%).

Элэгний бэтэгт нэрвэгдээгүй хэсэг томорсон байх ба тэнд цацраг идэвхит ижил төрөлшил ихэнх тохиолдолд үл мэдэг нэвчимтгий өөрчлөлтөд орсон байна (85%).

4. Эмэгтэйчүүдэд элэгний бэтэгт нэрвэгдээгүй хэсэг томорсон байх ба тэнд цацраг идэвхит ижил төрөлшил ихэнх тохиолдолд үл мэдэг нэвчимтгий өөрчлөлтөд орсон байна (85%).

Эмэгтэйчүүдэд элэгний бэтэгт нэрвэгдээгүй хэсэг томорсон байх ба тэнд цацраг идэвхит ижил төрөлшил ихэнх тохиолдолд үл мэдэг нэвчимтгий өөрчлөлтөд орсон байна (85%).

5. Гэдэсний тулгаралт нь гэдэсний тулгаралттай адилтгадаг.

С ВИРУСЫН ГЕПАТИТИЙН ҮЕД ЭЛЭГНИЙ ХЭТ АВИА БОЛОН ЭМГЭГ БҮТЦИЙН ҮЗҮҮЛЭЛТИЙГ ХАРЬЦУУЛСАН НЬ

*Д.Энхбаяр - дэд захирал,
С.Сонин - дэд док., дэд проф.,
Г.Энхдолгор - дэд док., дэд проф.*

Манай оронд архаг гепатитийн гол шалтгаан В, С вирусын халдвар болж байгаа юм. 1990 оны эхээр хийсэн Ж.Оюунбилэгийн судалгаагаар архаг гепатиттай өвчтний 60.7% HBV, 45.6% HCV, элэгний хавдар оноштой өвчтний 48.3% HBV, 62.1% HCV вирусын халдвар тодорхойлогдож байсан бол 1996-1998 онд хийсэн Б.Ганбаатарын судалгаагаар архаг гепатитийн 30.2% HBV, 58.3% HCV, элэгний хавдар оноштой өвчтөнд 21.5% HBV, 53.9% HCV тодорхойлогджээ. Эхний судалгаагаар архаг гепатитийн шалтгаанд В вирусын халдвар давамгайлж байсан бол дараагийн судалгаанд С вирусын халдвар давамгайлж, үүнийг манай оронд гепатит В-ын вакцинжуулалт тодорхой үр дүнд хүрч байгаагаар холбож үзсэн байна. Ийнхүү манайд гепатитийн С вирус архаг гепатитийн гол шалтгаан, элэгний хавдарт хүргэх гол хүчин зүйл болж байна. С вирусын гепатиттай өвчтөнд элэгний үрэвслийн хүнд хөнгөн зэрэглэл, сорвижилтийн үе шатыг тодорхойлсоны дагуу эмчилгээг хийх шаардлагатай байдаг. Бид С вирусын архаг гепатиттай хүмүүсийн хэт авиан үзүүлэлтийг биопсын үзүүлэлттэй харьцуулан хамаарал байгаа эсэхийг тогтоож хэрвээ хамааралтай бол элэгний архаг эмгэгийг хэт авианаар хянах боломжтой болно гэж үзэн дараах судалгааг хийв.

СУДАЛГААНЫ ХЭРЭГЛЭГДЭХҮҮН БА АРГА

HCV халдвартай anti-HCV эерэг 14 өвчтний элгэнд хэт авиан хяналтад хатгалт (биопси) хийлээ. Эдгээр өвчтнүүдээс анамнез авч хэт авиан болон биопсийн шинжилгээ хийв. Элэгний хэт авиан Aloka SSD-650 аппаратаар тодорхойлов. Өвчтөн бүрийн элэгний баруун хэсгийн урьд сегментийн гүнээс 18 г зүү ашиглан 2-3 биопси авав. Өвчтний нас, хүйс, ийлдсэнд ГПТ, элэгний хэт

авиан хэмжээ, бүтэц, элэгний гистологийн үзүүлэлтийг тодорхойлов. Элэгний хэмжээг баруун суганы дунд шугамаар, өрцнөөс элэгний баруун доод ирмэг хүртэлх, стандарт хэмжилтээр тодорхойлов. Хэт авиан үзүүлэлтийг бөөрны эд, аяганцар тэвшинцрийн цогцтой харьцуулан хэвийн, өөхөлсөн, фиброзтой, үрэвссэн гэж ангилав. Хэт авиан ойлт жигд ихэссэн, үүдэн венний ханын зураглал бүдгэрсэн, нэвтрэлт багассан үед элэг өөхөлсөн, элэгний зураглал алдагдаж цоохор болох боловч өрц ялгаран харагдсан үед элэг фиброз болсон, хэрвээ хэт авиан ойлт багассан, элэгний гурвал ялгарч харагдах нь хэвийн эсвэл өөхөн нэвчилттэй, элэгний гурвал мөн хэвийн харагдах үед элэг үрэвсэлтэй байна гэж үзэв. Хэрвээ элэгний хатуурлын шинж болох эхо ойлт жигд бус болсон эсвэл зангилаа тодорхойлогдсон тохиолдолд хүнд хэлбэрийн фиброзтой гэж авч үзэв. Биопсийн үзүүлэлтийг стеатозтой, үрэвсэлтэй, фиброзтой гэж тодорхойлов. Хэт авиан болон биопсийн үзүүлэлтийн хамаарлыг статистикийн параметрийн аргаар тодорхойлов.

ҮР ДҮН

18-73 (дундаж 42) насны 14 (9 эрэгтэй, 5 эмэгтэй) өвчтний эмнэл зүй, хэт авиа, элэгний биопсын үзүүлэлтэд судалгаа хийв. Элэгний хэмжээ 13.5-19.5см, ГПТ -ын үзүүлэлт 1- 28 дахин ихэссэн, 4 хүн анамнездаа архи ууж байсан, 1 өвчтөн эмнэл зүй болон дурангийн шинжилгээгээр батлагдсан улаан хоолойн веннийн судасны өргөсөлт бүхий элэгний хатууралтай байсан ба хорт хавдар тодорхойлогдсонгүй.

Ийлдэсний аминтрансфераз болон гистологийн үрэвслийн хооронд хамаарал тодорхойлогсон. ($P<0.01$) Хэт авиан өөхөлсөн болон гистологийн стеатоз, фиброз, үрэвслийн хооронд хамаарал тодорхойлогдсонгүй. Харин хэт авиан фиброз өөрчлөлт болон гистологийн фиброз ба үрэвслийн хооронд хамаарал тодорхойлогдов. ($P<0.03$) Харин хэт авиагаар элэгний томролт ба фиброз илрэлийн хооронд эсрэг хамаарал ($P<0.01$) тодорхойлогдлоо. Мөн адил хамаарал элэгний хэмжээ болон гистологоор илэрсэн фиброзын хооронд тодорхойлогдов.

ХЭЛЦЭМЖ

Элэгний архаг үрэвсэл, сорвижилт, өөхжилтийн зэрэглэлийг

хэт авиагаар тодорхойлох нь дутагдалтай юм. Бид С вирусын элэгний архаг үрэвсэлтэй хүмүүсийн хэт авиан үзүүлэлтэд зэрэглэл тогтоох гэсэн боловч элэгний өөхлөлт, фиброзын илрэлийн ялгааг тодорхойлоход хүндрэлтэй байв. Хэдийгээр хэт авиагаар өөхөлсөн, фиброзтой, үрэвсэлтэй гэж оношилдог боловч бидний судалгаагаар энэ оношилгоо учир дутагдалтай байсан. Хэт авиагаар өөхөлсөн, фиброзтой гэсэн онош зарим өвчтний гистологийн шинжилгээнд батлагдаагүй бөгөөд гистологоор 2 хүнд оношлогдсон үрэвсэл хэт авиагаар огт оношлогдсонгүй.

ДҮГНЭЛТ

1. С вирусын элэгний архаг үрэвсэлийн үед дэх хэт авиан болон гистологийн үзүүлэлтийн хооронд статистик хамаарал тодорхойлогдсонгүй. Иймд С вирусын элэгний архаг үрэвсэл болон гистологийн адил үзүүлэлт бүхий элэгний бусад үрэвслийн хүнд хөнгөний зэрэглэлийг хэт авиан шинжилгээгээр тодорхойлох боломжгүй юм.

2. С вирусын архаг үрэвсэл бага зэргийн фиброзтой, элэгний эдэнд төмөр бага тодорхойлогдсон тохиолдолд альфа-интерферон эмчилгээ үр дүнтэй байдаг тул үрэвслийн зэрэглэлийг тодорхойлох чухал байдаг. Иймд С вирусын болон элэгний бусад архаг үрэвслийн оношилгоо болон хүнд хөнгөний зэрэглэлийг тодорхойлохдоо элэгний биопсийн шинжилгээг хийж байх нь чухал байна.

