



МОНГОЛЫН АНАГААХ УХААН

Монголын эмч нарын эрдэм шинжилгээний нийгэмлэг,
Монголын Анагаах Ухааны Академи
АУИС төгсөгчдийн холбооны улирал тутмын сэтгүүл

38 дахь жилдээ

№4(138)

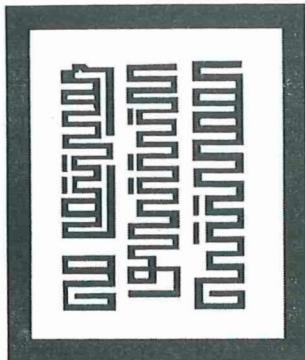
2006

АГУУЛГА

РЕДАКЦИЙН ЗУРВАС

СУДАЛГАА ШИНЖИЛГЭЭ

Генийн зохицуулгын шинэ механизм	Ж.Оюунбилиг	1
Монгол хүний биологийн насыг морбофизиологи, остеостереометрийн аргаар судалсан нь М.Туул, Ц.Сүхбаатар, Х.Батбаяр, Л.Лхагва, Ц.Цэрэндаш, М.Энхжаргал, Т.Зэвгээ		
Удамшлын мэдрэл булчингийн зарим эмгэгийг нөхцөлдүүлэгч ген, геномын хэсгийн хайлт		
Ц.Билэгтсайхан, Д.Анар, Ж.Жамбалдорж, С.Мөнхсайхан, Б.Бумдэлгэр, Г.Оюунгэрэл, Б.Мөнхбат, Ж.Тамияа, Х.Нодера, Д.Баасанжав, Н.Мөнхтүвшин		
Монгол бага насны хүүхдийн биеийн хөгжил Г.Отгон, Н.В.Ефимова, Г.Сарантуяа, Б.Батхшиид, Г.Ачсаихан		
Гуурсан хоолойн архаг үрэвслийн сэдрэлийн үеийн гадаад амьсгалын үйл ажиллагаа ба ийлдсийн зарим цитокины өөрчлөлт		
Э.Одхүү, Ч.Гансух, С.Мөнхбаярлах, М.Мөнхзол		
Ходоодны дээд хэсгийн өмөнгийн үеийн өргөтгөсөн лимфосисекци түүний үр дүн. Я.Эрдэнэ-Очир, Н.Нямдаваа, Н.Баасанжав, Ц.Энх-Амгалан		
Хөхний өмөнгийн онош хожимдлын шалтгааныг судалсан дүн Н.Нямдаваа, Д.Ягаан, Р.Асай		
Нойр булчирхайн үрэвсэл ба хорт хавдрыг компьютерт томографийн аргаар оношлох нь		
Ц.Бадамсэд, Т.Нарантуяа, А.Сайнжаргал, Т.Дуламсүрэн		
Булчин хальс өвдөх хамшинжктэй өвчтоний амьдралын чанарт хийсэн судалгааны дүн. А.Балжиням, Н.Төмөрбаатар, Л.Лхагва		
Архангай аймгийн хүн амын дундах Шарко-Мари-Тут өвчний (хамшинжийн) тархалт, эмнэлзүйн генетикийн зарим онцлог		
Д.Баасанжав, Д.Янжмаа, Т.Саранцэцэг Г.Нямсүрэн, Чимэдлхам		
Зүрхний ишеми өвчин ба цөс чулуужих өвчиний эмнэлзүй, үйл ажиллагааны холбоо С.Буянт		
Титэм судасны нарийслыг судсан дотуурх аргаар оношлон эмчилсэн үр дүн Д.Цэгээнжав, З.Лхагвасүрэн, Ц.Дамдинсүрэн		
Артерийн битүүрээгүй цоргыг судсан дотуурх мэс заслын аргаар янз бүрийн бөглөгчөөр бөглөж эмчилсэн нь		
З.Лхагвасүрэн, Н.Баасанжав, Д.Цэгээнжав, Ц.Бадамсэд, Ц.Дамдинсүрэн, Б.Содгэрэл		
Мөчнүүдийн гол тэжээгч судасны мэс заслын эмчилгээний асуудалд Р.Шагдарсүрэн		
Хүүхдийн элэгний эмгэгийн өнөөгийн байдал		
Д.Малчинхүү, Ч.Лхамсүрэн, П.Энхзул, С.Гантуяа		
Хүүхдэд тохиолдох крипторхизмын эмнэлзүйн хэлбэр, түүнд нөлөөлөх хүчин зүйлс, бэлгийн даавруудын түвшин		
О.Амаржаргал, Б.Энхравдан, Ж.Раднаабазар, Г.Эрдэнэтуяа		
СХЭМН-ийн Эрүүл Мэндийн Нэгдлийн 2006 оны эхний хагас жилийн үйл ажиллагааны тайланда хийсэн судалгаа Д.Бат-Очир		
Анагаах ухааны ёс зүй ба деонтологийн асуудал Ц.Эрдэнэсамбуу		
ЛЕКЦ, ТОЙМ ЗЭВЛӨГӨӨ	Бодис энергийн солилцооны физиологийн үндэс Ц.Цэцэгмаа Трихозоари У.Кабиль	72 74
МЭДЭЭЛЭЛ СУРТАЛЧИЛГАА	Олон Улсын Мэдрэл Судлалын "INFO2006MONGOLIA" форум Их Монгол Улс байгуулагдсаны 800 жилийн ой, Монголын Шинжлэх Ухааны Ажилтаны өдөрт зориулсан эрдэм шинжилгээний хурал боллоо.	75 77
ӨГҮҮЛЛҮҮДИЙН АНГЛИ ТОВЧЛОЛ		79



MONGOLIAN MEDICAL SCIENCES

*Quarterly Journal of the Scientific Society of Mongolian Physicians,
Mongolian Academy of Medical Sciences, and Alumni Association
of the Mongolian Medical University*

38th year of publication

No 4(138)

2006

EDITORIAL	A new mechanism of generegulation by J.Oyunbileg	1
ORIGINAL ARTICLES	The study of biological age of mongolians with the use of morphophysiological and osteostereometrical methods by M.Tuul, Ts.Sukhbaatar, Kh.Batbayar, L.Lkhagva, Ts.Tserendash, M.Enkhjargal, T.Zevgee Molecular genetic diagnosis of hereditary Neuromuscular disease by Bilegtsaikhan Ts, Anar D, Jambaldorj J, Munkhsaikhan S, Bumdelger B, Ouyngerei G1, Munkhbat B, Tamiya G, Nodera H, Baasanjav D, Munkhtuvshin N Physical development of early age Mongolian children by G.Otgon., Epimova.N.B, Kh. Zandarmaa, Sh.Shatar, B. Bathkhishig., G.Sarantuya, G. Achsaikhan The changes of some serum cytokines and lung function on exacerbation of chronic bronchitis by Odkhuu E., Gansukh Ch., Munkhbayarlaah S., Munkhzol M. Result of extended lymphadenectomy in case of upper gastric cancer by Y.Erdene-Ochir, N.Nyamdaavaa, N.Baasanjav, Ts.Enkh-Amgalan Result of the Study on Reasons for Delayed Diagnosis of Breast cancer by N.Nyamdaavaa, D.Yagaan, R.Asai Diagnosis of pancreatitis and pancreatic tumors by method of computer tomography by Ts.Badamsed, T.Narantuya, A.Sainjargal, T.Dulamsuren A comparison study of quality of life with myofascial pain syndrome and healthy people Baljinnyam A, Tumurbaatar N, Lkhagva L Prevalence, clinical and genetic characteristics of Charcot-Marie-Tooth (CMT) disease (Syndrom) in population of Arkhangai aimag (province), Mongolia by D.Baasanjav, D.Yanjmaa, T.Sarantselseg, G.Nyamsuren, Chimedlham Relationship between clinics and function of coronary artery disease and gallbladder diseases by S. Buyant Results of intracoronary investigation and implantation of stent by D.Tsegeenjav., Z.Lhagvasuren, Ts.Damdisuren The result of closing PDA by invasive method with Amplatzer AND COIL by Z. Lhagvasuren, N. Baasanjav, D.Tsegeenjav, Ts. Badamsed, Ts.Damdisuren, B. Sodgerel Surgical Treatment of Injuries in the Extremities' Magistral Vessels by R.Shagdarsuren Current situation of liver pathology in children by D.Malchinkhuu, Ch.Lkhamsuren, P.Enkhzul, S.Gantuya Clinical manifestation, risk factors and level of reproductive hormone in the boys with cryptorchidism by Amarjargal.O, B.Enkhravdan, J.Radnaabazar, G.Erdenetuya Study on semi annual vision report of 2006 of the songinokhairkhan district health department by D.Bat-Ochir Medical ethics and deontological problem by Ts.Erdenesambuu	2 7 10 13 17 21 24 29 33 36 40 45 49 53 57 64 68
LECTURE, REVIEW CONSULTATION	Physiological basic of metabolism and energy balance by Ts.Tsetsegmaa Thrichooazari by U. Kabyl	72 73
INFORMATION AND ADVERTISEMENT	International neurological forum "INFO2006MONGOLIA" Scientific Conference Dedicated to 800th Anniversary of the Great Mongolian State and Day of Mongolian Scientists	74 77
ABSTRACTS OF THE ARTICLES IN ENGLISH		79

Редакцийн зурвас

ГЕНИЙН ЗОХИЦУУЛГЫН ШИНЭ МЕХАНИЗМ

Энэ жилийн Физиологи, Анагаах ухааны салбарын Нобелийн шагналыг АНУ-ын эрдэмтэд профессор Эндрю З.Файр, Крейг С.Мелло нар давхар утаслаг PHX нь ижилсэл хамаарлын замаар генийн зохицуулгад оролцдог шинэ механизмыг нээсний төлөө хүртжээ. Шинжлэх ухаанд цахиур хагалсан энэхүү судалгааныхаа ажлыгтэд «Nature» сэтгүүлд хэвлүүлсэн байна. Зөвхөн антисенс PHX төдийгүй сенс PHX ч генийн үйл ажиллагааг зогсоодог буюу бууруулдаг нь урьд нь ч мэдэгдэж байв. Антисенс PHX мPHX-д холбогдох нь генийн идэвхийг зогсоодог механизм биш хэмээн үзэж Мелло PHX интерференс хэмээх шинэ санааг дэвшүүлж гаргажээ.

Өөрсдийн бүтээлдээ үндэслэн тэд дараах дүгнэлтүүдийг хийсэн байна. Үүнд:

1. Генийн идэвхийг зогсоох буюу бууруулах нь зөвхөн давхар утаслаг PHX-тэй холбоотой байсан ба сенс ба антисенс, дан утаслаг PHX-ийн үйлчилгээ нь маш сул байв.
2. Генийн идэвхи үзүүлэхгүй байх нь давхар утаслаг PHX-тэй ижилсэл бүхий мPHX-д ажиглагдаж байв.
3. Генд үйлчлэх идвхи бүхий давхар утаслаг PHX нь сплайсингийн дараах бие гүйцсэн PHX-ийн дараалалд тохирох бөгөөд инtron ба промоторын дараалал аль аль нь генд нөлөөлөх үйлчлэлийг өдөөхгүй байв.
4. Бай PHX нь алга болж байсан нь уг PHX задарч байгааг харуулж байв.
5. Генийг бүрэн идэвхигүй болгоход ердөө л хэдхэн ширхэг давхар утаслаг PHX шаардлагатай байв. Энэ нь давхар утаслаг PHX нь олширч каталазын замаар үйлчилж байгааг харуулж байна.
6. Давхар утаслаг PHX-ийн үйлчилгээ нь эд ба төл эсд нь илэрч байсан нь эсийн хооронд үйлчилгээ дамжиж буйг харуулж байна.

Эцэст нь тэд давхар утаслаг PHX нь физиологийн үйлчлэлээр генийн идэвхийг зогсоодог байж болох тухай таамаглал дэвшүүлжээ.

Энэхүү нээлт нь дараах ач холбогдолтой болсон байна.

- 1) PHX интерференс нь PHX вирусийн халдвартас сэргийлдэг. Энэ механизм нь ургамал, өт хорхой, ялаанд байгаа нь мэдэгдэж буй ч сээр нуруутан амьтан;

түүний дотор хүнд ямар хэлбэрээр байгааг бид хараахан мэдэж чадаагүй байна.

- 2) Генийн хөдөлгөөнт элементийг идэвхигүй байлгах замаар PHX интерференс нь геномын тогтвортой байдлыг хангадаг ажээ. Бидний геномын 50% нь вирусийн дараалал ба транспозон хэмээх хөдөлгөөнт элементээс тогтдог ажээ.
- 3) PHX интерференс төстэй механизмын уургийн нийлэгжлийг дарангуйлдаг ба бие махбодын онтогенез хөгжлийг зохицуулдаг байна.
- 4) PHX интерференс механизмын хроматины эрчлэсийг сул байлгаж транскрипцийг дарангуйлна.
- 5) PHX интерференс механизмын генийн идэвхийг өвөрмөцөөр сонгож дарангуйлах шинэ хэрэглүүр гэдэг нь тодорхой болов.
- 6) PHX интерференс нь ген эмчилгээний цаашдын шинэ арга болж байна.

Давхар утаслаг PHX-ийн нөлөөгөөр эс нь ижилсэл бүхий гений идэвхийг дарангуйлдаг болохыг олж нээсэн нь генийн хяналтын тухай бидний мэдлэгийг үндсээр нь өөрчлөв.

PHX интерференс нь PHX вирусийн халдвартас сэргийлдэг. Энэ механизм нь ургамал ба доод амьтдад саатуулдаг бөгөөд бидний геномд байгаа гадны элементийг (вирус ба транспозон) идэвхигүй байлгадаг ажээ. PHX интерференсийн үзэгдлийг нээсэн нь генийн үүрэг, үйл ажиллагааг тогтоох судалгааны туршилтын шинэ хэрэглүүрийг бий болгосон төдийгүй ирээдүйн анагаах ухаанд ген заслын шинэ хэлбэрийг хэрэглэх өргөн боломжийг нээж байна.

“Монголын Анагаах Ухаан” сэтгүүлийн редакцийн зөвлөлийн гишүүн,
биологийн шинжлэх ухааны
доктор Ж.Оюунбилэг

МОНГОЛ ХҮНИЙ БИОЛОГИЙН НАСЫГ МОРФОФИЗИОЛОГИ, ОСТЕОСТЕРЕОМЕТРИЙН АРГААР СУДАЛСАН НЬ

**М.Туул¹, Ц.Сүхбаатар¹, Х.Батбаяр¹, Л.Лхагва¹, Ц.
Цэрэндаш¹, М.Энхжаргал¹, Т.Зэвссэ²**

¹Хүн судалалын үндэсний төв

²Эрүүл Мэндийн Шинжслэх Ухааны Их Сургууль

Орчин үеийн анагаах ухаан, хүн судалалын хөгжлийн хандлага нь хүний амьдралыг иж бүрнээр судлахаар эрэл хайгуул хийсээр байна.

Амьд бие махбод түүний дотор хүний бие махбодын өөрчлөлт хувирал, хөгжрөлтийн механизмыг, хөгжрөлтэй холбоотой үүсдэг өвчинөөс сэргийлэх, хөдөлмөрлөх чадвартай, эрүүл амьдралыг цогцлуулах нь хүний хөгжлийн тулгамдсан асуудал болж байна.

Монгол хүний экологи орчин, амьдралын хэвшлийн хүрээнд «Монгол хүн ам судлал», «Монгол хүний сэтгэл зүй, оюуны чадавхийн судлал», «Монголын хүн амын генийн сан судлал», «Монгол хүний морфологи-физиологи-биохими», «Эртний хүн судлал, угсаатны зүй» үндсэн таван чиглэлээр цогцолбороор «Монгол хүн судлал-I. II. III. IV» судалгаагаар судлаж онол практикийн томоохон үр дүнгүүдийг гаргасан нь Монгол хүний хөгжил, эрүүл мэндийн асуудлыг онолын шинэ түвшинд тайлбарлах боломж бүрдэж байна.

Газарзүй цаг уурын хувьд эх газрын эрс тэс уур амьсгалтай, уулархаг орны онцлогтой манай экологийн орчинд оршин суугчдын бие бялдар, бие мах бодын дотоод эрхтнүүдийн болон бичил бүтцийн дасан зохицсон төлөв байдлыг судлан тогтоосон нь хүүхэд, өсвөр үеийн болон насанд хүрэгчдийн бие бялдрын хөгжлийн болон эрүүл мэндийн байдлын талаар цаашид авах олон арга хэмжээний үндэслэлийг бий болгосон байна (Туул М., 2004).

Энэхүү цогцолбор судалгааны үр дүнгийн талаар манай эрдэмтэд... «1950-иад оноос эхэлсэн бие бялдрын антропологийн судалгаа түүний дотор монгол хүний гадаад шинж төрх, бие хэмжил, бие бялдрын хөгжлийн судалгааны өргөн материалыг нэгтгэн, шинжлэх ухаанч задлан шинжилгээ хийснээрээ энэхүү бүтээл гойд сонирхол татах, манай мэргэжилтнүүд өөр өөрсдийн мэргэжлийн чиглэлээр практик үйл ажиллагаандаа бүтээлчээр ашиглан бодит үр дүнд хүрэх боломж нөхцөлийг бүрдүүлжээ гээд хүн судлалын орчин үед өргөн хэрэглэгдэж буй хамгийн үнэмшилтэй аргуудыг хэрэглэн монгол хүний бие бялдрын хөгжил, хэв шинж, хэвийн хэмжээг тогтоосон нь амьдралын хангамж, хөдөлмөрийн нөхцөл, хүний бие махбодод нөлөөлөх хүрээлэн буй орчны нөлөөллийг үнэлэх, хүний биологи зохилдлогоо, эрүүл мэндийн байдлын үндсэн хандлага, өвчин эмгэгийг оношлох-эмчлэх-урьдчилан сэргийлэх ажлын үр

дүнг тодорхойлох олон талын ач холбогдолтой болжээ...» гэж үнэлсэн байна.

Судлаач О.М.Павловский (1982) өндөр уулын бүсэд дасан зохицсон Монгол хүний ясны хөгжил, хөгжрөлтийн өөрчлөлт хожуу явагддаг нь өндөр наслалттай Абхазийн хүн амын ясны хөгжлийн байдалтай адил байгааг тэмдэглээд энэхүү морфофизиологийн онцлог нь өөрийн эрхгүй анхаарал татаж байна гэж бүтээлдээ тэмдэглэжээ.

Манай судлаачдын (Түмэн Д. Нар, 2000) судалгаагаар янз бүрийн насын монгол хүүхдийн ясны хөгжил нь нааснаасаа хоцорч явагддаг бөгөөд ясны хөгжрөлтийн өөрчлөлт нь удааширсан хурдацтайг илрүүлжээ. Мөн монгол хүний нуруу, нугалмын морфологи шинж, багана нурууны урт, гистометрийн үзүүлэлтүүд гадаадын судлаачдынхаас нэлээд ялгаатайг монгол хүний бие галбирын онцлог, экологи орчин, хоол тэжээл, генетик хүчин зүйлийн нөлөөтэй холбон (Батбаяр Х., М.Туул., 2004) үзжээ. Монгол хүний нурууны нугалмын хэмт бодисын стереометрийн судалгаагаар ясны бүтцийн өөрчлөлт нэлээд хожуу явагддаг болохыг тогтоосон.

Гэвч сүүлийн үеийн Монгол хүний морфофизиологи, оюуны чадавхийн судалгаагаар Монгол хүний хөгжрөлтийн үйл явц харьцангуй эрт эхэлдэг байж болох хандлага ажиглагдаж байна.

Манай хүн амын биологийн насыг тодорхойлон судалгаа ховор байгаа бөгөөд монгол хүний билогийн нас, хуанлийн нас, байх ёстой биологийн нас, эрт хөгжрөлт, хөгжрөлтийн хурдац, зарим нөлөөлөх хүчин зүйлийг танадах зорилго бүхий судалгаа хийв.

Судалгааны хэрэглэгдэхүүн, аргазүй. Биологийн нас тодорхойлох шинжилгээний материал. Биологийн насыг тодорхойлох судалгааг 2004-2005 онд Улаанбаатар хотын оршин суугч 30-69 насын эрэгтэй, эмэгтэй 1200 хүнд В.П.Войтенко (1991)-гийн «Олон дахилтат регресс»-ийн аргаар судлав. Судалгааг I түвшингийн аргачлалаар хийсэн бөгөөд дараах биомаркеруудыг ашиглан биологийн насыг тодорхойлов. Үүнд:

1. Артерийн судасны агшилт, сулралт, лугшилтын даралт (мм.м.у.б)-ыг Коротковын шууд бус аргаар;
2. Уян болон булчинлаг хэлбэрийн тараагуур судсаар тархах лугшилтын долгионы хурд (м/сек), зүрхний цахилгаан бичлэгийн аппаратаар;
3. Уушгинь амьдралын багтаамж (мл), спирометр
4. Амьсгал барих буюу түгжих хугацаа (сек)
5. Харах чадвар (диоптри) Сивцевийн таблиц

- Сонсголын чадамж буюу сонсголын босгыг (ДБ) 4000 Гц-ийн дууны хэлбэлзлээр аудиометр
 - Зүүн хөлөн дээр тэнцвэржилтийг (сек);
 - Биеийн жин (кг)
 - Оюун ухааны чадавхийг Векслерийн дүрст тоон сорил
 - Эрүүл мэндийн байдлыг асуумжаар тус тус тодорхойллоо.

Остеометрийн шинжилгээний материал. Судалгааны ажлыг Эмгэг Судлал-Шүүх Эмнэлгийн Төвийн задлан шинжилгээний лабораторийт осол гэмтэлээр нас барсан 150 хүний цогцосны нурууны нугалмын хэмжилтийг В.П.Алексеевийн аргаар,

- эд эсийн шинжилгээнд авсан 50 дээж хэрэглэгдэхүүнийг Эмгэг Судлал-Шүүх Эмнэлгийн Төвийн эд судлалын лабораторийн бэлтгэж, бичил бүтцийн шугаман хэмжээг Г.Г.Автандилов [6], Oja E, Collan Y. [191] нарын аргаар,
 - стереометрийн шинжилгээг Ц.Сүхбаатарын томъёолсон эллипсийн эргэлтээр үүссэн эзэлхүүнээр загварчилав.

СУДАЛГААНЫ ДҮН, ХЭЛЦЭМЖ

1. Биомаркерийн үзүүлэлтүүдийг тодорхойлсон дүн. Биомаркерийн гол үзүүлэлтүүдийн нэг нь арьсны чийгшилтийн байдал байдаг. Судалгаагаар 30-39 насны (эрэгтэй, эмэгтэй) бүлгийнхний 33.7-23.37 хувь нь ердийн, 22.89-53.24 хувь нь хуурай, 28.91-11.68 хувь нь тослог, 14.46-11.68 хувь нь холимог арьстай тодорхойлогдсон бол 60-69 насны (эрэгтэй, эмэгтэй) бүлгийнхний 58.3-42.3 хувь ердийн, 25.0-42.3 хувь нь хуурай, 9.7-12.94 хувь нь тослог, 6.9-2.3 хувь нь холимог арьстай байна. Судалгаанаас ажиглахад 60-69 насныханд ердийн арьстай хүмүүсийн эзлэх хувь хамгийн их, хуурай арьс бүх насны бүлэгт тогтвортой их, тослог болон холимог арьс насны залуу бүлэгт давуутай ажиглагдаж байна (Зураг 1).



Зураг 1. Арьсны тослогийн байдал

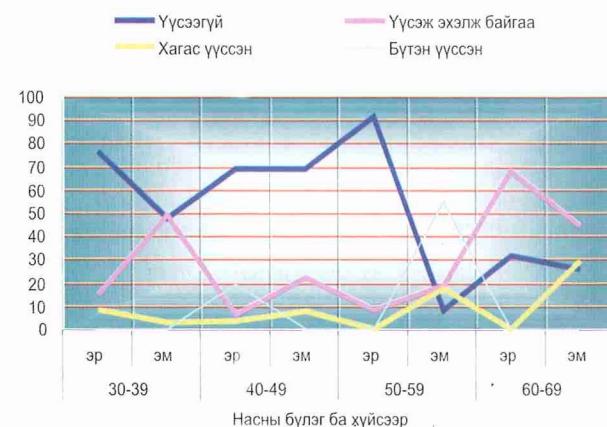
Судалгаанд хамрагдсан бүлгийнхний харааны байдлыг ажиглахад 30-39 наасны (эрэгтэй, эмэгтэй) бүлгийнхний 85.8-80.5 хувь нь хэвийн хараатай, 9.5-11.6 хувь нь холын харалган, 4.7-7.7 хувь нь ойрын харалган байхад 60-69 наасны (эрэгтэй, эмэгтэй) бүлгийнхний 9.7-5.9 хувь нь хэвийн хараатай, 13.9-5.9 хувь нь холын харалган, 55.5-58.8 хувь нь ойрын харалган, 70.8-29.4 хувь нь хол, ойрын харалган байна.

Хол, ойрын хараа 50-59 насны бүлгээс 60-69 насны бүлэгт ихээр өөрчлөгдхийн зэрэгцээ энэ хоёр бүлэгт хэвийн хараатай хүмүүсийн эзлэх хувь эрс багасч байгаа зүй тогтол ажиглагдаж байна (Зураг 2).



Зураг 2. Нүдний харааны байдал

Нүдний эвэрлэг бүрхүүлд цагираг үүссэн байдлыг судлахад (Зураг 3) насны бүлгүүдэд харилцан адилгүй илрэдэг, хувьсамтгай шинжтэй үзүүлэлт гэж үзэхээр байна. Энэ нь цагирагийн үүсэлтэд нөлөөлдөг олон хүчин зүйлтэй холбоотой байж болох юм. Судалгаагаар 30-39 насны бүлгээс эхлэн (14.45-49.3%) нүдний эвэрлэг бүрхүүлд цагираг үүсж эхэлж байгаа ба 40-49; 50-59 насны бүлэгт аажим, тогтвортой явцтай, 60-69 насны бүлэгт нэлээд эрчимтэй үүсж эхэлж байна.



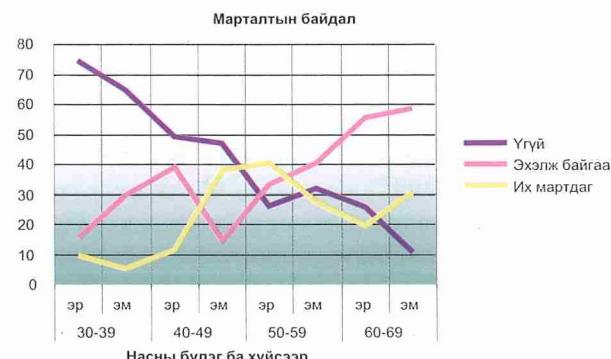
Зураг 3. Нүдний эвэрлэгт цагираг үүссэн байдал

Төв мэдрэлийн тогтолцооны хэвийн байдлыг нойрны байдааар илэрхийлдэг. Судлаачид гадаад болон дотоод олон шалтгааны улмаас нойр өөрчлөгддөг боловч залуу насанд нойр хэвийн байснаа нас ахих тутам нойр багасах шинж тэмдэг нийтлэг илэрдэг болохыг тэмдэглэсэн байдаг. Судалгаагаар 30-39 насны (эрэгтэй, эмэгтэй) бүлгийнхний 89.5-89.6 хувь нь нойр хэвийн, 10.8-10.4 хувь нь нойр муу, 50-59 насныхны 59.6-66.7 хувь нь нойр хэвийн, 40.4-33.3 хувь нь нойр муу, 60-69 насныхны 37.5-36.4 хувь нь нойр хэвийн, 62.5-63.8 хувь нь нойр муу болж өөрчлөгджээ (Зураг 4).



Зураг 4. Нойрны байдал

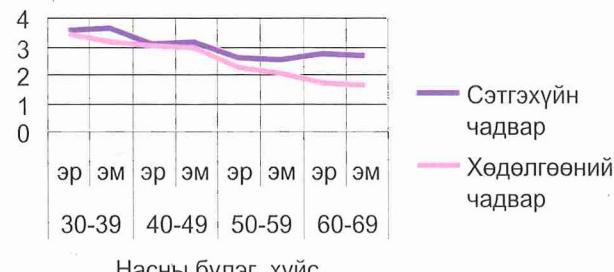
Марталтыг судлахад 30-39 насны (эрэгтэй, эмэгтэй) бүлгийнхний 74.7-64.9 хувьд марталт эхлээгүй, 15.6-29.9 хувьд марталт эхэлж байгаа, 9.6-5.2 хувь нь их мартдаг болсон, 60-69 насны (эрэгтэй, эмэгтэй) бүлгийнхний 25.6-10.6 хувьд марталт эхлээгүй, 55.6-58.5 хувьд нь эхэлж байгаа, 19.4-30.6 хувь нь их мартдаг болсон байна. Судалгаагаар марталт эхлээгүй хүмүүсийн эзлэх хувь насны бүлэг ахихад багасаж байна. 60-69 насны бүлэгт марталт нэлээд хүчтэй эхэлж байна (Зураг 5).



Зураг 5. Марталтын байдал

Судалгаанд хамарсан хүмүүсийн сэтгэхүйн чадварыг үнэлэхэд (Зураг 6) 30-39 насны эрэгтэйчүүд 3.59 ± 0.11 ; эмэгтэйчүүд 3.64 ± 0.11 ; 40-49 насныхан 3.11 ± 0.14 ; 3.20 ± 0.09 ; 50-59 насныхан 2.60 ± 0.08 ; 2.57 ± 0.08 ; 60-69 насныхан 2.73 ± 0.09 ;

2.69 ± 0.08 байгаа нь бүлгүүдийн хооронд бодитой ялгаатай байна. Өөрөөр хэлбэл сэтгэхүйн чадварын үзүүлэлт насны бүлэг ахихад буурч байна ($P < 0.001$).

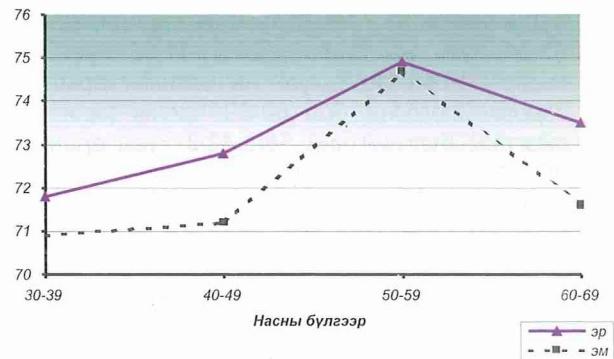


Насны бүлэг, хүйс

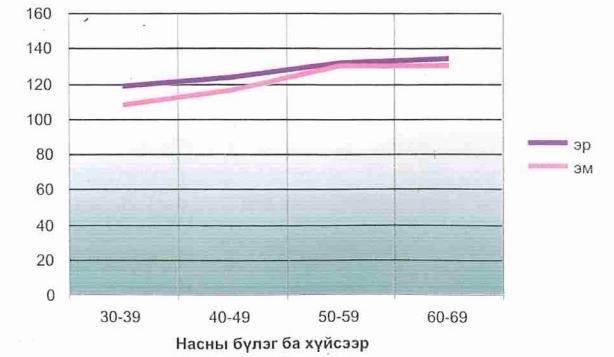
Зураг 6. Сэтгэхүйн ба хөдөлгөөний чадвар

Хөдөлгөөний чадварын үзүүлэлт 30-39 насанд эрэгтэйчүүд 3.46 ± 0.10 ; эмэгтэйчүүд 3.19 ± 0.08 ; 40-49 насанд 3.03 ± 0.09 ; 2.94 ± 0.09 ; 50-59 насанд 2.28 ± 0.08 ; 2.10 ± 0.07 ; 60-69 насанд 1.72 ± 0.07 ; 1.63 ± 0.07 болж буурч ($P < 0.001$) өөрчлөгджээ (Зураг 6).

Зүрхний цохилтыг судлахад насны бүлгүүдийн хооронд бодитой ялгаа ажиглагдсангүй. Зүрхний цохилтын үзүүлэлт нь нэлээд тогтвортой биомаркерын үзүүлэлт болох нь харагдаж байна (Зураг 7).

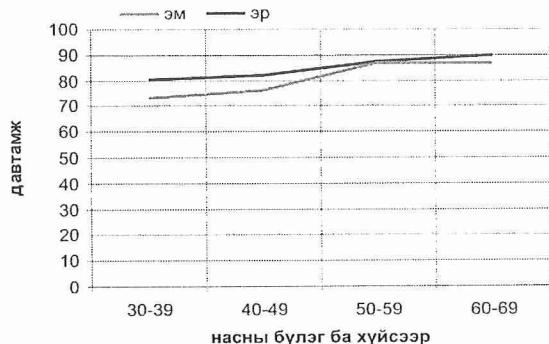


Зураг 7. Зүрхний цохилт



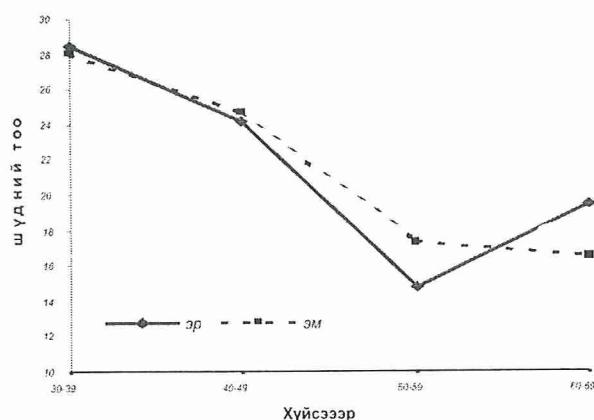
Зураг 8. Зүрхний агшигтын даралт

Зүрхний агшилтын ба суралтын даралтын хөдлөлзүйг 8, 9-р зургаар үзүүлэв. Агшилтын ба суралтын даралт нь 30-39 насны бүлгээс эхлэн нас ахих дараачийн бүлгүүдийн хооронд бодитой ялгаатай ($P<0.001$) буюу насны бүлэг ахихад зүрхний агшилтын ба суралтын даралт ихэсдэг байна.

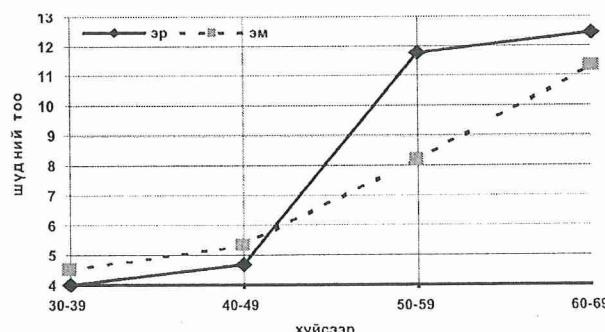


Зураг 9. Зүрхний суралтын даралт

Судалгаанд хамрагдагдын байнгын болон хиймэл шүдний тоог хүйс, насаар судлалаа. Байнгын шүдний тоо 30-39 насны бүлэгт (эрэгтэй, эмэгтэй) 28.46 ± 0.34 ; 28.01 ± 0.41 ; 40-49 насанд 24.14 ± 0.62 ; 24.65 ± 0.61 ; 50-59 насанд 14.71 ± 1.06 ; 17.33 ± 0.87 ; 60-69 насанд 19.43 ± 1.29 ; 16.4 ± 1.50 болж цөөрсөн, хиймэл шүдний тоо 30-39 насанд 4.0 ± 1.46 ; 4.1 ± 0.71 ; 60-69 насанд 12.44 ± 1.07 ; 11.32 ± 0.96 болж өсөж байна (Зураг 10, 11).

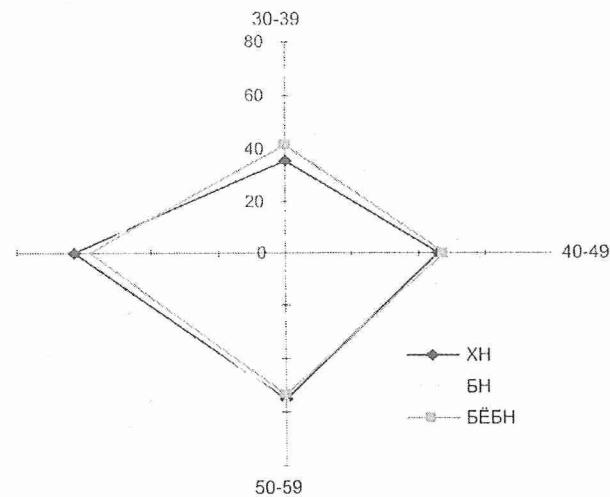


Зураг 10. Байнгын шүдний байдал

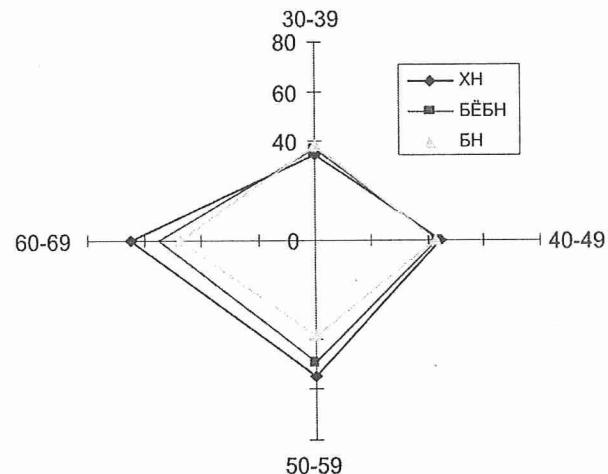


Зураг 11. Хиймэл шүдний байдал

Судалгаанд хамрагдсан насны бүлгүүдийн хуанлийн, байх ёстой биологийн нас, биологийн насны дунджийг тогтоож хөдлөл зүйг 12, 13-р зургаар үзүүлэв.



Зураг 12. Эрэгтэйчүүдийн биологийн насыг харьцуулсан нь



Зураг 13. Эмэгтэйчүүдийн биологийн насыг харьцуулсан нь

Эрэгтэйчүүдийн 30-39 насны бүлгийнхний хуанлийн наснаас байх ёстой биологийн нас 5.53 ± 0.44 , биологийн нас 18.04 ± 0.39 , эмэгтэйчүүдийн 30-39 насныхын хуанлийн наснаас биологийн нас 4.0 ± 0.44 , 40-49 насны эрэгтэйчүүдийн хуанлийн наснаас биологийн нас 11.39 ± 0.44 тус тус зөрөөтэй буюу маш хурдан явцтай хөгшрөлт ажиглагдлаа.

50-59 насны бүлгийнхний хуанлийн нас, байх ёстой биологийн насны ялгаа -1.82 ± 5.55 , биологийн нас $+1.16 \pm 15.81$, 60-69 насны бүлгийнхний хуанлийн нас, байх ёстой биологийн нас -4.76 ± 6.12 буюу маш аажим явцтай хөгшрөлт явагдаж байна.

Харин 40-49 насны бүлгийн эмэгтэйчүүдийн хуанлийн нас байх ёстой биологийн насны ялгаа -1.18 ± 1.48 байгаа нь хэвийн явцтай

хөгшрөлт, 50-59 насны бүлгийнхний хуанлийн нас, байх ёстой биологийн насны ялгаа -1,82, -5,55, биологийн нас +1,16, -15,81 байгаа нь аажим явцтай хөгшрөлт явагдаж байгааг харуулж байна.

2. Нурууны нугалмын их биеийн хэмт бодисын судалгаа. Хүний нурууны нугалмын (L3; L4) их биеийн яснаас бэлтгэсэн бэлдмэлүүдийг шинжлэн хараад ясны хэмт бодис нь янз бүрийн зузаантай таславчин хана (трабекул) бүхий зууван бөөрөнхий хэлбэрийн хөндийнүүд, тэдгээрийг холбосон сувгуудаас тогтох байна. Шавиа чөмөг агуулсан сиймхийн хөндийнүүдийн хэмжээ ясны төв хэсгээс зах руугаа аажим бағасч байгаа зүй

тогтол ажиглагдлаа. Сиймхийн хөндий хоорондын таславчийн зузаан төвөөс зах руугаа, мөн нас ахих тутам аажим зузаарсан байлаа.

Судлаач Л.Аня [14] ясны бодисын сиймхийн хөндийнүүдийн хэмт давхаргын төвд анхны цус төлжлийн голомт болон түүний судасүссэн анхдагч хөндий, арай хожуу ясны хэмт ба нягт давхаргын зааг дээр остеоны зохион байгуулалтаас үссэн хоёрдогч сиймхийн хөндий гэж ангилж таамаглал дэвшиүүлснийг бид санал нэгтэй авч үзэж байна.

Монгол хүний нурууны нугалмын их биеийн хэмт бодисын гистостереометрийн үзүүлэлтийг насны бүлгээр тогтоож (Хүснэгт 1) харьцуулав.

Хүснэгт 1. Нурууны нугалмын их биеийн хэмт бодисын сиймхийн хөндийн хэмжээ ($X \pm t$)

Үзүүлэлт Насны бүлэг	Таславчийн зузаан (мм)	Сиймхийн хөндий ($X \pm t$) (мм)		
		Урт	Өргөн	Эзэлхүүн (мм ³)
20-29	0.104100.00035***	0.7910.0313	0.5090.021***	1072x10 ⁻³
30-39	0.1240.001765	0.76530.0309	0.5120.021	1029x10 ⁻³
40-49	0.1330.00525	0.77800.0307	0.58600.023***	1291x10 ⁻³
50-59	0.140.00177	0.7650.020	0.5940.019	1285x10 ⁻³
60-аас дээш	0.160.00413***	0.7540.029	0.6370.028***	1395x10 ⁻³

*** - $P < 0.001$

Судалгааны дүнгээс үзэхэд таславчийн зузаан 20-29 насны бүлэгт 0.104 ± 0.00035 мм хэмжээтэй, байснаа нас ахих тутам аажим зузаарч 60-аас дээш насанд 0.16 ± 0.00413 мм ($P < 0.001$) хэмжээтэй байна.

Сиймхийн хөндийн урт 20-29 насанд 0.791 \pm 0.031, 40-49 насанд 0.778 \pm 0.003, 60-аас дээш насанд 0.754 \pm 0.029 болж 0.037 мм-ээр богиноссон боловч магадлалгүй байна. Өөрөөр хэлбэл уртын хэмжээ өөрчлөлт ороогүй байна.

Сиймхийн хөндийн өргөний хэмжээ 20-29 насны бүлэгт 0.509 \pm 0.021, 40-49 насны бүлэгт 0.586-0.023, 60-аас дээш насны бүлэгт 0.637 \pm 0.028 хэмжээтэй байгаа бөгөөд насны бүлэг ахих тутам өргөний хэмжээ 0.077-0.128-ээр ($P < 0.001$) өргөссөн байна.

Сиймхийн хөндийн эзэлхүүнийг эллипсийн өргэлтээр үүссэн эзэлхүүнээр загварчлан эзэлхүүний хэмжээг тогтоож харьцуулахад сиймхийн хөндийн эзэлхүүн 20-29 насны бүлэгт 1072x10⁻³ мм³, 50-59 насны бүлэгт 1285x10⁻³ мм³, 60-аас дээш насны бүлэгт 1395x10⁻³ мм³ хэмжээтэй тодорхойлогдож насны бүлгүүдийн хооронд ялгаагүй буюу эзэлхүүний хэмжээ насны хөдлөл зүйг дагаж өөрчлөгдөөгүй байна.

Судалгааны үр дүнгээс үзэхэд нурууны нугалмын их биеийн хэмт бодисын доторхи шавиа чөмөг агуулсан сиймхийн хөндийнүүд, тэдгээрийг тойрсон ясан таславчуудын хэмжээ, бүтэц нь хэмт ясны зүй тогтолтой дүйж байна.

Шавиа чөмөг агуулсан сиймхийн хөндийг гурван хэмжээст огторгуйд авч насны хөдлөл зүйг

үзэхэд насны залуу бүлгүүдэд босоо элипсийн өргэлтээр үүссэн эзэлхүүнтэй байснаа аажим өөрчлөгдж 50-59, 60-аас дээш насны бүлэгт босоо тэнхлэг богиносож, хэвтээ тэнхлэг өргөсөж ($P < 0.001$) сиймхийн хөндийн хэлбэр өөрчлөгдж байгаа боловч эзэлхүүний хэмжээнд өөрчлөлт ордоггүй байна. Энэ зүй тогтол нь нурууны өвөрмөц нийлмэл бүтэцтэй холбоотойгоос гадна монгол хүний ясны бүтцийн хөгшрөлтийн өөрчлөлт хожуу явагдагыг баталж байна.

Судалгаанаас хараад сиймхийн хөндийн голч нь хойт Америкийн оршин суугчдад хийсэн үзүүлэлтээс ялгаатай, монгол хүний өвчүүний хэмт давхаргын дотор бүсийн сиймхийн хөндийний голчтой адил хэмжээтэй, хавирганы сиймхийн хөндийн голч нурууны нугалмынхаас бага, тойгны сиймхийн хөндийн голч том байна.

Нурууны нугалмын их биеийн хэмт давхаргын хэсэгт хийсэн судалгаагаар ясны төв хэсгийн хөндийн хана нимгэн, ясны эсгүй, сиймхийн хөндий том, захруугаа хөндийн ханын ялтас зузаарч, ясны эстэй (остеоцит), хөндийн хэмжээ жижгэрч байгаа зүй тогтол бидний судалгаагаар ажиглагдсан нь дээрхи судлаачдын ясны төв хэсгийн хөндийн хана нимгэн, ясны эсгүй ялластай, захруугаа хөндийн ханын ялтас харьцангуй зузаарч ясны эстэй байдаг гэж тэмдэглэсэнтэй дүйж байна.

Эрдэмтэд нурууны нугалмын их биеийн хэмт бодис нь цус төлжүүлэх эрхтэн төдийгүй хүний биеийн энергийн гол эрхтэн байж болох таамаглал дэвшиүүлсэн байдаг. Бид хүний нурууны нугалмын

их биеийн хэмт бодисын бүтцийн дээрх зүй тогтол, эзэлхүүний тогтвортой байдал нь сиймхийн хөндийн нь дулааны энергийг хадгалдаг орчин байж болох юм гэсэн таамаглал дэвшүүлж нээлттэй үлдээж байна.

Дүгнэлт

- Эрэгтэйчүүдийн 30-39, 40-49 насыг бүлгийнхэнд хурдан явцтай хөгшрөлт ажиглагдаж байгаа бол 50-59, 60-69 насыг бүлгийнхэнд аажим явцтай хөгшрөлт явагдаж байгаа ажиглагдлаа.
- Биологийн насыг тодорхойлсон биомаркерууд нь хувиратгай шинжтэй үзүүлэлт байна.
- Биологийн нас, байх ёстой биологийн нас зэрэг үзүүлэлт нь хүний эрүүл мэндийн байдалд үнэлгээ өгөх, авах арга хэмжээг тодорхойлох өргөн хүрээтэй асуудал болж байна.
- Хүний нурууны нугалмын их биеийн хэмт бодисын доторхи сиймхийн хөндийг эллипсийн эргэлтээр үүссэн эзэлхүүнээр загварчилж судлахад насыг бүлэг ахижад босоо тэнхлэг богиносож, хэвтээ тэнхлэгийн хэмжээ ихэсч ($P<0.001$) сиймхийн хөндийг өргөсдөг байна. Харин сиймхийн хөндийн эзэлхүүний хэмжээ өөрчлөгддөггүй байна. Энэ зүй тогтол нь Монгол хүний ясны бүтцийн хөгшрөлтийн өөрчлөлт хожуу явагддаг болохыг баталж байна.

Ном зүй

- Апанасенко Г.Л. Покова Л.А. «Медиценская валеология» Киев. «Здоровье». 2000. – 243.c.
- Войтенко В.П. Здоровье здоровых. Введение в санологию. – К.: Здоровья. 1991. - 246.c.
- Гроф С. За пределами мозга : Пер.с англ. – М. : Соцветие, 1992.- 336.c.
- Andersen K.L., Rutenfran Z., Masironi R. et al. Habitual physical activity and health. – Copenhagen . WHO. 1978. - 199p.
- Daniel G. Bates and fred plog. «Cultural Anthropology » third edition. 1990. 73 - 75p.
- «Human Population Biology» Edited by Michael A. Little and Jere D. Haas. Oxford. 1995. 171-200pp.
- «Energy and protein requirements» Report of a Joint FAO / WHO / UNU Expert Consultation. Geneva. 1999. 206p.
- «Anthropology» The exploration of human diversity. Charter-1; seventh edition. 1997. 2-16pp.
- «Монгол хүний хөдөлмөрлөх насыг дээд доод хязгаарыг тогтоох судалгаа» ЭШ-ний дууссан ажлын тайлан 2005 он. УБ хот.

Танилцајс, нийтлэх санал өгсөн:
Анагаахын шинжслэх ухааны доктор,
профессор Д.Амгаланбаатар

УДАМШЛЫН МЭДРЭЛ БҮЛЧИНГИЙН ЗАРИМ ЭМГЭГИЙГ НӨХЦӨЛДҮҮЛЭГЧ ГЕН, ГЕНОМЫН ХЭСГИЙН ХАЙЛТ

*Ц. Билэгтсайхан¹, Д. Анар¹,
Ж. Жамбалдорж¹, С. Мөнхсайхан¹,
Б. Бумдэлгэр¹, Г. Оюунгэрэл¹,
Б. Мөнхбат^{1, 3}, Ж. Тамяа³, Х. Нодера⁴,
Д. Баасанжав², Н. Мөнхтүвшин¹
¹ Эрдэм Шинжилгээний Төв Лаборатори,
Анагаах Ухааны Хүрээлэн, Монгол улс
² Мэдрэлийн Эмгэг Судлалын Салбар, Анагаах
Ухааны Хүрээлэн, Монгол улс
³ Анагаах Ухааны Салбарын Амьдралын
Молекулын Үндсийн Ухааны Тэнхим,
Токай Их Сургууль, Япон улс
⁴ Мэдрэлийн Эмгэг Судлалын Тэнхим,
Токушимагийн Их Сургууль, Япон улс*

Удиртгал. Дорнод аймагт удамшлын мэдрэл булчингийн эмгэгтэй 28 хүн 3 гэр бүлд илэрсэн юм. Энэхүү тохиолдол нь Шарко-Мари-Тут зэрэг бусад удамшлын мэдрэл булчингийн эмгэгүүдтэй эмнэлзүйн шинж тэмдэг ижил төстэй байсан. (1) Шарко-Мари-Тут (ШМТ) нь арагийн дисталь хэсгийн булчинг хатингаршуулж тулгуур эрхтэн системийн гажиг үүсгэх ба шөрмөсний гүний рефлекс үгүй болж хөдөлгөөний болон мэдрэхүйн өөрчлөлтөнд оруулдаг эмгэг юм. ШМТ өвчний

тархалтын давтамжийн талаарх мэдээллүүдээс үзэхэд нилээд ялгаатай байдаг. Удамшлын мэдрэл булчингийн эмгэгийн бүтэц, тархалтын давтамж Монгол орны бүс нутгүүдад ч харилцан адилгүй байгааг судлаачид тэмдэглэсээр байна. (2) Е.Д. Маркова, Р.В. Магжанов, 1990, нарын хэвлэлийн тоймд ШМТ-н тархалт 100.000 хүн амд 2-5 давтамжтай боловч зарим тусгаарлагдмал (изолят) хүн амын дунд 1/50.000-аас 1/20.000 (Баруун Норвеги, Гуамын болон Хойд Еленагийн арлуудад) давтамжтай тохиолддог. Skre нар, 1974, ШМТ өвчний тархалтыг 2500 хүн амд 1 тохиолдлын давтамжтай гэж мэдээлсэн бол Emery нарынхаар, 1991, 10.000 хүн амд 1 тохиолдлын давтамжтай тохиолддог байна. ШМТ-н I ба II хэвшинжкууд нь 2:1 харьцаатайгаар I хэв шинж нь давамгайлж байдаг.

Ш. Батчулуун, 1990, Монгол орны хүүхэд насыг хүн амын дунд мэдрэл булчингийн өвчний тархалтыг судалсан дүнгээс үзэхэд ШМТ нь 100.000 хүн амд 2 тохиолдлын давтамжтай байна (7).

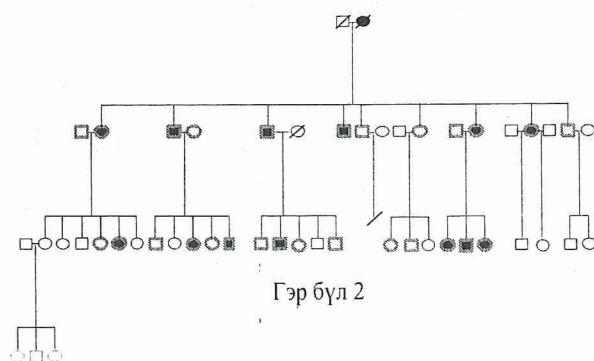
Удамшлын мэдрэл булчингийн өөр нэгэн эмгэг болох Фридрихийн атаксийн үед төмөр-хүхэр хамааралт ферментийн тогтолцоо, эсийн амьсгал, исэлдэлтийн процесст оролцдог фратаксин ургын нийлэгжилт алдагддаг. Фратаксин ургыг

нөхцөлдүүлэгч ген, геномын хэсэг болох ГАА гурвал хэвийн хэмжээнээс хэд дахин илүүтэйгээр олшролт болсон байна. Эмнэлзүйн шинж тэмдэгийн хувьд ШМТ-тай төстэй, арагийн булчинг хатингаршуулж тулгуур эрхтэн системийн гажиг үүсгэхээс гадна зүрх, элэг, бөөр, нойр булчирхай зэрэг цуллаг эрхтэний үйл ажиллагааг алдагдуулдаг байна. Хамгийн түгээмэл тохиолдох эмнэлзүйн шинжтэмдэг нь нугас, тархины гаралтай тэнцвэргүйдэл юм. Romeo нар, 1983, Италид Фридрихийн атакси 22'000:1-25'000:1 тархалтын давтамжтай тохиолдож байна. Koenig нар, 1988, Кавказ үндэстэнд 50'000:1, африкийн орнуудад ховор тохиолддог. Dean нар, 1988, Кипрт их давтамжтай тохиолдож байна. Hirayama нар, 1994, Фридрихийн атаксийн тархалтын давтамж нь 100'000:2-10 тохиолддог бөгөөд харин Зүүн Азийн улс орнуудад бараг тохиолдоггүй (100'000:0.1) гэж тэмдэглэжээ (8).

Зүүн Азийн улс орнуудад маш ховор тохиолддог эмгэг болох Фридрихийн атакси өвчний эмнэлзүйн хам шинж Дорнод аймгийн 3 гэр бүлийн нийт 28 хүнд илэрсэн нь бидний анхаарлыг зүй ёсоор татлаа.

Судалгааны материал. Дорнод аймгийн удамшлын мэдрэл булчингийн эмгэг бүхий 3 гэр бүлийн нийт 114 хүнийг судалгаанд хамруулсан. (Удмын зураглал) Удамзүйн зураглал, эмнэлзүйн нарийн мэргэжилийн эмчийн үзлэг, шинжилгээг үндэслэн эмгэгөөрчлөлтилэрсэнбуутохиолдолын бүлэгт 21, эрүүл буюу хяналтын бүлэгт 15 хүнийг сонгож удамзүйн шинжилгээнд нийт 36 сорьц цуглуулав. Судалгааг Токай Их Сургууль, Анагаах Ухааны Хүрээлэн, Эрүүл Мэндийн Яамны ёс зүйн хороогоор тус тус оруулан баталсан болно. Судалгаанд оролцогч бүрт хийгдэх судалгааны талаар таниулж тайлбарласны дараагаар сайн дурын үндсэн дээр таниулсан зөвшөөрлийг авсан.

Удмын зураглал



Судалгааны арга аргачлал. Асуумжийн аргаар удмын зураглалыг нарийвчлан зурсан. Эмнэлзүйн нарийн мэргэжилийн эмчийн үзлэг, булчингийн сэрэл дамжуулалтыг тодорхойлох электромиографийн аппаратын шинжилгээг Дорнод аймгийн Нэгдсэн Эмнэлгийн Мэдрэлийн

Tasag, Анагаах Ухааны Хүрээлэнгийн Мэдрэл Судлалын Сектор, Токай Их Сургуулийн Мэдрэлийн Тэнхимийн эмч нарын багхамтранхийж гүйцэтгэсэн. Судалгаанд хамрагдагсанаас удамзүйн зураглал, эмнэлзүйн нарийн мэргэжилийн эмчийн үзлэг, шинжилгээг үндэслэн эмгэг өөрчлөлт илэрсэн буюу тохиолдолын бүлэгт 21, эрүүл буюу хяналтын бүлэгт 15 хүнийг сонгож молекул генетикийн шинжилгээний сорьцыг цуглуулсан. Судалгаанд оролцогчийн захын цуснаас вакутейнер систем ашиглан 10мл-ыг сорьц болгон авсан. Сорьцноос геномын ДНХ-г QIAamp Maxi kit, QIAGEN ашиглан ялгасан. Геномын ДНХ-ийн цэвэршилт гарцыг спектрофотометр болон пикогрины аргаар тодорхойлж гель электрофорезоор шалгасан. Нөхцөлдүүлэгч ген, геномын хэсгийг TagMan сорилыг ашиглан тодорхойлсон. TagMan сорилын дотоод хяналт болгож альбумины генийг ашигласан. Статистик боловсруулалтыг стандарт хазайлтын дундаж утуудыг тооцож хийсэн.

Хүснэг 1. Удамзүйн зураглал

	Хүний тоо	Асуумж болон эмнэлзүйн үзлэгээр оншилогдсон	Сорьц авсан	
			Тохиолдол	Хяналт
Гэр бүл 1	13	7	5	1
Гэр бүл 2	50	14	13	14
Гэр бүл 3	51	7	3	0
НИЙТ	114	28	21	15

Үр дүн

- Удмын зураглааар аутосомын доминант хэлбэрээр удамшсан байсан. (Удмын зураглал)
- Эмнэлзүйн нарийн мэргэжилийн эмчийн үзлэг шинжилгээгээр 3 гэр бүлийн гишүүдээс 28 хүнд дараах өвөрмөц шинж тэмдэгүүд илэрсэн:
 - Шөрмөсний рефлексүүд суларсан буюу арилсан шинж
 - Фридрих төст тавхай
 - Булчингийн хатингаршил
 - Кифосколиоз (Зураг-1)

	Электромиографи		Нийт
	Эрүүл	Эмгэгтэй	
Гэр бүл 1	3	7	10
Гэр бүл 2	31	14	45
Гэр бүл 3	27	7	34
	61	28	89

- ЭМГ-ийн шинжилгээний үр дүн 3 гэр

Үр дүн

- Удмын зураглааар аутосомын доминант хэлбэрээр удамшсан байсан. (Удмын зураглал)
- Эмнэлзүйн нарийн мэргэжилийн эмчийн үзлэг шинжилгээгээр 3 гэр бүлийн гишүүдээс 28 хүнд дараах өвөрмөц шинж тэмдэгүүд илэрсэн:
 - Шөрмөсний рефлексүүд суларсан буюу арилсан шинж
 - Фридрих төст тавхай
 - Булчингийн хатингаршил
 - Кифосколиоз (Зураг-1)

	Электромиографи		Нийт
	Эрүүл	Эмгэгтэй	
Гэр бүл 1	3	7	10
Гэр бүл 2	31	14	45
Гэр бүл 3	27	7	34
	61	28	89

- ЭМГ-ийн шинжилгээний үр дүн 3 гэр бүлийн гишүүдээс 22 хүнд ШМТ төст шинжүүд гарсан.

	Электромиографи		Нийт
	Эрүүл	Эмгэгтэй	
Гэр бүл 1	3	7	10
Гэр бүл 2	19	11	30
Гэр бүл 3	14	4	28
	36	22	58

- Молекул генетикийн шинжилгээгээр нөхцөлдүүлэгч ген, геномын хэсгийг тодорхойлоход 17-рхромосомын болгино мөрний 11-р локусд байрлах Захын Миелин Ширхэгийн Уургыг (Peripheral Myelin Protein 22, PMP22) кодлогч 1500 хос суурын урттай дараалал нь хоёрчлогдсон; удамшлын шалтгаантай Саа саажилтыг кодлогч (Hereditary Neuropathy with Liability to Pressure Palsies, HNPP) хос суурын хэсэг дараалал нь делеци болсон байна. (Зураг-2,3)
- Статистик боловсруулалтын стандарт хазайлтын дундаж утгуудыг (Ct-value) тооцсон дүнгээр эмгэгийг нөхцөлдүүлэгч генийн дараалал агуулаагүй эрүүл хүнд диплойд (0.86-1.20) генотиптэй байна. Эмгэг өөрчлөлт бүхий сорьцонд Захын Миелин Ширхэгийн Уургыг кодлогч 1500 хос суурын урттай дараалал нь хоёрчлогдсон триплойд (1.40-1.93) генотиптэй харин удамшлын шалтгаантай Саа саажилтыг кодлогч хос суурын хэсэг дараалал нь делеци буюу гаплойд генотиптэй тодорхойлогдоо.

Дүгнэлт

- Удамших хэв шинж, эмнэлзүйн үзлэг, ЭМГ-ийн шинжилгээ, молекул генетикийн шинжилгээгээр

ШМТ болох тогтоогдоо. Фридрихийн Атакси үгүйсгэгдсэн нь Зүүн Азийн орнуудад уг эмгэг ховор тохиолдог гэсэн бусад судлаачдийн үр дүнг бидний судалгаа давтаж байна.

- Захын Миелин Ширхэгийн Уургыг кодлогч ген, геномын хэсгийн хоёрчлогдсон байдал болон удамшлын шалтгаантай Саа саажилтыг кодлогч ген, геномын хэсгийн делеци өөрчлөлтүүд нь ШМТ-ийн 1A хэлбэрийн үндсэн шалтгаан болж байна.

Хэлцээмж

- Удамшлын мэдрэл булчингийн эмгэгүүд нь удамших хэв шинж, эмнэлзүйн шинж тэмдэгийн хувьд ижил төсөөтэй байдаг ч ЭМГ, орчин үеийн молекул генетикийн шинжилгээгээр тэдгээрийг өөр хоорондь ялангоношлох, эмгэгийн хэлбэрийг нарийчлан тодорхойлох бололцоог олгож байна. Гэвч ЭМГ-ийн шинжилгээ нь манай орны хувьд эмнэлзүйн практикт хараахан нэвтрээгүй байна.
- Удамшлын мэдрэл булчингийн эмгэгүүдийг ялангоношлож эцсийн шийдвэрлэх оношийг тодорхойлох нь цаашдын эмчилгээний тактикийг зөв оновчтой сонгох, эмгэгийн тархалт, бүтцийг тогтоох үндэс суурь болох төдийгүй урьдчилан сэргийлэх асуудлыг шийдвэрлэхэд ач холбогдолтой юм.

ШМТ-ийн хэлбэрүүд нь удамших хэв шинж, генийн мутац, эмнэлзүйн илрэлийн хувьд өөр хоорондоо ялгаатай байдаг. Өндөр хөгжилтэй орнуудад анагаах ухааны орчин үеийн дэвшилтэт технологийг ашигласан ургийн хөгжлийн үед оношлох урьдчилан сэргийлэх ажилбарууд хийгдэж байна.

- Үүнд:
- А. Ихэсийн эс, эдийг шинжлэх
- Б. Ургийн шингэн дэхь эс, эдийг шинжлэх

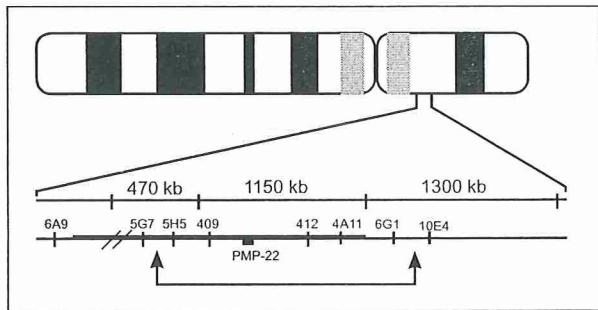
Удамшлын мэдрэл булчингийн эмгэг бүхий гэр бүлүүдэд оношлогоо, эмчилгээний асуудлыг хөндөж авч хэлэлцэний дараагаар нөхөн үржихүй, гэр бүл төлөвлөлтийн талаарх удамзүйн зөвлөгөөг өгөх нь нэн чухал байна.



