

Редакцийн зурвас

“МОНГОЛЫН АНАГААХ УХААН” ЭМЧИЙН НЭРИЙН ХУУДАС

“Монголын анагаах ухаан” сэтгүүл гучин зургаан нас насалж эрдмийн цээнд хүрч нэг зуун хорин ес дэх дугаараа эмч, эрдэмтэд, уншигчиддаа өргөн барьж байна. Энэ сэтгүүл зургаан мянга долоон зуун эмч нарынхаа тооноос хэд дахин цөөн гардаг боловч олон улсын зэрэг дэвд хүрч хэд хэдэн орны номын санд очсоноороо Монголын эмч, эрдэмтдийн нэрийн хуудас болж олон улсын емнө нүүр тахлах эрдмийн ганц судар нь болж явна.

Манай эмч нар эдийн ядуугаасаа биш сэтгэлийн хомсдлоосоо улбаалан энэ сэтгүүлээ захиалахаа мартаж явдаг нь гэм биш зан. Мэргэжлийн ганц сэтгүүл “Монголын анагаах ухаан”, ганц сонин “Эмч” хоёрыг ширээнээсээ битгий салгаасай гэж зөвлөлийн гишүүн бидний санаа зовохын учир бол өдөр, цаг тутам байнга сурч байх ёстой эмчийн ховор нандин мэргэжлийн дуталд орчих бий гэж мэргэснийх бас эрдмийн далайд хөл тавихад нь хэрэг болох бий гэж залбирсных юмсан.

“Монголын анагаах ухаан” сэтгүүлийн дугаарыг нь төрөлжүүлэх, эмч нарын мартсаныг нь сэргээх, олсныг нь түгээх, судалсныг нь сурталчлах гэж эрэл хийж, олз хайж явдгийг та бүхэн хүлээн зөвшөөрч байгаа байх. Сэтгүүлийн энэ удаагийн дугаарт эмнэлзүйн салбараар мэс засал, эмэгтэйчүүд, дотрын өвчин судлалын чиглэлийг голчилж, хоол боловсруулах зам, зүрх судас, хавдар зэрэг өвчнөөр академич (Б.Гоош, Н.Баасанжав, Б.Цэрэндаш, Ц.Хайдав) шинжлэх ухааны доктор, профессорууд (Ё.Бодьхүү,

О.Сэргэлэн, Д.Амгаланбаатар, М.Амбага) судалгааны шинэлэг ажлын дүнгээ мэдээлжээ. Профессор Б.Жав, гавъяат эмч Р.Цэдэн-Иш нар эмч нарт гарын авлага болсон зөвлөгөө нийтлүүлж байна. Доктор Ц.Бадамсэд, Д.Цэгээнжав нар манай сэтгүүлийн идэвхитэй бичигч гэдгээ дахин баталж судалгааны ажлынхаа дээжээс бидэнд, Та бүхэнд хүргэж байна. Эрүүл мэндийн менежментээр профессор Т.Эрхэмбаатар, Д.Малчинхүү, С.Дуламсүрэн, эрдэм шинжилгээний ажилтан Л.Ширнэн нарын залуу судлаачид мэдээллээ хуваалцаж, авууштай санал дэвшүүлжээ.

Эмч нар өдөр тутмын ажилдаа хэрэг болох лекц, аргачлал, ховор тохиолдлыг их сонирхож, захидал бичиж сэтгүүлийн зөвлөлд урам хайрладаг юм.

Жилдээ дөрвөн дугаар гардаг эмч бидний номын анд “Монголын анагаах ухаан” сэтгүүлийн дараачийн дугаарыг уншигчид маань тэсч ядан хүлээж байна гэдэгт итгэмуй.

Захиалга маань өсч шинэ шинэ танилтай болно гэдэгт итгэл алдагдаагүй л байна.

**Сэтгүүлийн редакцийн зөвлөлийн гишүүн
Анагаахын шинжлэх ухааны доктор,
профессор Ц.Мухар**

Нойр булчирхайн хорт хавдрын хэт авиан ба компьютерт томографи оношлогооны асуудалд

Ц.Бадамсэд, Б.Цэрэндаш
Академич Т.Шагдарсүрэнгийн нэрэмжит
Анагаах ухааны хүрээлэн

Орчин үед клиникийн практикт хэт авиан ба компьютерт томографи оношлогоо нэвтэрсэн нь оношлогооны том амжилт, нойр булчирхайн эмгэг өөрчлөлтийг илрүүлэх талаар тэргүүлэх шинжилгээний арга болохыг гадаадын (1,15-24,30-39,41,43-61) болон манай орны судлаачид (8-14,25-29,40,42) тэмдэглэж байна.

Нойр булчирхайн толгой нь бүсэлхийн нэг ба хоёрдугаар нугалмайн түвшинд дээд гэдэсний гогцоонд оршиж, баруун талаараа дээд гэдэсний уруудах хэсэг, хаалган вен, ар талаараа хөндий вен, баруун бөөрний вен, хаалган венийн эхлэх хэсэг, урд талаараа ходоодтой, их бие ба сүүл хэсэг нь ар талаараа дэлүүний вен, артеритай, урд талаараа ходоодны ар ханатай, доод талаараа нарийн гэдэсний гогцоотой хиллэдэг (G.J.Wittenberg., J.T.Ferrussi., 1978; J.R.Наага., N.E.Reich., 1978; Ф.И.Тодуа., В.Д.Федоров., М.И.Кузин., 1991; Р.И.Габуня., Е.К.Колесникова., 1995).

Нойр булчирхайн хорт хавдрыг хэт авианаар оношлох нь. Хэт авиан шинжилгээ нь нойр булчирхайг оношлох хамгийн их түгээмэл шинжилгээ болсон нь түүний аюулгүй, туяаны ачаалал байхгүй, тусгай бэлтгэл шаарддаггүйтэй холбоотой (А.С.Ермолов., Н.Н.Ходарева., П.А.Иванов., А.И.Ишмухамедов., 1996; А.А.Рудаков., А.Г.Тодрик., 1996; Э.Я.Дубров., О.А.Алексеечкина., 1997).

Гэвч зарим тохиолдолд ялангуяа нойр булчирхайн хорт хавдрын үед хэт авиан шинжилгээний дутагдалтай тал нь:

Гэдэс дүүрэнгэ, хий ихтэйгээс болж өвчтөний 20%-д нь нойр булчирхайг тодорхойлж болдоггүй.

Сэмжний уутанд хуралдсан хоёрдогч шингэнийг булчирхайн цуллагийн үхжилт өөрчлөлтөөс ялгахад хэцүү байдаг (R.Munch., 1988).

Хэт авиан шинжилгээ нь нойр булчирхайн бүтэц, хэлбэр, хил хязгаар, эрхтний хэмжээ, нойр булчирхайн суваг, эрхтний байршил, зэргэлдээх эрхтэнүүдтэй харьцсан байдал зэрэгт үнэлгээ өгөх боломжтой. Мөн нойр булчирхайн анатомийн зураглалын мэдээлэл авах илүү боломжтой (B.D.Doust., 1975; F.S. Weill., 1978; В.Н.Демидов., 1981; Л.П. Орлова., 1987; P.E.S. Palmer., 2000).

Нойр булчирхайн хорт хавдрын үед хэт авиан шинжилгээгээр хил хязгаар тод бус, хэмжээ өөрчлөгдсөн, нойр булчирхайн нягтрал ихэссэн, уйланхай, шохойжилт, хавдар маягийн голомтот

өөрчлөлт тодорхойлогдож, нойр булчирхайн ерөнхий суваг өргөсдөг (А.В.Яковенко., 2001).

Клиник, лабораторийн шинжилгээнүүдийн өөрчлөлтийг хэт авиан шинжилгээний өөрчлөлтүүдтэй харьцуулж үзэхэд нойр булчирхайн хавдрын үед ялгаатай болох тухай судлаачид бичиж байна (B.D. Doust., 1975; H.Lutz., R.Petzolo., H.F.Luch., 1976; G.S.Perimeter., 1977; W.Karp., A.lundergnist., U.Tyler., 1980; R.Klardor., B.Crabbe., J.Hagemann., 1980; T.L.Lawson., 1984; W.R.Lees., 1984).

Нойр булчирхайн голомтот өөрчлөлтийг хэт авиан шинжилгээгээр 88.5-88.8% оношлоно (B.Ю.Мишин., 1997).

Нойр булчирхайн хорт хавдрыг компьютерт томографиар оношлох нь. Нойр булчирхайг зэргэлдээх ходоод, гэдэсний хиллэлтээс тод ялган илрүүлэхийн тулд 200 мл усанд 76 хувийн 10 мл Урографины уусмалыг хольж хутгаад шинжилгээ эхлэхээс 10-15 минутын өмнө уулгаж шинжилнэ (P.Пүрэв., Ц.Бадамсэд., 1996). Урографины 76 хувийн уусмалыг 1 кг жинд 1 мл оногдохоор судсанд тарьж, компьютерт томографи шинжилгээг дахин хийж нойр булчирхайн цуллаг, голомтот өөрчлөлтийн нягтралын ихсэлт, бууралтыг тогтоож, нойр булчирхайн эмгэгүүдийг өөр хооронд нь ялган оношлоно (J.A.Ambrose., 1973; J.R. Naage., R.J.Reich., 1978; П.Онхуудай., 1993; P.Пүрэв., Ц.Бадамсэд., 1996).

Нойр булчирхайн компьютерт томографийн хэвийн нягтрал нь +30КА+40 КА, тодосгогч бодис судсанд тарьсны дараа +60КА+85КА хүртэл ихэсдэг (J.A.Ambrose., 1973; Р.И.Габуня., Е.К.Колесникова., 1995).

Нойр булчирхайн хорт хавдрыг тодорхойлох компьютерт томографийн оношлогооны магад үнэн 86-87% (J.R.Наага., R.J.Alfidi., 1976; Р.И.Габуня., Е.К.Колесникова., 1995), 88.5-90% (B.Ю.Мишин., 1997) байна.

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

Нойр булчирхайн хорт хавдрын хэмжээ 2 см хүртэл (P.И.Габуня., Е.К.Колесникова., 1995; А.Н.Кишковский., Е.П.Мелехов., А.Ф.Белов., А.И.Духовский., 1991), нягтрал нь хэвийн нойр булчирхайн нягтралтай ижил (J.R.Наага., N.E.Reich., 1978) байвал компьютерт томографиар оношлох боломжгүй байдаг.

Тодосгогч бодис тарьсны дараа дахин компьютерт томографийн шинжилгээ хийхэд нойр булчирхайн хорт хавдрын нягтрал ихсэнэ. (J.R.Naaga., R.J.Alfidi., T.R.Haulilla., 1977).

Нойр булчирхайн хорт хавдрын эргэн тойрны өөхлөг эд ялгаран харагддаггүй (J.R. Naaga., R.J. Alfidi ., 1976).

Механик шарлалтыг оношлоход компьютерт томографи шинжилгээг хийх шаардлагатай (В.П.Харченко., Т.А.Лютфалиев., М.А.Кунда., 2000).

Нойр булчирхайн хорт хавдрын компьютерт томографийн үндсэн шинжүүд нь нойр булчирхайн хэмжээ хэсэгчлэн томрох, нойр булчирхайн эргэн тойрны өөхлөг давхарга алдагдах зэрэг болно (J.R. Naaga., R.J. Alfidi., 1976; S.S. Sagel., R.J. Stanley., R.G.Euens., 1976; В.А.Кубышкин., В.А.Вишневский., А.Т.Айрапетян., Г.Г.Кармазановский., Г.И.Кунцевич., Ю.Г.Старков., 2000).

Нойр булчирхайн голомтот өөрчлөлтийн нягтрал ба хүрээлэн буй нойр булчирхайн нягтралын ялгаа + 10 КА-аас их байвал хорт хавдар гэж сэжиглэж болно (Р.И. Габуня., Е.К. Колесникова., 1995).

Манай оронд нойр булчирхайн хорт хавдар нь олонтоо тохиолдож хэт авиан ба компьютерт томографи шинжилгээгээр оношлогдож байгаа учир нойр булчирхайн хорт хавдрын хэт авиан ба компьютерт томографи шинжилгээний аргаар оношлох боломжийг судлаж, практикт нэвтрүүлэх нь хойшлуулшгүй асуудал болж байна.

Судалгааны ажлын зорилго, зорилтууд:

Нойр булчирхайн хорт хавдрын хэт авиан ба компьютерт томографи шинж тэмдгүүдийг өөрийн орны нөхцөлд тогтоож, оношлогооны шалгуурыг боловсруулахад судалгааны ажлын зорилго оршино. Зорилгоо хэрэгжүүлэхийн тулд дараах үндсэн зорилтуудыг шийдвэрлэнэ. Үүнд:

1. Нойр булчирхайн хорт хавдрын хэт авиан ба компьютерт томографи шинж тэмдгүүдийг өөрийн орны нөхцөлд тогтоож, оношлогооны ач холбогдлыг нь харгалзан үндсэн ба туслах шинжүүдийг тогтоох

2. Нойр булчирхайн хорт хавдрын хэт авиан ба компьютерт томографи оношлогооны шалгуурыг боловсруулах

Судалгааны аргачлал ба материал.

Бид 2001-2004 онуудад П.Н.Шастины нэрэмжит Клиникийн төв эмнэлэг, Төрийн Тусгай Албан Хаагчдын Нэгдсэн Эмнэлэг, "Ачтан-Элит" Клиникийн эмнэлгийн хэт авиан оношлогооны кабинетуудад нойр булчирхайн хорт хавдартай-35 өвчтөний хэт авиан шинж тэмдгүүдэд, "Ачтан-Элит" Клиникийн эмнэлгийн компьютерт томографи кабинетэд нойр булчирхайн хорт хавдар гэж оношлогдсон 32 өвчтөний компьютерт томографийн шинж тэмдгүүдэд тус тус судалгааны карт боловсруулж, түүнд дүгнэлт хийсэн.

Эдгээр шинжлүүлэгчдэд оношийг клиник, лаборатори, хэвлийн тойм харалт, ходоод дээд гэдэсний тодосгогч бодистой шинжилгээ, целиакографи, цитолог ба биопсийн шинжилгээнүүд, мэс ажилбар зэргээр оношийг баталсан.

Япон улсын Хитачи, Алока, Тошива, Герман улсын Roi-Sirius фирмийн суурин ба зөөврийн хэт авиан шинжилгээний аппаратыг ашиглаж стандарт байрлалаар хэт авиан үүсгэгчийг байрлуулж, нойр булчирхайн толгой, их бие, сүүл, нойр булчирхайн цоргын хэмжилтүүдийг хийж, нойр булчирхайн бүтэц, нягтрал, хил хязгаарыг үнэлсэн. Нойр булчирхайд голомтот өөрчлөлт байвал байрлал, хэлбэр, хэмжээ, тоо, бүрхүүл, хил хязгаар, бүтэц, нягтрал, сүүдэржилт, шохойжилт зэргийг үнэлсэн.

Компьютерт томографи аппаратаар (Япон улсад үйлдвэрлэсэн Хитачи фирмийн III үеийн СТ-W-4 ба Япон улсын Тошиба пүүсийн ТСТ-300 төхөөрөмж) нойр булчирхайн хавдрын тархалт, байрлал, хэлбэр, хэмжээ, тоо, бүрхүүл, хил хязгаар, бүтэц, шохойжилт, хэвлийд шингэн ба бусад нэмэлт өөрчлөлт буйг тодорхойлж, шаардлагатай үед тодосгогч бодис Урографин 76%-ийн уусмалыг 1 кг жинд 1 мл оногдохоор судсанд тарих буюу 200 мл усанд Урографин 76%-ийн 10 мл уусмалыг хольж хутган шинжилгээ хийхээс 10-15 минутын өмнө уулгаж компьютерт томографи шинжилгээг дахин хийж, нойр булчирхайн цуллаг, голомтот өөрчлөлтийн нягтралын ихсэлт, бууралтыг тогтоож нойр булчирхайн хорт хавдрын компьютерт томографи шинж тэмдгүүдийг тогтоосон.

Нойр булчирхайн хэт авиан хэмжээнүүдийг гаргахдаа Ц.Бадамсэд., Б.Цэрэндаш нарын боловсруулсан "Монгол хүний нойр булчирхайн хэт авиан шинжилгээний лавламж" хэмжээтэй (Монгол улсын ашигтай загварын гэрчилгээ №202), элэг, цөсний хүүдийн хэт авиан хэмжээнүүдийг гаргахдаа Ц.Бадамсэд., Б.Цэрэндаш нарын боловсруулсан "Монгол хүний дотор эрхтэний хэт авиан шинжилгээний лавламж" хэмжээтэй (Монгол улсын ашигтай загварын гэрчилгээ №30), дэлүүний хэт авиан хэмжээнүүдийг гаргахдаа Ц.Бадамсэд., Б.Цэрэндаш нарын боловсруулсан "Монгол хүний дэлүүний хэт авиан шинжилгээний лавламж хэмжээс"-тэй (Монгол улсын ашигтай загварын гэрчилгээ № 360) тус тус харьцуулсан.

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

Судалгааны ажлын үр дүн. Бид хэт авиан шинжилгээгээр нойр булчирхайн хорт хавдар гэж оношлогдсон 35 өвчтөний хэт авиан шинж тэмдгүүдэд судалгаа хийлээ (Хүснэгт 1).

Хүснэгт 1
Нойр булчирхайн хорт хавдрын хэт авиан шинж тэмдгүүд

№	Хэт авиан шинж тэмдгүүд	Тоо	Хувь	±м
Голомтот өөрчлөлтийн байрлал	Толгойд	16	45.7	8.4
	Их биед	9	25.7	7.4
	Сүүлд	6	17.2	6.4
	Нэлэнхүйд нь хамарсан	4	6.4	4.1
Голомтот өөрчлөлтийн хэлбэр	Дугариг	6	17.1	6.4
	Зууван	8	22.9	7.1
	Зөв биш	21	60.0	8.3
Голомтот өөрчлөлтийн хэмжээ	2 см хүртэл	7	20.0	6.8
	2.1 см-ээс 3 см	12	34.3	8.0
	3.1 см-ээс том	16	45.7	8.4
Голомтот өөрчлөлтийн бүтэц	Ижил төрөлшил жигд	22	62.9	8.2
	Ижил төрөлшил алдагдсан	13	37.1	8.2
Голомтот өөрчлөлтийн нягтрал	Хэвийн	2	5.7	3.9
	Ихэссэн	5	14.3	5.9
	Буурсан	21	60.0	8.3
	Холимог	7	20.0	6.8
Голомтот өөрчлөлтийн хил хязгаар	Тэгш бус	24	68.6	7.8
	Тэгш	11	31.4	7.8
	Тод бус	10	28.6	7.6
	Тод	25	71.4	7.6
Элэгний доторх цэсний сувгийн өргөсөлт	Илэрсэн	16	45.7	8.4
	Илрээгүй	19	54.3	8.4
Цэсний ерөнхий сувагийн өргөсөлт	Илэрсэн	23	65.7	8.0
	Илрээгүй	12	34.3	8.0
Цэсний хүүдийн хэмжээ	Хэвийн	13	37.1	8.2
	Томорсон	20	57.1	8.4
	Багассан	2	5.8	4.0
Хэвлийн гол судасны орчмын лимфийн булчирхайнууд	Томорсон	17	48.6	8.5
	Томроогүй	18	51.4	8.5
Дэлүү	Томорсон	15	42.9	8.4
	Томроогүй	20	57.1	8.4
БҮГД		35	100	

Хүснэгт 1-ээс үзэхэд нойр булчирхайн хорт хавдрын дүрс зөв биш, хавдрын хил хязгаар тэгш бус ($P<0.01$), хавдрын бүтцийн ижил төрөлшил жигд, цэсний ерөнхий суваг өргөссөн ($P<0.05$), цэсний хүүдий томорсон ($P=0.05$), нойр булчирхайн хорт хавдрын нягтрал буурсан, хавдрын хил хязгаар тод ($P<0.001$) шинжүүд статистикийн үнэн магадлалтай байна.

Бид өөрсдийн судалгаанд үндэслэн нойр булчирхайн хорт хавдрын хэт авиан шинж тэмдгүүдийг оношлогооны ач холбогдлыг нь харгалзан үндсэн ба туслах шинжүүд гэж хуваасан. Үүнд: ҮНДСЭН ШИНЖҮҮД: а. хорт хавдрын дүрс зөв биш б. хорт хавдрын хил хязгаар тэгш бус ба тод в. хорт хавдрын нягтрал буурсан г. хорт хавдрын хэмжээ 2.1 см-ээс их д. хорт хавдрын байрлал янз бүр буюу ихэвчлэн толгойд байрласан ТУСЛАХ ШИНЖҮҮД: а. цэсний ерөнхий сувгийн өргөсөлт б. цэсний хүүдийн томролт в. элэгний доторх цэсний сувгийн өргөсөлт г. нойр булчирхайн толгой, их бие, сүүл хэсэгт хуурамч уйланхай үүсэх д. хэвлийн гол судасны лимфийн булчирхай томрох е. дэлүү томрох

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

Хүснэгт 2
Нойр булчирхайн хорт хавдрын компьютерт томографийн шинж тэмдгүүд

№	Компьютерт томографийн шинж тэмдгүүд	Тоо	Хувь	±м
Байрлал	Нойр булчирхайн толгойд	13	46.6	8.7
	Нойр булчирхайн их биед			
	Нойр булчирхайг нэлэнхүйд нь хамарсан			
	Нойр булчирхайн сүүлд			
Дүрс	Дугариг	5	15.6	4.3
	Зууван			
	Зөв биш			
Хэмжээ	2 см	10	31.3	8.2
	2.1 – 3 см			
	3.1 см –ээс их			
Нягтрал	Хэвийн	2	6.3	4.3
	Ихэссэн			
	Буурсан			
	Холимог			
Хил хязгаар	Тэгш бус	21	65.6	8.4
	Тэгш			
	Тод бус			
	Тод			
Нойр булчирхайн хорт хавдрын эргэн тойрны өөхлөг эд	Ялгаран харагдах	8	25.0	7.7
	Ялгаран харагдахгүй			
Тодосгогч бодис тарьсны дараа хавдрын нягтрал	Өөрчлөгдөхгүй	7	21.9	7.3
	Жигд ихсэх			
	Жигд бус ихсэх			
Элэгний доторх цэсний сувгийн өргөсөлт	Илэрсэн	13	46.6	8.7
	Илрээгүй			
Цэсний ерөнхий сувгийн өргөсөлт	Илэрсэн	21	65.6	8.4
	Илрээгүй			
Цэсний хүүдийн хэмжээ	Хэвийн	7	21.8	7.3
	Томорсон			
	Багассан			
Нойр булчирхайн толгой, их бие, сүүл хэсэгт хуурамч уйланхай	Үүссэн	8	25.0	7.7
	Үүсээгүй			
Хэвлийн гол судасны лимфийн булчирхай	Томорсон	17	53.1	8.5
	Томроогүй			
Дэлүү	Томорсон	11	34.4	8.4
	Томроогүй			
БҮГД		32	100	-

Хүснэгт 2-оос үзэхэд нойр булчирхайн хорт хавдрын дүрс зөв биш ($P<0.001$), хавдрын хэмжээ 2.1 см-ээс их ($P<0.001$), хавдрын нягтрал буурсан ($P<0.05$), хавдрын хил хязгаар тэгш бус, тод ($P<0.001$), нойр булчирхайн хавдрын эргэн тойрон өөхлөг эд харагдахгүй ($P<0.001$), тодосгогч бодис тарьсны дараа хавдрын нягтрал жигд ихсэх ($P<0.001$), цэсний ерөнхий сувгийн өргөсөлт ($P<0.05$), цэсний хүүдий томорсон ($P<0.05$) шинжүүд статистикийн үнэн магадлалтай байна.

Бид өөрсдийн судалгаанд үндэслэн нойр булчирхайн хорт хавдрын компьютерт томографийн шинж тэмдгүүдийг оношлогооны ач холбогдлыг нь харгалзан үндсэн ба туслах шинжүүд гэж хуваасан. Үүнд: ҮНДСЭН ШИНЖҮҮД: а. хорт хавдрын дүрс зөв биш б. хорт хавдрын байрлал янз бүр в. хорт хавдрын хэмжээ 2.1 см-ээс их г. хорт хавдрын нягтрал буурсан д. хорт хавдрын хил хязгаар тэгш бус, тод е. хорт хавдрын эргэн тойрны өөхлөг эд ялгаран харагдахгүй ё. тодосгогч бодис тарьсны дараа хорт хавдрын нягтрал жигд ихсэх ТУСЛАХ

ШИНЖҮҮД: а. цөсний ерөнхий сувгийн өргөсөлт б. цөсний хүүдийн томролт в. элэгний доторх цөсний сувгийн өргөсөлт г. нойр булчирхайд хуурамч уйланхай үүсэх д. хэвлийн гол судасны лимфийн булчирхай томрох е. дэлүү томрох

Судалгааны ажлын хэлцэмж. В.Н.Демидов., Г.П.Сидоров (1987)-ын судалгаагаар нойр булчирхайн хорт хавдрын 50-80% нь нойр булчирхайн толгойд тохиолдоно гэсэн бол бидний судалгаагаар нойр булчирхайн толгойд 45.7%±8.4 тохиолдож байна.

Нойр булчирхайн хавдар 25,0% ± 7,7 - д нойр булчирхайн их биед, 15,6%±4,3-д сүүлд байрлаж буй нь Н.Н.Блохин ба бусад (1982) судлаачдынхаас их, 40,6%±8,7-д толгойд байрлаж буй нь Н.Н.Блохин ба бусад (1982) судлаачдынхаас бага байна.

3,1%-д нойр булчирхайн хорт хавдар 2 см хүртэл, 6,3%±4,3-д хорт хавдрын нягтрал нойр булчирхайн нягтралаас ялгагдахгүй байгаа нь хорт хавдар жижиг, хорт хавдрын нягтрал нойр булчирхайн цуллагийн нягтралаас ялгагдахгүй, нойр булчирхайн аль нэг хэсэг томроогүй үед компьютерт томографиар нойр булчирхайн хорт хавдрыг оношлох боломжгүй гэсэн J.R.Наага., N.E.Reich (1978); Р.И.Габуния., Е.К.Колесникова (1995) нарын дүгнэлтийг баталж байна.

65,6%±8,4-д тодосгогч бодис тарьсны дараа нойр булчирхайн хавдрын нягтрал жигд ихсэж буй нь J.R.Наага., R.J.Alfidi., T.R.Naulilla (1977) нарын дүгнэлттэй дүйж байна.

75,0%±7,7-д нойр булчирхайн хавдрын эргэн тойрны өөхлөг эд ялгаран харагдахгүй байгаа нь J.R.Наага., R.J.Alfidi ба бусад (1976) нарын дүгнэлттэй ойролцоо байна.

Дүгнэлт

1. Нойр булчирхайн хорт хавдрын үед компьютерт томографиар 62.5%±8.6-д хорт хавдрын хэлбэр зөв биш, хил хязгаар тод ба тодосгогч бодис тарьсны дараа хавдрын нягтрал жигд ихсэх, 96.9% ± 3.1-д хорт хавдрын хэмжээ 2.1 см-ээс их, 65.6%±8.4-д хорт хавдрын хил хязгаар тэгш бус, 46.9%±8.8-д хорт хавдрын нягтрал буурсан, 75.0%±7.7-д хорт хавдрын эргэн тойрны өөхлөг эд ялгаран харагдахгүй үндсэн шинж тэмдгүүд илэрдгийг тогтоов.

2. Нойр булчирхай дахь голомтот өөрчлөлтийн байрлал, хэлбэр, хэмжээ, тоо, хил хязгаар, бүтэц, нягтрал, тодосгогч бодис тарьсны дараах нягтрал, уйланхайт өөрчлөлтүүд, цөсний хүүдий, дэлүү ба хэвлийн гол судасны лимфийн булчирхайнууд томрох, цөсний ерөнхий ба элэгний доторх цөсний сувгийн өргөсөлт нь нойр булчирхайн хорт хавдрын оношлогооны гол шалгуур үзүүлэлт болох нь тогтоогдов.

3. Нойр булчирхайн хорт хавдрыг хэт авиан ба компьютерт томографийн шинж тэмдгүүдээр оношлох ба ялган оношлох асуудлыг судалснаар

эмчилгээний асуудлыг цаг алдахгүй шийдвэрлэхэд ач холбогдолтой байна.

Ном зүй.

1. Бабичев С.И., Калантарев К.Д., Скоругский И.А., Давитадзе Ш.А. Ультразвуковая диагностика хирургических заболеваний печени, желчных путей и поджелудочной железы. - Хирургия. -1981. - № 10. -с.70-75.

2. Бадамсэд Ц., Цэрэндаш Б., Туяа С. Монгол хүмүүсийн элэг ба цөсний замын хэт авиан шинжилгээний лавламж. -"Монголын анагаах ухаан" сэтгүүл: - Улаанбаатар хот. -2000 он. -№ 2 /111/. -х. 6-7.

3. Бадамсэд Ц., Цэрэндаш Б. Монгол хүний дотор эрхтний венийн голчийн лавламж хэмжээ. -Монгол улсын ашигтай загварын гэрчилгээ. - № 30. -Улаанбаатар хот. -2000 он.

4. Бадамсэд Ц., Цэрэндаш Б. Монгол хүмүүсийн нойр булчирхайн хэт авиан шинжилгээний лавламж. - Монгол улсын ашигтай загварын гэрчилгээ - № 202. - Улаанбаатар хот. - 2000 он.

5. Бадамсэд Ц., Цэрэндаш Б., Баярчимэг Б. Монгол хүний нойр булчирхайн хэт авиан шинжилгээний лавламж хэмжээ. -"Монголын анагаах ухаан" сэтгүүл. -Улаанбаатар хот. -2001 он. - № 3 /116/. -х. 7-9.

6. Бадамсэд Ц., Цэрэндаш Б., Баярчимэг Б., Наранцэцэг С. Монгол хүний дэлүүний хэт авиан шинжилгээний лавламж хэмжээ. -"Монголын анагаах ухаан" сэтгүүл. -Улаанбаатар хот. -2001 он. -№ 4 /117/. -х. 16-17.

7. Бадамсэд Ц., Цэрэндаш Б. Монгол хүний дэлүүний хэт авиан шинжилгээний лавламж хэмжээс. -Монгол улсын ашигтай загварын гэрчилгээ. - № 360. -Улаанбаатар хот. -2001 он.

8. Бадамсэд Ц., Нарантуяа Т. Нойр булчирхайн хорт хавдрыг оношлох арга. -Монгол улсын ашигтай загварын гэрчилгээ. -№ 557. - Улаанбаатар хот. -2002 он.

9. Бадамсэд Ц., Пүрэв Р., Нарантуяа Т., Онхуудай П., Лхагвасүрэн Д., Болормаа Д. Нойр булчирхайн хорт хавдрын компьютер томографи оношлогоо. -П.Н.Шастины нэрэмжит Клиникийн төв эмнэлэг. АУИС. -Нойр булчирхайн эмгэгийн оношлогоо эмчилгээг боловсронгуй болгох асуудалд - ном. -Улаанбаатар хот. -2002 он. -х. 73-77.

10. Бадамсэд Ц., Нарантуяа Т. Нойр булчирхайн эмгэгүүдийн хэт авиан шинж тэмдгүүд. -Анагаах Ухааны Үндэсний Хүрээлэн. -КЛИНИКИЙН ЛЕКЦҮҮД сэтгүүл. -Улаанбаатар хот. - № 02. -Улаанбаатар хот. -2002 он. -х. 93-96.

11. Бадамсэд Ц., Пүрэв Р., Нарантуяа Т. Нойр булчирхайн эмгэгүүдийн рентген компьютерны томографи оношлогоо. -Анагаах Ухааны Үндэсний Хүрээлэн. -КЛИНИКИЙН ЛЕКЦҮҮД сэтгүүл. - Улаанбаатар хот. -№ 02. -2002 он. -х. 96-100.

12. Бадамсэд Ц., Пүрэв Р., Нарантуяа Т., Онхуудай П., Лхагвасүрэн Д., Болормаа Д., Сайнжаргал А., Дуламсүрэн Т., Баярмаа Д. Нойр булчирхайн хорт хавдрын компьютер томографи шинж тэмдгүүд. -У.К.Т.Э. -Онол практикийн бага хурлын илтгэлийн хураангуй. -Улаанбаатар хот. -2002 он. -№ 27. -х. 88-90.
13. Бадамсэд Ц., Пүрэв Р. Нойр булчирхайн хорт хавдрын компьютерт томографи оношлогооны асуудалд. -П.Н.Шастины нэрэмжит Клиникийн төв эмнэлэг. Элэг судлал төв. Хүнс биотехнологийн сургууль. -Элэг судлалын төвийн онол-практикийн III бага хурал. -Улаанбаатар хот. -2003 он. -х. 6.
14. Бадамсэд Ц. Нойр булчирхайн үрэвсэл ба хорт хавдрын компьютерт томографийн шинж тэмдгүүд. -Эрүүл мэндийн яам. Академич Т.Шагдарсүрэнгийн нэрэмжит Анагаах Ухааны Хүрээлэн. -ЭРДМИЙН БИЧИГ (№ 5) сэтгүүл. -Улаанбаатар хот. -2003 он. -х. 82-87.
15. Габуния Р.И., Колесникова Е.К. Компьютерная томография в клинической диагностике. -М.: Медицина.-1995. -с. 159-169..
16. Гранов.А.М., Тютин.Л.А., Березин.С.М. Диагностические возможности магнитно-резонансной холангиопанкреатографии.-Вестник рентгенологии и радиологии. -1999. -№4 -с. 42-45.
17. Делягин В.М ба бусад. Способ диагностики заболеваний поджелудочной железы. -а.с. 1502010 Открытия, изобретения. -М.: -1989.31.20.
18. Демидов В.Н. Ультразвуковая эхография поджелудочной железы. -Клиническая медицина. -1981. -№ 1. -с. 33-35.
19. Дергачев А.И. Ультразвуковая диагностика заболеваний внутренних органов. -1995. -с. 168-170. 210-213.
20. Кишковский А.Н., Мелехов Е.П., Белов А.Ф., Духовский А.И. Компьютерная томография в дифференциальной диагностике заболеваний билиопанкреатодуоденальной области. -Вестник рентгенологии и радиологии. -1991. -№2. -с.23-28.
21. Клиническая ультразвуковая диагностика. Руководство для врачей. - Под редакцией проф. Н.М.Мухарлямова. -В двух томах. -Том 2. - М.: Медицина. -1987. -с. 42-43.
22. Кубышкин В.А., Вишневский А.Т., Айрапетян Г.Г., Кармазановский Г.И., Кунцевич Г.И. Дифференциальная диагностика рака головки поджелудочной железы. -Хирургия. -2000.- №11. -с.19-23.
23. Медведев В.Е.,Тарасюк Б.А., Семенютин П.П., Дъяченко В.В. Методика подготовки больных к эхографий поджелудочной железы. - Клиническая хирургия. -1981. - № 11. -с.42-43.
24. Мишин В.Ю. Компьютерная томография и ультразвуковое исследование в диагностике и лечении заболеваний поджелудочной железы. -Вестник рентгенологии и радиологии. -1997.- №5. -с.21-24.
25. Нарантуяа Т., Бадамсэд Б., Онхуудай П. Нойр булчирхайн хавдрын хэт авиан шинж тэмдгүүдийг судлах асуудалд. -АУИС. -"ЭРДЭМ-2003". -Докторантур-Магистрантурын онол-практикийн бага хурлын илтгэлийн хураангуй. -Улаанбаатар хот. -2003 он. -х.163.
26. Нарантуяа Т. Нойр булчирхайн үрэвсэл, хорт хавдрын хэт авиан ба компьютерт томографи оношлогооны асуудалд. -Анагаах ухааны магистрийн зэрэг горилж бичсэн тезис. -Улаанбаатар хот. -2003 он. -х. 8-13. 31-37.
27. Онхуудай П. Нойр булчирхай. -Дүрслэл оношлогоо ном. -Улаанбаатар хот . -1993 он. -х. 75-78. 95-97.
28. Онхуудай П. Нойр булчирхайн өвчин. -Дүрслэл оношлогоо сонголт, дэс дараалал ном. -Улаанбаатар хот. -2000 он. -х. 54-56.
29. Онхуудай П., Д.Гончигсүрэн. Рентгенологи Радиологи ном. -Улаанбаатар хот. -2002 он. -х. 151-152. 257-263.
30. Орлов Л.П. Ультразвуковая семиотика заболеваний поджелудочной железы. -Вестник рентгенологии и радиологии. -1987. -№ 1. -с.54-58.
31. Писарев А.Г., Дворяковский И.В. Ультразвуковые критерии исследования поджелудочной железы и здоровые детей. - Вопросы охраны матеры. -1982. -№ 3. -с.18-21.
32. Портной.Л.М., Араблинский.А.В. Лучевая диагностика заболеваний поджелудочной железы. -Рос. журн. Гастроэнтерологий, гепатологий, колопроктологий. -1994. -т.4 -с.99-105
33. Портной Л.М.,Н.Л.Рослов. Ультразвуковая и рентгеновская компьютерная томография в диагностике заболеваний органов брюшной полости и забрюшинного пространства. -Вестник рентгенологии и радиологии. -1990. - №1. - с.82-85.
34. Пүрэв Р., Бадамсэд Ц. Нойр булчирхайн үрэвсэл, уйланхай ба хавдрын рентген цахим тоолуурт томографи оношлогоо. -Дүрслэл оношлогоо сэтгүүл. -Улаанбаатар хот. -1996 он. - №1.-х.18-23.
35. Пхакадзе Е.Г. Комплексное применение рентгенорадиологических ультразвукового методов исследования в диагностике заболеваний поджелудочной железы. -Дисс. ...канд.мед.наук. -М. -1980. -25 с.
36. Руководство по ультразвуковой диагностике (Под редакцией П.Е.С.Пальмера). - всемирная организация здравоохранения Женева. -2000. -с.112-123.
37. Смагин В.Г., Минушкин О.Н., Орлова Л.П. Терапевтический архив. -1983. - № 12. -с. 46-50.
38. Стацук Г.А., Дуброва С.Э., Емельянова Л.Н., Трипатки С. Лучевая диагностика различных

форм острого панкреатита. -Вестник рентгенологии и радиологии. -1999. - №6. -с. 5-19.

39. Тодуа.Ф.И., Федоров.В.Д., Кузин.М.И. Компьютерная томография органов брюшной полости. -М: Медицина. -1991. -с.19-23. 176-227.

40. ХарченкоВ.П., ЛютфалиевТ.А, КундаМ.А. Современная комплексная диагностика панкреатобилиарного рака, осложненным синдромом желтухи. -Вестник рентгенологии и радиологии. -2000. - №4. -с.30-33.

41. Цэцгээ Ж., Туяа С. Нойр булчирхайн зарим өвчнийг чанд авиагаар оношлох асуудалд. -АУУХ. Гастроэнтерологийн Клиник. -Эрдэм шинжилгээний онол-практикийн бага хурлын илтгэлүүдийн хураангуй. -Улаанбаатар хот. -1996 он. -х. 31-32.

42. Черемисин В.М., Савелю В.Е., Аносов Н.А. Компьютерная томографическая диагностика острого панкреатита. - Вестн. Хир. -1994. -№1. -с. 21-26.

43. Энхбаяр Д., Бадамжав С., Долзодмаа Д. Нойр булчирхайг хэт авиагаар шинжлэх. - Монголын гастроэнтеролог эмч нарын нийгэмлэг. Монголын хэт авиан оношлогооны нийгэмлэг. Монголын радиологийн нийгэмлэг. -ОНОШ сэтгүүл. -Улаанбаатар хот. -1999 он. -№ 2.-х.36-37.

44. ЯковенкоА.В. Клиника, диагностика и лечение хронического панкреатита. - Клиническая медицина. -2001.- №9. -с.15-20.

45. Ambrose J.A.. Brit J. Radiol. -1973. -v. 46, -p.1023-1047.

46. Baltazar.E.J. et. al. - Radiology. -1994. -v.193. -p.297-306

47. Bulgim.O, Manning.A, Lintott.D, Axon.A. Brit.J. Radiol. -1987. -v. 60 №714. -p.543-546.

48. Doust B.D.,Maklad N.F.,Baum J.K. Ultrasound in Medicine. -New York. -1975. -vol. 12. -p.141-147.

49. Doust B.D. Ultrasonic examination of the pancreas. Radiol Elin. N. Amer. -1975. -vol. 13. -p.467-468.

50. Filly R.A., Londen S.S. J.clin. Ultrasound. -1979. -vol. 7. -№ 2. -p.121-124.

51. Folsch U.R. Munch Med. Wschr. -1988. -Bd 130. -№ 39. -p.678 -679.

52. Fontana C., Bolondil., Couti M. et al. Gul. -1976. -vol. 17. -№ 3.-p.228-234.

53. Freeny.P.S. Clin.Gastroent. -1984. -v.13. -p.791-818.

54. Genzaler A.C., Bradley E.L., Claments J.L. Amer. J. Reontgenol. -1976. -vol. 127. -№ 2. -p.315-317.

55. Gorsh B., Recter W.R. J.clin. Ultrasound. -1977. -vol. 5. - № 1. -p.25-29.

56. Haaga.J.R., Alfidi.R.J. et. al. Radiology. -1976. -v. 120. -p.589-595.

57. Haaga.J.R., Alfidi.R.J. Haulilla.T.R. Ibid. -1977. -v. 124. -p.723-730.

58. Haaga.J.R., Reich.N.E. Computed Tomography of abdominal abnormalities. St. Louis. 1978.

59. Munch R. Schweit. Med. Wschr. -1988. -Bd 118. №13.-p.478-487.

60. Perimuter G.S. Pancreas. In.Goldgerg B.B / ed/ abdominal gray-scale ultrasonography. New York. John Wiley and Sons. -1977. -p.167-213.

61. Weill F.S. Ultrasonography of digestive disease. -Saint Louis. -1978. -Ch. 22.

62. Wittenberg.G.J., Ferrussi.J.T. Gastroenterology -1978. -v. 74. -p.287-297.

Танилцаж, нийтлэх санал өгсөн:
Академич Н.Баасанжав

Зүрхний титэм судасны нөхөн сэргээх мэс заслын зарим үр дүн

Д.Цэгээнжав

Анагаах ухааны хүрээлэн

Анх 1899 онд Francois-Frank зүрхний ишеми өвчтэй (ЗИӨ) хүний цээжний симпатик мэдрэлийн зангилааг таслах санал дэвшүүлж, 1916 онд Jonnesco практикт нэвтрүүлсэнээр титэм судасны шууд бус мэс заслын арга, 1953 онд Италийн Торонто хотод William Mustard гүрээний артерийг титмийн артеритэй холбох мэс асал, 1957 онд Америкийн мэс засалч Bailey өөрчлөлт бүхий титмийн артерийн судсанд эндартерэктоми хийх зэрэг титмийн шууд мэс заслын олон арга бий болсон хэдий ч титэм судасны орчин үеийн мэс

заслын аргын эхлэлийг Оросын эрдэмтэн-мэс засалч В.И.Колесов тавьсан түүхтэй (2,6).

Тэрбээр 1964 онд цээжний дотор артерийг өөрчлөлт бүхий титмийн артерийн судастай холбох (маммаро-коронарный анастомоз) мэс заслыг дэлхийд анх удаа хийж, энэ хагалгаа нь цусны зохиомол эргэлтийн (ЦЗЭ) машин хэрэглэхгүйгээр хийснээрээ мини мэс заслын анхдагч болсон юм (2).

Манай оронд анх 1987 онд зүрхний ишеми өвчтэй (өвчтөн Д. 54 настай эрэгтэй) хүнд титмийн синусыг нарийсгах мэс засал хийсэн (Д.Цэгээнжав, Девятеярев, 1987) нь зүрхний ишеми өвчнийг мэс заслаар эмчлэх анхны оролдлого байсан юм.

Судалгаа, шинжилгээ

1997 онд бид (Н.Баасанжав, Д.Цэгээнжав) Австралийн профессор Alon Gale-тэй хамтран титэм судасны мэс заслыг анх удаа амжилттай хийсэн нь титэм судасны мэс засал хөгжих эхлэл болсон юм. Уламжлалт мэс заслын зэрэгцээ сүүлийн жилүүдэд Францын мэргэжилтнүүдийн хамт титэм судсыг судсан дотуурх аргаар тэлэх, стент цагариг тавих ажилбар амжилттай хийгдэх болсоноор манай оронд титэм судасны орчин үеийн эмчилгээний арга нэвтэрч зохих үр дүнд хүрч байна.

Судалгааны ажлын зорилго:

1. Титэм судасны мэс засалд өвчтөн сонгоход ямар шалгуур үзүүлэлт ашиглах

2. Титэм судасны уламжлалт мэс заслын аргыг судсан дотуурх ажилбартай харьцуулан судлах

Судалгааны ажлын арга зүй.

Титэм судасны мэс засал (ТСМЗ) хийлгэсэн өвчтнүүдийн зүрхний бахын эмнэлзүйн шинжийг үйл ажиллагааны Канадын ангилалын дагуу судалсны гадна зүрхний цахилгаан бичлэгийн (ЗЦБ) өөрчлөлт, ЭхоКГ-ийн шинжилгээгээр илэрсэн зүрхний агших чадварын үзүүлэлт, коронарографийн (КГ) шинжилгээгээр титмийн артерийн нарийслын зэргийг Ю.С.Петросян, Л.С.Зингерманы ангиллаар тогтоож титмийн аль нэг артери 50%-иас дээш нарийссан, зах хэсгийн судасны цусны урсгал чөлөөтэй байх тохиолдлыг мэс засал эмчилгээнд сонгох шалгуур үзүүлэлт болгон авсан бөгөөд биеийн ерөнхий байдал, хавсарсан бусад өвчинг харгалзан үзсэн юм. Титэм судасны мэс засалд өвчтөн сонгож, бэлтгэхдээ өөрсдийн боловсруулсан аргачлалыг мөрдлөг болгов (Эрүүл мэндийн яам, Анагаах ухааны хүрээлэн, 1988) аргачлалыг удирдамж болгов (5).

Бид зүрхний ишеми өвчний оношоор коронарографийн шинжилгээ хийлгэсэн 125 тохиолдлоос 37-79 насны (дундаж нас 53.64 ± 4.16), эрэгтэй 50 (94.3%), эмэгтэй 3 (5.6%) нийт 53 өвчтөнд титэм судасны цусны урсгалыг нөхөн сэргээх мэс ажилбар хийж, үр дүнд ажиглалт хийсэн юм. Уламжлалт мэс заслын аргаар 20(37.73%), судсан дотуурх аргаар титмийн артерийг тэлэх, стент тавих ажилбарыг 33(62.26%) тохиолдолд хийж, зарим үзүүлэлтэд харьцуулалт хийв.

Титмийн уламжлалт мэс заслын аргаар мэс засал хийхдээ гол судасны өгсөх хэсэг, өөрчлөлт бүхий титмийн артерийн хооронд өвчтний өөрийнх нь шилбэний венийн судас (vena saphena) 34 залгалтанд ашигласан бөгөөд ЗТА-ийн ХХУС-ы өөрчлөлт бүхий 8 тохиолдолд a.mammary interna sinistra-г ашигласан юм.

Титмийн уламжлалт мэс заслын арга хэрэглэхдээ дэлхий нийтэд баримталдаг нэгдсэн аргачлалын дагуу 18 тохиолдолд цусны зохиомол

эргэлт (ЦЗЭ)-ийн нөхцөлд цустай кардиоплеги хэрэглэн зүрхээ зогсоож, эхлээд доод залгалтыг пролеин 6/0 утсаар, дараа нь гол судасны урд хананд хийх дээд залгалтыг зүрхний титэм судасны пролеин 5/0 утсаар хажуу-үзүүрийн залгалт хийх аргачлалаар холболт хийсэн юм.

Зүүн титмийн артерийн (ЗТА) ховдол хоорондын урд салааны (ХХУС) дан болон тойрох салааны (ТС) хавсарсан нарийсал бүхий 6 тохиолдолд, Favalogo-ийн шарх тэлэгч ашиглан эхлээд a.mammary interna sinistra-г ялгаж, ЦЗЭ хэрэглэхгүйгээр агшиж байгаа зүрхэний ХХУС-ы нарийслын доод хэсэгт нээж, a.mammary interna-ийн үзүүрийг хажуу-үзүүрийн залгалтаар пролеин 6/0 утсаар залгалт хийсэн. Агшиж байгаа зүрхэнд ХХУС-г аль болох хөдөлгөөнгүй байлгахын тулд зориулалтын бичил шарх тэлэгч хэрэглэсэн болно.

Судсан дотуурх аргаар титмийн цусны урсгалыг нөхөн сэргээхдээ Францын эмч нарын аргачлалыг мөрдлөг болгосон болно (6). Энэ аргачлалын дагуу КГ-ийн шинжилгээ хийсний дараа ангиопластик хийж, стент тавих судсаа сонгож, эхлээд нарийссан судсаа баллон бүхий катетераар тэлж нээгээд дараа нь судасныхаа диаметр-т тохирсон стент оруулж суулгах аргачлалыг баримталсан.

Мэс заслын дараах үр дүнг зүрхний бахын хөдлөл арилсан буюу эрс багассан, ЗЦБ-т R шүдний далайц ихсэж, ST сегментийн хазайлт бууж хэвийн байдалд орох, ФВ нэмэгдсэн, тухайн өвчтний амьдрах ба хөдөлмөрлөх чадвар сайжирсан зэрэг үзүүлэлтээр дүгнэв.

Судалгааны ажлын үр дүн. Титмийн уламжлалт мэс засал хийлгэсэн тохиолдлын дундаж нас 49.95 ± 1.47 , судсан дотуурх аргаар мэс ажилбар хийлгэсэн тохиолдлынх 56.18 ± 1.9 байгаа нь мэс заслын дараа гарч болох хүндрэлийг тооцож, уламжлалт мэс засалд харьцангуй залуу насны хүмүүс авах, харин титэм судас тэлэх, стент тавих мэс ажилбарт ахимаг насны өвчтөнг авах зарчим баримтласантай холбоотой юм.

Титэм судасны мэс засал хийлгэсэн бүх тохиолдлын дунд эрсдэлийн зарим хүчин зүйл, эмнэлзүйн байдлыг судлаж үзсэн юм (Хүснэгт 1). Судалгаанаас үзэхэд зүрхний бахын тогтвортой хэлбэр 43(81.13%), тогтворгүй хэлбэрийн бах 10(18.86%), өмнө нь зүрхний шигдээсээр өвдсөн 35(66.03%) гипертони 24(45.28%), диабет 6(11.32%), олонхи нь буюу 73.58% нь зүрхний бахын YA III IV-д хамаарагдаж, ЭхоКГ-ийн шинжилгээгээр зүрхний агшилтын гол үзүүлэлт болох зүүн ховдлын шахалтын хувь (ФВ) дундажаар $49.78 \pm 1.9\%$ болж буурсан байлаа (Зүрхний булчингийн цусан хангамжийг нөхөн сэргээх мэс ажилбарт сонгол хийхдээ ФВ 35%-иас доош буураагүй тохиолдлыг авсан).

Коронарографийн шинжилгээгээр (КГ) титэм судасны цусны урсгалыг сэргээх мэс ажилбар хийгдсэн 53 өвчтөнд титмийн нийт 105 судас буюу нэг өвчтөнд дунджаар 1.98 судасны өөрчлөлттэй байлаа. Титэм судасны цусны урсгалыг үндсэн хоёр аргаар нөхөн сэргээсэн бүлгүүдийн хооронд ерөнхий шинж байдлын ялгаатай тал харагдахгүй байна.

Хүснэгт 1
Судалгаанд хамрагдсан тохиолдлын төлөв байдал

Ерөнхий шинж	Титэм судасны залгалт хийгдсэн		Ангиопластик Стент	
	п	%	п	%
Нэс	49.95±1.47		56.18±1.95	53.64±4.16
Зүрхний шигдээсээр өвдсөн	13 (65.0)		22 (66.66)	35 (66.03)
Тогтвортой хэлбэрийн бах	16 (80.0)		27 (81.81)	43 (81.13)
Тогтворгүй хэлбэрийн бах	4 (20.0)		6 (18.18)	10 (18.86)
Гипертони	7(35.0)		17 (51.51)	24 (45.28)
Диабет	2 (10.0)		4 (12.12)	6 (11.32)
Зүүн ховдлын ФВ	49.6±1.26		49.89±1.9	49.78 ± 2.88
Үйл ажиллагааны III, IV	16 (80.0)		23 (69.69)	39 (73.85)
Өөрчлөгдсөн судасны тоо	44 судас нэг хүнд 2.2		61 судас нэг хүнд 1.8	105 судас 1.98

ЗИӨ-тэй нийт 20 өвчтөнд уламжлалт аргаар ТСМЗ хийсэн бөгөөд тэдгээрт нийт 44 судасны өөрчлөлт илэрсэн бөгөөд 42 судсанд нь титмийн залгалт, нэг өвчтөнд дунджаар титмийн 2.1 судасны залгалт хийгдсэн байна. Тэдгээрийн дотор ЗТА-ийн ХХУС-ы залгалт 45.23%, ЗТА-ийн ТС-залгалт 14.28%, маргинал салаа 11.9%, диагонал салаа 2.38%, БТА-ийн залгалт 9.52%, ХХАС-ы залгалт 16.6% тус тус хийгдсэн байна. Нийт залгалтын дотор титмийн нэг судасны залгалт 30%, 2 судасных 35.0%, 3 судасных 25.0%, 4 судасны залгалт 10.0%-ийг эзэлж, олонхи тохиолдолд 2-3 судасны залгалт хийгдсэн байна (Хүснэгт 2).

Зүүн ба баруун титмийн үндсэн хоёр артерийн ай савын залгалтыг харьцуулан үзвэл титмийн нийт залгалтын 79.54% нь ЗТА-ийн судсанд, 20.45% нь БТА-ийн судсанд хийгдсэн байна. Үүнээс үзэхэд титэм судасны уламжлалт мэс засал ЗТА-ийн судсанд баруунаас 3.8 дахин олонтаа хийгдсэн байгаа нь ЗТА-ийн судсанд судас хатуурлын өөрчлөлт их тохиолддогтой холбоотой юм.

Бид титэм судасны 42 залгалтын 34(80.95%) тохиолдолд буюу дийлэнх олонхид өвчтний өөрийнх нь венийн судас (vena saphena), 8(19.04%) тохиолдолд a.mammary interna ашигласан юм.

Титэм судасны мэс засал хийлгэсэн 14 тохиолдолд ЦЗЭ-ийн нөхцөлд хийсэн бөгөөд ЦЗЭ-ийн үргэлжлэх дундаж хугацаа 97.66±6.4 минут, гол судас хавчсан дундаж хугацаа 58±3.2 минут байлаа. ЗТА-ийн ХХУС-ы дан ба хавсарсан өөрчлөлт бүхий 6 тохиолдолд ЦЗЭ хэрэглэхгүйгээр агшиж байгаа зүрхэнд титмийн залгалт хийгдсэн юм.

Титэм судасны нарийслыг судсан дотуурх аргаар тэлэх ба тэлсэн хэсэгтээ стент тавих

аргаар титэм судасны урсгалыг нөхөн сэргээх ажилбар 33 тохиолдлын өөрчлөлт бүхий 61 судасны 42 судсанд хийгдсэн байна. Үүнийг титмийн артерийн судас тус бүрээр авч үзвэл: БТА-ийн судсанд 19(45.23%), ЗТА-ийн ХХУС-д 17(40.47%), ТС-д(9.52%), диагонал салаанд 2(4.76%) тохиолдолд тавигдсан бөгөөд нэг өвчтөнд 2 стент тавигдсан тохиолдолд байлаа. Судсан дотуурх ажилбарын байдлаас үзэхэд баруун титмийн артерийн судсанд зүүнээсээ цөөн тохиолдлоор илүү тавигдсан байгаа ба бүх тохиолдлын 85.7%-ийг БТА, ЗТА-ийн ХХУС-д тавигдсан стент эзэлж байна (Хүснэгт 2).