НОМ ЗҮЙ

1. Ж Оюунбилэг, Х.Цацрал, Монгол хүн амд гепатитийн В, С, D вирус халдварын тархалтыг судалсан дүн. Вирус судлалын тулгамдсан асуудлууд. ОПБХ-ын товчлол. УБ. 1992, 11-16
2. Б.Ганбаатар, О.Чимэдсүрэн Гепатитийн В (HBV), С (HCV) вирус халдвар тархалтыг серо-эпидемиологийн аргаар тодорхойлсон судалгааны тойм. Онош 2000 №1 (5) 10-14
3. Joseph AEA Diffuse liver disease. Clin Diagn Ultrasound 29, 1 1994
4. Desmet VJ, Gerber M, Hoofhagle J.H. et al. Classification of chronic hepatitis: Diagnosis, grading and staging. Hepatology 19:1513, 1994
5. Sherlock S. Антивирусная терапия хронического вирусного гепатита С. Рус.мед журн. 1996, Т3, №12
6. Майер К.П. Гепатит и последствие гепатита 1999

COMPARISON OF SONOGRAMS AND LIVER HISTOLOGIC FINDINGS IN PATIENTS WITH CHRONIC HEPATITIS C VIRUS INFECTION

D.Enkhbayar, S.Sonin, G.Enkhdolgor

Gray scale ultrasonographic images of the liver were correlated with histologic findings in patients with chronic hepatitis C virus infection. The gray scale patterns of 14 livers with chronic hepatitis C virus infection were categorized as normal, fatty, fibrotic and inflammatory. Liver biopsy specimens also were analyzed for the presence of fat, inflammation and fibrosis. No correlation was found between fatty and sonographic findings with any of the three histologic patterns. Correlations were found between fibrotic sonographic findings and both fibrotic and inflammatory histologic findings ($P < 0.03$). Although some pathologic features of liver disease were detected by ultrasonography, no useful correlation was noted between results of sonography and histologic examination.

V БҮЛЭГ МЭДЭЭЛЭЛ

"ЭМЧИЛГЭЭ-ОНОШИЛГООНЫ ТӨВ" ОРЧИН ҮЕИЙН ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ҮЙЛЧИЛГЭЭНИЙ ЦОГЦОЛБОР

Ц.Мухар - док., проф.

Зах зээлийн орон ялангуяа төвлөрсөн төлөвлөгөөт эдийн засгаас ийм тогтолцоонд шилжиж байгаа улс оронд эмнэлэг байгуулахаас татгалзаж амбулатори-поликлиникийн тусламжийн шинэ дээд хэлбэр болсон Эмчилгээ-оношилгооны төв (лечебо-диагностический центр, Diagnostic and treatment center) оношилгооны төв (диагностический центр, Diagnostic center) гэсэн хэл хэллэг нийгмийн эрүүл мэндийн хэвлэл мэдээлэлд тодорхой байр эзлэх болжээ. (web site: Телемедицинский проект, Diagnostic Center Hospital, Metho: dist Diagnostic Center Hospital, 2001)

Нэг талаар, өвчин архагшиж оношилгоонд орчин үеийн шинэ техник, технологийн хэрэгцээ өссөн, нөгөө талаар үр дүн багатай, эдийн засгийн хохиролтой ор бүхий эмнэлгийн тусламжийн өргөжилтөөс зайлсхийх эрүүл мэндийн менежментийн бодлого чиглэлтэй уялдаатайгаар энэ асуудал төр засгийн анхааралд өртөх нь зүй ёсны үзэгдэл болжээ.

Монгол улсын засгийн газрын мөрийн хөтөлбөрөөр манай орны 3 аймагт (Ховд, Дорнод, Өвөрхангай) аймаг дундын эмчилгээ-оношилгооны төв (ЭОТ) байгуулагдаж байна.

Бид УКТЭ-ийн дэргэд хөдөөгийн бүсийн оношилгооны төвд мэргэжлийн зөвлөгөө өгөх, удирдлагаар хангах улсын чанартай reference "Оношилгооны төв" байгуулах төсөл боловсруулж, засгийн газарт санал оруулаад байна.

Нэг. Үндэслэл

1.1. УКТЭ бол 1925 онд байгуулагдсан улсын хэмжээний үйл ажиллагаа явуулж ирсэн Монгол улсын анхны эмнэлэг. 1943, 1971 онд хоёр удаа өргөтгөл хийсэн, их сургуулийн нэр хүндтэй эмнэлэг юм. 1943 онд өдөрт 200-300 үзлэг хийх хүчин чадал бүхий 3 давхар поликлиник ашиглалтад орж улсын хэмжээний бүх төрлийн эмнэлгийн тусламж (одоогийн байгаа үйлчилгээнээс гадна хүүхэд, эмэгтэйчүүд, гэмтэл, сүрьеэ, арьс өнгө гэх мэт) үзүүлдэг одоогийн хэлээр оношилгооны төв"-ийн үүрэг гүйцэтгэж байжээ. Энэ төв поликлиникээс бие даасан эрүүл мэндийн салбарууд гарч, 1971 онд Чех улсын тусламжаар нэгдсэн эмнэлгийн барилга ашиглалтад орж, шинэ тоног төхөөрөмжөөр хангагдаж, насанд хүрэгчдэд төрөлжсөн мэргэжлийн тусламж үзүүлсээр иржээ. Өнгөрсөн 30 жилд Монгол улсын хүн амын тоо 2 дахин, Улаанбаатар хотын хүн ам 4-5 дахин өсч, хүн амын өвчлөлийн бүтэц, чанарт шинэ өөрчлөлт орсон боловч УКТЭ-ийн бүтэц, өргөтгөл, шинэчлэлийн талаар тодорхой асуудал шийдэлгүй өдий хүрсэн байна. Ийм учраас УКТЭ-ийн дэргэд "Эмчилгээ-оношилгооны төв" (ЭОТ)-ийг байгуулж, хэвтэн эмчлүүлэх тогтолцоонд тулгуурласан эрүүлийг хамгаалахын бодлогыг өөрчилж, поликлиник-оношлол-нөхөн сэргээх тусламж руу чиглэсэн эрүүлийг хамгаалахын шинэчлэлд уялдуулах шинэ засгийн газрын бодлогод нийцүүлэх зорилгоор "ЭОТ" байгуулах санал дэвшүүлж, төслийн төслийг боловсруулсан болно.

1.2. УКТЭ бол хот хөдөөгийн хүн амд өндөр нарийн мэргэжлийн тусламж үзүүлэх зорилго бүхий эмнэлэг - сургалт - эрдэм шинжилгээний нэгдмэл ажиллагаатай Монгол улсын дээд зэрэглэлийн эмнэлэг юм. Эмнэлгийн 30 гаруй мэргэжлээр насанд хүрэгчдэд төрөлжсөн мэргэжлийн тусламж үзүүлдэг, дотор, мэс засал, эрчимт эмчилгээний төрөлжсөн 535 ор бүхий 15 тасаг, өдөрт 600 хүнд үйлчлэх 25 кабинет бүхий поликлиник, өдөрт 400-500 хүнд шинжилгээ хийх лаборатори, рентген, хэт авиа, дурангийн болон цөмийн оношилгооны салбартай, мөн өдөрт 300 гаруй хүнд үйлчлэх нөхөн сэргээх үйлчилгээний тасагтай юм. 2001 оны байдлаар манай хүн амын бараг 1/3 буюу 700,000 гаруй хүн нийслэл хотод амьдардаг. Улсын хэмжээний үйлчилгээтэй УКТЭ-т үзүүлэгчдийн 51%, хэвтэн эмчлүүлэгчдийн 45% нь хөдөөнөөс (21 аймгаас) ирж байна. Харин үлдсэн хэсэг нь нийслэл хотод оногдож байна. УКТЭ-т жилд дунджаар 140,000 хүн

поликлиникээр үзүүлж 236,000 нэгж шинжилгээ хийж 16,000 хүн хэвтэн эмчлүүлдэг. Эмчилгээний тасаг, кабинетууд, лаборатори, дүрс оношилгооны тасгууд байгаа бололцооноос 1-2 дахин илүү ачаалалтай болсон нь эмчилгээ, оношилгоо үйлчилгээний чанарт сөрөг нөлөө үзүүлж байна. 1971 онд ашиглалтад орсон эмнэлгийн байр хуучирсан, 260 орны багтаамжтай стационарын байранд 500-600 ор тавьж ачаалал ихэссэнээс эрүүл ахуйн наад захын хэм хэмжээ алдагдаж ирсэн. Цаашид хүн амын өсөлт, наслалтын дагаж өсөн нэмэгдэж буй эмнэлгийн тусламжийн өдөр тутмын ачаалалаа даахгүйд хүрч байна. Тухайн эмнэлгийг байгуулж, барих үед төлөвлөгдөөгүй байсан цөмийн онош зүй, хэт авиа, дуран гэх мэт оношилгооны хэсэг, мөн бөөрний мэс засал, проктологи зэрэг тасгууд чихэлдэн байрлаж, ачааллаа даахгүйд хүрээд байна. Өвчтний ая тухтай үйлчилгээ, халдвар хамгааллын дэглэм зэрэгт сөргөөр нөлөөлөх эрсдэлүүд ихсэж байна. Эмнэлгийн нас баралт 1,3%, мэс заслын хүндрэл 0,5%, оношийн зөрөө 6,4% байгаа нь оношилгоо эмчилгээний чанар ямар байгаагийн тодорхой үзүүлэлт мөн.