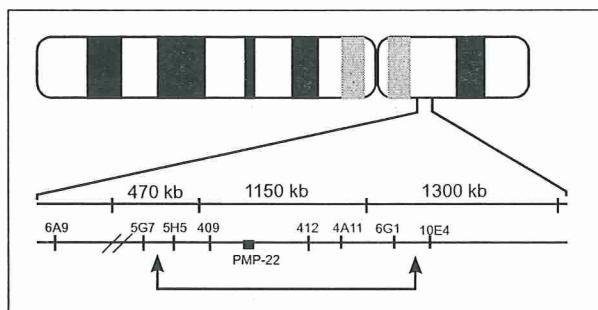
Зураг-1. Эмнэлзүйн шинжээ тэмдэгүүд

Фридрих төст тавхай:

1. Хонхор ул буюу тавхайн хонхор үүнзгийрх
2. Тогтор (гүдэр) гаптуу
3. Экстензио - тавхайн угийн үеүүдүүртсах, ялангуяа эрхийн хуруу
4. Флексио - тавхайн үзүүр үеээр бодиносож хатингарийн



Зураг-2. Захын Миелин Ширхэгийн Ургыг (Peripheral Myelin Protein 22, PMP22) кодлогч 1500 хос суурин урттай дараалал нь хоёрчлогдсон, Удамшины Шалтгаантай Саа Саажилтыг кодлогч (Hereditary Neuropathy with Liability to Pressure Palsies, HNPP) хос суурин хэсэг дараалал нь делец болсон байна.



Зураг-3. Захын Миелин Ширхэгийн Ургыг (Peripheral Myelin Protein 22, PMP22) кодлогч 1500 хос суурин урттай дараалал нь хоёрчлогдсон буюу диплойд генотиптэй байхад гэль электрофорез дээр пэмэлт зурсас тодорно.

МОНГОЛ БАГА НАСНЫ ХҮҮХДИЙН БИЕИЙН ХӨГЖИЛ

**Г.Отгон¹, Ефимова Н.В², Г.Сарантуяа¹,
Б.Батхижиг¹, Г.Ачсайхан¹**

¹Эрүүл мэндийн шинжслэх ухааны их сургууль

²Ангарскийн Хөдөлмөрийн эрүүл мэнд, хүний экологийн хүрээлэн, ОХУ

Судалгааны ажлын үндэслэл. Биеийн хөгжил бол өнөөг хүртэл өсч байгаа бие махбодын эрүүл мэндийн цорын ганц үзүүлэлт болсоор ирсэн бөгөөд түүгээр хүүхэд өсвөр үеийнхнийг эрүүл мэндийн хувьд бүлэглэн цаашид эрүүлжүүлэх арга хэмжээ авдаг [1, 4, 6]. Хүүхдийн биеийн хөгжлийн төвшинг тогтооходоо тухайн бүс нутгийн

Ашигласан хэвлэлийн жагсаалт:

1. Баасанжав Д, бусад, Дорнод, Сэлэнгэ аймгийн хүн амын дунд мэдрэл удамшлын зарим өвчний тархалт, нас хүйсийн онцлог, ЭШ-ний ажлын тайлан, 2003
2. Баасанжав Д, бусад, УБ хотын хүн амын дунд мэдрэл удамшлын зарим өвчний тархалт, бүтэц, Монголын Анагаах Ухаан сэтгүүл, 2005, №4, х 11-13
3. Маркова Е.Д., Магканов Р.В., Распространенность наследственных заболеваний нервной системы в различных популяциях, Жур. Невропат и псих. Им С.С. Корсакова, 1990, в9, с113-119
4. Skre H., 1974, Genetic and clinical aspects of Charcot-Marie-Tooth's disease, Clin. genet., 6: 98-118
5. Emery A, E, H; Population frequencies of inherited neuromuscular diseases a world survey. // Neuromus. disord., 1991, 1: 19-29
6. Батчулуун Ш, Удамшлын мэдрэл булчингийн өвчний тархцын асуудал, «Анагаах Ухаан, эрүүлийг хамгаалах, нийгэм хангамжийн тулгамдсан асуудлууд» онол практикийн бага хурлын илтгэлийн хураангуй, 1990, x53-55
7. Martin B Detatycki, Robert Williamson, Susan M Forrest, Friedreich ataxia: An overview, Med Genet 2000; 37:1-8
8. Hum Genet, 2000, Analysis of Charcot-Marie-Tooth (CMT1A) and hereditary Neuropathy with liability to pressure palsies (HNPP), 107:494-498
9. Karen M, Krajewski MS, 2002, Charcot-Marie-Tooth disease, Gale Encyclopedia of Medicine
10. Benjamin B. Roa, et al; 1993, Charcot-Marie-Tooth disease type 1A-Association with a spontaneous Point Mutation in the PMP22 Gene

Танилцуулсны нийтлэх санал өгсөн: Анагаах Ухааны доктор, профессор Г. Цагаанхүү

хүүхдүүдийн стандарт дундаж хэмжээтэй харьцуулан тогтоодог.

ДЭМБ-аас 2006 оны 4 сард 0-60 сартай хүүхдийн биеийн өсөлтийн үзүүлэлтэд нас, хүйсээр биеийн өндөр, биеийн жинг хамруулсан байдал [5].

Монгол хүүхдийн бие бялдрын хөгжлийн судалсан судлаач Д.Батчулуун (1987), Ш.Орсоо (1994), Г.Орсоо нарын тогтоосон үзүүлэлт байгаа боловч, өнөө үед шинээр хийсэн ажил цөөвтөр байна.

Мөн манай хүүхдийн бие бялдрын хөгжлийн үзүүлэлт нь хөрш нутгийн Орос хүүхдээс болон ДЭМБ-аас гаргасан хүүхдийн бие бялдрын

Судалгаа, шинжилгээ

үзүүлэлтээс хэрхэн ялгаатай байгаа нь зүй ёсоор анхаарал татаж байна.

Судалгааны зорилго. Бид 12-42 сартай Монгол хүүхдийн бие бялдрын дундаж хэмжээг тогтоох, Эрхүү орчмын орос хүүхдийн болон ДЭМБ-аас гаргасан хүүхдийн бие бялдрын хөгжлийн үзүүлэлттэй харьцуулан үнэлэлт өгөх зорилгоор судалгааг хийв.

Судалгааны арга: Судалгаанд нийт 15-42 сартай нийт 400 хүүхэд хамрагдсан бөгөөд хүүхдийг Улаанбаатар, Булган, Говь-Алтай, Дорнод, Дундговь зэрэг аймгуудын хүүхдийн цэцэрлэгүүдийг хамруулсан болно. Судалгаанд харьцангуй эрүүл хүүхэд хамрагдсан ба хүүхдийг нас болон хүйсээр нь ангилан судаллаа.

Бие бялдрын өсөлт хөгжилтийг судлаадаа түгээмэл хэрэглэгддэг сонгомол аргаар

(А.Б.Ставицкий, Д.И.Арон,1959) өндөр хэмжигч, жин хэмжүүр, туузан метр зэргийг ашиглан гүйцэтгэв (3). Хүүхдийн насыг төрсөн хугацаа, судалгааг авсан өдрөөр нь шинжлэх ухааны ангиллаар бүлэглэв.

Судалгааны материалын статистик боловсруулалтыг SPSS программ ашиглан үзүүлэлтийн дундаж хэмжигдэхүүн(M), дундаж алдааг (m) тодорхойлж, үзүүлэлт хоорондын ялгааг Стыюентийн t шалгуураар тодорхойллоо.

Судалгааны үр дүн, хэлцээмж: Бид 15-42 сартай Монгол эрэгтэй,эмэгтэй хүүхдийн бие бялдрын хөгжлийн үзүүлэлтийн тогтоосон дундаж хэмжээгээ Эрхүүгийн орос хүүхдийн болон ДЭМБ-аас гаргасан хүүхдийн дундаж үзүүлэлттэй харьцуулсан байдлаар хүснэгтээр үзүүлэв (хүснэгт 1, 2).

Xүснэгт.1 Монгол 15-42 сартай эрэгтэй хүүхдийн бие бялдрын хөгжлийн дундаж үзүүлэлтүүдийг Эрхүүгийн болон ДЭМБ-ын гаргасан хүүхдийн бие бялдрын үзүүлэлттэй харьцуулсан нь

Нас		Өндөр(см)	Жин (кг)	Цээжний тойрог(см)
		M±m	M±m	M±m
15 сар (1нас 3 сар)	Монгол	78.01±0.6	10.56±0.7	48.35±0.4
	Орос	78.7±0.6	10.9±0.2	50.2±0.5
	ДЭМБ	79.42	10.87	
15-18 сар (1 нас 3 сар -1 нас 6 сар)	Монгол	79.90±0.5	11.67±0.2	48.91±0.2
	Орос	81.3±0.6	11.5±0.2	50.6±0.4
	ДЭМБ	81.44	11.28	
18-21 сар (1 нас 6 сар -1 нас 9 сар)	Монгол	81.78±0.6	12.07±0.4	49.48±0.2
	Орос	89.3±0.6**	12.10±0.25	51.04±0.4
	ДЭМБ	84.25	11.66	
21-24 сар (1 нас 9 сар -2 нас)	Монгол	83.67±0.2	12.48±0.4	50.05±0.3
	Орос	86.6±0.5	12.80±0.20	51.4±0.3
	ДЭМБ	86.82	11.85	
24-27 сар (2 нас -2 нас 3 сар)	Монгол	85.55±0.3	12.89±0.4	50.61±0.5
	Орос	89.2±0.7*	13.40±0.2	51.7±0.4
	ДЭМБ	87.25	12.41	
27-30 сар (2 нас 3 сар -2 нас 6 сар)	Монгол	87.44±0.6	13.29±0.3	51.18±0.5
	Орос	91.9±0.6**	14.0±0.2	52.3±0.4
	ДЭМБ	89.65	12.74	
30-33 сар (2 нас 6 сар -2 нас 9 сар)	Монгол	89.32±0.3	13.70±0.3	51.75±0.5
	Орос	94.5±0.8**	14.70±0.3	52.7±0.5
	ДЭМБ	91.97	13.33	
33-36 сар (2 нас 9 сар -3 нас)	Монгол	91.21±0.2	14.11±0.48	52.31±0.5
	Орос	97.1±0.5**	15.30±0.2	53.1±0.3
	ДЭМБ	94.19	13.89	
36-42 нас (3 нас)	Монгол	93.09±0.5	14.51±0.5	52.88±0.5
	Орос	99.7±0.7**	15.99±0.2	53.5±0.4
	ДЭМБ	97.04	14.44	

*Тайлбар : Монгол болон Эрхүүгийн орос хүүхдийн бие бялдрын үзүүлэлтийн ялгааны үнэн магадлал * -p<0.05, **p<0.01*

Хүснэгт 2 Монгол 15-42 сартай эмэгтэй хүүхдийн бие бялдрын хөгжлийн дундаж үзүүлэлтийг Эрхүүгийн болон ДЭМБ-ын гаргасан хүүхдийн бие бялдрын үзүүлэлтийг харьцуулсан нь

Нас	Харьцуулж буй орнууд	Өндөр(см)	Жин (кг)	Цээжний тойрог(см)
		M±m	M±m	M±m
15 сар (1нас 3 сар)	Монгол	78.28±0.5	10.88±0.4	47.01±0.4
	Орос	76.9±0.5	10..39±0.2*	49.9±0.4
	ДЭМБ	77.80	10.25	
15-18 сар (1 нас 3 сар -1 нас 6 сар)	Монгол	80.08±0.5	11.35±0.4	47.59±0.7
	Орос	79.8±0.6	11.04±0.2*	50.3±0.3
	ДЭМБ	79.91	10.64	
18-21 сар (1 нас 6 сар -1 нас 9 сар)	Монгол	81.87±0.4	11.81±0.3	48.17±0.4**
	Орос	82.6±0.7	11.7±0.2*	50.7±0.4
	ДЭМБ	82.87	11.01	
21-24 сар (1 нас 9 сар -2 нас)	Монгол	83.67±0.2	12.25±0.6	48.75±0.5
	Орос	85.4±0.6	12.35±0.2*	51.1±0.3**
	ДЭМБ	85.60	11.19	
24-27 сар (2 нас-2 нас 3 сар)	Монгол	85.46±0.3	12.68±0.4	49.33±0.6
	Орос	88.3±0.7*	13.00±0.2*	51.5±0.4**
	ДЭМБ	86.21	11.73	
27-30 сар (2 нас 3 сар-2 нас 6 сар)	Монгол	87.26±0.3	12.92±0.4	49.92±0.4
	Орос	91.1±0.6**	13.65±0.2	51.8±0.4**
	ДЭМБ	88.67±	12.23	
30-33 сар (2 нас 6 сар-2 нас 9 сар)	Монгол	89.05±0.6	13.39±0.7	50.50±0.6
	Орос	93.9±0.7**	14.31±0.2	52.2±0.5**
	ДЭМБ	91.00	12.83	
33-36 сар (2 нас 9 сар-3 нас)	Монгол	90.85±0.4	13.79±0.4	51.08±0.6
	Орос	96.7±0.6**	14.96±0.2	52.6±0.3**
	ДЭМБ	93.20	13.40	
36-42 нас (3 нас)	Монгол	92.64±0.4	14.13±0.4	51.66±0.5
	Орос	99.6±0.6**	15.61±0.2	52.9±0.3**
	ДЭМБ	95.97	13.93	

Тайлбар : Монгол болон Эрхүүгийн орос хүүхдийн бие бялдрын үзүүлэлтийн ялгааны үнэн магадлал * - $p<0.05$, ** $p<0.01$

Монгол эрэгтэй, эмэгтэй хүүхдийн бие бялдрын үзүүлэлтийг хооронд нь харьцуулж үзвэл 15-21 сартай эмэгтэй хүүхдийн биеийн өндөр нь эрэгтэй хүүхдийнхээс 0.09-0.27 см, 24-42 сартай эрэгтэй хүүхэд эмэгтэй хүүхдээс 0.09-0.45 см өндөр байна. Биеийн жингээр эрэгтэй хүүхэд 15 сараас бусад бүх насанд 0.21-0.38 кг-аар их байна.

Харин эрэгтэй хүүхдийн цээжний тойргийн хэмжээ эмэгтэйнхээсээ бүх насанд 1.22-1.34 см –ээр их байна ($p<0.05$).

Бид өөрсдийн тогтоосон Монгол хүүхдийн бие бялдрын хөгжлийн дундаж үзүүлэлтийг ОХУ-ын Эрхүү орчмын хүүхдийн бие бялдрын стандарт үзүүлэлттэй [3] харьцуулж үзэхэд Монгол эрэгтэй хүүхдийн биеийн өндөр нь Эрхүүгийн хүүхдийнхээс 0.69-7.52 см намхан, ялангуяа 18-21 сартайд 7.52 см-аар намхан, 27-42 саруудад 4.46-6.61 см-ээр намхан байна ($p<0.01$). Харин Монгол эмэгтэй

хүүхдүүд 15-21 саруудад Эрхүүгийн эмэгтэй хүүхдийнхээс ялимгүй өндөр (0.28-1.38 см) байснаа 18-42 сартай үедээ 0.73-6.96 см намхан байна. Эрэгтэй эмэгтэй хүүхдүүд 30-42 сартай үедээ нилээд хэмжээгээр Эрхүүгийн хүүхдээс намхан байна ($p<0.01$).

Монголын эрэгтэй хүүхдүүд Эрхүүгийн эрэгтэй хүүхдүүдээс 0.03-1.48 кг-аар биеийн жин багатай байхад эмэгтэй хүүхдүүд эхний 3 насанд 0.11-0.31 кг их, бусад насанд 0.03-1.48 кг бага жинтэй боловч үнэн магадлал илэрсэнгүй.

Цээжний тойргоор Монгол эрэгтэй хүүхдүүд 0.62-1.85 см-ээр бага бөгөөд эхний 3 насанд үнэн магадлалтай ($p<0.05$), харин эмэгтэй хүүхдийн цээжний тойргийн хэмжээ бүх 1.4-7.52 см-ээр дээрх хүүхдүүдээс бага ($p<0.05$) байна.

Дээрхээс үзвэл Монгол хүүхдүүд Эрхүүгийн орос хүүхдээс, ялангуяа 30-42 сартай хүүхдэд

намхан, мөн 33-42 сартайдаа нилээд жин багатай, цээжний тойргийн хэмжээ эмэгтэй хүүхэд бараг бүх хүүхдэд нарийн байна.

Судалгааны үр дүнг ДЭМБ-ын гаргасан хүүхдийн бие бялдрын дундаж үзүүлэлттэй(5) харьцуулахад Монгол эрэгтэй хүүхдийн өндөр 1.41-3.95 см-ээр , эмэгтэйнх нь эхний хоёр наснаас бусадад нь 0.75-3.33 см-ээр намхан байна ($p<0.05$, ($p<0.01$). Мөн Монгол эрэгтэй хүүхдийн биеийн жин нь 0.07-0.63 кг-аар ДЭМБ-аас гаргасан хэмжээнээс их байхад, эмэгтэй хүүхдийн жин 0.2-0.08 см-ээр их байна.

Монгол хүүхдийн бие бялдрын үзүүлэлтийг ДЭМБ-ийн гаргасан хүүхдийн бие бялдрын үзүүлэлттэй харьцуулахад биеийн өндрийн үзүүлэлт бага, харин жин арай их байна.

Дүгнэлт:

1. Монгол хүүхдийн бие бялдрын хөгжлийн дээрх үзүүлэлт нь Эрхүү орчмын орос хүүхдийнхээс болон стандарт үзүүлэлтүүдээс нилээд доогуур хэмжээтэй байна.
2. ДЭМБ-аас гаргасан хүүхдийн биеийн өндрийн стандарт хэмжээнээс Монгол хүүхдүүд намхан, жин нь ойролцоо хэмжээтэй байна.
3. Монгол хүүхдийн бие бялдрын хөгжлийн дээрх үзүүлэлт нь орос хүүхдүүдтэй харьцуулахад ДЭМБ-аас гаргасан үзүүлэлтэд ойрхон байна.

Ном зүй:

1. Кардашенко В.Н., Стромская Е.П., Варламова Л.П. Физическое развитие – один из важнейших показателей здоровья детей и подростков // Гигиена и санитария. -1980. -°10. -С.33-35.
2. Прусакова А.В., Маторова Н.И., Ефимова Н.В., Карчевский А.Н., Беляева Т. А., Оценка физического развития детей 4-14 лет Восточной Сибири. // Бюллетень ВСНЦ со РАМН. - °4. (36). - 2004. -С. 75-80.
3. Региональные показатели физического развития детей и подростков Иркутской области., метод. рекомен., Иркутск., - 2005. с-43
4. Савватаеева В.Г., Кузьмина Л.А., Шаров С.В., Евстигнеева Е.С.,% Крыжавицкая Н.В., Глотова М.М., Физическое развитие детей раннего возраста г. Иркутска., Сибирский медицинский журнал, 2003., °5, с.71-77
5. Стандартные показатели ВОЗ в области развития ребенка/ Всемирная организация здравоохранения, Департмент по питанию для здоровья и развития / http://www.who.int/nutrition/media_page/tr_summary_russian.pdf
6. Ямпольская Ю.А. Популяционный мониторинг физического развития детского населения // Гигиена и санитария. -1996. -°1. -С.24-26.

Танилцах, нийтлэх санал өгсөн:

Академич Л.Лхагва

ГУУРСАН ХООЛОЙН АРХАГ ҮРЭВСЛИЙН СЭДРЭЛИЙН ҮЕИЙН ГАДААД АМЬСГАЛЫН ҮЙЛ АЖИЛЛАГАА БА ИЙЛДСИЙН ЗАРИМ ЦИТОКИНЫ ӨӨРЧЛӨЛТ

**Э.Одхүү, Ч.Гансух,
С.Мөнхбаярлах, М.Мөнхзор
Эрүүл Мэндийн Шинэжүүлэх Ухааны
Их Сургууль**

Судалгааны үндэслэл. Уушгины архаг бөглөрөлтөт өвчинүүдийн (УАБӨ) нэг гуурсан хоолойн архаг үрэвсэл (ГХАҮ) нь хөгжиж буй орнуудын эрүүл мэндийн тулгамдсан асуудлын нэг юм [1, 2].

ГХАҮ үүсэхэд удамшил, хувь хүний урвалж чанар, бие бялдрын өсөлт хөгжил, тамхидалт, агаарын бохирдолт, үйлдвэржилт, уул уурхай, нийгмийн зэрэг олон хүчин зүйлс нөлөөлдөг [2, 3, 6].

ГХАҮ-ийн эмгэгжам нь архаг үрэвслийн үйл явцтай холбоотой ба үүнд цитокинууд голлох үүргийг гүйцэтгэдэг [8,9]. ГХАҮ-ийн сэдрэлийн үед IL-1 α , IL- 2, ба INF- α зэрэг цитокинууд ихсэж уг өвчиний эмгэгжамд ихээхэн нөлөөлдөг болохыг судлаачид тэмдэглэжээ [10,11,14].

Эрүүл Мэндийн Хөгжлийн Үндэсний Төвийн 2004 оны мэдээгээр амьсгалын тогтолцооны өвчин тохиолдлын тоогоор тэргүүлэх байрыг эзлэн (10.000

хүн амд 959.48), эмнэлэгт хэвтэн эмчлүүлэгсдийн дунд 2 дахь (10.000 хүн амд 338.1), нас баралтын 5 дахь гол шалтгаан (10.000 хүн амд 3.3) тус тус болж байна [7].

Дээрхээс үндэслэн ГХАҮ-нд нөлөөлөх хүчин зүйлс, уг өвчиний үе дэх гадаад амьсгалын үйл ажиллагааны (GAYA) өөрчлөлт болон уг өвчиний эмгэгжамд цитокини оролцоо судлах нь эмнэлзүйн практикт, оношлогоо, эмчилгээ, сэргийлэх ажилд ихээхэн ач холбогдолтой хэмээн үзлээ.

Судалгааны материал, арга зүй: Судалгаанд Улсын Клиникийн Төв Эмнэлэг болон Шастины Клиникийн Төв Эмнэлгийн Уушгины эмгэг судлалын тасагт хэвтэн эмчлүүлж, эмнэлзүй болон лабораторийн шинжилгээгээр онош нь батлагдсан ГХАҮ-ийн сэдрэлийн үедээ байгаа 62 өвчтөн, тамхи татдаггүй харьцангуй эрүүл 32, нийт 94 хүн хамрууллаа. ГХАҮ-ийн сэдрэлийн үедээ байгаа өвчинүүдийг ДЭМБ-ын GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease) шалгуурын дагуу сонгон авч тусгайлан боловсруулсан асуумжийн аргаар ГХАҮ-д нөлөөлөх хүчин зүйлсийг тодруулан, тамхидалтын индексийг өдөрт татсан тамхийг (хайрцгаар) татсан жилээр нь үржүүлж (хайрцаг/

жил) олсон. Гадаад амьсгалын үйл ажиллагааг дэлхийн хөгжингүй орнуудад өргөнөөр хэрэглэж байгаа компютерт суурилагдсан спирометрээр (ADInstruments, Powerlab/4SP) амьсгал гаргах агаарын урсгалын дээд хэмжээ (PEF), уушгины хүчилсэн амьдралын багтаамж (FVC), уушгины хүчилсэн амьдралын багтаамжийн эхний нэг секунддэд гаргах агаарын эзэлхүүн (FEV1), уушгины хүчилсэн амьдралын багтаамжийн эхний нэг секунддэд гаргах агаарын эзэлхүүнийг уушгины хүчилсэн амьдралын багтаамжид харьцуулсан харьцаа (FEV1/FVC) зэрэг 4 үзүүлэлтээр тус тус тодорхойлов.

ГХАҮ-тэй 16, хяналтын бүлгийн 20, нийт 36 хүний ийлдсийн IL-1 β , IL-2, IL-4 ба INF γ зэрэг цитокины агууламжийг фермент холбох урвал (Enzyme Linked Immuno Sorbent Assay)-аар ОХҮ-ын *PROCON* иж бүрдэл оношлуураар «Humareader Single ELISA» (Germany) уншигчийг ашиглан 450-620 нм гэрлийн урттай мүжид гэрлийн шингээлтийг тодорхойлон.

Судалгааны статистик боловсруулалтыг Microsoft Office Excel 2003, SPSS 11.0 программууд ашиглан хийсэн. Судалгаа нь ЭМШУИС-ын Био-Анагаахын Ёс Зүйн Зөвлөлийн хурлаар хэлцэгдэн зөвшөөрөгдсөн.

Судалгааны ажлын үр дүн, хэлцэмж: Судалгаанд ДЭМБ-ын GOLD шалгуур, бодит үзлэг, лабораторийн шинжилгээгээр ГХАҮ-тэй гэж онош нь батлагдсан 40-60 насны (дундаж нас 50,49±1.49), эрэгтэй 43 (69%), эмэгтэй 19 (31%), нийт 62 хүн хамрагдсан.

Судалгаанд хамрагдсан ГХАҮ-тэй хүмүүсийг ДЭМБ-ын «Алтан» (GOLD) шалгуураар ангилж үзвэл 0 шат (эрсдэлт)-нд 43.54%(n=27), I шатанд (хөнгөн зэрэг) 33.87% (n=21), II шатанд (дунд зэрэг) 16.13%(n=10), III шатанд (хүнд зэрэг) 6.46% (n=6) тус тус хамарагдаж байлаа.

Асуумж судалгаагаар ГХАҮ-тэй хүмүүсийн тамхидалтын байдлыг судлаж үзэхэд судалгаанд

хамрагдсан нийт өвчтөний 64.5% (n=40) нь идэвхтэй тамхичид байсан. Тэдний 67.5% (n=27) нь 20-оос дээш жил тамхи татсан ба тамхидалтын индекс нь 27,36±0,53 хайрцаг/кил байв. Гэтэл тамхи татдаггүй ГХАҮ-тэй (n=22) өвчтөний 77.27% (n=17) нь идэвхгүй тамхичид байв.

Судалгаанд хамрагдсан ГХАҮ-тэй өвчтөний ажлын нөхцөлийг тодруулж үзэхэд 64,5% нь тоостой, 41,9% нь хүйтэн, 35,4% нь утаа тортогтой, 16,1% нь чийглэг зэрэг эрүүл ахуйн шаардлага хангаагүй нөхцөлд ажилладаг болохыг тогтоов. Тэдний 61% нь дээрх нөхцөлд 20-иос дээш жил ажилласан байна. Энэ нь тухайн хүний ажлын нөхцөл, мэргэжил, идэвхтэй, идэвхгүй тамхидалт зэрэг хүчин зүйлс нь ГХАҮ үүсэхэд нөлөөлж байгааг үзүүлж байна. Эрүүл ахуйн шаардлага хангаагүй нөхцөлд ажиллах нь амьсгалын эрхтэн тогтолцооны өөрийгөө цэвэрлэх болон хамгаалах үйл ажиллагааг алдагдуулан үрэвслийн үйл явцыг даамжуулж, уг эмгэг үүсэх нөхцөлийг бүрдүүлж байна [5, 6].

Судалгааны үр дүнгээс ГХАҮ-тэй өвчтөний ГАҮА-ны үзүүлэлт ихээхэн өөрчлөгдсөн байлаа. Тухайлбал: ГХАҮ-тэй өвчтөний PEF 4.98±0.21 л/сек (p<0.01), FVC 2.78±0.11 л (p<0.01), FEV1/FVC=67.22±1.8 (p<0.05) хяналтын бүлгийнхнээс статистикийн магадлал бүхий буурсан байна. ГХАҮ-тэй өвчтөнийг тамхидалтын байдлаар нь ГХАҮ-тэй тамхичин, идэвхгүй тамхичин, тамхи огт татдаггүй гэж ангилан ГАҮА-г харьцуулан судлаж үзэхэд ГХАҮ-тэй тамхичдын PEF 4.77±0.17 л/сек, FVC 2.66±0.16 л, идэвхгүй тамхичдын PEF 4.76±0.13 л/сек, FVC 2.87±0.07 л байсан нь мэдэгдэхүйц ялгаагүй байлаа. Харин ГХАҮ-тэй, огт тамхи хэрэглэдэггүй өвчтөнийхөөс PEF-7.4±0.37 л/сек, FVC-3.44±0.44 л үзүүлэлт нь статистикийн үнэн магадтайгаар буурсан байв. Идэвхтэй тамхичдын ГАҮА-ны FEV1/FVC үзүүлэлт нь идэвхгүй тамхичин болон огт тамхи хэрэглэдэггүй өвчтөнийхөөс буурчээ (Хүснэгт 1).

Хүснэгт 1. ГХАҮ-ийн сэдрэлийн үеийн гадаад амьсгалын үйл ажиллагаа

	ГХАҮ-тэй өвчтөн			Хяналтын бүлэг
	Тамхи огт татдаггүй	Идэвхгүй тамхичин	Тамхичин	
Хүний тоо (n)	5	17	40	32
Дундаж нас		50,49±1.49		49,87±0,68
Дундаж өндөр		163±0,4		164±0,002
Дундаж жин		70,7±1,93		73,7±0,26
PEF л/сек	7.4±0.37	4.76±0.13**	4.77±0.17**	8.69±0.37
FVC л	3.44±0.44	2.87±0.07*	2.66±0.16**	3.85±0.13
FEV ₁ л	2.83±0.35	2.05±0.09*	1.74±0.15**	3.49±0.06
FEV ₁ /FVC %	82.5±2.03	71.1±1.47*	63.6±2.49*	93.47±0.89

Тайлбар:

**-p<0.01, *-p<0.05

Хүснэгт 1-ээс харахад идэвхигүй тамхичдын ГАЯА-ны PEF, FVC, FEV1/FVC зэрэг үзүүлэлт нь тамхичдынхтай адил илэрхий буурсан нь идэвхгүй тамхидалт амьсгалын эрхтэн тогтолцоонд нэгэн адил хортой нөлөөлж, ГАЯА-ны үзүүлэлтийн бууралтаар илэрч байна гэж үзэж байна [5,6]. ГХАҮ-тэй өвчтөний тамхидалтын индекс ба ГАЯА-ны үзүүлэлт хоорондын хамаарлыг тодорхойлоход тамхидалтын индекс нь PEF ($r=-0.762$, $p<0.01$), FVC ($r=$

0.692, $p<0.01$), FEV1/FVC ($r=-0.688$, $p<0.05$) үзүүлэлттэй урвуу хамааралтай байлаа.

ГХАҮ-ийн эмгэгжкамд ийлдсийн цитокины агууламж харилцан адилгүй өөрчлөгдж үрэвслийн урвалыг зохицуулдаг [14,15]. Иймээс бид ГХАҮ-ийн сэдрэлийн үед ийлдсийн цитокини оролцоог тодруулах зорилгоор ийлдсийн зарим цитокиныг (IL-1 β , INF- γ , IL-2, IL-4) тодорхойлов. ГХАҮ-ийн сэдрэлийн үеийн ийлдсийн цитокини хэмжээг Хүснэгт 2-т харуулав.

Хүснэгт 2. ГХАҮ-ийн сэдрэлийн үе дэх ийлдсийн цитокини агууламж

	ГХАҮ-тэй өвчтөн	Хяналтын бүлэг
N	16	20
IL-1 β пг/мл	189.01±52.43**	92.37 ±22.87
INF- γ пг/мл	13.53±3.15***	5.6±0.734
IL- 2 пг/мл	215.07±57.7*	113.17±18.69
IL- 4 пг/мл	36.97±12.17	27.91±9.6

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

Хүснэгт 2-оос харахад ГХАҮ-тэй өвчтөний ийлдсийн INF- γ 13.53±3.15 пг/мл ($p<0.001$), IL-1 β 189.01±52.43 пг/мл ($p<0.01$), IL-2 215.07±57.7 пг/мл ($p<0.05$), зэрэг цитокин нь хяналтын бүлгийнхээс статистикийн үнэн магадтайгаар ихэссэн, харин IL-4 36.97±12.17 пг/мл ихэссэн боловч статистикийн үнэн магадтай өөрчлөлт биш байлаа.

Ийлдсийн IL-1 β , INF- γ , IL- 2, IL-4 цитокин тодорхойлсон ГХАҮ-тэй 16 өвчтөнийг ДЭМБ-ын GOLD шалгуурын ангиллаар ангилик үзвэл I шатанд (хөнгөн зэрэг) 25% ($n=4$), II шатанд (дунд зэрэг) 56.25% ($n=9$), III шатанд (хүнд зэрэг) 18.75% ($n=3$) тус тус хамаарагдаж байлаа. Эдгээр өвчтөний ийлдсийн цитокин ба ГАЯА-ны үзүүлэлтийг бүлэг тус бүрээр нь тодорхойлж, харьцуулж үзүүлэв (Хүснэгт 3).

Хүснэгт 3. GOLD шалгуураар ангилсан өвчтөний ийлдсийн цитокин ба ГАЯА-ны үзүүлэлт

	I шат буюу хөнгөн зэрэг	II шат буюу дунд зэрэг	III шат буюу хүнд зэрэг	Хяналтын бүлэг
N	4	9	3	20
PEF л/сек	3.48±0.38*	3.75±0.32**	3.42±0.36**	8.98±0.06
FVC л	2.52±0.08*	1.9±0.13**	1.46±0.13**	3.97±0.24
FEV ₁ /FVC %	73.96±2.15*	64.02±1.63*	46.69±2.7**	94.47±1.21
IL-1 β пг/мл	1.8±0.4	120.1±51.8*	311.1±14.5*	92.37±22.87
INF- γ пг/мл	5.81±2.2	13.22±4.5*	24.76±6.3**	5.6±0.734
IL-2 пг/мл	82.18±2.11	163.9±86.9	105.7±41.04	113.1±18.69
IL4 пг/мл	14.7±2.46	43.96±20	78.43±4.7	27.91±9.6

Тайлбар: ** $p<0.01$, * $p<0.05$

Хүснэгтээс харахад ГХАҮ-ийн эмнэлзүйн хөнгөн, дунд болон хүнд зэргийн үед ГАЯА-ны PEF, FVC, FEV1/FVC үзүүлэлтүүд статистикийн хувьд үнэн магадтайгаар ($p<0.01$, $p<0.05$) буурч байна. ГХАҮ-ийн хүнд болон дунд зэргийн үед ийлдсийн IL-1 β , INF- γ зэрэг цитокин нь хяналтын бүлгийнхээс статистикийн ач холбогдолтойгоор ($p<0.01$, $p<0.05$) ихэсчээ. Мөн ГХАҮ-ийн эмнэлзүйн үе шат гүнзгийрэх тусам ГАЯА-ны PEF, FVC, FEV1/FVC үзүүлэлтүүд статистикийн үнэн магадтайгаар ($p<0.01$, $p<0.05$) буурч байхад, харин ийлдсийн IL-1 β , INF- γ цитокинууд статистикийн ач холбогдолтойгоор ($p<0.01$, $p<0.05$) ихэсдэг зүй тогтол ажиглагдлаа. Ийлдсийн IL-2, IL-4 цитокин нь ихсэх хандлагатай байсан ч энэ нь статистикийн

хувьд батлагдсангүй.

Дээрхээс харахад үрэвслийн үйл явц даамжрахын хэрээр ийлдсийн цитокинуудын агууламж нэмэгдэж эмнэлзүйд ГАЯА-ны үзүүлэлтүүд (PEF, FVC, FEV1/FVC) илэрхий буурч байна [10,12].

Бид ГХАҮ-тэй өвчтөний ийлдсийн IL-1 β , INF- γ , IL-2, IL-4 цитокин, ГАЯА-ны үзүүлэлт болон тамхидалтын байдал хоорондын хамаарлыг судлан ГХАҮ-тэй өвчтөний ийлдсийн IL-1 β , INF- γ , IL-2, IL-4 цитокин болон FEV1/FVC үзүүлэлт, тамхичны индекс хоорондын шүтэлцээг харуулав (Хүснэгт 4).

Хүснэгт 4 ГА YA, ийлдсийн цитокин хоорондын шүтэлэцээ

	IL-1 β пг/мл	IL4 пг/мл	IL2 пг/мл	IFN- γ пг/мл	FEV ₁ /FVC %	Тамхидалт- ын индекс
IL-1 β пг/мл	1	-0.089	-0.259	0.754**	-0.501*	0.614*
IL4 пг/мл		1	-0.240	-0.152	0.437	0.217
IL2 пг/мл			1	-0.302	-0.007	-0.126
IFN- γ пг/мл				1	-0.478	0.537*
FEV ₁ /FVC %					1	-0.523*
Тамхидалт- ын индекс						1.

Тайлбар: **- $p<0.01$, *- $p<0.05$

Хүснэгтээс харахад ийлдсийн IL-1 β ба IFN- γ нь хоорондоо шууд хүчтэй хамааралтай ($r=0.754$ $p<0.01$) байсан. Харин ийлдсийн IL-1 β , ГАЯА-ны FEV1/FVC үзүүлэлт хооронд сөрөг хамаарал ($r=-0.501$ $p<0.05$) ажиглагдаж байна. Тамхидалтын индекс нь ийлдсийн IL-1 β , IFN- γ цитокинтой шууд ($r=0.614$ $p<0.01$, $r=0.537$ $p<0.01$), ГАЯА-ны FEV1/FVC-тай ($r=-0.537$ $p<0.01$) сөрөг хамааралтай байлаа.

Дээрхийг нэгтгэн дүгнэвэл идэвхитэй, идэвхигүй тамхидалтын нөлөөгөөр цитокины ялгаралт ихсэн үрэвслийн үйл явцыг эхлүүлдэг байж болно. Мөн ийлдсийн цитокини хэмжээ нэмэгдэх тусам ГАЯА-ны үзүүлэлтүүд буурч байна [8, 9, 11].

Ийлдсийн IL-1 β , INF- γ , IL-2, IL-4 зэрэг цитокин нь хоорондоо харилцан уялдаатайгаар ГХАҮ-ийн сэдрэлийн эмгэгжамд оролцож байна.

Дүгнэлт:

- Гуурсан хоолойн архаг үрэвслийн үүсэлд ажлын тоостой (OR=7.79), хүйтэн (OR=3.73), утаа тортогтой (OR=1.39), чийглэг орчин (OR=1.58) болон идэвхтэй, идэвхгүй тамхидал нь нөлөөлөх хүчин зүйлс болж байна.
- Гуурсан хоолойн архаг үрэвслийн сэдрэлийн үед гадаад амьстгалын үйл ажиллагааны PEF, FVC, FEV1/FVC үзүүлэлтүүд буурдаг ба FEV1/FVC нь эмнэлзүйн үе шатыг тодорхойлох шалгуур үзүүлэлт болно.
- Гуурсан хоолойн архаг үрэвслийн эмгэгжамд ийлдсийн IL-1 β , INF- γ , IL-2, IL-4 цитокинууд оролцож байна. Ийлдсийн IL-1 β , INF- γ , IL-2 зэрэг цитокинуудын өөрчлөлтөөр уг өвчний эмнэлзүйн үе шатыг тодорхойлох ач холбогдолтой.
- Гуурсан хоолойн архаг үрэвслийн үед ийлдсийн IL-1 β , INF- γ цитокинуудын агууламж нэмэгдэх тусам FEV1/FVC буурч байна.

Ном зүй:

- David M. Chronic obstructive pulmonary disease: Epidemiology and Evaluation. http://www.turner-white.com/pdf/hp_oct01_chronic.pdf; 2001
- World Health Organization. The World Health

Report 2005. <http://www.who.int/whr/2005/en/>.

- National Heart, Lung, and Blood Institute. Chronic obstructive pulmonary disease. http://www.nhlbi.nih.gov/health/prof/lung/copd/copd_wksp.pdf; 2004.
- R.J.Halbert, Sharon Isonaka et.al Interpreting COPD prevalence Estimates: What is the true burden of disease. Chest 2003; 123: 1684-1692
- Jadwiga A. Wedzicha. Exacerbations: Etiology and Pathophysiologic Mechanisms. Chest 2002; 121: 136-141
- A J White, S Gompertz and R A Stockley. Chronic obstructive pulmonary disease.6: The aetiology of exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. Thorax 2003; 58; 73-80.
- Эрүүл Мэндийн Хөгжлийн Үндэсний Төв. Эрүүл мэндийн үзүүлэлтүүд-2004. <http://www.moh.mn>
- Н.Энхбаяр, Г.Батбаатар нар. Гуурсан хоолой бөглөрших хам шинжээр хүндэрсэн хүүхдүүдэд ийлдсийн зарим цитокин тодорхойлсон дүн. Монголын Анагаах Ухаан 2005 он. х-12-14
- Robert A.Stockley, Neutrophils and the Pathogenesis of COPD. Chest2002; 121:151-155
- S.Gompertz, O'Brein et al. Changes in bronchial inflammation during acute exacerbations of chronic bronchitis. Eur Respir J2001; 17:1112-19.
- Daniel D'Ambrosio, Andrea Lellem, et al. Localization of Th-cell subsets in inflammation: differential thresholds for extravasation of Th1 and Th2 cell. Immunology today 2000; 21:183-186
- Sergio Romagnani, Short Analytical Review: Th1 and Th2 in Human Diseases. Clinical Immunology and Immunophatology 1996; 80:225-235
- Steven D. Shapiro, COPD unwound. The New England Journal of medicine2005;352:2016-2019.
- Teresa D. Tetley. Macrophages and pathogenesis of COPD. Chest Journal 2002; 121:156-159.
- Rahman I. Oxidative stress, transcription factors and chromatin remodeling in lung inflammation. Biochem Pharmacol 2002; 64:935-942.

Танилцајс, нийтлэх санал өгсөн:
Академич Л.Лхагва

ХОДООДНЫ ДЭЭД ХЭСГИЙН ӨМӨНГИЙН ҮЕИЙН ӨРГӨТГӨСӨН ЛИМФОДИССЕКЦИИ ТҮҮНИЙ ҮР ДҮН

Я.Эрдэнэ-Очир¹, Н.Нямдаваа²,
Н.Баасанжав², Ц.Энх-Амгалан¹,
*¹Хавдар судлалын төв,
²Анагаах ухааны хүрээлэн*

Хоодоодны дээд хэсгийн өмөнгийн үед өргөтгөсөн хагалгаа хийж үсэрхийлэлд өртөх магадлал өндөртэй хэвллийн ба цээжний хөндийн тунгалгийн зангилаадыг өөхөн эслэгийн хамт лимфодиссекцийн аргаар авах нь хагалгааны төгс чанарыг сайжруулж, мэс заслын дараах наслалтыг уртасгах боломж олгодог болохыг олон судлаачид [1. 2. 3. 4. 5. 6. 7] тогтоосон байна.

Манай улсад хоодоодны аль ч хэсэгт байралсан өмөнгийн үед зөвхөн үсэрхийлэлд өртсөн буюу өртсөн байж болох сэжиг бүхий томорсон булчирхайг сонгомол лимфаденоэктомийн аргаар авч байснаас бус томроогүй тунгалгийн булчирхайдыг өргөтгөсөн лимфодиссекцийн аргаар авч түүний үр дүнг судалж байсан мэдээ өнөөг хүртэл үгүй байгаа юм. Тиймээс тунгалгаа үсэрхийлэх илүү хандлагатай байдаг хоодоодны дээд хэсгийн өмөнгийн өвчлөл өндөртэй манай оронд өргөтгөсөн лимфодиссекцийн аргыг мэс заслын практикт нэвтрүүлж түүний үр дүнг уламжлалт аргуудтай харьцуулан дүгнэлт өгөх нь хавдар судлалын өмнө тулгамдсан асуудал болоод байгаа юм.

Судалгааны зорилго. Хоодоодны дээд хэсгийн өмөнгийн үед хийгдэх өргөтгөсөн лимфодиссекцийн аргыг өөрийн орны мэс заслын практикт нэвтрүүлэх боломжийг тодруулах.

Судалгааны зорилт:

1. Өргөтгөсөн лимфодиссекци хийлгэсэн өвчтөнүүдийн янз бүрийн түвшний тунгалгийн зангилаадад илэрсэн үсэрхийллийн хувь хэмжээг салбар бүлэг тус бүрээр тодруулах.
2. Хоодоодны дээд хэсгийн өмөнгийн үед хийгдэх лимфодиссекцийн зохимжтой түвшинг хавдрын тархалтаас хамааруулан тогтоох
3. Өргөтгөсөн лимфодиссекцийн үр дүнг уламжлалт аргаар хийгдсэн бусад хагалгаадтай харьцуулан судлах

Судалгааны материал, арга. Судалгаанд ХСТ-ийн мэс заслын тасарт 1984 оны 7-р сараас 2002 оны 7-р сар хүртэл хугацаанд хоодоодны дээд хэсгийн өмнөн өвчнөөр ходоод тайруулах болон бүтнээр авхуулах хагалгааг ердийн уламжлалт аргаар хийлгэсэн 52, өргөтгөсөн мэс заслаар хийлгэсэн 39, хавсарсан аргаар хийлгэсэн 46, нийт 137 өвчтөний материалыг ашигласан болно.

Өргөтгөсөн лимфодиссекцийг хоодоодны өмнөн судлах Японы Эрдэм Шинжилгээний Нийгэмлэгээс

зөвлөмж болгосон «Мэс засал ба эмгэг судлалд хоодоод өмнөн судлах журам»-ын дагуу Японы мэс засалчдын баримтлаж байгаа хагалгааны арга журмыг баримталсан болно. Харин эмчилгээний алсын үр дүнг тооцоходо хорт хавдар өвчнөөр эмчилгээ хийлгэсэнээс хойш дахилт, үсэрхийлэлгүй 5 түнээс дээш жил амьдарсан өвчтөнөөр тооцдог олонулсын хавдар судаллынжишигийг баримтласан. Манай материалаар хоодоодны дээд хэсгийн өмнөн өвчнөөр ходоод хэсэгчлэн буюу бүтнээр тайруулах хагалгаа хийлгэж эмнэлгээс гарсан 111 өвчтөнөөс 17(15%) нь 5 жил амьдарч чадаагүй бөгөөд 22(20%) өвчтөнд хяналт тавьж чадаагүй болно. Иймд одоо бидний ханлатанд байгаагаас 72(64%) өвчтөний материалд тулгуурлан алсын үр дүнг судалсан болно.

Судалгааны үр дүн. Манай материалаар өргөтгөсөн хагалгаа (лимфодиссекци) хийлгэсэн өвчтөнүүдийн 17.9% (7) нь өвчнийхөө 2-р үед, 51.3%(20) нь 3-р үед, 30.8% (12) нь 4-р үед хагалгаанд орсоноос үзэхэд хагалгаанд орсон нийт өвчтөнүүдийн 82.1% нь өвчнийхөө 3 ба 4-р үед мэс засалд орсон байлаа.

Өргөтгөсөн лимфодиссекциээр авагдсан. Тунгалгийн зангилаадад илэрсэн үсэрхийллийн давтамжийн байдлыг хавдар, улаан хоолой, хоодоодны амсарт нөлөөлсөн эсэх болон лимфодиссекцийн түвшингээр гарган 1-р хүснэгтээр харуулав.

Хүснэгтээс харахад хоодоодны дээд хэсгийн өмөнгийн үед 1 дүгээр түвшингийн булчирхайдаас кардийн баруун тал орчмын ($41.0\pm4.2\%$), бага махиа ($56.4\pm4.2\%$), 2-р түвшингийн булчирхайдаас хоодоодны зүүн артери ($41.0\pm4.2\%$), элэгний артерийн дагуух ($61.5\pm2.8\%$) ба хэйн шим судасны өөрийнх нь эргэн тойрны ($35.0\pm3.9\%$), гол судасны ойрхи ($20.5\pm6.5\%$) салбар бүлгийн тунгалгийн зангилаад үсэрхийлэлд илүү өртсөн байлаа. Энэ нь хоодоодны дээд хэсгийн өмөнтэй өвчтөнүүдэд сонгомол лимфаденоэктомийн хагалгаа хийхээс татгалзаж зөвхөн өргөтгөсөн лимфодиссекци хийж байх нь хагалгааны төгс чанарыг сайжруулах боломжтойг харууллаа.

Нөгөө талаар хоодоодны дээд хэсгийн өмөнтэй өвчтөнүүдийн янз бүрийн түвшингийн салбар бүлгийн зангилаадын үсэрхийлэлд өртөх хувь хавдар улаан хоолой, хоодоодны амсарт тархсан өвчтөнд илэрхий өндөр байгаагаас гадна үсэрхийлэл хоодоодны бага махиа дагуух (1, 2, 3, 7 ба 9 дэх) салбар бүлгийн тунгалгийн зангилаад илүү өртсөн байв.

Гэтэл улаан хоолой ба хоодоодны амсарт хавдар нь тархаагүй хоодоодны дээд хэсгийн өмөнтэй өвчтөнүүдэд нугалуурын дээд (5) ба доод (6) булчирхайд үсэрхийлэлд үндсэндээ

өртөөгүй байгаа нь хавдар улаан хоолойг хамрах ба үсэргийлэл тунгалгаар тархах хоёр хоорондоо харилцан холбоотой байж болохыг харуулж байна.

Мөнхүү хүснэгтээс харахад хавдар улаан хоолойд тархсан түвшинтэй шууд хамааралтайгаар

Хүснэгт I Тунгалгийн зангилаадын үсэргийлэлд өртөх хувь хавдар улаан хоолойд тархсан эсэхээс ба лимфодиссекцийн түвшингөөс хамаарах нь

Лимфодиссекциян түвшин	Салбар бүлгийн тунгалгийн зангилаад	Хавдар улаан хоолой (УХ) хodoодны амсарт нөлөөлсэн эсэх						Бүгд	
		Тархаагүй		УХ (+), х.а (+)		Өрцний хэсэгт нөлөөлсэн		Бодит тоо	Хувь
		Бодит тоо	Хувь	Бодит тоо	Хувь	Бодит тоо	Хувь		
I	1	3	30.0±1.8	7	41.2±4.9	6	50.0±5.0	16	41.0±7.9
	2	2	20.0±2.1	5	24.9±4.5	5	41.7±4.9	12	30.8±7.4
	3	4	40.0±1.5	9	52.9±5.0	9	75.0±4.3	22	56.4±7.9
	4	3	30.0±1.8	4	23.5±4.2	5	41.7±4.9	12	30.8±7.4
	5	0	-	1	5.9±2.3	1	8.3±2.8	2	5.1±3.5
	6	0	-	2	11.8±3.2	1	8.3±2.8	4	7.7±2.7
II	7	1	10.0±2.3	8	47.1±5.0	7	58.3±4.9	16	41.0±4.9
	8	6	60.0±4.9	9	52.9±4.8	9	75.0±4.3	24	61.5±4.9
	9	2	20.0±4.0	5	29.4±4.5	6	50.0±5.0	13	33.3±4.7
	10	3	30.0±4.5	5	29.4±4.5	6	50.0±5.0	14	35.9±4.8
	11	2	20.0±4.0	4	23.5±4.2	4	33.3±4.7	10	75.6±4.4
	110	1	10.0±3.0	2	11.8±3.2	2	16.7±3.7	5	12.8±3.3
	111	1	10.0±3.0	2	11.8±3.2	2	16.7±3.7	5	12.8±3.3
	112	0	-	1	5.9±2.3	1	8.3±2.8	2	5.1±2.2
	12	3	30.0±4.5	4	23.5±4.2	4	33.3±4.7	11	28.2±4.5
III	13	2	20.0±4.0	5	29.4±4.5	5	41.7±4.9	12	30.8±4.6
	14	0	-	1	5.9±2.4	1	8.3±2.8	2	5.1±2.2
	15	0	-	0	-	1	8.3±2.8	1	2.5±1.5
	109	0	-	1	5.9±2.4	1	8.3±2.8	2	5.1±2.2
	16	1	10.0±3.0	4	23.5±4.2	3	25.0±4.3	8	20.5±4.0
IV	17	1	10.0±3.0	2	11.8±3.2	2	16.7±3.7	5	12.8±3.3
	18	0	-	1	5.9±2.4	1	8.3±2.8	2	5.1±2.2
	19	1	10.0±3.0	1	5.9±2.4	0	-	1	2.5±1.5
	20	0	-	2	11.8±3.2	1	8.3±2.8	3	7.7±2.7
	Дүн	10	-	17	-	12	-	39	-

Хүснэгт 2-оос харахад хавдар хodoодны амсар ба улаан хоолойд тархаагүй үед тунгалгийн авагдсан зангилаадад илрэх үсэргийлэл 40% байсан бол энэ үзүүлэлт хавдрын тархалт хodoодны амсар болон улаан хоолойн хэвлийн хэсэгт нөлөөлсэн үед 70.6% харин улаан хоолойн өрцний хэсэг ба цээжний хэсгийн доод 3/1-д тархсан үед 75% хүртэл өссэн байна. Мэс заслаар хodoодыг бүтнээр авсан тайрсан аль ч үед хавдар улаан хоолойд тархсан түвшин ахих тусам үсэргийллийн хувь адил өсөж байсан боловч хodoодны дээд ихэнхийг тайрах мэс заслын дараа энэ үзүүлэлт бүр ч илүү нэмэгдсэн байна.

Ийнхүү хodoодны дээд хэсгийн өмөнгийн мэс засал эмчилгээний үеийн өргөтгөсөн

тунгалгийн зангилаадад илрэх үсэргийллийн давтамж нэмэгдсэн байлаа.

Тунгалгийн зангилаадад илэрсэн үсэргийллийн давтамж хodoод тайрсан хэмжээ ба улаан хоолойд нөлөөлсэн хавдрын түвшингөөс хамааралтай байсныг 2-р хүснэгтээр харуулав.

лимфодиссекцияэр авагдсан тунгалгийн зангилаадад илрэх үсэргийллийн давтамж өндөр байгаа нь өвчний тархалт үе шатыг бодитой нарийн тогтооход түүнийг цаашид ч өргөн хэрэглэх шаардлагатай болохыг давхар нотлож байна.

Нөгөө талаар үсэргийлэлд өртсэн тунгалгийн зангилаадыг аль болох бүрэн авах нь мэс засал эмчилгээний алсын үр дүнг сайжруулах боломж олгож байна.

Бид өргөтгөсөн (лимфодиссекци) хагалгааны шууд үр дүнг хавсарсан болон ердийн уламжлалт аргаар хийгдсэн хагалгааны шууд үр дүнгтэй харьцуулан З дугаар хүснэгтээр харуулав.

Хүснэгт 2. Орчны тунгалгийн зангилаадад илрэх үсэрхийллийн давтамж ходоод тайрсан хэмжээ ба улаан хоолойд тархсан хавдрын дээд түвшингөөс хамаарах нь

Хавдар ходоодны амсар ба улаан хоолойд тархсан байдал	Ходоод бүтэн авхуулсан		Ходоодны дээд ихэнхийг тайруулсан		Бүгд	
	Бодит тоо	Илэрсэн үсэрхийлэл	Бодит тоо	Илэрсэн үсэрхийлэл	Бодит тоо	Илэрсэн үсэрхийлэл
Улаан хоолой ходоодны амсарт нелөөлөөгүй	6	50.0% (3)	4	25.0% (1)	10	40.0% (4)
Ходоодны амсарт (+) улаан хоолойн хэвлүүн хэсэг (+)	9	77.8% (7)	8	62.5% (5)	17	70.6% (12)
Өрцний ба цээжний хэсгийн доод 1/3-ийн тунгалгийн зангилаад (+)	7	57.1% (4)	5	100.0% (5)	12	75% (9)
Дүн	22	63.6% (14)	17	64.7% (11)	39	64.1% (25)

Хүснэгт 3. Өргөтгөсөн хавсарсан ба уламжлалт хагалгааны шууд үр дүн ходоод тайрсан хэмжээнээс хамаарах

	Өргөтгөсөн хагалгаа		Хавсарсан хагалгаа		Уламжлалт хагалгаа		Бүгд	
	Нийт өвчтөн	Нас барсан	Нийт өвчтөн	Нас барсан	Нийт өвчтөн	Нас барсан	Нийт өвчтөн	Нас барсан
Ходоодны дээд хэсгийг тайрсан	17	3 (17.6%)	21	5 (23.8%)	22	6 (27.3%)	60	14(23.3)
Ходоод авсан	22	2 (9.1%)	25	5 (20.0%)	30	5 (16.7%)	77	12(15.6)
Дүн	39	5(12.8 %)	46	10(21.7)	52	11(21.2)	137	26(19.0%)

Хүснэгтээс харахад ходоодыг бүтнээр авах хагалгаатай (9.1%, 20%, 16.7% ба 15.6%) харьцуулахад ходоодны дээд ихэнхийг тайрах хагалгааны дараах үхэл (17.6%, 23.8%, 27.3% ба 23.3%) хийгдсэн хагалгааны хэмжээнээс үл хамааран өндөр байлаа.

Харин хийгдсэн хагалгаадын дараах нас баралтыг хооронд нь харьцуулахад өргөтгөсөн хагалагааны дараах үхэл 12.8% байхад хавсарсан ба ердийн уламжлалт хагалгааны дараах үхэл 21.7% ба 21.2% байна. Өөрөөр хэлбэл өргөтгөсөн хагалгааны шууд үр дүн 87.2% хавсарсан

хагалгааных 78.3%, ердийн хагалгааных 78.8% байна гэсэн үг юм.

Ийнхүү өргөтгөсөн хагалгааны шууд үр дүн өндөр байгаа нь энэ арга бидний үйл ажиллагаанд сүүлийн жилүүдэд нэвтэрсэнтэй холбоотой бөгөөд цаашид өргөн хэрэглүүштэй арга болохыг давхар баталлаа.

Өргөтгөсөн хавсарсан ба ердийн уламжлалт хагалгааны дараах 5 жил амьдрах чадамжийг 4-р хүснэгтээр харууллаа.

Хүснэгт 4. Өргөтгөсөн хавсарсан ба уламжлалт хагалгааны дараах 5 жилийн наслалтыг ходоод тайрсан хэмжээнээс хамаарах нь

	Өргөтгөсөн хагалгаа		Хавсарсан хагалгаа		Уламжлалт хагалгаа		Бүгд	
	Бодит тоо	5 түүнээс дээш жил амьдарсан	Бодит тоо	5 түүнээс дээш жил амьдарсан	Бодит тоо	5 түүнээс дээш жил амьдарсан	Бодит тоо	5 түүнээс дээш жил амьдарсан
Хоодооны дээд хэсгийг тайрсан	8	4 (50%)	6	2 (33.3%)	13	4 (30.8%)	27	10(37%)
Хоодоод авсан	10	4 (40%)	25	3 (27.2%)	24	4 (16.7%)	45	11(24.4%)
Дүн	18	8(44.4%)	46	5 (29.4%)	37	8 (21.6%)	72	21(29.2%)

Ийнхүү манай материалаар ходоодны дээд хэсгийн өмөнгийн төгс хагалгааны дараах 5 жил амьдрах чадамж 29.2% үүнээс ходоодны дээд ихэнхийг тайрсны дараа 37%, бүтнээр авсны дараа 24.4% байлаа. Харин хавсарсан ба ердийн хагалгаатай харьцуулахад өргөтгөсөн хагалгааны дараах 5 жилийн наслалд ходоод тайрсан хэмжээнээс үл хамааран өндөр байлаа.

Дүгнэлт

- Ходоодны дээд хэсгийн өмөнгийн үед 1-р түвшингийн булчирхайдаас кардийн баруун тал орчмын ($41.0\pm4.2\%$), бага махиа ($56.4\pm4.2\%$), 2 дугаар түвшингийн булчирхайдаас ходоодны зүүн arteri ($41.0\pm4.2\%$), элэгний arteriйн дагуух ($61.5\pm2.8\%$), ба хэвллийн шим судасны өөрийнх нь эргэн тойрны ($35.0\pm4.1\%$) болон дэлүүний үүд ($36.0\pm4.1\%$), 3 ба 4-р түвшингийн булчирхайдаас чацархайн дээд arteri вен орчмын ($28.8\pm3.8\%$) ба бүдүүн гэдэсний дунд arteri ($30.8\pm3.9\%$), гол судасны oйрхи ($20.5\pm6.5\%$) салбар бүлгийн тунгалгийн зангилаад үсэрхийлэлд илүү өртөж байна.
- Ходоодны дээд хэсгийн өмөн улаан хоолой ба ходоодны амсарт нөлөөлөөгүй үед нугалуурын дээд (5) ба доод (6) булчирхайд үсэрхийлэл үндсэндээ өртөхгүй байгаа нь хавдар улаан хоолойд тархах ба үсэрхийлэл тунгалгаар тархах хоёр хоорондоо харилцан холбоотой байж болохыг харууллаа.
- Хавдар ходоодны амсар ба улаан хоолойд тархаагүй үед тунгалгийн авагдсан булчирхайдад илрэх үсэрхийлэл 40% байсан бол хавдрын тархалт ходоодны амсар, улаан хоолой хэвллийн хэсэгт нөлөөлсөн үед 70% харин улаан хоолойн өрцний хэсэг ба цээжний хэсгийн доод 1/3-д нөлөөлсөн үед 75% болтол өсдөг байна.
- Хагалгааны дараах шууд үр дүн өргөтгөсөн хагалгааны үед 87.2%, хавсарсан хагалгааны үед 78.3%, ердийн хагалгааны үед 78.8% харин 5 жилийн наслалт ходоод тайрсан хэмжээнээс үл хамааран өргөтгөсөн хагалгааны дараа хамгийн өндөр (44.4%) байна.

- Хавдар улаан хоолойд тархсан үеийн лимфодиссекцийн зохимжтой түвшин Д-2 бөгөөд түүнээс цааш түвшинд зөвхөн томорсон булчирхайг сонгомол лимфаденоэктомын аргаар авч байх нь зүйтэй юм.
- Өргөтгөсөн лимфодиссекцийг өөрийн орны мэс заслын үйл ажиллагаанд өргөн нэвтрүүлбэл зохих, үр дүнтэй арга болох нь тогтоогдлоо.

Ашигласан хэвлэл

- Белоус Т.А. ба бусад «Распространенный рак желудка с вовлечением соседних органов» Актуальные вопросы онкологии (тез. Докладов, 1997 г. камерова) с.34-35
- Бутенко А.В. ба бусад «Непосредственные рекульпраты комбинированных операции при раке желудка» хирургии 1997 °6 с.45-48
- Бутенко А.В. ба бусад «Расширенные лимфаденоэктомии при раке желудка» Российский онкологический журнал 1999 °1. с.4-6.
- Бутенко А.В. ба бусад «Отдаленные результаты лечения больных раком желудка после выполнения комбинированных и расширенных операций» Российский онкологический журнал 1998 °5. с.13-18.
- Вашкнадзе Л.А ба бусад «Расширенные и комбинированные операции при раке желудка» тед. Докладов I съезда ассоциации хирургов им Н.И.Пирагова (г.Ташкент 1996) с.205-206.
- Чиссов В.Ив ба бусад «Непосредственные результаты комбинированных и расширенных резекций желудка прираке» тез. Докладов любилейной конференций. Г.Челябинск 1998. с. 227-229
- Чиссов В.И. ба бусад «Результаты комбинированных и расширенных операций при раке желудка» тез. Докладов межрегиональный конференции «Актуальные вопросы онкологии» г. Иркутск. 1999

*Танилцааж, нийтлэх санал өгсөн:
Анагаах ухааны доктор, профессор
Н.Даваацэрэн*

ХӨХНИЙ ӨМӨНГИЙН ОНОШ ХОЖИМДЛЫН ШАЛТГААНЫГ СУДАЛСАН ДҮН

Н.Нямдаваа¹, Д.Ягаан², Р.Асай²

¹Анагаах ухааны хүрээлэн,

²Хавдар судлалын төв

Хорт хавдрын нийт өвчлөлийн бүтцэд хөхний өмөн баруун Европ, АНУ, Австрали зэрэг хөгжингүй орнуудын эмэгтэйчүүдийн дунд тэргүүн байр эзэлж байгаагийн зэрэгцээ түүний өвчлөл сүүлийн 10 жилд эрс нэмэгдэж одоо 9 эмэгтэй тутмын нэг нь хөхний өмөнгөөр өвчлөх болов [Аллен Р., Майре., 1997, Брюс Джерел, Энтони Карабази, 1997].

Гэтэл М.С.Кузденбаев (1992) нарын мэдээгээр хөхний өмөнтэй эмэгтэйчүүдийн 70% нь өвчнийхөө III ба IV үед эмнэлгийн байгууллага, эмч нарт үзүүлэхээр анх хандаж, нарийвчилсан шинжилгээгээр тэдний 85%-д ясанд үсэрхийлэл илэрч байсан байна. ОХУ-ын Камерова мужийн хавдар судлалын диспансерт хөхний өмөнгөөр эмчлүүлсэн 384 өвчтөний дөнгөж 7.6% (29)-нь өвчнийхөө I үед, 40.6 % (156) –нь III ү шатандаа оношлогдсон талаар Б.М.Клячкин, В.А.Мандзилевский (1990) нар мэдээлсэн байна.

