

МОНГОЛЫН АНАГААХ УХААН

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

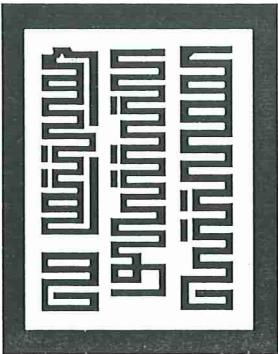
38 дахь жилдээ

№1 (135)

2006

АГУУЛГА

РЕДАКЦИЙН ЗУРВАС		
СУДАЛГАА ШИНЖИЛГЭЭ	Б.Бурмаа "Мянганы хөгжлийн зорилт ба эрүүл мэндийн эрдэм шинжилгээ С.Наранцэцэг, М.Амбага, Ц.Лхагвасүрэн, Б.Саранцэцэг, Николаев С.М., Лоншакова К.С "Элэгний эсийн хурц үхжлийн үед Сүкцинатдегидрогеназа, Лактатдегидрогеназа өөрчлөгдөх байдалд "Гепамон"-ы үзүүлэх нөлөөг гистохимиийн аргаар судалсан дүн" Н.Мэнтэвдорж, М.Эрдэнэтуяа, Г.Сүхбат, Г.Батмөнх, Л.Лхагва "Дорнод аймгийн насанд хүрэгчдийн гематологийн зарим үзүүлэлтүүдийн судалгаа" Н.Нямдаваа, Д.Оюунчимэг, Д.Ягаан, С.Тувшингэрэл "Монголын эмэгтэйчүүдийн дундах хөхний өмөнгийн тархвар зүйн байдал" Б.Жаргалсайхан, Д.Самбуупүрэв, Б.Жав "Умайн гилгэр булчин гарын үедэх эмгэг бутэцзүйн өөрчлөлт" Б.Жаргалсайхан "Умайн лейомиомын эмнэл зүй-статистикийн ажиглалт" З.Лхагвасүрэн, Р.Сандуйжав, М.Саранчуулун, Я.Болормаа "Элэгний хорт хавдрын үеийн артерийн хими эмчилгээ" Д.Нарантуяа, Ж.Дэчмаа "Зүрхний архаг дутагдлын үед эхокардиографийн шинжилгээнд гарах өөрчлөлт" Д.Нарантуяа, Ж.Дэчмаа "Зүрхний архаг дутагдлын шалтгааны асуудалд" С.Туяа, Д.Бодьцэцэг, Ш.Чимгээ, М.Түмэннаасан, Н.Даваацэрэн "Нярайн гэдэсний шархлааны эмчилгээнд каудал хориг хэрэглэсэн нь" А.Өлзийбаяр, Л.Шагдар, Б.Эрдэнэчuluun "Дунд чихний наалдаст үрэвслийн дахилтаас урьдчилан сэргийлэхэд полидиоксанон болон силастик хавтгайг харьцуулан хэрэглэсэн нь" Г.Жаргалсайхан, Л.Мягмар, Ц.Даш "Залаархаг хавраг (<i>Ferula ferulaeoides</i>)-ийн нийлбэр сексвестерпнээс агчил тавиулах үйлдлийг тогтоосон дүн" О.Байгаль, Б.Бурмаа, Ш.Энхцэцэг, В.Б.Дорогова, Д.Бадамгарав, Г.М.Бодиенкова, А.Нарангэрэл, Г.Гантуяа "Улаанбаатар хотын хүүхдийн цусан дахь хар тугалтын агууламж, мэдрэлийн тогтолцооны талаас илрэх шинжийн хамаарал" Д.Баярмаа "Төмөр замын дагуух зарим суурьшлын орчны ундын усны чанарыг илтгэх үзүүлэлтүүдийг бус нутгаар харьцуулан судалсан нь" Д.Гомбосүрэн "Халдварт зарим өвчний тувшиг харьцуулан судлах асуудал" Б.Баяртайхан, Б.Ганьдмаа, Ж.Нүрэздмаа, Ч.Сүнжидмаа, Х.Энхмаа, Д.Энх-Амгалан "Монгол улсын эрүүл мэндийн салбар дахь сувилагч, эмнэлгийн бусад мэргэжилтний эрэлт хэрэгцээ"	3 4 6 8 11 13 15 19 21 23 24 27 28 33 35 38
ЛЕКЦ, ТОЙМ ЗӨВӨЛГӨӨ	Д.Цэгээнжав "Диабетийн тавхайн онош, эмчилгээний асуудалд" Ц.Цэцэгмаа "Даавар түүний бие махбодод гүйцэтгэх үүрэг" Б.Жаргалсайхан "Умайн лейомиомын эмчилгээний шинэ чиг хандлага" Н.Даваацэрэн, П.Билгэсайхан, Ц.Буянбат, Х.Бат-Орших, Ч.Өнөрсайхан "Шархны эмчилгээний өнөөгийн чиг хандлага" Б.Билгэсайхан, Б.Ганьдмаа, Р.Цэрэнлхагва, С.Мөнхбат "Тодорхой булгийн болон нэг өвчний станционарын эмчилгээний эмийн хэрэгцээг тодорхойлох нь"	44 49 51 55 58
МЭДЭЭЛЭЛ СУРТАЛЧИЛГАА	2005 онд анагаах ухааны салбарт эрдмийн зэрэг хамгаалагсад Монголын Шинжлэх Ухааны Академийн 2006 оны зорилт Монголын анагаах ухааны эрдэм шинжилгээний тэргүүлэх чиглэл "Монголын анагаах ухаан" сэргүүлд 2005 онд нийтлэгдсэн өгүүллүүдийн жагсаалт "Монголын анагаах ухаан" сэргүүлд өгүүлэл нийтлүүлэхэд тавих шаардлага	62 69 70 73 76
ӨГҮҮЛЛҮҮДИЙН АНГЛИ ТОВЧЛОЛ		77



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

№1 (135)

2006

EDITORIAL	Millenium Development Goals and Health Research by B.Burmaa	3
ORIGINAL ARTICLES	Results of histochemical study on the "Hepamon" influence for the exchange of Succynildehydrogenase and Lactatdehydrogenase in acute necrosis of hepatosytes by S.Narantsetseg, M.Ambaga, Ts.Lkhagvasuren, B.Sarantsetseg, Nicolaev S.M, Lonshakova K.S The study of some hematological parameters in adults of Dornod aimag by N.Mentevdorj, M.Erdenetuya, G.Sukhbat, G.Batmunkh, L.Lkhagva Epidemiological status of Breast Cancer among Mongolian Women by N.Nyamdaavaa, D.Oyunchimeg, D.Yagaan, S.Tuvshingrel Hystiphatological changes in leiomyoma uterus by B.Jargalsaikhan, D.Sambuupurev, B.Jav Clinico-statistical observation of uterine leiomyoma by B.Jargalsaikhan Chemoembolization treatment in patients with Liver cancer by Z.Lkhagvasuzen, R. Sanduijav, M.Saranchuluun, Ya.Bolormaa The changes of echogardiography in chronic heart failure by D.Narantuya, J.Dechmaa Problem in aetiology of chronic heart failure by D.Narantuya, J.Dechmaa Effective of caudal block in the treatment of NEC by S.Tuya, D.Bodytsetseg, Sh.Chimgee, M.Tumennasan, N.Davaatseren Comparison of polydioxanone and silicone plastic in the prevention of adhesive otitis media by A.Ulziibayar, L.Shagdar, B.Erdenechuluun Spasmolytic activity of sesquiterpenoids from Ferula ferulaeoides by G.Jargalsaikhan, L.Myagmar, Ts.Dash The blood lead level in children of Ulaanbaatar city and neurological features by O.Baigal, B.Burmaa, Sh.Enkhtsetseg, V.B.Dorogova, D.Badamgarav, G.M.Bodienkova, A.Narangerel, G.Gantuya Survey of the average content of the indications to represent the drinking water qualities in the villages and stations of the Mongolian railway by D.Bayarmaa For the comparative studies of the prevalence of some infectious diseases by D.Gombosuren Needs and demand for the nurses and other allied health professionals in Mongolian health sector by B.Bayarsaikhan, B.Ganidmaa, J.Nurzedmaa,	4
LECTURE, REVIEW, CONSULTATION	Problem of diagnosis and treatment for diabetic lesions of the feet by D.Tsegeenjav Hormones and their functions in the organism by Ts.Tsetsegmaa New trends in the management of uterine leiomyoma by B.Jargalsaikhan Current tendency of wound management by N.Davaatseren, P.Bilegsaikhan, Ts.Buyanbat, Kh.Buyan-Orshikh, Ch.Unursaikhan Detection of drug need for the treatment of certain group and certain disease in stationary department by B.Bilegsaikhan, B.Gantsetseg, B.Enkhzaya, R.Tserenkhangva, S.Munkhbat	44 49 51 55 58
INFORMATION AND ADVERTISEMENT	Scientific degrees awarded in Mongolian Medicine in 2005 Goals of Mongolian Academy of Sciences for 2006 Health Research Priorities in Mongolia Instructions to the authors	62 69 70 76
ABSTRACTS OF THE ARTICLES IN ENGLISH		77

МЯНГАНЫ ХӨГЖЛИЙН ЗОРИЛТ БА ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ЭРДЭМ ШИНЖИЛГЭЭ

Мянганы хөгжлийн зорилтыг хангахын тулд дэлхий дахинд эрүүл мэндийн эрдэм шинжилгээг бэхжүүлэх, хөгжүүлэх нь нэн чухал хэмээн үзэж сүүлийн үед болж буй дээд хэмжээний томоохон уулзалт, Дэлхийн эрүүл мэндийн чуулганаар уг асуудлыг хэлэлцэж гишүүн орнууддаа хандсан шийдвэр, зөвлөмжийг гаргаж байна.

2004 оны 11 дүгээр сард Мексик Улсын нийслэл Мехико хотноо хуралдсан дэлхийн 20 оны эрүүл мэндийн сайд нарын дээд хэмжээний уулзалт¹-аас гаргасан тунхаглалд мянганы хөгжлийн зорилтод хүрэх замд бага, дунд орлоготой олон улс орнуудын хувьд нилээд саад бэрхшээл тулгарч байгаа бөгөөд мянганы хагжлийн зорилтыг хангахын тулд эдгээр орнуудад эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээг хүн амд хүргэх, бусад халдварт болон халдварт бус өвчин, бэлгийн замын халдвэр, нөхөн үржихүйн эрүүл мэнд, осол гэмтэл, хүчирхийлэл, сэтгэцийн эрүүл мэндийн тулгамдсан асуудлуудыг шийдвэрлэх, хүн амын эрүүл мэндийг сайжруулах, эрүүл мэндийн тусламжийн тэгш байдлыг хангах үндэсний эрүүл мэндийн хүчтэй тогтолцоо шаардлагатай гэжээ.

Эрүүл мэндийн эрдэм шинжилгээний талаархи Мексикийн тунхаглалд “Эрдэм шинжилгээ нь эрүүл мэндийн тогтолцоог бэхжүүлэх, хүн амд өндөр чанартай эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээг жигд хүртээх, хүнийг үв тэгш хөгжүүлэхэд шийдвэрлэх ач холбогдолтой атлаа бага анхаарч үздэг хэсэг” гэж үзээд улс орнуудын засгийн газар нь эрүүл мэндийн тогтолцооны уян хатан байдлыг хангах, тэгш бус байдал, нийгмийн шударга бус байдлыг бууруулахын тулд шаардлагатай эрдэм шинжилгээний ажлыг санхүүжүүлэх, үндэсний эрүүл мэндийн эрдэм шинжилгээний бодлогыг боловсруулан хэрэгжүүлэх хэрэгтэй гэж үзсэн байна.

Дэлхийн эрүүл мэндийн чуулган (2005 оны 5 дугаар сар)²-аас Мексикийн тунхаглалыг сайшаан гишүүн орнууд хэд хэдэн арга хэмжээг

хэрэгжүүлэх шаардлагатай гэж үзсэн байна. Үүнд: “Хөгжиж буй орнууд эрүүл мэндийн эрдэм шинжилгээ, эрдэм шинжилгээний чадавхийг бэхжүүлэхэд эрүүл мэндийн салбарын нийт төсвийн хамгийн наад зах нь 2 хувийг, гадаадын төсөл, хөтөлбөр, бусад байгууллагын хандив тусламжийн наад зах нь 5 хувийг зарцуулах” тухай 1990 онд байгуулагдсан Эрүүл мэндийн эрдэм шинжилгээг хөгжүүлэх комиссын зөвлөмжийг эргэн авч үзэх, эрүүл мэндийн эрдэм шинжилгээний үндэсний бодлого боловсруулж хэрэгжүүлэх, төрөөс дэмжлэг үзүүлэх, эрүүл мэндийн эрдэм шинжилгээнд шаардагдаа төсвийг хуваарилан олгох, хүний нөөцөөр хангах арга хэмжээ авахыг зөвлөжээ.

Манай улсад 2005 оны байдлаар эрүүл мэндийн судалгаа шинжилгээний зардалд улсын төсвөөс 400 гаруй сая төгрөг зарцуулсан нь дээрх зөвлөмж хэмжээнээс даруй 4 дахин бага бөгөөд энэ салбарт сүүлийн 15 жилд хөрөнгө оруулалт хийгдээгүй, гадаад, дотоод томилолт, судалгаа, шинжилгээний ажлын зардал бараг төсөвлөгөдхгүй байгаа нь Монголын анагаах ухааныг хөгжүүлэх, бэхжүүлэх, улмаар хүн амд үзүүлэх тусламж үйлчилгээнд шинэ мэдлэг, арга, технологи өргөн нэвтрүүлэх боломж, нөхцөл нэн хомс байгааг харуулж байна.

Дэлхийн дээд хэмжээний уулзалт, чуулганы шийдвэр, зөвлөмжийг хэрэгжүүлэх нь зах зээлийн харилцаанд шилжих нийгмийн шинэчлэлийн орчинд хөлөө олохын тулд тэмцэж, зүтгэж байгаа манай улсын анагаах ухаан, эрүүл мэндийн тогтолцооны цаашдын хөгжил, дэвшил, мянганы хөгжлийн дэлхийн болон Монгол улсын зорилтыг амжилттай хэрэгжүүлэхэд нэн чухал нөхцөл, арга хэрэгсэл гэдгийг нухацтай авч үзэж хэрэгжүүлэх шаардлагатай байна.

Сэтгүүлийн хариуцлагатай нарийн бичгийн дарга, анагаахын шинжлэх ухааны доктор Б.Бурмаа

¹ The Mexico Statement on Health Research, From the Ministerial Summit on Health Research, Mexico City, November 16-20, 2004

² Ministerial Summit on Health Research, 58th World Health Assembly, WHA58.34, 25 May 2005

Элэгний эсийн хурц үхжлийн үед Сукцинатдегидрогеназа, Лактатдегидрогеназа өөрчлөгдөх байдалд “Гепамон”-ы үзүүлэх нөлөөг гистохимиин аргаар судалсан дүн

С.Наранцэцэг¹, М.Амбага², Ц.Лхагвасүрэн³
Б.Саранцэцэг², Николаев С.М⁴,
Лоншакова К.С⁴

¹ Шастины Клиникий Төв Эмнэлэг,
²“Монос” дээд сургууль,
³Эрүүл мэндийн шинжлэх ухааны их сургууль
⁴ОХУ-ын Буриадын Шинжлэх Ухааны төв

Үндэслэл. Сүүлийн 5 жилийн судалгагаар хүн амын дунд В вирус тээгч 17,0%, С вирусийн тархалт 33%, элэгний халдвараар өвчлөгсийн 60,0% -д нь С вирусийн эсрэг бие илэрсэн нь элэгний архаг үрэвсэл, цирроз, хорт хавдрын өвчлөл ихсэж буйг харуулж байна.

Үүний учир шалтгаан нь дийлэнх судлаачдын бичдэг вирус, түүний персистенци, дархлал зохицуулалтын алдагдал, цөсний тогтоншил зэрэг хүчин зүйлтэй холбоотой байхаас гадна хамгийн гол нь эдгээр бүх эмгэг хүчин зүйлийн үйлдлийг элэгний эсийн мембран-редоксипотенциалын турван төлөв шугам дээр сайтар шүтэлцүүлэн авч судлаагүйтэй холбоотой байж болох юм.

Амьд бие махбодын бодис-энергийн солилцоо, энерги-дулаан үүсэлт, исэлдэлт задрал, нийлэгжилт ангижралт гэсэн бүх процессууд дээрх үндсэн 5 мембрант бүтэц дээр шүтэж явагдах ба энэ бүх үзэгдэл нь H^+ , е-ий хэвиийн урсгалаар нөхцөлдөж, үндсэндээ “мембран-редоксипотенциалын 3 төлөвт шугам”-аас хамаардаг^{1,2}.

Гепамон бэлдмэл нь манай оронд ургадаг толгодын бударгана (*Salsolla collina*), цэх галуун таваг (*Chiaozospermum erectum*) ургамлын нийлмэл юм. Уг бэлдмэл нь энэ хоёр ургамлын усан хандаар эвцэлдүүлэн гаргаж авсан бэлдмэл бөгөөд элэгний хурц үхжлийн үед тэдгээрийн үзүүлэх хамгаалах идэвхжлийг “редоксипотенциал шугам”-тай холбон авч үзэх юм бол толгодын галуун таваг ургамлын протопин алкалоид нь исэлдсэн хэлбэрт нэгдлээр баялаг байдаг онцлогтой юм.

Зорилго. Судалгааны ажлын үндсэн зорилго бол янз бүрийн хугацаатай элэгний үрэвслийн үед гликолизоос пируват үүсэх, үүссэн пируват кребсийн цикл рүү орох, тэнд H^+ , е-ий чөлөөт урсгалд гол үүрэгтэй субстрат болох сукцинатын

исэлдэлт яаж өөрчлөгддөгийг гистохимиийн урвалаар тодорхойлж үзэхэд оршино.

Хэрэглэгдэхүүн, арга зүй. Энэхүү гистохимиийн судалгааг ОХУ-ын Буриад улсын Дорно дахини анагаах ухааны төвийн дэргэдэх сорилын ба биологийн лабораторит проф. С.М.Николаев, проф. К.С.Лоншакова нарын удирдлага дор явуулсан ба гликолизийн пируват трансплокацид орох урвалыг лактатдегидрогеназа (ЛДГ), сукцинатын исэлдэлтийг сукцинатдегидрогеназа (СДГ) ферментийн идэвхээр төлөөлүүлж судаллаа.

Бид гистохимиийн урвал явуулахдаа цагаан харханд CCl_4 -өөр үүсгэсэн элэгний үрэвслийн 7, 14 дэх хоногт элэгний эдээс зүслэг бэлтгэн, тетразоль-хөх будгийн тусламжтайгаар дээрх ферментүүдийг будаж, эмчилсэн болон эмчлээгүй бүлэгт харьцуулан тодорхойлов.

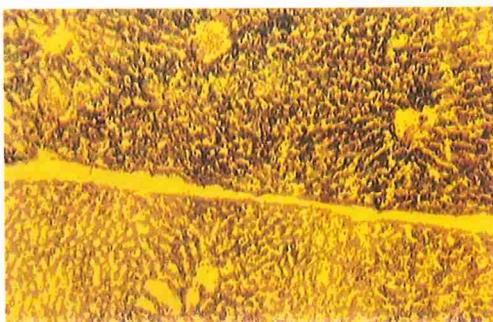
Элэгний эдэд сукцинатдегидрогеназа (СДГ), лактатдегидрогеназа (ЛДГ) ферментийн Накласын аргаар тодорхойлох гистохимиийн арга зүй:

Хөлдөөгч микротом (кристат)-оор бэлтгэсэн элэгний шинэ зүссэн эд.

1. Зүссэн эдийг 37°C-д 5-20 минут байлгана.
2. Физиологийн уусмалаар угаана.
3. Формалин-физиологийн уусмалд дамжуулна.
4. 15 хувийн этанолоор угаана.
5. Градус нэмэгдүүлсэн спирт, ксилиолоор дамжуулна.
6. Ксилиолд тунгалагжуулна.
7. Бальзам юм уу полистиролд цутгана

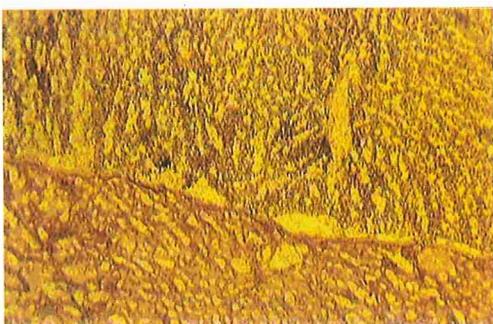
Үр дүн, хэлцээмж. CCl_4 -өөр элэг гэмтсэн үед хамгийн түрүүнд митохондрийн исэлдэн ангижруулах явц алдагдана. Эсийн энергийн алдагдал нь эмгэг процесийн эхний түлхүүр шинж тэмдэг болдог⁴. Судалгааг явуулж байх үед СДГ болон ЛДГ-ийн тод ялгааг 14 дэх хоног дээр илрүүлж байсан.

Бидний судалгаагаар CCl_4 -өөр хордсон хархны элгэнд СДГ ба ЛДГ их буурсан байна. CCl_4 -өөр хурцаар хордоод гепамон хэрэглэж байсан амьтдын элэгний СДГ ба ЛДГ нь силимарин хэрэглэж байсан СДГ ба ЛДГ-ийн хэмжээнээс өндөр байсныг дараах зургаар харуулья.



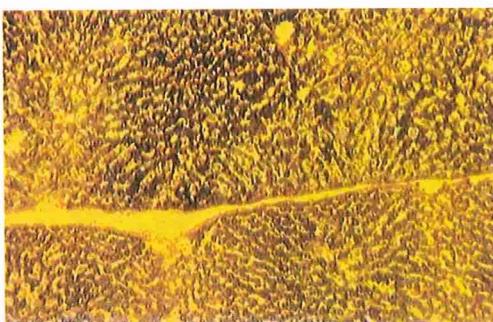
Зураг 1. Судалгааны 14 дэх хоног.

Элэгний үрэвсэл бүхий хяналтын эмчлээгүй бүлгийн хархны элгэнд СДГ-ферментийн идэвхи бага (доод хэсэгт) байхад Гепамоноор эмчилсэн хархны элгэнд СДГ-ферментийн идэвхи төвийн венийн эргэн тойрон болон элэгний хэлтэнцэрийн захаар тод илэрсэн (дээд хэсэгт) байв. Будаг-тетразоль хөх. Субстрат нь хувны хүчил. Өсгөлт 10x10.

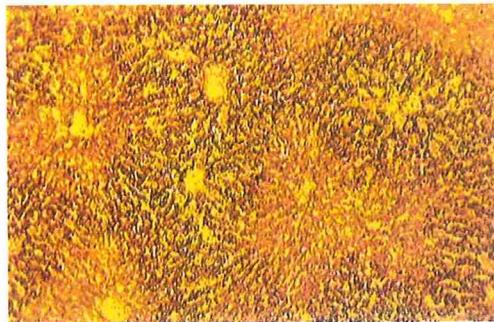


Зураг 2. Харьцуулсан бүлэг.

Гепамоноор эмчилсэн амьтдын элгэнд ЛДГ-ийн идэвхжилт (дээд хэсэгт) тод харагдаж байна. Энэ нь цайвар өнгөөр будагдсан гепатоцитуудын фон дээр ерее мөхлөг байдлаар харагдаж байгаа бол хяналтын бүлэгт ийм мөхлөгт бүтцүүд бараг агуулагдахгүй байна (доод хэсэгт).



Зураг 3. Гепамон хэрэглэж байсан хархны элэгний (дээд хэсэгт) СДГ-ийн идэвхи силимарин (доод хэсэгт) хэрэглэж байсан хархны элэгний СДГ-ийн идэвхиэс өндөр байна. Будаг-тетразоль хөх. Субстрат-хувны хүчил. Өсгөлт 10 x 10.



Зураг 4. Гепамон уусан хархны элэгний нэг хэлтэнцэрт ЛДГ ферментийн идэвхжилт маш өндөр байв. Будаг-тетразоль хөх. Субстрат-Сүүний хүчил. Өсгөлт 10 x 10.

Дүгнэлт.

1. Гепамон нь CCl_4 -ийн нөлөөгөөр буурсан байсан митохондрийн маркер эсгэг СДГ ба эрхтэн өвөрмөц ЛДГ эсгэгийн хэмжээг нэмэгдүүлж байна.

2. CCl_4 -өөр хурцаар хордоод гепамон хэрэглэж байсан амьтдын элэгний СДГ ба ЛДГ нь силимарин хэрэглэж байсан СДГ ба ЛДГ-ийн хэмжээнээс өндөр байгаа нь амьтдын элэгний биомембранны липидийн хэт ислийн исэлдэлтийг гепамон саатуулж байгааг харуулж байна.

Ном зүй.

1. Амбага М., “Уламжлалт болон орчин үеийн анагаах ухааны оношлогоо, эмчилгээний нэгдмэл хэлхээ боловсруулах онол арга зүйн үндэс” УБ, 2005. x.73, 123

2. Амбага.М., “Уламжлалт ба орчин үеийн анагаах ухааны кодын шилжилт”. УБ, 2005. x.7

3. Чимэдсүрэн О., “Монгол улсын хүн амын дундах халдварт өвчний хяналтын урт хугацааны хэрэгцээг тодорхойлох” Илтгэл. УБ, 2004. Sigal L.H., Kon V., “Immunology and inflammation” 2004, 668р

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

Дорнод аймгийн насанд хүрэгчдийн гематологийн зарим үзүүлэлтүүдийн судалгаа

Н.Мэнтэвдорж, М.Эрдэнэтуюя,
Г.Сүхбат, Г.Батмөнх, Л.Лхагва
Эрүүл мэндийн шинжлэх ухааны их сургууль

Монгол орны газар зүйн бүс нутгууд далайн түвшнээс дээш янз бүрийн өндөрлөгт оршдог бөгөөд тухайн нутагт оршин амьдарч буй хүн амын дасан зохицолын механизм бусад орнуудаас өвөрмөц ялгаатай байдаг билээ (А.Өлзийхутаг, 1978; Г.Батмөнх, 1981; De Simone G, 1990; Miao Ge, 1997). Манай орны нөхцөл өндөр уулын бүс, ба хангай, говийн зарим бүс нутгийн насанд хүрэгчдийн гематологийн үзүүлэлтүүдийг тодорхойлсон зарим судалгаа байдаг (А.Өлзийхутаг, 2000, Д.Дэжидмаа, 1985, Ц.Номингэрэл, 1995) боловч Монгол орны хамгийн нам дор газар нутгийн нэг болох Дорнод аймгийн насанд хүрэгчдийн гематологийн үзүүлэлтүүдийг бүрэн судалсан судалгаа одоогоор байхгүй байна. Дорнод аймаг нь далайн түвшингээс дээш 736 метрийн өндөрт оршдог бөгөөд цаг агаарын эрс тэс уур амьсгалтай бүс нутаг билээ.

Иймээс бид Дорнод аймгийн насанд хүрэгчдийн гематологийн зарим үзүүлэлтүүдийг тодорхойлон, нас хүйснээс хамааруулан судлах зорилго тавилаа.

Судалгааны арга, аргачлал. Судалгаанд 20-75 наасны, харьцангуй эрүүл нийт 301 (эрэгтэй 148, эмэгтэй 153) хүмүүсийг хамрууллаа. Судалгаанд хамрагдгасдыг 20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-аас дээш гэсэн 5 наасны ангилалаар судлав. Цусны гематологийн зарим үзүүлэлтүүд болон бие бялдын зарим үзүүлэлтүүдийг өргөн хэрэглэгддэг аргуудаар тодорхойлов. Гематокритийн хэмжээг ADAMS фирмийн микрогематокритцентрифуг, гемоглобины хэмжээг гемоглобин цианидын аргаар фотоэлектроколориметрээр тодорхойлов. Нэг улаан эсэд агуулагдах гемоглобини концентрацийг цусанд агуулагдах гемоглобини хэмжээнд гематокритын хэмжээг харьцуулан, нэг улаан эсэд агуулагдах гемоглобини дундаж хэмжээг цусны нийт гемоглобини хэмжээнд нь улаан эсийн тоог харьцуулан тодорхойллоо. Судалгааны ажлын статистик боловсруулалтыг SPSS 10 программаар хийж, үзүүлэлтүүдийн дундаж хэмжигдэхүүн (M), дундаж алдааг (m) тодорхойлж, дундаж үзүүлэлтүүдийн ялгааг Стыодентийн t шалгуураар, үзүүлэлт хоорондын хамаарлыг Пирсоны г коэффициентээр үнэллээ.

Судалгааны үр дүн, хэлцэмж. Судалгаанд хамрагдсан нийт хүмүүсийн дундаж нас

44.25±0.88 (эрэгтэй 43.26±1.19, эмэгтэй 45.21±1.29) байлаа. Артерийн систолын даралт 122.52±1.32 мм.муб (эрэгтэй 125.37±2.10 мм.муб, эмэгтэй 119.74 ±1.57), диастолын даралт 79.45±0.79 мм.муб (эрэгтэй 80.74±1.19 мм.муб, эмэгтэй 78.20±1.04 мм.муб) хэмжээтэй байлаа.

Судалгаанд хамрагдсан хүмүүсийн бие бялдын зарим үзүүлэлтүүдийг судлаж үзэхэд биеийн жин 63.55±0.84кг (эрэгтэй 66.72±1.31кг, эмэгтэй 60.57±1.00кг), өндөр 161.03±0.63см (эрэгтэй 166.59±0.88см, эмэгтэй 155.59±0.63см), цээжний тойргийн хэмжээ 84.53±0.53 см (эрэгтэй 86.31±0.82, эмэгтэй 83.15±0.67см) байв.

Дорнод аймгийн 20-75 наасны, харьцангуй эрүүл хүмүүсийн гематологийн зарим үзүүлэлтүүдийн дундаж хэмжээг хүснэгт 1-д үзүүлэв.

Хүснэгт 1
Дорнод аймгийн насанд хүрэгчдийн гематологийн зарим үзүүлэлтүүд

Үзүүлэлтүүд	Дундаж (n=301)	Хүйсээр	
		Эрэгтэй (n=148)	Эмэгтэй (n=153)
Гематокрит (%)	44.73±0.39	45.26±0.57	44.22±0.52
Улаан эс ($\times 10^6/\text{мкл}$)	4.22±0.04	4.42±0.05	4.04±0.05***
Гемоглобин (г/л)	129.86±0.98	132.01±1.31	127.77±1.44**
Улаан эсэд агуулагдах гемоглобини хэмжээ (пг)	31.34±0.32	30.39±0.41	32.26±0.49**
Нэг улаан эсэд агуулагдах гемоглобини концентрац (мг/дл)	29.44±0.26	29.68±0.40	29.22±0.33
Ялтас ($\times 10^3/\text{мкл}$)	256.43±3.29	269.90±4.06	243.40±4.92***
Цагаан эс ($\times 10^3/\text{мкл}$)	6.58±0.12	6.71±0.18	6.47±0.18
Эозинофиль (%)	1.39±0.05	1.36±0.06	1.41±0.07
Савхан бөөмт (%)	2.75±0.07	2.69±0.09	2.80±0.10
Тасархай бөөмт (%)	63.43±0.33	64.09±0.42	62.80±0.51*
Лимфоцит (%)	29.82±0.35	29.38±0.46	30.25±0.52
Моноцит (%)	2.66±0.05	2.67±0.07	2.65±0.08

Тайлбар: эрэгтэй, эмэгтэй хүмүүсийн хоорондын ялгаа *-p<0.05, **-p<0.01, ***-p<0.001

Дорнод аймгийн насанд хүрэгчдийн гематологийн зарим үзүүлэлтийг хүйснээс хэрхэн хамааралтай болохыг тодорхойлон үзэхэд эрэгтэйчүүдийн улаан эсийн тоо (p<0.001), нийт гемоглобини хэмжээ (p<0.01), ялтасын тоо (p<0.001) ба тасархай бөөмт цагаан эсийн хэмжээ (p<0.05) нь эмэгтэйчүүдийнхээсээ статистикийн үнэн магадтай их байгаа нь тогтоогдоо (Хүснэгт 1). Харин эмэгтэйчүүдийн нэг улаан эсэд агуулагдах гемоглобини хэмжээ (p<0.01) нь эрэгтэйчүүдийнхээсээ их байв.

Дорнод аймгийн насанд хүрэгчдийн гематологийн зарим үзүүлэлтүүдийг бид өмнө хийсэн Говь-Алтай аймгийн насанд хүрэгчдийн гематологийн үзүүлэлтүүдтэй харьцуулан үзэхэд

улаан эсийн тоо ($p<0.001$), нийт гемоглобины ($p<0.001$) хэмжээ ба нэг улаан эсэд агуулагдах гемоглобины концентрац нь ($p<0.001$) зэрэг үзүүлэлтүүд статистикийн үнэн магадтай бага байгаа нь тогтоогдоо. Энэ нь нам дор газар нутгийн атмосферийн агаарын найрлага дахь хүчилтөрөгчийн хэмжээ нь өндөр уулын бус нутгийнхаас их байдгаас улаан эсийн нөхөн төлжилт харьцангуй "удаан" явагддагтай холбоотой байж болох юм.

Мөн бид судлагааны зарим үр дүнг А.Өлзийхутаг (1978, 2000) нарын судалгаатай харьцуулж үзлээ (Хүснэгт 2). Хүснэгт 2-оос үзэхэд бидний хийсэн судалгааны гематокритын хэмжээ ба улаан эсийн тоо нь А.Өлзийхутагт нарын судалгааны үр дүнтэй үндсэндээ тохирч байв. Харин бидний судалгаагаар нийт гемоглобины хэмжээ нь илүү байдал ажиглагдлаа.

Хүснэгт 2

Гематологийн зарим үзүүлэлтийг бусад судлаачдынхтай харьцуулсан байдал

Үзүүлэлтүүд	Бидний судалгаа (2005)		А.Өлзийхутаг нарын судалгаа (1978)	
	Эрэгтэй	Эмэгтэй	Эрэгтэй	Эмэгтэй
Гематокрит (%)	45.26±0.57	44.22±0.52	45±0.20	40±0.2
Улан эс ($\times 10^6/\text{мкл}$)	4.42±0.05	4.04±0.05	4.31±0.07	4.13±0.06
Гемоглобин (г/л)	132.01±1.31	127.77±1.44	125±0.46	120±0.42

Бид Дорнод аймгийн насанда хүрэгчдийн гематологийн үзүүлэлтүүд наснаас хэрхэн хамаарлтай болохыг судалж үзлээ (Хүснэгт 3). Үүнд цусны гематоркритын хэмжээ нас нэмэгдэх тутам буурч ($r=-179$; $p<0.01$) байсан бөгөөд ялангуяа 60-аас дээш насанда гематокритын хэмжээ бусад насны бүлгийнхээс статистикийн үнэн магадтай бага байсан юм. Энэ нь нас ахижад цус төлжилт удааширдагтай холбоотой байж болох юм [8, 9]. Харин гематологийн бусад үзүүлэлтүүд наснаас статистикийн үнэн магадтай хамаарал ажиглагдаагүй юм.

Хүснэгт 3.

Гематологийн зарим үзүүлэлтүүд ба насны хамаарал

Үзүүлэлтүүд	Насны бүлэг				
	20-29	30-39	40-49	50-59	60 ↑
Гематокрит (%)	44.20±0.89	47.38±0.82	45.33±0.85	44.30±0.76	41.79±0.86
Улан эс ($\times 10^6/\text{мкл}$)	4.32±0.09	4.21±0.08	4.10±0.08	4.21±0.08	4.31±0.63
Гемоглобин (г/л)	128.97±2.05	134.49±2.05	130.34±2.13	129.09±2.27	125.44±2.38
Улан эсэд агуулагдах гемоглобини хэмжээ (пг)	30.38±0.65	32.50±0.69	32.43±0.70	31.15±0.66	29.76±0.89
Нэг улан эсэд агуулагдах гемоглобини концентрац	29.70±0.66	28.73±0.50	29.18±0.52	29.41±0.54	30.42±0.65
Ялтас ($\times 10^3/\text{мкл}$)	269.68±6.54	249.65±6.23	251.53±6.39	242.89±8.61	271.04±8.81
Цагаан эс ($\times 10^3/\text{мкл}$)	6.78±0.26	6.91±0.28	6.15±0.24	6.67±0.29	6.49±0.34
Зээлинофиль (%)	1.36±0.09	1.50±0.11	1.19±0.09	1.47±0.10	1.46±0.11
Савхан бөөт (%)	2.61±0.14	2.49±0.13	2.61±0.15	3.07±0.17	3.04±0.17
Тасархан бөөт (%)	64.34±0.69	63.76±0.60	63.93±0.65	64.03±0.81	61.50±0.99
Лиммоцит (%)	29.36±0.72	29.95±0.57	29.96±0.73	28.96±0.90	30.94±0.89
Моноцит (%)	2.55±0.11	2.63±0.11	2.83±0.11	2.58±0.12	2.67±0.14

Гематологийн зарим үзүүлэлтүүд хоорондын корреляц хамаарлыг тодорхойлж үзэхэд

Судалгаа, шинжилгээ

гематокритын хэмжээ нь улаан эсийн тоо ($r=0.34$, $p<0.01$), нийт гемоглобини хэмжээ ($r=0.48$, $p<0.01$), нэг улаан эсэд агуулагдах гемоглобини хэмжээ ($r=0.37$, $p<0.01$) зэрэг үзүүлэлтүүдтэй шууд хамаарлтай байхад, нэг улаан эсэд агуулагдах гемоглобини концентрацтай урвуу ($r=-0.62$, $p<0.001$) хамаарлтай байв. Харин улаан эсийн тоо нь гемоглобин ($r=0.18$, $p<0.05$), нэг улаан эсэд агуулагдах гемоглобини концентрац ($r=0.20$, $p<0.01$), цусны ялтас ($r=0.42$, $p<0.01$), цагаан эсийн тоо ($r=0.12$, $p<0.05$) зэрэг үзүүлэлтүүдтэй шууд хамаарлтай, харин нэг улаан эсэд агуулагдах гемоглобини хэмжээтэй урвуу ($r=-0.69$, $p<0.001$) хамаарлтай байгаа нь тогтоогдоо.

Гематокритын хэмжээтэй цусны цагаан эс болон ялтсын тоотой шууд хамаарал ажиглагдахгүй байгаа нь эдгээр эсүүд цусны нийт дүрст элементийн маш бага хувийг эзэлдэгтэй холбоотой байж болох юм.

Дүгнэлт.

1. Дорнод аймгийн насанда хүрэгчдийн цусны улаан эсийн тоо ($p<0.001$), нийт гемоглобини ($p<0.001$) хэмжээ ба нэг улаан эсэд агуулагдах гемоглобини концентрац нь ($p<0.001$) зэрэг үзүүлэлтүүд нь Говь-Алтай аймгийн насанда хүрэгчдийнхээс статистикийн үнэн магадтай бага байгаа нь тогтоогдоо.

2. Эрэгтэйчүүдийн улаан эсийн тоо ($p<0.001$), нийт гемоглобини хэмжээ ($p<0.01$), ялтасын тоо ($p<0.001$) ба тасархай бөөмт цагаан эсийн хэмжээ ($p<0.05$) нь эмэгтэйчүүдийнхээсээ их, харин эмэгтэйчүүдийн нэг улаан эсэд агуулагдах гемоглобини хэмжээ ($p<0.01$) нь эрэгтэйчүүдийнхээсээ их байв.

3. Цусны гематокритын хэмжээ нас нэмэгдэх тутам буурч ($r=-179$; $p<0.01$) байсан ба бусад үзүүлэлтүүд наснаас хамаарал бага байна.

Ном зүй.

1. Дэжидмаа.Д. Гематологические показатели периферической крови здоровых людей в условиях г. Улан-Батора //Автореферат дисс. на соискание учёной степени канд. мед. наук. 1985. 30с.

2. Ц.Номингэрэл. Монголын байгаль цаг уурын үндсэн бүсийн хүн амын физиологийн зарим үзүүлэлтүүд //Монгол хүн судлал. Тэргүүн дэвтэр. УБ. 1995. х.152-157.

3. Эрдэнэтуюяа М, Мэнтэвдорж Н, Сүхбат Г, Батмөнх Г, Лхагва Л. Говь-Алтай аймгийн насанда хүрэгчдийн гематологийн зарим үзүүлэлтүүдийн судалгаа // Эрүүл Мэндийн Шинжлэх Ухаан. 2005. № 2. х. 23-25.

4. Өлзийхутаг А. Монголын уулархаг мужийн суугууль хүмүүсийн дасан зохицол бус нутгийн эмгэг. 2000. х.45-47

5. Өлзийхутаг А. Картина периферической крови жителей в различных географических зонах Монголии. Изв. АН МНР. Улаанбаатар. 1978. №1. с.45-50.

6. Козинец Г.И. Интерпретация анализов крови и мочи. М. 1998. с.3-79.
7. Назаренка Г.И., Кишкун А.А. Клиническая оценка результатов лабораторных исследований. М. "Медицина" 2000. с.482-533.
8. De Simone G., Devereux R.B., Chein S., et al. Relation of blood viscosity to demographic and physiologic variables and to cardiovascular risk factors in apparently normal adults // Circulation. 1990. Vol. 81 (1). Pp. 107-117.
9. Kameneva M.V., Garrett K.O., Watch M.J., et al. Red blood cell aging and risk of cardiovascular diseases // Clinical Haemorheology and Microcirculation. 1998. Vol. 18. pp.67-74.
10. Miao Ge., Yan Y., Chuanmin Z., Naiying L. Discusion on the relationship between normal hematocrit and geographical factors in China // Clinical Haemorheology and Microcirculation. 1997. Vol. 17 (6). Pp.459-465.

**Танилцаж, нийтлэх санал өгсөн:
Анагаахын шинжлэх ухааны доктор,
профессор А.Өлзийхутаг**

Монголын эмэгтэйчүүдийн дундах хөхний өмөнгийн тархвар зүйн байдал

Н.Нямдаваа¹, Д.Оюунчимэг², Д.Ягаан²

С.Түвшингэрэл²

¹Анагаах Ухааны Хүрээлэн

²Хавдар Судлалын Төв

Хөгжингүй орнуудын эмэгтэйчүүдийн дунд хөхний өмөнгийн өвчлөл сүүлийн жилүүдэд эрс нэмэгдэж АНУ, Австрали, Канад болон Баруун Европын орнуудын эмэгтэйчүүдийн хорт хавдрын нийт өвчлөлд тэргүүн байрыг эзлэх болов. ДЭМБҮН (1999) мэдээгээр дэлхий дээр хөхний өмөнгөөр жил бүр 910000 эмэгтэйчүүд шинээр өвчилж 390000 эмэгтэйчүүд нас барж байгаа нь шинээр өвчилж буй төрөл бүрийн хавдартай нийт өвчтөнүүдийн 18,2%, нас баралтын 12,2%-г эзлэж байгаа ажээ [1.3.4.10].

Стандарт үзүүлэлтээр хөхний өмөнгийн 100000 эмэгтэйчүүдэд ногдох өвчлөлийн хамгийн өндөр үзүүлэлт АНУ, Канад, Швейцарь, Израиль, Франц, Австралид (87-100%₀₀₀) бүртгэгдсэн бол дунд зэргийн өвчлөл (30-50%₀₀₀) өмнөд Америкийн ба Зүүн европын ихэнх орнуудад, хамгийн бага өвчлөл (7,5-10%₀₀₀) Азийн орнуудын эмэгтэйчүүдийн дунд тохиолдож байна. Хөхний өмөнгөөр эрэгтэйчүүд өвчлөж болох бөгөөд энэ нь нэн ховор. Хөхний өмөнгийн нийт өвчлөлийн 1% нь эрэгтэйчүүдэд тохиолддог байна [3, 9].

Манай орны хүн амын аж төрөх байдал, хоол тэжээл, уламжлалт зан заншил, соёл иргэншилд гарч байгаа өөрчлөлтүүдтэй холбоотойгоор сүүлийн жилүүдэд эмэгтэйчүүдийн хөхний өмөнгөөр өвчлөх нь жилээс жилд бодит тоогоороо тасралтгүй нэмэгдэж байгаа юм. Манай улсад хөхний өмөнгийн өвчлөл хорт хавдраар өвчлөгсдийн 2,52%, хорт хавдартай эмэгтэйчүүдийн 5,48%-ийг эзлэж, 100000 хүн амд хөхний өмөнгийн 2,82 тохиолдол байдаг [5]

гэснээс өөр мэдээгүй байна. Тиймээс өөрийн орны эмэгтэйчүүдийн дунд хөхний өмөнгийн өвчлөлийн тархац ямар байгааг түүнд нөлөөлж байгаа хүчин зүйлийг тодруулах шаардлагатай болж байна.

Судалгааны зорилго. Манай орны янз бүрийн бус нутагт оршин суудаг эмэгтэйчүүдийн дунд хөхний өмөнгийн тархвар зүйн байдлыг тодруулах явдал юм.

Судалгааны зорилтууд.

1. Хүн амын хорт хавдрын нийт өвчлөлийн бүтцэд хөхний өмөнгийн эзлэх хувийг шинээр тодруулах

2. Эмэгтэйчүүдийн хорт хавдрын өвчлөлийн бүтцэд хөхний өмөнгийн эзлэх хувийн жинг тогтоох

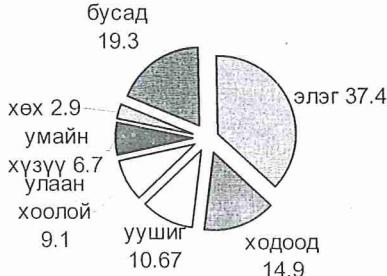
3. 100000 хүн ам ба эмэгтэй хүн амд ноогдох хөхний өмөнгийн өвчлөлийн түвшинг аймаг бүрээр тодруулах

Судалгааны материал, арга зүй. Судалгаанд 1997-2004 онуудад хорт хавдар өвчний онош анх тогтоогдож ХСТ-ийн Статистик мэдээллийн албанад мэдээлэгдсэн улсын хэмжээнд эрэгтэй 13713, эмэгтэй 11703 нийт 25416 үүнээс морфологоор тогтоогдсон хөхний өмөнгийн 548 өвчтөний материалын ашигласан болно.

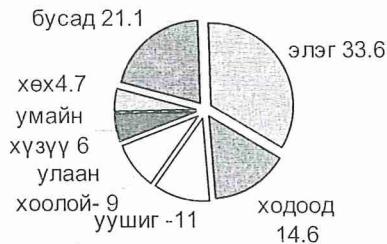
Хорт хавдрын өвчлөлийн бүтцэд хөхний өмөнгийн эзлэх хувийн жинг икстенсив үзүүлэлтээр гаргасан. Харин 100000 хүнд ногдох өвчлөлийн түвшинг интенсив ба стандарт үзүүлэлтээр бодсон. Стандартад 2000 оны хүн амын тооллогпан нас, хүйсийн бүтцийг ашиглан шууд стандартчлах аргаар бодсон болно. Интенсив үзүүлэлтийг гаргахдаа хөхний өмөнгийн сүүлийн 8 жилийн дундаж өвчлөл ба тухайн аймаг, хотын 2004 оны хүн амын нас, хүйсийн тоог ашигласан болно.

Судалгааны үр дүн. Хөхний өмөнгийн өвчлөл хорт хавдрын нийт өвчлөлийн бүтцэд 2.2%, (Зураг

1) эмэгтэйчүүдэд тохиолдсон хорт хавдрын бүтцэд 4.7%-ийг (Зураг 2) эзлэж байсныг 1 ба 2-р зургаас үзнэ үү.



Зураг 1. Хорт хавдрын бүтэц



Зураг 2. Эмэгтэйчүүдийн хорт хавдрын бүтэц

Ийнхүү 1, 2 дугаар зургаас үзэхэд хөхний өмөн элэг, ходоод, уушиг, улаан хоолой, умайн хүзүүний дараа 6-р байрыг эзлэж байна. Хөхний өмөнгийн 100000 хүн амд ногдох өвчлөлийн улсын дундаж интенсив үзүүлэлтэд 21.6, стандарт үзүүлэлт 18.36 байгааг Хүснэгт 1, 2-оос хүснэгтээс үзнэ үү.

Хүснэгт 1

Хөхний хорт хавдрын 1997-2004 оны өвчлөлийн 100000 хүнд ногдох жилийн дундаж интенсив үзүүлэлт

Хүснэгт 2
Хөхний хорт хавдрын 1997-2004 оны өвчлөлийн 100000 хүнд ногдох жилийн дундаж стандартчилсан үзүүлэлт

Аймаг , нас	Өвчлөл насаар						
	0-29 нас	30-39 нас	40-49 нас	50-59 нас	60-64 нас	65<нас	бүгд
Архангай	7.46	20.92	83.79	101.99		9.8	
БаянӨлгий	4.46	14.97	11.14	66.64	113.12	60.57	13.1
Баянхонгор	8.32	23.10	63.12		61.46	9.5	
Булган	34.17	73.09	60.35		163.67	24.7	
Говьалтай	9.69	44.69	29.77	82.78	141.51	14.2	
ГовьСүмбэр				462.96	200.00	16.4	
ДарханУул	7.58	34.24	72.83	148.20	60.39	101.76	34.3
Дорнговь	6.15	51.43	16.69	115.70		102.72	23.2
Дорнод	49.41	70.10	50.37	218.34	205.69	29.7	
Дундговь	14.52	57.03	122.65	114.29	37.78	18.0	
Завхан		60.61	46.79	170.45	28.79	13.9	
Орхон	2.04	35.11	60.67		198.94	35.37	20.3
Өвөрхангай	31.37	26.61	45.14		92.23	13.8	
Өмнөговь		41.00			42.86	6.3	
Сүхбаатар	2.94	25.48	80.83	35.36		92.94	20.4
Сэлэнгэ	3.64	57.31	86.49	136.43	182.73	98.52	38.2
Төв	1.85	38.93	58.24	93.30	97.56	50.81	23.7
Увс		16.65	35.41	54.93	61.92		9.8
Ховд		15.29	81.88		30.32	12.0	
Хөвсгөл	26.27	36.00	49.38	88.34	89.33	15.4	
Хэнтий	21.19	51.36	55.45	74.57	170.47	20.9	
Улаанбаатар	0.94	22.55	78.46	96.90	102.21	103.47	27.1
Бүгд	1.24	24.00	61.37	78.21	91.95	87.88	21.6

1 ба 2-р хүснэгтээс хараад хөхний өмөнгийн 100000 хүн амд ногдох 1997-2004 оны жилийн дундаж интенсив (21.6) ба стандарт (18.36) үзүүлэлтээр улсын дунджаас нэн өндөр үзүүлэлт Улаанбаатар (27.1 ба 21.06), Дорнод (29.7 ба 27.3), Дархан-Уул (34.3 ба 28.37), Сэлэнгэ (38.2 ба 32.01) аймгуудад ажиглагдсан бол нэн бага өвчлөл Архангай (9.6 ба 8.8), Баянхонгор (9.5 ба 8.5), Өмнөговь (6.3 ба 5.11), Увс (9.8 ба 9.4) аймгуудад ажиглагдсан байна.

Харин манай материалыар хөхний өмөнгийн 100000 эмэгтэйчүүдэд ногдох 1997-2004 оны өвчлөлийн улсын дундаж интенсив үзүүлэлтэд 42.27; стандарт үзүүлэлтэд 35.84 байсныг 3 ба 4-р хүснэгтэд харуулав.

Хүснэгт 3

Хөхний хорт хавдрын 1997-2004 оны өвчлөлийн 100000 (эмэгтэй) хүнд ногдох жилийн дундаж интенсив үзүүлэлт

Аймаг, нас	Өвчлөл насаар						
	0-29 нас	30-39 нас	40-49 нас	50-59 нас	60-64 нас	65 дээш нас	бүгд
Архангай	14.72	40.98	159.49	197.24		19.43	
БаянӨлгий	8.95	29.88	22.06	128.98	234.19	114.03	26.16
Баянхонгор	16.51	44.89	119.19			105.88	18.61
Булган	67.04	143.35	119.47			303.72	48.92
Говьалтай	19.07	84.48	54.59	156.01	226.24	27.56	
ГовьСүмбэр				826.45	371.75	32.36	
ДарханУул	14.67	63.18	136.45	280.64	114.29	186.45	65.30
Дорнговь	12.08	100.43	33.06	226.93		167.93	45.24
Дорнод	94.46	133.99	95.69	407.61	331.49	57.96	
Дундговь	28.51	111.32	237.34	227.27	67.43	35.60	
Завхан		117.51	86.43	315.46	51.02	27.02	
Орхон	3.96	64.12	113.38		360.58	62.31	38.76
Өвөрхангай		60.87	51.88	88.47		159.94	27.28
Өмнөговь			79.49			70.67	12.33

Өмнөговь			79.49			70.67	12.33
Сүхбаатар	5.99	52.23	159.74	70.47		146.09	40.84
Сэлэнгэ	7.34	110.63	169.64	269.09	369.00	185.19	76.01
Төв	3.73	76.90	113.96	186.15	195.31	94.92	47.28
Ус		32.91	72.92	103.41	114.42		19.51
Ховд		30.10	158.92			52.71	23.62
Хөвсгөл		52.17	70.13	91.91	166.39	146.57	30.14
Хэнтий		41.00	100.33	109.29	144.09	292.91	41.12
Улаанбаатар	1.85	43.16	145.96	184.60	193.10	187.00	52.47
Бүгд	2.47	46.41	117.26	149.93	174.73	155.08	42.27

Хүснэгт 4

Хөхний хорт хавдрын 1997-2004 оны өвчлөлийн 100000(эмэгтэй) хүнд ногдох жилийн дундаж стандартчилсан үзүүлэлт

Аймаг, нас	Өвчлөл насаар						
	0-29 нас	30-39 нас	40-49 нас	50-59 нас	60-64 нас	65 дээш нас бүгд	
Архангай		2.25	3.65	7.81	3.55	17.26	
БаянӨлгий	5.81	4.57	1.96	6.32	4.22	45.6	27.45
Баянхонгор		2.53	4.00	5.84		4.24	16.60
Бүгтн		10.26	12.76	5.85		12.15	41.02
Говьтайлаг		2.92	7.52	2.67	2.81	9.05	24.97
ГовьСүмбэр					14.88	14.87	29.75
ДарханУул	9.53	9.67	12.14	13.75	2.06	7.46	54.61
Дорноговь	7.85	15.37	2.94	11.12		6.72	44.00
Дорнод		14.45	11.92	4.69	7.34	13.26	51.66
Дундговь	4.36	9.91	11.63	4.09		2.70	32.69
Завхан			10.46	4.24	5.68	2.04	22.41
Орхон	2.57	9.81	10.09		6.49	2.49	31.46
Өвөрхангай		9.31	4.62	4.34		6.40	24.66
Өмнөговь			7.07			2.83	9.90
Сүхбаатар	3.89	7.99	14.22	3.45		5.84	35.40
Сэлэнгэ	4.77	16.93	15.10	13.19	6.64	7.41	64.03
Төв	2.42	11.77	10.14	9.12	3.52	3.80	40.76
Ус		5.04	6.49	5.07	2.06		18.65
Ховд		4.61	14.14			2.11	20.86
Хөвсгөл		7.98	6.24	4.50	3.00	5.86	27.58
Хэнтий		6.27	8.93	5.36	2.59	11.72	34.87
Улаанбаатар	1.20	6.60	12.99	9.05	3.48	7.48	40.80
Бүгд	1.60	7.10	10.44	7.35	3.15	6.20	35.84

Хүснэгт 3, 4-өөс харахад улсын дунджаас хамгийн өндөр өвчлөл интенсив ба стандарт үзүүлэлтээр Дархан–Уул (65.30 ба 54.61), Дорнод (57.96 ба 51.66), Сэлэнгэ (76.61 ба 64.03), Улаанбаатар (52.47 ба 40.8), хотод байгаа бол хамгийн бага өвчлөл Архангай (19.43 ба 17.26), Баянхонгор (18.61 ба 16.60), Өмнөговь (12.3 ба 9.9), Ус (19.51 ба 18.65) аймгуудад ажиглагдсан байна.

Хэлцэмж. Бидний судалгааны материалыар хөхний өмнөгийн өвчлөл эмэгтэйчүүдэд тохиолдож байгаа хорт хавдрын өвчлөлийн бүтцэд 4.7% байгаа нь эмэгтэйчүүдийн нийт хорт хавдрын бүтцэд 18.2% эзэлдэг гэсэн [1.3.4.10] судлаачдынхаас 3.8 дахин бага байгаа нь манай улс хөхний өмнөгийн харьцангуй бага өвчлөлтэй орон болохыг харуулж байна.

Хөхний өмнөгийн 100000 эмэгтэйчүүдэд ногдох өвчлөл 42.3 байгаа нь Азийн орнуудын эмэгтэйчүүдийн дунд хөхний өмнөгийн өвчлөл 7.5%000-10% 000 байдаг гэсэн судлаачдын үр дүнгээс 4.2-5.6 дахин их, АНУ ба Баруун Европын эмэгтэйчүүдийн (87%000-100%000), өвчлөлөөс 2 дахин бага, харин Өмнөд Америк ба Зүүн Европын орнуудын эмэгтэйчүүдийн өвчлөлийн (30%000-50%000), түвшинд байна.

Энэ нь манай эмэгтэйчүүдийн соёл иргэншилд гарч байгаа өөрчлөлттэй холбоотой гэж үзнэ.

Хөхний өмнөгийн өвчлөл манай орны янз бурийн бус нутгийн эмэгтэйчүүдийн дунд харилцан адилгүй тархалттай байна.

Хөхний өмнөгийн хамгийн өндөр үзүүлэлт интенсив ба стандарт үзүүлэлтээр Дархан-Уул (65.30 ба 54.61), Дорнод (57.96 ба 51.66), Сэлэнгэ (76.61 ба 64.03), Улаанбаатар (52.47 ба 40.8), хотод байгаа бол хамгийн бага өвчлөл Архангай (19.43 ба 17.26), Баянхонгор (18.61 ба 16.60), Өмнөговь (12.3 ба 9.9), Ус (19.51 ба 18.65) аймгуудад тохиолдсон байна.

Дүгнэлт:

1. Хөхний өмнөгийн өвчлөл хорт хавдрын нийт өвчлөлийн бүтцэд 2.2%, эмэгтэйчүүдэд тохиолдсон хорт хавдрын бүтцэд 4.7%-ийг эзлэж байна.

2. Хөхний өмнөгийн 100000 хүн амд ногдох өвчлөлийн улсын дундаж интенсив үзүүлэлтэд 21.6, стандарт үзүүлэлт 18.36. 100000 эмэгтэйчүүдэд ногдох өвчлөл 42.27 ба 35.84 байна.

3. Хөхний өмнөгийн хамгийн өндөр өвчлөл интенсив ба стандарт үзүүлэлтээр Дархан–Уул (65.30 ба 54.61), Дорнод (57.96 ба 51.66), Сэлэнгэ (76.61 ба 64.03), Улаанбаатар (52.47 ба 40.8), хот, хамгийн бага өвчлөл Архангай (19.43 ба 17.26), Баянхонгор (18.61 ба 16.60), Өмнөговь (12.3 ба 9.9), Ус (19.51 ба 18.65) аймгуудад тохиолдсон байна.

Ном зүй.

1. Волченко Н.Н. "Внутриэпителиальной рак молочной железы" Российский Онкологический журнал 2001. №3 с.21-28

2. ГубайдуллинХ.М, Сигал Е.И, Хасанов Р.Ш.Нагуманов Э.В.Исмагилов А.Х "Стереотаксическая биопсия непальпируемых образований молочной железы с применением ABBISystem" -Вопросы онкологии 2001, №1 с.103-106

3. Исмагилов А.Х, Сигал Е.И. Хамидуллан Р.Г ба бусад "Диагностика и лечение рака молочной железы центральной и медиальной локализации с использованием видеоторакоскопий" Вопросы онкологии 2001, №3 с. 348-384

4. Исмагилов А.Х, Сигал Е.И, Хасанов Р.Ш, Нагуманов Э.В, Хамидуллан Р.Г, ГубайдуллинХ.М, "Видеоторакоскопическая паракстернальная лимфаденоэктомия в диагностике и лечением рака молочной железы" Вопросы онкологии 2001.№3 с. 28-33

5. Нямдаваа Н, Асай Р "Хөхний өмнөгийн өвчлөл оношлогоо, эмчилгээний асуудал" Хавдар Судлалын тулгамдсан асуудлууд –Улаанбаатар (1999) с.61-64.

6. Паранова В.М, Пандова В.В, Торанина З.М "Консервативная лечение рака молочной железы I и II стадий успешная альтернатива модифицированной радикальной мастэктомии" Вопросы онкологии 2001.№1, с.45-48

7. Семиглазов В.В, Кржицецкий остецкая Т.В "Лучевой диагностика минимального рака молочной железы" Вопрос онкологии 2001.№1 с.99-102

8. Семиглазов В.В. Костецкая Т.В "Тамоксифен "золотой стандарт" в лечение больных ранным

раком молочной железы" Вопросы онкологии 2001.№1 с.108-112

9. Семиглазов В.В, Семиглазов В.Ф "Клинико-морфологические особенности и лечения неинвазионограка молочной железы" Вопросы онкологии 2001.№3 с.278-289

10. Трапезныков Н.Н, Поддубин И.В "Рак молочной железы" Справочник по онкологии - Москва (1996) с.199-206

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

Умайн гилгэр булчингарын үедэх эмгэг бүтэцзүйн өөрчлөлт

Б.Жаргалсайхан¹, Д.Самбуупурэв², Б.Жав¹
Эрүүл Мэндийн шинжлэх ухааны их сургууль
²Анагаах Ухааны Хүрээлэн

Умайн гилгэр булчингарын (лейомиом) томроо ба багасах явцад цусны эргэлтийн хямрал, хөөнгөшил, гиалиноз, шохойжилт ба үхжил хэлбэрийн хоёрдогч өөрчлөлт илэрдэг. Эрдэмтдийн судалгаагаар [3, 8] дурьдсан өөрчлөлтүүд нь үндсэндээ хавдрын доторх цусны бичил эргэлтийн хямралаас үүдэгдэж өвчний шинж тэмдэгийн нарийн цогц бүрдэлийг бий болгодог байна [1, 2]. Энэ холбоонд гилгэр булчингартай умайн бүтэц үйл зүйг судлах нь зөвхөн практикийн төдий бус харин онолын хувьд зүй ёсоор сонирхол төрүүлж байгаа юм.

Судалгааны зорилго нь умайн булчингарын улмаас тайрагдсан умайн булчин ба салст давхаргын цусны эргэлтийн хямрал, бүтэц үйл зүйн өөрчлөлт ба умайн гилгэр булчингардах өөрчлөлтийн хооронд холбоо байгаа эсэхийг тодорхойлоход оршино.

Материал, аргазүй. Улаанбаатар хотын клиникийн нэгдүгээр амаржих газар (КНАГ)-т үзлэг ба шинжилгээгээр булчингартай хэмээн оношлогдсон 120 эмэгтэйд мэс засал эмчилгээ хийсэн. Мэс засал хийх гол заалт нь том хэмжээтэй хавдар 32, булчингарын салст доорх байрлал 18, биений юм алдагдах 20, хавдрын түргэн ургалт 8, хавдрын эд дотор үхжил ба цусны эргэлтийн хямрал нь шинж илрэх 25, дайврын эмгэгүүд булчингартай хамтын байрлал 17, тус тус байв.