1930-аад онд ашиглалтад орсон эмнэлгийн зүүн жигүүрийн 2 давхар хуучин байшинг эмчилгээ, эмнэлгийн зориулалтаар ашиглаж болохгүй гэсэн актыг холбогдох хяналтын байгуулага өгсөн хэдий ч өөр орон байргүйн улмаас ашигласаар байгаа юм. Эмнэлгийн оношилгоо эмчилгээ явуулж буй бүх тоног төхөөрөмжийн 80 гаруй хувь нь 1980 оноос өмнөх хуучирсан, эвдэрсэн, ашиглалтгүй болсон төхөөрөмжүүд байна. Энэ нь орчин үеийн өсөн нэмэгдэж буй эрүүл мэндийн хэрэгцээ шаардлагыг хангах, эмнэлгийн хэвийн үйл ажиллагааг явуулах бололцоогүй хэмжээнд байгааг нотолж байна.

Хоёр. "ЭОТ" байгуулах зорилго

- Эрүүлийг хамгаалахын бодлогыг стационарын сэтгэлгээнээс поликлиник-оношилгоонд ойртуулан шинэчлэх
- Монгол улсын эрүүл мэндийн байгууллагын нэр хүндийг өргөж Азийн улс орны түвшинд ойртуулах
- Монголын эрүүлийг хамгаалахад зайнаас оношлох арга (телемедицина) цахилгаан соронзон резонансын томограмм зэрэг орчин үеийн эмнэлгийн шинэ технологи нэвтрүүлэх
- Аймаг дундын "БЭОТ"-гийн лавламж төв болж мэргэжлийн

удирдлагаар хангах

- Нийслэл хотод болон хөдөөгийн бүсийн БЭОТ-тэй 24 цагийн байнгын холбоотой зөвлөгөө өгөх лавламж төв бий болгох
- Эмнэлгийн тусламжийн хүлээгдэлгүй, хүртээмжтэй (приемственный-Araiable, доступный-Accessibity) үйлчилгээг бий болгох.

3. Зорилгоо биелүүлэхэд шаардагдах арга хэмжээ:

Үүнд:

1. Ойрын 2-3 жилд тус эмнэлгийн хашаанд улсын хэмжээний төрөлжсөн мэргэжлийн түвшинд олон улсын жишигт хүрч оношлох хэмжээний төвийг барьж байгуулах
2. Дараах төхөөрөмжийг шинээр олж нийлүүлэх
 - А. Цахилгаан соронзон резонансын томографи
 - Б. Телемедицина (зайнаас оношлох) төхөөрөмж (аймгуудын 3 бүсийн төвтэй холбох)
 - В. Оношилгооны болон эмчилгээний бусад тоног төхөөрөмж

4. Төслийг хэрэгжүүлэх эдийн засгийн боломж

"ЭОТ" барьж байгуулахад ганц улсын нуруун дээр бүхнийг тохож, улсын төсөв, хөрөнгө оруулалтад найдах нь боломжгүй гэж үзэж байна. Юуны өмнө дэлхийн банкны зөвлөмжөөр засгийн газрын өмчлөл, хувийн хэвшлийн удирдлага (government owner and private operator) болон хувийн секторын өмчлөл, засгийн газрын удирдлага (private owner and government operator) гэсэн хувилбараар сонголт хийж шинэ санаагаар баяжуулах нь зүйтэй гэж үзлээ. Ийм учраас төсөв хөрөнгийн олон эх үүсвэрийг эрэлхийлэх нь зүйтэй. Үүнд:

- Улсын төсөв, хөрөнгө оруулалт
- Эх орны хувийн хэвшлийн салбартай хорших, хамтран ажиллах
- Гадаадын хөрөнгө оруулалт, хамтын ажиллагаа
- Хандивлагчдын тусламж, хөнгөлөлттэй зээл
- Олон улсын тусламж, хандив
- Хүмүүнлэгийн тусламж, дэмжлэг

5. Үр дүн:

- Эмнэлгийн тусламжийн орчин үеийн чанар стандартын дэвшилд ойртох, их зардал чирэгдлээр гадаад оронд (БНХАУ, Солонгос, ОХУ, Япон, АНУ, Турк гэх мэт) явж онош тодруулах шинжилгээнд явдаг хүмүүсийн тоо эрс цөөрч Монголын эрүүлийг хамгаалахын нэр хүнд өсч, эдийн засгийн үр дүн дээшлэх болно.
- УКТЭ-ийн "ЭОТ"-ийг тус эмнэлгийн 80 жилийн ой (2005 он)-оор ашиглалтад оруулах
- "ЭОТ"-ийг АУИС, УКТЭ-ийн өндөр мэргэжлийн профессор, эмч нар удирдан зохион байгуулах боломжийг хангана.

УКТЭ-Т ХЭВТЭН ЭМЧЛҮҮЛЭГЧДИЙН ДУНД ЯВУУЛСАН “ТАМХИ БА ӨВЧЛӨЛ” СУДАЛГААНЫ ДҮН

Д.Энхбаяр

Зорилго: Эмнэлэгт хэвтэн эмчлүүлэгчдийн тамхидалтын нөлөө ямар өвчлөлд их байгааг тодруулах.

Сүүлийн жилүүдэд дэлхий дээр тамхинаас үүдэлтэй өвчнөөр өдөрт 11,000 хүн, жилд 3.5-4 сая хүн нас барж байгаа бөгөөд хэрэв байдал энэ хэвээр цааш үргэлжилбэл 2025-2030 он гэхэд тамхинаас үүдэлтэй өвчнөөр нас барагсдын тоо 10 сая хүрэх юм. Судлаачдын судалгаанаас үзэхэд насанд хүрсэн эрэгтэйчүүдийн 42-48%, эмэгтэйчүүдийн 8-12% тамхичин болж байгаа бөгөөд Монголд хийсэн судалгаагаар эрэгтэйчүүдийн 61%, эмэгтэйчүүдийн 14%-нь тамхи татаж байгаа нь тамхи татагчдын тоогоор нэлээд дээгүүр байранд орж байна. Тамхины шалтгаант өвчнөөр нас барагсдын 38% нь хавдраас, 34% нь зүрх судасны өвчнөөс, 28% нь амьсгалын замын өвчнүүдийн улмаас нас бардаг байна.

Тамхичин хүн уушигны хорт хавдраар өвдөх нь тамхи татдаггүй хүмүүсээс 10 дахин илүү байна.

Тамхины бүтцэд байх. никотин нь мансууруулах үйлчилгээ үзүүлэхээс гадна зүрх судасны системд хортой нөлөө үзүүлж судсыг нарийсгаснаас цусан хангамж муудаж, хүчил төрөгчийн дутагдалд орно. Мөн никотин нь бөөрний дээд булчирхайн үйл ажиллагааг идэвхжүүлснээс цусан дахь адреналины хэмжээ ихэссэнээс АД ихэсдэг байна. Мөн судасны ханын хатуурах процессыг хурдасгана. Тамхи татдаг хүмүүс ийнхүү зүрх судасны өвчнөөр өвчлөх нь илүүтэй байдаг.

- Никотин нь гэдэсний гүрвэлзэх хөдөлгөөнийг ихэсгэх буюу багасгах нөлөө үзүүлснээс ходоодны шүүсний ялгарах процесст нөлөөлнө. Мөн ходоод болон 12 хуруу гэдэсний цусан хангамж алдагдснаас ходоод гэдэсний шархлаа үүсэх нөхцлийг бүрдүүлдэг. Ходоод, 12 хуруу гэдэсний шархлаанаас болж нас ба-

рах явдал тамхичин хүмүүст 4 дахин их тохиолдоно.

Тамхи татснаар тамхины утаанд байх бохь никотин үйлчлэлээс болж уушигны хучуур эс саажна. Үүний улмаас уушгинд элдэв хорт бодис хуримтлагдаж амьсгалын замын өвчнүүд болох уушиг, улаан хоолой, төвөнхийн хорт хавдар, уушигны архаг үрэвсэл, ханиад томуу уушиг тэлэгдэх өвчин болон гуурсан хоолойн багтраа өвчнөөр өвчлөх явдал олонтоо тохиолддог байна. Уушиг тэлэгдэх (эмфизема легких) өвчин тамхи татдаг хүмүүст татдаггүй хүмүүсээс 13 дахин элбэг тохиолддог байна.