П.С.Герасимов (1990) нарын мэдээгээр 1987-1989 онуудад Якутын хавдар судлалын диспансерийн мэс заслын тасагт хөхний өмөнгөөр хагалгаа хийлгэсэн 142 өвчтөний 98.6% (140)-д хөх авах хагалгаа хийлгэсэн байхад хөхийг тайрах (тилэктомия) хагалгаа дөнгөж 2 хүнд хийгдсэн нь 1.4% болж байжээ. Энэ бүгдээс үзэхэд хэдийгээр хүн амын боловсрол дээшилсэн, нөгөө талаар хөх өөрөө ил гадна эрхтэн хэдий ч түүний өмөнтөх өвчлөлийн үе дэх хожуу оношлогооны хувь буурахгүй байгаа юм. Судлаачдын үзэж байгаагаар үүний шалтгаан нь өвчтөн өөрөө эмчид хэтэрхий оройтож үзүүлж байгаа, хавдар анх үүсэж гарсан хөхөн дэх өд ба түүний эмгэг бүтцийн онцлогтой холбоотойгоор өвчтөний эмнэлзүй далд, шинж тэмдэг багатай хурдан явагддаг болон өвчтөнийг үзэж шинжлэхдээ хавдарт сэрэмжтэй байх зарчмыг эмч нар хангалтгүй хэрэгжүүлж байгаатай холбоотой ажээ.

Хөхний өмөнгийн талаар хийгдсэн судалгааны асар олон ажил байдаг боловч түүний онош ужаасан шалтгааныг тогтоож, бууруулах талаар судалсан нь гадаадын орнуудад тун цөөн, манай оронд огт үгүй байгаа юм.

Тиймээс манай эмэгтэйчүүдийн дунд сүүлийн жилүүдэдөсөххандлагатай байгаа хөхний өмөнгийн онош хожуу тавигдаж байгаагийн шалтгааныг судлах нь тулгамдсан асуудал болоод байгаа юм.

Судалгааны зорилго: Хөхний өмөн өвчний эрт илрүүлэн оношлох ажлыг зохион байгуулахад ашиглах зарим суурь үзүүлэлтүүдийг тодруулахад судалгааны зорилго оршино.

Судалгааны зорилтууд: 1. Өвчин эхэлснээс хойш эмчид анх үзүүлсэн болон тусгай эмчилгээ хийлгэх хүртэлх хугацааг тодруулах.

2. Эмчид анх үзүүлснээс хойш онош батлагдсан ба эмнэлэгт хэвтэх хүртэлх хугацааг судлах. 3. Хөхний оношлогооны үед өвчтөнд анх мэдрэгдэж эмчид очиход хүргэсэн шинж тэмдгийг тодруулах. 4. Онош хожимдоход хүргэсэн шалтгаан түүнд нөлөөлөх хүчин зүйлсийг судлах.

Судалгааны хэрэглэгдэхүүн, аргачлал: Судалгаанд ХСТ-ийн клиникин эмнэлэгт 2004 оны 6 дугаар сараас 2005 оны 12 дугаар сар хүртэл хугацаанд хөхний 3 ба 4 дүгээр үеийн өмөн оношоор мэс засал ба химиин эмчилгээ хийлгэсэн 21-78 насны нийт 91 өвчтөний материалыг ашигласан болно.

Өвчин хүндэрсэн шалтгааныг тодруулахын тулд судалгаанд хамрагдсан нийт өвчтөнүүдэд зориуд боловсруулан батлуулсан онош хожимдлын шалтгаан судлах карт хөтлөн өвчин эхэлснээс (өвчтөнд мэдрэгдсэн өвчний анхны шинж) эмнэлэгт хэвтэх хүртэлх хугацааг дараах 7 үе болгон хуваасан. Үүнд:

1. Өвчний анхны шинж илэрснээс хойш эмчид анх үзүүлэх хүртэлх хугацаа
2. Эмчид анх үзүүлснээс хойш эсийн шинжилгээ хийлгэх хүртэлх хугацаа
3. Эмчид анх үзүүлснээс онош тогтоогдох хүртэлх хугацаа
4. Өвчин эхэлснээс онош тогтоогдох хүртэлх хугацаа
5. Өвчин эхэлснээс эмнэлэгт хэвтэх хүртэлх хугацаа
6. Эмчид анх үзүүлснээс эмнэлэгт хэвтэх хүртэлх хугацаа
7. Онош тогтоогдоноос эмнэлэгт хэвтэх хүртэлх хугацаа зэрэг болно.

Судалгааны үр дүн. Хөхний өмөнгийн үед илрэх хамгийн гол шинж нь аль нэг талын хөхний, хaa нэгэн хэсэгт үүсвэр буюу бэрсүү (хядга) шинээр буй болон тэмтрэгдэх шинж бөгөөд энэ шинж манай өвчтөнүүдэд 100% илэрсэн болно. Харин шинээр үүссэн энэ хядга (бэрсүү) өвчтөнийг эмчид анх очиход хүргэсэн шууд шалтгаан болсон нь 78 (85.7%) байсан юм. Өвчтөнийг эмчид үзүүлэх анхны шалтгаан болж байгаа үлдсэн шинжүүдийн 4.4% буюу 4 өвчтөнд суганы булчирхай томрох, 3.3% (3)-д хөхний товч татагдах шинжүүд байсан бөгөөд бусад нь бэрсүүг юманд нидрүүлсэн (цохиулсан)-ээс өвчин орж хөндүүрлэх, хэмжээ нь томрох шинжүүд байсан юм.

Судалгааны картанд боловсруулалт хийхэд хөхний өмөнгийн оношийг ужаахад хүргэсэн үндсэн 3 шалтгаан илэрсэн юм. Энэ нь

1. Өвчин хэвийн бус явцтай байсан
2. Өвчтөн дэндүү хожуу эмнэлэгт хандсан
3. Оношийн алдаа зэрэг болно. Өвчин ужаасан энэхүү шалтгаануудыг илүү тодруулан 1 дүгээр хүснэгтээр харуулав.

Хүснэгт 1. Хөхний өмөнгийн оноши хожимдүүлсан шалтгаан

Өвчин хүндэрсэн шалтгаан	Тохиолдлын тоо	
	Бодит тоо	%%
<u>Өвчний явцын онцлог</u>		
-Хэвийн бус явцтай	1	1.1%
Бүгд	1	1.1%
<u>Өөрөөс нь шалтгаалсан</u>		
-Эрүүл мэнддээ хайхрамжгүй хандсан	4	4.4%
-Эрүүл мэнддээ анхааралгүй хандсан	21	23.1%
-Өөрийн өвчнийг аюулгүй гэж бодсоноос		
-Хавдар гэж оношлогдохоос айснаас	33	36.2%
Бүгд	3	3.3%
<u>Эмчийн хавдрын талаархи мэдлэг хангалтгүйгээс</u>	61	67.0%
-Асуумжийн ач холбогдолыг дутуу үнэлсэн	9	9.9%
-Эмнэлзүйн байдлыг буруу үнэлсэн	7	7.7%
-Шинжилгээг дутуу хийсэн	7	7.7%
-Шинжилгээг сунжруу удаан хийсэн	2	2.2%
-Буруу оношлосон	4	4.4%
Бүгд	29	31.9%
Дүн	91	100%

Хүснэгт 2. Эмчид анх үзүүлсэн хугацааг хот, хөдөөгөөр ялгасан нь

	Хот	Хөдөө	Бүгд
Өвчнөө мэдээд 3 сарын дотор эмчид үзүүлсэн	31 64.6%	20 46.5%	51 56%
4-6 сарын дотор үзүүлсэн	3 6.2%	10 23.3%	13 14.3%
7-12 сарын дотор үзүүлсэн	6 12.5%	5 11.6%	11 12.1%
13 ба түүнээс дээш сарын дараа үзүүлсэн	8 16.7%	8 18.6%	16 17.6%
Бүгд	48 100%	43 100%	91 100%

Хүснэгт 2-с харахад хотын оршин суугчдын 64.6%, хөдөө орон нутагт оршин суугчдын 46.5% нь 3 сарын дотор эмчид хандсан байна.

Мөн 4-6 дугаар сарын дотор эмчид анх үзүүлсэн өвчтөний хувь хөдөөний оршин суугчид хотын оршин суугчдаас бараг 4 дахин, 13 сараас дээш хугацаанд үзүүлсэн хүний тоо 2% тус тус илүү

байгаа нь хөдөө оршин суугчдын эмнэлэгт үзүүлэх хугацаа хотын оршин суугчдаас хожуу байгаа нь ажиглагдаж байна.

Өвчнөө мэдэрснээс хойш эмчид анх үзүүлсэн хугацааг боловсролын байдалтай харьцуулсан судалгааг 3 дугаар хүснэгтээр харуулав.

Хүснэгт 3. Эмчид үзүүлсэн хугацааг боловсролын байдалтай харьцуулсан нь

	Өвчнөө мэдсэнээс хойш эмчид анх үзүүлсэн хугацаа (сараар)				Бүгд
	Эхний 3 сард	4-6 сарын дотор	7-12 сарын дотор	13 ба түүнээс дээш	
Дээд мэргэжилтэй	24 61.5%	4 10.3%	7 17.9%	4 10.3%	39 100%
Дунд, тусгай дунд боловсролтой	18 54.6%	5 15.2%	2 6.1%	8 24.2%	33 100%
Бага боловсролтой	5 38.5%	3 23.1%	1 7.7%	4 30.8%	13 100%
Боловсролгүй	4 66.7%	1 16.7%	1 16.7%	-	6 100%
Дүн	51 56.0%	13 14.3%	11 12.1%	16 17.6%	91 100%

Хүснэгтээс харахад нийт өвчтөнүүдийн дийлэнх буюу 56% нь өвчнийхөө эхний 3 сарын дотор эмчид үзүүлэхээр очсон байна. Онош ужааход өвчтөний боловсролын байдал үндсэндээ нөлөөгүй байгаа нь хүн амын дунд зохиох хавдартай

тэмцэх суртал ухуулга хангалтгүй байгааг харуулж байна.

Өвчтөнүүдэд хийгдсэн оношлогоо шинжилгээний хугацааг хот хөдөөгөөр ялан 4 дүгээр хүснэгтээр харуулав

Хүснэгт 4. Өвчтөнүүдийн оношлогоо, шинжилгээнд орсон хугацааг тодруулан хот, хөдөөгөөр яласан нь (сараар)

№		Бүгд	Хот	Хөдөө
1.	Өвчин эхэлснээс хойш эмчид үзүүлэх хүртэлх хугацаа	7.0	6.2	7.9
2.	Эмчид анх үзүүлснээс эсийн шинжилгээ хийлгэсэн хугацаа	1.8	2.4	1.2
3.	Эмчид анх үзүүлснээс онош батлагдах хүртэлх хугацаа	4.7	4.4	5.1
4.	Өвчин эхэлснээс онош батлагдах хүртэлх хугацаа	8.8	8.7	8.9
5.	Өвчин эхэлснээс эмнэлэгт хэвтэх хүртэлх хугацаа	9.1	9.6	8.6
6.	Эмчид үзүүлснээс эмнэлэгт хэвтэх хүртэлх хугацаа	3.5	3.4	3.7
7.	Онош тогтоогдоноос эмнэлэгт хэвтэх хүртэлх хугацаа	0.8	1.0	0.7

Хүснэгтээс харахад эмчид үзүүлснээс хойш эсийн шинжилгээ хийлгэх болон онош тогтоогдох хүртэлх хугацаа ба эмчид үзүүлснээс эмнэлэгт хэвтэх хүртэлх хугацааны хувьд хот хөдөөгийн хооронд онцын ялгаа илрээгүй. Манай материалаар хөхний өмөнтэй өвчтөнүүд өвчинеэ анх мэдэрснээс хойш 7 сарын дараа эмчид үзүүлж, эмчид үзүүлснээс 1.8 сарын дараа эсийн шинжилгээ хийлгэж байгаа бөгөөд өвчин эхэлснээс хойш онош тогтоогдох хүртэлх хугацаа 8.8 сар эмчид үзүүлснээс хойш энэ хугацаа 4.7 сар байна.

Хэлцэмж: Судалгааны дүнгээр өвчин хүндэрсэн шалтгааны дийлэнх хувийг (67.0%) өвчтөн өөрөө эмчид үзүүлэхээр дэндүү хожуу хандаж байгаатай холбоотой байна. Тиймээс Хавдар судлалын төв, түүний орон нутаг дахь салбаруудаас эмэгтэйчүүдийн дунд хөхөө өөрөө шинжлэх аргыг эзэмшигүүлэх ажлыг тусгай программаар зохион байгуулж байхаас гадна хүн амын дунд хавдар өвчний талаар зохион байгуулах сурталчилгааг улам бүр сайжруулан оновчжуулах шаардлагатай байна.

Өвчин ужаасан шалтгааны 31.9%-ийг оношийн алдаа эзэлж байгаа нь хөхний өмөнгийн талаархи эмчийн мэдлэгийн түвшин хангалтгүй байгааг давхар баталж байна. Тиймээс анагаах ухааны их дээд сургууль, коллежуудад заагдах хавдар судлалын хичээлийн цагийг нэмэгдүүлж оюутнууд болон нийт эмч нарын хавдрын мэдлэгийг байнга системтэй дээшлүүлж, хүн амын дунд хавдар өвчний талаар сурталчилгаа, сургалт тогтмол зохион байгуулж, аймаг дүүргийн нэгдсэн эмнэлэгт эс судлалын лабораторийг байгуулах нь хөхний өмөн хүндрэхээс сэргийлэх бодит үндэслэл болох юм.

шатлалын эмнэлгүүдэд эс судлалын лаборатори үгүйтэй холбоотой юм. Тиймээс нийт аймаг, дүүргийн нэгдсэн эмнэлэгт эмнэлзүйн эс судлалын лаборатори байгуулах нь зүйтэй байна.

Дүгнэлт

- Хөхний өмөнтэй өвчтөнүүдийн онош хожимдлын шалтгааны 67% нь өвчтөн өөрийнхөө эрүүл мэндэд анхаарал болгоомжгүй хандаж байгаатай, 37.9% нь энэ өвчний талаархи эмч нарын мэдлэг хангалтгүй байгаатай, 1.1% нь өвчин ерийн бус шинж тэмдэгтэй явагдаж байгаатай холбоотой байна.
- Ужаасан өвчинтэй өвчтөнүүд өвчинеэ эхэлснээс хойш 7 сарын дараа эмчид үзүүлж, 9.1 сарын дараа эмнэлэгт хэвтдэг байана.
- Хөхний өмөнтэй өвчтөнүүд эмчид анх үзүүлснээс хойш 1.8 сарын дараа эсийн шинжилгээ хийлгэж, 4.7 сарын дараа онош нь тогтоогдож, 3.5 сарын дараа эмнэлэгт хэвтдэг байна.
- Өвчтөний эмчид үзүүлэх болсон шалтгааны 85.7%-г хөхөнд үссэн бэрсүү эзэлж байна.
- Анагаах ухааны их, дээд сургууль, коллежуудад заагдах онкологийн хичээлийн цагийг нэмэгдүүлж оюутнууд болон нийт эмч нарын хавдрын мэдлэгийг байнга системтэй дээшлүүлж, хүн амын дунд хавдар өвчний талаар сурталчилгаа, сургалт тогтмол зохион байгуулж, аймаг дүүргийн нэгдсэн эмнэлэгт эс судлалын лабораторийг байгуулах нь хөхний өмөн хүндрэхээс сэргийлэх бодит үндэслэл болох юм.

Ном зүй

- Брюс Джерел, Энтони Карабази. «Ракмолочной железы». Хирургия, Москва, 1997, с.679-690.
- Аллен Р.Майерс Руководство для врачей студентов. «Рак молочной железы». В кн; Терапия. Москва, 1997. с.198-204.
- Герасимов П.С., Захарова Л.Л., Упхолов

- Г.П., Семенов Н.М. К вопросу о клинико-морфологических критериях диагностики рака молочной железы. В тезисе докладов «Актуальные вопросы клинической онкологии и преканцерогенезе» Якутск, 1990, с.142-143.
4. Клячкин Б.М., Мандзилевский В.А. «Рак молочных желез, распространность и методы лечения». В кн; «Актуальные вопросы клинической онкологии и преканцерогенезе» Якутск, 1990, с.143-145.
 5. Куздентаев М.С., Дженалаева Т.Р., Бrimбетова Ш.М., Баспаева М.Б., Иванов А.А., Дюсембеков С.Т. «Радионуклидная диагностика метастазов

рака молочной железы в кости скелета. В кн; Экологические проблемы злокачественных новообразований (диагностика, лечение). Алма-Ата-Актюбинск-1992, с.148-149.

6. В.Н.Демин. Тактические ошибки при первичных обращениях онкологических больных. В кн; Ошибки и опасности в онкологических практике. Ташкент. 1985, с. 9-19.
7. М.К.Кайракбаев. Организация противораковой борьбы. 1987, Алма-Ата.

*Танилцајс, нийтлэх санал өгсөн:
Академич Н.Баасанжав*

НОЙР БУЛЧИРХАЙН ҮРЭВСЭЛ БА ХОРТ ХАВДРЫГ КОМПЬЮТЕРТ ТОМОГРАФИЙН АРГААР ОНОШЛОХ НЬ

Ц.Бадамсэд¹, Т.Нарантуяа²,

А.Сайнжаргал³, Т.Дуламсүрэн⁴

'Академич Т.Шагдарсүрэнгийн нэрэмжист

Анаа Ухааны Хүрээлэн

²Төрийн Тусгай Албан

Хаагчдын Нэгдсэн Эмнэлэг

1.3.4 "Ачтан-Элит" Клиникийн эмнэлэг

Нойр булчирхайг зэргэлдээх ходоод ба гэдэсний хиллэлтээс тод яланг илрүүлэхийн тулд 200мл усанд 76 хувийн 10мл Верографины уусмалыг хольж хутгаад шинжилгээ эхлэхээс 10–15 минутын өмнө уулгаж шинжилнэ [1,17]. Верографины 76 хувийн уусмалыг 1 кг жинд 1 мл оногдохоор судсандаа тарьж, компьютерт томографи шинжилгээг дахин хийж нойр булчирхайн цуллаг, голомтотөөрчлөлтийн нягтралын ихсэлт, бууралтыг тогтоож, нойр булчирхайн эмгэгүүдийг өөр хооронд нь яланг оношлоно [7,12,13,14,17, 23, 27].

Нойр булчирхайн компьютерт томографийн хэвийн нягтрал нь +30КА -+40КА, тодосгогч бодис судсандаа тарьсны дараа +60КА - +85КА хүртэл ихэсдэг [5, 7, 19, 23].

Нойр булчирхайн цочмог үрэвслийн хавагналт хэлбэрийн үед компьютерт томографиар нойр булчирхай нэлэнхүйдээ эсвэл хязгаарлагдмал томорсон [10,16,19], нягтрал буурсан, хил хязгаар жигд, тод бус байдаг [18].

Нойр булчирхайн архаг үрэвслийн үед компьютерт томографиар нойр булчирхайн хэлбэр, нягтралын өөрчлөлт [10, 19], шохойжилт, уйланхай буйг тодорхойлно [19, 22].

Нойр булчирхайн цочмог үрэвслийн оношийг клиник шинж тэмдгээр тавьж болох боловч ямарваа нэг хүнд өвчний болон гэмтлийн фон дээр нойр булчирхайн цочмог үрэвсэл явагдаж байвал оношлоход бэрхшээлтэй байдаг. Ийм тохиолдолд судлаачдын [19, 21, 24, 28] дүгнэлтээр компьютерт томографиар оношлох нь зүйтэй юм.

Нойр булчирхайн хорт хавдрыг тодорхойлох компьютерт томографийн оношлогоо магад үнэн 86 - 87% [5,25], 88.5 - 90% [9] байна.

Нойр булчирхайн хорт хавдар ихэнхидээ толгойд, дараа нь их бие ба сүүлд тохиолддог. Н.Н.Блохины (1982) судалгаагаар нойр булчирхайн толгойн хавдар 73,4%, их биеийнх 14,1%, сүүлийнх 6,6%, нойр булчирхайг нэлэнхүйд нь хамарсан 5,9% тус тус тохиолдож байгааг тодорхойлжээ.

Нойр булчирхайн хорт хавдрын хэмжээ 2 см хүртэл [5, 6], хорт хавдрын нягтрал нь хэвийн нойр булчирхайн нягтралтай ижил [27] байвал компьютерт томографиар оношлох боломжгүй байдаг.

Тодосгогч бодис тарьсны дараа дахин компьютерт томографийн шинжилгээ хийхэд нойр булчирхайн хорт хавдрын нягтрал ихсэнэ. [3, 11, 19, 26].

Нойр булчирхайн хорт хавдрын эргэн тойрны өөхлөг эд ялгаран харагддаггүй [11, 19, 25].

Механик шарлалтыг оношлоход компьютерт томографи шинжилгээг хийх шаардлагатай [3, 20].

Нойр булчирхайн хорт хавдрын компьютерт томографийн үндсэн шинжүүд нь нойр булчирхайн хэмжээ хэсэгчлэн томрох, нойр булчирхайн эргэн тойрны өөхлөг давхарга алдагдах зэрэг болно [2-4, 8, 25].

Нойр булчирхайн голомтот өөрчлөлтийн нягтрал ба хүрээлэн буй нойр булчирхайн нягтралын ялгаа +10КА-аас их байвал хорт хавдар гэж сэжиглэж болно [5].

Судалгааны ажлын зорилго. Нойр булчирхайн цочмог ба архаг үрэвсэл, хорт хавдрын компьютерт томографийн шинж тэмдгүүдийг тогтооход судалгааны ажлын зорилго оршино.

Зорилгоо хэрэгжүүлэхийн тулд дараах зорилтуудыг шийдвэрлэнэ. Үүнд:

1. Нойр булчирхайн цочмог ба архаг үрэвсэл, хорт хавдрын компьютерт томографийн шинж тэмдгүүдийг оношлогооны ач холбогдлыг

нь харгалзан үндсэн ба туслах шинжүүдийг тогтоох.

2. Нойр булчирхайн цочмог ба архаг үрэвсэл, хорт хавдрын компьютерт томографи оношлогооны шалгуурыг боловсруулах.

Судалгааны ажлын аргачлал, материал. Бид 2001-2006 онуудад «Ачтан-Элит» Клиникийн эмнэлгийн Дүрс оношлогооны тасгийн компьютерт томографи кабинетад нойр булчирхайн цочмог үрэвсэлтэй-59, нойр булчирхайн архаг үрэвсэлтэй-46, нойр булчирхайн хорт хавдар гэж оношлогдсон 32 өвчтөнүүдэд компьютерт томографийн шинж тэмдгүүдэд судалгааны карт боловсруулж, түүнд дүгнэлт хийсэн.

Эдгээр шинжилүүлэгчдэд оношийг клиник, лаборатори, хэвлэлийн тойм рентген харалт, ходоод дээд гэдэсний тодосгогч бодистой рентген шинжилгээ, целиакографи, цитолог ба биопсий шинжилгээнүүд, мэс ажилбар зэргээр оношийг баталсан.

Компьютерт томографи аппаратаар (Япон улсад үйлдвэрлэсэн Тошиба пүссийн СТ-W-4 төхөөрөмж) нойр булчирхайн цочмог ба архаг үрэвсэл, хорт хавдрын тархалт, байрлал, хэлбэр, хэмжээ, тоо, бүрхүүл, хилхязгаар, бүтэц, шохойжилт, хэвлэлийд шингэн ба бусад нэмэлт өөрчлөлт буйг тодорхойлж, шаардлагатай үед тодосгогч бодис Верографин 76%-ийн уусмалыг 1кг жинд 1мл оногдоо судсанд тарих буюу 200 мл усанд Верографин 76%-ийн 10 мл уусмалыг хольж хутган шинжилгээ хийхээс 10– 15 минутын өмнө уулгаж компьютерт томографи шинжилгээг дахин хийж, нойр булчирхайн цуллаг, голомтот өөрчлөлтийн нягтралын ихсэлт, бууралт, хил хязгаарыг тогтоож нойр булчирхайн цочмог ба архаг үрэвсэл, хорт хавдрын компьютерт томографи шинж тэмдгүүдийг тогтоосон.

Судалгааны үр дүнг статистикийн түгээмэл хэрэглэгдэх дундаж үзүүлэлт, үзүүлэлтийн алдаа зэргийг тодорхойлж, Стъюентийн шалгуураар үзүүлэлтийн магадлалыг шалгаж, компьютерийн Windows-Excel программыг ашиглан боловсруулалт хийсэн.

Судалгааны ажлын үр дүн. Бид нойр булчирхайн цочмог – 59 (хавагналт хэлбэр-26, цус шүүрэлт хэлбэр-18, үхжил хэлбэр-15), архаг үрэвсэлтэй-45 өвчтөний компьютерт томографийн шинж тэмдгүүдэд дүгнэлт хийв (Хүснэгт 1).

Хүснэгт 1-ээс үзэхэд нойр булчирхайн цочмог үрэвслийн хавагналт хэлбэрийн үед $73.1\% \pm 8.9$ -д нойр булчирхай нэлэнхүйдээ томрох ($P < 0.001$), $69.2\% \pm 9.2$ -д нойр булчирхай зэргэлдээх эрхтэнээс тод ялгаран харагдах ($P < 0.01$), $84.6\% \pm 7.2$ -д нойр булчирхайн бүтэц ижил төрөлшилтэй ($P < 0.001$), $88.5\% \pm 6.4$ -д ходоодны арын зайд шингэн харагдахгүй ($P < 0.001$), $80.8\% \pm 7.9$ -д нойр булчирхайн нягтрал жигд буурах ($P < 0.001$), $92.3\% \pm 5.3$ -д тодосгогч бодис тарьсны дараа нойр

булчирхайн нягтрал жигд ихэссэн ($P < 0.001$), 100%-д шохойжилт илрээгүй, цус шүүрэлт хэлбэрийн үед $61.1\% \pm 11.8$ -д нойр булчирхай нэлэнхүйдээ томрох ($P = 0.05$), $66.7\% \pm 11.4$ -д нойр булчирхай зэргэлдээх эрхтэнээстодялгаранхарагдах ($P = 0.05$), $94.4\% \pm 5.6$ -д нойр булчирхайн бүтцийн ижил төрөлшил жигд ($P < 0.001$), $77.8\% \pm 10.1$ -д нягтрал жигд бус буурах ($P < 0.01$), үхжил хэлбэрийн үед $80.0\% \pm 10.7$ -д нойр булчирхайн бүтцийн ижил төрөлшил алдагдсан ($P < 0.01$), $86.7\% \pm 9.1$ -д ходоодны арын зайд шингэн хуримтлагдах ($P < 0.001$), $66.7\% \pm 12.6$ -д нойр булчирхайн нягтрал жигд бус буурах ($P = 0.05$) шинж тэмдгүүд статистикийн үнэн магадлалтай илэрч байна.

Бид өөрсдийн судалгаанд үндэслэн нойр булчирхайн цочмог үрэвслийн хэлбэрүүдийн компьютерт томографийн шинж тэмдгүүдийг оношлогооны ач холбогдлыг нь харгалзан үндсэн ба туслах шинжүүд гэж хуваасан. Үүнд: А. Нойр булчирхайн цочмог үрэвслийн хавагналт хэлбэрийн ҮНДСЭН ШИНЖҮҮД: а. нойр булчирхай нэлэнхүйдээ томрох б. нойр булчирхай зэргэлдээх эрхтэнээс тод ялгаран харагдах в. нойр булчирхайн бүтэц ижил төрөлшилтэй г. нойр булчирхайн нягтрал жигд буурах д. тодосгогч бодис тарьсны дараа нойр булчирхайн нягтрал жигд ихсэх. ТУСЛАХ ШИНЖҮҮД : а. ходоодны арын зайд шингэн хуримтлагдаагүй б. шохойжилтгүй. Б. Нойр булчирхайн цочмог үрэвслийн цус шүүрэлт хэлбэрийн ҮНДСЭН ШИНЖҮҮД: а. нойр булчирхайн бүтцийн ижил төрөлшил алдагдсан б. нягтрал жигд бус буурах. ТУСЛАХ ШИНЖҮҮД: а. нойр булчирхай зэргэлдээх эрхтэнээстод ялгаран харагдах б. нойр булчирхай нэлэнхүйдээ томрох в. ходоодны арын зайд шингэн хуримтлагдах. В. Нойр булчирхайн цочмог үрэвслийн үхжил хэлбэрийн ҮНДСЭН ШИНЖҮҮД: а. нойр булчирхайн бүтцийн ижил төрөлшил алдагдсан б. ходоодны арын зайд шингэн хуримтлагдах в. тодосгогч бодис тарьсны дараа нойр булчирхайн нягтрал жигд бус ихсэх. ТУСЛАХ ШИНЖҮҮД : а. нойр булчирхайн нягтрал жигд бус буурах б. нойр булчирхай зэргэлдээх эрхтэнээс тод ялгаран харагдахгүй в. нойр булчирхай нэлэнхүйдээ томрох.

Архаг панкреатитын үед $67.4\% \pm 5.9$ -д нойр булчирхай зэргэлдээх эрхтэнээс тод ялгаран харагдах, $63.1\% \pm 7.1$ -д нойр булчирхайн бүтцийн ижил төрөлшил алдагдсан, $73.9\% \pm 6.5$ -д тодосгогч бодис тарьсны дараа нойр булчирхайн нягтрал жигд бус ихэссэн компьютерт томографийн шинж тэмдгүүд давамгайлж илэрч байна ($P < 0.001$).

Бид өөрсдийн судалгаанд үндэслэн нойр булчирхайн архаг үрэвслийн компьютерт томографийн шинж тэмдгүүдийг оношлогооны ач холбогдлыг нь харгалзан үндсэн ба туслах шинжүүд гэж хуваасан. Үүнд: ҮНДСЭН ШИНЖҮҮД : а. нойр булчирхай зэргэлдээх эрхтэнээс тод ялгаран харагдах б. нойр булчирхайн бүтцийн ижил төрөлшил алдагдсан в. нойр булчирхай

Хүснэгт. I Нойр булчирхайн цочмог ба архаг үрэвслийн компьютерт томографийн шинж тэмдгүүд

Нойр булчирхайн үрэвслийн компьютерт томографийн шинж тэмдгүүд	Цочмог панкреатит										Архаг панкреатит		
	Хавагналт			Цус шүүрэлт			Үхжил						
	тоо	хувь	±m	тоо	хувь	±m	тоо	хувь	±m	тоо	хувь	±m	тоо
Нойр булчирхайн хэмжээ	Хэвийн	3	11.5	6.3	5	27.8	10.9	4	26.7	11.8	2	6.7	3.0
	Нэлэнхүйдээ томрох	19	73.1	8.9	11	61.1	11.8	8	53.3	13.3	14	30.4	6.7
	Нэлэнхүйдээ багасах	-	-	-	-	-	-	-	-	-	21	45.7	7.3
	Хэсэгчлэн томрох	4	15.4	7.2	2	12.1	7.9	3	20.0	10.7	9	19.6	5.6
Нойр булчирхай зэрэглэдээх эрхтэнээс	Тод ялгаран харагдана	18	69.2	9.2	12	66.7	11.4	5	33.3	12.6	31	67.4	5.9
	Тод ялгаран харагдахгүй	8	30.8	9.2	6	33.3	11.4	10	66.7	12.6	15	32.6	6.9
Нойр булчирхайн бүтэц	Ижил төрөлшилтэй	22	84.6	7.2	1	5.6	5.6	3	20.0	10.7	17	36.9	7.1
	Ижил төрөлшил алдагдсан	4	15.4	7.2	17	94.4	5.6	12	80.0	10.7	29	63.1	7.1
Ходоодны арын зайд шингэн	Хуримтлагдах	3	11.5	6.4	11	61.1	11.8	13	86.7	9.1	8	17.4	5.6
	Хуримтлагдах гүй	23	88.5	6.4	7	38.9	11.8	2	13.3	9.1	38	82.6	5.6
Нойр булчирхайн нягтрал	Жигд буурах	21	80.8	7.9	4	22.2	10.1	2	13.3	9.1	11	23.9	6.3
	Жигд бус буурах	5	19.2	7.9	14	77.8	10.1	10	66.7	12.6	22	50.0	6.1
	Жигд ихсэх	-	-	-	-	-	-	1	6.7	6.7	7	15.2	5.3
	Жигд бус ихсэх	-	-	-	-	-	-	2	13.3	9.1	5	10.5	4.6
Тодосгогч бодис тарьсны дараах нойр булчирхайн нягтрал	Жигд ихэссэн	24	92.3	5.3	13	72.2	10.9	4	26.7	11.8	12	26.1	6.5
	Жигд бус ихэссэн	2	7.7	5.3	5	27.8	10.9	11	73.3	11.8	34	73.9	6.5
Шохойжилт	Илрээгүй	26	100		18	100		15	100		30	65.2	7.0
	Илэрсэн										16	34.8	7.0
	Цуллагт										11	23.9	6.3
	Сувагт										5	10.9	4.6

нэлэнхүйдээ томрох эсвэл багасах г. тодосгогч бодис тарьсны дараа нойр булчирхайн нягтрал жигд бус ихсэх. ТУСЛАХ ШИНЖҮҮД: а. ходоодны арын зайд шингэн хуримтлагдахгүй б. шохойжилт илрэх.

Бид нойр булчирхайн хорт хавдар гэж оношлогдсон 32 өвчтөний компьютерт томографийн шинж тэмдгүүдэд дүгнэлт хийсэн (Хүснэгт 2).

Хүснэгт 2-оос үзэхэд нойр булчирхайн хорт хавдрын голомтот өөрчлөлтийн дүрс зөв биш ($P<0,001$), хэмжээ 3,1 см-ээс их ($P<0,001$), нягтрал буурсан ($P<0,05$), хил хязгаар тэгш бус, тод ($P<0,001$), нойр булчирхайн голомтот өөрчлөлтийн эргэн тойрон өөхлөг эд харагдахгүй ($P<0,001$),

тодосгогч бодис тарьсны дараа хавдрын нягтрал жигд ихсэх ($P<0,001$), цөсний ерөнхий сувгийн өргөсөлт ($P<0,05$), цөсний хүүдийн томорсон ($P<0,05$) шинжүүд статистикийн үнэн магадлалтай байна.

Бид өөрсдийн судалгаанд үндэслэн нойр булчирхайнхорт хавдрын компьютерт томографийн шинж тэмдгүүдийг оношлогооны ач холбогдлыг нь харгалзан үндсэн ба туслах шинжүүд гэж хуваасан. Үүнд: ҮНДСЭН ШИНЖҮҮД: а. дүрс зөв биш б. байрлал янз бүр в. хэмжээ 2.1 см-ээс их г. нягтрал буурсан д. хил хязгаар тэгш бус, тод е. тодосгогч бодис тарьсны дараа хорт хавдрын нягтрал жигд ихсэх. ТУСЛАХ ШИНЖҮҮД: а. цөсний ерөнхий сувгийн өргөсөлт б. цөсний хүүдийн томролт в. элэгний доторх цөсний сувгийн өргөсөлт г. нойр булчирхайн толгой, их бие, сүүл хэсэгт хуурамч уйланхай үүсэх д. хэвлэлийн гол судасны лимфийн булчирхай томрох е. дэлүү томрох.

Судалгааны ажлын хэлцээмж. Нойр булчирхайн цочмог үрэвслийн хавагналт хэлбэрийн үед компьютерт томографиар нойр булчирхай 73.1% ± 8.9-д нэлэнхүйдээ томорсон нь Л.М.Портной, А.Л.Рослов (1999) нарын дүгнэлттэй тохирич байна. 80.8% ± 7.9-д нойр булчирхайн нягтрал жигд буурах

нь Г.А.Сташук., С.Э.Дуброва., Л.Н.Емельянова., С.Трипатхи (1999) нарын судалгаатай ойролцоо байна.

Компьютерт томографиар нойр булчирхайн цочмог үрэвслийн цус шүүрэлт хэлбэрийн үед $61.1\% \pm 11.8$ -д, үхжил хэлбэрийн үед $86.7\% \pm 9.1$ -д хodoодны арын зайд шингэн хуримтлагдаж байгаа нь F.S.Weil (1978)., E.William.,M.D.Torres (1990) нарын дүгнэлтээс илүүтэй тохиолдож буй нь манай оронд компьютерт томографишинжилгээгээр хожуу үе шатандаа оношлогдож байгаатай холбоотой гэж бид үзэж байна.

Компьютерт томографиар нойр булчирхайн архаг үрэвслийн үед $30.4\% \pm 6.7$ -д нойр булчирхай нэлэнхүйдээ томрох, $45.7\% \pm 7.3$ -д нэлэнхүйдээ багасах шинж тэмдэг нь А.В.Яковенко (2000)-гийн судалгаанаас илүүтэй тохиолдож байна. Харин $67.4\% \pm 5.9$ -д нойр булчирхай зэргэлдээх эрхтэнээс тод ялгаран харагдах, $63.1\% \pm 7.1$ -д нойр булчирхайн бүтцийн ижил төрөлшил алдагдсан, $50.0\% \pm 6.1$ -д нойр булчирхайн нягтрал жигд бус буурах, $34.8\% \pm 7.0$ -д нойр булчирхайн цуллаг ба сувагт шохойжилт буй болох компьютерт томографийн шинж тэмдгүүд нь А.В.Яковенко (2000)-гийн дүгнэлттэй дүйж байна.

Нойр булчирхайн хорт хавдар $25.0\% \pm 7.7$ -д нойр булчирхайн их биед, $15.6\% \pm 4.3$ -д сүүлд байрлаж буй нь Н.Н.Блохин ба бусад (1982) судлаачдынхаас их, $40.6\% \pm 8.7$ -д толгойд байрлаж буй нь Н.Н.Блохин ба бусад (1982) судлаачдынхаас бага байна.

3.1% -д нойр булчирхайн хавдар 2cm хүртэл, $6.3\% \pm 4.3$ -д хорт хавдрын нягтрал нойр булчирхайн нягталаасялгагдахгүй байгаань хорт хавдаржижиг, хорт хавдрын нягтрал нойр булчирхайн цуллагийн нягталаас ялгагдахгүй, нойр булчирхайн аль нэг хэсэг томроогүй үед компьютерт томографиар нойр булчирхайн хавдрыг оношлох боломжгүй гэсэн J.R.Haage.,N.E.Reich (1978);Р.И.Габуния.,Е.К.Колесникова (1995) нарын дүгнэлтийг баталж байна.

$65.6\% \pm 8.4$ -д тодосогогч бодис тарьсны дараа нойр булчирхайн хорт хавдрын нягтрал жигд ихсэж буй нь J.R.Haage.,R.L.Alfidi.,T.R.Haulilla (1977) нарын дүгнэлттэй дүйж байна.

$75.0\% \pm 7.7$ -д нойр булчирхайн хорт хавдрын эргэн тойрны өөхлөг эд ялгаран харагдахгүй байгаа нь J.R.Haage.,R.J.Alfidi (1976) нарын дүгнэлттэй ойролцоо байна.

Дүгнэлт

1. Компьютерт томографиар нойр булчирхайн хурц үрэвслийн хавагналт хэлбэрийн үед $69.2\% \pm 9.2$ -д нойр булчирхайн хил хязгаар тод ялгаран харагдах, цус шүүрэлт хэлбэрийн үед $73.2\% \pm 10.9$ -д нойр булчирхай нэлэнхүйдээ ба хэсэгчлэн томрох, $61.1\% \pm 11.8$ -д ходоодны арын зайд шингэн хуримтлагдах, үхжил хэлбэрийн үед $66.7\% \pm 12.6$ -д нойр булчирхайн нягтрал жигд бус буурсан, $86.7\% \pm 9.1$ -д ходоодны арын зайд шингэн хуримтлагдах шинж тэмдгүүд давамгайлж илэрдгийг тогтоов.

2. Нойр булчирхайн архаг үрэвслийн үед $63.1\% \pm 7.1$ -д нойр булчирхайн бүтцийн ижил төрөлшил алдагдсан, $67.4\% \pm 5.9$ -д нойр булчирхай зэргэлдээх эрхтэнээс тод ялгаран харагдах компьютерт томографийн шинж тэмдгүүд давамгайлж байна.
3. Нойр булчирхайн хорт хавдрын үед компьютерт томографиар $62.5\% \pm 8.6$ -д хэлбэр зөв биш, $96.9\% \pm 3.1$ -д хэмжээ 2.1cm -ээс их, $65.6\% \pm 8.4$ -д хил хязгаар тэгш бус ба тодосогогч бодис тарьсны дараах голомтот өөрчлөлтийн нягтрал жигд, $62.5\% \pm 8.6$ -д хил хязгаар тод, $46.9\% \pm 8.8$ -д нягтрал буурсан, $75.0\% \pm 7.7$ -д нойр булчирхайн голомтот өөрчлөлтийн эргэн тойрны өөхлөг эд ялгаран харагдахгүй үндсэн шинж тэмдгүүд илэрдгийг тогтоов.
4. Нойр булчирхайн хэлбэр, хэмжээ, бүтэц, нягтрал, хил хязгаар, зэргэлдээх эрхтэнтэй хэрхэн харьцаж буй, нойр булчирхай дахь голомтот өөрчлөлтийн байрлал, хэлбэр, хэмжээ, тоо, хил хязгаар, бүтэц, нягтрал, тодосогогч бодис тарьсны дараах нягтралын өөрчлөлт, шохойжилт, уйланхайт өөрчлөлтүүд нь нойр булчирхайн цочмог ба архаг үрэвсэл, хорт хавдрын оношлогооны гол шалгуур үзүүлэлт болох нь тогтоогдов.
5. Нойр булчирхайн цочмог ба архаг үрэвсэл, хорт хавдрын компьютерт томографийн шинж тэмдгүүдээр оношлох ба яланг оношлох асуудлыг шийдвэрлэсэнээр эмчилгээний асуудлыг цаг алдахгүй шийдвэрлэхэд чухал ач холбогдолтой байна.

Ном зүй

1. Бабичев С.И., Калантарев К.Д., Скоругский И.А., Давитадзе Ш.А. Ультразвуковая диагностика хирургических заболеваний печени, желчных путей и поджелудочной железы.—Хирургия. —1981. —°10.— с.70—75.
2. Бадамсэд Ц., Пүрэв Р., Нарантуяа Т., Онхуудай П., Д.Лхагвасүрэн., Болормаа Д. Нойр булчирхайн хорт хавдрын компьютер томографи оношлогоо. -П.Н.Шастины нэрэмжит Клиникийн төв эмнэлэг. -Эмч нарын онол – практикийн симпозиумын хураангуй. -Улаанбаатар хот. -2002 он. -х.73–77.
3. Бадамсэд Ц., Пүрэв Р., Нарантуяа Т. Нойр булчирхайн эмгэгүүдийн рентген компьютерны томографи оношлогоо. -Анагаах Ухааны Үндэсний Хүрээлэн. КЛИНИКИЙН ЛЕКЦҮҮД. -Улаанбаатар хот. -2002 он. -°2. -х. 96–100.
4. Бадамсэд Ц., Пүрэв Р., Нарантуяа Т., Онхуудай П., Лхагвасүрэн Д., Болормаа Д., Сайнжаргал А., Дуламсүрэн Т., Баярмаа Д. Нойр булчирхайн хорт хавдрын компьютер томографи шинж тэмдгүүд. -У.К.Т.Э. -Онол практикийн бага хурлын илтгэлийн хураангуй. -Улаанбаатар хот. -2002 он. -°27. -х.88–90.
5. Габуния Р.И., Колесникова Е.К. Компьютерная томография в клинической диагностике. —М.: Медицина. —1995. —с.159–169.
6. Кишковский А.Н., Мелехов Е.П., Белов А.Ф., Духовский А.И. Компьютерная томография в дифференциальной диагностике заболеваний билиопанкреатодуоденальной области.—

Хүснэгт 2 Нойр булчирхайн хорт хавдрын компьютерт томографийн шинж тэмдгүүд

№	Компьютерт томографийн шинж тэмдгүүд	тоо	хувь	$\pm m$	
0.	Байрлал	Нойр булчирхайн толгойд	13	46,6	
		Нойр булчирхайн их биед	8	25,0	
		Нойр булчирхайг нэлэнхүйд нь хамарсан	6	18,8	
		Нойр булчирхайн сүүлд	5	15,6	
0.	Дүрс	Дугариг	5	15,6	
		Зууван	7	21,8	
		Зөв биш	20	62,5	
0.	Хэмжээ	2 см	1	3,1	
		2,1 – 3 см	10	31,3	
		3,1 см – ээс их	21	65,6	
0.	Нягтрал	Хэвийн	2	6,3	
		Ихэссэн	9	28,1	
		Буурсан	15	46,9	
		Холимог	6	18,8	
0.	Хил хязгаар	Тэгш бус	21	65,6	
		Тэгш	11	34,4	
		Тод бус	12	37,5	
		Тод	20	62,5	
0.	Нойр булчирхайн голомтот өөрчлөлтийн эргэн тойрны өөхлөг эд	Ялгаран харагдах	8	25,0	
		Ялгаран харагдахгүй	24	75,0	
0.	Тодосгогч бодис тарьсны дараах хавдрын нягтрал	Өөрчлөгдөхгүй	7	21,9	
		Жигд ихсэх	21	65,6	
		Жигд бус ихсэх	4	12,5	
0.	Элэгний доторхи цэсний сувгийн өргөсөлт	Илэрсэн	13	46,6	
		Илрээгүй	19	59,4	
0.	Цэсний ерөнхий сувгийн өргөсөлт	Илэрсэн	21	65,6	
		Илрээгүй	11	34,4	
0.	Цэсний хүүдийн хэмжээ	Хэвийн	7	21,8	
		Томорсон	19	59,4	
		Багассан	6	18,8	
0.	Нойр булчирхайн толгой, их бие, сүүл хэсэгт хуурамч уйланхай	Үүссэн	8	25,0	
		Үүсээгүй	25	75,0	
0.	Хэвлэйн гол судасны лимфийн булчирхай	Томорсон	17	53,1	
		Томроогүй	15	46,9	
0.	Дэлүү	Томорсон	11	34,4	
		Томроогүй	21	65,6	
Бүгд			32	100	
				-	

Вестник рентгенологии и радиологии. –1991.-2.
–с.23-28.

7. Клиническая ультразвуковая диагностика. Руководство для врачей. – Под. редакцией проф. Н.М.Мухарлямова. – В двух томах. – Том2. –М.: Медицина. –1987. –с.42–43.
8. Кубышкин В.А., Вишневский А.Т., Айрапетян Г.Г., Кармазановский Г.И., Кунцевич Г.И. Дифференциальная диагностика рака головки

поджелудочной железы. –Хирургия. –2000.-
°11. –с.19-23.

9. Мишин В.Ю. Компьютерная томография и ультразвуковое исследование в диагностике и лечении заболеваний поджелудочной железы. –Вестник рентгенологии и радиологии. –1997.-
°5. –с.21-24.
10. Нарантуяа Т., Бадамсэд Ц., Онхуудай П. Нойр булчирхайн хурц ба архаг үрэвслийн

- компьютерт томографийн шинж тэмдгүүд. –АУИС. –«Эрдэм 2003» –Докторантур, Магистрантурын онол–практикийн бага хурлын илтгэлийн хураангуй. –Улаанбаатар хот. –2003 он. –х.165.
11. Нарантуяа Т. Нойр булчирхайн үрэвсэл, хорт хавдрын хэт авиан ба компьютерт томографи оношлогоо асуудалд. -03.22.10 Дүрслэл оношлогоо. –Анагаах ухааны магистрийн зэрэг горилж бичсэн тезис. – Улаанбаатар хот. –2003 он. –65x.
 12. Онхуудай П. Нойр булчирхай . –Дүрслэл оношлогоо. ном. –Улаанбаатар хот . –1993 он. –х.75-78. 95–97.
 13. Онхуудай П. Нойр булчирхайн ёвчин. –Дүрслэл оношлогоо сонголт, дэс дараалал ном. – Улаанбаатар хот. –2000 он. –х.54–56.
 14. Онхуудай П.,Д.Гончигсүрэн. Рентгенологи Радиологи ном. –Улаанбаатар хот. –2002 он. –х.151–152. 257–263.
 15. Портной.Л.М., Араблинский.А.В. Лучевая диагностика заболеваний поджелудочной железы. -Рос. журн. Гастроэнтерологий, гепатологий, колопроктологий. –1994. –T4 – с.99-105
 16. Портной Л.М., Рослов Н.Л. Ультразвуковая и рентгеновская компьютерная томография в диагностике заболеваний органов брюшной полости и забрюшинного пространства. – Вестник рентгенологии и радиологии. -1990. –°1. -с.82-85.
 17. Пүрэв Р., Бадамсэд Ц. Нойр булчирхайн үрэвсэл, уйланхай ба хавдрын рентген цахим тоолуурт томографи оношлогоо. –Дүрслэл оношлогоо сэтгүүл. –Улаанбаатар хот. –1996 он. –х.18–23.
 18. Сташук Г.А., ДуброваС.Э., ЕмельяноваЛ.Н., Трипатки С. Лучевая диагностика различных форм острого панкреатита. –Вестник рентгенологии и радиологии. –1999. –°6. –с.15–19.
 19. Тодуа.Ф.И., Федоров.В.Д., Кузин.М.И. Компьютерная томография органов брюшиной полости. –М:Медицина. –1991. –с.19-23. 176-227.
 20. Харченков.П., Лютфалиев.Т.А., Кундам. А. Современная комплексная диагностика панкреатобилиарного рака, осложненного синдромом желтухи. –Вестник рентгенологии и радиологии. –2000. –°4. –с.30-33.
 21. Черемисин В.М.,Савелью.В.Е., Аносов.Н.А. Компьютерная томографическая диагностика острого панкреатита. -Вестн. Хир. –1994. – °1. –с.21-26.
 22. Яковенко.А.В. Клиника, диагностика и лечение хронического панкреатита. -Клиническая медицина. –2001. –°9. –с.15-20.
 23. Ambrose J.A.. Brit J. Radiol. -1973. – v. 46, - p.1023-1047.
 24. Folsch U.R. Munch Med. Wschr. –1988. –Bd 130. –°39. –p.678–679.
 25. Haaga.J.R., Alfidi.R.J. et. al. Radiology. –1976. –v.120. – p.589-595.
 26. Haaga.J.R., Alfidi.R.J. Haulilla.T.R. Ibid. –1977. –v.124. –p.723-730.
 27. Haaga.J.R., Reich.N.E. Computed Tomography of abdominal abnormalities. St. Louis. 1978.
 27. Munch R. Schweit. Med. Wschr. –1988. –Bd 118. –°13. – p.478-487.

Танилцајс, нийтлэх санал өгсөн:
Академич Б.Цэрэндаа

БҮЛЧИН ХАЛЬС ӨВДӨХ ХАМШИНЖТЭЙ ӨВЧТӨНИЙ АМЬДРАЛЫН ЧАНАРТ ХИЙСЭН СУДАЛГААНЫ ДҮН

**А.Балжинийн, Н.Төмөрбаатар,
Л.Лхагва**

Эрүүл Мэндийн Шинжслэх Ухааны Их Сургууль
Email:balja_ntmit@yahoo.com

ТОВЧ УТГА Зорилго: Булчинхальс өвдөх хамшинж бүхий өвчтөний амьдралын чанар, сэтгэл гутрал, түгшүүрийн түвшинг харьцангуй эрүүл 150 хүнийхтэй харьцуулан судаллаа. Амьдралын чанарыг үнэлэх SF-36, сэтгэл гутралыг Beck-ийн асуумжийн аргуудаар судалж үр дүнг харьцуулан үнэлсэн.

Арга, аргачлал: Хүзүүний булчинхальс өвдөх хамшинж бүхий 150 өвчтөний амьдралын чанар, сэтгэл гутрал, түгшүүрийн түвшинг харьцангуй эрүүл 150 хүнийхтэй харьцуулан судаллаа. Амьдралын чанарыг үнэлэх SF-36, сэтгэл гутралыг Beck-ийн асуумжийн аргуудаар судалж үр дүнг харьцуулан үнэлсэн.

Үр дүн: Хүзүүний булчинхальс өвдөх хамшинжтэй өвчтөнүүдийн дундаж нас

$39,49 \pm 6,9$ (26-55), хяналтын бүлгийн хүмүүсийн дундаж нас $38,94 \pm 7,40$ (23-56) байлаа.

Үндсэн бүлгийн өвчтөнүүдийн 82,7% нь хөнгөнөөс хүнд хэлбэрийн сэтгэл гутралтай байсан. Үүнийг хяналтын бүлэгтэй харьцуулахад энэ хамшинжийн үед сэтгэл гутралын түвшин өндөр байдаг нь тогтоогдоо ($P < 0.001$). Сэтгэл гутралын түвшинг өвдөлтийн хүч болон өвдөлт үргэлжилсэн хугацаатай харьцуулахад шууд хамааралтай байна ($p < 0.01$).

Үндсэн бүлгийн өвчтөнүүдийн амьдралын чанарыг биеийн болон сэтгэцийн эрүүл мэндийн байдаар үнэлж хяналтын бүлэгтэй харьцуулахад буурсан байгаа ($p < 0.05$) бөгөөд сэтгэцийн эрүүл мэнд биеийн эрүүл мэндийг бодвол илүүтэй буурдаг байна.

Дүгнэлт:

1. Судалгаанд хамрагдсан үндсэн бүлгийн

- өвчтөнүүдийн сэтгэл гутрал байдал өндөр байна. Энэ нь өвдөлт үргэлжилсэн хугацаатай шууд хамааралтай байгаа нь булчинхальс өвдөх хамшинж өвчтөний сэтгэцийн байдалд сүргөөр нөлөөлдөгийг харуулж байна.
2. Булчинхальс өвдөх хамшинжтэй өвчтөнд амьдралын чанарын үзүүлэлт буурч, сэтгэл гутрал их байгаа нь эмчилгээний баг бүрдүүлж эмчлэх шаардлагатайг илэрхийлж байна.

Түлхүүр уг: Булчинхальс өвдөх хамшинж, амьдралын чанар, сэтгэл гутрал, сэтгэл түгшүүр

УДИРТГАЛ. Булчинхальс өвдөх хамшинж нь булчингийн ширхэгийн зангиран багцад байрлах өвдөлт «сэдээх» цэгээр (триgger цэг) тодорхойлогддог. Өвдөлт «сэдээх» цэг нь өвдөлт, эмзэглэл бүхий хэт мэдрэмтгийн зангилаа юм. Энэ хамшинжийн үед өвдөлт сэдээх цэг бүхий булчинд хэсэг газар өвдөхөөс гадна тухайн булчингийн хөдөлгөөний далайц хязгаарлагдах, булчин богиносож чангараах, булчингийн хүч, агших чадвар буурах зарим тохиолдолд ургал мэдрэлийн үйл ажиллагаа алдагдах шалтгаан болдог байна. Үүнээс гадна өвдөлт сэдээх цэгт дараахад өвдөлт ойж, тодорхой байрлал, чиглэлээр дамждаг бөгөөд механик цочицуулын дүнд тухайн хэсэг газрын булчингийн ширхэгт татвалзах хариу урвал илэрдэг [2,3,4,6,8].

Булчинхальс өвдөх хамшинж нь архаг явцтай, олон сар, жилээр үргэлжилдэг бөгөөд өвчтөний амьдралын чанар, өдөр тутмын хэвийн үйл ажиллагаанд сүргөөр нөлөөлдөг. Түүнчлэн архаг өвдөлт нь өвчтөний сэтгэцийн эрүүл мэндэнд сүргөөр нөлөөлж, сэтгэл гутралд хүргэдэг болохыг олон судлаачид судалсан байна [5,6,9].

Орчин үеийн анагаах ухаанд өвчтөний эмчилгээний үр дүнг эмнэлзүйн болон багажийн шинжилгээний аргаар үнэлэхээс гадна түүний сэтгэл зовниж байгаа зүйлийг үнэлж, хэмжих асуудал хурцаар тавигдаж байна. Иймд өвчтөний амьдралын чанарыг үнэлэх нь хүн амд үзүүлж буй эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний үр дүнд үнэлгээ өгөх, эмчилгээний аргуудыг харьцуулан асуудлыг шийдвэрлэх, эрүүл мэндийн тусламжийн нөөц, боломжийг төлөвлөх зэрэг ач холбогдолтой.

Архаг өвдөлт бүхий өвчтөнүүдэд сэтгэцийн эмгэг байдал, гутрал олонтаа тохиолддог. Үүнийг оношилж, эмчлээгүйгээс эмчилгээний үр дүнд сүргөөр нөлөөлсөнөөс эдийн засгийн үргүй зардал их гардаг байна [1,5,6,7].

Иймд булчинхальс өвдөх хамшинж бүхий өвчтөний амьдралын чанар, сэтгэцийн эрүүл мэндийг үнэлэхэд бидний судалгааны ажлын зорилго оршино.

Судалгааны хэрэглэгдэхүүн, аргау зүй. Шастиний нэрэмжит Клиникийн Нэгдсэн III эмнэлгийн сэргээн засах эмчилгээний тасагт ирж эмчлүүлсэн хүзүүний булчинхальс өвдөх хамшинж бүхий 150 өвчтөн, хяналтын бүлгийн харьцангуй эрүүл буюу сүүлийн 2 сар хүзүү, сэrvээ орчмоор

өвдөх зовиургүй 150 хүн судалгаанд хамрагдлаа.

Travel, Simons нарын шинэчлэн боловсруулсан /1999/ оношлогооны шалгуураар булчинхальс өвдөх хамшинжийн өвдөлт сэдээх цэгийг оношлж 150 өвчтөнг сонгон авсан [2,3,4].

Био-Анагаахын судалгаанд хүнийг хамруулах тухай 1982 оны олон улсын удирдамжийн дагуу ЭМЯ-ны эмнэлгийн мэргэжилтний ёс зүйн хорооны хурлаар хэлэлцүүлж 2005 оны 03 тоот шийдвэрээр батлагдсан зааврын дагуу ёс зүйн хэм хэмжээнд судалгаа хийгдсэн болно.

Үнэлгээний арга, аргачлал. Сэтгэл гутралыг Beck-ийн, амьдралын чанарыг үнэлэх SF-36 асуумжуудыг судалгаанд ашигласан.

Beck-ийн асуумж нь сэтгэл гутралын үед илэрдэг эмнэлзүйн үндсэн шинжүүдийг агуулсан 21 асуулт бүхий асуумж бөгөөд нийт оноо нь 0-63 хооронд хэлбэлзэж, хэдийчинээ өндөр оноотой байна төдийчинээ сэтгэл гутралын түвшин өндөр байгааг илтгэнэ.

Бид АНУ-ын оюуны өмчөөр эрх нь хамгаалагдсан амьдралын чанарыг үнэлэх SF-36 аргыг түүний лиценз эзэмшигч «Quality Metric Incorporation» байгууллагаас зохих журмын дагуу зөвшөөрлийг авсаны дагуу судалгаанд ашиглаж байна. Энэ асуумж нь биеийн болоод сэтгэцийн эрүүл мэндийг үнэлэх 36 асуулт бүхий 8 бүлгээс тогтсон хэрэглэхэд хялбар, ойлгомжтой, хугацаа бага шаарддаг, үнэн магадлал нь олон удаагийн туршилтаар батлагдсан, олон улсын хэмжээнд өргөн ашиглагддаг арга юм. Нийт оноо 0-100 хооронд байх бөгөөд хэдийчинээ бага оноотой байна төдийчинээ амьдралын чанар муу байгааг илтгэдэг.

Статистик боловсруулалт. Статистик боловсруулалтыг SPSS 11.5 програм дээр гүйцэтгэж, Манн-Уитни U шалгуур, Сперманы хамааралын аргуудыг ашиглав. Р утга <0.05 байгаа үед үнэн магадлалтай буюу статистик ач холбогдолтой, хамааралын утга >0.5 байгаа үед хамааралтай гэж үзлээ.

Үр дүн. Хүзүүний булчинхальс өвдөх хамшинжтэй өвчтөнүүдийн дундаж наслалт $39,7 \pm 9,55$ (27-60), харин хяналтын бүлгийн хүмүүсийн дундаж наслалт $38,94 \pm 7,40$ (23-56) байлаа.

Судалгааны үндсэн бүлгийн өвчтөнүүдийн хөдөлмөр эрхлэлтийн байдал болон нойрны хэмнэл, өвдөлт үргэлжилсэн хугацааг авч үзвэл нийт өвчтөнүүдийн ($n=150$) 77,6% нь суугаа хөдөлмөр эрхэлдэг, 73,9%д нь өвдөлт 3 сараас дээш хугацаагаар үргэлжилсэн байна.

Эндээс үзэхэд хөдөлгөөний хомсдол, биеийн бууруу байршил энэ хамшинжийг үүсгэх нэг шалтгаан байж болохыг харуулж байна. Түүнчлэн энэ хэлбэрийн өвдөлт удаан хугацаагаар үргэлжилдэг, архаг явцтай, эмгэг болох нь харагдаж байна.

Сэтгэл гутралыг илрүүлэх Beck-ийн асуумжаар өвчтөнүүдийн сэтгэцийн байдлыг үнэлэхэд үндсэн бүлгийн өвчтөнүүдийн сэтгэл гутралын

түвшин хяналтын бүлэгтэй харьцуулахад өндөр үзүүлэлттэй ($p<0.001$) байлаа (хүснэгт 1).

Хүснэгт 1 Сэтгэцийн эрүүл мэндийн байдал

	Үндсэн бүлэг (n=150)	Хяналтын бүлэг (n=150)	P утга
Сэтгэл гутралын байдал:			
Сэтгэл гутралгүй	29 (17,3%)	65 (43,3%)	
Бага зэргийн сэтгэл гутрал	79 (52,7%)	78 (52%)	
Дунд зэргийн сэтгэл гутрал	21 (14%)	7 (4,7)	
Хүнд зэргийн сэтгэл гутрал	24 (16%)	-	$p < 0.005$

Эндээс үзэхэд булчинхальс өвдөх хамшинжийн үед сэтгэл гутралын түвшин өндөр хувьтай тохиолддог байна. Сэтгэл гутрал нь өвдөлт мэдрэх даралтын босгыг нам болгож, өвдөлтийн хүчийг нэмэгдүүлж, эмчилгээний үрдүнг бууруулдаг. Иймд хүзүүний булчинхальс өвдөх хамшинж бүхий өвчтөний сэтгэцийн байдлыг үнэлэх, сэтгэцийн эмч мэргэжилтэнтэй хамтран ажиллах нь эмчилгээний үр дүнд чухал нөлөөлтэй байх болно.

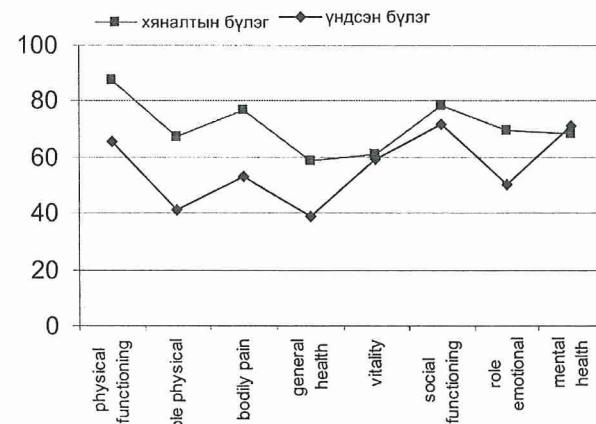
Эмчилгээний өмнөх өвдөлт үргэлжилсэн хугацаатай сэтгэл гутралын түвшин шууд хамааралтай ($r=0.386$, $r=0.564$) буюу өвдөлт үргэлжлэх хугацаа хэдийчинээ урт байна төдийчинээ өвчтөний сэтгэцийн байдалд сөргөөр нөлөөлдөг байна.

Аливаа архаг өвдөлт нь хүний амьдралын чанар, өдөр тутмын амьдралын үйл ажиллагаанд сөргөөр нөлөөлдөг билээ. Иймд бид харьцангуй эрүүл хяналтын бүлгийн 150 хүний амьдралын чанарын үзүүлэлтийг булчинхальс өвдөх хамшинж бүхий 150 өвчтөнтэй үзүүлэлттэй харьцуулан судаллаа.

Булчинхальс өвдөх хамшинж нь өвчтөний амьдралын чанарт сөргөөр нөлөөлдөг болохыг хяналтын бүлэгтэй харьцуулсан үзүүлэлтээс харж болохоор байна. Ялангуяа амьдрах эрч хүч(vitality), нийгмийн идэвхи, сэтгэцийн эрүүл мэндээс бусад үзүүлэлт ихээхэн ($p<0.05$) зөрүүтэй байна (зураг 1).