Тухайн өвчтөнд булчингарын зангилаан доторх хоёрдогч өөрчлөлт ба умайн булчин салстын бүтэц-үйлзүйг эд судлалын аргаар судалсан.

Энэ удаад нэгталаас үхжилийн болон сөнөрөлт (дистрофи) өөрчлөлт бүхий умайн гилгэр

булчингарын, негөө талаас умайн дотор салст ба булчингийн бүтэц, үйл зүйн шинж байдал түлхүү анхаарч судлав.

Судалгааны дүн, хэлцэмж. Судалгаанд хамрагдсан 120 эмэгтэйн 98% буюу ихэнхи нь 1-4 жилийн турш эмнэлгийн хяналтад, зөвхөн 22 эмэгтэйн хавдар нь эмнэлэгт хэвтсэний дараа анх оношлогджээ. Төлөвлөгөөтэйгээр мэс хагалгаа хийлгэсэн 72 эмэгтэйд булчингарын зангилаа нь цусны эргэлтийн хямрал, үхжил буюу дистрофи өөрчлөлт зэрэг хоёрдогч өөрчлөлт гэнэтийн тохиолдол хэлбэрээр илрээ. Харин яаралтай мэс засал хийлгэсэн 48 тохиолдлын 26-д өвчний эмнэл зүй нь зангилааны хоёрдогч өөрчлөлтийн хэлбэрээр илрэв. 12 тохиолдолд зонхилох шинжийн шалтгаан нь булчингарын хажуугаар даавруудын эмгэг болж байв.

Мэс хагалгааны хэмжээ тохиолдол бүрд өвчтөний биеийн байдал, нас, эмнэл зүй, умайн хүзүү, дайвруудын болон мэс заслын үед бага аарцаг дахь эрхтэнгүүдийн харагдах хэлбэр, зарим тохиолдолд хортой хавдар гэж сэжиглэж авсан эдийн яаралтай шинжилгээ зэргээс хамаарч байна.

Биет байдлаар гилгэр булчингарын 85 тохиолдолд зангилаа олон, харин 35 тохиолдолд зангилаа нэгээр үүний дотор 11 тохиолдолд өргөн суурьтай, умайн гялтан бүрхүүл дор, 10-т булчин хооронд, 14-т салст давхарга доорхи хэлбэрээр тус тус байрласан байна.

Хоёрдогч өөрчлөлт бүхий булчингарлаг загилааны диаметр 3-24 см, 5см-ээс бага хэмжээтэй 29, 6-10см хэмжээтэй 67, 11-ээс дээш 24 байна.

Эд судлалын шинжилгээ нь гилгэр булчингарлаг зангилаануудаас тойрны булчин, ойролцоо байрласан умайн их биеийн салст давхаргаас материал авч, 10 хувийн

саармагжуулсан формалины уусмалд бэхжүүлж, лааны тосонд цутгасан эдээс 5 мкм зузаантай зүсмэг бэлтгэв. Зүсмэгийг гематоксолин-эозиний ба Ван-Гизоны ерөнхий будгийн аргаар будна. Эдийн бүтэц үйл зүйн байдлыг Щик урвалын арга хэрэглэн бэлдмэл доторхи гликозамионгликан ба гликогений агууламж, тархалтыг тодорхойлов.

Эд судлалын шинжилгээгээр бүгд 120 эмэгтэйн булчингарлаг зангилаанууд 42-т цусны эргэлтийн хямралын шинж, 58-д цусны хөдлөл зүйн хямралаас үүдсэн янз бүрийн хэмжээний үжил, үхжил, үүнээс 10 тохиолдолд шохойжилтийн голомт, 4-т цусархаг үхжил, 20 тохиолдолд зангилаан доторхи голомтот хаван тус тус ажиглагдав. Эдийн химийн шинжилгээнд гилгэр булчинлаг хавдарт гликоген ба гликозамингликаны агууламж тархалт нь үхжилийн өөрчлөлттэй харьцуулахад жигд бус, тойрон байгаа булчин болон бусад эдтэй зэрэгцүүлэхэд бага хэмжээтэй байгаа нь тогтоогдов.

Эмнэлзүйн практикт үрэвсэлтэй холбоотой асуудал нэлээд сонирхоолтой байгаа юм. Хэвлэлийн тоймоос [4, 8] харахад илэрхий их үрэвсэл, заримдаа хавдрын эдээвэрлэл, гилгэр булчингарын эд дэхь үхжилт өөрчлөлтийг дагалдана. Үрэвслийн тархалт нь умайг бүхлээр нь авах хүртэл хэмжээнд мэс хагалгааг өргөтгөх аюулд хүргэх талтай.

Умайн гялтангийн дор, булчин дундын байрлалтай үхжилийн өөрчлөлт бүхий зангилаануудтай 91 өвчтөнд үхжилийн захаар сийвэнт ба үлэмж залгиур эсийн холимог олон бөөмт цагаан эсийн ба тунгалгын эсийн өөрчлөлт эсийн нэвчдэс харагдав. Энэ тохиолдолд үхжилийн захаар сөнөрлийн өөрчлөлттэй олон хэлбэржилттэй эсүүд илрэв. Ийм зураглалыг үхжил гэж үнэлэн дүгнэлээ.

Умайн салстын шинжилгээний дүнг тусад нь авч үзлээ. Тухайлбал судалсан 120 тохиолдлын 96-д булчингарын зангилаанд хоёрдогч өөрчлөлтгүй гилгэр булчингарын үеийн салстын бүтэц үйл зүйн байдлаар онцлох ялгаа харагдаагүй. Биений юм ба насанд тохирсон эд үйл зүйн өөрчлөлт илэрлээ. Эдгээр өөрчлөлт нь судлаачдын [7, 9] урьд өмнө хийсэн судалгааны дүнтэй ойролцоо байлаа.

Салстын эдийн химийн шинжилгээгээр ЩИК/+ бодисын агууламж ба түгэлт салстын булчирхайлаг ба суурь эдийн дотор умайн булчингар хавдартай эмэгтэй 2 шатат биений юмны зураглалтай тохирч байв. Булчингар хавдаргүй эмэгтэйн хэвийн биений юмны үеийн салстын эд үйл зүйн онцлогтой дүйж байгааг зарим судлаачид [3, 4] бичсээр байна. Тухайлбал биений юмны шүүрэлт шатны үед салстын

булчирхайн эпителид ЩИК+/ хүчтэй урвал ба үрэл ихсэх нь эпители дотор гликоген ба гликозаминогликан цугларсныг гэрчлэх баримт юм.

Умайн их биений салстын нийт 24 эмгэг өөрчлөлтийн дунд архаг үрэвсэл 10 тохиолдолд хамгийн олон, салстын суурийн давхар голомтын хэт хувирал (гиперплази) 8, салстын ургацаг 6 тохиолдолд тус тус ажиглагдав.

Эдгээр тохиолдолд салст давхарга нимгэрэх, заримдаа булчирхай үл харагдах, эсхүл салст давхарга нь ижил бус зузаантай байв. Булчирхайнууд муруй тахир болсон, тэлэгдсэн, уртассан байхын хамт ихэнхи булчирхай гол төлөв биений юм ирж байгаа эмэгтэйд бүрхүүл эпители ба суурин үетэй зэрэгцэн байрлана. Энэ зураглал нь салст доорхи буюу булчин дунд байрласан булчингарын зангилаа бүхий бидний судалгааны 24 эмэгтэйд ажиглагдсан юм.

Дүгнэлт

1. Умайн гилгэр булчингарын үед умайн салст давхарга нь салстын бүтэц үйлзүйн өөрчлөлтийг үндсэндээ тусгасан байна.

2. Умайн хөндийн салст давхарга ба булчингийн бүтэц үйлзүйн байдал болон цусны эргэлтийн хямрал хэлбэрийн хүндрэлээс үүдсэн умайн гилгэр булчингар доторхи өөрчлөлтийн хооронд тодорхой холбоо байхгүй болохыг бидний судалгаа харуулав.

Ном зүй

1. Бохман Я.В., Юдковская И.Л., Волкова А.Т и др., Акушерство и гинекология., 1990. №1, с.13-15

2. Вихляева Е.М., Васильевская Л.М., Миома матки-М. 1981

3. Вихляева Е.М., Паллади Г.А., Патогенез, клиника и лечение миомы матки-Кишинев, 1982

4. Железнов Б.И., Акушерство и Гинекология., 1980, №1, с.37-40

5. Зальмеж Л.В., Радиоченко А.А., Актуальные проблемы современной онкологии-Томск, 1984, выпуск 3, с.25-27

6. Кох Л.М., Радиоченко А.А., Болотова В.П. Акушерство и Гинекология., 1994, №11. с.55-56

7. Якубович Д.В., Кондриков Н.И., Акушерство и Гинекология – 1981, с.41-42

8. De Cherney A., Polan M.L. Obstetrics and Gynecology., 1983 vol. №3, p.392-397

9. Gompel C.A., Silverberg S.G. Pathology and Gynecology. 1982

**Танилцаж, нийтлэх санал өгсөн:
Анагаах ухааны доктор,
профессор Б.Шижирбаатар**

Умайн лейомиомын эмнэл зүй-статистикийн ажиглалт

Б.Жаргалсайхан

Эрүүл мэндийн шинжлэх ухааны их сургууль

Умайн лейомиом, түүний хүндрэл эмэгтэйчүүдийн мэс заслын өвчний дотор хамгийн түгээмэл тохиолддог эмгэгийн нэг юм. Эмэгтэйчүүдийн өвчлөлийн бүтцэд тэргүүлэх байр эзлэх ба 30-аас дээш насны эмэгтэйчүүдийн дунд 18-22 хувь хүртэл тохиолдон, биений юмны хямрал, үргүйдэл, үрэвсэлт өвчний голлох шалтгаан болж бэлэг эрхтэний өвчний учир мэс засал эмчилгээ хийлгэгсдийн дотор 40 хувийг эзэлж байна [1, 3, 4, 5, 6].

Умайн булчингийн хэт зузаарах явц нь эмэгтэйн бие махбодод явагдах иж бүрдэл эмгэг өөрчлөлтүүдээс, тухайлбал дотоод шүүрлийн-бодисын солилцооны болон умай дахь хүчилтерөгчийн дутмагшил бүхий архаг халдварын өөрчлөлтүүдээс үүдэлтэй хэмээн тайлбарладаг [1, 2, 3, 4].

Орчин үеийн ойлголтын үүднээс умайн лейомиомыг нэгэн төрлийн биш хавдар гэж үздэг. Энэ нь хэмжээгэрээ, өсөлтийн хурд, байршил паренхим, холбогч эд хоёрын харьцаа эмнэл зүйн шинжээрээ ялгараад зогсохгүй мөн эс хөгжлийн чиглэлээр энгийн, зузааралт, өмөнгийн урьдал (прэдсаркоматоз) гэж байна [8, 9]. Умайн лейомиом нөхөн үржихүйн үе дэх умайн салстын эмгэг зузаарал болон цэвэршилтийн өмнөх ба дараах үе дэх умайн салстын өмөнтэй хамт тохиолдох нь (33.3%) элбэг [1, 2].

Умайн лейомиомтай нийт эмэгтэйчүүдийн 35-50 хувьд эмнэлзүйн шинж тэмдэг тухайлбал: цус алдалт (30%), үргүйдэл (27-30%), дутуу төрөлт (45%), зулбалт (41%), хэвлүйгээр өвдөх (34%) шинжүүд давамгайлан илэрнэ. Эмнэлзүйн шинж тэмдэг лейомиомын зангилааны тоо, хэмжээ, байрлалаас шалтгаална. Лейомиомын үед умайн салстын бүтэц болон цусан хангамж өөрчлөгдөх нь зулбах, ихсийн эмгэг байрлалт үүсэх, төрсний дараахи үед цус алдах хүндрэл үүсэх шалтгаан болдог [1, 2, 3, 4, 5].

Умайн лейомиомын үүсэл, эмчилгээний талаар урт удаан хугацааны турш олон тооны судалгаа хийгдсэн боловч дааврын болон дархлаажуулалтыг сэргээх арга хангалийтai биш байна. Мэс заслын үед чанд авианы аргыг хэрэглэн лейомиомын хэд хэдэн зангилааг авах замаар эрхтний үйл ажиллагааг хадгалах уламжлалт аргын дараа 14.6%-д лейомиомын дахилт ажиглагддаг [1, 7, 8]. Өнөөг хүртэл умайт

мэс заслын аргаар авахыг эмчилгээний тэргүүлэх арга хэмээн үзэж байгаа боловч энэ мэс заслын дараа мэдрэл-дотоод шүүрэл болон вегетатив, сэтгэл санааны хүндрэл тохиолддогийг хүлээн зөвшөөрч байна.

Умайн лейомиом хавдрын процесс үү, эсвэл гэмтсэн миометрийн эмгэг ургалтын ул мөр үү гэдэг нь өнөөг хүртэл маргаантай асуудлын нэг хэвээр байна.

Дээр дурдсан онцлогууд умайн лейомиомийн хөгжлийн төрөл бүрийн онцлогийг тус тусад судлах, мөн тэдгээрийн түргэн өсөлтийн үндэс нь ямар процесс болох, умайн салстын эмгэг зузаарал болон умайн хорт хавдартай хамт тохиолдох шалтгааныг судлах шаардлагатайг харуулж байна.

Зорилго. Умайн лейомиомын эмнэлзүйн онцлог, нөхөн үржихүйн байдлыг судлахад оршино.

Судалгааны аргачлал. КНАГ, ЭНЭШТ-ийн эмэгтэйчүүдийн мэс заслын тасагт 2001-2003 онд умайн лейомиом оношоор хэвтэн мэс засал эмчилгээ хийлгэсэн 379 өвчтөнийг хяналтад авч, тусгайлан боловсруулсан асуумжаар авсан судалгааны материалд SPSS 10.0 программыг ашиглан боловсруулав.

Судалгааны үр дүн, хэлцээмж. Судалгаанд 25-56 насны эмэгтэйчүүд хамрагдсан ба дундаж нас 41.11 ± 2.3 байв.

Умайн лейомиом 36-50 (78.9) насанд хамгийн элбэг, 25 хүртэлх, 55-аас дээш насны эмэгтэйчүүдэд 1 хувиас илүүгүй (0.9%) тохиолдож байв. Умайн лейомиом оношлогдсон дундаж нас нэлээн хэлбэлзэлтэй байдаг ба дунджаар 37.0 ± 0.32 байлаа.

Өвчний үргэлжлэх хугацаа умайн лейомиомыг анх оношлосноос 1 жил хүртэл 4 өвчтөн тутмын нэгд, 1-6 хүртэл жил 2 эмэгтэй тутмын нэгд, 6 жилээс дээш үргэлжлэх нь 5 эмэгтэй тутмын нэгд тохиолдож байв (Хүснэгт 1).

Хүснэгт 1

Умайн лейомиомыг анх оношлосноос өвчний үргэлжлэх хугацаа

Өвчний үргэлжлэх хугацаа (жилээр)	Тохиолдлын тоо	Хувь
1 жил хүртэл	104	27.4%
1-3 жил	134	35.3%
4-6 жил	76	20%
7-9	33	8.7%
10-аас дээш жил	32	8.64%
Бүгд	379	100%

Нийт өвчний 64.9% эмнэл зүйн шинж илрэхэд оношлогдсон, 26.8%-д өвчин 0.5-4 жил, 8.3%-д 4 ба түүнээс дээш жил үргэлжилсэн байна (Хүснэгт 2).

Хүснэгт 2

Өвчин анх оношлогдсон хугацаа

Өвчин оношлогдсон хугацаа	Тохиолдлын тоо	Хувь
Анхны шинж тэмдэг илэрмэгц	63	64.9%
Хагас жилийн өмнөөс	10	10.3%
1-2 жилийн өмнөөс	10	10.3%
3 ба түүнээс дээш жилийн өмнөөс	17	14.5%

Умайн лейомиом оноштой өвчтөнгүүдийн эмнэлэгт хэвтсэн заалтууд:

- умайн лейомиомын түргэн ургалт, умайн хэмжээ томрох—11.6%
- үмайн эмгэг цус алдалт—42.4%
- хэвлэлийн өвдөлтийн улмаас—24%
- хажуугийн эрхтэнгүүдийн үйл ажиллагаа алдагданы улмаас—1.8%
- өндгөвчийн уйланхай, кистомтай хавсрах—9.4%
- чанд авиан шинжилгээгээр—9%
- урьдчилан сэргийлэх үзлэгээр—1.3%
- үргүйдэл—0.5%

Ихэвчлэн 2 өвчтөн тутмын нэгэнд дээрхи заалтууд хавсран тохиолдож байв. Жишээлбэл: умайн хэмжээ томрох нь цус алдалттай хавсрах гэх мэт. 35-аас дээш насны эмэгтэйчүүдэд үндсэн 2 хүчин зүйл нөлөөлж байв. Үүнд: умайн хэмжээ болон лейомиомын хэмжээ түргэн томрох, цус алдалттай хавсрах нь нийт тохиолдлын 81.4%-ийг эзэлж байв.

Судалгаанд хамрагдагсдад анхны биений юм нэлээн хожуу буюу дунджаар 14.7 ± 0.2 насанд ирсэн байна. Анхны биений юм 14 хүртэлх насанд 22.3%, 14-өөс хойш насанд 77.7% байв. Анхны биений юм дөрвөн эмэгтэй тутмын нэгд 16 насанд (23.4%) иржээ.

Биений юмны мөчлөг ихэнхи тохиолдолд анхны биений юм ирсний дараа тогтмолжсон (89.7%). Биений юм ихэнхи тохиолдолд тогтмол ирж байсан ба зөвхөн 10.3%-д тогтвортгуй ирж байв. Биений юмны мөчлөг 2 эмэгтэй тутмын нэгд (46.7%) 25-29 хоног үргэлжилж байв. Биений юмны мөчлөг уртсах нь 25.4% буюу 4 эмэгтэй тутмын нэг, богиносох (25 хоног) 27.9% байлаа.

Нийт судалгаанд хамрагдагсдын 33%-д биений юм 5-аас дээш хоног үргэлжлэн, 2 эмэгтэй тутмын нэгд биений юм их хэмжээтэй (42%), 47%-д өвдөлттэй ирж байв.

Умайн хэмжээ 5-аас 28 долоо хоногийн жирэмсний хугацаа хүртэл (дунджаар 10.8 ± 0.15

жирэмсний долоо хоногийн хугацаатай) томорсон байлаа. Умайн хэмжээ ерөнхийдөө 12 долоо хоногийн жирэмсний хугацаанаас томгүй (70.1%) байсан ба 29.9%-д 12 долоо хоногийн жирэмсний хугацаанаас том хэмжээтэй байв. Нийт тохиолдлын 7.9%-ийг 17 долоо хоногийн жирэмснээс том хэмжээний умай эзэлж байв. Умайн лейомиом эмэгтэйчүүдийн нөхөн үргжихүйн ажиллагаатай хэрхэн уялдаатай, уг хавдар үсэхэд нөлөөлөх хүчин зүйлсийг судлав. Умайн лейомиомтай эмэгтэйчүүдийн нөхөн үргжихүйн үйл ажиллагаа нь өөрийн гэсэн онцлогтой байлаа. Нийт судалгаанд хамрагдагсдын 92.9% нь 1 ба түүнээс дээш удаа жирэмсэлсэн, харин үргүйдэлтэй эмэгтэйчүүд 7.1%-ийг эзэлж байв.

Нөхөн үргжихүйн үйл ажиллагааг судлахад 379 эмэгтэйчүүдэд жирэмслэлт 4.99 ± 3.07 , үүнээс төрөлт 3.39 ± 2.3 , үр хөндөлт 2.17 ± 1.54 байлаа. Умайн лейомиомтай эмэгтэйчүүдийн дунд зулбалт 20.2% , үр хөндөлт 52.8% , үргүйдэл 5.4% , 1 ба түүнээс дээш удаа жирэмсэлсэн 92.9% байсан ба үүнээс 2-4 удаа төрсөн 69.2% , 5-аас дээш удаа төрсөн 30.7% байв.

Төрөлтийн тоог хооронд нь харьцуулахад төрөлтийн тоо нэмэгдэх тутам умайн лейомиомоор өвчлөх тоо багасч байв.

Энэхүү үзүүлэлтүүдээс харахад умайн лейомиомтай эмэгтэйчүүдийн нөхөн үргжихүйн үйл ажиллагаа буураагүй нь харагдаж байна.

Нийт жирэмслэлтийн тоо 4.99 ± 3.07 , үр хөндөлт 2.17 ± 1.54 байхад төрөлтийн тоо буурч байгаа нь ажиглагдсан. Энэ тохиолдолд зулбалтын хувь өндөр (12.4%) байлаа. Судалгаанд хамрагдагсдын 4 эмэгтэй тутмын нэг 1-2 удаа (88.6%) зулбаж байжээ. Үргүйдлийн дотор анхдагч үргүйдэл 18 тохиолдол буюу 66.6%-ийг эзэлж байв. Эрдэмтдийн ба бидний хийсэн судалгааны материалыас үзэхэд эрхтэн тогтолцооны өвчинүүд умайн хоргуй хавдар үүсч хөгжихэд нэн тааламжтай урьдчилсан хүчин зүйл болж байна. Нийт өвчлөгсдийн 70.4% эрхтэн тогтолцооны өвчинтэй байсан. Үүнээс зүрх судасны өвчин 21.6%, шээс боловсруулах замын өвчин 25.3%, хоол боловсруулах замын өвчин (27.5%), цус багадалт (32.5%) тус тус тохиолдож байна.

Эмнэл зүйн байдлыг судлахад нийт өвчтөний 79.4% (301) зовиуртай байв. Үүнд: Өвдөлт 68.3% (259), биений юм өөрчлөлттэй ирэх 70.7% (267), цус багадалт 28.5% (108), хажуугийн эрхтэний үйл ажиллагааны алдагдал 13.2% (50) байсан ба нийт өвчтөний 58%-д дээрхи шинж тэмдэгүүд хавсран илэрч байв. Үүнээс гадна биений юм ирэх үед цус их хэмжээтэй алдах (45.1%), өвдөлттэй ирэх (54.7%), биений юм хооронд цус алдах (18%)

шинжүүд илүүтэй тохиолдож байна. Умайн лейомиомтай эмэгтэйчүүдийн 39.5% эмэгтэйчүүдийн өвчнөөр өвчилж байсан.

Дүгнэлт.

1. Нийт өвчтөний 64.9% эмнэл зүйн анхны шинж илрэмгэц, 3 өвчтөн тутмын нэг цус багадалт үүссэн, урьдчилан сэргийлэх үзлэгээр 1.3% оношлогдсон байгаа нь өвчин хэт хожуу хугацаанд оношлогдсон, урьдчилан сэргийлэх үзлэгийг 35-49 насны эмэгтэйчүүдэд хангалтгүй хийж байгааг харуулж байна.

2. Умайн хоргүй хавдар нь биений юм хожуу ирсэн, мөчлөгийн хямралтай, ялангуяа цус алддаг эмэгтэйчүүдэд харьцангуй элбэг тохиолдож байгааг үндэслэн эдгээр эмэгтэйчүүдийг өндөр өртөмтгийн бүлэгт хамааруулж, байнгын хяналтад авч, хавдар үүсэхээс урьдчилан сэргийлэх арга хэмжээ авах шаардлагатай байна.

3. Үр хөндөлт, зулбалт, олон төрөлт, өндгөвчийн уйланхай, умайн хүзүүний шархлаа, умай ба дайврын архаг үрэвсэл зэрэг бэлэг эрхтний архагшсан эмгэгүүд умайн лейомиом үүсэх нөхцөлдүүлэгч хүчин зүйлс болж байна.

4. Эрхтэн тогтолцооны архаг явцтай өвчнүүд (зүрх судас, хоол боловсруулах замын) умайн хоргүй хавдарын эмгэг жамыг түргэсгэх урьдчилсан хүчин зүйлс болж байгааг харгалзан умайн хоргүй хавдар үүсч болохуйц өндөр өртөмтгийн бүлэгт хамаарах төрөх насны болон 40-

с дээш насны эмэгтэйчүүдийг эрүүлжүүлэх, эмчлэн сэргийлэх шаардлагатай болох нь харагдаж байна.

Ном зүй.

1. И.С.Сидорова. Миома матки, 2002, с.10-12
2. Г.А.Савицкий, А.Г.Савицкий. Миома матки проблемы патогенеза и патогенетической терапии, 2000, с.18-19
3. Veisy C, Buttram.Jr., Robert C.Reiter., "Uterine leiomyomata: Etiology, symptomatology and management" 1981
4. Mitchell S.Rein, Robert L,Barbeiri" Progesterone: A critical role in the pathogenesis of uterine myomas" 1995
5. British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 1996,vol. 103, pp.494-496 "Treatment of large uterine fibroids"
6. Chung Hee Chi, M.D "Clinico-Statistical observation of Uterine Myoma" 1994
7. Sutton CJ. Treatment of large uterine fibroids. Br J Obstet.Cynaecol 1996; 103: 494-6
8. Lumsden MA Wallace EM. Clinical presentation of uterine fibroids. Bailiries, Clin Obstet Cynaecol 1998; 12:177-95

Танилцаж, нийтлэх санал өгсөн:

**Анагаах ухааны доктор,
профессор Б.Шижирбаатар**

Элэгний хорт хавдрын үеийн артерийн Хими эмчилгээ

З.Лхагвасүрэн¹, Р.Сандуйжав²

М.Саранчулуун³, Я.Болормаа³

¹П.Н.Шастины Клиникийн төв эмнэлэг

²Эрүүл мэндийн шинжлэх ухааны их сургууль

³Хавдар судлалын үндэсний төв

Дэлхий дахинд элэгний хорт хавдар бүх хорт хавдрын дотор 5-р байранд орж, сүүлийн 20 жилд хоёр дахин өсч жил тутам нэг сая хүн ЭАӨ-р өвчилж 500,000мянган хүн нас барьж байна [13]. Манай оронд элэгний анхдагч өмөн бүх хорт хавдрын дотор 26.5% тохиолдож 100000 хүн амд өвчлөл 24.66%, үхэл 20.68%, элэгний хатуурлын суурин дээр 55.1%-д хавдар үүссэн байна (Н. Нямдаваа., 1984).

Манай оронд элэгний анхдагч өмөнтэй өвчтөний 80% нь элэгний хатууралтай хавсарч 90-ээс дээш хувь нь төгс эмчлэх боломжгүй үедээ

хэвтэж, тэдний 5.3-6% нь мэс заслын эмчилгээ хийлгэж байна (Р.Сандуйжав., Б.Гоош., 1996).

Элэгний артерийг бөглөх эмчилгээг анх 1974 онд Францын Doyon, 1978 онд Японы Ямада нар хийсэн байна.

P.Wheller (1979) гепатоцеллюляр хавдрын үед хавдрын тэжээгч судсыг бөглөх эмчилгээг анх хийсэн нь хавдрын эсийн идэвхижлийг бууруулжээ [4, 5, 6]. Gelen (1968) О.Б.Милонов (1970), И.Х.Рабкин (1971), Б.В.Петровский (1971), D.Kim (1977), А.Н.Матевосов (1980), Ю.Н.Зубков (1982) нар хавдрын үед элэгний судас бөглөх, боох эмчилгээг хэрэглэж байжээ [2, 3].

Элэгний хорт хавдрын эмчилгээ нэн ярвигтай асуудлын нэг бөгөөд одоо манай улсын хавдар судлалын практикт элэг тайрах, элэгний хураагуур, тараагуур судсанд гуурс тавих, хими, туяа, этанол эмчилгээ хийгдэж байна [7, 8]. Мэс заслын эмчилгээ хийх боломжгүй элэгний

хавдарт бөглөх эмчилгээг, боломжит аргуудаар хийдэг [9].

Мэс заслын эмчилгээ нь элгийг хэсэгчилэн ба хэлтэнгээр нь тайрах, элэг суулгах зэрэг боломжит төгс эмчилгээний аргад хамрагддаг. Энэ боломж нь өрнөдийн орнуудад 10%, дорнодын орнуудад 25% байдаг байна. Элэгний өмөнтэй өвчтөнүүдийн 10% нь мэс заслын эмчилгээ хийлгэх шатандаа оношлогддог байна [5]. Японы хавдар судлалын бүлгийн эмч нарынхаар элэгний өмөнтэй өвчтөний дөнгөж 9%-д мэс заслын эмчилгээ хийгддэг байна.

Хими эмчилгээ. Элэгний өмөнтэй өвчтөнд ерөнхий химиин эмчилгээний үр дүнгийн үзүүлэлт 15-20% байдаг гэж тооцдог боловч наслах үзүүлэлтийг бодитойгоор нэмэгдүүлж чадаагүй юм. Хятадын эрдэмтэд 75 өвчтөнд доксирубицин, интерфероныг өндөр тунгаар (9-18) сая нэгжээр хэрэглэхэд өвчтөний 12%-д нь хавдрын хэмжээ 25-50% багасч 10%-д нь 50% багассан боловч 3,8% нь эмийн хүндэрлээс нас баржээ [5].

Хаалган венээр хими эмчилгээ хийхэд дундаж наслах хугацаа $5,7 \pm 2,2$ сар, харин элэгний arteriар хими эмчилгээ хийхэд $8,5 \pm 3,7$ сар уртсаж, хими эмгүйгээр бөглөх эмчилгээ хийхэд хавдрын эмнэл зүйн шинжүүд багасах буюу арилж, амьдрах дундаж хугацаа $9,7 \pm 6,0$ сар байжээ. Иймд хагалгааны өмнө ба дараа нь хими эмчилгээг системтэй хийхэд хавдар дахихгүйгээр 5 жил наслах үзүүлэлт 49% байдаг байна (S. Kuroda, 1991) [4, 5].

Химийн эмээр судас бөглөх эмчилгээг (ХЭСБЭ) хавдар 5 см-с том хэмжээтэй буюу олон тооны хавдартай тэдгээрийн ерөнхий хэмжээ нь 12 см-с бага байгаа өвчтөнд хийнэ (K.Okuda). Эмийн тунгийн ноцтой хүндрэл нь хордлого үүсгэх, дотор эвгүйрэх бөөлжис цутгах, бөөлжих, хоолонд дургүй болох, элэгний үйл ажиллагаа түр зуур хямрах шинжээр 12-24 цагийн дотор үүсч өвчтөний 25%-д тохиолддог [5].

Судлаач М.Шагдарсүрэнгийн 265 өвчтөнд ХЭСБЭ хийлгэгчдийн нэг жил амьдрах чадвар $60,8 \pm 2,9\%$, 2 жил амьдрах чадвар $48,5 \pm 4,3\%$, 3 жил амьдрах чадвар $38,1 \pm 4,9\%$ байжээ.

Судас бөглөх эмчилгээ (СБЭ) TRANS-ARTERIAL EMBOLIZATION (TAE).

СБЭ нь өвчтөний биеийн байдал, тухайн эрхтний цусан хангамж, анхны эмчилгээний үр дүнгээс хамааран (нэг удаа, давтан бөглөх, хими эмчилгээ хийх гэх мэт) хийгдэнэ (C Niederan S.Kondo, 1991).

СБЭ-г хийгдэж буй байдлаас нь хамааруулан түр зуурын, байнгын гэх ба эмгэг процессын байрлал, цусан хангамжийн байдлаас нь хамааран хагас, бутэн, хэсэгчилсэн бөглөлт гэж ангилдаг (A.Lunderquist, 1987).

Бөглөх эмчилгээ хийгдэж буй заалтууд;

- Цус тогтоох, хавдрын задрал ба цус алдалтын үед
- Тараагуур, хураагуур судасны эмгэг холбоосыг хаах
- Эрхтэний эмгэг үйл ажиллагааг бууруулах ба зогсох (элэгний анхдагч ба үсэрхийлсэн хавдар)
- Эд эрхтэний цусан хангамжийг багасгах (элэгний хатуурлын улмаас үүссэн дэлүүний томролт)
- Мэс заслын эмчилгээ хийх боломжгүй элэгний хавдар.

- Элэгний arterийн гэмтэл, цүлхэн, геманиом, гемобили

Хэрэглэж буй материалыг нь биологийн (цусны бүлэн, өөх булчин) синтетик (жельфоам, спонгель, тефлон-велюр, полистерол) органик (воск, идэхижүүлсэн нүүрс) неорганик (нитинол, сульфат бария) гэж ангилдаг.

Италийн эмч нарын ажиглалтаар ХЭСБЭ нь нэг жил амьдрах хугцааг 18-64%, гурван жилийн амьдрах хугцааг 5-27%, Францын эрдэмтдийнхээр 1-2 жил амьдрах хугцааг 59% болгосон бөгөөд, эмчилгээ хийгдэгүй бүх өвчтөнүүд нэг жилийн хугацаанд нас барсныг судалжээ (2000).

Артерийн судсаар хийх хими эмчилгээ нь хавдрын эсрэг эмийн өтгөрлийг бараг 10 дахин ихэсгэдэг (S. Kuroda et al., 1991).

Судалгааны ажлын зорилго. Бидний судалгааны зорилго нь элэгний хавдрыг судсан дотуур эмчлэхдээ, arteriар хийгдэх хими эмчилгээний тунгийн заалтыг элэгний циррозын зэрэглэл, хавдрын хэмжээ, эмийн харшил, биеийн ерөнхий байдал, өвчний клиник явц үе шатыг харгалзан үзэж нарийн тогтооход оршино.

Зорилт:

- СБЭ-ний заалтааас хамааруулан, элэгний arteriар хийгдэх хими эмчилгээний тунг тогтоох.
- Целиакоангиографи (ЦАГ), элэгний сонгомол ангиографийн (ЭСАГ) шинжилгээнд гарсан элэгний судасны өөрчлөлт, хавдрын тэжээгч судасны байрлал, нэмэлт цусан хангамж зэрэгээс хамааруулан, бөглөлт хийх арга, тунг тооцох.

- Элэгний өмөнг эрт үед нь оношлож боломжит эмчилгээний аргаар эмчлэх.

Судалгааны аргачлал, материал: Бид 1998-2002 онуудад П.Н.Шастины нэрэмжит Клиникийн Төв Эмнэлгийн Ангиографийн кабинетад клиник, лаборатори, хэт авиа, компьютерт томографи, альфафетопротейн урвал тавьж, целиакоангиографийн шинжилгээ хийлгэж онош батлагдсан, элэгний хавдартай 401 өвчтөнд хавдрын тэжээгч судсанд бөглөх эмчилгээг хийхдээ;

- том, жижиг зангилаат хавдартай 258 (64.4%) өвчтөнд

- тархмал, олон голомтот хавдартай 143 (35,6%) өвчтөнд артериар хими эмчилгээг Флюорурацилл, Митомицин-С, доксибен, доксорубицинаар хийж үр дүнг тооцсон.

A) 1. Аюулхайн артерт НВР-Cobra, Vesceral сэтгүүрийг оруулж дамжуулан a.Hepaticus comm-st байрлуулж иодын тосон усмалт тодосгогч бодис (Lipiodoli 10% - 10 мл)-ыг рентген тодосгогч бодистой хольж гараар шахаж дурс бичлэг хийн оношлогоог хийгээд, элэгний өмнөгийн байрлал, хэмжээ, хил хязгаарын судасжилт, тэжээгч судасны байрлал, салаалалтыг тодорхойлсны дараагаар сэтгүүрийг хавдрын тэжээгч судасны гол салаанд залж аваачин байрлуулж, хэрэв уг сэтгүүр очих боломжгүй тохиолдолд уг сэтгүүр дотуураа полизтиленин микро сэтгүүрийг (0.22–0.25 мм) нарийхан залуураар залж хавдрын голомтонд аваачин байрлуулаад, сэтгүүр голомтонд буйг мэдэхийн тулд рентген тодосгогч бодис шахаж шалгав

2. Том, жижиг голомтот хавдартай өвчтөнд сэтгүүр дотуураа цитостатик үйлчилгээтэй Doxibeni, Doxirubini, MMC-ны аль нэгээс 65 кг жинтэй 1м 65 см өндөр өвчтөнд 1,72мг/кг, бодож флюорурацилыг 10-20мл хийж, араас нь бөглөлтийн материал Спонгель, Желфоамыг хэрэглэж, элэг, артерийн түвшингийн (3,4) салаануудад бүтэн, хэсэгчилсэн бөглөлтийг хийсэн.

Б) Тархмал, олон голомтот хавдартай өвчтөнд Doxibeni, Doxirubini, MMC-ны флюорурацилын аль нэгээс Дмг/кг x K= Дм² бодож Lipiodol-n 10-20мл-тай хольж сэтгүүрээр хийж, бөглөлтийн тусгай материал хэрэглэхгүй химоэмболизаци хийсэн.

Сэтгүүрийг угаан аваад дамжуулагч гуурсыг сугалан авч цус тогтоож, ариун даралттай боолт хийж, хэсэг газарт 20 минут хүйтэн жин тавьж хөдөлгөөнийг 24 цаг хязгаарласан.

Судалгааны дүн, хэлцэмж:

Хүснэгт 1.

Бөглөх эмчилгээ хийлгэсэн өвчтөний хавдрын хэмжээ

№	Хавдрын хэмжээ	Тоо	Хувь	± M
1	1.0 - 2.0 см	12	2.9	0.8
2	2.1 - 3.0 см	31	7.7	1.3
3	3.1 - 4.0 см	34	8.5	1.4
4	4.1 - 5.0 см	57	14.2	1.7
5	5.1 - 6.0 см	69	17.2	1.9
6	6.1 - 7.0 см	55	13.7	1.7
7	7.1 - 8.0 см	42	10.5	1.5
8	8.1 - 9.0 см	34	8.5	1.4
9	9.1 – 10.0 см	38	9.5	1.5
10	10.1 – 11.0 см	29	7.2	1.3
Бүгд		401	100	

Хүснэгтээс үзэхэд элэгний хорт хавдрын хэмжээ 4,1–8,1 см хүртлэх хавдарт судсан дотуурхи эмчилгээг 55.6% -д хийсэн байна.

1,0–2,0 см хэмжээний хавдартай 12 өвчтөний 6-д нь хэт авиан ба компьютерт томографи шинжилгээгээр голомтот өөрчлөлт илрээгүй боловч, хавдрын Маркер өндөр гарсан, эмнэлзүйн шинжийн зарим ирэлт байсан нөхцөлд ЦАГ, ЭСАГ-н оношлогоо хийхэд хавдрын жижиг голомт илэрч бөглөх эмчилгээ хийгдсэн эмчилгээний үр дүндээ сайнаар нөлөөлсөн юм.

3 см хүртлэх хэмжээний 43 хавдарт судсан дотуур эмчлэх аргыг хэрэглэхэд 29 (67.4% ± 2.3)-д 4-5 жил хүртлэх хугацаагаа уртсан амьдарч байна.

3.1–5.0 см хэмжээтэй 91 (22,7%) хавдарт хими эмчилгээг зөвлөн бөглөлттэй хавсруулж, Спонжель-р бөглөлт хийхэд голомт шохойжиж, гадуураа бүрхүүлээр хүрээлгэдэж 74 (81,3% ± 3,1) эмчилгээний үр дүн сайтай 3-4 жил амьдарч байв.

9,1–11 см хэмжээний хавдартай 101 өвчтөнд тосон бөглөх эмчилгээг (зөвлөн) химиин эмтэй хавсруулан хэрэглэхэд 64 (63.4% ± 4.8) өвчтөний амьдрах хугацааг 1 жил хүртэл уртасгаж байна. Хавдар голомтот байх тусмаа бөглөхөд сайн тогтолц, шохойжилт тод үүсч байхад, тархмал түгмэл хэлбэрийн хавдрын шохойжилт муу үр дүн харьцангуй багатай байв.

Голомтот хавдартай, дэлүүний томролтой цирррозтой 6 өвчтөнд дэлүүний судас бөглөх эмчилгээг, химоэмболисацтай хавсарч хийхэд 6 сарын турш дэлүүний хэмжээ багасч, элэгний үйл ажиллагааны үзүүлэлт сайжирч, цус бүлэгнэх системийн үзүүлэлтэд зэрэг нөлөө өгч, цус алдалтын хүндрэлийг бууруулж, эмийн эмчилгээний үр дүнг сайжруулсан.

Хүснэгт 2

Судалгаанд хамрагдагсдын хавдрын үе шатын TNM ангилал

Д/д	Үе шат	TNM	Тоо	Хувь
1	I	T ₁ N ₀ M ₀	43	10,7%
2	II *	T ₂ N ₀ M ₀	71	17,7%
3	III	T ₃ N ₀₋₁ M ₀	283	70,6%
4	IV	T ₄ N ₁₋₂ M ₁	4	1,0%
Бүгд			401	100

Хүснэгт 2-с харахад элэгний хавдартай бөглөх эмчилгээ хийлгэгсийн 71,6% нь хавдрын хожуу шатандаа хийгдсэн байгаа нь онош оройтож тавигдсан, өвчтөн эмнэлэгт хожуу үзүүлсэн, олон эмнэлгийн хооронд нэг төрлийн шинжилгээг давтан хийлгэсэн, хүмүүс хавдрын урьдчилан сэргийлэх үзлэгт тогтмол орж заншаагүй, зарим эмнэлэг эмчилгээгүй гэж ойлгуулдаг зэрэг

субъектив хүчин зүйлүүдтэй холбоотой гэж үзэж болох юм.

Бид хими эмчилгээний эмийн тунг биеийн жин ба өндрийн харьцаа, биеийн талбайд Dmg/kg Х $K=\text{Dm}^2/\text{томъёогоор тооцоолсон}$.

Dmg/kg - миллиграммаар биеийн килограмм жинд ноогдох хувь

Dm^2 -милиграммаар биеийн гадаргуугийн талбайд ноогдох хувь

К-коэффициент,насандаа хүрэгчдэд-37; хүүхдэд-25

Хавдрын хэмжээг см-ээр хэмжиж түүнээс 1-1,5 дахин мл тунгаар липоидолыг тооцох заалтыг баримталсан (T.Nakamura et.al., 1990).

Эм шахах үед зарим өвчтөнд огиулах, бөөлжих, аюулхайд өвдөх шинжүүд илрөч байсан ч удахгүй хэвийн байдалдаа орж байсан.

Хүснэгт 3

Судас бөглөх эмчилгээний дараах урвал

Урвалын хугацаа төрөл	1-3 хоног	7 хоног	14 хоног
Халууралт	134(33,4%±2,4)	9 (2,2%±0,5)	5 (1,2%±0,5)
Өвдөлт	321 80%±1,9)	11 (2,7%±0,8)	--
Бөөлжилт	198(49,4%±2,5)	--	--
Гематом үүсэх	10 (2,5%±0,8)	--	--

Судас бөглөх эмчилгээний дараа өвчтөнд аюулхай, хэвлэлий, элэг, дэлүүний орчмоор өвдөх, дотор эвгүй оргиж бөөлжис цутгах, бөөлжих, халуурах, шинжүүд нийтлэг ажиглагдсан ба үргэлжлэх хугацаа нь өөр өөр байж эмчилгээний үр дүнд бүрэн арилж байв. Бидэнд тодотгогч бодистой холбоотой харшил, урвалын гаж нөлөө гараагүй нь ионгүй тодотгогч бодис хэрэглэдэг сайн талтай холбоотой байв.

Дан ганц хими эмээр arterийн судсаар эмчилгээ хийсэн хүмүүст өвдөлт огт илрэхгүй байж, хими эмчилгээтэй тосон (зөөлөн) бөглөлт болох Olium Lipiodoli-бөглөлтийн материалыг хамтаган хэрэглэхэд өвдөлт бага зэрэг илрөч байсан.

Бөглөлтийн тусгай материалыг бөглөсөн эрхтэний судсанд буцаж цалгих шинж өгтөл нь хэрэглэхэд өвдөлт хүч ихтэй байж удаан үргэлжлэх нь ажилгагдсан.

Бөөлжилт эмчилгээний явцад 198 (49,4%±2,5) тохиолдов. Энэ нь хавдрын эсрэг хэсэг газарт судсаар хэрэглэж буй эм, бөглөлтийн материал, өвчтөний биеийн байдал, өвчний үе шат, хавсарсан болон дагалдах өвчин, эмчилгээний өмнөх бэлтгэл зэргээс хамааран янз бүрийн илрэлтэй байлаа.

Дүгнэлт.

1. Бөглөх эмчилгээний үр дүн ($67.4\% \pm 2.3$)-д 4-5 жилээр уртсан амьдарч байна.

3.1см-5.0см хүртлэх хэмжээний хавдарт хими эмчилгээг зөөлөн бөглөөтэй хавсруулж, бөглөлтийн материал хэрэглэж хатуу бөглөө хийхэд голомтот процесс шохойжиж, гадуураа бүрхүүлээр хүрээлгэдэж. эмчилгээний үр дүн сайтай 3-4 жил амьдарч байв.

2. 9,1-11 см хэмжээний хавдарт тосон бөглөх эмчилгээг (зөөлөн) химиин эмтэй хавсруулан хэрэглэхэд $64(63.4\% \pm 4.8)$ өвчтөний амьдрах хугацааг 1 жил хүртэл уртасгаж байна.

3. Түгээмэл хэлбэрийн хавдрын үед пипиодолыг, химиин эмтэй хавсруулан хэрэглэх нь илүү үр дүнтэй ба амьдрах хугацааг 1 жил хүртэл уртасгаж байна.

Хавдар голомтот байх тусмаа бөглөхөд сайн тогтох, шохойжилт тод үүсч байхад, тархмал түгмэл хэлбэрийн хавдрын шохойжилт муу үр дүн харьцангуй багатай байв.

Ном зүй.

1. Виноградов В.В, Мазаев П.Н, Щаповальянц Г.Г, Селективная ангиография органов брюшной полости и забрюшинного пространства. М.Медицина. 1971, с.5-30, 44-71.

2. Рабкин И.Х, Матевосов А.Л, Готман Л.Н. Рентгено-эндоваскулярная хирургия. М.Медицина. 1987, с.218-230, 260-307.

3. Гранов А.М, Борисов А.Е. Эндоваскулярная хирургия печени. Л.Медицина. 1986, с.124-17

4. Гранов А.М, Таразов П.Г, Гранов Д.А. Интервенционная радиология в лечении 1-ного и метастатического рака печени. Вестник рентгенологии и радиологии. 1998. 12. с. 25-29

5. Майер К.П. Элэгний үрэвсэл, түүний уршиг /2000. с.182-212, 20-69, 213

6. Нямдаваа Н. "Монгол улс дахь хорт хавдрын өвчлөл", "Хадвар судлал" сэтгүүл. 1999.01, УБ, х.10.

7. Онхуудай П, Гончигсүрэн Д, / Элэгний өмөнгийн өвчлөл ба тархалт, түүний радиологийн оношлогоо эмчилгээний орчин үеийн түвшин" "Онош" сэтгүүл, 2000.2, х. 3-8

8. Сандуйжав Р, Нансалмаа Д, "ЭАӨ"-г этанолоор эмчилсэн үр дүн "Онош" сэтгүүл, 1997, 12. х. 43-44.

9. Okuda K, Liver cancer 1997.

10. Renan Uflaker, MarkH.Wholey. Interventional Radiology, New York, San Francisco, Hanburg, London, Madrid, Mexico, Milan Moneral, New Delhi, Paris Brazil, Singapore, Sydney, Tokyo, Toronto 1991. pp.10-11,17-22,138-148-156,167

11.Takashy M. Will New vascular Imaging Replase catheter angiography. The 8 th Asian & Oceanian Congress of Radiology, Program/ Abstract. 1998:78.

12.Miyayama S,Matsui O, Kadoya M, Hirose J, Kameyama T, et al "Long-term effects of PSE for hypersplenism". "file Pub-Med-1.htm Aug. 1989.Jap

13. Snorri.S,Thorgeisson.M.D Overview of Molecular Pathogenesis of HCC National Cancer

Center.USA. "Asian Journal of Surgery" Vol 28. January 2005. p.567

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

Зүрхний архаг дутагдлын үед эхокардиографийн шинжилгээнд гарах өөрчлөлт

Д.Нарантуяа¹, Ж.Дэчмаа²

¹Эрүүл мэндийн шинжилгээнд ухааны их сургууль
²"АЧ" Анагаах ухааны дээд сургууль

Судалгааны ажлын үндэслэл. Дэлхийн хөгжсөн орнуудын эрүүл мэндийн салбарын тулгамдсан асуудлуудын нэг нь зүрхний дутагдал юм. Дэлхийд 1995 оны байдлаар энэхүү өвчинеэр 15 сая хүн өвчилжээ. Зөвхөн ОХУ-д л гэхэд сүүлийн жилд зүрхний дутагдлын улмаас хэвтэж эмчлүүлэгсийн тоо 550 000-аас 900 000-д хүрээд байна [1]. Жилд уг өвчиний улмаас 1.7-2.6 сая хүн хэвтэн эмчлүүлж, 500 000 хүн шинээр өвчилж [2], зүрхний архаг дутагдал (ЗАД) хэмээн оношлогдсон өвчтөнүүдийн ойролцоогоор 70%-нь эмнэлзүйн анхны шинж тэмдэг илэрсэнээс хойш б жилийн дотор нас барж байна [3]. Иймээс зүрхний дутагдлыг эрт оношлох шаардлагатай. Эрт оношлоход Д-Эхокардиографийн шинжилгээ чухал ач холбогдолтой болохыг олон судлаачдын судалгааны үр дүн харуулж байгаа билээ [4, 5, 6].

Зүүн ховдлын агшилтын үйл ажиллагаа хэвийн өвчтөнүүдэд зогсонгишлын зүрхний дутагдал үүсэх нь элбэг тохиолддог. ЗАД-тай бүх өвчтөнүүдийн 1/3-д нь, 75-аас дээш настай өвчтөнүүдийн 50%-д нь зүүн ховдлын агшилтын үйл ажиллагаа хэвийн байдаг байна [7]. ЗАД нь эрт үедээ оношлогдохгүй явсаар нэгэнт хүндэрсэн үедээ оношлогдох нь олонтой.

Иймд зүрхний архаг дутагдлын эмнэлзүйн шинж тэмдэг илэрсэн, илрээгүй аль ч тохиолдолд ялангуяа зүрхний архаг дутагдлыг үүсгэх эрсдэлт өвчнүүдийн үед эхокардиографийн шинжилгээнд гарах өөрчлөлтийг судалж үзсэнээр зүрхний дутагдлыг эрт оношлон, эмчлэх, хүндрэлээс сэргийлэх ач холбогдолтой юм.

Судалгааны ажлын зорилго. Зүрхний архаг дутагдлын эхэн үеийн эхокардиографийн шинжилгээний өөрчлөлтийг судлах.

Судалгааны ажлын арга, аргачлал, хэрэглэгдэхүүн. Судалгаанд 2004 онд Шастины

нэрэмжит нэгдсэн III эмнэлгийн зүрх судасны тасагт хэвтэж эхокардиографийн шинжилгээ хийлгэсэн 661 тохиолдлыг хамруулав.

Америкийн зүрх судасны нийгэмлэгээс 2001 онд гаргасан зүрхний архаг дутагдлын ангиллыг баримтлав.

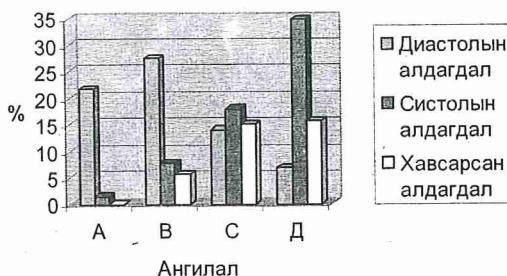
Эхокардиографийн шинжилгээнд гарсан систолын үйл ажиллагааг EF, FS, EDV, ESV, ESD, EDD, SV, Vcf, диастолын үйл ажиллагааг peak E, peak A, E/A, IVRT, DT үзүүлэлтүүдээр авч, зүрхний архаг дутагдлын зарим шалтгаантай уялдуулан үзлээ.

Судалгааны ажлын дунд боловсруулалт хийхдээ статистикийн өргөн хэрэглэгддэг арифметик дундаж, дундаж алдаа, экстенсив, интенсив үзүүлэлт зэргийг ашигласан ба үнэн магадтайг дүгнэхдээ Стьюентийн цэгнүүрийг ашигласан болно.

Судалгааны ажлын үр дүн, хэлцэмж. Судалгаанд хамрагдсан нийт 661 тохиолдлын А ангилалд хамаарагдах 129 тохиолдолд эхокардиографийн шинжилгээг хийхэд 30 (23.2)-д нь систол, диастолын үйл ажиллагааны алдагдал илэрсэн. Эдгээр тохиолдлын 28-д нь диастолын үйл ажиллагаа алдагдсан байв.

В ангилалд хамаарагдсан эхокардиографийн шинжилгээ хийлгэсэн нийт 228 тохиолдлын 94 (41.1±3.25%) нь зүрхний систол, диастолын үйл ажиллагааны алдагдалтай, үүнээс 67.02%-д нь диастолын үйл ажиллагаа, 19.1%-д нь систолын үйл ажиллагаа, 13.8 %-д нь хавсарсан үйл ажиллагааны алдагдал илэрлээ. Энэ ангилалд мөн л диастолын үйл ажиллагааны алдагдал зонхицж байна.

С ангилалд хамаарагдах 100 тохиолдлоос 14-д нь диастолын үйл ажиллагааны алдагдал, 18-д нь систолын үйл ажиллагааны алдагдал, 15-д нь хавсарсан алдагдал илэрч байлаа. Тус ангилалд илэрсэн өөрчлөлтийг А ангилалтай (23.2%) харьцуулахад үйл ажиллагааны алдагдал илэрсэн тохиолдлын тоо (47%) ($p<0.01$) эрс олширч ялангуяа систолын үйл ажиллагааны



Зураг 1. Ангилал тус бүрд илэрсэн систол диастолын үйл ажиллагааны алдагдлын хэлбэрүүд

А, В, С, Д ангилал бүрд илэрсэн систол, диастолын алдагдлыг нэгтгэж үзэхэд ЗАД-ын шинж тэмдэггүй хэлбэр болох А, В ангилалд диастолын алдагдал зонхицж, ЗАД-ын шинж тэмдэг бүхий С ангилалд систол, диастолын үйл ажиллагааны алдагдалтай тохиолдлын тоо ойролцоо болж, Д ангилалд систолын алдагдлын илрэл эрс нэмэгдсэн байв.

Судлаач Ф.Т.Агеев (2000) зүрхний дутагдалын шинж тэмдэггүй үед диастолын үйл ажиллагааны алдагдал 70% хүртэл, оношлогдоогүй зүрхний архаг дутагдалтай тохиолдлуудад систол, диастолын үйл ажиллагааны алдагдал тус бүр 50% хүртэл, эмнэлэгийн шинж тэмдэг илэрч эхлэх үеэс систолын үйл ажиллагааны алдагдал нэмэгдэж, эмнэлэгийн тод илэрсэн хүнд хэлбэрийн дутагдлын үед 90% хүртэл илэрдэг гэжээ.

Бидний судалгааны дүн судлаач Ф.Т.Агеевын судалгааны дүнтэй харьцуулахад ерөнхийдөө тохиорч байна.

Судалгаанд хамрагдсан нийт тохиолдлоос зүрхний дутагдлын эмнэлэгийн илэрсэн ишеми өвчтэй тохиолдлуудыг сонгон авч үзэхэд 51.8%-д нь систолын, 16.6%-д нь диастолын алдагдал, 31.4%-д нь хавсарсан алдагдал илэрсэн.

Бид ангилал бүрийн систол, диастолын үйл ажиллагааны алдагдлыг зүрхний хөндийнүүдийн тэлэгдлийн байдалтай харьцуулж үзэхэд ($r=0.97-aap$) шууд хүчтэй корреляцийн хамааралтай болох нь батлагдсан юм.

Энэ нь зүүн ховдол тэлэгдсэн өвчтөнүүдэд зүүн ховдлын хэмжээ хэвийн өвчтөнүүдээс илүү зүрхний дутагдалд хүрэх эрсдэл ихтэй байдаг гэсэн Kannel W.B, Sorlie нарын судлаачдын дүгнэлттэй тохиорч байгаа юм.

Дүгнэлт:

1. Зүрхний архаг дутагдлын эмнэлэгийн шинж тэмдэг илрээгүй үед диастолын үйл ажиллагаа алдагддаг байна.

2. Зүрхний булчингийн гэмтэл гүнзгийрэхийн хирээр диастолын үйл ажиллагааны алдагдлын зэрэгцээ систолын үйл ажиллагааны алдагдал илэрч байна.

3. Зүрхний архаг дутагдалын эмнэлэгийн тод илэрсэн үед эхокардиографийн шинжилгээнд систолын үйл ажиллагааны алдагдал давамгайлж, диастолын үйл ажиллагааны алдагдал буурч байна.

4. Зүрхний хөндийнүүд тэлэгдэхийн хирээр зүрхний систол болон диастолын үйл ажиллагааны алдагдал ихсэж, зүрхний дутагдалд амархан хүрч байна.

Номзүй.

1. Haldeman GA, Croft JB "Hospitalisation of patients with heart failure", National Hospital Discharge Survey 1985-1995

2. O'Connell JB, Bristow MT, "Economic impact of heart failure in the United States" 93

3. Hoppe.U.C. Erdmann.E "Leitlinien zur Therapie der chronischen Herzinsuffizienz", Deutschen Gesellschaft fuer Kardiologie, 2001 seite 218-219

4. Чазова.Е.И "Болезни сердца и сосудов" "Хроническая недостаточность кровообращения" том 2 1992 с.478

5. Булашова.О.В "Характеристика и распространенность различных типов дисфункции миокарда левого желудочка у больных хронической сердечной недостаточностью" Клиническая медицина 2004, №3, с.21-23

6. Новиков.В.И, Новикова.Т.Н "Оценка диастолической функции сердца и ее роль в развитии сердечной недостаточности" Кардиологи 2001, №3, с. 78

7. Echeverria.H "Модификация клинической классификации сердечной недостаточности с количественной оценкой функциональных нарушений" Кардиология 2002 №12, с.13

8. Окороков.А.Н. "Диагностика болезней внутренних органов" Клиническая картина и особенности диагностики хронической диастолической сердечной недостаточности" 2004, Том 8 с.396

**Танилцаж, нийтлэх санал өгсөн:
Анагаахын шинжлэх ухааны доктор,
профессор А.Өлзийхутаг**

Зүрхний архаг дутагдлын шалтгааны асуудалд

Д.Нарантуяа¹, Ж.Дэчмаа²

¹Эрүүл мэндийн шинжлэх ухааны их сургууль

²"АЧ" Анагаах Ухааны Дээд Сургууль

Судалгааны ажлын үндэслэл. Манай орны хувьд зүрх судасны тогтолцооны эмгэг нь өвчлөлөөрөө 5-рт орж, нас баралтаараа байнга тэргүүлж байдаг. Сүүлийн жилүүдэд улс орны хөгжил, хүмүүсийн амьдралын хэв маягтай холбоотойгоор зүрх судасны өвчлөл улам ихсэж байгаа билээ. Зүрх судасны эмгэгүүдийн хүндрэлийн нэг нь зүрхний дутагдал юм. Манай оронд энэ талаар хийгдсэн судалгааны дорвitoй ажил одоогоор байхгүй байгаа нь судлаачдын сонирхлыг зүй ёсоор татаж байгаа юм.

Эрүүл мэндийн яам, эрүүл мэндийн удирдлага, мэдээлэл, боловсролын төвөөс гаргасан эрүүл мэндийн статистикийн мэдээлэлд өгөгдсөн үзүүлэлтээр 1997 оныг 2001 онтой харьцуулахад цусны эргэлтийн тогтолцооны өвчиний тохиолдлын тоо 1.4 дахин нэмэгдсэн байна. Зүрхний архаг дутагдал үүсгэх гол эрсдэлийн хүчин зүйлүүд болох артерийн гипертензи сүүлийн 5 жилд 1.9%-иар, зүрхний ишеми өвчин 5.5%-иар тус тус ихэсжээ.

Барууны орнуудад зүрхний дутагдлыг үүсгэх зонхилох шалтгаан нь (54-70%) зүрхний титэм судасны эмгэг байdag байна [1]. Фремингемийн судалгаагаар зүрхний хурц шигдээсээр өвчлөгсдийн 14% нь 5 жилийн дотор зүрхний архаг дутагдалд хүрдэг гэжээ. Зүүн ховдол тэлэгдсэн өвчтөнүүд зүрхний дутагдалд хүрэх эрсдэл ихтэй байdag [2].

Иймд манай орны хувьд зүрхний дутагдалд хүргэж буй зонхилох шалтгаануудыг тогтоосноор зүрхний архаг дутагдалд хүргэдэг тэдгээр зүрх судасны эмгэгүүдийг зүрхний дутагдалд хүрэхээс нь өмнө оношлон эмчлэх, түүнээс урьдчилан сэргийлэх явдал чухал ач холбогдолтой юм.

Судалгааны зорилго. Зүрхний архаг дутагдалд хүргэж буй шалтгаануудыг судлах.

Судалгааны хэрэглэгдэхүүн ба аргазүй.

Улаанбаатар хотын Нэгдсэн III эмнэлгийн зүрх судасны тасагт 2004 онд хэвтэж эмчлүүлсэн нийт 708 тохиолдлыг судалгаанд хамруулав.

2001 онд Америкийн зүрх судасны нийгэмлэгээс гаргасан зүрхний архаг дутагдалын

ангиллын дагуу судалгаанд хамрагдсан бүх тохиолдлуудыг A, B, C, D гэсэн 4 ангилалд хувааж үзэв.

Судалгааны ажлын дүнд боловсруулалт хийхдээ статистикийн өргөн хэрэглэгддэг арифметик дундаж, дундаж алдаа, экстенсив, интенсив үзүүлэлт зэргийг ашигласан ба үнэн магадтайг дүгнэхдээ Стыюентийн цэгнүүрийг ашигласан болно.

Судалгааны үр дүн, хэлцэмж. Зүрхний архаг дутагдлын эмнэлзүй илэрсэн 333 тохиолдлын 186 тохиолдол буюу 55.8% нь эрэгтэй, 147 тохиолдол буюу 44.2% нь эмэгтэй байлаа. Судалгаанд хамрагдагсын дундаж нас 57.3±2.34, эрэгтэйчүүдийнх 55.7±3.15, эмэгтэйчүүдийнх 59.4±3.57 байлаа. 40-өөс дээш насны хүмүүс зүрхний архаг дутагдлаар илүү өвдсэн байх ба ялангуяа 60-69 насанд хүйсний ялгаагүйгээр өвчлөл ихсэж байсан юм.

Хүснэгт1

Зүрхний архаг дутагдалд оруулж буй өвчинүүдийн бүтэц

	A	B	C	D
ЗЦХӨ	55	40.7%	52	21.6%
ДИӨ	30	22.2%	32	13.3%
ЗЦХӨ+ДИӨ	32	23.7%	122	50.8%
Хэрэх өвчин	12	8.8%	27	11.2%
Кардиомиопати	1	0.7%	2	0.8%
ЗБҮ	3	2.2%	1	0.4%
Төрөлхийн гажиг	2	1.4%	4	1.6%
Эндокардит	0	0%	0	0%
Нийт	135	100%	240	100%
			111	100%
			222	100%

ЗЦХӨ-зүрхний цус хомсдох өвчин

ЗБҮ-зүрхний булчингийн үрэвсэл

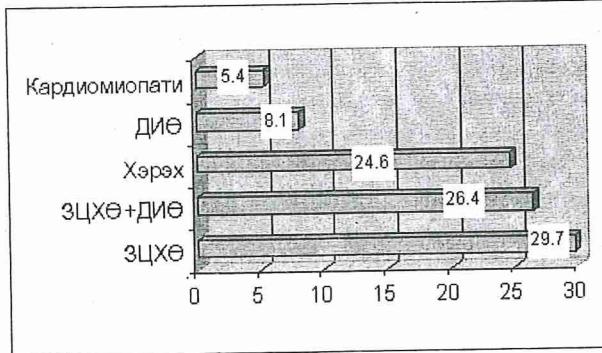
ДИӨ -дараалт ихсэх өвчин

Хүснэгт 1-ээс үзэхэд зүрхний дутагдлын шинж тэмдэг илрээгүй A, B ангилалд зүрхний цус хомсдох өвчин, дараалт ихсэх өвчин, хэрэх өвчиний тохиолдол зонхиилж байна.