2001 оны 11-12 сарын хооронд УКТЭ-ийн хэвтэн эмчлүүлэгчдийн өвчлөлд тамхидалтын нөлөөг тогтоох судалгаа хийсэн юм.

Үүнд нийт 223 хүн хамрагдсанаас

- тамхи татдаггүй 167 буюу 74.8%
- тамхи татдаг 56 буюу 25.2%

Тамхи татдаг 56 хүний

- эр 42 буюу 75%
- эм 14 буюу 25%

Тамхи татсан жилээр нь харьцуулж үзвэл:

- 5 жил хүртэл 16
- 6-10 жил хүртэл 14
- 11-20 жил хүртэл 9
- 21-ээс дээш жил 17

Тамхичдыг насаар нь ангилж үзвэл:

- 18-25 насны 5
- 26-49 насны 28
- 50-60 насны 17
- 61-ээс дээш насны 6

Тамхинд хандах хандлагаар нь:

- Тамхи эрүүл мэндэд хортой 52 буюу 92.8%
- Тамхи эрүүл мэндэд хоргүй 2 буюу 3.6%
- Мэдэхгүй 2 буюу 3.6%

Өвчлөлөөр нь үзвэл:

- Амьсгалын замын өвчтэй 15 буюу 26.7%
- Зүрх судасны өвчтэй 10 буюу 17.8%
- Хоол боловсруулах эрхтний өвчтэй 10 буюу 17.8%

- Бусад өвчтэй. 21 буюу 37.7%

Тамхинаас гарах сонирхлоор нь:

- Тамхинаас гарна 25 буюу 44.6%

- Гарах гэсэн боловч гарахгүй байгаа 26 буюу 46.4%

- Гарах сонирхолгүй 5 буюу 8.9%

Эдгээр тоо баримтаас дүгнэхэд:

Дээрх судалгаанд хамрагдсан тамхичдын 89.3% нь ид хөдөлмөрийн насны хүмүүс байна.

Мөн хэвтэн эмчлүүлэгчдээс уушиг, зүрх судас, хоол боловсруулах эрхтний тасгийн өвчтнүүд илүүтэй тамхи татаж байгаа нь эдгээр өвчнөөр өвчлөх болон өвчнийг үгдрүүлдэг гэсэн эрдэмтдийн судалгаатай дүйж байна.

Тамхи татдаг хүмүүсийн 92.8% нь эрүүл мэндэд тамхи хортой гэж үзэж, гарах сонирхолтой 91%, байгаа боловч өөрсдөө гарч чадахгүй байгаа нь цаашид тамхинаас гарахад нь нөлөөлж туслах эмч нарын оролцоо зайлшгүй шаардлагатайг харуулж байна.

Судалгаанд хамрагдсан 223 өвчтний 165 нь буюу 73.9% тамхичинтай хамт амьдардаг буюу ажилладаг нь дам тамхидалт эрүүл мэндийн эрсдэлд өртүүлдгийг тод харуулж байна.

БООМ

Л.Өлзийбат

Амьтдаас хүнд дамждаг цочмог халдварт өвчин арьс, салстыг зонхилон гэмтээж хатиг лимфаденит халуурал хордлогын шинжээр илэрдэг.

ШАЛТГААН

Үүсгэгч нь *Bac.anthraxis* хэмээх грамм (-) нян юм. Тэр вегатив болон үр (Спор) гэсэн хоёр хэлбэрээр тохиолдддог. Хүчилтөрөгч хангалттай 15-42°C орчинд мэдрэг бие махбодын дотор үрийн хальсны дотор орших вегатив хэлбэр нь бүрээс үүсгэдэг.

Нянгийн эмгэг төрүүлэгч чанар нь түүний хальс мөн халуунд тогтвортой гадар хороор тодорхойлогддог. Халдварын процессын эмгэг жамд гадар хор нь голлох үүрэгтэй. Нянгийн вегатив хэлбэр харьцангуй тогтвор муутай 55°C-т 40 минут болоод үхдэг. 60°C 15 минут буцалгахад хоромхон зуур үхдэг. Халдваргүйжүүлэх ердийн уусмалууд (5% карболын хүчил 1% сульма, 5%-ын хлорын шохой, 1%-ын формалин, H_2O_2) зэрэгт хэдэн агшин зуур үхдэг.

Задлаагүй хүүрэн дотор 2 долоо хоногт үхдэг.

Спор хэлбэр нь гадаад орчинд, нэн тэсвэртэй 5-10 минут буцалгахад вегатив хэлбэрт шилжих чадвартай байна. Хуурай ууранд 120-140°C-т, 1-3 цагт үхдэг. Автоклавт 40 минут (130°) 1%-ын формалин 10%-ын идэмхий натрид 2 цагийн дотор үхдэг.

ТАРХВАР ЗҮЙ

Халдварыг нөөцлөгч эх уурхай нь боом өвчтэй амьтад (бог, бод мал, адуу, тэмээ, гахай) гэх мэт. Тэд шээс, баас цусархаг ялгадасны хамтаар боомын нянг гадаад орчинд ялгаруулдаг. Арьс, үс, ноос зэрэг өвчтэй малын түүхий эд нь олон жилийн турш халдвар тараах аюулыг хадгалж байдаг. Газрын хөрсний халдварыг нөөцлөгч нь болдог. Хүнд халдвар дамжих үндсэн зам бол

ахуйн хавьтал буюу өвчтэй малыг арчлах, тордох, төхөөрөх явцад халдварыг авдаг.

Мөн өвчтэй малын арьс, шир, үс ноосыг боловсруулах, тээвэрлэх явцад авч болно. Түүнээс гадна хоол унд, агаар, тоос, амьтдаар трансвессивний замаар халдварлаж болно. Өвчтэй хүн бол цаашид халдвар тараах аюулгүй юм.

ЭМГЭГ ЖАМ

Боомыг үүсгэгч нь ихэвчлэн гэмтсэн арьс, салст цөөн тохиолдолд амьсгал мөн хоол боловсруулах замаар нэвтрэн ордог. Юуны өмнө ойролцоох тунгалгийн зангилаанд гэмтэл үүсгэдэг. Нян нэвтрэн орсон газар боомын хатиг үүсдэг. Энэ нь цусархаг салст үхжилт үрэвсэл бөгөөд эргэн тойрон эдийн хаван тунгалгийн судасны үрэвслээр хүрээлэгдсэн байдаг. Ихэнх тохиолдолд эмгэг процесс нь нян нэвтрэн орсон тэр газар байршсан байдаг. Өвчний түгээмэл хэлбэр нь агаар тоос буюу амьсгалын замаар халдварлсан тохиолдолд нян цагаан мөгөөрсөн хоолой бронх мөн альвеолын салстад орсон тохиолдолд үүсдэг. Тэндээсээ боомын савханцар нь ойролцоох тунгалагийн зангилаанд зөөгдөж гэмтэл үрэвсэл үүсгэнэ. Эндээс цааш цусны урсгалд хялбархан нэвтрэх бүх биеэр түгэх боломж бүрддэг.

ЭМНЭЛ ЗҮЙ

Нууц үеийн хугацаа нь хэдэн цагаас 8 хоног хүртэл байж болно. Байршмал хэлбэр нь хамгийн их тохиолддог 95-97%. Тэр загатнаа бүхий тод хатуу улаан толбо халдвар орсон газарт ямар нэгэн шавьж хазсан мэт үүсдэг. Нэг хоног өнгөрөхөд тэр нь томорч хатууран хорсож заримдаа бүр өвчин орж ч болно. Толбо нь шаравтар болон цусархаг хүрэн шүүстэй вандуйн хэртэй хэмжээний цэврүү болж хувирна. Энэ нь цаашдаа хагарч хар өнгийн шарх болж хувирна. Ийнхүү шарх үүсэхийн зэрэгцээ толгой өвдөж хоол унданд дургүй болж халууран нойр хямрах ба хордлогын бусад шинж ажиглагдана. Маш хурдан буюу 1 хоногийн дотор шарх хавагнаж овойн үрэвслийн ирмэг даланг үүсгэх бөгөөд энэ нь ойролцоох эдэд тархах тул шархны ёроол нь хонхойж ихээхэн шүүсэрхэг, цусархаг шингэн хуримтлагдаж ахин цэврүү үүснэ. Эдгээр нь мөн хагарч хатах ба энэ үзэгдэл нь 5-6 хоног үргэлжилдэг. Ийнхүү боомын хатиг бүрэлдэх бөгөөд түү-