Хүснэгт 2
Титэм судасны цусны урсгалыг нөхөн сэргээх мэс ажилбарын зарим үзүүлэлт

Титмийн артерийн үндсэн салаа	Гол судас-титмийн артерийн холболт		Ангиопластик стент		Нийт	
	Тохиолдол п. %	Судасны залгалт	Тохиолдол п. %	Мэс ажилбар	Тохиолдол п. %	Мэс засал
ЗТАБ	3 (0.8)	-	-	-	3 (2.85)	-
ХХУС	18 (40.9)	19 (45.23)	23 (37.7)	17 (40.47)	41 (38.04)	36 (42.86)
ТС	11 (25.0)	6 (14.28)	9 (14.75)	4 (9.52)	20 (18.04)	10 (11.9)
МС	-	5 (11.9)	1 (1.64)	-	5 (0.95)	5 (5.95)
ДС	3 (6.81)	1 (2.38)	5 (8.19)	2 (4.76)	6 (7.62)	3 (3.57)
БТА	8 (18.18)	7 (16.66)	23 (37.7)	19 (45.23)	31 (29.52)	28 (34.52)
ХХАС	1 (2.27)	4 (9.52)	-	-	4 (0.95)	4 (4.76)
Өөрчлөлттэй судас	44 судас (100.0)	42 (100.0)	61 судас (100.0)	42 (100.0)	105 судас (100.0)	84 (100.0)
Нэг өвчтөнд	2.2	2.1 залгалт	1.8	1.3 судас	1.9	1.7 мэс
Үр дүн		80.0%		88.4%		83.4%

Тайлбар:

ЗТАБ зүүн титмийн артерийн багц
ХХУС ховдол хоорондын урд салаа
ТС тойрох салаа
МС маргинал салаа
ДС диагонал салаа
БТА баруун титмийн артери
ХХАС ховдол хоорондын арын салаа

Титэм судасны цусны урсгалыг нөхөн сэргээх мэс засал хийгдсэн бүх тохиолдлын титмийн артерийн судас хатуурлын улмаас үүссэн нарийслын зэргийг титмийн үндсэн салаа тус бүрд судлаж үзэхэд титмийн артерийн аль нэг салаа < 50% нарийсалтай тохиолдол 3.8%, 51-74%-ийн нарийсал 16.19%, >75% нарийсал бүх тохиолдлын 80%-ийг эзэлж байгаа бөгөөд тэдгээрийн дотор судасны бүрэн бөглөрөл 20% байлаа (Хүснэгт 3). Үүнээс үзэхэд титмийн артерийн нэлээд хүнд хэлбэрийн өөрчлөлттэй хүмүүс зүрхний булчингийн цусан хангамжийг нөхөн сэргээх мэс ажилбарт сонгогдсон байна.

Титэм судасны цусны урсгалыг нөхөн сэргээсэн тохиолдлын дотор нэг судасных 64.15%, хоёр судасных 20.75%, гурван судасных 11.32%, дөрвөн судасных 3.77%-ийг эзэлж олонхи тохиолдолд титмийн нэг судасны мэс ажилбар хийгдсэн байна.

Хүснэгт 3
Титэм судасны нарийслын зэрэг

Титмийн артерийн үндсэн салаа	Титмийн артерийн нарийслын зэрэг (%)				Бүгд
	< 50	51-74	75-99	Бөгөөрөл	
ЗТАБ	-	-	3	-	3 (2.85)
ХХУС	1	6	27	7	41 (39.05)
ТС	2	4	9	5	20 (19.05)
МС	-	-	-	1	1 (0.95)
ДС	-	4	4	-	8 (7.82)
БТА	1	3	19	5	28 (26.66)
АХС	-	-	1	1	2 (1.9)
ХХАС	-	-	-	2	2 (1.9)
Бүгд	4 (3.8)	17 (16.19)	63 (60.0)	21 (20.0)	105 (100.0)

Хэлцэмж:

ДЭМБ-ын тооцоолсноор аль ч улс орны нэг сая хүн ам тутамд 500 хүнд титэм судасны мэс засал хийх шаардлагатай гэж үздэг (Л.А.Бокерия., 1995.В.С.Работников, 1999) Бидний ажиглалт судалгаагаар КГ-ийн шинжилгээ хийлгэсэн бүх тохиолдлын 87.5% нь титмийн 1-4 титэм судасны нарийсалттай байгаа нь ТСМЗ хийлгэх шаардлагатай хүмүүс манайд цөөнгүй байдгийг харуулж байна (5).

Титэм судасны цусны урсгалыг уламжлалт мэс заслын болон судсан дотуурх аргаар сэргээсэн хоёр бүлгийн хооронд зүрхний бахын онцлог, зарим эрсдэлийн хүчин зүйл болох гипертони, чихрийн шижин, ФВ-ын өөрчлөлтийн ялгаа харагдахгүй байгаа ба харин уламжлалт мэс засал хийлгэсэн тохиолдлын дундаж нас 49.95 ± 1.47 байгаа нь энэ бүлэгт настай хүмүүсийг сонгоогүйтэй холбоотой. Нөгөө талаар зүүн ховдлын ФВ-ын хэвийн үзүүлэлтээс 10.7%-иар буурсан байгаа нь титэм судасны хатуурлын улмаас зүрхний агших чадварын үзүүлэлт илэрхий буурдгийг харуулж байна.

Уламжлалт мэс засал ЗТА-ийн ХХУС-д хамгийн олон буюу 45.23%-ийг эзэлж байхад БТА-ийн залгалт 26.19%-ийг эзэлж байгаа нь титмийн зүүн салаанд судас хатуурал, бусад салаанаас илүү үүсдэгтэй холбоотой бөгөөд энэ нь ЗТА-ийн анатомын онцлог, зүүн ховдлын физиолог ачаалал их байдгаар тайлбарлаж болох юм. Судсан дотуурх аргаар титэм судсыг тэлж, стент тавих ажилбар зүүн ба баруун титмийн судсанд ойролцоо байгаа боловч БТА-ийн судсанд олон хийгдэх хандлага байна. Үүнээс үүдэн уламжлалт мэс засал ЗТА-ийн судсанд, судсан дотуурх эмчилгээ баруун титэм судсанд илүү хийгддэг байж болох бөгөөд энэ нь БТА-ийн судсанд стент тавих нь зүүнээсээ илүү дөхөм байдагтай ч холбоотой байж болох юм.

Уламжлалт мэс заслын 60% нь 2-3 судсанд хийгдсэн байхад судсан дотуурх мэс ажилбарын 84.85% нь титмийн зөвхөн нэг судсанд хийгдсэн байна. Үүний шалтгаан нь судсан дотуурх мэс ажилбарт титмийн цөөн судасны өөрчлөлттэй тохиолдлыг, уламжлалт мэс заслын эмчилгээнд 2-р оос дээш судасны өөрчлөлттэй тохиолдлыг

сонгож авсантай холбоотой байж болох хэдий ч титмийн нэг судасны өөрчлөлттэй тохиолдолд шууд аргаар мэс засал хийхгүй, судсан дотуурх эмчилгээ хийх гэсэн нийтлэг зарчим барьдаг (5).

Бидний судалгаагаар уламжлалт мэс засал хийлгэсэн тохиолдлын өөрчлөлттэй нийт судасны 95.45%-ийг нөхөн сэргээсэн байхад судсан дотуурх аргаар өөрчлөлт бүхий нийт судасны 68.85%-ийг сэргээсэн байдлаас үзэхэд уламжлалт мэс заслын аргаар титмийн цусны урсгалыг нөхөн сэргээх боломж, судсан дотуурх аргаас илүү байдаг байж болох юм. Гэтэл бидний урьдчилсан судалгаагаар уламжлалт мэс заслын үр дүн 80.0%, судсан дотуурх эмчилгээний үр дүн 84.8% байгаагаас үзэхэд хоёр дахь арга нь эхний аргаасаа хүндрэл, нас баралт багатай нь харагдаж байна. Судсан дотуурх аргаар өөрчлөлт бүхий титмийн цусны урсгалыг нөхөн сэргээхэд судас хатуурлын явц, хугацаа, эмгэгийн байрлалын онцлогоос хамааран өөрчлөлттэй судас бүрт стент тавих боломжгүй бөгөөд ийм тохиолдолд шууд аргаар мэс засал хийхээс өөр аргагүй. Сүүлийн үед судлаачид (2.10) зүрхний булчингийн цусан хангамжийг аль болох бүрэн нөхөн сэргээх чиглэл барьж байгаа өнөө үед дээрх хоёр аргын аль нь илүү болох талаар олон судалгаа хийгдсэн боловч аль аль нь давуу болон сул талуудтай болохыг хүлээн зөвшөөрдөг хэдий ч судсан дотуурх аргаар титмийн цусан хангамжийг нөхөн сэргээх нь эдийн засгийн хувьд ч хямд, өвчтөндөө хүндрэл багатай учраас энэ чиглэл илүү хөгжих хандлага ажиглагдаж байна. Зарим мэс засалчид (2.3.7.9) шаардлагатай тохиолдолд дээрх хоёр аргыг хослон хэрэглэхийг зөвөлсөн байдаг. Ялангуяа титмийн мини мэс заслын чиглэл хөгжиж байгаатай холбоотойгоор титмийн зарим судасны нарийслыг судсан дотуурх аргаар тэлж, боломжгүйг нь мини мэс заслын аргаар цусны урсгалыг нөхөн сэргээж байна (11).

Титэм судасны уламжлалт мэс заслын арга нэвтэрч байгаагийн зэрэгцээ ЦЗЭ-гүй нөхцөлд буюу агшиж байгаа зүрхэнд 6 тохиолдолд титэм судасны залгалт хийгдэж, 8 тохиолдолд а.mammary interna-г титэм судасны залгалтанд хэрэглэсэн нь манай орны зүрх судасны мэс заслын практикт титмийн мини засал хөгжих эхлэл болж байгаагаараа чухал ач холбогдолтой юм.

Дүгнэлт:

1. Зүрхний титэм судасны цусны урсгалыг нөхөн сэргээх мэс засалд өвчтөн сонгохдоо тогтвортой ба тогтворгүй хэлбэрийн зүрхний бах, Зүрхний бахын Канадын ангилалаар YA III IV, зүрхний бичлэгийн ишемийн өөрчлөлт, зүрхний агших чадварын үзүүлэлт (ФВ) буурсан байх, аль нэг титэм судас 50%-иас дээш нарийссан байх зэрэг үзүүлэлтийг шалгуур үзүүлэлт болгоно.

2. Титмийн уламжлалт мэс засал хийлгэсэн тохиолдлын 60.0% нь титмийн 2-3 судсанд, судсан дотуурх эмчилгээ хийлгэсэн тохиолдлын 84.85% нь титмийн нэг судсанд цусны урсгалыг нөхөн сэргээсэн байдлаас үзэхэд титмийн олон судасны өөрчлөлтийн үед уламжлалт мэс заслын арга, нэг судасны өөрчлөлттэй тохиолдолд судсан дотуурх эмчилгээний аргыг хэрэглэх зарчим баримтлах нь зүйтэй.

3. Титэм судасны цусны урсгалыг нөхөн сэргээх уламжлалт мэс заслын болон судсан дотуурх эмчилгээний аргыг өөрийн орны нөхцөлд ижил түвшинд хөгжүүлэх боломжтой.

Ном зүй.

1. Белов Ю.В. Реконструктивная хирургия при ишемической болезни сердца. Дисс. Док. Мед. Наук. 1987.

2. Бокерия Л.А., Бершвили И.И., Сигаев И.В. Реваскуляризация миокарда, меняющиеся подходы и пути развития. Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. 1999. №6. с.102-112.

3. Князев М.Д., Кириченко А.А. Показания к хирургическому лечению при ишемической болезни сердца. Кардиология. 1982. №2. с.5-7.

4. Работников В.С., Фитилева Л.М., Иоселиана Д.Г., Керцман В.П., Василидзе Т.В. Хирургическое лечение ишемической болезни сердца. Методические рекомендации. М. 1985.

5. Д.Цэгээнжав. зүрхний титэм судасны цус тасалдал бүхий өвчтөнг мэс засалд сонгох,

бэлтгэх. Аргачилсан зөвлөмж. Эрүүл мэндийн яам. Анагаах ухааны хүрээлэн. 1988.

6. Д.Цэгээнжав. Зүрхний ишеми өвчтэй хүмүүсийг мэс засал эмчилгээнд сонгох асуудалд. ЭМЯ. АУУХ. Эрдмийн бичиг. №3. х.103-109. 2002

7. Acuff T.E., Landreneau R.J., Griffith B.P., Mack M.J. Minimally invasive coronary artery bypass grafting. Thorac. Surg. 1996. 61:135-137.

8. Ani C., Anyanwu., FRCS, Sharif AL-Ruzzeh., Shanej George, Rikin Patel., MRCS at all. Conversion to Off-Pump Coronary bypass without increased morbidity or change in practice. /United Kingdom/. The Annals of Thoracic Surgery. April. 2002. p.798-802.

9. Gruenzig A.R., Myler R.K., Hanna E.S., Turina M.I. Coronary transluminal angioplasty. Circulation 1997. V.III-84, Suppl III: 55-56.

10. Shelia C. Intermediate-term survival after coronary Artery Bypass Grafting. The Annals of Thoracic surgery. Official journal of the Society of Thoracic Surgical Association. Vol. 72, N6, P 2034-2037. 2001.

11. Velissaris T., tang A., jonas M., Ohri S. Haemodynamic changes during off-pump surgery. P852-853. European journal of Cardiothoracic surgery. Vol. 22. N5. 2002.

Танилцаж, нийтлэх санал өгсөн:
Академич Н.Баасанжав

Видеоларингостробоскопийн биопсийн оношлогооны асуудалд

Э.Баярмаа¹, А.Наранцацралт², С.Нэргүй²,
Д.Самбуупүрэв³, Л.Галцог¹

¹Эрүүл мэндийн шинжлэх ухааны их сургууль

²Улсын Клиникийн Төв Эмнэлэг

³Улсын Хавдар Судлалын Төв

Монгол хүн амын хорт хавдрын өвчлөлийн 100000 хүн амд ноогдох стандартчилсан дундаж үзүүлэлт 109.80, өвчлөлийн эхний 5 байранд элэгний анхдагч өмөн 44.57, ходоодны өмөн 16.17, уушгины өмөн 15.76, улаан хоолой өмөн 11.42, умайн хүзүүний өмөн 21.41 байна (Н.Нямдаваа, 1999)[2]. Монгол хүмүүсийн дунд архи, тамхи ихээр хэрэглэх, хот суурингийн агаарын бохирдолт, амьсгалын замын халдвар ихэссэнтэй холбоотойгоор төвөнхийн өмөн (ТӨ)-ийн өвчлөл жил ирэх тусам нэмэгдэж түүнийг эрт

илрүүлэн оношлож эмчлэх нь эмч, судлаачдын тулгамдсан асуудлын нэг болж байна. Оросын судлаачдынхаар (В.Т.Пальчун, 1997) амьсгалын дээд замын хавдруудаас 4% тохиолддог ТӨ нь 50-60 насны эрэгтэйчүүд (12.5:1) ба архаг тамхичдад тамхи татдаггүйчүүдээс 25 дахин илүү тохиолддог гэж үздэг (5). УКТЭ-ийн чих хамар хоолойн эмч Л.Бямбасүрэн нарын ТӨ оноштой 41 өвчтөнд (1997-2001) хийсэн судалгаанд 70.7% эрэгтэйчүүд, 97.5% тамхи тогтмол татдаг бөгөөд 92.9% хатуу тамхи хэрэглэдэг, 46.6% архийг ямар нэг хэмжээгээр уудаг нь илэрсэн байна (1). Улсын Хавдар Судлалын Төвийн толгой хүзүүний мэс заслын тасаг 1992 онд байгуулагдсанаас хойш ТӨ-ийн оношлогоо, эмчилгээний асуудал төвлөрч эдсийн түвшинд "эрт үеийн өмөн" илрүүлэх, мэс засал, туяа, хими эмчилгээ хийж байгаа боловч ойрын болон алсын үр дүнг тодорхойлох, олон

улсын түвшинтэй харьцуулсан тоймтой судалгааны ажил өнөөг хүртэл хийгдээгүй байна.

Төвөнхийн өмөнг эрт илрүүлэх боломж:

Төвөнх, дууны хөвчийн үйл ажиллагааны байдал, эмгэгийг шууд ба шууд биш тольдолт, микроларингоскопи, фиброскопи дурангийн аргуудаар оношлодог. Эдгээр аргууд нь дууны хөвчийн хэлбэлзэл, функц үйл ажиллагааг тодорхойлоход учир дутагдалтай байдаг [3,7]. Харин видеоларингостробоскопи нь эндостробоскоп (уян ба хатуу эндоскопи), видеосистемээс тогтоно. Энэ багажийн тусламжтайгаар төвөнх болон дууны хөвчийн эмгэгийг нүдээр харахаас гадна физиологийн хөдөлгөөнт үйл ажиллагааг телевизээр хянах, үрэвсэлт болон зангилаат эмгэгүүдээс биопси авч эд эсийн түвшинд ялган оношлох, жижиг мэс засал хийх, эмчлэх, нөхөн сэргээх зэрэг үйл ажиллагааг нэгэн зэрэг хийх тааламжтай нөхцөл фониатрийн шинжлэх ухаанд бүрдсэн байна [7,8]. Төрөлжсөн нарийн голчтой зүүгээр хатгалт хийж биопси авахад макро өөрчлөлтийг хэд дахин өсгөн томруулан өнгө, хэлбэр, хэмжээг телевизийн дэлгэцэн дээр харахаас гадна хатгалтын оновчтой эсэхийг хянах боломжийг дурангийн салбарын үсрэнгүй хөгжил бүрдүүлж байгаа билээ [7,8]. УКТЭ-ийн чих хамар хоолойн тасгийн харьяа фониаторийн тасагт 2001 оны 6 сард Япон Улсын буцалтгүй тусламж "Өвсний үндэс" хөтөлбөрийн хүрээнд KARL STORZENDOSKOPE фирмийн видеоларингостробоскопийн дурангийн аппарат суурилуулсан билээ. Энэ аппаратын тусламжтайгаар төвөнх болон дууны хөвчийн эмгэгүүдээс биопси авч төвөнхийн хорт хавдрын урьдал ба суурь эмгэгүүд болон "эрт үеийн өмөн" -г (T in situ NoMo, T1NoMo, T2 NoMo шатанд) эд, эсийн түвшинд ялган оношлох, дурангийн мэс заслаар эмчлэх, урьдчилан сэргийлэх, нөхөн сэргээх зэрэгт тааламжтай нөхцөл байдал бий болсон юм.

Судалгааны зорилго. Монгол хүний дууны хөвч болон төвөнхөд тохиолдож буй эмгэгээс видеоларингостробоскопийн аргаар биопси авч төвөнхийн өмөнгийн урьдал ба хавдар төст эмгэгүүдийг эд эсийн түвшинд ялган оношлох, эрт үеийн өмөн хавдрыг илрүүлэхэд судалгааны ажлын зорилго оршино.

Судалгааны материал, арга зүй. Бид УКТЭ-ийн фониатрийн тасагт 2002, 2003, 2004 оны эхний хагас жилд эмчлэгдсэн 173 өвчтөнд видеоларингостробоскопийн дурангаар биопси авч судалгаа хийсэн юм. KARL STORZ(Germany) фирмийн энэ аппарат нь 10 төрлийн хошуу(сери: 775100-778201) хийж шипцытэй, эдийн нягт, өнгө, ургалт, хэлбэр хэмжээнээс хамаарч хошууг солих зориулалттай бөгөөд биопси авах явцад диаметр нь 0,1-0,5 см бүхий эд өлгөгдөн авагдана, эдийг 10% формалины уусмалд хийж бэхжүүлнэ.

Судалгаанд хамрагсдын 94 (54.3%) эрэгтэй, 79 (45.7%) эмэгтэй хүйстэй 20-80 насны дундаж наслалт 50.7 байв. Судалгаанд хамрагдагсдыг насны ангиллаар авч үзэхэд 20-29 насанд 14 (8,09%), 30-39 насанд 29 (16.76%), 40-49 насанд 37 (21.38%), 50-59 насанд 51 (29.47%), 60-69 насанд 25 (14.45%), 70-79 насанд 15 (8.67%), 80-аас дээш 2 (1.15%) тус тус эзэлж байна. Судалгааг статистик боловсруулалтын SPSS-10 программаар хийж гүйцэтгэв.

Судалгааны ажлын үр дүнгээс:

Монгол улсад видеоларингостробоскопийн аппарат суурилуулсан нь төвөнх болон дууны хөвчийн эмгэгүүдийг ялган оношлох техникийн боломж бий болгож байна. Төвөнх болон дууны хөвчийг телевизийн дэлгэцэнд томруулан хөдөлгөөнтэй буюу хөдөлгөөнгүй хэлбэрээр харахад эмгэгтэй хэсэг нь дууны хөвчийн хэлбэлзэлд оролцохгүй байхаас гадна хэлбэр, дүрс өнгө нь ялгаран харагдана. Бидний судалгаанд хамрагсдын 17 (9.82%) хамрын хөндийн эмгэгтэй ба 156 (90.18%) төвөнх болон дууны хөвчийн эмгэгээс авсан биопси байлаа. Төвөнхийн эмгэгтэй 156 (90.18%) биопсийн материалыг хавдрын олон улсын гистологийн ангилалаар (4) авч үзвэл (Хүснэгт 1):

Хүснэгт 1

Төвөнхийн эмгэгүүд (2002-2004 он)

№	Эмгэгүүд	тоо	хувь
1	Гиперплази, лейкоплаки	3	1.92
2	Хавдар төст	26	16.6
3	Мезенхимийн хавдар	11	7.1
4	Архаг үрэвсэл	10	6.4
5	Папиллома	68	43.6
6	Карцинома	36	23.1
7	Оновчгүй авсан биопси	2	1.28
8	Бүгд	156	100

Хавдар төст эмгэг 26 (16.6%) илэрснээс: полип -18 (69.3%), уйланхай- киста 6 (23%), дуучны узель 2 (7.7%), хавдрын урьдал эмгэг гиперплази, лейкоплаки-3 (1.92%) эзэлж байна. Төвөнхийн архаг үрэвсэлтэй 10(6.4%) биопсийн 4 тохиолдолд төвөнхийн сүрьеэ илэрсэн байна. Сүрьеэ нь төвөнхийн ховдол ба утгуурын нугалаанд байдаг тунгалгийн булчирхайд илрэхээс гадна дууны хөвч дээр бас тохиолддог байна. Сүрьеэгийн төвгөр хавдартай андуурагдан оношлогдох явдал элбэг бөгөөд эмнэл зүйн хувьд ТӨ гэж оношлогдсон 3 биопсид голдоо ээдэмцэрт үхжилтэй түүнийг тойрсон лимфоцит ба эпители эстэй төстэй нэвчдэстэй, зарим хэсэгт Лангхансын аврага эс агуулсан мөхлөгөнцөр илэрснийг бид сүрьеэ гэж оношлосон юм. Төвөнх болон дууны хөвч дээрхи 0,1-0,5см диаметр багтаж буй хоргүй хавдрыг биопси авахын зэрэгцээ видеоларингостробоскопийн тусламжтайгаар бичил мэс засал 42 (89,3%) хийж авч байсан бөгөөд 3 тохиолдолд шархнаас цус алдах

шинж илэрсэн ч ноцтой хүндрэлд хүргээгүй билээ. Төвөнхийн хучуур эсийн болон завсрын эдийн гаралтай хоргүй хавдар 47 тохиолдол илэрснээс папиллома 36 (23.1%) оношлогдсон бөгөөд бага гаж хувирал (mild dysplazia) 15 (22.1%), дунд гаж хувирал (moderate dysplazia) 6 (8.8%), их гаж хувирал (severe dysplazia) буюу carcinoma in situ 9 (13.2%), архаг үрэвсэлтэй хавсарсан хэлбэр 17 (25%), гиперкератоз ба акантозтой хавсарсан хэлбэр 3 (4.4%) тус тус эзэлж байна.

Төвөнхийн өмөнтэй- (карцинома) 36 (23.1%) биопсийн 23 (63.9%) эрэгтэй, 13 (36.1%) нь эмэгтэйчүүд эзэлж байна. ТӨ- тэй хүмүүсийг насны хувьд авч үзвэл 35-39 насанд 1 (2.7%), 40-49 насанд 2(5.6%), 50-59 насанд 15(41.7%), 60-69 насанд 9(25%), 70-79 насанд 7(19.4%), 80-аас дээш насанд 2(5.6%) тус тус тохиолдсон байна. ТӨ нь олон давхар хавтгай хучуур эсээс бүрдсэн түрэг ургалттай хорт хавдар бөгөөд эсзүйн хувьд илэрхий хэвшинжгүй, хэт олон хэлбэрдэлтэй, гажигшилтай эсүүд, олон бөөмтэй аварга том болон нүцгэн бөөмүүд, эсийн олон тооны эмгэг хуваагдал бүхий шинж чанараар тодорхойлогдоно. Бидний судалгаанд төвөнхийн өмөн 35 (97.3%), булчирхайлаг өмөн-аденокарцинома 1 (2.7%) илэрсэн байна. ТӨ-г эсийн ялгаралын зэргээр авч үзвэл сайн ялгаралтай (I зэрэг) 19 (54.2%), дунд ялгаралтай (II зэрэг) 14 (40%), муу ялгаралтай өмөн (III зэрэг) 1 (2.9%) тус тус илэрсэн байна. УКТЭ-ийн чих хамар хоолойн тасагт видеоларингостробоскопийн аппарат суурилуулаагүй байхад хийгдэж байсан төвөнхийн биопсийн 1997, 1998, 1999 (эмгэг судлалын тайлангаас) онуудад оношлогдсон ТӨ ба хоргүй хавдрын үзүүлэлтийг фониаатрийн тасагт хийгдсэн биопсийн үзүүлэлттэй харьцуулан үзье (Хүснэгт 2, 3).

Хүснэгт 2

УКТЭ-ийн Чих хамар хоолойн тасгийн биопсийн тайлангаас

Хавдар	1997 он	1998 он	1999 он	Бүгд
Папиллома	15	8	2	25(66.8%)
Карцинома	4	9	6	19(43.18%)
Бүгд	19(43.1%)	17(38.6%)	8(18.18%)	44(100%)

Хүснэгт 3

Видеоларингостробоскопийн биопсийн дүнгээс

Хавдар	2002 он	2003 он	2004 I хагас	Бүгд
Папиллома	25	25	18	68(65.38%)
Карцинома	13	12	11	36(34.62%)
Бүгд	38(36.5%)	37(35.6%)	29(27.9%)	104(100%)

1997-1999 онуудад төвөнхийн хавдар 44 оношлогдсоноос 25(56.8%) папиллома, 19 (43.18%) карцинома оношлогдож байжээ. Видеостробоскопийн биопсийн шинжилгээ авч эхэлснээс хойш 2002-2004 оны эхний хагас жилийн байдлаар УКТЭ-ийн фониаатрийн тасагт

оношлогдсон 156 тохиолдлын 104 (Хүснэгт 3) төвөнхийн хучуур эсийн гаралтай хавдар байсан бөгөөд папиллома 68 (65.38%), карцинома 36 (34.62%) илэрсэн нь урьд жилүүдтэй харьцуулбал оношлолт 2.36 дахин ихэссэн бөгөөд оношийн зөрөө 10 (6.4%) гарах асуудал эрс багассан байна. Эмгэг гистологийн биопсийн шинжилгээний онош тавилтын үнэн магадлал 90% дээш байгаа нь видеоларингостробоскопийн биопсийн практик ач холбогдол өндөр байгааг харуулж байна.

Дүгнэлт

1. Видеостробоскопийн биопсийн шинжилгээний үр дүнд ТӨ -ийн урьдал эмгэг 3(1.92%), хавдар төст эмгэг 26 (16.6%), папиллома 68(43.6%), мезенхимийн хоргүй хавдар 11 (7%) оношлогдсоноос гадна 42(89.3%) нь амбулаторийн нөхцөлд хэсэг газрын мэдээ алдуулалтаар бичил мэс засал хийсэн нь оношлогоо эмчилгээний стандартыг боловсруулах шаардлага тулгарч буйг харуулж байна.

2. Төвөнхийн хавтгай хучуур эсийн гаралтай папиллома хавдрын 13.2% дисплази III зэрэг буюу carcinoma in situ үедээ оношлогдсон нь ТӨ-ийн эрт үеийн оношлогооны ач холбогдолтой бөгөөд карцинома хавдартай 35 тохиолдлын 63.9% эрэгтэйчүүд, 50-59 насныхан 41.7% эзэлж, 19(54.2%) өндөр ялгаралтай хавтгай эст өмөн оношлогдсон байна.

3. Видеоларингостробоскопийн аргаар авсан биопсийн шинжилгээний үр дүнд ТӨ ба папиллома хавдрын ялган оношлолт өмнөх 3 жилтэй харьцуулбал 2.36 дахин ихэссэн ба эмчилгээний асуудлыг цаг алдалгүй шийдвэрлэхэд чухал ач холбогдолтой, өртөг багатай оношлогоо эмчилгээний цогц арга болох нь батлагдаж байна.

Ном зүй.

1. Бямбасүрэн Л.,Баярсайхан А. Төвөнхийн хорт хавдрын шалтгаан эмнэл зүйн зарим асуудал. Эрдмийн бичиг №1 УКТЭ. 2001, х.154-157

2. Самбуупүрэв Д. Монголд зонхилон тохиолддог хорт хавдрын эрт үеийн оношзүй. 2002. УБ.х.66-77

3. Иванченко Г.Ф, Каримова Ф.С. Современные представления об этиологии, патогенезе, клинике, диагностики и лечении папилломатоза гортани. Вестник оториноларингологии 2000-1, с.44-48

4. Краевский Н.А, Смольяников А.В, Саркисов Д.С. Патолого-анатомическая диагностика опухолей человека. Руководство для врачей. Москва.Медицина 1993, с.143-146

5. Пальчун В.Т, Крюков А.И. Оториноларингология. Учебное издание.1997. Доброкачественные и злокачественные опухоли гортани. с.448-469

6. Соколов В.В, Кожанов Л.Г, Ольшанский В.О. Возможности эндоскопической хирургии в лечении стенозов гортани и трахей. Вестник оториноларингологии. 1995. № 4, с.11-12

7. Степанов Ю.Е. Видеозендотробокопическая хирургия нодозных образованиях гортани. Новости оториноларингологии и логопедии. 1997. №3, с. 67-68

8. Степанов Ю.Е, Швалов Н.В. Применение видеостробокопии для диагностики заболевания гортани. Санкт-Петербург 1998 г.

Танилцаж, нийтлэх санал өгсөн:
Анагаахын шинжлэх ухааны доктор,
дэд профессор Б.Эрдэнэчулуун

Хэвлийн гэмтэл, гэмтлийн дараах гялтангийн цочмог үрэвслийг оношлоход хэт авиа ба лапароскопийн аргуудын ач холбогдлыг харьцуулан судалсан дүн

Ц.Цабшир¹, Ё.Бодьхүү², Д.Гончигсүрэн³,
Д.Бархүү⁴, Н.Базарсад⁴, Л.Баярсайхан⁵

¹Анагаах ухааны коллеж -Дорноговь

²Анагаах ухааны хүрээлэн

³Эрүүл мэндийн шинжлэх ухааны их сургууль

⁴Гэмтэл согогийн сэргээн засалтын клиникийн эмнэлэг

⁵Нэгдсэн эмнэлэг-Дорноговь

Судлах үндэслэл. Манай улсад осол гэмтэл нь нас баралтын шалтгааны 3-р байр, хүн амын өвчлөлийн 5-р байрыг тус тус эзэлж байна(1). Осол гэмтэлд өртөгсөд эмнэлгийн шаардлагатай тусламж үйлчилгээг цаг тухайд нь авч чадахгүй, хожуу оношлогдсоноос хөдөлмөрийн чадвар бүрэн алдах, тахир дутуу болох тохиолдол улам ихсэх хандлагатай байгаагаас гадна эмнэлгийн яаралтай дуудлагын 40 орчим хувийг хөдөө орон нутгаас ирж буй осол гэмтлийн дуудлага эзэлж байна (2). Нийт гэмтлийн дотор хэвлийн гэмтэл нь 1,5-4%-г эзлэх боловч нас баралтын 10-57,5%-г эзэлж байгаа нь судлаачдын анхаарлыг татсаар байна (3,4,5).

Хэвлийн гэмтэлтэй өвчтөн шокийн байдалтай, согтуу, өвчин намдаах, тайвшруулах ба наркотик эм бэлдмэл хэрэглэсэн, хэвлийн гэмтэл нь бусад эрхтэн системийн гэмтэлтэй хавсарсан үед эрт хугацаанд оношлоход бэрхшээлтэй, гэмтлийн болон зовиур шаналгааны талаар анамнез авах боломж хязгаарлагдмал бөгөөд клиникийн туршлагатай эмч бодит үзлэгийг нягт нямбай хийсэн ч эрт, зөв оношлоход түвэгтэй байдаг учраас оношлогоонд лапароскопи, хэт авиа, лапароцинтез, компьютерийн томографи зэрэг багажийн шинжилгээг түлхүү ашиглах нь зүйтэй (7,8,10,11).

Хэвлийн гэмтэл нь гавал тархины гэмтэлтэй хавсарсан үед оношийн алдаа-16-30%, ухамсарт ухаан алдахад- 36,9%, согтуу үед- 40% тохиолдож байна (9).

Эмнэлзүйн шинж тэмдгүүд бүдэг, өвчтнөөс гэмтлийн болон зовиур шаналгааных нь талаар

анамнез авах боломж хязгаарлагдмал, оношийн алдаа их, нас баралт харьцангуй өндөр байгаа нь хэвлийн гэмтэл, гэмтлийн дараах гялтангийн цочмог үрэвслийг цаг алдалгүй эрт, зөв оношлох асуудал зайлшгүй шаардлагатайг харуулж байна.

Судалгааны зорилго. Хэвлийн гэмтэл, гэмтлийн дараах гялтангийн цочмог үрэвсэл (ГДГЦҮ)-г оношлоход хэт авиа (ХА) ба лапароскопи (ЛС)-ийн аргуудын ач холбогдлыг харьцуулан дүгнэх.

Судалгааны зорилтууд:

1.ХА ба ЛС-н аргуудын оношлогооны үр дүнг харьцуулан судлах

2.Хэвлийн гэмтэл, гэмтлийн дараах гялтангийн цочмог үрэвслийг эрт оношлоход ХА ба ЛС-н аргуудын ач холбогдлыг тодорхойлох

3.Оношлогооны дээрхи аргуудын хүндрэл, эсрэг заалтуудыг судлах

Судалгааны материал, аргачлал. Судалгааг ГССЗКЭ-н сэхээн амьдруулах, цээж хэвлийн тасаг, хэт авиан шинжилгээний кабинет, яаралтай мэс заслын тасаг, Дорноговь аймгийн нэгдсэн эмнэлгийн мэс засал, гэмтэл согогийн тасагт тус тус явуулсан.

Судалгаанд хэвлийн гэмтэл, ГДГЦҮ-тэй гэсэн оноштой 125 өвчтөн хамрагдсаны 65 тохиолдлыг хэт авиагаар, 60-г лапароскопигоор оношлосон. Судалгаанд хамрагдагсдын 84 (67,2%) эрэгтэй, 39 (32,8%) эмэгтэй, дундаж нас 31±9 байлаа.ХА-н оношлогоонд бид Солонгосын Sonoace -1500 аппаратын 3,5 МгЦ давтамжтай хэт авиа үүсгэн бүртгэгчийг, ЛС-н оношлогоонд Германы Carl-Storz маркийн аппарат тус тус ашигласан.

ХА ба ЛС-н аргуудыг гэмтсэн өвчтнөөс анамнез авч бодит үзлэгээр болон шаардлагатай тохиолдолд багажийн бусад шинжилгээ хийхэд эрт оношлох боломжгүй, онош эргэлзээтэй, хэвлийн хавсарсан гэмтэлтэй, II-III зэргийн шоктой, согтуу зэрэг тохиолдлуудад хэрэглэсэн.

Оношлогооны үр дүнг Bayes-н томъёоллоор мэдрэг, өвөрмөц,оновч чанарууд (15) болон оношийн алдаагаар тооцож, судалгааны

статистик боловсруулалтад SPSS-10 программыг ашиглан үнэн магадлалыг t-шалгуураар тогтоосон.

Үр дүн, хэлцэмж

1. Лапароскопигоор хэвлийн гэмтэл, ГДГЦҮ гэж оношлогдсон 60 өвчтнөөс 53(88,3%) тохиолдолд мэс ажилбараар лапароскопийн онош нь батлагдсан. Харин ЛС-р хэвлийн гэмтэлгүй гэж оношлогдсон 7 өвчтний 6 (10,0%)-д онош батлагдаж, 1(1,7%)-д хэвлийн эрхтний гэмтэл илэрч оношийн зөрөө гарсан (Хүснэгт 1).

ХА-н шинжилгээнд хамрагдсан 65 тохиолдлоос 50(76,9%)-д хэвлийн эрхтний гэмтэлтэй гэсэн онош тавигдсан нь мэс ажилбараар батлагдаж, гэмтэлгүй гэж оношлосон 15 тохиолдлоос 13(20,0%)-д онош батлагдаж, 2(3,1%)-д хэвлийн эрхтний гэмтэл илэрч оношийн зөрөө ажиглагдсан.

Хүснэгт 1

Оношлогооны аргуудыг оношлолтын байдлаар харьцуулсан нь

Оношлогооны аргууд	n	Оношлолтын байдал	
		Онош батлагдсан	Онош батлагдаагүй
Лапароскопи	60	53(88,3%)	1(1,7%)
Хэт авиа	65	63(86,9%)	2(3,1%)

P>0,05 оношлогооны аргууд хооронд харьцуулахад.

Хүснэгт 1-ээс харахад лапароскопи ба хэт авиа оношлогооны аргуудын хооронд оношийн алдааны байдлаар статистикийн үнэн магадлал бүхий ялгаа илрээгүй байна(P>0,05). Энэ нь дээрхи аргууд оношийн зөрөөний байдлаараа ойролцоо байгааг харуулж байна.

ЛС-н аргын оношлогооны үр дүнг Bayes-н томъёоллоор дүгнэхэд мэдрэг чанар-98,1%, өвөрмөц чанар-100,0%, оновч чанар-98,3% байхад ХА-н оношлогооны мэдрэг чанар-76,0%, өвөрмөц чанар-97,0%, оновч чанар-90,0% байна (Хүснэгт 2).

Хүснэгт 2

Оношлогооны аргуудын үр дүнг харьцуулсан байдал

Оношлогооны аргууд	n	Оношлогооны үр дүн (%)			
		Мэдрэг чанар	Өвөрмөц чанар	Оновч чанар	Оношийн алдаа
Лапароскопи	60	98,1	100,0	98,3	1,7
Хэт авиа	65	76,0	97,0	90,0	3,1

"P<0,05 оношлогооны аргуудыг хооронд харьцуулахад.

Дээрхи оношлогооны аргуудын үр дүнг харьцуулан судалж үзэхэд мэдрэг чанараар ЛС-н арга нь (98,1%) ХА-н аргаас (76,0%) статистикийн үнэн магадлал бүхий давуутай нь харагдаж байгаа боловч өвөрмөц болон оновч чанаруудаар эдгээр аргуудын хооронд үнэн магадтай ялгаа илрэхгүй буй нь дээрхи аргууд өвөрмөц болон оновч чанаруудаар ойролцоо байгааг харуулж байна.

2. Өвчтөн стационарт ирсэнээс хагалгаанд орох хүртэлх хугаацаагаар судлахад ЛС-р оношлогдсон өвчтний 60,4% нь эхний 3 цагт, 32,1% нь 4-6 цагт, 5,7% нь 7-12 цагт, 1,9% нь 12-с дээш цагт оношлогдон хагалгаанд хамрагдаж байгаа нь эрт хугацаанд мэс ажилбарт хамрагсдын хувь өндөр бөгөөд хагалгааны өмнөх хугацаа уртсах тусам мэс ажилбарт хамрагсдын хувь багасч байгаа нь ажиглагдлаа (Хүснэгт 3).

Харин ХА-р оношлогдсон өвчтний 13,7% нь эхний 3 цагт, 23,1% нь 4-6 цагт, 33,9% нь 7-12 цагт, 29,3% нь 12-с дээш цагт мэс ажилбарт хамрагдсан байна.

Хүснэгт 3

Оношлогооны аргуудын оношлолтын байдлыг хагалгааны өмнөх цагаар харьцуулсан нь

Оношлогооны аргууд	n	Хагалгааны өмнөх хугацаа (цаг)			
		0-3	4-6	7-12	12-с дээш
Лапароскопи	60	*60,4%	32,1%	*5,7%	*1,9%
Хэт авиа	65	*13,7%	23,1%	*33,9%	*29,3%

*P<0,05 оношлогооны аргууд хооронд харьцуулахад.

Оношлогооны аргуудын оношлолтын байдлыг хагалгааны өмнөх цагаар харьцуулан үзүүлсэн Хүснэгт-3-с харахад ЛС-ийн аргаар оношлоход эрт хугацаанд мэс ажилбарт оролт 60,4% байхад ХА-нд-13,7% буюу 4,4 дахин бага байгаа нь лапароскопийн арга нь хэвлийн гэмтэл, гэмтлийн дараах гялтангийн цочмог үрэвслийг эрт оношлоход хэт авиан оношлогооноос үнэн магад бүхий давуу үр дүнтэйг нотолж байна. Стационарт 4-6 цагт мэс ажилбарт орсон байдлыг судалж үзэхэд оношлогооны аргуудын хооронд үнэн магадлалтай ялгаа илэрсэнгүй (P>0,05).

Харин хожуу буюу 7-12 цагт мэс ажилбарт хамрагдсан өвчтөн ЛС-н аргад 5,7% байхад ХА-н аргад 33,9%, 12-с дээш цагт ЛС-д 1,9%, ХА-н аргад 29,3% байгаа нь лапароскопийн шинжилгээнд онош оройтолт хэт авиан шинжилгээнээс бага буйг харуулж байна.

Дээрхи байдлаас дүгнэхэд лапароскопийн арга нь хэвлийн гэмтэл, ГДГЦҮ-г эрт оношлох байдлаараа хэт авиан аргаас илүү үр дүнтэй байна (P <0.05).

ХА-р эрт оношлогдсон тохиолдлуудын зонхилох (88,9%) хувийг хэвлийн хөндийн цуллаг эрхтний болон давсагны гэмтэл эзэлж байгаа нь эдгээр эрхтнүүдийн гэмтлийг ХА-р эрт оношлох боломжтойг харуулж байна. ХА-р хожуу хугацаанд оношлогдсон тохиолдлуудыг 2-3 дахин давтан харалтаар оношлосон бөгөөд зонхилон (84,2%) ходоод, нарийн, бүдүүн гэдэсний гэмтлүүд эзэлж байсан нь эдгээр эрхтнүүдийн гэмтлийн эрт оношлогоонд ХА-н шинжилгээ ач холбогдол харьцангуй бага буйг нотолж байгаа бөгөөд дээрх тохиолдлуудад оношлогооны бусад аргуудыг сонгох нь зүйтэй юм. ХА оношлогоонд хамрагдсан

65 тохиолдлын 41(63,1%) нь ажлын бус цагаар стационарт ирсэнтэй холбоотой ХА-н оношлогооны эмч дуудагдан ирж шинжилгээ хийсэн нь хэт авиан оношлогооны хагалгааны өмнөх хугацаа уртсах, онош оройтох нэг шалтгаан болж байна.

3. Судалгааны явцад ХА-н оношлогоотой холбоотой ямар нэгэн хүндрэл ажиглагдсангүй, харин ЛС-н шинжилгээ хийхэд дараах хүндрэлүүд ажиглагдсан. Үүнд:

- Цээжний хөндийд хий хуралдах-1(1,7%)
- Амьсгалын дутагдлын болон гемодинамик алдагдлын шинжүүд нэмэгдэлт 14 (23,3%)
- Хэвлийн хөндийн эрхтнүүдэд шалгалт хийх явцад чацархайн болон элэгний шархнаас цус алдах 2 (3,3%)
- Арьсан дор хий хуралдах 2 (3,3%)

Бидний хийсэн ЛС-н шинжилгээний явцад гарсан хүндрэлүүдээс амьсгалын болон гемодинамик алдагдлын шинжүүд нэмэгдэлт 23,3% байгаа нь судалгаанд хамрагдагсдын дотор хэвлийн хөндийн олон эрхтний болон хавсарсан гэмтэлтэй, дунд болон хүнд зэргийн шоктой өвчтөн зонхилж байсантай холбоотой байв.

ХА оношлогоонд бид эсрэг заалт ажиглаагүй юм. Харин хэт тарган, гэдэсний саажилт ихтэй, хэвлийн урд хананы их хэмжээний цус хуралт, зөөлөн эдийн бэртэл няцралтай, арьсан дор хий хуралттай (эмфизема) тохиолдлуудад хэвлийн эрхтнүүдийн байдлыг бүрэн сайн тодорхойлох боломж хязгаарлагдмал байлаа.

ЛС-н шинжилгээг дараах тохиолдлуудад хийх боломжгүй байсан. Үүнд:

- өвчтөн өвчний төгсгөл үед ирсэн 8(28,6%)
- хэвлийн олон эрхтний болон хавсарсан гэмтлийн хүнд хэлбэрийн шокийн амь тэнссэн үе 12(42,9%)
- гэдэсний саажилт хэт их 5(17,85%)
- хэвлийн урд хананы мэс заслын дараах хуучин сорвижилт 3(10,7%)

Дээрх эмгэг байдлуудыг бид ЛС-н эсрэг заалтанд оруулсан юм.

Дүгнэлт

1. Лапароскопи ба хэт авиа оношлогооны аргуудыг хэвлийн гэмтэл, ГДГЦҮ-г оношлосон үр дүнгийн байдлаар нь харьцуулан судлахад лапароскопийн арга нь мэдрэг чанараараа хэт авиан аргаас илүү үр дүнтэй байна. Харин өвөрмөц, оновч чанар, оношийн алдааны байдлаараа оношлогооны дээрх аргууд ижил үр дүнтэй байна.

2. Хэвлийн гэмтэл, ГДГЦҮ-г эрт оношлох байдлаараа лапароскопийн арга нь хэт авиан аргаас илүү үр дүнтэй нь харагдав.

3. Хэвлийн ямарч гэмтлийг оношлоход хэт авиан арга нь хүндрэлгүй бөгөөд эсрэг заалт багатай байдлаараа лапароскопийн аргаас давуутай байна.

4. Хэвлийн гэмтэл, ГДГЦҮ-тэй өвчтөнд тусламж үзүүлдэг клиникийн томоохон эмнэлгүүдийн практикт эхосонаграфийн шинжилгээг 24 цагийн туршид хийгдэхээр зохион байгуулах шаардлагатай байна.

Лапароскопи ба хэт авиа оношлогооны аргуудыг хэвлийн гэмтэл, ГДГЦҮ-г цаг алдалгүй эрт оношлоход, ялангуяа клиник шинж тэмдэг бүдэг, өвчтөн олон эрхтний болон хавсарсан гэмтэлтэй, согтуу, ухаангүй, II-III зэргийн шоктой тохиолдлуудад түлхүү хэрэглэх шаардлагатай байна.

Ном зүй

1. Эрүүл мэндийн яам, эрүүл мэндийн үзүүлэлтүүд. 2001. х.13-16
2. Монгол улсын осол гэмтлийн үндэсний хөтөлбөр. 2002. х.32
3. Е.А Вагнер. Хирургия повреждении груди.1989.с.215.
4. С.З.Горшков., В.С Волков. Значение лапароскопии в диагностике закрытой травмы органов брюшной полости//Хирургия.-1976.-№3.-с.47-50.
5. Baker S.P., O' Neil., Haddon W. et.al. The Injury Severity Score: a method for describing patients with multiple injuries and evaluating emergency care. J. Trauma 1974; 14: 187-196.
6. Махов Н.Н и др.Диагностика и хирургическая тактика при закрытой травме живота//Хирургия.-1978.-№12.-с.72-77.
7. Цыбуляк Г.Н. Лечение тяжёлых и сочетанных повреждений.- СПб.: Гиппократ, 1995. 432с.
8. West J G ., Traunkley D D., Lin R C. Systems of trauma care; A study of two countries// Arch.Surg.,1979.Vol.114.-p.455.
9. И.З Козлов., В.С Волков., С.З Горшков.Повреждение живота.1988. с.224.
10. С.Д Шеянов., Н.Г Цыбуляк.Ранения и травмы живота:Современная диагностика и новые подходы в лечении.Вестн.хир.2001.№5.с.81-88.
11. Мухарлямова И.В." Клиническая ультразвуковая диагностика"1987.с.58-71.
12. P.E.S.Palmero. Diagnosis ultrasonographia.2000.p.-68-125.Warsaw.
13. Д.Гончигсүрэн, Г.Пүрэвсүрэн. Радиологийн оношлогооны зарим асуудал.1996.х.80-83.
14. A.Brown, B.Sirlin.Blunt abdominal trauma.J.Radiology.2001.№1.p.621-83.
15. Morrison J.E., Wisner D.H., Bodai B.I et al.complications after negative laparotomy for trauma: long-term follow-up in a Health Maintenance Organization.J.Trauma 1996:41:509.

Танилцаж, нийтлэх санал өгсөн:
Академич Н.Баасанжав

Цэргийн албан хаагчдын хөлийн хураагуур судасны өргөсөх өвчний оношлогоо ба мэс ажилбарыг боловсронгуй болгох асуудалд

Ц.Буянбат¹, Н.Баасанжав²

¹Төрийн Тусгай Албан Хаагчдын Нэгдсэн Эмнэлэг

²Академич Т.Шагдарсүрэнгийн нэрэмжит Анагаах Ухааны Хүрээлэн

Хүснэгт 2

Хөлийн хураагуур судасны өргөсөх өвчнөөр мэс ажилбар хийлгэгчдийн албан тушаал

№	Албан тушаал	Тохиолдлын тоо	Хувь	± m
1.	Хумуужуулагч	6	3,6	1,5
2.	Цэрэг	49	29,5	3,5
3.	Сувилгач	5	3,0	1,3
4.	Хуульч	11	6,6	1,9
5.	Малчин	2	1,2	0,9
6.	Тамирчин	1	0,6	0,6
7.	Механик	16	9,6	2,3
8.	Хөгжимчин	2	1,2	0,9
9.	Цагдаа	8	4,8	1,7
10.	Жолооч	17	10,2	2,4
11.	Гал сөнөөгч	2	1,2	0,9
12.	Будагчин	5	3,0	1,3
13.	Тракторчин	5	3,0	1,3
14.	Тогооч	12	7,2	2,0
15.	Бярилгачин	6	3,6	1,5
16.	Өвдөлчин	3	1,8	1,0
17.	Оюутан	2	1,2	0,9
18.	Эмч	3	1,8	1,0
19.	Багш	3	1,8	1,0
	Бүгд	166	100	

Хөлийн хураагуур судасны өргөсөх өвчний тархалт, клиник шинж тэмдгүүд, хэлбэрүүдийн талаар гадаадын (1-2, 4-9) болон манай судлаачид (3) судалгаа шинжилгээний ажил хийж ирсэн боловч, цэргийн албан хаагчдын дунд хөлийн хураагуур судасны өргөсөх онцлогийн талаар бие даан хийсэн судалгаа шинжилгээний ажил алга байна.

Судалгааны зорилго. Цэргийн албан хаагчдын хөлийн хураагуур судасны өргөсөх өвчнөөр мэс ажилбар хийлгэгчдийн нас, хүйс, албан тушаал, клиник шинж тэмдэг, хэлбэрүүд, флебографийн шинж тэмдэгүүд, сонгомол мэс ажилбарын аргуудын онцлогийг тогтооход оршино.

Судалгааны аргачлал. Бид 1988-2003 онуудад Төрийн тусгай албан хаагчдын нэгдсэн эмнэлгийн мэс заслын тасагт хөлийн хураагуур судасны өргөсөх өвчин оношоор мэс ажилбар хийлгэсэн 166 өвчтөнд тусгай боловсруулсан судалгааны аргачлалын дагуу судалгаа явуулсан.

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

Судалгааны үр дүн, хэлцэмж

Хүснэгт 1

Хөлийн хураагуур судасны өргөсөх өвчнөөр мэс ажилбар хийлгэгчдийн нас

Нас	Тохиолдлын тоо	Хувь	± m
19-23	65	39,2	3,7
24-28	37	22,3	3,2
29-33	16	9,6	2,3
34-38	11	6,6	2,0
39-43	15	9,0	2,2
44-48	7	4,2	1,6
49-53	4	2,4	1,2
54-58	5	3,0	1,3
59-63	2	1,2	0,9
64-68	4	2,4	1,2
Бүгд	166	100	

Хүснэгт 1-ээс үзэхэд хөлийн хураагуур судасны өргөсөх өвчнөөр мэс ажилбар хийлгэгчдийн дундаж нас 19-23 байгаа нь статистикийн үнэн магадлалтай байна ($P < 0.001$).

Хөлийн хураагуур судасны өргөсөх өвчин 20-30 насанд оношлогддог гэсэн М.Н.Кузин (1986); Р.П.Аскерханов (1999) нарын дүгнэлттэй дүйж байна.

Хүснэгт 2-оос үзэхэд хөлийн хураагуур судасны өргөсөх өвчнөөр мэс ажилбар хийлгэгчдийн албан тушаалыг авч үзэхэд цэрэг ($P < 0.001$), жолооч, механик, тогооч, хуульч ($P < 0.01$) нарт тохиолдож байгаа нь статистикийн үнэн магадлалтай байна.

Хүснэгт 3

Хөлийн хураагуур судасны өргөсөх өвчнөөр мэс ажилбар

№	Клиник шинж тэмдэгүүд	Тохиолдлын тоо	Хувь	± m
1.	Арьс загатнах	126	75,9	3,3
2.	Хөл чинэрч өвдөх	150	90,3	2,3
3.	Арьс хөлрөх	114	68,6	3,6
4.	Арьсны гуужилт	4	2,4	1,2
5.	Арьсны нөсөөт өөрчлөлт	68	40,9	3,8
6.	Тэжээлийн өөрчлөлт	4	2,4	1,2

Хүснэгт 3-аас үзэхэд хөлийн хураагуур судасны өргөсөх өвчнөөр мэс ажилбар хийлгэсэн 166 өвчтөний клиник шинж тэмдгүүдээс хөл чинэрч өвдөх ($P < 0.001$), арьс загатнах ($P < 0.05$) шинж тэмдгүүд статистикийн үнэн магадлалтай байна. Хөл чинэрч өвдөх, арьс загатнах, арьс хөлрөх, арьсны нөсөөт өөрчлөлт шинж тэмдгүүдийн илрэлт нь А.Н.Эйнгорны (1973) дүгнэлттэй ойролцоо байна.

Хүснэгт 4

Хөлийн хураагуур судас өргөсөх өвчний хэлбэрүүд

№	Хэлбэрүүд	Тохиолдлын тоо	Хувь	± m
1.	Могойн	32	19,2	3,1
2.	Зангилаат	3	1,8	1,0
3.	Бортого	17	10,2	2,3
4.	Халимог	114	68,6	3,6
	Бүгд	166	100	

Хүснэгт 4-өөс үзэхэд холимог ($P < 0.001$), могойн хэлбэр ($P < 0.05$) давамгайлж тохиолдож байна.

Хүснэгт 5

Хөлийн хураагуур судасны флебографийн шинж тэмдгүүд

№	Флебографийн шинж тэмдгүүд	Тоо	Хувь	± m
1.	Венийн судас өргөссөн	31	55,4	6,6
2.	Тахиралдсан	34	60,7	6,5
3.	Өргөсөн тахиралдсан	49	87,5	4,4
4.	Бүлэн үүссэн	9	16,07	4,9
5.	Артери венийн судас холилдох	3	5,3	2,9
6.	Гол судаснаас судаснууд салбарласан	38	67,5	6,2
7.	Судасны хана жигд бүс болох	24	48,8	6,6

Хүснэгт 5-аас үзэхэд судас өргөсөн тахиралдсан шинж нь статистикийн үнэн магадлалтай байна ($P < 0.05$).