Амьдралын чанарыг үнэлэх SF36 асуумжийн бүлгүүдийг бүлэглэн биеийн эрүүл мэндийн, сэтгэцийн эрүүл мэндийн үзүүлэлт гэж 2 ангилж үздэг.

Бидний судалгааны үр дүнгээс харахад булчинхальс өвдөх хамшинж өвчтөний биеийн эрүүл мэндээс илүүтэйгээр сэтгэцийн эрүүл мэндэнд сөргөөр нөлөөлдөг байна (хүснэгт 2). Энэ нь Монгол хүмүүст сэтгэл гутрал өндөр байгаатай хоёрбоотой болов уу гэж бид дүгнэж байна. Биеийн болоод сэтгэцийн эрүүл мэнд хоорондоо шууд хамааралтай байна ($r=0.578$, $r=0.207$).



Зураг 1. Амьдралын чанарын үзүүлэлт

Хүснэгт 2 Биеийн болон сэтгэцийн эрүүл мэндийн хамаарал

	Биеийн эрүүл мэнд		Сэтгэцийн эрүүл мэнд		Сперман хамаарал
	M	SD	M	SD	
Булчинхальс өвдөх хамшинж (n=150)	59,15	6,78	44,33	4,48	$r= 0,578$
Хяналтын бүлэг (n=150)	54,34	4,34	40,63	3,79	$r= 0,207$
P утга	$P<0.01$		$P<0.01$		

Хэлцэмж. Бидний судалгаанд хамрагдсаннийт өвчтөний 75,4% нь дундаас дээш түвшинд сэтгэл түгшүүртэй, эмчилгээний бүлгийн өвчтөнүүдийн сэтгэл гутралын түвшин хяналтын бүлэгтэй харьцуулахад өндөр үзүүлэлттэй ($p<0.001$) байсан. Судлаач Esenye, Meltem; Caglar Nil нарын (2000) судалгаанд 102 өвчтөн хамрагдсаныас 89,3% нь сэтгэл түгшүүртэй, 37,7% нь сэтгэл гутралтай байсан нь бидний судалгааны үр дүнтэй ойролцоо байна.

Бидний судалгаагаар эмчилгээний өмнөх өвдөлт үргэлжилсэн хугацаатай өвчтөний сэтгэл

Хүснэгт 3 Булчинхальс өвдөх хамшинж бүхий өвчтөний амьдралын чанарын үзүүлэлт

	Emine Handan, Gulnur .,(n=33)	Бидний судалгаа (n=150)
Хөдөлгөөний үйл ажиллагаа	75,15±14,97	65,43±23,55
Хөдөлгөөн билемахбодид үзүүлэх нөлөө	58,64±39,83	41,33±7,06
Өвдөлт	45,58±16,54	52,87±14,88
Ерөнхий эрүүл мэндийн байдал	60,73±22,96	38,92±11,50
Эрч хүч	59,24±22,95	59,38±16,85
Нийгмийн идэвхи	71,80±22,59	71,58±18,08
Сэтгэцийн байдал билемахбодид үзүүлэх нөлөө	67,55±37,76	50,33±7,19
Сэтгийн эрүүл мэнд	66,06±20,74	71,37±16,77

гутралын түвшин шууд хамааралтай ($r=0,564$) байгаа нь өвдөлтийг дагаж сэтгэл гутрал, түгшүүр бий болдог гэсэн гадны судлаачдын үзэл бодолтой биднийх дүйж байна.

Аливаа архаг өвдөлт нь хүний амьдралын чанар, өдөр тутмын амьдралын үйл ажиллагаанд сөргөөр нөлөөлдөг. Амьдралын чанарыг үнэлснээр эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний үр дунд үнэлэлт өгөх, эмчилгээний аргыг сонгох, эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний нөөцийг тодорхойлох зэрэг их ач холбогдолтой [5,7].

Турк улсын судлаач Emine Handan Tuzun (2004) нарын судалгаагаар хийгдсэн булчинхальс өвдөх хамшинж бүхий өвчтөнүүдийн амьдралын чанарын үзүүлэлтийг өөрсдийн судалгааны дүнтэй харьцуулан үзлээ (хүснэгт 3).

Судлаач Emine Handan, Gulnur Albayrak (2004) нарын хийсэн судалгаагаар булчинхальс өвдөх хамшинжтэй өвчтөнүүдийн амьдралын чанарын бие эрхтэний эрүүл мэнд сэтгэцийн эрүүл мэндээ бодвол илүүтэй муу байдаг байна [5]. Харин бидний судалгааны үр дүнгээс харахад булчинхальс өвдөх хамшинж өвчтөний сэтгэцийн эрүүл мэндэнд илүүтэй сөргөөр нөлөөлдөг байна. Ялангуяа булчинхальс өвдөх хамшинж нь өвчтөний амьдрах эрч хүч (vitality), нийгмийн идэвхи, оролцоо, сэтгэцийн эрүүл мэндэнд хамгийн их сөргөөр нөлөөлдөг ($p<0.05$). Энэ нь сэтгэл гутралын түвшин өндөр байгаатай холбоотой болов уу гэж бид үзэж байна.

Биеийн эрүүл мэнд, сэтгэцийн эрүүл мэнд хоёр салшгүй холбоотой. Бид сэтгэцийн эрүүл мэндгүйгээр эрүүл байна гэж ярьж болохгүй. Учир нь эрүүл сэтгэц нь сэтгэн бodoх чадвар, бусадтай харилцан хамааралтай байх харилцааны чадваруудыг бий болгох, бүтээх, амьдрах арга ухааныг олж авах зэрэг бидний үндсэн чадваруудыг хангаж өгдөг билээ.

ДҮГНЭЛТ. Булчин хальс өвдөх хамшинжийн өвдөлт нь өвчтөний сэтгэцийн эрүүл мэнд, амьдралын чанартсөргөөр нөлөөлдөгбайна. Ийм булчинхальсөвдөх хамшинжийн эмчилгээнд сэтгэцийн эмч мэргэжилтэнтэй

баг бүрдүүлж хамтарч ажиллах шаардлагатай байна.

Ашигласан хэвлэл

1. Birch, Stephen PhD., Jamison, Robert N. PhD. Controlled trial Japanese acupuncture for chronic myofascial neck pain: Assessment of specific and non specific effects of treatment. Clinical journal of pain. 1998;14:248-255
2. Borg-Stein J, Simons DG. Myofascial pain. Arch Phys Med Rehabil. 2002;83:4049
3. David G. Simons. Review of enigmatic MTrPs as a common cause of enigmatic musculoskeletal pain and dysfunction. Journal of electromyography and kinesiology. 2004;14:95-107.
4. David J Alvarez, D.O., Pamela G Rockwell. Trigger points: Diagnosis and management. American family physician. 2002;65(4):653-659.
5. Emine Handan, Gulnur Albayrak. Comparison study of quality of life in women with fibromyalgia and myofascial pain syndrome. Disability and Rehabilitation. 2004;26:198-202.
6. Esenyl M, Caglar N, Aldemir T. 2000, 'Treatment of myofascial pain', Am J Phys Med Rehabil, 2000;:7948-52.
7. Friction JR. Myofascial pain syndrome: characteristics and epidemiology. In Friction JR, Award EA (eds) Myofascial pain and fibromyalgia: advances in pain research and therapy.1990;17:107-127.
8. Simons DG. Myofascial pain syndromes: current therapy of pain. 1989:368-385
9. Thomas E.Elliott, Colleen M.Renier, Jeanette A.Palcher.2003, «Chronic Pain, Depression, and Quality of Life:Correlations and Predictive Value of the SF-36», Pain Medicine, 20003;4:331-339.

Танилцајс, нийтлэх санал өгсөн:
Анагаах ухааны доктор, профессор
Г.Цагаанхүү

АРХАНГАЙ АЙМГИЙН ХҮН АМЫН ДУНДАХ ШАРКО-МАРИ-ТУТ ӨВЧНИЙ (ХАМШИНЖИЙН) ТАРХАЛТ, ЭМНЭЛЗҮЙН ГЕНЕТИКИЙН ЗАРИМ ОНЦЛОГ

Д.Баасанжав¹, Д.Янжмаа¹, Т.Саранцээг¹

Г.Нямсүрэн², Чимэдлхам²

¹Анагаах ухааны хүрээлэн,

²Архангай аймгийн Нэгдсэн эмнэлэг

Мэдрэлийн удамшлын өвчнүүдийн (МУӨ) нэг Шарко-Мари-Тут өвчний талаархи мэдлэг сүүлийн жилүүдэд давшигийн гүнзгийрч эмнэл зүй нь нарийвчлагдан тодорхойлогдож, улмаар молекул-биологийн шинж байдал нь танин мэдэгдсээр байна.

Электрофизиологийн болон эмгэг судлалын шалгууруудыг баримтлан судалсан судлаачдынхаар ШМТ өвчин нь фенотипийн хувьд гетерген (янз бүр) болохыг баталж байна (Dyck. P.J., Lambert.E. H, 1968 г.м.).

ШМТ-ыг 3 хэлбэрт ялган авч үзэх болж байна. Үүнд:

- a) Демиелинчлэгдэх буюу гипертрофийн хэлбэр, фенотип (ШМТ-1)
- b) Аксоны буюу нейроны - ШМТ2 (аксоны сөнөрлөөр илрэдэг),
- v/ Демиелинчлэл эрт, төрөлхийн, эхний жилээс эхэлдэг, хүндээр илрэдэг Дежерин Соттын хамшинж. Үүнийг бас ШМТ I хэвшинжийн (удамшил нь аутосом-рецессив) хүнд хэлбэр ч гэж үздэг.

ШМТ өвчний генетикийн ангилал нь үргэлжлэн шинэчлэгдсээр одоогоор 28 төрлийн өвөрмөц байрлалтай 11 янзын генийг ялгаад байна гэсэн мэдээлэл байна (J. Pouget, 2004). Эдгээрээс ШМТ хэвшинж нь харьцангуй олонтаа тохиолдог удамшлын нейропати гэдэг. ШМТ1: ШМТ2 харьцаа 2:1-ээр ШМТ1 давамгайлдаг гэдэг. Эдгээр хэлбэрүүдийг дотор нь дэд хэвшинж буюу дэд хэлбэрт ялган авч үзэх болж байна. Одоогоор ШМТ 1-ийг дотор нь A, B, C, D дэд хэлбэрүүдэд, ШМТ2-ийг дотор нь мөн A, B, C, D,E,X дэд хэлбэрүүдэд , ШМТ3 (Дежерин-Сотт); мөн ШМТ4 (A, B, C, D, E, F) гэх мэт олон дэд хэлбэрийг илрүүлэн үзэх болсон (Anthony A., Amato; MD, Daniel Dumitru).

Дурьдсанаас үзэхэд ШМТ нь нэг өвчин биш, энэ нь генетикийн гаралтай олон төрлийн нейропатийн хамшинж (синдром) болох нь харагдаж байна. Хэрэв электронейромиографийн зэрэг шинжилгээ хийж дэд хэвшинжүүдийг тогтоогоогүй тохиолдолд ШМТ хамшинж гэж байх нь зөв болох юм.

ШМТ 1 ба ШМТ 2-ын ялгах оношлогоонд мэдрэлээр гүйх импульсийн хурдны үзүүлэлтээр тухайлбал, гарын дунд мэдрүүлээр импульс 38 м/сек-ээс доош хурдтай бол ШМТ1, түүнээс дээш бол ШМТ2 гэж баримжаалах болсон.

ШМТ өвчний тархалтыг хүн амын дунд

тогтоосон судлаачдын судалгаагаар үзүүлэлтүүд ихээхэн ялгаатай байна. Үүнд, Е.Д. Маркова, Р. В. Магканов нар (1990)-ын хэвлэлийн тоймд ШМТ өвчний тархалт 100.000 хүн амд ихэвчлэн 2-5 тохиолдлын давтамж дотор хэлбэлзэж байгаа боловч зарим тусгаарлагдмал (изолят) хүн амын дунд 1/50000-иас 1/20000 (Баруун Норвеги, Гуамын болон Хойт Еленагийн арлуудад) давтамжтайг тэмдэглэсэн байна.

ОХУ-ын Амурт ШМТ өвчний тархалт 100.000 хүн амд 10.7 (Хоменко Е.И., 1993), Вологодод 5.83/100.000, Башкир дахь орос хүн амын дунд тэр нь 7.36/100.000; Украянчуудад 10.4/100.000 давтамжтайг Е.И. Хоменко, 1993 өөрийн диссертацид тэмдэглэжээ.

Дэлхийн зарим оронд ШМТ өвчний тархалтын хэлбэлзэл 100.000 хүн амд 0.7 (Хойт Ирланд)-аас 73.7(Өмнөд Африк болон Еленагийн арлуудад) дотор хэлбэлзэж байгааг болон Энэтхэгчүүдэд бүртгэгдээгүй байгааг, мөн ОХУ-ын Азийн хэсэгт МУӨ-ийн эпидемиологийн судалгаа ховор байгааг Е.И. Хоменко, 1993 өөрийн судалгаанд тэмдэглэсэн.

Skre нар, 1974, ШМТ өвчний тархалтыг 2500 хүн амд 1.0 давтамжтай гэж мэдээлсэн бол Emegu (1991) 10.000 хүн амд 1 давтамжтай гэж мэдээлсэн байна..

Монголд хүүхэд насын хүн амын дунд ШМТ өвчин 100.000 хүн амд 2.0 давтамжтай байна гэж Ш.Батчулуун (1990) тэмдэглэжээ.

Дорнод аймагт явуулсан бидний судалгаагаар (Д.Баасанжав, бусад, 2005) ШМТ өвчний I хэвшинж 100.000 хүн амд 20.52; ШМТ II хэвшинж 100.000-д 7.33 байгааг болон ШМТ I хэвшинж нь Дорнод аймгийн Хөлөнбуйр сумын хүн амын дунд «нугас» байдалтай маш өндөр тархалттай (1000 хүн амд 7.91) байгааг тэмдэглэсэн.

1997-1999 онд Архангай аймгийн зарим сумын хүн ам дотор бид АНУ-ын судлаачидтай хамтран МУӨ -ний удамзүй, оношийн судалгааг зарим гэр бүлийн өвчтэй хүмүүсийн дотор хийхэд ШМТ өвчний эмнэлзүйтэй нэг том гэр бүлийг илрүүлж нарийвчилсан судалгаа хийхэд судалгаанд хамрагдсан гэр бүлийн 54 гишүүнээс 17 нь нугасны дисталь амиотрофи V, 6 гишүүнд ШМТ2D гэж оношлосон билээ. Энэ нь энэ 2 өвчнийг хоёуланг нь үүсгэдэг нэг ген байгааг, тэр нь 7р15 хромосом дээр D7S 2496 ба D7S1514 маркеруудын хооронд 3 см хэсэгт байгааг тогтоосон байна (Neamkhishig S.at al.,1998).

Судалгааны зорилго: Архангай аймгийн хүн амын дунд удамшлын ШМТ өвчний (хамшинжийн) тархалтын түвшин, нас хүйсний болон удамзүй онцлогийг тогтооход оршино.

Судалгааны аргазүй, материал: ШМТ

хамшинжийн тархалтыг Архангай аймгийн нийт хүн амын дунд тогтоохын тулд судалгааг 1997, 1999, 2001 онуудад явуулсан судалгаанд анхдагч илрүүлэлтийн үзлэгийг аймгийн мэдрэлийн болон сумдын эмч нарын бүртгэл хяналтаар; хоёрдогч буюу судлаач эмч нарын үзлэгийг анхдагч үзлэгээр илэрсэн өвчтэй, сэжигтэй тохиолдуудыг давтан үзэх; оношлогоог баталгаажуулах электрофизиологийн болон ДНХ, булчингийн биопсийн судалгааг АНУ-ын генетикичид, неврологч нартай хамтран хийсэн, мөн удамзүйн асуумжийн аргуудыг хамруулан хэрэглэж ялгах оношийг тогтоосон. Энэхүү судалгаагаар удамшлын нейропатийн ШМТ-ын I, II болон бусад дэд хэвшинжтэй 47 өвчтөнг илрүүлж бүртгэсэн.

Тархалтын түвшинг тогтоохдоо 2002 оны жилийн эцэст Архангай аймгийн хүн амын тоог 97.4 мяняга (эр-48.7мянга, эм-48.7мянга) байсныг авч ашигласан. Тархалтын давтамжийг хүйний ялгаагаар 1000 хүн амд тооцож гаргасан.

Судалгааны дүн: Бид Архангай аймгийн хүн амын дундаас 2002 онд удамшлын ШМТ өвчинтэй (хамшинжтэй) 47 өвчтөнг (эр-24, эм-23) үндсэндээ 3 гэр бүлээс салбарласан 10 гаруй өрх айлаас илрүүлсэн. Үүнийг тухайн оны аймгийн нийт хүн амын тоонд (97.4 мянга) харьцуулж тархалтын давтамжийг гаргасан дүнг доорх хүснэгтэд харуулав.

Хүснэгт 1 Архангай аймгийн хүн амын дундаах ШМТ өвчиний тархалтын түвшин (100.000 хүн амд)

	Илэрсэн тохиолдлын тоо	100.000 хүн ам дахь давтамж
Эр	24	49.3
Эм	23	47.2
Бүгд	47	48.3

Хүснэгтэд харуулснаар Архангай аймгийн хүн амын дунд ШМТ өвчин 100.000 хүн амд 48.3 (эр-49.3; эм-47.2) давтамж бүхий тархалттай байна. Эр эм хүйсээр тархалт ижилдүү хэмжээтэй байна.

Архангайд 1997 онд явуулсан судалгаагаар дээрх өвчтнүүдээс электронейромиографийн шинжилгээ хийлгэсэн өвчнүүдэд тэр нь ШМТ2 гэж оношлогдож байснаас үзэхэд энэхүү хэвшинж нийт өвчтнүүд дотор давамгайлж байгаа гэж үзэх үндэстэй байна. Гэвч цаашид нарийвчилсан судалгааг явуулах шаардлагатай. Архангай аймгийн хүн амын дунд илэрсэн ШМТ өвчинтэй өвчтнүүдийн насны байдлыг хүйсээр доорх хүснэгтэд харуулав.

Хүснэгт 2 ШМТ өвчтэй өвчтнүүдийн тоог нас хүйний байдлаар харуулсан нь

	10 хүртэлх нас	10-19н	20-29н	30-39н	40-49н	50-59н	60н+	Дун
Эр	3	7	4	4	4	-	-	22
Эм	1	5	10	3	5	1		25
Бүгд	4	12	14	7	9	1		47

Хүснэгтэд харуулснаар нийт өвчлөгсдийн ихэнх нь буюу 63.8% нь 30 хүртэлх насны (аль ч хүйсээр) бөгөөд үлдсэн 36.2% нь 30н+ насныг үүний дотор 50н+ насны 50-57 н+ өвчтэй 1 (эм) байна. Энэ нь ийм өвчтэй хүмүүс 50н+ наслах нь ховор болохыг харуулж байна. Удамзүйн судалгаагаар илэрсэн нийт өвчтнүүд бараг нийтээрээ 2 үндсэн гэр бүлээс гаралтай. Удамшил нь 5 дахь үе дээрээ ч доминант хэлбэрээр удамшиаар байна.

Өвчин эхэлсэн насны байдлыг 43 өвчтөнд тогтоосныг дараах хүснэгтэд харуулав.

Хүснэгт 3. Өвчин эхэлсэн насны байдлыг хүйний ялгаагаар харуулсан нь

		5-9н	10-14н	15-19н	20-24н	25-29н	30н+	Дун
Эр	Тт	1	5	7	4	2	3	22
	%	4.5	22.7	31.8	18.2	9.0	13.6	100
Эм	Тт	1	1	7	6	3	3	21
	%	4.5	4.7	33.3	28.6	14.3	14.3	100
Бүгд	Тт	2	6	14	10	5	6	43
	%	4.7	14.0	32.6	23.3	11.6	14.0	100

Хүснэгтэд харуулснаар өвчний эхний илрэл өвчтөнд өөрт нь анх мэдрэгдэх нь хүүхэд, өсвөр наснаас (18.7%) мэдэгдэж ихэнх нь насанд хүрсэн үеэс эхэлж мэдэгдсэн байна.

Эхлэлтийн насны дээд хязгаар 35 орчим нас байв. Өөрт нь эхэлж мэдэгддэг нас бол өвчин чухам энэ насанд эхэлж гэж хэлж болохгүй. Энэ нь нэрвэгдсэн мөчүүдэд үйл ажиллагааны өөрчлөлт ямар нэгэн шинжээр илэрхий мэдэгдсэнийн гэж ойлговол зохино. Нарийн тусгай үзлэгээр өвчний эхний илрэл нь өвчтөнд өөрт нь мэдэгдсэн үеэс илүү эрт байх магадлалтай. Хүйсээр өвчний эхлэлтийн шинж хөвгүүдэд арай эрт мэдэгддэг байж болох байна (хөвгүүд 58-59%-д 20 хүртэлх насанд мэдэгдсэн бол охидод энэ нь 42.7% байна).

ШМТ илэрсэн манай өвчтнүүдэд өвчин эхлээд хэдэн жил болж байгааг судлахад ихэнх нь (70%) 10 хүртэл жил болж байгаа, үлдсэн нь 10 жилээс дээш жил үргэлжилж байгаагаас 25 жилээс дээш жил болж байгаа 2 өвчтөн (4.6%) байна гэсэн анамнэстай байна. Энэ нь уг өвчин олон жилийн турш аажмаар даамжрах явцаар илэрхийлэгдэгийг харуулж байна.

Эмнэлзүйн ерөнхий шинж байдал: Хөлний тавхай, шилбэний булчингийн хатингаршил болон хүч суралын илрэл, мөн борвины, өвдөгний рефлекс сурлах нь нийт өвчтөний тал хувьд нь илэрхий илрэлтэй, үүний зэрэгцээгээр өвдөх мэдрэхүйн өөрчлөлт гипостези (оимс хэлбэрийн) ба степаж явдал нийт өвчтний 60% гаруйд (26 өвчтөнд) илэрсэн, таягны тусламжтай явдаг нь 3 тохиолдол, бүрэн суумал болсон тохиолдол илрээгүй, үлдсэн нь өөрөө явж чаддаг гэж үнэлгэдсэн. Хөл дээр илэрсэн дээрх өөрчлөлтүүдийн зэрэгцээгээр 23 тохиолдолд (53%) гарын сарвууны үйлажиллагааны өөрчлөлттэй. Энэ нь гарын сарвууны булчингуудын хатингаршил (m.thenar, m. hypothenar, m. interossia, гарын шууны булчингийн атрофи)-тай холбоотой

байсан. Зарим тохиолдолд гарын сарвууны булчин эхэлж хатингаршсан нь анамнезээр илэрсэн. Ийм хатингаршилтай боловч бээлий хэлбэрээр гипостези илрээгүй хэдэн тохиолдол илэрсэн. Эдгээрийг нарийвчилсан судалгаагаар дээрх өвчтнүүдэд нугасны гаралтай мөчүүдийн дисталь булчингийн атрофи өвчин, ШМТ2D өвчин нэг генээр үүсгэгдэж, тухайлбал хромосомын 7р15 байрлалын D7S2496 ба D7S1514 тэмдэгтүүдийн хооронд байрлаж байна гэсэн дүгнэлт хийсэн билээ. (Nyamkhisig .S., Goldfarb .L., Sivakumar. K.et.al, 2000). Иймээс ШМТ өвчиний буюу хамшинжийн нэг илрэл нь «нугасны гаралтай дисталь амиотрофи» хэлбэрийн эмнэлзүйгээр илэрч болох талтайг цаашид анхаарах шаардлагатай болж байна.

Нугасны гаралтай дистал амиотрофийн эмнэлзүй нь ШМТ өвчиний I ба II хамшинжээс зарим ялгаатай байна. Үүнд, булчингийн хатингаршил гарын сарвууны булчингуудад тухайлбал, m.thenar, m. hypothenar; m. interossa.I,II-т илэрч хөлд илрэх нь ховор буюу оройтож илэрдэг, өвдөх мэдрэхүйн өөрчлөлт ховор илэрдгээс гадна маш аажим явцтай онцлогтой гэж судлаачид үздэг (Сивакумар К, Гольдфарб Л, 2000, г.м.).

Хэлцэмж: Архангай аймгийн хүн амын дунд, тухайлбал Эрдэнэмандал, Өндөр-Улаан, Их Тамир Хотонт зэрэг сумдын хүн амын дунд ШМТ өвчин «нутагшмал» байдалтай өндөр тархацтай байгаа бөгөөд тэндээс аймгийн болон улмаар Монгол улсын бусад аймаг хотуудын хүн амын дунд тархан түгж байна. Аймгийн нийт хүн амд харьцуулж гаргасан тархалтын давтамж 100.000 хүн амд 48.3 (эр-49.3, эм-47.2) байгаа нь маш өндөр давтамжтай тархалттай байгааг харуулж байна. ОХУ-ын (Амур), Украян дахь тархалтын давтамжаас даруй 4 дахин их байна. Энэхүү судалгаагаар илэрсэн өвчтнүүдээс гадна хараахан илрээгүй, бүртгэлд ороогүй өвчтнүүд нэгээхэн хэсэг байгаа юм. Мөн үүний зэрэгцээгээр Архангайд ШМТ өвчин (хамшинж) дотор нугасны гаралтай булчингийн дисталь байршилтай атрофи байгааг бидний түрүүчийн судалгаа харуулсан билээ. Энэ нь нугасны өмнөд эврийн гаралтай атрофи тул ШМТ-ын сонгодог хэлбэрээс өөр гаралтай юм. Гэвч энэ нь электронейромиографиар ихэвчлэн ялангинон оношлогддог тул хүн амын дундах эпидемиологийн судалгаагаар ялангинон оношлогддоггүй. Цаашид ШМТ өвчиний олон дэд хэлбэрүүдийг ялангинон судалгааны томоохон чиглэл гарч ирж байна. Архангай аймгийн хүн ам дотор цаашид мэдрэлийн удамшлын өвчиний тархалтын судалгааг тусгайлан явуулах шаардлагатай байна.

Дүгнэлт:

1. Архангай аймгийн хүн амын дунд мэдрэлийн удамшлын Шарко-Мари-Тут өвчин (хамшинж) маш өндөр тархацтай «нутагшмал» байдалтай байна. Тархалтын түвшин урьдчилсан байдлаар 100.000 хүн амд 48.3 (эр-49.3, эм-47.2) давтамжтай байна.

2. Илэрсэн бүх 47 өвчтөн (эр-24, эм-23) удамзүйн хувьд 3 гэр бүлээс гаралтай гэж үзэхээр боловч уг чанартай гарлаараа1 гэр бүл бололтой. Удамших хэвшинж нь аутосом-доминант хэвшинжтэй байна. Эмнэлзүйн хэвшинжийн хувьд электронейромиографийн шинжилгээгээр ШМТ2D хэвшинж давамгайлж байж болох талтай байна. Үүний зэрэгцээгээр заримд нь нугасны дисталь-амиотрофи, ШМТ-2D хэвшинж дээрх өвчтэй гэр бүл дотор илэрч байна.
3. Өвчиний эмнэл зүй нь хөлний тавхай, шилбэний булчингийн хатингаршил, хүч сурал, өвдөг, борвины рефлексийн сурал, мөчүүдийн дисталь хэсэгт гипостези илрэх шинжүүд зонхицж байна. Үүний зэрэгцээгээр гарын сарвууны булчинд хатингаршил үүсэх нь нийт өвчтөний тал орчим хувьд нь илэрч байна. Энэ нь ялангуяа нугасны удамшлын дисталь амиотрофийн илрэлтэй өвчтнүүдэд эхэлж илэрдэг онцлогтой байж болох байна.
4. Архангай аймагт мэдрэлийн удамшлын Шарко-Мари-Тут хамшинжийн тархалтын төвшин дэлхийд хамгийн өндөр тархацтай орнуудын хүрээнд хамаарч хурдан дэлгэрч, улмаар улсын бусад аймаг, хотуудын нийт хүн ам дотор түгж эхлээд байна.
5. Архангай аймагт мэдрэлийн удамшлын энэхүү өвчиний тархалтыг сааруулах, урьдчилан сэргийлэх арга хэмжээг хэрэгжүүлэх асуудлыг төрийн бодлогын төвшинд яаралтай авч үзвэл зохицстой.
6. Архангай аймгийн хүн амын дунд мэдрэлийн удамшлын өвчиний эпидемиологийн судалгааг ойрын хугацаанд өндөр түвшинд явуулж нарийвчилсан дүгнэлт гаргах шаардлагатай байна.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Баасанжав Д. Дорнод, Сэлэнгэ аймгийн хүн амын дунд мэдрэлийн удамшлын зарим өвчиний тархалт, нас хүйсийн онцлог //ЭШ-ний ажлын тайлан, 2003.
2. Батчулуун Ш. Удамшлын мэдрэл булчингийн өвчиний тархацын асуудал // «Анагаах ухаан, эрүүлийг хамгаалах, нийгэм хангамжийн тулгамдсан асуудлууд » онол – практикийн бага хурлын илтгэлүүдийн хураангуй, 1990, x.3-54
3. Маркова Е.Д., Магжанов Р.В. Распространенность наследственных заболеваний нервной системы в различных популяциях (обзор) //Жур. Невропат и псих. им С.С. Корсакова, 1990, в 9, с.113-119
4. Хоменко Е.И. Распространение и клинический полиморфизм невральной амиотрофии Шарко-Мари-Тут в Амурской области // Жур. Невропат и псих. им С.С. Корсакова, 1982, 11, с.22-26 (1622-1626)

5. Antony A, Amato MD, Daniel, Dimitru PhD. Hereditary neuropathies//Hereditary neuropathies, 2003, p.899-930
6. Dyck P.J, Lambert E.H., Lower motor and primary sensory neuron diseases with peroneal muscular atrophy 1. Neurologic, genetic and electrophysiologic findings in hereditary polyneuropathies // Arc.Neurol.1968.18. 603-678; (619-625)
7. Nyamkhishig S., Sivakumar K., Goldfarb L., Baasanjav D. et.al, Autosomal dominant distal spinal muscular atrophy type V (DSMA-V) and Charcot-Marie-Tooth disease type 2D (CMT-2D) segregate within a single large kindred and map to refined region on chromosome 7p15. // Journal of the neurological sciences, 161 (1991), 23-28
8. Pouget J., In teaching course: neuromuscular disorders Charcot-Marie-Tooth disease: From phenotype to genotype //8th congress of the European Federation of neurological societies. Paris, September 4-7, 004.
9. Skre H., // clin genet., 1974, 6: 98-118

*Танилцааж, нийтлэх санал өгсөн:
Анагаах ухааны доктор, профессор
Г.Цагаанхүү*

ЗҮРХНИЙ ИШЕМИ ӨВЧИН БА ЦӨС ЧУЛУУЖИХ ӨВЧНИЙ ЭМНЭЛЗҮЙ, ҮЙЛ АЖИЛЛАГААНЫ ХОЛБОО

C. Буянт

Анагаах Ухааны Их Сургууль, Эрхүү, ОХУ

Судалгааны ажлын үндэслэл, ач холбогдол. Зүрхний ишеми өвчин ба цөс чулуужих өвчин хавсран тохиолдох нь элбэг. Энэ нь тохиолдлын чанартай биш бөгөөд, зүрхний ишеми өвчтэй (ЗИӨ) хүмүүст цөс чулуужих өвчин (ЦЧӨ) 16%д, ЗИӨ-гүй хүмүүст 4.5% тохиолдож байжээ (Mendez-Sanchez N et al, 2005). Сибирийн бус нутгийн ЗИӨ хүмүүст ЦЧӨ нь зүрхний эмгэг өөрчлөлтгүй хүмүүсийнхээс 2.4 дахин илүү тохиолдож байжээ (Решетников О.В. ба бусад., 2004).

Үүнийг ганцхан энэхүү өвчиний үүсэх хүчин зүйл ойролцоо (өндөр нас, таргалалт, дислипидеми), байдагтай холбон тайлбарлаж болохгүй бөгөөд, дээрх хүчин зүйлийг арилгасны дараа ч ЗИӨ эрдэл өндөр, 2.8 дахин их байсаар байсан байна (Mendez-Sanchez N et al, 2005). Нөгөө талаас ЦЧӨ- тэй 50-аас дээш насны хүмүүст гол судасны атеросклерозын шинж тэмдэг 86% хүртэл илэрсэн (Гусева С.Н., 2001).

ЗИӨ элэг, цөсний эмгэгтэй хавсарсан тохиолдлыг эртнээс тэмдэглэсэн байна. Жишээ нь, хоолыг хэтрүүлэн хэрэглэх нь гиперсимпатик болон вагус мэдрэлийн рефлексийн улмаас үүссэн судас агших хэлбэрийн стенокарди болон өвдөх шинж тэмдэггүй цөс чулуужих өвчиний нөхцөлүүлдэг болохыг судалгаагаар тогтоосон. (Del Regno F, Del Grosso V., 1976). Мөн цөсний хүүдийн өвчиний үед зүрхний цахилгаан бичлэгээр зүрхний булчингийн цусан хангамжийн дутагдлын шинж тэмдгүүд илэрч байсан. (Petrovich LJ, 1981). Энэхүү өөрчлөлтуүд нь гол төлөв зүрхний цусан хангамж дутмагшилтай өвчтөнүүдэд ажиглагдаж байжээ. (Krasna MJ, Flancbaum L., 1986).

Цөсний хүүдийг авсаны дараа зүрхний цусан хангамж дутмагшилийн үндсэн шинж тэмдэг болон, зүрхний цахилгаан бичлэгээр гарах хам шинж алга болж байгаа нь энэ хоёр өвчиний холбоотойг баталж өгч байна. (Del Regno F, Del Grosso V., 1976; Petrovich LJ, 1981).

Үүнээс гадна өвчиний ийм хавсарсан хэлбэр нь ЗИӨ болон цөс ялгаруулах замын өвчиний эмчилгээний үр дүн, ялангуяа цөс авах хагалгаанд ихээхэн саад учруулдаг байна (Гусева С.Н. ба бусад, 2001, Филижанко В.Н. ба бусад, 2000).

ЗИӨ ба ЦЧӨ мэс заслын эмчилгээний онцлогийн талаар хангалттай сайн судлагдсан бол (Гусева С.Н. ба бусад., 2001), дээрх хавсарсан тохиолдлын үеийн онцлог, эмийн эмчилгээний талаар судалгаа бага байна. Судас тэлэгч эмүүд цөс ялгаруулах замд хэрхэн нөлөөлдөг талаар хийгдсэн судалгаа цөөн бөгөөд, голдуу зүрхний эмгэг өөрчлөлтгүй хүмүүст хийгдэж байсан (Madacsy L ба бусад, 2002; Guelrud M ба бусад ., 1988).

Судас тэлэгч эмийн бэлдмэлүүдийн цөсний хүүдийн үйл ажиллагаанд үзүүлэх нөлөөг судлах нь ихээхэн сонирхол татаж байгаа ба шинжилгээний үр дүн нь янз бүр байж (ээрэг ба сөрөг) болно. Судас тэлэгч эмийн бэлдмэлүүдийн цөсний хүүдийн үйл ажиллагаанд үзүүлэх нөлөө, онцлогийг судалснаар хавсарсан эмгэгийн үе дэх зүрхний ишемийн эмчилгээг сайжруулах юм.

Судалгааны ажлын зорилго. ЗИӨ ба ЦЧӨ хавсарсан эмгэгийн үеийн онцлог, цөсний хүүдийн үйл ажиллагаанд судас тэлэгч эмийн үзүүлэх нөлөөг судалж, эмчилгээг боловсронгуй болгох.

Судалгааны ажлын материал, арга зүй. Өвчтөний тоо: Бүх өвчтөн 93; үүнээс эрэгтэй 39, эмэгтэй 54. Нийт өвчтөний 62 нь монгол, 31 нь орос үндэстэн. Нийт өвчтөний 28.7% -ийг ЦЧӨ хүн

эзэлж байгаа (93-аас 25 хүн).

ЗИӨ-тэй 75 хүн. Оношийг баталгаажуулахаар 9 хүнд ачаалалтай электрокардиографийн стресс-тест, холтер мониторинг 8 хүнд хийсэн. Үүнээс зөвхөн ачааллын стенокардитай хүмүүсийг сонгож авсан. Тухайлбал:

- стенокарди 1- функциональный класс (ФК)-18 хүн
- 2-ФК – 31 хүн
- 3-ФК - 27 хүн байсан. Дундаж нас 61.1 ± 1.19 (95%)

Материал болон аргачлал. ЗИӨ болон ЦЧӨ хавсарсан эмгэгтэй өвчтөнд өглөө өлөн хоол идэхгүй 8-10 цаг болсон, цөсний хүүдийг сайн дүүрсэн үед нь 0.5 мг нитроглицерин уулгаж, 5 минутын зйтай, 90 мин турш цөсний хүүдийг хэмжиж, эзэлхүүнийг гаргасан. Цөсний хүүдийг хэт авиан оношлогоны уламжлалт аргаар хэмжиж, эзэлхүүнийг $V = 0.523^*$ $a * b^*$ с томъёогоор олсон (цөсний хүүдийн: a – урт, b – өргөн, c – хөндлөн хэмжээ). Цөсний хүүдийг хэмжихдээ хүзүү орчмоос ёроол хүртэлх хамгийн урт хэмжээг дагуу болон хөндлөн огтлоо (диапозоны хэлбэлзэл 60-100 мм), өргөнийг ташуу болон хөндлөн огтлоо хэмжсэн (Хэвийн хэмжээ нь 30 мм-ээс ихгүй).

Шинжилгээний өмнө өвчтөнд Певзнерийнхээр №5 хоол өгч, гэдсэнд хий их үүсгэдэг бүтээгдэхүүн болох жимс, жимсгэнэ, хар талх болон сүүн бүтээгдэхүүн, ургамлын гаралтай жүүсийг 1-2 хоногийн өмнөөс хасах дэглэм баримталсан.

Хэлбэлзлийн шугаман хамаарлыг Спирмены хамаарлын коэффициентоор, өөрчлөлтийг Манна-Уитнийн U-шалгуураар дүгнэсэн. Давтамжийг сопряженности ба критерия №2-ийн хүснэгтээр харьцуулсан. Гарсан бүх үзүүлэлтийн дунг нэгтгэн "Statistica 6.0" программын тусламжтайгаар боловсруулсан.

Судалгааны үр дүн. хэлцэмж. ЗИӨ эмнэлзүй, лабораторийн онцлог. Стенокардийн хэлбэрээс хамаарч, стенокарди 3 ФК-ийн өвчтөнүүд 1 ФК-ийн өвчтөнүүдийг бодвол өндөр настай (+12 жил, $p < 0.00001$), хугацаа урт (+4.3 жил, $p=0.004$) мөн зүрхний ишемийн сэдрэлтийн улмаас эмнэлэгт олон хэвтсэн (+1.4 жил, $p=0.00007$), цөсний хүүдийн өвдөлтийн улмаас эмнэлэгт хэвтэх нь илүү олон (2.4 дахин их), цөсний хүүдийн хана зузаарсан (+0.6 мм, $p=0.02$), АЛаT (-12 ед/л, $p=0.006$), АСаT (-20 ед/л, $p=0.0005$), ГГТП (-18 ед/л, $p=0.00001$) -ийн хэмжээ харьцангуй бага байсан. Гэтэл билирубин (+6.4 мкмоль/л, $p=0.002$) ба ЩФ (+23 мкмоль/л, $p=0.0002$)-ийн хэмжээ өндөр байсан. Үүнээс гадна хүнд хэлбэрийн стенокардийн үед бага нягттай липопротеид (БНЛП) (+1.2 мкмоль/л, $p=0.0000013$) их, их нягттай липопротеид (ИНЛП) бага байлаа (-0.53 мкмоль/л, $p=0.002$).

Бидний судалгаагаар билирубиний хэмжээ хөнгөн үеийн стенокардийн үеэс хүнд хэлбэрийн стенокардийн үед илүү их гарсан. Иймэрхүү дүгнэлт бусад судалгаанд тааралдаагүй. Харин

хүнд хэлбэрийн стенокардийн үед антиоксидант системийн хамгаалалт идэвхиждэгтэй холбоотой билирубиний хэмжээ ихэсдэг гэж зарим судлаачид дүгнэсэн байна (Breimer LH, 1995; Hunt SC, 2001).

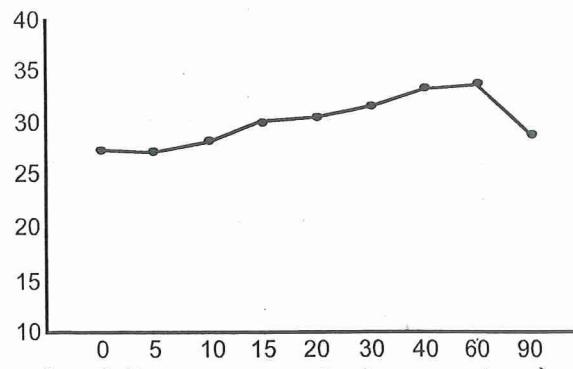
Цэс чулуужих өвчний эмнэлзүй, лабораторийн онцлог. ЦЧӨ нь стенокардийн урт хугацааны эмчилгээтэй хавсарч (+2.1 жил, $p=0.04$) байгаа нь өвчтөнүүд илүү өндөр настай байгаатай холбоотой, мөн хавсарсан стенокардитай өвчтөн эмнэлэгт олон удаа хэвтэж байна (+0.4 жил, $p=0.047$).

ЦЧӨ үед цөсний хүүдийн хана илүү зузаан, хэмжээ томорсон (+0.9 мм, $p=0.020$), УЦТХ ихэссэн (+3.8 мм/ч, $p=0.010$), ИНЛП хэмжээ илүү багассан байгаа нь архаг холециститийн давтамж өндөр, цөсний хүүдийн булчингийн хүчдэл багассаныг харуулж байна.

Монгол болон орос үндэстэнд, ЗИӨ болон ЦЧӨ хавсарсан эмгэгийн эмнэлзүй, лабораторийн онцлог анхаарал татаж байна. Хэдийгээр өвчтөний тоо, насны зөрөөтэй байсан нь дүгнэлт хийхэд хангалтгүй боловч бүлгүүдийн дунд харьцуулалт хийж үзэхэд монгол хүмүүсийн нас харьцангуй залуу бөгөөд цөсний өвдөлтийн өгүүлэлмж харьцангуй цөөн байхад цөсний хүүдийн хана илүү зузаан байлаа.

ЦЧӨ давтамж монголчуудад бага байсан (38.7%-ийн эсрэг 21%) боловч, энэхүү зөрөө нь статистик магадлал хүрээгүй нь өвчтөний тоо харьцангуй бага байсантай холбоотой байх талтай. Энд Сибирийн бүсийн монголчуудад хийсэн судалгаагаар ЦЧӨ давтамж суурин иргэдэд бага-3.1%, шилжин ирэгсдэд 8.9% тохиолдож байсан, мөн эмэгтэйчүүдэд (4.3%), эрчүүдэд (0.9%) илүү давамгайлж байсан гэсэн судалгаатай (Цуканов В.В., 2001) ойролцоо байна.

Нитроглицеринтэй хийсэн тест. Нитроглицерин нь бүлчин супруулах үйлчилгээтэй. Билиарны цочмог өвдөлтийн үед цөсний хүүдийн хүзүүний агшилтыг тавиулаад хэрэглэгддэг. Нитроглицеринтэй хийсэн сорилын явцад цөсний хүүдийн эзэлхүүний дундаж үзүүлэлт эхний 5 минутад ямар нэг урвал үзүүлээгүй, 40-60 минутад эзэлхүүн аажим ихсэж, 90 минут гэхэд анхны хэмжээнд эргэж хүрсэн байлаа (Зураг1).



Зураг1. Нитроглицеринтэй хийсэн тестийн үе дэх цөсний хүүдийн эзэлхүүн.
У тэнхлэгийн дагуу-цөсний хүүдийн эзэлхүүн, мл
Х тэнхлэг-хугацаа, мин.

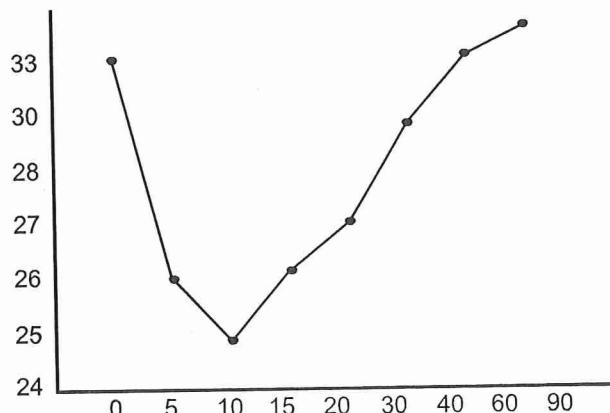
Цөсний хүүдийд нитроглициериний үзүүлсэн нөлөө нь стенокарди болон стенокардигүй өвчтөнд адилхан байсан (Хүснэгт 1).

Хүснэгт 1. Нитроглициерин ЗИӨ хамааран цөсний хүүдийд үзүүлэх урвалын хэлбэр

Урвалын хэлбэр	ЗИӨвчтэй n=65	ЗИӨвчингүй n=9	χ^2	p
Өргөссөн	5	0	0.9	>0.05
Аяга хэлбэрийн	18	4	0.3	>0.05
Ялгарал байхгүй	34	5	0.3	>0.05
Бөмбөгөр маягийн	8	0	1.6	>0.05

Сорилын явцад нитроглициерин цөсний хүүдийд харилцан адилгүй урвал үзүүлж байсан. Бидний тодорхойлсноор 4 янзын хэлбэр илрсэн. Үүнд:

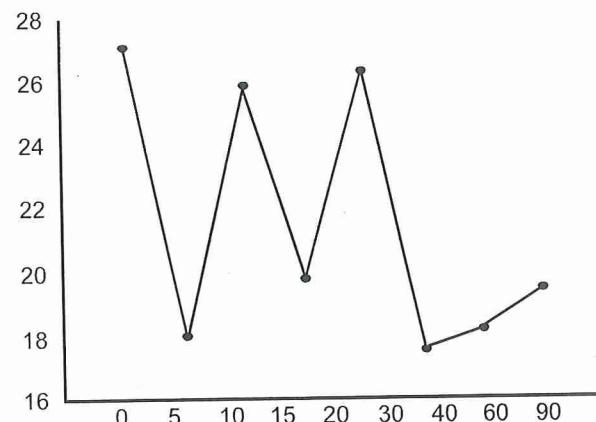
Аяга хэлбэрийн тохиолдолд цөсний хүүдийн эзэлхүүн эхний 10 минутад багасаж, цаашид бага багаар ихсэн, 60 минутад анхны эзэлхүүнээсээ давж байна. Эхний үед цөсний хүүдийн эзэлхүүн багасах нь цөсний хүүдийн хүзүү болон Оддигийн сфинктер суларч цөс ялгарсантай холбон тайлбарлаж болно. Дараа нь цөсний хүүдийн хананы булчин суларч байгаатай холбоотой цөсний хүүдийн эзэлхүүн ихсэж байна.



Зураг 2. Аяга хэлбэрийн урвал.

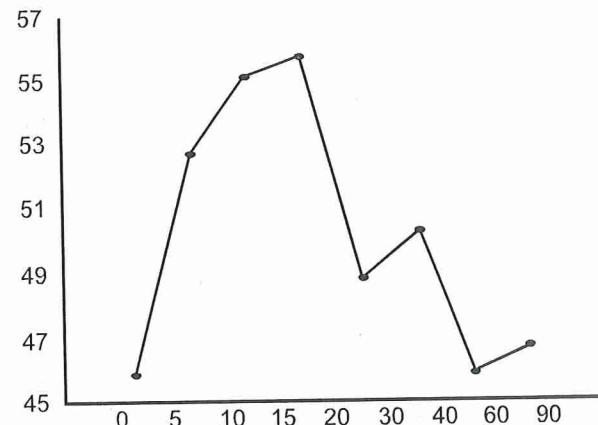
Утэнхлэгийн дагуу – Цөсний хүүдийн эзэлхүүн, мл
Х тэнхлэгийн дагуу – цаг, мин.

Мөн 41%-д нь цөсний хүүдийн хэмжээ харилцан адилгүй өөрчлөгджээ байсан. Энэ урвалыг өөрчлөлт багатай урвал гэж үзсэн. Энэ нь нитроглициерин цөсний хүүдий болон сфинктерт харилцан адилгүй үйлчилгээ үзүүлж байгаатай холбоотой (Зураг 3).



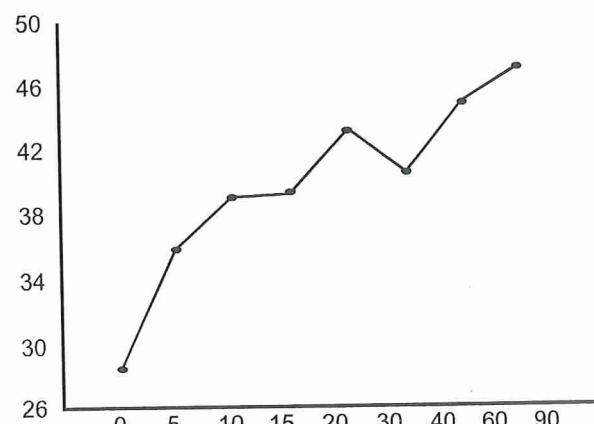
Зураг 3. Өөрчлөлт багатай хэлбэр

Утэнхлэгийн дагуу – Цөсний хүүдийн эзэлхүүн, мл,
Х тэнхлэгийн дагуу – цаг, мин



Зураг 4. Бөмбөлөг хэлбэрийн урвал

Утэнхлэгийн дагуу – Цөсний хүүдийн эзэлхүүн, мл
Х тэнхлэгийн дагуу – цаг, мин



Зураг 5. Өргөссөн хэлбэр

Утэнхлэгийн дагуу – Цөсний хүүдийн эзэлхүүн, мл
Х тэнхлэгийн дагуу – цаг, мин

Урд нь хийгдэж байсан судалгаануудад үндсэндээ цөсний хүүдийн эзэлхүүн ихсэх болон хоолны дараа 5-40 минутын хугацаанд цөс ялгаруулах үйл явц удааширсан интеграль үзүүлэлтүүдийг голлонсудалжбайлаа.(Acalovschi M et al, 1999; Greaves R et al, 1998). Нитроглициеринтэй хийсэн илүү дэлгэрэнгүй сорилоор цөсний хүүдийд үзүүлэх урвал нь харьцангуй олон янз бөгөөд цаашид нэмэлт судалгаа хийх хэрэгтэйг харуулж байна.

Дүгнэлт:

- ЗИӨ хүнд хэлбэр нь ЦЧӨ-ний өвдөлтийн улмаас эмнэлэгт олон дахин хэвтэх, цөсний хүүдийн чулуу, цөсний хүүдийн хананы зузааралтай шууд хамааралтай байна.
- ЗИӨ хүнд хэлбэрийн үед (ялангуяа ЗФК үед) БНЛП хэмжээ нэмэгдэж, ИНЛП багасч байна. Харин ЩФ, билирубиний цусан дах хэмжээ ихэсч, трансаминааз, ГТТП хэмжээ багасч байна.
- ЗИӨ, ЦЧӨ эмгэгтэй хавсарсан үед, судас тэлэгч эмийг өвчний хэлбэр, цөс ялгаруулах үйл ажиллагааны онцлогт тохируулан хэрэглэх шаардлагатай.

Ном зүй

- Джавадян А.М., Галицкий А.В. Стенокардия у пациентов с обтурацией шейки желчного пузыря // Советская медицина. - 1968.- 3. - С.69-75.
- Acalovschi M., Spirchez Z., Hamoudi W.T. Gallbladder hyporesponsiveness to an exogenous nitric oxide donor, glyceryl trinitrate, in patients with advanced liver cirrhosis // Am. J. Gastroenterol. - 1999. - Vol. 94. - P.3005-3009.
- Del Regno F., Del Grosso V. Stenocardia caused by gallbladder disease. Physiopathological and clinical findings//Minerva Med. - 1976. - Vol. 67. - P.4203-4214.
- Diehl A.K., Haffner S.M., Hazuda H.P., Stern M.P. Coronary risk factors and clinical gallbladder disease: an approach to the prevention of gallstones? // Am. J. Public. Health.—1987. -Vol. 77. -P. 841-845.
- Dickerman J.L. Gallbladder disease and coronary artery disease: is there a link? // J. Am. Osteopath. Assoc.—1991. -Vol.91.-P.359-361.
- French A. B. Gallbladder disease and angina pectoris // Ann. Intern. Med. - 1992. - Vol. 116. - P.218-220.
- Gallbladder disease as a side effect of drugs influencing lipid metabolism. Experience in the Coronary Drug Project // N. Engl. J. Med.- 1977. -Vol. 296. - P. 1185-1190.
- Greaves R., Miller J. O'Donnell L., et al. Effect of the nitric oxide donor, glyceryl trinitrate, on human gall bladder motility // Gut. - 1998. - Vol. 42. - P.410-413.

- Hamankiewicz M., Kucio C., Czapla J., Wojcik P. The effect of long-term administration of isosorbide 5-mononitrate (Mononit), nitric oxide donor, on gallbladder emptying in patients with chronic stable angina. // Wiad Lek.,-2001. -Vol. 54. -P.137-142.
- Hassel B. Treatment of biliary colic with nitroglycerin // Lancet. - 1993. - Vol. 342. - P1305.
- Katevuo K., Kanto J. The effect of sublingually administered nitroglycerin on the contraction of the human gallbladder // Int. J. Clin. Pharmacol. Biopharm. - 1978. - Vol. 16. -P.437-439.
- Kono S., Ichimiya H., Tokudome S., et al. Type of gallstones and deaths from stroke and coronary heart disease among cholecystectomized patients // Int. J. Epidemiol.—1988.—Vol. 17.-P.82-85.
- Krasna M.J., Flancbaum L. Electrocardiographic changes in cardiac patients with acute gallbladder disease // Am. Surg. -1986.-Vol. 52.-P.541-543.
- Krishnamurthy G.T., Brown P.H. Comparison of fatty meal and intravenous cholecystokinin infusion for gallbladder ejection fraction // J. Nucl. Med. - 2002. -Vol. 43. -P.1603-1610.
- Lock G., Kammerl M., Schlottmann K., et al. Gallbladder motility in healthy volunteers.-P. effects of age, gender, body mass index, and hair color. // Hepatogastroenterology. — 2003. -Vol. 50. - P.1232-1235.
- Madacsy L., Velosy B., Szepes A., et al. Effect of nitric oxide on gallbladder motility in patients with acalculous biliary pain: a cholescintigraphic study. // Dig. Dis. Sci. — 2002. — Vol. 47.-P. 1975-1981.
- Petrovich L.J., Adyanthaya A.V., Smith G.B., et al. Ischemic electrocardiographic pattern secondary to gallbladder disease: Evaluation of possible mechanisms// Cardiovasc. Dis. - 1981.-Vol. 8.- P.56-64.
- Pi-Sunyer F.X. The obesity epidemic: pathophysiology and consequences of obesity // Obes. Res. — 2002. — Vol. 10. — Suppl2.-P.97S-104S.
- Saito A., Shirai Y., Ohzeki H., et al. Acute acalculous cholecystitis after cardiovascular surgery // Surg. Today. — 1997. -Vol. 27.-P.907-909.
- Sekiguchi M., Murayama T. Relationship between symptoms of ischemic heart disease and upper abdominal digestive organ disease // J. Anesth. - 2004. - Vol. 18. - P.234-235.

*Танилцажс, нийтлэх санал өгсөн:
Академич Б.Цэрэндаш*

ТИТЭМ СУДАСНЫ НАРИЙСЛЫГ СУДСАН ДОТУУРХ АРГААР ОНОШЛОН ЭМЧИЛСЭН ҮР ДҮН

Д.Цэгээнжав, З.Лхагвасурэн, Ц.Дамдинсүрэн
Анагаах ухааны хүрээлэн, П.Н.Шастинь
нэрэмжит Клиникийн төв эмнэлэг

Зүрхний ишеми өвчнийг (ЗИӨ) эмийн эмчилгээгээр эмчлэхээс гадна судсан дотуурх аргаар титэм судсыг тэлж стент тавих, мэс засал хийх үндсэн гурван аргаар эмчилгээ хийгдэж байгаагаас сүүлийн үед стент тавих эмчилгээ эрчимтэй хөгжжэй байна.

Анх 1964 онд C.T.Dotter., M.R.Judkins нар нарийссан судасны дотуур баллон тэлэлт хийж, дахин нарийсахаас сэргийлж тэр хэсэгт нь стент суулгах боломжийн тухай санал дэвшүүлсэн. /3.12./. 1986 онд Швейцарын эмч U.Sigwart бусад нөхдийн хамт титмийн arterийн (ТА) нарийссан хэсгийг тэлсэний дараа өөрөө нээгдэх «Wallstent» тавьсан нь ЗИӨ-ий эмчилгээнд шинэ үеийг нээсэн. /1.8./. Үүний өмнө 1977 онд A.Gruntzig нохойн ТА-ийг судсан дотуурх аргаар тэлж, жилийн дараа хүн дээр амжилттай хийсэн /3/ түүхтэй.

Өнөөдөр дэлхий дээр жил бүр ойролцоогоор 2 сая хүнд /4/ титэм судсан дотуурх ажилбар хийгдэж байгаагийн дотор Америк, Англи, Германи, Франц, болон Голландад жил бүр 90-800 мяняган хүнд коронараниопластик болон стент тавих ажилбар хийгдэж ойрын үр дүн 99.7%, алсын үр дүн 73.8% /15/ байгаа нь стентийн үр дүн сайн байгааг харуулж байна. Ийм ч учраас ТА-ийн судсан дотуурх эмчилгээний үр дүн уламжлалт мэс заслын үр дүнтэй ойролцоо буюу түүнээс өндөр байгаа нь дэлхийн олон оронд энэ аргыг өргөн хэрэглэх сонирхолыг бий болгож байна.

Манай оронд анх 2000 оноос эхлэн Францын эмч мэргэжилтнүүдийн тусламжтайгаар өнөөдөр зуу гаруй өвчтөнд энэ эмчилгээг амжилттай хийж байгаа нь манай орны зүрх судлал, зүрхний мэс заслын салбарт түүхэн шинэ үеийг нээж байгаа билээ. Цаашид эмчилгээний энэ чиглэлийг амжилттай хэрэгжүүлэх зорилгоор энэхүү судалгааны ажлын үр дүнг танилцуулж байгаа юм.

Судалгааны ажлын зорилго.

1. Титэм судасны атеросклероз титмийн ямар судсанда илүү тохиолдож байгааг тогтоох
2. Стент тавьж эмчилсэн тохиолдлын эрт болон хожуу үеийн үр дүнг судлах

Судалгааны ажлын арга зүй. Судалгаанд стенокардын эмнэлзүйн шинжийг үйл ажиллагааны Канадын ангилалын дагуу, зүрхний булчингийн ишемийн өөрчлөлтийг зүрхний цахилгаан бичлэг /ЗЦБ/-ээр, зурхний булчингийн агших чадварын зарим /ФВ/ үзүүлэлтийг ЭхоКГ-ийн шинжилгээгээр, титэм судасны нарийслыг зэргийг сонгомол коронарографийн /КГ/ шинжилгээгээр /Ю.С.Петросян, Л.С.Зингерманы ангилалыг /1975/ ашигласан/ тогтоосон бөгөөд КГ-ийн шинжилгээнд өвчтөн сонгоходоо „КГ-ийн шинжилгээнд өвчтөн сонгох аргачилсан зөвлөмжк., /Д.Цэгээнжав 1989/-ийг мөрдлөг болгосон ба судсан дотуурх аргаар титэм судасны нарийслыг тэлэх, стент тавих ажилбар хийхдээ олон улсад жишиг болгон баримталдаг аргачлалыг баримталсан болно. Стентийн дараах үр дүнг эмнэлзүйн шинж болох стенокардын өвдөлт арилсан буюу эрс багассан, ЗЦБ-т R шүдний далайц ихсэж, ST сегментийн хазайлт бууж хэвийн байдалд орох, ФВ нэмэгдсэн, тухайн өвчтний амьдралын чанар сайжирсан зэрэг үзүүлэлтээр дүгнэв.

Судалгааны ажлын хэмжээ. КГ-ийн шинжилгээгээр титэм судасны атеросклероз өөрчлөлт бүхий нийт 125 тохиолдолд судсан дотуурх аргаар титэм судасны цусны урсгалыг нөхөн сэргээх ажилбар хийсний дотор 114 тохиолдолд шууд стент тавих, 11 тохиолдолд стент тавихгүйгээр нарийссан хэсэгт зөвхөн баллон тэлэлт хийсэн бөгөөд судалгаанд эдгээр тохиолдлыг хамруулаагүй болно.

КГ-ийн шинжилгээ хийлгэж, аль нэг титмийн arterийн өөрчлөлттэй гарсан 37-79 наасны /дундаж нас 55.08 ± 1.23 , эрэгтэй 102 /89.47%, эмэгтэй 12 /10.53%/ нийт 114 өвчтөнд судсан дотуурх аргаар титэм судасны цусны урсгалыг нөхөн сэргээх эмчилгээ хийж, үр дүнд ажиглалт хийв.

Судалгаанд хамрагдсан тохиолдлын дунд тогтвортой хэлбэрийн стенокарди 85.96%, тогтвортой хэлбэр стенокарди 14.03% байсан ба өмнө нь зүрхний шигдэсээр /ЗШ/ өвдсэн тохиолдол 70.17%, гипертони 43.85%, чихрийн шижин 7.02%, захын arterийн судасны хатуурал 7.89% тохиолдов. (хүснэгт 1) Бүх тохиолдлын 69.35% нь стенокардын III ба IV зэрэгт хамаарагдаж байна. ЭхоКГ-ийн шинжилгээгээр ФВ дундажаар $47.5 \pm 1.27\%$ /хэлбэлзэл 60-32/ болж буурсан байлаа. Үүнийг титэм судасны өөрчлөлт илрээгүй бүлэгтэй / 58.82 ± 1.31 / харьцуулахад даруй 11-ээр бага буюу $P < 0.001$ байгаа юм.

Хүснэгт 1. Судалгаанд хамрагдсан тохиолдлын төлөв байдал

Ерөнхий шинж	Ангиопластик Стент N %
Нас	55.08±1.23
Зүрхний шигдээсээр өвдсэн	80 /70.17/
Тогтвортой хэлбэрийн бах	98 /85.96/
Тогтвортой хэлбэрийн бах	16/14.03/
Тамхи	81 /71.02/
Гипертони	51 /43.85/
Артерийн захын судасны хатуурал	9/7.89/
Диабет	8/7.02/
Зүүн ховдлын ФВ	47.5±1.27*
Үйл ажиллагааны III.IV	43 /69.35/
Нийт тохиолдлын дунд:	
Титмийн 1 судасны өөрчлөлт	44 /38.6/
Титмийн 2 судасны өөрчлөлт	40 /35.09/
Титмийн 3 судасны өөрчлөлт	27 /23.68/
Титмийн 4 судасны өөрчлөлт	3 /2.63/
Өөрчлөгдсөн судасны тоо	217 судас (нэг хүнд 1.9±0.09)

Судалгааны ажлын үр дүн. Судсан дотуурх эмчилгээ хийгдсэн 114 тохиолдлын 77.42% нь ЗТА-ийн ХХУС-ы, 64.52% нь БТА-ийн, 25.81% нь ЗТА-ийн ТС-ы, 12.9% нь ЗТА-ийн ДС-ы өөрчлөлттэй байсан бөгөөд дээрх тохиолдолд титмийн нийт 217 судасны өөрчлөлт илэрч нэг өвтөн дундажаар 1.9 судасны өөрчлөлттэй байгаа нь тогтоогдсон юм. Стент тавиулсан 114 тохиолдлын 44 нь (38.6%) нэг титмийн артерийн, 40 (35.09%) нь хоёр титмийн артерийн, 27 (23.68%) гурван титмийн артерийн өөрчлөлттэй, 3 тохиолдол буюу 2.63% нь титмийн 4 артерийн өөрчлөлттэй байсан бөгөөд олонхи нь 73.69% нь титмийн 1-2 судасны өөрчлөлттэй

байлаа. Титмийн 2-иос дээш судасны өөрчлөлт 61.4% байгаа нь титмийн олон судасны өөрчлөлт цөөнгүй тохиолдож байгааг харуулж байна.