ний голч нь хэдэн мм-ээс хэдэн см хүртэл том байж болно. Хатигний онцлог нь үхжсэн голомтдоо өвдөлтийн мэдрэмж огт байхгүй байдаг явдал юм. Арьсны бусад мэдрэхүй нь хэвийн байдаг. Хатигний зэрэгцээ ойролцоох тунгалагийн зангилгаанд үрэвсэл үүснэ. Зовхи, хүзүү, хуйхнаг зэрэг арьсны зөөлөн эслэг ихтэй хэсэгт заримдаа хавагнах хэмжээтэй үүсч хатигнаас хол зайтай газар хоёрдогч үхжил үүсгэж болно. Өвчин хэдий хүнд байна хаван төдий их байна. Шархны ёроолоос шингэн шүүс ялгарах нь зогсоход хатиг нь хатаж хар тав үүсдэг. Хатигний голд нь бэржгэр гадаргуутай хар холтос үүсдэг. Энэ нь арьснаас дээш товойж хоёр долоо хоног өнгөрөхөд үхжин үхсэн ба эрүүл эдийн тодорхой зааг үүсдэг. Дахин долоо хоноход тав нь ховхорч унан идээрхэг ялгасас бүхий түрж буй мөхлөг бүхий шарх үүсдэг. Шархны ирмэг нь зугуйхан түрж ургасаар эдгэрэх ба идээ бээр бүхий ёроол нь дороосоо хучуур эдээр түрж ургасаар шархны оронд сорви үүссэнээс хойш хоёр долоо хоног өнгөрөхөд ховхорч унадаг.

Боом өвчний арьсны хэлбэрийн үед булчирхайлаг том цэврүүт ёлом төст хэлбэрүүд тун ховор тохиолддог. Түгмэл (үжил) хэлбэр нь байршмал хэлбэрийн дараагаар эсвэл анхдагчаар дотор эрхтний гэмтэл байдлаар үүсч болно. Халдвар нь хордлого шок бүхий хордлоготой явагддаг. Мөн цус бүлэгнүүлэх системийн хямрал тархины хаван амьсгал бөөрний хурц дутлын шинжүүд илэрдэг. Боом өвчний түгмэл хэлбэр нь нян анх орсон голомт буюу лимфаденитаас цааш тархаж өвчтний биеийн байдал богино хугацаанд буюу хэдхэн цагийн дотор мууддаг. Биеийн халуун 40-41 хэм хүртэл өсч судасны лугшилт утас мэт болж хурдсан А/Д унадаг. Плеврын хөндийд цусархаг шүүдэс ялгарсны улмаас амьсгал дутал гүнзгийрэн амьсгаадан амьсгал өнгөц болж хөхөрдөг. Өвчтний ухаан балартаж татах мөн Мэнэн хам шинж буй болно. Цаашдаа ходоод гэдэс умай, шээс бэлгийн зам хамраас цус алдаж болно. Зүрх судасны үйл ажиллагаа уналтад ордог. Ийнхүү халдвар хордлогын шокын дэлгэрэнгүй шинж тэмдэг илрэн үхэлд хүргэдэг.

ОНОШИЛГОО

Лаборторын шинжилгээний үндсэн төлөвлөгөө нь микроскопоор харах тэжээлт орчинд ургуулах лабораторийн амьтанд халдварлуулах арга дээр үндэслэн шинжилгээнд хатигний шүүс,

цус цэр, баас зэргийг авдаг. Anthracsin гэдэг бодисоор арьсан дор 0.1 мл тарьж харшил сорил тавьж болно. 24 цагийн дараа сорил тавьсан газар 3.5"3.0 см-ээс илүү хэмжээтэй улайлт хавдар үүсвэл (+) гэж үзнэ.

ЭМЧИЛГЭЭ

Боомоор өвчлөгсдийг халдвартын эмнэлэгт хэрэв өвчтөн хүнд байвал эрчимт эмчилгээний тасагт эмчлэх шаардлагатай. Боомын хатигийг гэмтээж огт болохгүй. Иймд шинжилгээ авах болон боолт хийхдээ тун болгоомжтой хандвал зохино. Түгмэл хэлбэрээр өвчлөгсдийг аль болохоор нямбай үзэж халдвар хордлогын шокод орохоос сэргэмжлэх ёстой. Эмчилгээний өвөрмөц арга нь боомын эсрэг глобулин болон антибиотик тарих явдал юм. Боомын эсрэг глобулины тун нь өвчний хүнд хөнгөнөөс хамаарч хөнгөн үед 20 мл, хүнд үед 80 мл хүртэл тарих ба ээлж эмчилгээ нь 450 мл хүртэл хийж болно. Хамгийн үйлчилгээ сайтай антибиотик бол пенициллин юм. Арьсны хэлбэрийн үед 2 саяас 4 сая нэгж хоногт тарьдаг. Тетрациклины бүлэг аминоглюкозид лево-мецитин, мөн циклоспорины хоёр гуравдугаар үеийн эмүүдийг хэрэглэж болно. Эмгэг жамын дагуу хийх эмчилгээ цусны эргэлтийг сэргээх хүчил шүлтийн тэнцэл цус бүлэгнэлтийг хэвийн болгох халдвар шокоос гаргахад чиглэнэ.

СЭРГИЙЛЭЛТ

Мал амьтдын өвчлөлтийг бууруулах, арилгахад чиглэнэ. Боом өвчний улмаас үхсэн амьтдын хүүрийг шатаах буюу гүн нүхэнд булах хэрэгтэй. Нүхний ёроол болон хүүрийн гадаргуу дээр 10-15 см зузаан хуурай хлорын шохой цацвал зохино. Халдвар судлалын заалтаар хүмүүст вакцин тарьдаг. Өвчтэй малаас авсан хүнсний бүтээгдэхүүнийг устгаж, түүхий эдийг халдваргүйжүүлнэ. Яаралтай сэргийлэх зорилгоор феноксиметилпенициллин 1мг хоногт 3 удаа нийтдээ 5 хоног уулгавал зохино. Сэргийлэх зорилгоор тетрациклин, доксициклин, ампициллин эсвэл рифампициллин хэрэглэж болно.

БЭЛГИЙН СУЛРАЛ БА ВИАГРА (СИЛДЕНАФИЛ) ЭМЧИЛГЭЭНИЙ ЗАРИМ АСУУДАЛ

Д.Нямсүрэн

Бэлгийн сулрал ба бэлэг эрхтний хөвчрөлтийн эмгэг нь шодой байнга хөвчрөх боломжгүй, эсвэл хөвчрөөд богино хугацаанд сулрах, бэлгийн идэвхтэй үйл ажиллагаанаас хангалттай таашаал авч чадаагүй зэрэг эмгэг өөрчлөлтийг бэлгийн сулрал гэнэ. [31, 35, 36].

АНУ-ын ЭХ-ын үндэсний хүрээлэнгийн зөвшилцлийн комиссын мэдээлэхийг зөвшөөрснөөр АНУ-д 30 сая эрэгтэйчүүд бэлгийн сулралын өвчинтэй мэдээлэл байна [35]. Эрдэмтдийн судалгаагаар 40 насны эрчүүдийн 39%, 50 - 48%, 60 - 57%, 70 - 67%, 80 настай эрэгтэйчүүдийн 75% хүртэл бэлгийн сулралтай судалгаа байна. [16, 33]

Их Британи, Францад явуулсан судалгаагаар эрэгтэйчүүдийн 30-40% нь бэлгийн сулралтай, дэлхий дээр 100 сая гаруй эрэгтэйчүүд бэлгийн сулралын аль нэг хэлбэрт нэрвэгдсэн байна. [42, 21]

Бэлгийн сулрал дараахь үндсэн шалтгаануудаас үүсдэг. Үүнд:

1. Органик шалтгаантай - даавар, мэдрэл, судасны эмгэгүүд цаашилбал бэлэг эрхтний хөндийлэг биеийн гэмтэл, эмгэгүүд орно.
2. Сэтгэл зүйн шалтгаантай - механик гэмтлийн нөлөөгүй боловч төвийн гаралтай, сэтгэц нөлөөтэй бэлгийн сулрал
3. Хавсарсан - органик ба сэтгэц нөлөөт хүчин зүйлийн хавсарсан шалтгаантай гэж тус тус ангилдаг. Энэ хэлбэрийн шалтгаантай бэлгийн сулрал 78% эзэлдэг. [18].