Хүснэгт 6

Хөлийн хураагуур судасны өргөсөх өвчний үед хийгдсэн мэс ажилбарын аргууд

Хүйс	Энгийн арга						Хавсарсан арга											
	Бүлчлэн тус	Эр	Эм	Нарат	Бөбөк	Троянов-Грендленбург	Бүлчлэн тус	Эр	Эм	Нарат	Т.Н.К.С	Б.Н.К	Б.Н	Н.К.К.Л	Бөбөк/К	Т.Т.Б.Н	Т.Т.Б.Н.С	Кохер Клапп
Хувь	160	28,7	71,8	10	7,5	3,7	3,7	24,3	9,3	20,0	11,8	2,5	11,8	2,5	13,1	3,1	1,2	75,6
Тоо	160	45	115	16	12	5	6	39	15	32	19	4	19	4	21	5	2	121

Хүснэгт 6 -аас үзэхэд хөлийн хураагуур судасны өргөсөх өвчнөөр мэс ажилбар хийлгэгчдийн эмэгтэй ба эрэгтэйн харьцаа 3,3:1 байгаа нь И.П.Дудярис (1977)-ын дүгнэлттэй тохирч байна. Мэс заслыг хавсарсан аргаар давамгайлж хийсэн байна.

Дүгнэлт

1. Хөлийн хураагуур судас өргөсөх өвчнөөр мэс ажилбар хийлгэгчдийн дундаж нас 19-23, эмэгтэй эрэгтэйн харьцаа 3.3:1 байдгийг тогтоов.
2. Цэргийн албан хаагчдын хөлийн хураагуур судасны өргөсөх өвчнөөр мэс ажилбар

хийлгэгчдийн албан тушаалаар нь авч үзэхэд цэрэг ($P < 0.001$), жолооч, механик, тогооч, хуульч ($P < 0.01$) нарт давамгайлж тохиолдсон байна.

3. $90.3\% \pm 2.3$ -д хөл чинэрч өвдөх, $75.9\% \pm 3.3$ -д арьс загатнах эмнэл зүйн шинжүүд давамгайлсан илэрч байна.

4. Флебографийн шинжилгээгээр $87,5\% \pm 4,4$ -д венийн судас өргөсөн тахиралдсан шинжүүд илэрч байна.

Цаашид хөлийн хураагуур судас өргөсөх өвчнийг оношлох сүүлийн үеийн багажит шинжилгээний аргуудыг эмнэлгийн практикт нэвтрүүлж эмчилгээний сонгомол аргыг буй болгох нь хойшлуулшгүй зорилт болж байна.

Ном зүй:

1. Аскерханов Р.П. О роли коммуникантных вен и методах их разобщения хронической венозной недостаточности нижних конечностей. 1999.с.19-23.
2. Дудярис И.П. Нейролептанальгезия в хирургии вен нижних конечностей. Хирургия. 1977. № 11. с.123-124 .
3. Жодов Д. Хөлийн венийн өвчин. 1982.
4. Иваницкая М.А. Рентгенодиагностика заболеваний сердца и сосудов. Москва. 1970. с.399-450.
5. Котлуков Т.В. Варикозное расширение вен. Знание. 1983. №9.с.4-7.
6. Кузин М.Н. Хирургические болезни. 1986. с.232-242.
7. Кузин М.Н. Варикозное расширение вен нижних конечностей. 2000. с.225-236 .
8. Эйнгорн А.Н. Применение варикоцида для лечения варикозного расширения вен нижних конечностей. Вест. Хир. 1973.№ 11.с.57-61.
9. Weber J., Lambrecht J. Varicosis of the accessory lateral saphenous vein: evidence recirculation shown by pre-operative dlebography. 2002.p.18-22.

Танилцаж, нийтлэх санал өгсөн:
Академич Б.Гоош

Хумс шигдэх өвчнийг, хумсны толионд ховил татаж эмчилсэн нь

Ж.Идэр¹, Ш.Сүхбаатар²

¹Хан -Уул дүүрэг Эрүүл мэндийн нэгдэл

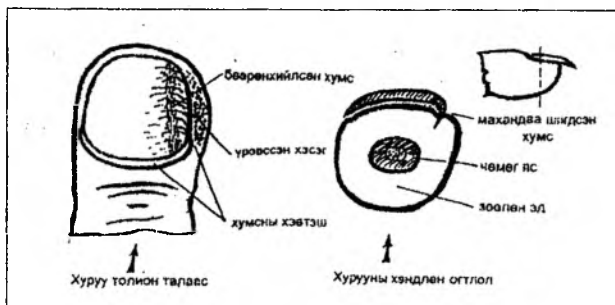
²Эрүүл мэндийн шинжлэх ухааны их сургууль

Хумс шигдэх өвчин нь ажиглалтаар манай хүн амын дунд элбэгшиж байгаа, хөдөлмөрийн чадварыг түр алдуулдаг удаан явцтай, зовиур

ихтэй олон дахидаг, архаг явцтай, эмчилгээ муу авдаг өвчин юм.

Ер нь гадны нөлөөгөөр хумс бөөрөнхийлөн ургаж, хажуугийн ирмэг нь доорхи зөөлөн эдрүүгээ шигдэж, арьсыг цоолж, шархаар халдвар орж, хумсны хэвтшийг үрэвсүүлсэн хожуу үедээ өвчин илэрдэг онцлогтой (Зураг 1).

Хумс шигдэх өвчнийг эмчлэх шинэ арга



Зураг 1. Хумс бөөрөнхийлж махандаа шигдсэн байдал

Хумс шигдэх өвчний тухай мэдээллээс: Хүмүүс хумсаа хэт богино авах, жижиг хавчиг гутал өмсөх зэрэг нь хумс шигдэх өвчнийг үүсгэх үндсэн шалтгаан болдог гэж Америкийн Ортопедийн нийгэмлэг үзэж байхад Оросын эмч нар, судлаачид адил хавчиг бариу гутал өмсөх, хумсаа буруу арчилах мөн хумсны хөгжил дутмагшиж хуруу хумсны харьцаа алдагдсанаас (Артеменко Л.И.) шалтгаалдаг гэжээ.

Нидерландийн эмч (Reijnen JA, Goris RJ, 1989) нар өвчний, хөнгөн үед дан эмийн эмчилгээг хэрэглэхэд 96%, харин хүнд хожуу үед хэрэглэхэд 62%-ийн эдгэрэлттэй байжээ.

1991 онд Английн эмч нар (Grieg JD et al.) хумсыг бүрэн авахад мөн, ирмэгийг зүсэж авахад-73%, ирмэгийг зүсэж аваад хэвтшийг нь фенолжуулахад - 9% дахилт өгсөн байна.

1998 -2002 онд Италийн хэсэг эмч (Persichetti P et al.) шигдсэн хумсыг бүрэн авсны дараа ирмэгийн ховил хэсгийг шаантаглан авч оёх аргыг хэрэглэхэд 120 өвчтөнөөс 6 -нь дахилт өгчээ.

2001 онд Robertson DG, Parker PJ нар хумсны шигдсэн ховилд пластик чиглүүлэгч шургуулж эмчлээд дахилтыг цөөрүүлсэн байна.

Израилийн эмч нар (Abby NS et al, 2002) нарийн пластик гуурсыг хумсны ирмэг доогуур шургуулж хумсны хэвтшийг зүсэж авах аргыг хэрэглэхэд 71.4 %- нь эдгэрсэн байна.

2003 онд Өмнөд Солонгосын эмч нар (Kim YJ et al) хумсанд чиг тавих энгийн, төсөр аргыг хэрэглэж дахилтыг 8.7% хүргэж чадсан бөгөөд чигийг 3 хоног тавихад хамгийн үр дүнтэй болжээ.

1992 онд Японы эмч нар (Umada T et al.) хумсны зах сөхөх аргыг хэрэглэхэд 60 өвчтөнөөс 2 нь дахижээ. Мөн улсын Maeda N болон хэсэг эмч өвчилсөн хумсны толион хэсгийг хусаж нимгэлсэн байна. 22 өвчтөнд дунджаар 4 удаа хусалт хийхэд 14 сарын дараа зөвхөн нэгд нь дахилт өгчээ. Хусалт хийсний дараа хумс уян болж тэгшрээд богино хугацаанд зовиур арилж байсан гэж тэмдэглэжээ.

Хумс шигдэх өвчнийг эмчилж байгаа мэс заслын аргууд, тэдгээрийн үр дүнгийн судалгааны мэдээллүүдийг нэгтгэж, Оросын эмч, судлаачид хумс шигдэх өвчнийг эмчилдэг мэс заслын аргуудыг 1974 онд 4 бүлэгт хуваасан ангилалд оруулж хүснэгт 1-д харьцуулан үзүүлье.

Хүснэгт 1.

Хумс шигдэх өвчний мэс-заслын эмчилгээнүүдийн үр дүнгийн харьцуулалт

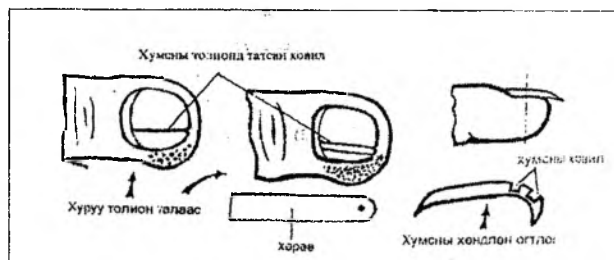
Бүлэг	Эмч/Арга	Эмчилгээний үр дүн	Давилт өгсөн хувь	Тэмдэглэл
I	Bartlett а Reijnen JA, Goris RJ (Нидерланд)	8-10х бэлтгэж, 3-7 долоох эмчилгээ	46.6% дахин	
II	Duymfren а Grieg JD (Англи) Abby NS (Израил) Kim YJ (Солонгос) Umada T (Япон) Maeda N (Япон)	8-10х бэлтгэж 20.9 орх - - - - -	31-74% дахин 9-73% дахин 28.6% дахин 8.7% дахин 3.3% дахин 4.5% дахин	(120-180 хоног зуван хумс ургана) Хумс авах Илээс хийх Чиг тавих Хумс сөхөх Хумс нимгэлэх
III	Schmeedens Н. Соколова Цэирна Persichetti P (Итали)	-15.5-16.2 орх эмчилгээ -3 дахь 7х эмчилгээ -12.8 орх эмчилгээ	0-33% дахин - -5% дахин	Гангал илтэй хөрөнгө хөдөлмөр их зарцуулна.
IV	Ю.Ю Дханелидзе	4-6 х бэлтгэж, 11.8-13.9 орх эмчилгээ	Дахилтгүй	Гангал илтэй, хөрөнгө хөдөлмөр их зарцуулна.

Дээрх хүснэгтэд I, II-бүлгийн уламжлалт мэс заслын эмчилгээнүүд нь хийхэд төвөгтэй биш ч, 8-10 хоног бэлтгэгдэж 20.9-35 хоног эмчлэгдэж, 31-96%-нь дахидаг учир үр дүн тун багатай байгаа нь харагдаж байна.

Харин III, IV бүлгийн мэс заслын эмчилгээнүүд нь дахилт бага (33-0%) үр дүн сайтай байгаа ч өвчтөнд гэмтэл их учруулдаг, хийхэд төвөгтэй, нилээд хөдөлмөр ордог, удаан 4-6 хоног бэлтгэгдэж, 11.8-16.2 ор/хоног эмчлэгдэж хөрөнгө их зарцуулагддаг, хүний гоо сайханд муу нөлөөтэй зэрэг сөрөг талууд хэт давамгай байна. Иймээс ч дэлхийн улс орнуудын эмч мэргэжилтнүүд уламжлалт мэс заслын аргуудаасаа татгалзахад хүрч байгаа ажээ. Хумс шигдэх өвчний талаархи судалгаа шинжилгээнүүдийн тоймоос үзэхэд хялбар, төсөр илүү үр дүнтэй өөрөөр хэлбэл төгс эмчилгээний аргыг эрэлхийлж байгаа хандлага ажиглагдлаа. Тухайлбал хумсанд чиг тавих, хумс сөхөх, хумс нэмгэлэх шинэ аргуудыг хэрэглээд 3.3-8.7% болтол дахилтыг бууруулж чаджээ. Бидний дэвшүүлж буй хумсанд ховил татах эмчилгээний аргатай төстэй мэдээлэл одоогоор нийтлэгдээгүй байна.

Судалгааны зорилго. Хумс шигдэх өвчний хумсны толионд ховил татаж эмчилсэн шинэ арга, түүний эмчилгээний үр дүнг тодорхойлох, харьцуулан үзэх зорилго тавив.

Энэ өвчнийг төгс эмчилж болохуйц шалтгааны эсрэг нилээд ойртсон, хялбар, төсөр- "хумсны толионд ховил татах" - нэртэй шинэ арга хэрэглэж үр дүнд судалгаа хийлээ (Зураг 2).



Зураг 2. Хумсны толионд ховил татсан байдал
Судалгааны явц. Судалгааг ХУД-ийн ЭМН-ийн мэс-заслын кабинетад 2003 онд энэ арга хэрэглэж, хагас жилийн хугацаанд эмчилгээний үр дүнд ажиглалт хийсэн юм. Судалгаанд хамрагдсан өвчтөнүүдийн талаархи зарим баримтуудыг дараах хүснэгтэд үзүүлье (Хүснэгт 2).

Хүснэгт 2.

Хумс шигдэх өвчнийг хумсны толионд ховил татах шинэ аргаар эмчилсэн үр дүнгийн судалгаа

№	Харгал	Төлөө	Тоо	Хувь (%)	Тайлбар
1	Хяналтын үеийн нийт өвчтөн	Поликлиник үзлэг	3545	100	Давхардсан
2	Хумс шигдэх өвчтэй	Амбулатор үзлэг	47	1.3	Давхардаагүй
3	Харьяалал	Төвийн	34	72.3	Хотын төвийн хүмүүс илүү өвчилсэн
		Закын	13	27.7	
4	Хүйс	Эрэгтэй	18	38.3	Эмэгтэйчүүд илүү өвчилсэн
		Эмэгтэй	29	61.7	
5	Нас	10-25 нас	20	42.6	10-40 насанд 76,6 % нь өвчилсэн
		26-40 нас	16	34	
		41-55 нас	5	10.6	
		56-дээш	6	12.8	
		Зуун	21	44.7	
6	Байрлал	Баруун	19	40.4	Онцгой өөрчлөлтгүй
		Хойр талдаа	7	14.9	
		Хэрвэлгүй	0	0	
7	Үрэслэлийн байдал	Үрэслэлгүй	0	0	Зовиур ихтэйгээс эрт эмчлэл хандана.
		Үрэслэл бага	40	85.1	
		Үрэслэл их	7	14.9	
8	Эмчилгээ	Эмийн эмчилгээ	2	4.3	Үрэслэл намдсан
		Хумс авах	5	10.6	
		Ховил татах	40	85.1	

Үр дүн, шинэ аргын давуу тал.

1. Судалгаанаас үзэхэд манайд хумс шигдэх өвчин амбулаториор эмлүүлэгсдийн 1,3%-ыг эзэлж, байгаа бөгөөд хотын төвийн хороололд оршин суугчид 72,3%, 10-40 насны хүмүүс 76,6%, эмэгтэйчүүд 61,7% их өвчилж байгаа нь дээрхи шалтгаанууд монгол хүмүүст мөн адил тохиолдож байдгийг илэрхийлнэ

2. Хумс шигдэх өвчтэй нийт хүмүүсийн 85,1%-д хумсны толионд ховил татах ажилбар хэрэглэгдэж, бүгд дахилтгүй эдгэрснээс үзэхэд уг ажилбар нилээд төгс эмчилгээний арга болсныг илтгэж байна

3. Энэ ажилбар үр дүн сайтайн дээр энгийн, хийхэд хялбар, хориглох заалтгүй, өвчтөнд зовиур тээргүй юм

4. Мэс заслын дараах өвөрмөц эмчилгээ шаардагдахгүй

5. Дэвшүүлж буй шинэ аргыг хэрэглэснээр хөдөлмөрийн цаг болон хөрөнгийн ихээхэн хэмнэлттэй болсон. Уламжлалт аргаар III, IV бүлгийн мэс-заслалын эмчилгээ хийгдэж дунджаар 11.8-16.2 ор/хоног шаардагддаг юм.

Манай улсад III, IV бүлгийн мэс-заслыг II ба III шатлалын эмнэлгүүдэд хийдэг бөгөөд нэг ор/хоногийн өртөг нь 4900-6200 төгрөг байгаа /13/ бол нийт ор-хоногийн өртөг (4900 төгрөг/11.8 ор/х)- (6200 төгрөг/16,2 ор/х)@ 57820-100440 төг болж байна. III, IV бүлгийн уламжлалт мэс-заслыг хийхэд наад зах нь 50.000-100.000 төг-ийн зардал гарна гэж үзвэл нэг удаагийн эмчилгээний нийт өртөг (эмчилгээний бус зардлыг оруулан) 107820-200440 төг болно. Харин хумсанд ховил татах шинэ аргаар эмчлэхэд үзэж зөвөлгөө өгсөн эмчийн зардал 400-800 төг гарна гэж үзвэл өвчтөн нэг бүрээс 100.000-200.000 төг-ийн зардал хэмнэгдэх юм.

Дүгнэлт

1. Хумс шигдэх өвчнийг хумсны толионд нь ховил татаж эмчлэх энэ арга эмчилгээний болон эдийн засгийн үр дүн сайтай, хялбар, төсөр арга болно.

2. Цаашид энэ аргыг эмчилгээ-үйлчилгээнд өргөн хэрэглэх боломжтой юм.

Ном зүй.

1. Abby NS, Roni P, Amnon B, Yan P. Modified sleeve method treatment of ingrown toenail. Goosh Katif Health Center, Israel. sodv@bgumail.bgu.ac.il Dermatol Surg. 2002 Sep; 28(9):852-5. PMID: 12269882 [PubMed - indexed for MEDLINE]

2. Ingrown Toenail., AAOS Online Service Fact Sheet Ingrown Toenail.htm http://orthoinfo.aaos.org/brochure/thr_report.cfm?thread_id=7&topcategory=foot (2004.06.10)

3. Grieg JD, Anderson JH, Ireland AJ, Anderson JR. The surgical treatment of ingrowing toenails. Hairmyres Hospital, East Kilbride, Glasgow. J Bone Joint Surg Br. 1991 Jan; 73(1):131-3. PMID: 1991748 [PubMed - indexed for MEDLINE]

4. Kim YJ, Ko JH, Choi KC, Lee CG, Lim KJ. Nail-splinting technique for ingrown nails: the therapeutic effects and the proper removal time of the splint. Department of Dermatology, College of Medicine, Chosun University, Gwangju, Korea. Dermatol Surg. 2003 Jul; 29(7):745-8. PMID: 12828699 [PubMed - indexed for MEDLINE]

5. Maeda N, Mizuno N, Ichikawa K. Nail abrasion: a new treatment for ingrown toenails. Department of Dermatology, Nagoya City University Medical School, Japan. Journal Dermatol. 1990 Dec; 17(12):746-9.

6. Persichetti P, Simone P, Li Vecchi G, Di Lella F, Cagli B, Marangi GF., Wedge excision of the nail fold in the treatment of ingrown toenail. Division of Plastic Surgery, Campus Bio-Medico University, Rome, Italy. Ann Plast Surg. 2004 Jun; 52(6):617-20. PMID: 15167000 [PubMed - in process]

7. Robertson DG, Parker PJ. The treatment role of the plastic nail guard for ingrowing toenails. J R Army Med Corps. 2001 Jun; 147(2):183-6 PMID: 11464411 [PubMed - indexed for MEDLINE]

8. Reijnen JA, Goris RJ. Conservative treatment of ingrowing toenails. Department of General Surgery, University Hospital St. Radboud, Nijmegen, The Netherlands. Br J Surg. 1989 Sep; 76(9): 955-7. PMID: 2804597 [PubMed - indexed for MEDLINE]

9. Umeda T, Nishioka K, Ohara K. Ingrown toenails: an evaluation of elevating the nail bed-periosteal flap. Department of Dermatology, School of Medicine, Tokyo Medical and Dental University, Japan J Journal Dermatol. 1992 Jul;19(7):400-3.

10. Артеменко Л.И. Оперативное лечение вросшего ногтя. Вест-хир. 1984. №6. с.59

11. Буров И.С., Карнев А.А., Злобина Т.Н. Лечение вросшего ногтя по методике Бартлетта у детей. Вест-хир. 1984. №4. С-106

12. Ларин В.Ф. Сравнительная оценка методов вросшего ногтя. Вест-хир. 1974. №11 с.115

13. СЭЗЯ, ЭМЯ, НХХЯ-ны сайдын хамтарсан 2003 оны 57/35/23 тоот тушаалын I хавсралт

Танилцаж, нийтлэх санал өгсөн:
Академич Б.Гоош

Мэс заслын идээт өвчний үүсгэгчийг судалсан дүнгээс

Г.Нарангуа, Б.Даш, О.Сэргэлэн, Б.Гоош
Эрүүл мэндийн шинжлэх ухааны их сургууль

Идээт өвчний талаар жил бүр тоймгүй олон өгүүлэл нийтлэл хэвлэгдэж өнөө хэр татрахгүй байгаа нь энэ асуудал ерөнхий мэс заслын үндсэн цөм хэвээр гэдгийн нэг гэрч болно.

Өдгөө мэдэгдээд буй 2500 гаруй нянгийн 1300 нь хүний өвчин үүсгэгч эмгэг төрүүлэгч бичил биетэн бөгөөд хүний бүх өвчний 35%-ийн шалтгаан байдаг (Баркова Н.П., 1997). Иймээс идээт өвчний оношлогоо эмчилгээг улам бүр боловсронгуй болгох нь анагаахын төдийгүй эрүүл мэндийн даруй шийдвэл зохих ажил юм.

Өргөн хүрээний үйлчлэлтэй, хүчтэй, шинэ антибиотикийг жил бүр нэмж хэрэглэн шинэ техник багаж төхөөрөмжийг ашигласаар байгаа хэр нь хэвлийн халдвараар нас барах явдал ерөнхий дүнгээрээ 2-3%, эрчимт эмчилгээний тасгийн хүнд өвчний дунд 20-30% (Baric P.S, 1999) хүрч буй нь уг асуудлын чухлыг ахин өгүүлэх буй.

Олон судлаачдын мэдээлсэн тоо баримтын дунжийг үзвэл цөсний мэс заслын дараах идээт хүндрэл 7-20%, цочмог идээт өвчний хагалгаанаас хойш гарах идээт хүндрэл бүх эмчлүүлэгчдийн 60%-д тохиолдож байна (Е.Г.Григорьев, А.С.Коган., 2000).

J.T.Dipiro (1999) дунд болон өндөр эрсдэлтэй, идээт хүндрэл бүхий 12384 өвчтөнд мэс заслын эмчилгээ хийсний үр дүнгийн анализдаа идээт хүндрэл дунджаар 11,9%, эмчилгээний дундаж өртөг 12500 ам.доллар байлаа гэсэн нь анхаарал татаж байна.

Мэс заслын идээт өвчин олон шалтгааны олон нөхцөлт өвчин билээ. Тэр бүрийг үл өгүүлж энэ удаа идээт өвчин үүсгэгчийн тухай зарим бодлоо хуваалцахаар үүнийг бичлээ.

Гадаад оронд сүүлийн жилүүдэд нянгийн шинжилгээнд орчин үеийн шинэ техник хэрэгсэл нэвтэрч идээт хүндрэлийн нянгийн өвөрмөц

ерөнхий төрхийг урьдчилан тодорхойлж тавиланг нь мэдэх боломж олгожээ. Энэ нь идээт өвчний антибиотик, антибактери, мэс заслын эмчилгээний үр дүнг сайжруулахад чухал юм.

Орчин үеийн микробиологийн техник болох, АНУ-ын бактер судлалын анализатор "Autoseptor" Beckinson-ноор идээт халдварыг судалсан дүнгээс харахад (Хүснэгт 1) орчин үеийн идээт үрэвслийг хоруу чанар ихтэй, антибиотикт тэсвэртэй агаартан-агааргүйтэн нянгийн нэгдэл үүсгэдэг байна (Т.В.Фадеева, 1998).

Хүснэгт 1

Хэвлийн тархмал идээт гялтантасын үүсгэгч нян (n=436)

Агаартан	Давтамж		Агааргүйтэн	Давтамж	
	п	%±S		п	%±S
E.Coli	81	67.5±4.28	Bacteroides fragilis	15	22.7±5.15
Pseudomonas aeruginosa	32	26.7±4.03	Bacteroides distasonis	43	66.2±5.86
Acinetobacter spp	12	10.0±2.74	Bacteroides ovatus	54	81.8±4.75
Klebsiella	36	30.0±4.18	Bacteroides vulgatus	33	60.0±6.15
Oxytoca	15	12.5±3.02	Bact. thetaiotaomicron	9	13.6±4.22
Strep.Pneumoniae	21	17.5±3.46	Propionibacterium	13	19.7±3.63
Bact.Proteus	33	27.5±4.08	Peptostreptococcus	48	72.7±5.48
Mirabilia	21	17.5±3.46	Peptococcus	11	16.7±4.59
Morganii	4	3.3±1.63	Eubacterium spp	16	22.7±5.16
Rettergeri	5	4.2±1.83	Fusobacterium spp	6	9.1±3.64
Yukaria	3	2.5±1.43	Actinomyces spp	9	13.6±5.42
Enterococcus	25	20.8±3.71			
Staphylococcus spp	15	12.5±3.02			
Streptococcus spp	13	10.8±2.83			
Candida	18	15.0±3.26			
Бусад *	29	24.2±3.91			

* Salmonella spp, Citrobacter freundii, Serratia marcescens, Enterobacter

Нянгийн нэгдэлд 2-3 агаартан, 2-3 агааргүйтэн оролцож өөр хоорондоо зохицон бие биеэ дэмжих нарийн харьцаагаар нэгдсэнийг лабораторийн аргаар заримдаа ялган салгаж тодруулах боломжгүй байдаг ажээ. Энэхүү хүснэгт 1-ээс үзэхэд хэвлийн идээт өвчин үүсгэгч гол нян агаартан (E.Coli 67,50±4,28., Proteus 257.5±4.08., Klebsiella 30.0±4.18), агааргүйтэн (Bacteroides, Peptostreptococcus spp) бараг 50%-ийн харьцаатай хамтарсан байдаг байна.

Бид УКТЭ-ийн мэс заслын тасагт 2002-2003 онд хэвтэж идээт өвчнөө эмчлүүлсэн 358 (эрэгтэй 185,

эмэгтэй 173) өвчтөний цээж, хэвлийн хөндий, элэг болон өрцөн доорхи буглаа, шархны идээ, шархны арчдас, гэдэсний цоорхойн идээнд бактерийн шинжилгээ хийв (Хүснэгт 2).

Хүснэгт 2

Нянгийн шинжилгээ

№	Шинжилгээ авсан зүйл	n	%
1.	Цээжний хөндийн шингэн	41	11.45
2.	Хэвлийн хөндийн идээ	152	42.45
3.	Элэг, өрцөн доорхи буглаа	13	3.63
4.	Биеийн гадна шарх	16	4.46
5.	Шархны арчдас	57	15.92
6.	Цоорхойн ялгарал	28	7.82
7.	Хэвлийн шингэн	15	4.18
8.	Бусад *	36	10.0
	Бүгд	358	

*шээс, цэр, цусны шинжилгээ

Шинжилгээний ихэнхийг хөндийд байрласан идээ (42.45%), шархны арчдасаас авав.

Манай лаборатори агааргүйтэн нянг илрүүлэх шинжилгээ хараахан хийгээгүй болохоор зөвхөн агаартан нянг өсгөж тодорхойллоо (Хүснэгт 3).

Хүснэгт 3

Идээнээс ургасан агаартан нян

№	Нянгийн нэр	n	%
1.	Staphylococcus	52	23.0
2.	Staphylococcus hemoliticus	43	19.02
3.	Staphylococcus aureus	44	19.46
4.	Грам (+) кокк	7	3.09
5.	Грам (-) кокк	11	4.86
6.	Грам (-) савханцар	26	11.5
7.	E. Coli	7	3.09
8.	Enterobacterium	8	3.53
9.	Pa. aerogenos	8	3.53
10.	Proteus	3	1.32
11.	Streptococcus hemolit	9	3.98
12.	Нянгийн холимог	8	3.53
	Бүгд	226	100%

Энэхүү хүснэгт 3-аас үзвэл шинжилгээнд өгсөн бүх материалын (358) 63.12%-д аэроб идээлүүлэгч нян ургажээ. Эдгээр нянгаас стафилококк олон тохиолддоогоороо тэргүүн байр эзлэж грам (-) савханцар удаалжээ. Хөх савханцар, нянгийн холимог III байранд байна. Энэ нь Т.В.Фадеева (1998) нарын судалгаанаас өнөөгийн идээт халдварын онцлог нь агаартан – агааргүйтэн халдварын хавсралт, түүгээр бүрэлдсэн тэдгээрийн өндөр хоруу чанар юм гэсэн дүгнэлттэй санал нийлэх үндэслэл болж байна. Дараах хүснэгт 4-т бидний судалгаагаар шинжилгээний материалаас нян илрэх чадвар хэр байгааг баримжаалж болно.

Хүснэгт 4

Шинжилгээний материалаас нян илрэх байдал

№	Шинжилгээний материал	Шинжлүүлсэн n	Нян ургасан n	%
1.	Цээжний хөндийн шингэн	41	3	7.31
2.	Хэвлийн хөндийн идээ	152	121	79.6
3.	Биеийн гадна шархны	73	40	54.79
4.	Цоорхойн баясны	28	18	64.28
5.	Хэвлийн шингэн	15	8	53.33
6.	Бусад (цус, цес, шээс, цэр)	49	18	36.73
	Бүгд	358	208	100%

Хүснэгт 4-өөс нянгийн шинжилгээнд өгсөн материалаас нян 79.6%-53.33%-д ургах ба плеврийн, хэвлийн шингэн, цус, цөснөөс нян муу ургадаг нь харагдаж байна. Энэ нь техник, нян ургуулсан материалын онцлог зэрэг олон шалтгаантай боловч клиникт нянгийн шинжилгээ олон давтах шаардлагатайг өгүүлж байна.

Идээт өвчтэй хүмүүсийн нянгийн шинжилгээнд өгсөн материалаас ургасан нянгийн антибиотикт тэсвэртэй байдлыг хүснэгт 5-д нэгтгэлээ.

Хүснэгт 5

Нянгийн антибиотикт тэсвэртэй байдал

№	Антибиотик	Антибиотикт мэдрэг	Антибиотикт тэсвэртэй
1.	Пенициллин	3 (2.32%)	126 (97.68%)
2.	Эритромицин	42 (48.27%)	45 (51.73%)
3.	Амоксциллин	39 (58.21%)	28 (41.79%)
4.	Гентамицин	93 (85.33%)	18 (14.67%)
5.	Цефатаксим	73 (86.91%)	11 (13.09%)
6.	Клафорон	92 (91.09%)	9 (8.91%)
7.	Линкомицин	36 (75%)	12 (25%)
8.	Хлорамфеникол	18 (69.24%)	8 (30.76%)
9.	Ципрофлоксацин	72 (88.89%)	9 (11.11%)
10.	Левомецетин	45 (63.39%)	26 (36.61%)
11.	Стрептомицин	28 (70%)	12 (30%)
	Бүгд	481	302

Энэ судалгаагаар идээлүүлэгч нянгийн 97.68% нь пеницилинд, 51.73% нь эритромицинд, 41.79% нь амоксцилинд тэсвэртэй байгаа бөгөөд сүүлийн үеийн антибиотик клафорон (91.09%), гентамицин (85.33%), цефпрофлоксацин (88.89%), цефатаксимд (86.91%) мэдрэг байгааг идээт өвчний антибактер эмчилгээнд харгалзах нь зүйтэй юм.

Өргөн хүрээний, хүчтэй үйлчлэлтэй шинэ антибиотикийг жил бүр шинээр хэрэглэн, мэс засалд шинэ багаж, аппарат төхөөрөмжийг ашигласаар байгаа боловч идээт халдвараар өвчлөх, мэс заслын дараа хүндрэх явдал цөөрөөгүй байна.

Цээж болон хэвлийн хөндийн идээт өвчтэй 358 өвчтний идээ, шархнаас бактерийн шинжилгээ хийж үзэхэд 63.12%-д аэроб нян ургажээ. Идээлүүлэгч нянгаас стафилококк, грам (-) савханцар, нянгийн холимог зонхилон илэрлээ.

Нянгийн 97.68% нь пеницилинд, 51.73% нь эритромицинд, 41.79% нь амоксцилинд тэсвэртэй байв.

Эдгээр нян клафорон (91.09%), цефпрофлаксин (88.89%), цефатаксимд (86.91%), гентамицин (85.33%-д их мэдрэг байсан нь клиник ач холбогдолтой юм. Нөгөө талаар нянгийн холимог олон тохиолдож байгаа нь өнөөгийн нянгийн хоруу чанарын үндэс гэж үзэхээр байна.

Үүний учир өнөөгийн нөхцөлд мэс засалд үжилгүйжүүлэг, үжил эсэргүүцлийн дэглэмийг урьд урьдынхаас илүү их өндөр хэмжээнд баримтлах шаардлагатай байгаа бөгөөд хагалгааны хэсгийн бүтэц, ажил зохион байгуулалтад шинжлэх ухааны үндэстэй хатуу

байнгын хяналтыг тогтоох, үжилгүйжүүлэг, үжил эсэргүүцлийн шинэ арга барил боловсруулан хөгжүүлэх нь мэс заслын эмчилгээний үр дүнгээ эрс дээшлүүлэх үндэс болно.

Хагалгааны хэсэг дотор "онц цэвэр" хагалгааны шилэн өрөө байгуулах, тоноглох, стафилококкийн антибиотикт тэсвэртэй хэлбэрээр өвчилсөн өвчтөнг онц халдварт тооцон өвчтөнг тусгаарлан эмчлэх шаардлагатай байна.

Ном зүй

1. Баркова Н.П. Закономерности биологического действия и квантово – механические характеристики перспективных антисептических препаратов как основа новых принципов их выбора: Автореф. дис...д-ра мед. наук – Иркутск, 1997-41с

2. Григорьев Е.Г., Коган А.С. Хирургия тяжёлых гнойных процессов – Новосибирск, 2000, с. 43-56

3. Гельфанд Б.Р., Гологорский В.А., Бурневич С.З и др. Абдоминальный сепсис: современный взгляд на нестареющую проблему.- Вест.интенсивной терапии- 1997. прил.-с.10-16

4. Фадеева Т.В. Закономерности микроб-иальной контаминации бактериальной протейназы (имозимази) в комплексном лечении разлитого гнойного перитонита (эксперимент-тальные исследования). Автореф. дис...канд. биол. наук – Иркутск, 1998-18 с

5. Baric P.S. Management of complicated intra-abdominal infections. – J. Chemotherapy- 1999- Vol.11.№6-p. 464- 478

6. Dipiro J.T.Short – term prophylaxis in clean-contaminated Surgery – J.Chemotherapy – 1999 – Vol.11 16 – p. 551- 556

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

Монгол эмэгтэйчүүдийн дарамтат шээс задгайрал өвчний тухай

Г.Санждорж¹, Б.Шижирбаатар²

¹Эх нялхсын эрдэм шинжилгээний төв

²Эрүүл мэндийн шинжлэх ухааны их сургууль

Америк, Европ тивийн өндөр хөгжилтэй орнуудын эрдэмтэдийн судалгаанаас үзэхэд, шээс задгайрах эмгэг байдлууд дэлхийн хүн амын дунд 10-47 хувь тархсан, одоо 200 сая гаран хүн давсагны хямралтай байгаа (8) ба хүйсийн байдлаар үзэхэд эмэгтэйчүүд, эрэгтэйчүүд 2:1 харьцаатай байна (6).

Дэлхийн эрүүл мэндийн байгууллагын ивээлээр 1998 онд Монакод болсон олон улсын зөвлөгөөнөөр, шээс задгайрах байдлуудыг өвчин гэж үзэн түүний ангилал, эмчилгээний удирдамжийг боловсруулахаар шийдвэрлэсэн. Тэгэхдээ, зонхилон тохиолддог дарамтат (стресс) шээс задгайрал ба эелдэст (рефлекс) шээс задгайрах байдлыг онцолсон байна (8).

Манай улсад 1996 оноос мөрдөж байгаа Өвчний ба Эрүүл мэндийн холбогдолтой асуудлуудын олон улсын статистикийн ангилал номны шээс ялгаруулах тогтолцооны бусад эмгэг (1) хэмээх бүлэгт уг өвчний дээрх хоёр хэлбэрийг дарамтат ба эелдэст гэж монголчилон орчуулжээ. Иймээс шээс задгайрал нь шинж тэмдэг бус, харин өвчин болох нь тодорхой юм.

Манай улсын эмэгтэйчүүдийн өвчний практикт шээс задгайрал өвчний талаар статистикийн мэдээлэл байхгүй байхад дарамтат ба эелдэст шээс задгайрах өвчинтэй эмэгтэйчүүд цөөнгүй

тохиолддог бөгөөд тэдгээрийг анхаарч, өвчин хэмээн оношилж, эмчилгээ хийдэггүйн улмаас тухайн өвчтөн ариун цэвэр, олон нийтийн шинжтэй, өдөр тутмын дотоод шаналгаатай явсаар байна.

Судалгааны зорилго. Дарамтат шээс задгайрал өвчин монгол эмэгтэйчүүдийн дунд байгаа, эсэх тухайд урьдчилсан үнэлгээ өгөх

Зорилт:

1. Шээс задгайрах өвчнийг оношлох аргуудыг шинээр хэрэглэх

2. Мэс заслын эмчилгээний аргуудаас өвчтөний онцлогт тохируулан хэрэглэх

Судалгааны материал, арга зүй. Улаанбаатар хот дахь ЭНЭШТ-ийн Эх барих эмэгтэйчүүдийн клиникийн Эмэгтэйчүүдийн мэс заслын тасагт 2001 оны 3-р улирлаас эхлэн, эмэгтэйчүүдийн дарамтат шээс задгайрал өвчнийг оношлон, эмчилсэн үеэс эхлэн проспектив аргаар, хоёр жилийн турш судалгаа (2003 оны 3-р улирал хүртэл) хийсэн.

Дарамтат шээс задгайрал өвчнийг өвчтөний зовиур, өгүүлэмж, бодит үзлийн тусгай аргууд ба чанд авиан болон шээсний шинжилгээнд үндэслэн оношлон, мэс заслын эмчилгээ хийсэн бөгөөд, эелдэст ба үрэвслийн шалтгаантай өвчтөнд мэс засал хийгээгүй болно. Гэвч дарамтат ба эелдэст шээс задгайрах өвчин хавсарсан зарим өвчтөнд мэс заслын эмчилгээ хийгдсэн.

Мэс заслыг үтрээ ба хэвлийн аргаар хийсэн бөгөөд, үтрээний аргад: Аарцгийн ёроолын өрцийг сэргээх, өрц-хярзанг сэргээх (3, 4) аргууд болон

умайг үтрээгээр авч өрц-хярзанг сэргээх (3) мэс заслын аргуудыг хэрэглэсэн.

Хэвлийн аргад: Шээвч (Urethra) ба үтрээг өргөх (5, 9) мэс заслууд зэрэг нэр бүхий таван төрлийн, дэлхийн стандарт аргуудыг хэрэглэсэн.

Судалгааны үр дүн, хэлцэмж.

Хоёр жилийн хугацаанд, шээс задгайрал өвчний улмаас 25-71 насны 337 өвчтөнд мэс засал хийсэн нь тус тасгийн төлөвлөгөөт мэс заслын 41.7 хувийг (2) эзэлж байна. Эмчлүүлсэн өвчтөнүүдийн 78.2 хувь нь хотын, 21.9 хувь нь хөдөөний харьяалалтай ба багш, инженер-техникч, нягтлан бодогч, сувилагч, тогооч мэргэжлийн эмэгтэйчүүд зонхилж (61.4 хувь) байна. Ихэнх эмэгтэйчүүд (74.4 хувь) нь 2-4 хүүхэд төрүүлсэн ба төрөх үед хярзан урагдаж, олон оёдол тавиулсан (94.9 хувь), том хүүхэд (24,0 хувь) төрүүлсэн өгүүлэмжтэй, 30-49 насны (81.7 хувь) өвчтөнүүд зонхилж байна.

Эмэгтэйчүүд шээс задгайраад таваас дээш жил болсон нь 30,0 хувь, сүүлийн 1-2 жилд эхэлсэн нь 52,2 хувь ба шээс элбэг (7) гардаг нь 18,9 хувь, багавтар гардаг нь 80,0 хувь тус тус байсан.

Нийт 257 өвчтөний дарамтат шээс задгайрал өвчний хэмжээ зэрэглэлээр (Ingelman-Sunberg 1972) ангилж (4) оношлосон байснаас: I зэрэг - 32,2 хувь, I-II зэрэг - 12,8 хувь, II зэрэг -42,8 хувь, III зэрэг -12,0 хувь тус тус илэрчээ.

Мэс засал хийгдсэн өвчтөнүүдэд, аарцгийн ёроолын булчин-хальсны дутлын дараах хэлбэрүүд (10) оношлогдсон. Үүнд: үтрээний урд ханын унжилт (I-II зэрэг) -9,0 хувь, давсагны цүлхэн (I-III зэрэг) -29,9 хувь, шээвчийн цүлхэн (I-II зэрэг) -4,6 хувь, давсаг ба шээвчийн цүлхэн (I-II зэрэг) -1,6 хувь, умайн унжилт (I-II зэрэг) -4,5 хувь, шулуун гэдэсний цүлхэн (I-II зэрэг) -6,4 хувь тус тус оношлогдсон ба өвчтөнүүдийн 31,4 хувь нь өтгөн гаралтын зовиуртай байв.

Мэс заслын дараа хоёроос бусад бүх тохиолдолд өвчтөнүүдийн зовиур арилсан бөгөөд эцсийн үр дүнг 2 жилийн дараа үнэлэхээр хяналтанд авсан.

Шээс задгайрах өвчин нь эмэгтэйчүүдийн өвчин судлалын урогинекологи (шээсний ба бэлэг эрхтэн судлал) хэмээх дэд салбарын зонхилох хэсэг нь болдог бөгөөд эцсийн төгс оношлогоонд тусгай аппарат хэрэглэгдэн, эмэгтэйчүүдийн мэс заслын урогинеколог чиглэлээр мэргэжсэн эмчээр хийлгэдэг хагалгаануудтай юм.

Шээс задгайрах эмгэгүүдээр судалгаа шинжилгээний ажил эхлэн хийж, зориулалтын оношлогооны тоног төхөөрөмжөөр хангах, улмаар Эх барих эмэгтэйчүүдийн урогинекологи хэмээх дэд салбарыг шинээр үүсгэн байгуулж, хөгжүүлэх үе нь болсон байна.

Өнөө үеийн эмэгтэйчүүдийн эмч нарын мэргэжлийн сургалтын хөтөлбөрт энэ сэдвийг

оруулахын зэрэгцээ мэс заслын бус эмчилгээний аргуудыг нэвтрүүлж хэрэглэх нь зүйтэй юм.

Өвчний ба эрүүл мэндийн холбогдолтой асуудлуудын олон улсын статистикийн ангилал (1996) номын N39 бүлгийн дөрөвт: дарамтат (стресс) шээс задгайрал ба эелдэст (рефлекс) шээс задгайрах гэж монголоор орчуулсныг ачааллын шээс задгайрал ба эелдэст шээс алдах гэж орчуулбал утга зүйн хувьд илүү тохиромжтой санагдана.

Монгол эмэгтэйчүүдийн дарамтат шээс задгайрал өвчний талаарх энэхүү судалгааны үндсэн дээр, анх удаа асуудал дэвшүүлэн нийтэд тавьж байгаа нь Дэлхийн Эрүүл Мэндийн Байгууллагаас, шээс задгайрах өвчинтэй хүмүүст үзүүлэх тусламжийг сайжруулахын тулд холбогдох эмч, эмнэлгийн үйлчилгээ үзүүлэгч нарын ойлголт, мэдлэгийг дээшлүүлэх гэсэн зорилгод нийцэх болно гэж үзэж байна.

Дүгнэлт

1. Дарамтат шээс задгайрал өвчин нь манай эмэгтэйчүүдийн дунд багагүй тохиолдож байна гэж үзэх үндэслэлүүд байгаа ба өвчлөлийн тоогоор харьцангуй тархмалдуу (хотод 78,1 хувь, хөдөөд 21,9 хувь) тохиолджээ.

2. Оношлогдсон өвчтөнүүдэд, шээс задгайраад олон жил (5-аас дээш) болсон эмэгтэйчүүд нилээд байсан (30,0 хувь) ба ер нь уг өвчний эсрэг консерватив ба мэс заслын эмчилгээ хийгдсэн тохиолдол байсангүй.

3. Уг өвчний нэгдүгээр зэрэгтэй өвчтөнд мэс заслын эмчилгээ нилээд хийгдсэн (32,2 хувь) нь хагалгааны тоог ихэсгэсэн бөгөөд энэ нь цаашдаа оношлогооны аргыг улам сайжруулах шаардлагатайг харуулж байна.

Ном зүй

1. ДЭМБ/Женева: Шээс ялгах тогтолцооны бусад эмгэг. Өвчний ба эрүүл мэндийн холбогдолтой асуудлуудын олон улсын статистикийн ангилал N 39.3.4. 395, 1996

2. ЭНЭШТ-ийн ЭБЭКлиникийн Эмэгтэйчүүдийн мэс заслын тасгийн хагалгааны тайлан 2002, 2003

3. Helmut Kyank, Reinhold Schwarz: Standardverfahren nach Richter. Gynaekologische Operationen 178-182, 187, 1986

4. H.Kyank, G.Goeretzlehner, H.-H. Buettner: Harninkontinenz, Gynaekologie. 416-417, 1986

5. Hermann Hepp, Peter Scheidel, Bernhard Schuessler: Operation bei Stressharninkontinenz. Gynaekologische Standardoperationen 204-205, 1991

6. Klausner AP, Vapnek JM, Urinary incontinence in the geriatric population. Obstet. Gynecol. Jan. 2003; 101(1); 149

7. Mallet T, David H: Urinary diary. Ambulatory gynecology 322, 1995

8. Press Release WHO: World Health Organization calls first international consultation on incontinence. WHO/49 July 01, 1998

9. Хирш Х.А., Кезер О., Икле Ф.А. : Кольпосуспензия к гребенчатым связкам: Операция Бёрча. Оперативная гинекология. 420, 2001

10. По Эмилю-Новаку: Недержание мочи и синдром опущения промежности. Гинекология. 402, 2002

Танилцаж, нийлэх санал өгсөн:
Профессор Б.Жав

Хүүхдийн дунд чихний наалдаст үрэвслийн үеийн хэнгэргэн хальсны татагдалтын зэрэглэлийг тогтоох нь

А.Өлзийбаяр¹, Л.Шагдар², Б.Эрдэнэчулуу²

¹Эх нялхсын эрдэм шинжилгээний төв

²Эрүүл мэндийн шинжлэх ухааны их сургууль

Дунд чихний наалдаст үрэвсэл (ДЧНУ)-нь хүн амын дунд ялангуяа хүүхэд насанд элбэг тохиолдож, дунд чихний архаг идээт үрэвслээс илүү дүлийрэлд хүргэдэг аюултай өвчнүүдийн нэг юм (Ojala, 1987). Энэ өвчин аль ч насанд тохиолдож болох боловч ихэвчлэн хүүхэд насанд эхэлдэг байна (Bruce Proctor, M.M.Paparella, 1993).

ДЧНУ нь чих хамар хоолойн эмнэлзүүд элбэг тохиолддог боловч түүний онош, эмчилгээний талаархи судалгаа нь сувдангир (choleostoma) болон дунд чихний шүүрдэст үрэвслийн (otitis media with effusion) адил өргөн судлагдаагүй байна (Shigehisa Hashimoto 2000, Gunderson T, 1976, Liberman A, 1986, Tos M, 1987).

Эрдэмтдийн судалгаагаар дунд чихний наалдаст үрэвслийн дараа хамгийн элбэг тохиолддог хүндрэл нь хэнгэргэн хальсны нэлэнхүй ба хэсэгчилсэн хатангиршил, татагдалт, хэнгэргэн хөндий хавчийх үзэгдэл бөгөөд олон жил үргэлжлэх тутам хэнгэргэний татагдалт гүнзгийрч хэнгэргэн хөндийг эвэршилд хүргэж, дахин сэргэшгүй өөрчлөлтөд оруулдаг учраас уг өвчнийг аль болох эрт үе шатанд нь оношлон мэс заслын эмчилгээ хийж, сонсгол сайжруулах, дунд чихний хөндийн гүнзгий эмгэг өөрчлөлтөөс урьдчилан сэргийлэх нь онцгой ач холбогдолтой болохыг эрдэмтэд тогтоосон байна (Овчинников Ю.М 1972, Blaney S.P.A 1999, Marie Bunne 2000, Seishi Hasebe, Dornhoffer J.L 2000, Sade Jacob, 1979, Luntz M, 1989).

Сүүлийн 15 жилийн турш эрдэм судалгаа болон эмнэл зүйн үүднээс дунд чихний үрэвслийн нэр томъёо ялган оношлолтын талаар нэгдсэн ойлголт бий болгохын тулд судлаачид хамтын хүчин чармайлтаа тавьсаар ирлээ (Senturia et al, 1999). Jacob Sade (1979) хамтран зүтгэгчдийнхээ хамт хэнгэргэн хальсны татагдалтыг: хэнгэргэн хальс төвгөр байдлаа

алдаж, хэнгэргэн хөндийн дотор хана руу бага зэрэг татагдсан, хэнгэргэн хальс татагдсаар дөшөнд хүрсэн, хэнгэрэг болон түүний зарим хэсэг нь promentorium-д маш ойртсон, хэнгэрэг буюу түүний хэсэг нь хэнгэргэн хөндийн орчны эд болон сонсголын яснуудтай нягт наалдсан, хэнгэрэг идэгдэж цоорсон үе гэж 5 зэргээр хуваасан байна. Charachon, Barthez, Lejeune (1992) нар хэнгэрэг татагдсан боловч хөдөлгөөнтэй, хэнгэрэг хөдөлгөөнгүй бэхлэгдсэн боловч нэмж татагдаж буй эсэхийг хянах боломжтой, хэнгэрэг бэхлэгдсэн боловч хянах боломжгүй гэж хэнгэргэн хальсны татагдсан байдлыг 3 зэрэгт ангилжээ. Мөн Douglas A. Lienig (1994) нар хэнгэргэн хальсны татагдалтыг: хэвийн (normal), ялимгүй татагдсан (minimal retraction), бага зэрэг татагдсан (mild retraction), дунд зэрэг татагдсан (moderate retraction), илт мэдэгдэм татагдсан (marked retraction), хүнд хэлбэрээр татагдсан (severe retraction) гэж ангилна гэжээ.

Манай оронд хотын нийт хүн амын 0,4%, хөдөөгийн хүн амын 0,7% нь дунд чихний наалдаст үрэвсэлтэй өвчтөн эзэлж, дүлий хүмүүсийн 7,3% нь дунд чихний наалдаст үрэвслийн шалтгаантай байжээ (Л.Шагдар, 1990).

Манайд эхний үед дунд чихний наалдаст үрэвсэл гэсэн нэр томъёоны дор ихэвчлэн хэнгэргэн хальс шохойжихийг ойлгож, хэнгэргэний хөдөлгөөнийг сайжруулах зорилгоор хэнгэргэн хальсанд чичиргээнт массаж эмчилгээг эмийн эмчилгээтэй хавсруулан хийж байсан ба хэнгэргэн хальсны татагдалт, түүний зэрэглэл, эмнэл зүй эмчилгээний талаар нэгдсэн ойлголт үгүй байв. Өнөөдөр тус хотын хүн амын дүлийрэлтийн шалтгаанд багагүй байр эзэлж байгаа ДЧНУ-ийн оношлогоо, эмчилгээний асуудлыг олон талаас нь судлахыг онол практикийн хувьд зайлшгүй шаардаж байна.

Зорилго. Хүүхдийн дунд чихний наалдаст үрэвсэл (ДЧНУ)-ийн үеийн хэнгэргэн хальсны өөрчлөлтийг үндэслэн оношлогооны зэрэглэл тогтоох шалгууруудыг боловсруулж, практикт

нэвтрүүлэх зорилготой. Энэхүү зорилгыг дараах зорилтоор хэрэгжүүлэв.

Зорилт:

1. ДЧНУ-ийн хэнгэргэн хальсны татагдалтын байдлыг судлах

2. ДЧНУ-ийн хэнгэргэн хальсны янз бүрийн зэргийн татагдалтын үеийн эмнэл зүйн илрэлийг судалж зэрэглэлд хуваах үндэслэл гаргах зэрэг болно.

Хэрэглэгдэхүүн, арга зүй.

Бид 1999-2002 онд ЭНЭШТөвийн чих хамар хоолойн тасагт хэвтэж эмчлүүлсэн 15 хүүхдийн 2 талын 30 чих, 53 хүүхдийн сонсгол нь илүү буурсан нэг талын чих, нийт 68 хүүхдийн 83 чихийг судалгаандаа хамааруулав. Судалгаанд хамрагдсан хүүхдүүдийн 38(55,9%) нь эрэгтэй, 30(44,1%) эмэгтэй хүүхдүүд байв.

Хүүхдүүдийн 6(8,8%) нь 4-7 настай, 15(22,1%) нь 8-12 настай, 26(38,2%) нь 13-15 настай, 21(30,9%) нь 16-19 настай байлаа

Өвчтөний 69,1%(47) Улаанбаатар хотоос, 30,9% (21) нь бусад хот, аймгаас хэвтжээ.

Хийлэгчтэй лүүз болон чихний мэс заслын бичил харуур (Герман, ZEISS,ZIIP No70530)-ыг ашиглан хэнгэргэн хальсны хөдөлгөөн, шохойжилт, татагдалтын байдлыг оношлов.

Чихний үзлэгээр хэнгэргэн хальсны хэнгэргэн хөндий рүү татагдсан байдал болон сонсголын яснууд, орчны эдэд наалдсан байдлыг үндэслэн 4 бүлэгт хуваав. Энэ 4 бүлэгт тулгуурлан акуметр, аудиометрийн шинжилгээ (Япон, AD-27), тимпанометрийн шинжилгээг (Япон, MAICO-640) бүх 68 өвчтөнд хийж, сонсголын бууралтын хэлбэр, зэрэг, хэнгэргэн хөндийн даралт, хэнгэргэн хальсны хэлбэлзэх хөдөлгөөнийг төрлөөр нь бүлэг тус бүрт тодорхойлов. Статистик боловсруулалтыг SPSS-10 программыг ашиглан хийлээ.

Үр дүн. Хэнгэргэн хальс хэнгэргэн хөндийн дотор хана руу (promentorium) татагдсан хэмжээ, сонсгол шалгасан болон тимпанометрийн шинжилгээний үр дүн, мэс заслын олдоцын харьцуулалт (сонсголын яснуудын хэлхээний сорвижилт, сонсголын яснууд идэгдсэн байдал)-ыг үндэслэн Jacob Sade(1979), Charachon, Barthez, Lejeune (1992), Douglas A.Lienig (1994) нарын ангиллыг ишлэл болгож, ДЧНУ-г судалгаанд хамрагдсан өвчтөнүүдийн чихний өөрчлөлтийг 4 бүлэг болгон хуваав. Үүнд:

ДЧНУ-ийн 1-р бүлгийн эмнэл зүйн шалгуурууд. Бидний судалгаанд хамаарагдсан өвчтөнүүдийн чихний 16(19,3%)-д илэрсэн дараах өөрчлөлтийг 1-р зэрэгт хамааруулсан ба гол шалгуур нь: хэнгэргэн хальс төвгөр байдлаа алдаж, хэнгэргэн хөндийн дотор хана (promentorium) руу бага зэрэг татагдсанаас алхны бариул богиноссон байдалтай харагдаж байсан ба annulus tympanicus буюу хэнгэргэний ирмэгийн

бэхлэгдэх цагаригаас бага зэрэг цаашилсан боловч дөшний урт сэртэнд хүрээгүй байлаа. Энэ үед сонсгол $35,69 \pm 3,68$ дБ хүртэл буурч, тимпанометрт хэнгэргэн хөндийн даралт -100 дара хүртэл байсан ба тимпанограммд голчлон В,С төрлийн муруй илэрч байлаа.