"B" ангилалд дараалт ихсэх өвчин, ишеми өвчинтэй хавсарсан тохиолдлууд томоохон байрыг эзэлж байгаа нь энэ 2 эмгэг хавсарсан тохиолдолд зүрхний булчинд бүтцийн өөрчлөлт гарах эрсдэлийг эрс нэмэгдүүлж улмаар зүрхний дутагдалд хүргэдэг гэдгийг харуулж байна ($p<0.01$).

Зүрхний архаг дутагдалын шинж тэмдэг илэрсэн C, D ангилалд зүрхний цус хомсдох өвчин, хэрэх өвчин, дараалт ихсэлттэй хавсарсан зүрхний цус хомсдох өвчинтэй тохиолдлууд зонхиилж байна. Хэрэх өвчиний улмаас зүрхний

дутагдлаар хүндэрсэн тохиолдлын тоо өмнөх А,В,С ангилалд хамрагдсан тооноос D ангилалд нилээд их байна ($p<0.01$).



Зураг 1. Зүрхний архаг дутагдлын зонхилох шалтгаан

Бидний судалгаагаар зүрхний архаг дутагдалтай гэж оношлогдсон (С,Д ангилал) өвчтөнүүдийн 29.7% нь архаг ишеми өвчтэй, 26.4% нь ишеми өвчин даралт ихсэх өвчинтэй хавсарсан, 24.6% нь хэрэх өвчтэй тохиолдууд байлаа. Ишеми өвчин дангаар болон даралт ихсэх өвчинтэй хавсарсан байдлаар зүрхний архаг дутагдлын шалтгааны 56%-ийг эзэлж байна. Үүн дотроо ишеми өвчин даралт ихсэх өвчинтэй хавсарсан тохиолдол нь 47% байлаа. Зүрхний архаг ишеми өвчиний улмаас зүрхний дутагдалд хүрсэн тохиолдуудын 70% нь кардиосклероз гэсэн оноштой тохиолдлууд байв.

Даралт ихсэх өвчиний улмаас зүрхний дутагдалд хүрсэн тохиолдол 8.1%-ийг эзэлж байсан нь артерийн даралт ихсэх өвчин дангаараа зүрхний дутагдалд хүрэх хүндрэл харьцангуй бага өгдөгийг харуулж байна ($p<0.01$).

1948-1988 оны хооронд хийгдсэн Фремингемийн судалгаагаар Европын орнуудад зүрхний архаг дутагдлын шалтгааны 54% нь ишеми өвчин, 24% нь даралт ихсэх өвчин, 16% нь ревматизмын гаралтай гажгууд байсан байна.

Судлаач Mc Murray JJ, Stewart S нарын 2000 онд хийсэн судалгааны дүнгээр барууны орнуудад зүрхний дутагдалд хүргэж буй зонхилох шалтгааны 54%-70% нь титэм судасны эмгэг

байсан ба үүний 35%-52% нь даралт ихсэх өвчинтэй хавсарсан ишеми байсан байна. Харин дангаар даралт ихсэх өвчин нь зүрхний дутагдлын шалтгааны 9-20%-ийг, шалтгаан тодорхойгүй кардиомиопати 18-28%-ийг эзэлж байжээ.

Ингээд судалгааны үр дүнг харьцуулж үзвэл зүрхний дутагдлын зонхилох шалтгаан болох ишеми өвчин ба даралт ихсэх өвчиний хувьд судлаач Mc.Murray JJ, Stewart S (2000) нарын судалгааны дүнтэй тохирч байна. Хэрэх өвчиний хувьд барууны өндөр хөгжилтэй орнуудтай харьцуулахад манай оронд өвчлөлийн тохиолдлын тоо олон, эмнэлгийн тусlamжийг оройтуулж авах зэргээс зүрхний дутагдлын голлох шалтгааны нэг болж байж болох юм.

Дүгнэлт.

1. Зүрхний архаг дутагдлаар хүндэрсэн тохиолдол 60 хүртэл насанд эрэгтэйчүүдэд зонхилж, 60-аас дээш насанд эрэгтэй эмэгтэй хүмүүсийн харьцаа ижил байна.

2. Судалгаанд хамрагдагсдын дунд зүрхний архаг дутагдалд хүргэж буй зонхилох шалтгаан нь ишеми, хэрэх өвчин байв.

3. Ишеми өвчин даралт ихсэх өвчинтэй хавсарсан тохиолдолд зүрхний дутагдалд хүрэх эрсдэл нэмэгдэж байна.

Ном зүй.

1. McMurray JJ, Stewart S (2000) "Epidemiology, aetiology and prognosis of heart failure" Heart 83:596-602

2. Kannel W.B, Sorlie "Prognosis after myocardial infarction" Framingham Study Am J Cardiol 1979 44:531-559

3. Окороков.А.Н "Диагностика болезней внутренних органов" Хроническая сердечная недостаточность, 2004, Том 8, с.310-314

4. Hoppe.U.C, Erdmann.E "Leitlinien zur Therapie der chronischen Herzinsuffizienz", Deutschen Gesellschaft fuer Kardiologie, 2001 Seite 218-219

**Танилцаж нийтлэх санал өгсөн:
Анагаахын шинжлэх ухааны доктор,
профессор А.Өлзийхутаг**

Зүрхний архаг дутагдлын шалтгааны асуудалд

Д.Нарантуяа¹, Ж.Дэчмаа²

¹Эрүүл мэндийн шинжлэх ухааны их сургууль

²"АЧ" Ачагаах Ухааны Дээд Сургууль

Судалгааны ажлын үндэслэл. Манай орны хувьд зүрх судасны тогтолцооны эмгэг нь өвчлөлөөрөө 5-рт орж, нас барагтаараа байнга тэргүүлж байдаг. Сүүлийн жилүүдэд улс орны хөгжил, хүмүүсийн амьдралын хэв маягтай холбоотойгоор зүрх судасны өвчлөл улам ихсэж байгаа билээ. Зүрх судасны эмгэгүүдийн хүндрэлийн нэг нь зүрхний дутагдал юм. Манай оронд энэ талаар хийгдсэн судалгааны дорвitoй ажил одоогоор байхгүй байгаа нь судлаачдын сонирхлыг зүй ёсоор татаж байгаа юм.

Эрүүл мэндийн яам, эрүүл мэндийн удирдлага, мэдээлэл, боловсролын төвөөс гаргасан эрүүл мэндийн статистикийн мэдээлэлд өгөгдсөн үзүүлэлтээр 1997 оныг 2001 онтой харьцуулахад цусны эргэлтийн тогтолцооны өвчиний тохиолдлын тоо 1.4 дахин нэмэгдсэн байна. Зүрхний архаг дутагдал үсгэх гол эрсдэлийн хүчин зүйлүүд болох артерийн гипертензи сүүлийн 5 жилд 1.9%-иар, зүрхний ишеми өвчин 5.5%-иар тус тус ихэсжээ.

Барууны орнуудад зүрхний дутагдлыг үүсгэх зонхилох шалтгаан нь (54-70%) зүрхний титэм судасны эмгэг байдаг байна [1]. Фремингемийн судалгаагаар зүрхний хурц шигдээсээр өвчлөгсдийн 14% нь 5 жилийн дотор зүрхний архаг дутагдалд хүрдэг гэжээ. Зүүн ховдол тэлэгдсэн өвчтөнүүд зүрхний дутагдалд хүрэх эрсдэл ихтэй байдаг [2].

Иймд манай орны хувьд зүрхний дутагдалд хүргэж буй зонхилох шалтгаануудыг тогтоосноор зүрхний архаг дутагдалд хүргэдэг тэдгээр зүрх судасны эмгэгүүдийг зүрхний дутагдалд хүрэхээс нь өмнө оношлон эмчлэх, түүнээс урьдчилан сэргийлэх явдал чухал ач холбогдолтой юм.

Судалгааны зорилго. Зүрхний архаг дутагдалд хүргэж буй шалтгаануудыг судлах.

Судалгааны хэрэглэгдэхүүн ба аргазүй. Улаанбаатар хотын Нэгдсэн III эмнэлгийн зүрх судасны тасагт 2004 онд хэвтэж эмчлүүлсэн нийт 708 тохиолдлыг судалгаанд хамруулав.

2001 онд Америкийн зүрх судасны нийгэмлэгээс гаргасан зүрхний архаг дутагдалын

ангиллын дагуу судалгаанд хамрагдсан бүх тохиолдлуудыг A, B, C, D гэсэн 4 ангилалд хувааж үзэв.

Судалгааны ажлын дунд боловсруулалт хийхдээ статистикийн өргөн хэрэглэгддэг арифметик дундаж, дундаж алдаа, экстенсив, интенсив үзүүлэлт зэргийг ашигласан ба үнэн магадтайг дүгнэхдээ Стыодентийн цэгнүүрийг ашигласан болно.

Судалгааны үр дүн, хэлцэмж. Зүрхний архаг дутагдлын эмнэлэйүй илэрсэн 333 тохиолдлын 186 тохиолдол буюу 55.8% нь эрэгтэй, 147 тохиолдол буюу 44.2% нь эмэгтэй байлаа. Судалгаанд хамрагдагсын дундаж нас 57.3±2.34, эрэгтэйчүүдийнх 55.7±3.15, эмэгтэйчүүдийнх 59.4±3.57 байлаа. 40-өөс дээш насны хүмүүс зүрхний архаг дутагдлаар илүү өвдсэн байх ба ялангуяа 60-69 насанд хүйсний ялгаагүйгээр өвчлөл ихсэж байсан юм.

Хүснэгт 1

Зүрхний архаг дутагдалд оруулж буй өвчинүүдийн бүтэц

	A	B	C	D
ЗЦХӨ	55	40.7%	52	21.6%
ДИО	30	22.2%	32	13.3%
ЗЦХӨ+ДИО	32	23.7%	122	50.8%
Хэрэх өвчин	12	8.8%	27	11.2%
Кардиомиопати	1	0.7%	2	0.8%
ЗБҮ	3	2.2%	1	0.4%
Терепхийн гажиг	2	1.4%	4	1.6%
Эндокардит	0	0%	0	0%
Нийт	135	100%	240	100%
			111	100%
			222	100%

ЗЦХӨ-зүрхний цус хомсдох өвчин

ЗБҮ-зүрхний булчингийн үрэвсэл

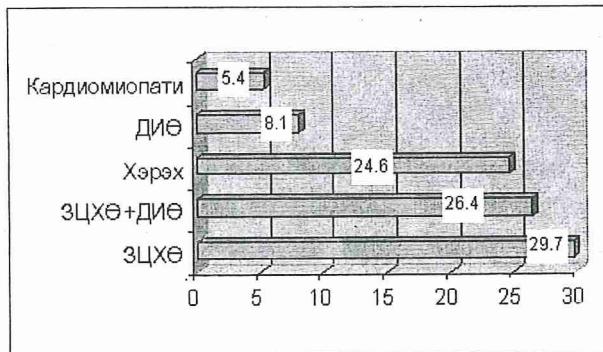
ДИӨ -дараалт ихсэх өвчин

Хүснэгт 1-ээс үзэхэд зүрхний дутагдлын шинж тэмдэг илрээгүй A, B ангилалд зүрхний цус хомсдох өвчин, дараалт ихсэх өвчин, хэрэх өвчиний тохиолдол зонхилж байна.

"B" ангилалд дараалт ихсэх өвчин, ишеми өвчинтэй хавсарсан тохиолдлууд томоохон байрыг эзэлж байгаа нь энэ 2 эмгэг хавсарсан тохиолдолд зүрхний булчинд бүтцийн өөрчлөлт гарах эрсдэлийг эрс нэмэгдүүлж улмаар зүрхний дутагдалд хүргэдэг гэдгийг харуулж байна ($p<0.01$).

Зүрхний архаг дутагдалын шинж тэмдэг илэрсэн C, D ангилалд зүрхний цус хомсдох өвчин, хэрэх өвчин, дараалт ихсэлттэй хавсарсан зүрхний цус хомсдох өвчинтэй тохиолдлууд зонхилж байна. Хэрэх өвчиний улмаас зүрхний

дутагдлаар хүндэрсэн тохиолдлын тоо өмнөх А,В,С ангилалд хамрагдсан тооноос D ангилалд нилээд их байна ($p<0.01$).



Зураг 1. Зүрхний архаг дутагдлын зонхилох шалтгаан

Бидний судалгаагаар зүрхний архаг дутагдалтай гэж оношлогдсон (С,Д ангилал) өвчтөнүүдийн 29.7% нь архаг ишеми өвчтэй, 26.4% нь ишеми өвчин даралт ихсэх өвчинтэй хавсарсан, 24.6% нь хэрэх өвчтэй тохиолдлууд байлаа. Ишеми өвчин дангаар болон даралт ихсэх өвчинтэй хавсарсан байдлаар зүрхний архаг дутагдлын шалтгааны 56%-ийг эзэлж байна. Үүн дотроо ишеми өвчин даралт ихсэх өвчинтэй хавсарсан тохиолдол нь 47% байлаа. Зүрхний архаг ишеми өвчиний улмаас зүрхний дутагдалд хүрсэн тохиолдлуудын 70% нь кардиосклероз гэсэн оноштой тохиолдлууд байв.

Даралт ихсэх өвчиний улмаас зүрхний дутагдалд хүрсэн тохиолдол 8.1%-ийг эзэлж байсан нь артерийн даралт ихсэх өвчин дангаараа зүрхний дутагдалд хүрэх хүндрэл харьцангуй бага өгдөгийг харуулж байна ($p<0.01$).

1948-1988 оны хооронд хийгдсэн Фремингемийн судалгаагаар Европын орнуудад зүрхний архаг дутагдлын шалтгааны 54% нь ишеми өвчин, 24% нь даралт ихсэх өвчин, 16% нь ревматизмын гаралтай гажгууд байсан байна.

Судлаач Mc Murray JJ, Stewart S нарын 2000 онд хийсэн судалгааны дүнгээр барууны орнуудад зүрхний дутагдалд хүргэж буй зонхилох шалтгааны 54%-70% нь титэм судасны эмгэг

байсан ба үүний 35%-52% нь даралт ихсэх өвчинтэй хавсарсан ишеми байсан байна. Харин дангаар даралт ихсэх өвчин нь зүрхний дутагдлын шалтгааны 9-20%-ийг, шалтгаан тодорхойгүй кардиомиопати 18-28%-ийг эзэлж байжээ.

Ингээд судалгааны үр дүнг харьцуулж үзвэл зүрхний дутагдлын зонхилох шалтгаан болох ишеми өвчин ба даралт ихсэх өвчиний хувьд судлаач Mc.Murray JJ, Stewart S (2000) нарын судалгааны дүнтэй тохирч байна. Хэрэх өвчиний хувьд барууны өндөр хөгжилтэй орнуудтай харьцуулахад манай оронд өвчлөлийн тохиолдлын тоо олон, эмнэлгийн тусламжийг оройтуулж авах зэргээс зүрхний дутагдлын голлох шалтгааны нэг болж боловх юм.

Дүгнэлт.

1. Зүрхний архаг дутагдлаар хүндэрсэн тохиолдол 60 хүртэл насанд эрэгтэйчүүдэд зонхилж, 60-аас дээш насанд эрэгтэй эмэгтэй хүмүүсийн харьцаа ижил байна.

2. Судалгаанд хамрагдагсын дунд зүрхний архаг дутагдалд хүргэж буй зонхилох шалтгаан нь ишеми, хэрэх өвчин байв.

3. Ишеми өвчин даралт ихсэх өвчинтэй хавсарсан тохиолдолд зүрхний дутагдалд хүрэх эрсдэл нэмэгдэж байна.

Ном зүй.

1. McMurray JJ, Stewart S (2000) "Epidemiology, aetiology and prognosis of heart failure" Heart 83:596-602

2. Kannel W.B, Sorlie "Prognosis after myocardial infarction" Framingham Study Am J Cardiol 1979 44:531-559

3. Окороков.А.Н "Диагностика болезней внутренних органов" Хроническая сердечная недостаточность, 2004, Том 8, с.310-314

4. Hoppe.U.C, Erdmann.E "Leitlinien zur Therapie der chronischen Herzinsuffizienz", Deutschen Gesellschaft fuer Kardiologie, 2001 seite 218-219

**Танилцаж нийтлэх санал өгсөн:
Анагаахын шинжлэх ухааны доктор,
профессор А.Өлзийхутаг**

Нярайн гэдэсний шархлааны эмчилгээнд каудал хориг хэрэглэсэн нь

С.Туяа¹, Д.Бодьцэцэг¹, Ш.Чимгээ¹
 М.Түмэннасан¹, Н.Даваацэрэн²
¹Эх Нялхсын Эрдэм Шинжилгээний Төв
²Эрүүл мэндийн шинжлэх ухааны их сургууль

Нярайн өвчний хамгийн хүнд хэлбэрүүдийн нэг нь гэдэсний шархлаат үрэвсэл юм. Эрдэмтдийн судалгаагаар ургийн болон нярайн бүтэлт халдвартай холбоотойгоор үүсдэг. (Abrams T.J. et al, 1988; Bell M.J, Kliegman K.M., 1990; Гэдэсний салст бүрхэвчээс эхлэн бүх давхарга шархлан үхэждэг олдмөл, хүнд явцтай эндэгдэл ихтэй, 80-90% нь дутуу нярайд тохиолддог эмгэг юм.

Нярайн гэдэсний шархлааны үед каудал хориг болон эмчилгээний хавсарсан аргуудыг хэрэглэж ач холбогдолтой болох нь тогтоогдсон хэдий ч манай орны хувьд энэ талаар хийсэн судалгаа бидний үзсэн хэвлэлийн материалд үгүй байна.

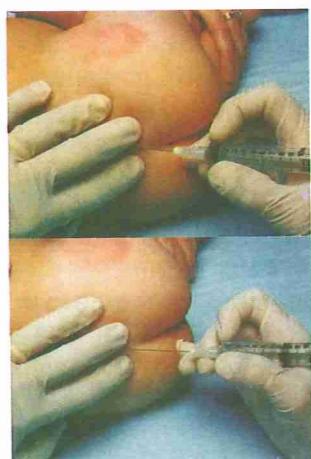
Эл эмгэгийг эрт оношлоход эмийн эмчилгээнд эдгэрэлт 50-70% байдаг батлагджээ (Stevenson J.K., Cheu B.U., Freeman R.B., Cicrit D., 1998).

Шархлаа үүсгэж байгаа эмгэг жамаас хамааран өвчтөн бүрд нэмэлт (коррекц) эмчилгээ өөр өөр байдгийг эрдэмтэд тэмдэглэжээ (Василькова А.Н., Павлова Т.И., 2003).

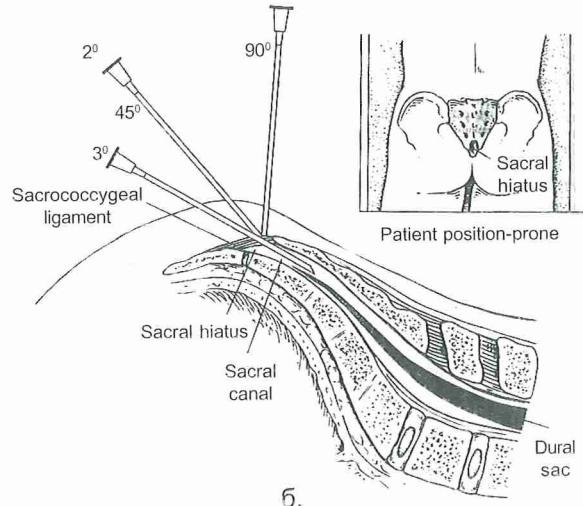
Зорилго. Нярайн гэдэсний шархлааны үед нугасны хатуу хальсны арын зайд (каудал) хориг хийж үр дүнг тооцно.

Арга зүй. ЭНЭШТ-ийн нярайн эмгэгийн тасагт 2004-2005 онд гэдэсний шархлаа өвчний учир эмчлэгдсэн 63 нярайд судалгааг хийлээ.

Нугасны хатуу хальсны арын зайн ууцны хэсэгт мэдээгүйжүүлэгч бодисыг бутивакайн 0.25%-1-1.5 мг/кг тунгаар 1-2 удаа хийсэн.



a.



Зураг 1. Ууцны хориг хийх техник

Өвчтөнүүдийн 35 (55,5%) нь дутуу, 28 (44,4%) нь гүйцэд нярай, тээлтийн нас 29 ± 8 долоо хоног, биений жин 1300±2600 гр, эр 33 (52,3%) эм 30 (47,6%) байв. Өвчин ихэнхдээ 43 (68,2%) нь амьдралын эхний 1-6 дахь хоногт, 14 (22,2%) нь 8-10 хоногт, 6 (9,5%) 14 хоногоос дээш эхэлсэн байв.



Зураг 2. Нас

Зураг 3. Хүйс

Дээрхи өвчтөнүүдэд амьсгалын эрхтэний халдвэр, цус харвалт, зүрхний гаж хөгжил, мэнэнгит гэхчилэн дагалдах эмгэгүүдтэй байлаа. Оношийг эмнэлзүйн, лабароторийн, эхо, рентген болон цус, баас, нүдний арчдас, хүйн шархнаас авсан эмгэгтөрөгчийн шинжилгээг үндэслэн баталгаажуулсан.

Эмчилгээний аргаас хамааран өвчтөнүүдийг 2 бүлэг болгон 1 бүлгийн 49 өвчтөнд ходоодонд зоонд тавин антибиотик, хордлого тайлах, шингэн сэлбэх эмчилгээг хийсэн. 2 бүлгийн 14 өвчтөнд үндсэн эмчилгээнээс гадна эмгэг сэрглийг дарангуйлж гэдэсний цусан хангамж сайжруулах зорилгоор 0,25% бипувикайныг нугасны хатуу хальсны гадна зайд хийсэн.

Үр дүн, хэлцээмж. Хоёр бүлгийн ихэнх өвчтөнд нөлөөлөх хүчин зүйл, төрөх үеийн бүтэлт, төрсний

дараахи 1-4 хоногт цусны шинжилгээнд үрэвслийн шинж илэрч байлаа.

Өвчний үе шатаас хамаарч 1 бүлгийн I зэрэг 22, II зэрэг 11, III зэрэг 16 нярай, 2 бүлгийн I зэрэг 5, II зэрэг 8, III зэрэг 1 нярай байв. 1 бүлгийн I зэргийн 72,7% өвчин эхэлсэнээс 5 хоногт, 2 (18,2%) 2-3 хоногт, 1 (1,9%) хожуу биеийн байдал сайжирсан. II зэргийн 63,6% өвчлөлийн 10 хоногт, 2 (18,2%) 14 хоногт, 2 (18,2%) хожуу гэдэсний саажил буурч, хордлогын шинж буурсан. 1 бүлгээс 13 (26,5%) (p<0,001) нярай мэс заслаар эмчлэгдсэн.

Өвчний үе шат

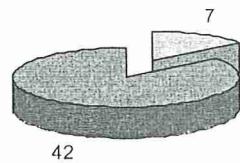
Хүснэгт 1

1 бүлэг		I зэрэг	22
2 бүлэг		II зэрэг	11
		III зэрэг	16
		I зэрэг	5
		II зэрэг	8
		III зэрэг	1

2 бүлгийн I зэргийн үед 5 өвчтөн хориг хийсний дараа 3 дахь өдрөөс зовиур багасаж, II зэрэгт 80% 5-6 хоноод зовиур багасан биеийн байдал сайжирч, 2 өвчтөн гэдэс цоорч мэс заслаар эмчлэгдсэн.

Каудал хоригийг 3 өвчтөнд 2 удаа, 11 өвчтөнд 1 удаа өвчин эхэлсэнээс 1-5 хоногт хийсэн. Эмчилгээ хийсэн 1 бүлгээс 7 өвчтөн нас барсан, 2 бүлгээс нас бараагүй 2 нярайн гэдэс цоорч гялтангийн үрэвслийн хүндэрч мэс заслаар эмчлэгдсэн.

нас барагт эдгэрэлт



Зураг 4. Нис барагт, эдгэрэлт 1 бүлэг



Зураг 5. Нис барагт, эдгэрэлт 2 бүлэг

Эмнэлзүй, лабратори, ЭХО, рентген, бактериологийн шинжилгээг үндэслэн өвчний аль болох эрт үед нь каудал хоригийг хийхэд гэдэсний шархлаа даамжирч хүндрэх нь бага байгаа тул цаашид гүнзгийрүүлэн судлах шаардлагатай.

Ном зүй.

1. Василькова АН., Павлова Т.И. Язвенно некротический энтероколит у новорожденных. М.:2005.-с. 4-8.

2. Abrams T.J., Bell M.J., Kliegman K.M., et all .;Neonatal necrotizing enterocolitis Implications for an infections disease. Pediatr surg 1994;14:-р 1-4.

3. Stevenson J.K., Cheu B.U., Freeman R.B., Circuit D. Surgical treatment of necrotizing enterocolitis .Pediatr surg .1998; 23:-р 942-944.

Танилцаж, нийтлэх санал өгсөн:
Академич Н.Баасанжав

Дунд чихний наалдаст үрэвслийн дахилтаас урьдчилан сэргийлэхэд полидиоксанон болон силастик хавтгайг харьцуулан хэрэглэсэн нь

А.Өлзийбаяр¹, Л.Шагдар², Б.Эрдэнэчулзуун²

¹Эх нялхсын эрдэм шинжилгээний төв

²Эрүүл мэндийн шинжлэх ухааны их сургууль

Дунд чихний наалдаст үрэвсэл (ДЧНҮ)-ийн мэс заслын эмчилгээний дараа хэнгэргэн хальс эргэн дотогш татагдаж, хэнгэргэн хөндийн дотор хананд наалдан хэнгэргэн хөндий хавчийн явдал дахих нь элбэг тохиолддогийг олон мэс засалчид судалж, тогтоосон бөгөөд мэс заслын дараа үүсэх ДЧНҮ-ээс сэргийлэх асуудал өнөөдрийг хүртэл эрдэмтдийн анхаарлыг татсаар байна [3,11,12,14]. Олон судлаачид ДЧНҮ-ийн дахилтаас урьдчилан сэргийлж, мэс заслын үед хэнгэргэн хальс

хэнгэргэн хөндийн дотор ханыг тусгаарлах зорилгоор хэнгэргэн хөндийд силастик хавтгайг байрлуулж үлдээн хоёр дахь шалгах мэс заслын (revision or second look operation) үед буцаан авдаг ба энэ нь мэс заслын дараа хөхөнцирийн агааржилтыг сэргээн, шинэ нөхсөн хэнгэргэн хальсиг хэнгэргэн хөндийн дотор хананд эргэн наалдахаас сэргийлдэг байна [4].

Гэвч чихний мэс засал хийлгэсэн өвчтөн бүрт хоёр дахь шалгах мэс засал шаардлагагүй байдаг тул эдгээр өвчтөнүүд насан туршдаа хэнгэргэн хөндийдөө гадны биет агуулж явахад хүрдэг байна. Силастик хавтгай нь ихэнхдээ бие мах бодид сайн зохицдог боловч хэнгэргэн хөндийгөөс

шахагдан гарах, харшил өгөх нь ховор биш тохиолддог ажээ [3, 7, 11].

Мэс заслын дараа хэнгэргэн хальс хэнгэргэн хөндийн дотор хананд эргэн наалдахаас урьдчилан сэргийлэх зорилгоор хэнгэргэн хөндийд үлдээх материал нь дунд чихний хөндийн салстыг төлжихөөс өмнө хангалттай удаан хугацаанд уусахгүй байх тэсвэртэй, бие маш бодид харшдаггүй, уусахаасаа өмнө хэнгэргэн хөндийгөөс гардаггүй байх шаардлагатай гэж чихний мэс засалчид үзэж байна (Ng B, Linthicum FH Jr, 1992). Зарим судлаачид энэ зорилгоор желатин хэрэглэж байсан боловч желатин нь хэнгэргэн хөндийн салстыг төлжихөөс өмнө хангалттай удаанаар хайлахгүй байж чадаагүй ба силастикаас хатуу болохыг судалж тогтоожээ (Halleland KJ, 1992). Иймээс хэнгэргэн хөндий бүрэн төлжсөний дараа хоёр дахь хянах хагалгааны үед буцаан авах шаардлагагүй, хэнгэргэн хөндийг бүрэн төлжсөний дараа өөрөө уусдаг материалыг олох нь орчин үед чухал байна (Jacob Sade, 2000).

Судлаачид энэ зорилгоор утасны материалуудыг ашигласан боловч polydioxanon (PDS)-аас бусад нь 6 сар хүрэхгүй хугацаанд буюу хэнгэргэн хөндийн салстыг хэвийн байдлаар эргэн нөхөн төлжихөөс өмнө хайлж, хүний биед силикон шиг тохиромжтой бус байлаа [2,5,6,8,9]. PDS нь хэнгэргэн хөндийн салстыг төлжтэл хайлахгүй байдгаараа болон хүний биед харшдаггүй, зөвлөн чанараараа бусад утасны материлуудаас давуутай байлаа [1, 7, 10, 13, 15].

Полидоксанон (PDS)-ыг утас хэлбэрээр хүний биед хэдэн арван жил хэрэглэж ирсэн бөгөөд хайлуулж хавтгайлсан хэлбэрээр амьтны дунд чихэнд туршиж үзэхэд уян хатан байдал, удаан уусдаг чанар, биед харшдаггүйгээрээ бусад полимеруудаас хамгийн тохиромжтой байнсыг үндэслэн бид хүүхдийн ДЧНҮ-ийн үед мэс заслын дараа хэнгэргэн хальс хэнгэргэн хөндийн салстад эргэн наалдахаас сэргийлэх зорилгоор дунд чихний хөндийд байрлуулж, улмаар силиконтой харьцуулав.

Зорилго. ДЧНҮ-ийн мэс заслын үед хэнгэргэн хөндийд полидоксаноныг суулгаж, дахин наалдац үүсэхээс сэргийлэх чадварыг силиконтой харьцуулан судлахад чиглэнэ.

Зорилт:

1. ДЧНҮ-ийн мэс заслын үед хэнгэргэн хальс хэнгэргэн хөндийн салст хоорондоо наалдахаас сэргийлж, полидоксаноныг дунд чихний хөндийд байрлуулж, үлдээн үр дүнг судлах.

2. Эдийн шинжилгээг ашиглан ДЧНҮ-ийн мэс заслын дараа силикон ба полидоксанон нь хэнгэргэн хальс, хэнгэргэн хөндийн салстад наалдахаас сэргийлэх чадварыг харьцуулах.

Судалгаа, шинжилгээ

Хэрэглэгдэхүүн, арга зүй. Бид 2001-2006 онд ЭНЭШТөвийн чих хамар хоолойн тасагт ДЧНҮ-ийн улмаас хэвтэж эмчлүүлсэн 36 хүүхдийн 36 чихийг судалгаандаа хамааруулав. Судалгаанд хамарагдсан хүүхдүүдийн дундаж нас 12 байсан ба 12 (46.2% нь эмэгтэй, 14/53.8%) нь эрэгтэй байв.

Чихний мэс заслын дараа хэнгэргэн хальсиг хэнгэргэн хөндийн дотор хананд эргэн наалдахаас сэргийлэх зорилгоор, 36 өвчтөний 24 (66.79)-д нь хэнгэргэн хөндийд полидоксанон, 12(33.3%)-д нь силастик хавтгайг байрлуулав. Мөн үүний зэрэгцээ хагалгааны үед хэнгэргэн хальсны наалдац, татагдалтын хүнд хөнгөний зэрэглэлээс хамааруулан хэнгэргэн хальсиг тулж, бэхлэх зорилгоор хэнгэргэн хөндийд уусагч хөөсөнцөр (gelfoam) үлдээсэн ба хэнгэргэн хальсанд агааржуулах цорго (ventilation tube) тавив (Хүснэгт 1).

Хүснэгт 1

ДЧНҮ-ийн мэс заслын үед хэнгэргэн хөндийд үлдээсэн материалууд

№	Материалын нэр	Тоо	Хувь
1	PDS хавтгай	24	28,9
2	Уусагч хөөсөнцөр	51	61,4
3	Силастик хавтгай	12	14,5
4	Агааржуулах гуурс тавьсан	42	50,6

Бид судалгаандаа чихний мэс заслын зориулалтын силастик ба полидоксаноныг хайлуулж хавтгайлсан байдлаар хэрэглэв.

Полидоксаноныг 4.0 нэг боодол утсыг цахилгаан зууханд хийж 140 хэмд хайлуулан авч хэнгэргэн хальс нимгэлэгчийн 1-р шүдэнд хавчуулан хавтгайлж тасалгааны хэмд хөргөөв. Бэлдсэн хавтгайгаа уурын даралтаар ариутгаж, мэс заслын үед 0.3Х0.3 см хэмжээтэй хавтгайг хайчлан авч, хэнгэргэн хөндийн дотор хананы сац (promontorium) дээр байрлуулав. Мэс заслын дараа 9 дэх хоногт өвчтөний сувгийн чихээс, тулгуурыг авав. Судалгааны ба харьцуулсан хоёр бүлгийн өвчтөнүүдийн шинэ хэнгэргэн хальсны судасжилт, хаван, шархны шингэний байдалд онцын ялгаа үгүй байлаа. Судалгааны ба хяналтын бүлгийн өвчтөнүүдийн хэнгэргэн хальсны эдгэрэлт, төлжилтийн байдлыг хооронд нь харьцуулж, хамаарлыг (Р) 2-р хүснэгтээр харуулав (Хүснэгт 2).

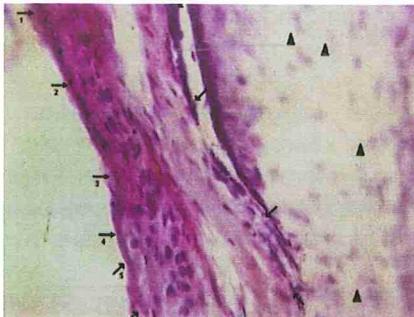
Хүснэгт 2

ДЧНҮ-ийн мэс заслын дараах шинэ хэнгэргэн хальсны эдгэрэлтийн байдал

Мэс заслын дараах хугацаа	Мэс заслын үед хэнгэргэн хөндийд PDS байрлуулсан	Мэс заслын үед хэнгэргэн хөндийд силастик хавтгай байрлуулсан	P үзүүлэлт
14 дэх өдөр	3 (P-0.650)	1 (P-0.656)	P-0.37
21 дэх өдөр	18 (P-0.303)	9 (P-1.00)	P-0.63
30 дахь өдөр	3 (P-100)	4 (P-100)	P-1.0

Мэс заслаас хойш 7 сарын дараа эхний мэс заслын үед хэнгэргэн хөндийд полидиоксанон байрлуулсан 3 өвчтөн, силастик хавтгай байрлуулсан 1 өвчтөнд хоёр дахь шалгах мэс засал хийж, хэнгэргэн хөндийг шалган хэнгэргэн хөндийн салстаас эдийн шинжилгээ авав. Хоёр дахь мэс заслын үед 3 чихний хэнгэргэн хөндийн PDS бүрэн ууссан байлаа.

Бүх өвчтөний хэнгэргэн хөндийн салтын төлжилт хэнгэргэн хальсны байрлал хэвийн байв.



Зураг 1. Өвчтөн Л., 17 настай, эрэгтэй. ДЧНҮ-ийн мэс заслын үед хэнгэргэн хөндийд полидиоксанон үлдээсэн. Хэнгэргэн хөндийн салстын хэвийн төлжилт (7 сарын дараа), №76.

Хэлцэмж. 1950 оноос чихний мэс засалд төрөл бүрийн биоматериалуудыг ашиглаж ирсэн ба силиконыг одоо болтол өргөн хэрэглэж байна. Силикон нь мэс заслын дараа хэнгэргэн хөндийгээс шахагдан гарах аюултай учраас олон эрдэмтэд хэнгэргэн хөндийд удаан хугацаагаар хадгалагдах боломжтой, хоёр дахь хянах хагалгаан (revision or second look operation)-ы үед буцаан авах шаардлагагүй, хэнгэргэн хөндийг бүрэн төлжсөний дараа өөрөө уусдаг материалыг олоход орчин үед гол анхаарлаа чиглүүлж байна. Хэд хэдэн синтетик полимеруудыг уусдаг утасны материал хэлбэрээр хэдэн арван жилийн турш хэрэглэсээр ирсэн ба эдгээр нь хүний мах бодид хамгийн сайн зохицдог биоматериалууд болох нь батлагдаад байгаа билээ. Эдгээрээс хамгийн өргөнөөр хэрэглэгдэж байгаа нь дараах 5 уусдаг утасны материалууд юм. Үүнд: полиглигликолик ацид (дексон), полиглактин 910 (викрил), полигликолик триметилен карбонат (максон), поликаапролактон буюу полидиоксанон (PDS) зэрэг болно (Chu CC, Kizil Z, 1989). Чихний мэс заслын үед наалдацаас урьдчилан сэргийлэх зорилгоор хэнгэргэн хөндийд үлдээх материал нь хэнгэргэн хөндийн салстыг төлжихээс өмнө уусахгүй байх нь мөн гол үзүүлэлт бэгэөд дээрхи 5 биоматериалуудаас хамгийн удаан уусдаг нь полидиоксанон бэгэөд дексеноос 50%, викрилээс 2 дахин удаан уусдагаас гадна эдгээр материалыаас уян хатан чанараараа хамгийн илүү нь ажээ (Chu CC, Kizil Z, 1989).

Douglas A Liening, John Mc Gath (1995) нар Монгол үхэр харханд PDS-ийг силиконтой харьцуулан туршиж үзсэнээр уг материал нь биед зохицох чадвараараа силиконос онц мэдэгдээм ялгаагүй бэгэөд уусамтгай чанараараа давуу болохыг тогтоожээ.

Бидний судалгаа нь полидиоксанон болон силикон хавтгайг Монгол хүүхдийн биед зохицох байдал болон чихний мэс заслын дараа наалдацаас урьдчилан сэргийлэх чанараар нь харьцуулан судлахад чиглэсэн ба олдоц сайн, хямдыг харгалзан полидиоксаноныг сонгон авав. Эдгээр хоёр материалын хооронд биед зохицох чадвар болон наалдацаас урьдчилан сэргийлэх чадварын хувьд илт мэдэгдээм ялгаа угүй байсан болно.

Дүгнэлт.

1. ДЧНҮ-ийн мэс заслын үед хэнгэргэн хөндийд суулгасан полидиоксанон утас нь мэс заслын дараа хэнгэргэн хөндийд үүсэх наалдацаас найдвартай хамгаалж, удаан хугацаанд хүүхдийн чихэнд сөрөг нөлөө өгөхгүй байна.

2. Полидиоксаноныг ДЧНҮ-ийн үед хэнгэргэн хальс хэнгэргэн хөндийн дотор хананд өргэн наалдахаас сэргийлж хэнгэргэн хөндийд үлдээх боломжтой бэгэөд энэ үед өвчтөнд хэнгэргэн хөндийд үлдээсэн материалыг авах зорилгоор хоёр дахь мэс засал хийх шаардлага угүйгээр силиконос давуу чанартай болно.

Ном зүй.

1. Chu CC, Kizil Z. Quantataivae evaluation of stiffness of commercial suture materials. *Surg Gynecol Obstet* 1989; 168: 233-238.

2. de Werra C, Rendano F, D'Aremtno F, Somma P, Forestieri P. Comparison of five synthetic absorbable suture materials in intestinal anastomosis: experimental study in rats. *Chir Ital*. 2003 Mar-Apr; 55 (2): 227-33.

3. Douglas A Liening. Comparison of polydioxanone and silicone plastic in the prevention of adhesive otitis media in the gerbil. *Otolaryngology Head Neck Surgery* 1995;112:303-307

4. Duffy DM. Silicone: a critical review. *Adv Dermatol* 1990; 5:93-110.

5. Fieheller, Wilson D. An in vitro biomechanical comparison of the breaking strength and stiffness of polydioxanone /sizes 2.7/ and polyglactin 910 (sizes 3.6) in the equine linea alba. *Vet Surg*. 2005; Jan-Feb, 34 (1):18-23.

6. Fleiberk L. Suturing the Achilles tendon with absorbable PDS material. *Rozhl Chir* 2001;80:487-489.

7. Hilgert RE, Dorner A, Wittkugel. O. Comparison of polydioxanone /PDS/ and polypropylene (prolene) for shouldice repair of primary inguinal hernias: a

prospective randomised trial. Eur J Surg. 1999 Apr; 165 (4):333-8.

8. Hoyt RFC, Clevenger RR, McGehee JA. Microsurgical instrumentation and suture material. Lab Anim Oct 2001; 30:38-45.

9. Marianowski L, Barcz E. Biological tissue response to sutures. Ginekol Pol Jul 2004; 75 /7/:570-577.

10. Nary Filho H, Matsumoto MA, Batista AC. Comparative study of tissue response to polyglycaprone 25, polyglactin 910 and polytetrafluoroethylene suture materials in rats. Braz Dent J 2002;13:86-91.

11. Ng M, Linthicum FH Jr. Long term effects of Silastic sheeting in the middle ear. Laryngoscope 1992; 102: 1097-1102.

12. Paparella M, Jung TT. Experience with tympanoplasty for atelectatic ears. Laryngoscope 1981; 91:1972.

13. Stewart DW, Buffington PJ, Wacksman J. Suture material in bladder surgery: a comparison of polydioxanone, polyglactin and chromic catgut J Urol. 1990;143:1261-1263.

14. Wehrs RE. Silicone sheeting in tympanoplasty. Laryngoscope 1979;89:497-9.

15. Yaltiric M, Dedeoglu K, Bilgic B, et al. Comparison of four different suture materials in soft tissue in rats. Oral Dis. 2003; 9:284-286.

Танилцаж, нийтлэх санал өгсөн:

Академич Н.Баасанжав

Залаархаг хавраг (*Ferula ferulaeoides*)-ийн нийлбэр сесквитерпений агчил тавиулах үйлдлийг тогтоосон дүн

Г.Жаргалсайхан¹, Л.Мягмар², Ц.Даш³

¹"АЧ" Анагаах ухааны дээд сургууль

²Эрүүл мэндийн шинжлэх ухааны их сургууль

³Монгол улсын их сургууль

Оршил. Залаархаг хавраг нь Монгол Алтайн нурууны өвөр бэл буюу Ховд аймгийн Булган сумын нутагт ургадаг олон наст өвслөг ургамал юм. Нутгийн ардууд "чийр", "чийрийн давирхай" нэрээр уламжлалт анагаах ухаанд хөхүүл ханиад, ил шарх, харшил зэрэг төрөл бүрийн өвчнийг эмчлэхэд өргөн хэрэглэсээр иржээ. Хаврагийн төрөлд хамаарах *Ferula ovina* зүйл ургамлаас бэлдсэн усан хандны агчил тавиулах (спазмолитик) үйлдлийг туулайн бүдүүн гэдэсний болон усан гахайн шулуун гэдэсний эд дээр судалж тогтоосон байна [1]. Ургамлын гаралтай эмийн бэлдмэлийн агчил тавиулах үйлдлийг судлаачид гол төлөв хулгана, молтогчин туурай, усан гахай зэрэг амьтдын нарийн, бүдүүн гэдэс, уушигны гуурсан хоолойн гэлгэр булчин дээр туршсан баримтууд олон байна [2-4].

Аргачлал. Залаархаг хаврагийн нийлбэр сесквитерпений (НС) агчил тавиулах үйлдлийг Janssen P.A., Jageneau A.J. нарын аргаар буюу лабораторийн цагаан хулганы ходоод-гэдсээр идэвхжүүлсэн нүүрс зөөгдхөх хөдлөл зүйд тулгуурлан судлав [2]. Идэвхжүүлсэн нүүрс ходоод, гэдэсний ханаар шимэгддэггүй бодис юм. Туршилтыг 29-33г жинтэй лабораторийн 20 цагаан хулгана дээр явуулав.

Нийлбэр сесквитерпений тунг тогтоохын тулд түүний хорон чанарын үзүүлэлт болох LD₅₀-ийн утгыг Першингийн аргаар тооцоход 6.45 мг/кг байв.

Туршилтын дүн. Туршилтад авсан 20 хулганыг туршилт эхлэхээс нэг хоногийн өмнө хоол өгөлгүй байлгав. Бүх хулганыг тус бүр 5 амьтан бүхий 4 булэгт хувааж, 1-р бүлгийн 5 хулганыг хяналтад; 2, 3, 4-р бүлгийн хулгануудыг туршилтад авав.

Хүснэгт 1.

НС- ний агчил тавиулах үйлдэл хулганы гэдсээр идэвхжүүлсэн нүүрс зөөгдхөх замын ботинсолт дундажаар дүн

Хяналтын булаг	Бүлэг	Амьтны дугаар			НС-ийн тун (мг/кг)	Карболини тун (г)	Нүүрс зөөгдсэн замын урт (см)	Дундаж утга (см)	Нүүрс зөөгдсэн замын ботинсолт дундажаар (%)	P
		1	2	3						
Хяналтын булаг	1	-	0.15	36.4	38.24	29.82	22.01	0.88	0.74	
	2	-	0.15	38.2						
	3	-	0.15	39.0						
	4	-	0.15	39.6						
	5	-	0.15	38.0						
	1	3	0.15	29.8						
	2	3	0.15	30.4						
	3	3	0.15	30.2						
	4	3	0.15	29.8						
	5	3	0.15	28.9						
2-р бүлэг	1	5	0.15	23.0	22.78	4.78	40.43	0.74	1.53	
	2	5	0.15	22.8						
	3	5	0.15	22.9						
	4	5	0.15	23.2						
	5	5	0.15	22.0						
	1	6	0.15	0						
	2	6	0.15	4.1						
	3	6	0.15	6.2						
	4	6	0.15	7.2						
	5	6	0.15	6.4						
3-р бүлэг	1	-	-	-						
	2	-	-	-						
	3	-	-	-						
	4	-	-	-						
	5	-	-	-						
	1	-	-	-						
	2	-	-	-						
	3	-	-	-						
	4	-	-	-						
	5	-	-	-						
4-р бүлэг	1	-	-	-						
	2	-	-	-						
	3	-	-	-						
	4	-	-	-						
	5	-	-	-						
	1	-	-	-						
	2	-	-	-						
	3	-	-	-						
	4	-	-	-						
	5	-	-	-						

2-р бүлгийн хулганад нийлбэр сесквитерпений глицериний эмульсийг биеийн жингийн 3 мг/кг, 3-р бүлгийн хулганад 5 мг/кг, 4-р бүлгийн хулганад 6 мг/кг тунгаар тус тус уулгаснаас хойш 1 цагийн дараа бүх бүлгийн хулганад 50%-ийн

идэвхжүүлсэн нүүрс агуулсан цардуулын цавууны суспензийг тус бүр 0.3 мл (0.15 г нүүрс агуулсан) хэмжээгээр ходоод руу нь зондоор оруулав. Идэвхжүүлсэн нүүрс өгснөөс хойш 2 цагийн дараа бүх хулганыг нядалж, ходоод гэдсийг хөвөн, гэдсээр нүүрс туугдан явсан замын уртыг хэмжихэд дараах үр дүн ажиглагдав (Туршилтын дүнг Хүснэгт 1-д үзүүлэв).

Хүснэгт 1-ээс харахад хяналтын бүлэг хулганы ходоод-гэдсээр нүүрс зөөгдсөн замын урт дунджаар 38.24 см байна. Гэтэл нийлбэр сесквитерпенийг 3 мг/кг тунгаар өгсөн хулганад дээрх үзүүлэлт дунджаар 29.82 см болж буурсан ба нүүрс 22.01% богино зам туулсан байна.

Нийлбэр сесквитерпенийг 5 мг/кг тунгаар өгсөн хулганы гэдсээр нүүрс туугдан явсан замын урт 22.78 см болж, хяналтын бүлэгтэй харьцуулахад 40.43%-иар богиноссон байна.

Харин нийлбэр сесквитерпенийг 6 мг/кг тунгаар өгөхөд нүүрсний туугдан явсан зам эрс багасаж дунджаар 4.78 см болсон бөгөөд хяналтын бүлгийнхтэй харьцуулахад 87.5%-иар богиноссон байна.



Зураг 1. Хулганы гэдсээр идэвхжүүлсэн нүүрс туугдан явсан байдал

Дүгнэлт. Туршилтын үр дүнгээс дүгнэлт хийхэд *Ferula ferulaeoides*-ийн нийлбэр сесквитерпен цагаан хулганы гэдэсний гүрвэлзэх хөдөлгөөн буюу гөлгөр булчингийн агшилтыг супруулах (спазмолитик) үйлдэлтэй болох нь тодорхой ажиглагдаж байна. 2-4-р бүлгийн хулганы гэдсээр нүүрс туугдан явах замын урт улам богиноссон байдал нь бэлдмэлийн тун ихсэх тусам түүний агчил тавиулах үйлдэл улам идэвхжиж байгааг харуулж байв (Зураг 1).

Ном зүй.

1. Al-khalil S., Agel M., Afifi F., Al-Eisawi D., Effect of an aqueous extract of *Ferula ovina* on rabbit and guninea pig smooth muscle, *J.Ethnopharmacology*, 1990, 30, N1, pp. 35-42

2. Janssen P.A, Jageneau A.J., *Journal of Pharmacia and Pharmacologia*, 1957, V, 9, pp. 381-399

3. Naomesi B.K., Bogale M., Dagne E., Intestinal smooth muscle spasmolytic actions of the aqueous extract of the roots of *Taverniera abyssinica*, *J. Ethnopharmacol.*, 1990, 30, N1, pp.107-113

4. Addy Marian E., Burka John F., Effect of *Desmodium adscendens* fraction 3 on constrictions of respiratory smooth muscle, *J. Ethnopharmacology*, 1990, 29, N3, pp. 325-335

5. Андреева Н.И., Шарова С.А., Некоторые показатели влияния пиразидола на желудочно-кишечный тракт. *Фармакология и токсикология*, 1978, №4, с. 428-432

Танилцаж, нийтлэх санал өгсөн:

Анагаах ухааны доктор,
дэд профессор Г.Чойжамц

Улаанбаатар хотын хүүхдийн цусан дахь хар тугалгын агууламж, мэдрэлийн тогтолцооны талаас илрэх шинжийн хамаарал

О.Байгаль¹, Б.Бурмаа², Ш.Энхцэцэг²
В.Б.Дорогова³, Д.Бадамгарав⁴,
Г.М.Бодиенкова³, А.Нарангэрэл⁴, Г.Гантуяа⁴
¹Нийгмийн Эрүүл Мэндийн Хүрээлэн
² Эрүүл Мэндийн Яам
³ОХУ-ын Ангарскийн Хөдөлмөрийн эрүүл мэнд, хүний экологийн хүрээлэн
⁴Эх нялхсын эрдэм шинжилгээний төв

Судалгааны ажлын үндэслэл, судлагдсан байдал. Хар тугалга нь хүрээлэн буй орчин (агаар, хөрс, цас) будаг, паалантай сав суулга,

керамик саванд удаан хадгалсан, лаазалсан хүнсний бүтээгдэхүүн, хар тугалгаар бохирдсон хүүхдийн тоглоомын талбайн хөрс, хар тугалга агуулсан материалаар хийсэн ус түгээх хоолой зэрэгт агуулагдах бөгөөд хүний биед амьсгал, хоол боловсруулах замаар дамжиж, хоногт дунджаар 0.5мг хүртэл хэмжээгээр ордог бөгөөд цус, зөвлөн эд (бөөр, ясны чөмөг, элэг, тархи), эрдэсжсэн эд (шүд, яс) эрхтэнд хуримтлагдаж сэтгэл зүйн дарамт ихсэх, жирэмсэн, хөхүүл үе, архаг өвчний үед нөөц эрхтнээс цусанд шилжиж, цусан дахь хар тугалгын агууламж нэмэгддэг

байна [1, 2, 3]. Хүний биед нэвтрэн орсон хар тугалгаас насанд хүрсэн хүний биед 10-15% нь, хүүхдийн биед 50% нь хуримтлагдаж үлддэг [4] бөгөөд хар тугалганы нөлөөллөөс цочмог, архаг хордлого үүсдэг [5].

Мэдрэлийн эд, эрхтэн хар тугалгын хордлогод хамгийн их мэдрэг бөгөөд захын мэдрэлийн тогтолцоог гэмтээнсээр хөдөлгөөн алдагдах, үнэрлэх, амтлах мэдрэхүй буурах, анхаарал төвлөрөлт, ой тогтоолт муудах, сонсгал сулрах зэрэг шинжүү илэрдэг байна [6].

Хүүхдийн эрүүл мэндэд орчны агаар, ус, хөрс, цас зэрэгт агуулагдаж байгаа хар тугалгаас гадна хүүхдийн амьдардаг суузнаас төв зам болон хар тугалга ашигладаг үйлдвэрийн газар хүртэлх зайд, лаазалсан хүнсний бүтээгдэхүүний хэрэглээ, амданаа ямар нэгэн юм хийх зуршил, тугалган суурьтай будаг, гоёл чимэглэлийн зүйлс, гэр ахуйн усны хоолой, хүүхдийн тоглоомд агуулагдаж буй хар тугалга нөлөөлдөг (Maria Lurendo Suplido, Annette M.David, Филиппин, 2003) [7], цусан дахь хар тугалгын агууламж 10mg/dl-ээр ихсэх бүрд хүүхдийн оюуны чадамж (IQ) 1-5 хүртэл оноогоор буурдаг болохыг судлан тогтоожээ [8].

Улаанбаатар хотын хүүхдийн цусан дахь хар тугалгын агууламж, түүнд нөлөөлж буй зарим хүчин зүйлийн талаар хэд хэдэн судалгаа хийгджээ [9, 10, 11, 12].

Судалгааны ажлын үндэслэл, судлагдсан байдал. Хар тугалга нь хүрээлэн буй орчин (агаар, хөрс, цас) будаг, паалантай сав суулга, ваар, керамик саванд удаан хадгалсан, лаазалсан хүнсний бүтээгдэхүүн, хар тугалгаар бохирдсон хүүхдийн тоглоомын талбайн хөрс, хар тугалга агуулсан материалаар хийсэн ус түгээх хоолой зэрэгт агуулагдах бөгөөд хүний биед амьсгал, хоол боловсруулах замаар дамжих, хоногт дунджаар 0.5mg хүртэл хэмжээгээр ордог бөгөөд цус, зөөлөн эд (бөөр, ясны чөмөг, элэг, тархи), эрдэжксэн эд (шүд, яс) эрхтэнд хуримтлагдаж сэтгэл зүйн дарамт ихсэх, жирэмсэн, хөхүүл үе, архаг өвчний үед нөөц эрхтнээс цусанд шилжиж, цусан дахь хар тугалгын агууламж нэмэгддэг байна [1, 2, 3]. Хүний биед нэвтрэн орсон хар тугалгаас насанд хүрсэн хүний биед 10-15% нь, хүүхдийн биед 50% нь хуримтлагдаж үлддэг [4] бөгөөд хар тугалганы нөлөөллөөс цочмог, архаг хордлого үүсдэг [5].

Мэдрэлийн эд, эрхтэн хар тугалгын хордлогод хамгийн их мэдрэг бөгөөд захын мэдрэлийн тогтолцоог гэмтээнсээр хөдөлгөөн алдагдах, үнэрлэх, амтлах мэдрэхүй буурах, анхаарал төвлөрөлт, ой тогтоолт муудах, сонсгал сулрах зэрэг шинжүү илэрдэг байна [6].

Хүүхдийн эрүүл мэндэд орчны агаар, ус, хөрс, цас зэрэгт агуулагдаж байгаа хар тугалгаас гадна хүүхдийн амьдардаг суузнаас төв зам болон хар

тугалга ашигладаг үйлдвэрийн газар хүртэлх зайд, лаазалсан хүнсний бүтээгдэхүүний хэрэглээ, амданаа ямар нэгэн юм хийх зуршил, тугалган суурьтай будаг, гоёл чимэглэлийн зүйлс, гэр ахуйн усны хоолой, хүүхдийн тоглоомд агуулагдаж буй хар тугалга нөлөөлдөг (Maria Lurendo Suplido, Annette M.David, Филиппин, 2003) [7], цусан дахь хар тугалгын агууламж 10mg/dl-ээр ихсэх бүрд хүүхдийн оюуны чадамж (IQ) 1-5 хүртэл оноогоор буурдаг болохыг судлан тогтоожээ [8].

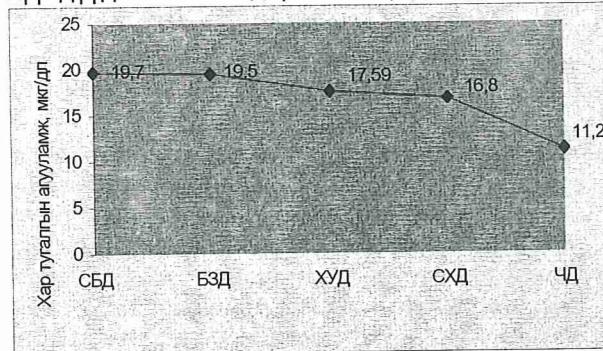
Улаанбаатар хотын хүүхдийн цусан дахь хар тугалгын агууламж, түүнд нөлөөлж буй зарим хүчин зүйлийн талаар хэд хэдэн судалгаа хийгджээ [9, 10, 11, 12].

Судалгааны зорилго. Хүүхдийн цусан дахь хар тугалгын агууламж мэдрэлийн тогтолцооны талаас илрэх шинжийн хоорондын хамаарлыг илрүүлэх зорилгоор судалгааг хийв.

Судалгааны хамрах хүрээ, материал арга зүй. Улаанбаатар хотын 5 дүүргийн 7-14 настны 120 хүүхдийг санамсаргүй түүврийн аргаар сонгон цусны дээж авч, хар тугалгын агууламжийг тодорхойлж, мэдрэлийн эмчийн үзлэг хийж, тусгай боловсруулсан асуумжаар судалгаа хийв.

Цусны дээжид ОХУ-ын Ангарскийн хөдөлмөрийн эрүүл мэнд, хүний экологийн хүрээлэнгийн лабораторт Спектр 5 маркийн багажаар дөлөн атом шингэлтийн спектрометрийн аргаар хар тугалгын агууламжийг тодорхойлж, судалгааны материалд Microsoft Excel, SPSS-10, Statgraphics-6 программуудыг ашиглан статистик боловсруулалт хийлээ.

Судалгааны дүн. Судалгаанд хамрагдсан хүүхдийн цусан дахь хар тугалгын дундаж агууламж $16.54 \pm 9.50 \text{ mg/dl}$ (mcg/dl) байна. Дүүргээр авч үзвэл Сүхбаатар, Баянзүрх дүүргийн хүүхдийн цусан дахь хар тугалгын агууламж бусад дүүргийн хүүхдүүдийнхээс өндөр байна (Зураг 1).



Зураг 1. Улаанбаатар хотын хүүхдийн цусан дахь хар тугалгын агууламж (дүүргээр)

Хүүхдийн цусан дахь хар тугалгын агууламжийг насаар авч үзвэл 12 настай хүүхдийн цусан дахь хар тугалгын агууламж бусад настны хүүхдийнхээс илүү байв (Хүснэгт 1).

Хүснэгт 1.

Хүүхдийн цусан дахь хар тугалгын агууламж
(насаар)

№	Хүүхдийн нас	Хүүхдийн тоо	Хүйс	Цусан дахь хар тугалгын агууламж ($\mu\text{g/dl}$)
1	7 нас	7	Эр	12.8±12.6
		7	Эм	15.0±1.7
2	8 нас	8	Эр	20.5±6.9
		9	Эм	13.8±8.2
3	9 нас	8	Эр	16.6±9.0
		9	Эм	20.2±9.9
4	10 нас	6	Эр	13.0±10.5
		8	Эм	20.0±12.8
5	11 нас	13	Эр	13.9±7.7
		12	Эм	13.6±8.5
6	12 нас	6	Эр	23.3±9.5
		6	Эм	31.6±30.6
7	13 нас	8	Эр	16.8±5.5
		2	Эм	10.0±8.5
8	14 нас	6	Эр	9.1±4.3
		5	Эм	12.8±5.5
	Бүгд	62	Эр	15.7±8.3
		58	Эм	17.1±10.7

Судалгаанд хамрагдсан хүүхдийн дундаж нас 10 ± 2 , нийт хүүхдийн 62 (51.6%) нь эрэгтэй, 58 (48.4%) нь эмэгтэй байсан бөгөөд 29 (24.2%) нь орон сууцанд, 56 (46.7%) нь энгийн галлагаатай сууцанд, 35 (29.1%) нь гэрт амьдардаг байна. Өрхийн ам бүлийн тоо дунджаар 4 ± 1 , сарын дундаж орлого 1 хүнд 20441±13121 төгрөг байна.

Цусны системийн даралт дунджаар 96 ± 10 , диастолийн даралт 64 ± 9 , сүүлийн 1 жилд 60 (50%) нь өвчний учир хичээлээс 1-2 удаа, 4 (3.3%) нь 3-4 удаа, 1 (0.9%) нь 5-аас дээш удаа, 55 (45.8%) нь өвчний учраас чөлөөлгөдөөгүй бөгөөд эдгээр хүүхдүүдийн цусан дахь хар тугалгын агууламжийн хувьд статистикийн магадлал бүхий ялгаа ажиглагдахгүй байна. Хүүхдийн цусан дахь хар тугалгын агууламжийг хүн ам зүйн болон хүүхдийн цусны хар тугалгын агууламжид орчноос нөлөөлж болох хүчин зүйлүүдтэй холбон авч үзвэл амьжиргааны баталгаажих түвшингээс доогуур орлоготой (< 22000 төгрөг) өрхийн хүүхдийн цусан дахь хар тугалгын агууламж амьжиргааны баталгаажих түвшингээс дээш орлоготой (>22000 төгрөг) хүүхдийнхээс илүү байна. Амьжиргааны баталгаажих түвшингээс доогуур орлоготой өрхийн 84.8% нь төвлөрсөн бус халаалттай, 15.2% нь төвлөрсөн халаалттай сууцанд, харин амьжиргааны баталгаажих түвшингээс дээш орлоготой өрхийн 58.6% нь төвлөрсөн бус халаалттай, 41.4% нь төвлөрсөн халаалттай сууцанд амьдарч байгаа бөгөөд орлого багатай өрхүүдийн дийлэнх нь төвлөрсөн бус халаалт, усан хангамжтай сууцанд амьдарч байгаатай бас холбоотой байж болох талтай. Гадаа тоглосны дараа, хоол идэхийн өмнө гарaa

байнга угаадаг хүүхдийн цусан дахь хар тугалгын агууламж заримдаа угаадаг болон ойт угаадаггүй хүүхдийн цусан дахь хар тугалгын агууламжаас бага байгаа бөгөөд статистикийн хувьд магадлал бүхий ялгаатай байна.