Титмийн атеросклероз бүхий 217 судасны дотроос ЗТА-ийн ХХУС-ы өөрчлөлт 41.09%, дараа нь БТА 29.49%, гуравдугаарт ЗТА-ийн ТС-ы өөрчлөлт 18.4%-ийг эзэлж, ЗТАБ, МС, ДС болон ХХАС-ы өөрчлөлт харьцангуй цөөн буюу 0.92-4.15%-ийг эзэлж байна. (хүснэгт-2). Энэ байдал нь титэм судасны атеросклероз ЗТА-ийн ХХУС, БТА болон ЗТА-ийн ТС-д титмийн бусад артериас илүү тохиолдож байгаа нь ажиглагдаж байна.

Хүснэгт 2. Стент тавьсан тохиолдлын титэм судасны нарийслын зэрэг

Титмийн артерийн үндсэн салаа	Титэм судасны нарийслын зэрэг				Бүгд
	< 50	51-74	75-99	Бөглөрөл	
ЗТАБ - LMA	..	3	2	..	5/2.3/
ХХУС - LAD	1	8	56	24	89/41.0/
ТС - Сх	2	8	23	7	40/18.43/
МС - MB	1	1	2/0.92/
ДС - DB	1	2	3	2	8/3.68/
БТА - RCA	5	6	39	14	64/29.49/
ХХАС - PDA	..	1	5	3	9/4.15/
Бүгд	9 /4.15/	28 /12.90/	129 /59.45/	51 /23.50/	217 /100.0/

Тайлбар: ЗТАБ зүүн титмийн артерийн багц ХХУС ховдол хоорондын урд салаа ТС тойрох салаа МС маргинал салаа ДС диагонал салаа

БТА баруун титмийн артери ХХАС ховдол хоорондын арын салаа Титэм судасны нарийслын зэргийг судлаж үзэхэд өөрчлөлттэй нийт судасны 59.45% нь титмийн 75-99%-ийн буюу III зэргийн нарийсалттай, 23.50% нь титмийн артери бүрэн бөглөрсөн буюу

IV зэргийн нарийсалттай байлаа. ХХУС-ы нийт өөрчлөлтийн 62.92%, БТА-ийн өөрчлөлтийн 60.93% нь III зэргийн нарийсалттай, өөрчлөлттэй нийт судасны 82.95% нь 75%-иас дээш нарийсалттай байгаа нь титмийн артерийн хүнд хэлбэрийн өөрчлөлттэй хүмүүс судсан дотуурх эмчилгээнд орсон байгаа нь харагдаж байна.

Түүнчлэн титмийн 1 судасны өөрчлөлтийн үед ФВ 52.52 ± 1.39 ; 2 судасных $49.48 \pm 1.38^*$, 3 судасных $43.52 \pm 1.93^*$ ($P < 0.001$) болж буурч байгаа нь титмийн олон судасны өөрчлөлттэй байх тутам агших чадварын үзүүлэлт буурдаг зүй тогтол ажиглагдаж байна.

Хүснэгт 3. Титэм судасны үндсэн салаануудад стент тавьсан байдал

Титмийн артерийн үндсэн салаа	Өөрчлөлттэй нийт судас		Үүнээс стент тавьсан нь	
	n	%	n	%
ЗТАБ	5	2.3	3	1.85
ХХУС	89	41.01	77	47.53
ТС	40	18.4	23	14.20
МС	2	0.92
ДС	8	3.69	3	1.85
БТА	64	29.49	55	33.95
ХХАС	9	4.15	1	0.62
	217	100.0	162	100.0

Титэм судсанд тавигдсан стентийг судас тус бүрээр авч үзвэл ЗТА-ийн ХХУС-д 77/45.53%, БТА-ийн үндсэн салаанд 55/33.95%, тойрох салаанд 23/14.20%, ЗТАБ, ДС-д тус бүр гурав, ХХАС-д нэг тохиолдолд тавьсан байна. Үүнээс үзэхэд ЗТА-ийн ХХУС болон БТА-ийн үндсэн салаанд хамгийн олон стент тавигдсан байна. Титэм судасны нарийссан хэсэг урт байгаа тохиолдолд хоёр стент дараалуулан тавих, титмийн нэг судсанд хоёр хэсэг газар нарийсалт илэрсэн нэхцэлд өөр хоорондоо зйтай хоёр стент тавих тохиолдол байлаа.

Стент тавиулсан 114 тохиолдлын 94 тохиолдолд буюу 82.46%-д титмийн нэг судсанд, 19 тохиолдолд буюу 16.67%-д титмийн хоёр судсанд, нэг тохиолдолд титмийн гурван судсанд стент тавигдсан байна. Стент ихэнх тохиолдолд титмийн нэг судсанд тавигдсан байгаа нь судсан

Дээр дурьдсан нийт 114 тохиолдолд нийт 162 стент тавигдсан бөгөөд нэг өвчтөнд дундажаар 1.4 стент тавигдсан байна. Бидний судалгаагаар стент тавиулсан 114 тохиолдлын дотор 5 стенттэй 1 тохиолдол (0.87%), 4 стент тавиулсан 2 тохиолдол (1.75%), гурван стент тавиулсан 7 (6.14%), хоёр стент тавиулсан 22 (19.3%), нэг стент тавиулсан 82 тохиолдол (71.93%) байгаагаас үзэхэд өвчтний олонхи нь нэг стент тавиулсан байна.

дотуурх ажилбарт гол төлөв титмийн нэг судасны өөрчлөлттэй тохиолдлыг сонгосонтой холбоотой. ЗТА-ийн ХХУС-ы өөрчлөлт бүхий 89 тохиолдлын 86.52% (77), БТА-ийн өөрчлөлт бүхий 64 судасны 87.94%, ТС-ы өөрчлөлт бүхий 42 судасны 54.76%-д стент тавьж цусны урсгалыг сэргээсэн байна. Үүнээс үзэхэд судсан дотуурх аргаар эмчлэхэд хамгийн тохиромжтой судас нь ЗТА-ийн ХХУС, БТА-ийн үндсэн салаа, ЗТА-ийн ТС гурав байлаа. Харин ДС болон ХХАС-д цөөн тохиолдолд стент тавигдсан нь нэг талаар эдгээр судсанд титмийн атеросклероз харьцангуй бага тохиолддог, нөгөө талаар тухайн титмийн артерийн диаметр 2 мм-ээс бага учраас тэлэлт хийж, стент тавихад төвөгтэй байдагтай холбоотой.

Хүснэгт 4. Титмийн ангиопластик хийж, стент тавьсан судас

Стент тавьсан судас	Титэм судасны урсгалыг нөхөн сэргээсэн хэлбэр	
	Стент тавьсан тохиолдол	хувь
Титмийн 1 судсанд	94	82.46
Титмийн 2 судсанд	19	16.67
Титмийн 3 судсанд	1	0.87
Бүгд	114	100.0

Судсан дотуурх мэс ажилбарын эрт үеийн хүндрэл болох шинжилгээний явцад зүрх чичирхийлэлд /фибрилляция/ орох, стент тавьсан даруй бөглөрөх хүндрэл тус бүр нэг, ЗШ-2 тохиолдолд илэрч эрт үеийн хүндрэл 3.5% байлаа. Хожуу үеийн хүндрэл болох ангиопластик хийх, стент тавьсанаас хойш нэг сараас цааш хугацаанд дахин нарийсах хүндрэл -9; зүрхний шигдээс -1, зүрх гэнэт зогсох хүндрэл -4 тохиолдолд гарч хожуу үеийн хүндрэл ажилбар хийлгэсэн нийт тохиолдлын 13.15%-ийг эзэлж байна. /Хүснэгт 6/. Үүнээс үзэхэд титэм судасны нарийслын үед хийгдэх судсан дотуурх мэс ажилбарын хожуу үеийн хүндрэл цөөнгүй тохиолдож байгаа нь ажиглагдаж байна.

Судсан дотуурх ажилбар хийгдсэн 114 тохиолдлоос 8 /7.02%/ өвчтөн нас барж, эмчилгээний үр дүн 92.98% байлаа. 38-79 наасны 7 эрэгтэй, нэг эмэгтэй нийт 8 тохиолдол нас барсаны, 6 нь өмнө нь зүрхний шигдээсээр өвдсөн, 4 тохиолдолд тогтвортгуй хэлбэрийн стенокарди илэрсэн, титмийн нийт 21 судасны өөрчлөлт илэрч, нэг өвчтөн дундажаар 2.6 судасны өөрчлөлттэй

байсан нь титмийн олон судасны өөрчлөлтийн үед нас барах аюул ихтэй байдгийг харуулж байна. Өөрчлөлт бүхий 21 судасны 71.43% нь 75-95%-ийн нарийсалттай, 19.05% нь бөглөрөлтэй буюу нийт судасны 90.48% нь 75%-иас дээш нарийсалттай байгаа нь титмийн олон судасны өөрчлөлт, хүнд хэлбэрийн нарийслын үед хүндрэл нас барагтанд нэлэөлж байгаа нь харагдаж байна. 8 өвчтний 12 судсанд стент тавьсаны дотор ХХУС-4, БТА-6, ЗТА-ийн ТС-д 2 стент тавигдсан ба 3 өвчтөнд 2-3 стент, 5 өвчтөнд тус бүр нэг стент тавигдсан байсан бөгөөд 4 тохиолдол гэнэт нас барж, 3 тохиолдол ЗШ-ээр, нэг тохилдол стент бөглөрсөнөөс титмийн дутагдлын улмаас нас барсан байна. Бидний ажиглалтаар нас барахад хавсарсан өвчний хүндрэл байгаагүй гэж үзсэн. Нэг тохиолдол ЗТА-ийн ХХУС-д стент тавьсанаас хойш 3 сарын дараа дахин нарийч бөглөрсөн учраас дахин баллон тэлэлт хийсэн боловч 10 сарын дараа титмийн дутагдлаар нас барсан, бусад тохиолдолд дахин КГ хийж амжаагүй.

Хүснэгт. 5 Судсан дотуурх мэс ажиллабарын хүндрэл

Эрт үеийн хүндрэл	4 /3.51%
• Ховдлын Фибрилляци	1
• Стент бөглөрөх	1
• Зүрхний шигдээс	2
Хожуу үеийн хүндрэл:	15 /13.15%
• Зүрхний шигдээс	1
• Зүрхний дутагдал	1
• Дахин нарийсах	9
• Зүрх гэнэт зогсох	4
Нас барагт	8 /7.02%

Хэлцэмж: Титэм судсан дотуур хийгдсэн ажилбарын ихэнх хувийг (91.2%) стент тавих ажилбар эзэлж байгаа нь зөвхөн тэлэлт хийж орхисон тохиолдолд тухайн судас дахин нарийсах магадлал их байдагтай холбоотой.

Судсан дотуурх мэс ажилбарын олонхи нь буюу 82.46% нь титмийн нэг судсандаа хийгдсэн байгаа нь нэг талаар титмийн нэг артерийн өөрчлөлттэй тохиолдол олон байсан, нөгөө талаар судсан дотуурх ажилбар хийх эхний үеүүдэд нэг судсандаа стент тавих чиглэл барьсантай холбоотой юм. Н.А.Новинкова /2002/-ын судалгаагаар судсан дотуурх титэм судасны ажилбарын 81%-ийг титмийн нэг судсандаа хийгдсэн байгаа нь бидний судалгаатай ойролцоо байгаа юм. Гэхдээ сүүлийн үед зүрхний булчингийн цусан хангамжийг аль болох бүрэн нөхөн сэргээх чиглэл баримтлах /2.3.11/ болсондой уялдан титмийн хоёр ба түүнээс дээш судсандаа стент тавих тохиолдол нэмэгдэх

болсон. Энэ нь бидний судалгаагаар стент тавьсан бүх тохиолдлын 17.5% нь титмийн 2-иос дээш судсандаа стент тавигдсанаас харагдаж байна.

Өөрчлөлт бүхий титмийн нийт 217 судасны 162 /74.65%/ судсандаа судсан дотуурх ажилбар хийгдсэн байдал нь үлдсэн өөрчлөлттэй 55 судсандаа буюу 25.35%-д судсан дотуурх ажилбар хийгдээгүй байдал харагдаж байгаа ба үүний шалтгаан нь өөрчлөлттэй нийт судасны 4.15% нь 50% хүрэхгүй нарийсалттай, 12.9% нь 51-74%-ийн нарийсалттай байсан, зарим тохиолдолд бөглөрсөн артерийг нээж онгойлгох боломжгүй байсантай холбоотой. Үүнээс үзэхэд өөрчлөлт бүхий титмийн артери бүрийг судсан дотуурх аргаар эмчлэх боломжгүй /1.2.8.16/ бөгөөд заримыг нь титэм судасны мэс заслаар (CABG) эмчлэх нь илүү үр дүнтэй /3.4.16./ гэж үздэг. Үүнээс үүдэн титмийн олон судасны өөрчлөлттэй тохиолдолд зүрхний булчингийн цусан хангамжийг бүрэн нөхөн сэргээх зорилгоор зарим

судсыг судсан дотуурх аргаар, зарим судсыг бичил мэс заслын (mini CABG) аргаар эмчлэх боломжтой юм. Титмийн олон судасны өөрчлөлттэй байгаа тохиолдолд бүгдийг нь судсан дотуурх аргаар нэгэн зэрэг онгойлгох боломжгүй учраас хамгийн их аюул учруулж байгаа судсыг нээж, тодорхой хугацааны дараа нөгөө судсыг нь нээж стент тавих зарчим баримталж болох бөгөөд энэ нь стент тавих үед болон түүний дараа гарч болох хүндрэлэс сэргийлэх ач холбогдолтой.

Бидний судалгаагаар ангиопластик хийж, стент тавих ажилбарын дараах эрт үеийн хүндрэл 3.5%, хожуу үеийн хүндрэл 13.15% байгаа нь бусад судлаачдынхтай /В.И.Ганюков 2002., эрт үеийн хүндрэл 0.3%, хожуу үеийн хүндрэл 26.2%/ харьцуулахад эрт үеийн хүндрэл их байгаа юм. Эрт үеийн хүндрэл нь өвчтний бэлтгэл, ажилбарын техникээс их хамаардаг учир энэ чиглэлд анхаарах хэрэгтэй юм.

Титэм судасны судсан дотуурх мэс ажилбарын үр дүн дэлхий нийтэд 85-95% /4.10./ байхад бидний судалгаагаар ойрын үр дүн 96.5%, алсын үр дүн 86.8% байгаа нь энэхүү эмчилгээний аргыг цаашид өөрийн оронд хөгжүүлэх бүрэн боломжтой гэж үзэж байна.

Дүгнэлт.

1. КГ-ийн шинжилгэээр ХХУС-ы өөрчлөлт 41.0%, БТА-29.5%, ЗТА-ийн ТС-ы өөрчлөлт 18.4% тохиолдож, атеросклероз зүүн титмийн артерийн судсанд илүү тохиолдож байна.
2. Судсан дотуур хийгдсэн мэс ажилбарын 47.5% ЗТА-ийн ХХУС-д, 34.6% БТА-ийн үндсэн судсанд, 14.2% нь ЗТА-ийн ТС-д хийгдсэн байгаа бөгөөд нийт ажилбарын 82.4% нь титмийн нэг судсанд хийгдэж байна.
3. Судсан дотуурх мэс ажилбарын эрт үеийн хүндрэл 3.2%, хожуу үеийн хүндрэл 14.9%, нас барагт 8.1% тохиолдож, эмчилгээний үр дүн 92.9% байгаа нь цаашид эмчилгээний энэ аргыг хөгжүүлэх боломжтой гэж үзэж байна.
4. Стент тавиулсан тохиолдлын нэг тохиолдол дундажаар 1.9 судасны өөрчлөлттэй, 61.4% нь титмийн хоёроос дээш судасны өөрчлөлттэй, 82.5% нь 75%-иас дээш нарийсалттай байгаа нь монголчуудын дунд титэм судасны атеросклероз хөнгөн хэлбэрээр явагддаггүйг харуулж байна.

Хэвлэлийн жагсаалт.

1. Алекян Б.Г., Бузашвили Ю.А., Голухов Е.З., Страферов А.В., Захорв И.В. Стентирование коронарных артерий в лечении больных ИБС. Грудная и сердечно сосудистая хирургия. 1999. 6. ст 143-155.
2. Беленков Ю.Н., Акчурин Р.С., Савченко А.П., Ширяев А.А., Руденко Б.А. Результаты коронарного стентирования у больных ИБС с многою сосудистым поражениям коронарного русла. Кардиология. 2002. 5:42-48.
3. Бокерия Л.А., Бершвили И.И., Сигаев И.В. Реваскуляризация миокарда, меняющиеся подходы и пути развития. Грудная и сердечно-

- сосудистая хирургия. 1999. №6. с 102-112.
4. Бокерия Л.А., Алекян Б.Г., Бузашвили Ю.И., Голухова Е.З., Закарян Н.В. Стентирование венечных артерий при остром инфаркте миокарда-современное состояние вопроса. Москва. 2006. С-155.
 5. Ганюков М.И., Шилов А.А., Сусоев Н.И., Шиганцов И.Н., Левченко Е.А., Браве И.Ю. Непосредственные и отдаленные результаты коронарного стентирования на первый Всероссийский конгресс по эндоваскулярной хирургии врожденных и приобретенных пороков сердца, коронарной и сосудистой патологии. Москва. 5-8. Июня 2002.
 6. Новинкова Н.А., Подраженская Ю.А., Исламова Д., проф Сулимов В.А., Абугов С.А. Баллонная ангиопластика коронарных артерий больных, перенесших крупноочаговый инфаркт миокарда. Хирургия. 2002. 8:4-7.
 7. Сидельников А.Б., Башилов Б.Л., Пожаров И.Г., Асанова А.Ж., Иоселиан Д.Г. Поэтапная реваскуляризация миокарда инвазивным эндоваскулярным методами у пожилых пациентов. Кардиология. 1999. 12:85-89.
 8. Д.Цэгээнжав. Зүрхний титэм судасны нөхөн сэргээх мэс заслын зарим үр дүн. Монголын Анагаах Ухаан. 2004. №3. 9-13.
 9. Д.Цэгээнжав. Зүрхний ишеми өвчтэй хүмүүсийг мэс засал эмчилгээнд сонгох асуудалд. ЭМЯ. АҮҮХ. Эрдмийн бичиг. №3. x 103-109. 2002
 10. George B.S., Voorhees W.D., Roubin G.S. Multicenter investigation of coronary stenting to treat acute or threatened closure after percutaneous transluminal coronary angioplasty; clinical and angiographic outcomes. J Am Coll Cardiol. 1993. 22:135-143.
 11. Goldberg SL, Colombo A, Maielo L et al. Intracoronary stent insertion after balloon angioplasty of chronic total occlusions. J Am Coll 1995; 26:713-19.
 12. Gruenzig A.R., Myler R.K., Hanna E.S., Turina M.I. Coronary transluminal angioplasty. Circulation 1997. V.III-84, Suppl III:55-56.
 13. Fuster V. Atherosclerosis and coronary artery disease. Chicago. 1995.
 14. Rosanio S, Tocchi M, Patterson C et al. Prevention of restenosis after percutaneous coronary interventions: the medical approach. Thromb Haemost. 2005; 82 suppl 1:164-70.
 15. Serruys P.W., Emanuelsson H., van der Giessen W. et al. Heparin coated palmaz Schatz stents in human coronary arteries. Early outcome of the BenestentPilot study. Circulation. 1996;93:412-422.
 16. Stephen N., Oesterle M.D. Where cardiac surgery and interventional cardiology mere: The future of catheter-based interventions for cardiovascular disease. The heart surgery forum. 4(4):290-296. 2001.

Танилцах, нийтлэх санал өгсөн:
Академич Н.Баасанжав

АРТЕРИЙН БИТҮҮРЭЭГҮЙ ЦОРГЫГ СУДСАН ДОТУУРХ МЭС ЗАСЛЫН АРГААР ЯНЗ БҮРИЙН БӨГЛӨГЧӨӨР БӨГЛӨЖ ЭМЧИЛСЭН НЬ

3.Лхагвасүрэн¹, Н.Баасанжав²,

Д.Цэгээнжав², Ц.Бадалсэд²

Ц.Дамдинсүрэн¹, Б.Содгэрэл²

¹ П.Н.Шастины клиникин төв эмчилэг

² Анагаах ухааны үүрээлэн

Эхийн хэвлэйд байгаа ургийн цусны эргэлтэнд чухал үүрэг гүйцэтгэдэг гол судас, ушгины артерийг холбосон судас, хүүхдийг төрсний дараа битүүрээгүй хэвээр үлдсэнээс артерийн битүүрээгүй цорго(АБЦ) гажиг үүсдэг (4-18). АБЦ нь зүрхний төрөлхийн гажигийн (ЗТГ) дотор элбэг тохиолдож, ушгины цусан хангамжийн ихэсгэдэг цагаан гажиг юм. АБЦ-ын урт нь 5-15 мм, өргөн нь 20-30 мм байдаг (5-8). Судлаачдын ажиглалтаар ЗТГ-ийн дотор АБЦ 11-20%-ийг (Н.Я.Галкин, 1989) эзэлдэг. Олон орны эрдэмтдийн судалгаагаар АБЦ шинэ төрсөн хүүхдийн 07-1,7% тохиолдож байна (Allen N.D et all 1995, Л.А.Бокерия, 1999, П.И.Слобин, 2000). Манай орны судлаачдынхаар АБЦ нь ЗТГ-ийндотор 13,6%±1,5 байжэмгэгчүүдэд 70-80% илүү тохиолдожээ (Д.Эрдэнэчулзуун, 1990). Зүрхний мэс заслын өмнөх 30 жилд хийдсэн нийт хагалгааны дотор 31,01% -ийг АБЦ-ын мэс заслын эмчилгээ эзлэж байгаа бөгөөд 1993-2003 онд ЗТГ-ийн мэс заслын эмчилгээ хийлгэсэн 1250 өвчтөний 356 (28,5%) нь АБЦ-ын хагалгаа хийдсэн байгаа нь олонтоо тохиолдог гажиг болох нь харагдаж байна.

АБЦ гажигийг нээлттэй мэс заслын аргаар эмчилж ирсэн хэдий ч анх 1903 онд G. Golf АБЦ-ыг хаах шүхэр хэлбэрийн бөглөөсийг бүтээсэн (20) бөгөөд дэлхийд анх удаа судсан дотуурх мэс заслын (СДМЗ) аргаар АБЦ-ыг бөглөх эмчилгээг 1967 онд W.Porstman хийсэн (21-23) түүхтэй.

Манай оронд Ц.Бундан (1978), Н.Баасанжав (1987), Ж.Цог (1988), З.Лхагвасүрэн (1990) нар зүрх сэтгүүрдэх шинжилгээний явцад АБЦ-оор Грюнцегийн баллонт сэтгүүрийг оруулж, баллоноор АБЦ-ыг түр зуур хааж ушгины артерийн даралтыг хэмжих байсан байна (3). Сүүлийн 10 жилд дэлхийн олон оронд СДМЗ-ын эмчилгээний арга эрчимтэй хөгжиж АБЦ-ыг спираль Гиантурко, Микро коль, Амплатзераар(Amplatzer) бөглөх аргыг өргөн хэрэглэж байна (20-23).

Зорилго. АБЦ-ын байрлал, хэлбэр, хэмжээнээс хамаарч цоргыг СДМЗ-ын аргаар Amplatzer ба Микро колиор бөглөх аргын аль давуу талыг судлах.

Судалгааны ажлын материал, арга зүй.

Манай оронд 2001 онд ЭНЭШТ-д Япон улсын зүрх судасны эмч нар HITACHI фирмийн Medix-130 телевизийн системтэй рентген аппаратан дээр АБЦ-ыг бөглөх эмчилгээг анх удаа хийсэн (3). Бид 2002-2006 онуудад П.Н.Шастины клиникин төв

эмнэлгийн Ангиографийн оношлогоо эмчилгээний тасагт «Polidiagnost-2» digital subtraction системт ангиографийн аппаратыг түшиглэн Сельдингериин аргаар сэтгүүрийг зүүн ховдлоос гол судасны өгсөх хэсэгт оруулж тодосгогч бодис шахаж АБЦ-ын байрлал, хэлбэр, хэмжээг тогтоох зорилгоор аортографийн шинжилгээг зүүн хажуу байрлалд 90 хэмд 125 тохиолдолд хийсэн (Зураг1).

АБЦ-ын хэлбэрийг Krichenko (1988) ангилалаар авч үзсэн ба АБЦ-ыг Микроколиор бөглөсөн (п-25), Amplatzer-аар бөглөсөн (п-95) нийт 120 бөглөх эмчилгээ хийсэн.

«A» хэлбэр: Ушгины артерийн тал нарийн, гол судасны тал өргөн

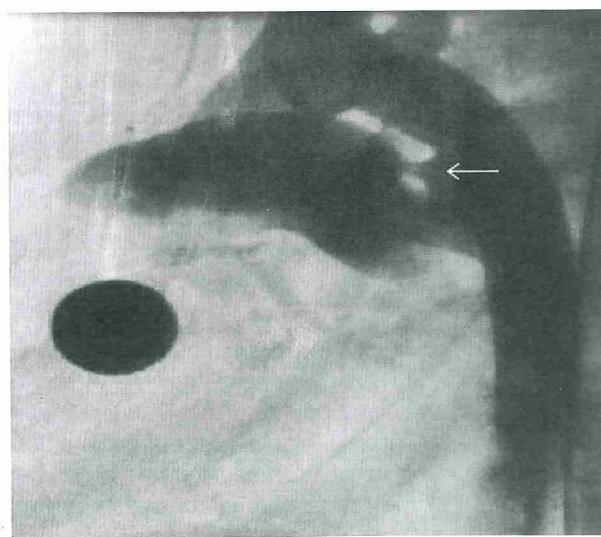
«B» хэлбэр: Цорго богино, гол судасны тал нарийн

«C» хэлбэр: Хоёр тал нарийсаагүй цилиндр хэлбэртэй

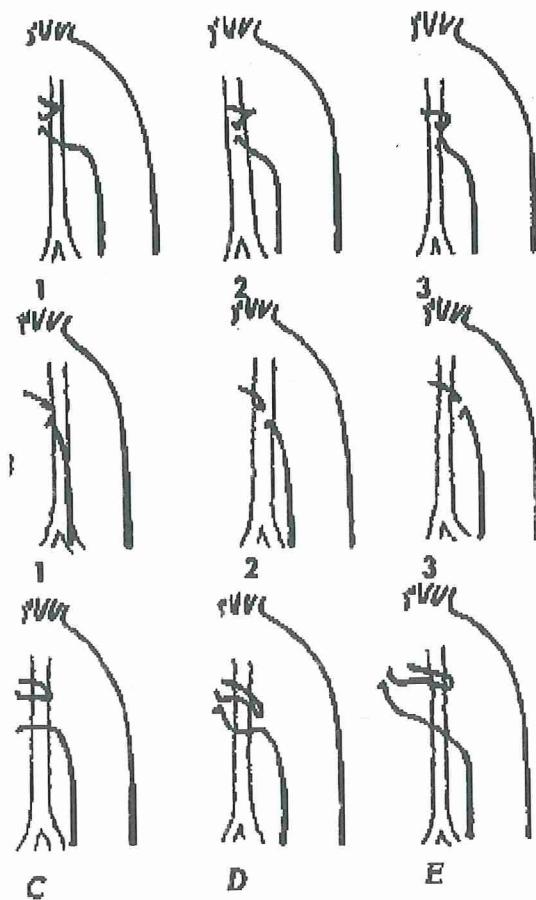
«D» хэлбэр: Хоёр тал нарийвтар дундаа өргөссөн

«E» хэлбэр: Тодорхойлоход төвөгтэй

Бидний судалгаагаар «A» хэлбэр-91(72,8%±3,9) давамгайлан тохиодсон бол «B» хэлбэр -20(16%±3,2), «C» хэлбэр-3(2,4%±1,4), «D» хэлбэр- 9(7,2%±2,3), «E» хэлбэр-2(1,6%±1,1) тохиолдож «A» хэлбэр бусад хэлбэрээс илүү тохиолдог нь ажиглагдаж байна. Дээрх хэлбэрүүд дотроос «A» «B», «D» хэлбэрүүдэд бөглөх эмчилгээг хийсэн. АБЦ-ын бөглөх эмчилгээ хийлгэсэн тохиолдолын насыг авч үзэхэд хамгийн бага нь 09 сартайгаас 11 настай дундаж нас 6,1±2,1 бага наасны хүүхдүүд байлаа (Хүснэгт 1).



Зураг 1. Тодосгогч бодис гол судаснаас АБЦ-оор дамжин ушигын артерт хаялт өгсөн нь (сумаар заасан нь АБЦ)



Зураг 2. АБЦ-ын ангиографийн ангилал, түүний хэлбэрүүд

Хүснэгт 1. АБЦ-н бөглөх эмчилгээ хийлгэгчдийн насын ангилал

НАС	ТОО	ХУВЬ	$\pm m$
0-1	24	20,0	3,7
1,1-2	50	41,7	4,5
2,1-3	11	9,2	2,6
3,1-4	3	2,5	1,4
4,1-5	8	6,7	2,3
5,1--6	2	1,7	1,2
6,1-7	6	5,0	1,9
7,1-8	2	1,7	1,2
8,1-9	5	4,2	1,8
9,1-10	8	6,7	2,3
10,1-11	1	0,8	0,8
Бүгд	120	100,0	

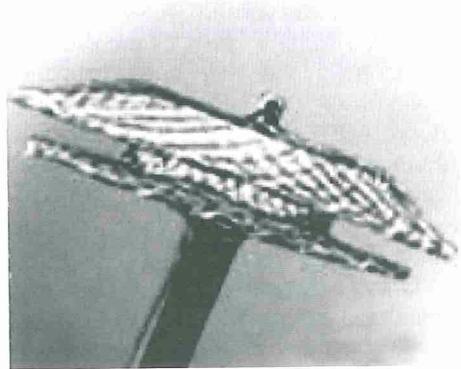
Хүснэгт 1-ээс үзэхэд АБЦ-ын бөглөх эмчилгээ хийлгэсэн тохиолдолын олонхи нь буюу $41,7\% \pm 4,5$, д 1,1-2 насын хүүхдүүд байна. ($P < 0,001$).

Судалгааны ажлын үр дүн, хэлцэмж. 2005 онд 51өвчтөнд АБЦ-ыг бөглөх эмчилгээ хийснээс 15 өвчтөнд анх удаа Amplatzer-ын шүхрээр бөглөх эмчилгээг амжилттай хийсэн.

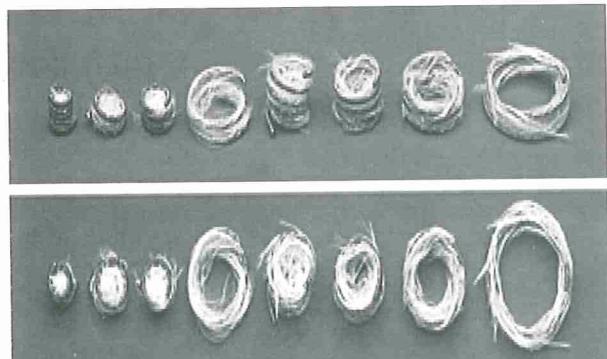
АБЦ-ын «А» хэлбэрийн үед $76(83,5\% \pm 3,9)$ Микро колиор бөглөж эмчлэх нь илүүтэй байна / $P < 0,001$ / . АБЦ-ын «С», «Е» хэлбэрт бөглөх эмчилгээ хийгдээгүй.

Amplatzer-р бөглөх эмчилгээг 25 ($20,83\% \pm 3,7$) өвчтөнд хийсэн нь цөөн, Колиор бөглөсөн нь 95($79,17\% \pm 3,7$) тохиолдол байлаа.

Amplatzer болон коль хэрэглэн бөглөх эмчилгээг АБЦ-ын хэлбэрээр авч үзвэл А, В, Д хэлбэрт ялангуяа » А « хэлбэрийн үед колиор бөглөх эмчилгээ давамгайлж байна. Харин Amplatzer-аар бөглөх эмчилгээ «В» хэлбэрийн үед олонт хийгдсэн байна.



А.



Б.

Зураг 3. а. Микро коль б. Amplatzer

Хүснэгтээс харахад АБЦ-ын өргөний хэмжээ 2,1-4,0 мм хүртэл хэмжээтэй байхад Колиор 4,0 мм-ээс дээш бол Amplatzer-аар бөглөх эмчилгээ хийхэд амжилттай болсон ба 4,0 мм-ээс том 2 тохиолдолд цоргыг колиор бөглөхэд эмчилгээ амжилтгүй болж коль олон ширэг орсон ба нэг тохиолдолд цорго бүрэн хаагдаагүй учир яаралтай мэс засалд орж мэс заслын аргаар эмчилсэн нь үр дүнтэй болсон юм.

Г.Банкл (1980), Н.А.Белеконь, В.П.Подзолков (1991) нарын судалгаагаар АБЦ-ын өргөний хэмжээ 20-30 мм байдаг бол бидний судалгаагаар $90,0\% \pm 2,7$ -д 21-40 мм байв. Бид АБЦ-ын хэмжээ том байх тохиолдолд Amplatzer хэрэглэж харьцангуй жижиг байгаа тохиолдолд коль хэрэглэх зарчим баримталсан боловч тухайн тохиолдолын цоргын хэлбэр, эмчийн үр чадвар, арга барилаас хамаарч томоохон цоргыг колиор бөглөх боломжтой нь бидний судалгаанаас харагдаж байна. АБЦ-ыг бөглөсөн 120 тохиолдолын дотор уушгини артерт коль алдсан 3 (2,5%) байсан ба тэдгээрийн 2 тохиолдолд алдсан колио уураглагч сэтгүүрийн

Хүснэгт 2. АБЦ-н хэлбэрээс хамаарч Amplatzer ба Коль бөглөгчийг сонгон эмчилсэн харьцаа

АБЦ хэлбэр	Amplatzer			Микро коль			Бүгд		
	тоо	хувь	±m	тоо	хувь	±m	тоо	хувь	±m
"A"	15	16,5	3,9	76	83,5	3,9	91	75,8	3,9
"B"	8	40,0	11,2	12	60,0	11,2	20	16,7	3,4
"C"	-	-	-	-	-	-	-	-	-
"D"	2	22,2	14,7	7	77,8	14,7	9	7,5	2,4
"E"	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Бүгд	25	20,83	3,7	95	79,17	3,7	120	100,0	

Хүснэгт 3 АБЦ-н хэмжээнээс хамаарч бөглөлтийн материалыг сонгон авч эмчилсэн нь

АБЦ-н хэмжээ	Amplatzer-			Amplatzer-Микро коль			Бүгд		
	тоо	хувь	±m	тоо	хувь	±m	тоо	хувь	±m
2мм хүтрэл	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2,1-4мм	13	12,03	3,1	95	87,97	3,1	108	90,0	2,7
4мм дээш	12	8,80	-	-	-	-	12	10,0	2,7
Бүгд	25	20,83	3,7	95	79,17	3,7	120	100,0	

тусламжтайгаар авч чадсан юм. АБЦ-ын бөглөх эмчилгээнд нас баралт гараагүй.

Үүнээс үзхэд колиор бөглөх эмчилгээ хийх үед дээрх хүндрэлүүд гарах хандлагатай байхад Amplatzer хэрэглэхэд ийм хүндрэл гарахгүй илүү сайн тал ажиглагдаж байна.

АБЦ-ыг СДМЗ-ын эмчилгээний аргаар Amplatzer ба Микро колиор бөглөх эмчилгээг 41,7%-д 1,1-1,9 наасанд ихэвчлэн хийсэн. Колиор 4 мм доош голчтой цоргыг бөглөсөн нэг удаагийн бөглөх эмчилгээнд дээд тал нь 8 ширхэг бөглөгч орсон нь хэмжээг зөв тогтоохын чухлыг нотлов.

АБЦ-ын хэмжээ 2,1-3 мм бага байвал Колиор 3-4 мм дээш том хэмжээтэй байвал Amplatzer-aар бөглөх эмчлэх нь үр дүнтэй байв.

Дүгнэлт:

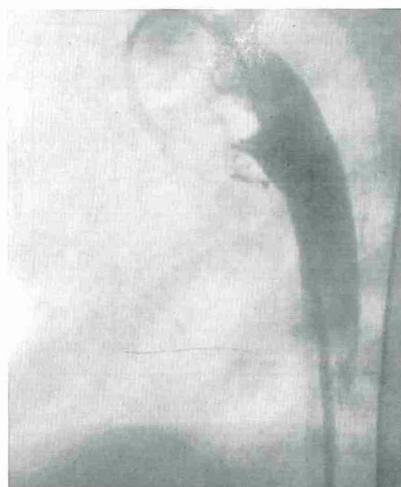
- АБЦ-ын «А »В» Д» хэлбэрийн үед Амплазер болон Колиор бөглөх эмчилгээг олонхи тохиолдолд (41,7%±4,5), 1,1-2 наасны хүүхдэд амжилттай хийгдсэн байна.
- АБЦ-ын голч 4 мм-ээс бага бол коль 4 мм-ээс том бол Амплазераар бөглөх нь илүү үр дүнтэй байна.
- Цаашид өөрийн оронд цусгүй эмчилгээний энэ аргыг өргөн нэвтрүүлэхэд шаардагдах хэрэгсэлээр хангахын зэрэгцээ мэргэжилтэнг давтан сургах шаардлагатай байна.

Ном зүй

- Баасанжав Н. Диагностика и показания хирургического лечения ВПС-ОАП / методические рекомендации/ Приказ министра здоровья Монголии за 55 от 05-16-0993г
- Баасанжав Н. Оптимизация методов хирургического лечения ВПС с обогащенным

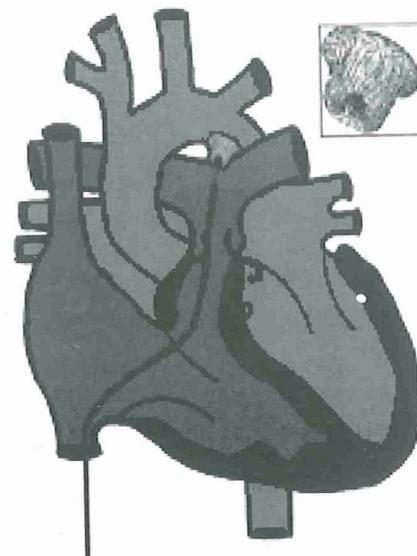
легочным кровотоком. Автореф. дисс. докт. мед наук УБ-1994г с 26

- Баасанжав Н., Лхагвасүрэн З., Бадамсэд Ц., Содгэрэл Б. Зүрхний төрөлхийн гажиг, судасны эмгэгийг судсан дотуур оношлон эмчлэх УБ. 2006. х.39-51
- Бадамцэрэн О. Өндөр уулын нөхцөлд АБЦ хэмээх ЗТГ-ийн эмнэл зүй, оношлогооны онцлог. Нэг сэдэвт бүтээл УБ.1990 он
- Банкл Г. ВПС крупных сосудов М.Мед 1980г
- Белеконь Н.А., Кубергер М.Б, Болезни сердца и сосудов у детей. Руководство для врачей В 2-х томах Том 1. М.Мед 1987г
- Белеконь Н.А.,Подзолков В.П. ВПС. М. Мед 1991
- Бокерия Л.А ., Алексяна Б.Г .,Подзолкова В.П Эндоваскулярная и минимально инвазивная хирургия сердца и сосудов у детей. Москва 1999. стр. 189-213
- Бундан Ц., Эрдэнэчулуун Д. Бага наасны хүүхдийн ЗТГ-ийн тархалтыг судлах асуудалд. УБ. МАУ.1970 1 х. 47-50
- Бундан Ц. Зүрхний гажгийн онош зүй. УБ.1980х.117-123
- Бураковский В.И., Бухарин В.А., Плотникова Л.Р. Легочная гипертензия при ВПС. М. Мед. 1975г
- Бураковский В.И., Бухарин В.А., Подзолкова В.П.. ВПС и сердечно-сосудистая хирургия М. Мед. 1989
- Мутафьян О. ВПС у детей. Москва 2002 г. ст 130-141
- Савельев С.В., Бураковский В.И и др., Грудная хирургия.,1988, °1, 42-46



Зураг 4. Хяналтын ангиограмм

15. Углов Ф.Г., Неклассов Ю.Ф., Герасин В.А. Катетризация сердца и селективная ангиокардиография Л. Мед 1974г ст19-21, 43-57
16. Шагдарсүрэн Т., Загдаа С. Зүрхний төрөлхийн зарим гажгууд УБ.1970
17. Шагдарсүрэн Т. Зүрхний зарим гажгууд ба тэдгээрийн онош эмчилгээ.1972
18. Шагдарсүрэн Т., Моондой Ж Мэс заслын өвчин УБ. 1977
19. Эрдэнэчулун Д. Частота структура ВПС удатей в МНР и потребность в стационарно-кардиохирургической помощи. Автореф д. к м.нУБ 1990c21
20. Heymann N., Moss' heart disease in infants 6 Children and Adolescents., 4th Ed.Baltimore., 1989



Зураг 5. Амплазераар бөглөх загвар
АБЦ колиор бөглөгдөж тодосгогч
бодисын хаялтгүй болсон нь

21. Moore J.W, George L,Kirkpatrick SE, et al. Percutaneous closure of the small patent ductus arteriosus in using occluding spring coils. Jur Am Coll Cardiol 1994. 23.P. 759-765.
22. Neuss M. et al.London Postgraduete Sympksium on «Cardiology in the Young, 2nd Abstracts-1993.
23. Rashkind W.L., Causo S.C.Pediat Cardiology. 1979-1 p.3-7

Танилцаж, нийтлэх санал өгсөн:
Академич Б.Цэрэндаа

МӨЧНҮҮДИЙН ГОЛ ТЭЖЭЭГЧ СУДАСНЫ МЭС ЗАСЛЫН ЭМЧИЛГЭЭНИЙ АСУУДАЛД

P.Шагдарсурэн

Гэмтэл Согог Сэргээн Засах Клиникийн Эмнэлэг

Судалгааны үндэслэл: Сүүлийн жилүүдэд манай оронд нийгэм, эдийн засгийн өөрчлөлттэй холбоотой хүчирхийлэл, зам тээврийн болон үйлдвэрийн осол гэмтэл ихэсч, үүнтэй холбоотойгоор мөчнүүдийн гол тэжээгч судасны /МГТС-ын/ гэмтэл өссөн байна.

Гадаад орны судлаачдынхаар: Судасны гэмтлийн 68-74% нь яс булчин, шөрмөс, мэдрэлийн судалтай хам гэмтдэг байна. (Бабоша В.А., 1995, Schicreweil,W; 1997),

Клиникийн практикт /МГТС болон түүний томоохон салааны гэмтлийг багажийн шинжилгээгээр оношлож, судасны үйл ажиллагаа, бүтцийн өөрчлөлтийг тодорхойлох арга улам бүр нарийсаар байна. Гэвч мэс заслын эмчилгээний арга барил, хүрцийн боломж одоо хүртэл бүрэн шийдэгдээгүйгээр барахгүй анхны тусламжийг зөв үзүүлж чадаагүйгээс алдаа гарсаар байна.

Олонх судлаачдынхаар тохиолдын 10% нь үхэлд хүргэдэг гэжээ. Н.А. Шор., 1995, И.А.Изотов., 1994, Foloma. F.J., /AL., 2000.

Манай клиникт ангиографийн шинжилгээ, бичил мэс заслын аргууд нэвтэрч байгаа нь ахиц дэвшил гарч байгаа боловч энэ аргуудыг улам бүр боловсронгуй болгох шаардлагатай байна.

Судалгааны ажлын зорилго: МГТС-ны гэмтлийн оношлогоо болон нөхөн сэргээх мэс заслын аргуудыг сонгон хэрэглэх аргыг эрэлхийлэх.

Зорилт:

1. МГТС гэмтлийн шалтгааныг тодорхойлох.
2. МГТС-ын нөхөн сэргээх хагалгааны аргуудыг нэвтрүүлэх.

Шинэлэг тал: Өөрийн орны нөхцөлд сүүлийн 5 жилийн судалгаанд түшиглэн МГТС-ын гэмтлийн тархвар зүйг тодорхойлж нөхөн сэргээх хагалгааны аргуудыг боловсронгуй болгоно.

Судалгааны аргачлал, хэрэглэгдэхүүн

Бид 2001 – 2006 онуудад Н.Дашийн нэрэмжит ГССЗКЭ-ийн Гар Сарвуу бичил мэс засалын клиникин 96 өвчтөнд судалгаа хийв.

Нас 12-60. Үүнээс Эрэгтэй 78 (81.2%,)Эмэгтэй 22 (18.8%)

Үүнээс 21-50 насны 84 (84.3%) байгаа нь ид хөдөлмөрийн насны хүмүүс байв.

Xүснэгт. I МГТС-ны гэмтэлтэй өвчтөний насны байдал

Хүйс	Нас						Бүгд
	0-12	13-20	21-31	31-40	41-50	50-дээш	
Эрэгтэй	1	5	44	13	9	6	78 (81.2)
Эмэгтэй		1	5	6	4	2	18 (19.8)
Бүгд	1(2%)	9(9.3%)	49(51.1%)	19(19.8%)	10(10.4%)	8(8.4%)	96(100%)

Хүзүүний 4 (4.2%) МГТС- дээд мөчинд 72 (75%), МГТС -доод мөчинд 20 (20.8%)

Судалгаанд хамрагдсан бүх тохиолдолд асуумж судалгаа болон тусгай судалгааны карт ашиглан, шаардлагатай тохиолдолд ангиографийн шинжилгээ хийж цусан хангамжийн байдал, судасны хангамжийн байдал судасны анатомийн бүтэцд үнэлгээ өгч байв.

Хагалгааг ерөнхий унтуулга, мөрний мэдрэлийн сүлжээ нугас, нугасны хатуу хальсанд мэдээ алдуулж гэмтсэн судасны бүтцийг хагалгааны микроскопоор 8-10 дахин томруулж шалган бүтэцийг сэргээсний дараа хөндлөн дагуу лугшилтыг тодорхойлж дээд мөчдөд Алленгийн сорил хийсэн.

Судалгааны ажлын үр дүн. Бидний судалгаанаас харахад манай орны нөхцөлд МГТС-ын гэмтэл нь: Ил гэмтэлтэй өвчтөн 81 (84.4%), Хурц иртэй зүйлээр үүсгэгдсэн 78 (81.2%),

Галт зэвсгээр 3 (3.1%), Судас дангаар гэмтсэн

20 (20.8%), Яс булчин, шөрмөс мэдрэлийн судалтай хам гэмтсэн 58 (60.4%) тохиолджээ.

Битүү гэмтэлтэй өвчтөн 15 (15.6%), судас дангаар гэмтсэн 5 (5.2%), хам гэмтэл 10 (10.4%), үүнээс харахад ихэнх тохиолдол ил гэмтэл 84.4% байгаа нь голчлон хурц үзүүртэй зүйлээр үүсгэгдсэн шарх байжээ. /Хүснэгт 2/

Дээд мөчнүүдийн гол тэжээгч судасны гэмтэл (ДМГТС) –тэй өвчтөн 72 (75%), доод мөчнүүдийн гол тэжээгч судасны гэмтэл (ДоМГТС)-тэй өвчтөн 20 (20.7%), хүзүүний судасны гэмтэл 4 (4.2%) байв.

ДМГТС 75 % байгаа нь олонх тохиолдолд харахад ихэнхдээ дээд мөчнүүдийн гэмтэл байна. Үүнээс ил гэмтэл судас дангаар гэмтсэн 9, (12.5%), хам гэмтэл 52 (72.2 %), битүү гэмтэл 11 (11.4%), /Хүснэгт 3 /

Хүснэгт 2. МГТС-ны Гэмтэлийн байршил, шалтгаан, хэлбэр

Гэмтэлийн байршил	Өвчтөн		Гэмтэлийн хэлбэр шалтгаан					
	тоо	хувь	Ил гэмтэл			Битүү		Хувь
			Хурц зүйл	Галт зэвсэг	Дан	Хам	Хам	
Хүзүү	4	4.2	2 (2.1%)	2 (2.1%)				
Эгээмийн доод	6	6.3	2 (2.1%)	3 (3.1%)			1	1
Суганы	14	14.5	2 (2.1%)	8 (8.3%)	1 (1.1%)	1 (1%)	2	2.1
Бугалага	21	22	5 (5.2%)	10 (10.4%)	1 (1.1%)	2 (2.1%)	3	3.1
Шуу, бөгт	31	32.2		28 (29.1%)	1 (1.1%)		2	2.1
Гуяны	12	12.5		2 (2.1%)		1 (1%)	1	1
Тахим	3	3.1		2 (2.1%)			1	1
Ташааны	5	5.2	1 (1%)	3 (3.1%)		1 (1%)		
Бүгд	96	100%	20(20.8%)	58(60.3%)	3 (3.1%)	5 (5.2%)	10	10.4

Хүснэгт 3. ДМГТС-ийн Гэмтлийн мэс заслын эмчилгээний хэлбэрүүд

Мэс заслын эмчилгээний хэлбэр	Гэмтэлийн байршил				Бүгд
	Эгэм доод	Суга	Бугалага	Шуу, бөгт	
Тойруулж оёсон	2	6	7	10	18 (25%)
Хажуугийн оёдол	1	4	8	8	21 (29.2%)
Өөрөөс нь венийн судасаар нөхсөн	3	4	6	7	20 (27.7%)
Дарагалаас чөлөөлсөн	1		1	2	4 (5.5 %)
Боосон				5	5 (6.9%)
Тайрагдсан		3			3 (4.1%)

Яс судасны гэмтэлтэй 4 (5.5%), үүнээс 2 тохиолдод судасны бүтцийг сэргээсний дараа Иллизаровын аппаратаар, нэг өвчтөнд АО металл ялtsaар хугарсан ясиг эвлүүлж бэхлэв. Нэг тохиолдолд шууны дунд түвшинд тасарсаныг амжилттай залгасан. Судас мэдрэлийн хам гэмтэл 28 (38.8 %), судастай нэгэн зэрэг мэдрэлийн судлын бүрэн тасарсан гэмтэлд 9-10 /0 утсаар хагалгааны микроскопоор 10 дахин томруулж peri-perine peral бичил залгalt хийгдсэн. Бидний ажиглалтанд 20 (20.8%) тохиолдол Эгэм доорхи болон суганы гол тэжээгч судас гэмтсэн байв. Энэ гэмтэл нь мөрний мэдрэлийн сүлжээ, мөрний үе ястай хам гэмтсэн томоохон салбар судас гэмтсэн байлаа. Хагалгаанд анатомийн байршилыг хагалгааны хурц нэн төвөтгэй байв.

Бид өөрийн клиник хагалгааны хурцийн 2 арга хэрэглэж байна.

Судасны багцыг түргэн шалгахын тулд атгаалын толгой, бугалаганаас суганы хонхор хүртэл дагуу зүслэг хийх, нөгөө арга нь «Шаталсан» хэлбэрийн Т- хэлбэрийн зүслэгээг хүрч байна. Энэ аргаарangiографийн шинжилгээг урьдчилан хийгээд төлөвлөгөөтэйгөөр 8 өвчтөнд хагалгаа хийгдсэн. 1 өвчтөн хагалгааны дараа нас барсан, 1 тохиолдол хагалгаан дээр мөч тайрагдсан.

2 өвчтөн мөч үхэжсэн учир энэ өвчтөнгүүд 24-56 цагийн дараа ирсэн. Бух тохиолдлын 60-80%-д нь цус алдалтын шоктой байсан.

ДоМГТС-ийн гэмтэлтэй 20 (20.8%) өвчтөнгүүд шок язны бүрийн зэрэгтэй хурц цус алдсан 14 (70%), гол тэжээгч artere гэмтсэн 8 (40%), artere вен хам гэмтсэн 9 (45%), 1 тохиолдолд өвдөгний үе мултарч компортмент хам шинж илэрсэн учир цусгүйжилтийн эсрэг булчингийн хальсанд зүслэг хийгдэж тахимын судсан дахь нөхжин бөглөөг авсан. /Хүснэгт 4/

Ташааны гадна artereyн судасыг дарагдлаас чөлөөлсөн хагалгааны дараа 1 өвчтөн нас барсан. 2 (10%) өвчтөн гуяны битүү гэмтлээс гол тэжээгч судас гэмтэж цус хурсан байлаа. 10 тохиолдолд цавинд гүнзгий шархдаж цавины artere, венийн судасууд, гуяны мэдэрлийн судал хам гэмтэж венийн судас боогдсон. 3 (60%) өвчтөнд ташааны гадна artereyн судас хэвлэлийн эрхтэний хам гэмтэлтэй байлаа. Эдгэр өвчөнгүүд хурц цус алдалтын гүнзгий шоктой байсан. Хүзүүний судасны гэмтэл нь голчлон хүзүүний artere гэмтсэн 4 тохиолдолын 2 өвчтөн мөрний мэдрэлийн сүлжээний урд салааны хам гэмтэлтэй байв. Яс, мэдрэлийн судал, булчин шөрмөсний эмчилгээний үр дүнг тооцонгуй.

Хүснэгт.4 ДоM ГТС-ийн Гэмтэлийн мэс заслын төрлүүд

Хагалгааны хэлбэр	Судасны гэмтэл			Бүгд
	Ташааны	Гуяны	тахим	
Хажуугийн оёдол	2	2	2	6 (30%)
Тойруулан оёдол	1	4		5 (25%)
Өөрөөс авсан венийн судсаар нөхсөн	1	5		6 (30%)
Дарагалаас чөлөөлсөн	1		1	2 (10%)
Protesis Vascular graft		1		1 (5%)

Хүснэгт 5 МГТС мэс заслын эмчилгээний ойрын үр дүн

Хагалгааны хэлбэр	Өвчтөний тоо	Гол тэжээгч судасны үйл ажиллагаа сэргэсэн	Салаа болон хос судасны нэгээр ээнэшилд орсон	Үхжсэн	Нас барсан
Тойруулан оёгдсон	25	21 (84%)	3 (12%)	-	1 (4%)
Хажуугийн оёдол	29	27 (89.6%)	2 (6.8%)	-	
Өөрөөс авсан венийн судсаар нөхсөн	26	22 (84.6%)	4 (15.3%)	-	
Protesis Vascular graft	1	1 (100%)			
Дарагалаас чөлөөлсөн	6	2 (32%)	2 (32%)	1 (8.5%)	1 (8.5%)
Боосон	6		6 (100%)		
Мөч тайрагдсан	3			2 (66.7%)	
Бүгд	96	73 (76%)	18 (18.7%)	3 (3.1%)	2 (2.1%)

73 (76%), өвчтөний гол тэжээгч судасны бүтэц, үйл ажиллагаа сэргэж 18 (18.8%) салаа судасаар цусан хангамж авч ээнэшилд орсон байна. 3 (2.1%) нь мөч тайрагдаж, 2 тохиолдолд мөч үхжсэн, 1 (1.1%) шууд хагалгаан дээр мөч тайрагдсан.

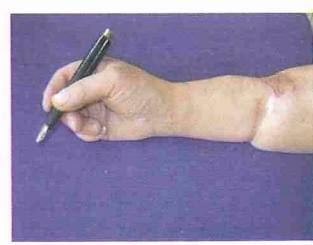
Аарцаг мөч дарагдаж гэмтсэн 1 (1.1%)

хагалгааны дараа өвчтөн нас барсан, мөн эгэмийн судасууд гэмтсэн 1 (1.1%) өвчтөн нас барсан тохиолдолууд байлаа. 5 жилийн судалгаанд МГТС-ийн гэмтэлд хийгдсэн нөхөн сэргээх хагалгаа нь 94.7% -ын үр дүн өгсөн байна.

A

Б

В



Өвчтөн О. 26 н эр

Хагалгааны үед

Хагалгааны өмнө

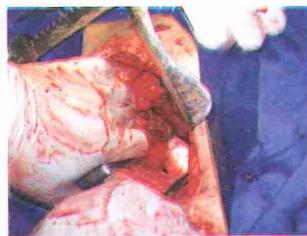
3 сарын дараа

Зураг 1. Тасарсан мөчинд шуу, богтны, яс хоорондын судсуудыг залгаж сэргээсэн байдал

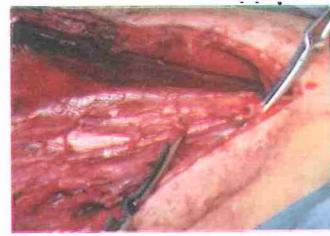
а. Хагалгааны өмнө



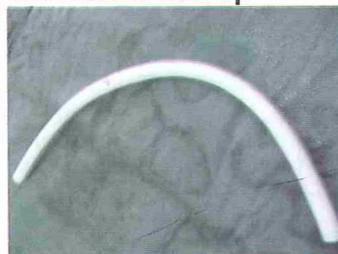
б. хагалгааны үед



в. Хагалгааны дараа

**Өвчтөн М. 38н эр**

Зураг 2. Суганы тараагуур, хураагуур судсыг залгаж сэргээсэн байдал

Өвчтөн С 36н эр

А. Судасны протез



б. Протез тавьсан байдаа



в.Хагалгааны дараа

Зураг 3. Гуяны гол тараагуур судсанд хиймэл судас орлогчыг тавьж сэргээсэн байдал

Хэлцэмж: Манай оронд МГТС-ийн гэмтлийн талаар академик Н.Баасанжав, Анагаах ухааны доктор М.Цэгээнжав нар сонирхон судалдаг, бусад эрдэмтэдийн судалгаанд дурьдагдаг боловч энэ гэмтлийн талаар хийгдсэн судалгаа бага байна.

МГТС-ийн гэмтэл нь сүүлийн жилүүдэд манай болон гадаадын орнуудад бусад анатомийн бүтэцүүдтэй хам гэмтэж байдыг Бабоша В.А., 1995, Schicrewei,W; 1997, нарын судалгаагаар 68-76 % тохиолддог байна. Бидний судалгаагаар гэмтлийн гол шалтгаан нь 84.3% нь ил гэмтлийн, 20.8% нь битүү гэмтэл тохиолдож, гэмтэл 25-50 насанд 81 (81.2 %) тохиолдож байгаа нь ид хөдөлмөрийн насны хүмүүс тохиолдож байна.

ДМГТС-ын гэмтэл 72 (75%), ДоМГТС-ын 20 (20.8%), Хүзүүний судасны гэмтэл 4 (4.2%) үүнээс харахад ДМГТС-ийн гэмтэл нь зонхилох хувийг эзэлж байна. Хагалгааны үр дүнгээс харахад гол тэжээгч судасны сэргэлт 76 %-д хүрсэн нь мөчний үйл ажиллагаа сэргэж хөдөлмөрийн чадвар алдарт буурч идэвхитэй амьдралыг сэргээхэд чухал ач холбогдолтой боллоо.

Дүгнэлт:

1. МГТС-ын гэмтлийн тохиолдол 81 (84.3%), хурц үзүүртэй болон галт зэвсгээр үүсгэгдсэн 21-50 насанд 78 (81.2%) байгаа нь шарханы хэлбэрээр гэмтэл давамгайлж ид хөдөлмөрийн насны хүмүүс өртж байна.
2. Судасыг нөхөн сэргээх хагалгааны аргуудыг хослон хэрэглэсэнээр МГТС-ын сэргэлт 73 (86%) байна. Мөчийг гол тэжээгчийн артерийн судасны дутмагшилд өөрөөс нь тохирсон хэмжээтэй хураагуур судсаар орлуулж нөхөн сэргээсэн 22 (84.6%), хиймэл судсаар орлуулсан 1 тохиолдолд бүрэн сэргэсэн мөчний үйл ажиллагааг сэргээхэд чухал нөлөөтэй юм.

3. Шуу, богтны гол тэжээгч артерийн аль нэг нь гэмтсэн нөхцөлд 5 өвчтөнд аль нэг артерыг боосны дараа 100 хувь цусан хангамжын бүрэн ээнэгшилд орсон уг мэс заслыг практикт хэрэглэж байх нь үндэстэй байна.

Ном зүй

1. Бабоша В.А. Востоновительные операции при больших травматических дефектах магистральных артерий конечности 1995 №7 ст 20-24
2. И.А Изотов Травма магистральных Кровеносных Сосудов при Хирургические вмешательствах и исследованиях /тез докл научно- практик конфо тверь 1993 ст 91
3. Шор. Н.А. Диагностика и лечения повреждений магистральных сосудов в мирное время: экстренная хирургия сосудов М 1995 ст 99-103
4. Ben Menachem Voram, Angiography in trauma: A work atlas 1991 p 476-479
5. Foloma F.J Traumaticaneurysmsandarteriovenous fistulae Vasc. Surg 4. 258-268. 2000
6. Powers S.R Drislane T. Reconstruction of Subclavian artery. /Surgery 1991 vol. 49 p 257-264
7. Schlicrewei, upper and Lower Limb Fractures with Magistral arterial injury Bone t Surg- 1997 vol 7413 №2 p 181-190

*Танилцајс нийтлэх санал өгсөн
Академич Н. Баасанжав*

ХҮҮХДИЙН ЭЛЭГНИЙ ЭМГЭГИЙН ӨНӨӨГИЙН БАЙДАЛ

**Д.Малчинхүү¹, Ч.Лхамсүрэн²,
П.Энхзүл², С.Гантуяа³**
¹ЭМШУИС, ²ЭНЭШТ, ³ЭМЯ

Судалгааны үндэслэл. Элэгний архаг үрэвсэл (ЭAY) Монгол улс төдийгүй дэлхийн анагаах ухааны анхаарал татсан эрүүл мэндийн тулгамдсан асуудлуудын нэг болж байна. ДЭМБ-ын мэдээгээр (2000 он) дэлхий дээр 400 сая В вирус тээгч, 500 сая орчим С вирус тээгчид байгаагийн 60-70% нь эцэстээ ЭAY-тэй болж тэдний 10-20% нь элэгний хатуурал өвчин, 15% нь элэгний хавдраар төгсдөг байна (7, 10, 17, 19).

Түүвэр судалгааны дүнгээс үзэхэд монголд ЭAY-тэй өвчтөний 30.2-60.7% нь В вирусийн, 45.6-58.3% нь С вирусийн халдвартай байна. Элэгний бүх архаг өвчний 70% нь С вирусийн халдвартай холбоотой (Report of WHO, 1999), С вирусийн халварын цочмог хэлбэр нь шинж тэмдэггүй өнгөрдөгөөс архагших түвшин өндөр, тархалт нь насын аяар нэмэгддэг байна (D.Moradpour, et. al 2001). 0-3 насын хүүхдэд С вирусийн эсрэг антител харьцаангуй өндөр үзүүлэлттэй байгаа нь халвар эхээс дамжсанаас байж болно гэж M.Oto, C.Terazawes (2000) нар бичжээ. Д.Даваасүрэнгийн (2001) судалгаагаар HCV-ийн халварын тархалт $10.7 \pm 1.4\%$, HBV-ийн халдвартай хүүхдийн $48.5 \pm 8.7\%$ HBcAg тодорхойлогдсон байна. О.Баатархүүгийн судалснаар (2006) монгол улсад anti HCV-ийн тархалт хүн амын дунд $7.2-23.3\%$ дунджаар $15.6 \pm 0.9\%$ байна. Архаг HCV-тэй 1-14 насын 120 өвчтөний 38.5%-д HBsAg, 35.4%-д anti HCV, 12.3%-д HBV+HCV тодорхойлогдсон байна.

В вирусийн гадаргуугийн антиген 12 сар (+) хадгалагдаж байвал В вирус архаг тээгч болох ба нярай үед HBV-ээр өвчилсөн тохиолдолд 90% нь архаг тээгч болдог ажээ (Donaldson.P, Doverty.D, Underhill.J, et.al,1994). Ийнхүү ЭAY үүсэхэд С, В вирус илүүтэй оролцдогоос (5, 6, 9, 11, 12, 18, 20) гадна HDV, CMV ч нөлөөтэй байна.

ЭНЭШТ-ийн Хүүхдийн Дотрын Клиникийн (ХДК) Хоол боловсруулах эрхтэний эмгэг судлалын

тасгийн (ХБЭЭСТ) өвчлөлийн сүүлийн 10 гаруй жилийн тайлангаас үзэхэд элэгний эмгэгүүд тасгийн өвчлөлийн дотор байнга II байрт байгаа нь энэ судалгаа хийх үндэслэл болов.

Судалгааны зорилго. ЭНЭШТ-ийн ХДК-ийн ХБЭЭСТ-ийн өвчлөлд хүүхдийн элэгний эмгэгийн эзлэх байр, түүний шалтгаан хамаарал, өвчлөлийн бүтэц, эмнэлзүйн илрэл, лаборатори багажийн шинжилгээний үр дүнг харьцуулан хүүхдийн элэгний эмгэгийн өнөөгийн байдлыг тодруулах зорилгоор доорх зорилтууд тавив.