Хэнгэргэн хальсны бүх гадаргууг бүрэн сайн харж байж ийм өөрчлөлтийг илрүүлсэн болно. Энэ үед хэнгэргэний өөрчлөлтийг хянахад хялбар байсан бөгөөд ихэвчлэн мэс заслын эмчилгээ шаардлагагүй байсан ба хэнгэргэн хальсанд агааржуулах цорго байрлуулах мэс ажилбар хийж, өвчтөнийг хяналтанд байлгасан болно (Хүснэгт 1).

ДЧНУ-ийн 2-р бүлгийн эмнэл зүйн шалгуурууд. Судалгааны өвчтөнүүдийн чихний 16(19,3%)-д нь хэнгэргэн хальсны татагдалт гүнзгийрч дөшний урт сэртэнд хүрсэн боловч хэнгэргэн хөндийн дотор хананы төвгөр хэсэг (promentorium)-д хүрээгүй зэрэг өөрчлөлтийг 2-р бүлэгт хамааруулав. Энэ үед хэнгэргэн хальс шохойжилт багатай байсан ба соруулгаар сороход татагдан өргөгдөж байлаа. Сонсгол $36,73 \pm 7,51$ дБ хүртэл буурч, тимпанометрт хэнгэргэн хөндийн даралт -100-150 дара хүртэл байсан ба тимпанограммд В,С,Аs төрлийн муруй илэрч байлаа.

ДЧНУ-ийн 3-р бүлгийн эмнэл зүйн шалгуурууд. Нийт 41(49,4%) чихэнд хэнгэргэн хальс дотогш татагдсаар дөшний урт сэртэн болон promentorium-д нэгэн зэрэг хүрсэн байсныг 3-р бүлэгт хамааруулав. Ийм үед хийлэгч лүүзийн тусламжтайгаар хэнгэргэнийг хөдөлгөхөд ихэвчлэн хэнгэргэн хальсны наалдаагүй хэсэг хөдөлж харагдлаа. Тимпанометрт хэнгэргэн хөндийн даралт -100-150 дара-гийн хооронд байж, сонсгол $50,95 \pm 10,52$ дБ хүртэл бууран тимпанограммд As,В,С,D,E аль төрлийн муруй илэрч байв.

ДЧНУ-ийн 4-р бүлгийн эмнэл зүйн шалгуурууд. 11(13,3%)-д нь хэнгэргэн хальс болон түүний хэсэг нь promentorium болон түүний эргэн тойрон, орчны эд, сонсголын яснуудад наалдсан байв. Энэ үед ихэвчлэн сонсголын яснууд уусч гэмтэн сонсголын ясны үенүүд сорвит эдээр хучигдаж, барьцалдаж, хөдөлгөөнгүй болсон байлаа. Энэ үед тимпанометрт хэнгэргэн хөндийн даралт -150 дара-гаас доош буурсан ба сонсгол $59,45 \pm 11,66$ дБ хүртэл буурч бүх тохиолдолд тимпанограммд As төрлийн муруй илэрсэн байв.

3,4-р зэрэглэлийн үед чихний хэнгэргэн хальсыг духны гэрэл, тольны тусламжтайгаар энгийн нүдээр харахад хэнгэргэ цоорхой мэт харагдаж, хэнгэргэний цооролттой андуурагдах тохиолдол их байлаа. Иймээс чихний өвчтөн бүрийг чихний үзлэгийн болон мэс заслын бичил харуураар үзэж хэнгэргэн хальсны хөдөлгөөнийг хийлэгч лүүзээр шалгах шаардлагатай нь харагдаж байлаа.

Хэлцэмж

Ийнхүү бидний ажиглалтаар ДЧНУ-ийн үеийн хэнгэргэн хальсны хэнгэргэн хөндий тийш татагдсан байдлыг 4 зэрэгт хуваасан энэхүү шалгуурууд нь бусад судлаачдынхаас ялгарах онцлогтой болно. Үүнд:

1. Бидний 2-р зэрэг гэж үзэж байгаа хэлбэрийг (хэнгэргэн хальс дөш болон promentorium-д хүрсэн) судлаач Sade at all, 1979 нар хэнгэргэн хальс дөшний урт сэртэнд хүрсэн боловч promentorium-д хүрээгүй, хэнгэргэн хальс дөшөнд хүрэхийн хамт promentorium-д хүрсэн гэж 2 тусад нь ангилан үзжээ. Бидний ажиглалтаар хэнгэргэн хальс дөшний урт сэртэн, promentorium хоёрт хоёуланд нь хүрсэн өвчтөнүүд бидний судалгааны хүүхдүүдийн чихний ихэнх 41(49,3%) нь байв. Хэнгэргэн хөндийн дотор хана (promentorium) нь ялангуяа хүүхдэд төвгөр байдгаас хэнгэргэн хальс нэгэнт дөшөнд хүрсэн ихэнх тохиолдолд шууд promentorium-д хүрдгээр бид өөрсдийн ангиллыг тайлбарлаж байгаа юм. Мөн эдгээр судлаачид эцсийн үе шатыг хэнгэрэг цоорох гэж үзсэн ба бидний судалгаанд ямар ч шинж тэмдэггүйгээр (өвдөлт, ялгадас, үрэвсэл) хэнгэрэг цоорсон өвчтөн тохиолдсонгүй.

2. Бидний энэ ангилал нь Douglas A. Lienig (1994) нарынхаас хэнгэргэн хальсны татагдалтын зэрэг бүрт илрэх бодит өөрчлөлтийг зураглаж, дүрслэн ялгаснаараа ялгаатай.

3. Charachon, Barthez, Lejeune (1992) нарын ангиллыг бодвол өвчтөнийг заавал удаан хугацаагаар хянахгүйгээр, нэг удаагийн үзлэг, шинжилгээгээр хэнгэргэн хальсны татагдалтын зэргийг тогтоох боломжтойгоороо давуу талтай байлаа.

ДЧНУ-ийн 1-р зэргийн үед өвчтөнүүдийн сонгол нь сонгол бууралтын 1-р зэрэгтэй, 2-р зэргийн үед 1-р зэрэгтэй, 3-р зэргийн үед сонгол бууралтын 2-р зэрэгтэй тус тус дүйж, 4-р зэргийн үед сонгол 2-оос дээш зэргээр буурсан байв.

Хүснэгт 1

ДЧНУ-ийн үеийн хэнгэргэн хальсны татагдалтын зэрэглэлүүдийн эмнэл зүйн шинжүүд

ДЧНУ-ийн хэнгэргэн хальсны татагдалтын зэрэг	Хэнгэргэн хальс татагдсан байдал	Сонгол бууралтын зэрэг	Хэнгэргэн хөндийн даралт	Тимпанограмм
1-р зэрэг	Хэнгэргэн хальс төвгөр байдлаар ягдаж хэнгэргэн хөндийн дотор хана (promentorium) руу бага зэрэг татагдах ба дөшний урт сэртэнд хүрээгүй байна.	35,69±3,68 дб хүртэл	-96±17,0 дара хүртэл	В,С төрлийн муруй
2-р зэрэг	Хэнгэргэн хальс дөшний урт сэртэнд хүрэх боловч хэнгэргэн хөндийн дотор ханы төвгөр үзэг (promentorium)-д хүрээгүй байна.	36,73±7,51 дб хүртэл	-120±2,3 дара.	В, С, Аз төрлийн муруй
3-р зэрэг	Хэнгэргэн хальс дотогш татагдсаар дөшний урт сэртэн болон promentorium-д хүрсэн байна.	50,95±10,5 2 дб хүртэл	-145±3,7 дара	А,В,С,Д, Е төрлийн муруй
4-р зэрэг	Хэнгэргэн хальс болон түүний хэсэг нь promentorium болон түүний эргэн тойрон, орчны эд, сонсголын яснуудад нвалдсан байна.	59,45±11,6 6 дб-ээс дээш	-210±14,5 дара-гвас доош	Аз төрлийн муруй

Дүгнэлт.

1. ДЧНУ-ийн 1-р зэргийн үед хэнгэргэн хальс төвгөр байдлаа алдаж, хэнгэргэн хөндийн дотор ханы төвгөр хэсэг болох (promentorium)-руу бага зэрэг татагдах боловч дөшний урт сэртэнд хүрээгүй байх ба 2-р зэргийн татагдалтын үед хэнгэргэн хальс дөшний урт сэртэнд хүрэх боловч promentorium-д хүрээгүй байх ба 3-р зэргийн татагдалтын үед хэнгэргэн хальс дөшний урт сэртэн болон promentorium-д хүрч 4-р зэргийн татагдалтын үед хэнгэрэг болон түүний хэсэг нь promentorium болон түүний эргэн тойрон, орчны эд, сонсголын яснуудыг бүрхэн наалдсан байлаа.

2. ДЧНУ-ийн хэнгэргэн хальсны татагдалтын 4 зэрэг нь онош эмчилгээний гол шалгуур болно. **Ном зүй.**

1. Blaney SPA, Tierney P, Bowdler DA. The surgical management of the pars tensa retraction pocket in the child-results following simple excision and ventilation tube insertion. Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol. №50. (1999):133-137.

2. Biuestone Charles D. Otitis media in infants and Children. W.B. Saunders Company. Pennsylvania. 1998:209-269.

3. Blaney SPA, Tierney P, Bowdler DA. The surgical management of the pars tensa retraction pocket in the child-results following simple excision and ventilation tube insertion. Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol. №50. (1999):133-137.

4. Bluestone Charles D. Otitis media in infants and Children. W.B. Saunders Company. Pennsylvania. 1998:209-269.

5. Dornhoffer JL. Surgical management of the atelectatic ear. Am. J. Otol. vol. 21, №3. (2000):315-321.

6. Helms J. Retraction pocket /atelectatic middle ear. Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol. №32. (Suppl). (1995):S.159-161.

7. Kemalglu YK, Beder L, Sener T, Goksu N. Tympanometry and acoustic reflectometry in ears with chronic retraction without effusion. Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol. №55. (2000):21-27.

8. Maw JL, Kartush JM, Bouchard K, Raphael Y. Octylcianoacrylate: a new medical grade adhesive for otologic surgery. Am. J. Otol. vol. 21, №3. (2000):310-314.9.

9. Mills RP. Physiological reconstruction of defects of the incus long process. Clin. Otolaryngol. №21. (1996): 499-503.

10. Sade Jacob. Secretory otitis media and its sequelae. Churdhill Livingstone Inc. New York. 1979:64-87.

11. Shigehisa Hashimoto. A guinea pig model of adhesive otitis media and the effect of tympanostomy. Auris Nasus Larynx. №27 (2000): 39-43.

12. Shigehisa Hashimoto. A guinea pig model of adhesive otitis media and the effect of tympanostomy. Auris Nasus Larynx. №27 (2000): 39-43.

Танилцаж, нийтлэх санал өгсөн:
Академич Н.Баасанжав

Харшлын болон вазомотор шалтгаант хамрын салстын үрэвсэлд зүү эмчилгээ хийсэн ажиглалтын дүнгээс

С.Цэцэгээ

“Ачтан” клиникийн эмнэлэг

Сүүлийн жилүүдэд атопийн хэлбэрийн арьсны үрэвсэл, нүд болон хамрын харшлын өвчлөл мэдэгдэхүйц ихсэх болсон нь эмч судлаачдын анхаарлыг татаж байна. Харшлын өвчлөл нэмэгдэх болсон нь нэг талаас хотжилт, агаарын бохирдол, хэрэглээний еерчлөлттэй холбоотой, нөгөө талаас хүний биеийн атопитай холбоотой. Зарим хүмүүс харшилд өртдөггүй нь удамшлын хүчин зүйлс, атопитай эсэхээс хамаарна. “Атопи” гэдэг нь тухайн хүний цусанд иммуноглобулин E (IgE) -эсрэг бие хэвийн хэмжээнээс өндөр байх, өвөрмөц IgE илрэх эсвэл арьсны сорилд эерэг үр дүн гарч байгаа харшламтгай байдлыг хэлнэ. Атопи нь удамшлын хандлагатай. Эцэг, эх хоёул атопитай бол гарах хүүхдийн 75% нь атопитай байх хандлагатай байдаг (1).

Харшилтай хүмүүсийн тал хувь нь төрөлхийн атопитай, үлдсэн хувь нь амьдралынхаа явцад мэдрэгшил харшилтай болсон байдаг. Сүүлийн жилүүдэд агаарын бохирдолт ихсэхийн хэрээр харшлын өвчлөл нэмэгдэж байгааг тогтоосон. Үүнд агаар дахь азотын давхар исэл (амьсгалын замын бүтэлт, агшилт өгөх), хүхрийн хий (салст бүрхэвчийг цочроох), нүүрстөрөгчийн дутуу исэл зэрэг юм (2).

Эдгээр бодис Улаанбаатар хотод өвлийн улиралд ДЭХБ-ын зөвлөмжинд заасан хэмжээнээс илүү байдаг нь тогтоогджээ. Дизель хөдөлгүүрийн болон ахуйн зуухны шаталтаас үүсэх утаа тортог амьсгалын замын өвчлөл, түүний дотор харшлын өвчин үүсэх хүчин зүйлүүдийн нэг болохыг тогтоогоод байна (3).

Судлаач Fijieda нарын судалснаар дизель хөдөлгүүрийн утаагаар амьсгалсан атопитай хүний хамрын шүүрэлдэх IgE-эсрэг биеийн хэмжээ 5 дахин (ургамлын тоостой нийлэхээрээ 50 дахин) нэмэгдэж байгааг тогтоосон (4).

Улаанбаатар хотын агаарын бохирдолт 1-3, 10-12 сард дулааны саруудаас илүү байгаа нь тогтоогджээ (5).

Нөгөө нэг хүчин зүйлд ургамлын тоосжилт, тасалгааны агаарын аллерги (хачиг, жоом, хөгцний мөөгөнцөр г.м) орно.

Биологич Б.Сангидорж нарын судалгаанд Улаанбаатар хотод харшил үүсгэх халдвар бүхий 31 овгийн 76 зүйлийн 120 төрлийн ургамал ургадаг болохыг тогтоосон ба тоосжилтын үе нь 4-11 сар хүртэл үргэлжилдэг байна (6).

Агаарын бохирдуулагчид нь амьсгалын замын эпителиээс үрэвслийн медиатр ялгаруулж

харшлын өвчин үүсэхэд нөлөөлдөг болохыг тэмдэглэсэн байдаг (7).

Чих хамар хоолойн практикт эмгэг жамын чиглэлээр зүү эмчилгээг хийхдээ мэдрэл-шингэний үйл ажиллагааны алдагдал, нейровегетатив шалтгаант өвчин, бие махбодын мэдрэг байдал зэрэг шалтгаанд өргөн хэрэглэдэг (8,10).

1988 онд Москвагийн хүүхдийн чих хамар хоолойн клиникийн эмнэлэгт зүү эмчилгээний сонгодог арга (классическое эндоназальное иглоукальвание)-г анх хэрэглэсэн (9).

Судалгааны зорилго. “Ачтан” клиникийн эмнэлэгт сүүлийн 3 жилд үйлчлүүлсэн харшлын болон вазомотор шалтгаант хамрын салстын үрэвсэлтэй 171 өвчтөнд хамрын салстанд зүү эмчилгээ хийж, ажиглалт хийсэн үр дүнг тооцоход судалгааны ажлын зорилго оршино.

Судалгааны аргачлал. Зүүг хамрын дунд самалдгийн урд төгсгөлд салстын дор 1-1,5 см гүнд тавина. Нэг удаагийн эмчилгээний хугацаа 5 минут. Курс эмчилгээг өвчний байдлаас хамаарч 1-3 удаа хийсэн ба анхны эмчилгээг 8-12 удаа, хоёр, гурав дахь курс эмчилгээг 10-14 хоногийн зайтай 5-8 удаа хийв.

Үйлчилгээ нь: Зүү тавьсан хэсэгт импульсийн нөлөөгөөр асептик үрэвсэл үүсч эмчилгээний үр дүн өгнө.

Эмчилгээний үр дүнг хамрын амьсгал, үнэрлэх үйл ажиллагааны өррчлөлт, шингэн ялгаралт багасах, хамрын салст бүрхэвч хэвийн байдалд орсноор тооцлоо.

Судалгааны үр дүн. Сүүлийн 3 жилд “Ачтан” клиникийн эмнэлэгт үйлчлүүлэгчдийн дотор харшлын болон вазомотор үрэвсэл хамар, хамрын дайврын хөндийн үрэвслийн дотор зонхилох байрыг эзэлж, өвчлөл жилээс жилд нэмэгдэх хандлагатай байгаагаас үндэслэн уг судалгааг хийв.

Судалгаанд хамрагдагсдын дотор харшлын шалтгаант үрэвсэлтэй 92 өвчтөний 72,8% нь эмэгтэй, насны хувьд 20-40 насны өвчтөн 27,1-33,6% эзэлж байхад вазомотор үрэвсэлтэй 79 өвчтөний 55,6% эрэгтэй, 8-16, 20-30 насны хүүхэд залуучууд 27,8-29,1%-ийг эзэлж байна (Хүснэгт 1, Зураг 1).

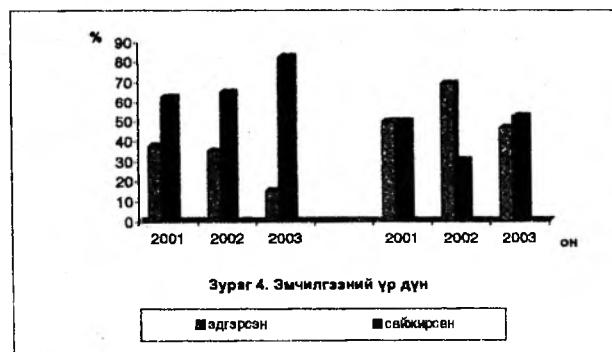
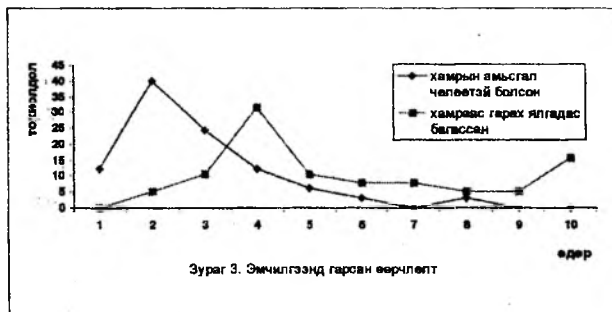
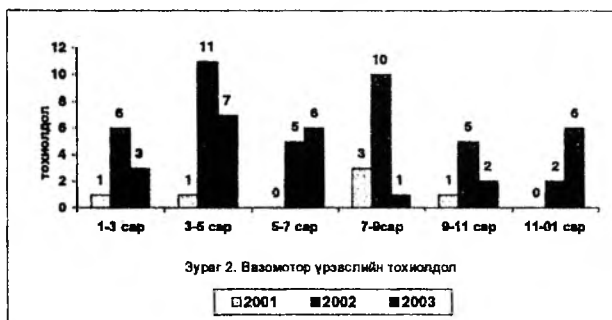
Хүснэгт 1

Хамрын салстын үрэвсэл (Хувиар)

Он	Харшлын шалтгаант үрэвсэл		Вазомотор үрэвсэл	
	Эр	Эм	Эр	Эм
2001	32	68	66	34
2002	33	67	39	61
2003	21	79	67	33

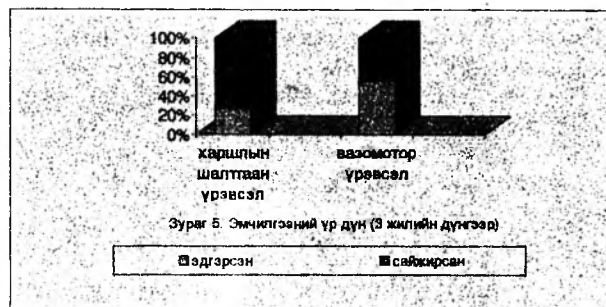


Улирлын байдлаар авч үзэхэд харшлын шалтгаант үрэвсэл 1-3 сар, 5-7 сар, 9-11 сар, вазомотор үрэвсэл 1-5 саруудад илүүтэй тохиолдож байгаа нь ажиглагдав (Зураг 2).



Эмчилгээний ажиглалтын явцад хоёр (хамрын амьсгал чөлөөтэй болох, хамраас гарах ялгадас багасах) үндсэн шинж тэмдгийг авч үзэхэд эмчилгээний 2-3 дахь өдрөөс үр дүн гарч эхэлсэн ба эмчилгээний эцэст бүх өвчтөнд үр дүн өгч, нийт

дүнгээрээ эдгэрэлт 40,9%, сайжралт 59,1% байна (Зураг 3, 4, 5).



Дүгнэлт

1. Судалгаанаас үзэхэд харшлын шалтгаант үрэвслээр ихэнхдээ (72,8%) 20-40 насны эмэгтэйчүүд өвчилж байгаа нь энэ насны эмэгтэйчүүд уг өвчинд илүү өртөмтгий байгаа ба ажлын нөхцөл, ахуйн хэрэглээ, хооллолт, амьсгалж байгаа агаарын хүчин зүйл нөлөөлсөн байх үндэслэлтэй. Вазомотор үрэвслээр 8-16, 20-30 хөвгүүд илүүтэй өвчилсөн судалгаа гарсан ба энэ нь тухайн насны онцлог мэдрэл-шингэний болон нейровегетатив өөрчлөлт, энэ насны хөвгүүдийн ихэнх хувийг оюутан, сурагчид эзэлдэг тул нийгмийн онцлог байдалтай холбоотой агаар, хөдөлгөөний дутагдал нөлөөлсөн байх үндэслэлтэй.

2. Эдгээр өвчлөлүүд цаг улирлын байдалтай холбоотойгоор 1-7 сар, 9-11 саруудад зонхилж байгаа нь хотжилт, агаарын бохирдол, тоосжилттой холбоотойгоос гадна цаг агаарын хувиралд тухайн хүний дасан зохицох чадвар, мэдрэгшилтэй холбоотой байж болохоор байна.

3. Өвчтөнд хийгдсэн эмчилгээний явц үр дүнгээс үзэхэд эмчилгээний 2-3 дахь өдрүүдээс үр дүн гарч, нийт дүнгээр эдгэрэлт 40,9%, сайжралт 59,1% байгаа нь уг эмчилгээ нь клиникийн практикт үр дүнтэй болох нь харагдлаа.

Ном зүй.

1. Мөнхбаярлах.С, Зэвгээ.Т "Харшлын өвчин агаарын бохирдол" Монголын анагаах ухаан 2003 №3, х. 36-37
2. Оюунбилэг.А "Утаа хийгээр амьсгалснаас уушиг гэмтэх нь" "Эмч" сонин 2003.№55, х. 3
3. Diaz-Sanchez D, Tsein A, Fleming J, Saxon A, Combined diesel exhaust particulate and ragweed allergen challenge markedly exchanges human in vivo nasal ragweed-specific IgE and skews cytokine production to a T helper cell 2-tipe pattern .Jimmunol 1997; 158:2406
4. Fujieda S, Diaz-Sanchez D, Saxon A, Combined nasal challenge with diesel exhaust particles and allergen induces in vivo IgE isotype switching Am J Respir Cell Mol Biol 1998;19:507-12
5. Бурмаа.Б, Энхцэцэг.Ш "Хан-Уул дүүргийн агаарын бохирдолт, хүн амын зарим өвчлөлийн

хоорондын хамаарлыг судалсан дүн" "Монголын анагаах ухаан" 2003, №3, х. 28-29

6. Сангидорж.Б "Условия развития поллинозов в городе Улан-Баторе" Дисс.на соис. канд.биологич. наук. 1990

7. Григорьева.Н.В. "Галотерапия" Вестник ОРЛ 2003 №4, с. 42-44

8. Гаваа Лувсан "Традиционные и современные аспекты восточной рефлексотерапия" 1992, с.260

9. Шеврыген В.В, Карпова Е.П. "Особенности иглорефлексотерапевтического воздействия при вазомоторном и аллергическом рините у детей" Вестник ОРЛ 1988 II, с. 52-53

10. Austin M. "Acupuncture therapy" 1974, p. 290

Танилцаж, нийтлэх санал өгсөн:
Анагаахын шинжлэх ухааны доктор
Б.Бурмаа

Баянхонгор аймгийн жирэмсэн эхчүүдийн хүндрэлийг судалсан дүн

Т.Эрхэмбаатар
Эрүүл мэндийн яам

Уур амьсгал газар зүйн хүчин зүйл хүний бие махбодод нөлөөлдөг тухай судлаачид тэмдэглэсэн байна [1.2.3.4]. Эрүүл хүн уур амьсгал газарзүйн нөлөөлөлд амархан дасдаг. Харин жирэмсэн эхчүүдэд уур амьсгал, газар зүйн тааламжгүй хүчин зүйл сөрөг нөлөө үзүүлдэг. Ялангуяа агаарын температур, чийгшил, салхины хурд, хахирлаг шинж, бүгчмийн индекс жирэмсэн эхэд сөрөг нөлөөлөл их байна [5.6].

Монгол орон өргөн удам нутагтай, нэг аймаг, нэг сум ч газар зүйн өөр өөр бүс нутагт хамрагддаг онцлогтой [7].

Судалгааны зорилго, зорилт. Тус аймаг нь Улаанбаатар хотоос их хол алслагдаагүй, дэд бүтцийн дунд зэргийн хөгжилтэй аймагт багтдаг Монгол улсын сүүлийн 20 жилийн эхийн эндэгдлийн судалгаагаар бүх аймгийн дотор 2-р байр эзэлдэг бөгөөд 100000 амьд төрөлтөнд 242.9 буюу хэт өндөр эхийн эндэгдэлтэй аймагт багтдаг байна. Мөн жирэмсний хүндрэл ялангуяа жирэмсний хордлогын харьцангуй өндөр байдаг онцлогтойг харгалзан шалтгааныг тодруулах зорилго тавилаа. Баянхонгор аймаг нь монгол орны хангай, тал хээр, говь 3 бүсийг хамруулдаг байгаль цаг уурын онцлогтой аймаг юм [6]. Ийм учраас жирэмсний хордлогын шалтгаан, хүндрэл энэ гурван бүсэд ямар хамааралтай байж болохыг тодруулах зорилго дэвшүүлэн тодорхой зорилтуудыг шийдвэрлэсэн юм.

Судалгааны материал арга, зүй. Баянхонгор аймагт сүүлийн 10 жилд 25975 эх төрж 67 эх эндсэн материал, 2829 төрсөн эхийн түүхээс жирэмсний хожуу гестозтой 940 түүхэд ретроспективын аргаар цаг уурын мэдээ газар зүйн атласыг ашиглан судалгааг явууллаа.

Судалгааны үр дүн. Баянхонгор аймаг 116 мянган км² нутагтай, далайн түвшнээс дээш 3000-3500 м, Хангайн нурууны салбар уулс 2724-3957 метр, Алтайн нурууны үргэлжлэл, Говь-Алтайн уулс зэрэг өндөр уул нурууд 760-974 метр

өргөгдсөн, Эхийн гол, Зулганай зэрэг нам дор баянбүрд газартай, нутгийн хотгор гүдгэрийн ялгаа их байгаа нь эрс тэс ялгаатай уур амьсгалыг бий болгодог учраас хахир ширүүн уур амьсгалтай, агаар хөрсний чийг хангамж муу, чийг хангамжтай нутагт дулаан дутагдалтай, дулаан хангамжтай нутагт чийг дутагдалтай, үе үе хүчтэй шороон ба цасан шуурга их хүйтэн болдог онцлогтой билээ. Өвөл, зуны агаарын дундаж температурын агууригыг уулархаг нутгаар 49°C, говь хээрийн бүсэд 46-41°C, зарим жилд агаарын үнэмлэхүй их бага хэмийн агууригыг ууландаа 85°C, говьдоо 88°C хүрдэг. Тус аймаг нь монгол орны төв Азийн байгаль цаг уур, уур амьсгалын өвөрмөц шинжийг илтгэх уртрагийн дагуу сунаж тогтсон байршилтай. Судлаачдын үзэж байгаагаар монгол орон түүний дотор Баянхонгор аймаг эх газрын эрс тэс уур амьсгал нь *тэгш хэмтэй* байна.

Хангайн нуруун Гурванбулаг суманд жилийн дундаж агаарын температур -8.3°C, хур тунадас 450 мм хүрч байхад Алтайн Өвөрговийн Шинэжинст сумын Эхийн голд +8.3°C, 36 мм хамгийн бага хур тунадастай байна. Баянхонгор аймгийн төвд хур тунадас 200 мм байдаг нь тэгш хэмийн баримтууд юм. Уртрагийн 99°C-ийн дагуу эдгээр тэгш хэмийн онцлог илэрч байдаг.

Бид бүс нутгийн атласыг ашиглан I муж 3000м-ээс дээш өргөгдсөн хангайн бүс, II муж Алтай-Хангайн завсрын бүс, III муж Говь-Алтайн уулархаг бүс, IV муж Говийн ба Алтайн Өвөрговь бүс гэж 4 хуваан нарийвчлан судлан үзлээ.

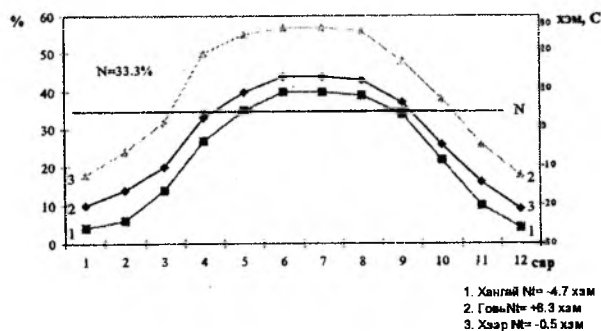
Хүснэгт 1

Баянхонгор аймгийн цаг уурын мужлал, эхийн эндэгдэл хоорондын хамаарал

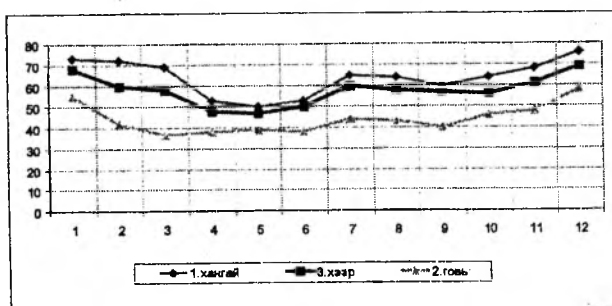
Бүс	I муж	II муж	III муж	IV муж
	Хангайн бүс	Алтай-Хангайн завсрын бүс	Говь-Алтайн уулархаг бүс	Говийн ба Алтайн өвөрговь бүс
Хамрагдсан сумын нэрс	Гурванбулаг Жаргалант Заг, Баяновс Эрдэнэцогт Галуут, Баянбулаг	Бууцаглан Хураамарал Баянбегер Баянхонгор лот Өлзийт	Баянөндөр Баянцагаан Шинэжинст	Баацагаан Жинст Ботд Баянцог Эхийн гол
Хүйтний хахиршил	2.5	2.4	2.9	2.7
Жилийн дундаж температур	-4.5	-0.5	-0.7	+4.1

Агаарын даралт	770-790	780-810	776-810	810-810
Уур амьсгал (климат)	Чийгтэдүү-хүйтэн, Био цаг уурын нэг төлөв нөгөөгөөр хувьсан оолигодолт агуур, эвн нь усархаг, сэрүүн	Хуурай сэрүүн, дулаадтар хур тунадас харьцангуй бага	Салхи шуурга, хадиршал хангайгаас их.	Дулаан, халуун хуурай, нарны илч, цацраг үйлчлэл илүүтэй, ган цөлжилтийн хөхир хуурай, салхи шуургалыг зохиогүй нөлөөтэй
Цаг агаарын хүний биед нөлөөлөх (хоног)	300-325	250-300	250	250-300
Эхийн эндэгдэл тоолууь	(32) 47.7 хувь	(18) 26.8 хувь	(12) 17.9 хувь	(10) 13.6 хувь

1-р хүснэгтээс харахад эхийн эндэгдлийн шалтгааныг байгаль, цаг уур, газар зүйн нөхцөлтэй уялдуулахад нилээд онцлог харагдаж байна. Далайн түвшнээс 3200 м-ээс дээш өргөгдсөн нутагт эхийн эндэгдэл 47.7% байхад далайн түвшнээс 900-1000 м орших говийн бүс нутагт 13.8% харьцангуй бага, байгаа нь ажиглагдаж байна. Газарзүйн онцлогийг бүслэлээр авч үзэхэд газар нутгийн 25% эзлэх хангайн мужид эхийн эндэгдэл 55.2%, 28.2% эзлэх Алтайн ар мужид эхийн эндэгдэл 26.8% байхад Говийн ба Алтайн Өвөрговийн мужид 4.2% байгаа нь цаг агаарын газарзүйн нөлөөлөл байж болох талтай.



Зураг 1. Жирэмсний хожуу гестоз, жилийн хэмийн хоорондын хамаарал



Зураг 2. Жирэмсний хожуу хордлого, чийг хур тунадасны хоорондын хамаарал

Зураг 1-ээс үзэхэд жирэмсний хожуу гестоз агаарын температурын жилийн явцтай урвуу хамааралтай байна. Жирэмсний хожуу гестоз өвлийн ес эхлэх үеэр нэг дэх, хаврын III сард говьд 0°C, хангайд -8 -13°C болох үед хоёр дахь их утганд хүрч байгаа нь ажиглагдлаа. Хангайн бүсийн дулаан үргэлжлэх 15/V-10/X (бүгд 148 хоног), говийн бүсийн 5/IV-25/X (бүгд 204 хоног)-ийн хооронд жирэмсний хожуу гестоз дундаж

түвшингээс бага байгаа нь бидний судалгаагаар батлагдлаа. Харин 7-р сарын сүүлч, 8 дугаар сард жирэмсний хожуу гестоз бага зэрэг ихсэх хандлагатай байгаа нь дулааны улирлын цочир хүйтрэл, чийгшил хур тунадас ихсэх зэрэгтэй холбоотой байж болзошгүй юм.

Зураг 2-оос үзэхэд хур, чийгшил жирэмсний хожуу гестозод дам нөлөө үзүүлдэг байна. Тухайлбал хур тунадас, агаарын чийгшил багатай хуурай байдаг хаврын улиралд хожуу гестоз нэмэгдэж мөн хур бороо татарч цас орох агаарын чийглэг ихсэх үед хожуу гестоз нэмэгдэх хандлагатай байна. Бидний судалгаагаар Баянхонгор аймагт төрсөн 1000 эх тутамд жирэмсний хожуу гестоз 333 тохиолдож байна. Мөн бүс нутгийн хамаарлыг үзэхэд Баянхонгор аймгийн хэмжээнд жирэмсний хожуу гестозын тархвар Алтайн бүсэд 44.7%, говийн бүсэд 3.2% байгаа нь Алтайн бүсэд 14 дахин илүү тохиолдож байгаа нь газар зүй, уур амьсгал хүний биед хэрхэн нөлөөлж болох талаар өргөн судалгаа явуулах шаардлагатай байна. Хоногийн дундаж агаарын температур +5°C-аас дулаан байх үед жирэмсний хожуу гестоз 2 дахин буурч байгаа нь температурын хэлбэлзэл жирэмсний хожуу гестоз үүсэхэд нөлөөлж байна.

Дүгнэлт:

1. Уур амьсгал газар зүйн 3 бүсийг хамардаг Баянхонгор аймагт жирэмсний хүндрэл харьцангуй их тохиолдож байна. Уур амьсгал газар зүйн хахиржилтын зэрэглэл нэмэгдэх тутам жирэмсний хүндрэл, эхийн эндэгдэл нэмэгдэх хандлагатай байна.

2. Баянхонгор аймгийн I мужийн Хангайн бүсэд эхийн эндэгдэл 47.7%, хожуу хордлого 44.7% тохиолдож байхад IV мужийн говийн ба Алтайн өвөрговь бүсэд эхийн эндэгдэл 4.2%, жирэмсний хордлого 3.2% тохиолдож байгаа жирэмсний хүндрэл 11-14 дахин бага байна.

Ном зүй:

1. Б.Шижирбаатар. Особенности течения и клиники поздних токсикозов (нефропатия) беременных в условиях г.Улан-Батора Автореф.дис...канд.мед.наук. г.УБ.1975.

2. Я.Нямдорж. Морфофизиологическая характеристика коренных населений основных экологических ниш. Монголии.

3. Г.Намхайжанцан. Эрс эх газрын хэрэглээний уур амьсгалын зарим асуудал, УБ 2001. х. 311.

4. А.Өлзийхутаг., Ц.Бундан., Н.Баасанжав. К вопросу изучения малого круга кровообращения коренных жителей высокогорья и низкогорья. Монгольская медицина 1982. №3, с.20-24.

5. Х.Каарма. Клиническая антропология в акушерской практике. Актуальные вопросы

медицинской и клинической антропологии. Тез.докл.науч.конф.Томск.1991, с. 27-29.

6. К.Л.Ерзинклян. Антропогенные факторы окружающей среды и проблема здоровья населения. Вест.АМП ССР. 1989. №8, стр.59-68.

7. Г.Намхайжанцан. Баянхонгор аймгийн уур амьсгал. УЦУАХ. УБ. 2000. х.120

Танилцаж, нийтлэх санал өгсөн:
Профессор Б.Шижирбаатар

Монгол орны газар зүй, уур амьсгалын байдал эхийн эндэгдэлд нөлөөлөх нь

Т.Эрхэмбаатар¹, Г.Намхайжанцан², Б.Сувд³,
Э.Лхагва-Очир⁴, С.Алтантуяа⁴

¹Эрүүл мэндийн яам, ²Ус цаг уур, эрдэм
шинжилгээний төв,

³Нийгмийн эрүүл мэндийн хүрээлэн,

⁴Клиникийн нэгдүгээр амаржих газар

Монгол улсын хэмжээнд тохиолдож байгаа эхийн эндэгдэл нь нийгэм, биологи, анагаах ухаан, хүн ам зүй, цаг уур газар зүй, экологи, эрүүлийг хамгаалахын зохион байгуулалт, эмч мэргэжлийн ур чадвар, боловсон хүчний хангамж зэрэг олон хүчин зүйлээс хамааралтай билээ [1,2,3,4,5].

Байгаль газар зүй, цаг агаар, уур амьсгал хүний биед эерэг ба сөрөг нөлөөлж, өвчлүүлэх, өвчин сэдээдэг талаар судлаачид олонтоо тэмдэглэсэн байна [6,7].

Монгол орон нь гадаад далайгаас алслагдсан хуурай, өвөл нь хахир хатуу ширүүн эрс тэс уур амьсгалтай, өвөл зуны температурын их агуурга нь 80-100°C хүрдэг өргөн хэлбэлзэлтэй, өндөр уулын зарим бүс нутагт жилийн 240 хоног хасах температуртай байх тохиолдол ч бий [8].

Судлаачдын үзэж байгаагаар Төв Азийн эрс тэс ихээхэн хэлбэлзэлтэй ширүүн уур амьсгал хүмүүсийн оршин суух газар өндөрсөх тутам биед таагүй нөлөөлж, түүнд өвөрмөц байдлаар дасан зохицдог байна [6]. Дэлхийн хүн амын дөнгөж 8-9 хувь нь далайн түвшингээс дээш 1000 метр өндөрлөгт амьдардаг [9]. Гэтэл Монгол орны бүх хүн амын 92 хувь нь далайн түвшингээс 1000 метрээс дээш өндөрлөгт, түүний дотор 22.2 хувь нь 1500-2000 метрт, 15.7 хувь нь 2000 метрээс дээш өндөрлөгт амьдардаг байна [10,11].

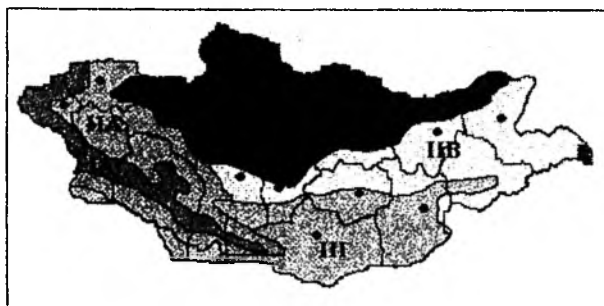
Уур амьсгал, хүний бие махбод нь салшгүй нэг цогц асуудал юм. Цаг уурын зарим элементүүд хүний бие махбодод голлох нөлөө үзүүлдэг болохыг эрдэмтэд тогтоосон [11].

Судалгааны зорилго, зорилт. Жирэмсний хүндрэл, эхийн эндэгдэл бүс нутгийн уур амьсгал газар зүйн онцлог хэрхэн нөлөөлж болохыг бид судалгаагаар илрүүлэх зорилго тавьж энэхүү судалгааг хийгээ.

Судалгааны материал, арга зүй. Судлаачид Монгол орны хүний биеийн био уур амьсгалын цогц үзүүлэлтээр 3 бүс болгон хувааж түүнийг хүний эрүүл мэндийн асуудалд ашиглахыг зөвлөдөг. Иймээс ч бид хүйтэн улирлын цаг уурын дэвсгэр нөхцлийг тодорхойлдог уур амьсгалын хахирлаг шинжийг ашиглан Монгол орны нутаг дэвсгэрийг Бодманы аргаар уур амьсгалын мужлалд хуваасан Г.Намхайжанцангийн ангиллыг үндэс болгон ашиглав. Мөн эхийн эндэгдэлд нөлөөлж болох экологийн зарим хүчин зүйлийн хамаарлыг олон хүчин зүйлийн харилцан хамаарлын аргаар судаллаа. Судалгаанд 18 аймаг, Улаанбаатар хотыг оруулан 1982-2002 оны хооронд аймаг бүрийн 100000 амьд төрөлтөнд ногдох эхийн эндэгдлийг цаг уурын хүчин зүйлүүдтэй холбон STATGRAPHICS-5 программыг ашиглан боловсруулав.

Судалгааны үр дүн: Монгол орон хүний биеийн био уур амьсгалын комплекс үзүүлэлтээр 2400-4374 м өндөршилтэй, 580-635 гПа агаарын даралттай, 2-3 баллын уур амьсгалын хахиршилттай, 110-200 мм хур тундастай, 55-60% агаарын харьцангуй чийгшилтэй, 3900-4700 мДж/м² нарны нийлбэр цацрагтай монгол алтайн чийглэг, нэн сэрүүн хүйтэн муж (IA), 2000-3100 м өндөршилтэй, 580-710 гПа агаарын даралттай, 2-3 баллын уур амьсгалын хахиршилттай, 250-450 мм хур тундастай, 60-70% агаарын харьцангуй чийгшилтэй, 4000-5000 мДж/м² нарны нийлбэр цацрагтай Хангай, Хувусгул, Хэнтий, Хянганы чийглэгдүү, нэн сэрүүн муж (IB), 900-1200 м өндөршилтэй, 630-680 гПа агаарын даралттай, 2-3 баллын уур амьсгалын хахиршилттай, 40-220 мм хур тундастай, 50-60% агаарын харьцангуй чийгшилтэй, 4700-5100 мДж/м² нарны нийлбэр цацрагтай Их нууруудын хотгор, Алтайн өвөрговийн нэн хуурай, хүйтэн муж (IIA), 800-1100 м өндөршилтэй, 610-780 гПа агаарын даралттай, 2-4 баллын уур амьсгалын хахиршилттай, 200-300 мм хур тунадастай, 51-69% агаарын харьцангуй чийгшилтэй, 4500-4800 мДж/м² нарны нийлбэр цацрагтай Алтайн ар говь, Дорнодын тэгш талын хуурайдуу сэрүүвтэр, хүйтэн муж (IIB), 800-1000 м өндөршилтэй, 635-680 гПа агаарын даралттай,

2-3 баллын уур амьсгалын хахиршилттай, 36-200 мм хур тунадастай, 48-55% агаарын харьцангуй чийгшилтэй, 4800-5940 мДж/м² нарны нийлбэр цацрагтай Говийн нэн хуурай, дулаан, хүйтэвтэр муж (III) гэсэн 3 бүс болгон хувааж тухайн мужлалд эндсэн эхчүүдийн уур амьсгал газар зүйн хоорондын хамаарлыг судлан үзлээ (Зураг 1).



Зураг 1. Монгол орны газар зүй-био уур амьсгалын муж

Бидний судалгаанаас үзэхэд цаг уур газар зүйн IA мужид 134 (6.6%), IB мужид 1368 (67.45%), IIA мужид 157 (7.74%), IIB мужид 187 (9.22%), III мужид 182 (9.2%) эх тус тус эндсэн байна.

Хүний эрүүл мэндэд таатай нөлөөлөх цаг агаарын нөхцөл гэдэгт дулаан хүйтнээс гадна чийгшил салхины нөлөөллийг хам авч үздэг. Монгол оронд хүйтэн сэрүүний улирал харьцангуй удаан үргэлжилдэг бөгөөд тэр нь уур амьсгалын хахирлаг шинжийг илэрхийлдэг.

Эхийн эндэгдэл сонгож авсан 6 хүчин зүйлээс хэрхэн хамаарч байгааг судлахын тулд судалгааны матрицыг (Хүснэгт 1) 18 аймаг, Улаанбаатар хотыг оруулан зохиож STATGRAPHICS-5 программын боловсруулалтанд ашиглалаа. Боловсруулалт хийхийн тулд 1982-2002 оны хооронд аймаг бүрийн 100000 амьд төрөлтөнд ногдох эхийн эндэгдлийг хамааран хувьсах хэмжигдэхүүн У-аар, байгаль цаг уурын хүчин зүйлийн үзүүлэлтүүдийг үл хамааран хувьсах хэмжигдэхүүн Х-ээр тэмдэглэв. Үүнд:

- У1- 100000 амьд төрөлтөнд ногдох эхийн эндэгдэл
- Х1- Далайн төвшнөөс дээш өргөгдсөн байдал, (h, м)
- Х2- Олон жилийн дундаж температур, (t°F)
- Х3- Харьцангуй чийглэгийн олон жилийн дундаж, (f %)
- Х4- Салхины хурдын олон жилийн дундаж, (n м/сек)
- Х5- Хахирлаг шинж, (S балл)
- Х6- Бүгчимийн индекс, (гПа)

Эхийн эндэгдэлд байгаль цаг уурын хүчин зүйлийн нөлөөллийн матрицыг 1-р хүснэгтээр харуулав.

Хүснэгт 1.

Эхийн эндэгдэлд байгаль, цаг уурын хүчин зүйлийн нөлөөллийн матриц

№	Аймаг	Үл хамааран хувьсах үзүүлэлт						Хамааран хувьсах үзүүлэлт
		X1	X2	X3	X4	X5	X6	У1 (1982-2002 он) Эхийн нас баралт 100 000 амьд төрөлтөд
		h, м	t°F	f %	У м/сек	S балл	гПа	
1.	Архангай	1694	31.98	55	2.5	5.2	20.1	207.7
2.	Баян-Өлгий	1714	31.96	55	2.7	4.2	22.0	270.7
3.	Баянхонгор	1859	32.00	51	2.9	3.6	20.8	242.9
4.	Булган	1209	31.70	85	2.1	8.4	20.6	111.3
5.	Говь-Алтай	2120	31.70	56	3.4	3.6	11.8	139.8
6.	Дорноговь	915	32.7	53	4.5	4.2	18.8	163.3
7.	Дорнод	759	32.1	62	3.8	6.5	14.5	154.3
8.	Дундговь	1393	32.28	54	4.4	7.1	18.6	127.8
9.	Завхан	1751	31.44	59	1.7	4.3	12.7	234.3
10.	Өмөрхангай	1613	32.16	53	3.8	8.4	18.3	166.2
11.	Өвөрговь	1469	32.8	48	4.0	3.2	18.8	122.7
12.	Сүхбаатар	981	32.12	64	3.7	5.9	15.7	157.9
13.	Сэлэнгэ	628	31.96	65	2.2	5.9	16.7	151.8
14.	Төв	1530	31.66	61	2.5	4.8	18.3	110.2
15.	Увс	934	31.26	65	1.4	4.7	9.3	181.8
16.	Хөвд	1465	31.94	55	1.8	5.5	17.4	232.4
17.	Хөвсгөл	1288	31.88	63	2.0	4.8	18.7	156.8
18.	Хантуй	1027	31.88	60	3.8	3.9	16.7	144.1
19.	Улаанбаатар	1263	31.42	64	2.2	4.5	17.3	113.7

Эхийн эндэгдэлд байгаль, цаг уурын үзүүлэлтийн харилцан хамаарлын корреляцийн коэффициентийг хүснэгт 2-оор харуулав.

Хүснэгт 2

Эхийн эндэгдэлд байгаль, цаг уурын үзүүлэлтүүдийн харилцан хамаарлын корреляцийн коэффициент

	X1	X2	X3	X4	X5	X6	У1
X1	1.0	-0.09	-0.58	-0.02	-0.35	0.16	0.33
X2	-0.09	1.0	-0.66	0.79	0.01	0.42	-0.07
X3	-0.58	-0.66	1.0	-0.50	0.34	-0.36	-0.32
X4	-0.02	0.79	-0.50	1.0	0.03	0.15	-0.31
X5	-0.35	0.01	0.34	0.03	1.0	0.00	-0.22
X6	0.16	0.42	-0.36	0.15	0.00	1.0	0.13
У1	0.33	-0.73	-0.32	-0.31	-0.22	0.13	1.0

Хүснэгт 2-оос харахад эхийн эндэгдэлд (у) далайн төвшнөөс дээш өргөгдсөн байдал (X1, R_{xy} = 0.33) шууд дунд, бүгчимийн индекс (X6, R_{xy} = 0.13) шууд сул, чийглэг (X3, R_{xy} = -0.32), салхины хурд (X4, R_{xy} = -0.31), хахирлаг шинж чанар нь (X5, R_{xy} = -0.22) нь урвуу сул хамааралтай байна.

Хүснэгт 3-т эхийн эндэгдэлд нөлөөлөх сонгон авсан 6 хүчин зүйлийн дисперсийн давхардсан тооцооны дүнгээс үзвэл эхний 3 хүчин зүйлийн нөлөөллийн хувь 78.611% байгаа нь хангалттай гэж үзэх онолын үндэслэлтэй юм.

Хүснэгт 3

Эхийн эндэгдэлд байгаль, цаг уурын үзүүлэлтүүдийн нөлөөллийн дисперсийн коэффициент

Хүчин зүйлс	Хүчин зүйлсийн дисперсийн нөлөөллийн хувь	Хүчин зүйлсийн нөлөөллийн давхардсан тооцооны хувь
1	37.483	37.483
2	27.290	64.774
3	13.837	78.611
4	9.301	87.913
5	9.129	97.042
6	2.406	99.449
7	0.550	100.000

Эхийн эндэгдэлд нөлөөлөх 6 хүчин зүйлийн шууд хамаарлын корреляцийн коэффициентийг хүснэгт 4-өөр харуулав.

Хүснэгт 4
Эхийн эндэгдэлд байгаль, цаг уурын хүчин зүйлийн шууд хамаарлын хувилбар

Хувилбарт хүчин зүйл	1	2	3
X1	-0.431	0.688	-0.123
X2	-0.824	-0.481	0.054
X3	0.928	-0.224	0.086
X4	-0.690	-0.582	-0.282
X5	0.288	-0.558	0.526
X6	-0.546	-0.003	0.669
У	-0.189	0.708	0.370

4-р хүснэгтээс үзэхэд эхийн эндэгдэлд нөлөөлж байгаа шууд хувилбарыг авч үзвэл: 1-р хувилбараар харьцангуй чийглэг шууд хүчтэй, хахирлаг шинж шууд сул, температур, салхины хурд урвуу хүчтэй, далайн төвшнөөс өргөгдсөн байдал болон бүгчимийн индексийн хүчин зүйлүүд урвуу дунд хамааралтай, 2-р хувилбараар далайн төвшнөөс дээш өргөгдсөн байдал шууд дунд, бусад хүчин зүйлүүд урвуу хамааралтай байхад, далайн төвшнөөс дээш өргөгдсөн байдал, салхины хурд нь урвуу сул, хахирлаг шинж болон бүгчимийн индекс нь шууд дунд зэргийн хамааралтай байна. Хүснэгт 5-аар эхийн эндэгдэлд нөлөөлж байгаа хүчин зүйлийн гол 3 хувилбарын үндсэн хамаарлыг харуулав.

Хүснэгт 5

Эхийн эндэгдэлд хүчин зүйлийн регрессийн шугаман хамаарлын тэгшитгэлийн загвар

Хамааралт хувилбар	Кoeffициент	Стандарт алдаа	T-үнэлгээ	P-нөлөөлөх түвшингийн магадлал
Тогтмол	2161.15	3201.27	0.675	0.51
X1	-0.033	0.057	-0.578	0.57
X2	-42.789	91.731	-0.466	0.64
X3	-9.011	6.009	-1.499	0.15
X4	-28.231	20.289	-1.391	0.18
X5	2.232	10.699	0.208	0.83
X6	0.793	4.107	0.193	0.85
RSC=0.14				

P нөлөөлөх түвшингийн магадлалыг тогтооходоо 0.5-аас бага тоог цаашдын тооцоонд ашиглан нөлөөллийн хувийг боддог. Үүнд X3, X4, нөлөөллийг тогтооно. Харин эхийн эндэгдэлд нөлөөлөх хүчин зүйлийн хазайлтын коэффициентийн квадратын нийлбэрийг хүснэгт 6-аар үзүүлэв.

Хүснэгт 6

Эхийн эндэгдэлд байгаль цаг уурын үзүүлэлтийн хүчин зүйлийн хазайлтын коэффициентийн квадратын нийлбэр

Эх сурвалж	Квадрат нийлбэр	DF	Квадрат дундаж	F үзүүлэлт	P нөлөөлөх түвшингийн магадлал
X1	4755.82	1	4755.82	2.39	0.14
X2	74.151	1	74.15	0.04	0.85
X3	7569.26	1	7569.26	3.80	0.07
X4	5247.24	1	5247.24	2.63	0.13
X5	88.53	1	88.53	0.04	0.83
	74.32	1	74.32	0.04	0.85
Модель	17809.34	6			

Олон хүчин зүйлийн регрессийн анализын дээрх 3 хүснэгтээс эхийн эндэгдэлд хүчин зүйл

бүрийн нөлөөлөх хувийг дараах томъёогоор тооцоолно.

$$X = \frac{\text{MeanSquare}}{\text{Model}} * RSq * 100 \%$$

X-Эхийн эндэгдэлд X хүчин зүйлийн нөлөөлөх хувь MeanSquare-X хүчин зүйлийн дисперсийн коэффициентийн квадратын нийлбэр утга RSq-дээрх хүснэгтээс олсон тоо. Энэ нь 0.14 байна

Модель-Моделийн бүх хүчин зүйлсийн дисперсийн коэффициентийн нийлбэр утга. Энэ утга нь 17809.3 байна.

$$X1 = \frac{4755.82}{17809.3} * 0.14 * 100\% = 3.74\%$$

$$X3 = \frac{7569.29}{17809.3} * 0.14 * 100\% = 5.95\%$$

$$X4 = \frac{5247.24}{17809.3} * 0.14 * 100\% = 4.12\%$$

Бид регрессийн хамаарлыг тооцоходоо P шалгуурын утгыг ашиглан эхийн эндэгдэлд далайн төвшнөөс дээш өргөгдсөн байдал, харьцангуй чийглэг, салхины хурд зэрэг хүчин зүйлийн нөлөөллийн хувийг тооцож гаргахад дараах тоон үзүүлэлт харагдаж байгаа нь эхийн эндэгдэлд байгаль цаг уурын 6 хүчин зүйлээс X1, X3, X4 гэсэн хүчин зүйл нөлөөлж байна.