Харин хүүхдийн хүйс, сууцны болон усан хангамжийн төрөл, сууцны баригдсан хугацаа, сууцнаас авто зам хүртэлх зайд, гэр бүлийнхнээс нь хар тугалгын нөлөөлөл бүхий орчинд ажилладаг эсэх, лаазалсан хүнсний бүтээгдэхүүний хэрэглээ, гэртээ засвар хийсэн хугацаа, засвар хийсэн тоо, аль улсад үйлдвэрлэсэн будаг хэрэглэсэн зэрэг үзүүлэлтийн хувьд статистикийн магадлал бүхий ялгаа ажиглагдаагүй (Хүснэгт 2, 3).

Хүснэгт 2.

Цусан дахь хар тугалгын агууламжийг хүн ам зүйн үзүүлэлттэй холбон авч үзсэн нь

Үзүүлэлт	Тоо	Цусан дахь хар тугалгын агууламж	Стандарт хазайлт	P-утга
Хүйс				
Эрэгтэй	62	15.7	4.5	>0.05
Эмэгтэй	58	17.1	6.8	
Өрхийн орлого				
1 хүнд <22000 тег	76	20.0	12.3	
1 хүнд >22000 тег	44	10.0	6.3	<0.05

Хүснэгт 3.

Цусан дахь хар тугалгын агууламжийг орчноос нөлөөлж болох хүчин зүйлүүдтэй холбон авч үзсэн нь

Үзүүлэлт	Тоо	Цусан дахь хар тугалгын агууламж	Стандарт хазайлт	P-утга
Сууцны төрөл				
Орон сууц	28	14.6	8.2	
Энгийн галлагаатай сууц	57	16.3	11.2	>0.05
Гэр	35	18.3	14.3	
Сууц баригдсанаас хойшных хугацаа				
<25	84	15.7	12.2	
25-50	30	18.0	9.9	>0.05
>50	6	21.0	10.0	
Гэр бүлийнхнээс нь хар тугалгын нөлөөлөл бүхий орчинд эжилладаг эсэх				
Тийм	7	14.1	4.2	
үгүй	113	16.6	11.8	>0.05
Амьдардаг сууцнаас авто зам хүртэлх зайд				
-50m	76	17.9	10.6	>0.05
50-150m	33	15.0	13.9	
150-250m	11	11.4	8.6	
Усан хангамжийн төрөл				
Төвлөрсөн	28	14.9	8.1	
Гүний худаг	25	17.4	9.0	>0.05
Зөвөрний	67	16.7	13.5	
Лаазалсан хүнсний бүтээгдэхүүний хэрэглээ				
Хөвөр	85	15.3	9.9	
Сард 1-3 удаа	31	20.4	14.7	>0.05
7 хоногт 1-2 удаа	4	8.0	6.5	
Гадаа тоглосны дараа гарсаа угаах дадал				
Байнга	39	9.5	6.7	
Заримдаа	75	19.0	11.9	<0.001
Огт үгүй	6	30.5	5.6	
Хоол идэхийн өмнө гарсаа угаах дадал				
Байнга	44	12.2	7.8	
Заримдаа	70	18.4	12.6	<0.05
Огт үгүй	6	26.2	11.1	
Гэртээ засвар хийсэн хугацаа				
Сүүлийн 1 жилд засвар хийсэн	24	23.3	18.7	>0.05
1-ээс дээш жилийн өмнө засвар хийсэн	96	14.8	8.2	
Аль улсад үйлдвэрлэсэн будаг хэрэглэсэн				
Хягд	118	16.6	9.6	
Бусад улсад	2	10.5	6.3	<0.05
Сууцнаадаа засвар хийсэн тоо				
1-2 удаа	95	16.7	11.7	
3-аас дээш удаа	25	15.6	11.0	>0.05

Судалгаанд хамрагдсан хүүхдийн эрүүл мэнд ялангуяа мэдрэлийн тогтолцооны талаас ямар эмгэг илэрч байгааг асуумж авах, бодит үзлэг хийх замаар судаллаа.

Бодит үзлэгээр 74.1% нь гарын алга хөлрөх, 21.6%-д нь нистагм, 6.3%-д нь мөчдийн арьс хөхрөх, 5%-д нь гар хуруу чичрэх, 1.6%-д нь буйландаа хөх саарал өнгийн зурвас үүсэх шинж тэмдэг илэрсэн байна.

Хамрагдсан хүүхдийн 52.5% нь амархан уурлах, цочромтгой болох, 54.1% нь анхаарал сулрах, 39.1% нь ой тогтоолт муудах, 13.3% нь хичээлдээ дургүй болох, 13.3%-д нь сонсгол сулрах шинж илэрсэн, 11.7% нь төмөр дутагдлын цус багадалт, 11.7% нь мэдрэлийн ядргаа, 3.2% нь бөөрний сувганцрын гэмтэл, архаг нефриттэй гэж оношлогдсон байна.

Цусны хар тугалгын агууламж нь 10 mg/dl хүртэл болон түүнээс дээш агууламжтай хүүхдэд илэрч байгаа мэдрэлийн шинж тэмдгүүдийг харьцуулан авч үзвэл 10 mg/dl-ээс дээш агууламжтай хүүхдэд амархан уурлах, цочромтгой болох, анхаарал сулрах, ой тогтоолт муудах, хичээлдээ дургүй болох шинж тэмдгүүд бага агууламжтай хүүхдийнхээс илүү илэрч байгаа нь статистикийн магадлал бүхий ялгаатай байна (Хүснэгт 4).

Харин бодит үзлэгээр илэрсэн шинж тэмдгүүдийн хувьд статистикийн магадлал бүхий ялгаа ажиглагдаагүй.

Хүснэгт 4.

Хүүхдийн цусан дахь хар тугалгын агууламж, мэдрэлийн тогтолцооны өөрчлөлтийг харьцуулсан нь

Үзүүлэлт	Тоо	Цусны хар тугалгын агууламж		Р-утга
		<10 μ g/dl	>10 μ g/dl	
Амархан уурлах, цочромтгой болох				
Тийм	62	7 (22.6%)	55 (61.7%)	<0.001
Үгүй	58	24 (77.4%)	34 (38.3%)	
Ой тогтоолт муудах				
Тийм	68	3 (9.6%)	65 (73.1%)	<0.001
Үгүй	52	28 (90.4%)	24 (26.9%)	
Анхаарал сулрах				
Тийм	65	9 (29.0%)	56 (62.9%)	<0.001
Үгүй	55	22 (71.0%)	33 (37.1%)	
Хичээлдээ дургүй болох				
Тийм	63	1 (3.2%)	62 (69.6%)	<0.05
Үгүй	57	30 (96.8%)	27 (30.4%)	
Сонсгол сулрах				
Тийм	16	4 (12.9%)	12 (13.5%)	>0.05
Үгүй	104	27 (87.0%)	77 (86.5%)	
Нийт	31 (100.0%)	89 (100.0%)	120	

Хүүхдэд мэдрэлийн талаас илэрч байгаа шинж тэмдгүүд болох ой тогтоолт муудах, анхаарал сулрах, хичээлдээ дургүй болох, сонсгол сулрах шинжүүд нь хүүхдийн цусан дахь хар тугалгын агууламжаас хэрхэн хамаарч байгааг

авч үзвэл ой тогтоолт муудах, анхаарал сулрах шинжүүд нь цусны хар тугалгын агууламжтай урвуу сул хамааралтай байна ($p<0.05$) (Хүснэгт 5).

Хүснэгт 5

Хүүхдэд мэдрэлийн тогтолцооны талаас илэрч буй өөрчлөлтуүд болон цусан дахь хар тугалгын агууламжийн хоорондын хамаарал

Үзүүлэлтүүд	X1	X2	X3	X4	Y (μ g/dl)	
X1	Пирсоны коэффициент Sig. (2-tailed)	1 0.001	0.293 0.009	0.238 0.073	-0.164 0.073	-0.201 0.028
X2	Пирсоны коэффициент Sig. (2-tailed)	0.293 0.01	1 0.073	0.164 0.477	0.066 -0.082	-0.298 -0.175
X3	Пирсоны коэффициент Sig. (2-tailed)	0.238 0.009	0.164 0.073	1 0.375	0.066 0.055	-0.082 0.375
X4	Пирсоны коэффициент Sig. (2-tailed)	-0.164 0.073	0.066 0.477	-0.082 0.375	1 -0.007	-0.007 0.935
Y (μ g/dl)	Пирсоны коэффициент Sig. (2-tailed)	-0.201 0.028	-0.298 0.001	-0.175 0.055	-0.007 0.935	1

Х1-Ой тогтоолт муудах

Х2-Анхаарал сулрах

Х3-Хичээлдээ дургүй болох

Х4-Сонсгол сулрах

Хэлцэмж. 1998 онд Малайзад хийсэн судалгаагаар 6-8 насны хүүхдийн 73.3%-д нь цусан дахь хар тугалгын агууламж 10 mg/dl, дундаж нь 7.7 мкг/дл бөгөөд 17%-д нь цус багадалтын шинж илэрсэн байна (Inga Heinze, Rainer Gross нар) [13]. 2000 онд АНУ-д хийсэн судалгаагаар 1-5 хүртэлх насны 434000 хүүхэд буюу нийт судалгаанд хамрагдсан хүүхдийн 2.2%-д нь цусан дахь хар тугалгын агууламж $>=10\text{mg/dl}$ байсан байна (АНУ, 1999-2000) [14]. БНХАУ-ын Бээжин хотод хийсэн судалгаагаар (2001) хүүхдийн цусан дахь хар тугалгын агууламж 10.9-33 mg/dl байсан байна [15].

Дээр дурьдсан улс орнуудад хийгдсэн судалгааны дунтэй харьцуулж үзвэл Улаанбаатар хотын хүүхдийн цусан дахь хар тугалгын агууламж өндөр байна.

Бидний энэ удаагийн судалгаагаар хүүхдийн цусан дахь хар тугалгын агууламж 1998 онд Б.Бурмаа нарын хийсэн судалгааны дүнгээс өндөр байгаа нь шинжилгээ хийсэн лаборатори, хамрагдсан хүүхдийн тоо, төв замын дагуу амьдарч, суралцаж байгаа хүүхдийг сонгосон, шинжилгээний дээж авсан улирлын ялгаатай байдал зэрэгтэй холбоотой байж болох талтай.

Судалгаагаар цусан дахь хар тугалгын агууламж 12 настай эмэгтэй хүүхдэд бусад насны хүүхдийнхээс илүү байгаа нь энэ насанд эмэгтэй хүүхдийн өсөлт, хөгжлийн чухал үе бөгөөд бэлгийн бойжилт эрчимтэй явагдаж бие маходод нь олон

төрлийн өөрчлөлт гардагтай холбоотойгоор гадны хими, физик, биологийн хүчин зүйлийн нөлөөлөлд илүү мэдрэмтгий болдогтой холбоотой байж болох талтай ч 2 хүүхдийн цусны хар тугалгын агууламж бусад хүүхдийнхтэй харьцуулахад эрс өндөр (75 mg/dl) байсан нь энэ наасны хүүхдийн цусан дахь хар тугалгын дундаж агууламж өндөр гарахад нөлөөлсөн гэж үзэж байна.

Цусанд нь хар тугалгын агууламж өндөр гарсан хүүхдүүдийн амьдралын орчин, эрүүл ахуйн дадал заншлыг тодруулан судалж үзэхэд: цусан дахь хар тугалгын агууламж нь 45mg/dl -ээс дээш байгаа хүүхдүүд нь төвлөрсөн бус халаалттай сууцанд буюу гэр хороололд, автомашины зам болон барилгын материалын дэлгүүрээс 50 хүртэлх метрийн зайд амьдардаг, хашаанд нь автомашины граш байдаг, тухайн хүүхдийн амьдардаг сууц болон суралцдаг ангид засвар хийсэн зэрэг хүчин зүйлүүд нь тэдгээр хүүхдүүдийн цусан дахь хар тугалгын агууламж их гарахад нөлөөлсөн байж болзошгүй юм.

Судалгаанд хамрагдсан хүүхдийн дунд мэдрэлийн тогтолцооны талаас илэрч буй анхаарал сурлах, ой тогтоолт муудах зэрэг өөрчлөлтүүд нь хар тугалгын нөлөөллөөс гадна мэдрэлийн ядаргаа, тархины гэмтэл зэрэг мэдрэлийн терөлхийн болон олдмол эмгэг, иодын дутагдал, зарим химийн хортой бодисын хордлогын үед илэрдэг бөгөөд чухам ямар шалтгааны улмаас дээрх өөрчлөлтүүд илэрч байгааг цаашид нарийвчлан судалж тодруулах хэрэгтэй байна.

Дүгнэлт.

1. Улаанбаатар хотын хүүхдийн цусан дахь хар тугалгын дундаж агууламж нь $16.54 \pm 9.50 \text{ mg/dl}$ бөгөөд стандартад заасан ($>10 \text{ mg/dl}$) хэмжээнээс их байна.

2. Хүүхдэд мэдрэлийн талаас илэрч байгаа ой тогтоолт муудах, анхаарал сурлах шинжүүд нь цусан дахь хар тугалгын агууламжтай урвуу сүл хамаарлтай байна.

3. Хүүхдийн цусан дахь тугалгын агууламж нь өрхийн амьжиргааны түвшин, хүүхдийн гараа угаах дадал, заншилаас хамаарч байгаа нь статистикийн магадлал бүхий ялгаатай байна ($p < 0.05$).

Ном зүй.

- www.eco.nw.ru/lib/data/06/1/110106.htm

2. Хөдөлмөрийн эрүүл мэнд, аюулгүй ажиллагаа (гарын авлага) | дэвтэр, УБ, 2001, х.213-222

3. <http://www.Lenntech.com/Periodic-chort-elements/Pb-en.htm>

4. www.drgreene.com/21_1132.html

5. <http://click.hotlog.ru/?58555>

6. Гигиенические критерии состояния окружающей среды-3, Свинец, ВОЗ, 1980, с.98-116

7. Assessment of Lead Exposure in Schoolchildren from Jakarta, <http://ehp.niehs.nih.gov/members/1998/106p499-501heinze/heinze-full.html>.

8. Division of family Health Services Maternal, Child and Community Health Services <http://www.state.nj.us/health/fhs/chldhlth.htm>

9. Бурмаа.Б, Ундармаа.Б, Мөнхтуяа.А, Уранцэцэг.Ш, "Хүрээлэн буй орчин, Монгол хүний цусанд химийн зарим элемент (зэс, цайр, хар, тугалга)-ийн агууламжийг атом шингээлтийн спектрометрийн аргаар судалсан дүн (тайлан)", УБ, 1998.

10. Дорогова.В.Б, Бурмаа.Б, Энхцэцэг.Ш, Эрдэнэчимэг.Э, Энхжаргал.А, "Влияние загрязнения окружающей среды свинцом на состояние здоровья детей Монголии", Гигиена и санитария, 2001, №1 , с.21-22

11. Бурмаа.Б, Энхцэцэг.Ш, "Хүүхдийн эрүүл мэндэд хүрээлэн буй орчны бохирдлын үзүүлэх нөлөөллийг судалсан дүн", Монгол улсад хүүхдийн хөгжил, сургалт, хүмүүжил, мэдээллийн таатай орчинг төлөвшүүлэх асуудалд (ЭШБХ-ын материал), 2004, УБ хот, х.24-26

12. Дорогова.В.Б, Бурмаа.Б, Энхцэцэг.Ш, Эрдэнэчимэг.Э, Энхжаргал.А, "Влияние загрязнения окружающей среды свинцом на показатели естественной резистентности организма детей Монголии", Бюллетень ВСНЦ СО РАМН №4 (18), 2001, с.20-21

13. Assessment of Lead Exposure in Schoolchildren from Jakarta, <http://ehp.niehs.nih.gov/members/1998/106p499-501heinze/heinze-full.html>.

14. http://www.islamset.com/healnews/bulletin/En_lead.html

15. Environment and People's Health in China, 2001, p.19

Танилцаж, нийтлэх санал өгсөн:
Анагаахын шинжлэх ухааны доктор,
профессор Л.Нарантуяа

Төмөр замын дагуух зарим суурьшлын орчны ундны усны чанарыг илтгэх үзүүлэлтүүдийг бус нутгаар харьцуулан судалсан нь

Д.Баярмаа

Төмөр замын Тээврийн хяналтын албаны Эрүүл мэндийн хяналтын хэлтэс

Судалгааны үндэслэл. 2002 онд Дэлхийн тогтвортой хөгжлийн чуулга уулзалтаас усны нөөц, чанар, аюулгүй байдал, зохистой хэрэглээний асуудлыг нийгмийн хөгжлийн тулгамдсан зорилт гэж тодорхойлсоныг НҮБ хүлээн зөвшөөрч, 2005- 2015 оныг “Ус-амьдралын эх булаг” ажиллагааны олон улсын 10 жил болгон зарлан тунхаглалаа.

Сүүлийн жилүүдэд суурьшилт, шилжилтийн тасралтгүй хөдөлгөөн, үйлдвэрлэл, ахуйгаас гарах хатуу, шингэн хог хаягдал, нефтийн бүтээгдэхүүн хадгалах, хэрэглэх, уул уурхай, алт олборлох үйлдвэрлэлийн үйл ажиллагааны улмаас хүрээлэн байгаа орчин, түүний дотор гадаргуугийн болон газрын доорх усны эх үүсвэр ихээхэн бохирдохын зэрэгцээ эрчимтэй дулааарлын нөлөөгөөр дэлхийн экосистем гүнзгий хямралд орж, газрын доорх усны бүрэлдэн тогтох горим өөрчлөгдөж, нөхөгдөх шинж, нөөц нь эрс багасч байгааг мэргэжлийн байгууллага, судлаачид тогтоожээ [2, 3, 4, 5].

Манай орны хувьд нийт хүн амын 80% орчим нь унд ахуйн хэрэгцээнд газрын доорх усны эх үүсвэрийг ашиладаг. [4, 6] Газрын доорх усны эх үүсвэрийг гадаргуугийн устай харьцуулахад чанар, найрлага нь тогтмол, бохирдолтод бага ёртдөг ч химийн найрлага нь тухайн нутаг орны газар зүйн онцлог, хөрс, чулуулгаас хамааран өөр өөр байдгаас нутагшмал зарим өвчин, эмгэгийн шалтгаан болж байгаа нь эмч, судлаачдын анхаарлыг татах боллоо [6, 7, 8, 9].

Өнөөдөр дэлхийн анагаах ухаанд ундны усны чанар, найрлага, зохимж нь шууд ба дам байдлаар олон төрлийн өвчин эмгэг үүсгэдгийг нэгэнт тогтоожээ.

Иймд суурьшлын томоохон суурингууд, бус нутгуудын ундны усны хангамж, хүрэлцээ, чанар, найрлага, аюулгүй байдалд эрүүл ахуйн үнэлгээ өгөх, уснаас шалтгаалсан халдварт ба халдварт бус өвчлөлийг тогтоох, урьдчилан сэргийлэх нь нийгмийн эрүүл мэндийн салбарын тулгамдсан зорилт болж байна.

Судалгааны зорилго. Төмөр замын дагуух томоохон зангилаадын унд ахуйн усны чанарыг илтгэх үзүүлэлтүүдийн дундаж агууламжийг бус

нутгаар тогтоож, стандарттай харьцуулан үнэлгээ өгөх.

Судалгааны зорилт:

1. Төмөр замын дагуух томоохон зангилаадын төвлөрсөн усан хангамжийн системийн усанд хийсэн хими, бичил амь судлалын шинжилгээний сүүлийн 5 жилийн үзүүлэлтүүдийг нэгтгэн боловсруулах,

2. Ундны усны чанарт нөлөөлөх мэдрэгдэх, усны чанарыг илтгэх химийн элементүүд, шим бохирдолт, нян судлалын үзүүлэлтүүдийн дундаж агууламж, хэлбэлзэлийг тогтоох,

3.Дундаж агууламж, хэлбэлзэлийг манай улсад мөрдөж байгаа ундны усны стандарттай харьцуулан эрүүл ахуйн үнэлэлт дүгнэлт өгөх,

Судалгааны хамрах хүрээ, хэмжээ. Судалгааны ажлын хамрах хүрээгээр хойд хилээс урд хил хүртэлх хүн ам олноор суурьшсан төвлөрсөн усан хангамж бүхий 12 зангилаа, сууринг сонгосон бөгөөд эдгээр нь хангай, хээр, говийн харилцан ялгаатай бус нутгуудыг хамарч байгаа тул төмөр замын үндсэн ангилалын дагуу хойд, урд шугам зам, төвийн хэсэг гэж 3 бүсээр ангилав. Үүнд:

а) Хойт шугам замд-Салхит, Зүүнхараа, Баруунхараа, Орхонтуул

б) Төвийн хэсэгт-Баянбуурал, Булагтай, Багахангай

в) Урд шугам замд-Чойр, Айраг, Сайншанд, Улаан-Уул, Замын-Үүд зангилаа орно.

Хэмжээ: Төмөр замын томоохон 12 зангилаа, суурьшлын орчны төвлөрсөн усан хангамжийн эх үүсвэр, шугам сүлжээ, хэрэглэгчээс 5 жилийн хугацаанд 1041 сорьц авч, химийн 14, нян судлалын 4, нийт 18 үзүүлэлтээр ундны усны шинжилгээг хийсэн байна.

Судалгааны материал, арга зүй. Судалгаанд Төмөр замын Тээврийн хяналтын албаны Эрүүл мэндийн хяналтын хэлтсийн хими, нян судлалын лабораториудад 2000-2004 онд хийсэн унд ахуйн усны шинжилгээний дүн, тайлангийн материалыг ашиглав.

Ундны усны чанар, аюулгүйн шаардлагыг илтгэх (амт, үнэр, өнгө, булингар) мэдрэгдэх үзүүлэлтүүдийг “Ундны усанд амт, үнэр, өнгө, булингарыг тодорхойлох арга” УСТ 3900-86, усны мэдрэгдэх чанарт нөлөөлөх химийн бодисуудаас кальц, магни, төмрийн нийт хэмжээ, ерөнхий хатуулаг, хлорид, нитрат, аммиак, нитритийг (MNS

ISO 6059:2001, MNS ISO 9280: 2001, MNS 4430:97, УСТ 3976-87) эзэлхүүний болон спектрофотометрийн, хор судлалын үзүүлэлтээс фторыг фотоэлектроколориметрийн (MNS ISO 10359-1:2002), нийт нянгийн тоо, колититр, колининдекс, гэдэсний булгийн эмгэг төрөгчийг микробиологийн шинжилгээний аргуудыг тус тус ашиглан гүйцэтгэв.

Ундны усны чанарыг илтгэх үзүүлэлтүүдийн дундаж агууламж, хэлбэлзэлийг статистик боловсруулалтын Excel программ дээр тооцож, зангилаа тус бүрээр болон судлагдсан объектуудын дундажийг стандарттай харьцуулан эрүүл ахуйн үнэлгээ дүгнэлтийг гаргав.

Судалгааны үр дүн.

Хүснэгт 1

Ундны усны чанарыг илтгэх үзүүлэлтүүдийн дундаж агууламж (бүс нутгаар)

№	Үзүүлэлт (хэмжийн нэгж)	Хойд шугам	Төвийн хэсэг	Урд шугам	Зам
1	Амт (бл)	0.4±0.15	0.48±0.14	0.7±0.11	0.52±0.14
2	Үнэр (бл)	0.8±0.43	3.03±2.3	1.99±1.0	1.23±1.24
3	Өнгө (гр)	2.34±0.57	1.65±0.64	12.8±3.08	5.6±1.43
4	pH	6.75±0.05	6.86±0.07	7.24±0.39	6.95±0.17
5	Түнгэлэг	>33	>33	>33	>33
6	Хатуулаг	4.6±0.26	5.02±0.37	4.35±0.28	4.66±0.3
7	Кальц (мг/л)	58.03±3.6	62.39±4.69	50.1±3.78	56.84±4.02
8	Магни (мг/л)	19.7±2.42	23.75±2.84	21.45±2.28	21.63±2.51
9	Хлорид (мг/л)	25.84±4.22	28.95±5.17	29.49±25.16	116.39±11.52
10	Аммиак (мг/л)	0.1±0.03	0.18±0.08	0.29±0.07	0.19±0.06
11	Нитрит (мг/л)	0.04±0.03	0.004±0.002	0.06±0.04	0.03±0.02
12	Нитрат (мг/л)	2.05±0.39	2.19±0.41	2.34±0.39	2.19±0.4
13	Төмөр (мг/л)	0.1±0.05	0.19±0.1	0.37±0.11	0.22±0.09
14	Фтор (мг/л)	0.58±0.08	0.84±0.11	1.81±0.09	1.08±0.09
15	Нянгийн тоо	23.07±13.21	20.46±9.21	43.13±21.99	28.89±14.8
16	Колититр	300.3±17.81	323.1±4.57	302.3±11.51	308.57±11.3
17	Колининдекс	4.35±0.87	3.12±0.05	10.21±6.79	5.89±2.57
18	ГБЭТ	0	0	0	0

Ундны усны мэдрэгдэх чанарт нөлөөлөх үзүүлэлтүүдээс амт замын хэмжээнд дундажаар 0.52 ± 0.14 мг/л буюу 0.33 ± 0.11 мг/л-ээс 1.31 ± 0.07 мг/л-т, үнэр дундажаар 1.23 ± 1.24 мг/л буюу 0.4 ± 0.16 -аас 3.49 ± 1.96 мг/л-т, өнгө дундажаар 5.6 ± 1.43 мг/л буюу 1.04 ± 0.38 -аас 9.45 ± 3.04 мг/л-т хэлбэлзэж, түнгэлэг >33 см байгаа нь “Ундны ус. Эрүүл ахуйн шаардлага, түүнд тавих хяналт” УСТ 900-92-т нийцэж байв.

Ундны усны чанарыг илтгэх химийн үзүүлэлтүүдээс хатуулаг замын хэмжээнд дундажаар 4.66 ± 0.3 мг/л буюу 1.56 ± 0.26 мг/л-ээс 6.98 ± 0.49 мг/л-т, кальци дундажаар 56.84 ± 4.02 мг/л буюу 16.0 ± 2.92 мг/л-ээс 79.37 ± 5.43 мг/л-т, магни дундажаар 21.63 ± 2.51 мг/л буюу 9.52 ± 1.76 мг/л-ээс 34.62 ± 4.16 мг/л-т, хлорид дундажаар 116.39 ± 11.52 мг/л буюу 19.09 ± 4.74 мг/л-ээс 609.1 ± 34.49 мг/л-т, нийт төмөр дундажаар 0.22 ± 0.09 мг/л буюу 0.04 ± 0.02 мг/л-ээс $1.090.27$ мг/л-т хэлбэлзэж байна.

Дэээрх үзүүлэлтүүдийн замын хэмжээний дундаж агууламжийг стандарттай харьцуулахад

эрүүл ахуйн шаардлагыг хангаж байгаа боловч зангилаа тус бүрээр авч үзвэл ундны усны чанарыг илтгэх зарим үзүүлэлтүүд “Ундны ус. Эрүүл ахуйн шаардлага, түүнд тавих хяналт” УСТ 900-92-т заасан зөвшөөрөгдөх хэмжээнээс их буюу бага байна. Тухайлбал: Ундны усны кальци (16.0 ± 2.92 мг/л), магни (9.52 ± 1.76 мг/л) хамгийн бага агууламж Зүүнбаян зангилаанд, фторийн хамгийн бага агууламж Баянбуурал (0.43 ± 0.15 мг/л), Баруунхараа (0.52 ± 0.08 мг/л) зангилаанд тодорхойлогдож байв.

Харин Замын-Үүд зангилаанд ундны усны хлорид (609.1 ± 34.39 мг/л), Айраг зангилаанд магни (34.62 ± 4.16 мг/л), Чойр зангилаанд нийт төмөр ($1.090.27$ мг/л), Улаан-Уул (2.08 ± 0.12 мг/л), Сайншанд (2.08 ± 0.06 мг/л) зангилаадад фторийн агууламж стандартад заасан нормоос тус тус их байна.

Ундны усны шим бохирдолтыг илтгэх үзүүлэлтүүдээс аммиак замын хэмжээнд дундажаар 0.19 ± 0.06 мг/л, нитрит 0.03 ± 0.02 мг/л агуулагдаж, аммиак Чойр зангилаанд (0.58 ± 0.1 мг/л), нитрит Сайншанд зангилаанд (0.18 ± 0.18 мг/л) хамгийн их, аммиак Орхонтуул зангилаанд (0.02 ± 0.01 мг/л), нитрит Баянбууралд (0.01 ± 0.0008 мг/л) хамгийн бага тодорхойлогдоо.

Нийт нянгийн тоо замын хэмжээнд дундажаар 28.89 ± 14.8 байгаа нь стандарт, эрүүл ахуйн шаардлага хангаж байгаа боловч, нэгж эзэлхүүн дэх гэдэсний булгийн савханцаар заалт 5.89 ± 2.57 буюу “Ундны ус. Эрүүл ахуйн шаардлага, түүнд тавих хяналт” УСТ 900-92-т заасан зөвшөөрөгдөх хэмжээнээс их байна.

Дүгнэлт:

1. Төмөр замын дагуух томоохон зангилаадын унд ахуйн усны чанарыг илтгэх үзүүлэлтүүдийн дундаж агууламжийг хойд, урд шугам зам, төвийн хэсэг буюу бүс нутгаар тогтоож, манай улсад мөрдэж байгаа ундны усны стандарттай харьцуулахад замын хэмжээнд аммиак 0.19 ± 0.06 мг/л, нитрит 0.03 ± 0.02 мг/л илэрч, колининдекс 5.89 ± 2.57 байгаа нь стандарт, эрүүл ахуйн шаардлагыг хангахгүй байна.

2. Ундны усны мэдрэгдэх чанарт нөлөөлөх болон усны чанарыг илтгэх химийн, бичил амь судлалын бусад үзүүлэлтийн замын хэмжээний дундаж агууламж манай улсад мөрдэж байгаа ундны усны стандартын шаардлагыг хангаж байна.

3. Төмөр замын зангилаа буюу суурьшлын орчин тус бүрээр авч үзвэл хойд шугам замын судалгаанд хамрагдсан зангилаадын ундны усны фторийн дундаж агууламж стандартад заасан хэмжээнээс бага, урд шугам замын Чойр, Айраг, Улаан-Уул, Замын-Үүд, Сайншанд зангилаадын

ундны усны чанарыг илтгэх химиин 1-3 үзүүлэлт стандарт, эрүүл ахуйн шаардлагыг хангахгүй байна.

Цаашид:

1. Ундны усны фторийн агууламж багатай хойд шугам замын Баянбуурал, Салхит, Баруунхараа, Орхонтуул зангилаадын хүн амын дунд шүд цоорох, фторийн агууламж ихтэй урд шугам замын Айраг, Сайншанд, Чойр, Улаан-Уул зангилаадын хүн амын дунд шүд цоохортой эмгэгийг ундны усны хүчин зүйлтэй холбон судлах,

2. Кальц, магнийн агууламж багатай Зүүнбаян зангилааны хүн амын дунд зүрх судасны өвчлөл, бамбай булчирхайн эмгэгийн судлах, хүүхдийн бие бялдарын есслентэнд хэмжилт судалгаа хийх,

3. Чойр зангилааны төвлөрсөн усан хангамжийн ус түгээх шугам сүлжээг солих, ундны усыг төмөргүйжүүлэх, шүүх төхөөрөмж суурилуулах,

4. Зөөврийн усан хангамжтай зангилаадын ус нөөцлөх сангуудыг угааж цэвэрлэх, халдвартгүйтгэх,

5. Ундны усны эх үүсвэрүүдийн ашиглалт хамгаалалтыг сайжруулах, ус олборлох, түгээх, ашиглагч байгууллагуудын үүрэг хариуцлагыг сайжруулах,

6. Хүн амыг мэдээлэлээр хангах нь зэрэг арга хэмжээг авах нь зүйтэй.

Ном зүй.

1. Байгаль орчин-5. Усны тухай хууль тогтоомж, БОЯ-ны албан мэдээлэл.-УБ.— 1997.

2. Захарченко. М.П., Маймолов. В.Г., Шабров. А.В. Диагностика в профилактической медицине. - СПб, изд - МФИН, 1997.- с.516.

3. ЭМЯ, УМХГ, НЭМХ. Эрүүл ахуй халдварт судлалын хяналтын алба -70. Онол практикийн бага хурлын материал. УБ, 2003. х.154.

4. ШУТИС, Японы Мияаконожо УТДС. Монгол орны зарим бус нутгийн усны шинж чанар, ус цэвэрлэгээний аргууд. УБ.—2002-х.155.

5. (УТИС, Нийслэлийн Хот байгуулалт, хөрөнгө оруулалтын газар. Эрдэм шинжилгээний бичиг. "Ус-хойч үеийнхэнд", "Цэвэр орчин ба хэмнэлт". Эрдэм шинжилгээний бага хурал № 6/58-УБ.- 2003, х.124.

6. Нарантуяа Л. Эколого-гигиенические проблемы обеспечения здоровья сельского населения Монголии в связи с водным фактором. Автореферат дисс. док. мед.наук.- СПб. 1998. с.36.

7. Пивоваров Ю.В., Королик В.В., Зиневич Л.С. Гигиена и основы экологии человека.- Москва, изд - Академия, 2004. с.45- 62.

8. Под общей редакцией акад.РАМН Румянцев Г.И. Гигиена. Москва, изд ГЭОТАР-Мед, 2001.-с. 600.

9. Под редакцией Акулова. К.И., Буштуевой.К.А. Коммунальная гигиена- Москва, изд - Медицина, - 1986. с.41-44.

10. ТЗ-ын ХЭГ. Орос-Монголын хувь нийлүүлсэн "УБТЗ" нийгэмлэгийн 55 жилийн оид зориулсан Эрдэм шинжилгээний онол практикийн бага хурлын илтгэлийн эмхэтгэл. УБ. 2004. х.254-257.

11. "Ундны ус. Эрүүл ахуйн шаардлага, түүнд тавих хяналт" Монгол Улсын Стандарт 900-92. УБ.1992.

**Танилцаж, нийтлэх санал өгсөн:
Анагаахын шинжлэх ухааны доктор,
профессор Л.Нарантуяа**

Халдварт зарим өвчний түвшинг харьцуулан судлах асуудалд

Д.Гомбсүрэн Говь-Алтай аймгийн эрүүл мэндийн газар

Халдварт өвчний дотор ихэнх хувийг эзэлдэг өвчний нэг нь вируст гепатит юм. Гэдэсний халдварт өвчин нь хөрс шороо ундааны ус, хоол хүнсний хангамж, хүн амын ариун цэвэр, халдварт хамгаалал, орчны нөхцөл зэрэгтэй хамааралтай байдаг. Халдварт өвчнүүдээс гэдэсний гэгдэх халдварт хүний өөрийн нь амьдрал дадал, заншилтай холбон тайлбарлаж болох юм [2, 4, 5].

Цусан суулга, вируст гепатит өвчний тархалтыг Говь-Алтай аймгийн түвшинд судлан, урьдчилан

сэргийлэлт, ариун цэвэр эрүүл ахуй ба халдварт эсэргүүцэх, халдвартын голомтыг эрт илрүүлэх, ариутгал, халдвартгүйтгэлийг хийх, сургалт, сурталчилгаанд нийтийг хамруулах зарим халдвартын түвшинг харьцуулан судлаж авах арга хэмжээг боловсронгуй болгох нь сэргийлэлтийн нэг үндэс болдог тухай эрдэмтэд судлан тэмдэглэжээ [1, 2, 3].

Зорилго. Сүүлийн 10 гаруй жилд Говь-Алтай аймагт гарсан халдварт өвчнүүдээс вируст гепатит, цусан суулга өвчний гаралтыг харьцуулан тохиолдлын түвшинг хөдөөгийн нөхцөлд судлаж, нөлөөлөх хүчин зүйлс (ариун цэвэр, халдварт

хамгааллын дэглэм)-тэй холбон дүгнэлт гаргах зорилгоор энэхүү судалгааг хийв.

Судалгааны аргазүй, материал. Говь-Алтай аймгийн эрүүл мэндийн газар, аймгийн нэгдсэн эмнэлэг, нийгмийн эрүүл мэндийн төвийн 1992-2002 онд бүртгэгдсэн вируст гепатитийн 2259 тохиолдол, цусан суулга өвчний 184 тохиолдлыг нас, хүйс, улиралчлал, Алтай хот, сумдын түвшингээр судлав.

Судалгаанд "Халдварт өвчиний голомтын халдварт судалгааны карт (ЭММНо 10а, ЭМНХЯ)", "ЭМНХЯ, 1997-7"-аар батлагдсан "яаралтай мэдээлэх хуудас"-ыг гол баримт бичиг болгон ашиглал.

Өвчлөлийн түвшинг судлахдаа экстенсив үзүүлэлт, харьцуулах үзүүлэлтийг бодож гаргах, интенсив үзүүлэлтийг бодит тоо, харьцангуй ба дундаж хэмжигдэхүүнүүдийг хялбарчлах аргуудыг ашигласан болно. Экстенсив ба интенсив үзүүлэлтийн аргыг хэрэглэсэн.

Судалгааны үр дүн.

Хүснэгт 1

Говь-Алтай аймагт гарсан вируст гепатит, цусан суулга өвчиний тархалт (1992-2002, 10000-д)

	Вируст гепатит		Цусан суулга	
	Бодит тоо	10000-д	Бодит тоо	10000-д
1992	170	24.0	15	2.1
1993	91	12.7	30	4.2
1994	190	26.0	45	6.0
1995	227	31.1	19	2.5
1996	225	30.8	9	1.2
1997	145	20.6	24	3.4
1998	136	19.4	15	1.9
1999	97	13.8	12	1.7
2000	583	84.1	8	1.2
2001	192	28.8	3	0.4
2002	203	30.5	5	0.7
Дундаж	205.4	29.2	16.8	2.3

Энэхүү судалгаанаас үзэхэд сүүлийн 11 жилийн (1992-2002) дунджаар вируст гепатитийн өвчлөлийн тохиолдол 205.4 буюу 10000 хүн амд 29.2 байгаагийн дотор вируст гепатитийн хамгийн бага өвчлөл 1993 онд 91 тохиолдол буюу 10000 хүн амд 12.7 болсон нь 11 жилийн дунджаас 2.3 дахин бага байхад вируст гепатитийн хамгийн өндөр өвчлөл 2000 онд 583 тохиолдол бүртгэгдэж, 10000 хүн амд 84.1 болсон нь аймгийн дунджаас 2.9 дахин нэмэгджээ.

Харин цусан суулгын өвчлөл 11 жилийн дунджаар 16.8 тохиолдол буюу 10000 хүн амд 2.3, хамгийн бага өвчлөл 2001 онд 3 тохиолдол буюу 10000 хүн амд 0.4, хамгийн их өвчлөл нь 1994 онд 45 тохиолдол бүртгэгдсэн нь 10000-д 6.0 байна.

Вируст гепатит өвчиний тохиолдол 2000-2002 онд 10000 хүн амд 28.8-84.1 болж өсөн нэмэгдэж байгаа нь сүүлийн үед ариун цэвэр, халдварт хамгааллын дэглэм супарч хүн амын эрүүл мэндийн боловсрол, мэдлэг чадамж хангалтгүй, нөгөө талаас хөдөөгийн хүн амын ядуурал, зуд турханы нөлөөнд нэрвэгдэж амьдралын түвшин дошилж байгаатай зарим хэсэг нь холбоотой гэж бид үзэж байна.

Харин цусан суулга өвчин сүүлийн 3 жилийн байдлаар (2000-2002) 10000 хүн амд 0.4-1.2 болж буурсан үзүүлэлт гарч байгаа нь бусад суулгын халдвараас ялан салгаж оношлох үйл ажиллагаатай ч холбоотойгоор багассан мэт харагдаж болохыг угүйсгэхгүй юм.

Ер нь халдварт өвчиний бууруулах, хүн амын ариун цэврийн түвшинг дээшлүүлэх, халдвартын голомт, албан газар, сургууль, цэцэрлэг, хүнсний бүтээгдэхүүний цэг салбаруудад урьдчилан сэргийлэх ариутгал, халдвартгүйтгэл, шавьжгүйтгэл, мэрэгчгүйтгэлийг заавар, журмын дагуу хийх ажил үндсэндээ орхигддээ.

Хүснэгт 2

Говь-Алтай аймгийн вируст гепатитийн өвчлөлийг улиралчлалаар нэгтгэн гаргасан үзүүлэлт (1992-1997, 1998-2002, хувиар)

Он	Вируст гепатит								Дун. %
	I Тоо	I %	II Тоо	II %	III Тоо	III %	IV Тоо	IV %	
1992-1997	225	21.5	240	22.9	205	19.5	378	36.1	1048 100.0
1998-2002	247	20.4	219	18.1	211	17.4	534	44.1	1211 100.0
Дундаж дун	236	20.9	229.5	20.5	208	18.4	456	40.2	1129 100.0

Энэхүү хүснэгтээс үзвэл өвчлөлд улиралчлалын нөлөө аль хир байдгийг тодруулан судлахад сүүлийн 11 жилийн дунджаар (1992-2002) вируст гепатитийн өвчлөлийн тохиолдол 456(40.2), 1992-1997 онд дээрх үзүүлэлт 378 (36.1), 1998-2002 онд 534 (44.1) байгаа нь 1 дүгээр улиралд өвчлөлийн тохиолдол хамгийн өндөр түвшинд, эхний байрыг эзлэж байна. Вируст гепатитийн өвчлөлийн улиралчлалыг 11 жилийн үзүүлбэл 236 (20.9), 1992-1997 онд дээрх үзүүлэлт 225 (21.5), 1998-2002 онд 247 (20.4%) байна.

Вируст гепатит нь хүйтэн сэргүүний улиралд хүн ам бөөгнөрч суурьшилын байдалд орох, нөгөө талаас хүнсний ногоо, жимс жимсгэнийг дотоодын болон гадаад орууудаас зөөвөрлөх, хүнсэндээ хэрэглэхдээ эрүүл ахуй, халдварт хамгааллын дэглэмийг зөрчиж, угааж цэвэрлэх, дэглэмийг алдагдуулж байгаатай зарим талаар холбоотой гэж бид үзэж байна.

Харин цусан суулгын өвчлөлийг улиралчлалаар үзвэл, 11 жилийн дунджаар 2 дугаар улиралд 34 (36.9%), дээрхи үзүүлэлт 1992-

1998 онуудад 41 (28.9%), 1998-2002 онд 11 (26.1%) байхад, 1, 4 дүгээр улирлуудад цусан суулгын өвчлөл нэмэгдэх хандлагатайг 1992-1997 оны 1 дүгээр улиралд 41 (28.9%), 1998-2002 онд 13 (30.9%) бүртгэгдсэн бол, мөн онуудын 4 дүгээр улиралд 35 (24.6%) ба 13 (30.9) байгаа нь, урин дулааны улиралд цусан суулгын өвчлөл нэмэгддэг нь хүнсний аюулгүй байдал, гэдэсний халдвартыг дамжуулан тараагч ялаа, батгана, хог хаягал, бохир орчинд ахуйн хортон шавьж ёсёж үржих, ундааны усны ариун цэвар, эрүүл ахуй, халдварт хамгааллын аюулгүйн журам зөрчигдэж, усыг түүхийгээр уух зэрэг ахуй амьдралын түвшинтэй хамааралтай байж болох юм.

Хүснэгт 3

Вируст гепатит, цусан суулгын өвчлөлийг ажил мэргэжлээр нэгтгэн гаргасан үзүүлэлт
(1992-1998, 1998-2002, Хувиар)

Он	Харыгуулсан өвчтөл	Бүх тохиолдол	Үүнээс мэргэжлээр									
			Ажилтнин	Малчин	Албан хаагч	Оюутан	Сурагч	Цэцүү, яслийн насны ясьль	Гриппийн хүүхэд	Ажилгүй		
1992-1997	Вируст гепатит	1048	4.5	7.8	6.0	1.3	13.3	10.1	4.2	39.3	13.5	
	Цусан суулга	142	5.6	11.3	1.4	1.4	9.2	7.1	3.0	46.0	15.5	
1998-2002	Вируст гепатит	1211	1.7	7.3	2.6	2.1	25.0	16.8	0.4	36.5	7.7	
	Цусан суулга	42	2.4	21.4	7.1	-	9.5	7.1	-	45.2	7.1	

Энэ 3-р үзүүлэлтээс үзвэл, вируст гепатитаар өвчлөгсдийг ажил мэргэжлээр нь ангилбал 1992-1997 онуудад гэртээ хүмүүжиж, бойжих байгаа хүүхэд 39.3%, ажилгүйчүүд 13.5%, 1998-2002 онд дээрх үзүүлэлтүүд 36.5% ба 7.7% болж, сурагчид 25%-ийг эзлэх болжээ. Сурагчид, гэртээ байгаа хүүхдийн тоо буураагүй, харин ажилгүйчүүд 5.8%-иар багассан байна. Гэртээ байгаа хүүхэд түлхүү өвчилж байгаа мэт харагдавч яслид хүмүүждэг хүүхдийн тоо цөөн байдагтай холбоотой гэж үзэж байна.

Харин цусан суулга өвчний тохиолдол 1992-1997 онд өвчлөгсдийн 46.6%, 1998-2002 онд 45.2%-ийг эхний байранд байгаа нь тэдний биеийн онцлог, ариун цэвэр, эрүүл ахуйн дэглэм сахихтай холбоотой байж болох юм.

Вируст гепатит, цусан суулгын өвчлөлийг тухайн онуудын өвчлөлийн бүлэглэсэн насны ангиллаар авч үзвэл 1992-1997 онд вируст гепатитаар өвчлөгсдөөс 0-16 насны хүүхэд 65.3%, 1998-2002 онд дээрх үзүүлэлт 78.2%, болж ёссэн байхад, 1992-1997 онд цусан суулгаар өвчлөгсдөөс 0-16 насны хүүхэд 61.9%, 1998-2002 онд дээрх үзүүлэлт 66.7% болсон нь ойролцоо түвшинд байгааг харуулж байна. Үүнээс үзвэл

вируст гепатит, цусан суулга өвчнөөр ихэвчлэн бага насны хүүхэд илүүтэй өвчилдөг гэсэн судалгаатай бидний судалгааны дүн дүйж байна.

1992-2002 онд вируст гепатитийн 1644 (72.8%), Алтай хотод 615 (27.2), сумуудад дээрх онд цусан суулгын 184 тохиолдол бүртгэгдсэнээс Алтай хотод 149 (81.0%), сумдад 35 (19%) гарчээ.

Дүгнэлт.

1. Вируст гепатитийн сүүлийн 11 жилийн (1992-2002) өвчлөлийн дундаж тохиолдол 205, 10000 хүн амд 29.2%, хамгийн бага өвчлөл 1993 онд 91 тохиолдол буюу 12.7%, хамгийн өндөр өвчлөл 2000 онд 583 (84.1%) болж, аймгийн дунджаас 2.9 дахин нэмэгдсэн нь хүн амын ариун цэврийн түвшинг дээшлүүлэх, халдвартын голомт болон хүнсний аюулгүйн баталгаа алдагдаж, хүүхдийн байгууллага, хүнсний цэгүүдэд, Урьдчилан сэргийлэх, ариутгал, шавьжгүйтгэл, мэрэгчгүйтгэл, халдвартгүйтгэлийн ажил үндсэндээ орхигдсон нь нөлөөлсөн гэж үзэж байна.

2. Цусан суулгын өвчлөл 11 жилийн дунджаар 16.8 тохиолдол буюу 10000 хүн амд 2.3, хамгийн бага өвчлөл 2001 онд 3 тохиолдол буюу 0.4, хамгийн их өвчлөл 1994 онд 6.0 болсон нь суулгат халдвараас яланг салгах болсонтой холбоотой байж болох юм гэж бид үзэж байна.

3. Вируст гепатит, цусан суулга өвчнөөр бага насны хүүхэд илүүтэй өвчилж байна.

Ном зүй.

1. Баткис Е.Л. Учебное пособие по медицинской статистики, Л, 1972, с.42-45

2. Дагвадорж.Я, Баярмагнай Б, Байгаль.Б, Наранцэцэг.Д, Долгор.Д Монгол дахь Е вируст гепатитийг судлах асуудалд, Урьдчилан сэргийлэх анагаах ухааны асуудлууд, УБ, 1998, x.49

3. Дэлгэр Т, Байгаль Б, Аира Т, Ананд С. "Гэдэсний халдварт өвчний бүтэц", Халдварт өвчний тулгамдсан асуудлууд", УБ, 1999, x.24-26

4. Нямдаваа П, Цацрал Х, Оюунбат Т, Энхбат О, Янжмаа Ш, Оюунбилэг Ж. "Насанд хүрсэн монгол эрчүүдэд В вируст гепатитийн маркеруудын тархалтыг судалсан дүн", Урьдчилан сэргийлэх анагаах ухааны асуудлууд, УБ, 1998, x.50

5. Покровский В.И, Ющук Н.Д. "Этиология, эпидемиология, патогенез дизентерия", Москва, 1994, с.6-35

Танилцаж, нийтлэх санал өгсөн:
Анагаах ухааны доктор Н.Цэнд

Монгол улсын эрүүл мэндийн салбар дахь сувилагч, эмнэлгийн бусад мэргэжилтний эрэлт хэрэгцээ

Б.Баярсайхан¹, Б.Ганьдмаа², Ж.Нүрзэдмаа³

Ч.Сүнжидмаа⁴, Х.Энхмаа⁵, Д.Энх-Амгалан⁶

¹Эрүүл мэндийн яам

²ГССЗКЭ

³Шастины клиникийн төв эмнэлэг

⁴Дундговь аймгийн нэгдсэн эмнэлэг

⁵Завхан аймаг Нэгдсэн эмнэлэг

⁶Сонгинохайрхан дүүргийн Эрүүл мэндийн нэгдэл

Удиртгал. ДЭМБ-ын 2001оны 5 дугаар сард болсон 54 дүгээр чуулганаар эрүүл мэндийн тусlamж үйлчилгээний нөөцийн ашиглалт, тэр дундаа хүний нөөцийн чухлыг тэмдэглээд дэлхийн хэмжээнд сувилагч, эх баригч хомсдож байгааг анхаарахыг гишүүн орнуудын Засгийн газрын тэргүүнүүдэд уриалсан юм. Уг чуулганаар батлагдсан WHA 54.12 шийдвэрээр бүх шатанд эрүүл мэндийн бодлого боловсруулах, төлөвлөх, хэрэгжүүлэхэд сувилагч нарыг оролцуулах; сувилахуйн тусlamж хүн амын эрэлт хэрэгцээнд нийцсэн, шаардлагыг нь хангаж байх; сувилахуйн дадлагатай, төлөвшсөн ажиллах хүчинийг тогтоон барих, хадгалах; ажлын байрны эрүүл ахуй, хөдөлмөрийн нөхцлийн чанарыг хангах; дээрх арга хэмжээтэй холбоотойгоор сувилах, эх барихын хэрэгцээний талаар тасралтгүй үнэлгээ хийх, үйл ажиллагааний төлөвлөгөө боловсруулах, байнга эргэн хянаж, хэрэгжүүлэх шаардлага тавьсан билээ.

Хүн амд шинээр бий болж байгаа эрэлт хэрэгцээнд нь нийцсэн, чанартай, хүртээмжтэй эрүүл мэндийн тусlamж үйлчилгээ үзүүлэх нь Засгийн газар бүрийн хүлээх үүрэг бөгөөд мөн үүнд шаардлагатай хүний нөөцийн хэрэгцээг тодорхойлох асуудал ч бас Засгийн газруудын өмнө тавигдаж байна.

Судалгааны үндэслэл. ДЭМБ-аас “Сувилах, эх барихын тусlamж үйлчилгээг бэхжүүлэх стратегийн чиглэлүүд, 2002-2008” [9] баримтыг 2002 онд гаргасан бөгөөд дэлхийн улс орнууд хүн амын болон тусlamж үйлчилгээний өөрчлөгдөн нэмэгдэх эрэлт хэрэгцээний дагуу сувилах мэргэжилтний чадавхийг бэхжүүлэх зорилтыг дэвшүүлсэн. Үүний зэрэгцээ “дэлхийн хэмжээнд сувилах, эх барихын ажиллах хүчин хомсдож байгаатай холбоотойгоор тусlamж үйлчилгээний үр дүнтэй байдал буурч улмаар энэхүү хомсдол нь эрүүл мэндийн тусlamж үйлчилгээний

хэрэгцээг шинээр тодорхойлох шаардлагыг бий болгов. Одоогоор хүний нөөцийн хомсдолд хүргэж буй олон тооны бэрхшээл шалтгааныг цогцоор судалсан нэгдсэн судалгаа, тайлбар хараахан алга байна. Үүнээс гадна олон улс орнуудыг хамарсан эмнэлгийн мэргэжилтний шилжилт хөдөлгөөний асуудал нь дэлхийн эрүүл мэндийн тулгамдсан гол асуудал болоод байна” гэж уг стратегид өгүүлсэн. Энэ нь юуны өмнө эрүүл мэндийн хүний нөөцийн хэрэгцээг бодитой тодорхойлох шаардлагыг бий болгож байна.

Монгол улсын Эрүүл мэндийн сайдын 2003 оны 277 тоот тушаалаар баталсан “Эрүүл мэндийн салбарын хүний нөөцийг 2004-2013 онд хөгжүүлэх бодлого”-д төрөөс хүн амд үзүүлэх эрүүл мэндийн тусlamжийн хүртээмж чанарыг сайжруулахад эрхэм зорилго орших бөгөөд үүний тулд салбарын хүний нөөцийн төлөвлөлтийг макро түвшинд 10 жилээр боловсруулж жил бүр хяналт, шинжилгээ, үнэлгээ хийсний үндсэн дээр тодотгох зорилтыг дэвшүүлсэн. Энэ зорилт нь сувилахуйн хүний нөөцийн эрэлт хэрэгцээг тогтоох эхний үндэслэл болсон юм.

Нөгөөтэйгүүр дэд бүтэц сүл хөгжсөн өргөн уудам нутаг дэвсгэртэй, хүн амын тоо цөөн, нягтрал бага, хүүхэд залуусын эзлэх хувь өндөр, ахмад настны эзлэх хувь өсөн нэмэгдэж байгаа зэрэг онцлогтой Монгол улсын хүн амд үзүүлэх сувилахуйн тусlamж үйлчилгээ болон сувилахуйн хүний нөөцийн хэрэгцээг тодорхойлсон судалгаа урд нь огт хийгдэж байгаагүй байна. Иймд хүн амын өвчлөлийн тархвар зүй, шилжилт хөдөлгөөн, эрүүл мэндийн салбарын тогтолцооны өөрчлөлт-шинэчлэл, хөрөнгө нөөцийн хомсдол, сувилахуйн тусlamж үйлчилгээний хүний нөөцийн тулгамдсан асуудлууд нь сувилагч, эмнэлгийн бусад мэргэжилтний хэрэгцээг нэн даруй тодорхойлохгүй зүй ёсоор шаардаж судалгаа хийх үндэслэл болсон юм.

Судалгааны зорилго. Сувилагч, эмнэлгийн бусад мэргэжилтний хүний нөөцийн өнөөгийн хэрэгцээг тодорхойлох

Зорилт:

1. Сувилагч, эмнэлгийн бусад мэргэжилтний өнөөгийн хэрэгцээг тодорхойлох
2. Сувилагч, эмнэлгийн бусад мэргэжилтэн бэлтгэж байгаа байдалд үнэлгээ өгөх
3. Сувилагч, эмнэлгийн бусад мэргэжилтний хэрэгцээтэй холбоотой тулгамдсан асуудлыг тогтоох

Судалгааны арга зүй. Сувилагч, эмнэлгийн бусад мэргэжилтний хүний нөөцийн өнөөгийн хэрэгцээг тодорхойлоходо судалгааг Монгол улсын “Эрүүл мэндийн салбарын хүний нөөцийг 2004-2013 онд хөгжүүлэх бодлого”-оор тодорхойлсон 8.1.7., 8.1.8., 8.1.9-р зорилтод суурилан хэрэгцээг тооцоолов. Мөн судалгаанд Дундговь аймгийн нэгдсэн эмнэлэг, тус аймгийн 15 сум, сум дундын эмнэлэг, Завхан аймгийн нэгдсэн эмнэлэг, мөн тус аймгийн 22 сум, сум дундын эмнэлэг, [24] ШКТЭ, ГССЗКЭ-ийг хамруулав.

Судалгаанд хамрагдсан эрүүл мэндийн байгууллагуудаас өгсөн маягтын дагуу ирүүлсэн албан баримтаас гадна Эрүүл Мэндийн Яам, ЭМХҮТ-ын Эрүүл мэндийн статистикийн албанаас гаргасан [15,16, 24] үзүүлэлтүүдийг ашиглав.

Судалгааны зарим тоон өгөгдлүүдийг компютерийн Microsoft Excel/Database болон SPSS11.0 программд сан үүсгэн хавсарсан нийлмэл хүснэгтэд оруулж бодит тоон харьцуулалт ба шугаман регрессийн аргаар тооцоог хийж гүйцэтгэв.

Судалгааг Монголын сувилагчдын удирдлагын манлайлалыг хөгжүүлэх, тэдний ур чадвар, чадавхийг бэхжүүлэх зорилгоор ДЭМБ болон Олон улсын сувилагчдын зөвлөл (ОУСЗ)-өөс зохион байгуулсан “Өөрчлөлтийн үеийн манлайлал” төслийн хүрээнд 2004 оны 9 дүгээр сараас эхлэн 2006 оны 2 дугаар сар хүртэл 1.6 жилийн хугацаанд хийж гүйцэтгэв.

Судалгааны үр дүн.

1. Сувилагч, эмнэлгийн бусад мэргэжилтний өнөөгийн хэрэгцээ

Монгол улсын “Эрүүл мэндийн салбарын хүний нөөцийг 2004-2013 онд хөгжүүлэх бодлого”-д тодорхойлсон зорилтын дагуу сувилахуйн хүний нөөцийн хэрэгцээг тооцоходо ойрын ирээдүйд буюу 2013 он гэхэд 10000 хүн амд ногдох их эмчийн тоог 23, сувилагч бусад мэргэжитний тоог 69, эмч сувилагчийн харьцааг 1:2-т хүргэх чиг баримтлах, нэг эмчид 400-500, нэг сувилагчид 200 хүн тус тус ногдох байхаар тооцов. Тооцоогоор 2003 оноос эхлэн 2013 он хүртэл 10000 хүнд ноогдох хүний их эмчийн тоог жилд 0.366 пунктээр бууруулах, эмнэлгийн бусад мэргэжилтний тоог жилд 1.217 пунктээр өсгөх, нэг эмчид ноогдох сувилагчийн харьцаа жилд 0.084 пунктээр өсгөх зэрэг арга хэмжээг тус тус авч байж дээрх зорилт нь бүрэн хэрэгжинэ.

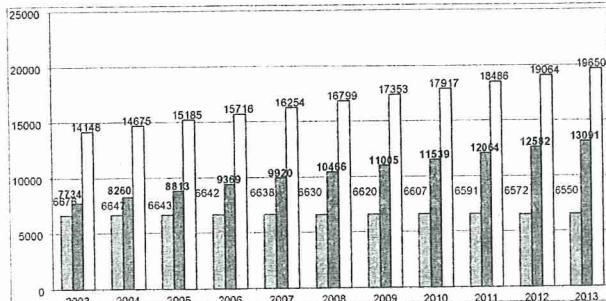
Хүснэгт 1
“Эрүүл мэндийн салбарын хүний нөөцийг 2004-2013 онд хөгжүүлэх бодлого” суурилж тооцсон эмнэлгийн мэргэжилтний хэрэгцээ
2003-2013 он

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Хүн амын хэтийн тооцоо (саарал)	2.504	2.528	2.562	2.593	2.634	2.670	2.705	2.741	2.777	2.812	2.847
10000 хүнд ногдох хүний эзэн	26.66	26.29	25.93	25.56	25.20	24.83	24.46	24.10	23.73	23.37	23.00
10000 хүнд ногдох эмнэлгийн бусад тооцоулжсан*	56.63	56.05	59.26	60.48	61.70	62.92	64.13	65.35	66.57	67.78	69.00
10000 хүнд ногдох сувилагч	30.89	32.67	34.39	36.06	37.66	39.19	40.67	42.09	43.44	44.73	45.97
10000 хүнд ногдох Бүх ажилласгад*	130.45	130.55	130.97	131.28	131.58	131.86	132.12	132.34	132.54	132.71	132.85
Нийт эмчийн тоо*	6676	6647	6643	6642	6638	6630	6620	6607	6591	6572	6550
Эмнэлгийн бусад мэргэжилтэн*	14148	14675	15185	15716	16254	16799	17353	17017	18486	19064	19650
Нийт сувилагч*	7734	8260	8813	9369	9920	10406	11005	11539	12054	12582	13091
Нэг эмчдэг ногдох сувилагчийн харьцаа	1.16	1.24	1.33	1.41	1.49	1.58	1.66	1.75	1.83	1.91	2.00
Бүх ажилласгад*	32478	33004	33557	34113	34664	35210	35749	36283	36608	37326	37835
10000 хүнд ногдох орны тоо	73.02	72.65	70.25	69.27	68.33	67.41	66.52	65.65	64.81	64.00	63.20

Эх үүсвэр: Хүн ам орон сууцны тооллого: Монгол улсын хүн амын хэтийн тооцоо, Үндэсний статистикийн газар, Улаанбаатар хот 2002 он,

* Бодит тоогоор

Өөрөөр хэлбэл 2003 оны байдлаар 6676 байсан их эмчийн тоог жилд дунджаар 12.6-аар цөөрүүлэх 2013 он гэхэд 6550-д хүргэх, эмнэлгийн бусад мэргэжилтний тоо 14148 байгааг жилд дунджаар 550-аар нэмэгдүүлэн 2013 он гэхэд 19650-д хүргэх, мөн энэ хугацаанд сувилагчийн тоо 7734 байгааг жилд дунджаар 537-оор тус тус нэмэгдүүлж 13091-д хүргэх шаардлагатай байна. (Зураг1) Энэхүү тооцоолсон хэрэгцээний дагуу зохих арга хэмжээ авч чадвал 2013 гэхэд хүний нөөцийн бодлого бүрэн хэрэгжих боломжтой бөгөөд нэг эмчид ноогдох сувилагчийн харьцаа 1:2-т хүрэх ба нэг эмчид ногдох хүний тоо 450, нэг сувилагчид ногдох хүний тоо 218-д хүр эх болно. Харин эрүүл мэндийн салбарын нийт ажилласгадын дотор байвал зохих эмч, сувилагч, бусад мэргэжилтний зохистой тоо 2013 он гэхэд 37835 болох тооцоо гарч байна.



Зураг 1. “Эрүүл мэндийн салбарын хүний нөөцийг 2004-2013 онд хөгжүүлэх бодлого”-д суурилж тооцсон эмнэлгийн мэргэжилтний хэрэгцээ, 2003-2013

Эрүүл мэндийн салбарын хүний нөөцийн хөдөлгөөн буюу салбарын хүний нөөцийн нэмэгдэл (сургууль төгсөх ирсэн, шилжиж ирсэн) болон хорогдлыг (тэтгэвэрт, группд орсон, нас барсан, шилжиж явсан г.м) жил бүрээр тооцон зөрүүг гаргаж салбарын дотоод цэвэр хөдөлгөөний тооцон гаргав.

Хүснэгт 2.

Эрүүл мэндийн салбарын хүний нөөцийн хөдөлгөөн (сувилагч, дунд мэргэжилтэн)

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	Дундаж
Сувилагч	-92	-356	-183	-27	153	168	211	-68	-24
Эмнэлгийн бусад мэргэжилтэн	461	-283	-448	-114	292	226	450	56	80

Сүүлийн 8 жилийн дунджаар эмнэлгийн бусад мэргэжилтний тоо жилд дунджаар 80-аар нэмэгдсэн байгаа бол харин сувилагчийн тоо жилд дунджаар 24-өөр хорогдсон байна.