Бэлгийн сулралыг үүсгэх эрсдэлтэй хүчин зүйлүүдэд дараахь өвчин эмгэг нөлөөлдөг. Үүнд:

- Архаг өвчин (атеросклероз, цусны даралт ихсэх, чихрийн шижин, элэг бөөрний архаг дутагдал, судасны ханын тарх-

мал хатуурал, Альцгеймерийн өвчин, уушигны гуурсан хоолойн бөглөрөх өвчнүүд, шодойн хөндийлэг биеийн сорвижилт буюу Пейроний өвчин, дотоод шүүрлийн булчирхайн өвчнүүд-гипогонадизм, гиперпролактинеми, гипотиреоз, гипертиреоз, сэтгэцийн эмгэгүүд)

- Мэс ажилбарууд (түрүү булчирхайд нээлттэй ба дурангаар хагалгаа хийсний дараа)
- Гэмтэл (нугасны гэмтэлүүд)
- Зарим эмийн бодис хэрэглэснээс (даралт бууруулах, сэтгэц нөлөөт-антидепрессант, H2-рецепторуудын антагонистууд, дааврын бэлдмэлүүд, стероидын бус үрэвсэлийн эсрэг үйлчилгээтэй эм, транквилизаторууд),
- Тамхи
- Архи [16].

Бэлгийн сулрал үүсэх механизмын үндсэн хүчин зүйл бол шодойн хөндийлэг биеийн гялгар булчинг сулруулахад зайлшгүй шаардлагатай азотын эсэл (NO)-ийн дундын - хөдөлгөөнт молекулын бодисын солилцоонд эмгэг үүссэнээр тайлбарладаг [9. 10].

Азотын эсэл нь L-аргинаинаас синтезлэгдэж, мөн эндотелийн эс, нейрон, шодойн их биеийн гялгар булчингийн эсээс чөлөөлөгдөж бэлгийн ажиллагааг сэдээж сэргээх хариу урвалж үзүүлдэг. Шодойн хөндийлэг биед азотын эсэлийн концентрац ихсэж улмаар гуанилатциклаза ферментийг идэвхжүүлснээр цагираган гуанизинмонофосфат (цГМФ)-ын хэмжээ ихсэж түүний бодисын солилцооны оролцоог түргэсгэснээр шодойн хөндийлэг биеийн гялгар булчингууд бүрэн суларч, цус түрэлт нь хурдасч шодой чангарч хатуурч бэлгийн ажил хийх бэлтгэл бүрэн хангагддаг.

Бэлэг эрхтний хөндийлэг биеийн гялгар булчингийн эс, цусны судас, эргэлдэж байгаа цусны ялталт эс зэрэгт цГМФ-ыг идэвхгүйжүүлэгч 5-р бүлгийн фосфодиэстраза (ФДЭ5) байдаг. [6]. Түүний сонгомол дарангуйлагч нь виагра буюу силденафил юм. Эрэл хайгуулын үр дүнд эмнэл зүйн үндэстэй, энгийн, хор хөнөөл үгүй, өвчин эмгэг үүсгэдэггүй, өвдөлтгүй, эмчилгээний өндөр үр дүнтэй эм ВИАГРА (силденафил цитрат)-г АНУ-ын хэсэг судлаач эрдэмтэд "Pfizer international" фирмд зохион бүтээсэн.

ЭМИЙН ҮЙЛЧИЛГЭЭ

Цагираган гуанизинмонофосфат (цГМФ) ферментийг задлагч тусгай фермент ФДЭ-5-ийг сонгомлоор хүчтэй дарангуйлагч эмийн бэлдмэл нь ВИАГРА юм. Шодойн хөндийлэг биеийн эдэд цГМФ задралгүй хуримтлагдснаар дээрх эмийн үйлчилгээ илэрдэг [3, 34]. Виагра нь шодойн хөндийлэг биеийн гялгар булчинг шууд сулруулах үйлчилгээг үзүүлдэггүй харин азотын ислийн үйлчилгээг сайжруулдаг.

Азотын эсэл (NO), цГМФ-ын бодисын солилцоог идэвхжүүлснээр бэлгийн сэрэл үүсдэгтэй адилаар ФДЭ-5 нь виаграгийн үйлчлэлээр дарангуйлагдаж цГМФ-ын хэмжээ ихсэж шодойн хөндийлэг биед хуримтлагдаж улмаар шодой цусаар дүүрч хөвчирч, чангарч хугацаанаасаа өмнө сулрахаас бүрэн хамгаалагдаг. (бүдүүвчээс харах)

ШОДОЙН ГЯЛГАР БУЛЧИНГИЙН ЭСЭД ҮЙЛЧЛЭХ МЕХАНИЗМ

(NO-азотын исэл, NANC неадренергически нехолин-эргически нейронууд, PDE5-фосфодиэстраза 5 (ФДЭ 5),

GMP-гуанизинмонофосфат (ГМФ), cGMP-цагираган гуанизанмонофосфат (цГМФ), GTP-гуанизинтрифосфат)

Виагра нь бэлгийн дур хүсэлд нөлөөлдөггүй, эрүүл хүний шодойн хөвчрөлтийг илүү нэмж сайжруулдаггүй.

ЭМИЙН ФАРМАКОКИНЕТИК, ФАРМАКОДИНАМИК ҮЙЛЧИЛГЭЭ

Виагра нь амаар ууж хэрэглэдэг, ходоод гэдэсний замаар хурдан шимэгддэг. Цусны сийвэнд концентрац нь эхний 0.5-2 цагт (дунджаар 1 цагт) хамгийн их болдог.

Виаграгийн ихэнх нь элгээр дамжиж бодисын солилцоонд оролцож, 80% өтгөнөөр, 13% шээсээр ялгардаг. Уусан силденафилийн 95% нь эргэлдэж байгаа цусны уурагтай холбогдож эд эрхтнээр жигд чөлөөтэй тархаж, 3-5 цагийн дараа биеэс бүрэн чөлөөлөгдөнө. Виаграгийн Фармакокинетикт дараах хүчин зүйлүүд нөлөөлдөг. Үүнд:

1. Ингибитар изоформы ЦИПЗА4, жишээлбэл циметидин

(клиренсийг нь бууруулдаг)

2. Виаграг 100-аас дээш мг-аар хэрэглэх шаардлагатай том биетэй хүмүүс (100 мг-аас илүү авах биологийн боломж)
3. Өөх тосны агууламж ихтэй хоол идэх (эмийн бодисын шимэгдэлтийн хурдыг бууруулдаг)
4. Элэг, бөөрний өвчин ба үйл ажиллагааны хямрал, өвчин (клиренсийг нь бууруулдаг)
5. Нас өтлөлт (клиренсийг нь бууруулдаг)
6. Биеийн жин ихсэхэд эмийн тархалтын (хуваарилагдах) багтаамж ихэсдэг.
7. Хоногт 100 мг-аас ихгүй тунгаар хэрэглэх шаардлагатай.

Цусны даралтыг хэвтээ байрлалд дунджаар 8.4-5.5 мм мөнгөн усны баганаар бууруулдаг хэдий ч зүрхний агшилтын давтамжид өөрчлөлт оруулдаггүй. Хэрэглэснээс 1-4 цагийн дараа даралт хэвийн хэмжээнд ордог.

Виагра нь эр бэлгийн эсийн унжгай наалдамхай чанар, үр, үрийн шингэний тоо, хэлбэр, хэмжээ, түүний амьдрах чадвар, нягтаршилт, хөдөлгөөнд ямар нэг сөрөг нөлөөлөл үзүүлдэггүй. 100 мг бэлдмэл ууж хэрэглээд 90 минутын дараа сайн дурын үндсэн дээр үрийн шингэнийг шинжлэхэд 0.0002%-иас ихгүй хэмжээтэй агуулагдаж байлаа.

Виагра нь глицеринтринитрит, толбутамид, варфарин, архи (спирт), амлодипин, аспирин, циметидин, гидроокси магнийн суурьтай антацид гэх мэт эмүүдтэй харилцан ямар үйлчилгээ үзүүлдгийг хяналтын бүлэг хүмүүс дээр судалгаа явуулсан юм.

Дээрх судалгааны үр дүнд окись азот, нитрат агуулсан ямар ч хэлбэрийн бэлдмэлүүдтэй нэгэн зэрэг хэрэглэвэл цусны даралт огцом унадаг аюултай тул хамт хэрэглэж болохгүй, заалттай.

Виагра нь толбутамид, варфарин, аспирин, архи (спирт), амлодипин, антацид зэрэг эмийн бэлдмэлүүдтэй харилцан үйлчлэлд ордоггүй хэдий ч цусны даралтыг бага зэрэг бууруулдаг нь ажиглагдсан.

Циметидин, кетокопазол, эритромицин зэрэг эмүүд нь Виагра бэлдмэлийн клиренсийг 50%-иар бууруулдаг.