Дүгнэлт.

Эхийн эндэгдэлд далайн төвшнөөс дээш өргөгдсөн байдал 3.74%, харьцангуй чийглэг 5.95%, салхины хурд 4.12%-иар нөлөөлдөг болох нь олон хүчин зүйлийн регрессийн анализийн аргаар батлагдаж байна. Бидний судалгаанаас үзэхэд эхийн эндэгдэлд байгаль цаг уур, газар зүй "13.7% нөлөөлөлтэй болох нь тогтоогдлоо.

Ном зүй.

1. Б.Жав, Т.Эрхэмбаатар. Эхийн эндэгдлийг бууруулах боломж. Улаанбаатар, 1993. х.220
2. Б.Жав Эмэгтэйчүүдийн нөхөн үржихүйн өндөр эрсдэлтэй зарим хүндрэл, эмгэгийн оношлогоо, эмчилгээ, сэргийлэх арга. Эрдэм шинжилгээний ажлын тайлан. 2004.
3. Р.Бямбаа. Некоторые вопросы организации акушерской помощи в условиях сельской местности МНР (На опыте Гови-Аптайского аймака)
4. Ц.Содномпил. Эхийн эндэгдлийн шалтгаан түүнд нөлөөлөх зонхилох хүчин зүйлс. Анагаах ухааны дэд эрдэмтний зэрэг горилсон диссертаци. Улаанбаатар 1993.
5. Мо.Шагдарсүрэн. Актуальные проблемы охраны здоровья матери и ребенка в МНР. Автореф.дис...док.мед.наук. Улаанбаатар, 1990.

6. Т.И. Алексеева. Адаптивные процессы в популяции человека. М. Из-во МГУ. 1986. с.212.

7. Г.Батмөнх. Особенности некоторых физиологических показателей сердечно-сосудистой системы у коренных жителей в высокогорных условиях МНР. Автореф.дис...канд. мед.наук, УБ.1981.

8. Г.Намхайжанцан. Оценка климатических факторов территории МНР и их районирование для строительных целей. Автореф.дис...канд. географ.наук, УБ.1989, с.153

9. А.Өлзийхутаг. Клинико-физиологические особенности кровообращения, дыхания и крови у коренных жителей низкогорья и среднегорья МНР. Автореф.дис...док.мед.наук, Минск 1990.

10. Х.Цэдэнсодном. Монгол орны газар зүй. Улаанбаатар 1982.

11. Ш.Цэгмид. Монгол орны физик газар зүй. УХГ. УБ. 1969. х.405

Танилцаж, нийтлэх санал өгсөн:
Профессор Б.Жав

Төвийн бүсийн аймгуудын 0-5 хүртэлх насны хүүхдийн нас баралтын байдал

Д.Малчинхүү

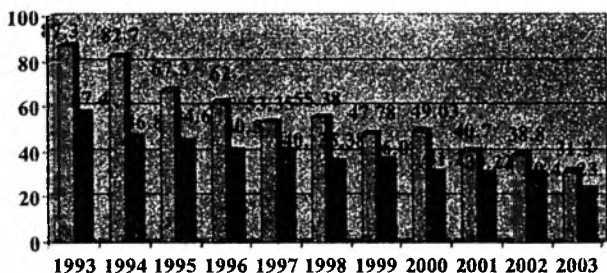
Эрүүл мэндийн шинжлэх ухааны их сургууль

Хүснэгт 1

Хүүхдийн эндэгдэл 2003 оны байдлаар

Монгол улсад нялхсын ба 0-5 хүртэлх насны хүүхдийн нас баралт сүүлийн 10 гаруй жил дараалан буурч, 1991 оноос өмнөх үзүүлэлтээрээ нялхсын эндэгдэл өндөр орон байснаа дунд зэргийн эндэгдэлтэй орон болж

(12 жилийн турш энэ түвшинд явсан) 2003 оны үзүүлэлтээр нялхсын эндэгдэл бага орны эгнээнд орсон ажээ (Зураг 1).



■ 5 хүртэлх нас

Зураг 1. Нялхсын болон 5 хүртэлх насны хүүхдийн нас баралтын байдал (1993-2003)

Гэвч албан ёсны дүн бүртгэлийн энэ үзүүлэлт хир бодитой, хир зэрэг тогтвортой болохыг дараагийн он жилүүд харуулах бизээ. Нялхсын эндэгдлийг бууруулахад нийгэм эдийн засаг, эрүүл мэндийн байгууллагын талаас тулгарч буй бэрхшээл (асуудлууд), түүнийг хэрхэн шийдвэрлэх арга зам, нялхсын эндэгдлийг цаашид бууруулах нөөц боломжийг тодруулах судалгаанууд чухал байна.

№	Аймаг хот	1 хүртэлх насны хүүхдийн эндэгдэл			1-5 хүртэлх насны хүүхдийн эндэгдэл			1 хүртэлх насны хүүхдийн эндэгдэл (ямед төрсөн 1000 хүүхдийн)		
		2002 онд	2003 онд	5 жилийн дундаж	2002 онд	2003 онд	5 жилийн дундаж	2002 онд	2003 онд	5 жилийн дундаж
1	Архангай	44	39	50	12	15	20	24.8	23.7	24.3
2	Баян-Өлгий	102	71	80	32	32	39	37.3	24.6	30.7
3	Баянхонгор	72	44	73	27	16	27	44.5	29.6	36.4
4	Булган	25	28	24	10	4	8	27.3	31.0	24.3
5	Говь-Алтай	43	25	49	17	7	15	33	20.9	33.4
6	Говьсүмбэр	13	4	8	1	1	3	57.5	16.3	37.7
7	Дархан-Уул	30	24	44	11	10	17	19.9	17.1	28.3
8	Дорноговь	27	19	28	8	11	12	29.8	21.7	38.4
9	Дорнод	54	26	64	13	11	14	40.8	21.2	38.1
10	Дундговь	27	18	24	2	5	8	26.9	20.7	23.7
11	Завхан	81	30	82	15	8	17	39.5	25.1	34.6
12	Орхон	37	35	44	5	8	10	28.1	27.1	31.2
13	Өвөрхангай	68	40	65	18	13	19	31.7	19.5	29.8
14	Өмнөговь	48	24	42	10	8	11	48.5	28.8	40.7
15	Сүхбаатар	34	17	30	13	14	11	32.5	18	26.9
16	Сэлэнгэ	40	23	41	14	13	20	29.5	17	25.8
17	Төв	21	15	23	8	5	14	21.2	18	18.7
18	Увс	55	46	71	19	22	32	30.8	24.7	32.6
19	Ховд	70	48	75	15	9	24	35	24.4	34.3
20	Хөвсгөл	72	72	86	25	24	31	30.4	32.4	34.4
21	Хэнтий	57	35	82	9	11	16	41.2	26	34.7
22	Аймаг дун	1005	688	1026	284	250	387	33	23.8	30.8
23	Улаанбаатар	360	363	443	82	101	128	27.3	22.8	29.8
24	Улсын дун	1390	1051	1489	378	351	495	30.4	23.5	30.5

Судалгааны зорилго, зорилтууд. Бид 0-5 хүртэлх насны хүүхдийн 2003 оны нас баралтын зонхилох шалтгааныг хүүхдийн насны хамаарлаар судалж эндэгдлийг цаашид бууруулах санал боловсруулах зорилгоор дараах зорилтуудыг тавьсан.

- 0-5 хүртэлх насны хүүхдийн эндэгдлийн өвчлөлийн байдал нярай үе, хөхүүл үе, 1-5 насанд ямар харьцаатай буйг тодруулах
- Насны бүлгүүдээр нас баралтын зонхилох шалтгааныг тодруулах
- Төвийн бүсийн аймгуудын 0-5 хүртэлх насны хүүхдийн нас баралтын үзүүлэлтийг хүүхдийн нас баралт улсын дунджаас өндөр баруун бүсийн аймгууд, улсын дунджаас бага Улаанбаатар хотын зарим үзүүлэлтүүдтэй харьцуулан дүгнэлт гаргах
- 0-5 хүртэлх насны хүүхдийн эндэгдлийг цаашид бууруулах санал боловсруулах

Материал, судалгааны арга. Бид Улаанбаатар хотыг тусгайд нь, 21 аймгийг баруун, зүүн өмнөд,

төвийн бүс болгон судалгааны ажлын хэсэг байгуулж 2003 оны улсын ба аймгийн хэмжээний дүн бүртгэлийн материалууд ашиглан судалгааг явуулсан.

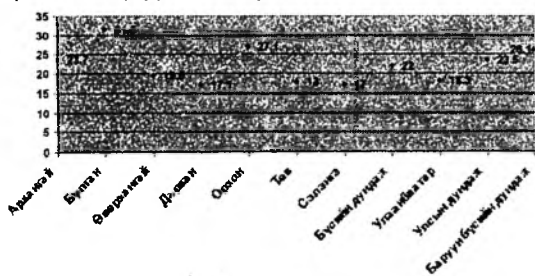
Архангай, Булган, Дархан-Уул, Орхон, Өвөрхангай, Сэлэнгэ, Төв аймгууд төвийн бүсэд хамрагдсан бөгөөд эдгээр аймгуудын эрүүл мэндийн дүн бүртгэлийн үндсэн материалуудыг ашиглан 0-5 хүртэлх насны хүүхдийн нас баралтын үзүүлэлтүүдийг аймаг тус бүрээр гаргаж нэгтгэн бүсийн дундаж, экстенсив үзүүлэлтийг баруун бүсийн дундаж үзүүлэлт, Улаанбаатар хотын 0-5 хүртэлх насны хүүхдийн зарим үзүүлэлтүүдтэй харьцуулан судалсан.

Бүсийн аймгуудын хүүхдийн ерөнхий мэргэжилтнүүд Э.Баатархүү, Г.Сарантуяа, Д.Цэвээндулам, Д.Баасанжав, Ч.Банзар, Г.Тунгалаг, Ц.Байгаль нар ЭМЯ-ны хүүхдийн ерөнхий мэргэжилтэн Д.Малчинхүүгийн удирдлагаар судалгааг хийсэн.

Судалгааны үр дүн, хэлцэмж. Төвийн бүсийн аймгуудад 628000 гаруй хүн оршин суудагас 34,1% нь 0-15 хүртэлх насны (29,4% нь 0-5 хүртэлх насны) хүүхэд байна. Гэтэл баруун бүсийн (Баян-Өлгий, Баянхонгор, Говь-Алтай, Завхан, Ховд, Увс, Хөвсгөл) 7 аймгийн хүн ам ойролцоо 632000 боловч 0-5 хүртэлх насны хүүхэд хүн амын 38,5% эзэлж байна. Төвийн бүсийн аймгуудад амьд төрсөн хүүхдийн тоо 2003 онд 2001 оныхоос 1669-ээр буурсан нь сүүлийн 3 жил дараалан төрөлт буурсаныг харуулж байна. Ялангуяа Архангай (257), Төв (162), Дархан-Уул (99) аймагт төрөлт илүү буурчээ.

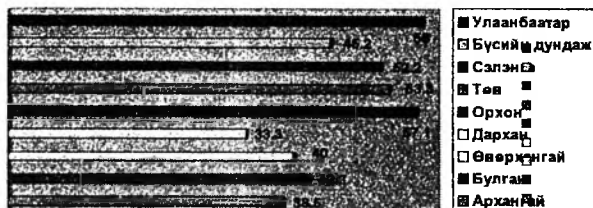
Төрөлт буурсаар байхад амьгүй төрөлтийн тоо (86) сүүлийн 3 жилд ижил байгаа боловч амьгүй төрөлтийн хувь жил дараалан 0,1-ээр нэмэгдэн одоо 0,9% байна. Харин баруун бүсийн аймгуудад амьгүй төрөлт 1,4 % байна. Ялангуяа Сэлэнгэ, Дархан-Уул, Булган аймагт амьгүй төрөлт нэмэгдсэн байна. Дутуу төрөлт бүсийн хэмжээгээр сүүлийн 3 жил дараалан (8,9; 4,7; 3,2%) буурчээ.

Төвийн бүсийн аймгуудад нялхсын нас баралтын дундаж үзүүлэлт 1000 амьд төрөлтөнд 22 байгаа нь улсын дунджаас 1,5 промилээр, баруун бүсийн аймгуудын дунджаас 4,1 промилээр бага, Улаанбаатар хотынхоос 3,77 промилээр өндөр байна (Зураг 2, Хүснэгт 1).



Зураг 2. Төвийн бүсийн аймгуудаар харьцуулсан нялхсын нас баралт (промил)

Баруун бүсийн аймгуудад нялхсын нас баралт жил дараалан буурч байгаа боловч Говь-Алтайгаас бусад аймгуудад нялхсын нас баралт улсын дунджаас (23,5%) 0,9-8,9 промилоор өндөр байгаа ажээ (хүснэгт 1-ээс хар). Зургаас үзэхэд Булган, Орхон аймгуудын нялхсын нас баралт улсын ба баруун бүсийн дунджаас ч өндөр байна. Төвийн бүсийн аймгуудын нялхсын нас баралтын 45,2%-ийг нярайн нас баралт эзэлж байхад баруун бүсийн аймгуудад 33,9% эзэлж байна (Зураг 3).



Зураг 3. Нялхсын нас баралтад нярайн эндэгдлийн эзлэх хувь

Орхон, Төв, Сэлэнгэ аймгуудад нялхсын нас баралтанд нярайн эндэгдлийн эзлэх хувь өндөр, харин Улаанбаатар хотод нялхсын эндэгдлийн 58%-ийг нярайн эндэгдэл эзэлж байна.

Төвийн аймгуудын нярайн эндэгдлийн 71,4%-ийг эрт нярайн, 28,6%-ийг хожуу нярайн эндэгдэл эзэлж байхад баруун бүсэд 79,8%-ийг эрт нярайн эндэгдэл эзэлж байна.

Нярайн нийт нас баралтын 57,1%-ийг дутуу, бага жинтэй хүүхэд эзэлж байна. Бага жинтэй, дутуу нярайн нас баралтын 5,8%-ийг 1000 гр хүрэхгүй жинтэй, 55,8%-ийг 1000-2000 гр хүртэлх жинтэй нярай эзэлж буй нь 2000 гр хүртэлх жинтэй төрсөн хүүхдийн амьдрах чадвар муу буйг харуулж байна.

0-5 хүртэлх насны хүүхдийн хоног болоогүй нас баралтын 41,8% нь нярай хүүхэд байна.

Бүсийн аймгуудад нярайн нийт нас баралтын зонхилох шалтгаан нь бүтэлт (41,9%), дутуутай холбоотой байдлууд (18,7%), халдвар (17,5%), төрөлхийн гажиг хөгжил (14,2%) байна (Хүснэгт 2, Зураг 4).

Хүснэгт 2

Төвийн бүсийн аймгуудын нярайн эндэгдлийн шалтгаан (2003 он)

№	Аймаг	Эндэгдлийн шалтгаанаар						0-7 хоногтой		0-1 насны хүүхдийн эндэгдэлд нярайн нас баралтын эзлэх хувь
		Бүтэлт	Халдвар	Гажиг хөгжил	Дутуутай холбоотой	Бусад (оолт)	Бүтэлт	Үүнээс хоног болоогүй		
1	Архангай	15	9	3	3		10	5	38,5	
2	Булган	11	2	2	2	4	1	7	6	42,3
3	Төв	8	4	1	1	1	1	6	3	53,3
4	Сэлэнгэ	12	3	2	1	3	3	10	3	52,2
5	Өвөрхангай	16	7		4	4	1	14	2	40
6	Дархан-Уул	8		2	2	4		8	3	33,3
7	Орхон	21	13	6		1	1	13	4	57,1
8	Бүтэлт	91	38	16	13	17	7	68	21	45,2
9	Хувь	5	41,9	17,5	14,2	18,7	7,7	74,7	30,9	25,3



Зураг 4. Нярайн эндэгдлийн зонхилох шалтгаан

Орхон, Архангай, Өвөрхангай аймагт нярайн бүтэлт их байна. Дээрх шалтгааныг Улаанбаатар хотын үзүүлэлттэй харьцуулж үзвэл бүтэлт /66 %/, гаж хөгжил (17%), мэдрэлийн эмгэгүүд (17%), халдвар (6%), үүнээс төрөлхийн тэмбүү (2%) байгаа нь анхаарал татаж байна.

0-5 хүртэлх насны хүүхдийн нас баралтын 73,9%, хоног болоогүй эндэгдлийн 62% (үүнээс нярай үед 41,8%), гэрийн нас баралтын 55,3%-ийг нялхсын эндэгдэл эзэлж ураг нярайн эмгэг (45,2%), амьсгалын цочмог халдвар (АЦХ, 23,3%), осол (18,1%), суулгалт өвчин (6,5%) нялхсын нас баралтын зонхилох шалтгаан болж байна (Зураг 5).



Зураг 5. Нялхсын эндэгдлийн зонхилох шалтгаан

Баруун бүсийн аймгуудад 0-5 хүртэлх насны хүүхдийн нас баралтын 74,8%, хоног болоогүй нас баралтын 68,4%, гэрийн нас баралтын 58,8%-ийг нялхсын эндэгдэл эзэлж байгаа нь дээрх үзүүлэлтүүд арай өндөр буйг харуулж байна. Энд эндэгдлийн зонхилох шалтгааныг АЦХ тэргүүлж нярайн эмгэг, суулгалт өвчин, осол дараагийн байранд орж байна. Баруун аймгуудад 0-5 хүртэлх насны хүүхдийн эндэгдлийн 65,2%, нялхсын эндэгдлийн 56,4%, гэрийн нас баралтын 85,3% нь сумдад гарч байгаа нь анхаарал татаж байна. Дээрх шалтгааныг Улаанбаатар хотын үзүүлэлттэй харьцуулбал Улаанбаатар хотод нялхсын эндэгдлийн шалтгаанд ураг нярайн нас баралтын эзлэх хувь өндөр (58%), АЦХ (9%), ослын эзлэх хувь (6%) бага, суулгалт өвчний эзлэх хувь ойролцоо (8%) байгаагаас гадна гажиг хөгжлийн эндэгдэл (10%) шалтгааны хоёрдугаар байрт орж байна.

0-1 насны хүүхдийн нас баралт бүсийн дунджаар 22 промилль байгаагийн 84,9% нь эмнэлэгт, 15,3% нь гэрээр, эмнэлэгт нас барсан хүүхдийн 20,5% нь хоног болоогүй энджээ. 0-5 хүртэлх насны хүүхдийн гэрийн нас баралтын

55,3%-ийг 0-1 хүртэлх насны хүүхэд эзэлж, гэрийн нас баралтын шалтгаанд осол (41,9%), АЦХ (35,5%), зүрхний гажиг (19,4%) зонхилж байна (Хүснэгт 3, Зураг 5).

Хүснэгт 3.

Төвийн бүсийн аймгуудийн 0-1 насны хүүхдийн гэрийн нас баралтын шалтгаан (2003 он)



Зураг 5. 0-1 хүртэлх насны хүүхдийн гэрийн нас баралтын шалтгаан

Бүсийн аймгуудын дунджаар 1-5 хүртэлх насны хүүхдийн эндэгдэл 7,3 промилль (Улаанбаатарынх 5,45 промилль, баруун бүсийнх 9,08 промилль) байгаагаас 62,2% нь эмнэлэгт, 37,7% нь гэрээр нас баржээ.

0-5 хүртэлх насны хүүхдийн нас баралтын 26,1%, хоног болоогүй нас баралтын 28,2%, гэрийн нас баралтын 38,2%-ийг 1-5 хүртэлх насны хүүхэд эзэлж байна. Баруун бүсийн аймгуудад энэ үзүүлэлтүүд 25,1; 31,6; 41,7% байгаа нь 1-5 насны хүүхдийн гэрийн ба хоног болоогүй нас баралт төвийн бүсээс өндөр буйг илтгэнэ. Нас баралтын зонхилох шалтгаан нь АЦХ, осол, гаж хөгжил, суулгалт, халдварт өвчин ажээ (Хүснэгт 4, Зураг 6).

Хүснэгт 4.

Төвийн бүсийн аймгуудын 1-5 хүртэлх насны хүүхдийн эндэгдэл шалтгаанаар (2003 он)

	Тоо	промилль	Шалтгаанаар								Эмнэлэгт		Гэрээр	
			АЗӨвчин	Суулгалт	Осол	Гаж хөгжил	Халдварт өвчин	Халдвар	Бусад	Тоо	Хувь	Тоо	Хувь	
Архангай	18	10,9	9		4	2			1	2	14	77,8	4	22,2
Булган	4	4,8	1	1	1					1	2	50	2	50
Өвөрхангай	13	6,3	5		5	1			1	1	10	76,6	3	23,1
Дархан	10	7,2	4	1	2	2					8	80	4	40
Орхон	8	6,1	2	3	1					1	8	100		
Төв	5	6,0	2		3						2	40	3	60
Сэлэнгэ	13	9,6	4	2	2	2				3	9	69,2	4	30,8
Дүн	71	7,3	27	7	18	7	2	2	2	8	51	62	20	37,7
Хувь			36	9,8	25,2	9,9	2,8	2,8	11,3					

Харин баруун бүсийн аймгуудад нас баралтын зонхилох шалтгаанд АЦХ-ын дараа суулгалт өвчин, гуравт осол дараа нь тархины эмгэгшил, халдварт өвчин орж байна. Улаанбаатар хотод 1-5 хүртэлх насны хүүхдийн нас баралтын шалтгааныг осол тэргүүлж (37%), АЦХ (20%), суулгалт өвчин (4%), халдварт өвчин (9%), гаж хөгжил дараагийн байруудад орж байна. Төвийн бүсийн аймгуудад гэрийн нас баралтын тэргүүлэх шалтгаан нь осол болжээ (Хүснэгт 5).

Хүснэгт 5.
Төвийн бүсийн аймгуудын 1-5 насны хүүхдийн гэрийн нас баралтын шалтгаан (2003 он)

№	Аймаг	1-15 нас		Шалтгаанаар							1-5 насны хүүхдийн эндэгдэл	
		Тоо	Хувь	Осол	Зүрхний гажиг	АЗ өвчин	Хавдар	Тархины саажилт	Мэс заслын эмгэг	Тоо	промиль	
1	Архангай	6	33,3	4	1				1	18	10,9	
2	Булган	2	50	1						4	4,8	
3	Өвөрхангай	3	23,1		1	1	1	1		13	6,3	
4	Дархан	4	40	2	1					10	7,2	
5	Орхон									8	6,1	
6	Төв									5	6,0	
7	Сэлэнгэ	4	30,8	2	1				1	13	9,6	
	Бүгд	19	18,3	9	4	1	1	2	2	71	7,3	
	Хувь		35,4	47,3	21,1	5,3	5,3	10,5	10,5			



Зураг 8. Гэрийн нас баралтын шалтгаан Төвийн бүсийн аймгуудад 0-5 хүртэлх насны хүүхдийн эндэгдэл улсын дунджаас доогуур байгаад доорх байдлууд нөлөөлсөн.

- Эдгээр аймгуудад АЦХ, суулгалт өвчинтэй тэмцэх үндэсний хөтөлбөр 1991 оноос хойш амжилттай хэрэгжиж дээрх өвчлөлийн бүртгэл, хяналт сайжирч өвчний үнэлгээ, ангилал, эмчилгээний стандарт мөрдөж байгаагаас эдгээр өвчний нас баралт буурч байна. Жишээлбэл: 2003 онд эдгээр аймгуудад АЦХ 126316 бүртгэгдсэн нь урьд оныхоос 38913 тохиолдлоор нэмэгдсэн нь бүртгэл сайжирсантай холбоотой бөгөөд бүртгэгдсэн бүх өвчлөлийн (АЦХ) 90,2% нь ханиад, 8,3% нь уушгины хатгалгаа, 1,5% нь уушгины хүнд хатгалгаа байгаа нь бодит байдалд тохирч байна. АЦХ-аар 2002 онд 0-5 хүртэлх насны 103 хүүхэд эндэж нас баралт 0,12% байсан бол 2003 онд 72 хүүхэд эндэж, өвчилсөн хүүхдийн 0,057% нь нас барсан байна. 2002 онд суулгалт өвчнөөр 47 хүүхэд нас барсан бол 2003 онд 27 болж цөөрчээ.

- ХӨЦМ бүсийн аймгуудад амжилттай хэрэгжиж байгаа. Ялангуяа Дархан-Уул аймагт ХӨЦМ-ийг 3 түвшинд амжилттай хэрэгжүүлсний дүнд нялхсын эндэгдэл эрс буурсан. Харин ХӨЦМ-д хамрагдаагүй Орхон, ХӨЦМ-ийн сургалт, тандалт хангалтгүй хийгдсэн Булган аймагт нялхсын эндэгдэл улсын дунджаас өндөр байна.

- Аймгуудад нялхсын эндэгдлийн тохиолдол бүрийг мэргэжлийн комиссоор хэлэлцэж тусламж үйлчилгээний доголдлыг засах арга хэмжээ авдаг болсон.

- Аймгуудад хүүхдийн нас баралтыг бууруулах болзолт уралдаан зарлаж дүгнэх, нас баралт ихтэй сумдын эмч нарын сонголыг ЭМГ-ын зөвлөлийн хурлаар хэлэлцэх, ХӨЦМ-ийн үзүүлэх сургууль зохион байгуулах, эцэг эхийн сургалт хийх, сум, баг, өрхийн эмчийг хамруулан ХӨЦМ-ийн сургалт зохион байгуулах зэрэг ажлууд үр дүнгээ өгч байна.

Цаашид 0-5 хүртэлх насны хүүхдийн нас баралтыг бууруулахад:

- Жирэмсний хяналт, үйлчилгээг сайжруулж, ураг нярайн тусламж үйлчилгээнд чанарын ахиц гаргахын тулд "Ураг нярайн тусламж үйлчилгээг сайжруулах арга хэмжээ"-ны талаар эрүүл мэндийн сайдын тушаал гаргуулж мөрдөх

- Эцэг эхийн сургалтыг эрчимжүүлж, түүнд мэдээллийн хэрэгслүүдийг өргөн ашиглах арга хэмжээ авах

- Осол, гэмтлээс сэргийлэх ажлыг эрчимжүүлэх

- ХӨЦМ-ийн сургалтанд бүх аймгийг хамруулж, хэрэгжилтийн байдалд тавих байнгын хяналтыг сайжруулах

- Сум, өрхийн эмч нарыг хүүхдийн анагаахын мэргэжил дээшлүүлэх сургалтанд хамруулж, тэдний мэргэжил мэдлэгийг дээшлүүлэх системтэй арга хэмжээ авах

Дүгнэлт

Төвийн бүсийн аймгуудад 0-5 хүртэлх насны хүүхдийн нас баралтын шалтгааны бүтэц өөрчлөгдөн ураг нярайн эмгэг (гаж хөгжил оролцон), ослын эзлэх хувь нэмэгдэж, АЦХ, суулгалт өвчний нас баралт буурч байна. Жишээлбэл: АЦХ-ын өвчлөлийн бүртгэл сайжирч нас баралт 2003 онд өмнөх оноос 2,1 дахин (0,12% байснаа 0,057 % буюу 1,18 промиль байснаа 0,57 промиль болсон) суулгалт өвчний эндэгдэл 1,74 дахин буурсан байна.

Төвийн бүсийн аймгуудад нялхсын нас баралтын дундаж үзүүлэлт баруун бүс, улсын дунджаас бага байна. Төвийн бүсийн дунджаар 0-5 хүртэлх насны хүүхдийн эндэгдлийн 73,9%, гэрийн нас баралтын 55,3%, эмнэлэгт хоног болоогүй нас баралтын 62%-ийг 0-1 хүртэлх насны нялхас эзэлж байна. Нялхсын эндэгдлийн зонхилох шалтгаанд ураг нярайн эмгэг, АЦХ, осол, суулгалт өвчин орж байна.

- Нялхсын нас баралтын 45,2% нь нярайн эндэгдэл байгаагийн 71,4% нь эрт нярайн, 57,1% нь дутуу, бага жинтэй хүүхдийн нас баралт байна. 0-5 хүртэлх насны хүүхдийн хоног болоогүй нас баралтын 41,8%-г нярай хүүхэд эзэлж буй нь амьдрах чадавхи муутай хүүхэд олон төрж буйг гэрчилж буйгаас гадна нярайн эндэгдлийн зонхилох шалтгаан нь бүтэлт, дутуутай холбоотой байдлууд, халдвар, төрөлхийн гаж хөгжил байгаа нь жирэмсний хяналтын чанар, төрлөг удирдах

чадвар хангалтгүй, эрт нярайн тусламж үйлчилгээ дутагдалтай буйг гэрчилж байна.

- Төвийн бүсийн аймгуудад 1-5 хүртэлх насны хүүхдийн нас баралт 7,3 промилль, 0-5 хүртэлх насны хүүхдийн гэрийн нас баралтын 38,2%, хоног болоогүй нас баралтын 28,2%-ийг 1-5 хүртэлх насны хүүхэд эзэлж байна. Энэ насны хүүхдийн нас баралтын зонхилох шалтгаанд АЦХ, осол, гажиг хөгжил, суулгалт өвчин, халдварт өвчин орж байна.

- Төвийн бүс аймгуудын 0-5 хүртэлх насны хүүхдийн нас баралтын 20,5% нь гэрийн нас баралт байхад баруун бүсийн аймгуудад энэ үзүүлэлт 29,6%, Улаанбаатар хотод 12,8% байгаа нь анхан шатны тусламж үйлчилгээний чанар, хүртээмжтэй холбоотой.

- Эмнэлэгт нас барсан хүүхдийн хоног болоогүй нас баралт төвийн бүсэд 20,1%, баруун бүсэд 16,5%, Улаанбаатар хотод 7,6% байгаа нь оройтож хэвтэлт, сэхээн амьдруулах, эрчимт эмчилгээний чанарыг үзүүлж байна.

- Төвийн бүсийн аймгуудын нялхсын насны гэрийн нас баралтын 41,9%, 1-5 хүртэлх насны хүүхдийн гэрийн нас баралтын 47,3% нь осол гэмтэл байхад Улаанбаатар хотод 0-5 хүртэлх насны хүүхдийн гэрийн нас баралтын тал хувь нь ослоос болж байна.

- Төвийн бүсийн аймгуудад төрөлт жил дараалан буурч амьгүй төрөлт нэмэгдэж байна. Харин баруун бүсийн аймгуудад төрөлт харьцангуй өндөр байна.

Ном зүй.

1. 5 хүртэлх насны хүүхдийн нас баралтын шалтгаан, нөлөөлөх хүчин зүйлүүд. Дууссан ажлын тайлан .Улаанбаатар, 2000 он
2. АУИС-ийн "Эрдмийн чуулган-92", Улаанбаатар, 2000, х.283-285.
3. Мөн эмхтгэл. х. 285-287
4. Монголын Анагаах Ухаан. 2001, №3 /116/, 21-25
5. МАУ. 2003. №2 (124) 18-20
6. Росс.Пед. журнал. 1998, №4, с.64-67.
7. Росс.Пед. журнал 1999, №4, с.64-68.
8. Measuring childhood Mortality. A Guide for Simple Surveys. Practica H. David "Leila Biskarat and Allan G Hill" London, 1990.
9. WHO, Manual of the international statistical classification of diseases, Injuries and Causes of death (Geneva, 1977, ninth edition)

Танилцаж, нийтлэх санал өгсөн:
Анагаахын шинжлэх ухааны доктор
Б.Бурмаа

Умайн лейомиом үүсэхэд нөлөөлөх эрсдэлийн хүчин зүйл

Б.Жаргалсайхан¹, Б.Жав¹, Д.Самбуулпүрэв²
¹ЭМШУИС, АУС, эх барих, эмэгтэйчүүд
судлалын тэнхим, ²Анагаах Ухааны хүрээлэн

Эмэгтэйчүүдийн өвчлөлийн дотор умайн лейомиом элбэг тохиолддог хоргүй хавдрын нэг боловч сүүлийн жилүүдэд өвчлөлийн тоо нэмэгдэн, залуу эмэгтэйчүүдийн дунд элбэг тохиолдож байгаа нь нэг талаас оношлогооны арга боловсронгуй болж байгаатай, нөгөө талаас эх барих, эмэгтэйчүүдийн үйлдлүүд: кесар хагалгаа, үр хөндөлт, гистероскопи, лапароскопи, умайн хүзүүний эктопи, умайн хүзүүнээс эдийн шинжилгээ авах, умайн хүзүүг түлж эмчлэх, хөндийг оношлогооны зорилгоор хусах, умайд ерөндөг тавих, үрэвсэлт өвчин, бэлгийн замын халдварт өвчнөөр өвчлөх давтамж ихэссэнтэй холбоотой юм^{1,2,4,6}.

Өнөөгийн байдлаар 30-аас дээш насны эмэгтэйчүүдийн 5 эмэгтэй тутмын 3 нь умайн лейомиомоор өвчилж байна. Цэвэршилтийн өмнөх насны эмэгтэйчүүд л умайн лейомиомоор өвчилдөг гэсэн ойлголт байсан. Гэтэл 30-40 насны эмэгтэйчүүдийн 80% умайн лейомиомоор өвчлөх

өндөр эрсдэлийн бүлэгт багтаж байгаа бөгөөд 20 настай эмэгтэйчүүдэд ч гэсэн тохиолдож байна. Эмнэл зүйн шинж тэмдэг илрэх хүртэл умайн лейомиомын ургалт дунджаар 8-10 жил хүртэл үргэлжилнэ. Олонхи судлаачдынхаар энэхүү эмгэг нь 18-22% тохиолдож, буурах хандлагагүй байна^{1,2,4}. Эдгээр судлаачид ийм давтамжтай байх нь эмэгтэйн бие махбод дахь дааврын солилцооны ба архаг халдвар хордлогын өвчний үр дагавар хэмээн үзэж байна.

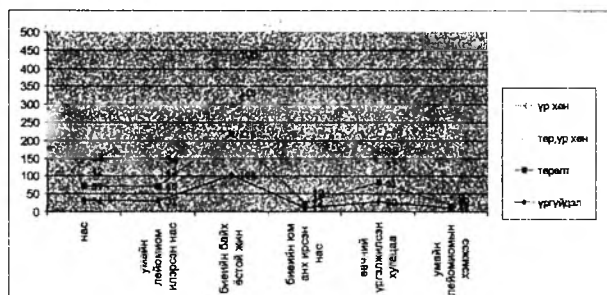
Зорилго. Умайн лейомиом үүсэхэд нөхөн үржихүйн байдал, эрхтэн тогтолцооны эмгэг, эмэгтэйчүүдийн өвчлөлийн хэрхэн нөлөөлөхийг судлахад оршино.

Судалгааны аргачлал. КНАГ, ЭНЭШТ-ийн эмэгтэйчүүдийн мэс заслын тасагт 2001-2003 онд умайн лейомиом оношоор хэвтэн эмчлүүлсэн 379 өвчтөнийг хяналтанд аван тусгайлан боловсруулсан асуумжаар судалгаа хийлээ.

Судлагдсан байдал. Бид умайн лейомиом оношоор хэвтэн эмчлүүлж буй 379 өвчтөнийг нөхөн үржихүйн байдал, эрхтэн тогтолцооны эмгэг, эмэгтэйчүүдийн өвчлөлийн байдлаар гүнзгийрүүлэн судлав.

Судалгааны үр дүн, хэлцэмж. Судалгаанаас харахад умайн лейомиомын эмнэл зүйн илрэл өвчтөн бүрд харилцан адилгүй байв. Нэг хэсэг бүлгийн өвчтөнд умайн лейомиом түргэн ургалттай, хоёрдугаар бүлгийн өвчтөнд эмгэг цус алдалт давамгайлсан тохиолдож байхад гурав дахь бүлгийн өвчтөнд дотоод шүүрэл-бодисын солилцооны алдагдал давамгалж байлаа. Умайн лейомиомын эмнэл зүйд нөлөөлөх хүчин зүйлийг илрүүлэхийн тулд нөхөн үржихүйн үйл ажиллагаа, бие махбодын суурь өвчин, эмэгтэйчүүдийн өвчин болон дагалдах эмгэгүүдийг судаллаа.

Эмнэл зүйн шинж чанар нь нөхөн үржихүйн үйл ажиллагаанаас хэрхэн хамаарч байгааг Зураг 1-д харуулав.



Зураг 1. Умайн лейомиомын эмнэл зүй болон нөхөн үржихүйн байдал

Судалгаагаар үргүйдэлтэй эмэгтэйчүүдэд умайн лейомиом харьцангуй залуу насанд (34.1 ± 0.98 нас) тохиолдон, умайн лейомиом эрт (31.4 ± 0.87 нас) үүсч байна. Энэ бүлгийн эмэгтэйчүүдэд биеийн жин хэвийн (104 ± 1.99), анхны биеийн юм 13.1 ± 0.2 насанд ирсэн байлаа. Харин лейомиомын ургалт харьцангуй түргэн, умайн лейомиомыг оношлосноос хойш өвчний үргэлжлэх хугацаа 2.5 жил буюу 30.5 ± 4.44 сар умайн хэмжээ 11-12 долоо хоногийн жирэмсний хир том буюу дунджаар 11.7 ± 0.53 долоо хоног байлаа. Ихэнхи өвчтөнгүүдэд мэс засал эмчилгээ (89%) хийсэн. Мэс засал эмчилгээг умайн хэмжээ томорсон, лейомиомын ургалт түрэгссэн (70.5%) үед хийсэн байв. Умайн салстын дороос түрж ургасан лейомиомын байрлал 15% тохиолдож байна. Лейомиомын зангилааг хуулж авах эрхтний үйл ажиллагааг хадгалах мэс засал (75.5%) хийгдсэн байна.

Төрж байсан өгүүлэмжтэй эмэгтэйчүүдэд умайн лейомиом (төрөлт, үр хөндөлт) харьцангуй хожуу насанд (дундаж нас 41.5 ± 0.43) илэрсэн байв. Эдгээр эмэгтэйчүүдэд биеийн дундаж жин ихэссэн ($115.3 \pm 1.0\%$), анхны биеийн юм харьцангуй хожуу насанд (14.3 ± 0.097 нас) ирсэн байлаа. Умайн лейомиомыг оношлох хүртэл өвчний үргэлжлэх хугацаа дөрвөөс илүү жил

(51.6 ± 2.86 сар), умайн хэмжээ дунджаар 10 долоо хоногтой жирэмсний хиртээ томорсон (9.9 ± 0.18 долоо хоног) байлаа. Мэс засал эмчилгээний үндсэн заалт нь хоёр эмэгтэй тутмын нэгд буюу 54.5%-д умайн хэмжээ томорсон, лейомиомын ургалт түрэгссэн, 36.4%-д умайн салстын дороос түрж ургасан лейомиом цус алдалттай (үргүйдэлтэй эмэгтэйчүүдээс 2 дахин илүү) хавсран тохиолдож байв. Гагцхүү төрсөн ба үр хөндүүлж байсан асуумжтай эмэгтэйчүүдэд эмнэл зүйн илрэл зарчмын ялгаа байхгүй байлаа. Эдгээр эмэгтэйчүүдийг төрж, үр хөндүүлж байсан эмэгтэйчүүдтэй харьцуулахад харьцангуй залуу (38.0 ± 4.15) насанд тохиолдож байгаагаас гадна, өвчин анх оношлогдох хүртэл өвчний үргэлжлэх хугацаа 38.6 ± 4.24 сар байв. Зөвхөн үр хөндүүлж байсан эмэгтэйчүүдэд умайн хэмжээ харьцангуй бага буюу 9.05 ± 4.45 долоо хоногийн жирэмсний хиртэй том, умайн салстын дороос түрж ургасан лейомиом цус алдалттай хавсран тохиолдох үед хийгдэх мэс засал 2 дахин цөөн, хоёр эмэгтэй тутмын нэгд лейомиомын зангилааг хуулж авах мэс засал хийгдсэн байна.

Төрж байсан өгүүлэмжтэй, умайн лейомиомоор өвчилсөн эмэгтэйчүүдэд умайн хүзүүний шархлаа (41.7%) хавсран элбэг тохиолдож байхад жирэмсэлж байгаагүй эмэгтэйчүүдэд умайн хүзүүний шархлаа 2 дахин бага (22.2% буюу $P < 0.05$), эмэгтэйчүүдийн үрэвсэлт өвчин цөөн (24.4% буюу $P < 0.02$) тохиолдож байна. Жирэмслэлт нь үр хөндөлт эсхүл дутуу зулбалтаар төгсөж байсан эмэгтэйчүүдэд умайн хүзүүний шархлаа харьцангуй цөөн байсан боловч эмэгтэйчүүдийн ужиг асуумж харьцангуй их (82.3%) байв. Үлдсэн (17.7%) эмэгтэйчүүдэд умайн лейомиомтай жирэмсэлж байгаагүй болон төрж байсан эмэгтэйчүүдтэй харьцуулахад эмэгтэйчүүдийн өвчин 2 дахин бага тохиолдож байв. Ийнхүү судалгаанд хамрагдсан лейомиомтай эмэгтэйчүүдийн нөхөн үржихүйн үйл ажиллагаа нь зөвхөн умайн лейомиомоос төдийгүй төрөлт ба үр хөндүүлсний дараах хүндрэлүүд, эмэгтэйчүүдийн өвчлөлийн байдлаас хамааралтай байна.

Судалгаанд хамрагдагсдын 267 өвчтөн (70,36%) эрхтэн тогтолцооны ямар нэгэн эмгэгтэй, 4 өвчтөн тутмын нэг (96 тохиолдол буюу 25%) зүрх судасны өвчинтэй байв. Тэдгээрээс артерийн даралт ихсэх эмгэгийн I-II зэрэг давамгайлсан тохиолдож байв (12,4%).

Умайн лейомиомтай эмэгтэйчүүдэд ходоод-гэдэс-элэгний эмгэг (95 тохиолдолд буюу 25%), үүнээс элэгний идэвхитэй, идэвхигүй үрэвсэл, элэгний хатуурал 48%, ходоод ба 12 нугалаа гэдэсний үрэвсэл ба шархлаа 24%, цэсний хүүдийн үрэвсэл 18% тус тус тохиолдож байв (12.4%).

Хүснэгт 1
Эрхтэн тогтолцооны эмгэгтэй
эмэгтэйчүүдийн эмнэл зүйн шинж тэмдэг

№	Эмнэл зүйн шинж тэмдэг	Эмнэл зүйн шинж тэмдэг	Эрхтэн тогтолцооны эмгэгтэй эмэгтэйчүүд			Үнэн магадлал Р
			Зүрх судас, ходоод гэдэс, элэгний эмгэгтэй эмэгтэйчүүдийн эмнэл зүйн шинж тэмдэг	Зүрх судасны эмгэг	Ходоод гэдэс, элэгний эмгэг	
1	2	3	4	5	6	
1.	Нас	М:т	39.3±0.41	43.8±0.83	43.6±0.8	1:2,3<0.001
2.	Умайн лейомиом илэрсэн нас	М:т	35.5±0.38	39.5±0.84	38.5±0.88	1:2,3<0.002
3.	Биеийн байх ёстой жин	М:т	111±0.98	125.7±2.86	117±1.78	1:2<0.01 3:1,2<0.06
4.	Биеийн юм анх ирсэн нас	М:т	13.6±0.096	14.3±0.3	13.8±0.12	2:1,3<0.02
5.	Жирэмслэлтийн тоо	М:т	4.21±0.132	4.05±0.6	4.09±0.3	
6.	Төрөлтийн тоо	М:т	3.39±0.12	3.1±1.48	3.28±0.82	
7.	Үр хөндөлтийн тоо	М:т	1.17±0.45	1.16±0.82	1.12±0.84	
8.	Өвчний ургажилсан хугацаа	М:т	45.9±2.89	50.9±5.99	45.7±8.71	1:3<0.05
9.	Умайн лейомиомын хэмжээ	М:т	9.92±0.21	11.3±0.43	10.2±0.49	1:2<0.01
10.	Хийлгэсэн мэс засал		81.0%	70.7%	72.7%	

Хүснэгтээс харахад зүрх судас, ходоод, гэдэс, элэгний өвчнөөр өвчилсөн эмэгтэйчүүд нэлээн хожуу насныханд (43.8±0.83 ба 43.6±0.8 нас) хамааран, зүрх судасны өвчинтэй эмэгтэйчүүдэд биеийн илүүдэл жин (125.7±2.86%) ажиглагдсан. Зүрх, судасны өвчинтэй эмэгтэйчүүдэд биеийн юм хожуу насанд (14.3±0.3 нас) ирж, умайн хэмжээ том (11.3±0.43 жирэмсний долоо хоног) байсан.

Ходоод, гэдэс, элэгний өвчинтэй эмэгтэйчүүдэд умайн лейомиомын ургалт харьцангуй удаан, өвчнийг анх оношилсноос өвчний үргэлжлэх хугацаа 5 ба түүнээс дээш жил, умайн хэмжээ эрхтэн тогтолцооны өвчингүй эмэгтэйчүүдийнхтэй адил (10.2±0.49 жирэмсний долоо хоног) байв. Мэс засал эмчилгээ эрхтэн тогтолцооны эмгэгтэй эмэгтэйчүүдэд адилхан хийгдсэн боловч мэс заслын заалт нь харилцан адилгүй өөр байв. Ходоод, гэдэс, элэгний дагалдах өвчинтэй умайн лейомиомтай эмэгтэйчүүдэд мэс засал эмчилгээ хийх үндсэн заалт умайн хөндийн рүү түрж ургаж буй лейомиом цус алдалттай хавсрах-60% (P<0.01) эсхүл умайн салстын дороос түрж ургасан лейомиом байв. Бусад тохиолдолд болон зүрх, судасны эмгэгтэй өвчтөнгүүдэд мэс засал хийх заалт нь лейомиомын зангилааны түргэн ургалт, умайн хэмжээ томорсонтой холбоотой байв.

Мэс засал эмчилгээний хүрээ их ялгаатай байв. Зүрх, судасны эмгэгтэй эмэгтэйчүүдэд умайг тайрах мэс засал -90% (P<0.001) түгээмэл хийгдсэн байв. Харин ходоод, гэдэс, элэгний эмгэгтэй эмэгтэйчүүдэд умайг тайрах мэс засал -67.5%, умайг авах мэс засал -14%, лейомиомын зангилааг шулж авах мэс засал -16.2% тус тус хийгдсэн.

Судалгаанд хамрагдсан ихэнхи өвчтөнгүүдэд умайн лейомиом үүсэхэд урьд өвчилж байсан

эмэгтэйчүүдийн өвчин үлэмж нөлөөлж байгаа нь харагдлаа. Үүнийг хүснэгт 2-д харуулав.

Хүснэгт 2
Умайн лейомиомтай эмэгтэйчүүдийн өвчилж байсан эмэгтэйчүүдийн өвчнүүд

№	Эмэгтэйчүүдийн өвчний нэрс	Тохиолдлын тоо	хувь
1	Умай болон дайврын үрэвсэлт өвчнүүд	138	36.4
2	Умайн хүзүүний шохлав	85	22.4
3	Өндгөвчийн үйл ажиллагааны алдагдал	40	10.5
4	Умайн хүзүүний сувгийн ургацаг	15	3.95
5	Умайн гадуурхи жирэмслэлт	24	6.3
6	Өндгөвчийн уйланхай ба кистома	47	14.35
7	Умайн лейомиом (өвчлөхийн үед лейомиомын зангилааг шулж авах мэс засал хийлгэж байсан)	7	3.8
8	Бусад өвчнүүд (өндгөвчийн цус харвалт, умайн хүзүү, үтрээний хананд давсаг, шулуун гэдэсний унжилтын үед мэс засал хийлгэсэн)	9	2.3

Умайн лейомиом үүсэхэд умайн болон дайврын үрэвсэлт өвчин (36.4%), умайн хүзүүний шархлаа (22.4%) зохих нөлөө үзүүлж байна. Харин өндгөвчийн үйл ажиллагааны алдагдал (ялангуяа умайн үйл ажиллагааны алдагдлын цус алдалт), умайн гадуурхи жирэмслэлт цөөнгүй тохиолджээ.

Дүгнэлт

1. Бие махбодын дагалдах эмгэгүүд, умайн лейомиомын эмнэл зүйн явцад нөлөөлөөд зогсохгүй лейомиомын ургалтын явц, мэс засал эмчилгээний хүрээнд нөлөөлж байна.

2. Эмэгтэйчүүдийн өвчнөөр өвчилж байсан нь умайн лейомиомын өсөлт хөгжилтөд голлох үүрэг гүйцэтгэдэггүй харин өвчлөл их давтамжтай байгаа нь (69.6%) умайн лейомиом үүсэхэд нөлөөлөх эрсдлийн хүчин болж байна.

3. Умайн лейомиомтай эмэгтэйчүүдэд нөхөн үржихүйн үйл ажиллагаа буураагүй харин төрөлтийн тоо буурч үр хөндөлт илүү олон хийгдсэн байв.

Ном зүй:

1. Сидорова И.С., Миома матки. 2003. И 2, с.9-11
2. Тихомиров А.Л. Патогенетические обоснование ранней диагностики, лечения и профилактики миомы матки: дисс. Д-ра мед наук. 1998
3. Wu X., Blank A., Olowsson M., Moller //Acta Obstet.Gynecol.Scand. May 2000, 79/5/397-404
4. Cabrera J.Uterine Leiomyoma, Clin Obstet.Gynecol, 1994, 59/1/39-43
5. Rein M.S., Barbeiri R.L., Freedman A.J. Progesterone: a critical role in the pathogenesis of uterine myomas. //Am J . Obstet.gynecol. 1995.V. 172
6. Rees M.C. The uterus and menopause //Curr. Obstet. Gynecol. 1996. Sep. 10/3/419

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

Эмнэлгийн мэргэжилтний мэргэжлийн өсөлт, хөгжил, ажлын үнэлэмж

Ш.Оюунбилэг, Л.Ширнэн
Засгийн газрын хэрэгжүүлэгч агентлаг
Эмнэлгийн тусламжийг удирдах газар

Эрүүл мэндийн салбарын шинэчлэл өөрчлөлтийн хүрээнд нийгмийн эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээ давамгайлсан эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээг хүн амд чанартай, хүртээмжтэй хүргэх, салбарын мэргэжлийн боловсон хүчнийг бэлтгэх, үр ашигтай ажиллуулах, хөгжүүлэх асуудлыг ихэд анхаарч байна. Хүн амд чанартай тусламж, үйлчилгээ үзүүлэхэд эрүүл мэндийн салбарын хүний нөөцийн өсөлт, хөгжил, ажлын үнэлэмж чухал хөшүүрэг, түлхэц болдог. Эрүүл мэндийн байгууллагын эмнэлгийн мэргэжилтний өсөлт, хөгжил, хөдөлмөрийн үнэлэмжид үнэлгээ өгөх зорилгоор энэхүү судалгааны ажлыг хийв.

Судалгааны үр дүн. Судалгааг 2003 оны II-III улиралд клиникийн томоохон 16 эмнэлэг, эрүүл мэндийн байгууллагын эмнэлгийн мэргэжилтнүүдийн 10%-ийг хамруулан хийв.

Судалгаанд хамрагсдын 17% нь 30 хүртэлх, 34% нь 30-40, 35% нь 40-50 насны, 50-аас дээш насныхан 14% байна. Дундаж нас 39 ± 10 ба 30-45 насныхан цөм хэсгийг бүрдүүлжээ. Нийт хамрагсдын 88.7% нь эмэгтэйчүүд байв.

Судалгаанд хамрагсдын 1/3 нь 1-3 ам бүлтэй, тал хувь нь 4-6-уулаа амьдардаг байна. Өрх толгойлж буй эмэгтэйчүүд 13.2% байгаа ба тэдний дийлэнх 63% нь 35-49 насныхан байна.

Албан тушаал, ажлын туршлага. Судалгаанд хамрагсдын 3 хүний 1 нь анагаах ухааны дээд, 2 нь дунд боловсролтой (62%) байв. Мэргэжилтнүүдийн 45% нь ерөнхий мэргэжлийн эмч, сувилагч, үлдсэн хувь нь нарийн мэргэжлийнх байна.

Албан тушаалын хувьд судалгаанд хамрагдсан мэргэжилтнүүдийн 46% нь сувилагч, 23% нь их эмч, 7% нь лаборант, 4% нь бага эмч, 4% нь ерөнхий ба ахлах сувилагч, сувилгааны албаны дарга, харин 5% нь тасаг секторын эрхлэгч, албаны дарга, эмийн сангийн эрхлэгч, 1.4% нь ерөнхий эмч, дарга, поликлиникийн эрхлэгч, эмчилгээ эрхэлсэн орлогч дарга гэсэн албан тушаалыг эрхэлж байна.

Мэргэжилтнүүдийн 30% нь 10 хүртэл, үлдсэн 70% нь 10-аас дээш жил ажиллаж байна.

Мэргэжил олгох, дээшлүүлэх сургалт, мэргэжлийн ур чадвар, зэрэг. Судалгаанд хамрагсад давхардсан тоогоор 1001 мэргэжил олгох курст суралцсан ба тэдний ихэнхи нь дотор, мэс засал, уламжлалт анагаах ухаан, лаборатори,

сэтгэц мэдрэл, сэхээн амьдруулах, мэдээгүйжүүлэлт болон халдвартын чиглэлээр мэргэжил олгох курсыг голлон Улаанбаатар хотноо (91%), багагүй хувь нь гадаадад (8%) болон орон нутагт (1%) хийжээ.

Мэс засал, дотор, уламжлалт, лаборатори, сэхээн амьдруулах мэдээгүйжүүлэлт, сэтгэц мэдрэлийн чиглэлээр мэргэжил олгох богино хугацааны курсыг илүүтэй хийдэг байдал ажиглагдаж байна. Харин мэргэжил дээшлүүлэх чиглэлээр мэс засал, сувилахуйн сургалтанд мэргэжилтнүүд илүүтэй хамрагдсан байна. Судалгаанд оролцогсод дотор (7%), мэс засал (16%), уламжлалт (7%), халдварт (10%), арьс гоо засал (4%), сэхээн мэдээгүйжүүлэлт (8%), хавдрын резиденсийн сургалтад нилээн суралцаж төгсчээ.

Удирдлагын сургалтад судалгаанд оролцогчдын 6% нь хамрагдсан ба тэдний тал хувь нь Удирдлагын академид суралцаж төгссөн, харин 39% нь Эмнэлгийн ажилчдын мэргэжил дээшлүүлэх институтын болон Эрүүл мэндийн хөгжлийн үндэсний төвийн "Эрүүл мэндийн удирдлага" анхан сургалтыг дүүргэжээ.

Сүүлийн 1-2 жилд судалгаанд хамрагдсан 2 хүний 1 нь богино хугацааны сургалтад хамрагдсан ба тэдний 84.8% нь жилд 1-2 удаа, 85.9% нь 2 жилд 1-2 удаа сургалтанд оролцжээ. Нийт судалгаанд хамрагдсан мэргэжилтнүүдийн 15% нь эрдмийн болон мэргэжлийн цол зэрэгтэй байна. Эдгээр мэргэжилтнүүдээс 24 (1.4%) нь анагаах ухааны боловсролын доктор, 99 (5.7%) нь мастер цолтой, харин 74 (4.3%) мэргэжилтэн нь мэргэжлийн тэргүүлэх, 62 (3.6%) нь ахлах зэрэгтэй ажээ.

Системтэй сургалтад мэргэжилтнүүдээ хамруулсны дараа байгууллага нь дөнгөж 32 хувийг дэмжин, урамшуулж ажилласан бол тэдний 1/3 нь тодорхой албан тушаал дэвшиж, 2/3 нь шинээр ажил нэмж өгөх замаар олсон мэдлэг чадварыг ашиглах боломжыг олгосон байна. Гэвч ажил нэмж олгох үедээ түүнд тохирсон цалин, нэмэлт хөлс олгосон байдал нь хангалтгүй байна. Сургалтын дараа нэмэлт ажил үүрэг хүлээн, ажиллаж байгаа мэргэжилтнүүдийн тал гаруй хувьд нь цалинг 1500-аас 90000 төгрөгөөр нэмж олгожээ.