Хэдийгээр “Эрүүл мэндийн салбарын хүний нөөцийг 2004-2013 онд хөгжүүлэх бодлого” нь 2003 онд батлагдсан ч өнгөрсөн 2004-2005 онд эмнэлгийн мэргэжилтний хэрэгцээг тооцоогүй, бодлогыг хэрэгжүүлэх талаар тодорхой арга хэмжээ аваагүй, бодлогыг хэрэгжилтэд үнэлгээ хийгээгүй байна. Иймээс 2006 оны байдлаар нийт эмчийн тоо 6643, сувилагчийн тоо 8813, эмчид сувилагчийн харьцаа 1.33 хүрсэн байх ёстой аталь бодит байдалд өмнөх 2003 оны үзүүлэлттэй ойролцоо хэвээр байна. Өөрөөр хэлбэл “Эрүүл мэндийн салбарын хүний нөөцийг 2004-2013 онд хөгжүүлэх бодлого”-ын хэрэгжилт муу байна гэж дүгнэхээс гадна, эрүүл мэндийн хүний нөөцийн эрэлт нийлүүлэлт төрийн хяналтгүй явагдаж байна гэж болно.

2. Сувилагч, эмнэлгийн бусад мэргэжилтэн бэлтгэж байгаа байдал

Дээрх тооцоотой холбоотойгоор эмч, сувилагч, эмнэлгийн мэргэжилтэн бэлтгэх асуудлыг нягтлан үзэх шаардлага урган гарч байна. Тухайлбал ЭМШУИС сүүлийн 13 жилд дунджаар жил бүр 380эмч, мэргэжилтэн бэлдэж ирсэн байна. Энэ хандлага цаашид ч үргэлжлэх магадлалтай байгаа бөгөөд салбарын эмчийн хэрэгцээ буурч байгаа өнөөгийн нөхцөлд эмч, мэргэжилтнүүдийн ажилгүйдлийн төвшинг өсгөх хандлагыг бий болгож байна. Өөрөөр хэлбэл ЭМШУИС, болон бусад анагаах ухааны боловсрол олгодог сургуульд анагаахын чиглэлээр элсэгчдийн тоог эрс хязгаарлах, суралцагчдын тоог бууруулах, шинээр төгсөчдийг эмч хомсдолтой байгаа өрх, сум, сум дундын эмнэлэгт 2-оос доошгүй жил ажиллуулж мэргэжлийн шалгалт өгч тэнцсэний

дараа эмчлэх үйл ажиллагаа эрхлэх зөвшөөрөл олгодог болох нь зүйтэй.

“Эрүүл мэндийн салбарын хүний нөөцийг 2004-2013 онд хөгжүүлэх бодлого”-ийн дагуу сувилагч, бусад мэргэжилтний зоог жилээс жилд нэмэгдүүлэхээр төлөвлөсөн боловч манай улсад жилд нийт боловч 580 орчим (2004 оны байдлаар УБ сувилахуйн сургууль 40, Говь-Алтай АУК 70, Дарханы АУК 70, “Энэрэл” хувийн сургууль 40 орчим) сувилагч, бусад мэргэжилтэн бэлдэж байгаа жилд дунджаар бэлтгэвэл зохих сувилагч, бусад мэргэжилтэний дөнгөж тал хувь л болж байна. Хэрэв энэ нь цаашид үргэлжилбэл 2010 оноос сувилагч, бусад мэргэжилтний тоо эрс дутагдах төлөв ажиглагдаж байна. Иймд цаашид сувилахуйн болон эмнэлгийн бусад мэргэжлээр боловсрол олгодог сургуулиудын элсэлтийн тоог нэмэгдүүлэх үйл ажиллагааг дэмжих шаардлагатай байна.

Эмч, сувилагч, эмнэлгийн бусад мэргэжилтний бодит тоонд тулгуурлан хийсэн төлөв байдал (Хүснэгт 1.) болон Эрүүл мэндийн 2004, 2005 оны үзүүлэлт, эрүүл мэндийн байгууллагын гүйцэтгэлийн тайлан, үр дүнтэй харьцуулахад хүний нөөцийн бодлого зорилгодоо хүрэхгүй байх төлөв ажиглагдаж байна. Иймд салбарын хүний нөөцийн бодлогыг хэрэгжүүлэх талаар зохих арга хэмжээнүүдийг нэн даруй авах шаардлага тулгарч байна:

3. Сувилагч, эмнэлгийн бусад мэргэжилтний хэрэгцээтэй холбоотой тулгамдсан асуудлууд

Сувилагч, эмнэлгийн бусад мэргэжилтний хэрэгцээтэй холбоотой тулгамдсан асуудлыг тогтоохдоо гурван үе шаттай судлав. Үүнд:

1. Анхан шатны эрүүл мэндийн байгууллагын сувилагч, бусад мэргэжилтний хэрэгцээ
2. Хоёрдогч шатлалын эрүүл мэндийн байгууллага болох аймаг, дүүргийн нэгдсэн эмнэлгийн сувилагч, бусад мэргэжилтний хэрэгцээ
3. Төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн эмнэлэг, төвийн сувилагч, бусад мэргэжилтний хэрэгцээ

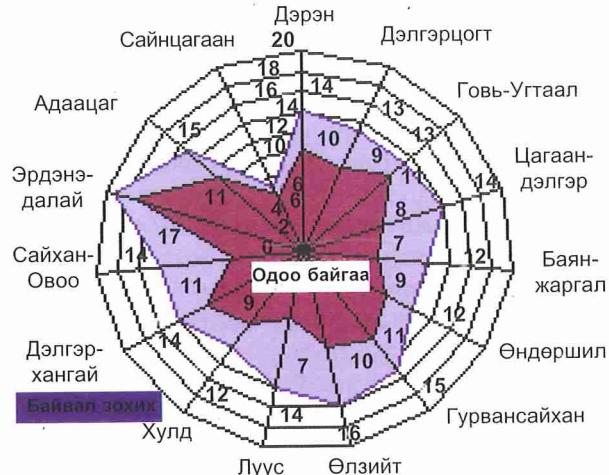
3.1. Анхан шатны эрүүл мэндийн байгууллагын сувилагч, бусад мэргэжилтний хэрэгцээ

Дундговь аймгийн 15 сумын эмнэлгийн хүний нөөцийн хэрэгцээт байдлын судалгааг Сумын эмнэлгийн бүтэц, үйл ажиллагааны стандарт MNS 5082:2001, Сум дундын эмнэлэг эмнэлгийн бүтэц, үйл ажиллагааны стандарт MNS 5081:2001-аар тооцож одоо байгаа ба байвал зохих сувилагч,

Монголын аягаах

Ухаан

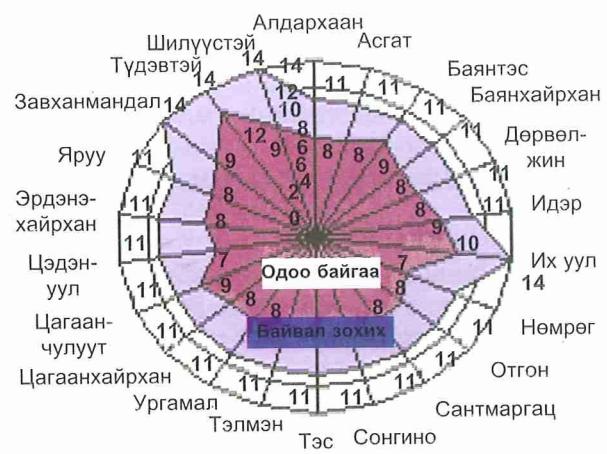
тусгай мэргэжилтний орон тооны доод хязгаарын норм хэрхэн нийцэж байгааг дараах зургаар гаргав. (Зураг 2)



Зураг 2. Дундговь аймгийн 15 сумын эмнэлгийн хүний нөөцийн байдал ба MNS 5081:2001, MNS 5081:2001 стандарттай харьцуулсан судалгаа, 2005.08.26-ны байдлаар

Дундговь аймгийн 15 сумын эмнэлгийн хүний нөөцийн хэрэгцээт байдлыг судалж үзэхэд 2005 оны байдлаар нийт 143 сувилагч, эмнэлгийн бусад мэргэжилтэн ажиллаж байна. Харин энэхүү 15 суманд байвал зохих сувилагч, эмнэлгийн бусад мэргэжилтэнийг Сумын болон сум дундын эмнэлгийн бүтэц, үйл ажиллагааны стандартаар тооцож үзэхэд 194 байна. Үүнээс дүгнэхэд Дундговь аймгийн 15 сумын эмнэлгийн хэмжээнд нийтдээ 62 сувилагч, эмнэлгийн бусад мэргэжилтэн дутагдалтай байна. Энэ нь байвал зохих сувилагч, эмнэлгийн бусад мэргэжилтний 73.7 хувь бөгөөд хүний нөөцийн хэрэгцээ 26.3 хувьтай байна.

Завхан аймгийн сум, сум дундын 22 эмнэлгийн хүний нөөцийн хэрэгцээт байдлыг судалж үзэхэд 2005 оны байдлаар нийт 184 сувилагч, эмнэлгийн бусад мэргэжилтэн ажиллаж байна (Зураг 3). Харин энэхүү 22 сум, сум дундын эмнэлэгт байвал зохих сувилагч, эмнэлгийн бусад мэргэжилтэнийг тоог сумын болон сум дундын эмнэлгийн бүтэц, үйл ажиллагааны стандартаар тооцож үзэхэд 254 байна. Үүнээс дүгнэхэд Завхан аймгийн 22 сум, сум дундын эмнэлгийн хэмжээнд нийтдээ 51 сувилагч, эмнэлгийн бусад мэргэжилтэн дутагдалтай байна. Энэ нь байвал зохих сувилагч, эмнэлгийн бусад мэргэжилтний 72.4 хувь бөгөөд хүний нөөцийн хэрэгцээ 27.6 хувьтай байна.



Зураг 3. Завхан аймгийн сум, сум дундын 22 эмнэлгийн хүний нөөцийн байдал ба MNS 5081:2001, MNS 5081:2001 стандарттай харьцуулсан судалгаа 2005 оны байдлаар

3.2 Хоёрдогч шатлалын эрүүл мэндийн байгууллага болох аймаг, дүүргийн нэгдсэн эмнэлгийн сувилагч, бусад мэргэжилтний хэрэгцээ

Дундговь, Завхан аймгийн нэгдсэн эмнэлгийн сувилагч, бусад мэргэжилтний хүний нөөцийн хэрэгцээг тогтоох судалгааг аймгийн нэгдсэн эмнэлгийн бүтэц, үйл ажиллагааны стандарт MNS 5095:2001-ийн дагуу сувилагч, бусад мэргэжилтний одоо байгаа болон байвал зохих орон тооны доод хязгаарын норм, нормативтай харьцуулсан судлав.



Зураг 4. Дундговь, Завхан аймгийн Нэгдсэн эмнэлгийн нарийн мэргэжлийн сувилагч, лаборант, рентген техникч нарын хэрэгцээний MNS 5095:2001 стандарттай харьцуулсан судалгаа, 2005 оны байдлаар

Дундговь, Завхан аймгийн Нэгдсэн эмнэлгийн нарийн мэргэжлийн сувилагч, лаборант, рентген техникч нарын хэрэгцээ MNS 5095:2001 стандарттай 28 байх ёстой байтал Дундговь аймгийн нэгдсэн эмнэлэг 7, Завхан аймгийн

Нэгдсэн эмнэлэгт 3 нарийн мэргэжлийн сувилагч, лаборант, рентген техникүүд дутагдалтай байна.

Харин Дундговь, Завхан аймгийн Нэгдсэн эмнэлгийн Амбулаторийн сувилагч, бусад мэргэжилтний тоо стандартад заасантай дүйцэж байна.

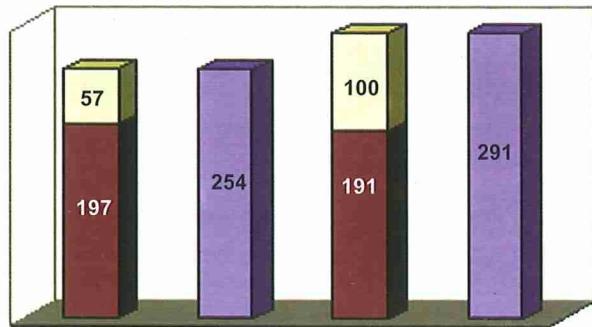
Дундговь аймгийн 160 ортой нэгдсэн эмнэлгийн сувилагчийн тоо стандартын дагуу 68 байх ёстойгоос 2005 оны байдлаар 50 байгаа бөгөөд 18 сувилагчийн орон тоо дутуу буюу сувилагчийн хэрэгцээ 26.6%-тай байна.

Завхан аймгийн 260 ортой нэгдсэн эмнэлгийн сувилагчийн тоо стандартын дагуу 90 байх ёстойгоос 2005 оны байдлаар 56 сувилагч ажиллаж байгаа бөгөөд 35 сувилагчийн орон тоо дутуу буюу сувилагчийн хэрэгцээ 37.8%-тай байна.

Энэхүү хоёр аймгийн судалгааг дүгнэхэд аймгийн нэгдсэн эмнэлгүүдийн сувилахуйн тусламж үйлчилгээ MNS 5095:2001 стандартадаас доогуур буюу 26.6-37.8 хувийн дутуу хүний нөөцтэй үйл ажиллагаа явуулж байна.

3.3 Төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн эмнэлэг, төвийн сувилагч, бусад мэргэжилтний хэрэгцээ

“Төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн эмнэлгийн бүтэц үйл ажиллагааны стандарт MNS 5095:2001”-ын дагуу сувилагч, эмнэлгийн бусад мэргэжилтний байх ёстой болон одоо байгаа буюу дутуу сувилагч, бусад мэргэжилтний хэрэгцээг ШКТЭ, ГССЗКЭ-т харьцуулан судлав.



- Дутаж байгаа сувилагч, бусад мэргэжилтэн
- Одоо байгаа сувилагч, бусад мэргэжилтэн
- Байвал зохих сувилагч, бусад мэргэжилтэн

Зураг 5. ШКТЭ, ГССЗКЭ-ийн сувилагч, бусад мэргэжилтний хэрэгцээг судалсан дун (MNS 5095:2001 стандартын дагуу) 2005 оны

байдлаар

ШКТЭ-ийн 405 оронд ногдох сувилагч, эмнэлгийн бусад мэргэжилтний тоо MNS 5095:2001" стандартын дагуу 254 байх ёстойгоос

2005 оны байдлаар 197 сувилагч, эмнэлгийн бусад мэргэжилтэн ажиллаж байгаа нь 57 эмнэлгийн мэргэжилтэнээр дутуу үйл ажиллагаа явуулж байна. Энэ нь байвал зохих сувилагч, эмнэлгийн бусад мэргэжилтний 77.6 хувь бөгөөд хүний нөөцийн хэрэгцээ 22.4 хувьтай байна.

ГССЗКЭ-ийн 420 оронд ногдох сувилагч, эмнэлгийн бусад мэргэжилтний тоо MNS 5095:2001" стандартын дагуу 291 байх ёстойгоос 2005 оны байдлаар 191 сувилагч, эмнэлгийн бусад мэргэжилтэн ажиллаж байгаа нь 100 сувилагч, бусад мэргэжилтэн дутуу үйл ажиллагаа явуулж байна. Энэ нь байвал зохих сувилагч, эмнэлгийн бусад мэргэжилтний 65.6 хувь бөгөөд хүний нөөцийн хэрэгцээ 34.4 хувьтай байна.

Дүгнэлт.

1. Анхан шатны эрүүл мэндийн байгууллагад сувилагч, бусад мэргэжилтний хэрэгцээ 26.3-27.6 хувьтай байна. Харин хоёрдогч шатлалын эрүүл мэндийн байгууллага болох аймгийн нэгдсэн эмнэлгийн сувилагч, бусад мэргэжилтний хэрэгцээ 26.6-37.8 хувьтай байгаа бол Төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн эмнэлгийн сувилагч, бусад мэргэжилтний хэрэгцээ 22.4-34.4 хувьтай байна.

2. Монгол улсын “Эрүүл мэндийн салбарын хүний нөөцийг 2004-2013 онд хөгжүүлэх бодлого” нь дэвшүүлсэн зорилгодоо хүрэхгүй байх төлөв ажиглагдаж байна. Иймд салбарын хүний нөөцийн бодлогыг хэрэгжүүлэх талаар зохих арга хэмжээнүүдийг даруй авах шаардлагатай байна. Тухайлбал 2003 оноос эхлэн 2013 он хүртэл 10000 хүнд ноогдох хүний их эмчийн тоог жилд 0.366 пунктээр бууруулах, эмнэлгийн бусад мэргэжилтний тоог жилд 1.217 пунктээр өсгөх, нэг эмчид ноогдох сувилагчийн харьцаа жилд 0.084 пунктээр өсгөх зэрэг арга хэмжээг нэн даруй авах шаардлагатай байна.

3. Сувилахуйн болон эмнэлгийн бусад мэргэжлээр боловсрол олгодог сургуулиудын элсэлтийн тоог нэмэгдүүлэх, энэ чиглэлээр үйл ажиллагаа явуулах сургуулиудыг дэмжих шаардлагатай байна. Тухайлбал эрүүл мэндийн салбарт шинээр ажилд орж байгаа сувилагчийн бодит тоог жил бүр дунджаар 535-аар, эмнэлгийн бусад мэргэжилтний тоог жилд дунджаар 550-аар нэмэгдүүлэх хэрэгцээтэй байна. Үүний тулд суралцагч, төгсөгчдийн хорогдлыг тооцон сувилахуйн боловсрол олгодог сургуулиудад жилд дунджаар сувилагч, эмнэлгийн бусад мэргэжилтэн 1240 төгсөхөөр тооцож элсэлтийг зохион байгуулахыг санал болгох нь зүйтэй. Хөдөө орон нутаг, алслагдсан аймгийн оюутан, нэн шаардлагатай буюу тэргүүлэх чиглэлийн ач холбогдол бүхий мэргэжлээр дотооддоо сурч буй

оюутанд гэрээний үндсэн дээр сургалтын тэтгэлэг олгох, төгсөлтийн дараах сургалтад нийт эмнэлгийн мэргэжилтний 70%-ийг хамруулах зэрэг арга хэмжээг жинхэнэ үйл ажиллагаа болгох нь зүйтэй.

4. Эмч, сувилагч, эмнэлгийн мэргэжилтэн бэлтгэх асуудлыг хянан нягтлаж ЭМШУИС, болон анагаах ухааны боловсрол олгодог бусад сургуульд элсэгчдийн тоог эрс хязгаарлах буюу хүний нөөцийг хөгжүүлэх бодлогод заасны дагуу анагаахын ангийн элсэлтийн тоог 2010 гэхэд 50%-аар бууруулах арга хэмжээ авах нь зүйтэй. Мөн бодлогод заасны дагуу их эмч нарын 60%-ийг ерөнхий мэргэжлийн чиглэлээр бэлтгэж ажиллуулах [25], төгсөчдийг өрх, сум, сум дундын эмнэлэгт 2-оос доошгүй жил дадлагажигчаар ажиллуулж мэргэжлийн шалгالت өгч тэнцсэний дараа эмчлэх үйл ажиллагаа эрхлэх зөвхөөрлийг олгох [26] арга хэмжээг нэн даруй хэрэгжүүлэх нь зүйтэй.

Ном зүй.

1. Б.Баяртайхан, А.Мөнхтайван, Эрүүл мэндийн хүний нөөцийн төлөвлөлт (1998-2005 он), ЭМНХЯ Хүний нөөцийн хэлтэс, ДЭМБ, Улаанбаатар хот 1998 он

2. Б.Баяртайхан, А.Мөнхтайван, Салик Говинд, "Эрүүл мэндийн хүний нөөцийн хөгжлийн бодлого"-ын төсөл, ЭМНХЯ, ДЭМБ, Улаанбаатар хот 1998 он

3. И.Бат-Эрдэнэ, Н.Оюунгэрэл, Эрүүл мэндийн удирдах ажилтны сургалтын хэрэгцээг тогтоох судалгааны ажлын тайлан, дүгнэлт. ЭМХҮТ, ЭМЯ, ДЭМБ Улаанбаатар 2001

4. Т.Болормаа, Б.Булгачимэг, С.Энхтуяа, Б.Нансалмаа "Эрүүл мэндийн мэргэжлийн ажиллах хүчний хэрэгцээ: эрүүл мэндийн салбарын хүний нөөцийн үнэлгээ" сэдэвт судалгаа, НЭМХ, ЭМЯ 2002 он

5. Б.Дэмбэрэл", 1921-1970 онд БНМАУ-д эмнэлгийн боловсон хүчин бэлтгэсэн байдал", 1972 Баку, ЗХУ,

6. Г.Зуунай, "БНМАУ-ын хүний их эмч нарын нийгмийн эрүүл ахуй мэргэжил бүтцийн үндсэн шинж чанар тэдний ашиглалт, өгөөжийг сайжруулах арга зам", ЗСБНХУ Москва, 1982.

7. С.Дуламсүрэн, М.Бадамцэцгэг Г.Цэцэгдарь, М.Шагдарсүрэн "Эрүүл мэндийн боловсон хүчиний хөгжил төлөвлөлт, судалгааны тайлангийн үр дүн, зөвлөмж" ЭМНХЯ, Улаанбаатар хот 1996 он.

8. С.Дуламсүрэн, И.Бат-эрдэнэ, Эрүүл мэндийн салбарын хүний нөөцийн дунд хугацааны төлөв байдал 2005-2015 онд сэдэвчилсэн судалгааны тайлан, ЭТУГ, ЭМЯ, Улаанбаатар 2004 он

9. Сувилах, эх барихын тусламж үйлчилгээг бэхжүүлэх стратегийн чиглэлүүд 2002-2008 Дэлхийн Эрүүл Мэндийн Байгууллага, 2001 оны WHA54.12 тогтоол. ДЭМБ. Женев, 2002 он

10. Ц.Содномпил, "БНМАУ-ын эрүүлийг хамгаалахын удирдах байгууллагуудын зохион байгуулалт, түүнийг боловсронгуй болгох арга зам" ЗСБНХУ Москва, 1986

11. Монгол улсын стандарт "Эрүүл мэндийг хамгаалах технологи: Сумын эмнэлгийн бүтэц, үйл ажиллагаа" MNS 5082: 2001, Стандарт хэмжил зүйн үндэсний төв, Улаанбаатар хот, 2001 он.

12. Монгол улсын стандарт "Эрүүл мэндийг хамгаалах технологи: Сум дундын эмнэлгийн бүтэц, үйл ажиллагаа" MNS 5081: 2001, Стандарт хэмжил зүйн үндэсний төв, Улаанбаатар хот, 2001 он.

13. Монгол улсын стандарт "Эрүүл мэндийг хамгаалах технологи: Аймгийн нэгдсэн эмнэлгийн бүтэц, үйл ажиллагаа" MNS 5095: 2001, Стандарт хэмжил зүйн үндэсний төв, Улаанбаатар хот, 2001 он.

14. Монгол улсын стандарт "Төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн эмнэлгийн бүтэц үйл ажиллагаа" MNS 5203: 2002 Стандарт хэмжил зүйн үндэсний төв, Улаанбаатар хот 2002 он

15. Монгол улсын статистикийн эмхтгэл. 2003. ҮСГ. Улаанбаатар хот, 2004

16. Хүн ам орон сууцны тооллого: Монгол улсын хүн амын хэтийн тооцоо, Үндэсний статистикийн газар, Улаанбаатар хот 2002 он,

17. М.Шагдарсүрэн Эмнэлгийн боловсон хучин 60 жилд "Эрүүл мэнд" Улаанбаатар хот. 1981 №1 хуудас 10-15

18. М.Шагдарсүрэн "Эмнэлгийн дунд мэргэжилтний бүрэлдэхүүн хуваарилалт" БНМАУ-ын үйлдвэрлэх хүчний хөгжил байршлын эрдэм шинжилгээний хүрээлэнгийн эрдэм шинжилгээний бүтээл. Цуврал 1. Улаанбаатар хот, 1980, тал 174-182

19. М.Шагдарсүрэн "Эмнэлгийн сувилагчийн бүрэлдэхүүн хуваарилалт", "Анагаах ухаан" 1980 №3. х.44-49

20. М.Шагдарсүрэн "Эмнэлгийн сувилагчийн хангамж", Анагаах ухаан сэтгүүл Улаанбаатар хот, 1981 №1 х.44-46

21. М.Шагдарсүрэн, С.Дуламсүрэн, Эрүүл мэндийн боловсон хүчиний хөгжлийн асуудалд. АУҮХ-ийн ЭШОП-ийн бага хурлын илтгэлүүдийн хураангуй. Улаанбаатар хот, 1995, х.97-99

22. М.Шагдарсүрэн, Г.Цэцэгдарь Сувилагчийн дунд боловсрол, хөгжилт ЭМЯ. Монгол дахь сувилагчийн тусламж, хөгжил ОГБХын илтгэлийн хураангуй. Улаанбаатар хот, 1996 х.3-4

23. М.Шагдарсүрэн, Эрүүл мэндийн боловсон хүчний хөгжил, төлөвлөлт судалгааны тайлан. ЭМНХЯ, АҮҮК УБ, 1996. 60 тал

24. Эрүүл мэндийн хөгжлийн үндэсний төв. Эрүүл мэндийн үзүүлэлт 2004 Улаанбаатар хот, 2005 он

25. Эрүүл мэндийн сайдын 2003 оны 277 тоот тушаал, "Эрүүл мэндийн салбарын хүний нөөцийг 2004-2013 онд хөгжүүлэх бодлого", ЭМЯ Улаанбаатар хот

26. "Эрүүл мэндийн тухай" хуулийн 2006 оны 1-р сарын 17-ны өдрийн шинэчилсэн найруулгын 17.3-р заалт

27. П.Янсан "Монгол улсын малчдын өвчлөл эмнэлэг үйлчилгээний зохион байгуулалтын онцлог", 1992. Монгол улс, Улаанбаатар

**Танилцаж, нийтлэх санал өгсөн:
Анагаахын шинжлэх ухааны доктор,
профессор Ц.Мухар**

Диабетийн тавхайн онош, эмчилгээний асуудалд

Д.Цэгээнжав

Анагаах ухааны хүрээлэн

Дэлхий дээр 150 сая хүн чихрийн шижин өвчинеөр (ЧШӨ) өвдөж байгаа бөгөөд ойрын 20 жилд энэ тоо 250 сая-д хүрнэ гэж тоскоолж байна. (Жан.А.Ролерда, 2004). ДЭМБ-ын мэдээгээр тавхайн орны хүн амын 6%-ны ЧШӨ-өөр өвддөг (1987); аж үйлдвэр хөгжсөн орнуудын 60-аас дээш наасны хүн амын 10-20% нь энэ өвчинеөр өвчилдөг гэсэн мэдээ бий [11]. Европын орнуудад ЧШӨ өнгөрсөн зууны 50-аад оныхоос 4 дахин ихсэж байгаа бөгөөд энэ нь нэг талаар хүн амын насхилттай холбоотой гэж үзпэг [7]. ОХУ-ын хүн амын 3-7% нь ЧШӨ-өөр өвдөж байгаа бөгөөд цаашид тасралтгүй ихсэх хандлагатай байна [9, 12].

ЧШӨ-ийн хүндрэлийн нэг хэлбэр нь доод мөчний цусан хангамжийн архаг дутагдал (ДМЦХАД) бөгөөд энэ нь хэвлэлд диабетийн тавхайн хам шинж (ДТХШ) гэсэн нэрийн дор бичигддэг. Энэ үед тавхайн бичил цусан эргэлтийн өөрчлөлт илрэээс гадна мэдрэл-тэжээлийн дутагдлын хам шинж, тавхайн идээт үрэвсэлийн шинжүүд илрэдэг онцлогтой. ДТХШ-ийн улмаас дэлхий дээр жил бүр 200 мянга, ОХУ-д 12 мянган хүн хөлөө тайруулж байгаа [10] ба гэмтлийн шалтгааныг эс тооцвол мөчний тайралтын 45-70%-ийг ДТХШ эзэлдэг байна. Ийм ч учраас ЧШӨ хүний амьдрах хугацааг 2-12% бууруулдаг болох нь тогтоогдсон байна [10].

ЧШӨ-тэй хүмүүсийн дунд ДМЦХАД элбэг тохиолддог бөгөөд ихэнх нь цусан хангамжийн дутагдлын хүндэрсэн хэлбэрт (ЦХДХХ) орсон байдаг. Dormandy J. (1991) нарын судалгаагаар ЧШӨ-тэй нийт тохиолдлын дотор цусан хангамжийн дутагдлын хүндэрсэн хэлбэр (ЦХДХХ) 35%-иас илүү тохиолдох магадлалтай

байдаг бөгөөд тэдгээрийн 21%-д өвдөгний дээгүүр тайралт хийгддэг байна. ЧШӨ-ий үед атеросклероз илүү үүсдэгийг өнөө хүртэл бүрэн судлагдаагүй байна. Үүний зэрэгцээ ЧШӨ-тэй хүмүүс илүүдэл жинтэй, arterийн дараалт ихтэй байх нь элбэг бөгөөд энэ нь цусанд ХС, БНЛП, ТГ ихсэх, ИНЛП багасах хүчин зүйл болдог [20].

ЧШӨ II хэлбэрийн үеийн миокардын бичил судсыг судлахад эндотелийн пролифераци, эндотелийн хууралт дунд зэрэг буюу их хэмжээгээр илэрсэн байдаг бөгөөд (Ахмедев Ш.Д, 2005) энэ нь эндотелийн дисфункци үүсгэх гол нэхцэл болдог байна. Түүнчлэн миокардын хялгасан судасны диаметрийг судлаж үзэхэд ЧШӨ-тэй хүмүүст багассан байдаг нь тогтоогдсон байна. Бидний судалгаагаар ЧШӨ-тэй хүмүүст титэм судасны зах хэсгийн тархмал хэлбэрийн атеросклероз илүү тохиолддог нь коронаографийн шинжилгээгээр тогтоогдож байна [15].

Бидний судалгаагаар ДМЦХАД бүхий тохиолдлын дотор ДТХШ харьцангуй цөөн буюу 7.8% тохиолдож байна. Энэ нь ЧШӨ-ий үед ДТХШ аажим, зовиур багатай илрэдэг учраас мэс заслын эмчид хожуу ханддагтай холбоотой байж болох юм. ДТХШ-ийн үед идээт үхжил 25%, нейропатийн шархлаа 63%, цэвэр ишемийн хэлбэр 3-7%, хавсарсан хэлбэр 29.4% тохиолддог байна [3].

ДТХШ-ийн эмгэг жам. Удаан хугацааны гипергликемийн байдал нь ангиопати, нейропати үүсгэн тавхайнд эмгэг голомт үүсгэдэг. Гипергликемийн нэхцэлд байгаа эсийн мембрэн, түүнд нөлөөлж байгаа өөхний хэт исэлдэлтийн улмаас захын мэдрэлд бутэцийн өөрчлөлт бий болж, хөдөлгөөний, вегетатив болон мэдрэхүйн мэдрэлийн судалд очих мэдрэлийн импульс saatсанаас тавхайнд захын нейропатын шинж үүсдэг байна. Энэ нь хөлийн тавхайнд өвдөлтийн

болон хүрэлцэхүйн, температурын мэдрэхүй алдагдах байдлаар илэрч амархан гэмтэл авч шарх үүсэх нөхцөл бий болно. Остеоартропатий хавсарсан тохиолдолд тавхайн деформаци үүсэх, үений хөдөлгөөн хязгаарлагдах нь тавхайнд ачаалал ихсэх гол шалтгаан болж, тодорхой хэсгүүдэд эвэршил үүсдэг. Эвэршэн хэсэг амархан гэмтэж шарх үүсэх ба үүний анзаарагч гүй явснаас шархны талбай ихсэж, эдгэрэлт удааширдаг.

ДТХШ-ийн үед доод мөчний микро (артеол, капилляр) болон макроангиопати (дунд зэргийн ба томоохон arteri) үүсэх боловч ихэнх тохиолдолд тавхайн бичил цусны эргэлт өөрчлөлтөнд орсон байдаг онцлогтой бөгөөд зарим хэвлэлд шилбэний arterийн эмгэг гэж бичсэн нь бий. Ангиопатийн улмаас тавхайнд ишемийн шинж илрэх ба нейропати нь ишеми-тэй хавсарсан тохиолдолд нейро-ишемийн шарх үүснэ. Хэдийгээр тавхайн бичил судасны өөрчлөлт, микроангиопати давамгайлах боловч ЧШӨ атеросклерозын явцыг хурдасгах, хүндрүүлэх шалтгаан болдог учраас arterийн том судсанд атеросклерозын бөглөрөл ЧШӨ-ийн үед 3-5 дахин олон тохиолдож байгаа ба үүний ЧШӨ II, атеросклерозын хооронд генетик холбоо байгаагаар тайлбарладаг [7]. Судалгаанаас үзэхэд архаг гипергликеми-ийн үед атеросклерозын товруу эрт үүсэх, эндотели илуу гэмтэх, гилгэр булчингийн эсийн пролифераци болж, булчингийн давхаргаас интимд миграци үүсдэг. Гилгэр булчингийн эсүүдэд липид, липопротоид хуримтлагдаж, arterийн судасны хана макрофагаар дүүрч, улмаар цусны бүлэгнэлт өөрчлөгдхөн нь том судасны атеросклероз үүсэх гол шалтгаан болдог байна. Диабетийн үеийн атеросклерозын онцлог нь тархмал байдалтай байдаг бөгөөд гол төлөв arterийн судасны захын сегментийг хамарсан байдаг учраас биеийн хүчин нэлээд ачаалалын үед перемежающ хроматы шинж илэрдэг.

ДТХШ-ийн ангилал: ДТХШ-ийн хамгийн өргөн хэрэглэгддэг ангилал нь 1991 онд Нидерланд-д болсон Олон улсын I симпозиумаар батлагдсан ЦХАД-ын Фонтейн-Покровскийн ангилал юм.

ЦХАД-ын I-ойролцоогоор 1000 м явахад хөл өвдөх

IIa-ойролцоогоор 200 м явахад хөл өвдөх

IIb-200 м хүрэхгүй газар явахад хөл өвдөх

IIIa-хөлийн өвдөлт тайван үед илрэх бөгөөд горизонтал байрлалд илуу өвдөх учраас хөлөө үе үе унжуулдаг (шөнөд 3-4 удаа)

IIIb-хөлийн тавхай болон шилбэнд ишемийн хаван үүссэн байх (хүндэрсэн үе)

IVa-хөлийн тавхайн хуруунд үхжил үүссэн байх

IVb-хөлийн тавхай буюу шилбэнд үхжил үүсэн байх

Дээрх ангилалаас гадна зөөлөн эдийн өөрчлөлтийн гүнийн байдлыг илэрхийлсэн Wagner (1981)-ийн ангилал бий [12].

0 үе: шарх үүсээгүй, мэдрэхүйн өөрчлөлт илэрч, гиперкератоз үүссэн байх

I үе-зөөлөн эдэд өнгөц шарх үүссэн байх боловч арьснаас хэтрээгүй, халдвартын шинжгүй байх

II үе-гүнийн шарх булчин хүртэл явж, буглаа үүссэн байх ба ясны идээт үрэвсэл үүсэж, тавхай идээлсэн байх

IV үе -тавхай эсвэл тодорхой нэг хуруу үхжил болсон байх

V үе-Тавхай нэлдээ үхжил болсон байх
Үүнээс гадна ДТХШ-ийг эмнэлзүйн дараах үндсэн 3 хэлбэрт хувааж үздэг.

1. Нейропати хэлбэр (тавхайнд мэдрэл-халдвартын шинж илрэх)

ЧШӨ-өөр олон жил өвдсөний улмаас нейропати хэлбэр үүсэх ба энэ үед өвдөлтийн шинжгүй, арьсны өнгө хэвийн, тавхайн arteri-т пугшилт хэвийн байх боловч захын бүх төрлийн мэдрэхүй алдагдсан байна.Өвдөлтгүй дугуй шарх үүссэн байна.

2. Ишемийн үхжил үүсэх хэлбэр (тавхайнд ишемийн үхжлийн шинж илрэх)

Өвдөлт ихтэй байх ба арьсны температур буурч, өнгө нь цайвар болсон байх ба тавхайн arteri-т лугшилт тодорхойлогдохгүй боловч мэдрэхүй хэвийн байна. Хар тав тогтсон маш их эмзэглэлтэй шарх үүссэн байна.

3. Хавсарсан хэлбэр буюу нейро-ишемийн хэлбэр. Дээр дурьдсан хоёр хэлбэрийн шинж тэмдэг нэгэн зэрэг илэрсэн байх боловч ихэнхдээ халдвартын шинж давамгайлсан байдаг.

Зарим тохиолдолд **остеоартропатийн** шинж илэрсэн байх боловч энэ нь нейропатийн нэг хэлбэр гэж үздэг. Остеоартропатийг (Шарко) дараах 4 үе болгон хувааж үздэг.

I үе-тавхай улайх, тэмтэрч үзэхэд халуун байх

II үе-тавхайн деформаци үүсэж, рентгенд ясны сийрэгжилт болон ясны бүтцийн өөрчлөлт үүссэн байх

III үе- тавхайн деформаци ихсэж, үе мултрах буюу эмгэг хугарал үүсэх

IV үе- шархны улмаас дефект бий болж улмаар халдвартын ясны бүтцийн өөрчлөлт үүссэн байх

Дээрх ангилалаас хамгийн түгээмэл хэрэглэгддэг нь Фонтейн-Покровский болон Wagnerын ангилал бөгөөд бидний судалгаагаар

ЦХАД-ын I зэрэг 5%, II-20.0%, III-40.0%, IV-35% тохиолдож байгаагаас үзэхэд ДТХШ-ийн үед ЦХАД-ын хүндэрсэн хэлбэр илүү тохиолдог байдал ажиглагдаж байна.

Үндсэн зовиур, бодит үзлэгээр илрэх шинж: ДТХШ нь ДМЦХАД-ын шинж тэмдэгээр буюу явхад эрээн булчингаар чинэрч өвдөх, зогсох буюу сууж амрахаар өвдөлт намдах шинжээр илрэх боловч гол ялгаа нь ЧШӨ-өөр өвчилсөн, тавхайн хэсэгт цусан хангамжийн дутагдлын макро, микроangiопати-ийн шинж илэрсэн байдаг. Ихэнх тохиолдолд неиропати илэрсэн байдаг учраас өвдөлтийн шинж багатай байдаг учраас эмчид хожуу ханддаг. Неиропати нь тавхайн бичил цусан хангамжийн дутагдалтай хавсарсан тохиолдолд тайван үеийн өвдөлт эхэлж, тавхайнд шарх үүсэн, улмаар идээ татах хэлбэртэй болсон байдаг. Олонхи нь энэ үедээ эмчид ханддаг. Үзэхэд хөлийн тавхай, шилбэний арьс хуурайшсан, үс нь унасан; хумс зузаарч, тавхай шилбэний хэсэгт хүйтэн, арьсны өнгө цайвар-хөхөлбөр-ягаан түяатай болсон байх ба a.pedis dorsalis болон a.tibialis posterior-т судасны лугшилт тодорхойлогдохгүй болсон байдаг. Олонхи тохиолдолд хөлийн хуруу, тавхайн хэсэгт шарх үүсэж энэ нь идээлсэн байдаг. Зарим тохиолдолд артерийн бусад судасны тухайлбал: a.carotis communis, a.femoralis-ын лугшилт аль нэг талдаа багассан буюу тэмтрэгдэхгүй болсон байх буюу зүрхний титэм судасны атеросклерозын улмаас ишеми өвчний шинж илэрсэн байдаг.

ДТХШ мэдрэл-халдвартын, ишеми-үхжлийн, хавсарсан гэсэн үндсэн гурван хэлбэр байдаг тухай өмнө дурьдсан билээ. Эдгээрээс хамгийн түгээмэл тохиолдох хэлбэр нь мэдрэл-халдвартын хэлбэр 60-70%, ишеми-үхжлийн хэлбэр 25.5% орчим тохиолдох ба энэ хэлбэрийн үед тавхай хүйтэн, цайвар, хөхөлбөр өнгөтэй байх ба шилбэний артерийн судасны лугшилт тэмтрэгдэхгүй байх буюу сул тэмтрэгдэнэ. Хавсарсан хэлбэр ойролцоогоор 29.4% хүртэл тохиолдох ба өвчний явц хүнд байна [3].

Оношлогоо. ДТХШ-ийн оношлогоо үндсэн хоёр чиглэлд хийгдэнэ. Юуны урьд өвчтний ерөнхий биеийн байдалд дүгнэлт өгөх ба ЧШӨ-ийн үед ихэнх тохиолдолд бөөр, зүрх илүү гэмтдэг учраас эдгээр эрхтний үйл ажиллагаа ямар байгаад дүгнэлт хийнэ. Амбулаторийн нөхцөлд цусан дахь сахар, креатинин болон мочевин, липидын солилцоо (ХС, ИНЛП, БНЛП, ТГ); цусны реологийн үзүүлэлт (протромбины хугацаа, тромбины хугацаа, АПТВ, фибриноген)-ийг тодорхойлно. Зүрхний цахилгаан бичлэг (ЗЦБ) хийж, ишемийн өөрчлөлт ихтэй буюу өмнө зүрхний шигдээсээр өвдсөн бол ЭхоКГ-ийн шинжилгээ хийж, зүрхний

булчингийн агших чадварын үзүүлэлт болон зүүн ховдлын ханын кинетик байдалд дүгнэлт өгнө. Тархины цусан хангамжийн дутагдлын шинжтэй бол ультразвуков допплерографийн шинжилгээгээр гавлын гаднах ба дотор судасны цусны урсгалын хурдыг тодорхойлно.

Тавхайн өөрчлөлт ихтэй бол ясны зураг 2 байрлалд авч ясны өөрчлөлт үүссэн эсэхэд дүгнэлт өгнө. Тавхайн идээт шархтай бол бактериолог шинжилгээ хийж, микрофлор тодорхойлно. Шилбэний артерийн даралт үзэж, шилбэ-бугалганы артерийн даралтын индекс тодорхойлно.

Хоёр дахь шатны шинжилгээ нь стационарын нөхцөлд хийгдэх бөгөөд ангиографийн шинжилгээ хийж, доод мөчний артерийн судасны бөглерлийн байрлал, түвшинг тодорхойлж, судасны цусны урсгалыг нөхөн сэргээх мэс засал хийх боломж байгаа эсэхэд дүгнэлт өгнө. Боломжтой бол артериографийн шинжилгээний өмнө судасны допплерографийн шинжилгээ хийж, шилбэ, тавхайн артерийн цусны урсгалын хурдыг тодорхойлно. Орчин үед компьютер-видеокапиллярскопи болон лазерын допплер флюметрийн шинжилгээгээр доод мөчний цусны бичил эргэлтийн байдалд дүгнэлт өгөх болсон байна. Бидний судалгаагаар доод мөчний артерийн судасны өөрчлөлт гуя-таксимын артерийн сегментэд 30.0%, тахим-шилбэний артерийн сегментэд 70.0% тохиолдож, ДТХШ-ийн үед доод мөчний артерийн захын өөрчлөлт илүү тохиолдог нь ажиглагдлаа [13]. Үүний зэрэгцээ артерийн бусад судас болох a.brachiocephalicus болон титмийн артерийн өөрчлөлттэй гэж үзэж байгаа бол гавлын гаднах ба дотор судасны байдлыг каротид ангиографи, титэм судасны нарийслын зэргийг коронарографийн шинжилгээгээр тодорхойлно.

Эмчилгээний үндсэн зарчим

Эмийн эмчилгээ: ДТХШ-ийн эмчилгээ юуны урьд цусан дахь сахарын хэмжээг 5.5 ммоль/л хүртэл бууруулж, нүүрс усны солилцоог хэвийн болгох, бодисын солилцооны алдагдлыг засахад чиглэгдэнэ. Хоёрдахь нь тавхайд шарх, үхжил үүссэн тохиолдолд түүнийг эмчлэх, мэс засал хийх, идээт халдвартын хүндрэлээс сэргийлэх эмчилгээ хийх ба тэхдээ Фонтейн-Покровский, Wagner-ийн ангилалын ямар зэрэгт байгаагаас хамаарна.

Диабетын полинейропати үүссэн тохиолдолд нейротроп бүлгийн витамин В хэрэглэнэ. Реополиглюкон, курантил, трентал, тиклопидин, ацетил салицилын хүчил зэрэг уламжлалт антикоагулянт, дезагрегант, антиоксидант эмчилгээ хийхийн зэрэгцээ сүүлийн үед өргөн

хэрэглэх болсон бага молекулт гепарин болох **Фраксипарин**ыг 0.3 мл-ээр 12 цагийн зайдай хүйсний арьсан дор 7-10 хоног тарих, шаардлагатай үед 30 хоног ч хэрэглэнэ [10.12].

Сүүлийн үед **оксиметилэтилпиридина сукцинатын** 5%-ийн уусмалыг хэрэглэх болсон. Энэ уусмал нь мембранный протектор, липидын хэт исцэлдэлтийн ингибитор учраас гипоксийн эсрэг үйлчилгээтэй. Митохондрин энэрги синтезлэх үйл ажиллагааг идэвхижүүлж улмаар эсийн доторхи энэргийн солилцоог сайжруулдаг. Үүний үр дунд өдөр эсийн деструкцийн өөрчлөлт багасч үрэвсэл намдана. Үүний зэрэгцээ дархлаа сайжруулах Оксиметилэтил пиридинасукцинатыг хоногийн эхлэх тун 1.0 гр, аажмаар нэмэгдүүлэн 0.8 гр-аас хэтрүүлэхгүй хэрэглэнэ. Курс эмчилгээ нь 100 мг-аар булчинд эсвэл 0.9%-ийн натри хлоридын 200 мл уусмалд хийж, минутанд 60 дуслаар нийт 10 удаа хийж курс эмчилгээ болно.

Сүүлийн үед Гепаринсульфат (глюкозаминглюкан 4000-12000Д) хэрэглэх болсон бөгөөд энэ бүлгийн бэлдмэлд **сулодексид** ордог. Энэ бэлдмэл нь нэг төрлийн дунд бага молекултай гепарини төрөл бөгөөд цусны реолог чанарыг сайжруулах, судасны ханын нэвчимтгийн чанар, цус бүлэгнэлт, тромбоцитын адгези, агрегаци болон фибринолиз-д нөлөөлдөг. Гепаринсульфат нь эндотелийн эсийн хасах цэнэгийг нэмэгдүүлж, эндотели-ээс простациклиныг хөөснөөр судасны интим дахь леикоцит, тромбоцитын адгезийг сулруулдаг. Дээрх үйлчилгээний үр дунд артерийн судасны бөглөрөл өвчин даамжрахыг сааруулж, судасны нарийслыг багасгадаг. Сулодексидийг булчинд 300 ЛЕ-ээр хоногт 2 удаа эсвэл нэг удаа 600 ЛЕ хийж, дараа нь хоногт 250 ЛЕээр 30-70 хоногийн турш уухаар хэрэглэнэ [10.12]. Сулодексид-ийн эмчилгээ эхэлсэнээс хойш 10-20 өдрийн дараагаас цусны өтгөрөлт багасдаг байна. Сулодексидийн үед доод мөчнөөс венийн урсгалыг сайн хөөдөг учир венийн архаг дутагдлын үед ч хэрэглэнэ.

ДТХШ-ийн үед **простогландин Е** (ПГЕ) өргөн хэрэглэх болсон бөгөөд ишеми болсон хэсэгт шууд ба шууд бус үйлчилгээ үзүүлдэг. ХС-ы солилцоог идэвхижүүлж, эфирт шилжих явцыг багасгаснаар цусан дахь ХС-ы хэмжээг бууруулдаг. ПГЕ венийн тонусыг ихэсгэж, судасны нарийссан хэсэгт судасны агшилтыг тавиулах үйлчилгээ үзүүлэн, судас өргөсгөх болон реолог чанар сайжирсангаар захын судасны эсэргүүцэл буурч, мөчний өөрчлөлттэй хэсгийн цусны урсгал нэмэгддэг байна. 250 мл физиологийн уусмалд хоногт 60 мкг-ээр найруулж венийн судсаар 2-3 цагийн турш дуслаар хийнэ. Дээр дурьдсан эмчилгээ нь ЦХАД-ын зэргээс

ихээхэн хамаарах бөгөөд курс эмчилгээ хоёр долоо хоног үргэлжилнэ. Зарим судалгаанаас [20] үзэхэд Вазапростан хэрэглэснээр тайралтыг 16% хүртэл бууруулсан үр дун гарсан байдаг. Бидний ажиглалтаар ПГЕ хэрэглэснээр тавхайн шарх аних, өвдөлт намдах, өвдөлтгүй явах зайд уртсах зэрэг ээрэг шинж тэмдэг илэрч байлаа.

Бактерийн эсрэг эмчилгээ: ДТХШ-ийн гол үүсгэгч нь грам нэмэх болон хасах кокк, клостириди, гэдэсний савханцар, анаэроб халдварт зэрэг олон үүсгэгчээр үүсдэг учраас эмчилгээний үр дун антибактериал эмчилгээний сонголтоос ихээхэн хамаарна. Антибактериал эмчилгээ нь нэгдүгээрт хэрэглэж байгаа бэлдмэлд өвчин үүсгэгч мэдрэг, өргөн хүрээний үйлчилгээтэй байх, хоёрдугаарт халдвартын голомт буюу идээт-үхжлийн хэсэгт хангалттай концентрац-аар үйлчилсэн байх, гуравдугаарт хийгдэж байгаа эмчилгээ нь хангалттай үр дүнтэй байхын тулд тухайн өвчтний онцлог, бусад хавсарсан өвчин зэрэг хүчин зүйлийг харгалзан тооцсон байх ёстой. Антибактериал эмчилгээг ялангуяа остеомиелит үүссэн бол 30-60 хоног [3] үргэлжлүүлэн хийнэ.

Хэсэг газрын эмчилгээ: Хэсэг газрын эмчилгээний хэлбэр нь шархын экссудаци, пролифераци, эпителизацийн ямар шатанд байгаагаас хамаарна. Юуны урьд үхжил болсон хэсгийг авах буюу идээ голомтыг гадагшуулах арга хэмжээ авах ба үхэжсэн хэсгийг авахдаа эрүүл хэсгийн түвшинд авч, шарх бүрэн эдгэртэл ариун боолт хийж байх, шархны анилтыг хурдасгахын тулд антисептик уусмал болон антисептик тосон түрхлэг хэрэглэнэ. Уусмал нь өнгөгүй байх, өнгөтэй уусмал хэрэглэхэд шархны анилтын байдалд дүгнэлт хийхэд хүндрэлтэй. Антисептик бэлдмэл нь цитотоксик үйлчилгээгүй байх ба гол төлөв 0.02%-ийн хлоргексидин, 1%-ийн диоксидин, 3%-ийн устэрөгчийн хэт ислийн уусмал болон 1:5000 фурацилины уусмал хэрэглэнэ. Тосон түрхлэгийн дотроос диоксильт, левомоколь, 5%-ийн диоксидины тос өргөн хэрэглэнэ. Боолтын материал нь шархны дотор талд хангалттай чийглэг өгөх, мөн үрэвсэлийн шингэнг сайн шингээх чадвартай байх ёстой бөгөөд боолт хийх, солих үед зөвлөн эдийг аль болох гэмтээхгүй, өвчтөнд өвдөлтгүйгээр хийх зарчмын баримтлана.

Мэс засал эмчилгээ. Доод мөчний ЦХАД-ын хүндрэсэн хэлбэр болон артерийн судасны цусны урсгалыг нөхөн сэргээх боломжтой нөхцөлд мэс засал хийх заалттай. ДТХШ-ийн үед ташаа ба гуяны артерийн томоохон судсанд атеросклерозын бөглөрөл илэрсэн тохиолдолд судасны нөхөн сэргээх мэс заслын хэдэн хувилбар хэрэглэсэн нь тавхайн цусан хангамжийг

сайжруулахад чухал нөлөөтэй байлаа. Судасны нөхөн сэргээх мэс заслыг ихэнх тохиолдолд эпидурал буюу нугасны мэдээгүйжүүлэлтийн нөхцөлд хийж байгаа нь мэс заслын дараах өвдөлтийг багасгах давуу талтай. Ихэнх мэс засалчид гол судас-ташааны артерийн хоорондох холболтод хиймэл судас, ташаа-гүяны артерийн сегментэд болж өгвэл биологийн судас эсвэл венийн судас харин тахим-шилбэний артерийн сегментэд тогтмол венийн судас хэрэглэх нь илүү тохиромтой гэж үздэг бөгөөд бид ч энэ зарчмыг баримталж байна.

Гадаадын судалгаанаас үзэхэд гол судас-ташааны нөхөн сэргээх мэс заслын үр дүн 95% хүрдэг [21]. 5 жилийн дараа 91%, 10 жилийн дараа 86.8%. Харин ЦХАД-ын хүндэрсэн хэлбэрийн үед нөхөн сэргээх мэс засал хийсэн бол үр дүн 87.5-81% хүрч буурдаг байна [21]. Мэс заслын дараах нас баралт 3.3% хүрдэг байна.

Бид ДТХШ бүхий нийт тохиолдлын 55%-д мэс ажилбар хийсэн бөгөөд судасны цусны урсгалыг нөхөн сэргээх мэс засал 27.3%, некроэктоми буюу бичил тайралт-45.5%, симпатэктоми-36.4%, тромбинтимэктоми-27.3%, мөч тайралт 45%-д хийгдсэн байна.

Статистик судалгаагаар нөхөн сэргээх мэс заслын (НСМЗ) дараах нас баралт 2-4% (management), гэтэл анхдагч тайралтын дараах нас баралт 39% [19, 23].

Нийт хүн амын дунд тохиолдох мөчний тайралттай харьцуулахад ЧШӨ-ий тайралт 15-17 дахин их байдаг байна [12]. Гадаадын судалгааны материалаас үзэхэд гэмтлийн гаралтай бус нийт тайралтын 45-70%-ийг ДТХШ эзэлж [11], 50-иас илүү хувийг дээгүүр тайралт эзэлдэг байна. Бидний судалгаагаар ДМЦХД-ын дутагдлын шалтгаант тайралтын дотор ДТХШ-ийн тайралт 6.5%-ийг эзэлж байгаа ба тайралтын дараах захын үхжил 18.2%, дахин тайралт-9.1%, шарх идээлэх хүндрэл-9.1% тохиолдож байна.

Сүүлийн үед хөлийг аврахын тулд цусны урсгалыг нөхөн сэргээх зорилгоор остеотрепенаци мэс ажилбар хийх болсон. Харин шилбэний 3 артерийн нэг нь л чөлөөтэй байгаа нөхцөлд гүашилбэний холболт хийж боломжтой гэж үздэг. Шилбэний бүх артери бөглөрсөн тохиолдолд тахимны артерийн перфузийн даралт 90 мм муб байгаа нөхцөлд остеотрепенаци хийх зарчим баримтлана. Дээр дурьдсан нөхөн сэргээх мэс засал хийж боломжгүй зарим тохиолдолд венийн судсыг артерижуулах мэс засал хийж байгаа нь тодорхой үр дүн өгч байна. Үүнийг хийж боломжгүй буюу үр дүн муутай байх тохиолдолд бүсэлхийн симпатэктоми (БСЭ) хийж байна. Гэхдээ БСЭ мэс заслыг дангаар бус мэс заслын бусад аргуудтай,

тухайлбал остеотрепенаци хийх ажилбартай хамт хийх нь дангаар хийснээс үр дүнтэй байна.

Эндоваскуляр ажилбар хийх боломж.

Ташааны болон гүяны артерийн хэсэг газрын буюу 3 см-ээс уртгүй, 75%-иас дээш нарийслын үед судсан дотуурх аргаар тэлэлт хийх, стент тавих боломжтой гэж үздэг. Ийм ажилбар хийсний дараах үр дүн эхний нэг жилд 68-78%, 3 жилийн дараа 60%, 5 жилийн дараа 72% байсан байна [21]. Үүнээс үзэхэд судсан дотуурх ажилбар үр дүнтэй болох нь харагдаж байгаа ба цаашид энэ аргыг өөрийн орны эмчилгээний практикт өргөн нэвтрүүлэх шаардлагатай юм.

Нөхөн сэргээх эмчилгээ: Эмийн болон мэс засал эмчилгээнээс гадна нөхөн сэргээх эмчилгээ чухал. ДТХШ бүхий тохиолдолд хөлөнд аль болох ачаалал өгөхгүй байх, үүний тулд тусгай эмчилгээний зориулалттай гутал өмсөх, хөдөлгөөнтэй тэргэнцэр эсвэл таяг хэрэглэх шаардлагатай. УВЧ шарлага, барокамер, соронзон болон лазер эмчилгээ сайн үр дүн өгнө.

Ном зүй.

1. Анциферов М.Б., Галстян Г.Р., Токмакова А.Ю., Дедов И.И. Синдром диабетической стопы. //Сахарный диабет. 2001. №2.
2. Газетов Б.М., Калинин А.П. Хирургическая заболеваний у больных сахарным диабетом. М.Медицина 1991.
3. Гурьева И.В., Кузина И.В., Воронин А.В., Мамонтова Е.Ю., Иванов С.В., Кудрявцев А.М. и др. Особенности диагностики и лечения диабетических поражений стоп. Хирургия. 10, 1999, 39-43.
4. Дедов И.И., Анциферов М.Б., Галстян Г.Р., Токмакова А.Ю. Синдром диабетической стопы. М. 1998.
5. Ефимов А.С. Диабетические ангиопатии. М. 1989.
6. Комелягин Е.Ю. Алгоритм выявления пациентов с риском развития синдрома диабетической стопы. Автореф. Дис канд мед наука. М 1998.
7. Кошкин В.М., Аметов А.С. Диабетическая ангиопатия. Пособие для врачей. 1999.
8. Лоховицкий С.В., Афанасьев А.Н., Маламуд М.Я. Диабетическая гнойная остеоартропатия (патогенез, клиника, лечение) Караганда. 1995.
9. Покровский А., Дан В., Чупин А., Харазов А. Диабетические макроангиопатии. Врач Ежемесячный научно-практический и публицистический журнал. 2002. 5:7-11
10. Редькин Ю.А., Бахарев И.Б. Синдром диабетической стопы: диагностика, лечение, профилактика. Качество жизни. Медицина. 2000. с.13-21.

11. Светухин А.М., Прокудина М.В. Комплексное хирургическое лечение больных с синдромом диабетической стопы. Хирургия. 1998. 10:64-67.
12. Светлана П., Ирина Б. Синдром диабетической стопы. Медицинская газета. 2005. №34.
13. Д.Цэгээнжав., Н.Баасанжав. Результаты хирургического лечения облитерирующих заболеваний артерий нижних конечностей. Патология кровообращения и кардиохирургия. 2005. 3:42-46.
14. Д.Цэгээнжав. Доод мөчний артерийн архаг бөглөрлийн мэс засал эмчилгээний үр дүн. Монголын Анагаах Ухаан, 2004.4:24-29.
15. Д.Цэгээнжав., З.Лхагвасүрэн. Коронарографийн шинжилгээнд хийсэн дүгнэлт. АҮХ. Эрдмийн бичиг. 2003.
16. Foster A. Proceeding of the First international symposium on the Diabetec foot. Noordwikerhout The Netherlands 1991. p.137-149.
17. Abbott C., Vileiryte L., Williamson S. Multicenter study of the incidence of and predictive risk factors for diabetic neuropathic foot ulceration. /Diabetes care.-1998. N8. P 207-211.
18. Dormandy J., Heecr L., Vig S. Peripheral arterial occlusive disease. Clinical data for decision making. Semin. Vasc. Surg. 1999.V 12. N2. pp.93-162.
19. Kalb A., Carisson R., Nilsson E. Major amputations in a defined population: incidence, mortality and results of the treatment. //Br.J.Surg.-1989, Vol 76(3) p. 308-310.
20. Kannel W. Risk factors for atherosclerotic cardiovascular out comes in different arterial territories. J.Cardiovascular Risk. 1994. N1. p.333-339.
21. Management of Peripheral Arterial disease. Transatlantic Inter-Society Consensus. //Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. 2000. Vol. 19.
22. Reiber G.E. The epidemiology of the Diabetec foot problems. Diabetec Medicine. 1996; 13: Suppl 1:6-11.
23. Stirnemann P., Mlinaric Z., oesch A., Kirchhof B., Althaus U. Major lower extremity amputation in patients with peripheral arterial insufficiency with special reference to the transgenicular amputation. //J. Cardiovasc. Surg. 1987. Vol. 28-152-158
24. The Foot in Diabetes. /Ed. by H. Connor, A.J.M. Boulton, J.D. Ward. 1987.
25. The high risk foot in diabetes mellitus. Ed. by R.G.Erykberg. 1991.
26. The Diabetic foot. Proceedings of the First International Symposium on the Diabetic foot. Netherlands. May. 1991.

Танилцаж, нийтлэх санал өгсөн:
Академич Н.Баасанжав

гүйцэтгэнэ. Харин дотоод шүүрлийн эсүүд даавар болон биологийн идэвхит бодисуудыг эс завсрлын шингэнд ялгаруулж тухайн хэсэг газрын эсүүдэд мэдээллийг дамжуулна. Үүнийг паракрин зохицуулга гэж нэрлэдэг. Орчин үед паракрин үйлчилгээтэй нилээн бодис байдаг нь тодорхой болсон. Тийм бодист нейромедиаторууд багтана. Химийн мэдээллийн эх сурвалж нь мэдрэлийн эс юм. Нейромедиаторууд нь цусанд орохгүй, синапсын нарийн завсраар синапсын дараах мэдрэлийн эсэд нэвчин орно. Синапсын дараах мембрان дээр нейромедиатор нь өвөрмөц хүлээн авууртай холбогдоно.

Өөрөө өөрийнхөө шүүрлийг тохируулан үйлчлэх эдийнхээ орчинд эс завсрлын шингэн нэвчиж бай эсийнхээ мембран дээрх өвөрмөц рецепторийн нэгдэж тэдгээрийн үйл ажиллагааг зохицуулахыг аутокрин зохицуулга гэнэ.

Дааврууд нь мэдээллийг бай эрхтэнд хүргээд эсийн рецепторын оролцоотойгоор түүнд өвөрмөц үйлчилгээ үзүүлдэг. Бай эсийн мембранны рецепторууд нь кодолсон мэдээллийг унших, таних үйл ажиллагаа явуулдаг [8, 9].

Даавар нь бай эсдээ нэлөөлж өвөрмөц хариу урвалыг бий болгоно. Жишээ нь бамбай булчирхайн тиреотропины нэлөөгөөр бамбай булчирхайн тиреод дааврын нийлэгжилт ихэсдэг.

Дааврын өвөрмөц шинж чанарууд:

1. Даавар-дотоод шүүрлийн өвөрмөц эсээс үүсдэг.

2. Даавар-бие махбодын дотоод орчноор дамжуулан алсын зайд үйлчилдэг.

3. Даавар-өчүүхэн бага хэмжээгээр ялгарах боловч (10^{-6} , 10^{-12}) биологийн маш өндөр идэвхитэй. Жишээлбэл: 1 гр адреналин 100 сая мэлхийн зүрхийг идэхижүүлж, 1гр инсулин 125000 туулайн цусан дахь сахарыг багасгаж чадна.