Судалгааны зорилтууд:

- Элэгний эмгэгтэй хүүхдийн өвчний бүтэц, нас хүйсний хамаарлыг тодруулах
- Элэгний эмгэгийн шалтгаанд вирусийн оролцоог тодруулах
- Элэгний эмгэгтэй хүүхдийн эмнэлзүйн хамшинжүүд, багажийн ба биохимиин шинжилгээний өөрчлөлт, өвчний идэвхжлийн зэргийг тогтоох
- Цаашид элэгний эмгэгийн оношлогоо, эмчилгээг сайжруулах санал боловсруулах

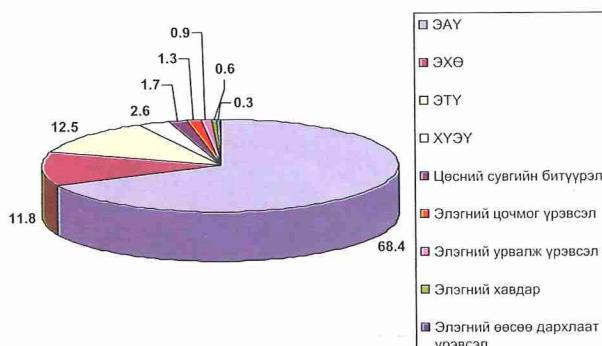
Судалгааны хүрээ ба арга. ЭНЭШТ-ийн ХДК-ийн ХБЭЭСТ-т 2004, 2005 онд хэвтэж эмчлүүлсэн 313 өвчтөнд эмнэлзүйн ажиглалт хийж, тэд нарын өвчний түүхэнд ретроспектив судалгаа хийсэн. Эмчлүүлэгчдийн 151 (48.2%) нь хөдөөнөөс ирсэн, 157 (50.2%) нь тухайн өвчнөөр тус тасагт анх удаа эмчлүүлэгсэд байна. Вирусийн маркерийн шинжилгээг (anti HCV, HBsAg, Anti HDV, CMV) ELISA аргаар, биохимиин шинжилгээнүүдийг фотометр, колорометрийн аргын тусламжтайгаар Humalyser 2000 аппаратаар шинжилсэн.

Судалгааны үр дүн ба хэлцэмж. Судалгаанд хамрагдсан 313 өвчтөний 55.6%-ийг 10-16 насыхан, 20.2%-ийг 0-1 насын хүүхэд эзлэж хүйсний харьцааг насын бүтцээр үзэхэд 2-5 насанд охид (60%), насын бусад бүлгүүдэд хөвгүүд (53.1-68.2%) давамгайлж байна (Хүснэгт 1).

Хүснэгт 1 Элэгний эмгэгтэй хүүхдийн нас, хүйсний харьцаа

Насны бүлэг	Бүх өвчтөн		Хүйс			
	Тоо	Хувь	Эрэгтэй		Эмэгтэй	
			Тоо	Хувь	Тоо	Хувь
0-1 нас	63	20.3	43	68.3	20	31.7
2-5 нас	20	6.3	8	40.0	12	60.0
6-9 нас	32	10.2	17	53.1	15	46.9
10-16 нас	174	55.6	114	65.5	60	34.5
17 ба дээш	24	7.7	16	66.6	8	33.3
Бүгд	313	100	198	66.4	115	33.6

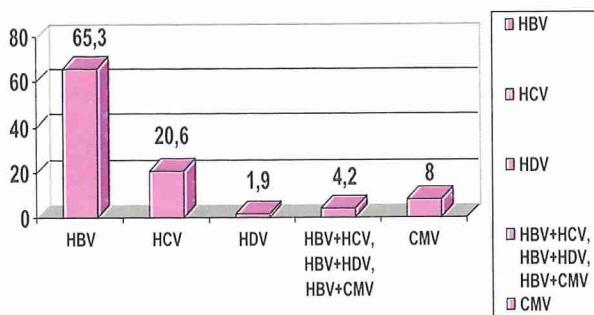
Элэгний эмгэгтэй өвчтөний оношийн бүтцийг үзвэл 68.4%-ийг элэгний архаг үрэвсэл (ЭАҮ), 12.1%-ийг элэгний төрөлхийн үрэвсэл (ЭТҮ)- (фетальный гепатит), 11.8%-ийг элэгний хатуурал өвчин (ЭХӨ), 2.6%-ийг хордсоноос үүссэн элэгний үрэвсэл (ХҮЭҮ), 1.7%-ийг цөсний замын төрөлхийн битүүрэл эзлэж байгаагаас гадна элэгний хавдар 2, элэгний өөсөө дархлаат үрэвсэл 1 тохиолдсон байна (Зураг 2). Ийнхүү хүүхдийн ХБЭЭСТ-т хэвтэж эмчлүүлсэн элэгний эмгэгтэй өвчтөний 80.2%-ийг ЭАҮ ба ЭХӨ эзлэж, удаа нь ЭТҮ, ХҮЭҮ өвчнүүд орж байна.



Зураг 1. Элэгний эмгэгийн бүтэц

Цөсний замын битүүрэлтэй 5 хүүхдээс 1 сартайдаа хэвтсэн 1, 2 сартайдаа ирсэн 3, 3 сартайдаа ирсэн 1 хүүхэд байгаагаас үзэхэд өвчтөн эмнэлэгт оройтож хандсан, цөс тогтонгишлын үрэвсэл элэгний хатуурал үүссэн байв. Элэгний эмгэг эхэлсэн хугацааг үзэхэд; 1987-1995 онд өвчин эхэлсэн 19, 1996-2002 онд эхэлсэн 98, 2003 онос хойш өвчин эхэлсэн 196 хүүхэд байлаа.

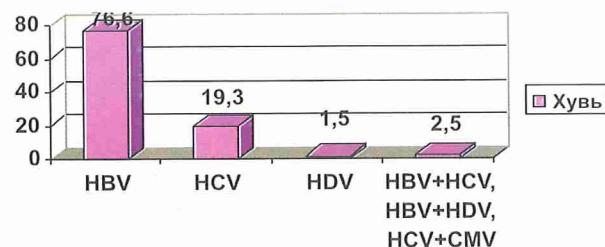
ЭАҮ, ЭХӨ, ЭТҮ оноштой 290 өвчтөний 262 (90.3%)-т элэг гэмтээг ямар нэг вирусийн маркер илэрсний дотор 65.3%-ийг (171 өвчтөнд) HBV; 20.6% (54)-ийг HCV; 8.0% (21)-ийг CMV; 4.2% (11)-ийг HBV+HCV, HBV+CMV, HBV+HDV; 1.9% (5)-ийг HDV тус тус эзлэж байна (Зураг 2).



Зураг 2. Элэгний эмгэгийн шалтгаанд вирусийн оролцоо

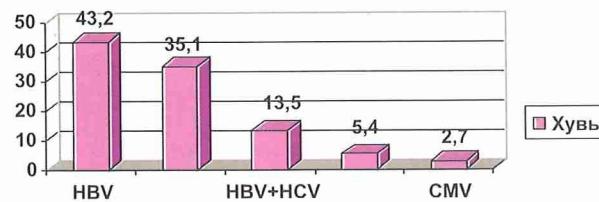
Элэгний архаг үрэвсэлтэй 214 өвчтөний 92.1% (n=197)-д нь вирус илэрсэнээс 76.6% (n=151) нь HBV; 19.3% (n=54) нь HCV; 2.5% (n=5)-д нь вирус хавсарсан, 1.5% (n=3)-д нь HDV тус тус

ношлогджээ (Зураг 3). Bira Tsatsaralt-Od, Masaharu нарын судалгаагаар 207 өвчтөнөөс HBsAg – 56.7%, anti HCV – 48.9% илэрчээ.



Зураг 3. ЭАҮ-ийн шалтгаанд вирусийн оролцоо

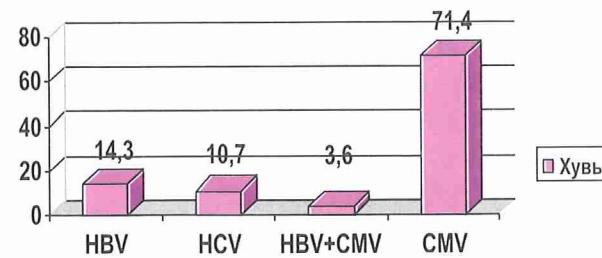
Элэгний хатуурал өвчинтэй 37 өвчтөнд бүгдээд нь (100%) ямар нэг вирус ношлогдсоноос 16 хүүхдэд (43.2%) HBV, 13 өвчтөнд (35.1%) HCV, 5 хүүхдэд (13.5%) вирус хавсарсан, 2 өвчтөнд (5.4%) HDV, 1 хүүхдэд CMV тус тус ношлогдсоноос үзэхэд ЭХӨ-ний шалтгаанд ЭАҮ-ийг бодвол HCV-ийн оролцоо их байгаа нь судлаачдын тогтоосонтой өрөнхий утгаараа тохирч байна (4, 5, 6, 7, 11, 16). (Зураг 4).



Зураг 4. ЭХӨ-ний шалтгаанд вирусийн оролцоо

Bira Tsatsaralt-od, Masaharu нарын судалгаагаар HBsAg 68.3%-д, anti HCV 41.5%-д илэрсэн байна.

Элэгний төрөлхийн үрэвсэлтэй 39 нялхсын 28-д нь (71.2%) вирус илэрсэнээс 20 хүүхдэд (71.4%) CMV, 4 өвчтөнд (14.3%) HBV, 3 хүүхдэд (10.7%) HCV, 1 хүүхдэд (3.6%) HBV+CMV ношлогдсоноос үзэхэд ЭТҮ-ийн шалтгаанд CMV-ийн оролцоо өндөр байгаагаас гадна эх нь HBV, HCV тээгч байснаас урагт халдвартаж HBV, HCV-ийн шалтгаант элэгний үрэвсэл үүссэн байж болохыг судлаачдын (7, 13, 20) мэдээлэл нотолж байна (Зураг 5).

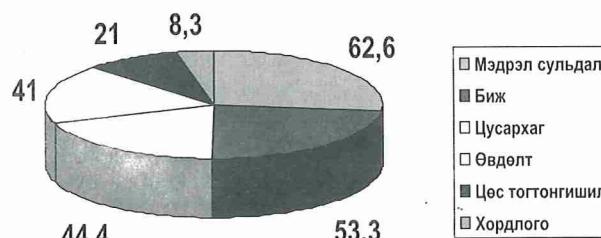


Зураг 5. ЭТҮ-ийн шалтгаанд вирусийн оролцоо

Хордсоноос элэгний үрэвсэл (токсический гепатит) үүссэн 8 хүүхэд эмчлүүлсний 2 нь

парацетамолд, 2 нь алт угаадаг уусмалд (мөнгөн ус), 1 хүүхэд сүрьеэгийн эмэнд, 1 хүүхэд А-аминдэмд, 1 хүүхэд хулганы хоронд, 1 хүүхэд тодорхойгүй бодист хордсон байснаас хулганы хор, алт угаадаг уусмал элгийг илүү их хордоосон (АлАТ 10-аас илүү дахин ихэссэн) байлаа.

Элэгний эмгэгтэй өвчтөнүүдэд илэрсэн эмнэлзүйн хамшинжийн илрэлийг дүгнэн үзэхэд мэдрэл сульдлын хамшинж хамгийн элбэг (62.6%-д), бижийн хамшинж 53.3%-д, цусархаг хамшинж 44.4%-д, өвдөлтийн хамшинж 41.0%-д, цэс тогтолчишил хамшинж 21.0%-д, хордлогын хамшинж 8.3%-д тус тус ажиглагдсан байна (Зураг 6).



Зураг 6. Элэгний эмгэгтэй өвчтөн зонхилон илэрсэн эмнэлзүйн хамшинжийн хувь

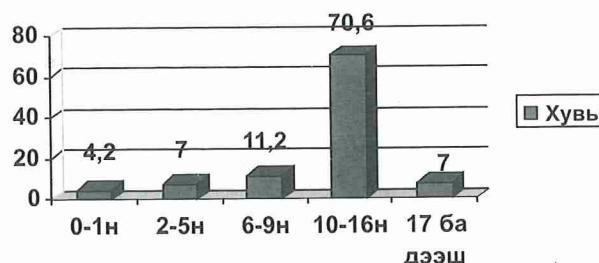
Энэ үзүүлэлтүүд судлаачдын зарим үзүүлэлтүүдтэй дүйж байна (4, 7, 10, 14).

Элэгний эмгэгтэй хүүхдийн заримд нь цэсний үйл доголдол (40), цэсний хүүдийн архаг үрэвсэл (23), хodoодны архаг үрэвсэл (21), нойр булчирхайн урвалж үрэвсэл (2) хавсрان тохиолдож байв.

Элэгний эмгэгтэй хүүхдэд хийсэн хэт авиан шинжилгээнд 137 өвчтөнд (46.3%) эх ойлт ихэссэн, 132 хүүхдэд (44.6%) элэг томорсон, 80 өвчтөнд (27%) цэсний хүүдий, цэсний суваг өөрчлөлттэй шинж илэрснээс гадна 67 хүүхдийн шээсний ерөнхий шинжилгээнд цагаан эсийн too олширсон байсан нь элэг-бөөрний хамшинжтэй холбоотой байж болох юм.

Уян дурангийн шинжилгээгээр 40 өвчтөний улаан хоолойн венийн судас булхайж өргөссөн байлаа.

ЭАҮ-ийн насны хамаарлыг үзэхэд 70.6% (151) нь 10-16 насанд, 11.2% (24) нь 6-9 насанд, 4.2% (9) нь 1 хүртэлх насанд төхиолдсон байна (Зураг 7).



Зураг 7. ЭАҮ-ийн насны бүтэц

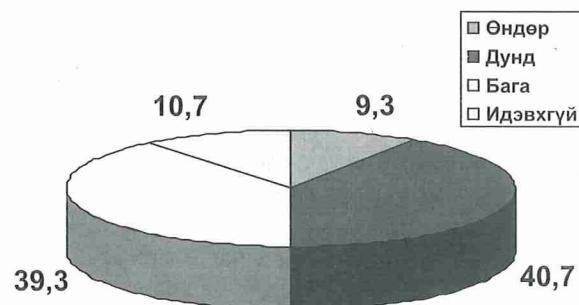
ЭАҮ-тэй өвчтөний биохимиийн шинжилгээнд 90.1% (191)-д АлАТ, 75.0%-д (159) АсАТ ихэссэн, 36.3% (77)-д сульма багассан, 19.3%-д тимол ихэссэн, 5.7% (12)-д нийт уураг, 8% (17)-д альбумин багассан байлаа.

Бид Лос Анжелос (1994)-ын ангиллын хувирал болох хүүхдийн ЭАҮ-ийн 2000 оны шинэ ангиллаар элэгний үрэвслийн үе дэх эсийн задралын идэвхийг хүүхдийн цусны сийвэнгийн АлАТ-ын түвшин хэд дахин ихэссэн хэмжээгээр тодорхойлсон ба аминотрансферазын идэвхийн хэвийн түвшинг 40 МЕ/л гэж авсан. Бидний судалгааны дүн Богомолов 1997, Лопаткин 1997, Sherlock, Doverty ба бусад 1999 нарынхтай дүйж байна.

ЭАҮ-ийн идэхжлийн зэргийг тодруулбал өндөр идэвхжилтэй 20 (9.3%), дунд зэргийн 87 (40.7%), бага идэвхтэй 84 (39.2%) буюу бүх өвчтөний 191-д (89.2%) нь элэгний эсийн задрал явагдаж буй шинж ажиглагдлаа (Хүснэгт 2, Зураг 8).

Хүснэгт 2 ЭАҮ-тэй өвчтөний биохимиийн шинжилгээний өөрчлөлтүүд

Үзүүлэлтүүдийн өөрчлөлт	Тимол ихэссэн	Сульма багассан	Нийт уураг багассан	Альбумин багассан	АлАТ ихэссэн	АсАТ ихэссэн	Шинжилсэн хүүхдийн тоо
Хүүхдийн тоо	41	77	12	17	191	159	212
Хувь	19.3	36.3	5.7	8.0	90.1	75.0	100



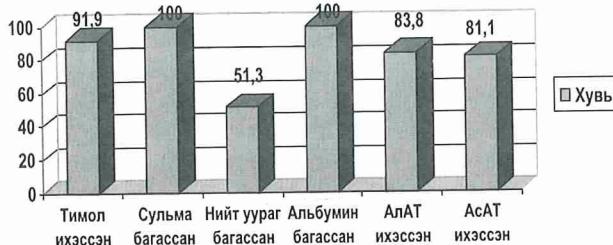
Зураг 8. ЭАҮ-тэй өвчтөний үрэвслийн идэвхжлийн зэрэг

ЭХӨ-тэй 37 өвчтөний 19 (51.2%) нь 10-16; 8 нь 17 ба дээш; 6 хүүхэд 0-1; 3 өвчтөн 6-9 настай байгаагаас үзэхэд ЭХӨ 10-аас дээш насанд зонхилон тохиолдож байгаа боловч цэсний сувгийн битүүрэл (5) ЭТҮ-тэй 2 хүүхдэд 1 хүртэлх насанд элэгний хатуурал үүсч байна (Хүснэгт 3).

Хүснэгт 3. ЭХӨ-ний насны бүтэц

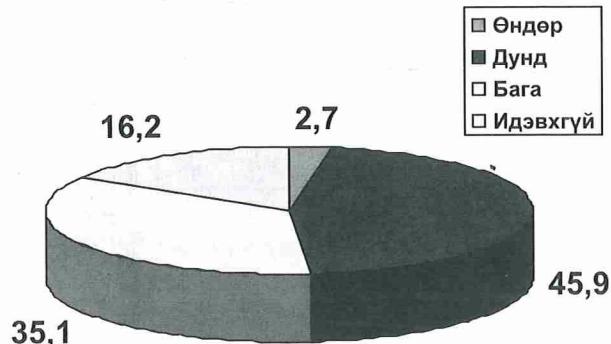
Насны бүлэг	0-1	2-5	6-9	10-16	17 ба <	Бүгд
Өвчтөний тоо	6	1	3	19	8	37
Хувь	16.2	2.7	8.1	51.2	21.6	100

ЭХ өвчинтэй хүүхдийн биохимиин шинжилгээнд сульма, альбумин бүгдэд нь багассан, 34 (91.9%) хүүхдэд тимол ихэссэн, 19 өвчтөнд нийт уураг багассан, 31 хүүхдэд АлАТ (83.8), 30 хүүхдэд AcAT (81.1%) ихэссэн байлаа (Зураг 9).



Зураг 9. ЭХӨ-тэй хүүхдийн биохимиийн шинжилгээний өөрчлөлт

ЭХӨ-тэй өвчтөнд үрэвслийн процесс (элэгний эсийн задрал) голдуу дунд (17), бага (13) зэргийн идэвхжилтэй явагдаж байна (Зураг 10).

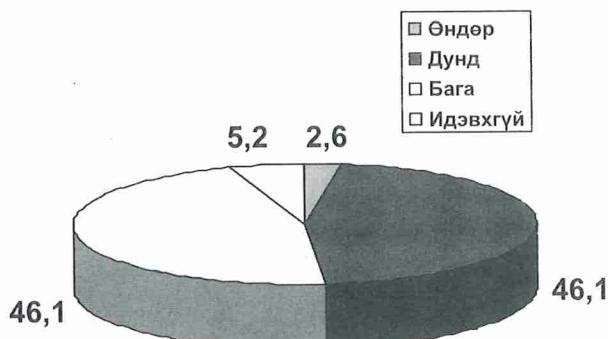


Зураг 10. ЭХ-тай өвчтөний үрэвслийн идэвхжлийн зэрэг

Элэгний хөврөлийн гаралтай үрэвсэл оношоор 44 хүүхэд эмчлүүлсний 5 нь цөсний замын битүүрэлтэй байлаа. ЭТҮ оношлогдсон 39 хүүхдийн биохимиийн шинжилгээний өөрчлөлтийг үзэхэд 37 (94.9%) хүүхдэд AcAT, АлАТ хоёул ихэссэн, 10 (25.6%) хүүхдэд нийт уураг, 5 (12.69) хүүхдэд альбумин, 4 (10.2%) өвчтөнд сульма багассан, 3 (7.7%) тимол ихэссэн байна (Хүснэгт 4). Элгэн дэх үрэвслийн идэвхжил 18 (46.1%) хүүхдэд дунд зэрэг, адил тооны хүүхдэд бага, зөвхөн 1 (2.6%) хүүхдэд өндөр байсан байна (Зураг11).

Хүснэгт.4 ЭТҮ өвчтэй хүүхдийн биохимиийн шинжилгээний өөрчлөлтүүд

Үзүүлэлтийн өөрчлөлт	Тимол ихэссэн	Сульма багассан	Нийт уураг багассан	Альбумин багассан	АлАТ ихэссэн	AcAT ихэссэн	Шинжилгээн хүүхдийн тоо
Өвчтөний тоо	3	4	10	5	37	37	39
Хувь	7.7	10.2	25.6	12.8	94.9	94.9	100



Зураг 11. ЭТҮ өвчтэй хүүхдийн үрэвслийн идэвхжлийн зэрэг

Хордлогоос шалтгаалсан элэгний үрэвсэлтэй 8 хүүхдийн 1 нь 6-9 насны, бусад нь 10-аас дээш насын хүүхэд байсан. Эдгээр өвчтөний 7-д нь AcAT, 6-д нь АлАТ ихэссэн, 3 хүүхдэд тимол ихэссэн, сульма багассан, 1 хүүхдэд нийт уураг, альбумин багассан байлаа. Үрэвслийн идэвхжил 2 хүүхдэд өндөр, 4 хүүхдэд дунд, 1 хүүхдэд бага, 1 хүүхдэд идэвхгүй байсан. Алт угаах усмал, хулганы хоронд хордсон хүүхдэд эсийн задралын процесс өндөр идэвхитэй байлаа.

Дүгнэлт:

- ЭНЭШТ-ийн ХДК-ийн ХБЭЭС-ын тасагт сүүлийн 2 жил хэвтэж эмчлүүлсэн элэгний эмгэгтэй хүүхдийн өвчний бүтцэд ЭАҮ (68.4%), ЭТҮ (12.5%), ЭХӨ (11.8%)-нүүд зонхицж, ЭАҮ, ЭХӨ-нүүд 10-16 насанд (55.6%), хөвгүүдэд (66.4%) илүү тохиолдож байна. Элэгний эмгэгтэй 20.3% нь 0-1 насанд тохиолдож түүний 1.5% нь элэгний төрөлхийн үрэвсэл байна. Эдгээр хүүхдийн 68% нь хөвгүүд байна.
- Элэгний эмгэгтэй өвчтөний 90.3%-д элэг гэмтээг ямар нэг вирусийн маркер илэрснээс 65.3% нь HBV; 20.6% нь HCV; 1.9% нь HDV; 4.2% нь HBV+HCV; HBV+HDV; HBV+CMV байна. 21 нярай хүүхдэд (8.0%) CMV оношлогдсон нь ЭТҮ-ийн шалтгаанд CMV-ийн оролцоо бусад судлаачдынхаас өндөр байгааг харуулж байна.
- Элэгний эмгэгтэй хүүхдэд мэдрэл сульдлын хамшинж (62.6%) хамгийн олон, бижийн (53.3%), цусархаг (44.4%), өвдөлтийн (41.0%), цөс тогтонгишлын (21.0%), хордлогын (8.3%) хамшинжүүд зэрэг өвөрмөц бус шинжкууд ажиглагдсанаас гадна үрэвслийн дунд (44.2%), бага (36.8%) идэвхжил давамгайлж байна.
- Эдийн шинжилгээний аргыг нэвтрүүлэх нь элэгний эмгэгүүдийг оношлоход чухал ач холбогдолтой ба ЭАҮ-ийг эмчлэхэд вирусийн эсрэг эмчилгээ хүүхдэд хийх зайлшгүй шаардлагатай буйг төр засаг анхаарах цаг болжээ.

Ном зүй

1. Баатархүү.О-Распространенность и некоторые клинические аспекты вирусного гепатита «С» в Монголии, Автореф. дисс.на соискание ученой ст. канд. мед. наук УБ, 2006.
2. Богомолов.Б.П. Костюнина.М.К. - Диагностика и лечение вирусного гепатита, Кл. Мед. 1997, т 75, с 64
3. Д.Даваасүрэн - Эпидемиология и некоторые особенности клиники вирусного гепатита А, В, С и Д среди детей города Улаанбаатар, Автореф. дисс. на соискание ученой ст. канд. мед. наук УБ, 2001.
4. Денисов.М.Ю.- Практическая гастроэнтерология для педиатра, Москва, 2002
5. Ивашкин.В.Т., Буеверов.А.О.- Клиническая гепатология сегодня и завтра, РЖГК 2002, °1, с 4-6
6. Игнатова.Т.М.- Естественное течение хронический HCV-инфекции, РЖГК. 2002, °2, с 20
7. Корниенко.Е.А., Шабалов.Н.П.- Детские болезни, Санктпетербург, Москва, Харьков, Минск 2000, с 531-540
8. Лопаткин.Т.Н.- Вирусные гепатиты: достижения и перспективы, Клиника гепатита С., Информ. бюл.,1997,nl. р 12-16
9. Майер.К.П.- Естественное течение и диагностика вирусного гепатита С, РЖГК °4, с 21-27
10. Малчинхүү.Д, Агаандорж.Д, Цэвээндулам.Д - Ахлах, өсвөр насын хүүхдийн хоол боловсруулах эрхтэний өвчнүүд, Дархан-Уул 2005, х 135-163
11. Никитин.И.Г.- Лечение хронического гепатита С вчера, сегодня и завтра, РЖГК 2002, °6, р 11-16
12. Румянцев.О.Н, Калинин.А.В, Скворцов.С.В. и др - Частота выявления и клинич. особенности хронических болезни печени, ассоциированных с сочетанной инфекцией HBV и HCV, РЖГК 1999, °4, с 48-50
13. Серов.Н.А, Подыва.С.Д, Постникова.Т.Н, и др.- Морфологическое состояние печени больных хронич. гепатитом при нормальном уровне активности аминотрансфераз, РЖГК 1999, °4, с 45-50
14. Arnold Silvermann, Ronald J.Sokol - Current Pediatric Diagnosis and treatment XI.ed., p 620-630
15. Bira Tsatsralt-od, Masaharu Takahashi Kazunori Endo. et al.- Infection with Hepatitis A, B, C and Delta viruses Among Patients with Acute Hepatitis in Mongolia, J. of Med. Virology 78, 2006, p 542-550
16. Donaldson.P, Doverty.D, Underhill.J. et. Al.- The molecular genetics of autoimmune liver disease, Hepatology 1994, 20, p 225
17. Heintges.T, Wands.J.R. 1997 - Hepatitis C virus: Epidemiology and transmission, Hepatology 26, p 521-526
18. Ramandri.G, Meier.V. 2001 - Hepatitis C virus infection: 10 years after the discovery of the virus, Eur. J Gastroenterol Hepatol. 13, p 465-471
19. Report of a WHO Consultation Organization in Collaboration with the Viral Hepatitis Prevention Board, Antwerp, Belgium. 1999. Global Surveillance and control of hepatitis C. J.Viral Hepatitis 6, p 35-47
20. Sherlock.S, Doverty.J - Diseases of the liver and biliary system, 10th. ed. Blackwell, 1997, 714 р

Танилцајс нийтлэх санал өгсөн
Академич Б.Цэрэндаши

ХҮҮХДЭД ТОХИОЛДОХ КРИПТОРХИЗМЫН ЭМНЭЛЗҮЙН ХЭЛБЭР, ТҮҮНД НӨЛӨӨЛӨХ ХҮЧИН ЗҮЙЛС, БЭЛГИЙН ДААВРУУДЫН ТУВШИН

**О.Амаржаргал¹, Б.Энхраевдан¹,
Ж.Раднаабазар¹, Г.Эрдэнэтуюя²**

¹Эх Нялхсын Эрдэм Шинжилгээний Төв
²Эрүүл Мэндийн Шинжслэх Ухааны Их
Сургууль

Хураангуй. Хүүхдийн өвчний дотор ховор тохиолдог эмгэгүүдийн нэг болох крипторхизм нь гажигхөгжлийн 1-5%-ийг эзэлдэг. Энэ нь нэг ба хоёр талын төмсөг хуухнагт бууж байрлалгүй, хэвлэлийн хөндийд буюу цавинын сувагт saatdag төрөлхийн байрлалын эмгэг юм. ЭНЭШТөвийн хүүхдийн зөвлөх поликлиникийн мэс заслын кабинетад жилийн хугацаанд үзүүлсэн нийт хүүхдийн 10%, бөөрний мэс заслын тасагт хагалгаа хийлгэсэн

өвчтний 22% нь крипторхизмтай байна .Иймд хүүхдэд тохиолдох крипторхизмд нөлөөлөх хүчин зүйлсийг тогтоох, бэлгийн даавруудын түвшинд үнэлгээг өгөх зорилгоор ЭНЭШТөвийн Бэөрний мэс заслын тасагт хэвтэж эмчилгээ хийлгэсэн (4-18насны) крипторхизмтай 81 хүүхдийг тохиолдолын бүлэгт, Хүүхдийн зөвлөх поликлиникийн Өсвөр үеийн кабинетад хандсан (4-18 насын) эрүүл 77 хүүхдийг хяналтын бүлэгт авч, тохиолдол хяналтын судалгаа хийлгээ. Крипторхизмд нөлөөлж буй гол хүчин зүйлсийг тогтооход, эхийн жирэмсэний хяналт, жирэмсэн үеийн эмгэг, эхийн эрхтэн тогтолцооны архаг эмгэгүүд, урьд өмнө нь крипторхизмтай хүүхэд төрүүлж байсан зэрэг өгүүлэлж нь, түүнчлэн крипторхизм нь бусад төрөлхийн гажигтай хавсрах, хүүхдийн хуухнагийн

хөгжил сул байх, крипторхизмтай хүүхэд өрхийн эмчийн хяналтанд эрт ороогүй зэрэг нь статистикийн үнэн магадлал бүхий нөлөөлөх хүчин зүйлс болж байна. Крипторхизмтай 81 хүүхдүүдийн хагалгаа хийлгэсэн дундаж нас 9 ± 2.64 байв. Бэлгийн дааврын үзүүлэлтүүдийг насны ангиллаар тохиолдол, хяналтын бүлгээр харьцуулахад сургуулийн өмнөх ба сургуулийн бага насны бүлэгт (4-6, 7-10 насны) статистикийн ач холбогдол бүхий ялгаа гарсангүй. Харин сургуулийн ахлах насны (11-18 нас) хүүхдүүдэд (дээрх 2 бүлэгт) хийсэн дааврын шинжилгээний дундаж үзүүлэлтүүдээс цэврүү сэдээгч даавар ($FSH-(2.4 \pm 0.14U/l)$ ($p=0.018$), тестостерон ($T-(7.9 \pm 0.22nmol/l)$ ($p=0.09$), дааврууын хэмжээ статистикийн үнэн магадлал бүхий ялгаатай, харин шар биений дааварт ($LH-(1.1 \pm 0.18U/l)$ ($p=0.12$) онцын зөрүү гарсангүй. Иймээс крипторхизм эмгэгээс урьдчилан сэргийлэхийн тулд эхийн жирэмсний хяналтыг сайжруулах, эхийг эрүүлжүүлэх, крипторхизмтой хүүхдийг эрт илрүүлж, мэс заслын эмчилгээ хийх, оношилгоонд дааврын шинжилгээг сургуулийн ахлах насны хүүхдүүдээс эхлэн тодорхойлох шаардлагатай байна.

Түлхүүр үг: крипторхизм, түүнд нөлөөлөх хүчин зүйлс, бэлгийн даавруудын түвшин

Судалгааны үндэслэл. Крипторхизм нь хүүхдийн өвчний дотор 1-5%-ийгээлдэг, төрөлхийн байрлалын эмгэг бөгөөд нэг ба хоёр талын төмсөг хуухнагт бууж байрлалгүй хэвлэлийн хөндийд буюу цавины суватг саатахыг хэлнэ[2]. Hunter A (1786) анх энэ өвчний тухай бичсэн ба 1820 онд Rozenmerkel анхны мэс ажилбарыг хийжээ[9]. 1997-2001 онуудад Герман ба Финлянд улсад нярай хүүхдийн дунд крипторхизмыг тодорхойлсон тархалтын судалгаа хийхэд Германд 1068 нярай хүүхдийн 9%-д, Финляндад 1495 нярайн 2.4%-д тус тус тохиолдсон байна[5]. 1970-1993 онуудад АНУ-д хүүхдийн төрөлхийн гажгийг бүртгэсэн бүртгэлээс үзэхэд 10000 хүүхдийн 20-40% крипторхизмтай байв [11]. Крипторхизм дөнгөж төрсөн нярайд 10-30%, 1 нас хүртэлх насанд 2-3% (Meyer 1990), шилжилтийн насанд 1% (Е.П Макарова 1989), насанд хүрсэн хүнд 0.1%)-0.2% (Г.С.Ивахенко, Sterling ба Murgeru 1970) тохиолдог болох нь тодорхойлогджээ.

ЭНЭШТөвийн Хүүхдийн зөвлөх поликлиникийн Мэс заслын кабинетад үзүүлэгчдийн 10%, Бөөрний мэс заслын тасагт ирж крипторхизмын улмаас хагалгаа хийлгэгсдийн 22% нь крипторхизмтай байсан[3] зэрэг нь угэмгэгийн талааргүнзгийрүүлсэн судалгаа хийх шаардлагатайг харуулж байна.

Крипторхизмыг хугацаа алдаж, хожуу эмчлэх тохиолдолд үргүйдлийг үүсгэж, үр удмаа үлдээх боломжгүй болгохоос гадна удаан хугацаагаар эмчилгээ хийгээгүй үед хорт хавдрын эдээд шилжих магадлалтай өндөртэй. Нэг талын крипторхизмын үед 62%, хоёр талын үед 89.5% нь хорт хавдарт шилждэг[11]. Судалгаагаар хоёр талын крипторхизм 100% үргүйдлийг үүсгэдэг бол нэг

талын крипторхизм 54-76.6% үргүйдлийг үүсгэдэг (Schirren, 1965). ЭНЭШТөвийн Андрологийн кабинетаар ирж үзүүлсэн 430 үргүйдлэтий эрэгтэйчүүдийн 10(2,33%) крипторхизмтай байсан байна[1].

Дээрхийг үндэслэл болгон хүүхдэд тохиолдох крипторхизмд нөлөөлөх хүчин зүйлсийг тогтоох, бэлгийн даавруудын түвшинд үнэлгээ өгөх зорилгоор энэхүү судалгааг хийлээ.

Зорилго: Хүүхдэд тохиолдох крипторхизмын эмнэлэйн хэлбэр, түүнд нөлөөлөх хүчин зүйлс, бэлгийн даавруудын түвшинд үнэлгээ өгөх

Зорилт:

1. Крипторхизмын эмнэлэйн хэлбэрийг тогтоох
2. Хүүхдэд крипторхизм нөлөөлөх хүчин зүйлсийг тодорхойлох
3. Эрүүлэрэгтэй хүүхдүүдийн бэлгийн даавруудын дундаж хэмжээг тогтоох
4. Крипторхизмтай хүүхдийн бэлгийн даавруудын хэмжээг тодорхойлж үнэлгээ өгөх

Судалгааны материал арга зүй. Судалгаанд ЭНЭШТөвийн Бөөрний мэс заслын тасагт хэвтэж эмчилгээ хийлгэсэн (4-18насны) крипторхизмтай 81 хүүхдийг тохиолдлын бүлэгт, Хүүхдийн зөвлөх поликлиникийн Өсвөр үеийн кабинетад хандсан (4-18насны) эрүүл 77 хүүхдийг хяналтын бүлэгт (нийт 158) хамруулан тохиолдол хяналтын судалгаа хийлээ. Судалгаанд хамрагдсан хүүхдийн эцэг, эх бүрээс зөвшөөрөл авсаны үндсэн дээр өвчний болон амьдралын түүхээр асуумж авч, бодит үзлэг болон шаардагдах шинжилгээг хийлээ. Судалгаанд хамрагдсан тохиолдол ба хяналтын бүлгийн хүүхдүүдэд Англи улсын «Immunometrics» компанийн эм урвалж ашиглан, ДЭМБ-ын хүлээн зөвшөөрсөн стандартын дагуу, фермент холбоот урвалын аргаар цусны сийвэн дэх бэлгийн даавруудын (Цэврүү сэдээгч даавар-FSH), (шар бие сэдээгч даавар-LH), тестостерон-(T) хэмжээг тодорхойллоо.

Холбогдох мэдээллийг тусгайлан боловсруулсан картанд тэмдэглэж, боловсруулалтыг компьютер статистикийн «SPSS for windows 11.0» программ ашиглан үзүүлэлтүүдийг дүрслэх статистик, хүчин зүйлийн хамаарал, хоёр хүчин зүйлсийн (X^2) хамаарлаар тодорхойлов.

Судалгааны үр дүн. Судалгаанд хамрагдсан хүүхдүүдийн ерөнхий үзүүлэлт

Судалгаанд хамрагдсан хүүхдүүдийн 90 буюу 57.0% нь Улаанбаатар хотын, 68 буюу 43.0% нь хөдөө орон нутгийн харьят байлаа.

Крипторхизмтай 81 хүүхэд эмчид анх хандаж үзүүлсэн дундаж нас 6.36 ± 4.2 ,

Тохиолдлын бүлгийн хүүхдүүдийн эцгийн дундаж нас нь 32.68 ± 5.04 , эхийн дундаж нас нь 33.90 ± 5.57 , харин хяналтын бүлгийн хүүхдүүдийн эцгийн дундаж нас 30.60 ± 8.53 , эхийн дундаж нас 32.66 ± 4.76 байна (Хүснэгт.1). Судалгаанд

хамрагдсан крипторхизмтай хүүхдүүд хэдэн настайдаа анх эмчид хандсаныг эхээс авсан асуумжаар тодорхойлоход: 1-3 насандaa 27 буюу 33.3%, 4-18 насандaa 54 буюу 66.7% анх эмчид үзүүлсэн гэж мэдүүлжээ.

Хүүхэд хугацаандaa төрсөн эсэхийг

тодорхойлоход: крипторхизмтай хүүхдүүдийн 27(33.3%) нь дутуу, илуу тээлтэй эсвэл ихэр жирэмслэлтээс төрсөн байхад хяналтын бүлэгт зөвхөн 7(9.1%) нь дутуу буюу илуу тээлтэй жирэмслэлтээс төрсөн байна.

Xүснэгт.1 Судалгаанд хамрагдсан хүүхдүүдийн ерөнхий үзүүлэлтүүд

Ерөнхий үзүүлэлтүүд	Тохиолдол (81)	Хяналт (77)
Хүүхдийн дундаж нас	9.0±2.64	9.69±2.69
Харьялал		
Хот	40(49.4%)	50(64.9%)
Хөдөө	41(50.6%)	27(35.1%)
Эхийн нас	33.90±5.57	32.66±4.76
Эцгийн нас	32.68± 5.04	30.60±8.53
Крипторхизмтай байсан дундаж хугацаа		
1-3 нас	27(33.3%)	-
4-15 нас	54(66.7%)	-
Хүүхэд төрсөн байдал		
Хугацаандаа	54(66.7%)	70(90.9%)
Дутуу	15(18.5%)	4(5.2%)
Илуу	10(12.3%)	3(3.9%)
Ихэр	2(2.5%)	-

Хуухнагийн хөгжлийг хоёр бүлгийн дунд харьцуулахад, хяналтын бүлгийн хүүхдүүдэд өөрчлөлтгүй, тохиолдлын бүлгийн хүүхдүүдийн 47(58%) нь хуухнагийн сул хөгжилтэй байжээ. Мөн тохиолдлын бүлгийн хүүхдүүдийн 22(27.2%) хувь нь цавины нэг ба хоёр талын өвдөлтэй байсан. Судалгаанд хамрагдсан тохиолдлын бүлгийн хүүхдүүдийн 10 нь төрөлхийн гаж хөгжлийн бусад

эмгэгтэй хавсарсан байна. Үүнд: баруун талын төмсөгний усжилттай 1 хүүхэд, фимозтой 9 хүүхэд байна (Хүснэгт2).

Крипторхизмтай хүүхдүүдийн мэс засал эмчилгээ хийлгэсэн дундаж нас 9 ± 2.64 байв. Байгаа нь ихэнхи крипторхизмтай хүүхдүүд эмчид хожуу хандаж буйг харуулж байна.

Xүснэгт.2 Тохиолдлын бүлгийн хүүхдүүдийн эмнэлэгийн хэлбэр

Ерөнхий үзүүлэлтүүд	Тохиолдол (81)	Хяналт (77)
Цавины байрлал	60(76.%)	-
Хэвлийн байрлал	19(24%)	-
Өвдөлт байсан эсэх		
Тийм	22(27.2%)	-
үгүй	59(72.8%)	77(100%)
Хуухнагийн хөгжил сул		
Тийм	47(58%)	-
үгүй	34(42%)	77 (100%)
Төрөлхийн хөгжлийн бусад эмгэг		
үгүй		
Төмсөгний усжилт баруун талд	71(87.7%)	-
Фимоз	1(1.2%)	
	9 (11.1%)	

Крипторхизмд нөлөөлж буй хүчин зүйлс. Судалгаанд хамрагдсан крипторхизмтай хүүхдэд нөлөөлж буй хүчин зүйлсийг Х2 утгаар тодорхойллоо (Хүснэгт 3).

Тохиолдлын болон хяналтын бүлгийн хүүхдүүдийн эхчүүд жирэмсэний хяналтанд хамрагдсан эсэхийг тодорхойлоход, тохиолдлын бүлгийн хүүхдүүдийн эх нь жирэмсэн үедээ хяналтанд ороогүй тохиолдол 21(25.9%) байхад, хяналтын бүлэгт 1(1.3%) байсан нь статистикийн үнэн магадлал бүхий ялгаатай байв ($p<0.001$).

Эхийнэрхтэнтогтолцооны эмгэгийг хоёр бүлэгт харьцуулахад: тохиолдлын бүлгийн эхчүүдийн 43 буюу 53.1% эрүүл, харин 38 нь буюу 46.9% ямар нэг эрхтэн тогтолцооны эмгэгтэй байсан. Үүнд: бамбай булчирхайн эмгэг 3, зүрх судасны эмгэг-14, элэг цөсний эмгэг-3, бөөр шээсний замын эмгэг-17, төв мэдрэлийн смстемийн эмгэг 1 байлаа. Харин хяналтын бүлгийн эхчүүдийн 69 буюу 89.6% нь эрүүл, 8 буюу 10.4% нь ямар нэг эрхтэн тогтолцооны эмгэгтэй байна ($p<0.001$).

Тохиолдлын бүлгийн эхчүүдээс 59 буюу 72.8% нь жирэмсэн байх үедээ хордлоготой

байсаны дотор 37 эх жирэмсний эхний үеийн, 21 эх хожуу үеийн, 1 эх эхний ба хожуу үеийн хавсарсан хордлоготой байлаа. Хяналтын бүлэгт эхчүүдийн 12 нь жирэмсний хожуу үеийн хордлоготой байсан нь тохиолдолын бүлгээс бага байна ($p<0.001$).

Удамшлын асуумжинд тохиолдлын бүлгийн 4 эх 7 крипторхизмтой хүүхэд төрүүлсэн, нэг талын крипторхизмтай мэс засал хийлгэсэн 1 хүүгийн эцэг нь хүүхэд насандаа энэ эмгэгийн улмаас мэс засал эмчилгээг нэг талдаа хийлгэж байсан, мөн 2 ихэр хүүхдийн нэг нь 1 талын, нэг айлын ах дүү хоёул нэг талын, өөр нэг айлын ах дүү хоёр хоёул хоёр талын крипторхизмтай тус тус байлаа ($p<0.000$). Гэтэл хяналтын бүлэгт удамшлын өгүүлэлмжгүй байна.

Хяналтын бүлгийн нийт хүүхдүүд нь өрхийн эмчийн хяналтанд хамрагдсан байсан бол тохиолдлын бүлгийн хүүхдүүдийн зөвхөн 26% (21) нь өрхийн эмчийн хяналтанд хамрагджээ. Иймээс өрхийн эмчийн хяналтанд муу хамрагдах нь крипторхизмын эрт оношилгоо, эмчилгээнд сөргөөр нөлөөлөх шалтгаан болох талтай ($p<0.000$).

Хүснэгт 3. Крипторхизмд нөлөөлж буй хүчин зүйлс (2x2 Хүснэгт Х2 тесл)

Крипторхизмд нөлөөлж буй хүчин зүйлс	Тохиолдол (81)	Хяналт (77)	χ^2 Р утга
Жирэмсний хяналт			
Эхний 3 сар	60(74.1%)	75(97.5%)	
3-6 сар	8(9.9%)	1(1.3%)	0.003***
Сүүлийн 3 сар	2(2.5%)	-	
Хяналтанд ороогүй	11(13.6%)	1(1.3%)	
Эхийн эрхтэн тогтолцооны эмгэг			
Эмгэггүй	43(53.1%)	69(89.6%)	
Бамбай булчирхайн эмгэг	3(3.7%)	3(3.9%)	0.000***
Зүрх судасны өвчин	14(17.3%)		
Элэгний эмгэг	3(3.7%)		
Бөөр шээсний замын эмгэг	17(21.0%)	5(6.5%)	
TMT-ны эмгэг	1(1.2%)		
Жирэмсэн үеийн эмгэг			
Эрүүл	22(27.2%)	55(71.4%)	
Эрт хордлоготой	37(45.7%)	10(13.0%)	0.000***
Даралт ихсэлттэй	4(4.9%)	2(2.6%)	
Хавантай	17(21.0%)	10(13.0%)	
Хавсарсан эмгэгтэй	1(1.2%)	-	
Урьд нь төмсөг буугаагүй хүүхэд төрүүлж байсан			
Тийм үгүй	2(2.5%)	-	0.000***
	80(97.5%)	77 (100%)	
Крипторхизмтай хүүхэд эмчийн хяналтанд байсан эсэх			
Тийм үгүй	21(26.0%)	77(100%)	0.000***
	60(74.0%)		

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

Судалгааны үзүүлэлтүүдийн нэрлэсэн хэлбэрийн хувьсагчдын хамаарлын хүчийг тодорхойлох хэмжигдхүүн болох Лямбдагийн утгыг крипторхизмтай хүүхдүүдэд тодорхойлоход, жирэмсэний хяналт 0.15, эхийн эрхтэн системийн эмгэг 0.21, жирэмсэний хугацаа 0.14, эхийн жирэмсэний эмгэг 0.3, өвдөлт байсан эсэх 0.18 байгаа нь крипторхизмд дунд зэргийн хамааралтай байна.

Мөн урьд нь төмсөг буугаагүй хүүхэд төрүүлсэн өгүүлэмж 0.9, хуухнагийн хөгжил 1.0, төрөлхийн хөгжлийн бусад эмгэг 0.69, крипторхизмтай хүүхэд эмчийн хяналтанд байсан эсэх 0.52 байгаа нь крипторхизмд хүчтэй хамааралтай гарлаа.

Эдгээр хувьсагчдын хоорондын хамаарлын хүч болон хамаарлын чиглэлийг тодорхойлох зорилгоор Пирсоны корреляцийн коэффициентийг (r) тодорхойлоход: эхийн жирэмсний хяналт ($p=0.003$) $r=0.2$, эхийн эрхтэн тогтолцооны эмгэг ($p=0.008$) $r=0.2$, урьд нь крипторхизмтай хүүхэд төрүүлсэн эсэх ($p=0.000$) $r=1.0$, өвдөлт байсан эсэх ($p=0.000$) $r=0.4$, тестостерон даавар ($p=0.002$) $r=0.3$, хэдэн настайд эмнэлэгт хандсан ($p=0.000$) $r=0.3$ гарсан нь хүчтэй эрэг хамааралтай.

Харин хуухнагийн хөгжил ($p=0.000$) $r=-1.0$ гарсан нь хүчтэй сөрөг хамааралтай байна.

Бэлгийн дааврын шинжилгээний үзүүлэлт.

Хүснэгт 4

нас	Шсд U/L		Р утга	Цсд U/L		Р утга	Т nmol/L		Р утга
	Тохиол дол	хяналт		Тохиол дол	хяналт		Тохиол дол	хяналт	
4-6	0.29± 0.04	0.38± 0.06	0.34	0.4± 0.09	0.54±0.2	0.56	0.34± 0.02	0.75±0.0 4	0.05
7-10	0.42± 0.06	0.92 ± 0.03	0.24	0.79± 0.05	2.1±0.12	0.29	2.0 ± 0.60	2.91±0.7 1	0.06
11-15	1.1 ±0.18	2.47± 0.35	0.09	2.4± 0.14	5.8±0.05	0.018	4.8± 0.22	7.9±1.1	0.09

Бэлгийн дааврын шинжилгээг эмнэлзүйн хэлбэртэй харьцуулахад:

Цавины байрлалын крипторхизмын үед хийгдсэн бэлгийн даавруудын дундаж хэмжээгээр нэг талын байрлалтай үед шсд-0.77±0.04U/l, цсд-1.44±0.6U/l, тестостерон-2.3±0.5nmol/l, харин хоёр талын байрлалын үед шсд-0.59U/l, цсд-1.09U/l, тестостерон-2.0nmol/l байна. Харин хэвллийн нэг

Бэлгийн дааврын шинжилгээг хяналтын ба тохиолдлын бүлгийн хүүхдүүдийн 3 насны бүлгээр (4-6, 7-10, 11-18 нас) Mann-Whitney U тестээр үзлээ.

4-6 насны хүүхдүүдийн шсд- 0.38 ± 0.06 U/l, цсд- 0.54 ± 0.2 U/l, тестостерон- 0.75 ± 0.04 U/l байхад, тохиолдлын бүлэгт хийгдсэн бэлгийн дааврууд болох шсд- 0.29 ± 0.04 U/l, цсд- 0.4 ± 0.09 U/l, тестостерон- 0.34 ± 0.02 nmol/l байна.

7-10 насны хүүхдүүдэд шсд- 0.92 ± 0.03 U/l, цсд- 2.1 ± 0.12 U/l, тестостерон- 2.91 ± 0.71 nmol/l, тохиолдлын бүлгийн хүүхдүүдэд шсд- 0.42 ± 0.06 U/l, цсд- 0.79 ± 0.05 U/l, тестостерон- 2.0 ± 0.60 nmol/l байлаа. Эдгээр 2 насны тохиолдлын ба хяналтын бүлгийн хүүхдүүдийн бэлгийн даавруудын түвшингийн хооронд статистикийн ач холбогдол бүхий ялгаа байсангүй.

11-18 насны хүүхдүүдэд хийсэн бэлгийн даавруудын шинжилгээнд шсд- 2.47 ± 0.35 U/l, цсд- 5.8 ± 0.05 U/l, тестостерон- 7.9 ± 1.1 nmol/l, харин тохиолдлын бүлгийн хүүхдүүдийн шинжилгээнд шсд- 1.1 ± 0.18 U/l, цсд- 2.4 ± 0.14 U/l, тестостерон- 7.9 ± 0.22 nmol/l байгаа нь энэ насны хүүхдүүдийн дунд цэврүү сэдээгч даавар, шар биеийн даавар тестостероны хэмжээ статистикийн ач холбогдол бүхий ялгаатай (Хүснэгт 4).

талын байрлалын үед шсд- 0.38 ± 0.07 U/l, цсд- 1.36 ± 0.5 U/l, тестостерон- 1.9 ± 0.2 nmol/l, хоёр талын байрлалын үед шсд- 0.25 ± 0.09 U/l, цсд- 1.31 ± 0.3 U/l, тестостерон- 1.6 ± 0.8 nmol/l байна. Энэ хоёр эмнэлзүйн хэлбэрийн үеийн дааврын үзүүлэлтийг харьцуулж үзэхэд статистикийн ач холбогдол бүхий ялгаа гарсангүй (Хүснэгт 5).

Хүснэгт 5 Судалгаанд хамрагдсан хүүхдийн эмнэлзүйн хэлбэр болон бэлгийн даавруудын үзүүлэлтүүд

Нас	ШСД U/l	ЦСД U/l	Тестостерон nmol/l	р
Цавины хэлбэр Нэг талын Хоёр талын	0.77±0.04 0.59	1.44± 0.6 1.09	2.3 ± 0.5 2.0	0.41
Хэвллийн хэлбэр Нэг талын Хоёр талын	0.38± 0.07 0.25±0.09	1.36 ± 0.5 1.31±0.3	1.9 ± 0.2 1.6±0.8	0.35 0.12
Эктопия Нэг талын	0.09	0.2	0.00	

Хэлцэмж. Гадаадын судлаачид өсвөр насын хөвгүүдийн дунд тохиолдох крипторхизмын талаар тархалтын судалгаа хийхэд (John Radcliffe-ийн эмнэлгийн судалгаагаар) өсвөр насынханд уг эмгэг 0.6% тохиолдсон байна[7]. Нигери улсын Anambra мужийн Ogbunu дүүргийн бага сургуулийн 5-13 насын 1096 хүүхдэд хийсэн судалгаагаар 9 тохиолдол буюу 0.8% крипторхизмтai байжээ [8].

Манай оронд өсвөр насын хөвгүүдийн дунд крипторхизмын тархалтыг тогтоосон судалгаа хараахан хийгдээгүй байна. Иймээс Улаанбаатар хот болон улсын хэмжээгээр крипторхизмын тархалтыг нэн даруй тогтоо шаардлагатай.

ЭНЭШТөвийн бөөрний мэс заслын тасагт эмчлэгдсэн 4-18 насын 81 хөвгүүдийн эмчид анх хандаж үзүүлсэн дундаж нас 6.36 ± 4.2 , төмсөг буулгах хагалгаа хийлгэсэн дундаж нас 9 ± 2.64 байв. Үүнийг бид Англи улсын North Tees хотын Hartlepool эмнэлэгт мэс засал эмчилгээ хийлгэсэн 15 сараас 14.6 насын 99 хөвгүүдтэй харьцуулж үзэхэд дундаж нас нь 5.2 байв. Эдгээр 99 крипторхизмтai тохиолдолын 14.1% нь 2 наснаас өмнө хагалгааг хийлгэсэн. 54.5% нь 5-14 насандаа мэс заслын эмчилгээг хийлгэжээ. Үүнээс үзэхэд мэс засал эмчилгээ хийлгэж буй нас манайд харьцангуй хожуу байна. Хугацаа хожигдсон шалтгааныг Англи улсад 6 бүлэг болгон тайлбарлажээ.

- Хуурамч гэж сэжиглэгдсэн (Анхны үзлэгээр хуурамч гэж оношлогдсон боловч төмсөг нь хуунагт буугаагүй)- 23(19.5%)
- Мэс заслын хагалгааг хожуу хийлгэсэн - 13(11.1)
- Төмсөгний байрлал дээр байрлалтай (доош буугаад шилжинэ)-16(13.6%)
- Диспансерийн хяналтанд байгаагүй (хяналтанд байсан боловч шилжих хөдөлгөөнтэй холбоотойгоор гарсан) - 9(7.7%)
- Мэс заслын заалт хожигдуулсан - 2(1.7%)
- Шалтгаан тодорхой бус-22(18.7%) г.м.

Гэвч тэд төмсөг буулгах мэс заслын эмчилгээ шаардлагагүй, бэлгийн бойжилтын үед төмсөг нь аяндаа хуунагт бууна гэсэн ойлголтоос болж мэс заслын хагалгааг хожимдуулсан гэсэн дүнгэлт хийжээ[10]. Үүнийг бид судалгаанд хамрагдсан хүүхдүүдийн эцэг, эхээс асуумж авсантай харьцуулхад зонхилох хувь нь тодорхой нас хүртэл хүлээж байх, аяндаа өөрөө бууна гэж хугацаа алдсантай дүйж байна.

Топка Э.Г (1979) онд крипторхизмтai 327 хүүхдэд судалгаа хийж нөлөөлөх хүчин зүйлсийг үзэхэд эцэг, эх нь үйлдвэрийн хортой газар ажилласан 17.5%, эхийн эрхтэн тогтолцооны эмгэг-20.2%, жирэмсэн үеийн эмгэг- 44.8%, дутуу төрөхийг завдсан ба дутуу төрсөн- 22.3% байв.

Мөн Океke нарын хамтарсан судалгаагаар крипторхизмд хамгийн их нөлөөтэй хүчин зүйл нь эхийн эрүүл мэнд, төрөх үеийн жин хоёр гэжээ [9]. Boisen KA нарын судалгаагаар

крипторхизмд нөлөөлсөн хүчин зүйл төрөх үеийн жин, жирэмсэний тээлтийн хугацаа, эхийн нас ($p<0.001$) ач холбогдол бүхий нөлөөтэй гэж үзжээ [5]. Бидний судалгаагаар крипторхизмд нөлөөлсөн хүчин зүйлсийг тодорхойлоход эхийн жирэмсэний эмгэг, эхийн эрхтэн системийн архаг эмгэг зэрэг хүчин зүйлс нь статистикийн ач холбогдол бүхий ялгаатай байв ($p<0.001$).

Судалгаанд хамрагдсан 81 хүүхдийн 7 тохиолдол удамшлын шалтгаантай крипторхизм байсныг илрүүллээ. Үүнийг бусад судлаачдынхтай харьцуулахад, (Топка Э.Г-ийн (1979 он) 327 крипторхизмтai хүүхдэд судалгаагаар 19.8%) цөөн боловч удамшлын нөлөө байж болох талтай.

Скородок Л.М, Савченко О.Н нар (1984) крипторхизмтai хүүхдэд хийсэн судалгаандаа 27.5% нь гэр бүлийн удамшлын шалтгаантай байсныг илрүүлжээ. Үүнд: эцэг, ах дүү, өвөг эцэг, нагац ах крипторхизмаар өвдсөн байв [4]. Thomas F, Kolon (2002) нар крипторхизмаар эцэг хүү хоёр хоёул өвдсөн тохиолдлыг 1.5-4%, ах дүү өвдсөн тохиолдлыг 6.2% байгааг тогтоожээ [11]. Бидний судалгаагаар удамшлын шалтгаантай крипторхизмтai 7 тохиолдлын эцэг хүү хоёр өвдсөн тохиолдол 1, ах дүү хоёр өвдсөн тохиолдол 2, ихрийн нэг нь өвдсөн тохиолдол 1 гарлаа. Энэ нь бидний судалгааны явцад ажиглагдсан онцлог, ховор тохиолдууд байв.

Тохиолдлын бүлгийн хүүхдүүдийн 10 нь төрөлхийн гаж хөгжлийн бусад эмгэгтэй хавсарсан байна. Үүнд: баруун талын төмсөгний усжилттай 1 хүүхэд, фирмозтой 9 хүүхэд байна. Л.П.Имшинеский нарын судалгаагаар фирмозтай хавсарсан тохиолдол 10% байсан бол манай судалгаанд 9% тохиолдлоо.

Cristiansen P, Andersson A M 4-15 насын нэг ба хоёр талын крипторхизмтai 62 хүүхдэд хорионгонадротринээр эмчилгээ хийхдээ даавар эмчилгээ хийхийн өмнө ба дараа бэлгийн даавруудыг ((LH)- шарбие сэдээгч, (FSH)-цэврүү сэдээгч даавар, (T)-тестостерон, (inhibin B)-ингибин B) тодорхойлахын зэрэгцээ бэлгийн бойжилтын өмнөх насын 156 эрүүл хүүхдийг хяналтын бүлэг болгон авчээ. 9 наснаас өмнөх крипторхизмтai хөвгүүдэд эмчилгээ хийхээс өмнө болон хийсний дараа бэлгийн даавруудыг тодорхойлоход крипторхизм нь дааврын шинжилгээнд үр дүнгүй, ямар нэгэн корреляцийн хамааралгүй болох нь тогтоогджээ. Харин 10 наснаас дээшхи хөвгүүдэд эмчилгээ эхлэхийн өмнө (LH)- шарбие сэдээгч, (FSH)-цэврүү сэдээгч даавар, (T)-тестостерон, inhibin B-ыг тодорхойлоход крипторхизмд эдгээр дааврууд нь корреляцийн зэрэг хамааралтай ($p=0.03$) гарсан байна. HCG-ыг тарьсаны дараа дахин тодорхойлоход цусны сийвэнд байх LH, FSH-ын хэмжээ буурч ингибин-B, Тестостерон нь ихэссэн байлаа [6].

Бид 4-18 насын крипторхизмтai 81 хүүхдэд, эрүүл 77 хүүхдэд Англи улсын «Immunometrics» компанийн урвалж бодисыг ашиглан фермент иммунологийн (фермент холбоот урвалын) аргаар бэлгийн дааврууд (LH)- шарбие сэдээгч, (FSH)-цэврүү сэдээгч даавар, (T)-тестостероныг

тодорхойлж дундаж түвшингийн үзүүлэлтэнд үнэлгээг өгсөн. 4-6, 8-10 насны тохиолдлын ба хяналтын бүлгийн хүүхдүүдийн хувьд бэлгийн дааврын үзүүлэлтүүд нь статистикийн ач холбогдол бүхий ялгаагүй байна.

Хяналтын ба тохиолдлын бүлгийн 11-18 насны хүүхдэд хийсэн дааврын шинжилгээний дундаж хэмжээ нь ялангуяа цэврүү сэдээгч даавар болон тестостерон статистик үнэн магадлал бүхий ялгаатай байгаа нь тодорхойлогдоо.

Дүгнэлт:

1. Крипторхизмтай хүүхдүүдийн эмчид анх үзүүлсэн дундаж нас 6.36 ± 4.2 , тэдний 54 буюу 66.7% нь оройтож эмчид үзүүлсэн, 74% (60) нь өрхийн эмчийн хяналтанд огт хамрагдаагүй, мэс засал эмчилгээ хийлгэсэн дундаж нас 9 ± 2.64 байгаань крипторхизмын эртилрүүлэлт, хяналт муу байгааг харуулж байна.
2. Крипторхизмд өхийн жирэмсний үеийн хяналт ($p=0.003$) $r=0.2$, өхийн эрхтэн тогтолцооны эмгэг ($p=0.008$) $r=0.2$, урьд нь крипторхизмтай хүүхэд төрүүлсэн эсэх ($p=0.000$) $r=1.0$, өвдөлт байсан эсэх ($p=0.000$) $r=0.4$, тестостерон даавар ($p=0.002$) $r=0.3$, хэдэн настайд эмнэлэгт хандсан ($p=0.000$) $r=0.3$ гарсан нь хүчтэй зэрэг хамаарлтай.
- Харин хуухнагийн хөгжил ($p=0.000$) $r=-1.0$ гарсан нь хүчтэй сөргө хамаарлтай байна.
3. Тохиолдлын ба хяналтын бүлгүүдийн сургуулийн өмнөх ба сургуулийн бага насынхы бэлгийн даавруудын хэмжээнд статистик ач холбогдол бүхий ялгаатай байсангүй.
4. Сургуулийн ахлах насны тохиолдлын ба хяналтын бүлгийн хүүхдүүдийн бэлгийн даавруудын дундаж хэмжээ үүний дотор цэврүү сэдээгч даавар ($FSH-2.4 \pm 0.14U/l$ ($p=0.018$), тестостерон ($T-7.9 \pm 0.22nmol/l$ ($p=0.09$)) дааврууд статистикийн үнэн магадлал бүхий ялгаатай байна
5. Цавины ба хэвллийн хэлбэрийн крипторхизмын үед бэлгийн даавруудын дундаж хэмжээ онцын ялгаагүй байна.

Практик зөвлөмж:

1. Крипторхизмын эрт илрүүлэлт, хяналт муу байгаа тул уг эмгэгийг эрт илрүүлэхийн тулд хүүхдийг аль болох эрт, өрхийн эмчийн үзлэгт 100% хамруулах шаардлагатай байна.
2. Крипторхизм үүсэхэд өхийн жирэмсэний хяналт, өхийн эрхтэн тогтолцооны архаг эмгэгүүд, жирэмсэн үеийн эмгэг, урьд нь

крипторхизмтай хүүхэд төрүүлж байсан зэрэг нь нөлөөлөх хүчин зүйл болж буй тул эхийн жирэмсний хяналтыг боловсронгуй болгох, эхийг эрүүлжүүлэх шаардлага зүй ёсоор тавигдаж байна. Түүнчлэн хүүхдэд бусад төрөлхийн хөгжлийн гажиг илэрсэн тохиолдолд болон хүүхдийн хуухнагийн хөгжил сүл байх үед крипторхизмыг сэжиглэх шаардлагатай.