Сургалтын хэрэгцээ. Цаашид судалгаанд хамрагсдын 53.8% нь системтэй урт богино хугацааны мэргэжлийн сургалтад, 10% нь удирдлага, эдийн засаг, хууль эрхийн, 17.3% нь англи хэлний, 13.1% нь компьютерийн, 5.2% нь гадаадад мэргэжил дээшлүүлэх, 1% нь

магистрантур болон аспирантурт, 2% нь харилцаа, зөвлөгөө өгөх ур чадвар, сэтгэл судлалын чиглэлээр суралцах хүсэлтэй байна.

Удирдлагын чиглэлийн сургалтанд хамрагдсан байдал харьцангуй бага байгаа ба энэ чиглэлээр суралцах хүсэлтэй хүмүүс (эрүүл мэндийн удирдлага 29.3%, НЭМ 36.9%, эрүүл мэндийг дэмжих 26.9%) нилээн байгаа нь ажиглагдлаа. Асуудлыг тодорхойлох, шийдвэр гаргах үйл явц (45.2%), төлөвлөлтийн удирдлага (28.3%), зохион байгуулалтын удирдлага (46.6%), санхүүгийн удирдлага (43.3%), чанарын удирдлага (41.0%), хяналт, үнэлгээ (39.3%) гэсэн сэдвүүд илүү хэрэгцээтэй байна гэжээ.

Харин мэргэжил дээшлүүлэлт, зэрэг дэвийн байдал хөдөө орон нутагт хангалтгүй байна. Хөдөө орон нутгаас оролцогчдын дөнгөж 0.6% нь мэргэжлийн зэрэгтэй байгаа нь хангалтгүй үзүүлэлт юм. Сүүлийн 3 жилд 87.5 хувь нь ямар нэг сургалтанд хамрагдаагүй, сургалтанд хамрагдсан мэргэжилтнүүдийн 11.3% нь 1 удаа, 1.2% нь 2 ба түүнээс дээш удаа оролцож, сургалтын дараа 24% нь албан тушаал ахисан байна.

Ажлын үнэлгээ, цалин хөлс. Судалгаанд хамрагдсан клиникийн эмнэлэг, төвүүдийн мэргэжилтнүүдийн дундаж цалин 46.406 ± 20.000 төгрөг ($P < 0.001$) байгаа ба цалингийн дээд хязгаар нь 200.000 төгрөг байна. Өрх толгойлж буй эхтэй мэргэжилтнүүдийн 61% нь 41-60 мянган төгрөгийн цалингаар 4-6 ам бүлийг тэжээж байна.

Судалгаанд хамрагсдын 75.5% нь одоогийн авч байгаа цалин нь гүйцэтгэж буй ажилтай нь тохирохгүй байна гэжээ. Учир нь:

- Хийж буй ажил нь ачаалал ихтэй, сэтгэл зүйн дарамт ихтэй (54%)
- Цалингийн түвшин хэт доогуур, амьдралд хүрэлцэхгүй байгаа (28%)
- Ажлын нөхцөл хүнд, хортой, өвдөх эрсдэл ихтэй (13%)
- Ажлын үнэлгээ муу, хийснээр олгодоггүй, ажлын байрны тодорхойлолтын дагуу ажиллуулдаггүй (17%)
- Гэмтэл осол, сэхээн амьдруулах, эрчимт эмчилгээний илүү цаг шөнийн нэмэгдэл олгодоггүй (2%) байна.

Иймд одоогийн гүйцэтгэж буй ажилдаа тохиромжтой цалин авахын тулд цалинг өсгөх хүсэлтэй бөгөөд тэдний бодлоор цалин дунджаар 102.665 ± 40.000 төгрөг ($P = 0.0000$) байвал тохиромжтой гэж хариулсан байна.

Судалгаанд хамрагсдын 57.3% нь үндсэн цалин дээрээ нэмж ур чадварын (20.7%), халдварын (32.4%), зэрэг цолны (41.9%) болон мэс зэслын (5%) нэмэгдэл авдаг. Нэмэгдлийг олгохдоо 29.7% нь тодорхой ямар нэг шалгуураар үнэлдэггүй, харин 42.4% нь энэ талаар мэдэхгүй гэж хариулжээ. Сум, сум дундын эмнэлгээс

судалгаанд оролцсон мэргэжилтнүүдийн 23% нь 50 хүртэл, 72% нь 50-70 мянга, 5.5% нь 70-аас дээш мянган төргөний цалин авдаг ба тэдний 0.4% нь зэргийн, 5.2% ур чадварын (80 гаруй хувь нь 5-10 мянган төгрөгний) нэмэгдэл авсан бол 27.4% нь дунджаар 2500-35000 хүртэлх төгрөгийн илүү цагийн мөнгө авсан байна.

Судалгаанд хамрагсдын 40% нь тэдний ажлыг удирдлага нь зөв үнэлдэг, 6% нь буруу үнэлдэг, 53.4% нь энэ талаар хэлж мэдэхгүй гэж хариулжээ. Ажилласдын тал хувь нь одоогийн хийж буй ажилдаа сэтгэл дундуур, гонсгор байдаг байна. Сэтгэл дундуур, гонсгор байгаагийн гол шалтгаан нь ажлын нөхцөл муу (52%), цалин бага, хөдөлмөрийг гүйцэд үнэлдэггүй, илүү цагаар ажиллуулдагтай (41%) холбоотой байна.

Шагнал урамшуулал.

Судалгаанд хамрагсдын 32.6% нь шагнагдсан байгаагийн 14% нь төрийн байгууллагын, 88% нь эрүүл мэндийн салбарын, 22% нь нийслэлийн, залуучуудын болон эмэгтэйчүүдийн бусад байгууллагаас шагнагдсан байна. Эмнэлгийн ажилчдын нийгмийн асуудлыг сайжруулах талаар эмнэлгүүд тодорхой хэмжээгээр ажил хийж байгаа нь судалгаагаар ажиглагдлаа. Судалгаанд хамрагсдын 79.3 хувьд нь байгууллагаас нь унааны мөнгө, түлээ түлшээр туслах, сургалтын төлбөрт дэмжлэг үзүүлэх, эрүүл мэндийн үзлэгт хамруулах, рашаан сувилалд явуулах хэлбэрээр дэмжлэг, тусалцааг үзүүлжээ.

Дүгнэлт.

1. Судалгаанд хамрагсдын талаас дээш хувь нь дунд насны нарийн мэргэжлийн эмч, сувилагч, бага эмч нар байгаа ба мэргэжилтнүүдийн дийлэнхи 10-аас дээш жил ажиллаж байгаа туршлагатай мэргэжлийн боловсон хүчин байна.

2. Удирдлагын чиглэлийн сургалтанд хамрагдсан байдал хангалтгүй, эрүүл мэндийн удирдлага, НЭМ, эдийн засаг, хууль эрх, сэтгэл судлал чиглэлээр суралцах хүсэлтэй хүмүүс нилээн байгаа нь энэ чиглэлийн сургалтын хэрэгцээ нилээн байгааг харуулж байна.

3. Мэргэжилтнүүдийг богино хугацааны сургалт, семинарт хамруулах байдал харьцангуй хангалттай ч, сургалтын дараа олсон мэдлэг чадварыг ашиглах, түүнд нь тохирсон цалин, хөлс нэмж олгосон байдал нь хангалтгүй байна.

4. Нарийн мэргэжлийн клиникийн эмнэлгүүдэд эрдмийн болон мэргэжлийн цол зэрэгтэй мэргэжилтний эзлэх хувь харьцангуй боломжын ч, хөдөө орон нутагт энэ үзүүлэлт маш хангалтгүй байна.

5. Авч байгаа цалин, нэмэгдлүүд, гүйцэтгэж буй ажил, түүний үнэлэмжийн талаархи мэргэжилтнүүдийн сэтгэл ханамж хангалтгүй байгаа нь эмчилгээ үйлчилгээний чанар, эмч эмнэлгийн мэргэжилтнүүдийн тогтвор суурьшилд сөргөөр нөлөөлж болох нь анхаарал татаж байна.

Санал.

Хүний нөөцийн чадавхийг сайжруулахын тулд ажлын үнэлгээ, урамшууллын механизмыг сайжруулах, стандарт, нормативын дагуу орон тоог гүйцээж ажиллуулах, ажлын ачааллыг багасгах, ажилчдын эрүүл мэнд, нийгмийн асуудалд анхаарч, тодорхой арга хэмжээ авч хэрэгжүүлэх, системтэй урт, богино хугацааны сургалт, семинарт хамруулах, сургалтын төлбөрийг багасгах, боловсон хүчнийг зөв хуваарилах, тогтвортой ажиллуулах, цалин, нэмэгдлүүдийг нэмэхэд анхаарах шаардлагатай байна.

Ном зүй.

1. Буджав.Л (2000). Анагаах Ухааны Статистикийн судалгааны арга зүй ба арга. Улаанбаатар. х.180
2. Ёнь В.Д. (1999). Бүх талын боловсрол олгох сургалтын 5 талт зарчим. Улаанбаатар. х.17-34, 54-75
3. Сүмбэрзул.Н, Оюунбилэг.Ш (2001). Анагаах Ухааны Боловсрол. Улаанбаатар. х.109
4. ЭМСХХ, (2001 он) Өрхийн сувилагч, сум багийн бага эмч, сувилагч нарт зориулсан материал

5. ЭТУГ, (2003 он) Эмнэлгийн мэргэжилтний мэргэжлийн зэргийн хяналтын хууль, эрх, ёс зүйн шалгалтын хөтөлбөр

6. Abbatt, F.R. and Mejia, A. (1988). Continuing the Education of Health Workers. A workshop manual. WHO. Geneva. p.57

7. Green, A (1999). An Introduction to Health Planning in Developing Countries. Oxford University Press. pp.148, 151-154

8. WHO (1985). Health manpower requirements for the achievement of Health for All by the year 2000 through PHC. Report of a WHO Expert Committee. Technical Report Series 717. Geneva. pp.24-27

9. WHO (1988). Learning together to work for health. Report of a WHO Study Group. World Health Organization Technical Report Series 769. World Health Organization Geneva, pp.16-32

10. WHO (1987). Reports of working groups. Health manpower out of balance: Conflict and prospects. Geneva. pp.184-197

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

Эрүүл мэндийн салбарын хүний нөөцийн дунд хугацааны төлөв байдал 2005-2015

С.Дуламсүрэн, И.Бат-Эрдэнэ
Эмнэлгийн Тусламжийг Удирдах Газар

Эрүүл мэндийн салбарын урт хугацааны төлөвлөлт, хүний нөөцийн бодлого, стратегийн үйл ажиллагаануудыг төлөвлөх, тэдгээрийн хэрэгжилтэнд үнэлгээ өгөх зэрэгт ашиглах төлөв байдал (прогнозчлол)-ын судалгаанууд ховор байна.

Судлагдсан байдал. Манай улсад энэ чиглэлээр хийгдсэн судалгаа ховор байдаг юм байна. 2001 онд С.Дуламсүрэн, Т.Болормаа, Б.Булганчимэг, С.Энхтуяа, Б.Нансалмаа нарын хийсэн "Эрүүл мэндийн мэргэжлийн ажиллах хүчний хэрэгцээ, ЭМ-ийн салбарын хүний нөөцийн үнэлгээ" судалгаанд 1990, 1996, 2000 оны тоон мэдээллийг харьцуулан үзэж эмчийн тоо тогтвортой өсөх, харин сувилагч дунд мэргэжилтний тоо 2000 оноос буурах хандлагатай байгааг дурьдаад цаашид дунд мэргэжилтний тоог өсгөх шаардлагатай байгаа талаар дүгнэсэн байна.

Зорилго. Эрүүл мэндийн салбарын хүний нөөцийн сүүлийн 13 жилийн зарим үзүүлэлтүүдийг

ашиглан дунд хугацааны (2015) төлөв байдлыг тооцоолж салбарын хүний нөөцийн зорилттой харьцуулах.

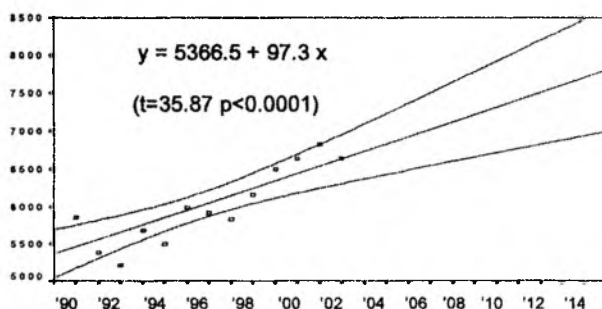
Арга зүй. Үндэсний Статистикийн газар, ЭМШУИС, ЭТУГ-ын СМА зэрэг байгууллагуудаас ЭМ-ийн салбарын хүний нөөцийн 1990-2003 оны зарим тоон үзүүлэлтүүдийг SPSS-11.0 программд сан үүсгэн шугаман регрессийн тэгшитгэлийн аргаар прогноз хийж резидуалын анализын аргаар үнэн магадлалыг тооцоолон гаргасан.

Статистикийн таамаг. Прогнозыг зөвхөн цаг хугацааны дараалалд үндэслэн 12 жилийн дараах хүний нөөцийн баримжаа тоог тооцоолсон бөгөөд энэ нь эрүүл мэндийн салбарт хүний нөөцийн чиглэлээр ямар нэгэн арга хэмжээ аваагүй тохиолдолд ямар үр дүнд хүрч болох вэ? гэдэг асуултад хариулах болно. Таамгийг хүний нөөцийн бодит тоонд үндэслэх, салбарын хүний нөөцийн хөдөлгөөнд үндэслэх гэсэн таамаг дэвшүүлэх хоёр аргаар тооцооллоо. Шилжилт хөдөлгөөнөөр таамаг гаргах арга нь бодит тооны аргыг бодвол илүү мэдрэг байдаг бөгөөд энэ нь бодлогын чанартай хийгдэж буй үйл ажиллагаануудыг тусгах чадвартай юм.

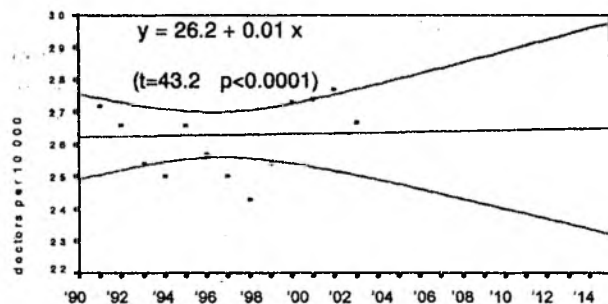
Үр дүн:

I. ЭМ-ийн салбарийн хүний нөөцийн бодит тоонд үндэслэсэн төлөв

A. Эмчийн тоо. ЭМ-ийн салбарын 1990-2003 оны эмч мэргэжилтний бодит тоог ашиглан 2015 хүртэлх хугацаанд салбарын эмч нарын тоог регрессийн тэгшитгэлээр тооцоолон гаргалаа (Зураг1). ANOVA болон t-шалгуураар шалгахад $p < 0.0001$ үнэн магадтайгаар 2015 он гэхэд одоогийн нөхцөл өөрчлөгдөхгүй тохиолдолд салбарын хэмжээнд 7800 эмч мэргэжилтэн байхаар тооцоо гарч байна.



Зураг 1. Эмч мэргэжилтний бодит тоо, оноор "Монгол улсын хүн амын хэтийн тооцоо" (ҮСГ 2002)-нд 2015 он гэхэд манай улсын хүн ам 2 918 624 байна гэж тооцоолсныг ашиглавал 2015 он гэхэд 10 000 хүн амд 26.7 эмч ногдохоор байна. Энэхүү тооцоо нь мөн дараах регрессийн тэгшитгэлээр батлагдаж байна.

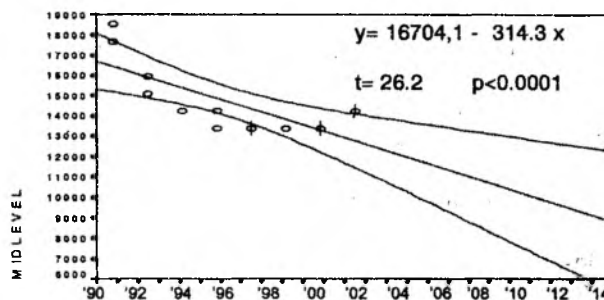


Зураг 2. 10 000 хүн амд ногдох эмч мэргэжилтний тоо, оноор

Харин Эрүүл мэндийн салбарын хүний нөөцийг хөгжүүлэх бодлого (УБ,2003)-д 2013 он гэхэд 10 000 хүн амд ногдох их эмчийн тоог 23 болгохоор заасан байна.

B. Дунд мэргэжилтний тоо

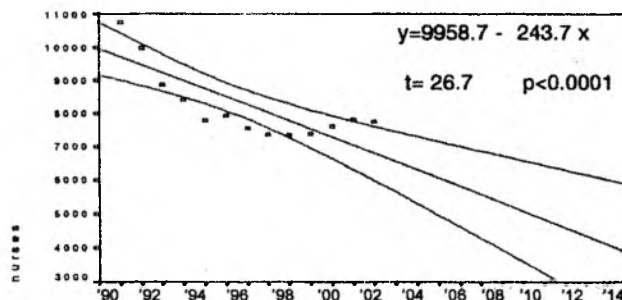
2015 хүртэлх хугацаанд салбарын нийт дунд мэргэжилтний тоог мөн регрессийн тэгшитгэлээр тооцоолон гаргалаа (зураг 3). ANOVA болон t-шалгуураар шалгахад $p < 0.0001$ үнэн магадтайгаар 2015 он гэхэд одоогийн нөхцөл өөрчлөгдөхгүй тохиолдолд салбарын хэмжээнд дунд мэргэжилтний тоо цөөрөхөөр хандлагатай байна.



Зураг 3. Салбарын нийт дунд мэргэжилтний тоо, оноор

B. Сувилагчийн тоо

Мөн адил аргаар 2015 хүртэлх хугацаанд салбарын сувилагч нарын тоог регрессийн тэгшитгэлээр тооцоолон гаргалаа (Зураг 4). ANOVA болон t-шалгуураар шалгахад $p < 0.0001$ үнэн магадтайгаар 2015 он гэхэд 1990-2002 оны хандлага өөрчлөгдөхгүй тохиолдолд салбарын хэмжээнд сувилагчийн тоо цөөрөх хандлага гарч байна.



Зураг 4. Салбарын сувилагчийн бодит тоо, оноор

II. ЭМ-ийн салбарын хүний нөөцийн хөдөлгөөнд үндэслэсэн төлөв

Салбарын хүний нөөцийн нэмэгдэл (сургууль төгсөж ирсэн, шилжиж ирсэн) болон хорогдлыг (тэтгэвэр, группед орсон, нас барсан, шилжиж явсан, гм) жил бүрээр тооцон зэрөөг гаргаж салбарын дотоод цэвэр хөдөлгөөнийг тооцон гаргалаа (Хүснэгт 1).

Хүснэгт 1

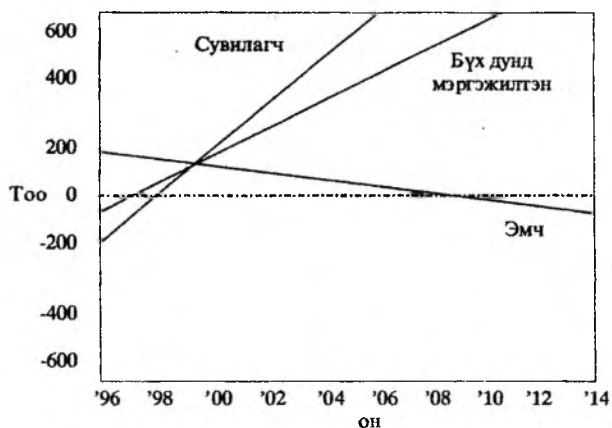
Салбарын хүний нөөцийн хөдөлгөөн

Он	Эмч	Сувилагч	Бүгд дунд мэргэжилтэн
1996	305	-92	461
1997	-64	-356	-283
1998	-87	-183	-448
1999	319	-27	-114
2000	339	153	292
2001	141	168	226
2002	188	211	450
2003	-187	-68	56
Дундаж	119	-24	80

Эх үүсвэр: ЭТУГ, ЭМ-ийн үзүүлэлтүүд 1996-2003

Сүүлийн 8 жилийн дунджаар эмч жилд дунджаар ю119-өөр, дунд мэргэжилтэн 80-аар нэмэгдсэн байгаа бол харин сувилагчийн тоо жилд дунджаар 24-өөр хорогдсон байна. Энэ нь дээрхи хоёр бүлэгт өгүүлсэн хандлагыг баталж байна.

Харин дээрх шилжилт хөдөлгөөнийг шугаман регрессийн аргыг ашиглан дунд хугацаанд гарах хандлагыг тооцоход жил бүр нэмэгдэх эмчийн тоо аажим буурч, сувилагч, дунд мэргэжилтний тооны жилийн өсөлт аажим нэмэгдэхээр хандлага ажиглагдлаа (Зураг 5).



Зураг 5. Салбарын хүний нөөцийн хөдөлгөөний хандлага

Иймээс 2003 оны эмч, сувилагч, нийт дунд мэргэжилтний тоог суурь болгон 2004-2015 он хүртэлх жилийн дундаж хөдөлгөөний магадлалыг нэмэх замаар 2015 он хүртэлх жилүүдийн хүний нөөцийн тоог гаргалаа (Хүснэгт 2).

Хүснэгт 2

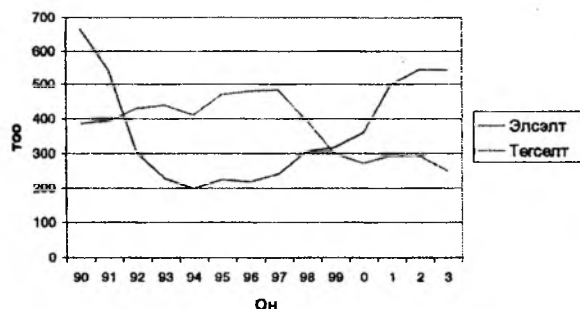
Салбарын хөдөлгөөнөөр тооцоолсон хүний нөөцийн төлөв (дундаж хувилбараар)

Он	Хүний нөөц		
	Эмч мэргэжилтэн	Сувилагч	Дунд мэргэжилтэн
2003	6637	7734	14148
2004	6677	7934	14398
2005	6697	8184	14698
2006	6702	8484	15038
2007	6687	8834	15398
2008	6647	9234	15808
2009	6597	9684	16258
2010	6537	10184	16738
2011	6457	10734	17258
2012	6357	11334	17818
2013	6237	11984	18418
2014	6097	12684	19068
2015	5947	13484	19748

Нөгөө талаас их дээд сургуулиудын санхүүжилт нь оюутны төлбөрөөс бүрддэгтэй холбоотойгоор сүүлийн жилүүдэд элсэлтийн тоогоо нэмэгдүүлэх болсон байна. ЭМШУИС сүүлийн 13 жилд дунджаар жил бүр 380 эмч, мэргэжилтэн бэлдэж ирсэн байна (Зураг 6). Энэ хандлага цаашид ч үргэлжлэх магадлалтай

байгаа бөгөөд салбарын эмчийн хэрэгцээ буурч байгаа өнөөгийн нөхцөлд эмч, мэргэжилтнүүдийн ажилгүйдлийн түвшинг өсгөх хандлага бий болгож байна. Өөрөөр хэлбэл 2006 оноос эхлэн (Зураг 5) шинээр төгсөж буй эмч, мэргэжилтнүүд мэргэжлийн чиглэлээрээ ажиллах бололцоогүй болох тооцоо гарч байна.

Иймээс анагаах ухааны сургуулиудын элсэлтийн бодлогод эмчийн тоог бууруулж, сувилагч дунд мэргэжилтний тоог өсгөх замаар нийт элсэлтийн орон тоог бууруулахгүйгээр санхүүгийн асуудлаа шийдэж болох юм.



Зураг 6. ЭМШУИС-ийн элсэгчид, төгсөгчдийн тоо, оноор.

Харин хүний нөөцийн энэ бодлогод сувилагч, дунд мэргэжилтний тоог жилээс жилд нэмэгдүүлэхээр төлөвлөсөн байна. Гэтэл манай улсад жилд нийт 580 орчим (УБ сувилахуйн сургууль – 400, Говь-Алтай АУК- 70, Дарханы АУК – 70, “Энэрэл” хувийн сургууль- 40 орчим) сувилагч, дунд мэргэжилтэн бэлдэж байгаа бөгөөд 2010 оноос сувилагч, дунд мэргэжилтний тоо дутагдах төлөв ажиглагдаж байна. Иймээс цаашид сувилагч дунд мэргэжилтэн бэлддэг сургуулиудын элсэлтийн тоог нэмэгдүүлэх, энэ чиглэлээр үйл ажиллагаа явуулах хувийн сургуулиудыг дэмжих шаарлагатай байна.

Салбарын хүний нөөцийн зорилт төлөв байдал. Эрүүл мэндийн сайдын 2003 оны 11 сарын 27-ны № 277 тоот тушаалаар “Эрүүл мэндийн салбарын хүний нөөцийг хөгжүүлэх бодлого”-ыг баталсан юм. Уг бодлого нь салбарын хүний нөөцийг 2004-2013 онд хөгжүүлэх тодорхой зорилтуудыг дэвшүүлсэн (Хүснэгт 3).

Хүснэгт 3

Салбарын хүний нөөцийн зорилт, төлөв байдал

Нөөцийн үзүүлэлт	ХН-ийн бодлогын зорилт 2013 он	2015 оны төлөв	
		Бодит тооны төлөв	Хөдөлгөөний төлөв
Эмч мэргэжилтэн	10 000 : 23	10 000 : 26.7	10 000 : 20.3
Сувилагч	10 000 : 46	10 000 : 13.2	10 000 : 46.2
Дунд мэргэжилтэн	10 000 : 69	10 000 : 30.3	10 000 : 67.6
Эмч : сувилагчийн харьцаа	1:2	1:0.5	1:2.2

Дээрх хүснэгтээс харахад эмч, эмнэлгийн дунд мэргэжилтний бодит тоонд тулгуурлан хийсэн төлөв байдлаар хүний нөөцийн бодлого

зорилтдоо хүрэх боломжгүй харин салбарын хөдөлгөөнөөр хийсэн төлөв байдлаар хүний нөөцийн бодлого зорилгодоо хүрэх боломжтой төлөв ажиглагдаж байгаа нь сүүлийн хэдэн жилд явуулж буй үйл ажиллагааны чиг хандлага нь зөв болохыг гэрчилж байна. Энэ нь хөдөлгөөнд суурилсан төлөв байдал илүү мэдрэг байгааг илтгэж байгаа бөгөөд цаашид салбарын хүний нөөцийн бодлогыг хэрэгжүүлэхийн тулд бодитой арга хэмжээнүүдийг авах шаардлагатайг харуулж байна.

Дүгнэлт:

1. Эрүүл мэндийн салбарын хүний нөөцийн бодит тоонд үндэслэсэн төлөв байдлаар 2015 онд 10 000 хүн амд эмч-26.7, сувилагч-13.2, дунд мэргэжилтэн-30.3 байхаар, харин хөдөлгөөнд үндэслэсэн төлөвөөр эмч-20.3, сувилагч-46.2, дунд мэргэжилтэн-67.6 байхаар төлөв ажиглагдлаа. Энэ нь цаашид салбарын хүний нөөцийн чиглэлээр бодит арга хэмжээ авах шаардлагатай байгааг харуулж байна.

2. 2006 оноос шинээр төгсөж буй эмч, мэргэжилтнүүд орон тоогүй болж мэргэжлийн чиглэлээр ажиллах бололцоогүй болох төлөвтэй байгаа учраас ЭМШУИС болон эмч мэргэжилтэн бэлддэг их дээд сургуулиудын элсэлтийн тоог хязгаарлах шаардлагатай байна.

3. 2010 оноос сувилагч, дунд мэргэжилтний өсөлт хүн амын өсөлтийг гүйцээхгүй болж дутагдах төлөв ажиглагдаж байна. Иймээс цаашид сувилагч дунд мэргэжилтэн бэлддэг сургуулиудын элсэлтийн тоог нэмэгдүүлэх, энэ чиглэлээр үйл ажиллагаа явуулах хувийн сургуулиудыг дэмжих шаардлагатай байна.

4. Цаашид бодлого боловсруулах, бодлогын хэрэгжилтэд үнэлгээ өгөх зэрэг стратегийн ач

холбогдол бүхий шийдвэр гаргалтад төлөв байдлын (прогнозчлол) судалгаануудыг өргөн ашиглах.

Ном зүй.

1. Анагаах ухааны эрдмийн бүтээлийн товчоон (1999, 2000) Улаанбаатар 2001

2. Анагаах ухааны эрдмийн бүтээлийн товчоон (2001) Улаанбаатар 2002, 1-8

3. ХХ зуунд монголд анагаах ухаан хөгжсөн түүхийн товчоон, Улаанбаатар 2001., 58-94

4. Монгол улсын хүн амын хэтийн тооцоо. Хүн ам, орон сууцны 2000 оны тооллого. Сэдэвчилсэн судалгаа. Үндэсний статистикийн газар. 2002 он, 39-40

5. Эрүүл мэндийн салбарын хүний нөөцийг хөгжүүлэх бодлого, эрх зүйн зарим баримт бичиг, 2003 Эмхтгэл. ЭМЯ, ЭТУГ, ДЭМБ Улаанбаатар 2004, 5-20

6. Эрүүл мэндийн үзүүлэлт, 1990-2003 онууд: Хүний нөөц, шилжилт хөдөлгөөн., Эмнэлгийн тусламжийн удирдах газар, Статистик Мэдээллийн Алба.

7. ЭМШУИС, Сургалтын алба: ээ 1990- 2003 оны элсээлт, төгсөлт

8. Beth Dawson and Robert G.Trapp., **Basic and Clinical Biostatistics: Linear regression and residual analysis.** Third edition. Lange medical book. McGraw-Hill 2001

9. Sheridah J. Coakes, Lyndall G.Steed **SPSS version 11.0 for windows: Analysis without Anguish.**, John Willey & Sons Australia, Ltd 2002

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

“Сумын их эмчийн санал бодол” социологийн судалгааны дүн

Ч.Чулуунбаатар, Т.Хулан
Эрүүл мэндийн яам

Түлхүүр үг: “Сумын эмчийн социологийн судалгаа”

Судалгааны ажлын зорилго. Хөдөөгийн хүн амд сумын эмнэлгээс үзүүлж байгаа тусламж үйлчилгээний байдал, сумын их эмч нарын санал, бодлыг социологийн судалгааны аргаар судлан дүгнэлт, зөвлөмж гаргахад оршино.

Судалгааны ажлын зорилт:

1. Сумын их эмчийн санал, бодол, сэтгэл ханамжийн байдлыг социологийн судалгаагаар тэдний өөрсдийн үнэлгээгээр тодорхойлох.

2. Сумын их эмчид шаардлагатай байгаа эрэлт, хэрэгцээг тодорхойлох.

3. Сумын эмнэлгийн удирдлагын менежмент, иргэдэд үзүүлэх зарим тусламж, үйлчилгээний өнөөгийн байдлыг тогтоох.

Судалгааны арга зүй:

Социологийн судалгаанд оролцогч өөрийн санал бодлоо судалгаан чөлөөтэй бичиж илэрхийлэх асуултын нээлтэй болон зөвхөн эмнэлгийн үйл ажиллагаа, хүн амын эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний талаар өгсөн асуултанд хариулах хаалттай арга, “Public Relations (PR) ” буюу олон нийтэй харилцах арга зэргийг хослон хэрэглэсэн болно. Судалгааны

материалд анагаах ухааны статистикийн боловсруулалт хийсэн болно.

Манай улсын бүх сумын эмнэлгийн 317 их эмч нийслэл хотод "Сумын эмч нарын улсын анхдугаар чуулган"-нд оролцохоор хуран цугларан ижил цаг хугацаанд, ижил нөхцөл байдалд энэ судалгаанд (n= 317) хамрагдсан.

Судалгаанд:

- мэргэжлийн хувьд хүний их эмч,
- боловсролын хувьд дээд боловсролтой,
- ажлын нөхцлийн хувьд сумын эмнэлэгт ажиллагсад,
- орон зайн хувьд хөдөө ажиллагсад,
- эрүүл мэндийн удирдлагын хувьд эмнэлгийн удирдлагууд оролцсон нь энэ социологийн судалгааны шинэлэг тал гэж үзэж болно.

Судалгааны ажлын үр дүн, хэлцэмж:

- Судалгаанд хамрагдсан их эмч нарын сумын эмнэлэгт ажилласан жилийн байдлыг авч үзвэл: 1-5 жил 20,4 хувь, 6-10 жил 21,1 хувь, 11-15 жил 15,7 хувь, 16-20 жил 21,1 хувь, 21-25 жил 11,1 хувь, 26 дээш жил 10,0 хувийг эзэлж байна. Эндээс үзэхэд сумын их эмч нарын 79 хувь нь 1-20 хүртэлх жил, 21 хувь нь 20-оос дээш жил ажиллаж байна.

- Насны байдлаар авч үзвэл: 23-34 настай 25,0 хувь, 35-44 настай 38,5 хувь, 45-55 насны 31,3 хувь, 55 дээш настай 5,2 хувь байна. Судалгаанд хамрагдсан эмч нарын 63,5 хувь нь 45 хүртэлх насны буюу ажлын дадлага туршлагатай болж хийж бүтээх ид үедээ ажиллаж байна.

- Сумын их эмч нарын 27 хувь нь эрэгтэй, 73 хувь нь эмэгтэй эмч ажиллаж байна. Зонхилох нь эмэгтэй эмч нар ажиллаж байгаа учир амралт баярын өдрүүд, шөнө, шуургатай, хүйтэн, зуд болон байгалийн бэрхшээлийн үед дуудлаганд явахад бэрхшээлтэй байдаг.

- Сумын эмнэлгийг байгуулагдсан он дараалалаар авч үзвэл: 1931-1940 онд 9,9 хувь, 1941-1950 онд 49,1 хувь, 1951-1960 онд 7,4 хувь, 1961-1970 онд 14,1 хувь, 1971-1980 онд 6,4 хувь, 1981-1990 онд 8,5 хувь, 1991-2000 онд 3,0 хувь байна.

- Сумын эмчээр үйлчлүүлж байгаа хүн амын тоог авч үзвэл 1500-аас цөөн 4,2 хувь, 1500-3000 хүн амтай 45,6 хувь, 3001-4500 хүн амтай сум 31,4 хувь, 4501-6000 хүн амтай сум 10,1 хувийг тус тус эзэлж байна. Дийлэнх олонхи нь 1500-4500 хүн амтай сум 77 хувь байна. Энэ нь сумын эмнэлэг ямар нэгэн багаж, аппарат авах, захиалах, хүчин чадлыг нь бүрэн ашиглаж эрүүл мэндийн эдийн засаг, санхүүгийн үр ашигтай ажиллахад чухал мэдээлэл болно.

- Сумын хүн амын дунд зонхилон тохиолдох өвчлөлийн байдлын талаарх асуултанд бөөр, шээс бэлгийн замын өвчин 24, 2 хувь, зүрх судасны өвчин 26,5 хувь, амьсгалын эрхтний

өвчин 16,0 хувь, хоол боловсруулах эрхтний өвчин 20,2 хувь зонхилон тохиолдож байна.

- Сумын төвөөс хамгийн алслагдсан өрх хэдэн километрт байдаг вэ? гэсэн асуултанд: 51-100 км 49,8 хувь, 101-150 км 28,2 хувь, 151-200 км 10,5 хувь нь нутаглаж байна. Энэ нь эмнэлгийн яаралтай тусламж, үйлчилгээний цаг хугацаа, дархлаажуулалтын ажлын төлөвлөлт, менежментэд чухал нөлөөтэй асуудал юм.

- Сумын эмнэлгийн барилга хэдэн онд ашиглалтанд орсон бэ? Гэсэн асуултанд: 1960-1969 онд 15,4 хувь, 1970-1979 онд 32,5 хувь, 1980-1989 онд 25,0 хувь нь байна. Энэ нь барилгын их засвар болон хөрөнгө оруулалтын төлөвлөлтөнд чухал ач холбогдолтой болно.

- Эмнэлгийн барилгын халаалт гэсэн асуултанд: өөрийн зуухтай 69,7 хувь, төвлөрсөн халаалттай 14,3 хувь, Энгийн галлагаатай 16,0 нь эзэлж байна. Өөрийн зуух, энгийн галлагаа нь 85 хувийг эзэлж байгаа нь өртөг зардал багатай, дуртай үедээ эмнэлгийн халаалтыг өвчтөн үйлчлүүлэгчдийн эрэлт, хэрэгцээнд тохируулан зохицуулан хэрэглэж болох сайн талтай.

- Сумын эмнэлгийн төсөвийн эх үүсвэр гэсэн асуултанд: Орон нутгийн төсвөөс 16-20 сая төгрөг гэж 33,5 хувь, 21-25 сая төгрөг гэж 18,6 хувь нь, 26-30 сая төгрөг гэж 10,4 хувь нь хариулсан байна. Эрүүл мэндийн даатгалын сангаас 6-10 сая төгрөг гэж 59,3 хувь нь, 11-15 сая төгрөг гэж 18, 2 хувь нь хариулсан байна.

- Танай суманд хэдэн их эмч ажилладаг вэ гэсэн асуултанд: Нэг их эмчтэй гэж 51,0 хувь нь, хоёр их эмчтэй гэж 32,6 хувь нь, гурваас дээш гэж 14,6 хувь нь хариулсан байна.

- Танай сумын эмнэлэгт ямар шинжилгээ хийдэг вэ? гэсэн асуултанд: цусны ерөнхий шинжилгээ - 25,3 хувь, шээсний ерөнхий шинжилгээ - 28,0 хувь, биохимийн шинжилгээ - 3,8 хувь, бруцеллэзын шинжилгээ 3,1 хувь гэж хариулсан байна. Эндээс үзэхэд сумын эмнэлэгт өвчтөнийг үзэх, шинжлэх, оношлох асуудалд нотолгоонд тулгуурласан анагаах ухааныг хөгжүүлэн онош тавих асуудалд хөдөөгийн эмч нарыг сургах, лабораторийн хурдавчилсан аргын шинжилгээг олшруулах нь чухал болж байгаа бөгөөд өвчнийг эрт оношлох, эмчлэхэд чухал ач холбогдолтой зүйл юм.

- Танай сумын эмнэлэгт ямар төрлийн шинжилгээ нэн чухал вэ? гэсэн асуултанд: ЭХО, дуран гэж 21,0 хувь нь, цусны ерөнхий шинжилгээ гэж 22,8 хувь нь, биохимийн шинжилгээ гэж 20,5 хувь нь шээсний ерөнхий шинжилгээ гэж 19,5 хувь нь хариулсан байна.

- Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээ үзүүлж байхад гарч байгаа бэрхшээлээс гурвыг дурьдана уу? гэсэн асуултанд: эмнэлгийн халаалт, эм, бензины зардалд төсөв хүрэлцдэггүй 22,3 хувь, техник, тоног төхөөрөмжийн хангалт дутагдалтай

22,4 хувь, хүний нөөцийн хангамж дутагдалтай, сургалтанд цөөн оролцуулдаг, сургалтын төлбөр өндөр гэж 22,5 хувь нь хариулсан байна. Эдгээр гол бэрхшээлийг шийдвэрлэхэд аймгуудын эрүүл мэндийн газар анхааралдаа авч дэс дараатай шийдвэрлэх нь зүйтэй.

- Таны одоогийн цалингийн хэмжээ хэд вэ? гэсэн асуултад: 50 000₮ гэж судалгаанд оролцогчдын 30,1 хувь нь, 60 000₮ гэж 37,7 хувь нь тус тус тэмдэглэсэн байна.

- Цалингаа ямар арга замаар нэмэгдүүлбэл зүгээр гэж бодож байна? гэсэн асуултад: үндсэн цалинг нэмэгдүүлэх 33,3 хувь нь сүлжээ ахиулах гэж 10,6 хувь нь, ажлын бус цагаар хийгдсэн ажлын үнэлгээг бий болгох гэж 36,6 хувь нь тус тус хариулсан байна. Энэ нь сумын их эмч нарын нийгмийн асуудлыг шийдвэрлэхэд чухал зүйл юм.

- Та эрүүл мэндийн яамны ямар шагналаар шагнагдаж байсан бэ гэсэн асуултад: Яамны жуух бичгээр 27,9 хувь нь, Эрүүлийг хамгаалахын тэргүүний ажилтнаар 21,9 хувь нь, шагнагдаагүй гэж 50,1 хувь нь хариулсан байна.

- Эрүүл мэндийн хөтөлбөрүүдээс хамгийн сайн хэрэгжиж байгаа хөтөлбөрийг нэрлэнэ үү? гэсэн асуултанд: Нөхөн үржихүйн эрүүл мэндийн хөтөлбөр 50,3 хувь, дархлаажуулалтын үндэсний хөтөлбөр 33,1 хувь, Халдварт өвчинтэй тэмцэх үндэсний хөтөлбөр 4,5 хувь тус тус тэмдэглэсэн байна.

- Эрүүл мэндийн хөтөлбөрүүдээс хангалтгүй хэрэгжиж байгаа хөтөлбөр нэрлэнэ үү? гэсэн асуултанд: Сохрол, осол гэмтлээс сэргийлэх хөтөлбөр 23,6 хувь нь, зүрх судасны өвчнөөс сэргийлэх тэмцэх үйл ажиллагааны хөтөлбөр 14,8 хувь, хүнсний хангамж аюулгүй байдал, хоол тэжээлийн чиглэлийн хөтөлбөр 2,5 хувь гэж хариулсан байна.

- Үйлчлүүлэгч иргэдээс хамгийн их ирдэг гомдлоос гурвыг нэрлэнэ үү? гэсэн асуултад: эм тариа хангалтгүй, өндөр үнэтэй 18,8 хувь, хүн хүчний хүрэлцээ, нарийн мэргэжлийн эмч хангалтгүй 16,3 хувь, иж бүрэн шинжилгээ хийж чаддаггүй шинжилгээ хийлгэх гэж хол явж чирэгддэг 19,2 хувь, дуудлага өгөхөд удаж ирдэг, иргэдээс шатхууны мөнгө авдаг, унаа байхгүй 17,8 хувь гэж судалгаанд хамрагдсан сумын их эмч нар хариулсан.

- Сумын эрүүл мэндийн ажилтны сургалтыг хаана зохион байгуулбал тохиромжтой вэ? гэсэн асуултад: Бүсийн оношлогоо, эмчилгээний төвүүдийг түшиглүүлэн бүсчилэн явуулах 23,0 хувь, Улаанбаатар хотод зохиох байгуулах гэж 39,4 хувь нь санал гаргасан байна.

- Сумын их эмч нарын улсын анхдугаар чуулга уулзалтаас төрсөн сэтгэгдэл: ажилд урам нэмсэн гэж 37,1 хувь, ажил, мэргэжлийн гарын авлага, шинэ мэдээлэлтэй болсон 30,7 хувь нь, сумын эмнэлгийн хөгжлийн чиг хандлагын тухай

мэдлэг дээшилсэн гэж 32,2 хувь нь тус тус хариулсан байна.

Дүгнэлт:

Сумын их эмч нарын 63,5 хувь нь 45 хүртэлх насны, 73 хувь нь эмэгтэй эмч; 79 хувь нь 1-20 жил ажиллаж, 50,1 хувь нь яамнаас шагнал аваагүй байна.

Сумын эмнэлгээр үйлчлүүлэгчдийн 49,8 хувь нь сумын төвөөсөө 100 хүртэлх километрийн зайд нүүдэллэн нутаглаж байна.

Сумын эмнэлгийн ажилтны үндсэн цалинг нэмэгдүүлэх гэж 33 хувь нь, цалингийн сүлжээ ахиулах гэж 10,6 хувь нь, ажлын бус цагаар хийгдсэн ажлын үнэлгээ бий болгох гэж 36,6 хувь нь саналтай байна.

Эдгээр асуудлуудыг хөдөөгийн хүн амын эрүүл мэндийн менежмент болон төр, засгийн бодлого боловсруулах, шийдвэр гаргах түвшинд ашиглаж болох материал гэж үзэж байна.

Хөдөө орон нутагт эрүүл мэндийн ажилтныг тогтвор суурьшилтай ажиллуулахад цалинг нэмэгдүүлэх, нийгмийн асуудлыг шийдвэрлэх нь тулгамдсан асуудлуудын нэг болж байна.

Талархал. Энэ судалгаанд хамрагдаж идэвхитэй оролцож санал бодлоо чөлөөтэй илэрхийлж үнэтэй санал, зөвлөмж өгсөн хөдөөгийн эмнэлгийн 317 их эмч нарт гүн талархал илэрхийлэхийн ялдамд ажилд нь их амжилт хүсье.

Ном зүй:

1. Б.Баттөгс, Ч.Чулуунбаатар. "Эрүүл мэндийг дэмжигч сум" УБ. 2003 он.
2. П. Нямдаваа. "Хөдөөгийн хүн амд үзүүлэх эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээг сайжруулъя". "Сумын эмч нарын улсын анхдугаар чуулга, уулзалт" Улаанбаатар. 2003 он. 12-16 талд
3. Н.Жаргалсайхан, Ц.Халтар, Т.Эрхэмбаатар, Ш.Энхцэцэг, Ч.Чулуунбаатар Нийгмийн эрүүл мэндийн бүсчилсэн уулзалтууд, сумын эмч нарын улсын анхдугаар зөвлөлгөөнөөс гаргасан зөвлөмжийн эмхэтгэл. Улаанбаатар. 2003 он. 26-29 талд
4. "Монгол улсын хөдөөгийн хөгжлийн стратеги" УБ. 2002 он. 26, 27 талд. НҮБ-ын Хөгжлийн хөтөлбөр, Хүнс хөдөө аж ахуйн байгууллага. Дэлхийн банк. Английн олон улсын хөгжлийн газар.
5. "Сумын эмнэлгийн хөгжлийн хөтөлбөр" УБ. 2002 он. "Төрийн мэдээлэл" сэтгүүлийн 263 дугаарт.
6. С.Төмөр-Очир. "Социологийн судалгааны арга, техникийн дадлага" Улаанбаатар. 2003 он. 18-19 талд
7. "Өрхийн амжиргааны чадавхийг дэмжих үндэсний хөтөлбөр" УБ. 2001 он. "Төрийн мэдээлэл" сэтгүүлийн 216 дугаарт.
8. "Эрүүл мэндийн тухай хууль" УБ. 2003 он. 5 дахь талд.

9. Ц.Мухар. "Хөдөөгийн эмнэлэг" УБ. 1985 он. 41-45дахь талд.

10. Н.Жаргалсайхан, Ч.Чулуунбаатар. "Сумын хүн амын эрүүл мэндийн тусламжийн хөгжлийн зарим асуудлыг SWOT анализын аргаар судалсан байдал". "Хөдөөгийн хүн амын эрүүл мэндийн тулгамдсан асуудлууд" сэдэвт эрдэм шинжилгээ-практикийн бага хурлын илтгэл. 2003-06-26. УБ.

11. Т.Эрхэмбаатар, Ч.Чулуунбаатар. "Сумын эмнэлгийн талаарх эрх зүйн баримт" Улаанбаатар. 2003 он. 59-61 талд

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

Үхрийн тархи сархиатах өвчин (Bovine spongiform encephalopathy, Creutzfeldt-Jacob disease)

Н.Цэнд, Р.Оюунгэрэл, В.Нямцэнгэл
Халдварт өвчин судлалын үндэсний төв

Хүн төрөлхтний асар хурдацтай хөгжлийн үр дүнд байгаль, хүрээлэн орчны тэнцвэрт байдал алдагдаж улмаар бичил биетийн өртөнц хувьсан өөрчлөгдөж байна. Үхрийн тархи сархиатах (Bovine spongiform encephalopathy, mad cow) өвчин нь 1970-д оноос өмнө Англи улсад тугалд дэгдэлт хэлбэрээр тархаж байсан. Одоогийн байдлаар Англи улсад олон тооны тугал халдвар авсан байж магадгүй гэж тэдгээрийг нядлах ажил явагдаж байна. Хэрвээ хүн өвчилбөл Крейтцфелд-Якобын өвчний ховор тохиолдол (variant Creutzfeldt-Jacob disease vCJD) гэж нэрлэдэг. Энэ өвчин нь тархийг сөнөрөлд хүргэдэг ужиг удаан явцтай эмгэг бөгөөд үүнтэй төстэй шинж тэмдэг, тавилан бүхий өвчинд Крейтцфелд-Якобын өвчний сонгодог хэлбэр, скарпи, Куру зэрэг эмгэгүүдийг хамруулж үздэг.

Крейтцфелд-Якобын өвчний тохиолдолыг Англи улсад анх удаа хүн өвчилсөн тухай 1996 онд мэдээлэгдсэнээс хойш дэлхийд нийт 153 тохиолдол, түүний 143 нь Англи улсад бүртгэгджээ.

Шалтгаан. Энэхүү өвчний үүсгэгчийг шинжилгээ, судалгааны ажлын үр дүнд прион гэдгийг тогтоожээ. Прион нь хувьсаж өөрчлөгдсөн уургийн бүтэц бүхий микроб. Энэ нь нян, вирусийн алинтай ч төсгүй бөгөөд эзэн биед дархлалын болон харшлын хариу урвалын шинж үүсгэдэггүй байна. Үхрийн тархи сархиатах өвчний (BSE) үүсгэгч химийн бодис, дулаан, эмчилгээний нөлөөнд туйлын тэсвэртэй. Зарим судалгаагаар 360 хэмээс дээш хуурай халууны үйлчлэлд 1 хоног амьдрах чадвартай гэсэн байхад, зарим судалгаанд 600 хэмийн халуун уурын нөлөөнд идэвхтэй хэвээр үлддэг тухай дурдсан байна.

Тархвар зүй. Үхрийн тархи сархиатах өвчний (BSE) 98% нь 1986-2001 онуудад Англи улсад бүртгэгдэж байсан бол сүүлийн үед уг өвчин тархсан орны тоо нэмэгдсээр байна. Тухайлбал,

1993 онд Европын 3 оронд энэ өвчин тархсан бол 1998 онд 8, 2000 онд 11, 2001 онд 18 орон болж үхрийн тархи сархиатах өвчин гарсан Европын 19 дэх орноор 2002 онд Польшид бүртгэгдсэн. Түүнчлэн 2002 онд Израйл, Япон 2 орон үхрийн тархи сөнөрөлийн халдвар тархсан оронд тооцогдсон. Саяхан 2003 оны 12 дугаар сарын сүүлээр АНУ-ын ХАА-н газраас тус улсын Холстейны үхрийн дунд "үхрийн галазуу" гэгдэх үхрийн тархи сархиатах өвчин оношлогдсон тухай мэдээлсэн. Монголд энэ өвчин өнөөг хүртэл бүртгэгдээгүй ч мэргэжилтнүүдийн анхаарлын төвд байвал зохих асуудлын нэг мөн.

Үхрийн тархи сархиатах өвчний тохиолдлуудыг улс орноор авч үзвэл 2001 оны байдлаар Ирланд улсад 1 сая-д 62 тохиолдол, Швейцари 49, Бельги 28, Испани 24, Герман 20, Франц 20, Словаки 18, Итали 14, Нидерланд 10, Словак, Грек, Чех, Япон, Австри, Финлянд зэрэг оронд тус бүр 1-7 тохиолдол бүртгэгдсэн байна.

Үхрийн тархи сархиатах (BSE) өвчин нь амьтны уураг бүхий тэжээлээр тугалыг хооллох үед тухайн тугал өвчлөх магадлал өндөртэй байдаг бол уг халдвар авсан үхэр, тугалын тархи, нугас болон өвчний үүсгэгчээр бохирлогдсон хагас боловсруулагдсан малын бүтээгдэхүүнийг хүн хэрэглэсэн тохиолдолд Крейтцфелд-Якобын өвчин (v CJD) үүснэ. Хэрэв халдвар авсан малыг тусгаарлаж устгах, эсвэл үхрийн тархи сархиатах өвчин гарч буй орон нутгийн тугалыг төрсөнөөс хойш 30 сарын дотор нядалбал Крейтцфелд-Якобын өвчин тусах нь эрс багасдаг. Харин мал нядалгааны явцад халдвартай малын тархи нугасыг устгаагүй, эсвэл халдвар хамгааллын дэглэм алдагдаж, махан бүтээгдэхүүн бохирлогдсон тохиолдолд хүн өвчлөх магадлал өндөр байна. Энэ өвчнөөр ихэвчлэн 20-30 насны хүмүүс, Крейтцфелд-Якобын сонгодог хэлбэрээр 50-иас дээш насныхан өвчлөх хандлагатай.

Эмнэлзүй. Үхэр малд нууц хугацаа нь дунджаар 4-5 жил байдаг. Энэ өвчин хүнд халдвал нууц үе нь 9-21 жил хүртэл уртасдаг байна. Нууц

үеийн хугацаанд ямар ч эмнэлзүйн шинж тэмдэг төдийлөн илрэхгүй.

Өвчин сэтгэл гутрал, ой санамж муудах, нийгэмтэй харьцаа алдагдах, мөчдөд өвдөлт, мэдээ алдагдах, харааны өөрчлөлт гарах шинжээр эхлэж, аажимдаа мэдрэлийн эмгэг шинжүүд даамжран илэрдэг байна. Үүнд: тайван биш болох, ярьж чадахгүй болох, хөдөлгөөний эвсэл алдагдах, тухайлбал хувцсаа өмсөж чадахгүй болох, алхаа гишгээ өөрчлөгдөх зэрэг шинжээс гадна улмаар ухаан самуурах, янз бүрийн хэлбэрийн хий үзэгдэл илрэх, таталт, эмгэг хөдөлгөөн илрэх, тэнцвэр алдагдах, дуугарч чадахгүй, залгиж чадахгүй болох зэрэг шинжүүд илэрч эцэст нь комд орж, үхэл эндэгдлээр төгсдөг. Өвчний хамшинжүүд илэрснээс хойш 1 жилийн дотор нас барах нь олонтгоо.

Оношлогоо.

Крейтцфельд-Якобын өвчнөөр (v CJD) өвчилсөн хүнд, тархины цахилгаан бичлэг хийхэд тархины метаталамус хэсэгт эмгэг өөрчлөлт илэрч байжээ. Өвчтөний гүйлсэн булчирхайн болон тархины биопсийн шинжилгээний материалд Western blot аргаар шинжилгээ хийхэд уураг задлагч ферментэд тэсвэртэй прионы уураг (Pr P-protease resistant prion protein) илэрчээ.

Эмчилгээ.

Одоогийн байдлаар үр дүнтэй өвөрмөц эмчилгээ үгүй боловч эмчилгээнд квинакрин (quinacrine)-ийг хэрэглэж байна.

Урьдчилан сэргийлэлт:

- Мал амьтны амьтны гаралтай уураг бүхий тэжээлээр тэжээхээс зайлсхийх,
- Амьтны уураг бүхий тэжээлийг импортлож оруулахгүй байх,
- Төл мал буюу тугал халдвар авсан байх болзошгүй тохиолдолд тухайн төл малыг нядлах үйл ажиллагааг мал эмнэлэг болон бусад хяналтын байгууллагуудтай хамтран зохион байгуулах,

- Халдвар авсаны улмаас нядлагдсан малын тархи нугасыг устгах, халдваргүйжүүлэх үйл ажиллагааг бусад байгууллагуудтай хамтран зохион байгуулах,

- Мал амьтны гаралтай мах, сүүн бүтээгдэхүүнийг сайтар боловсруулж (буцалгаж) хэрэглэх, сэжигтэй тохиолдолд малын тархийг хүнсэнд хэрэглэхийг хатуу цээрлэх,

- ХАА-н нэгж байгууллагуудад ариутгал устгалыг халдвар хамгааллын дэглэмийн дагуу сайтар зохион байгуулах,

Ном зүй.