4. Даавар-сэтгэл хөдлөл, бие бялдрын хөгжил, оюун хаан, бие махбодийн тэсгэвэрлэх чадвар, бэлгийн үйлдэл төрхөд хүчтэй нэлөөлдэг [5, 6, 8, 9].

5. Даавар бүр өвөрмөц бай эрхтэнд үйлчилж, түүний үйл ажиллагааг өөрчилнө.

6. Даавар-эдийн үйлчлэлээр амархан задарна.

7. Даавар-амьтын төрөл зүйлийн онцлог шинж байдаггүй.

Дааврын бай эрхтэнд үзүүлэх нэлөө

1. Бодисын солилцооны үйлдэл. Дааврууд нь уураг, нүүрс ус, өөх тос, эрдэс давс, амин дэмийн солилцоонд чухал нэлөө үзүүлдэг. Эргэх холбооны зарчмаар эрхтний үйл ажиллагаа ба бодисын солилцооны явцыг зохицуулна [7, 8].

- А. Эс болон түүний оршихуунуудын мембрани нэвтрүүлэх чадварт нэлөөлж тухайн мембранаар

фермент, ион, бодисын солилцооны бүтээгдэхүүн тээвэрлэглэх үйл явцыг зохицуулдаг.

Б. Эсийн ферментийн идэвхийг өөрчилдэг (ферментийн бүтэц, конфигурацийг өөрчлөх, кофактортой холбогдох үйл ажиллагааг нь хөнгөвчлөх, проферментийн идэвхи, ферментийн молекулын задралын эрчийг идэвхижүүлэх, бууруулах... г.м.).

В. Ферментийн нийлэгжилтийг өөрчилдэг (эсийн бөөмийн удамшлын аппаратад нэлөөлөх, уураг нуклейн хүчлийн нийлэгжилт түүний энергийн болон бодисын солилцоонд шууд оролцох замаар) дааврын нэлөөгөөр эсийн бодисын солилцоо хэлбэлзэх нь эд, эрхтэн, эсийн үйл ажиллагааны өөрчлөлтийн үндэс болдог [5, 7].

2. **Бүтэц удамзүйн үйлдэл.** Энэ үйлдэл нь эсийн бүтцийн элементүүд бүрэлдэх ялгаран хөгжих үйл явцад даавар хэрхэн нэлөөлж буйгаар болон бодисын солилцооны мөн эсийн удамшлын аппаратын өөрчлөлтөөр илрэдэг. Жишээ нь: соматропин дааврын нэлөөгөөр бие махбод өсөн томрох, бэлгийн I, II шинж тэмдэг бүрэлдэн тогтох г.м үйл явц явагддаг [4, 5, 6].

3. **Хянан тохируулах үйлдэл.** Дааврын дутагдлын үед эрхтний үйл ажиллагааны өөрчлөлт илрэх нь тухайн дааврын энэ үйлдэл үүгүйлэгдэж байгааг харуулж байна. Жишээ нь адреналин зүрхний агшилтийн тоог олшруулах, тироксин бодисын солилцооны явцыг идэвхижүүлэх, альдестерон бөөрөнд калийн эргэн шимэгдэлтийг багасгах... г.м сонгомол үйлчилгээтэй. Хэрвээ тухайн даавар дутагдвал дээрх үйлдлийн үр дүн илрэхгүй. Мөн даавар нь хямарсан үйл ажиллагааг сэргээн засварлах үйлдэл ч үзүүлдэг. Тухайлбал, уургийн солилцооны катаболизм давамгайлахад анаболит дааврууд түүний нийлэгжилтийг идэвхижүүлдэг.

4. **Үйл ажиллагаанд түлхэн оруулах үйлдэл.** Гүйцэтгэх эрхтний үйл ажиллагаанд түлхэн оруулна. Жишээ нь: окситоцин умайн ханын гөлгөр булчинг аглааж төрөх үйл ажиллагааг хурдаасана. Адреналин элэгний гликогенийг задалж цусанд глюкоз оруулдаг. Вазопрессин нефроны цуглуулах сувганцрын эсийн мембрани дээр усны сувгийг нээж усны эргэн шимэгдэлтийг идэвхижүүлдэг [3, 4, 8].

5. **Хариу урвалын үйлдэл (реактоген).** Медиаторын үйлдэлд хариу үйлдэл үзүүлдэг. Тухайлбал, кальцийг зохицуулдаг дааврууд нефроны алсын сувганцарт вазопрессинд мэдрэг чанарыг бууруулдаг. Фолликулин умайн салст бүрхэвчийн прогестеронд үйлчлэх идэвхийг нэмэгдүүлдэг.

6. **Креаторын холбоо.** Энэ нь эдэд эсүүдийг нэгтгэх зорилготой тодорхой уураг ба эсийн

доторхи уургийн нийлэгжилтийг зохицуулахад чиглэгдсэн макромолекулын эсүүдийн хооронд мэдээллийн солилцоо явуулна. Энгийн уураг кейлоны ДНХ-н нийлэгжилт, эсийн хуваагдлыг саатуулна. Креаторын холбоо гэдэг нь эсийн дотоод болох үйл явцыг (Тухайлбал: тодорхой уургийн нийлэгжилт г.м) тохируулахад зайлшгүй шаардлагатай мэдээллийг дамжуулна [6, 8, 9].

Креаторын холбоо нь эсүүдийг эд болгон нэгтгэн өсөлт, хөгжилтийг нь хангах эцсийн эцэст тусгаар эсүүд нэгдмэл тогтолцоо болон ажиллах боломж олгодог. Эс хоорондын энэ харилцан үйлчлэлийн хэлбэр нь түүхэн хөгжлийн хувьд олон эст амьтан анх бий болсноос эхэлж үссэн тохируулгын эртний хэлбэр юм. Креаторын холбоо тогтоодог бодисуудын дотор ДНХ-н нийлэгжилт, эсийн хуваагдлыг дарангуйлах үйлчилгээ бүхий эсийн уураг, гликопротеид хүртэл ордог. Креаторын холбооны хямралыг хөгшрөлтийн болон хорт хавдар үүсэх нэг шалтгаан гэж үздэг.

Ном зүй.

1.Д.Энэбиш “Дааврын ангилал, үүрэг” Дааврын биохимийн үндэс УБ 2004 х. 200-224

2.Г.Отгон “Нөхөн үржихүй, дотоод шүүрлийн физиологи” Физиологийн үндэс УБ 2005 х.240-260

3.Г.Сүхбат “Дотоод шүүрлийн физиологийн үйл ажиллагаа”. Хүний биеийн үйл зүй УБ 2005 х.90-116

4.Ц.Цэцэгмаа “Дааврын үйлчлэлийн механизмын дотоод шүүрэл УБ 2005 х.19-30

5.М.И.Баловолкин “эндокринология” 1998 М. с.581.

6.Основы эндокринологии Джон.Ф.Лейкок, Питер, Г.Вайс, 2000 г с.501

7.Т.Б.Моргунова, В.В.Фадеев “Заместительная терапия гипопреоза препаратами тиреоидных гормонов один или два?”. Проблемы эндокринологии 2005 №1, с.53-56

8.Robert. M.Berne “General Principles of Endocrine Physiology”-Principles of Physiology, 2005 p.585-597

9.Glass CK: Differential recognition of target genes by nuclear receptor monomers, dimer and heterodimers, Endocr Rev, 2005 p.15-391

**Танилцаж, нийтлэх санал өгсөн:
Анагаах ухааны доктор,
дэд профессор Д.Энэбиш**

Умайн лейомиомын эмчилгээний шинэ чиг хандлага

Б.Жаргалсайхан

Эрүүл мэндийн шинжлэх ухааны их сургууль

Умайн лейомиом эмэгтэйчүүдийн хавдрын дотор элбэг тохиолдох бөгөөд нөхөн үржихүйн насын эмэгтэйчүүдийн дунд 20-40% хүртэл тохиолдоно [1, 3, 7, 8]. Умайн лейомиом эмэгтэйчүүдийн бэлэг эрхтний хоргүй хавдрын дотор хамгийн түгээмэл тохиолдох дааврын хамааралтай, холбогч ба булчингийн эдийн элементээс үүсэж хөгжсөн хавдар юм. Умайн лейомиомын үед бодисын солилцоо, бэлгийн даавруудын хоорондын харьцаа, тэдгээрийн синтез алдагдан, умайн булчингийн хүлээн авах байдал өөрчлөгддөг [1, 2, 3, 4, 6, 7, 9].

Умайн лейомиом ихэнхи тохиолдолд удаан явцтай ургах бөгөөд 35 түүнээс дээш насын эмэгтэйчүүдийн 20-40 хувьд лейомиомын хэмжээ томорч эмнэл зүйн шинж тэмдгүүд үүсэх шалтгаан болно [2, 3, 8, 9]. Цөөнгүй тохиолдолд хорт хавдарт шилжинэ.

Булчингийн ба холбогч эдийн хоорондын харьцаанаас хамааран олон янзын нэршлээр нэрлэж ирсэн. Тухайлбал: миом, фибромуом,

лейомиом. Гэвч хавдрын зангилаанууд булчингийн эдээс үүсч хөгждөг учраас хамгийн тохиromжтой нэршил нь лейомиом юм.

Лейомиомын зангилаа хэд хэдэн үе шатыг дамжин ургана:

I үе. Судасны хананд ургалтын идэвхитэй бус үүснэ. Лейомиомын зангилаа үүсэж буй хэсэгт бодисын солилцоо идэвхжин, судасны нэвчимтгийн чанар ихсэнэ.

II үе. Лейомиомын зангилаанууд түргэн явцтай ургаж эхэнлэ. Гэвч энэ шатанд зангилааг зөвхөн дурант багажийн (микроскоп) тусламжтай харах боломжтой.

III үе. Эмэгтэйчүүдийн үзлэгээр илрүүлэх боломжтой ба бичил бүтцийн өөрчлөлтүүдийг тогтооно [1].

Умайн лейомиом бэлгийн бойжлын ба цэвэршилтийн дараах насанд үүсэх нь ховор, цэвэршилтийн дараах насанд эргэн хөгжик байгаа нь дааврын хамааралтайг харуулна. Зарим судлаачид хэт таргалалт, хөдөлгөөний дутмагшил, сэтгэлийн таагүй байдал умайн пейомиом үүсэхэд нөлөөлнө хэмээн үзэж байна. Умайн лейомиомын бараг 80% нь олон

зангилаанаас тогтох ба нэгэн зэрэг янз бүрийн хэмжээтэй, олон тооны зангилаанууд үүсдэг.

Умайн лейомиомын зангилаануудыг байрлалаас хамааруулж ангилна:

- Умайн булчин хоорондын байрлалтай
- Умайн гялтан доноос түрж ургасан
- Умайн салстын доноос түрж ургасан
- Умайн холбоос хооронд байрласан

Умайн лейомиом үүсэхэд нөлөөлөх үндсэн хүчин зүйлс:

- Удамшлын хамаарал (цусан төрлийн холбооны хүн нь умайн лейомиомоор өвдсөн асуумжтай)
 - өндгөвчийн үйл ажиллагааны хямрал
 - нөхөн үргижүйн үйл ажиллагааны алдагдал (ургүйдэл, дутуу зулбалт)
 - бодисын солилцооны өөрчлөлт (таргалалт, чихрийн шижин болон бусад дааврын өөрчлөлттэй эмгэгүүд, зүрх судасны өвчин)
 - бэлэг эрхтний үрэвсэлт өвчнүүд, эндометриоз
 - үр хөндөлт болон умайн хөндийд хийгдсэн мэс ажилбарууд
 - төмөр дутагдлын цус багадалт

Эмнэл зүйн илрэл өвчтөний нас, хавдрын байрлал, хэмжээ болон дагалдах эмгэгүүдээс хамаарлтай.

Эмнэлзүйн онцлогууд. Умайн лейомиом ихэвчлэн эмнэл зүйн шинж тэмдэггүй явагдана.

Эмнэл зүйн шинж тэмдэгүүд.

1. Цус алдалт хамгийн түгээмэл шинж юм. Умайн лейомиомтай эмэгтэйчүүдийн 30% -д цус алдалтын шинж тэмдэг илэрнэ.

Умайн лейомиомын үед цус алдах механизм тодорхой бус байгаа боловч дорхи шалтгаанаар тайлбарлаж байна. Үүнд:

- судасны хананы дутагдал, гажиг
 - умайн салстын доноос түрж ургасан лейомиомын зангилаа
 - умайн салстын цусан хангамжийн алдагдал
2. Хэвлийн өвдөлт цөөн тохиолдох боловч зангилаанд тэжээлийн алдагдал үүсэх, хөл дээр мушгирах эсхүл аденоцистий хавсарвал илэрнэ.
3. Хажуугийн эрхтэнгүүдийн үйл ажиллагаа алдагдах
- өтгөн хатах
 - шээс ойр ойрхон хүрэх

Давсагны үйл ажиллагааны алдагдлыг мэс засал эмчилгээний өмнө бусад шалтгааныг үгүйсгэхийн тулд хийнэ. Цэвэршилтийн дараах наасны эмэгтэйчүүдэд умайн лейомиом өвдөлттэй хавсарвал лейомиосаркомаас ялгаж оношлоно.

Эмчилгээ. Умайн лейомиомын эмчилгээг нь хувь хүний онцлогт тохируулах шаардлагатай ба доорхи зүйлүүдэд үндэслэгдэнэ:

1. Хавдрын хэмжээ

2. Ургалтын явц

3. Шинж тэмдэг

4. Эмэгтэй жирэмслэх хүсэлтэй эсэх

5.. Умайн ихэнхи лейомиом шинж тэмдэггүй явагддаг учир эмчилгээ шаардагдаггүй байж болох талтай юм.

6. Гэвч умайн лейомиом цус алдалттай хавсрахад 75% хүртэл тохиолдолд эмнэлзүйн шинж тод илрэн, умай тайрах мэс засал хийгддэг. Сүүлийн 10 жилд умайн лейомиомын эмчилгээнд умай үлдээх эмчилгээний аргууд нэвтэрч байгаа боловч цөөн тооны өвчтөнд туршилтын арга төдийгөөр хязгаарлагдмал хэрэглэж байна.

Эмийн эмчилгээ. Умайн лейомиомын үед хэрэглэгдэх эмийн бэлдмэлүүд:

- Гонадотропин-сэдээгч агонист дааврыг хамранд шурших, арьсан дор тарих (удаан хугацаанд шимэгдэнэ) хэлбэрээр хэрэглэнэ.

- Гонадотропин сэдээгч-агонист дааврыг 3 сар хэрэглэхэд зангилааны хэмжээ 50% хүртэл багасна.

- Гонадотропин сэдээгч-агонист дааврыг 3-6 сарын хугацаатай хэрэглэх ба хэрэглэхээ зогссоноос хойшхи 12 сарын дараа хавдрын зангилаа ихэнхдээ тохиолдолд дахин ургана.

- Гонадотропин сэдээгч-агонист дааврыг мэс засал эмчилгээний өмнө хавдрын хэмжээг болон биеийн юмны үед алдах цусны хэмжээг багасгах зорилгоор бэлтгэл эмчилгээ болгон хэрэглэнэ.

- Прогестиний бэлдмэл нь хавдрын ургалтын хэмжээг нэмэгдүүлэх магадлалтай.

- Даназол умайн лейомиомын хэмжээ, эзэлхүүнийг 20-25% хүртэл бууруулна.

Хэдийгээр даназолийг удаан хугацаагаар хэрэглэх нь үр дүн багатай боловч биеийн юмны үед алдах цусыг бууруулдаг учир мэс засал эмчилгээний өмнө бэлтгэл болгон хэрэглэх боломжтой [4, 7].

Мэс засал эмчилгээ

Умай авах мэс засал. Эмнэл зүйн шинж тэмдэггүй үед умай авах заалт:

1. Умайн хэмжээ аажмаар томорч байгаа

2. Умайн лейомиом нь лейомиосаркомд шилжих буй сэжигтэй (цэвэршилтийн дараах наасанд)

Сүүлийн үеийн судалгаанаас харахад жирэмсний 12 долоо хоногоос том хэмжээний лейомиомын зангилаатай умайг түүнээс жижиг хэмжээний умайтай харьцуулахад мэс заслын өмнө гарах хундрэл нь бараг адил байна.

Умай авах мэс заслыг лейомиомын цаашдын ургалтаас шалтгаалан үүсэх эрсдэлээс урьдчилан сэргийлэх зорилгоор заалт болгон хийхгүй.

Хүүхэд төрүүлэх хүсэлгүй эмэгтэйд умай авах мэс заслыг лейомиомоос шалтгаалан үүсэх цус алдалт, хажуугийн эрхтний үйл ажиллагаа алдагдах, цус багадалттай үед заалт болгоно [3, 5, 8, 9].

Санамж:

- Умайн лейомиом цус алдалттай хавсарч байвал цус алдалтын бусад шалтгааныг үгүйсгэнэ.
- Умайн салстын эмгэгийг үгүйсгэх зорилгоор умайн хөндийгөөс хусам авна.
- Умайн лейомиомын үед өвдөлт харьцангуй бага илэрдэг. Харин өвдөлт гол шинж тэмдэг болон илэрвэл бусад шалтгаануудыг үгүйсгэнэ.

Хэвллийн хөндийг нээн лейомиомын зангилааг хуулж авах мэс засал. Хэдийгээр лейомиомын зангилааг хуулж авах мэс засал нь эрхтэний үйл ажиллагааг хадгалах боловч цус алдах эрсдэл ихтэй, умай авах мэс засалтай харьцуулахад мэс заслын явц удаан үргэлжилдэг. Шээлгүүр гэмтэх эрсдэл лейомиомын зангилааг хуулж авах мэс заслын явцад бага тохиолдоно.

Умайн лейомиомын зангилааг хуулж авах мэс заслын дараа 15%-д хавдрын ургалт дахин илрэх ба 5-10 жилийн дараа умай авах мэс засал хийгддэг.

Эрхтний үйл ажиллагаа хадгалах мэс засал хийхийн өмнө өвчтөнд төлөвлөгөөт мэс заслын явцад умай тайрах мэс засал хийгдэж болзошгүй нөхцөл үүсэх эрсдэл гарч болзошгүй талаар зөвлөгөө өгнө.

Энэ нь мэс заслын явцад хэвллийн хөндийн байдал ямар байгаа, мэс засалч эмчийн ур чадвараас хамаарна.

Дурангаар лейомиомын зангилааг хуулж авах. Дурангийн мэс засал нь лейомиомын зангилааг хуулж аван хэвллийн хөндийгөөр гаргасан жижиг нүхээр чөлөөлж, умайн ханыг битүүлж оёх арга юм.

Умайн лейомиомын үед дурангийн мэс засал хийснээр эмнэлэгт хэвтэх ор хоног багасах, өвчний эдгэрэлт түргэсэх ач холбогдолтой. Дурангийн мэс засал нь лейомиомын зангилааг хэвллийн хөндийд гаргасан жижиг нүхээр хэрхэн гаргах, умайн хэвийн бүтцийг хадгалах мэс засал хийх эмчийн ур чадвараас ихээхэн хамаарна. Хэвллийн хөндийг нээх мэс заслыг дурангийн мэс засалтай харьцуулахад мэс заслын үргэлжлэх хугацаа удаан боловч эдгэрэлт түргэн байдаг.

Дурангийн мэс заслын дараа жирэмсний явцад умай урагдах тохиолдол бүртгэгдсэн ба 33% тохиолдолд 27 сарын дараа лейомиомын зангилаа дахин ургах, 60% тохиодолд хэвллийн хөндийн наалдац үүсэх эрсдэлтэй байдаг.

Умайн хөндийгөөр лейомиомын зангилааг авах мэс засал. Умайн салстын дороос түрж ургасан лейомиом нь эмгэг цус алдалттай эмэгтэйчүүдийн 30%-д тохиолдоно. Умайл дурандах мэс заслыг салстын дороос түрж ургасан зангилаа, хөл дээр ургасан умайн лейомиомын зангилааны үед хийнэ. Мөн салстын дороос түрж ургасан лейомиом үргүйдэл, зуршмал зулбаа, умайн эмгэг цус алдалттай хавсарвал умайл дурандах аргаар мэс засал хийнэ [1, 2, 4, 6, 10].

Умайл дурандах аргаар мэс засал хийхийн өмнө гонадотропин сэдээгч-агонист бэлдмэлийг З сарын хугацаатай хэрэглэнэ. Энэ бэлдмэл нь лейомиомын зангилааны, умайн хөндийн хэмжээ болон умайн цусан хангамжийг багасгах, салстыг нимгэрүүлэх, гемоглобин ба өнгө илтгэгчийн хэмжээг нэмэгдүүлэх үйлчилгээтэй.

Умайл дурандах мэс заслын үед цус алдах хүндрэл гарснаас мэс заслын хүрээг өргөсгөх, бэлэг эрхтэн болон гэдэсний хана түлэгдэх, мэс заслын явцад хэрэглэж буй шингэний балансын алдагдал (цусан дахь натрийн хэмжээ багасах, нүд сорох, чих дүлийрэх) үүсэх зэрэг хүндрэлүүд гарч болдог. Умайл дурандах мэс засал удаан үргэлжилдэг учраас хэрэглэж байгаа шингэний балансыг сайтар хянах хэрэгтэй.

Умайл дурандах мэс заслын дараа жирэмслэх, жирэмслэлт хэвийн явагдах нөхцөл хязгаарлагдмал байдаг.

Умайн артерийг бөглөх. Эмнэл зүйн шинж тэмдэг илэрсэн үед умай авах мэс засал хийх заалттай атал дааврын болон мэс засал эмчилгээ үр дүнгүй түүнээс татагалзаж байгаа эмэгтэйд умайн артерийг бөглөх эмчилгээг сонгож хэрэглэнэ. Умайн артерид хүрэх хамгийн тохиromжтой зам нь умайн судсыг сонгон бургуй оруулан бөглөх арга юм:

Мэс заслын үед үүсэх эрсдэл болон хүндрэлүүд:

1. Халдвэр
2. Цус алдалт
3. Дунд чөмөгний артерийг хатгаснаас цус хуралт үүсэх
4. Иод агуулсан тодотгогч бодист харшил эсхүл анафилаксийн урвал өгөх
5. Умайн артерийг дутуу бөглөх эсхүл өөр эрхтэний судсыг бөглөх

Дээрхи хүндрэлүүд нь 1-2% тохиолдоно.

Умайн артерийг бөглөх мэс заслын дараа гарах гаж нөлөө болон хүндрэлүүд:

1. Эрт үеийн эсхүл хэвллийн хурц өвдөлт
2. Умайн артерийг бөглөсний дараа гарах хам шинж

3. Халдвэр
4. Хэвлэйн ужиг өвдөлт
5. Өндөвчийн үйл ажиллагааны алдагдал
6. Биеийн юмны алдагдал

Судалгаагаар биенийн юм умайн arterийг бөглөх мэс заслын дараа 90% орчим эмэгтэйчүүдэд хэвийн хэмжээтэй, зовиургүй байжээ. Хэсэг хугацааны эцэст биенийн юмны алдагдал болон биенийн юмгүйдэл 15% орчим эмэгтэйчүүдэд илэрчээ [2, 4].

Умайн лейомиом ба үргүйдэл. Умайн лейомиом үргүйдлийн шалтгаанд 2-3%-ийг эзэнлээ. Хэвлэйн хөндийг нээн умайн лейомиомын зангилааг шулж авсаны дараа жирэмслэх боломж 57% байна. Умайн лейомиомтай эмэгтэйчүүдийн үргүйдэл доорхи зүйлүүд нөлөөлнэ:

- Умайн агших хэвийн үйл ажиллагаа алдагдах
- Умайн салстын судасжилт алдагдах
- Умайн салстын үрэвсэл
- Умайн салстын андроген хүлээн авах чадвар ихсэх

• Судас хөдөлгөгч бодисын хэмжээ нэмэгдэх
Судалгаагаар умайн салстын дороос түрж ургасан лейомиом ба лейомиомын зангилаа гуурсан хоолойн хүзүүвч, умайн хүзүү орчим байрласан, зангилаа 5 см-ээс дээш хэмжээтэй байхад жирэмслэхгүй байх магадлал өндөртэй.

Умайн лейомиом ба жирэмслэлт. Жирэмсний хяналтын хугацаанд чанд авиан шинжилгээгээр жирэмсэн эхчүүдийн 4-5%-д умайн лейомиом тодорхойлогддог. 30-аас дээш насанд жирэмслэх нь умайн лейомиом үүсгэх эрсдэлийг ихэсгэдэг. Жирэмсний хугацаанд умайн лейомиомын хэмжээ хэвэндээ байх, эсхүл бага зэрэг томордог байна.

Жирэмсний явцад гарах хүндрэл нь доорхи зүйлээс шалтгаална:

- Умайн хэмжээ
- Зангилааны тоо
- Зангилааны байрлал

Хэрэв ихэс лейомиомын зангилааны дээгүүр эсхүл ойролцоо байрласан бол зулбах, дутуу төрөх, ихэс цагаас өмнө ховхрох, урагийн хөгжил удаашрах хам шинж үүснэ.

Лейомиомын зангилаа умайн доод таславчинд байрласан үед ургийн буруу байрлал, төрсний дараах үеийн цус алдарт үүсэхийн зэрэгцээ кесар мэс засал хийх заалт болдог [5].

Цус алдарт. Цөөнгүй тохиолдолд амь насанд аюул учрахуйц хурцаар цус алдаж болно. Эстрогены их хэмжээтэй тун нь судсыг агшаан умайн салстын байдлыг тогтвортой болгодог. Умайн хөндийг хусах ажилбар цус алдалтыг тогтооно. Хэрэв хөл дээр ургасан умайн салстын дороос түрж ургасан лейомиом умайн хүзүүний

сувааг руу түрэн орсон бол багажаар лейомиомын зангилааг авч умайн хөндийг хусна. Умайн салстын дороос түрж ургасан лейомиом цус алдалтай хавсарвал дурангийн аргаар авахад тохиромжгүй байдаг. Хэрэв эмэгтэйн умайн лейомиом эмэн эмчилгээнд үр дүнгүй бол умайн arterийг бөглөх мэс засал эмчилгээг сонгоно. Умай авах мэс заслыг амьдралын шаардлагаар хийнэ.

Умайн лейомиом ба лейомиосарком. Умайн сарком цөөн тохиолддог хорт хавдрын нэг ба 20-оос дээш насын 100.000 эмэгтэй тутамд 1.7 тохиолдоно. Умайн лейомиомын 0.3-0.7% нь лейомиосаркомд шилжинэ. Умайн лейомиомсарком 45-57 насын эмэгтэйчүүдэд элбэг тохиолдоно. Умайн лейомиосаркомын үед эмнэл зүйд цус алдарт (50%), хэвлэйгээр өвдөх, хэвлэй томрох, үтрээнээс эмгэг ялгадас гарах шинж тэмдэг давамгай илэрнэ. Умайн лейомиосаркомыг оношлоход төвөгтэй. Умайн хүзүүнээс эсийн шинжилгээ авах, чанд авианы болон умайн хөндийгээс хусам авч оношлох аргуудаар оношлогдох боломжгүй. Харин хэт давтамжит дурс оношлогоо нь оношлогооны сайн арга болно.

Зөвлөмж:

1. Умайн лейомиомын эмчилгээний арга өвчтөний хүүхэд төрүүлэх хүсэл, нас, шинж тэмдэгээс хамаарна.

2. Жирэмслэх хүсэлгүй, эмнэл зүйн шинж тод илэрч байгаа эмэгтэйд умай авах мэс засал хийх ба мэс заслын дараа гарах эрсдэлийг өвчтөнд сайтар ойлгуулна.

3. Умайн лейомиомын зангилааг хуулж авах мэс заслыг хүүхэд төрүүлэх насын эмэгтэйд хийх ба мэс засал эмчилгээний дараа хүлээгдэж байгаа эрсдэлийг сайтар тайлбарлана.

4. Дурангийн мэс заслын явцад хийх шингэний балансыг хянана.

5. Умайн arterийг бөглөх мэс заслыг жирэмслэх хүсэлтэй, шинж тэмдэг илэрч байгаа өвчтөнд сонгон хэрэглэх боломжтой.

6. Умайн arterийг бөглөх эмчилгээг сонгон авсан эмэгтэйд мэс заслын дараа гарах хүндрэл, эрсдэл, жирэмслэх боломж, жирэмслэлтийн явцад гарах хүндрэл, мэс заслын тухай сэтгэл ханамж, дутагдалтай талын тухай зөвлөгөө өгнө.

7. Умайн лейомиомтай эмэгтэй хурцаар цус алдвал мэс заслын эмчилгээ хийнэ.

8. Цэвэршилтийн дараах насын умайн лейомиомтай эмэгтэй цус алдан хэвлэйгээр өвдөлттэй байвал умайн хорт хавдраас ялган оношлоно.

Ном зүй.

1. Anderson J. Factors in fibroid growth. Bailaries Clin Obstet Gynaecol 1998;12: 225-43

2. Spies JB. Embolization—Is it universally suitable? Program and abstracts from the 3rd World Congress on Controversies in Obstetrics, Gynecology & Infertility. Presented June 22, 2002; Washington, DC

3. Hutchins FL Jr. Uterine fibroids. Diagnosis and indications for treatment. Obstet Cynaecol Clin North Am 1995; 22: 659-65

4. Spies JB, Roth AR, Gonsalves SM, Murphy-Skrzyniarz KM. Ovarian function after uterine artery embolization for leiomyomata: assessment with use of serum follicle stimulating hormone assay. J Vasc Interv Radiol. 2001; 12: 437-442

5. Ben Rafael Z. Myomectomy during C-section. Time to reconsider? Program and abstracts from 3rd World Congress on Controversies in Obstetrics, Gynecology & Infertility. Presented June 22, 2002; Washington, DC

6. Mashiach S. Myomectomy or ART—which comes first? Program and abstracts from the 3rd

World Congress on Controversies in Obstetrics, Gynecology & Infertility. Presented June 22, 2002; Washington, DC

7. Blackwell R. Pretreatment with agonist/antagonist-of any value? Program and abstracts from the 3rd World Congress on Controversies in Obstetrics, Gynecology & Infertility. Presented June 22, 2002; Washington, DC

8. Lumsden MA Wallace EM. Clinical presentation of uterine fibroids. Bailaries Clin Obstet Cynaecol 1998; 12:177-95

9. Sutton CJ. Treatment of large uterine fibroids. Br J Obstet.Cynaecol 1996;103:494-6

10. Tulandi t. Laparoscopy vs laparotomy for myomectomy. Program and abstracts from the 3rd World Congress on Controversies in Obstetrics, Gynecology & Infertility. Presented June 22, 2002; Washington, DC

Танилцаж нийтлэх санал өгсөн:

**Анагаах ухааны доктор,
профессор Б.Шижирбаатар**

Шархны эмчилгээний өнөөгийн чиг хандлага

Н.Даваацэрэн¹, П.Билэгсайхан², Ц.Буянбат²

Х.Бат-Орших², Ч.Өнөрсайхан¹,

¹Эрүүл мэндийн шинжлэх ухааны их сургууль

²ТТАХНЭ

Орчин цагийн анагаах ухаан манай оронд нэвтэрснээр шархыг шинжлэх ухааны үндэслэлтэйгээр эмчлэх болсон билээ. Гэвч улс орны эдийн засгийн хөгжлөөс хамаарч тэр бүр шархны эмчилгээнд нэвтэрсэн ололт амжилтыг цогц байдлаар нь ашиглаж чадахгүй байна.

Бидний шархны боолтонд өнөөг хүртэл хэрэглэж байгаа антисепtek уусмалууд болон боолтны материал болох самбай, лент нь орчин цагийн шаардлага хэрэгцээг бүрэн хангаж чадахгүй байгаагаас гадна зарим арга, техник тухайлбал барокамер л гэхэд ганцхан Цэргийн төв эмнэлэгт хэрэглэж байсан нь одоо ашиглагдахаа больсон байна. Мөн эмийн эмчилгээнд хэрэглэж байгаа зарим аргыг ч эдийн засгийн нөхцөл байдлаас хамаарч тэр бүр хэрэглэж чадахгүй байгаа ба шархыг эмчлэх уламжлалт аргаа ч цогц байдлаар нь ашиглаж чадахгүй байна. Гэтэл анагаах ухааны салбар улам эрчимтэй хөгжсөөр шархны эмчилгээний арга, техник болон эмчлэх

чиг хандлага үндсэндээ өөрчлөгднөн архаг, хүндрэлтэй шархыг эмчлэхэд гардаг хүндрэл, бэрхшээлүүдийг үндсэндээ шийдвэрлэж чадсан нь өнөө үед шарханд авах арга хэмжээ нь хөгжлийн өндөр түвшинд хүрч чадсаныг харуулж байна. Одоогийн бидний хэрэглэж байгаа шарх боох уламжлалт арга нь доорхи дутагдалтай талуудттай байна.

1. Шарх эдгэх физиологийн нөхцөлийг бүрэн хангаж чадахгүй

2. Шархны эдгэрэлтэнд муугаар нөлөөлөх үйлчилгээ үзүүлдэг

3. Самбай шарханд наалдаж, салгах үед шинээр үүсч байсан эдээ гэмтээдэг

4. Боолттой холбоотой гардаг олон хүндрэлтэй асуудал байдаг.

Үүнд: Олон дарих боолт солих шаардлагатай, боох үед өвчтөнд зовиур шаналгаатай байх, шархнаас гарсан шүүдэс боолтоо нэвтэрч цагаан хэрэглэл болон хувцсыг бохирдуулдаг, шархны шүүдэсний үмхий үнэр өвчтөн болон ойр тойрны хүмүүст таагүй сэтгэгдэл төрүүлдэг, үүнээс үүдэн өвчтөний нийгмийн байдалд хүндрэл учирдаг.

Шархны хэв шинжүүд [7, 8]

Хэдийгээр бүх төрлийн шархнуудад эдгэрэх процесс нь ижил байдаг боловч шарх үүсэх шалгаан, механизм нь өөр өөр байдаг.

Шарханд авах арга, хэмжээний чиг хандлагаар нь:

1. Мэс засал
 2. Гэмтлийн
 3. Түлэгдэлтийн
 4. Архаг шарх гэж ангилж болно.
- Шархны хэв шинж төрлүүд [1, 5, 6]:
- Мэс заслын шарх
 - Гэмтлийн шарх
 - Түлэгдэлт
 - Дарагдсан шарх (Цооролт нуралт)
 - Венийн шарх
 - Артерийн шарх
 - Диабетийн шарх
 - Хуграл

Мөн гүнээр нь:

I үе. Арьс улайж, өнгө хувирсан, хавдаж хатууран, халуун болсон байна.

II үе. Арьсны өнгөц давхарганд нэвтэрсэн

III үе. Арьсны бүх давхарганд нэвтэрсэн

IV үе. Яс, булчин руу нэвтэрсэн

Эдгэрэлтийн үе шатууд [9, 10]:

1. Хавдрын үе. Эхний хэдэн өдөр үргэлжлэх ба үүссэн шарх хэвийн хэлбэртээ орох оролдлого болж цус тогтоно, нөх үүснэ, хаван, улайлт үүсдэг. Цусны цагаан цогцос нь шархыг бактери болон бусад зүйлээс цэвэрлэнэ.

2. Пролиферацийн үе. З долоо хоног орчим үргэлжлэх ба энэ үед грануляци явагдах ба фибробластууд коллагенаар шархыг дүүргэн цусны судаснууд үүсч эхэлдэг.

3. Нөхөн сэргээх үе. Энэ үе нь 2 хуртэл жил үргэлжилж болно. 80 орим хувь нь өөрийн жинхэнэ эд болж солигдоно.

Шархыг эмчлэх орчин үеийн хандлага

Эмчилгээ [14, 15, 16]:

1. Боолт
2. Эмийн эмчилгээ
 - Өсөлтийн хүчин зүйлүүд (7 гол хүчин зүйл)
 - Өсөлтийн биш хүчин зүйлүүд
 - Gene эмчилгээ
3. Физик эмчилгээ
 - Хүчилтөрөгчийн өндөр даралтат эмчилгээ (гипербари) удаан эдгэрдэг шарханд маш үр дүнтэй. Коллаген болон судас шинээр үүсэх процессыг сайжруулан, нянгаас цэвэрлэдэг зүйлчилгээ үзүүлнэ. Нөхөн сэргээх болон бусад

мэргэжлийн мэс заслын эмч нар дээрх төрлийн шарханд олон жил үр бүтээлтэй хэрэглэж байна.

- Усны эргүүлэг. Өдөрт 1-2 удаа, 20 минут хэрэглэнэ.

Эдгэрэлтийн эхний үе шатанд хэрэглэхэд шархны орчим хүчилтөрөгчийн хангамж ихэсч, шарх зөөлөрч, үхэксэн эд цэвэрлэгдэн, шарх цэвэршдэг. Зарим өвчтөнд өвдөлт намдана. Пролиферацийн үед хэрэглэвэл гэмтээх аюултай. Венийн шарханд хориотой.

- Чанд авиан эмчилгээ. Механик чичирхийлэлийн нөлөөгөөр эхний болон пролиферацийн шатанд цочроох үйлчилгээ болж цусны эргэлтийг сайжруулна.

• Цахилгаан эмчилгээ. Хүний бие өөрийн биоэлектрон системтэй байдаг бөгөөд шархны орчинд чийглэг орчинг бүрдүүлж өгнө.

- Соронзон эмчилгээ. Цахилгаантай адил төстэй үйлчилгээ үзүүлнэ. Цусны урсгалыг ихэсгэж эсийн ургалтыг энергээр нөхөж сайжруулна. Өвчин намдаана. Хэвийн шарханд хэрэглэсэн тухай мэдээлэл бий.

- Массаж.

Шарх боох

Шарханд үзүүлэх тусламж [1, 2]

4 гол зарчмыг баримтлах ёстой:

1. Үхэксэн эдийг цэвэрлэж, шархыг угаах.

Үхэксэн эдийг, цэвэрлэхдээ тусгай зориулалтын боолтны материал хэрэглэх ба мөн энзим ч хэрэглэж болох эсвэл механик аргаар (хутга, хайч) цэвэрлэдэг. Шархыг угааж цэвэрлэх нь шарханд хурсан гадны биет (үхэксэн эд гэх мэт) бохир шүүс, бактерийг зайлцуулах зорилготой. Шарх угаахад зориулсан уусмалууд нь (повидон иод, иодофор, перкись, гипохлоритын сод) фибробласт болон лимфоцитүүдэд хортой нь тогтоогдсон ба зөвхөн давсны уусмал (0.9% NaCl болон содын) хэрэглэхэд хор нөлөөгүй, хямд, хэрэглэхэд хялбар байдаг.

2. Шарханд чийглэг орчинг бүрдүүлж өгөх.

Шарх эдгэрэх явцад үүссэн шүүдэс нь уг процесст сэргээлт болж өгдөг. Учир нь дотроо цагаан эс, төлжилтийн нөхцөлүүд, бусад энзим, гормоныг агуулсан байдаг. Шарханд чийглэг орчинг бүрдүүлснээр эдгэрэлтийг түргэсгэн арьсны ургалтыг дэмжиж өгнө. Шарх хуурайшсанас боолтны материал шарханд наалдаж шинэ үүсэн эдийг гэмтээдэг тул шархны эдгэрэлтэнд муугаар нөлөөлдөг ба үүнээс сэргийлж давсны болон содын изотоник уусмал хэрэглэснээр шарх цэвэрших процессыг дэмжиж өгдөг. Поливинил боолтууд нь эд эсийн эдгэрэлтэнд сайнаар

нөлөөлөх боловч шарханд наалддаг муу талтай. Гидроколлойдууд наалдахгүй боловч шарханд тундас үүсгэдэг. Шингээгч боолтны материалууд нь шүүдэс бохирдол ихтэй шарханд илүү тохиromжтой.

3. Шарханд нэмэлт гэмтэл үүсэхээс сэргийлэх.

4. Шархны эдгэрэлтэнд шаардлагатай материалуудыг хангаж өгөх. Уураг нь шарх эдгэрэх бүх шатанд шаардлагатай байдаг бөгөөд дархлалын системийг дэмжиж өгдөг. Судалгаагаар хагалгааны өмнө уургийн дутагдалтай байх үед шарх амархан халдвартлагддаг нь тогтоогдсон. Өөх болон карбогидрат нь шарх эдгэрэхэд шаардлагатай энергийн эх үүсвэр болж өгдөг. Халууралт, бөөлжилт, цус алдалт зэргийн үед ус ихээр алдагддаг тул усыг нөхөж өгөх шархны эдгэрэлтэнд сайнаар нөлөөлдөг. Витамин, эрдэс давс мөн чухал үүрэгтэй нь ноглогдсон.

Боолтны материал [2]:

Шарх бооход хэрэглэдэг нийлэг материалуудыг 2 төрөл болгон хувааж болно. Үүнд:

- 1. Боолтонд зориулж бэлтгэсэн самбай
- 2. Цавуутай боолт

Орчин үеийн боолтны хэрэгсэлүүд нь 1980-аад оны дундаас нэвтэрч эхэлсэн ба эдгээр нь доорхи сайн чанарыг хангаж чадсан. Үүнд:

- Шархны чийглэг орчинг бүрдүүлж шингээх үйлчилгээтэй
- Шархны чийглэг орчинг бүрдүүлж бактерийн эсрэг үйлчилгээ үзүүлдэг. 1990-ээд оны дунд үеэс эдгээр боолтны хэрэглэлүүд нь доорхи бүлэг төрлүүд болон өргөжижээ.
- Уур нэвтэрдэг цавуулаг хальснууд
- Гидрогелүүд (Hydrogels)
- Гидроколлойдууд (Hydrocolloids)
- Альгинейтүүд (Alginates)
- Нийлэг хөөсөн материалууд
- Силикон торнууд
- Цавуулаг эдүүд
- Хамгаалах хальснууд
- Мөнгө болон коллаген агуулсан хэрэглэлүүд

Боолтны материалын зайлшгүй шинж чанарууд [11, 12, 13]

Нэг төрлийн материалаар бүх төрлийн шархыг боож болохгүй бөгөөд шархны эдгэрэлтэнд олон төрлийн боолтны материал хэрэглэгдэх шаардлагатай байдаг. Иймээс боолтонд хэрэглэж байгаа материал нь доорхишаардлагаас аль

нэгийг нь юм уу булэг шинж чанарыг хангасан байх шаардлагатай. Үүнд:

1. Шарханд чийглэг орчинг бүрдүүлж өгсөн байх
2. Шархнаас ялгарч байгаа илүүдэл шүүсийг бүхэн шингээх чадвартай
3. Дулааныг тусгаарлаж, механик цочролоос хамгаалах чадвартай
4. Бактерийн халдвараас хамгаалах
5. Химийн шингэний солилцоог хагасан
6. Шархны үнэрийг шингээдэг
7. Шархны гадаргууд наалдаггүй, шархны эдийг гэмтээхгүйгээр салдаг
8. Үхсэн эд болон гадны биетийг зайлцуулдаг.
9. Хоргүй, харшил өгдөггүй, мэдрэгддэггүй (эмнэлгийн ажилтан болон өвчтөнд аль алинд нь)
10. Ариун

Боолтын материалын ангилал [3, 4]:

Доорхи бүлэг болгон хувааж болно.

Төрөл	Шинж чанарууд
1 Идэвхгүй бүтээгдхүүнүүд	Уламжлалт боолтны материал орно. Шархыг хучих зориулалттай. Үүнд: самбай
2 Интерактив бүтээгдхүүнүүд	Полимер хальс байдаг ба ихэвчилэн нэвт гэрэлтдэг, усны уур болон хүчилтерэгч нэвтэрдэг, бактери нэвтрүүлэхгүй. Үүнд: гиалуруны хучил, гипрогелүүд, хөөсөн материалууд
3 Биологийн идэвхт бүтээгдхүүнүүд	Шархны эдгэрэлтэнд нөлөөлөх бодис агуулсан байдаг. Үүнд: гидроколлойдууд, альгинейтууд, коллаген, chitosan

Шархны төрөл болон боолтны материалууд

Боолтны материалын төрлүүд	Шинж чанарууд
Самбай	<ul style="list-style-type: none"> • Шарханд наалддаг, салгах үед шархыг гэмтээдэг. • Зөвхөн жижиг шарханд эсвэл боолтонд хөёргөжир хэрэглэнэ.
Гидроколлойдууд (hydrocolloids)	<ul style="list-style-type: none"> • Ихэвчилэн цеплюполоос бүрдсэн, шүүсдийг шимэх үед гель хэлбэрт шилждэг, энэ нь дулааны барж, шарханд чийглэг орчинг бүрдүүлснээр шарх эдгэрэх болон цэвэршихэд тусалдаг. Шархны байдалд тохируулан (шүүдэстэй, грануляци болж байгаа) сонгон хэрэглэх боломжтой. • Янз бүрийн хэлбэрээр үйлдвэрлэгдсэн (наалддаг, наалдаггүй, зөвлөвч маягаар, нунтар) гэвч ихэвчилэн наалддаг зөвлөвч маягаар үйлдвэрлэгддэг. Үүнд: Duoderm, 3M Tegaderm
Гидрогелүүд (hydrogels)	<ul style="list-style-type: none"> • Ус агуулсан, торлог, ширхэглэг бүтэцтэй. Ус нь шархыг чийглэг байгалиад оропцено. • Некроз болсон шархны гүний чийгшүүлэх болон үхжсан эдийг зайлзулахад хэрэглэнэ. Шүүдэс ихтэй шарханд зөвлөрүүлэх зорилгоор хэрэглэхгүй. Үүнд: 3M Tegaderm

Альгинейтүүд (alginates)	<ul style="list-style-type: none"> Альгинейт кальци агуулсан (далайн ургамалын гаралтай) Кальци шархны шүүдэсний содтол урваагд орж гель хэлбэрт шилжин, шархны орчинг чийглэг байлгахад оролцно. Шүүдэстэй шарханд маш сайн тохиорх ба шархны үхээксэн эд цэвэрлэгдэж салахад туслана. Шүүдэс багатай шарханд хэрэглэсэн үед шарх хуурайших ярийн тул хэрэглэхэд тохиорижгүй. Үүнд: Kaltostat
Полиуритан хөөснүүд	<ul style="list-style-type: none"> Их хэмжээний шүүдэсийг шимэхэд зориулагдсан. Шархыг чийглэг байхад туслах ба гэхдээ альгинейт, гидроколloid шиг үхэжсан эдийн цэвэрлэх чадаагүй. Шүүдэс багатай шарханд хэрэглэсэн үед хуурайших, шархалдаг. Үүнд: Allevyn,Lyofoam
Коллагенууд	<ul style="list-style-type: none"> Зөвлөвч гель (жижиг хэсэг) маягаар бэлтгэгдсэн. Шархны гүнд шинэ хэлбэржсэн коллаген байдлыг хангана. Шүүдэсийг шимж, шархыг чийглэг байлгахад туслана.

Төрөл бүрийн шарх болон шархны эдгэрэлтийн янз бүрийн эдгээр боолтны материалыг зөв сонгон хослуулан хэрэглэвэл зохимжтой. Доорхи хүснэгтэнд дээрх байдлыг тусгасан.

Шархны төрлүүд	Боолтны төрлүүд
Цэвэр, дунд зэргийн болон их хэмжээний шүүдэстэй (эпителизаци болж буй)	<ul style="list-style-type: none"> Парафинтай самбай Анхан шатны боолтны материал
Цэвэр, хуурай, бага шүүдэстэй (эпителизаци болж буй)	<ul style="list-style-type: none"> Нүхэлсэн, пластик, хальсан адсорбент
Цэвэр, шүүдэстэй, грануляци болж буй	<ul style="list-style-type: none"> Гидроколloidууд Хөөс Альгинейтүүд
Өнгөртэй	<ul style="list-style-type: none"> Гидроколloidууд Гирогелүүд
Хуурай, үхэжсан эдтэй	<ul style="list-style-type: none"> Гидроколloidууд Гирогелүүд

Гидроколloidын давуу талууд:

(www.convatec.com)

- Үхэжсан эдийг аутолиз болгоно.
- Шарханд чийглэг орчинг бүрдүүлж өгнө.
- Өвдөлтийг багасгана.
- Эдгэрэлтийг түргэсгэнэ.
- Шархны шүүсийг татдаг.
- Бактер нэвтрүүлдэггүй.
- Боолтыг цөөн солино.
- Гадуур нь боох шаардлагагүй.

Гидроколloidыг хэрэглэснээр доорхи үр дүн харагдаж байна. Үүнд:

- Гидроколloidыг 7 хоногт нэг удаа солино.
- Боолт цөөн хийгдэх боломжтой.
- Сувилагчийн ажлыг багасгаж байна.
- Шарх хурдан эдгэнэ.
- Эдийн засгийн хувьд бага зардал гаргах боломжтой.

· Өвчтөнд таатай байдлыг бий болгож чадна.

Дүгнэлт:

- Бид боолтны сүүлийн үеийн технологийг өөрийн оронд нэвтрүүлснээр шархны эдгэрэлтийг түргэсгэж өвчтөнд таатай байдлыг бий болгох шаардлагатай байна.
- Шинэ технологи нэвтрүүлэх арга, замыг судалж эдгээр бүтээгдхүүнийг өөрийн оронд захиалж нийлүүлэн хэрэглэх шаардлагатай байна.

Ном зүй:

- [1. http://www.lef.org/prtcls-txt/t-prtcl-111.html](http://www.lef.org/prtcls-txt/t-prtcl-111.html)
- [2. http://dermnetnz.org/procedures/dressings.html](http://dermnetnz.org/procedures/dressings.html)
- [3. http://www.surgical-tutor.uk/core/preop2/dressings.htm](http://www.surgical-tutor.uk/core/preop2/dressings.htm)
- [4. http://www.clevelandclinic.org/healthinfo/docs/3800/3820.asp?index=12223](http://www.clevelandclinic.org/healthinfo/docs/3800/3820.asp?index=12223)
- [5. http://www.worldwidewounds.com/2005/april/Falanga/AdvancedTreatments_Wo...](http://www.worldwidewounds.com/2005/april/Falanga/AdvancedTreatments_Wo...)
- [6. http://www.mediludence.com/rpt-s225.htm](http://www.mediludence.com/rpt-s225.htm)
- [7. http://www.dermarite.com/wound.htm](http://www.dermarite.com/wound.htm)
- [8. http://www.convatec.com/US_en/common/catalog/wound_product_category.jhtm!id=cat3...](http://www.convatec.com/US_en/common/catalog/wound_product_category.jhtm!id=cat3...)
- [9. http://www.woundcare.co.za/id18.m.htm](http://www.woundcare.co.za/id18.m.htm)
- [10. www.convatev.com](http://www.convatev.com)
- [11. www.medicaledu.com/wndguide.htm-2k](http://www.medicaledu.com/wndguide.htm-2k)
- [12. www.nursing.uiowa.edu/sites/ChronicWound/-3k](http://www.nursing.uiowa.edu/sites/ChronicWound/-3k)
- [13. www.worldwidewounds.com/-17k](http://www.worldwidewounds.com/-17k)
- [14. www.journalowoundcare.com/-37k-53cap2006](http://www.journalowoundcare.com/-37k-53cap2006)
- [15. www.wound.com/-11k-53cap2006](http://www.wound.com/-11k-53cap2006)
- [16. www.wocn.org/-18k-](http://www.wocn.org/-18k-)

Танилцаж, нийтлэх санал өгсөн:
Академич Б.Гоош

Тодорхой бүлгийн болон нэг өвчний стационарын эмчилгээний эмийн хэрэгцээг тодорхойлох нь

Б.Билэгсайхан, Б.Ганцэцэг, Б.Энхзаяа
Р.Цэрэнлхагва, С.Мөнхбат
Эрүүл мэндийн шинжлэх ухааны их сургууль
Эмзүйн сургууль

Цочмог вируст В гепатиттай өвчтөнүүдийн эмчилгээний үндсэн эмүүдийн хэрэглээг судалж, хэрэгцээг тодорхойлох, зохистой ашиглах үндэслэлийг гаргахад судалгааны ажлын зорилго

чиглэгдэв.

Тодорхой бүлэг болон зонхилон тохиолдох аль нэгэн өвчний эмчилгээний эмийн хэрэглээг стационарт хэвтэн эмчлүүлэгсэдийн өвчний түүхээс эмийн хэрэглээг түүвэрлэн авч судалсаны үндсэн дээр эмийн хэрэгцээг гаргахад хийгдэх маркетингийн судалгааны ажил дараах үе шатаар явагдана.

1. Сонгож авсан бус нутгийн хүн амын өвчлөлийн бүтцийг тэдгээрийн үйлчилгээний хүрээний эрүүл мэндийн байгууллага, эмнэлгүүдийн статистик тайлангаас авч, эмийн хэрэглээг судлах, хэрэгцээг тооцох өвчнүүдээр амбулатори, стационарт эмчлэгдсэн өвчтөний тоог бодит тоогоор болон 1000, 10000, 100000 хүн амд тооцоолон олон жилээр авч, жилд болон дараагийн жилүүдэд эмчлэгдлэх өвчтөний тоо, насын бүлэг, өвчлөлийн прогнозыг гаргана. Хүн амын өвчлөлийн статистикийн судалгааг дараах судалгааны картаар (Судалгааны карт №1) авна.

Судалгааны карт №1

Монгол улсын хүн амын вируст гепатитийн өвчлөлийн судалгаа
(10000 хүн амд)

Өвчиний нэр	X ₁ он	X ₂ он	X ₃ он	X ₄ он	X ₅ он	X ₆ он	Өвчиний тохиолдлын дундаж
Вируст гепатит							
▪ Вируст гепатит А							
▪ Вируст гепатит В							
▪ Вируст гепатит С							
Үүнээс нийт вируст гепатитэд В-гийн эзлэх %							

2. Өвчиний эмчилгээний үндсэн эмүүдийн нэр төрөл, эмчилгээнд хэрэглэх талаар судалгаа явуулна. Энэ судалгаа нь эмэн эмчилгээний лавлах, гарын авлага, эрдэм шинжилгээний өгүүлэл, монографиуд, эмийн фирмүүдийн үнийн санал, жагсаалт, эм ханганд нийлүүлэх байгууллагуудын үйл ажиллагааны бүртгэлийн материалууд дээр тулгуурлан хийгдэнэ. Сонголт хийсэн эмийн нэр төрлүүдийг эмчилгээний бүртгэлээр нь нэгтгэн түүвэрлэн гаргаж, эмийн курс эмчилгээний тунг тодорхойлно.

3. Хэрэгцээг тодорхойлох эмүүдийн хэрэглээг тухайн бус нутгийн эмнэлгийн байгууллагуудын өвчиний түүхийн материал, амбулаторийн карт, жороос тухайн өвчиний хэлбэр, дагалдах өвчин, эмчилгээ, уг эмүүдийн хангальт, тасалдал, хэрэглэх тун, эмчилгээний үргэлжлэх хугацаа зэргийг авч үзнэ. Бодит хэрэглээг 2 дахь шатанд цуглуванс судалгааны материалыдтай харьцуулан дун шинжилгээ хийнэ.

4. Эмч (шинжээчид) нар, өвчтөнүүдээс анкетаар судалгаа авна. Өвчиний түүхэнд тухайн

эмнэлгийн байгууллагад байгаа эмийн нэр төрөл ихэвчлэн тусгагддаг. Амбулаторийн картанд тэр болгон судалгаа хийх боломж бага байдаг, учир нь бүх өвчтөн картаа эмнэлгийн амбулаторт үлдээгдүй, зарим нь өөрсдөө авч явдал юм.

Түүнээс гадна өвчтөний эм авч хэрэглэх мөнгөний боломж, ар гэрийн материаллаг байдалтай уялдан эмч аль болох хямдavтар үнэтэй боловч үйлдлийн идэвх төдийлөн сайн биш эмүүдийг амбулаторийн жоронд бичих явдал ч гардаг.

Ийм учраас эмч нар (шинжээчид)-аас анкетаар авсан судалгааны материалд хийсэн дүн шинжилгээ нь хэрэглэх эмийн нэр төрлийг тогтоох, уг эмийн эрэлтийг тодорхойлох боломжийг олгодог.

5. Эмчилгээний стандарт, нормативыг ашиглан эмийн хэрэгцээг дараах аргачлалаар тодорхойлно.

Эмнэлгийн байгууллагуудын статистик тайлангийн өвчлөлийн бүтцээс эмчилгээний эмийн хэрэгцээг нь тогтоох, зонхилон тохиолдох өвчиний тохиолдлын тоо, эзлэх хувь, насын бүлгээр нь түүвэрлэн гаргаж, холбогдох хэвлэлийн материалууд, мөн түүнчлэн өвчиний түүх, амбулаторийн картаас уг өвчиний эмчилгээнд хэрэглэсэн эмийг судлах замаар эмийн нэр төрлийг түүвэрлэн авна.

Эмийн хэрэглээний талаар нарийн мэргэжлийн эмч нараас (шинжээчид) 2 чиглэлийн анкетийн судалгаа авна.

Нэгдэх анкетаар санал авах эмчийн нарийн мэргэжил, ажилласан жил, эрхэлдэг ажлын үндсэн чиглэл, эрдмийн болон мэргэжлийн зэрэг гэх мэтийн тодорхойллыг, хоёр дахь анкетаар сонгосон өвчиний эмчилгээний үндсэн эмүүдийн нэрийн жагсаалт, уг эмийн тухай эмчийн мэдэц, эмийн эмчилгээний үр дүн (үр дүн ямар, хэрэглэхэд тохиромжтой эсэх, гаж нөлөөлөл, эсрэг заалт, тунгийн тохироо, эмийн хэлбэр, хор холбогдол г.м), эмчилгээнд хэрэглэх (их, байнга, бага г.м) байдал, эмийг хэрэглэхгүй болон бага хэрэглэж байгаа шалтгааны тухай үнэлэмжийг гаргуулан авна. Анкет №1-ийг дараах хүснэгтээр үзүүлэв.

Судалгааны анкет №1 Эмч (шинжээчийн) үнэлгээ

Эмчийн овог-нэр

Эмч таныг Вируст гепатитийн стационарын эмчилгээний үндсэн эмүүдийн үр дүнгийн талаар саналаа өгч үнэлгээнд оролцоно гэдэгт итгэж байна.

А) Та өөрийн мэргэжлийн тодорхойллыг дараах асуултаар хариулж хүснэгтэд бөглөнө үү.

Эмчийн нарийн мэргэжлийн нэр	Уг мэргэжлээр ажилласан жил (доогуур нь зурахаа уу)	Таны эрхэлж буй үндсэн ожлын мэргэжлийн читгэл (үзэр бичээс)	Таны эрдмийн зорилт, цол (доогуур нь зурахаа уу)	Таны эмчилдэг эмчилэг байгууллага, тасаг ножийн нэр	Эмчийн нарийн мэргэжлийн зэрэг (доогуур нь зурахаа уу)
	5 хүртэл жил 5-10 жил 10-20 жил 20-30 жил 30-аас дээш жил		Шүү-ны доктор (D.Sc) Дээд доктор (Ph.D) Магистр Цолгүй		Тэргүүлэх зэрэг Ахлах зэрэг Эмчийн зэрэггүй

Судалгааны анкет №2

Цочмог В вируст гепатитын стационарын эмчилгээний дараах үндсэн эмүүдийн талаархи (шинжээч) эмчийн үнэлгээ

Эмчийн нэр	Үг зэмийн талазархи таны мэдлэг (0-10 хүртэл өөрөө оноо өнөө уу)		Үг зэмийн эмчилгээний үр дун		Үг зэмийн хэрэглээ Тайлбар	
	Үр дүнтэй (+ тэмдэг тавина уу)	Бага үр дүнтэй (- тэмдэг тавина уу)	Үр дүнтэй боловч хэрэглэх болонж хэрэглэдэг мол (+ тэмдэг тавина уу)	Их хэрэглэдэг (+ тэмдэг тавина уу)	Байнга хэрэглэдэг (+ тэмдэг тавина уу)	Ховор хэрэглэдэг (+ тэмдэг тавина уу)

Үнэлэлт өгсөн танд баярлалаа, ажлын амжилт хүсье!

Судалгааны карт №2

Цочмог В вируст гепатиттай өвчтөний эмчилгээнд хэрэглэсэн эмийн судалгаа

1. Өвчтөний түүхийн №
2. Өвчтөний овог, нэр
3. Өвчтөний нас, хүйс
4. Эмнэлэгт хэвтэх үеийн онош
5. Баталгаажсан клиникийн онош
6. Эмнэлэгт хэвтсэн ... он сар өдөр
7. Эмнэлгээс гарсан он сар ... өдөр
8. Эмнэлэгт эмчлэгдсэн хоног
9. Өвчтөний эмчилгээнд хэрэглэсэн эмүүд:

Д/Д	Эмийн нэр, тун хэмжээ	Эмчилгээний нэг удаагийн тун хэмжээ	Хоногт хэрэглэсэн тун хэмжээ	Эмийг хэрэглэсэн хоног	Өвчтөнд хэрэглэсэн эмийн нийт тоо хэмжээ	Эмийн бүгд үнэ	Тайлбар

Судалгааны карт №2-оор авсан өвчтөнүүдийн өвчний түүхээс эмчилгээний үндсэн эмүүдийг түүвэрлэн нэгтгэж, дундажийг гарган дүгнэлт хийнэ.

Үүний дараа цочмог вируст гепатитын эмчилгээнд хэрэглэж буй эмүүдийн талаар “Эмч (шинжээчийн) үнэлгээ”-г **судалгааны анкет №2-оор** гепатологийн нарийн мэргэжлийн эмч нарын санал дүгнэлтийг авч, дунг дараах аргачлалын дагуу гаргаж дүгнэлт хийнэ.

Үнэлэмжийг авах эмч (шинжээчид)-ийн тоог (нийтийг төлөөлж чадах) дараах томъёогоор олно.

$$n = \frac{0.25xt^2N}{d^2N + 0.25t^2}$$

- n-анкетийн судалгаа (үнэлэмжийг) авах эмч, Мэргэжилтний тоо

• t-хэлбэлзэл (P = 0,95 байхад t = 2 байна)

• d-байж болох алдаа

- N-үнэлэмжийг авах чиглэлийн нийт эмч мэргэжилтний тоо

Цуглуулж авсан анкетуудад статистик боловсруулалт хийнэ.

Мэргэжлийн тодорхойлолтын (анкет №1) асуултуудын дунг дараах байдлаар оноонд шилжүүлнэ.

Шинжээчдийн мэргэжлийн үнэлгээ

Үнэлэх шалгуур	Үзүүлэлт	Оноо
Ажилласан жил	5 хүртэл хил 5-10жил 10-20 жил 20-30 жил 30-аас дээш жил	1 2 3 4 5
Эрдмийн зэрэг	ШУ-ны (D.Sc) доктор Боловсролын(Ph.D) доктор Эрдмийн зэрэггүй	3 2 0
Мэргэжлийн зэрэг	Тэргүүлэх Ахлах Зэрэггүй	3 2 0

Тайлбар: Эрдмийн зэрэг, мэргэжлийн зэрэг гэсэн асуултад аль нэгийг нь авах ба эрдмийн зэрэгтэй хүнийг давхардуулж мэргэжлийн зэрэг гэсэн хэсэгт дахин авахгүй.

Энэхүү онооны системээр шинжээч тус бүрийг үнэлэн, онооны нийлбэрийг гаргана. Тодорхой өвчний эмчилгээний эмийн нэр төрлийн хэрэглээнд шинжээчийн үнэлгээг дараах аргачлалаар явуулна.