3. Крипторхизмын оношилгоонд бэлгийн даавруудыг тодорхойлох шинжилгээг бэлгийн бойжилтын үед буюу сургуулийн ахлаас эхлэн хийх шаардлагатай.

Ном зүй

1. Баягдалан.Г (2005) Эрэгтэйчүүдийн үргүйдэлд нөлөөлөх хүчин зүйлс, оношилгоо АУ-ны докторын диссертаци 19
2. Энхравдан Б, Сэдэддулам С, Санжаа Л.(1996). Хүүхдийн крипторхизмын онош, эмчилгээ.
3. ЭНЭШТөвийн үндсэн үзүүлэлт (2005) статистикийн мэдээлэл зүйн алба
4. Скородок Л.М, Савченко О.Н(1984). Нарушение полового развития у мальчиков. Москва
5. Boisen KA,Kaleva M, Main KM, Virtanen HE, Toppari J(2004). Difference in prevalence of congenital Cryptorchidism in infants between two Nordic countries. Elsevier science journal
6. Christiansen P, et al.(2002)Serum inhibin B, FSH, LH and testosterone levels before and after human chorionic gonadotropin stimulation in prepubertal boys with cryptorchidism. European Journal of Endocrinology, 145, p 95-101,
7. Hack.W.W.M, Meijer.R.W, van der Voort- Doedens. L.M, Bos.S.D, Haasnoot.K(2003). Natural course of acquired undescended testis in boys.British journal surgery, 90, 728-731.
8. John Radcliffe Hospital Cryptorchidism Study Group(1992). Cryptorchidism: a prospective study of 7500 consecutive male births, 1984-8. Arch Dis Child.67, 892
9. Okeke A. A, Osegbe D.N (2001) Prevalence and characteristics of cryptorchidism in a Nigerian district. BJU, 88,p 9
10. Thayyil S, Shenoy M, Agrawal K (2004) Arch Dis Child 89, 890-891
11. Thomas F Kolon, Jong N Choe, Francisco Talavera et al.(2002) Cryptorchidism. Endotext.com
12. Vikram S Dogra et al (2004) Cryptorchidism. Endotext.com

Танилцаэс нийтлэх санал өгсөн:
Анагаах ухааны доктор, дэд профессор
Н.Мөнхтүвшин

СХЭМН-ИЙН ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН НЭГДЛИЙН 2006 ОНЫ ЭХНИЙ ХАГАС ЖИЛИЙН ҮЙЛ АЖИЛЛАГААНЫ ТАЙЛАНД ХИЙСЭН СУДАЛГАА

Д.Бат-Очир

(Анагаах Ухааны Хүрээлэн)

2006-ны оны эхний хагас жилд үйл ажиллагааны үзүүлэлтэд товч судалгаа хийж хангалтгүй үзүүлэлтийг сайжруулах, гарсан ахицыг цаашид чанаржуулах шаардлага байгаа тулд энэхүү судалгааг хийсэн болно. Тус эрүүл мэндийн үйл ажиллагааны зарим үзүүлэлтийг, тухайлбал халдварт өвчин, эхийн нас баралт тэр бүр хэвийн шаардлага хангахгүй, амбулатори, өрх, стационарын уялдаа холбоог сайжруулах нь чухал байгаа бөгөөд иймэрхүү судалгаа ойрын жилд хийгдэж байгаагүй зэргийг анхаарсан юм. Энэхүү судалгаанд эхний хагас жилийн поликлиник, гурван салбар амбулатори, өрхийн нөхөрлөл, стационар, хүүхдийн түргэн тусламжийн тайланийн материалыудыг бүрэн эхээр нь авч ашигласан болно.

Судалгааны зорилго. ЭМН-ийн эхний хагас жилийн тайланд судалгаа хийж улмаар жилийн эцсийн үйл ажиллагааны тайланд тодорхой ахиц гаргах, дутагдалтай буюу хангалтгүй байсан зарим үзүүлэлтийг сайжруулах асуудал юм.

Судалгааны зорилтууд. Зорилгоо хэрэгжүүлэхийн тулд дараах зорилтуудыг шийдвэрлэх Үүнд:

1. Эрүүл мэндийн нэгдлийн үйл ажиллагааны 2006 оны эхний хагас жилийн тайланд гарсан сайн үзүүлэлтүүдийг чанаржуулахад бүх эмч ажилтаны идэвхи-санаачилгыг өрнүүлэх
2. Үйлажиллагааны үзүүлэлтийн зарим хангалтгүй үзүүлэлтийг жилийн эцсийн тайланийн наана гүнзгий судлаж, дүн шинжилгээ хийж, эмч, тасаг нэгжийн эрхлэгчийг оролцуулсан графикчилсан төлөвлөгөө хийж хамт олноор хэлэлцүүлсэнээр зорилгоо хэрэгжүүлэх.

ЭМН-ийн Амбулатор, поликлиникийн үйл ажиллагаа, ЭМН-ийн төвийн поликлиникээс гадна дэвсгэр нутгийн З салбар амбулатори, баянхшуунд ахмадын тасаг 30 ортоj ажиллаж байна. Амбулатор, поликлиникээр эхний хагас жилд 156254 хүнд үзлэг хийж ачааллын дундаж $V=26,9$: I.II.III. амбулатор, поликлиникийн дундаж ачаалал $V=23,8-27,6$ харин үзлэгийн нэг эмчийн сарын дундаж ачаалал (156254:50) 3125 байна.

Үүнээс: Поликлиникийн нэг эмчийн дундаж үзлэг-2801

I-р амбулаторийн нэг эмчийн дундаж үзлэг-3433

II-р амбулаторийн нэг эмчийн дундаж үзлэг-4437

III-р амбулаторийн нэг эмчийн дундаж үзлэг-2964 болж поликлиникийн төв нэгдлийн дундажаас

бусад нь боломжийн үзүүлэлттэй байна. Нийтдээ урьдчилан сэргийлэх үзлэг, бүх үзлэгийн 48,1% байгаа нь чанартай хийсэн бол муу биш үзүүлэлт юм.

Идэвхитэй хяналт бүх үзлэгийн 12,29% байгааг хоёр талтай ойлгож болно. Нэг талаас өрхийн эмчийн тогтолцоо тогтсон тул амбулаторийн үзлэгийн эмчийн идэвхтэй хяналт бага байж болох үгүй бол идэвхтэй хяналт амбулаториудад харьцангуй хангалтгүй байсан гэж үзэж болохоор байна.

Амбулатор, поликлиникт үзсэн бүх үзлэгээс төгсгэлийн батлагдсан өвчиний оношийн талоноор (өвчтэй) бүртгэгдсэн өвчлөл 7,5% нь өвчлөлийн шатлалын 3,4,5,-р зэрэгт хамааралтай гэвэл бүх үзлэгийн (100-7.5) 92-93% нь харьцангуй эрүүл үзлэг байсан байна.

Диспансерийн хяналтанд шинээр 2958 хүн авсан, өмнө нь 2842 хүн

байсан (5800)-ийн 2284 буюу 39,3%-ийг эдгэрсэн гэсэн нь харьцангуй бөгөөд шинээр хяналтанд авсан өвчтөнөө 6 сарын дотор буцаагаад хяналтаас гаргасан байна. Ер нь статистик мэдээг номын дагуу зөв хянан гаргаж үнэнд ойртуулах шаардлагатай байна. Хяналтаас -129 хүн нас барсан, шилжсэн-369 байгаа нь шилжих хөдөлгөөнтэй холбоотой байж болно.

Вакцинуулалт-нийтдээ 97,4% (ОУ-ын дундаж 80%) боломжийн үзүүлэлт ялангуяа одоо манайд анхаарагдаж буй өвчин ВГВ-ийн вакцинуулалт-100% байгаа нь чухал юм.

Нөхөн үргижүйн төслийн гүйцэтгэлийн хувьд 0-3 4-6 сартай жирмэслэлтийн хяналт 69,9%-28,2% энэ хоёрийн харьцааны дундаж 49,0%; 0-3 сартай хяналт бараг 70%-тай байгаа нь тавьсан зорилтын хэмжээнд, харин 4-6 сартай хяналт харьцангуй бага байгааг анхаарах ёстой. 7 сараас дээш жирэмсний хяналт 4,3% байгааг бүртгэл, өрхийн эмчийн хяналт, шилжих хөдөлгөөний асуудалтай холбож үзэж болно.

Туслах тасаг, кабинетийн эхний хагасын гүйцэтгэлийн хувьд биохими, серлоги, бактерологи, рентген, флюр, эхо, ЭКГ, физик эмчилгээ, эмчилгээний бие тамир зэргийн ачаалал хэвийн ялангуяа клиник, биохимийн, лаборатори, Эхо, ЭКГ, зэрэг кабинетийн ачаалал өндөр, харьцуулсан дундажаас дээгүүр байгааг анхаарах, ач холбогдол багатай шинжилгээг цөөрүүлэх амбулатор поликлиникийн эрхлэгч, орлогчидоос тасаг, үзлэгийн кабенитуудад тавих мэргэжлийн хяналтыг сайжруулах, стационарт хэвтэхийн өмнөх шинжилгээг тухайн цагт бүрдүүлэх нь чухал. Жишээ нь одоо мөрдөгдөж буй процентийн харьцаагаар физик эмчилгээ 50% хүртэл, рентген оношлогоо 15% лаборатори 20% бусад 10% байх ёстой бол

Судалгаа, шинжилгээ

(бүх үйлчилгээ 121738) лаборатори 47 % (нэг дахин их) Эхо, ЭКГ-16,8% ачаалал өнөр, харин реабелтац 23% буюу бараг 50%-иар ачаалал бага байна. Иймд эмийн бус эмчилгээний төрөлд анхаарах орон тоо бүтцийн талаар ч бодож үзэх шаардлагатай байгаа болов уу.

«Нийгмийн эрүүл мэндийн салбарын нэг чухал элемент болох өрхийн нөхөрлөл, өрхийн эмчийн эхний хагас жилийн гүйцэтгэлд товч судалгаа хийхэд:

22 өрхийн эмнэлэгт 98 эмч ажиллаж нэг өрхийн эмнэлэгт дундажаар 2-5 эмч, нэг эмчид 2500 хүн үүнээс 500 орчим 0-16 насын хүүхэд байна. Эхний хагаст нэг өрхийн нөхөрлөлд (эмнэлэгт) дундажаар 17198,5 хүнд үзлэг хийсний 0-16 насын хүүхдийн үзлэг 8972-тай байна.

Ачаалалын хувьд 2 эмчтэй «Анан» өрхийн эмнэлгийн нэг эмчийн үзлэгийн ачаалал 5150,5; эмчтэй «Отгон 7 бурхан» өрхийн эмнэлгийн нэг эмчийн үзлэг- 4074;6.6 эмчтэй «Энхийн Өргөө» эмнэлгийн нэг эмчийн үзлэг 4356;4 эмчтэй «Энх-Ачит» өрхийн эмнэлгийн нэг эмчийн үзлэг 2793 (харьцаангуй бага) байна. 4000-аас дээш ачаалалтай өрхийн эмчийн ачаалал хангалттай, иргэд, өрхийн эмчийн харьцаа муу биш, нөгөө талдаа үзлэг өвчлөл өндөр байсан байна.

Ерөнхийдөө өрхийн эмчийн үзлэгийн ачаалал хэвийн гэж хэлж болно. Өрхийн эмнэлгийн идэвхтэй үзлэг, урьдчилан сэргийлэх үзлэгийн хувийн жин нь бүх үзлэгийн 38,8% байна.

Өрхийн эмчийн урьдчилан сэргийлэх үзлэг өндөр байх тутамд үнэлгээг сайн гэж үздэг, хамгийн багахан урьдчилан сэргийлэх үзлэг хийсэн өрхийн эмнэлэг «Анан»-21,5, «Отгон 7 бурхан»-28%, хамгийн өндөр «Энхийн Өргөө»-46,2%, «Сан-Хум» 45,1% бусад нь 33-40 хувийн хооронд байна. Өрхийн эмчид иргэдээс өвчний учир үзүүлсэн үзлэг бүх үзлэгийн 24-6%, «Буян-манал», «Мичид-Үндарга», «Байгаль наран», «Отгон 7 бурхан» зэрэгт өвчний учир үзсэн үзлэг харьцаангуй өндөр байгааг нэг талаас илрүүлэлттэй нөгөө талаас өвчлөл хүн амын дунд бага биштэй холбох боловуу. Өрхийн эмчийн давтан үзлэг 75 % байгааг харьцаангуйгаар ойлгож болно (24,9 % анхан үзлэг). Өрхийн эмнэлгийн эмч ажлын үндсэн чиглэл бол идэвхтэй хяналт, гэрийн эргэлт, гэрийн дуудлага байх ёстой.

Үүнд: Идэвхтэй хяналт-6,6% (диспансерийн хяналтын өвчтөнд)

Гэрийн эргэлт-30,2%

Дуудлага -0,98%. гэрийн эргэлт өндөр байх тутамд яаралтай биш гэрийн дуудлага цөөрнө. Гэрийнэргэлтийг «Отгон 7 бурхан», «Мичид-Асрал», «Энх-Ачит», өрхийн эмнэлэгт харьцаангуй сайн хийж байна. Өрхийн эмнэлэгүүдийн жирэмсний хяналт эхний 3 сарынх 67,7 % буй нь боломжийн үзүүлэлт, ихэнх өрхүүд 60-89%-д жирэмсний эхний 3 сард хяналтанд авчээ.

Стационарын үйл ажиллагаа. Сонгино хайрхан ЭМН-ийн стационарын эхний хагасжилийн үзүүлэлтийг өнгөрсөн оны мөн үетэй харьцуулж үзсэн. Эхний хагаст стационарын 1,2-р тасаг бүрэн орон тоогоор ажилласан. Нийт ор 138 1-р тасагт эмчлэгдсэн өвчтөний тоо нэмэгдсэн, фонд ашиглалт 0,3-иар дундаж ор хоног 0,5 хоногоор богиносож, орны эргэлт 0,2%-иар удааширан, нас баралт гараагүй.

Орны хүлээлт байнга гарсаар байсан байна. Стационарын 2-р тасагт эмчлэгдсэн өвчтөн цөөн тоогоор цөөрсөн харин дундаж ор хоног 0,4 хоногоор (богиносож) орны эргэлт 0,3-аар түргэсч нас баралт 1 тохиолдолд гарч, задлан шинжилгээнд орж, онош зөрөөгүй байна.

ЭМН-ийн хэмжээнд эмчлэгдсэн өвчтөний тоо цөөн тохиолдоор цөөрсөн (365) дундаж ор хоног 0,5 хоногоор богиносож орны эргэлт хэвэндээ, нас баралт 1 тохиолдол буюу стационарын үхлийн хувь 0,27 % болж ерөнхийдөө стационарын үзүүлэлт муугүй байна.

Энэ нь зохион байгуулалт дотоод хяналт, эмч нарын идэвхи чармайлалттай холбож болно. Ахмадын эмнэлэгт эмчлэгдсэн өвчтөний тоо бараг 30%-иар цөөрсөн, дундаж ор хоног 1,4 хоногоор богиноссон нас баралт гараагүй, хэвтсэн өвчтөний тоо харьцаангуй цөөрсөнд дүгнэлт хийх, хэвтэх шаардлага багассан уу, орны хүлээгдэл нэмэгдсэнүү, өрхийн эмчийн уялдаа холбоо зэрэг бодит шалтгаан байсан эсэхэд анхаарах хэрэгтэй.

Стационарын орны хэрэгцээ «потребность» үзүүлэлт дээр үндэслэж томъёонд оруулж үзвэл (Н-1000, Р-25, П-9, Д-320)-аар оролцоогоор К= Н*Р*П 1000 хүн амд 7 ор хэрэгцээтэй байна.

Д*100 Ихэвчлэн 1000-д 10 орны хэрэгцээ гарч байвал стационарын тусlamжийн хэрэгцээ хангагдаж, орны хүлээгдэл харьцаангуй цөөрч, үзүүлэлт хэвийн байна гэж үздэг. Манай ор гэдэг бол ЭМН, дүүргийн бүх амын стационарын тусlamж үзүүлдэггүй, мэс заслын чиглэлийн бүх тусlamж хамаардаггүй, зөвхөн 109-өөс 138 дотор мэдрэлийн ороор үйлчилдэг, бусад нь 3 дахь шатлалд хамарагддаг юм.

Эхний хагас жилд нэг иргэн 4-5 удаа үзүүлсэн байна. Стационарын нэг өвчтөнд дундаж ор хоног харьцаангуй богино байгаад дүгнэлт хийх, өвчтөнийг дутуу гаргах, орны очерт яарч баригдах зарим онош тодруулах, шинжилгээ хийхгүй курс эмчилгээг дутуу явуулж эцэст нь эмчлэгдсэн өвчтөний бараг 60-70 хувь нь архагшиж дахин дахин хэвтэх хүмүүс амбулатор, өрхөөр эмчийн байнгын хяналтанд ч ордоггүй зэрэг нөлөөллийг анхаарч мэргэжил, арга барил, зохион байгуулалтын арга авах хэрэгтэй.

Дундаж ор хоног уртсах буюу богиносоход эмчлэгч эмчийн ур чадвар шинжилгээний байдал чанараас шалтгаалах боловч зөвлөх эмчийн онош эмчилгээг хэт барих нь эмчийн мэргэжлийн хариуцлага сулрах зэрэгт нөлөөлж болох талтай.

Ялангуяа чанарын менежер өвчтөний хэвтэх

шаардлага, дундаж ор хоног, стационар, өрх, амбулаторийн эмчийн уялдаа холбоо зэргийг маш сайн шалгаж зохицуулах чадвартай, өндөр мэргэжлийн хүн байх нь чухал.

Стационарын чанарын менежер хүний гол үүрэг хариуцлага бол эмчлэгдэж буй өвчтөний онош эмчилгээний асуудал юм. Чанарын менежер нь захиргааны удирдлагын зар хүргэгч гарын үзүүрт гүйж байдаг, даалгавар, (цаг үеийн) гүйцэтгэгч байж таараахгүй, тогтмолжсон үйл ажиллагаа явуулвал зохино. Тухайлбал чанарын менежер нь тасгийн эрхлэгчийн ажилд хяналт тавих үүрэгтэй байдаг. Энэ талаар стационарт эмчлүүлэгчийн өвчтөний түүхэнд яж судалгаа хийх вэ гэвэл (Монголын анагаах ухаан, 2006, 3)

- Хэвтэж эмчлүүлэх шаардлага
- Хэвтэхийн өмнө амбулаторийн нөхцөлд шинжилгээ хийсэн эсэх
- Ялан оношлоохоор хийсэн тодоруулах шинжилгээ
- Хийсэн шинжилгээгээр гарсан өөрчлөлт
- Үндсэн өвчиний оношийн баталгаа
- Хавсарсан өвчиний оношийн баталгаа, хийсэн эмчилгээний үр дүн
- Эмчилгээний төрөл, стандартад тохирсон эсэх
- Эмчлэгдсэн өвчтөний дундаж ор хоног
- Эмнэлгээс гарахад өгсөн зөвлөмжийн байдал
- Эдгэрсэн буюу сайн, сайжирал авсан буюу дунд, сайжрал засрал аваагүй буюу хэвэндээ гэсэн оноо өгнө.

Эдгэрсэн 1, сайжирсан 2, хэвэндээ 3 гэж тэмдэглэвэл зохистой.

Стационарын эмчлүүлсэн өвчтөний өвчлөлийг судлахад амбулатори, поликлиник, өрхийн эмчийн үзлэгээр илэрсэн өвчлөлөөс арай өөр дүр зураг гарсан байна. Үүнд. Цусны эрэлтийн тогтолцооны өвчин, мэдрэлийн тогтолцооны өвчин, шээс бэлгийн замын өвчин, хоол боловсруулах эрхтэн тогтолцооны өвчлөл гэсэн дараалалтай байна.

Эхний хагаст стационарт нийт 3076 өвчлөл бүртгэгдсэнээс 58,8% эмэгтэйчүүд, 20-24 нас, 4,2%, 30-35 насанд 5,0% 35-39 насанд 5,3%, 40-44 насанд 7,5%, 45-49 насанд 9,7%, 45-49 насанд 9,7%, 50-54 насанд 10,7%, 55-59 насанд 11,2% 60-64 насанд 14,4%, 65-аас дээш насанд 28,8 % байгаа нь нас ахих тутам хэвтэн эмчлүүлэгчийн тоо нэмэгдэж эмчлүүлэх хэрэгцээ ихсэж байгаа нь нэг талаас настай холбоотой, нөгөө талаас ахмад настангуудын архаг хууч өвчин нилээдгүй илэрч давтан хэвтэлт шаардагддаг байж болох юм.

Өвчлөлийн нэрлэлээр үзвэл цусны даралт, даралттай холбоотой бусад өвчин, зүрхний ишеми, тархины цус харвалт, мэдрэл, уушигны хатгалгаа, элэгний архаг өвчин, ходоодны архаг үрэвсэл нефрит, нефроз, бронхийн багтраа, бамбайн хордлого, эпилепси гэх зэргийн өвчнөөр олонхи

хэвтэн эмчлүүлж байгаа тул дээр дурьдсан өвчнийг эмчийн хяналтанд авч дулааны улиралд ор дэрний хүлээгдэл бага байхад идэвхитэй хянаж, дуудан хэвтүүлж архаг хэлбэрт орохоос сэргийлэх нь тун чухал.

Хүн амын өвчлөлийг амбулатор, поликлиникээр байдлыг судлаж үзвэл:

Эхний хагас жилд 10,0 гаруй мянга өвчин бүртгэгдсэнээс олон улсын ангилалаар 1-рт хоол боловсруулах эрхтэнд өвчин, 2-рт цусны эрэлтийн эрхтэнд өвчлөл, 3-рт амьсгалын тогтолцооны өвчин, 4-рт нь мэдрэлийн тогтолцооны өвчин, 5-рт бүртгэл чих ба хөхөнцөрийн өвчин, 6-рт бэртэл хордлого, дотоод шүүрэл орж байна.

Цусны эрэлтийн өвчнөөр 65,2% нь эмэгтэйчүүд, хоол шингээх өвчнөөр 65,4% нь эмэгтэйчүүд, мэдрэлийн тогтолцоогоор 66,5% нь эмэгтэйчүүд амьсгалын тогтолцоогоор 57,0% нь эмэгтэйчүүд, дотоод шүүрлээр 68,8% нь эмэгтэйчүүд, бэртэлт хордлогоор 43,3% эрэгтэйчүүд өвчилж байгааг анхааралдаа авах шаардлагатай.

Шалтгаан нөлөөлж буй хүчин зүйлийг судлах, бодлогын баримжаа барих семинар, онол практикийн бага хурал зохиох, судалгаа хийх зэрэг арга хэмжээ авбал зохино. Өвчлөлийн нэршлээр үзвэл бамбайн хордлого, чихрийн шижин, толгой өвдөх өвчинүүд, боловрын эмгэг, дунд чихний хөхөнцөрийн өвчин, цусны даралт, зүрхний ишеми өвчинүүд томуу, хатгалгаа, шүд, дайврын бүтцийн өвчинүүд, халдварт бус гастрит, дуоденит, нефрит, цистит зэрэг өвчиний диспансерийн хяналтыг сайжруулахад үзлэг, өрхийн эмч нар анхаарах шаардлагатай байна.

Нас баралтын хувьд үйлчлэх хүрээний хүн амаас 414 хүн нас барсны 55,3% нь эрэгтэй хүмүүс орж байна. Нас баралтын гол шалтгаан нь хорт хавдар, элэг, цусны даралт, ишеми, цус харвалт зэрэг өвчин дараалан орж байгаад дүгнэлт хийх нь чухал.

Бүртгэлд осол гэмтэл 336 гарсаны тээврийн болон гадны шалтгаант бусад осол орж байна. Иймд сурталчилах, уулзалт семинар зохиох хэрэгтэй. Халдварт өвчинийг 2 оноор харьцуулахад:

	2005 он 1047/10.0-д 55,9	2006 он 1329/10.0-д 66,4 10,48/+/-	Хотын дундаж 10.0-д 110,8 44,4 44,4/-
Үүнээс 10000-д			
Цусан суулга	6,25	5,35/0,9/-	0,3 +/-
Гепатит	180/9,61	238/11,98 2,28/+/-	907/9,714 2,18/+/-
Сүрьеэ	302/16,13	335/16,74 0,61/+/-	1526/16,34 0,4/+/-
Тэмбүү	84/4,49	110/5,5 1,0/+/-	945/10,12 4,62/-
Заг хүйтэн	33/1,74	27/1,35 0,4/-	1365/14,62 13,27/-
Трихманад	30/1,6	38/1,90 0,3/+/-	1895/2029 18,39/-

Хамуу гараагүй

Эхний хагаст 1740 эх төрсөн (2005) онд

2006 онд 1759 эх төрсөн (+), амьд нярай 2005 онд 1751, 2006 онд 1777.

- Нийт нас баралт 2005 онд 604, 2006 онд 632
- 0-1 насны хүүхдийн эндэгдэл
2005 онд 33/18,83 / 2006 онд 29/16,32
1000-д 1,8 1000-д 1,6 02(-)

Эхийн эндэгдэл 2005 онд-2

2006 онд-3

Амьгүй төрөлт 13 9 4(-)

Гэрийн төрөлтийг 15/23 +/-ийг анхаарах ёстой.

Хүүхдийн түргэн туламжийн үйлчилгээний хувьд орон тоо хангалттай байна. Үйчлэх хүрээний 22 хорооны 0-16 насны 57800 хүүхдэд үйлчлүүлсэн байдал харагдаж байна.

Дуудлага хүүхдийн 5,3% нь 0-1 нас, 25,4% 0-5 нас, 69,3 % нь 0-15 насанд тус тус гарсан байна.

Эхний хагаст 3667 дуудлага хүлээн авсаны 496 буюу 13,0% нь яаралтай дуудлага бусад 3271 буюу 87 хувь яаралтай бус үүнээс амбулатори буюу өрхийн эмчийн гэрийн эргэлт, дуудлага идэвхитэй хяналтаар зохицож болох дуудлага 17,0%-ийг эзэлсэн байна.

Эн талаар мэргэжлийн эмчийн «экспертиз» явуулж яаралтай, яаралтай бус дуудлага зэргийг тогтоодог аргачилал байдал тул цаашид судалгааг тийм байдлаар явуулах шаардлагатай байна.

Жилд дуудлага нэг хоногт 20 орчим дуудлага гарсан байхаар тооцоо гарч ачаалал бага биш байж болохоор байна.

Эрүүл мэндийн нэгдлийн эхний хагас жилийн төслийн гүйцэтгэлийг үзэхэд (маш товчоор)

Төлөвлөгөө	кассын зарлага
Жинхэнэ зардлага	
Бүгд 503,3 сая	506,38 495,5 сая
Үүнээс цалин -168,7 сая	171,7 171,7

Хэлцэмжк. Сонгино хайрхан дүүргийн эрүүл мэндийн нэгдлийн 2006 оны эхний хагас жилийн үйл ажиллагааны тайланд хийсэн товч судалгаа бол цаашид эмчлэн сэргийлэх ажлыг чанаржуулах, хүн амын эмнэлгийн тусламж авах хэрэгцээг хангахад тус дөхөм болохоос гадна анхан болон хоёрдогч шатны тусламжийг хүртээмжтэй үзүүлэхэд ач холбогдол өгнө.

Судалгааг хийхийн тулд гадаадын болон өөрийн орны өндөр мэргэжлийн эрдэмтэдийн бичсэн ном, гарын авлага бүтээлийг үндэслэсэн болно.

Эхний хагас жилийн үйл ажиллагааны тайланг тус эрүүл мэндийн нэгдлийн бүх эмч нарын хурлаар хэлэлцүүлж санал шүүмжлэлийг хүлээн авч дүгнэлт өгсөн.

Дүгнэлт

Төсөвт зардлын хэмнэх хатуу бодлого барьж ажиллах, орон тоог зөв байрлуулах, эмнэлэг үйлчилгээний ажлыг онцгой анхаарах. Нөөц боломж сайн ашиглах, хүмүүсийн санал авч байх нь чухал. Мөн зарим үзүүлэлтийг сайжруулах талаар тасаг, нэгж шатандаа анхаарч хэрэгжүүлэх ялангуяа үйл ажиллагааны үндсэн үзүүлэлтийг сар улирал тутам салбарын хэмжээнд хамтран ярилцаж судлаж эмч наарт мэдээлж дүгнэлт гаргаж байх.

Чанарын менежер, статистик кабинетийн эрхлэгч, орлогч дарга нар хамтарч судалгаа хийж амбулатори, поликлиник, стационаар, өрхийн эмнэлгийн гурвалжин холбоо уялдаа, мэргэжлийн тогтолцоог дээшлүүлэхэд мэргэжил, арга барил, зохион байгуулалтын тодорхой чиглэлтэй, бодлоготой шинэлэг арга хэмжээг захиргааны зүгээс авч явуулах.

Ном зүй

1. Н.А.Виноградов Организация здравоохранения в СССР
«Пособие для врачей» второе издание.
1972
2. Г.А.Баткис, Л.Г.Лекарев. Социальная гигиена и организация здравоохранения, 1969
3. А.М.Мерков. Статистическое исследование 1966.
4. Г.М.Гайдаров. идр. Основы медицинской статистики 1999
5. Д.Бат-Очир. «Автореферант диссертации на соискание учёной степени доктора медицинских наук.
6. Д.Бат-Очир. Эмнэлгүүдийн үйл ажиллагааг үзүүлэлтээр судлахуй 1969.

Танилцајс, нийтлэх санал өгсөн:
Анагаах ухааны доктор Ц.Содномтил

АНАГААХ УХААНЫ ЁС ЗҮЙ БА ДЕОНТОЛОГИЙН АСУУДАЛ

**Ц.Эрдэнэсамбуу
ЭМШУИС-ийн Нийгмийн эрүүл
мэндийн сургууль**

Оршил. «Анагаах ухааны ёс зүй», »Анагаах ухааны деонтологи», »Эмнэлгийн мэргэжилтний ёс зүй», »Эмнэлэгийн мэргэжилтний деонтологи» хэмээх нэр томъёо нь хоорондоо салшгүй нягт холбоотой. Иймд дээр нэр дурьдсан нэр томъёог их төлөв хооронд нь уялдуулсан утгаар практик амьдралд хэрэглэдэг.

Үүний илрэл нь Эрүүл мэндийн сайдын 2006 оны 5 сарын 4 ны өдрийн 135-р тушаалаар батлагдсан »Эмнэлгийн мэргэжилтний ёс зүйн хэм хэмжээ» эрх зүй-ёс зүйн баримт бичиг мөн болно.

Энэхүү баримт бичигт »Эмнэлгийн мэргэжилтний ёс зүй» (ЭМЁЗ), »Эмнэлгийн мэргэжилтний ёс зүйн хэм хэмжээ»(ЭМЁЗХХ), »Эмнэлэгийн мэргэжилтний ёс зүйн горим» хэмээх нэр томъёонуудыг тайлбарласан байна. Үүнтэй уялдуулж «Анагаах ухааны ёс зүй», »Анагаах ухааны деонтологи», »Эмнэлэгийн мэргэжилтний ёс зүйн зарчим» хэмээх ухагдахууныг ёс зүйн ухаан, анагаах ухааны философи, анагаахын сэтгэл судлалын үүднээс тодорхойлохыг хичээж, орчин үеийн ёс зүйн зарим онолыг ЭМЁЗ болон ЭМЁЗ -н алдааг үнэлэхтэй холбох өнөө үеийн шаардлагыг үндэслэхийг оролдов. Үүний зэрэгцээ анагаах ухааны ёс зүй, анагаах ухааны деонтологийн уялдаа холбооны талаарх эрдэмтэдийн үзэл бодлыг харьцуулан судалж дүгнэлт хийв.

Судалгааны материал, арга зүй. Манай орны болон бусад орны зарим эмч, эмнэлгийн ажилтан, мэргэжилтэн, философич нараас анагаах ухааны ёс зүйн талаар хэвлүүлсэн ном, гарын авлагад байгаа ёс зүйн судлагдахуун, зарим ухагдахуун, онолыг хооронд нь харьцуулах арга хэрэглэж тэдгээрийн төсөөтэй ба ялгаатай талыг илрүүлэхийг оролдож дүгнэлт хийв. Үүний зэрэгцээ энэхүү өгүүллийн оршилд нэр дурьдсан «ЭМЁЗХХ» баримт бичгийн зарим хэсэгт анагаахын ёс зүйн ухааны үүднээс хандаж , ЭМЁЗХХ-г ёс зүйн хэм хэмжээний ямар төрөл хэлбэрт хамааруулж болох буюу ангилах арга зүйн асуудлыг хөндөв.

Үр дүн. Ёс зүйн шинжлэх ухаанд ёс зүй, деонтологи хэмээх нэр томъёонуудын төсөөтэй ба ялгаатай талуудыг авч үздэг. Анагаахын ёс зүйн ухаан нь анагаахын деонтологийг өөртөө агуулсан ёс зүйн ухааны бие даасан салбар, хүмүүнлэгийн ухааны нэг төрөл мөн. Энэ нь анагаах ухааны деонтологийг анагаахын ёс зүйн ухааны салшгүй бүрэлдэхүүн хэсэг, голт зүрх нь мөн гэж ойлгож болно гэсэн хэрэг юм.

Анагаах ухааны ёс зүй, анагаах ухааны деонтологийн ялгаатай талын талаар товч авч үзье.

1. Онолын ямар шинжлэх ухаантай их төлөв холбоотой байгаагаар нь анагаах ухааны ёс зүй, анагаах ухааны деонтологийн ялгаатай талыг зааглан авч үзэж болно. Анагаахын ёс зүйн ухааныг анагаах ухааны философийт, анагаах ухааны деонтологийг, анагаахын сэтгэл судлалтай их төлөв холбоотой гэж үзэж болох юм. Гэхдээ энэ нь харьцаангуй зүйл.

ЭМЁЗХХ баримт бичигт «ЭМЁЗ» гэж эмнэлгийн мэргэжилтний мэргэжлийн үйл ажиллагаатай холбоотой итгэл үнэмшил, хандлага, зан үйл, дадал, тогтсон дэг жаяг, хэвшсэн соёл болон харилцааны тухай цогц ойлголтыг хэлнэ гэж тодорхойлсон байна. Энэхүү томъёололд нэр дурьдсан итгэл үнэмшил, хандлага, зан үйл, дадал хэмээх ухагдахуунууд нь сэтгэл судлалын ойлголтууд юм. Өөрөөр хэлбэл ЭМЁЗ-г томъёолохдоо анагаахын сэтгэл зүйтэй холбож, ёс зүй-деонтологийн асуудлыг хамтад нь хөнджээ.

Хэрэв анагаахын ёс зүйн ухаан нь эмнэлгийн мэргэжилтний ёс зүйн хэм хэмжээ ба зарчим, үүргийн мөн чанарыг нээн илрүүлж тайлбарладаг бол анагаахын деонтологи нь эмнэлгийн мэргэжилтний үүргийн хэрэгжилт-ийг тэдний зан үйл, хандлага, зан төлөвтэй нь уялдуулж авч үздэг. Ийм учраас анагаах ухааны аливаа асуудлыг ёс зүй-деонтологи ба эмнэлгийн мэргэжилтний сэтгэл зүйгээс салангд авч үзэх нь учир дутагдалтай.

Анагаах ухааны сэтгэл судлал, анагаахын ёс зүйн ухааны хэрэглээний тал болох деонтологи хөгжиж хоорондоо уялдсанаар эмнэлгийн мэргэжилтэн үйлчлүүлэгчдийн хоорондын ёс суртахуун-сэтгэл зүйн харилцаа мэргэжлийн зан үйл ,хандлагыг шинжлэх ухааны үүднээс судлах бололцоог бий болгож байна. Энэхүү хандлагын үүднээс «ЭМЁЗХХ» хэмээх баримт бичигт ЭМЁЗ-г ёс зүй-деонтологи, сэтгэл зүйн үүднээс цогц байдлаар томъёолжээ.

2. Анагаах ухааны онол практикийн аль талаас нь авч үзэж байгаагаараа анагаах ухааны ёс зүй, анагаахын деонтологи хоёр нь хоорондоо ялгаатай.

Анагаахын ёс зүйн ухаан нь эмнэлгийн мэргэжилтний ёс зүйн хэм хэмжээ, зарчим, үүргийг мөн чанар , агуулга талаас нь буюу онолын үүднээс их төлөв судалдаг. Анагаахын ёс зүйн ухааны бүрэлдэхүүн хэсэг болох деонтологи нь эмнэлгийн мэргэжилтний ёс зүйн хэм хэмжээ, үүргийн хэрэгжилтийг хэрэглээ талаас нь эмнэлгийн практикт авч үзэж тайлбарладаг. Үүнээс анагаахын ёс зүйн ухаан нь хүмүүнлэгийн болон ёс зүйн ухааны бие даасан төрөл бөгөөд, деонтологи нь түүний хэрэглээний тал мөн болох нь илэрхий байна.

Товчоор хэлбэл, ёс зүй нь деонтологийн онол, деонтологи нь ЭМЁЗ-н практикийн тал мөн болно.

Анагаах ухааны деонтологи (үүргийн тухай сургаал) гэдэг нь эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээ үзүүлэх хүрээнд эмнэлгийн мэргэжилтнүүдийн

заавал гүйцэтгэх үүргийн хэрэгжилт, тэдэнд байвал зохих зан үйлийн хэм хэмжээний цогц мөн, Энэхүү тодорхойлолтоос үзвэл, анагаах ухааны деонтологи нь үүргийн хэрэгжилтний эзрэгцээ үүргээ гүйцэтгэх үед заавал байх зан үйлтэй салшгүй холбоотой нь илэрхий байна. Үүнийг иш үндэс болгож анагаах ухааны деонтологийг үүргийн хэрэгжилт, заавал байх зан үйл гэсэн хоёр хэсэгтэй гэж үзэж болно.

Анагаах ухааны ёс зүй, деонтологийн уялдаа холбооны асуудлыг судлаачид, эмнэлэгийн мэргэжилтнүүд янз бүрээр тайлбарлаж, тэдгээрийн хоорондын хамаарлын тухай санал зөрөлдөөн орчин үед бүрэн арилаагүй байна. Асуудлыг олон ургальч үзлийн үүднээс авч үзвэл энэ нь зөв юм.

1. Анагаах ухааны ёс зүй, деонтологийг хоёр өөр төрлийн шинжлэх ухаан гэж үзэх хандлага зарим судлаач, эмч мэргэжилтнүүдэд байдаг. Энэ нь асуудлыг хэт туйлшуулсан мэт санадж байна. Анагаах ухааны деонтологийг анагаахын ёс зүйн ухааны бүрэлдэхүүн хэсэг мөн болох талаар үүний өмнө дурьдсан.

ОХУ-ын анагаах ухааны эрдэмтэд деонтологийг ерөнхий ба тусгай гэж хоёр хуваагаад өнгөрсөн зууны 80-иад оны үед хоёр боть ном гаргасан. ЭМЁЗХХ –нд энэхүү ёс зүйн ерөнхий хэм хэмжээг эмнэлгийн бүх мэргэжилтэн мөрдөх бөгөөд мэргэжлийн онцлогыг тусгасан ёс зүйн өвөрмөц хэм хэмжээг тухайн мэргэжлийн чиглэлээр үйл ажиллагаа явуулж байгаам мэргэжлийн нийгэмлэгүүд зөвшилцэн гаргах талаар заажээ. Үүний ёс зүйн өвөрмөц хэм хэмжээ гэдгийг уг номын «тусгай» деонтологитой, ерөнхий хэм хэмжээ гэдгийг «ерөнхий» деонтологитой дүйцүүлэн ойлговол зохино. Өөрөөр хэлбэл ЭМЁЗ-н ерөнхий хэм хэмжээ, ерөнхий деонтологи хоёр нь адил зүйл юм. Иймд тусгай деонтологи гэж байна, ерөнхий деонтологи гэж байхгүй.

2. Анагаахын ёс зүй деонтологи хоёрыг адилтган үзэх хандлага ч байна. Энэ нь бидний бодлоор бол өрөөсгөл мэт санадж байна.

Ёс зүй, деонтологи хэмээх хоёр өөр нэр томъёог эрдэмтэд, судлаачид одоо хир нь ижил утгаар орчуулж хэрэглэж байна (2,8,9). Деонтологи нь ёс зүйн бүрэлдэхүүн хэсэг, түүнтэй салшгүй холбоотойг иш үндэс болгож, деонтологи хэмээх нэр томъёог нэг бол орчуулахгүй хэрэглэх, эсвэл үүргийн ёс зүй гэж орчуулж болох юм. Гэхдээ деонтологи хэмээх нэр томъёог ёс зүйтэй хамтатган хэрэглэж байгаа үед орчуулахгүй, тусад нь авч үзэж байгаа бол үүргийн ёс зүй гэж орчуулан хэрэглэж болох талтай.

Ёс зүй, деонтологи хоёрыг адилтгахгүйн үүднээс анагаах ухааны удам зүй дахь ёс зүй-деонтологийн асуудал, сэтгэцийн эмгэг судлал дахь ёс зүй-деонтологийн асуудал гэх зэргээр дээр нэр дурьдсан хоёр нэр томъёог хамтатган хэрэглэх нь зүйтэй. Ингэх нь анагаах ухааны асуудлыг онол-арга зүй, хэрэглээ талаас нь хамтатган авч үзэж байгаа хэрэг мөн бойно.

3. Деонтологийг ёс зүй, гоо зүй, сэтгэхүйн дүр төрхийн тухай шинжлэх ухаан мөн гэж үзэх нь (3) өрөөсгөл зүйл. Учир нь гэвэл анагаахын деонтологи нь анагаахын ёс зүй, гоо зүй, эмнэл зүйн сэтгэлгээтэй салшгүй нягт холбоотой нь үнэн боловч тэдгээрийг өөртөө багтаасан өргөн хүрээтэй, бие даасан шинжлэх ухаан гэж үзэх нь учир дутагдалтай. Энэ нь деонтологийг ёс зүйн ухаанаас өргөн хүрээтэй, бие дзаасан шинжлэх ухаан мөн гэж үзэж байгаа хэрэг болох юм.

Анагаах ухааны ёс зүй, анагаахын деонтологи хэмээх нэр томъёоны уялдаа холбооны талаар хэвлэлд байгаа гурван өөр үзэл бодлын талаар ийнхүү харьцуулан авч үзэв.

ЭМЁЗХХ хэмээх эрх зүй-ёс зүйн баримт бичигт ЭМЁЗ, ЭМЁЗХХ, ЭМЁЗГ хэмээх гурван нэр томъёог хэрхэн ойлгох талаар тайлбарласан байна. Үүнийг бидний авч үзсэн анагаах ухааны ёс зүй, анагаах ухааны деонтологи хэмээх ойлголтуудтай уялдуулан авч үзье.

«ЭМЁЗ» хэмээх нэр томъёо нь эмнэлгийн мэргэжилтний мэргэжлийн үйл ажиллагаатай холбоотой итгэл үнэмшил, хандлага, зан үйл, дадал, хэвшсэн соёл болон харилцааны тухай цогц ойлголт мөн гэж тодорхойлжээ. Энэхүү тодорхойлтыг агуулга талаас нь авч үзвэл ёс зүй, ёс суртахуун, зан суртахуун хэмээх ойлголтуудыг адилтган авч үзсэн байна. Эмнэл зүйн практикт ингэж үзэх нь зөв боловч үүнийг хэт туйлшуулаад анагаахын ёс зүйн ухаан хэмээх хүмүүнлэгийн ухаан байхгүй гэх юмуу, эсвэл байх шаардлагагүй гэж үзэж болохгүй. Учир нь ёс зүй, ёс зүйн ухаан хоёр нь өөр өөр ойлголтууд юм.

Ёс зүй гэдэг нь хүний зан үйл, хандлага, харилцаа нь тэдгээрийг зохицуулж байгаа ёс зүйн хэм хэмжээтэй тохирч байгаа эсэхийг харуулах үзүүлэлт юм. Энэ утгаар нь ёс зүй, ёс суртахуун, зан суртахуун, ёс журам гэсэн ойлголтуудыг адилтган үздэг(7,14). Тухайлбал ёс суртахуун гэдгийг хүний зан үйлийн сайн муу, сайхан муухай, эерэг сөрөг шинжүүдийг үнэлэхтэй холбогдсон харилцааг зохицуулах ёс зүйн хэм хэмжээний нийлбэр цогц гэсэн утгаар тодорхойлдог (12).

Эмнэлгийн мэргэжилтний үүргийн ёс зүй (ЭМҮЁЗ) буюу деонтологи гэдэг нь эмнэлгийн мэргэжилтний үүргийн биелэлтийн байдал, үүргээ хэрэгжүүлж байх үеийн тэдний зан үйл, үйлдэл, хандлага, харилцаа мөн. Ийнхүү хэрэглээ талаас нь ЭМҮЁЗ-г «ЭМЁЗХХ» баримт бичигт тодорхойлсоныг онцлон тэмдэглэж байна. Харин энэхүү тодорхойлолтонд орсон байгаа зан үйл, соёл, харилцаа зэрэг ойлголтыг ёс зүйн хэм хэмжээтэй тохирч байвал ёс зүйтэй зан үйл, ёс зүйтэй соёл, ёс суртахууны харилцаа гэсэн утгаар, ёс зүйн хэм хэмжээтэй тохирохгүй бол ёс зүйгүй зан үйл, ёс зүйгүй соёл, ёс суртахууны бус харилцаа гэсэн утгаар ойлгох шаардлагатай(11). Үүнтэй уялдуулж ёс зүйн хэм хэмжээ, түүний төрөл

хэлбэрийн талаар судалгааны хэлцэмж болгон товч авч үзье.

Хэлцэмж. Ёс зүйн хэм хэмжээ гэдэг нь нийгмийн хэм хэмжээний нэг төрөл юм, Нийгмийн хэм хэмжээ нь хүмүүсийн зан үйл, харилцааг зохицуулах хэрэгсэл (тогтсон дүрэм журам) мөн.

Нийгмийн хэм хэмжээ нь улс төр, шашин, соёл, угсаатан, гоо зүй, эрх зүй, ёс зүйн болон бие хүний хэм хэмжээ гэх зэргээр ангилагддаг(5,11). Нийгмийн хэм хэмжээний нэг төрөл болох ёс зүйн хэм хэмжээг товчоор үйл ажиллагаандaa мөрдвэл зохих тогтсон журам гэж ЭМЁЗХХ-нд томъёолсон байна. Энэ нь ЭМЁЗХХ гэдэг бол эмнэлгийн мэргэжилтний зан үйл, харилцааг зохицуулах тогтсон дүрэм журам гэсэнтэй утга санаа адил байна.

Ёс зүйн хэм хэмжээг хамрах хүрээгээр нь зарим судлаачид ёс суртахууны, зан суртахууны хэм хэмжээ гэж хоёр хэсэг болон ангилдаг (5.141). Энэ нь ёс зүйн хэм хэмжээг ёс зүйн ухааны судлах зүйлтэй нь уялдуулж ангилсан хэрэг мөн болно.

Ёс зүй ,ёс суртахуун , зан суртахууныг адил утгаар «ЭМЁЗХХ»-нд авч үзсэн талаар үүний түрүүнд товч дурьдсан. Ёс зүй, ёс суртахуун ,анагаахын деонтологи гэдгийг хэрэглээ талаас нь эмнэлгийн мэргэжилтний үүргийн хэрэгжилтийн байдалтай уялдуулж манай улсын эмнэлгийн практикт хэрэглэж байгаа тул дээр нэр дурьдсан ёс зүйн хоёр өөр хэм хэмжээний ялгааны талаар энэхүү өгүүлэлд тусгайлан авч үзсэнгүй.

Ёс зүйн хэм хэмжээг эмнэлгийн мэргэжилтний зан үйл, соёл, харилцаа, мэргэжлийн үйл ажиллагаандавигдажбайгаашаардлагыншинжээр нь үүрэг болгосон, хориглосон, зөвшөөрсөн хэм хэмжээ гэж ёс зүйн ухаанд гурав ангилдаг. Иймд ЭМЁЗХХ-г дээр нэр дурьдсан хэм хэмжээний аль нэгэнд хамаатуулж болно.

Тухайлбал, «Эмнэлгийн мэргэжилтний баримтлах ёс зүйн хэм хэмжээ» –ий 2,4-т байгаа эмнэлгийн мэргэжилтэн нь үйлчлүүлэгчийхээ үндсэн эрхийг хүндэтгэхийн зэрэгцээ хуулийн хязгаарлалтын хүрээнд үйлчлүүлэгчийн нууцыг чандлан хадгална гэсэн заалтыг үүрэг болгосон хэм хэмжээнд; 2,8-д байгаа «Эмнэлгийн мэргэжилтэн нь мэдлэг үр чадвараа хүний эрүүл мэндийн эсрэг ашиглахгүй» гэсэн зүйлийг хориглосон хэм хэмжээнд тус тус хамаатуулж болно. «Эмнэлгийн мэргэжилтэн үйлчлүүлэгчтэй харилцах горим»-ын 3,5-д байгаа заалтуудыг нийтэд нь зөвшөөрсөн хэм хэмжээнд хамаатуулж болох юм.

Ёс зүйн хэд хэдэн хэм хэмжээг агуулгаар нь нэгтгэсэний үндсэн дээр ёс зүйн зарчим бий болдог. Ёс зүйн зарчим гэдгийг өргөн утгаар нь эмнэлгийн мэргэжилтний зан үйл, хандлагын зэрэгцээ тэдний харилцаа, мэргэжлийн үүрэг, үйл ажиллагаанд тавигдаж байгаа нийгмийн шаардлагын цогц, ёс зүйн хэм хэмжээ гэдгийг мэргэжилтний үйлдэл, зан үйл, хандлагад тавигдаж байгаа энгийн шаардлагын цогц гэж хамрах хүрээгээр нь ялган

авч үзэж болно. Ийм учраас ёс зүйн хэм хэмжээ гэдгийг зан суртахууны эгэл хэм хэмжээ гэж их төлөв нэрлэдэг.

Зөвхөн харилцаанд баримтлах зарчмуудыг «Эмнэлгийн мэргэжилтний ёс зүйн горим» гэж томъёолсон нь ёс зүйн зарчмыг бидний бодлоор явцуу утгаар авч үзсэн хэрэг юм. Үүний цаана анагаахын уламжлалт ёс зүйн зэрэгцээ эмнэлгийн мэргэжилтний мэргэжлийн алдаа, ёс зүйн алдааг ялган авч үзэх арга зүй байж болох талтай.

Эмнэлгийн мэргэжилтний ёс зүйн еренхий зарчмыг хувь хүний бие даасан байдлыг хүндэтгэн үзэх зарчим, үр ашигтай байх зарчим, шудрага байх зарчим гэж гурван бүлэг болгон ангилдаг(1.).

1. Хүний бие даасан байдлыг хүндэтгэн үзэх зарчим нь эмнэлгийн мэргэжилтний хоёр өөр өөр ёс зүйн үүргийг агуулдаг. Үүнд: а/Хэрэв хувь хүн өөрийн сонголтоо хийх боломжтой байгаа бол өөрөө мэдэж үнэлэн цэгнэх чадварыг нь хүндэтгэж харилцах үүрэг. б/Бие даасан байдал нь хязгаарлагдсан хүмүүсийг хамгаалах, тэдгээрийг осол гэмтэл, хордлогын аюулаас урьдчилан сэргийлэх үүрэг болно.

Ёс зүйн энэхүү зарчмын талаар ЭМЁЗХХ-ий 3,1-3,21-дахь заалтуудад тодорхой тусгасан байна.

2. Үр ашигтай байх зарчим нь эмнэлгийн мэргэжилтний дараах хоёр үүргийг агуулдаг. а/Юуны өмнө хор хүргэхгүй байх үүрэг. Энэ нь уламжлалт буюу сонгодог ёс зүйгээс үүсэлтэй бөгөөд эмчлүүлж байгаа хүнийг сэргийлж болох болзошгүй үр дагавараас хамгаалах үүрэг . б/ Эмчилгээний явцад гарч болох буруу үйлдэл, эмнэлгийн мэргэжилтний үйл ажиллагааны хор хохиролыг аль болох бағасгах үүрэг юм.

Ёс зүйн энэхүү зарчим нь уламжлалт ёс зүйд утилитаризмийн зарчим, орчин үеийн ёс зүйн ухаанд үйл ажиллагааны онол буюу консеквенциализм гэж нэрлэгддэг. Үүнээс үзвэл ёс зүйн хэм хэмжээ , зарчим нь хоорондоо харьцангуй ялгаатайн адил, ёс зүйн зарчим, ёс зүйн онол хоёрын ялгаа нь харьцангуй байdag ажээ .

3. Шудрага байх зарчим нь а/Үйлчлүүлэгчийг нас хүйс ,хөрөнгө чинээ, албан тушаал ,боловсрол ,эрүүл мэндийн байдлаар нь ялгavarлахгүйгээр эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээг хүн бүрт тэгш хүртээмжтэй үзүүлэх үүрэг . б/Эмчлүүлэгчийн эрүүл мэндийн нууцыг чандлан хадгалах үүргийг агуулдаг.

Ийнхүү ёс зүйн хэм хэмжээ, зарчим ,үүрэг гурав нь хоорондоо салшгүй холбоотойн зэрэгцээ бас ялгаатай ажээ.

Эрүүл мэндийн сайдын тушаалаар батлагдсан ЭМЁЗХХ нь нийтээр зөвшилцсөн (конвенциаль), тогтсон дүрэм журам бөгөөд энэ нь үүрэг болгосон ба хориглосон хэм хэмжээ, эмнэлгийн мэргэжилтний үүргийг цэгцлэн тоочсоны зэрэгцээ зөрчсөн тохиолдолд эмнэлгийн мэргэжилтнүүдэд

тохирох хариуцлага хүлээлгэх үндэслэлийн нэг болно.

ЭМЁЗХХ нь үндсэн хууль, эрүүл мэндийн тухай хууль, эрүүл мэндийн эрх зүйн хэм хэмжээнээс үүдэлтэй. Өөрөөр хэлбэл анагаах ухааны ёс зүй , деонтологийн аль аль нь эрүүл мэндийн эрх зүйтэй салшгүй холбоотой. Гэвч эрүүл мэндийн эрх зүйг тусгайллан авч үзэх шаардлагатай бөгөөд харин анагаахын ёс зүй , деонтологийг тус тусад нь шинэжлэн судлах нь учир дутагдалтай.

Эмнэлгийн мэргэжилтний ёс зүй , зан үйл хоёрын уялдаа холбоотойг үндэслэж ёс зүйт зан үйл, ёс суртахуунт зан төлөв хэмээх ойлголтууд анагаахын ёс зүйн ухаанд бий болсоныг үүний өмнө дурьдсан. Үүний адилаар эрх зүйн хэм хэмжээ нь зан үйл хэмээх ойлголтой салшгүй холбоотой байдаг. Үүнтэй уялдаж эрүүл мэндийн эрх зүйд эрх зүйн зан үйл хэмээх ухагдахуун өргөн хэрэглэгддэг.

Эрх зүйн зан үйл гэдэг нь иргэдийн эрүүл мэндээ хамгаалуулах, эмнэлгийн тусламж авах эрхийг хангах болон эрүүл мэндийн талаарх хууль, эрх зүйн хэм хэмжээ биелүүлэх явцад илэрч байгаа эерэг сөрөг үйлдлүүд буюу зан үйлийн сайн муу шинжүүд мөн. Үүнээс үзвэл , эрх зүйн зан үйл ёс зүйт зан үйл буюу ёс зүйн зан үйл хоёр нь салшгүй холбоотой байдаг нь илэрхий.

Ёс зүйн ухааныг хэм хэмжээт ёс зүй , хэрэглээний ёс зүй , мета ёс зүй гэж харьцангуйгаар гурван төрөл болгон ангилж болно. Үүний эхний хоёрыг нь хамтатаад сонгодог буюу уламжлалт ёс зүй, мета ёс зүйг орчин үеийн ёс зүй гэж их төлөв нэрлэдэг.

ЭМЁЗХХ-г үндсэндээ уламжлалт ёс зүйд тулгуурласан баримт бичиг мөн гэж үзэж болох юм. Метаэтик ёс зүй нь хөгжлийнхөө явцад аналитик ёс зүй, интуитивизм, эмотивизм, персонализм зэрэг олон чиглэлээр хөгжсөн(4,10,14,15).

Орчин үеийн ёс зүйн зарим онол ,сургаалиудыг ЭМЁЗ-тэй холбож үүний өмнө тусгайллан авч үзсэн,(14.15). Энэхүү өгүүлэлд ёс зүйн орчин үеийн онолуудаас сэдлийн ёс зүй (мотивизм), үүргийн ёс зүй (деонтологизм), үйл ажиллагааны ёс зүй (консеквенциализм) –н зарим талыг хөндөв.

Эдгээрээс сэдлийн ёс зүй нь анагаахын сэтгэл зүйтэй , үйл ажиллагааны болон үүргийн ёс зүй нь анагаахын ёс зүйн ухаан, анагаахын сэтгэл судлал, философийт салшгүй холбоотой юм. Энэ утгаараа ЭМЁЗХХ-г орчин үеийн ёс зүйн зарим онолуудтай холбоотой баримт бичиг болжээ гэж үнэлж болно. Эмнэлгийн мэргэжилтний үйл ажиллагааны зөв буруу нь түүнийг төрүүлсэн сэдэл, үйл сэдлээс хамаарна гэж баталж байвал анагаахын ёс зүйн тийм сургаалыг сэдлийн онол гэнэ.

Эмнэлгийн тусламж үйлчилгээний зөв буруу нь уг үйл ажиллагаа, үйлчилгээний эцсийн үр дүнгээс үндсэндээ хамаарна гэж үздэг ёс зүйн тийм сургаалыг консеквенциал онол гэж нэрлэдэг. Деонтологийн онол (В,Д Росс, Г,Причард нарын

дэвшүүлсэн) нь эмнэлгийн мэргэжилтний үйлдэл, хандлага үйл ажиллагааны зөв буруу нь тэдний үүргийн хэрэгжилт, үүргээ биелүүлэх үеийн зан үйлээс их төлөв хамаарна гэж үздэг.

ЭМЁЗХХ-г ёс зүйн орчин үеийн онолын зарим урсгалтай уялдуулсаны үндсэн дээр анагаахын ёс зүй , эмнэлгийн мэргэжилтний ёс суртахуун гэдгийг анагаахын ёс зүйн ухаан, философи, сэтгэл зүйн үүднээс цогц байдлаар тодорхойлох боломжтой.

Анагаах ухааны деонтологи гэдэгт эмнэлгийн мэргэжилтний үүргийн хэрэгжилт , үүргээ биелүүлэх үеийн зан үйл хоёрыг юуны өмнө хамааруулж болох тухай үүний өмнө дурьдсан. Үүргийн хэрэгжилт, үүргээ биелүүлэх үеийн зан үйл, харилцаа, хандлага нь ёс зүйн хэм хэмжээтэй тохирч байгаа эсэхтэй уялдуулж үүрэг хариуцлага гэсэн ойлголтыг хамтад нь хэрэглэдэг.

Энэ утгаар нь үүргийг эмчлүүлэгч болон түүний ойр дотныхны өмнө эмнэлгийн мэргэжилтний хүлээх үүрэг , хариуцлага; мэргэжил хамт олныхоо өмнө хүлээх үүрэг , хариуцлага; улс орон , нийгмийн өмнө эмнэлгийн мэргэжилтний хүлээх үүрэг хариуцлага; эмнэлгийн мэргэжилтэн өөрийхөө өмнө хүлээх үүрэг хариуцлага гэж дөрвөн бүлэг болгон ангилж болох юм. Энэ нь ЭМЁЗХХ-г анагаахын деонтологитой нь уялдуулан ангилж байгаа хэрэг болно. ЭМЁЗХХ баримт бичигт дээр нэр дурьдсан дөрвөн төрлийн үүргүүдийг ёс зүйн хэм хэмжээ гэсэн утгаар тусгайллан бүлэг болгон авч үзсэн байна.

Дүгнэлт

1. Анагаах ухааны ёс зүй гэдгийг эмнэлгийн мэргэжилтний зан үйлийг зохицуулах зарчим , дагаж мөрддөх хэм хэмжээ , ёс суртахууны үнэлгээний тогтолцоог судлах ухаан гэж ёс зүйн ухаан , анагаахын сэтгэл судлалын үүднээс томъёолох саналтай байна. Үүний зан үйлийг зохицуулах зарчимд итгэл үнэмшил болсон ёс зүйн зарчим, зөвшилцсэн (конвенциаль), тогтсон дүрэм журмын аль алийг хамааруулан ойлгож болно.
2. Анагаах ухааны ёс зүй-г эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний хүрээнд эмнэлгийн мэргэжилтний ёс суртахууны ухамсар , харилцаа, үйл ажиллагааг судлах ёс зүйн ухааны салбар мөн гэж анагаахын философи, сэтгэл судлалын үүднээс тодорхойлж болох юм.
3. Анагаах ухааны деонтологи-г эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээ үзүүлэхэд эмнэлгийн мэргэжилтнүүдийн заавал гүйцэтгэх үүргийн хэрэгжилт, тэдэнд байвал зохих зан үйлийн хэм хэмжээний цогц мөн гэж тодорхойлов. Байвал зохих зан үйлийн хэм хэмжээгэдэг нь эмнэлгийн мэргэжилтний үүргээ хэрэгжүүлж байх үеийн биеэ авч яваа байдал, харилцаж байгаа хэв маяг, хийж байгаа үйлдэл, хэрэглэж байгаа үйл хөдлөл, дохио зангаа зэргийг хэлнэ.
4. Анагаах ухааны ёс зүйг ёс суртахууны философиийн зэрэгцээ ёс зүйн орчин үеийн онол,

ёс суртахууны сэтгэл судлал, анагаахын нийгэм судлалын үндсэн дээр хөгжүүлэх, энэ асуудалд шинээр, цогц байдлаар хандах, уламжлалт ба орчин үеийн ёс зүйг зохистой хослуулах зэрэг нийгмийн хэрэгцээ нь манай орны анагаах ухааны хамтын хүчээр шийдвэрлэвэл зохих тулгамдсан асуудлын нэг болж байна.

Ном зүй

- нагаах ухааны ёс зүй (Гарын авлага), УБ, 2005, х, 16, 94-113,
- Виктор Франкл, Хүмүүс утга санааны эрэлд, Д.Доржжав, Сэтгэл зүйд өөрөө суралцах нь(Хүний төлөө ажилладаг хүмүүсийн ширээний ном)УБ, 2005, х, 38-42,
- Деонтология в медицине (Общая деонтология) М, 1988, х, 21-88,
- Золзаяа, М, Ёс зүй, УБ, 2005 х, 40-58,
- Кондрашов В, А Этика, Ростов-на-Дону, 2001, х, 91-148,
- Мухар, Ц, Нийгмийн эрүүл мэнд, УБ, 1999 х, 49-51

- Мухар, Ц, Монголын эрүүлийг хамгаалах, УБ, 2006, х ,
- ультановский М, П, Иванова А, Я, Англо-русский медицинский словарь, М, 1988, х 208, 225,
- Нямдаваа, П, Н.Наранбаатар, Н.Наранбат, Н.Наранболд Анагаах ухааны монгол нэр томъёоны товч тайлбар толь УБ, 2006 ,х 31, 170, 273, 324,
- Тунгалаг, Д, Ёс зүй, УБ 2002, х , 87-94,
- Сидоров П, И, Парняков А, В, Введение в клиническую психологию, М, 2001, т, 2, х, 3-65,
- ууль зүйн тайлбар толь, УБ 2003, х, 106,
- Эмнэлгийн мэргэжилтний ёс зүйн хэм хэмжээ, УБ ,2006,
- Эрдэнэсамбуу, Ц, «Монголын анагаах ухаан» 2004, 4, х ,
- Эрдэнэсамбуу, Ц, Анагаах ухааны ёс зүйн онол, арга зүйн асуудал, »Эрүүл мэндийн шинжлэх ухаан» 2005, 2 х 3-5.