ТУН БА ХЭРЭГЛЭХ АРГА

Бэлгийн сулралыг эмчлэхэд дотуур амаар ууж хэрэглэдэг үр дүн сайтай, хамгийн шинэ бэлдмэл нь Виагра юм. Бэлгийн харьцаанд орохоос ойролцоогоор 60 минутын өмнө эхний тун 50 мг-аар уух шаардлагатай. Үр дүн, эмийн зохицол зэргээс хамаарч тунг 100 мг хүртэл ихэсгэх буюу эсвэл 25 мг хүртэл бууруулж хэрэглэж болно. Хамгийн их тун нь 100 мг-аар хоногт зөвхөн ганцхан удаа хэрэглэнэ.

КЛИНИКИЙН СУДАЛГААНЫ ҮР ДҮН

Олон орны 20 гаруй клиник дээр 19-87 насны 4,000 гаруй эрэгтэйчүүд Виагра эмчилгээний судалгаа явуулжээ. Бэлгийн сулралтай өвчтнүүдийн өвдсөн дундаж хугацаа 5 жил (6 сараас-26 жил), харин бэлгийн сулралын шалтгаан нь органик, психогений (сэтгэцийн), холимог шалтгаануудтай байжээ. Субъектив болон объектив мэдрэмжийн шалгууруудын үндэс болгон эмчилгээний үр дүнг үнэллээ. Эмчилгээний үр дүнд өвчтнөөр өөрөөр нь үнэлгээ өгүүлэх, эмнэл зүйн мэдээлэлтэй нь хамтатгаж үр дүнг тооцох нь илүү итгэл үнэмшилтэй байлаа.

Өвчтнүүдэд явуулж буй клиник ажиглалтдаа ихэнх тохиолдолд журнал (өдрийн тэмдэглэл) хөтлөхийг гуйж гүйцэтгүүлснээр бэлгийн ажил хийх (хурьцах) оролдлогуудын амжилттай гүйцэтгэсэн тоо, хурьцаж буй үед шодойн хөвчирч хатуурсан хатуурлын зэргийн үнэлгээг авсан.

Зарим туршилтад партнерээс нь тусгай асуулт бөглүүлж ашигладаг. Шодойн хөвчрөлтийн үйл ажиллагааны олон улсын индекс (ШОУХИ) гэж байдаг. Индексийг үнэмшил бүхий 15 асуултаар тодорхойлохоос гадна өвчтөн эмчилгээний төгсгөлд өөрийгөө дүгнэх боломжтой. [35]

Виагра бэлдмэлийн эмийн зохицол, аюулгүй нөхцөл, эмчилгээний үр дүнд үндэслэж дотуур хэрэглэх тунг 25-100 мг-аар (барагцаагаар хурьцахаас 1 цагийн өмнө) хэрэглэхэд тохиромжтой. Харин хоногт зөвхөн нэгээс илүүгүй удаа хэрэглэнэ. Бид судалгааг бэлгийн сулралтай 1,690 өвчтөнд 6 сараас доош хугацаанд өвдсөн, бэлгийн сулралын органик шалтгаантай 59-77%, сэтгэцийн шалтгаантай 15-32%, 13-43% хавсарсан шалтгаантай өвчтнүүд судалгаанд хамрагдлаа. Эмчилгээний үр дүнд бэлгийн

сулралын эмгэг жам шалтгаан нь онцгой ач холбогдолтой нь тодорхойлогдоогүй.

Виаграгаар эмчлээд 3 сарын дараа 4 судалгаа явуулж (эмчилгээний анхны үр дүн), 6 сарын төгсгөлд 2 удаа туршилтын үр дүнг шалгажээ.

Судалгаанд хамрагдсан өвчтнүүдийн 84% нь 50 ба 100 мг-аар ууж эмийн тунгаа өөрчилж байжээ. Эмийн тунгаас хамаарч үр дүнд нөлөөлдөг тул 100 мг-аар ууж хэрэглэсэн үед эмчилгээний үр дүн сайжирч, үйлчилгээний хугацаа нь уртасч байжээ. 3 сарын курс эмчилгээ хийлгүүлсний дараа эмчилгээ хийлгэсэн бүлэг өвчтний 78%-д нь хяналтын бүлгийн плацебо хэрэглэсэн өвчтнүүдийн 20% нь бэлгийн ажиллагаа нь сайжирч өөрөөр хэлбэл шодойн хөвчрөлт сайжирч, бүрэн хадгалагддаг болсон. ШОУХИ-ийг статистик аргаар судалсан өгөгдхүүнүүдийн үйл ажиллагааны компоентүүдийн 5-аас 4 нь найдвартай сайжирч байжээ. Тухайлбал, шодойн хөвчирөлт, дур тавилт, бэлгийн таашаалдаа сэтгэл ханах, бэлгийн таашаалыг авч бие сэтгэлээрээ бүрэн ханамжтай байгаа эсэх, бэлгийн таашаал авах ханамжид тодорхой өөрчлөлт ажиглагдаж мэдрэгдээгүй.

Эмчилгээ хийлгэсэн хүмүүсийн бэлгийн ажил хийх (хурьцах) оролдлого 12% - (судалгааны эхэнд) 69% хүртэл сайжирсан, харин плацебо хэрэглэсэн бүлэг хүмүүсийнх 22%-иас илүүгүй байлаа.

Виагра хэрэглэсэн бүлэг хүмүүсийг плацебо хэрэглэсэн хүмүүстэй харьцуулж судлахад Виагра хэрэглэсэн бэлгийн сулралтай өвчтөн сард 6 удаа амжилттай хурьцах оролдлого хийсэн байхад плацебо хэрэглэсэн нь 1 удаа амжилттай оролдлого хийсэн байх жишээтэй.

Виагра нь үр дүнтэй зохицол сайтай, харш нөлөө багатай үйлчилгээний үр дүн өндөр юм. Зөвхөн 5% хувьд нь эмчилгээний үр дүн өгөөгүй тул, өөр эмчилгээгээр солих шаардлага гарч байсан.

Эмчилгээний явцад үр дүнг харгалзан эмийн тогтсон тунг өөрчлөх, багасгах боломжтой. Виаграг 12 сарын турш 25-100 мг-аар хэрэглэсэн эрчүүдийн 88% шодойн хөвчрөлт хэвийн болсон, 90% нь үргэлжлүүлэн хэрэглэж эмчлүүлэх сонирхолтой байлаа. Виаграг хэрэглэж байгаад эмчилгээг зогсооход хүрсэн үр дүнгээ хадгалж чаддаггүй [21, 11].

Эмийг хэрэглэсний дараа 25-60 минутаас үйлчилгээ нь эхэлж идэвхтэй байсаар 4-5 цагийн хугацаанд шодойн хөвчрөлтөд сайн нөлөө үзүүлдэг. Шодойг дунджаар 9-24 минут хөвчрүүлдэг, харин Плацебогийн бүлэг эм 0-5 мин хөвчрүүлдэг.

Виагра хэрэглэсэн клиник ажиглалтаас нэг ч удаа Приапизм - шодойн эмгэг хөвчрөлт тэмдэглэгдээгүй байна. Чихрийн шижин өвчний I, II хэлбэрээр өвчилсний улмаас бэлгийн сулралд орсон өвчтнүүдийг Виагра, плацебо зэргээр эмчилж харьцуулан судлахад, виаграгаар эмчилсэн өвчтний 57%, плацебогоор эмчилсний 10%-д нь шодойн босолт сайжирч байжээ.

Даралт ихтэй өвчтнүүд байнга даралтын эсрэг эм хэрэглэснээс болж бэлгийн сулралаар өвчлөх нь элбэг тохиолддог [4]. Эдгээр хүмүүст даралт буулгах эмтэй нь хамт виаграгаар эмчлэхэд 70%, даралт буулгах эмгүйгээр хэрэглэхэд 72% үр дүнтэй. Харин плацебо хэрэглэхэд 21%-д үр дүнтэй байлаа. Даралт ихтэй өвчтнүүдийг даралтын эмтэй хамт ба дангаар нь хэрэглэсэн тохиолдолд эмнээс хамааралгүйгээр Виагра нь үр дүн сайтай байна.

Сэтгэл уналтын эмгэг байдалтай өвчтнүүдэд эмчилгээний үр дүн 76% (плацебо 18%) байна.

Виагра нь нугасны хүнд гэмтэлийн улмаас бэлгийн сулралд орсон өвчтнүүдэд хурьцах үйл ажиллагааг сайжруулахад 80% үр дүнтэй, хяналтын бүлэг плацебо-гоор эмчлэхэд 10% үр дүнтэй.

Түрүү булчирхайд дурангаар мэс засал хийлгэсний дараа бэлгийн сулралыг эмчлэхэд 61-74% үр дүнтэй.

Түрүү булчирхайг нээлттэй аргаар бүрэн авсан тохиолдолд хэрэглэхэд 43% шодойн хөвчрөлт сайжирч байлаа. Плацебо хэрэглэсэн өвчтний 15% үр дүн өгч байв. 65 хүртэлх насны эрчүүдэд 75%, 65-аас дээш насны эрчүүдэд 67% үр дүн өгч шодойг сайн хөвчрүүлж байжээ.