Шинжээчид нь эмийн эмчилгээний үр дүн, хэрэглээнд байдалд үнэлгээ өгөөд зогсохгүй тэднээс сонгосон бус нутгийн хүн амын эмийн хэрэглээний онцлогийн талаар санал дүгнэлтийг авна.

Статистик боловсруулалт хийхэд дөхөм болгох үүднээс анкетийн судалгааг хүснэгтэнд оруулан дунг гаргана.

Эм тус бүрийн эмчилгээний үр дүнд дараах онооны үнэлгээ өгнө. Үүнд:

• Үр дүнтэй бол-5

• Үр дүн бага бол-3

• Үр дүн муутай бол-1

Эмийт хэрэглэх байдалд мөн дараах байдлаар онооны үнэлгээ өгнө.

• Их хэрэглэдэг бол-5

• Байнга хэрэглэдэг бол-3

• Бага хэрэглэдэг бол-1

Шинжээчдийн үнэлгээний үр дүнгийн хүснэгт

Анкетийн №	Шинжээчийн мэргэжлийн тодорхойлолт	Үгээжийн тухай мэдээц (0-10)	Үр дүн	Эмчилгээнд хэрэглэдэг байдал	Тайлбар
1	7	10	5	5	Үр дүн өндөр
2	8	10	5	5	
3	6	10	5	3	
...					
51	5	9	3	3	Гаж нөлөө ихтэй
Бүгд дүн 51					

Энэхүү хүснэгтээр эм тус бүрт шинжээчдээс өгсөн үнэлгээний дүнг гаргасны дараа эм нэг бүрийн үнэлгээг дараах томъёогоор бодож гаргана.

$$C_{ij} = a_{ij} \times K_{ij}$$

- C_{ij} - i-эмийн бэлдмэлд j-шинжээчийн мэргэжлийн тодорхойлолтыг харгалзан өгсөн үнэлгээ

- a_{ij} - j-шинжээчийн i-эмийн бэлдмэлд өгсөн үнэлгээ

- K_{ij} - shinjjeэchийn mэrgéjliйn tодорхойлолтын үnэлгээ

Жишиг нь, анкет N1 $C_{ij} = 7 \times 5 = 35$ байна.

Ийм байдлаар эм тус бүрт өгсөн бүх шинжээчдийн үнэлгээг гаргана.

Үүний дараа нийт үнэлгээний дундгийг дараах томъёогоор олно.

$$C = \frac{\sum_{i=1}^n a_{ij} x K_j}{\sum_{i=1}^n K_j}$$

Гарсан үнэлгээний дундажийг 4,7-4,99 бол 5,0-аар, 4,3-4,69 бол 4,5-аар, 3,8-4,29 бол 4,0-өөр, 3,3-3,79 бол 3,5-аар, 2,8-3,29 бол 3,0-аар, 2,3-2,79 бол 2,5-аар, 0,1-2,29 бол 1-ээр тус тус шилжүүлэн авна.

Дундаж үнэлгээг бүлэглэсэн дунгээр эмийн бэлдмэлүүдэд дараах үнэлгээ өгнө.

1. Эмийн бэлдмэл $C=4,5 - 5,0$ нь өндөр үр дүнтэй, эрэлт ихтэй

2. Эмийн бэлдмэл $C=3,5-4,0$ нь боломжийн үр дүнтэй боловч эрэлт нь нэг хэвийн хэмжээнд байгаа буюу буурах хандлагатай

3. Эмийн бэлдмэл $C=1,0 - 3,0$ нь эрэлт багатай, гаж нөлөөлөл ихтэй, хэрэглээ нь багасч байгаа

4. Эмийн бэлдмэл C нь 1,0-ээс бага байвал энэ эмийг шинжээчид мэддэггүй, эсвэл өөрийнхөө эмчилгээний практикт хэрэглэдэггүйг харуулна.

Гол төлөв энэ эмүүд нь шинэ эмүүд болон зах зээлд нийлүүлэгдээгүй эм байж болох юм.

Эмийн бэлдмэл тус бүрийн эмчилгээний үр дүнгийн үнэлгээнийг гаргасан үзүүлэлтийг анкетаар авсан уг эмийн тухай эмчийн (шинжээчийн) мэдэц, эмчилгээнд хэрэглэдэг байдал болон тайлбар асуултанд тэмдэглэсэн санал, дүгнэлтүүдийг харгалзан тодотгол хийнэ.

Хэрэв анкетанд уг эмийн синоним, аналогийн талаар дурдагдсан байвал эмийн зах зээлд илүү нийлүүлэгдэж, голчлон хэрэглэгдэж байгааг нь сонгож авна.

Эм тус бүрийн бодит зарцуулалтыг өвчний түүх нэг бүрийн зарцуулалтаар дараах байдлаар гаргана.

.....эмнэлгийн тасагт зарцуулсан..... эмийн бодит зарцуулалт

№	Өвчний түүхийн номер	Зарцуулсан эмийн нэг удаагийн болон хоногийн тун	Эмчилгээний үргэлжилсэн хугацаа (хоногоор)	Курс эмчилгээнд хэрэглэсэн эмийн нийт хэмжээ
1.	1250	1 шахмал, хоногт 2 удаа	10	20
	гэх мэт			
Бүгд	200			5200

Энэхүү хүснэгтийн дагуу бодит зарцуулалтын нийт хэмжээг гаргасны үндсэн дээр нэг өвчтөний курс эмчилгээнд хэрэглэсэн эмийн бодит зарцуулалтын дундгийг дараах томъёогоор тооцно.

$$X_{\text{бодит}} = \frac{\sum X_n}{N}$$

■ X_n -бүх өвчний түүхийн нийлбэрээр зарцуулсан эм

■ n-уг эмээр эмчлэгдсэн өвчтөний тоо

Уг эм бүх өвчтөний эмчилгээнд хэрэглэгдэхгүй байж болох тул эмийн хэрэглээний интенсив коэффициентийг дараах томъёогоор олох шаардлагатай.

$$Kn = \frac{n}{N}$$

■ n - уг эмээр эмчлэгдсэн өвчтөний тоо

■ N - сонгож авсан нийт өвчтөний тоо

Энэхүү интенсив коэффициентийг тооцсоны дараа тухайн өвчинеэр сүүлийн хэд хэдэн жилд эмчилгэдсэн өвчтөний тооны өсөлт, бууралтын темпийг олж, өвчлөлд нөлөөлсөн болон нөлөөлөх хүчин зүйлүүдийг харгалзан дараагийн жил(3 жил, 5 жил, 10 жил гэх мэт) -д эмчлэгдэх өвчтөний тоог гаргана.

$$T_1 = \frac{\Theta_2}{\Theta_1} \quad T_2 = \frac{\Theta_3}{\Theta_2} \quad T_n = \frac{T_1 + T_2 + \dots + T_n}{n}$$

- $\Theta_1, \Theta_2, \Theta_3$ -Судалгаанд хамруулсан онуудад тухайн өвчинеөр өвчилсөн өвчтөний тоо
 - T_d -өсөлт, бууралтын дундаж темп
- Дараагийн жилүүдэд тухайн өвчинеөр эмчлэгдэх өвчтөний тоог дараах байдлаар тооцож гаргана.

$$\Theta = \Theta_3 \times T_d$$

Дараагийн жилүүдэд эмчлэгдэх өвчтөний нийт тоог ашиглан хэрэглэгдэх эмийн хэрэгцээг дараах томъёогоор тодорхойлно.

$$\Theta_x = X_b \times K_n \times \Theta$$

■ X_b - Эмчилгээнд зарцуулсан эмийн бодит тоо

■ K_n - Эмийн хэрэглээний интенсив коэффициент

$$\Theta = \Theta_3 \times T_d$$

Энэхүү гаргаж авсан эмийн (шахмал, үрэл, ампул г.м) нийт тоог эмийн зах зээлд нийлүүлэгдэж байгаа болон захиалж авах эмийн савлагааны (0,5 №30 шахмал, 0,25 №50 үрэл, 1%-

1 мл №10 кор г.м) хэлбэрт нь хувааж, захиалах (хэрэгцээтэй) эмийн тоо хэмжээг гаргана.

Амбулаторийн өвчтөний эмчилгээний эмийн хэрэгцээг амбулаторийн карт болон эмийн жор, эмийн сангийн эмийн зарцуулалт, шинжээчдийн үнэлэмжид үндэслэн дээрх аргачлалаар мөн адил тооцож болно.

Энэхүү арга, аргачлалаар эмчилгээнд товлосон хугацаанд шаардагдах зонхилон тохиолдох өвчний эмчилгээний зайлшгүй шаардлагатай эмийн ойрын болон хэтийн хугацааны хэрэгцээг (прогнозыг) тодорхойлж, эмийн захиалгыг үндэслэлтэй хийж, хангарт, нийлүүлэлтийг зөв явуулан хэрэгцээт эмээр тасралтгүй, жигд, хүртээмжтэй хангах, эмийн зохистой хэрэглээг төлөвшүүлэх, эмчилгээг үр дүнтэй явуулах, эмэнд зарцуулах хөрөнгийг зүй зохистой ашиглах нөхцөлийг бүрдүүлж ажиллах боломжтой байна.

Танилцаж, нийтлэх санал өгсөн:
Академич Д.Дүнгэрдорж

2005 онд анагаах ухааны салбарт эрдмийн зэрэг хамгаалагсад

**Нэг. Анагаахын шинжлэх
ухааны доктор**

Уушийн Цэрэндолгор (НЭМХ, горилогч)

НЭМХ-ийн ЭШАА
У.Цэрэндолгор “Хүүхэд, эхчүүдийн цусан дахь Д аминдээний төлөв байдал, түүнд нөлөөлөх хүчин зүйлс” сэдвээр 2005 оны 1 дүгээр сарын 6-ны өдөр Улаанбаатар хотноо анагаахын шинжлэх ухааны докторын зэрэг хамгаалсан байна.

У.Цэрэндолгор нь өөрийн судалгаагаар Монгол хүүхэд, эхчүүд Д аминдээний дуталтай болохыг, жирэмсэн эхийн цусан дахь Д аминдээний төлөв байдал нь Д аминдээний дуталтай хүүхэд төрүүлэх, улмаар бага насны хүүхдийн рахитын урьдчилсан нөхцлийг бүрдүүлэх эрсдэлтэй, Д аминдээний дотоод эх үүсвэрийг идэвхижүүлэх нөлөөтэй нарны хэт ягаан түяаны идэвхийн хэмжээ нь монгол оронд зунаас бусад улиралд хүний

арьсан бүрхүүлд Д аминдээний урьтальг идэвхжүүлэх боломжгүй, монгол хүүхдийн хоногийн хоол, хүнснээс авч буй кальци, уургийн цусан дахь 25 (ОН)Д-ийн нөөцийг багасгах эрсдэлтэйг тогтоож, монгол хүүхдийн рахитын шалгаан нь нэг талаас цэвэр Д аминдээний дутал, нөгөө талаас хоол хүнснээс авах кальци, уураг дутлын хавсарсан шалгаантай болохыг тодорхойлж, монгол хүүхдийн рахитын эмгэг жамын механизмыг тайлбарлажээ.

Түүнчлэн монгол хүүхэд, эхчүүдэд Д аминдээм холбох уургийн дутал байгааг илрүүлж, энэ нь цусан дахь 25(ОН)Д-ийн нөөцдөд нөлөөлөх эрсдэлтэйг тогтоосон нь Д аминдээний солилцоо хямрах шалгаан, рахитын эмгэг жамын талаар дэвшүүлсэн таамаглалыг бататгаснаараа чухал ач холбогдолтой болжээ.

Жирэмсэн эхийн Д аминдээний нөөц дутмаг байдал нь ургийн цусан дахь Д аминдээний нөөц багасахад нөлөөлж болзошгүй гэж үзсэн судлаачдын таамаглалаас уг судалгааны ажлын үр дүнгүүд нь нэгдмэл цогц байдлаар илэрхийлж баталсан явдал уг бүтээлийн өөр нэг ач холбогдол юм.

**Шаравын Болд (Монгол-Солонгосын
Дорнын Анагаах ухааны Төв, горилогч)**



Монгол-Солонгосын
Дорнын анагаах ухааны
төвийн захирал Ш.Болд
“Монголын уламжлалт
анагаах ухааны хөгжлийг эх
сурвалжийн судалгаагаар
тодруулах нь” сэдвээр 2005
оны 6 дугаар сарын 24-ний
өдөр Улаанбаатар хотноо
анагаах ухааны докторын

зэрэг хамгаалжээ.

Монголын уламжлалт анагаах ухааны хөгжлийн он цагийг 5000 жилээр тоологдох үндэслэлийг чулуун зэвсгийн үеийн чулуун зүү, ясан зүү, хүрэл шөвөг, тунгийн халбага, гавлын ясанд хийсэн мэс заслын ажиллабараар тодруулан улмаар түвэд, хятад хэлээр бичигдсэн анагаах ухааны түүхийн зохиолуудын эх сурвалжаар баталгаажуулж, Монголын уламжлалт анагаах ухааны түүхэн хөгжлийн он цагийг үечилж, үе тус бүрийн онцлогийг судлан тогтоосон байна.

1206 онд байгуулагдсан Их Монгол улсын үеийн анагаах ухааны хөгжлийг судлан шинээр тодруулан гаргаж монгол “Данжуур”-ын доторх анагаах ухааны 7 зохиолын зохиогч, бичигдсэн байдал, орчуулагдсан цаг хугацааг тогтоосон байна. Уламжлалт анагаахын эмч нарын ширээний ном болсон “Анагаах ухааны дөрвөн үндэс” зохиолын бичигдсэн нөхцөл, Монголд хэрхэн дэлгэрснийг судлан уг зохиол монголын анагаах ухааны сургалт, эмнэлгийн тусламжийн үндэс болсныг баримтад тулгуурлан тодорхойлжээ. XYI зууны дунд үеэс XIX зууны сүүлч хүртэлх хугацаанд Ар монголд байгуулагдсан 86, Өвөрモンголд байгуулагдсан 34 манба дацангийн нэр, он цаг, байрлалтыг шинээр тодруулан гаргаж, XYI-XX зууны эхэн хүртэлх хугацаанд тодрон гарсан 19 эмч, маарамбын намтрыг баяжуулан тэдний бичсэн 31 зохиолыг шинжлэн судалж, Дорнын анагаах ухааны онол, эмчилгээг хөгжүүлэхэд оруулсан хувь нэмэр, онолын цоо шинэ ойлголтыг тодруулан улмаар орчин цагийн биоанагаах ухааны онол аргазүйн дагуу харьцуулан тайлбарлаж, уг онол, ойлголтын мөн чанарыг тогтоо судалгааг хийсэн нь монголын уламжлалт анагаах ухааны түүхэн хөгжил, онолын сэтгэлгээний дэвшил эргэлтийн үеүйдийг эх сурвалжуудаас нарийвчлан судалж, нэгтгэн дүгнэж, XXI зууны дэлхийн анагаах ухааны

хөгжлийн хандлагад уламжлалт анагаах ухааны эзлэх байр суурь, нөлөөллийг тодруулахад ач холбогдолтой болжээ.

Дамбын Сэргээ (ЭМШУИС, горилогч)



ЭМШУИС-ийн багш,
анагаах ухааны доктор
Д.Сэргээ “Анхдагч артерийн
гипертензи ий
допплероэхокардиографиар
эрт оношлох, эмчилгээний үр
дүнг тогтоо асуудалд”
сэдвээр 2005 оны 7 дугаар
сарын 7-ны өдөр Улаанбаатар
хотноо анагаахын шинжлэх
ухааны доктрийн зэрэг хамгааллаа.

Д.Сэргээ нь өөрийн судалгаагаар орчин үед дэлхийн судлаачдын анхаарлыг ихээхэн татаж байгаа допплеро-ЭХОКГ-ийн цоо шинэ шинжилгээгээр цусны эргэлтийн биологийн норматив, ААГ (артерийн анхдагч гипертензи)-ийн зэрэглэлийн дагуу цус хөдлөлзүй (ЦХЗ)-г тогтоож, ААГ-ийн хөнгөн, дунд зэргийн үед дундаж даралт ихсэхэд зүрхний болон судасны механизмыг хир зэрэг оролцдогийг тодорхойлжээ.

ААГ-ийн хөнгөн, дунд зэргийн үед байгаа өвчтөнүүдийн систолын үйл ажиллагааны алдагдлыг ЭХОКГ-аар судлан, даралт бууруулах дервөн бүлгийн эмүүд (эналаприл, нифедипин, гипотиазид, атеналал)-ээр хяналттай дан болон хавсарсан эмчилгээ хийхэд эдгээр эмүүд нь даралт бууруулах үйлчиллээрээ аль аль нь статистикийн магадлал бүхий сайн боловч зүүн ховдол (ЗХ), тосгуурын гипертензи, ЗХ-ын жин, жингийн индекс (регресс) үйлчиллээрээ магадлал бүхий ялгаатай байгааг тогтоосон нь нэн чухал ач холбогдолтой болжээ.

ААГ-ийн хөнгөн, дунд зэргийн үе дэх ЗХ-ын диастолын дүүрэлтэд зүрхний цохилт, артерийн даралт гол нөлөөлөх хүчин зүйл болж байгаагаас гадна даралт бууруулах сонгомол үйлчилгээтэй эмүүд нь диастолын үйл ажиллагааны алдагдалтай өвчтөнүүдэд ААГ-ийн зэргээс үл хамааран ЗХ-ын дүүрэлтийн алдагдлыг хэвийн болгон сайжруулж, ялангуяа хамгийн мэдрэг үзүүлэлт болох изовоюметрик суралын хугацаа богиносож, эрт дүүрэлтийн хамгийн их хурдыг хожуу дүүрэлтийн хамгийн их хурдад харьцуулсан харьцаа (VE/VA) иксэж, хожуу дүүрэлтийн хурдны интергал (VTIA)-ыг багасгаж, диастолын үйл ажиллагааг үнэн магадлалтайгаар сайжруулж байгааг тус тус батлажээ.

Цэрэннадмидын Энхжаргал (НЭМХ, горилогч)



НЭМХ-ийн Нэгдсэн лабораторийн эрхлэгч, биологийн ухааны доктор Ц.Энхжаргал “β-АИБХ нь хүн амын судалгааны биохимийн үзүүлэлт болох нь” сэдвээр 2005 оны 9 дүгээр сарын 26-ны өдөр ОХУ-ын Москва хотноо анагаахын шинжлэх ухааны докторын зэрэг хамгаалжээ.

Хүний шээсэн дэх β-аминозобутирийн хүчлийн хэмжээ харьцангуй тогтвортой байдаг бөгөөд Ц.Энхжаргал нь монголын хүн амын 53.6 хувь нь уг амин хүчлийг их хэмжээгээр (54.6ммоль β-АИБХ/моль креатинин-ээс их) ялгаруулдгийг илрүүлж, β-АИБХ ялгаруулалтын байдлыг аймаг, хотоор судлан Баян-Өлгий (их ялгаруулах генийн давтамж хамгийн бага-0.529), Хэнтий (0.763), Дорнод (хамгийн өндөр генийн давтамж-0.763) амьгуудаас бусад аймаг, хотын хүн ам нь генийн давтамжийн хувьд жигд байгааг тус тус тогтоожээ.

“β-АИБХ-ийн ялгаруулалтын тогтолцоог төрөл бүрийн эмгэгийн үед судлаж цусны эмгэгтэй хүмүүсийн 74.1% нь уг амин хүчлийг их хэмжээгээр ялгаруулдаг, эмчилгээний үр дунд ялгаруулах түвшин нь буурч байгааг илрүүлж, улмаар β-АИБХ нь хүн амын удамзүйн судалгаа, цусны өвчиний эмчилгээний үр дүнг хянах биохимийн үзүүлэлт болох юм гэсэн дүгнэлт хийжээ.

Хоёр. Анагаах ухааны доктор

Рэнцэндоржийн Мөнхцэцэг (“Цомбо” ХХК, аспирант)



“Мансууруулах болон хорт хавдрын эсрэг эмийн Монгол дахь зах зээлийн судалгаа” сэдвээр 2005 оны 1 дүгээр сарын 6-ны өдөр ОХУ-ын Перми хотноо эмзүйн ухааны докторын зэрэг хамгаалсан байна.

Р.Мөнхцэцэг өөрийн судалгааны дунд мансууруулах болон хорт хавдрын эсрэг эмийн хэрэгцээг эмийн төрөл бүрээр судлан тогтоожээ.

Хорт хавдрын эсрэг эмийн хэрэгцээг өвчиний назолог бүрд, хэрэглэгдэж байгаа эмийн нэр төрөл тус бүрээр судалгаа хийж бодит хэрэглээг

тогтоож, Хүчтэй өвдөлт намдаах хар тамхины эмийн бэлдмэлүүдийн бодит хэрэгцээнд тулгуурлан тухайн бэлдмэлийн эмийн хэрэгцээг гол үйлчлэгч бодист шилжүүлэн тогтоож, ЭХНБ болон эмийн сан, эмнэлгүүдийн жилийн хэрэгцээг тогтоох аргачлалыг боловсруулсан байна. Хүчтэй өвчин намдаах хар тамхины эмийн бэлдмэлүүд нь хавдрын өвчинийг эмчлэх эмчилгээний процесстой нягт холбоотой бөгөөд зонхилох 6 байрлалын хавдрыг эмчлэх химиин эмчилгээг судалгаанд хамруулж хавдрын зонхилох 6 байрлал бүрд, химиин эмчилгээнд хэрэглэгдэж байгаа хавдрын эсрэг эмийн нэр төрөл бүрийн 1 курс эмчилгээнд хэрэглэх эмчилгээний норматив тогтоох аргачлал боловсруулжээ.

Хүчтэй өвчин намдаах хар тамхины эмийн бэлдмэлүүдийн хэрэгцээг эмчилгээний нэг ор хоногт 1 жилд зарцуулагдах нормативыг тогтоосон байна.

Эмийн сангаар нэг жоронд олгогдох хүчтэй өвчин намдаах эмийн тоо хэмжээг өвчиний оношийг харгалzan эмийн хэлбэр, нэр төрөл бүрд тогтоох аргачлал боловсруулж нормчлол тогтоов.

Хатанбаатарын Гэрэлээ (Эмгэг судлалын төв, докторант)



Эмгэг судлалын төвийн их эмч Х.Гэрэлээ “Монгол хүний элэгний эст өмөнгийн хэмжил зүй, бүтэц” сэдвээр 2005 оны 3 дугаар сарын 03-ны өдөр Улаанбаатар хотноо анагаах ухааны докторын зэрэг хамгаалсан байна.

Х.Гэрэлээ Монгол хүнд зонхилон тохиолдож буй элэгний эст өмөнгийн эд судлалын 4 хэлбэр болох хамравчин, хуурамч булчирхайлаг, олон янзат, цайвар эст хэлбэрүүдийг тогтоож, хэлбэр тус бүрийн хэмжил зүйг тодорхойлсны үндсэн дээр лээрхи 4 хэлбэрийн явц, хоруу чанар өөр өөр байдгийг тогтоосон байна. Өөрөөр хэлбэл, элэгний эст өмөнгийн хамравчин, хуурамч булчирхайлаг хэлбэрүүдийн явц тайван, харин цайвар эст, олон янзат хэлбэрүүдийн нь хоруу чанар ихтэй явагддагийг тогтоожээ.

Монгол оронд элэгний эст өмөнг үүсгэж буй шалтгааны нэг нь элгийг гэмтээгч В вирус 81.8% эзэлж байна. Мөн архины нөлөө 14.14%, харин архи ба вирусийн нөлөө 30.26% байна. Үлдсэн 18.2% нь бусад хүчин зүйлсүүд нөлөөлдөгийг илрүүлж, манай оронд элэгний эст өмөн харилцан адилгүй тархаж, хот суурин газруудад илүү тархалттай байгааг тогтоожээ.

Гомбын Пүрэвдорж (ЭМШУИС, экстернат)

ЭМШУИС-ийн багш Г.Пүрэвдорж нь "Хүн болон зарим хөхтөн амьтдын бор өөхний бүтэц, тосны хүчлийн агууламж, химиин бурдлийн агууламж, онцлогийг судлах асуудалд" сэдвээр 2005 оны 3 дугаар сарын 3-ны өдөр Улаанбаатар хотноо анагаах ухааны докторын зэрэг хамгаалсан байна.

Энэхүү судалгаагаар монгол хүүхдийн бор өөхний хэмжигдэхүүнийг насын онцлогтой нь харьцуулан судалж, эсийн хэлбэр, хэмжээ, бичил эргэлтийн судасны тор наснаас хамаарч өөрчлөгдж байгааг тогтоожээ. Хүн болон зарим хөхтөн амьтны (тарвага, каракуль) бор өөхний тосны хүчлийн судалгааг өөрийн орны нөхцөлд анх удаа хийж, онолын холбогдолтой 5 шинэ таамаглал дэвшүүлжээ.

Дашцэрэнгийн Ичинноров (ЭМШУИС, аспирант)

ЭМШУИС-ийн багш Д.Ичинноров "Цээжний хөндийн саркOIDозын рентген оношлогоо, мэс заслын эмчилгээний үр дүнгийн эмнэлзүй-эдийн засгийн дун шинжилгээ" сэдвээр 2005 оны 3 дугаар сарын 28-ны өдөр ОХУ-ын Москва хотноо анагаах ухааны докторын зэрэг хамгаалжээ.

Амьсгалын эрхтний саркOIDозын онош, эмчилгээний хөтөлбөрүүдийн үр дүнд эмнэлзүй-эдийн засгийн шалгуур ашиглан дүн шижнилгээ хийж Рентгенохируг (мэс засал)-ийн интеграцисан оношлогооны хөтөлбөр нь эмнэлзүйн үр дүн болон эдийн засгийн үр өгөөжийн хувьд дифференциацлагдсан хөтөлбөртэй харьцуулахад давуутай болохыг баталжээ.

Түүнчлэн Рентгенохиругийн интеграцисан технологийн алгоритмийг боловсруулсан нь оношлогооны үр дүнг сайжруулсан байна.

Баасайхүү Бямбатогтох (НЭМХ-ийн Хоол судлалын төв, горилогч)

НЭМХ-ийн ЭША Б.Бямбатогтох "Монгол улсын иод дутлын эмгэгийн хяналт, үнэлгээ" сэдвээр 2005 оны 5 дугаар сарын 7-д Казахстан улсын Алматы хотын Казахстаны хоол тэжээлийн академид анагаах ухааны докторын зэрэг хамгаалсан байна.

Олон улсад баримталдаг шалгуур үзүүлэлтүүд (бамбайн бахлуур, шээний иодын агууламж, нярайн цусан дахь бамбай эрчимжүүлэгч дааврын хэмжээ, жин, өндрийн үзүүлэлтүүд, иоджуулсан давсны хэрэглээ, иоджуулсан давсны иодын агууламж)-ийг ашиглан, 1999, 2001, 2003, 2004 онуудад хийгдсэн Иод дутлын эмгэгийг илрүүлэх судалгааны дүнг харьцуулан дүгнэж практик зөвлөмж боловсруулж, ИДЭ нь дан ганц эрүүл мэндийн салбарын асуудал бус, боловсрол, хүнсний салбарын анхаарвал зохих асуудал болохыг тодорхойлж, иодын дутал хүүхдийн бие бялдрын өсөлт хөгжилд төдийгүй оюун ухааны чадамжид (IQ) сөргөөр нөлөөлдгүй Монголын нөхцөлд судалж тогтоосон байна.

Батын Гэрэлжаргал (НЭМХ-ийн Хоол судлалын төв, горилогч)

НЭМХ-ийн ЭША Б.Гэрэлжаргал нь "Тав хүртэлх насын Монгол хүүхдийн дундах төмөр дутлын цус багадалтын тархалт ба анхдагч сэргийлэлт" сэдвээр 2005 оны 5 дугаар сарын 7-ны өдөр Казахстан, Алматы хотноо Казахстаны хоол тэжээлийн академид анагаах ухааны докторын зэрэг хамгаалжээ.

Орчин үеийн судалгаа, шинжилгээний аргууд, олон улсад баримталж буй шалгуур үзүүлэлтүүд (захын цусны гемоглобин, сийвен дэх ферритин, фолийн хүчил, B12 аминдэмийн агууламж, хүүхдийн жин, өндрийн үзүүлэлтүүд)-ийг ашиглан 5 хүртэлх насын Монгол хүүхдийн дундах цус багадалт болон төмөр, фолийн хүчил, B12 аминдэмийн дутлын тархалт, цус багадалтын дунд төмөр дутлын цус багадалтын эзлэх хувийг анх удаа тодорхойлж, цус багадалтад нөлөөлж болох зарим хүчин зүйлийг судлан олон хүчин зүйлийн анализаар дүн шинжилгээ хийжээ.

Тав хүртлэх насны, ялангуяа 6 сараас 2 хүртлэх насны Монгол хүүхдийн дунд төмөр дутал, тэдэнд тохиолдож буй төмрийн дутлаас шалгаалсан нь цус багадалтын эзлэх хувь өндөр байгаа нь нийгмийн эрүүл мэндийн анхаарал татсан асуудлын нэг болохыг тогтоож, судалгааны үр дүнд тулгуурлан практик зөвлөмж боловсруулсан байна.

Зундуйн Лхагвасүрэн (П.Н.Шастины нэрэмжит Клиникийн төв эмнэлэг, экстернат)



П.Н.Шастины нэрэмжит Клиникийн төв эмнэлэгийн их эмч З.Лхагвасүрэн "Элэгний хавдрын судсан дотуурх шинжилгээ" сэдвээр 2005 оны 5 дугаар сарын 19-ний өдөр Улаанбаатар хотноо анагаах ухааны докторын зэрэг хамгаалсан байна.

З.Лхагвасүрэн нь элэгний

хавдрыг тэжээгч судасны бүтцийн онцлогийг цеплакоангиографийн арга, элэгний сонгомол аngiографийн аргаар оношлож, элэгний хавдар, дэлүүний томролтыг судас бөглөх эмчилгээний аргаар нэг зэрэг бөглөх эмчилгээ хийсэн нь уг бүтээлийн гол ач холбогдол юм.

Судас бөглөх эмчилгээндээ хими эмчилгээ, хатуу, зөөлөн бөглөлтийг хагас, бүтэн, хэсэгчилсэн хэлбэрээр өвчний үе шат, хэмжээ, байрлалтай нь уялдуулан хийж, өвчтөний насыг 1-5 жилээр уртасган, өөрийн орны нөхцөл анх удаа дэлүүний томролтыг бөглөн эмчилжээ. Бөглөлтийн материалд споичкель, тефлон-веллпур, микро-колиig хэрэглэсэн байна. Захын байрлалтай, 5 см-аас бага хэмжээтэй хавдарт судас бөглөх эмчилгээг мэс заслын эмчилгээтэй хослуулан хийсэн нь төгс эмчилгээ болж, элэгний хавдрыг үе шаттайгаар давтан бөглөх эмчилгээг олон удаа хийхэд эмчилгээний үр дүн дээшилж байгааг тогтоожээ.

Загдын Гэрэлмаа (ЭНЭШТ, экстернат)



ЭНЭШТ-ийн ЭША
З.Гэрэлмаа "Бага жинтэй нярай төрөхөд нөлөөлэх эрсдэлт хүчин зүйлс, тэдний өвчлөлийн онцлог" сэдвээр 2005 оны 5 дугаар сарын 23-ны өдөр анагаах ухааны докторын зэрэг хамгаалсан байна.

З.Гэрэлмаа манай орны нөхцөлд бага жинтэй нярай төрөхөд нөлөөлж буй эрсдэлт хүчин зүйлсийг эмнэлэгт суурилсан тохиолдол хяналтын загвараар судалж, жирэмсэн үеийн хоол тэжээлийн дутагдал, эхийн жин бага, урьд нь бага жинтэй хүүхэд төрүүлж байсан, артерийн даралт ихсэлт, манас таталтын урьдал, ихэр ураг, тамхи татах, жирэмсний хяналтад хамрагдаагүй зэрэг хүчин зүйлс ургийн өсөлтийн saatald, харин зуршмал дутуу тээлт, зулбалт, өсвөр насандaa жирэмслэх, гэмтэл, бэлгийн замын халдвэр, ураг орчмын шингэн эрт гарах, жирэмсэн эх тамхи татах зэрэг нь дутуу төрөлтийн гол шалгаан болж байгааг тогтоожээ.

Бага жинтэй төрсэн нярайн өвчлөл, эндэгдлийн онцлогийг судалж, хэвийн жинтэй төрсэн хүүхдээс 22 дахин илүү өвчилж, өвчлөл, эндэгдлийн гол шалгаан бүтэлт, амьсгал хямралын хам шинж, халдвэр байгааг тодорхойлж, бага жинтэй нярай гипотермид 4 дахин, цусны чихэр багасалтад 2 дахин тус тус илүү өртөж байгааг илрүүлсэн байна.

Гэндарамын Баясгалан (ЭНЭШТ, экстернат)



ЭНЭШТ-ийн ЭША
Г.Баясгалан "Монгол эрэгтэйчүүдийн үргүйдлийн эмнэлзүйн зонхилох хэлбэр, эрсдэлт хүчин зүйлс" сэдвээр 2005 оны 5 дугаар сарын 26-ны өдөр Улаанбаатар хотноо анагаах ухааны докторын зэрэг хамгаалсан байна.

Судлаач Г.Баясгалан нь нөхөн үржихүйн насны монгол эрэгтэйчүүдэд тохиолдож буй үргүйдлийн эмнэлзүйн зонхилох хэлбэрүүд, эрсдэлт хүчин зүйлийг тогтоох зорилгоор 1999-2004 онд ЭНЭШТ-ийн Нөхөн үржихүйн зөвлөх поликлиник (НҮЗП)-ийн Андрологийн кабинетэд хандсан 430 хосуудын нөхрийн үзүүлэлтүүдэд тулгуурлан судалгаа хийжээ.

Судалгаагаар монгол оронд үргүйдэлтэй хосуудын 44.4% нь эрэгтэйчүүдээс шалгаалж байгаа, судалгаанд хамрагдсан эрэгтэйчүүдийн 30.7% нь хоёрдогч, үрийн шингэний өөрчлөлттэй эрэгтэйчүүдийн 52.4% нь олдмол үргүйдэлтэй байгаагаас монгол эрэгтэйчүүдийн дунд урьдчилан сэргийлэх боломжтой олдмол үргүйдэл зонхилюулж байгааг тус тус тогтоосон байна.

Түүнчлэн үрийн сувгийн битүүрэл (18.8%), бэлгийн булчирхайн үрэвсэл (6.7%), төмсөгний олдмол эмгэг (5.1%) нь үргүйдлийн зонхилох хэлбэр болж байгаа, дайврын үрэвсэл, төмсөгний

эмгэг ба жижигрэлт, БЗДХ зэрэг нь үргүйдэл үүсгэх голлох хүчин зүйл болж байгаа, үргүйдэлтэй монгол эрэгтэйчүүдийн 17.2% нь төмсөгний гэмтэл авч байсан нь үрийн сувгийн битүүрэл, төмсөгний олдмол эмгэг үүсэхэд нөлөөлж байгааг илрүүлэн тогтоожээ.

Зундуйн Ариунаа (УАШУТҮК, экстернат)



УАШУТҮК-ийн ЭША З.Ариунаа “Бөндгөр шарилжны үрийн полисахаридын фармакологийн судалгаа” сэдвээр 2005 оны 6 дугаар сарын 2-ны өдөр Улаанбаатар хотноо анааах ухааны докторын зэрэг хамгаалсан байна.

З.Ариунаа нь бөндгөр шарилж хэмээх нутагшмал (эндемик) ургамлаас усанд уусдаг полисахаридыг ялгаж фармакологийн судалгаа хийжээ.

Бөндгөр шарилж нь монгол орны говь нутгаар асар их хэмжээгээр ургадаг, үр нь маш өчүүхэн хэмжээтэй, полисахарид бодисоор зузаан хучигдсан, усанд хийхэд хөөж томроод зузаан цэлцэгнүүр (гель) байдалтай болдог байна.

Түршилтын амьтдад зохиомлоор үүсгэгдсэн шархлааны эмгэг загварын үед бөндгөр шарилжны үрний бэлдмэлийг хэрэглэхэд салстын тэсвэрт чанарыг дээшлүүлж, булчирхайн эпителийн нөхөн төлжилтийг сайжруулж, үрэвслийн 3 үе шатанд эрчимтэй нөлөө үзүүлж байгааг судлан тогтоожээ.

Полисахаридын бэлдмэлийн фармакологийн судалгаа хийж хodoодны шархлаа, үрэвсэл эмчлэх шинэ бэлдмэл гарган авах боломжийг олж тогтоосон нь судалгааны гол ач холбогдол юм.

Сүрэнжавын Өнөрсайхан (НЭМХ, аспирант)



НЭМХ-ийн ЭША С.Өнөрсайхан “Lentinus edodes хүнсний мөөгнөөс авсан полисахарид, түүний сульфат уламжлалт нэгдлүүдийн бүтэц ба биоидэвх” сэдвээр 2005 оны 6 дугаар сарын 12-ны өдөр БНХАУ-ын Уханы их сургуулийн эрдмийн зөвлөлд анагаах ухааны докторын зэрэг хамгаалсан байна.

Lentinus edodes хүнсний мөөгнөөс полисахарид (а ба b glucan) ба түүний улмажлалт нэгдлүүдийг нийлэгжүүлэн гарган авч тэдгээрийн орон зайн

бүтэц, молекул жин ба физик-химиийн үзүүлэлтүүдийг тогтоон хавдрын эсрэг идэвхид орон зайн бүтэц ямар хамааралтай болохыг нь судлан тогтоосон байна.

Түүнчлэн тэдгээр полисахаридын уламжлалт нэгдлийн сульфидын бүлэг болон чөлөөт уургийн агууламж нь хавдрын эсийн олшролтыг саатуулах ба эсийн өөрийгөө устгах чадвар (apoptosis)-ыг идэвхжүүлдэг болохыг тогтоож, Lentinus edodes мөөгийг эмийн судалгаанд ашиглах боломжийг илрүүлснээр полимерийн физик-хими, биохими, анагаахын шинжлэх ухааны салбарын бүтээл болжээ.

Өнөржаргалын Цолмон (ЭМШУИС, докторант)



ЭМШУИС-ийн багш Ө.Цолмон 2005 оны 6 дугаар сарын 23-ны өдөр “Хоёрдугаар хэлбэрийн чихрийн шижинтэй өвчтөнд зүрхний ишеми өвчнийг эрт оношлох нь” сэдвээр Улаанбаатар хотноо анагаах ухааны докторын зэрэг хамгаалжээ.

Ө.Цолмон судалгаагаараа хоёрдугаар хэлбэрийн чихрийн шижинтэй өвчтөний зүрх судасны эрсдэлийн хүчин зийлүүдийг тодорхойлж, зүрхний вегетатив невропатийг оношлох асуудлыг судалж, чихрийн шижин өвчний үеийн цус хөдлөлзүйн болон зүрхний диастолын үйл ажиллагааг допплерт хэт авиан шинжилгээгээр тодорхойлсон байна.

Түүнчлэн чихрийн шижинтэй өвчтөнд зүрхийн далд ишеми илрүүлэх зорилгоор ачаалалтай сорилууд хийж үр дүнг тооцжээ. Зүрхний хэт авиан оношлогооны аргыг манай улсын эмнэлгийн практикт анх удаа нэвтрүүлжээ. Судалгааны ажлын үр дүнд тулгуурлан хоёрдугаар хэлбэрийн чихрийн шижинтэй өвчтөнд зүрхний ишеми өвчнийг эрт оношлох алгоритмийг боловсруулжээ.

Нямдаваагийн Наранбат (ХӨСҮТ, докторант)



Халдварт өвчин судлалын үндэсний төвийн Сурьеэ судлалын төвийн захирал Н.Наранбат “Монгол улсад ялгасан сурьеэгийн нянгийн эмийн дасал ба удамшлын хэв шинж” сэдвээр 2005 оны 6 дугаар сарын 23-ны өдөр Улаанбаатар хотноо анагаах

ухааны докторын зэрэг хамгаалсан байна.

Судлаач сүрьеэтэй тэмцэх ажилд гол бэрхшээл үзүүлж байгаа эмийн дасалтай сүрьеэгийн нянгийн тархалтыг олон улсад хүлээн зөвшөөрөгдсөн аргачлалаар судалж, үр дүнг бусад судлаачдын судалгаатай харьцуулан дүгнэлт хийжээ. Энэ судалгаагаар Монгол улсад шинээр оношлогдсон, халдвартай хэлбэрийн сүрьеэтэй өвчтөнөөс ялгасан *M.tuberculosis*-ын 29.4% нь эмийн анхдагч дасалтай, 24,2% стрептомицинд, 15.3% изониазидэд, 1.7% этамбутолд, 1.2% рифампицинд дасалтай, олон эмэнд дасалтай сүрьеэгийн түвшин 1%, эхарин хоригдлуудын дунд эмийн анхдагч дасалын түвшин нийт хүн амынхаас 26%-аар, олон эмэнд дасалтай сүрьеэгийн түвшин 16.1 дахин их байгааг тус тус тогтоож, хоригдлууд нь сүрьеэгээр өвчлөх өндөр эрсдэлтэйг баталсан байна.

Түүнчлэн Монголд тархсан *M.tuberculosis*-ын удамшлын хэвшинжийг сполиготайпингийн аргаар судлахад Бээжин хэвшинжийн омог давамгайлан (64.2%) ээнэ омог нь хоригдлуудын дунд илүү өргөн (82.1%) тархсан, Бээжин бус хэвшинжийн омгийн дотор зүүн Европ, болон Латин Америкт өргөн тархсан T1, T2, ба LAM 9 дээд бүлгийн омгийн тархалт 28.1%, харин одоогоор зөвхөн Монголд илрүүлсэн омог 50.7%-ийг эзэлж байгааг тогтоож өгсөн нь сүрьеэтэй тэмцэх ажлыг шинжлэх ухааны үндэстэй зохион байгуулахад түлхэц өгөхөөр ажил болжээ.

Шийтэрийн Энхзаяа (ЭМХҮТ, экстернат)



ЭМХҮТ-ийн мэргэжилтэн Ш.Энхзаяа нь "Aconitum ba Delphinium"-ын төрлийн зарим зүйл ургамлын дитерпений алкалоидын фитохимиийн судалгаа" сэдвээр 2005 оны 10 дугаар сарын 6-ны өдөр Улаанбаатар хотноо эмзүйн ухааны докторын зэрэг хамгаалсан байна.

Ш.Энхзаяа судалгаагаараа Aconitum ба Delphinium-ын төрлийн З зүйл ургамлын дитерпений алкалоидын бүтэц, байгууламжийг

ЦСР, ^1H , ^{13}C , Dept-135, $^1\text{H}-^1\text{H}-2\text{D}$ SOS4, НМАС, НМВС орчин үеийн өндөр мэдрэмж бүхий спектрийн аргуудыг ашиглан 14 алкалоидыг таньж тодорхойлсноос 13 алкалоид нь тухайн зүйл ургамлаас анх удаа олдсон байна. Дээрх аргуудыг ашиглан A4 дэд төрлийн алкалоидын бүтцийг анх удаа тайлсан нь дэлхийн түвшинд хийгдсэн анхы ажил болжээ.

Судлаач *Delphinium*-ын төрлийн ургамалд метилликаконитины тоон тодорхойлолт хийх аргачлал, *Delphinium exesculum* ургамлаас метилликаконитиног гарган авах технологийг боловсруулсан байна.

Адъяагийн Мөнхтайван (ХСТ, горилогч)



Хавдар судлалын төвийн захирал А.Мөнхтайван "Шүлсний булчирхайн хавдрыг эрт оношлох, физикийн мэс заслын аргыг хэрэглэх чиглэлээрх Монгол улсын хавдар судлалын албаны зохион байгуулалт" сэдвээр 2005 оны 6 дугаар сарын 23-ны өдөр ОХУ-ын

Москва хотноо анагаах ухааны докторын зэрэг хамгаалсан байна.

А.Мөнхтайван нь шүлсний булчирхайн хавдрын оношлогоонд шинээр боловсруулсан сиаладенолимфографийн аргыг хэрэглэсэн нь шүлсний булчирхайн хавдрын хэлбэр, хэмжээ, тунгалагийн булчирхайг тодруулснаар шүлсний булчирхайн хорт хавдрыг эрт илрүүлэх (96.1 хувийн магадлалтай) боломжтойг илрүүлжээ.

Түүнчлэн шүлсний булчирхайн хавдрын оношлогооны тактикийг боловсруулж, оношлогооны энэ аргыг шүлсний булчирхайн хавдрыг физикийн (биотехникийн) мэс заслаар эмчлэх аргатай хослуулан хэрэглэх нь мэс заслын хүндрэлээс сэргийлэх, эмчилгээний үр дүнг сайжруулах, эдийн засгийн ач холбогдолтой болохыг судлан тогтоож, судалгааны үр дүнт Хавдар судлалын төвийн хүзүү-толгойн хавдрын тасаг, ЭМШУИС-ийн Эрүү нүүрний мэс заслын клиникийн ажилд нэвтрүүлсэн байна.

Монголын Шинжлэх Ухааны Академийн 2006 оны зорилт

ШУА-ийн Их чуулган 2006 оны 2 дугаар сарын 23-ны өдөр хуралдаж 2005 оны үйл ажиллагааны тайланг хэлэлцэж, 2006 онд дараах зорилтуудыг дэвшүүллээ¹. Үүнд:

1. Эрдэм шинжилгээний байгууллагуудын лабораторийн тоног төхөөрөмжийг дэс дараатай шинэчлэх, сайжруулах замаар судалгааны ажлын нийгмийн ач холбогдлыг эрс дээшлүүлэх явдал хамгийн тулгамдсан асуудлын нэг хэвээр байна.

Энэ асуудал засгийн газрын үйл ажиллагааны хөтөлбөр, "Монгол улсын шинжлэх ухаан, технологийг 2010 он хүртэл хөгжүүлэх үндэсний хөтөлбөр" зэрэг бодлогын баримт бичгүүдэд тусгагдсан боловч 2006 оны улсын төсөвт тусгагдсангүй. Ингэхлээр бидний хувьд ШУА-ийн гадаад харилцааны боломжийг өргөжүүлэн ажиллах, гадаадын хандивлагч орнуудын зээл тусламжийг олж авах чиглэлээр идэвхтэй үйл ажиллагаа өрнүүлэх хэрэгтэй байна. ШУА-иас 2005 онд судалгааны материаллаг баазыг бэхжүүлэх чиглэлээр 2 томоохон төсөл боловсруулж хандивлагч орнуудад хүргүүлснээс гадна хамтын ажиллагаа бүхий орнуудын ШУА-иудтай тодорхой зарим асуудлаар тохиролцоонд хүрээд байна. Тухайлбал:

- БНХАУ-ын ШУА-ийн хөрөнгө оруулалтаар "Тал хээрийн экосистемийн урт хугацааны судалгааны станциудын сүлжээ байгуулах" асуудал Хятадын засгийн газрын зүгээс дэмжигдэж одоо манай талын шийдвэрийг хүлээж байна. Төслийн нийт өртөг нь 1.5-2.0 сая ам.доллар байхаар тооцоо гараад байна.

- Польшийн ШУА-ийн хөрөнгө оруулалтаар "Төв Азийн байгалийн үзэгдэл судлах төв"-ийг байгуулах асуудлаар харилцан тохиролцоонд хүрсэн бөгөөд одоогоор манай тал газрын асуудлыг үндсэндээ шийдээд байгаа болно. Үрьдчилсан тохиролцсоноор эхний энэ онд хийх хөрөнгө оруулалт нь 200-300 мянган ам.доллар байх төлөвтэй байна.

- Оросын ШУА-тай хамтран одоо ажиллаж байгаа хамтарсан экспедицуудийн баазад түшиглэн "Төв Азийн байгаль судлалын суурь судалгааны төв" байгуулах асуудлаар эхний тохиролцоонд хүрээд байгаа бөгөөд одоо экспедицийн баазын их засварын ажил хийж байна.

- Баянхонгор аймгийн Богд сум дахь Монгол-Италийн судалгааны төвийн материаллаг баазыг бэхжүүлэх хөрөнгө оруулалтын асуудлаар Италийн талтай яриа хэлцэл хийж байна.

Эдгээр арга хэмжээний зэрэгцээ шинжлэх ухааны салбарт хөрөнгө оруулалт хийх гарцаагүй

шаардлага бүрдээд байгаа талаар хөдлөшгүй үндэслэл гаргаж, төр, засгийн удирдлагад ойлгуулах, үнэмшүүлэх ажлыг ч тасралтгүй үргэлжлүүлэх шаардлагатай байна.

2. Монгол Улсад үндэсний инновацийн тогтолцоог бүрдүүлэх явдал манай нийт эрдэмтэн судлаач, эрдэм шинжилгээний байгууллага, их сургуулиудын өмнө тулгамдсан зорилтуудын нэг гарцаагүй мөн болно.

Өнөөгийн байдлаар манай улсад үндэсний хэмжээний инновацийн тогтолцоо бүрдүүлэх асуудал зохих ёсоор эхлээгүй байна гэж үзэх үндэстэй. Дэлхий нийтийн жишгээр бол энэхүү тогтолцооны хамгийн чухал бүрэлдэхүүн хэсэг нь шинжлэх ухаан, технологийн парк, технологийн инкубаторууд байдгийг Та бүхэн сайн мэдэж байгаа. Энэ жишгийг хэрэгжүүлэх үүднээс ШУА өөрийн харьяанд өнгөрсөн онд технологийн инкубатор байгуулах шийдвэр гаргаад түүнийг зохих ёсоор нь ажиллуулах эхний алхмуудыг хийж байна.

3. Шинжлэх ухаан, технологийн арга хэмжээнд улсын төсвөөс хуваарилсан зардлыг илүү үр өгөөжтэй зарцуулах талаар гүйцэтгэгч, захиалагч, санхүүжилтэгч шийдвэр гаргагч талууд нэгдсэн бодлогоор нягт хамтран ажиллах нь туйлын чухал байна. Үйл ажиллагааны зардалд хуваарилаж байгаа 5 тэрбум төгрөг бол бас ч чамлахааргүй санхүүжилт гэж бид ойлгодог. Хөрөнгө оруулалтын асуудал бол тусдаа юм. Энэ зорилгоор нэмэлт санхүүжилт шаардахгүйгээр шийдвэрлэх, зохицуулах зүйл баагүй байна. Тухайлбал, өнөөдөр бэлчээрийн ургамалжлын чиглэлээр 3-4 хүрээлэн, цөлжилт, хөрс, усны чиглэлээр мөн л 4-5 хүрээлэн гэх мэт олон чиглэлээр ижил төстэй, зарим талаар давхардсан төсөл гүйцэтгэж байна. Тэдгээр байгууллага, эрдэмтдийн хамтлагуудын судалгааг гаргаж, тус бүрд нь хамтарсан цуврал зөвлөлгөөн, семинар хийж илэн далангүй ярилцан нэг шийдэлд хүрэх асуудлыг БСШУЯ, ШУА хамтран зохион байгуулах шаардлагатай байна. Энэ нь эцсийн дундээ монголын шинжлэх ухааны тэргүүлэх чиглэл, төрийн өмчийн эрдэм шинжилгээний байгууллагын зэрэглэл тогтоох зэрэг бодлогын чанартай томоохон асуудлыг шийдвэрлэх бодит эхлэл болно гэж үзэж байна.

Энэхүү зорилтыг шат дараатай шийдвэрлэж чадвал шинжлэх ухаан, технологийн арга хэмжээний зардал, хүний нөөцийн чадавхийг улс орны хөгжлийн тодорхой үе шатны зорилт, үйлдвэрлэл, үйлчилгээний салбарыг хөгжүүлэх бодлого, дэлхийн шинжлэх ухааны чиг хандлагад нийцсэн чиглэлд нийцүүлэх боломжтой гэж бодож байна.

4. Шинжлэх ухааны салбарыг өндөр боловсролтой, чадварлаг, залуу боловсон хүчнээр байнга сэлбэж байх ажлын орчин, санхүүгийн боломж бүрдүүлэх, тэднийг эрдэм шинжилгээний ажилтан болгон төлөвшүүлэх чиглэлээр нэгдсэн бодлого ихээхэн шаардлагатай байна. Эхний ээлжинд гадаадын өндөр хөгжилтэй орнуудад нэгэнтэй бэлтгэгдсэн боловсон хүчнийг буцааж ирүүлэх материалаг үндэс суурийг тавьж эхлэх, эрдэм шинжилгээний ажилтнуудын мэргэшлийн болон хэлний мэдлэг чадварыг системтэй дээшлүүлэх замаар гадаадын сургалт, эрдэмтэн солилцоонд өргөн оролцуулах боломж бүрдүүлэх цогц арга хэмжээг авч хэрэгжүүлэх нь зүйтэй болов уу.

5. Эрдэм шинжилгээний нийгмийн асуудлыг шийдвэрлүүлэх чиглэлээр хэрэгжүүлж эхлээд байгаа ажлыг цаашид үргэлжлүүлэхийн хамт шинжлэх ухаан, технологийн хуулийн шинэчилсэн найруулгыг Улсын Их хуралд оруулж батлуулах замаар эрдэм шинжилгээний ажилтны статусыг баталгаажуулахын зэрэгцээ тэдний эрх чөлөө,

үүрэг хариуцлагын тогтолцоог зохистой төлөвшүүлэх ажил чухлаар тавигдаж байна. Уг хуулийн төсөлд эрдэм шинжилгээний ажилтны дундаж цалинг төрийн өмчийн их сургуулийн багшийн цалингийн жишгээр тогтоох, тэтгэвэрт гарах үед нь 1.5 жилийн цалинтай тэнцэхүйц тэтгэлэг олгох, эрдэм шинжилгээний ажилтны зэрэглэлийг бий болгох зэрэг нийгмийн асуудалд чиглэсэн хэд хэдэн заалтуудыг оруулаад байгаа юм.

6. ШУА-ийн техник технологийн салбарын үндсэн нэг бүрэлдэхүүн хэсэг болох шинжлэх ухаан, технологийн үйлдвэрлэлийн корпорациудын үйл ажиллагаа зарим тодорхой шалтгааны улмаас доголдож байгаатай уялдан тэдгээрийн бүтэц зохион байгуулалт, харьяалалыг оновчтой болгох, санхүүжилтийн механизмыг шинээр авч үзэх, ажиллагсдын нийгмийн асуудлыг өнөөгийн боломжийн хүрээнд шийдвэрлэх зэрэг асуудлыг ШУА-ийн Тэргүүлэгчдийн түвшинд авч хэлэлцэн холбогдох байгууллагуудад тавьж шийдвэрлүүлэх нь зүйтэй байна.

Монголын анагаах ухааны эрдэм шинжилгээний тэргүүлэх чиглэл

Монголын анагаах ухааны академийн ээлжит чуулган 2006 оны 2 дугаар сарын 17-ны өдөр хуралдаж, “Анагаах ухааны эрдэм шинжилгээний тэргүүлэх чиглэл тогтоох тухай” салбаруудын боловсруулсан саналыг авч хэлэлцэн 2006-2010 оны тэргүүлэх чиглэлийг тогтоов.

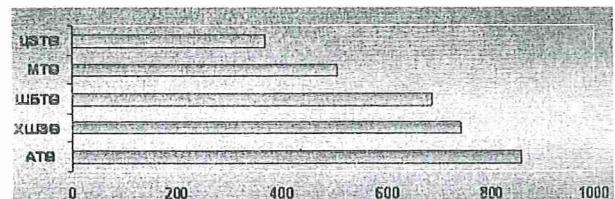
Монголын анагаах ухааны тэргүүлэх чиглэлийг боловсруулах шаардлага, түүний хэлэлцүүлэг

Үндэслэл. Эрдэм шинжилгээний ажлын санхүүжилт хязгаарлагдмал байгаа нөхцөлд эрүүл мэндийн тулгамдсан асуудлын судалгаанд хөрөнгө, хүчийг төвлөрүүлэх, судалгааны ажлын чанар, үр дүн, өгөөжийг дээшлүүлэх шаардлагатай байна. Ингэснээр хүн амын өвчлөл, эндэгдлийг бууруулах, эрүүл мэндийн тусламжийн үр ашгийг дээшлүүлэх боломжтой.

Тэргүүлэх чиглэл боловсруулах асуудлыг 2005 онд МАУА-ийн тэргүүлэгчдийн хурлаас шийдвэрлэж, МАУА-ийн Нийгмийн эрүүл мэнд, эмнэлэзүйн салбаруудад үүрэг өгч эхний хувилбарыг боловсруулан МАУА-ийн ээлжит чуулганаар хэлэлцэж, ажлын хэсэг томилон дахин боловсруулж, ажлын хэсгийн саналыг 2006 оны 2 дугаар сарын 17-ны өдрийн МАУА-ийн ээлжит чуулганы хуралдаанаар хэлэлцэн шийдвэрлэв.

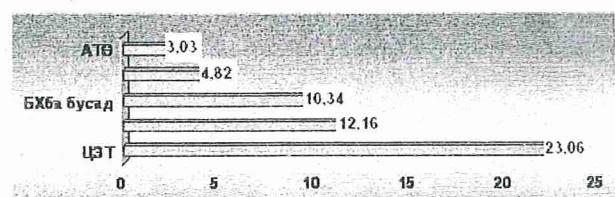
Тэргүүлэх чиглэлийг боловсруулахдаа гол нь манай улсын хүн амын өвчлөл, нас барагтын тэргүүлэх шалтгаан, Мянганы хөгжлийн зорилт, ДЭМБ болон бусад байгууллагуудаас энэ чиглэлээр гаргасан зөвлөмжүүдийг харгалзсан болно.

Хүн амын эрүүл мэндийн тэргүүлэх асуудлууд



Зураг 1. Өвчлөлийн тэргүүлэх 5 шалтгаан, 2004 оны байдлаар

*Эх сурвалж: Эрүүл мэндийн үзүүлэлтүүд, 2004, x.63



Зураг 2. Нас барагтын тэргүүлэх 5 шалтгаан, 2004 оны байдлаар

Эх сурвалж: Эрүүл мэндийн үзүүлэлтүүд, 2004,
x.46

МЯНГАНЫ ХӨГЖЛИЙН ЗОРИЛТ -ЭРҮҮЛ МЭНД

д/д	Үзүүлэлтүүд	2004 оны тувшин	2015 оны тувшин
1	Зорилт 6. 5 хүртэл насны хүүхдийн эндэгдлийг 2/3-аар бууруулах	29.1	29.2
2	Зорилт 7. НҮЭМ-ийн шаардлагатай тусламж үйлчилгээг зохих насны хүн бүрт хүргэж, 1990-2015 онд эхийн эндэгдлийг 3/4-аар бууруулах	98.6	50.0
3	ХДХВ/ДОХ өвчиний тархалтыг зогсоож, БЗДХ-ыг бууруулж эхлэх		
	Зорилт 8. 15-24 насны жирэмсэн эхчүүдийн дундах ХДХВ-ийн гаралт	0	0
	Жирэмслэлтээс хамгаалах хэрэгслийн хэрэглээний хувь	51.3	-
	ХДХВ/ДОХ-ын улмаас өнчирсэн хүүхдийн тоо	-	-
4	2015 он гэхэд Сүрьеэз өвчиний тархалтыг зогсоож, бууруулж эхлэх		
	Зорилт 9. Сүрьеэз өвчиний тархалтын тувшин	90	40
	Сүрьеэз өвчиний нас баралтын тувшин	2.94	-
	ДОТС-ын хүрээнд ирүүлж эмчилсэн сүрьеэгийн тохиолдлын хувь	83.8	-

Эх сурвалж: Эрүүл мэндийн үзүүлэлтүүд, 2004,
x.7, x.8, x.9

ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ЭРДЭМ ШИНЖИЛГЭЭНИЙ ТЭРГҮҮЛЭХ ЧИГЛЭЛИЙН ТАЛААРХ ДЭМБ-ЫН ЗӨВЛӨМЖҮҮД

Сүүлийн 12 жилд өвчлөлийг судлах эрдэм
судлалын ажлын тэргүүлэх чиглэл (зөвлөмж,
2002)*

ЭШ-ний тэргүүлэх чиглэл	Комиссын илтгэл (1990)	Ад хог Хорооны илтгэл (1996)	ЭМШЭЭХ (1997)	Үндэсний ЭМЭШ-ний зайлшгүй судлагаа (2000)	10/90 илтгэлүүд
Халдварт өвчнүүд					
Халуун орны өвчнүүд (хумхаа, шистосомиаз, лепроз)	*	*	*	*	*
ТВ	*	*	*	*	*
ХДХВ/ДОХ	*	*	*	*	*
Сүүлгэлт өвчнүүд	*	*	*	*	*
БЗХӨ	*	*	*	*	*
АЗЦХ	*	*	*	*	*
Нянгийн эсрэг тэсвэртэй байдалтай холбоотой асуудлууд	*	*			*
Тарилгатай бусад халдвирууд	*	*	*	*	*
Халдварт бус өвчин					
Сэтгэцийн болон зан үйлийн эмгэг	*	*	*		*
ЗСӨ	*	*	*	*	*
Хавдар ба архаг эргэн сэргэшгүй өвчнүүд	*	*	*	*	*
Осол гэмтэл/хүчирхилэл	*	*	*	*	*
Чихирин шижин		*	*		*

*Эх сурвалж: [The 10/90 Report on Health research 2001-2002, p.94]

Эрүүл мэндийг тодорхойлогч үзүүлэлт,
тэргүүлэх чиглэл тогтоох аргазүй, бодлогын
болон цаг тухайд нь шийдэх асуудлаар
тэргүүлэх чиглэл тогтоох гол зөвлөмжүүд

ЭМ-ийн ЭШ-ний тэргүүлэх чиглэл	Комиссын илтгэл (1990)	Ад хог Хорооны илтгэл (1996)	ЭМШЭЭХ (1997)	Үндэсний ЭМЭШ-ний зайлшгүй судлагаа (2000)	ОУ-ын Бага хурал	10/90 илтгэлүүд
Эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний хүртээмж тэгш бус, үр ашиггүй байх						
Эрүүл мэндийн бодлого	*	*	*	*	*	*
Эрүүл мэндийн ертөг, санхүүгүүлэлт	*	*	*	*	*	*
Эрүүл мэндийн мэдээлэл	*	*	*	*	*	*
Эрүүл мэндийн тээши байдал, хүйсийн харьцаа	*	*	*	*	*	*
Эрүүл мэндийн тогтолцооны биелэлт	*	*	*	*	*	*
ЭМ-ын бодлогын чадваки бурдулалт	*	*	*	*	*	*
ЭМ-ийн зан үйлийн судалгаа	*			*	*	*
Хүйс, нийгэм-сöбөлийн судалгаа	*		*	*	*	*
Улс, хувийн хэвшлийн хамтын ажиллагаа	*				*	*
Ядуурал, хоол тэжээлийн дутал, дарангуйлал, ажилгүйдэл						
Эрүүл мэндийн ядуурлын хоорондын хор үршигийн дагураг	*	*	*	*	*	*
Нотолгоо ба тэргүүлэх чиглэл тогтоох арга зүй	*	*	*	*	*	*
НҮЭМ ба жирэмслэлтээс сэргийлэх аргудай	*					*
Хүүхдийн хоол тажээлийн дутал ба хүнсний аюулгүй байдал	*	*	*	*		*
Хүрээлэн бүй орчны болон ажлын байрны эрүүл мэнд						*

*Эх сурвалж: [The 10/90 Report on Health research 2001-2002, p.96]

Монгол улсын анагаах ухааны эрдэм шинжилгээний тэргүүлэх чиглэл (2006-2010)

Нэг. Нийгмийн эрүүл мэндийн чиглэлээр:

- Эрүүл мэндийн бодлого, тогтолцооны судалгаа
- Осол гэмтэл хордлогын нийгэм, эдийн засаг, ахуйн хүчин эзүйлсийг судлаж, сэргийлэх үр дүнтэй арга, зам боловсруулах
- Эх, хүүхдийн эндэгдэлд нөлөөлж буй нийгэм, эдийн засаг, аж төрөх ёсны хүчин эзүйлсийг судлаж, бууруулах үр дүнтэй арга, зам боловсруулах
- Хоол хүнсний тэжээллэг болон аюулгүй байдлыг судлаж, хүнс тэжээл хооллолтоос

уламжилсан өвчлөл, энэдэгдлийг бууруулах үр дүнтэй арга, зам боловсруулах

5. Хүрээлэн буй орчноос хүний эрүүл мэндэд үзүүлж буй сөрөг нөлөөллийг түнэгийрүүлэн судлаж, орчныг эрүүлжүүлэх үр дүнтэй арга, зам боловсруулах

6. Зонхилон тохиолдож байгаа халдварт өвчиний үүсгэгчийн биологийн шинж, тархалтын зүй тогтол, эмнэлэзүйг судлаж, онош, эмчилгээ, сэргийлэлтийн үр дүнтэй арга, зам боловсруулах

Хоёр. Биоанагаах

1. Монгол хүний биологи, физиологи, генетикийг судлаж, эрүүл мэндийг бэхжүүлэх, өвчин эмтэгийг эрт оношлох, найдвартай эмчлэн сэргийлэх үндэслэл боловсруулах

2. Эмчилгээний нэн шаардлагатай биобэлдмэлийн технологи, стандарт боловсруулан үйлдвэрлэлд нэвтрүүлэх

3. Хавдар түүний урьдал өвчиний биологи, эпидемиологийг судлаж, онош, эмчилгээ, сэргийлэлтийн үр дүнтэй арга, зам боловсруулах

4. Эпидемиологи, оношлогоо, эмчилгээ, сэргийлэлт

Гурав. Эмнэлэзүй

1. Зүрх-судасны эмгэгийн эмнэлэзүй, лабораторийн болон багажит шинжилгээний үзүүлэлтийг судлаж онош, эмчилгээ, сэргийлэлтийн үр дүнтэй арга, зам боловсруулах

2. Зонхилон тохиолдож буй халдварт бус зарим өвчиний эмнэлэзүй, лабораторийн болон багажит шинжилгээний үзүүлэлтийг судлаж онош, эмчилгээ, сэргийлэлтийн үр дүнтэй арга, зам боловсруулах

3. Зонхилон тохиолдож буй сэтгэцийн өвчиний эмнэлэзүй, лабораторийн болон багажит шинжилгээний үзүүлэлтийг судлаж онош, эмчилгээний үр дүнтэй арга, зам боловсруулах

Дөрөв. Эмзүй, уламжлалт анагаах ухаан

1. Зонхилон тохиолдож буй архаг өвчнүүдийг уламжлалт анагаах ухааны аргаар оношлох, эмчлэх аргыг судлан эмнэлэзүйн практикт нэвтрүүлэх арга зам боловсруулах

2. Өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх уламжлалт анагаахын ёс зүйн судлагаа

Б.Бурмаа (Монголын анагаах ухааны академийн эрдэмтэн нарийн бичгийн дарга)

ЗАРПАЛ

Анагаах ухааны салбарын эрдэмтэд, судлаачдын анхааралд

"Монголын анагаах ухаан" сэтгүүлийн редакцийн зөвлөлөөс "Их Монгол Улс байгуулагдсаны 800 жилийн ой"-д утган шилдэг өгүүллийн урапдаан зарлаж байна.