1. Understanding the BSE threat. WHO/CDC/EPH/2002/ pp. 23

2. Variant Creutzfeldt-Jacob diseases. Fact sheet № 180, Revised November 2002. http://www.who.int/mediacentre/fact_sheets/fs180/en/

3. Preliminary investigation suggests BSE-infected cow in Washington State was likely imported from Canada. December. 29 2003. CDC.<http://www.cdc.gov/ncidod/diseases/cjd/bse-washington.htm>

4. S Wiersma, MD, S Cooper MRCP, R Knight FRCP et al, Probable Variant Creutzfeldt-Jacob diseases /a U.S. resident –Florida.2002.MMWR, Weekly October 18, 2002/ 51(41): p. 927-929.

5. Lawrence M. Tierney, Jr. Stephan J. McPhee Maxine A. Papadakis, Current medical diagnosis & treatment, 2001, p. 1328-1329.

6. "Прионы өвчин" Халдварт өвчин, сурах бичиг, 2003, х.230-237

7. В.Д. Тимаков, В.А. Зуев "Медленная инфекция" Медицина, 1977, с.173-180

8. Б. Л. Черкасский "Инфекционные и паразитарные болезни человека" Москва, 1994, с.153-154

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

Элэгний үрэвслийн үед селений тоо хэмжээ өөрчлөгдөх байдал, түүнд Потанины хотирын үзүүлэх нөлөө

Ж.Баярмаа¹, М.Амбага², Г.Энхмаа³,
Ц.Бямбасүрэн⁴, Л.Мягмар¹, Р.Шинэхүү⁵
¹ЭМШУИС-ийн Эм судлалын тэнхим,
²"Монос" дээд сургууль,
³Химийн тэнхим, "Физик ТХ,
⁴Анагаах Ухааны хүрээлэн

Үндэслэл. Сүүлийн жилүүдэд аливаа эмгэг урвалын үед баримтлагддаг "эрүүл төлөв байдал

- эмгэг төлөв байдал- эмчилгээ эмт бодис" гэсэн гурважилсан холбооны хүрээнд эрдэмтэд судлаачдын хамгийн их сонирхол татаж байгаа микроэлементийн нэг бол селен (Se) юм.

Селен нь ямар хэлбэрээр биологийн идэвхи үзүүлж байгаа нь ихээхэн анхаарал татсаар байна. Иймээс эрдэмтэд Se-ний биологийн идэвхийг элэг, зүрхний хурц үрэвсэлт өвчний үед өдөөгдөх

"АО-ӨХИП" гэсэн системийн алдагдалтай холбон судалж, Se нь дангаараа биологийн идэвхи үзүүлдэггүй гагцхүү глутатионпероксидаза, глутатионредуктаза гэсэн 2 гол ферментийн бүтцэнд оролцох замаар мембранд хуримтлагдсан хэт исэлдэлтийн R^{\cdot} , RO^{\cdot} , RO_2^{\cdot} , $ROOH$ гэсэн хорт бүтээгдэхүүнийг юм уу? H_2O_2 -ийг задалж хор багатай нэгдэлд хувиргадгийг тогтоожээ.

Ургамлын гаралтай Se нэгдлүүдийн судалгаа бага хийгдсэн тул бид манай орны говь нутагт ургадаг Потанины хотирт агуулагдах Se хэмжээг тодорхойлох, уг ургамлын элэг хамгаалах үйлдэл нь элэгний өвчний үед өөрчлөгддөг селений солилцооны алдагдалтай холбоотой эсэхийг тогтоох зорилго тавьж судалгааг хийлээ.

Хэрэглэгдэхүүн, арга зүй:

1. А. Агаарт хатаасан дээжнээс 1гр авч шатаах зууханд $530^{\circ}C$ -т 6-7цаг шатааж үнсжүүлсэн. Үнсийг гарган хөргөж 1:1 концентрацтай NH_4OH -аас 10мл-ийг хийж $150^{\circ}C$ халааж уусгана. Бэлэн болсон уусмалаас Перкин-Елмер 5000 аппаратын тусламжтайгаар ургамалд агуулагдах селений хэмжээг тогтоосон.

Б. Потанины хотирын 1:10 харьцаатай идээшмэл, хандмалаас Перкин-Елмер 5000 аппаратын тусламжтайгаар селений хэмжээг тогтоосон.

2. Элэгний эмгэг загварыг Скакуны (Скакун Н.Н 1983) аргаар үүсгэж Потанины хотирын 1:10 харьцаатай идээшмэлээс хулганад 500мг/кг тооцож 14 хоног дараалан уулгав (хяналтын бүлэгт нэрмэл ус).

3. А. Цусны задаргаа. 1:30 харьцаатай 2%-ийн NH_4OH -ээр задаргаа хийж хэт авианы зууханд 15 мин тавьж гомогенат болгов. Бэлэн цусан дахь Se-ийг атомын шингээлтийн спектрометр Перкин-Елмер 5000 багажийн тусламжтай тодорхойлов.

Б. Элэг, бөөр, шээсэнд агуулагдах Se-ийг тодорхойлохдоо нойтон элгээ жигнэж дээр нь 2 молийн NH_4OH -ийг 20 мл-ийг хийж $60^{\circ}C$ усан баннд 3 цаг тавьж бүрэн уусалт явуулсан. Дараа нь хөргөж нэрмэл усаар 50 мл болтол шингэлж Se-ийг атомын шингээлтийн спектрометр Перкин-Елмер 5000 багажийн тусламжтай тодорхойлов.

Үр дүн, хэлцэмж:

1. Потанины хотирын газрын дээрх хэсэгт 0.34 ppm, түүний идээшмэлд 0.14 $\mu g/ml$, хандмалд 0.12 $\mu g/ml$ селенийг тус тус агуулагдаж байгааг тогтоолоо. Үүнээс үзэхэд Потанины хотирын идээшмэлд селен илүү агуулагдаж байна.

2. Харханд үүсгэгдсэн элэгний үрэвсэлтэй туршлагын амьтадын Потанины хотирын идээшмэлээр 14 хоног эмчилсэн үр дүнг Хүснэгт 1-д үзүүлэв.

Хүснэгт 1

Харханд үүсгэгдсэн элэгний үрэвслийн дараах 14 хоногт элэг, бөөр, цус, шээсэнд

селений тоо хэмжээ өөрчлөгдөх байдал, түүнд Потанины хотирын үзүүлэх нөлөө

Үзүүлэлт	Цус ($\mu g/ml$)	Элэг (mg/g)	Бөөр (mg/g)	Шээс ($\mu g/ml$)
Хяналтын бүлэг	0.217 \pm 0.045	0.978 \pm 0.083	0.928 \pm 0.001	0.046 \pm 0.0005
Эмчилгээний бүлэг	0.241 \pm 0.047	1.46 \pm 0.10	1.39 \pm 0.003	0.08 \pm 0.0012

Хяналтын бүлгийн цусанд агуулагдах Se-ний хэмжээ эрүүл бүлгийн хархны цусанд агуулагдах Se-тэй харьцуулахад 1.2 дахин буурсан (эрүүл бүлэг 0.269 \pm 0.037, хяналтын бүлэг 0.217 \pm 0.045, $p < 0.01$) бол эмчилгээний бүлгийн хархны цусанд агуулагдах Se-ийн хэмжээ хяналтын бүлгийн хархны цусанд агуулагдах хэмжээнээс 1.1 дахин нэмэгдэн (хяналтын бүлэг 0.217 \pm 0.045, эмчилгээний бүлэг 0.241 \pm 0.047, $p < 0.05$) уг бэлдмэл нь элэгний архаг үрэвслийн үед цусанд селен багассах эмгэг үзэгдлийг саатуулах нөлөөтэй нь харагдаж байна (Хүснэгт 1).

Эмчилгээний бүлгийн хархны элэгний эдэд агуулагдах Se-ний хэмжээг эмчлээгүй хяналтын бүлгийн хархны элэгэнд агуулагдах Se-тэй харьцуулахад 1.5 дахин нэмэгдсэн (хяналтын бүлэг 0.978 \pm 0.083, эмчилгээний бүлэг 1.46 \pm 0.10, $p < 0.05$) нь харагдаж байна (Хүснэгт 1).

Эмчилгээний бүлгийн хархны шээсэнд агуулагдах Se-ийн хэмжээг хяналтын бүлгийн хархны шээсэнд агуулагдах Se-ийн хэмжээнээс 2.0 дахин нэмэгдсэн (хяналтын бүлэг 0.046 \pm 0.0015, эмчилгээний бүлэг 0.08 \pm 0.0012, $p < 0.02$) нь харагдаж байна (Хүснэгт 1).

Дүгнэлт:

1. Потанины хотирын газрын дээрх хэсэгт 0.34 ppm, түүний идээшмэлд 0.14 $\mu g/ml$, хандмалд 0.12 $\mu g/ml$ селен тус тус агуулагдаж байгааг тогтоолоо. Үүнээс үзэхэд Потанины хотирын идээшмэлд селен илүү агуулагдаж байна.

2. CCl_4 -оор үүсгэгдсэн элэгний үрэвсэлтэй хархны цус, элэг, бөөр, шээсэнд агуулагдах селений хэмжээ багассан байхад Потанины хотирын идээшмэлээр эмчилсэн бүлэг хархны цус, элэг, бөөр, шээсэнд агуулагдах селений хэмжээ 1.1-2.0 дахин нэмэгдсэн нь тогтоогдлоо.

Ном зүй:

1. Саранцэцэг Б., "Антиоксидант-өөхний чөлөөт язгуурт хэт исэлдэлтийн тогтолцоо, түүний эрүүл зүй, эмгэг жам, эм заслын ач холбогдол", Диссертация, УБ, 1998

2. Бок Р., "Методы разложения в аналитической химии", Москва, Химия-1984

3. Hu M.L., Tappel A.M., Glutathione and Antioxidants protect microsomes against Lipid peroxidation and Enzyme in activation., Lipids, 1992, v.27, №1, p.42-45

4. Thulupath P.C., Triger D.K., Selenium on Chronic Liver Disease, Journal of Hepatology, 1992, v.14, N 2-3, p.177-183

Танилцаж, нийтлүүлэх санал өгсөн:
Академич Б.Цэрэндаш

Судалгаа, шинжилгээ

Бөндгөр шарилжны полисахаридын бэлдмэлийг ходоодны салст бүрхэвчийн гэмтэл үүсгэсэн туршилтын амьтан дээр судалсан дүн

З.Ариунаа¹, Ц.Хайдав¹, Д.Амгаланбаатар²,
Л.Галцог²

¹Уламжлалт анагаахын шинжлэх ухаан
технологи, үйлдвэрлэлийн корпораци,

²Эрүүл мэндийн шинжлэх ухааны их
сургууль

Анх 1936 онд Оросын ургамал судлаач, эрдэмтэн И.М.Крашенинников Говь-Алтай аймгийн нутгаас онцгой сонин шарилж олсноор төв азийн ургамлын нөмрөгт нэгэн шинэ нэр нэмэгдэн ургамал газарзүйн судлаачдын анхаарлыг татах болсон юм.

Манай орны өмнө зүгийн их говийн бүсийг дагаж асар их нөөцтэй ургасан, нийлмэл цэцэгтний овгийн шарилж, шавагны төрөл дотроос урьд өмнө нь судлагдаагүй, үрэндээ сахар ихээхэн агуулсны хувьд онцгой сонирхол татахуйц ургамлын нэг болохыг олж тогтоолоо.

Уламжлалт ном сударт дурдсанаар Бөндгөр шарилжны үрийг хар шаваг нэрийн дор нүдний үрэвсэлт өвчний үед хэрэглэдэг уламжлалтай байжээ. Мөн үрийг нь усанд хийхэд гадуураа хөөж томроод гель маягийн зузаан салс үүсгэдэг бөгөөд үүнийг нь нутгийн ардууд хөлдөлт, түлэгдэлт зэрэг ил шархыг шавшиж эмчилдэг ажээ.

Сүүлийн жилүүдэд ходоодны салст бүрхүүлийн гэмтэл дээр суурилагдан сэдээгддэг шархлаа өвчин харьцангуй залуужих хандлагатай болж байгаа бөгөөд насанд хүрсэн хүн амын дунд ихсэх хандлагатай болж буйг судлаачид тогтоожээ (А.У.Крекина, Ю.С.Малов, 2000).

Бид судалгааны объект болгож Монгол орны унаган ургамал Бөндгөр шарилжийг сонгож авсан юм.

Судалгааны ажлын зорилго. Монгол нутгийн унаган ургамал Бөндгөр шарилжны үрийн полисахаридын бэлдмэлийн эм судлалын үйлдлийн мөн чанарыг ходоодны салст бүрхэвчийн гэмтлийн эмгэг загвар үүсгэсэн туршилтын амьтан дээр судлах нь энэхүү судалгааны ажлын зорилго болно.

Судалгааны арга зүй. Цууны хүчлийн буюу "Ацетат"-ын эмгэг үүсгэх Okabe-гийн аргын үндэслэл нь ходоодны гялтан бүрхүүлийг цууны хүчлээр гэмтээхэд оршино.

Судалгааны дүн. Бид ходоодны салст бүрхүүлийн эмгэг загварыг Okabe-гийн аргаар цууны хүчлээр үүсгэх замаар туршилтыг

явуулсан. Туршилтанд 150-200 гр жинтэй харх авч ходоодны салст бүрхүүлийн гэмтлийн эмгэг загварыг үүсгэхдээ хархыг унтуулж ходоодны серозон бүрхүүл талаас цууны хүчлээр үйлчлүүлэх замаар явуулсан. Үүний дараа туршилтын зохих мөчлөгүүдэд хархыг нядлаж цууны хүчлээр үйлчлүүлсэн хэсэгт салст бүрхүүлийн гэмтэл үүсэх явц, төлөв байдал, хүндрэлийг ажиглав.

Ходоодны салст бүрхүүлийн (ХСБ) гэмтэл үүсгэсэн өдрөөс эхлэн туршилтын амьтдад Бөндгөр шарилжны 1%-ийн бэлдмэлээс 30 мг/кг тунгаар дотуур өгч 7-21 хоногийн турш ажиглалт явуулсан. ХСБ-ийн гэмтэл үүсгэсэн туршилтын явцад хяналтын бүлгийн амьтдад хоол тэжээл нь шингэхгүй, ходоод нь дүүрэн, үс нь өрвийж гурах, ходоодонд наалдац ихтэй зэрэг нилээд хүндрэлүүд гарч байлаа.

ХСБ-ийн гэмтэл үүсгэсэн амьтдын гэмтлийн талбайн хэмжээг гистологийн шинжилгээгээр харьцуулан дүгнэв.



Зураг 1. Хяналтын амьтны ходоодны серозон давхарга хөөмөгшин үхжин ховхорч, завсрын эд нь задарсан байна (7 дахь хоног).

Будаг. Гематоксиллин+эозин, Өсгөлт. 20x10

Ходоодны салст бүрхүүлийн эмгэг загвар үүсгэсэн хяналтын амьтанд серозон бүрхүүл талаасаа серозон (гялтан хальс) давхарга ховхорч, гуужин үхэжсэн байв. Серозон бүрхэвчийн гадна өөхлөг эд (сэмж) үхэжсэн. Үхжлийн голомтыг тойрч нейтрофил, моноцит зэрэг үрэвслийн өтгөн нэвчдэс үүссэн байв.

Голомтын эсрэг буй гилгэр булчинт давхаргын булчингийн багцарлын холбоос тасарч, сийрэгжин, хөөмөгжиж мөн бага хэмжээний үрэвслийн эсүүдээр нэвчжээ.



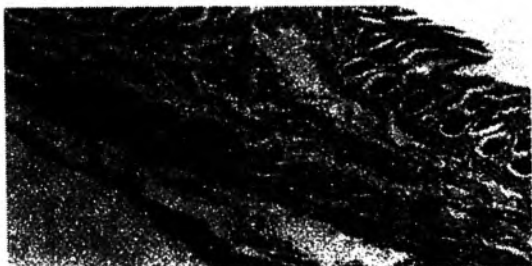
Зураг 2. Туршилтын амьтны ходоодны бүх ханын (салст, булчинт болон серозон давхрууд) цууны хүчлээр үйлчилсэн голомт. (7 дахь хоног) Будаг. Гематоксилин-Эозин, Өсгөлт 20x10

Туршилтын амьтанд бэлдмэл хэрэглэсний дараах 7 дахь хоногт нядлаж шархлаа үүсгэсэн хэсгээс авсан бичил бэлдмэлийг дурандахад салст бүрхүүл болон булчирхай байхгүй, салстын стромын ор суурь л үлдсэн байв.



Зураг 3. Туршилтын амьтны ходоодны зураглал (14 хоног) Будаг. Гематоксилин-Эозин, Өсгөлт 20x10

Харин туршилтын амьтанд бэлдмэл хэрэглэсний дараах 14 дэх хоногт нядлаж шархлаа үүсгэсэн хэсгээс авсан бичил бэлдмэлээс харахад серозон бүрхэвч нилээд зузаан, капилляр маягийн судас ихтэй, судсан дотроо цустай, судасны гадуур нарийн ширхэгт холбогч эдийн ургалттай, мөн энэ талбайд гонзгойдуу ээрүүл маягийн хэлбэртэй, хөөмөг тод бөөмтэй, ягаавтар сийвэн бүхий эсүүд болон дугариг ба бөөрөн хэлбэрийн бөөм бүхий 1 бөөмт эсийн нэвчдэс ажиглагдав (төлжил, сорвижил, маягийн эд).



Зураг 4. Туршилтын амьтдын ходоодны салстын ханын өнгөц эпителийн бортгон

хэлбэрийн эсүүд төлжиж буй нь (21 хоног)
Будаг. Гематоксилин+Эозин,
Өсгөлт 10x10

Туршилтын амьтанд бэлдмэл хэрэглэсний дараах 21 дэх хоногт нядлаж шархлаа үүсгэсэн хэсгээс авсан бичил бэлдмэлээс харахад салст бүрхэвч нь булчирхайлаг бүтэцтэй, босоо гонзгой хэлбэрийн булчирхайтай, булчирхайн ханын эсүүд нь тод бөөмтэй, өндөр сийвэнтэй, бөөм эсийн суурьт байрласан байна.

Булчирхай дотор эозин будгаар хөхөвтөр туяа бүхий тод ягаанаар будагдсан шүүрлийн зүйл агуулагдсан байна. Булчирхайнуудын завсраар дээр дурдсан нэг бөөмт эсүүд бөөм нь өрөөсөн талдаа байрласан сийвэнт маягийн эсүүд нилээд хуримтлагдсан харагдана. Эдгээр нь булчирхайн эпителийн төлжлийг харуулж байна.

Харин хяналтын амьтдын хувьд туршилтын хоногоо гүйцээлгүй үхэж байсан болно.

Дүгнэлт.

Бөндгөр шарилжны полисахарид бэлдмэл нь туршлагын амьтдад зохиомлоор үүсгэсэн ходоодны шархлааг 14,21 дэх хоногуудад нь багасгаж, эдгэрүүлснээрээ салст бүрхүүлийн тэсвэрт чанарыг дээшлүүлж хамгаалах үйлдэл үзүүлж байна.

Гистоморфологийн шинжилгээний дүнд туршилтын амьтанд үүсгэсэн шарх нь хяналтын амьтантай харьцуулахад булчирхайн эпителийн нөхөн төлжилт 21 дэх хоногтоо бүрэн явагдаж дуусч байгаа нь шархны эдгэрлийг харуулж байна.

Ном зүй.

1. Малов Ю.С., Дударенко С.В., Оникиенко С.Б., Язвенная болезнь. Санкт-Петербург, 1994, с.206.
2. Расулов М.М., Кузнецов. Ульцеростатический эффект сахарада сл изеобразующих бацилл и его возможные механизмы. "Бюлл. Эксп. биол и мед", 1993, №11, с.504-505
3. Obolentseva, G.V. & Khadzhai, Y.I (1986). Pharmacological study of Plantaglucide used in the treatment of an acid gastritis and peptic ulcer. Pharmacology. Toxicology. 29, p.469-452
4. Yesilada, E., Sezik, E., Fujita, T., Tanaka, T., Tabata, M. (1993). Screening of some Turkish medicinal plants for their antiallergenic activities. Phytotherapy Res. 7, p.263-265

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

Монгол төөнө заслын гарал, үүсэл

Ш.Болд
Монгол-Солонгосын Дорнын Анагаах
Ухааны Төв
Анагаах Ухааны Хүрээлэн

Төв азийн өндөрлөгт Монгол үндэстэн бүрэлдэн бий болж амьдарч, тэмцэж ирсэн түүхэн хөгжлийн чухал хэсэг, үнэт өв бол амьд явах ухаан анагаах урлаг юм. Энэхүү урлаг нь урт удаан түүхийн туршид манай ард түмний сэтгэлгээний цар, онцлог, тэдний амьдрах орчин ахуйг тусгасан, байгалийн шалгарлаар байнга шигшигдэн, шижиртсээр анагаах ухааны бүхэл бүтэн тогтолцоог бий болгожээ. Тийм ч учраас анагаах эдгэрүүлэх урлаг, өвчингүй эрүүл орших ухааны хөгжих явцад буй болсон бодит үйл хэрэг, гүн ухаан, танин мэдэхүйн шүтэн барилдлагын гол асуудлууд, тэдгээрийн урсгал чиглэлүүд, зохиол бүтээлүүд үүсэн гарч хөгжсөн байдал хийгээд хоорондын зөрчил тэмцэл, байр суурийг нийгмийн хөгжлийн янз бүрийн үе шатанд шинжлэх ухааны үүднээс нэгтгэн дүгнэж, түүхчлэн тодорхойлох явдал бол зөвхөн уламжлалт анагаах ухаан судлалын бус ерөөсөө Монголын анагаах ухааны түүхийн шинжлэх ухааны тулгын чулуу, гол судлагдахуун мөн. Энэ хүрээнд зайлшгүй хийх ёстой судалгаа бол төөнө эмчилгээний аргын үүсэл түүнтэй холбоотой асуудлууд юм.

Судалгааны зорилго. Үндсэн агуулга нь анх МЭ VIII зуунд Энэтхэгээс уламжлагдсан Түвд, Монголын уламжлалт анагаах ухааны гол сурах бичиг "Дөрвөн үндэс"-ийн "Язгуурын үндэс"-ийн "Анагаах арга"-ын тавдугаар бүлэгт "түрхэх, илэх,

монгол төөнөөр хийг засан үйлд" *ᠮᠣᠩᠭᠣᠯᠲᠡᠨᠦ᠋ᠭᠡᠨᠡ᠋ᠭᠦᠨᠡ᠋ᠭᠦᠨᠡ᠋ᠭᠦ* хэмээн номлосон байдаг. Энэ өгүүлбэр түвд хэл дээр бичигдсэн анагаах ухааны бүтээлийн доторх Монголчуудын төөнө тавих заслын эмчилгээний талаарх хамгийн бодитой мэдээлэл бөгөөд үүнийг баталгаажуулахын тулд бусад эх сурвалжуудын мэдээг харьцуулан үзье.

Судалгааны үр дүн. "Дөрвөн үндэс"-т дурьдсан Монгол төөнөийн тухай бичсэн хамгийн эртний бүтээл бол Байлдаант улсын үеэс (МЭӨ 475) уламжлагдсаар Хан улсын үед эмхтгэгдсэн 2000 гаруй жилийн түүхтэй Хятад эмнэлгийн зохиол "Хуанди Нэйжин" юм. Чухамдаа уг зохиол "Suwen" буюу "Байгалийн үндэс болон амьд бодисын асуулт", "Zhen Jing" буюу "Зүүн заслын сонгомол" гэсэн 2 хэсгээс тогтоно. Түүхэн талаас нь үзвэл "Suwen" ганцаараа "Хуанди Нэйжин" зохиолыг төлөөлдөг. Тус зохиолын "Эмчилгээний арга" гэсэн 12 дугаар бүлэгт "Хойд зүгт өндөр уул байна. Нам гүн, дархлагдсан орчны нэг, ариун дагшин,

алс бөглүү нутгийн сүрлэг хүч нь өвлийн улиралтай адилхан. Цаг агаар нь хүйтэн ба цас үлэмж орно. Тэндэх нутгийн иргэд задгай уур амьсгалд байнга нүүдлэн байгальд шүтэн амьдардаг. Тэдний хоол хүнс нь мах, сүүн бүтээгдэхүүнээс бүрддэг. Байгалийн ийм орчинд тэдний дотор эрхтнүүд хүйтнээр гэмтдэг ба бие махбод нь хэт тарган, том. Ийм нөхцөл, байдалд хамгийн зохистой эмчилгээний арга нь төөнүүр засал юм. Тийм учраас төөнүүр заслын арга хойд зүгээс ирсэн гэлцдэг".

強^①,其民不衣而褐薦,其民華食而脂肥^②,故邪不能傷其形体,其病生于內^③,其治宜毒藥^④,故毒藥者,亦从西方來^⑤。北方者,天地所閉藏之域也,其地高陵居,風寒冰冽^⑥,其民樂野處而乳食,藏寒生滿病^⑦,其治宜灸焫^⑧。故灸焫者,亦从北方來^⑨。南方者,天地所長養,陽之所盛處也,其地下,水土弱,霧露之所聚也^⑩,其民嗜酸而食附^⑪。故其民皆致理而赤色,其病癰瘍^⑫,其治宜微針^⑬。故九針者,亦从南方來^⑭。中

"Хуанди Нэйжин" зохиолын Монголын төөнөийн талаарх тэмдэглэл

МЭӨ 198 онд Хятадын Хан улс Хүннү гүрнийг хүлээн зөвшөөрч найрамдалтайгаар зэрэгцэн орших гэрээ байгуулан "Цагаан хэрэмнээс хойшхи газар нутаг Шаньюйгийн хуулийг дагасугай, Цагаан хэрэмнээс урагш газрыг Хан улс захирсугай" хэмээн дурьджээ.

Тэр үед Хүннүгийн газар нутгийн хойд хэсэг Байгаль нуур, урагшаа Цагаан хэрэм, баруун тал нь Ил тарвагатай, зүүн хэсэг нь Хойд Солонгос хүрч байжээ. Ийм өргөн, уудам, эрс тэс уур амьсгалтай нутаг дээр нүүдлэн, мах, цагаан идээ идэн амьдарч байсан Монголчуудын дунд элбэг тохиолддог хүйтэн өвчин, түүнийг эмчилдэг гол арга төөнөийн гарал үүслийг "Хуанди Нэйжин"-д машинд тодорхой дурьджээ.

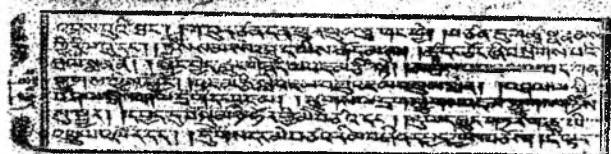
Төөнө заслыг Монголчууд хамгийн анх бүтээн бий болгож, анагаах ухааны практикт хэрэглэсэн гэж хэлэх бүрэн үндэстэй. Энэ талаар Б.Жигмэд (1985, 2002), Ш.Болд, М.Амбага нар (1999, 2002), Бүрэнхуар, Дэлгэр (1999), Г.Гонгоржав (2001) нар өөрсдийн бүтээлдээ тэмдэглэсэн байна.

Үүнээс гадна Манай эриний өмнөх II зууны үед бидний монголчуудын дээд өвөг Ухуни нар < ... хүн өвдөөс агь шатааж буюу чулуу халааж төөнөдөг. Бас өвстэй газар шатаагаад өвчтэй хүнээ хэвтүүлдэг... > (Ц.Шагдарсүрэн, 1991) гэсэн мэдээллийг үүнээс нилээд хожуу Персийн түүхч Рашид-ад-Дин "Судрын чуулган"-даа "Нүүдэлчин

Сяньби аймгийнхан өвчтөнөө чулуугаар төөнөх, ус цацах, газар хагалж хэвтүүлэх зэрэг эртний хүй нэгдлийнхний эмчилгээний аргыг хадгалсаар ирсэн" гэж баталгаажуулж өгсөн байдаг. МЭӨ II зууны бол Хүннү гүрэн оршин байсан үе "цаашилбал Сяньбийн Тоба аймгийн овгийн бүрэлдхүүн Сяньби, Хүннү хэмээх нэр, тэдний хэл зэргийн судалгаанаас үзэхэд Хүннү, Сяньби хоёр нэгэн угсаатан болох нь давхар нотлогдож байна (Г.Сүхбаатар, 2001). Иймд Хүннүгийн чулуу халааж төөнө тавьдаг арга нь дараагийн Монгол угсаатан аймаг Сяньбид хэрэглэгдсээр байжээ.

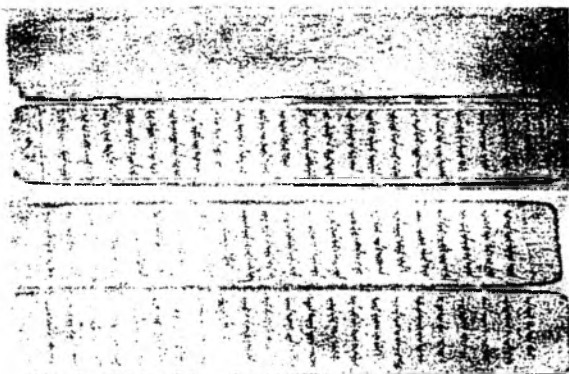
Сяньбийн дараагаар төөнө засал Монгол Нирун, Монгол орны нутаг дэвсгэр дээр өөрийн ноёрхлоо тогтоож байсан Түрэгийн хаант улс хүртэл уламжлагдан улмаар Уйгарын хаант улсын үед (745-840) Түвэд оронд дэлгэрэн тархжээ.

"Дөрвөн үндэс"-т тэмдэглэгдсэн "Хоржи мэза буюу Монгол төөнө"-ийг манай алдарт эрдэмтэн, маарамба Лүнригдандар (1831-1920) "Ар үрийн эрхэсийн үзэсгэлэнт чимэг" зохиолдоо "Хор Монголын төөнө гэдэг нь зоргодосыг тосонд зуурч жонш чулуунд түрхэж халуун жин тавихыг хэлмэй" гэжээ.



Зураг 1. "Язгуурын үндэс"-ийн "Анагаах арга"-ын тавдугаар бүлэгт буй Монгол төөнийн талаарх мэдээ

Сүүлийн үед ӨМӨЗО-ы судлаачид Монгол уламжлалт анагаах ухааны түүх, онол, оношлогоо, эмчилгээний аргуудтай холбоотой хуучин ном, судрыг шинээр олж судалгаанд оруулсаар байна. Тухайлбал Дуван Гомбожав 1992 онд хуучин Монгол бичгээр гараар бичиж тараасан төөнө заслын тухай жижгэвтэр номыг "Эртний монголын төөнийн бичиг" нэрээр тайлбар хийн хэвлүүлсэн байна.



Зураг 2. Эртний монголын төөнийн бичиг

Номын зохиогч тодорхойгүй, нийт 27 хуудастай, төөнийн 177 бэлчирийг багтааснаас толгойн 22, гарын 25, өврийн 28, арын 80, хөлийн 22 бэлчир тус тус байна.

Дуван Гомбожав "Эртний Монгол төөнийн бичиг"-ийг үсэг бичиг, нэр томъёоны талаас нь судлан одоогоос 300 орчим жилийн өмнө бичсэн бүтээл болохыг нь тогтоожээ. Түүнчлэн Түвд, Хятад эмнэлгийн төөнө эмчилгээний ном, судруудад буй төөнөх аргуудаас ялгаатай болохыг дурьдсан байдаг.

Бүтээлийг уншиж байхад хий, шүлсүн буюу шар (цөс), шилүсүн (салс) гэсэн нэр томъёо гардаг. Энэ нь хий, шар, бадганын онол бүхий "Дөрвөн үндэс"-ийн сургууль Монголд үүсэхээс өмнө, өөрөөр хэлбэл Түвд ёсны эмнэлэг дэлгэрэхээс өмнө Монголчууд эртний Энэтхэгийн Аюурведийн анагаах ухааны "вата, капха, питта" онол дэлгэрч анагаах ухааны онол, арга зүйн удирдамж болж байсны нэгээхэн гэрч юм. XVII зууны үеэс "Дөрвөн үндэс"-ийн сургууль дэлгэрсний дараа "лүн, ти, бадган" гэсэн онолын нэр томъёог хэрэглэж эхэлжээ.

"Эртний Монгол төөний бичиг"-т "хий, шүлсүн, шилүсүн" буюу заримдаа "хий, шар, шилүсүн" гэж бичсэнийг гүүш Шаравсэнгийн 1330 аад оны үед Түвэд, Уйгар хэлнээс Монгол хэлэнд орчуулсан "Алтангэрэл" судрын доторхи Аюурведийн анагаах ухааны талаар өгүүлсэн "Хамаг өвчнийг сайтар амирлуулсан нэрт" 24 дүгээр бүлэгт "лүн, ти, бадгэн" гэдгийг "хий, шар, шилүсүн" хэмээн орчуулсан байна. Тэгэхлээр XIV зууны үед Монголчууд Аюурведийн анагаах ухааны онолын гол ойлголт "вата, капха, питта"-г "хий, шар, шүлүсүн" гэж орчуулдаг байжээ.

Дүгнэлт.

Үүнээс үндэслээд наад зах нь Хүннүгийн үед анагаах ухааны практикт хэрэглэж байсан Монгол төөнийн арга Хятадын Байлдаант улсын үеэст (МЭӨ 475) Хятадад, Уйгарын хаант улсын үед (745-840) Түвдэд тархан дэлгэрч улмаар үе дамжин уламжлагдсаар Юань улсын сүүлч үед Аюурведийн анагаах ухааны гол онолын нөлөөг авч тусгай тогтолцоот бүтээл болсон байна.

Ном зүй.

1. Алтангэрэл нэрт их хөлгөн судар. Монгол хэлний гар бичмэл судар
2. Алтангэрэл нэрт их хөлгөн судар. Түвд хэлний модон барын судар
3. "Анагаах ухааны дөрвөн үндэс" Монгол хэлний Хүрээ барын судар
4. "Анагаах ухааны дөрвөн үндэс" Түвд хэлний барын судар
5. Бүрэн хуар., Үйсан. Хоржимэза-аан танилт. ӨМ, МЭЭ, 1999, №2 х. 1-2.

6. Дуван Гомбожав. "Эртний монголын төөнийн бичиг" ӨМ, АХХ, 1992

7. Лүнригдандар "Ар үрийн эрхэсийн үзэсгэлэнт чимэг" Түвд хэлний модон барын судар

8. Сүхбаатар, Г. Монголын эртний түүх судлал, II боть Сяньби, УБ, "Бемби сан" хэвлэлийн газар, 2001.

9. Sh.Bold., M.Ambaga History and Fundamentals of Mongolian Traditional Medicine. UB, "Sod Press" , 2002.

Танилцаж, нийтлүүлэх санал өгсөн:
Анагаахын шинжлэх ухааны доктор, дэд
профессор М.Амбага

Ходоодны өмөнгийн оношлогоо, эмчилгээний асуудалд

Р.Цэдэн-Иш¹, О.Сэргэлэн², Ү.Санчин²
¹Клиникийн Нэгдсэн II Эмнэлэг
²Эрүүл мэндийн шинжлэх ухааны их сургууль

1. Багажийн болон лабораторийн шинжилгээний онцлог:

Ходоодны өмөнгийн үед багажийн болон лабораторийн шинжилгээгээр өмөнгийн байрлал, үе шат, үсэрхийллийг бүрэн тодорхойлох боломжгүй тул хагалгааны үед болон хагалгааны дараа тайрагдсан ходоодны тодорхой хэсгүүд болон тунгалгийн булчирхайг авч эсийн шинжилгээ хийж оношийг бүрэн тодруулах боломжтой болдог [Toshifusa Nakajima, 2002].

Рентген тодотгогчтой шинжилгээ: Үечилсэн зураг авч, шархлаа болон тархмал өмөнгийн үед илрэх "кожаного мешка" буюу ходоодны хана нь зузаарч хөшингөсөн байгаа эсэхийг тодруулах нь шинжилгээний чухал хэсэг гэж үздэг ба хийгээр тодруулан харах нь мэдээлэл илүүтэй байна [Б.Гоош, 2000].

Дуран: Дээж авч эсийн шинжилгээ хийх нь 95-99% оношлох ба өмөнгийн бүтэц тодорхойлох, оношоо нарийсган батлахад дурангаар харж эд эсийн шинжилгээ хийх шаардлагатай гэж судлаачид үздэг [Junya Arai, Hironori Yamada, 2002].

Чанд авиан шинжилгээ болон КТГ-ийн шинжилгээгээр үсэрхийлэл байгаа эсэхийг тодруулна.

Хавдрын маркерийн шинжилгээнд карциноэмбриональ антиген (СА) эерэг гарна.

Цусны ерөнхий шинжилгээнд гемоглобин багадаж, улаан эс цөөрөөд улаан эсийн тунах хугацаа түргэснэ. Г.Н.Карабанов, Ш.Х.Ганцев, И.И.Огий нар 1997 онд хийгдсэн судалгаагаар ходоодны өмөнтэй 163 өвчтөнд цусны реолог шинжийг судалсан ба 51 хүнд 4-р шатанд байсан. Судалгаагаар улаан эсийн агрегаци ихсэн, цусны зураг багасаж өөрчлөгдөн, цус багадан, эритроны

систем өөрчлөгдөн, дотоод хордлогын улмаас гемостаз өөрчлөгддөг. Ялангуяа IV шатанд илүү өөрчлөгддөг. Өөрөөр хэлбэл өмөнгийн хүндрэл, тархалтаас шууд хамаарч өөрчлөгддөг. Иймд цусны реологийн өөрчлөлтийг үндэслэн нийлмэл эмчилгээ хийх шаардлагатай гэж дээрхи судлаачид үздэг.

Мөн ходоодны шүүсийг шинжлэхэд түүний хүчиллэг хэвийн, ихэссэн байхад ахлоргидри тодорхойлогдоно. Ахлоргидрийн шинж их илрэх нь ходоодны шархлаа өмөнд шилжиж байгаа нэг чухал үзүүлэлт бөгөөд ходоодны өмөн, шархлааны үед 41%-д ходоодны шүүрэлд β глюкуронидаз ихэссэн байдаг гэж дээрх судлаачид үзсэн.

Баасанд Григерсөний сорил эерэг гарах шинжилгээ. Энэ нь өтгөнд цус байгааг илрүүлэх шинжилгээ юм. Японд урьдчилан сэргийлэх зорилгоор хийгддэг үндсэн шинжилгээнд энэхүү шинжилгээ ордог ба зөвхөн хоол боловсруулах замын өмөнгийн оношлогооны чухал шинжэд тооцдог байна.

2. Эмчилгээ.

Ходоодны өмөн гэсэн онош нь тайрч авах техникийн бололцоо байгаа л бол мэс заслаар эмчлэх үнэмлэхүй заалт гэдгийг дэлхий нийтээр хүлээн зөвшөөрдөг. В.Г.Черенков (1999) нарын судалгаагаар ходоодны өмөнтэй мэс засал хийлгээгүй хүмүүсийн 5 жилийн наслалт 10% байсан бол мэс засал хийлгэсэн хүмүүсийн 5 жилийн наслалт 40% байсан байна.

Ajani J.A (1999), Macdonald J.S (2001) нарын судалгаагаар ходоодны өмөнгийн хагалгааны өмнө, хагалгааны үед, хагалгааны дараа хими, туяа эмчилгээ хийсэн үед 5 жилийн наслалтын дундаж 36 сар байдаг бол хими туяа эмчилгээ хийгээгүй үед 27 сар байгаа нь статистикийн (p=0,005) үнэн магадлалтай ач холбогдолтой байна гэсэн үр дүн гарсан байдаг.

Гэтэл Wills J, Nitti D, Guimaraes-Dos-Santos J нарын (2002) мэдэгдэж байгаагаар ходоодны

өмөнгийн үеийн хими эмчилгээний ач холбогдол статистик үнэн магадлалтай эсэх нь тогтоогдохгүй байна гэжээ.

Харин ихэнх судлаачдын судалгааны үр дүн эрт оношлогоо, эмчилгээний үр дүнтэй санал нийлдэг. Bruce.E, Jarrell,M.D. (1998) нарын судалгаагаар мэс заслын дараа нийт ходоодны өмөнгийн үеийн 5 жилийн наслалт дунджаар 12% ба өнгөц өмөнгийн үед 70% болж ихэсдэг гэжээ. Иймд эрт оношлогоо, эмчилгээ хийх нь чухал гэж судлаачид үздэг.

Ходоодны өмөнгийн үеийн хагалгааны зорилго: Эрт үеийн өмөнгийн эмчилгээний үр дүн сайн байдаг ч илрүүлэх нь төвөгтэй. Тийм ч учраас хавдрын мэс засалч Н.Н.Петровийн үзсэнээр жилд олон ийм хагалгаа ордог ч 5-10% нь төгс эмчлэгдэж байна. Сүүлийн жилүүдэд Японы мэс засалчид илүүтэй (Nakayama, Koya, Maki, 2000) амжилт олж байна. Тэд үүнийгэе сайн хагалгаа бус эрт оношлогооны үр дүн гэж тайлбарладаг. Ер нь ходоодны өмөн Японд их тархсан. Тэд ходоодны өмөнгөөр өвдөж болох эрсдэл бүхий насны хүмүүсийг нэгдсэн журмаар үзлэг шинжилгээнд оруулдаг. Шинжилгээнд ходоодны уян дуранг ходоодны рентген шинжилгээтэй хавсруулан хийдэг. Коуа-ийн үзэж байгаагаар өмөн салстын түвшингээсээ халиагүй үед ходоод тайрахад 5 жилийн наслалт 100% байна гэж үздэг. Салстын доорх давхаргад нэвтэрсэн бол энэ үзүүлэлт 87,5% болж буурдаг байна. Эрт үеийн өмөнгийн хагалгааны явц шархлааны үеийнхтэй адил байдаг. Мэс засалч ходоодны өмөнг бүрэн оруулан, бичил үсэрхийллийг ч үлдээхгүй байх зорилготой байдаг. Өмөнгийн хэсгээ аваад зогсохгүй өмөн тарсан байж болох тунгалгийн замыг мэдэх нь чухал. Иймээс тухайн мэс засалч өмөнгийн тархалтаас хамааран орчин үед сонгон хийгдэж байгаа хагалгааны арга техникийг эзэмшсэн байвал зохино. Мэс засалч дараах байдлыг хагалгааны өмнө, хагалгааны үед тодорхойлж хийгдэх хагалгааны рүрээг тодорхойлдог (Nakayama, Koya, Maki, 2000). Үүнд:

1. Ходоодны ханын өвчилсөн түвшинд өмөн тархсан байдал
2. Хөрш эрхтэн рүүгээ тархсан байдал
3. Тунгалгийн замаар тархсан байдал
4. Цусан замаар тархсан байдал
5. Гялтанд цацагдсан байдал

Мэс засалч эхний гурвыг сайн мэдсэн байх хэрэгтэй ба цус болон гялтангаар тарсан үед төгс эмчилгээ хийх боломжгүй болдог.

Ходоодны өмөнгийн үеийн хагалгааны хэлбэр: ОУ-ын Ходоодны өмөнгийн нийгэмлэгээс гаргасан зөвлөмжид (2000) ходоодны өмөнгийн хагалгааг дараах байдлаар ангилсан байдаг.

1. Ходоодны тайралтууд:

1. Тоталь гастрозектоми: Ходоод бүтэн авах

2. Дисталь субтоталь резекци: Ходоодны төгсгөл хэсгийг оруулан ходоодны ихэнх хэсгийг тайрах

3. Проксималь субтотал резекци: Ходоодны амсарыг оруулан ходоодны ихэнх хэсгийг тайрах

4. Сегменталь гастрозектоми (Wedge resection): Ходоодны хэсэгчилсэн тайралтууд

5. Бусад тайралтууд

2. Салстын тайралт

3. Залгаасууд

4. Оношлогооны лапаротомии

5. Бусад хагалгаа

Гэхдээ ходоодны өмөнгийн үед ходоодыг бүхлээр нь тайрах-тоталь болон багахан хэсгийг үлдээн тайрах-субтоталь гэсэн үндсэн 2 хэлбэрээр практикт тайрдаг ба эдгээрийн үед гарах эерэг, сөрөг талуудыг судалсан олон судлаачид байдаг.

Federico Bozzetti (2002) нарын үзэж байгаагаар тоталь болон субтоталь тайралтын үеийн 5 жилийн наслалт статистикийн хувьд үнэн магадлалтай ялгаатай байж чадаагүй (65,3% :62,4%) ч субтоталь тайралтын үед жингийн алдагдал бага илэрсэн байна.

2. Хавсарсан мэс заслууд:

Энэ нь өмөн үсэрхийлсэн дэлүү, элэг, нойр булчирхай, хөндлөн гэдэс, цөсний хүүдий, бөөрний дээд булчирхай, өндгөвч зэргийг хамтад нь тайрахыг хэлнэ. Энэ бүлэгт их, бага сэмж, хөндлөн гэдэсний урд холбоос, улаан хоолойн хэвлийн хэсэг, дээрх гэдэсний эхлэл хэсэг орохгүй.

Тайралтын дээд ба доод төгсгөлүүд:

Хагалгааны үед яаралтай эд эсийн болон наалдцын шинжилгээ хийж тайрагдаж байгаа төгсгөл хэсэгт өмөнгийн үсэрхийллийг тодорхойлоод зогсохгүй, хагалгааны үр дүнг урьдчилан тооцох, хагалгааны дараах эмчилгээний тактикийг боловсруулахад чухал ач холбогдолтой (Toshifusa Nakajima, 2002).

OW (-): Тайралтын дээд төгсгөлд өмөн илрээгүй.

OW (+): Тайралтын дээд төгсгөлд өмөн илэрнэ.

AW (-): Тайралтын доод төгсгөлд өмөн илрээгүй.

AW (+): Тайралтын доод төгсгөлд өмөн илэрнэ.

Тунгалгийн булчирхайн диссекци:

Японы ходоодны өмөнгийн холбооноос ходоодны өмөнгийн үеийн лимфодиссекцийн хүрээг улам боловсронгуй болгох талаар өөрсдийн саналтай хэвээр байгаа ба өмөнгийн байрлал, хүрээнээс хамааран дараах байдлаар лимфодиссекци хийх нь зүйтэй гэжээ (Toshifusa Nakajima, 2002).

D0- Диссекци хийгдээгүй буюу улаан бүсийн тунгалгийн булчирхай бүрэн авагдсан.

D1- Улаан бүсийн тунгалгийн булчирхай бүрэн авагдсан.

D2- Улаан ба хөх бүсийн тунгалгийн булчирхай бүрэн авагдсан.

D3- Улаан, хөх, шар бүсийн тунгалгийн булчирхай бүрэн авагдсан.

D4- Улаан, хөх, шар, ногоон бүсийн тунгалгийн булчирхай бүрэн авагдсан.

Өмөн тайрагдалтын үнэлгээ:

Өмөнг хэр бүрэн авсан эсэхийг мэс заслын болон шийдвэрлэх илрүүлэлтийг үндэслэн дараах байдлаар тогтооно:

Үнэлгээ А: Бүрэн эмчлэгдэх боломжтой өмөн дахихгүй

Үнэлгээ В: Өмөн дахихгүй боловч А үнэлгээнд хүрэхээргүй

Үнэлгээ С: Дахих өмөн

Мэс заслын үнэлгээ:

Үнэлгээ А-д T1, T2, N0 үед D1, D2, D3 буюу N1 үед D2,3,4; M0, P0, H0; гистологоор дээд, доод төгсгөл >5 мм үеийг тооцно.

Шийдвэрлэх үнэлгээ:

Үнэлгээ А-д T1, T2, N0 үед D1, D2, D3 буюу p1 үед D2,3,4; M0, P0, H0; гистологоор дээд, доод төгсгөл >5 мм үеийг тооцно.

Гэхдээ ергөн хүрээний лимфодиссекци хийх нь төдийлөн ач холбогдолгүй байна гэж зарим эрдэмтэд (Cuschieri.A, Fayers P, Fielding J) үздэг ч Wyn G.Lewis, Paul Edwards, Jonathan D. Barry, Saboor Khan, Daljit Dhariwal, Ilias Hodzovie, Miles C. Allison, Kenneth Shute нарын судалгаагаар D2 лимфодиссекцийг дэлүү, нойр булчирхай тайралгүйгээр R0 тайралт нарийн мэргэжлийн мэс засалч хийснийг ерөнхий мэс засалч D1 тайралт хийсэнтэй харьцуулахад мэс заслын хүндрэл нас баралт ихсэхгүй байгаа ба 5 жилийн амьдрах хугацаа илүү байгаа нь батлагдсан (p<0.00001) нь лимфодиссекци зайлшгүй хийх шаардлагатайг нотолж байна.

Иймд ходоодны өмөнгийн үед лимфодиссекцийг хангалттай хийх нь бичил үсэрхийллийг ч хамруулах боломжтой тул эмчилгээ, оношлогооны чухал ач холбогдолтой гэж дээрх судлаачид үзсэн байна.

Номзүй.

1. Гоош Б. Мэс заслын өвчин 2000 он. х.279-323
2. Сэргэлэн О., Мөнхтогоо Б. Ходоод, дээрх гэдэсний шархлаа өвчний мэс заслын эмчилгээ 2001 он.
3. Бахлаев. И.Е, Толпинский А.П, Токарев Б.В, 1999 Рак желудка.
4. Березов Ю. Е. Хирургия рака желудка 1976.
5. Вилявин Г.Д., Бердов Б.А. Болезнь оперированного желудка, 1976
6. Карабанов Г.Н., Ганцев Ш.Х., Огий И.И. Реологические свойства рака желудка. Хирургия, 1997
7. Петерсон Б. Е. Хирургическое лечение злокачественных опухолей. х. 266-310
8. Романов В.А., Белов И.Н., Яшин Д.И., А.А. Попов. Лазерорезекция в ранней стадии рака желудка Хирургия, 1997
9. Черенков. В.Г. Клиническая онкология 1999, х.134-142
10. Черноусов А.Ф, Андрианов В.И, и др. Комбинированная гастрэктомиа с расширенной лимфаденэктомией в хирургическом лечении рака желудка. Хирургия 1991 №1 с.64-68
11. Federico Bozzet and et all.. Subtotal gastrectomy preferable to total gastrectomy in selected gastric cancer patients. Ann. Surg. 1999
12. Japan Classification of Gastric Cancer, 1998
13. Kitagawa Y, and et all. Sentinel node mapping accurately detects gastric cancer metastases. Reuters Health June 3, 2002.
14. Man C.Fung. Outline Summary of Stomach Cancer. November 1, 2001
15. Mansfield P.F. Gastric cancer. 2002.
16. Manuel Hidalgo Update on Management of Gastric Cancer. Presented at the 38th Annual Meeting of the American Society of Clinical Oncology 2002.

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

Презклампси, эклампси, HELLP-хам шинжийн талаарх орчин үеийн ойлголт

Б.Жав, Г.Баясгалан
Эрүүл мэндийн шинжлэх ухааны их сургуулийн Анагаах Ухааны сургууль

Эх барихын шинжлэх ухаанд жирэмсний явцын хүндрэлүүдийн нэг болох презклампси гэсэн

ухагдахуунд В.Цангемейстрын үеэс 20 долоо хоногоос хойшхи хугацаанд үүсэх артерийн даралт ихсэлт, шээсээр уураг ялгарах, хаван үүсэх эмгэгийг хамруулж байсан юм.

Орчин үед презклампси гэж жирэмсний хугацаанд судасны хананы нэвчимтгий чанар

ихэссэнээс гемодинамик болон эзлэхүүний өөрчлөлт үүсч улмаар олон эрхтний үйл ажиллагааны алдагдлын хам шинжийг нэрлэх болсон. Эклампси-преэклампсийн эмнэл зүйн илрэлд тархины үйл ажиллагааны алдагдал давамгайлснаас таталтанд шилжиж, дугжраат байдалд орохыг нэрлэнэ (8).

Преэклампси (ПЭ) нь улс орны хөгжлийн түвшингээс хамаарч 147 төрөлтөнд 1-ээс 35000 төрөлтөнд 1 тохиолдох тархалттай байна. Хөгжиж буй орнуудад 2000 төрөлтөнд 1 тохиолдож 20 дахин илүү тархаж байгаа ба тухайн эмгэгтэй холбоотойгоор дэлхийд ойролцоогоор 50000 эх нас барж байна (11). Энэхүү үзүүлэлт сүүлийн жилүүдэд буурч байгаа хэдий ч зарим оронд эхийн эндэгдэл 17.5%, перинаталь эндэгдэл -13-30% (14) тохиолдож байна (14).

HELLP-хам шинж (Hemolysis, Elevated liver enzymes and low Platelets) нь жирэмсний эмгэгийн дотор 4-12% тохиолдож, эхийн (3.4-24.2%) болон перинаталь (1000 төрөлтөнд 79) эндэгдэл өндөртэй зэрэгцээ ихэс ховхролт, ургийн бүтэлт, дутуу төрөлтөөр хүндэрдэг нэн аюултай эмгэг. Цус задрах, элэгний фермент ихсэх, ялтас эсийн тоо цөөрөх шинжээр тодорхойлогддог. HELLP-хам шинжийг 1985 онд эрдэмтэн L.Weinstein илрүүлж, преэклампсийн хүнд хэлбэрийн үед гарах өөрчлөлттэй холбон тайлбарлажээ.

Преэклампси үүсэх шалтгаан эмгэг жамыг тайлбарласан 40-өөд онол байдаг хэдийч тухайн эмгэгийн талаархи үзэл бодлууд нэмэгдэж байгаагаас үзэхэд ПЭ нэг мөр болж шийдвэрлэгдээгүйг илтгэж байна. Преэклампсийн үүсэл гарлыг дараах онолуудаар тайлбарлаж байна:

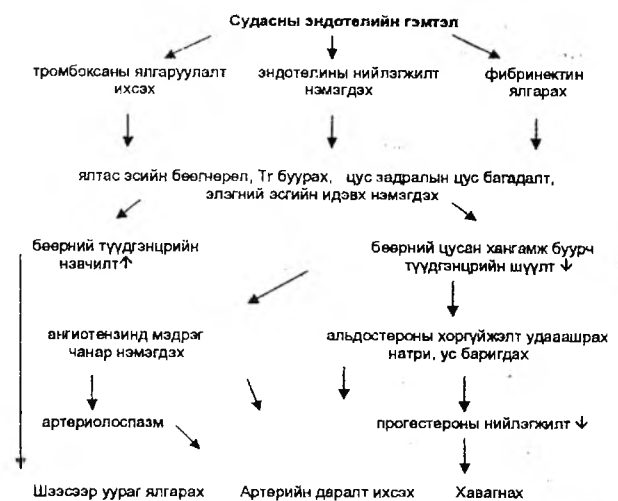
1. Бөөрний цусан хангамжийн алдагдлаас цусан дахь рениний нийлэгжилт ихэссэнээс ангиотензин II дааврын хэмжээ буурч, артерийн даралт ихдэлт үүснэ (4,6).

2. Өөх тосны хэт исэлдэлтийн алдагдлын онолоор бол жирэмсэн үед эхийн бие дэхь бодисын солилцооны зарим нэгэн бүлгүүдийн чөлөөт радикалуудыг хоргүйжүүлэх процессын алдагдлаас үүсэх бөгөөд үүнтэй холбоотойгоор дотоодын гаралтай антиоксидантын хэмжээ 40-59%-иар буурдаг байна. Тухайн өөрчлөлт гемодинамикийн хэлбэрээс хамаарахыг тогтоож гиперкинетик хэлбэр 6.71 ± 0.21 , нормокинетик хэлбэр 7.84 ± 0.16 , гипокинетик 8.72 ± 0.26 , хэвийн жирэмсэнд 3.95 ± 0.12 ммоль/г хэмжээтэй өөх тосны исэлдэлт явагдаж эдгээр үзэгдлүүдийн хоорондын шууд хамаарлыг судалжээ (2,15).

3. Удамшлын онолоор, орчин үед преэклампси үүсэх хандлагыг тодорхойлогч удмын генийг нээж митохондрийн эсээр удамшдгийг илрүүлжээ ($p < 0.01$), (12). Мөн преэклампсийн үндэс нь ренин-альдостерон-ангиотензины тогтолцоонд (РААС) удамшлын

гаралтай согог үүсч ангиотензин II идэвх алдагдсанаас альдостероны хэмжээ багасч, шээс ялгарахын эсрэг дааврын (антидиуретический гормон) ялгаралт буурдаг хэмээн үзэж байна (10,7).