Аюулгүй орчин (нөхцөл). Эмнэл зүйн туршилтын үр дүнд дэлхий дахинд Виагра бэлдмэл нь хэрэглэсэн өвчтнүүдэд зохимж үр дүн сайн байгааг мэдээлж байна.

Гаж нөлөө. Ажиглалтын үр дүнд түр хугацааны хөнгөн хэлбэрийн гаж нөлөө эмнэл зүйн хэлбэрүүдээр илэрч байжээ. Эмчилгээ хийлгэсэн өвчтний 15.8% - толгой түр зуур бага зэрэг өвдөх, 10.5% - нүүр, хүзүүгээр гэнэт улайх, 6.5% - гүйлгэх, 4.2% -

хамрын хөндийн судсанд цус дүүрч хавагнаж битүүрэх, 4.2% - амьсгалын дээд замын халдвар, 3.3% - гриппийн хам шинж, 3.1% - шээс бэлгийн замын халдвар, 2.7% - харааны мэдрэмж, хөх-ногоон өнгө ялгах мэдрэмж өөрчлөгдөх, 2.6% - чацга алдах, 2.2% - толгой эргэх, 2.2% - арьсан дээрх тууралт, 2.2% - нуруугаар, 2% - үе мөчөөр өвдөх гаж нөлөө тус тус илэрч байлаа. Эмчилгээ хийсэн эхний саруудад дээрх шинж тэмдэг илэрч, эмчилгээний курс үргэлжлэх хугацаанд гаж нөлөө аяндаа арилж багасч байлаа.

Нийт эмчилгээ хийлгэсэн өвчтнүүдийн 2.6% (плацебо 2.3%) гаж нөлөөнөөс болоод эмчилгээг зогсоож байлаа.

Америкийн хэвлэлийн мэдээгээр ("US Today" Aug. 1998) АНУ-д энэ эмийг хэрэглэсэнтэй холбоотойгоор эрэгтэйчүүдийн дунд нас барсан 39 тохиолдол бүртгэгджээ. Гэвч эмч нарын үзэж буйгаар энэ эм ууснаас үхэлд хүрэхэд нөлөөлөх шалтгаан болоогүйг тогтоосон байна. Бэлгийн ажил хийх үед биеийн хүчний ачаалал ихсэж настай хүмүүсийн зүрх-судасны тогтолцоо үйл ажиллагааны алдагдалд ордог, мөн виагратай хамт нэг зэрэг NO азотын исэл, нитрат агуулсан донор эм хэрэглэх нь муу нөлөө үзүүлдэг. Виаграгийн эмчилгээн дээр эмнэл зүйн судалгаа туршилт явуулсны үр дүнд 1 ч нас барсан тохиолдол тэмдэглэгдээгүй болно.

Эсрэг заалт: (хэрэглэж болохгүй заалт) Эмийн хэлбэрээр нитратийн бүлэг, азотын исэл агуулсан бэлдмэл хэрэглэж буй үед виаграг хэрэглэж болохгүй.

Нитратын даралт буулгах үйлчилгээний хүчийг сайжруулах, эмчилгээний үр дүнг идэвхжүүлэх зорилгоор виаграг нэмж хэрэглэж болох заалт бий. Ихэнх тохиолдолд виаграгийн нөлөөгөөр даралт бага зэрэг буурч толгой өвдөх, нүүр лүү гэнэт халуу оргиж улайхыг эс тооцвол дагалдах хам шинж илэрдэггүй. Нитратаар эмчлэгдэж буй өвчтөнүүдийн цусанд азотын исэл (NO)-ийн хэмжээ өндөр байдаг. Иймд Виаграг хэрэглэхэд (NO) азотын исэлийн судас өргөсгөх нөлөөг фосфодиэстраза изоферментийг идэвхгүйжүүлэх замаар судасны гялгар булчингийн эсэд үйлчилж артерийн даралт хүчтэй унадаг. Виагра болон түүнд агуулагдаж буй бүрэлдхүүний аль нэгэнд хэт мэдрэг өвчтнүүдэд хэрэглэх эсрэг заалттай.

АНХААРВАЛ ЗОХИХ АРГА ХЭМЖЭЭ

Бэлгийн сулралыг оношлоход шаардлагатай бичиг баримт, өвчин эхэлсэн шалтгаан, түүх, түүний бодит байдлыг сайтар судлах шаардлагатай.

Зүрхний өвчин, тэр дундаа зүрхний шигдээсээр өвдсөн өвчнийг виагра эмчилгээнд авахад маш болгоомжтой хандах шаардлагатай.

Анатомын хэв гажилт бүхий (шодой тахийсан, мушгирсан, хөндийлэг бие нь холбогч эдээр солигдож сорвижсон буюу Пейро-ний өвчнөөр өвдсөн) өвчтөн, эсвэл приапизма-шодой эмгэгээр хөвчрөхөд сэдээлт өгөх өвчнөөр (серповидная клеточная анемия, олон тооны миелом, лейкоз) өвдсөн өвчтнүүдэд болгоомжтой хэрэглэх.

Бэлгийн үйл ажиллагаа хэвийн эрчүүдэд илүү идэвхжүүлэх зорилгоор хэрэглэх шаардлагагүй.

Виаграг бэлгийн сулралыг эмчлэхэд хэрэглэдэг бусад эмнүүдтэй хамтруулан хэрэглэж болохгүй; хавсран хэрэглэхэд аюулгүй эсэх, үр дүнг нь судлаагүй [6].

Нитропруссид натрийн (донор NO) антиагрегантный үйлчилгээг хүчтэй болгох нөлөөтэй.

Ходоод, дээрх гэдэсний шархлаа сэдрэх, цус алдаж буй өвчтнүүдэд хэрэглэхэд аюулгүй тухай мэдээлэл, судалгаа байхгүй, ийм өвчтөнд болгоомжтой хэрэглэх шаардлагатай.

Несеет ретиниттэй өвчтөнд болгоомжтой хэрэглэх шаардлагатай; хэрэглэхэд аюулгүй гэсэн найдвартай мэдээлэл байхгүй.

- Хоногтоо 100 мг-аас дээш тунгаар хэрэглэбэл биед зохицол нь муудахаас, эерэг нөлөө нэмж үзүүлэхгүй.
- Эмэгтэй хүнд хэрэглэх заалтгүй. Зарим эмэгтэйчүүдэд бэлгийн дур хөрөлтийг эмчлэх зорилгоор хэрэглэсэн тохиолдол байна, гэвч түүнийг хэрэглэснээс үүсэх муу үр дагавар бүрэн судлагдаагүй.

ДҮГНЭЛТ

- Бэлгийн сулрал буюу шодойн хөвчрөлтийг сайжруулахад (түрүү булчирхайн мэс заслын дараах байдал, нуруу нугасны гэмтэл, сахарын шижин) Виагра нь эмчилгээний өндөр үр дүнтэй бэлдмэл.
- Бэлгийн харьцаанд орохоос 1 цагийн өмнө хоногтоо зөвхөн 1-ээс илүүгүй удаа виаграг 25, 50 эсвэл 100 мг тунгаар амаар ууж хэрэглэнэ.
- Шодойн хөндийлэг биед оршин тогтнодог ФДЭ-5 ферментийг сонгомлоор задалж идэвхгүйжүүлдэг үйлчилгээг энэ бэлдмэл үзүүлдэг. Виагра нь шодойн гялгар булчинг шууд сулруулах үйлчилгээ үзүүлдэггүй, харин азотын ислийн үйлчилгээг хүчтэй болгож өгснөөр бэлгийн ажиллагааг идэвхжүүлж өдөөж өгдөг. Энэ үед шодойн хөндийлэг биед цагираган цГМФ задралгүй хуримтлагдаж шодойн хөвчрөлт улам сайжирч чангардаг.
- Виагра нь бэлгийн дур тавилтын ханамжид нөлөөлдөггүй.
- Виаграг хэрэглэж байгаад завсарлахад хүрсэн үр дүнгээ хадгалдаггүй.
- Виаграг хэрэглэхэд гаж нөлөө хамгийн багаар илэрдэг. Гаж нөлөө нь толгой өвдөх, нүүр хүзүү улайх, гэдэс ходоодны үйл ажиллагаа хямрах шинж илэрдэг. Эмнэл зүйн судалгааны явцад шодойн эмгэг хөвчрөлт (приапизм)-ээр 1 ч удаа хүндрээгүй.
- Нитрат агуулсан ямар нэг эмтэй хамт хэрэглэж болохгүй.
- Бэлгийн сулралыг эмчлэх бусад эмнүүдтэй хавсран хэрэглэх шаардлагагүй.
- Эмэгтэй хүн хэрэглэж болохгүй.