Урапдаанд:

Эрдэм шинжилгээний өгүүлэл-1

Лөкц-1

Тойм-1

—ийг тус тус шалгаруулж мөнгөн шагнал олгоно.

Шилдэг өгүүллийг Монголын анагаах ухаан сэтгүүлийн 2006 оны 1-4 дэх дугаарт нийтлүүлсэн өгүүллүүдээс шалгаруулна.

Өгүүллийг тус сэтгүүлд өгүүлэл нийтлүүлэх заварын дагуу бэлтгэж нийтлүүлсэн байна.

Шалгаруулалтын гол үзүүлэлтүүд:

- Сэдвийн ач холбогдол, тулгамдсан байдал
- Шинэлэг тап
- Онол, практикийн ач холбогдол
- Арга зүй (судалгааны түвшин)
- Материал боловсруулалтын арга, чанар
- Утга илэрхийлэл
- Хэлцээмж, дүгнэлтийн оновчтой байдал
- Англи товчлолын чанар

“Монголын анагаах ухаан” сэргүүлд 2005 онд нийтлэгдсэн өгүүллүүдийн жагсаалт

Редакцийн зурвас

Б.Бурмаа “Анагаах ухааны эрдэм шинжилгээний бодлого, түүний хэрэгжилт” 2005, №3 (133) х.3

Л.Лхагва, Б.Бурмаа “Анагаах ухааны академи байгуулах үндэслэл, ач холбогдол” 2005, №1 (131) х.3

Л.Лхагва “Хөгшрөл судлалыг хөгжүүлье” 2005, №2 (132) х.3

Л.Лхагва “Нүүрлийн шагналт эрдэмтний зөвлөмж” 2005, №4 (134) х.3

Судалгаа шинжилгээ

Д.Авирмэд, Г.Лхагважаргал, Э.Амарсанаа “Умайн хүзүүний өмөнгийн өвчлөл, хүний папилома вирус (ХПВ)-ийн халдвартын тархалтын байдалд хийсэн тандалт судалгааны дүн” 2005, №4 (134) х.26-28

О.Баатархүү, Я.Дагвадорж, Б.Баярмагнай, Зулхүү, Н.Хоролсүрэн, “Хүн амын дунд гепатитийн С вирусийн тархалтыг судалсан нь” 2005, №1 (131) х.31-33

Ж.Баярмаа, М.Амбага “Элэгний өвчний үед их нягттай липопротеиныг бага нягттай липопротеиннд харьцуулсан харьцаа, индекс өөрчлөгдхөн эмгэг жамын онцлогт Потанины хотирын үзүүлэх нөлөө” 2005, №1 (131) х.33-36

Ц.Бадамсэд, С.Сайнтэгш “Монгол хүний турк эмээлийн рентген лавламж хэмжээнүүд” 2005, №2 (132) х.11-14

Б.Бадамжунаай, Д.Энхжаргал “Монголд ургадаг хусны онгон мөөг (Inontus obliquus (Fr.) Pilat)-ний түүхий эдэд хроматографын аргаар тодорхойлсон дүн” 2005, №2 (132) х.63-64

Ч.Баттогтох, Э.Баярмаа, Б.Буяндэлгэр, Б.Дашлхүмбэ, Чин Ёнг Пак, Л.Галцог “Хүний папиллома вирусын ДНХ-ийн илрэлт болон хавдар дарангуйлах p53 генийн 72 дугаар кодоны полиморфизмын хамаарал” 2005, №3 (133) х.4-9

Ц.Бадамсэд, У.Энхбаяр, Т.Нарантуяа, Ж.Энхтүвшин, М.Жанар “Монгол хүний бамбай булчирхайн хэт авиан шинжилгээний лавламж хэмжээнүүдийг судлах нь” 2005, №3 (133) х.19-21

Г.Баясгалан, Б.Жав “Преэклампси, эклампси нь ихэс цагаас өмнө ховхорход нөлөөлөх хүчин зүйл болох нь” 2005 №3 (133) х. 36-39

Х.Батбаяр, М.Туул, Л.Лхагва, Ц.Сүхбаатар, Д.Амгаланбаатар “Монгол хүний нурууны нугалмын их биеийн хэмт бодисыг судалсан дүн” 2005, №4 (134) х.4-6

Д.Баасанжав, С.Нямхишиг, Л.Г.Голдфарб, К.В.Сивакумар, Б.Сэлэнгэ, Я.Эрдэнэчимэг, Ц.Нямаа, Ж.Ариунаа, С.Олзвой “Улаанбаатар хотын хүн амын дундах мэдрэлийн удамшлын өвчинүүд (МУӨ)-ийн бүтэц, тархалт” 2005, №4 (134) х.11-14

Д.Баасанжав, Т.Саранцэцэг, Б.Оюунгэрэл, Т.Янжмаа, А.Болормаа “Улаанбаатар хотын настан хүн амын дундах амьсгалын гуурсан хоолой, уушгиний архаг (хавдрын бус) өвчинүүдийн бүтэц, тархалт” 2005, №4 (134) х.19-22

Д.Баасанжав, Д.Болормаа, Б.Оюунгэрэл, Т.Саранцэцэг, П.Соёлмаа, Я.Эрдэнэчимэг, Эрдэнэцэцэг, Нямаахүү “Ховд аймгийн хүн амын дундах мэдрэлийн удамшлын өвчинүүд (МУӨ) болон удамшлын зарим хам шинжүүд, тэдгээрийн тархалт” 2005, №4 (134) х.14-17

О.Байгаль, Ш.Энхцэцэг, Б.Бурмаа, В.Б.Бодиенкова, Ч.Батсүх “Хүрээлэн буй орчны хар тугалтын бохирдол” 2005, №4 (134) х.30-32

Бо.Бүрнээ, С.Цэцэгмаа, Д.Дүнгэрдорж “Ванлаг-3 тангийн амин хүчлийн бүрэлдэхүүнийг задалсан дүн” 2005, №2 (132) х. 62-63

Р.Бямбаа, Б.Төмөрбат, С.Сонин “Эмнэлгийн үндэслэлгүй хэвлэлтийн байдлыг судалсан дүн” 2005, №2 (132) х.53-57

З.Гэрэлмаа, Д.Малчинхүү, Б.Шижирбаатар Дутуу төрөлтөд нөлөөлөх нийгэм-хүн ам зүй, нөхөн үржихүйн хүчин зүйлс 2005 №2 (132) х.25-28

З.Гэрэлмаа, Д.Малчинхүү, Б.Шижирбаатар Дутуу төрөлтөнд нөлөөлөх эрхтэн тогтолцооны өвчин ба эх барихын хүчин зүйлс 2005 №2 (132) х.28-30

Д.Гончигсүрэн, Л.Цэвэлмаа, Э.Саранзаяа, Э.Должинсүрэн, Э.Саранчимэг, С.Эрдэнэчимэг, П.Самбуужанцан, Э.Баярмаа “Туршилтын амьтанд үений үрэвслийн эмгэг загвар үүсгэн цацраг идэвхит бодис 188 Re Tin colloid-р эмчилсэн дүн” 2005, №3 (133) х.46-49

Г.Дарамбазар, Д.Дуламсүрэн, Д.Тэмүүлэн, Тениозын тархалтыг ийлдэс судлалын аргаар судалсан дүн 2005, №2 (132) х.14-18

З.Лхагвасүрэн, Д.Гончигсүрэн, Н.Баасанжав, Ц.Бадамсэд “Хэвлийн цуллаг өрхтэний зарим эмгэгүүдийн судас бөглөх эмчилгээ” 2005, №1 (131) х.25-29

С.Лхамсүрэн, Т.Энхтуяа, Д.Оюунчимэг, Б.Шижирбаатар Нярайн мэнэн халдвартын

шалтгаан, эрсдэлт хүчин зүйлс 2005, №2 (132) x.30-32

Г.Лхагважаргал, Д.Авиurmэд, Б.Жав "Умайн хүзүүний өмөнгийн урьдал өвчин үүсгэх эрсдэлт хүчин зүйлийн судалгаа" 2005, №2 (132) x.35-38

Г.Лхагважаргал, Д.Авиurmэд, Б.Жав "Умайн хүзүүний өмөнгийн урьдал өвчний эмчилгээний асуудалд" 2005, №2 (132) x.38-41

Г.Лхагважаргал, Д.Авиurmэд, Б.Жав "Умайн хүзүүний хучуурын шинэ хувирлыг үтрээн дурангаар оношлосон дүн" 2005, №3 (133) x.44-46

М.Мөнхжаргал, М.Намсрай, Б.Даш "Түрүү булчирхайн шүүрлийн нян өсгөвөрлөх шинжилгээнд хийсэн судалгаа" 2005, №2 (132) x.9-11

П.Нямдаваа "Анагаах ухааны өнөөгийн байдал, тулгамдсан асуудал" 2005, №1 (131) x.5-10

Г. Нарангуй, Б.Гоош, О.Сэргэлэн "Монгол хүний цусны сийвэн дунд молекулын пептид (олигопептид) тодорхойлсон явдал" 2005, №1 (131) x.15-18

Д.Нарантуяа, Х.Чингэрэл, Ж.Дэчмаа "Монголчуудын дунд тохиолдох Тэлэгдлийн ба Ишемийн Кардиомиопатийн багажийн шинжилгээний өөрчлөлт" 2005, №1 (131) x.21-23

Д.Нарантуяа, Х.Чингэрэл, Ж.Дэчмаа "Монголчуудын дунд тохиолдох Кардиомиопатийн тархалт ба эмнэл зүйн илрэл" 2005, №2 (132) x.23-25

Л.Наранцэцэг, Б.Энхбаяр, С.Мөнхбаярлах "Үет ургамлын тоос дахь уургийн судалгаа" 2005, №2 (132) x.60-62

М.Наранхажид, А.Гүрбадам, В.Болормаа, Л.Саямаа, Чин Ён Пак, С.Сугар, Д.Абмэд "Полимеразын гинжин урвалын дүн үхрийн туузан хорхойны өндөгний тоо хэмжээний хамаарал" 2005, №3 (133) x.9-11

Л.Наранцэцэг, Б.Энхбаяр, С.Мөнхбаярлах "Нангиад Цагаан сулийн тоосны аллергены зарим зонхилох аллергентэй солбих урвал өгөх нь" 2005, №3 (133) x. 15-17

Д.Ням-Осор, Р.Бямбаа, Б.Мөнхдэлгэр "Монгол улсын эм хангамжийн хөгжил 80 жилид" 2005, №1 (131) x.36-41

Н.Нямдаваа, Ц.Өлзийдэлгэр, Т.Ундармаа "Элэгний анхдагч өмөнгийн өвчлөлийн хөдлөл зүйн асуудал" 2005, №3 (133) x.27-32

Б.Оргил "Эмнэлгийн лавлагaa тусламжийг боловсронгуй болгох асуудалд" 2005, №2 (132) x.44-53

Д.Отгонбаатар, С.Цоодол "Монгол дахь галзуу өвчний байгалийн голомт, эпизоотологийн асуудал" 2005, №3 (133) x.49-52

Б.Оюунгэрэл, Д.Баасанжав, Т.Янжмаа "Улаанбаатар хотын настан хүн амын дундах зүрх судасны өвчний бүтэц ба тархалт" 2005, №4 (134) x.17-19

Ө.Оюунчимэг, Б.Бурмаа "Улаанбаатар хотын агаарын бохирдол нярай төрөлхийн гаж хөгжилтэй төрөхөд үзүүлэх нөлөөллийг судалсан дүн" 2005, №4 (134) x.32-35

П.Оюунчимэг, Б.Эрдэнэчулуун "0-3 настай хүүхдийн дунд чихний цочмог идээт үрэвслийн үеийн эмнэл зүйн болон хэнгэргэн хөндийн өөрчлөлтийн хамаарал" 2005, №3 (133) x.40-44

Т.Пүрэвжав "Уushiгны плевритийн рентген оношлогоо" 2005, №2 (132) x.41-44

И.Пүрэвдорж, П.Эрхэмбулган, А.Аюурзана "Хромосомын ба хромосомын бус шалтгаант төрөлхийн гажгийн давтамж, уг гажигтай хүүхэд ба тэдгээрийн эцэг эхэд зонхилон тохиолдох дерматоглификийн өөрчлөлтүүд" 2005, №3 (133) x.11-15

Ц.Сарантуяа, Г.Энхдолгор, Л.Лхагва, Л.Галцог, Н.Туул, А.Ганхуяг, П.Батхуяг, С.Нэргүй "Ходоод-улаан хоолойн сөргөө өвчиний оношлогоонд pH метрийн шинжилгээг хэрэглэсэн дүн" 2005, №3 (133) x.17-19

Ж.Сайхантуяа, Г.Чойжамц "Бага насны хүүхдийн уушгины үрэвсэлт өвчний антибиотик эмийн хэрэглээний судалгаа" 2005, №4 (134) x.28-30

О.Сэргэлэн, Р.Цэдэн-Иш, Р.Мөнхбаяр "Цавины олдмол ивэрхий үүсэхэд нөлөөлсөн хүчин зүйлийн судалгаа" 2005, №4 (134) x.22-24

М.Туул, Э.Ганбат, М.Энхжаргал, Л.Лхагва "Монгол хүүхдийн бие бялдар, дотор эрхтэний өсөлт, хөгжилтийн судалгаа" 2005, №4 (134) x.6-11

Х.Удвал, Л.С.Васильева, Д.Амгаланбаатар, А.Авиurmэд "Стрессийн үед байгалийн гаралтай полисахарид арабиногалактины элэг хамгаалах нөлөө" 2005, №1 (131) x.18-21

Д.Уранчимэг, Ж.Амгалан, Б.Оюунбат "Хүний эрүүн доорх шүлсний булчирхайн чулууны химийн найрлага, зонхилох эрдэсийн рентген-химийн бүтэц" 2005, №1 (131) x.23-25

Ш.Үдэнбор, Д.Дэлгэрбаяр, Г.Энхжаргал, Б.Цагаанхүү "Улаанбаатар хотын эдэлбэр газрын хөрсний нянгийн бохирдолын түвшин, үнэлгээ" 2005, №3 (133) x.52-55

П.Хэнтий, Б.Оюунбат, Ч.Пунцаг "Эрүүний булангийн хугарлыг энгийн аргаар хагалгаа хийж эмчлэх эмчилгээний асуудал" 2005, №1 (131) x.29-31

Л.Хэнтий, Б.Оюунбат, Ч.Пунцаг "Эрүүний зөрөөтэй хугарлыг миниплейтээр эмчлэх эмчилгээний асуудал" 2005, №2 (132) x.32-35

Г.Хөгжилт, Т.С.Варламова, Н.Төмөрбаатар, Болд, Ц.Ханджав, Ян. Рахва, Х.Наранхуар “Басамын тосон эмийн фармакологийн судалгаанд” 2005, №4 (134) х.38-41

Г.Цагаанхүү, Р.Мөнхбаяр, Ж.Сарангэрэл “Эрүүл монгол хүний тархины судасны допплерографийн үзүүлэлтүүдийн насны хамаарал” 2005, №2 (132) х.4-6

С.Цацрал, Б.Бурмаа, Ш.Энхцэцэг “Дотоодод үйлдвэрлэж буй хиамны бохирдуулагч нянгийн биохимийн зарим үзүүлэлтийг судалсан дүн” 2005, №2 (132) х.57-60

Д.Цэгээнжав, З.Лхагвасүрэн, Ц.Дамдинсүрэн “Титэм судасны нарийслыг судсан дотуурх аргаар эмчилсэн дүн” 2005, №2 (132) х.18-23

Д.Цэгээнжав “Гол судасны нумын салааны эмгэгийн мэс засал эмчилгээний асуудалд” 2005, №3 (133) х.21-27

С.Чимэдцэрэн, Л.Энхсайхан, Б.Бямбаа, А.Пүрэвсүрэн, Г.Батбаатар “Цочмог лейкоцитий хүүхдийн шингэний дархлааны өөрчлөлтийг тодорхойлсон дүн” 2005, №1 (131) х.10-12

С.Чимэдцэрэн, Л.Энхсайхан, Б.Бямбаа, А.Пүрэвсүрэн, Г.Батбаатар, С.Сарангоо “Цочмог лейкоцитий хүүхдийн эсийн дархлаа чадамжийн өөрчлөлт” 2005, №2 (132) х.6-9

Л.Шагдар, Ш.Бат-Эрдэнэ, Л.Гантогс “Хамрын дайвар хөндийн дурангийн мэс заслын асуудалд” 2005, №3 (133) х.39-40

Р.Шагдарсүрэн, Н.Баасанжав “Дээд мөчдийн ужиг хам гэмтлийн бичил мэс заслын эмчилгээ” 2005, №4 (134) х.24-26

Л.Ширнэн, Н.Нарангэрэл “Төгсөлтийн дараах сургалтын өнөөгийн байдал, мэргэжлийн хэрэгцээ” 2005, №4 (134) х.35-38

Н.Энхбаяр, Г.Батбаатар, Н.Жаргалсайхан “Гуурсан хоолой бөглөрших хам шинжээр хүндэрсэн хүүхдүүдэд илдсийн зарим цитокин тодорхойлсон дүн” 2005, №1 (131) х.12-15

Я.Эрдэнэ-Очир, Н.Нямдаваа “Улаан хоолойг нөхөн сэргээх мэс заслын асуудалд” 2005, №3 (133) х.32-36

Лекц, тойм зөвлөгөө

О.Байгаль, Ш.Энхцэцэг, Б.Бурмаа “Хүрээлэн буй орчны хар тугалгын бохирдол, хүүхдийн эрүүл мэнд” 2005, №3 (133) х.55-58 Д.Бат-Очир, Т.Алтанцэцэг “Халдварт өвчинтэй түндэсний хөтөлбөрийг хэрэгжүүлэхэд өрхийн эмч-“Эмнэлгийн мэргэжлийн анхан шатны тусламж”-ийн оролцоо” 2005 №3 (133) х.58-63

Ш.Бат-Эрдэнэ, Г.Цогтжаргал, С.Мөнхмөрөн “Эсэргүүцэлийн аудиметри (Impedance audiometry)” 2005, №3 (133) х.63-65

Г.М.Бодиенкова, Б.Бурмаа, Ш.Энхцэцэг, С.Г.Бодиенкова “Экологийн таагүй нөхцөлд амьдарч буй хүүхдийн дархлаалын хариу урвалын онцлог” 2005, №4 (134) х.41-45

Б.Гоош, Р.Цэдэн-Иш, У.Санчин “Элэгний хэсэгчилсэн шилжүүлэн суулгалтын асуудалд” 2005, №4(134) х.47-50

Б.Гоош, Р.Цэдэн-Иш, У.Санчин “Мирризийн хамшинж” 2005, №4 (134) х.53-56

Ц.Даваасүрэн, Г.Эрдэнэцэцэг, Д.Дүнгэрдорж “Ягаан мүгээс эмийн түүхий эд болох нь” 2005, №4 (134) х.58-62

Л.Жаамаа “Ходоодны безоар” 2005, №1 (131) х.48-49

Д.Ичинноров, Ц.Цэрэнханд “Онош, эмчилгээний хөтөлбөрийн хүрээнд эмнэлзүй-эдийн засгийн шалгууруудыг ашиглах нь” 2005, №3 (133) х.71-74

Д.Ичинноров, Ц.Цэрэнханд “Амьсгалын эрхтэний саркайдоз” 2005, №4 (134) х.50-53

Д.Малчинхүү “Аймаг, нийслэлийн хүүхдийн ерөнхий мэргэжилтнүүдээс хүүхдийн өвчлөл, эндэгдэлийг бууруулах талаар гаргасан ажлын зөвлөмж” 2005, №2 (132) х.67-69

Ц.Мухар “Монгол улсын ууган эмнэлгийн түүхэн хөгжил, сургамж” 2005, №1 (131) х.43-48

Б.Наранцэцэг, Б.Жав, Н.В.Протопопова “Охидын жирэмслэлт ба төрөлтөнд нөлөөлж буй хүчин зүйлс” 2005, №1 (131) х.41-43

Д.Нарантуяа, Х.Чингэрэл, Ж.Дэчмаа “Монголчуудын дунд тохиолдох Тэлэгдэлийн ба Ишемийн Кардиомиопатийг ялган оншлох нь” 2005, №2 (132) х.64-67

П.Отгонбаяр, Б.Баясгалантай “Нэг хүртэлх насны хүүхдийн хүчилтөрөгч-цус дуталт тархины эмгэгшил” 2005, №4 (134) х.56-58

Г.Санждорж, Б.Шижирбаатар “Эмнэлгийн мэргэжилтний ёс зүйн горимын хүрээнд өвчтөнд мэдээлэх ба ойлгуулах тухай” 2005, №3 (133) х.68-71

Н.Туул, Ц.Сарантуяа, С.Мөнгөнцэцэг “Ходооны онцгой хэлбэрийн (эозинофилийн) үрэвслийг оношлосон нь” 2005, №3 (133) 65-68

Ц.Цэцэгмаа “Нойрны физиологийн тухай орчин үеийн ойлголт” 2005, №1 (131) х.49-51

Р.Шагдарсүрэн, С.Баатаржав “Гэмтлийн улмаас тасарсан мөчийг мэс засалд бэлтгэн тээвэрлэх аргачлал” 2005, №4 (134) х.45-47

“Монголын анагаах ухаан” сэргүүлд өгүүлэл нийтлүүлэхэд тавих шаардлага

Сэтгүүлийн редакцид материал ирүүлэхдээ дараах шаардлагыг мөрдөнө. Үүнд:

1. Өгүүллийг өөрийн хийсэн судалгааны ажлын үр дүнд үндэслэн бичсэн байна.

2. Өгүүллийг А4 хуудасны нэг талд 31 мөрөөр Arial Mon шрифтээр, 12-ын үсгээр бичнэ.

3. Судалгаа шинжилгээний өгүүлэл нь хүснэгт, зураг, ном зүй, товчлолыг оролцуулан 10 хуудаснаас хэтрэхгүй хэмжээтэй байна.

4. Өгүүллийн эхэнд бүтээлийн нэр, зохиогчийн нэр, зохиогчийн харьялагдах албан байгууллагын нэрийг бүтнээр бинэ. Ж:

Зүрх судасны зарим эмгэгтэй хүмүүсийн сийвэнгийн макромолекулыг тодорхойлсон дунгээс

М.Эрдэнэтуяа, Л.Лхагва —

Эрүүл мэндийн шинжлэх ухааны их сургууль

Хэрэв: Зохиогчид өөр өөр байгууллагад ажжилладаг бол:

М.Эрдэнэтуяа¹, Л.Лхагва²

¹Эрүүл мэндийн шинжлэх ухааны их сургууль

²Анагаах ухааны хүрээлэн гэж бичнэ.

5. Судалгаа шинжилгээний өгүүлэл нь оршил, судалгааны материал, арга зүй, үр дүн, хэлцэмж, дүгнэлт, ном зүй гэсэн хэсгүүдээс бүрдэнэ. Судалгааны арга товч, тодорхой, оршил нь түүхчилсэн урт бус, утга санааг дахин давталгүй бичсэн байна.

6. Өгүүллийг сайтар нягталж, математик, химийн томъёог шалгасан, алдаа мадаггүй байна.

7. Зурагласан материалын тоо цөөн, фото зураг тод байна. Зургийн нэрийг зургийн дор бичнэ.

8. Хүснэгт нь сайн шахаж хийсэн, хүснэгтийн бүх тоон утга нь өгүүллийн агуулгатай бүрэн тохирсон, хүснэгтийн нэр нь товч, оновчтой, нэрийг хүснэгтийн баруун дээд буланд бичнэ. Ж:

Хүснэгт 1

Хүүхдийн өсөлтийг судалсан дүн

--	--	--

9. Биоанагаах ухааны ёс зүйн асуудлыг судалгаандаа хэрхэн зохицуулсан, ёс зүйн хорооны зөвшөөрөл авсан эсэхийг тусгасан байна.

10. Ном зүйн жагсаалтыг тусгай хуудсан дээр, зохиогчийн нэрний эхний үсгийн дагуу цагаан толгойн дарааллаар (эхлээд өөрийн орны, дараа нь гадаадын зохиогчтой бүтээлийг) эсвэл, бүтээлд оруулсан дарааллаар жагсааж бичнэ. Ном зүйн жагсаалтад зохиогчийн нэр, өгүүллийн нэр, хэвлэлийн нэр, хэвлэсэн газар, он, дугаар, хуудсыг заавал бичнэ. Ж:

Бадамсэд Ц, Цэрэндаш Б, Туяа С. Монгол хүмүүсийн цөсний хүүдийн хэт авиан шинжилгээний лавламж хэмжээ, “Монголын анагаах ухаан”, 2000, №2, х.6-7

11. Судалгаа шинжилгээний өгүүлэл, лекц, тойм, зөвлөлгөө зэрэгт А4 цаасны турavны нэгтэй тэнцэх хэмжээнд англи товчлол хийх бөгөөд түүнд өгүүллийн үндсэн агуулгыг товчлон бичсэн байна. Товчлолын эхэнд өгүүллийн нэр, зохиогч, байгууллагын нэрийг бүтнээр нь англиар бичнэ.

12. Өгүүллийг нийтлүүлэхийг зөвшөөрсөн эрдэм шинжилгээний удирдагчийн зөвшөөрөл буюу байгууллагын захирал, эрхлэгчийн албан бичигтэйгээр ирүүлнэ.

13. Зохиогчид гарын үсэг зурж, эргэж холбоо барих утасны дугаарыг бичсэн байна.

14. Сэтгүүлийн редакци нь өгүүллийг засах эрхтэй бөгөөд зохиогчтой тохиролцсоны үндсэн дээр товчилсон байдлаар нийтлүүлж болно.

15. Өөр хэвлэлд нийтлэгдсэн болон хэвлүүлэхээр өгсөн бүтээлийг хүлээн авахгүй.

16. Дээр дурдсан шаардлагыг хангаагүй өгүүллийг эзэнд нь буцаана.

17. Сэтгүүлд нийтлэгдэж байгаа өгүүллийн эхийг эзэнд нь буцаахгүй.

18. Сэтгүүлд ирүүлсэн хугацааг өгүүллийг эцсийн хувилбараар бэлэн болгосон өдрөөр тооцно.

19. Өгүүллийг цаасан дээр хэвлэсэн 1 хувь, вирусээр халдвартлагдаагүй, эвдрэлгүй диск, flashed бичиж ирүүлнэ. Эсвэл цахилгаан шуудангаар burmaajav@yahoo.com хаягаар ирүүлж болно.

20. Сэтгүүл нь өөрийн орлогоор хэвлэгддэг тул А4 хэмжээний нэг хуудас бүрийг 2000 төгрөгөөр тооцож, өгүүлэл нийтлүүлэх төлбөрийг ХХБ дахь “Монголын анагаах ухаан” сэтгүүлийн 499016080 тоот дансанд тушаасан баримтыг авчирна. Албан байгууллагууд Сэтгүүлийн дансанд төлбөр хийх бол 1190822 регистрийн дугаарыг ашиглана.

Редакцийн зөвлөл

Results of histochemical study on the "Hepamon" influence for the exchange of Succynildehydrogenase and Lactatdehydrogenase in acute necrosis of hepatosytes

S.Narantsetseg¹, M.Ambaga², Ts.Lkhagvasuren³

B.Sarantsetseg², Nicolaev S.M,

Lonshakova K.S⁴

¹ Shastin Clinical Hospital

²"Monos" University

³University of Health Sciences

⁴Center of Sciences of Buriad, Russia

Background. The "Hepamon" is the combination of 2 plants (*Salsolla collina*, *Chiazesperum erectum*) grown in Mongolia. The Hepamon was produced through the coalition of water extract of these 2 plants. In acute hepatocyte's necrosis these 2 plants effect as hepatoprotective action which is described redoxypotention line – *Salsolla collina* is rich of sterin and cholesterol while *Chiazesperum* is rich of oxidized unites.

Purpose. The purpose of this study was to determine histochemically change of oxidization of succinate that plays the main role for the release of piruvat from glycolysis and it's enter to Crebs cycle.

Results. The study shows that in the liver of rats intoxicated by CCl_4 , decreased SDH and LDH. The livers of animals intoxicated by CCl_4 and used the "Hepamon" levels of SDH and LDH were higher than in the Silimarin used animals. In the liver of rats used the "Hepamon" activation of LDH was very high.

Conclusion:

1. The "Hepamon" increases the activity of mitochondrial marker of SDH and organ specific LDH decreased with influence of CCl_4 .

2. Intoxicated by CCl_4 and used the "Hepamon" levels of SDH and LDH were higher in animal livers than in animals treated by the sill

Pp. 4-6, Pictures 4, References 3.

The study of some hematological parameters in adults of Dornod aimag

N.Mentevdorj, M.Erdenetuya, G.Sukhbat

G.Batmunkh, L.Lkhagva

School of Bio-Medicine, HSUM

The proposal of this study is to determine some parameters of hematology in adults of Dornod aimag. We investigated some hematological parameters in

301 healthy adults (148 men, 153 women), aged 20-75.

1. Some hematological parameters such as red blood count ($p<0.001$), hemoglobin ($p<0.001$) and mean corpuscular hemoglobin concentration ($p<0.001$) in adults of Dornod aimag have shown statistical significantly lower than adults of Govi-Altai aimag.

2. Red blood count ($p<0.001$), hemoglobin concentration ($p<0.01$), platelet ($p<0.001$) and segmented white cell count ($p<0.05$) in man were statistical significantly higher than women. But, mean corpuscular hemoglobin (MCH) of erythrocyte ($p<0.01$) in women higher than man.

3. Blood hematocrit level was decreased by increasing of age ($r=-179$; $p<0.01$), but other hematological parameters haven't difference in each age group.

Pp. 6-8, Tables 3, References 10.

Epidemiological status of Breast Cancer among Mongolian Women

N.Nyamdayaa¹, D.Oyunchimeg², D.Yagaan²

S.Tuvshingere²

¹Medical Research Institute

²National Center for Oncology

Breast cancer accounts for 2.2 percent of all and 4.7 percent of female cancer cases in Mongolia. The average breast cancer incidence is 42.27 per 100,000 women and the standardized rate is 35.84.

The highest crude and standardized breast cancer rates are reported in Darkhan-Uul (65.3 and 54.61), Dornod (57.96 and 51.66), and Selenge (76.01 and 64.03) provinces and in Ulaanbaatar city (52.47 and 40.8). The lowest rates are reported in Arkhangai (19.43 and 17.26), Bayankhongor (18.61 and 16.6), Umnugobi (12.3 and 9.9), and Uvs (19.51 and 18.65) provinces.

Pp. 8-11, Tables 4, Figures 2, References 10.

Hystopathological changes in leiomyoma uterus

B.Jargalsaikhan¹, D.Sambuupurev², B.Jav¹

¹Health Sciences University of Mongolia

²Institute of Medicine

The study included a topographical investigation of the pathological changes of the endometrium and uterine leiomyoma with special reference to the site of myomata within the uterus.

Uterine leiomyoma reflects the histological changes in endometrium. These different pathological patterns may be the result of a mechanical factor and hormonal factor. Atrophy of the endometrium, elongation and distortion of the glands may result from mechanical pressure exerted by the nodular mass of the myoma on the overlying or nearby endometrium.

Our study is proven to be one of the principles to be followed during conservative surgeries for necrosis of uterine leiomyoma.

Pp. 11-13, References 9.

Clinico-statistical observation of uterine leiomyoma

B.Jargalsaikhan
Health Sciences University of Mongolia

Study result showed, that one of every three patients have anemia, in 64.9% of all patients have clinical symptoms. These are indicating that the disease is diagnosed late and insufficient prophylactic measures among women of 35-49 years old. Founding upon the fact that the uterine leiomyoma is prevalent among women with dysfunctional of uterine bleeding, we conclude that these women should be taken a special care and regular examination and prophylactic measures.

Chronic genital pathologies such as piosalpingitis, oophoritis and endometritis serve as a one of the major causes of uterine leiomyoma.

Pp. 13-15, Tables 2, References 8

Chemoembolization treatment in patients with Liver cancer

Z.Lkhagvasuzen¹, R. Sanduijav²
M.Saranchuluun³, Ya.Bolormaa³
¹The Shastin Memorial Hospital
²Health Sciences University of Mongolia
³National Cancer Center of Mongolia

We performed Celiac Angiography and selective liver angiography in 401 patients who had underwent liver embolization and findings, such as the location of blood vessels which supply cancer, presence of collateral blood vessels or additional blood supply, the size of cancer and extra hepatic spread, were the basis of determining embolization technique and the chimitotherapeutic agent dose.

The chemoembolization has showed moderate survival advantages, or patient ($67.4\% \pm 2.3$) could live and remain productive up to 4-5 years after this

treatment. The present study suggest that the outcome is improved if diagnosis is made at early stages, the cancer size is within 3,0-5,0cm, and is limited of local tissues, and the combination of embolization with chimitotherapeutic agent gives a best result.

Pp. 15-19, Table 3, References 13.

The changes of echogardiography in chronic heart failure

D.Narantuya¹, J.Dechmaa²

¹Health Sciences University of Mongolia

²"Ach" Medical Institute

In our study were included 661 patients who were made Echocardiography. We had divided all patients into 4 groups according to classification of New-York Heart Accosiation in 2001. Patients in A, B groups, who have without clinical symptom of chronic heart failure, have dominated diastolic dysfunction. In patients of C group which have clinical symptom of chronic heart failure were revealed systolic and diastolic dysfunctions in equality. In D group were increased cases of systolic dysfunction. Myocardial injury becomes as much as deeper was revealed the systolic dysfunction than diastolic dysfunction. Of patients with ischemia which participated in our research work 51.8% had systolic, 16.6% had diastolic, and 31.4% combined dysfunctions.

There were direct strong correlation between heart dysfunctions and dilitation of heart camera in each group.

Pp. 19-21, Figure 1, References 8.

Problem in aetiology of chronic heart failure

D.Narantuya¹, J.Dechmaa²

¹Health Sciences University of Mongolia

²"Ach" Medical Institute

We have studied the materials of 708 patients (cases) with heart disease who were treated at the department of CVD (cardiovascular disease) of the 3-nd clinical Hospital in 2004. The mean age of that was 57.3 ± 2.34 years. Man illness until 60 years was more often than women.

From patients who had diagnosed congestive heart failure had 29.7% with cardiac ischemia, 26.4% cardiac ischemia and hypertension combined, 24.6% with rheumatic heart disease? When cardiac ischemia combined with hypertension was increased the risk of myocardial injury and complicated with heart failure.

It has been revealed from the study that the patients only with hypertension were complicated with heart failure relatively less.

As the result of the study, the leading causes of chronic heart failure were cardiac ischemia and rheumatic heart disease.

Pp. 21-23, Table 1, Figure 1, References 4.

Effective of caudal block in the treatment of NEC

**S.Tuya, D.Bodytsetseg, Sh.Chimgee
M.Tumennasan, N.Davaatseren
Child and Maternity Research Center
Health Sciences University**

Onset of clinical improvement was notable in the interventional group. 13(26.5%) patients required surgery in the conventional treatment group compared with 2(0.07%) in the interventional group ($p<0.001$). 7 patients died in the first group with no mortality in the second group.

Caudal block reduced complications of NEC in all stages of the disease resulting in less time for recovery and need for operation, compared with conventional method of treatment. We suggest that caudal block is an effective treatment for NEC but further studies with larger sample size is needed.

Pp. 23-24, Table 1, Figures 5, References 3.

Comparison of polydioxanone and silicone plastic in the prevention of adhesive otitis media

**A.Ulziibayar¹, L.Shagdar², B.Erdenechuluun³
¹State Maternal and Child Health Research
Center of Mongolia
²National Health Science University of Mongolia**

Adhesion of tympanic membrane to the promontory (inner wall of middle ear) may occur after ear surgery particularly in atelectatic ears because of poor eustachian tube function and removal of mucosa from the promontory during surgery [3,11,12,14].

Silastic sheets (silicone silastic sheet) have been used in middle ear surgery for many ears to prevent readhesion of tympanic membrane to the promontory. These sheets are usually placed on the promontory before graft placement and may be removed at the time of revision surgery if necessary [3, 4, 10, 14].

The purpose of this study was to compare polydioxanone sheets with silicone plastic sheets in

the middle ear to find out inexpensive ideal material to prevent readhesion of tympanic membrane to the promontory, to stay for long enough time until middle ear mucosal line regenerated and to resorb itself after regenerating of middle ear mucosa.

Polydioxanone sheets were placed in 24 middle ears and silastic sheets were placed in 12 middle ears during ear surgery to prevent readhesion of tympanic membrane. The result of this study demonstrate that polydioxanone sheets are as effective and as well tolerated as silicone plastic sheets in the middle ear.

Pp. 24-27, Tables 2, Picture 1, References 15.

Spasmolytic activity of sesquiterpenoids from *Ferula ferulaeoides*

**G.Jargalsaikhan¹, L.Myagmar², Ts.Dash³
¹"Ach" Medical College,
²Health Sciences University,
³Mongolian National University**

We proved spasmolytic activity of sum sesquiterpenoids from the root of *Ferula ferulaeoides* on intestinal smooth muscle of laboratory white mouse. Sesquiterpenoid emulsion with glycerin prepared by sum sesquiterpenoids and carbonis activity was given oral to mice. The movement of carbonis activaty through a intestine of mouse was depend on reduction of intestine motoric activity. The sum sesquiterpenoid strongly reduced intestine motoric activity of mice and showed spasmolytic action.

Pp. 27-28, Table 1, Picture 1, References 5.

The blood lead level in children of Ulaanbaatar city and neurological features

**O.Baigal¹, B.Burmaa², Sh.Enkhtsetseg²
V.B.Dorogova³, D.Badamgarav⁴
G.M.Bodienkova³, A.Narangerel, G.Gantuya
¹Public Health Institute
²Ministry of Health
³Institute of Occupational Safety and Human
Ecology, Angarsk, Russia
⁴Maternal & Child Health Research Centre**

Worldwide, especially in developing countries environmental lead pollution and its health impact have been considered as a significant public health problem. Number of studies conducted in developed and developing countries shows that leaded gasoline

and industrial activities are the main sources of the exposure.

The average blood lead level among children of Ulaanbaatar is 16.54 ± 9.50 mg/dl, which is higher than the WHO's recommended level ($>= 10$ mg/dl).

It was observed that the blood lead level is higher among children living in the Sukhbaatar (19.7 ± 9.30 mg/dl) and Bayanzurkh (19.5 ± 9.50 mg/dl) districts compared with children living in other districts.

There was found an indirect and weak relationship between the neurological disorders (the impairment of memory, the weak attentiveness) and blood lead level among the children.

The statistically significant difference was observed in the blood lead level among children with different hand washing practices and family income levels.

Pp. 28-33, Tables 5, Figure 1, References 15.

Survey of the average content of the indications to represent the drinking water qualities in the villages and stations of the Mongolian railway

D.Bayarmaa
Health Control Department of the
Transportation Inspection Agency of Railway

During the last years, the surrounding environment, especially, its ground and underground water resources are polluting a lot resulting from the human activities and moreover, the world ecosystem is losing its balance due to the intensive warming of the world climate and thus, the ecological balance is lost.

Resulting from the above situations, the dangers influencing the living environment of humans and health are increasing a lot.

We have drawn a hygiene evaluation and conclusion by comparing the average content of the indications showing the drinking water quality with the standards of every station with the centralized water supplies.

As research materials, we used the results and report materials of the analyses made in Laboratories of the Health Control Department of the Transportation Inspection Agency of Railway in 2000-2004.

Contents of Ca, Mn, Fe, Cl, F in water are higher than acceptable limit in waters of Zamiin-Uud, Airag, Choir, Sainshand railway stations.

Pp. 33-35, Table 1, References 11.

For the comparative studies of the prevalence of some infectious diseases

D.Gombosuren

Health Center, Gobi-Altai aimag

1. Annual average number of viral hepatitis cases for the eleven year period from 1992-2002 was 205 and 29.2 cases per 10000 population. The few numbers were registered in 1993, with 91 cases or 12.7%, while the peak year was 2000 with 583 cases or 81.4%. This was 2.9 times higher than the aimag average. According to our conclusion, this was triggered by several factors such as poor level of health education and hygiene among the public* food safety problems, and preventive, sanitation, disinfection, anti-insect or anti-rodent measures that have been worse and worse.

2. Dysentery cases for the 11 year period were 16.8 in average or 2.3% per 10000 population. The smallest number is three or 0.4% in 2001 and the highest rate is 6.0% in 1994. This might be related to inaccuracy in diagnosis to distinguish the disease from other diarrhea-type infections.

3. In 1992-1997, the age group of 0-16 or children comprised 65.3% of the infectious hepatitis patients, while this number increased up to 78.2% for 1998-2002. In 1992-1998, 0-16 year old children comprised 61.9 of the dysentery cases, and this is 66.7% for 1998-2002. Our study is supported by the study that reported younger children are more prone to these infections.

Pp. 35-38, Tables 4, References 5.

Needs and demand for the nurses and other allied health professionals in Mongolian health sector

B.Bayarsaikhan¹, B.Ganidmaa², J.Nurzedmaa³
Ch.Sunjidmaa⁴, Kh.Enhmaa⁵

¹Ministry of Health

²Clinical Hospital of Traumatology and
Orthopaedics

³Shastin's Memorial Clinical hospital

⁴Health Center of Dundgobi Aimag

⁵Health Center of Zavkhan Aimag

Mongolia had significant shortage of nurses and other allied health professionals. From 1990 through 2005, the vacancy rate of nurses and other allied health professionals in Mongolia was significantly higher than the national rate.

Mongolia's nurses and other allied health professions vacancy rate stood at almost 26.3-27.6

percent at primary level, 26.6-37.8 percent at secondary level, 22.4-34.4 percent at tertiary level, while the national average was 29.23 percent in 2005. The state's hospitals experienced the greatest difficulties in filling nurses and other allied health professions positions.

According to the Policy to develop human resources for health in Mongolia 2004-2013, which approved by order of the Minister for Health #277, 2003 and in compliance with Mongolian National Standards, there were demands to reduce number of doctors, and increase number of nurses and other allied health professionals for every year till 2013.

On the basis of this analysis, the projected number of student enrolment to the nursing schools would need to be 1040 and every year 535 nurses are expected to graduate. For the other allied health professionals 550 graduates are expected for every year till 2013.

Researchers noted that health care delivery is highly labour-intensive, with nurses and allied health personals playing an increasingly critical- but often overlooked-role; they concluded that failure to strengthen nursing could seriously impair the quality of health care, access to services, the well-being of practitioners, and the achievement of national and global health goals.

Pp. 38-44, Tables 2, Figures 5, References 27.

Problem of diagnosis and treatment for diabetic lesions of the feet

D.Tsegeenjav
Medical Research Institute

Multifocal pathogenesis of the Diabetic Foot syndrome suggests advisability to some clinical pathogenetic forms, depending on basic causes of the lesions: due to neuropathy, osteoarthropathy, neuro-ischemic factors. The autor has written of diagnosis variuos forms of the syndrome and different type of treatment. The diagnosis possible establish by clinical data, on the degree of the ischemic damage and results of the arteriography. The most important treatment includes glucolytic, antibacterial, antiagregant therapy and antiseptic local measures, surgery.

Pp. 44-49 , References 26.

Hormones and their functions in the organism

Ts.Tsetsegmaa

Health Sciences University of Mongolia

The current article says about some modern and original functions of hormones. Hormones are secret of endocrine glands and cells. Hormones are chemical messengers carried be the blood from endocrine glands, tissues and cells to target cells elsewhere in the body. Hormones are yielding an effected metabolism, morphological structure, genetics and physiological regulation and promising to functions in target organ. The hormones play a main role in regulation of many functions of the human body such as physical, psychological and sex development and adaptation.

Pp. 49-54, References 9.

New trends in the management of uterine leiomyoma

B.Jargalsaikhan
Health Sciences University of Mongolia

Uterine leiomyoma is the most common benign tumors in women, affecting 20% to 40% of women during their reproductive years. While only a minority of women has symptoms that require treatment, the prevalence of the condition ensures that hundreds of thousands of women in the world require treatment each year.

There is growing recognition that traditionally myomectomy has limitations and there is considerable interest in less invasive approaches. Many women would very much like to avoid a standard laparotomy approach, thus there has been great interest in hysteroscopic and laparoscopic approaches to this therapy.

Pp. 51-55, References 10.

Current tendency of wound management

N.Davaatseren¹, P.Bilegsaikhan², Ts.Buyanbat²
Kh.Buyan-Orshikh², Ch.Unursaikhan²
¹University of Health Sciences
²Central Hospital For Special Task Public Services

Traditional method for wound managment is not enough current time and already contemporary technology of wound treatment has penetrated in medicine. So we need to use this new technology of wound dressing for our patients.

Pp. 55-58, References 16.

**Detection of drug need for the treatment of
certain group and certain disease
in stationary department**

**B.Bilegsaikhan, B.Gantsetseg, B.Enkhzaya
R.Tserenikhagva, S.Munkhbat**
School of Pharmacy, HSU

We are recommending the following techniques, guidance and suggestion to describe (detection) the drug need that was processed by result of research work, concerning to research main drug need and need for acute virus hepatitis and to describe right determine of medicine.

For it, it is available to describe drug need for certain group and any disease by anamnesis morbid of patients who were treated in the stationary department and to describe drug need for patients who were treated in the ambulatory department by mean to describe ambulatory card, medicine prescription and pharmacy sale in the in a drugstore.

In according to this research to this research work, it is available to describe recent and distant plan for permanent occurring disease with a deadline, to make medicine prescription based on research, to sufficiently provide drug demand and supply in the right level, to form right drug use, to treat efficiently, to spend properly budgetary money for the medicine.

Pp. 58-62, Tables 5.

“МОНГОЛЫН АНАГААХ УХААН” СЭТГҮҮЛИЙН РЕДАКЦИЙН ЗӨВЛӨЛ

ТЭРГҮҮЛЭГЧИД

Л.Лхагва	- Ерөнхий эрхлэгч, академич, анагаахын шинжлэх ухааны доктор, профессор, хүний гавъяат эмч
Н.Жаргалсайхан	- Орлогч эрхлэгч, анагаахын шинжлэх ухааны доктор, профессор
М.Амбага	- Орлогч эрхлэгч, анагаахын шинжлэх ухааны доктор, профессор
Б.Бурмаа	- Хариуцлагатай нарийн бичгийн дарга, анагаахын шинжлэх ухааны доктор
Б.Гоош	- Академич, анагаахын шинжлэх ухааны доктор, профессор, Төрийн шагналт, ардын эмч
Н.Баасанжав	- Академич, анагаахын шинжлэх ухааны доктор, профессор, ардын эмч
Э.Лувсандалгаваа	- Академич, анагаахын шинжлэх ухааны доктор, профессор, ардын эмч
П.Нямдаваа	- Академич, анагаахын шинжлэх ухааны доктор, профессор
Ц.Хайдав	- Академич, анагаахын шинжлэх ухааны доктор, профессор, шинжлэх ухааны гавъяат зүтгэлтэн

ГИШҮҮД

Д.Амгаланбаатар	- Анагаахын шинжлэх ухааны доктор, профессор
Ж.Батсуурь	- Биологийн шинжлэх ухааны доктор, профессор
С.Бямбасүрэн	- Анагаах ухааны доктор, профессор
Н.Даваацэрэн	- Анагаах ухааны доктор, профессор, төрийн шагналт, хүний гавъяат эмч
Я.Дагвадорж	- Анагаах ухааны доктор, дэд профессор
Д.Дунгэрдорж	- Академич, эм зүйн шинжлэх ухааны доктор, профессор, гавъяат багш
Г.Жамбаа	- Анагаах ухааны доктор, профессор, гавъяат багш
Б.Жав	- Анагаах ухааны доктор, профессор, ардын эмч
Ц.Мухар	- Анагаахын шинжлэх ухааны доктор, профессор, эрүүлийг хамгаалахын гавъяат ажилтан
Д.Малчинхүү	- Анагаах ухааны доктор, профессор, хүний гавъяат эмч
Н.Мөнхтүвшин	- Анагаах ухааны доктор, дэд профессор
Л.Нарантуяа	- Анагаахын шинжлэх ухааны доктор
Н.Нямдаваа	- Анагаах ухааны доктор, хүний гавъяат эмч
П.Онхуудай	- Анагаахын шинжлэх ухааны доктор, профессор, хүний гавъяат эмч
Б.Оюунбат	- Анагаах ухааны доктор, профессор
Ж.Оюунбилэг	- Биологийн шинжлэх ухааны доктор
Д.Оюунчимэг	- Анагаах ухааны доктор
А.Өлзийхутаг	- Анагаахын шинжлэх ухааны доктор, профессор, хүний гавъяат эмч
Ж.Раднаабазар	- Анагаахын шинжлэх ухааны доктор, профессор, хүний гавъяат эмч
Э.Санжаа	- Анагаах ухааны доктор, профессор, хүний гавъяат эмч
Ц.Содномпил	- Анагаах ухааны доктор
Г.Цагаанхүү	- Анагаах ухааны доктор, профессор, хүний гавъяат эмч
Н.Цэнд	- Анагаах ухааны доктор
Б.Цэрэндаш	- Академич, анагаахын шинжлэх ухааны доктор, профессор
У.Цэрэндолгор	- Анагаахын шинжлэх ухааны доктор
Б.Шижирбаатар	- Анагаах ухааны доктор, профессор, гавъяат багш
Б.Эрдэнэчuluун	- Анагаахын шинжлэх ухааны доктор, дэд профессор



Зөвхөн эмч нарын хэрэгцээнд зориулав

MISOPROSTOLE



Эмийн нэр: Мизопростол
Өөр нэрс: Cytotec, Динопрост, ПГЕ₁
Монгол улсын эмийн бүртгэлийн дугаар: F 041208 GP 00377
Үйлдвэрлэгч: БНХАУ, Бээжин хот "Зишу фарм" эмийн үйлдвэр

Химийн бүтэц: 15-deoxy-16-hydroxy-16methyl-PGE₁
Орчин үеийн биотехнологийн аргаар бүтээгдсэн Мизопростол (0,2 мг) Монгол улсын эмийн бүртгэлд 2005 онд бүртгэгдсэн.

Мизопростол нь БНХАУ-ын Бээжинийг Их Сургуулийн дэргэдэх, олон улсын эмийн үйлдвэрлэлийн стандарт (GMP) хангасан "Зишу фарм" эмийн үйлдвэрт үйлдвэрлэгдсэн, эмийн цэвэршил өндөртэй, гаж нелөө багатай эм юм.

Зишу-фарм эмийн үйлдвэр нь 120.000 м₂ үйлдвэрлэлийн талбайтай бөгөөд эмийн үйлдвэрлэл явуулдаг 7 хэсгэг, чанарын хяналтын төв, судалгаа шинжилгээний төвтэй, 30 жилийн түүхтэй томоохон үйлдвэр юм.

Эмийн фармакологийн үйлдэл

A. Эх барих, эмэгтэйчүүдийн практикт

Мизопростол нь экосанойдын уламжлалын простогландины төрлийн ПГЕ₁ бүлгийн бодис.

Ууж хэрэглэхэд түргэн шимэгдэх ба идэвхитэй метаболит мизопростолын хүчлийн цусны сийвен дэх түвшруулэг нь 15 минутын дараа тэмдэглэнэ. 200 мкг-аар уулгахад цусны сийвендэх дундаж түвшруулэг 0.309 мкг/л. Хагас задралын үе нь 36-45 минут, метаболит нь 1.5-2.5 мкг/л.

Умайн агшилтыг өдөөж үучилсан агшилтын давтамжийг нэмэгдүүлэх, умайн бие хэсгийн агшилтын идэвхийг сайжруулан хузуу даралтыг нэмэгдүүлэх үйлдэл үзүүлнэ. Дунд зэргийн тунгаар эмээр үр хөндөх ажилбар миферистоне эмтэй хавсралт хэрэглэдэг.

Мизопростол нь ууж болон утреэгээр хэрэглэхийн алиинд нь ч түргэн шимэгдэх фармакологийн адилхан үйлчлэл үзүүлдэг.

B. Хodoод гэдэсний эмгэгийн үед

Мизопростол хodoодны шүүрлийн идэвхийг дарангуйлах үйлдлэтий. Хodoодны хүчил ба шүүс ялгаралтыг багасгаж бикарбонат ба салс ялгаралтыг нэмэгдүүлдэг. Хodoодны эс хамгаалах үйлдлийн механизмын ходоодны париеталь эсийн ЕР₃ хүлээн авууртай холбогдоноос адинилипциклизаа ферментийн идэвхи буурч эсийн доторх цагирагт АМФ-ийн түвшруулэг багасна. Мизопростолыг бас цитопротектор гэж үздэг. Учир нь хodoодны салстyg гэмтэхээс сэргийлдэг. Яагаад гэвэл хodoодны салс ба биарбонатын шүүрлийг идэвхжүүлэн салстыг цусан хангамжийг сайжруулж хүчлийг дарангуйлах нелөө үзүүлдэг (Wolfe et al., 1999).

Үрэвслийн эсрэг стеронд бус бэлдмэлийн (ҮЭССВ) хodoодны шархлаанаас хамгаалах үйлдлийн механизмын ҮЭССВ хамааралт салстын хөнөөгийн сааруулах нелөөгөөр тайлбарлагдана. Мизопростолыг ууж хэрэглэхэд түргэн бөгөөд бүрэн шимэгддэг. Элгэнд биотрансформацийн хувиралд орж идэвхитэй мизопростолын хүчил үүсгэнэ. Үйлчлэл нь эм хэрэглэснээс 30 минутын дараа эхлж 3 цаг орчим үргэлжилнэ.

Хэрэглэх арга

Анх 1988 онд Миферистонийг эмнэлгийн практикт хэрэглэж эхэлсэн бөгөөд Мизопростол болон Миферистоне эмийг хавсруулан хэрэглэж эмээр үр хөндөх арга дэлхийн олон улс оронд өргөн хэрэглэгдэж байж юм.

Манай улсад Эмээр үр хөндөлт хийх улсын стандарт MNS 5488:2005-ийг Эрүүл Мэндийн Яамны захиалгаар мэргэжлийн байгууллага боловсруулан Стандартчилал Хэмжил Зүйн Үндэсний Төвийн даргын 2005 оны 9 сарын 16-ны өдрийн 28 тоот тогтоолоор батлагдсан бөгөөд мөн оны 10 сарын 1-нээс эхлэн мөрдөгджэг эхэлсэн юм.

"Үр хөндөлтийн тусламж үйлчилгээ" стандартын 14-рт заагдсанаар эмээр үр хөндөх ажилбарыг зөвхөн эмнэлгийн нөхцөлд, эхийн хүсэлт, эх барих эмэгтэйчүүдийн нарийн мэргэжлийн эмчийн шийдвэр, хяналтын доор хийгдэх ёстой.

Мизопростол болон Миферистоне эмийг хавсарч хэрэглэн үр хөндөх аргыг жирэмсний эрт үеийн үр хөндөлтийн өөрөөр хэлбэл жирэмсний эхний 9 дэх долоо хоногоос өмнөх хугацаанд, хэрэв хожуу үеийн жирэмсний шийдвэрлэх бол жирэмсний 13-22 долоо хоногоос өмнөх хэрэглэнэ.

Үр хөндөх ажилбарыг өдгөөр эмийн тусламжтайгаар гүйцэтгэх бол жирэмсний хугацааг нарийн тогтоож эмийн тунг зөв тооцоолох зайлшгүй шаардлага гарна. Ийм учраас эм хэрэглэхдээ наандаж 3 удаагийн давтан үзлэг хийж шийдвэр гаргана.

Жирэмсний хугацаанаас хамааруулж эмийг дараах тунгаар хэрэглэнэ.

Жирэмсний эхний 7 дахь долоо хоног дотор эхний үзлэгээр Миферистон 200 мг буюу 25 мг-ийн 8 шахмал уулгана. Хоёр дахь үзлэгээр буюу миферистон ууснаас хойш 36-48 цагийн дараа Мизопростол 400 мкг буюу 0,2 мг-ийн 2 шахмал уулгана.

2 долоо хоногийн дараа үр хөндөлт амжилттай явагдсан эсэхийг бодит үзлэг, чанд авиа эсвэл жирэмсний илрүүлэх сорилор шалгана.

Жирэмсний 9 дахь долоо хоног дотор эхний үзлэгээр Миферистон 200 мг буюу 25 мг-ийн 8 шахмал уулгах бөгөөд 36-48 цагийн дараа Мизопростол 800 мкг буюу 0,2 мг-ийн 4 шахмал уулгаж эсвэл утреэнд тавьж хэрэглэнэ.

2 долоо хоногийн дараа үр хөндөлт бүрэн явагдсан эсэхийг бодит үзлэг, чанд авиа эсвэл жирэмсний илрүүлэх сорилор шалгана.

Жирэмсний хожуу үр хөндөлт буюу 13-22 дахь долоо хоног дотор Миферистон 200 мг буюу 25 мг-ийн 8 шахмал уулгаад 36-48 цагийн дараа Мизопростол 800 мкг буюу 0,2 мг-ийн 4 шахмал уулгаж эсвэл утреэнд тавьж хэрэглэнэ.

Базалт жигдэрэх хүртэл 3 цагийн зайтай нийт 4 удаа Мизопростол 400 мкг-ийг уулгасан байх ёстой (Нийт тун 1600 мкг-аас хэтрэхгүй).

Хэрэв эмээр үр хөндөх ажилбар амжилтгүй болж, жирэмслэлт үргэлжлэхээр байвал мэс ажилбар хийж үр хөндөлтийг дуусгана.

Мизопростолыг Эмнэлгийн практикт Ходоод доорх гэдэсний шархлаа өвчний эмчилгээнд өргөн хэрэглэж үр дунд хүрсэн тухай мэдээлэл цөнгүй тааралдах боллоо.

Үе мөчний болон зүрхийн хэрэглэгийн гаралтай архаг эмнэлгийн эмчилгээнд үрэвслийн эсрэг стеронд бус бэлдмэл болон Аспирин хэрэглэж байгаа үед Мизопростол 200 мкг-аар өдөрт 3-4 удаа хооллох үед уулгаж хэрэглэнэ. Өдрийн сүүлчийн тунг унтахын өмнөхөн уулгах нь тохиромжтой.

Хэрэв мизопростол өвчтөнд зохимж муутай бол тунг 100 мкг хүртэл буулгаж болно.

Гаж нелөө

Мизопростолыг хэрэглэхэд эмэгтэйчүүдийн талаас цус алдах, умай ургадах, үр хөндөлт үр дунгүй болох, цус алдалтын шокд орого эзргэг гол нелөө гарч болохыг анхаарах хэрэгтэй.

Хоол боловсруулах эрхтэйн талаас үед бөөлжис цутгах, гэдэс дүүрэх, ходоод цанхайх, суулгах, ховор тохиолддод арьсар тутууралт гарах, хавагнах, нойрмоглох зэрэг гаж нелөө ажиглагдаж болно.

Цээрлэлт:

Жирэмсэн хүнд хэрэглэхийг хориглоно. Зүрхний титэм судасны дутагдал, цусны даралт ихдээ өвчин, тархины цусан хангамжийн алдагдал зэргийн үед хэрэглэх цээртэй.

Анхааруулга:

Мизопростолын тунгийн нэлээд хэсэг нь шээстэй хамт ялгардаг тул бөөрний хүнд эмгэгтэй өвчтөнд хэрэглэхээс зайлсхийх буюу тунг баагасах шаардлагатай.

Мизопростол болон Миферистоне хэрэглэж үр хөндөх аваас Улсын стандарт MNS 5488:2005-ыг олж үзэн бүх заалтыг нь ширхэгчлэн мөрдэхийг хичээнгүйлэн анхааруульяа.

Хэлбэр, савалт:

Мизопростол шахмал 0.2 мг 3 ширхэгээр савлагдана.

ХАЛГА: МкКээн Интернешн Трейд Монгол ХХК
Эм ханган нийлүүлэх байгууллага
Утас/факс 480755, 99090170.

Мизопростолыг Миферистонтай хавсруулж хэрэглэнэ