Танилцајс, нийтлэх санал өгсөн:
Анагаахын шинэжслэх ухааны доктор
Б. Бурмаа

БОДИС ЭНЕРГИЙН СОЛИЛЦООНЫ ФИЗИОЛОГИЙНҮНДЭС

Ц.Цэцэгмаа
ЭМШУИС

«Бие махбод гадаад орчин 2-ын хооронд явагдаж байгаа бодис ба энергийн солилцоо нь амьдралын үндсэн шинж, амьд биеийн амьдрах нөхцөл юм. Бодисын солилцооны үр дүнд бие махбодийн бүтцийн үндсэн нэгж болох эсүүд эвдрэх, шинэчлэгдэх, мөн түүний химийн нэгдлүүд задрах, шинээр үүсэх процесс явагдана(1.4.7.15). Бодисын солилцооны олон улсын нэршил нь метаболизм юм. Метаболизм нь анаболизм, катаболизм гэсэн 2 талтай. Анаболизм нь бие махбодийн харьцангуй тайван байдлыг илтгэх бөгөөд энэ үед энгийн бодис нийлэгжиж энериgi нөөцлөгдөнө. Харин кatabолизмын үед нийлмэл бодис задарч энериgi үүснэ. Бие махбодийн хэвийн үйл ажиллагаа явагдахад тодорхой хэмжээний энериgi хэрэгтэй. Үүнийг хоол тэжээлийн үндсэн бодис болох уураг, нүүрсүс, өөх тосны исэлдэлтээр хангадаг. Бие махбодийн эсэд явагдаж байгаа гинжин урвалын дүнд үүсэх энериgi хэсэг нь булчингийн ажил, булчирхайн шүүрэл, мэдрэлийн импульс дамжуулалт, эсэд бодис нийлэгших, ходоод гэдэсний замд бодис шимэгдэх зэрэг үйл ажиллагаанд зарцуулагддаг (1.3.4.5). Эсэд хоол тэжээлийн бодис(нүүрсүс, уураг, өөх тос) исэлдэхэд ялгарч ажилд зарцуулагдаж буй энериgi хэмжээг чөлөөт энериgi гэнэ. Фосфоенолпириват, карбомойл фосфат, АТФ-АДФ+фосфор, пирофосфат, глюкоз-1-фосфат, фруктоз-6-фосфат, АМФ, глюкоз-6-фосфат зэрэг нь чөлөөт энериgi үүсгэх

эх сурвалжууд болдог(4.5.6.7.8). АТФ нь бие махбодийн энериgi хангамжид голлох үүрэгтэй. АТФ-ээс фосфатын нэг радикал салахад 12000 калори энериgi чөлөөлөгдөн АДФ үүсч, дахин нэг моль фосфатын радикал салахад 12000 калори энериgi чөлөөлөгдөн АМФ үүснэ.

Фосфогенууд- креатинфосфат нь (КФ) их энериgi нөөц болдог. КФ нь АТФ-ийн хэрэгцээг хэмжээг хангаж өгнө. АТФ ихсэхэд КФ-д шилждэг(4.5.7.8.12). Энериgi үүсэх процесс эсийн митохондрид явагддаг. Хүний бие махбодиос ялгарч байгаа дулаан болон энериgi солилцоог калориметрийн аргаар тодорхойлно.

Бодисын солилцоог дотор нь уураг, нүүрсүс, өөх тос, эрдэс давс, витамины солилцоо гэж ангилан үздэг. Физиологийн нормоор бол хүн хоногт уураг 100-120гр, нүүрсүс 400-450гр, өөх тос 80-90гр хэрэглэх шаардлагатай байдаг.

Нүүрсүсны солилцоо. Ходоод гэдсэнд хоол тэжээлээр орж ирсэн полисахарид, дисахарид нь глюкоз болтлоо задраад нарийн гэдэсний ханын шимэгч эсийн мембронаар натритай хамт зөөвөрлөгдэн цусанд ордог. Цаашид гликоген нийлэгших, исэлдэх, гексоз хувирах, кребсийн мөчлөг, гликонеогенез явагдана(2.4.5.6.14). Глюкоз нь энериgi эх үүсвэр болохын зэрэгцээ эсийн мембрани найрлаганд оролцно. 1гр нүүрсүс ус исэлдэхэд 4.1ккал энериgi үүсдэг. Бүрэн исэлдэлтээр 1гр молекул глюкозоос 686000 ккал энериgi ялгардаг. Глюкозын бусад молекулын задралаар нийтдээ 38 моль АТФ үүсдэг. Жинхэнэ глюкозоос гликолизийн дүнд 56000 калори энериgi үүсч үүний 43% нь АТФ

байдлаар булчингийн ажил хийхэд нөөцлөгдөж, 57% нь дулаанд шилжинэ(4.5.12.13).

Ургийн солилцоо. Хоол хүнсийн хамт бие махбодид орсон уураг нь нарийн гэдсэнд амин хүчил болон задарч шимэгч эсийн мембранаар шимэгдэн цусанд ордог. Уураг нь бие махбодод нөөцлөгдөхгүй. Иймээс түүнийг хоол тэжээлээр байнга авах шаардлагатай. Амьтны уураг нь 20 амин хүчлийг агуулдаг бөгөөд тэдгээрийг орлогдох ба үл орлогдох гэж ангилан үздэг. Орлогдох амин хүчил нь бие махбодод нийлэгждэг. Үл орлогдох амин хүчил нь бие махбодод нийлэгжихгүй. Иймээс хоол хүнсээр байнга авах шаардлагатай.(6.9.11.12). Амьтны гаралтай уураг нь 20 амин хүчлийг агуулдаг бөгөөд түүнийг төгелдер уураг гэнэ. Мах, загас, өндөг, сүү зэрэг бүтээгдэхүүн нь төгөлдөр уургийг агуулдаг. Хоол хүнсний уургийн 30-с доошгүй хувь нь амьтны гаралтай байвал зохино.

Уураг нь эсийн мембранийн бүтэц үйл ажиллагаанд оролцено. Эсийн мембрани суваг, шахуурга, зөөврөлөгч, фермент уураг, хүлээн авуур уургууд нь эсийн үйл ажиллагааг явуулдаг(5.6.7.8). Уургууд нь эсийн бүрэлдэхүүн хэсгүүдийг шинээр бий болгоно. Амьтныг уураг багатай хоолоор тэжээхэд өсөлт нь зогсдог(7.8.11.12). Уургууд нь мөн ферментийн найрлаганд оролцено. Бие махбодийн бүх хөдөлгөөний үйл ажиллагаанд агших уураг болох актин, миозины харилцан үйлчлэлээр явагддаг.

Уураг нь эсрэг бие үүсгэн хүний биеийн өвчин эсэргүүцэх чадварыг нэмэгдүүлнэ. Амьтныг уураг багатай хоолоор тэжээхэд өвчлөмтгийг болдог. Иммуноглобулин A,M,G,E зэрэг уургууд нь бие махбодийн шингэнний дархлаанд тохируулгын үүрэг гүйцэтгэнэ(1.2.4.14). Мөн уураг нь ажил хөдөлмөрийн энергийн эх үүсвэр болдог. 1гр уураг исэлдэхэд 4.1ккал энерги үүсдэг.

Липидийн солилцоо. Өөх тос нь эсийн мембрани липидийн хос давхаргыг үүсгэдэг. Эсийн мембрани липид нь фосфолипид, гликолипид, холестрол гэсэн 3 үндсэн хэлбэртэй. Холестрол нь эсийн мембрани бат бөх чанарыг хангдаг. Эсийн мембрани өөх тосонд ханаагүй хүчил давамгайлахад бодисын солилцоо эрчимтэй явагдаж хөгжрөхгүй байх нэг нөхцөл болдог(9.10.12.13). Өөх тосны энергийн үүрэг маш их юм. Бие махбодийн энергийн 50-60%-ийг өөх тос хангдаг. 1гр өөх тос исэлдэхэд 9.3 ккал энерги үүсдэг. Эс дэх тосны дуслууд нь энергийн хэрэгцээнд зарцуулагддаг нөөц өөх тос юм.

Өөх тосны исэлдэлтээр молекулын дотоод ус үүсдэг. 100 гр өөх тос исэлдэхэд 107 гр ус үүснэ. Мөн өөх тос нь хамгаалах болон тулгуурын үүрэгтэй.

Хүний хоол тэжээлийн бодисоор авч байгаа энэрги, ажил хөдөлмөрт зарцуулж байгаа энэргийн

хоорондын харьцааг энергийн баланс гэнэ. Хийж байгаа ажлын хүнд хөнгөнөөс хамаарч энергийн зарцуулалт нь хоногт 2100-4200 ккал/ын хооронд хэлбэлзэж болно. Оюуны хөдөлмөр болон ердийн ажил хийдэг хүмүүсийн хоногт авах энэргийн хэмжээ нь 2300-2400 ккал байна(3.9.10.12).

Тэжээлийн үндсэн бодис болох уураг, өөх тос, нүүрс усны хоорондын харьцаа болон энэргийн баланс алдагдахад бодисын солилцоо хямарч улмаар элдэв өвчин үүсэхэд хүргэдэг. Үүнээс сэргийлэх гол арга нь физиологийн нормоор хооллох явдал юм. Зөв хооллолт нь хүний урт удаан наслахын нэг үндэс болдог.

Ашигласан ном зүй

- Хүний физиологи (хамтын автор) 2006он, x326-348
- Ц.Цэцэгмаа. Дотоод шүүрэл. 2005он, x40-45
- Г.Сүхбат. Хүний биеийн үйл зүй. 2006он, x131-136
- Г.Огтон. Физиологийн үндэс. 2005он, x298-326
- Д.Энэбиш. Бодисын солилцооны биохими. 2000он, x93-96
- Д.Пүрэв, Н.Цэвээнсүрэн. Биохими. 2006он, x80-87
- Физиология человека (под. ред. В.М.Покровского, Г.Ф.Коротько) Т.2, 2002, стр 134-140
- Физиология человека. соавтор 2004 год, том2, стр 126-136
- Лопардин. М.П и др. Питание населения Приморского края. Вопросы питания том75, 2006 год, °2, стр 9-14
- Гаврик.М.В,ГаппоровМ.М.Опытиспользования в амбулаторных условиях гипокалорийной диеты у больных ожирением. Вопросы питания том75, 2006 год, °3, стр21-27
- Коденцова. В.М, Вржесинская и др. Вопросы детской диетологии. 2006 год, том3, °4, стр 8-15
- Нормы физиологических потребностей в пищевых веществах и энергии для различных групп населения. М.Медицина, министерство Российской Федерации, 2005 год, °4, стр 130-150
- Викторова. Е.В, Кулакова.С.Н и др. Комбинированные жировые продукты: методические возможности их идентификации. Вопросы питания, 2006 год, °4, стр 3-9
- Vander, Sherman, Luciano. Human physiology, 2005, p 384-390
- Gyaton. Text book of medical physiology, 1991, p 380-391

Танилцахс нийтлэхсанал өгсөн:
Академич Л.Лхагва

ТРИХООЗОАРИ

У.Кабиль

Баян-Өлгийн аймгийн Нэгдсэн эмнэлэг

Серик овогтой Асемгуль З настай, охин. Баян-Өлгийн аймгийн нэгдсэн эмнэлгийн мэс заслын тасагт 2006 оны 6 дугаар сарын 22-д Баяннуур сумын эмнэлгээс »Хэвлийн хөндийн хавдар» оноштойгоор ирж хэвтсэн.

Хэвтэх үеийн зовиур нь: Эхийнх нь мэдүүлснээр хоолонд дургүй, бие сульдаатай, хүч, тэнхээ алдаж, тамирдана, турж байгаа бөгөөд зөвхөн шингэн зүйл, ундаа л бага зэрэг уудаг, заримдаа огиж бөөлждөг гэнэ.

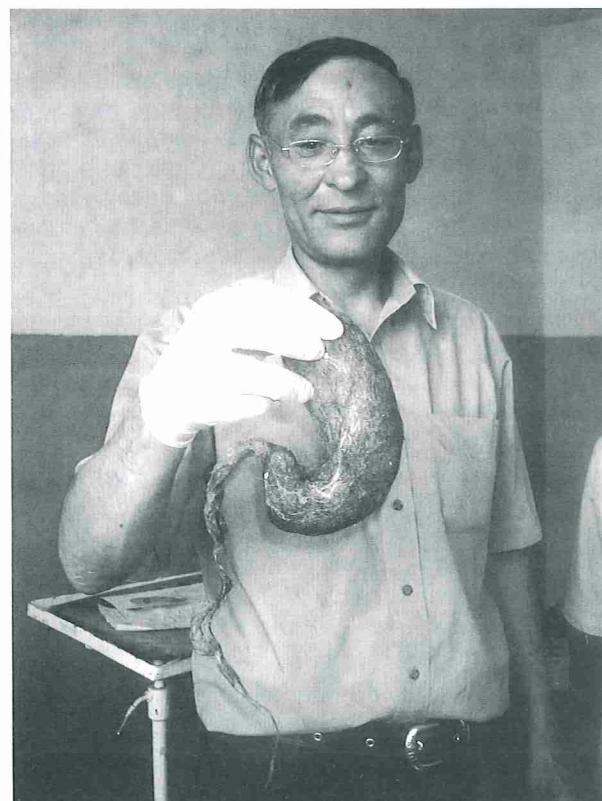
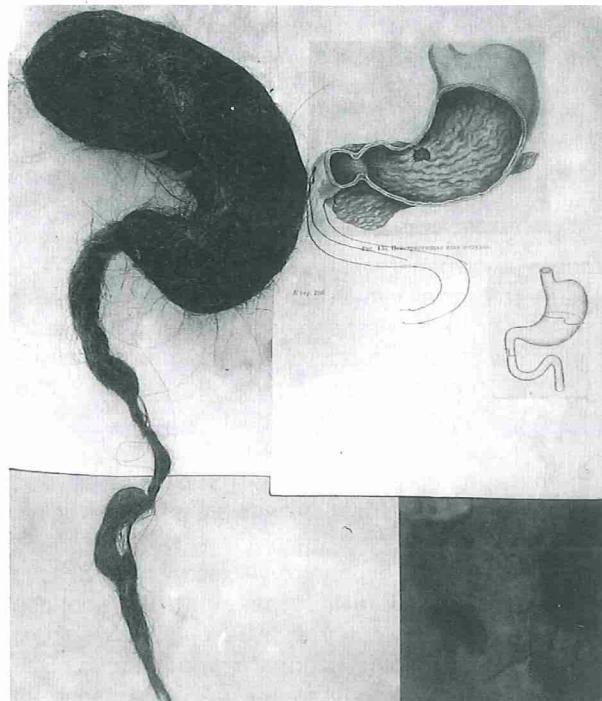
Үзлэгээр: Биеийнх нь байдал хүндэвтэр, арьс салст цайвар, цус багадалтын шинж тэмдгүүд тод илэрч байв. Хэвлийн дээд хэсэг, аюулхай орчимд хөдөлгөөнтэй, эмзэглэл багатай, хавдарлаг үүсгэвэр илрэв.

Хэвтэх үеийн онош нь: Хэвлийн хөндийн хавдар, цус багадалтын II зэрэг. Цаашид эмчлэх эмч, анагаах ухааны магистр, мэс заслын ахлах зэрэгтэй эмч У.Кабиль. холбогдох шинжилгээ, үзлэгийг үндэслэн: «Хоодод гэдэсний замд гадны биет орсон, цус багадалтын II зэрэгтэй, гэдэсний архаг бөглөрөлтэй, түгжирэл» гэсэн онош тавьж хагалгаанд оруулахаар бэлтгэж, 2006 оны 6 дугаар сарын 26-ны өдөр 14.00 цагаас хагалгаанд оруулав.

Мэс заслын явцад ходоод, 12 хуруу гэдэс, нарийн гэдэсний дээд хэсгийн хөндийг бүрэн бөглөсөн, дээрх эрхтэнүүдийн хэлбэр дүрсийг бий болгож хэлбэржсэн 600гр үсэн бөөний (бөөгнөрөл) улмаас ходоод гэдэсний жигд ажиллагаа алдагдаж, өвчтөн тураалт хордлогод орж цус багадалт өгч, архаг механик түгжрэл болсон нь тогтоогдов.

Мэс заслын хагалгаа 2 цаг орчим үргэлжилж, гадны биет (үсэн бөөгнөрөл)-ийг бүрэн авч хагалгаа амжилттай болсон. Одоогийн байдлаар өвчтний биеийн байдал сайн эмнэлэгт эмчлүүлж байгаа. Хагалгааг мэс заслын ахлах зэрэгтэй эмч У.Кабиль хийж, мэс засалч их эмч Б.Ханат туслалцсан бөгөөд мэдээгүйжүүлэгч эмчээр их эмч Х.Аятхан, сувилагчаар Гулия, Адгул нар оролцжээ.

Энэхүү өвчлөл нь анагаах ухааны практикт ховор тохиолдох эмгэгийн нэг гэж үзэж байна.



ОЛОН УЛСЫН МЭДРЭЛ СУДЛАЛЫН “INFO2006MONGOLIA” ФОРУМ

Монголын мэдрэлийн эмч нарын «Mononeurology» нийгэмлэг санаачлан Дэлхийн Мэдрэлийн Холбоотой хамтран Эрүүл Мэндийн Яамны сайд Л.Гүндалайгийн дэмжлэг, Дэлхийн Эрүүл Мэндийн Байгууллага, Эрүүл Мэндийн Яамны санхүүгийн тусламжтайгаар Олон Улсын «INFO2006MONGOLIA» сургалт-семинарыг Улаанбаатар хотноо 2006 оны 08-р сарын 23-25ны өдрүүдэд зохион байгууллаа. Уг форумд гадаадын 7 орны 10 эрдэмтэн хүрэлцэн ирж, мэдрэл судлалын тулгамдсан асуудал болох буличин-мэдрэлийн эмгэг, уналт-таталтын өвчин, хөдөлгөөний эмгэг, төв мэдрэлийн тогтолцооны үрэвсэлт эмгэгүүд, удамшлын эмгэгүүд, тархины харвалтын орчин үеийн оношлогоо, эмчилгээний сэдвээр эрдэмтэд илтгэлүүд тавьж, харилцан санал бодлоо солилцлоо.

Тус сургалт-семинаарт Анагаахын их, дээд сургууль, коллеж, хүрээлэнгийн эрдэмтэд, багш, судлаачид болон манай орны хот, орон нутгийн бүх шатлалын эмнэлгүүдэд ажиллаж байгаа Монголын Мэдрэлийн эмч нарын нийгэмлэгийн гишүүн 160 орчим мэдрэлийн эмч нар оролцож мэдрэлийн өвчний оношлогоо, эмчилгээний орчин үеийн аргуудтай танилцаж, мэргэжлийн мэдлэг боловсролоо дээшлүүлж, хот болон хөдөө орон нутагт ажиллаж буй мэдрэлийн эмч нарын мэргэжлийн хамтын ажиллагааг сайжруулахад зохих хувь нэмрээ орууллаа.

Мөн Улсын Клиникийн Төв эмнэлэгт «Мэдрэлийн ширхэгийн сэрэл дамжуулалтын хурдыг хэмжих», ЭМШУИС дээр «Хөдөлгөөний эмгэг», Шастины нэрэмжит Клиникийн төв эмнэлэгт «Эпилепсийн оношлогоо эмчилгээ» сэдвүүдээр дадлага-семинар зохион байгууллаа.

«INFO2006MONGOLIA» сургалт-семинар нь хүн амын дунд олонтаа тохиолдох мэдрэлийн өвчний үед үзүүлэх тусламж, үйлчилгээний чанарыг сайжруулахад чухал ач холбогдолтой болов. Эрүүл Мэндийн дэд сайд А. Отгонболд, ДЭМБ-ын суурин төлөөлөгч ноён Роберт Хейган нар оролцож сургалт-семинарын ач холбогдлыг өндөрөөр үнэлж, Роберт Хейген хэлсэн үгэндээ Монгол орны хүн амд үзүүлэх эпилепсийн тусламж, үйлчилгээг сайжруулахад ихээхэн ач холбогдолтойг онцлон тэмдэглэв.

Тус форумд Дэлхийн Мэдрэлийн Холбооны төлөөлөгчид болон манай орны эрдэмтэд дор дурьдсан сэдвүүдээр илтгэл тавьж хэлэлцүүлэв. Үүнд:

- Дэлхийн Мэдрэлийн Холбооны 2001-2005 оны өрөнхийлögч, АНУ-ын Айова мужийн Их сургуулийн Мэдрэлийн эмнэлгийн захирал, Япон Улсын иргэн доктор, профессор Jun Kimura- «Захынмэдрэлийнэмгэгийнклиник болон электрофизиологийн оношлогоо»

- Дэлхийн Мэдрэлийн Холбооны итгэмжлэгдсэн гишүүн, Баруун Австралийн Элизабет хатан хааны нэрэмжит мэдрэлийн эмнэлгийн захирал William Carroll-«Мэдрэлийн түгмэл хатуурал»
- Дэлхийн Мэдрэлийн Холбооны Болвсролын Зөвлөлийн гишүүн, АНУ-ын Паркинсон өвчний ба Хөдөлгөөний Эмгэгийн Институтын захирал доктор Daniel Trong-«Паркинсоны өвчний оношлогоо»
- АНУ-ын Үндэсний Мэдрэл Судлал ба Харвалтын Институтын Хөдөлгөөний эмгэгийн тэнхимиин эрхлэгч, Бетездагийн Үндэсний Эрүүл Мэндийн Институтын Мэдрэл Судлалын салбарын захирал, доктор, профессор Mark Hallett-«Треморын үнэлгээ, эмчилгээ»
- Австрийн Вена хотын Анагаах Ухааны Их Сургуулийн Мэдрэл Судлал болон Нейропатологийн Институтын захирал, доктор профессор Herbert Budka-«Прионы өвчин»
- ХБНГУ-ын Халле хотын Мартин-Лютериин нэрэмжит Их сургуулийн Мэдрэлийн эмнэлгийн захирал доктор, профессор Stephan Zierz – «Митохондрийн эмгэгүүд»
- ХБНГУ-ын Штутгарт хотын Ариун Винсентийн эмнэлгийн мэдрэлийн клиникин захирал, доктор, профессор Alfred Lindner-«Харвалтын үеийн комътертомографи оношлогоо»
- ХБНГУ-ын Росток хотын Их сургуулийн Мэдрэл Судлалын эмнэлгийн Хөдөлгөөний эмгэгийн секторын эрхлэгч доктор Dirk Dresser-«Дистони»
- Францын Марсель хотын Тимоны Нэрэмжит Их сургуулийн Мэдрэл Судлалын эмнэлгийн Нийгэмлэгүүдийн Холбооны хүндэт гишүүн, Шарко-Мари-Туфийн нийгэмлэгийн мэргэжлийн зөвлөх хорооны гишүүн Georges Serratrice-«Булчингийн эмгэгийн орчин үеийн оношлогоо, эмчилгээ»
- Чех улсын Брно хотын Мазарик Их Сургуулийн Ариун Аннегийн эмнэлгийн Мэдрэл Судлалын Клиникийн захирал Ivan Rektop «Хавсарсан голомтот уналтуудын менежмент»
- Анагаах Ухааны Хүрээлэнгийн Мэдрэл Судлалын Секторын эрхлэгч АШУ-ны доктор, профессор, ЭШТА Д.Баасанжав- «Монгол орон дахь мэдрэл судлалын өнөөгийн байдал»
- ЭМШУИС-ийн Мэдрэл Судлалын тэнхимиин багш, АУ-ны доктор Ц.Баясгалан-«Паркинсон өвчний эхэн ба хожуу үед прамиксоль эмчилгээ»
- Шастины нэрэмжит Клиникийн Төв эмнэлгийн эмч, АУ-ны доктор Д.Баярмаа-«Монгол орон дахь эпилепсийн оношлогооны өнөөгийн түвшин»
- АУ-ны магистер, докторант М.Үүрийн тяя-

- «Эпилепсийн эсрэг эмийн эмчилгээний хяналт»
- «Рефлекс» эмнэлгийн захирал, АУ-ны доктор Ж. Сарангэрэл-«Инсультын эмчилгээний шинэ хандлагууд» зэрэг сэдвүүдээр мэдрэл судлал өндөр хөгжсөн орнуудын эрдэмтэдийн илтгэлийг сонсож, харилцан ярилцсан нь Монголын мэдрэлийн эмч нарын өмнө тулгамдсан мэдрэл судлалын асуудлуудыг шийдвэрлэхэд шинэ мэдээлэл болж, чухал нөлөө үзүүлэх нь дамжиггүй юм.

Монголын эрдэмтэн, судлаачдын мэдрэл судлалын чиглэлээр сүүлийн 10 жилд хийж

гадаад, дотоодод хэвлүүлсэн судалгаа, эрдэм шинжилгээний өгүүлэлүүдийг нэгтгэн 410 хуудастай ном хэвлүүлж, сургалт-семинар дээр тавигдсан эрдэмтэдийн тавьсан илтгэлүүдийг дискэн дээр англи, монгол хэлээр бичүүлж гарын авлага болгон семинарт оролцогчдод тараалаа. Монголын хот, хөдөөгийн эрүүл мэндийн салбарт ажиллаж байгаа 175 мэдрэлийн эмчээс 160 буюу 91.6%-ны оролцсон нь мэргэжлийн хувьд эвлэлдэн нэгдэж, мэдлэг боловсролоо дээшлүүлэх ихээхэн сонирхолтой байгаа нь харагдаж байна.

Я.Эрдэнэчимэг,
Анагаах ухааны доктор



Мэдээлэл, сурталчилгаа

ИХ МОНГОЛ УЛС БАЙГУУЛАГДСАНЫ 800 ЖИЛИЙН ОЙ, МОНГОЛЫН ШИНЖЛЭХ УХААНЫ АЖИЛТНЫ ӨДӨРТ ЗОРИУЛСАН ЭРДЭМ ШИНЖИЛГЭЭНИЙ ХУРАЛ БОЛЛОО.

Монголын анагаах ухааны академи, ЭМЯ хамтран ДЭМБ-ын санхүүгийн дэмжлэгтэйгээр Их Монгол Улс байгуулагдсаны 800 жилийн ой, Монголын шинжлэх ухааны ажилтны өдөрт зориулсан эзлжит эрдэм шинжилгээний хурал зохион байгууллаа.

Хурлын зарыг 2006 оны 4 дүгээр сард холбогдох байгууллагуудад МАУА-ийн Ерөнхийлөгчийн албан тоотоор хүргүүлж, ЭМЯ, ШУА-ийн веб хуудсанд англи хэл дээр бичиж байрлуулан, Монголын анагаах ухаан сэтгүүл, Монголын халдварт өвчин судлал сэтгүүлээр мэдээллээ.

Хуралд хэлэлцүүлэх илтгэлийн хураангуйг 2006 оны 11 дүгээр сарын 1 хүртэл хугацаанд хүлээн авлаа. Энэ удаагийн хуралд сүүлийн жилүүдэд анагаах ухааны салбарын судлаачид дангаараа болон гадаадын судлаачидтай хамтран хийж буй судалгаа, шинжилгээний ажлын дүнгээс бичиж ирүүлжээ. Түүнчлэн хөдөө орон нутгаас Бүсийн оношлогоо, эмчилгээний төвүүд (Дорнод, Ховд), зарим аймгийн (Орхон) эмч нар өөрийн аймаг, орон нутгийн эрүүл мэндийн тулгамдсан асуудлаар бэлтгэсэн практик судалгааны дүнгээс бичиж оролцлоо.

Манай улсын эрүүл мэндийн салбарын зарим байгууллага тухайлбал БГХӨЭСТ-тэй хамтран ажилладаг ОХУ-ын Эрхүү хотын Тарваган тахлын хүрээлэнгийн төлөөлөгч С.В.Балахонов, Новосибирск хотын Вирус судлал-Биотехнологийн «Вектор» төвийн ЭША, А.Ю.Алексеев; Герман улсын Мюнхены Мал Эмнэлгийн Их Сургуулийн профессор М.Киефер, Д.Киефер нар оролцож сонирхолтой илтгэл хэлэлцүүлж, цаашид хамтын ажиллагааг өргөжүүлэх талаарх гэрээгээ тодотгож, сунгав.

Хуралд нийт 130 шахам илтгэл ирүүлсний 70 нь нийгмийн эрүүл мэндийн, 25 нь эмнэлзүйн анагаах ухаан, 20 нь биоанагаах ухаан, 13 нь уламжлалт анагаах ухаан, эмзүйн чиглэлийн илтгэл байснаас үзвэл өнөө үед манай улсын анагаах ухааны

хөгжилд нийгмийн эрүүл мэндийн салбар буюу урьдчилан сэргийлэх анагаах ухаан түлхүү байрыг эзлэж байгаагийн илрэл гэлтэй.

Хурлын үеэр эрдэм шинжилгээний хүрээлэн, төв, их сургууль нь өөрийн эрдэм шинжилгээний бүтээлийн үзэсгэлэн гаргаж зарим хэвлэлийн газар, байгууллагууд номын үзэсгэлэн худалдаа ажлуулж сонирхолтой, хэрэгцээтэй олон номыг хямдруулсан үнээр худалдаалж, оюуны үнэтэй хөрөнгө оруулалт хийсэн нь эрдэм шинжилгээний ажилтнуудад эрхэм бэлэг боллоо.

Энэ хуралдааны нэг онцлог нь эрүүл мэндийн салбарын зарим хувийн хэвшлийн байгууллагууд, эрдэмтэн шилдэг илтгэлийн эздэд мөнгөн шагнал олгож, судлаачадад урам хайрласан нь шинэлэг арга хэмжээ боллоо.

Ийнхүү судлаачадад урам хайрласан байгууллага, эрдэмтэд талархалдэвшиүүлж, ирж буй шинэ онд хүн амд эрүүл мэндийн шинэ, шинэ шилдэг тусламж үзүүлэх, судалгаа, шинжилээ, бизнесийн ажилдаа арвин амжилт олох ерөөлийг дэвшүүлье.

Хурлыг ивээн тэтгэсэн байгууллагууд:

1. ДЭМБ
2. Ачтан-Элит эмнэлэг,
3. Гялс төв
4. «Денк-фарм» пүүсийн монгол дахь дистрибутер,
5. «Өнө-лаб» ХХК,
6. «УАШУТҮК»
7. «ЭМЖЖ» эмнэлэг,
8. Анагаахын шинжлэх ухааны доктор, профессор Д.Сэржээ,
9. «Төгс интернешнл» ХХК,
10. «Ван интернешнл» ХХК,
11. «Эдвэнцэд натурал» ХХК

*Б.Бурмаа,
Анагаахын шинжлэх ухааны доктор*



Их Монгол Улс байгуулагдсаны
800 жилийн ой, Монголын шинжлэх
ухааны ажилтны өдөрт зориулсан
Эрдэм шинжилгээний хурлын үеэр.



ХБНГУ-ын эрдэмтэн М. Киепир,
Д. Киепир нар

МАУА-ын ерөнхийлөгч, Академич
П. Нямдаваа, МАУА-ын гишүүн
Ардын эмч, Профессор Б. Жав нар
хурлын завсарлагаанаар



Мэдээлэл, сурталчилгаа

THE STUDY OF BIOLOGICAL AGE OF MONGOLIANS WITH THE USE OF MORPHOPHYSIOLOGICAL AND OSTEOSTEREOMETRICAL METHODS

*M.Tuu¹, Ts.Sukhbaatar¹, Kh.Batbayar¹,
L.Lkhagva²,
Ts.Tserendash¹, M.Enkhjargal¹, T.Zvergee³*
¹*Anthropology center*
²*Mongolian Academy Medical Sciences*
³*HSUM*

Aging is a term that has many different definitions. Chronological aging is simply an indication of the time elapsed from birth. Biological aging, which begins with conception and ends with death, is the process of biological changes that occur in the life of an individual.

There are not many studies on biological age of Mongolian population. Thus the research study with the purpose to determine biological and chronological age of Mongolians, early senescence, aging speed, and some factors for early senescence has been done with a team of medical doctors.

1. Early senescence is noticed in age groups of 30-39 and 40-49 years men, and slow senescence in age groups of 50-59 and 60-69 years men.
2. Biomarkers used in determination of biological age are quality variability.
3. The senescent changes in the reproductive system in both males and females are generally more important psychologically than physiologically
4. The cavity in the body of human vertebra, which contains bone marrow is being modeled with volume size of rotating ellipse. The results of the research determined that with increase of the age groups vertical axis is being reduced, horizontal axis is being increased ($P<0,001$) and cavity of bone marrow is being widened. However volume of the bone marrow cavity is not being changed. This proves that age changes in the bone structure of Mongolians occur comparatively later.

Pp.2-7, Table 1, Figures 13, References 9

MOLECULAR GENETIC DIAGNOSIS OF HEREDITARY NEUROMUSCULAR DISEASE

Bilegtsaikhan Ts¹, Anar D¹, Jambaldorj J¹, Munkhsaikhan S¹, Bumdelger B¹, Ouyngerel G¹, Munkhbat B^{1,3}, Tamiya G³, Nodera H⁴, Baasanjav D¹, Munkhtuyshin N¹

¹*Central Scientific Research Laboratory,
National Institute of Medicine, Mongolia*

²*Department of Neurological Disorders,
National Institute of Medicine, Mongolia*

³*Department of Molecular Life Science, Tokai University, Japan*

⁴*Department of Neurological Disorders, Tokushima University, Japan*

An interesting case of a hereditary neuromuscular disease have been revealed in Dornod province. A total of 28 individuals in 3 families have showed the symptoms of hereditary neuromuscular disease. The final diagnosis couldn't be established due to similarities of symptoms between Friedreich's ataxia and Charcot-Marie-Tooth disease. Friedreich's ataxia is a relatively rare disease with a distribution of 1'000'000 : 1 in south-east Asia, whereas Charcot-Marie-Tooth disease, motor and sensory neuropathy characterized by distal muscle weakness and atrophy, occurs in 2'500 : 1.

A total of 114 individuals from 3 families have participated in our study. 21 affected and 15 unaffected family members were selected for advanced molecular genetic study. The selection of individuals from total people were based on the results of genetic pedigree, neurological examination and neurophysiologic analysis.

10 ml of blood sample was obtained from peripheral vein using the Vacutainer system. Using the Genome QIAamp DNA blood kit (QIAGEN) the genomic DNA was extracted from the blood sample, the degradation of which was checked by the gel electrophoresis. The optical density measurement was performed for protein contamination and the concentration of the genomic DNA was measured by PicoGreen fluorescence assay. Using the quantitative PCR on ABI 7000 we have tested the duplication of Peripheral Myelin Protein 22 (PMP22) gene, located on 17p11 locus. Also we have designed the TaqMan probe for exon3 of PMP22 gene and an internal control - a TaqMan probe for exon3 of gene coding the serum Albumin protein.

The result of the quantitative PCR have revealed the copy numbers of PMP22 gene among all patients were 1.5 folds of normal and the deletion of HNPP gene was determined. Basing on the family tree of these 3 families, we estimated that all these patients are heterozygote.

We concluded that the patients in this family have the duplication of PMP22 gene and the deletion of HNPP gene. These mutations are major etiologic factors of Charcot-Marie-Tooth disease type 1A (CMT1A). The diagnosis of Friedreich's ataxia was denied, which reconfirms the results of other researchers, stating the rare occurrence of this disease in south east Asia.

Pp. 7-10, Table 1, Picture 1, Figures 2, References 10.

PHYSICAL DEVELOPMENT OF EARLY AGE MONGOLIAN CHILDREN

*G.Otgon, Epimova.N.B, Kh. Zandarmaa,
Sh.Shatar, B. Bathkhishig., G.Sarantuya,
G. Achsaikhan*

Health Sciences University

This results of study of physical development of 400 children aged 15- 42 monts old from different ecological regions of Mongolia. Tables shows heighth, mass of body circumperence of chest for boys and

girls separately by age. This physical parameters of the Mongolian childrens low, to compare parameters children's of Irkutsk. Also this parameter of physical developments of Mongolian early age childrens is low by heighth and same to standards of body mass of childrens of WHO.

Pp. 10-13 , Tables 2, References 6

THE CHANGES OF SOME SERUM CYTOKINES AND LUNG FUNCTION ON EXACERBATION OF CHRONIC BRONCHITIDS

*Odkhuu E., Gansukh Ch., Munkhbayarlah S.,
Munkhzol M.*

Health Sciences University of Mongolia

One of the chronic obstructive pulmonary diseases (COPD) is chronic bronchitis which constitutes an important health problem in developing countries. Diseases of the respiratory system are the first leading cause of morbidity and fifth leading cause of mortality in the Mongolia in 2004. The role of smoking is the main etiologic factor and pathogenesis for chronic bronchitis. According to an ADRA Mongolia study conducted in 2001 in partnership with Ministry of Health, 67.8% of men and 24% of women smoke cigarettes in Mongolia. The goal of this study was determine risk factor on chronic bronchitis, lung function and role of some cytokines on during exacerbation and to detect relations between themselves. Subjects studied were

37 healthy control groups who were non smokers and 62 patients who had diagnosed by exacerbation of chronic bronchitis. We asked the questionnaire and assessment of lung function by spirometry (Powerlab/4SP, AD Instruments, Australia). In all subjects, we measured serum cytokines such as IL-1 β , INF- γ , IL-2, and IL-4. The patients with chronic bronchitis worked in abnormal conditions as a pill 64.5%, cold 41.9%, smoke screen 35.4%, to grow damp 16.1% and their 61% worked than 20 years. Lung function parameters such as PEF, FVC, FEV1 and FVC/FEV1 were decreased in patients with chronic bronchitis and these changes were the criteria for detecting clinical stage of chronic bronchitis. Levels of serum IL-1 β , INF- γ and IL-2 increase in chronic bronchitis and these changes became detector of clinical stage in this disease.

Pp. 13-16, Tables 4, References 15

RESULT OF EXTENDED LIMPHEADENECTOMY IN CASE OF UPPER GASTRIC CANCER

*Y.Erdene-Ochir¹, N.Nyamdayaa¹, N.Baasanjav²,
Ts.Enkh-Amgalan¹*

¹*National Cancer Center,*

²*Medical research Institute*

- Our survey showed following results: Lymph node involvement in case of upper gastric cancer as follow: Groups of Positive lymph nodes of N1 level: Right of the Cardia ($41.0 \pm 4.2\%$), Lesser curvature ($56.4 \pm 4.2\%$), Groups of Positive lymph nodes of N2 level: Left gastric artery ($41.0 \pm 4.2\%$), Hepatic artery ($61.5 \pm 2.8\%$), Truncus Coelacusc ($35.0 \pm 04.1\%$) and Splenic Hilum ($36.0 \pm 4.1\%$), Groups of Positive lymph nodes of N3 and N4 levels: Superior Mesenteric vessels ($28.8 \pm 3.8\%$) and Middle colic artery ($30.8 \pm 3.9\%$), Abdominal Aorta ($20.5 \pm 6.5\%$).
- There is a direct relation between tumor extension to the esophagus and lymphatic spread of the

disease in case of upper located cancers without spread to the cardia and lower esophagus where we could found out negative node involvement of Groups Suprapyloric (5) and Inferior Pyloric (6).

- Positive lymph nodes were found in 40% of cases when tumor is not extended to the cardia and lower esophagus, this finding was increased to 70% in case of tumor spread to abdominal esophagus and cardia, respective 75% in case of diaphragmatic and lower third portion of esophagus were involved into the tumor spread.
- Improved Immediate postoperative result of extended lymphadenectomy series which was 87.2%, combined resection 78.3%, whereas simple operation with result of 78.8% but 5-year survival rate was highest (44.4%) in extended lymphadenectomy patients without relation to type of gastric resection.
- D2 Lymphadenectomy is recommended for those cases with esophageal involvement and beyond

ABSTRACTS

this level only those enlarged lymph nodes must be removed in a selected manner.

6. We could conclude that Extended Lymphadenectomy should be a part of gastric

surgery and to be encouraged extensively.
Pp. 17-20, Tables 4, References 7

RESULT OF THE STUDY ON REASONS FOR DELAYED DIAGNOSIS OF BREAST CANCER

N.Nyamdayaa¹, D.Yagaan², R.Asai²

¹*Medical Research Institute,*

²*National Oncology Center*

Databases of 91 patients, age of 21-78, with III, IV stage of breast cancer, undergoing surgery and chemotherapy between June, 2004 and December, 2005 have been reviewed. The 67% of late diagnoses of breast cancers caused by patients healthcare ignoring, 31.9%-diagnostic mistakes, 1.1%-unusual

presentation of disease. Patients with chronic disease after six months of first presentation of disease visit doctors, after 9.1 months admit to hospital. Patients with breast carcinoma after 1.8 months of first examination undergo cytology examination, after 4.7 months diagnosis is confirmed, after 3.5 months admitted to hospital. The 85.7% of reasons of patients deciding to visit doctors are breast nodules.

Pp. 21-24, Tables 5, References 7.

DIAGNOSIS OF PANCREATITIS AND PANCREATIC TUMORS BY METHOD OF COMPUTER TOMOGRAPHY

*Ts.Badamsel¹, .T.Narantuya², A.Sainjargal³,
T.Dulamsuren⁴*

¹*Medical Research Institute of Mongolia*

²*Central clinical hospital for the state special clerks general staff of the Mongolian armed forces*

^{3,4}*"Achtan-Elite" Clinical Hospital*

We have been studied in the computer tomography department «Achtan-Elit» Clinical Hospital 2001–2006 years 137 patients with the diagnosis in pancreatitis and pancreatic tumors.

It has been established by computer tomography signs that at edematic form of acute pancreatitis in 69.2%±9.2 the border of pancreas have been appeared clearly, in 73.2%±10.9 at hemorrhagic form the size of pancreas has enlarged totally or partially, but defined restricted liquid of inflammation in 61.1%±11.8. In 66.7%±12.6 at necrotic form of acute pancreatitis lost its homogeneous structure and restricted of inflammatory liquid was defined in 86.7%±9.1

It has been established that among several main computer tomography signs of chronic pancreatitis in 63.1%±7.1 loosed its homogeneous structure and in

67.4%±5.9 the border of pancreas has been appeared clearly.

At pancreatic tumors according computer tomography signs was established that in 62.5%±8.6 the form is not cored, in 96.9%±3.1 the size more than 2.1 cm, in 65.6%±8.4 the border is not smooth, in 62.5%±8.6 the border clearly, in 46.9%±8.8 decreased its density, in 65.6%±8.4 increased its density of the mass effect after the injection of contrast element.

The form, size, structure, density, border and the relationship of pancreatites with the around laying organs, and its localization, form, size, amount, border, structure, density of the mass effect in the pancreatites, change in the density after the injection of contrast element, calcification, cysts are defining the main characteristics of the chronic and acute pancreatitis and pancreatic tumors.

The research the study diagnosis and differential diagnosis of forms of acute and chronic pancreatitis and of pancreatic tumors by computer tomography signs is very important for proper and early treatment.

Pp. 24-29, Tables 2, References 27

A COMPARISON STUDY OF QUALITY OF LIFE WITH MYOFASCIAL PAIN SYNDROME AND HEALTHY PEOPLE

Baljinnyam. A¹, Tumurbaatar.N¹, Lchagva.L¹

¹*Health Sciences University of Mongolia,*

Department of Rehabilitation Medicine

Email:balja_nmum@yahoo.com

Pain has a profound effect on patient's lives, restricting daily living and leisure activities. In addition, chronic pain has also a negative effect on patient's mental health.

Purpose. To compare the quality of life scores of myofascial pain patients with healthy people.

Method. One hundred fifty patients with myofascial pain and one hundred fifty healthy controls completed Beck Depression Inventory and Short Form Health survey questionnaires (SF-36).

Results. Compared with healthy people, myofascial pain syndrome patients reported

significantly more often fatigue and poor sleep. The mean scores on Beck Depression Inventory were higher in myofascial pain patients than healthy people ($p<0.001$).

Compared with control group quality of life of people with MPS was extremely low on six subscales of SF-36. In our study quality of life of patients with MPS was statistical significance in physical functioning, role physical, vitality, role emotional, mental health, mental composite scale. Of the four correlations exceeding 0.30, three related to the mental composite scale t-score.

Spearman's correlation showed that level of

depression negatively correlated with the scores on quality of life ($r=-0.57$; $p<0.001$).

Conclusion: The quality of life profile and depression level of myofascial pain patients is quite different from healthy people. Myofascial pain syndrome impacted mostly on mental health than physical health. The multidisciplinary and integrated team approach is important in managing the symptoms of MPS.

Pp. 29-32, Tables 3, Figures 2, References 9.

PREVALENCE, CLINICAL AND GENETIC CHARACTERISTICS OF CHARCOT-MARIE-TOOTH (CMT) DISEASE (SYNDROM) IN POPULATION OF ARKHANGAI AIMAG (PROVINCE), MONGOLIA (PRELIMINARY RESULTS)

**D.Baasanjav¹, D.Yanjmaa¹, T.Sarantsetseg¹,
G.Nyamsuren², Chimedlham²**

¹Medical Research Institute

²General Hospital of Arkhangai aimag

Authors conducted epidemiological study of hereditary Charcot-Marie-Tooth (CMT) Syndrome in population of Arkhangai province of Mongolia in 1999-2000; total population of this province accounted of 97.400; (m-48.700; f-48.700).

Authors revealed 47 patients (m-22; f-25) with CMT syndrome. The prevalence of CMT syndrome in this aimag by authors is 48.3 (m-49.3; f-47.2) for 100.000 population. This rate is belonging to more high rate of prevalence CMT in the world (4 times more than prevalence rate CMT in Amour area of Russian Federation and Ukraine, which considered as high prevalence of CMT).

The first preliminary study in Arkhangai aimag (province) was conducted in 1997-1998 in cooperative with American neurologists and genetics and been established CMT 2D diseases and distal spinal muscular atrophy V in one big family. About these results has been published in USA journal of

neurological sciences-1998. 161. 23-28.

The clinical characteristics of CMT syndrome are similarity to classical symptoms (atrophy and weakness of distal lower limb muscles, distal hypoesthesia in half of all cases) but an atrophy and weakness of distal upper limbs revealed in half of all cases. All clinical symptoms are increased slowly. The maximal age of our patients is until 60 y.o. All cases had autosomal dominant inherited.

63.8% of all patients were an age until 30 y.o, the rest- 36.2% of them has an age above 30 y.o+;

The age of beginning often disease by anamnesis among 43 patients fluctuated in wide range; from child age (18.7%) to 35 years (until 14%).

In 70% of our patients the duration of disease in until 10 years, but in 2 patients the disease more 25 years.

The authors are suggested that it is necessary to conduct epidemiological study of inherited neurological diseases, particularly, CMT syndrome in population of Arkhangai provinces of Mongolia in the nearest time.

Pp. 33-36, Tables 2, References 9

RELATIONSHIP BETWEEN CLINICS AND FUNCTION OF CORONARY ARTERY DISEASE AND GALLBLADDER DISEASES

S. Buyant State Medical University, Irkutsk, RF

The systematic review of medical periodicals for diagnosis and pharmacological treatment of coronary artery disorders associated with gallbladder diseases are presented. The influence of nitroglycerine on gallbladder's volume is investigated among 93 patients with coronary artery disease at acute phase. Five types of gallbladder reaction after nitroglycerine intake are revealed.

Purpose: To improve the treatment tactics and research the anti-anginal medication influence on gallbladder motility during the ischemic heart disease associated with gallbladder disorder.

Methods&materials: The number of patients: The patients with ischemic heart disease-93, among them 39 are male and 54 are female. The nationality is 62 Mongolians and 31 patients from Russia. There were 15 patients with ischemic heart disease associated

ABSTRACTS

with gallbladder disorder. Average age m±60-70 (95%).

Methods: The patients with ischemic heart disease associated with gallbladder disorder intake 0.5 mg of nitroglycerine every morning without meal, after which the volume of gallbladder was measured by ultrasound scanning in 5 minute interval during 1.5 hour. The gallbladder volume was calculated by standard formula $V = 0.523 * a * b * c$. (a - long, b - width, c - diameter)

The linear dependency of variety was determined by Spearman dependency quotient, the changes were determined by Manna-Whitney U-criteria method. All data was processed by "Statistica 6.0" software.

Conclusion:

1. The close relation between coronary artery disease and gallbladder disorders is revealed.
2. During the coronary artery disease (especially III FC) the high density LP volume increases, low density LP volume decreases mean time the volume of bile increases, trans-aminase, SHF, gammaglutamyltranspeptid volumes decreases respectively.
3. The research has crucial role in improving the treatment and revealing the facts of anti-anginal medication influence on gallbladder motility during the ischemic heart disease associated with gallbladder disorder.

Pp. 36-39, Table1, Figures 5, References 20.

RESULTS OF INTRACORONARY INVESTIGATION AND IMPLANTATION OF STENT

D.Tsegeenjav., Z.Lhagvasuren., Ts.Damdinsuren

(Research Institute of Health and Shastin Clinical Central Hospital)

Coronary artery disease (CAD) is a serious and common disease that it influences the prognosis and quality of life of patients. Coronary artery angioplasty (CAA) is the most effective treatment for patients with CAD. Coronary artery angioplasty of CAD very significant to improve lifestyle, to reduce mortality and protecting of infarct myocardia.

All patients are examined at the Department of Cardiology, Cardiovascular and Thoracic surgery and Laboratory for Roentgenosurgical methods of investigations of the Shastin Central Clinical Hospital in 2000 to 2006.

The outcomes of intracoronary investigation of patients aged 28-79 years, who had coronary heart disease with different lesions coronary arteries: Left main coronary trunk 2.3%, LAD 41.0%, LCx 18.4%,

DB 3.7%, RCA 29.5% and PDA 4.1%.

Implantation of stent was accomplished 162 stents in 114 patients. LAD of LCA 77(47.5%), RCA 55(33.9%), and Cx and DB LCA were 26(16.1%). The early and late results of coronary arterial angioplasty and stenting were analysed in 114 patients with significant stenosis coronary artery.

The study shows that, there were early complications 3.5%; late complications 13.1%. It is concluded that, the success rate of the coronary intervention was 92.8%.

Ischemic changes on the ECG at rest, recorded in the preoperative period, disappeared following surgical interventions. In all the patients, myocardial contractility (EF) after intervention rose by 4-8% on an average as compared to the initial level. All the patients were discharged in satisfactory condition. In all patients we recommended to take antiaggregation doses Plavix during month and long-acting nitrates.

Pp. 40-44, Tables 5, References 16

THE RESULT OF CLOSING PDA BY INVASIVE METHOD WITH AMPLATZER AND COIL

Z. Lhagvasuren¹, N. Baasanjav², D.Tsegeenjav², Ts. Badamsed², Ts.Damdinsuren¹, B. Sodgerel²

¹P.N.Shastin's Clinical Hospital

²Medical Research Institute

The device was placed properly, the implant was released from the delivery system and opened so that the defect was blocked (or sandwiched) by the mesh discs. The implant remains in the heart and the delivery system was removed. Also, it can be used to treat a variety of congenital heart defects in our experience without using open-heart surgery. Compare with the conventional surgical methods, PDACoil embolization and amplatzer closure are modern achievement and it is especially convenient for the patient. About

20.8% were amplatzer closure and 79.2% were coil embolization for total 120 PDA case. Therefore, we can see coil embolization would be best and dominant for smaller size PDA's. According to the research, PDA location and the size are important to use coil and amplatzer. It is reasonable if PDA smaller than 4 mm we would use coil and if it is bigger than 4 mm we will use amplatzer.

Conclusion. It is options to ligate big PDA and PDA with increased pulmonary artery pressure. There were few cases complicated by loosing coil in PA. But we get the coil again and close it big coil. Completely except one case ended up by surgery. In the future, it is essential to determine exact size of PDA and location before the procedure

Pp. 45-48, Tables 3, Figures 5, References 23

ABSTRACTS

SURGICAL TREATMENT OF INJURIES IN THE EXTREMITIES' MAGISTRAL VESSELS

R. Shagdarsuren

*N. Dash Memorial Traumatology, Orthopedics,
Rehabilitation and Teaching Hospital*

A study was conducted on 96 patients with injuries in the magistral vessels of the extremities. In terms of trauma representation, there were 81 patients (83.4%) with open traumas and 15 patients (15.5%) with closed traumas. As far as demographics concerned, 78 patients (81.2%) aged between 21 and 50, indicating that majority of the injured are during the peak of their productive lives.

Plastic surgeries have been performed on 87 patients (90.6%); circular stitches were applied on 25 cases (26.1%) and lateral stitches on 29 cases (29.2%). In addition, 26 patients (27%) received auto prosthesis vein transplant, one patient (2%) received vascular prosthetic grafts, and decompression surgery was administered on another six patients (6.2%). Overall success rate on the ninety one surgeries reached 94.7%.

Pp. 49-52, Tables 5, Figures 3, References 7.

CURRENT SITUATION OF LIVER PATHOLOGY IN CHILDREN

**D.Malchinkhuu¹, Ch.Lkhamsuren², P.Enkhzul²,
S.Gantuya³**

¹HSU ²MCHRC ³MOH

The authors of this thesis presented about their investigation in 313 children with liver pathology, who have been treated in the Gastroenterological Department of Children's internal clinic of MCHRC.

68.4 percent of all patients were with chronic hepatitis, 12.5% with fetal hepatitis, 11.8% with liver cirrhosis and only 2 patients with hepatoma. Chronic hepatitis and liver cirrhosis most happens between 10-16 age (55.6%) and occurs predominantly in males (66.4%). 20.3% of liver pathology occurs in 0-1 age and

fetal hepatitis occupied 1.5% of all liver pathology.

In 90.3% of patients with liver pathology has been identified a hepatoviruses and 65.3% of them have been infected with the hepatitis B virus (HBV); 20.6% - HCV; 1.9% - HDV and 4.2% - mixed virus. In neonatal baby predominantly determined Citomegaloviruses.

In clinical observation was found next syndromes, such as: neurasthenia (62%), gastrointestinal upset (53.2%), hemorrhagic (44.4%), painful (41%), cholestatic (21%) and toxic (8.3%) syndromes. The activity of liver inflammation was frequently medium (44.2%) and low (36.8%).

Pp. 53-57, Tables 4, Figures 11, References 20

CLINICAL MANIFESTATION, RISK FACTORS AND LEVEL OF REPRODUCTIVE HORMONE IN THE BOYS WITH CRYPTORCHIDISM

**Amarjargal.O¹, B.Enkhraydan¹,
J.Radnaabazar¹, G.Erdenetuya²**

¹Maternal and Child Hospital Research Center

²Health Science University of Mongolia

Cryptorchidism is 1-5% of birth defect that occurs rare in pediatric disease.

Cryptorchidism (Undescended testis) obstructive one or two sights inguinal and abdominal in birth defect. 10% cryptorchidism of all children who is check up in surgical room of MCHRC during 1 year. Also, 22% is cryptorchidism all patient who is done surgery in urology department of MCHRC. Objective of this study is:

To evaluate in level from reproductive hormone and to determine clinical manifestation, risk factors. We did case control study that 81 patient (from 4 to 18 years) enroled by case group in our study who lain in Urology department and 77 children (from 4 to 18 years) enrolled by control group in our study

who applied Adolescent Health room Reference Clinic of MCHRC. Affected risk factors are determined that were to control of pregnant woman, gestose, extragenital diseases, with other birth defects and delayed examination family doctor. These risk factors are affected positive correlation. Median age of the first time to the surgery was 6.36 ± 4.2 years and median age of orchidopexy was 9 ± 2.64 years. The majority (66.7%) of the children had orchidopexy between the age of 5-15 years. We found not significant difference LH, FSH, Testosterone and in boys older 11 years FSH- $(2.4 \pm 0.14 \text{U/l})$ - $(p < 0.018)$, Testosterone- $(7.9 \pm 0.22 \text{nmol/l})$ - $(p < 0.09)$ were significant difference. The level of reproductive hormone in between inguinal and abdominal cryptorchidism was not significantly different. There is a need to improve mother health, to screening early from cryptorchidism infants, to operate orchidopexy before the age of 2 years and need to determine reproductive hormone analysis in boys older 11 years.

Pp. 57-63, Tables 5, References 12

ABSTRACTS

STUDIES MADE DURING SEMI ANNUAL VISION REPORT FOR THE FIRST HALF OF 2006 SONGINOKHAIRKHAN DISTRICT HEALTH ASSOCIATION

D. Bat-Ochir Sc.D, prof

During the studies the following materials were used such as: semi annual reports of polyclinique, 3 branch ambulatories, household Nukhurlul stationary and children (Pediatric) Ambulance.

Objective of study: To make a review of a first half year mission report, thus improve the subsequent half year report and upgrade certain indicators, which were unsatisfactory.

Goals of the study: The following goals are put in order to reach the main objective.

Such as:

1. Motivate all physicians and workers to improve indicators shown in the semi annual report for the first half of 2006 on activities of HA.
2. Implement the main objective following a time schedule including physicians and unit chief staff. This is done based on a through study and analysis on some unsatisfactory indicators prior to the final annual report.

Medical check up were provided to 156254 persons during the first half year in ambulatory and

polyclinique, 98 physicians worked in 22 household hospitals. During the first half year average 17198.5 persons were checked, out of which, 8972 cases refer to children of age 0-16.

3076 sick cases were registered in stationary during the first half year.

Conclusion

It is essential that strict policy on saving budget is applied. Staff should be allocated correctly and people's view is important. Improvement of some indicators needs to be raised and implemented at each level. Especially, main indicators of activities should be discussed at sector level and later informed to physicians and draw conclusions.

Quality manager, chief of statistics cabinet, deputy directors should cooperate on making studies on relations between ambulatory, polyclinique, stationary and household hospitals. The management level officials should consider implementation of certain policies and new approaches with regard to upgrading of professional structure and cooperation of related institutions.

Pp. 64-67, References 6.

MEDICAL ETHICS AND DEONTOLOGICAL PROBLEM

Ts.Erdenesambuu

*Health Sciences University of Mongolia
School of Public Health*

We tried to determine concepts for "Medical ethics", "Moral behavior of Medical personals", "Criterion of Moral value" based on Modern ethics, philosophy and psychology. It is considered that moral of the medical personals should be studied as a complex in relationships between their behavior, attitude, moral character and personal duty.

Medical ethics is determined as science to study a principle of soloing behavior medical personals, a ethical norm of following up and moral value. This is an endeavor to determine medical ethics as ethics side.

Medical ethics is a branch of ethics to study a consciousness of moral, communication , activity of doctors and health personals in the frame of care of health and public healths. This is an endeavor to determine medical ethics as a moral philosophy.

Medical dentology is described as realisation of duty of medical personals and complex moral behavior which must have in the frame of medical care and service. To develop medical ethics on the base of up-to-date theory, moral psychology and medical socialogy, to address this problem newly and in a complex way and to combine traditional and modern ethics. This social need is one of confronted problem of deciding with joint force.

Pp.68-72, References 15

PHYSIOLOGICAL BASIC OF METABOLISM AND ENERGY BALANCE

Ts.Tsetsegmaa

HSMU

Oxygenation of main products as so as carbohydrate protein and fat in cells provide a free that is important for activities of our organism. The main products of energy are ATP, ADP and glucose and etc. 1mol ATP provides 12000kcal energy. Energy is intake

by food and expenditure of energy for all activities of organism is called an energy balance. For example man with intellectual work and ones with moderate physical activity need 2300kcal/day. Therefore these men most take a food with about 2300kcal/day. It is seems that physiological norm of food is important for health.

Pp. 72-73, References 15

ABSTRACTS

“МОНГОЛЫН АНАГААХ УХААН” СЭТГҮҮЛИЙН РЕДАКЦИЙН ЗӨВЛӨЛ

ТЭРГҮҮЛЭГЧИД

Л.Лхагва

- Ерөнхий эрхлэгч, академич, анагаахын шинжлэх ухааны доктор, профессор, хүний гавъяат эмч
- Орлогч эрхлэгч, анагаахын шинжлэх ухааны доктор, профессор
- Орлогч эрхлэгч, анагаахын шинжлэх ухааны доктор, профессор
- Хариуцлагатай нарийн бичгийн дарга, анагаахын шинжлэх ухааны доктор
- Академич, анагаахын шинжлэх ухааны доктор, профессор, Төрийн шагналт, ардын эмч
- Академич, анагаахын шинжлэх ухааны доктор, профессор, ардын эмч, Хөдөлмөрийн баатар
- Академич, анагаахын шинжлэх ухааны доктор, профессор, ардын эмч
- Академич, анагаахын шинжлэх ухааны доктор, профессор
- Академич, анагаахын шинжлэх ухааны доктор, профессор, шинжлэх ухааны гавъяат зүтгэлтэн

Н.Жаргалсайхан

М.Амбага

Б.Бурмаа

Б.Гоош

Н.Баасанжав

Э.Лувсандагва

П.Нямдаваа

Ц.Хайдав

Д.Амгаланбаатар

Ж.Батсуурь

С.Бямбасүрэн

Н.Даваацэрэн

Я.Дагвадорж

Д.Дунгэрдорж

Г.Жамбаа

Б.Жав

Ц.Мухар

Д.Малчинхүү

Н.Мөнхтүвшин

Л.Нарантуяа

Н.Нямдаваа

П.Онхуудай

Б.Оюунбат

Ж.Оюунбилэг

Д.Оюунчимэг

А.Өлзийхутаг

Ж.Раднаабазар

Э.Санжaa

Ц.Содномпил

Г.Цагаанхүү

Н.Цэнд

Б.Цэрэндаш

У.Цэрэндолгор

Б.Шижирбаатар

Б.Эрдэнэчулзуун

ГИШҮҮД

- Анагаахын шинжлэх ухааны доктор, профессор
- Биологийн шинжлэх ухааны доктор, профессор
- Анагаах ухааны доктор, профессор
- Анагаах ухааны доктор, профессор, төрийн шагналт, хүний гавъяат эмч
- Анагаах ухааны доктор, дэд профессор
- Академич, эм зүйн шинжлэх ухааны доктор, профессор, гавъяат багш
- Анагаах ухааны доктор, профессор, гавъяат багш
- Анагаах ухааны доктор, профессор, ардын эмч
- Анагаахын шинжлэх ухааны доктор, профессор, эрүүлийг хамгаалахын гавъяат ажилтан
- Анагаах ухааны доктор, профессор, хүний гавъяат эмч
- Анагаах ухааны доктор, дэд профессор
- Анагаахын шинжлэх ухааны доктор
- Анагаах ухааны доктор, хүний гавъяат эмч
- Анагаахын шинжлэх ухааны доктор, профессор, хүний гавъяат эмч
- Анагаах ухааны доктор, профессор
- Биологийн шинжлэх ухааны доктор
- Анагаах ухааны доктор
- Анагаахын шинжлэх ухааны доктор, профессор, хүний гавъяат эмч
- Анагаах ухааны доктор, профессор
- Анагаах ухааны доктор, хүний гавъяат эмч
- Анагаах ухааны доктор, профессор, хүний гавъяат эмч
- Анагаах ухааны доктор
- Анагаах ухааны доктор, профессор, хүний гавъяат эмч
- Анагаах ухааны доктор
- Академич, анагаахын шинжлэх ухааны доктор, профессор
- Анагаахын шинжлэх ухааны доктор
- Анагаах ухааны доктор, профессор, гавъяат багш
- Анагаахын шинжлэх ухааны доктор, дэд профессор

Шуудангийн хаяг:

Улаанбаатар-48, Ш/Х-30

**Монголын анагаах ухаан
сэтгүүлийн редакцийн зөвлөл**

Хариуцлагатай нарийн бичгийн

дарга Б. Бурмаа

ЭМЯ-ны III даевхарт 303 тоот өрөө,

Утас: 263925

E-mail: burmaajav@yahoo.com

НИФЕДИ-ДЕНК РЕТАРД

- Цусны даралт ихсэх өвчин
- Архаг тогтвортой стенокарди
- Рейно-н хам шинж

Нифеди-Денк эмийн давуу тал:

1. Ретард хэлбэртэй буюу уртасгасан үйлдэлтэй даралт буулгах эм.
2. Өдөрт хэрэглэх давтамж цөөн / өдөрт 1-2 шахмалыг ууж хэрэглэнэ./
3. Антиатероген, антиангиналь, антишемийн чанартай.
4. Амин чухал эрхтэн болох тархи, зурх, бөөрийг хамгаалж, хүндрэлээс урьдчилан сэргийлнэ..

NIFEDI-DENK 20 RETARD

DENK PHARMA
GmbH & Co. KG

АМЖИЛТЫН ҮНДЭС...

Дэлхийн эсрэгээр ондоо дэлхийн эсрэгээр

В1, В6 витаминий бүтээгдэлээс эхийн ширээний системийн бүтээгдэлээс эхийн ширээний системийн бүтээгдэлээс

Наирлага дахь витаминий огуулалж хамжай өөрөө.

Өдөрт 1 ширхэгийг уухад л хангалитай

Vit-B-Denk
Denk Pharma
100 film coated tablets - tablettes recouverts de pellicule - tabletas recubiertas de pelmón - 100 tabletas

MONOS
PHARMA TRADE

ЭМЧИЙН ЗАЛВАРАР ХЭРЭГЛЭНӨ.