Орчин үед преэклампси, эклампси бол жирэмсэн үед үүсэх системт үрэвслийн урвал мөн гэж үзэж, ихсээс ялгарах үрэвслийг сэдэрэгч импульсууд цусанд ЦИК, тромбоцит, фибрин, комплементыг эндотелийн ханан дээр идэвхжүүлснээр эндотелийн дархлааны урвал үүсэх эмгэг жамын онцлогтой гэж тайлбарлажээ. Эндотелийн гэмтлийн улмаас судасны нэвчимтгий чанар ихэссэнээс сөрөг хор уршиг илэрдэг байна (Зураг1).



Зураг 1. Преэклампсийн үеийн эндотелийн гэмтлийн хор уршиг (9,10)

Преэклампсийн үедэх судасны эндотелийн гэмтэлд дархлааны урвалын өөрчлөлтүүд гол үүрэг гүйцэтгэнэ. Эндотели гэмтсэний улмаас цусны судасны хананд нөлөөлөх олон тооны бодисууд ялгардагийн дотроос эндотелин болон эндотелийн ханыг сулруулагч хүчин зүйл (ЭРФ) гол үүрэг гүйцэтгэнэ. Эндотели нь цус бүлэгнэлтийн алдагдал болж, эндотели гэмтдэг бүх эмгэгүүдийн үед сийвэнд их хэмжээгээр ялгардаг байна. Тухайн хүчин зүйл нь ангиотензин II-ийг бодоход хэд дахин илүү судас нарийсгах хүчтэй үйлчилгээ үзүүлдэг байна.

Жирэмсэн үеийн даралт ихсэлтийн шалтгаан эмгэг жамыг тайлбарлах гол үндэс нь тархмал артериолын агчил (артериолоспазм) бөгөөд түүний улмаас эдийн завсар шингэн хуримтлагдах цаашдын шалтгаан болсноор эргэлдэх сийвэнгийн хэмжээ багасаж, улмаар гиповолеми үүсч гемодинамикийн тэнцвэрт байдал алдагдахад хүргэнэ (3,5). Гэтэл артериолыг өргөсгөх, агчил тавиулах, шингэн сэлбэх эмчилгээнд артериолоспазм эмчлэгдэж, харин преэклампси,

HELLP-хам шинж төгс илааршихгүй байгаа шалтгааныг тодруулахад артериолын агчил бол бүх процессын төгсгөл нь болдог ажээ. Харин жирэмсний хугацаа гүйцэх тусам даамжирдаг хэвийн жирэмсэнд үүсэх артериолын тэлэгдлийн процесс нь преэклампсийн эхлэл болдог байна. Судас тэлэгдсэнээс жирэмсэн эхийн цусны эргэлт шинэ горимд шилжиж эхлэнэ. Тиймээс эд эрхтний цусан хангамжийг сайжруулахын тулд эргэлдэх цусны хэмжээг нэмэгдүүлэх үүднээс хоёрдогчоор натри болон шингэний баригдал үүсгэн цус шахах насосын үүргийг зүрх гүйцэтгэж, түүний ажиллагаа нэмэгдэхийн зэрэгцээ захын судасны эсэргүүцэл буурна. Цаашдаа нэвчилтийн коэффициент (К) ихэссэнээс эдийн завсар шингэн хуримтлагдах суурь болдог. Гэтэл судсанд эргэлдэх сийвэнгийн хэмжээ ихсэж эхлэхэд бөөрний шүүлтийн үйл ажиллагаа эрчимжиж, шээс ихээр ялгарч эхлэх ёстой байтал үүний эсрэг захын эсэргүүцэл ихтэй жижиг судасны цусны эргэлт буурснаас симпатик мэдрэлийн тогтолцоо цочирч улмаар сийвэнд их хэмжээний судас идэвхт полипептидууд ялгарна. Эдгээр бодис нь артериолын тархмал агчил үүсэх замаар бөөрөөр ялгарах шингэний хэмжээг зохицуулдаг онцлогтой. Преэклампсийн үед дээрх үйл явц алдагдаж, артериолууд хэт тэлэгдэн эндотелийн тархмал гэмтэлтэй хавсармагц шингэн багадал (гиповолеми) даамжирч, зүрхний ажиллагаа суларч эд эрхтний цусан хангамж (гипоперфузи) дутагдалд орно. Ийнхүү ПЭ үүсэх эхний урьдал нь магадгүй жирэмсний эрт хугацаанд эхэлсэн даамжрах явцтай артериолын тэлэгдэл, эргэлдэх цусны хэмжээтэй тохироогүйн улмаас үүсэх талтайг үгүйсгэх аргагүй. Анагаах ухаанд бусад эрүүл, эмгэг байдал нь судас дахь шингэний хэмжээ 30-50%-иар ихсэж биед натри, шингэн хуримтлагдахын хэрээр түүдгэнцрийн шүүлт 30-50% нэмэгдэх үзэгдэл тохиолддоггүй. Гэтэл жирэмсний преэклампсийн үед артерийн цусны эргэлтийн хэмжээ багассанаас биед натри, шингэн баригддаг атлаа үүнтэй зэрэгцэж бөөрний түүдгэнцрийн нэвчих үйл явц ихсэх гайхамшигт процесс явагдана. Жирэмсэн үед эргэлдэх цусны эзлэхүүн (ОЦК) 30-50% ихсэхэд эндотел сулруулагч хүчин зүйл (ЭРФ) судасны ханыг сулруулахдаа гуанилатциклаза ферментийг идэвхжүүлснээс цГМФ үүсэх дараалсан үйл явцууд өрнөдөг ажээ. ЭРФ нь эндотелийн эсээс ялгарах бөгөөд азотын ислээс гаралтай юм. Иймээс ч преэклампсийн үед азотын ислийн нийлэгжилт буурсанаас артериолын агчил үүсч бичил судасны эргэлтийн алдагдал үүсдэг байна (13).

Эмгэг жам, эмнэл зүйг тайлбарлах явцад преэклампсийн үед зөвхөн захын судасны бус, ихсийн судасны ангиотензины мэдрүүлгийн мэдрэг чанар ихэсдэг. Үүний үр дүнд ихсийн

судасны агчил, умай-ихсийн цусны эргэлтийн өөрчлөлт, ургийн бүтэлт үүсдэг байна. Судасны агчилын үр дүнд цусанд альдостероны хэмжээ ихсэж эмгэг жамын явц гүнзгийрнэ. Гэтэл жирэмсэн үеийн даавар-прогестерон нь альдостероны задралыг бууруулдаг. Үүнтэй холбоотой эрүүл жирэмсэн эхэд ангиотензинд мэдрэг чанар бага байдаг. Тиймээс жирэмсэн үеийн прогестероны хэмжээ нь нэг талаас ураг-ихсийн бүрдлийн байдлыг хангах, нөгөө талаас даамжрах явцтай артериолын агчил ба шингэн баригдлыг бууруулахад чиглэсэн эхийн дасан зохицох урвал буурч буйг илтгэдэг байна (15).

Преэклампсийн хүндрэлийн зэргийг цусны өөх тос, холестерин, триглицеридын түвшинтэй холбоотой гэж үздэг. Өөх тосны хэмжээ, гипокинетик цусны эргэлттэй эхчүүдэд өндөр байдаг нь прогестерон, эстриол дааврын хэмжээтэй шууд хамааралтайг илтгэх бөгөөд өөх тос нь судасны эндотелд хоруу үйлчилгээ үзүүлснээр ялтас эсийн бөөгнөрлийг нэмэгдүүлнэ. Преэклампсийн явц гүнзгийрэх тусам өөх тосны исэлдэлт, эстрогены уургийн хомсдол үүсч улмаар умай-ихсийн цусны эргэлт багасах, ураг бүтэх, эстроген дааврын судасны хананы нэвчимтгий чанарыг тогтвортой хамгаалах чадавх буурах хүндрэлүүд буй болно. Преэклампси хүндрэх тутам эндотелийн нэвчимтгий чанар ихсэж, эдийн завсар шингэн хуримтлагддаг байна. Иймээс захын артериолын өргөсөл нь натри болон шингэнийг биед барих осмос бус цочроогч болсноос жирэмсэн эхэд гиповолеми гүнзгийрч, зүрхний эзлэхүүн буурч гипоперфузийн хам шинж үүснэ. Эмнэл зүйн хувьд судасны эзлэхүүн, түүний дүүрэлтийн хоорондын хамаарлаас зүрхний агшилтын үр дүн нөхцөлдөж үүнтэй холбоотойгоор бүх эрхтний, тэр тусмаа ихэс-умайи цусны эргэлтийн байдал тодорхойлогдоно.

Эмнэл зүй, эмгэг физиологийн хувьд жирэмсний хүнд хэлбэрийн преэклампси цаашид даамжран HELLP-хам шинж үүсэх үе шатанд эндотель эдийн гэмтэл, цус өтгөрснөөс үүсэх гиповолеми, бичил бүлэнгүүд үүсэж цус задрах үзэгдлүүд илрэнэ. Ялтас эсийн задралын улмаас цусанд тромбоксан ихээр ялгарснаас тромбоксан-простациклины тогтолцооны харьцаа алдагдаж, олон эрхтний үйл ажиллагааны алдагдал үүснэ. HELLP- хам шинж нь судсанд цус түгээмлээр бүлэгнэх хам шинжтэй (ДВС) ижил гэж дүгнэдгээс үзэхэд гол үзүүлэлтүүд болох протромбины хугацаа, зориуд идэвхжүүлсэн тромбопластины хугацаа, фибриноген уургийн хэмжээ нь HELLP-хам шинжийн үед хэвийн байгаа нь, HELLP болон ДВС хам шинжүүдийг нэг эмгэгийн хэлбэрүүд гэж үзэх боломжгүйг илтгэж байна. HELLP- хам шинж бүхий эхчүүдэд элэг томорсноос илрэх өвдөлт

нь өрцний мэдрэл цочирсонтой холбоотой бөгөөд зовиур илрэхээс өмнө цусанд тухайн хам шинжийн хүнд хөнгөний зэрэгтэй шууд хамааралтайгаар гиалуроны хүчлийн хэмжээ ихэсдэг байна (16). HELLP-хам шинжийн гол илрэл нь микроангиопати хэлбэрийн цус задралын цус багадал юм. Иймээс судсан доторхи ба гаднах цус задралыг ялган оношлох асуудал гардаг. Судасны гаднах цус задрал нь дэлүүний эсүүдийн фагоцитозын урвалын улмаас улаан эсүүд задарснаас цусанд дараах шинжүүд илэрнэ:

- хурц тод ирмэгтэй, шүдлэг хэлбэртэй хорчийж гэмтсэн улаан эсүүд
- полихроматизм
- эс бүтнээр гемоглобинаа алдвал цусанд эсийн "сүүдэр" харагдана
- улаан эсийн хэлбэргүй хэсгүүд тодорч харагддаг.

Тийм учраас төрсний дараа лабораторийн үзүүлэлтүүд төрсний дараахь 24-48 цагийн дараа дээд зэргээр тодорч HELLP-хам шинжийн эмнэл зүйн зураглал бүрэн илэрдэг байхад преэклампсийн хүнд хэлбэрийн үед дээрх үзүүлэлтүүд эхний 24 цагийн дотор эргэн буурах онцлогоор хоорондоо ялгагдана.

Преэклампси, эклампси болон HELLP-хам шинжийн үед коагулопати ба судсанд цус түгэмлээр бүлэгнэх хам шинж 30% тохиолддог байна. Жирэмсэн эхчүүдэд дээрхи хүндрэл үүсгэхэд нөлөөлөх гол хүчин зүйл нь тромбоксаны идэвх ихсэх нь бүтэлт, таталтын хам шинжүүдийг дагуулдаг байна. Тромбоксан нь артериолын чангарлыг ихэсгэж, уян хатан чанарыг алдагдуулснаар судасны эсэргүүцлийг ихэсгэн, хялгасан судасны гидростатик даралтыг нэмэгдүүлэн эсийн хоорондох завсарт шингэн шилжсэнээс шингэн хэт хуримтлагдах нөхцөлийг бүрдүүлнэ. Тухайн эмнэл зүй, физиологийн үйл явц нь захын хаван үүсэх, судасны шингэний багадалт (гиповолеми), тархины цусан хангамж багасах, таталт үүсэх, уушгины судас эмгэгшин бүтэлт үүсгэж улмаар татах хам шинжийг гүнзгийрүүлнэ. Жирэмсэн эхийн биед дээр дурдсан өөрчлөлтийн эсрэг эсийн хананд механик цочролтын улмаас простагландинууд их хэмжээтэй ялгардаг ба түүний нэг хэлбэр нь простациклин юм. Простациклин нь азотын ислийг сэдээх замаар судас өргөсгөх үйлчилгээ үзүүлснээр ялтас эсийн бөөгнөрлийг саатуулж түүний судасны хананд наалдах үйл явцыг сааруулахын зэрэгцээ судасны нэвчмэлтгий чанарыг ихэсгэдэг байна. Гэтэл простациклины нийлэгжилтийг эстроген даавар нэмэгдүүлдэг бол прогестерон даавар саатуулдгийн улмаас хэвийн жирэмсэн эхэд простациклины нийлэгжилт буурдаг (1). Преэклампси үүсч гүнзгийрэх явцад цусанд прогестерон дааврын хэмжээ буурна.

Гэтэл хэвийн жирэмсэн үед прогестероны хэмжээ 100 дахин ихэсдэг, ийнхүү тухайн даавар нь жирэмслэлт хэвийн явагдах тааламжтай нөхцөлийг бүрдүүлдэг хэдий ч мөн сөрөг нөлөөтэй байдгийг тогтоожээ. Преэклампсийн үед судасны эмгэгээс үүдэлтэй тромбоксан-простациклины тогтолцооны нийлэгжилтийн тэнцвэрт байдал алдагдсанаас дэс дараалж илрэх эхний шинж нь сийвэнгийн ялтас эсийн тоо мэдэгдэхүйц цөөрөх шинж юм.

Преэклампси нь жирэмсэн эхэд олон эрхтний дутмагшил үүсгэдэг хам шинж бөгөөд түүнтэй хавсран илэрсэн HELLP-хам шинж нь элгийг давамгайл гэмтэсэнээс эхийн эрхтэн тогтолцооны дасан зохицох үйл ажиллагаа хэт алдагдаж туйлдаа хүрсэнийг илтгэх эмгэг юм.

Дээрхи эмгэг жамаас харахад преэклампси, эклампси, HELLP-хам шинж нь тус тусдаа бие даасан өвчин биш жирэмсний улмаас эхийн биед гарах өөрчлөлтүүдийн ургэлжлэл бөгөөд шалтгаан эмгэг жамыг тайлбарлах нэг шалтгаан байхгүй учраас урьдчилан сэргийлэх нэгдсэн шалгуур сорил үгүй юм.

Ном зүй:

1. Айламазян Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике., 1995, х. 281
2. Бахтина Т.П. Патогенетическое обоснование методов интенсивной терапии при родоразрешении беременных с гестозом: Автореф. Дис. д-ра мед. наук., 2001
3. Бузурукова П.С. Особенности центральной гемодинамики с инсулинзависимым сахарным диабетом и гестозом (Журнал акушерства и женских болезней), 1999, №2, х.46-49
4. Дуда И.В., Дуда В.И. Клиническое акушерство., Минск, 1997, 604 х.
5. Кутас В.К. Водно-электролитный обмен, центральная гемодинамика и функциональное состояние беременных нефропатией (Журнал вопросы охраны материнства и детства), № 10, 1988, х. 63-67
6. Серов В.Н., Стрижаков А.Н., Маркин С.А. Руководство по практическому акушерству., 1997, 135 х.
7. Токова З.З., Фролова О.Г. Материнская смертность при гестозах (Акушерство и гинекология), 1998, №5, х.5-9
8. Цицман Е.М. Преэклампсия, эклампсия, HELLP- синдром., 2002, х. 40-44, 50-63, 64-80, 159-169
9. Цицман Е.М., Флока Е.И. Клиническая оценка лабораторных тестов у больных с гестозом (Медицинский курьер), 1992, №3, х.56-62
10. Dekker G.A., Sibai B.M. Etiology and pathogenesis of preeclampsia (Obstet. Gynecol.), 1998, х.135-138

11. Duley L. Evidence from the Collaborative Eclampsia Trial (Lancet), 1995, x. 345

12. Folger T., Storbarr N. Mutations in mitochondrial transfer acid genes in preeclampsia (Obstet. Gynecol), 1998, x.1626-1630

13. Smarason A.K., Allman K.J. Women with preeclampsia have elevated levels of serum nitrate, a stable end product of nitric oxide (Obstet. Gynecol.), 1997, x. 538-543

14. Stone J.L., Lockwood C.J. Risk factors for preeclampsia (Obstet. Gynecol.), 1994, x. 357-361

15. Treem W.R. Beta oxidation defects: Biochemistry and Clinical, 1999, V.3, №1, x. 49-67

16. Ramin K.D. The prevention and management of eclampsia (Obstetrics and Gynecology Clinics), 1999, V.26, №3, x. 489-503

Танилцаж, нийтлэх санал өгсөн:
Профессор Б.Шижирбаатар

Бөөр шилжүүлэн суулгасан өвчтөний судасны талаас гарах хүндрэлийн асуудалд

Д.Нямсүрэн, Б.Гоош, Л.Жамбалжав
Улсын клиникийн төв эмнэлэг

Оршил: Монгол улсын анагаах ухааны салбарт үе үеийн эрдэмтэд өөрийн оронд эрхтэн шилжүүлэн суулгах мэс ажилбарыг өнөөдрийн боломж техник, технологи, чадвараа ашиглаад хийж байна. Харин бөөр шилжүүлэн суулгах мэс ажилбарыг 1990-ээд оны эхнээс хийхээр эмч эрдэмтэд ажиллаж, эрүүл мэндийн яам төр засаг олон талаар дэмжиж, эмч мэргэжилтэн сургах, шаардлагатай тоног төхөөрөмжөөр хангах ажилд анхаарлаа хандуулсаар байна.

Хууль эрх зүйн орчинг бүрдүүлж донорын хууль ч батлаад өглөө. Эмч мэргэжилтний хувьд энэ ажлын хүрээнд хийсэн ажил чамлахааргүй цаашид судлах боловсруулах, ур чадвар мэдлэг боловсролоо дээшлүүлэх шаардлагатайн зэрэгцээ биднээс үйлчлүүлэгч нар их зүйл хүлээж байна. Бид 1996 онд бөөр шилжүүлэн суулгах анхны мэс ажилбарыг УКТЭ-д хийсэн. Хүндрэл эрсдэл өндөртэй ч бид онол практикийн түвшинд бөөр шилжүүлэн суулгахаар бэлтгэж байгаа. Иймд бид бөөр шилжүүлэн суулгахад тохиолдож болзошгүй хүндрэлийг сайтар судлах, цаашид хийх ажилдаа эрсдэл хүндрэлийг зөв тооцож урьдчилан сэргийлэхэд чиглэгдсэн арга хэмжээ авахад анхаарлаа хандуулах үүднээс бөөр шилжүүлэн суулгасан өвчтөний судасны талаас гарах хүндрэлийн онол практикийн зарим асуудлыг хөндлөө.

Судалсан байдал: Бөөр шилжүүлэн суулгах үед судасны талаас гарах хүндрэлийг бөөрний тараагуур болон хураагуур судсанд тромбоз (цусан бүлэн) үүсэх, бөөрний артерийн залгаасан дээр нарийсалт үүсэх, анхдагч ба хоёрдогчоор судасны залгаас тавьсан хэсгээс цус алдах гэсэн 4 үндсэн хүндрэл тохиолддог [6,11]. Ховор тохиолдолд бөөр суулгуулсаны дараа бөөрөнд биопсийн шинжилгээ авах зорилгоор пункц хийх

явцад судас хатгагдсанаас үүдэж бөөрний артерийн аневризм, артери венийн цорго үүсэх [3] эрсдэлтэй юм.

Бөөрний судсыг ташаан хонхорын а.iliaca interna-тай төгсгөл төгсгөлөөр нь залгах эсвэл а.iliaca externa-тай төгсгөл хажуугаар нь залгах залгаасуудын аль нэгээр нь хийдэг байна.

Эрдэмтдийн судалгаагаар (амьгүй) донорын бөөрний 5.7%-д хоёрлосон хураагуур судастай байлаа. Иймд донорын бөөрийг авах үедээ гол судасны ханыг оролцуулж аваад ташаан хонхорын артери гадна салаан дээр бөөрний артерийн төгсгөл-хажуугаар залгаж суулгадаг.

Амьд донорын бөөрний артери 4%-д нь хоёрлосон тохиолдоно. Ийм нөхцөлд хоёрлосон судсыг дотор гадаргуугаар нээгээд нийлүүлж оёж нэг судас үүсгээд ташаан хонхорын гаднах судсан дээр төгсгөл-хажуу, эсвэл ташаан хонхорын доторх тараагуур судастай төгсгөл-төгсгөлөөр нь залгана. Хэрвээ бөөрний доод хэсгийн нэмэгдэл артеритай тэр нь бөөрний доод хэсэг, шээлгүүрийг тэжээдэг тохиолдолд а.epigastrica inferior-тай залгалт хийх, бөөрний дээд хэсгийн нэмэгдэл артеритэй тохиолдолд боож цус тогтоогоод үлдээх нь тохиромжтой [7] ажээ.

Бөөрний хураагуур судсыг ташаан хонхорын гаднах хөх судас (v. iliaca externa)-тай төгсгөл хажуугаар нь залгах нь зохистой. Cadaver-ийн донорын бөөрний хөх судсыг доод хөндийн венийн хананы хэсэгтэй авах нь тохиромжтой [5].

* Бөөр шилжүүлэн суулгахад бөөрний артерийн тромбозоор 1-2.5% [1]. хүүхэд насанд энэ төрлийн хүндрэл илүүтэй тохиолдоно [5]. Бөөрний артерид тромбоз үүсэх эмгэг жамд донорын бөөрний атеросклероз, бөөрний артери олон салаалах, судасны доторхи хана гэмтэх хуурах, бөөр тавиулж буй өвчтөний атеросклерозын эмгэг өөрчлөлт, цусны бүлэгнэлт хурдсах, аутоиммун эмгэг, циклоспориний хордлого зэрэг нь тромбоцитийн

агрегацийн үүсэх үндсэн шалтгаан болдог байна. Хэрэв суулгасан бөөрний артерид тромбоз үүсвэл шээсгүйтэх эмнэл зүйн шинжээр илэрнэ. Энэ үед яаралтай доплер-ультрасонографи, ангиографийн шинжилгээ хийлгэснээр онош нь батлагдсан тохиолдолд яаралтай журмаар мэс засал хийж тромбыг авна. Тромбэктомийн мэс заслыг цаг алдалгүй хийхэд бөөрний үйл ажиллагаа сэргээгдэнэ. Хэрвээ тавиулсан бөөрөнд тромбоз үүсээд бөөрний эд эргэшгүй эмгэг өөрчлөлтөд хамрагдсан тохиолдолд нефрэктоми хийж, дараагийн эмчилгээний асуудлыг боловсруулах шаардлагатай [13] ажээ.

* Бөөрний артерийн нарийсал нь бөөр шилжүүлэн суулгуулсны дараах эрт болон хожуу үед 2-10.4% хүртэл тохиолддог хүндрэл юм [2,8]. Бөөрний артерийн залгаасан дээрх нарийсалтыг багасгах боломж нь тегсгөл-хажуугаар нь залгах, Каррэлийн аргаар гол судасны хананы хэсгийг ашиглаж нөхөөс маягаар залгах нь нарийсал үүсэх хүндрэлийг багасгах бололцоотой. Донор реципиентийн бөөрний артерийн залгаасан дээр нарийсал үүсэх эмгэг жамд артерийг чөлөөлөх явцдаа хэтэрхий нүцгэлэх, мэс заслын үед судасны эндотел гэмтэх, дархлалын эмгэг шалтгаан зэрэг нь зонхилон нөлөөлдөг [2,10].

Бөөр шилжүүлэн суулгуулсны дараа бөөрний артери нарийссан тохиолдолд шалтгаан тодорхойгүй бөөрний үйл ажиллагаа муудаж, цусны даралт ихэссэнээр илэрнэ [9]. Энэ хүндрэлийг бөөрний ангиографи, доплер-ультрасонографи хийлгэснээр оношлогооны асуудалд шийдвэрлэх үүрэгтэй [9].

Доплер-ультрасонографи хийлгэснээр нарийсалтай эсэхийг тогтоож, улмаар сонгомол ангиографи хийж нарийслын байрлалыг тодорхойлно.

Бөөрний артери нарийссан тохиолдолд 2 үндсэн аргаар эмчилдэг практик арга нэвтэрлээ. Арьсны гадна талаас нь хатгаад судсанд зонд тавиад нарийссан хэсгээ өргөсгөх (ангиопластик) ажилбар, нөгөө хувилбар нь нээлттэй аргаар нарийссан хэсгээ тайраад давтан залгалт хийх арга. Дээрх хоёр арга нь үр дүнтэй. Судасны нарийсалтыг засах мэс ажилбар хийсний дараа даралт буурна, хэрвээ даралт өндөрсвөл эмийн (каптоприл, антигонист кальцийн бэлдмэл) эмчилгээнд амархан засагдана [13].

Бөөр шилжүүлэн суулгуулсны дараах тохиолдлын 0.3-6%-д нь бөөрний венийн судсанд тромбоз үүсэж хүндэрдэг [6]. Суулгасан бөөрний венийн судсанд тромбоз үүсэхэд бөөрний вена нугаларах, мушгирах, венийн залгаасан дээр цусан хураа, лимфийн шингэн, шээс хуралдсанаас дарагдах, цаашилбал залгаасан дээр нарийсал үүсэх зэрэг нь зонхилох шалтгаан болдог. Энэ хүндрэл нь ихэнхдээ хагалгааны

дараах эрт үед тохиолдоно, оношлогоо нь төвөгтэй учраас суулгасан бөөр инфаркт шигдээс (инфакт)-ээс болж өөрийнхөө үүрэг үйл ажиллагааг бүрэн алдаж эргэшгүй өөрчлөлтөд ордог [4] байна.

Бөөрний венийн тромбозын хүндрэлээс тодорхой хугацаанд бөөрний венийн даралт өндөрсөж түүний доторхи венийн судас, хялгасан салаанууд нь цусны бүлэнгээр бөглөрснөөс цаашид бөөрний эд эргэшгүй өөрчлөлтөд ордогос нефрэктоми хийхээс өөр аргагүй болно. Эрхтэн хамгаалах ажилбарт дараах аргуудыг ашигладаг. Венийн судсаа нээж тромбоо авсны дараа колинзийн уусмалаар бөөрөө угааж, артерийн судсаар нь стрептокиназа, урокиназа ферментүүдийг тарьж тромбыг хайлуулдаг, ангиоскопийн тусламжтайгаар бөөрний венийн судсанд тромб хайлуулах эм бэлдмэлийг хийнэ [1,6].

Тромбозоор хүндрэхэд шээс багасаж, суулгасан бөөрний орчинд өвдөлт үүсэж эмнэл зүйн шинж илэрнэ. Динамик гамма-сцинтиграмм хийж бөөрний венийн судасны тромбозыг оношлох боломжтой. Яаралтай хагалгаанд орсноор онош бүрэн батлагдана.

Судасны залгаасаны хэсгээс цус эрт болон хожуу алдах хүндрэл 2.0-3.7% тохиолддог гэж эрдэмтэд [2,3] тэмдэглэжээ.

Клиникийн тохиолдол. Бид 1996 онд өвчтөн "А" 25 настай, эрэгтэйд төрсөн эгч 32 настай "Д"-ээс нь зүүн бөөрийг нь авч баруун ташаан хонхорт нийтэд хүлээн зөвшөөрөгдсөн аргаар бөөр шилжүүлэн суулгах анхны мэс ажилбарыг хийсэн. Энэ тохиолдолд бөөр шилжүүлэн суулгасны дараах эхний 3 хоногт бөөр ажиллаж биеийн ерөнхий байдал сайжирч байсан хэдий ч 4 дэх хоногт бөөрний венийн судсанд тромбоз үүсэж улмаар цус алдалтын хүндрэл хавсарч, шээсний ялгаралт гэнэт багасан, суулгасан бөөрний орчинд чинэрсэн өвдөлт үүсэж, гадагшаа овойж хэвлийн ханан дээр хэв гажилт асимметри үүсэх, шархаар цус алдах эмнэл зүйн шинжүүд илэрч байлаа. Бид лабораторийн болон чанд авиа, гамма-сцинтиграммын шинжилгээ хийж хүндрэлээ оношлож, яаралтай журмаар хуучин шархаа нээн мэс засал хийж шалгахад дээрх онош батлагдаж, бөөрний эд эргэшгүй өөрчлөлтөд орсон тул нефрэктоми хийж ажилбарыг дуусгасан.

Дүгнэлт:

Бөөр суулгуулсны дараах судасны талаас гарах хүндрэлийг цаг алдалгүй оношлосон тохиолдолд бөөр хамгаалах мэс заслыг амжилттай хийх боломжтой. Эдгээр хүндрэлүүдийг эрт оношлоход доплер-ультрасонографи, динамик гамма-сцинтиграмма, ангиографийн шинжилгээнүүдийг өргөн ашиглах шаардлагатай.

Ном зүй.

1. Duccket T., Bretan P., Jr. Cochran S.T. et al Journal Urology 1991. – vol. 146 -p.403-406
2. Benoit G, Bensadoun H, Jardinand A, Charpentier B: Surgical complications of kidney transplantation. European Urol. Update Series 1993;2.
3. Conrad S, Schneider AW, Gonnerman D, Ganama A, et all. Urology complications after kidney transplantation European Urology 1994; 33: 392-400
4. Busson M, Benoit G: Is matching for sex and age beneficial to kidney graft survival. Clini Transplant 1996 : 10 : 1-4
5. Sfubenitsky B.M, Booster M.H, Nederstigh A.P, et all Kidney preservation in the next millennium. Transpl. int 99; 12:83-91
6. R. Vela-Navarrete, G. Benoit, T. Gasser Renal Transplantation. European Urology 2001: 40/2 (Curric. Urol 1-8)
7. Lucan M., Rotarin P., Chervan L., et all. The use of renal grafts with anatomical anomalies an effective alternative to increase the Living donation. European Urology Supplements 2 (2003) № 1. PP 8 Lledo-Garcia E., Diez-Gordero J., Moncada I et all. Long-term Survival of kidney Grafts from Pediatric donors into pediatric receptors. Influencing factors. European urology. 2003 vol 43. № 3. pp. 258-260
9. Mongrat-Artus P., Klipta D., Rozet F., Desgrandchamps F., Le Due A. Should arterial doppler ultrasound be systematically performed during the pre-operative assessment of a first kidney Transplantation when femoral pulses are bilaterally perceived? European Urology Supplements 2, (2003) № 1, pp.7
10. Pourmand G., Alavi M., Esteghamati A., et all. Effect of Renal Transplantation on sperm Quality and sex hormone levels. European urology 2 (2003) № 1, pp.10
11. Sulser T, Bachmann A., Langer I., Casella R., et all. Retroperitoneoscopic living donor nephrectomy-feasible on both sides. European Urology supplements 2 (2003) № 1. pp. 9
12. de Historia Urologiae Europaeae. vol. 10 p.30-32
13. Wolfgang Kieser, Elmar W. Gerhurz. Ronald Leppek, et all. Kidney Transplantation into an lleocecal reservoir after total extirpation of the Urinary tract for Panurothelial Cancer: Long-Term Followup. European Urology 2003, vol. 44, pp.155-158

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

Эдийн засгийн өсөлтийг дэмжиж, ядуурлыг бууруулах стратегийн тухай

Б.Баярсайхан
Эрүүл мэндийн яам

Оршил

Монгол улсын Засгийн газар Дэлхийн банкны зөвлөмж, дэмжлэгтэйгээр “Эдийн засгийн өсөлтийг дэмжиж, ядуурлыг бууруулах стратегийн баримт бичиг” (ЭЗӨДЯБСББ)-ийг 2001-2002 онд боловсруулсан ба өнгөрсөн 2003 оны 9 дүгээр сарын 9-ний өдөр Дэлхийн банкны захирлуудын зөвлөл уг баримт бичгийг хэлэлцэн батлав. Мөн энэхүү баримт бичгийг 9 дүгээр сарын 2-ны өдөр Олон улсын Валютын сангийн Захирлуудын зөвлөл хэлэлцэн сайшаасан.

ЭМЯ-ны Эрүүл мэндийн салбарын стратегийн мастер төлөвлөгөө боловсруулах үндсэн багаас одоо байгаа бодлогоын баримт, нөхцөл байдлын судалгаа, хэтийн төлөвлөгөө, олон улсын баримт бичгүүдийг нягтлан судалсны дотор энэхүү “Эдийн засгийн өсөлтийг дэмжиж, ядуурлыг бууруулах стратеги”-д дүн шинжилгээ хийснийг Та бүхэнд танилцуулж байна.

“Эдийн засгийн өсөлтийг дэмжиж, ядуурлыг бууруулах стратеги”-ийг боловсруулсан арга зүй, үзэл баримтлал. Манай улс Ядуурлыг

бууруулах стратегийн бүрэн хэмжээний баримт бичгийг боловсруулж буй дэлхийн 60 орны нэг бөгөөд “Ядуурлыг бууруулах стратегийн завсрын баримт бичиг”-ээ 2001 оны 9 сард Дэлхийн банкны захирлуудын зөвлөлөөр хэлэлцүүлэн батлуулсан юм.

Засгийн газрын тэргүүлэх чиглэлийн нэг бол ядуурлыг бууруулах, хүн амын тогтвортой амжиргааг хангах явдал юм. Засгийн газар иргэд, тэр дундаа ядуучуудыг өөрсдийг нь татан оролцуулж үйлдвэрлэл, үйлчилгээг тэлэх замаар эдийн засгийн өндөр өсөлтийг хангаж, улмаар хүн амын ядуурлыг бууруулах зорилтыг тэргүүлэх чиглэлээ болгон тодорхойлж байна. Энэ нь дэлхийн нийтийн хөгжлийн чиг хандлага, олон улсын зорилтуудтай нийцэж байна.

Ядууралтай тэмцэх нь зөвхөн нийгмийн хүрээнд төр засгийн хүчээр шийдэгдэх асуудал биш нь тодорхой болж, ядуурлыг бууруулах стратегийн баримт бичгийг боловсруулах, түүнийг хэрэгжүүлэх явцад

1. төр засаг
2. иргэний нийгэм
3. хандивлагчдын оролцоог жигд хангах шаардлагатай болсон.

“Эдийн засгийн өсөлтийг дэмжиж, ядуурлыг бууруулах стратегийн баримт бичиг”-ийг боловсруулах ажлын хэсэг Санхүү, эдийн засгийн сайдын тушаалаар байгуулагдан 200 гаруй төрийн бус байгууллага оролцох санал өгч, тэдгээрээс 12 төрийн бус байгууллагын төлөөлөлтэй ажлын хэсэг байгуулагдан ажилласан.

2002 оны эхний улиралд НҮБ-ын Хүнс хөдөө аж ахуйн байгууллагын хөгжлийн олон улсын сан, Дэлхийн банкны дэмжлэгтэйгээр “Ядуурлыг бууруулах стратегийг боловсруулах нь” сэдэвт 2 өдрийн бүсчилсэн семинарыг бүх орон даяар 7 хэсэгт зохион байгуулж уг семинарт оролцогчдод ядуурлыг бууруулах чиглэлд Засгийн газраас баримталж буй бодлогын арга хэмжээ болон “Ядуурлыг бууруулах стратегийн завсрын баримт бичиг”-ийг танилцуулсан ба семинарын явцад оролцогчдын дунд ядуурлын байдал, түүний шалтгаан, ядуурлаас гарах арга замуудын талаар идэвхитэй ярилцлага зохион байгуулжээ. Засгийн газраас энэхүү арга хэмжээнд өндөр ач холбогдол өгч, Монгол Улсын Ерөнхий сайд, Засгийн газрын гишүүд, УИХ-ын зарим гишүүд бүсийн семинарт оролцож үг хэлж, тэдэнтэй санал бодлоо илэн далангүй солилцсон байна.

Сүүлийн он жилүүдийг харьцуулахад төр, иргэний нийгмийн хоорондын харилцаанд зарчмын томоохон өөрчлөлт гарсан гэж үзэж байна. Тухайлбал,

- **төр засгаас:** төрийн үйлчилгээний хүртээмж, чанарыг дээшлүүлэх, үйлдвэрлэл, үйлчилгээ эрхлэх боломжийг улам өргөжүүлэхэд анхааран ажиллаж байхад,

- **иргэдээс:** өөрсдөө хорших, хамтрах замаар бизнес эрхэлж орлогоо нэмэгдүүлэх чадвартай болж байгааг бүсийн семинарт оролцогчид цохон тэмдэглэжээ.

Семинарын явцад хүрсэн гол үр дүн бол оролцогчдын өөрсдийнх нь санаачилгаар орон нутагт ядуурлыг бууруулах стратегийг боловсруулах, хэрэгжүүлэх, хянах үүрэг бүхий ажлын хэсэг байгуулах санал гарган ажиллаж энэхүү ажлын хэсэг нь 5-7 хүний бүрэлдэхүүн бүхий төрийн болон төрийн бус байгууллагууд, хувийн хэвшлийн төлөөлөгчдөөс бүрдсэн байна. Энэ ажлын хэсэг нь иргэд өөрсдөө санаачилсан, бүтцийн хувьд иргэний нийгмийн оролцоо голлосон нь шинэлэг болсон гэж дүгнэгджээ.

Засгийн газраас ядуурлыг бууруулах стратегийн бодлогын баримт бичгийг боловсруулах бүхий л түвшинд дэмжиж иргэний нийгмийн оролцоог өргөн хангаж байсан нь онцлог байна. Энэ нь бодлого боловсруулах түвшинд идэвхтэй хамтарч ажиллах, асуудлын ач холбогдолыг өргөх, амжилттай боловсруулж хэрэгжүүлэх туршлага хуримтлуулахад дөхөм болжээ гэж үзэж байна.

Дээрх ажлын хэсгүүд “Эдийн засгийн өсөлтийг дэмжиж, ядуурлыг бууруулах стратегийн баримт бичиг”-ийн төслийг боловсруулан 2002 оны 7

¹Энэхүү баримтлалыг 2003 оны 11 дүгээр сард Японы Токио хотод болсон хандивлагчдын ээлжит X дахь зөвлөлдөх уулзалтаар дахин илэрхийлсэн.

дугаар сард Улаанбаатар хотноо зохион байгуулагдсан Хандивлагчдын ээлжит IX дэх зөвлөлдөх уулзалтад танилцуулсан байна. Энэ зөвлөлдөх уулзалтад оролцогчид уг баримт бичгийн төсөлтэй танилцаж, санал бодлоо илэрхийлсэн бөгөөд Монгол улсад **цаашид үзүүлэх зээл, тусламжийн амлалтынх нь үндэслэл болох чухал баримт бичиг**¹ гэж үзэж байв. Мөн “Ядуурлыг бууруулах стратегийн завсрын баримт бичиг”-т олон улсын банк, санхүүгийн байгууллагууд үнэлгээ өгч, тодорхой саналаа ирүүлсэн байна.

“Эдийн засгийн өсөлтийг дэмжиж, ядуурлыг бууруулах стратегийн баримт бичиг”-ийг эцэслэн боловсруулахад Олон улсын банк санхүүгийн байгууллагууд, хандивлагч орнууд, төрийн болон төрийн бус байгууллагууд, иргэдээс санал болгосны дагуу

- дунд хугацааны эдийн засгийн өсөлтийн эх сурвалжуудыг тодорхойлох,

- улмаар энэхүү өсөлтийг ядуучуудад чиглүүлэх,

- санхүүгийн тогтвортой байдлыг бий болгох,

- хөдөөгийн хөгжлийг түргэтгэх,

- иргэний нийгмийн оролцоог өргөжүүлэх,

- хүйсийн тэгш байдлыг хангах,

- хяналт, шинжилгээний үзүүлэлтүүдийг тодотгох зэрэг асуудлуудад илүү анхааран ажиллажээ.

Хэдийгээр хөгжлийн стратеги боловсруулах ажил нь шинэ зүйл биш боловч, “Эдийн засгийн өсөлтийг дэмжиж, ядуурлыг бууруулах”-д чиглэсэн иж бүрэн цогц стратеги боловсруулах ажил нэлээд шинэлэг, судалгаа, шинжилгээ, цаг хугацаа зарцуулсан, хамгийн гол нь нягт хамтын ажиллагаанд тулгуурлан явагдсан үйл ажиллагаа болсон байна.

Эдийн засгийн өсөлтийг дэмжиж, ядуурлыг бууруулах стратегийн үр дүн

“Эдийн засгийн өсөлтийг дэмжиж, ядуурлыг бууруулах стратегийн баримт бичиг”-ийн хүрээнд:

- бодлого, хүний нөөцийн хөгжлийг дэмжих тусламж,

- эдийн засгийн чадавхийг бэхжүүлэх техник, тусалцааны зээл,

- хөтөлбөрийн зээл,

- итгэлцлийн гэсэн чиглэлүүдээр дэмжлэг авах юм.

Ядуурлыг бууруулах стратегийг боловсруулахдаа Монгол орны эдийн засаг, нийгмийн хөгжлийн онцлог, улс орны хөгжлийн давуу болон сул талуудыг харгалзан үзэж дараах үндсэн зарчмуудыг баримталсан гэжээ. Үүнд:

• Дунд хугацаанд ядууралтай тэмцэхэд үр дүн өгөх бодлогын тэргүүлэх чиглэлүүдийг оновчтой тодорхойлж, санхүүгийн боломжтой уялдуулах,

• Ядуурлын талаарх аливаа бодлогыг хэрэгжүүлэхэд **макро эдийн засгийн тэнцвэртэй, тогтвортой** байдлыг алдагдуулахгүй

байх, төсөвт хүндрэл учруулахгүйгээр шийдвэрлэх, гадаад, дотоодын хөрөнгө оруулалтыг дэмжсэн арга хэмжээг хөхиүлэн дэмжих,

- Ядуучуудад чиглэсэн эдийн засгийн өсөлтийг дэмжих бодлогыг хэрэгжүүлэхдээ төрийн үйлчилгээний хүртээмж, чанар, төсвийн хөрөнгийн зарцуулалтыг аль болох оновчтой болгох,

- Эдийн засаг, нийгмийн салбарт бүтцийн өөрчлөлт, шинэчлэл хийх бодлогыг хэрэгжүүлэхэд гарах сөрөг үр дагаврыг янз бүрийн арга замыг ашиглан даван туулах, гадаад орчны болон байгалийн гамшгийн эрсдлийн удирдлагын тогтолцоог боловсронгуй болгох,

- Олон улсад хүлээн зөвшөөрөгдсөн хөгжлийн үзүүлэлтүүдтэй уялдуулан ядуурлыг бууруулах стратегийн хэрэгжилтийг хянах үр дүнгийн гол шалгуур үзүүлэлт, механизмыг тодорхойлох,

- Иргэний нийгэм, хандивлагчидтай үйл ажиллагаагаа нягт уялдуулан, хамтран ажиллах оновчтой механизмыг бүрдүүлэх үндсэн дээр оролцооны аргыг өргөжүүлэх зэрэг болно.

“Эдийн засгийн өсөлтийг дэмжиж, ядуурлыг бууруулах стратегийн баримт бичиг”-ийн дунд хугацаанд баримтлах бодлогын тэргүүлэх чиглэл нь

- макро эдийн засгийн тогтворжилтыг бататгах,
- дотоодын үйлдвэрлэл, экспортыг дэмжих,
- банк, санхүүгийн тогтвортой байдлыг хангах,
- хөдөөгийн хөгжлийг түргэтгэх,
- нийгмийн салбарын суурь үйлчилгээний чанар, хүртээмжийг сайжруулах,

- ажил эрхлэлтийг нэмэгдүүлэх явдал

Эдийн засгийн өсөлтийг дунд хугацаанд түргэтгэх эдийн засгийн бүтцэд чанарын өөрчлөлт гаргах үндсэн зам бол:

- Э/з-ийн өсөлтийг түргэтгэх шинэ эх үүсвэрүүдийг оновчтой тодорхойлох,
- оюуны багтаамж ихтэй бүтээгдэхүүн, үйлчилгээний үйлдвэрлэлийг нэмэгдүүлэх,
- эдийн засаг дахь бүтээмжийг өсгөх,
- мал аж ахуйг аажмаар эрчимжүүлэх замаар хөгжих явдал болно.

Энэхүү эдийн засгийн өсөлтийг ядуучуудад хэрхэн чиглүүлэх вэ? гэдэг асуудал чухал бөгөөд эдийн засгийн өсөлтийн дүнд бий болсон баялгаас ядуучуудад илүү хүртээх нөхцөлийг бүрдүүлэх зарчмыг баримталсан байна.

Бусад салбаруудын ойрын 3-4 жилийн хөгжлийн стратегийг өмнө нь тухайн салбарт боловсрогдсон мастер төлөвлөгөө, хөтөлбөр, төслүүдэд үндэслэн тодорхойлсон бөгөөд Засгийн газрын үйл ажиллагааны хөтөлбөр, ЯБӨХ хөтөлбөр, Хөдөөгийн хөгжлийн стратеги, Нийгмийн салбарын мастер төлөвлөгөө, Жөндөрийн тэгш байдлаарх үндэсний хөтөлбөр, Хүүхдийн хөтөлбөр, Мянганы хөгжлийн зорилтуудтай уялдуулсан байна.

“Эдийн засгийн өсөлтийг дэмжиж ядуурлыг бууруулах стратегийн баримт бичиг”-ийн зорилго, зорилт, арга хэмжээ

“Эдийн засгийн өсөлтийг дэмжиж, ядуурлыг бууруулах стратеги”-ийн урт хугацааны зорилтыг Мянганы хөгжлийн зорилтууд болон Монгол орны хөгжлийн үзэл баримтлалтай уялдуулан дэвшүүлж байгаа бөгөөд Монгол улсын Засгийн газар ядуучуудын тоог 2015 онд 50 хувиар бууруулах, 2005 онд нийт хүн амыг анхан шатны (бага) боловсрол эзэмшүүлэх, нярай болон 5-аас доош насны хүүхдийн эндэгдлийг 50 хувиар бууруулж дэлхийн нийтийн дэвшүүлсэн зорилтыг хангахад өөрийн хувь нэмрээ оруулах болно гэжээ. Эдгээр зорилтуудыг дэвшүүлэхдээ өөрийн орны эдийн засгийн давуу болон сул тал, гадаад хамтын ажиллагааны цар хүрээ, хүний нөөцийн чадавхи болон өмнө нь хэрэгжүүлсэн хөтөлбөр, төслүүдийн сургамж дээр тулгуурлажээ. Энэ бол урт хугацаанд дэвшүүлж буй зорилго бөгөөд эдгээрт хүрэх бодлого, арга замыг Засгийн газрын бодлогын баримт бичгүүд, салбарын хөгжлийн стратеги болон олон улсын банк, санхүүгийн байгууллагуудтай тохиролцож хэрэгжиж байгаа хөтөлбөр, төслүүдэд тусгаж, тодорхой үе шаттайгаар хэрэгжүүлж эхлээд байна.

Хэдийгээр эдийн засаг, төсөв, санхүүгийн байдал тогтворжиж, гадаад, дотоодын хөрөнгө оруулалт, хуримтлалын хэмжээ нэмэгдэж байгаа боловч ядуурлын түвшинг бууруулах, орлогын ялгааг багасгах, улмаар хүн амын тогтвортой амжиргааг хангах ажил шаардлагаас хоцорсон хэвээрээ байгаа. Иймд ядуурлыг бууруулах стратегийн үндсэн зорилго нь эдийн засгийн өсөлтийг дунд хугацаанд жилийн 5-6 хувийг нэмэгдүүлэх явдал юм. Энэ нь ядуурлын түвшинг бууруулах талаар Мянганы хөгжлийн зорилтод дэвшүүлсэн үзүүлэлттэй нийцэж байгаа бөгөөд ирээдүйн тогтвортой, өндөр өсөлтийг хангах суурийг бүрдүүлэх юм. Үүний тулд дунд хугацаанд дараах зорилтуудыг тэргүүлэх чиглэлээр болгон дэвшүүлжээ. Үүнд:

Нэгдүгээрт. Эдийн засгийн бүтцийг улам сайжруулах зорилт. Далайд гарцгүй байршил, жижиг эдийн засаг, тархай бутархай суурьшсан хүн ам, байгаль цаг уураас хараат байдалтай манай орны хувьд хөдөө аж ахуй давамгайлсан бүтэцтэй байгаа нь эдийн засгийн баталгаагүй, эмзэг байдлыг улам гүнзгийрүүлж байна. Иймээс 2004-2007 онд дотоодын түүхий эдэд түшиглэсэн боловсруулах аж үйлдвэр, уул уурхайн олборлолт, аялал жуулчлал, мэдээллийн технологи, дэд бүтцийн салбарын хөгжилд тулхуу ач холбогдол өгч байна. Үүнтэй уялдаад аж үйлдвэр, үйлчилгээний салбарын ДНБ-д эзлэх хувийн жинг нэмэгдүүлэх болно. Дээрх зорилтыг хэрэгжүүлэх зорилгоор дараахь арга хэмжээг хэрэгжүүлнэ.

1.1 Боловсруулах салбарын хүрээнд мал аж ахуйн гаралтай түүхий эдийг боловсруулах аж үйлдвэрийн салбарыг сэргээн хөгжүүлж, энэ чиглэлийн аж ахуйн нэгжүүдийн экспортын бүтээгдэхүүний үйлдвэрлэлийг дэмжих болон бүс нутгийн хөгжилтэй уялдуулан жижиг, дунд үйлдвэрлэлийг дэмжих бодлогыг хэрэгжүүлэхэд анхаарах болно. Үүнд ноолууран бүтээгдэхүүн, мах, арьс шир, үслэг эдлэл, гурилын үйлдвэрүүдийг хамааруулна.

1.2 Газрын түүхий тос олборлолтыг нэмэгдүүлж, улмаар боловсруулж, авто бензин, дизөлийн түлш, мазут зэрэг бүтээгдэхүүн үйлдвэрлэх аж үйлдвэрийн шинэ салбарыг хөгжүүлнэ. Үүнтэй уялдаад газрын тос олборлолтыг нэмэгдүүлэх нөхцөлийг бүрдүүлнэ.

1.3 Уул уурхайн үйлдвэрлэлийн хувьд Монгол улсын эрдэс түүхий эдийн баялагийг оновчтой зөв ашиглах үүднээс уул уурхайн салбарт гадаад, дотоодын хөрөнгө оруулагчдыг татах, тус салбарт бизнес эрхлэх таатай орчныг бүрдүүлэхэд үйл ажиллагаагаа чиглүүлнэ. Эрдэс түүхий эдийн шинэ ордуудыг нээх, ашиглах зорилгоор хайгуул судалгаа, шинжилгээний ажлыг эрчимжүүлж, алт, зэс, нүүрс, газрын тос, цайр болон бусад нэр төрлийн эрдэс түүхий эдийн олборлолтыг нэмэгдүүлж, боловсруулалтын түвшинг ахиулахын зэрэгцээ эцсийн бүтээгдэхүүнийг үйлдвэрлэхэд онцгой ач холбогдол өгнө.

1.4 Мэдээллийн технологийн салбарыг хөгжүүлэх хүрээнд интернетийн үйлчилгээг өргөжүүлэх, электрон мэдээллийн нэгдсэн сүлжээг бүрдүүлэх, улмаар программ хангамжийг сайжруулах, боловсон хүчнээ чанартай бэлтгэх нөхцөлийг бий болгох, электрон мэдээллийг боловсруулах чиглэлийн бизнесийг хөгжүүлж экспортлох зэргээр мэдээллийн технологийн салбарт тэргүүлэх ач холбогдол өгч эрчимтэй үйл ажиллагаа явуулна.

1.5 Аялал жуулчлалын салбарыг түлхүү хөгжүүлэх зорилгоор Монголд аялал жуулчлал хөгжүүлэх таатай орчныг бүрдүүлэх, ялангуяа олон улсын нислэгийн тоог нэмэгдүүлж тав тухтай зорчих нөхцөлийг хангах үндсэн дээр гадаадаас ирэх жуулчдын тоог нэмэгдүүлэх зорилт тавьж байна. Гадаадын жуулчдыг тохьтой байлгах үүднээс зочид буудлуудын үйлчилгээг олон улсын стандартын түвшинд ойртуулахад анхаарна. Монголын аялал жуулчлалын зах зээлийн сурталчилгааг шинэ шатанд гаргаж өргөжүүлнэ. Энэ хүрээнд 2003 оныг Монголд зочлох жил болгон зарлаж, олон чухал арга хэмжээг хэрэгжүүлж эхлээд байна.

1.6 Бүс нутаг, дэд бүтцийн салбарын хувьд бүс нутгийн хөгжлийг дэмжих хууль эрхзүйн орчин бүрдүүлж, жижиг дунд үйлдвэрийг орон нутагт түлхүү хөгжүүлэхийн хамт бизнес эрхлэх орчныг нь сайжруулах үүднээс хөдөө, орон нутагт тээвэр, харилцаа холбоо, зам, цахилгаан эрчим хүч зэрэг

дэд бүтцийн салбарыг эрчимтэй хөгжүүлнэ. Эдийн засгийн төлөвлөлтийг бүс нутгаар хийх тогтолцоонд аажмаар шилжин хот, хөдөөгийн эдийн засгийн хөгжлийн ялгаатай байдлыг багасгах бодлого баримталж байна. Ингэснээр хөдөө, орон нутаг зах зээлийн харилцаанд идэвхитэй оролцож, хөдөөд зах зээл, бизнес эрчимтэй хөгжих таатай орчин бүрдэнэ гэж үзэж байна.

1.7 Мал аж ахуй, газар тариалангийн салбарын хувьд эрчимжсэн мал аж ахуйг хөгжүүлэх эхлэлийг тавих, бэлчээрийн менежмент, усан хангамж, малын удам угсаа, эрүүл мэндийг сайжруулах, тэжээлийн аюулгүйн нөөц бүрдүүлэхэд дэмжлэг үзүүлнэ. Мал сүргийг байгаль, цаг агаарын эрсдэлээс хамгаалах тогтолцоог бүрдүүлэх арга хэмжээг хэрэгжүүлнэ. Хөрс боловсруулах шинэ технологи нэвтрүүлж, байгаль орчинд сөрөг нөлөө үзүүлэхгүйгээр газар тариалангийн үйлдвэрлэл эрхлэх бодлого явуулна. Усалгаатай газар тариаланг өргөжүүлнэ.

Хоёрдугаарт. Төсөв, санхүүгийн тогтвортой байдлыг хангах зорилгоор төсөв, улсын салбарын шинэчлэлийг хэрэгжүүлэх зорилт.

2.1 Улсын салбарын шинэчлэлийн хүрээнд хувийн хэвшилд тулгуурласан эдийн засгийн өсөлтийг хангаж, төрийн оролцоог багасгах зорилтыг хэрэгжүүлэхдээ хүн амд үзүүлж буй үйлчилгээний хүртээмж, чанарыг бууруулахгүй байх бодлогыг баримталж байна. Улсын салбарын шинэчлэлийг төсөв болон төрийн албаны шинэчлэлийг гүнзгийрүүлэх замаар хэрэгжүүлэх бөгөөд 2003 оноос мөрдөж буй Төсвийн байгууллагын удирдлага, санхүүжилтийн хууль нь уг шинэчлэлийн хууль эрхзүйн үндэс болж байна.

2.2 Төсвийн шинэчлэлийн хүрээнд:

- Татвар нь зөвхөн төсвийн орлого бүрдүүлэх механизм биш бөгөөд хөрөнгө оруулалт, эдийн засгийн өсөлтийг урамшуулах, хэрэглээ ба хуримтлалын хоорондын зохистой харьцааг хангах гол хэрэгсэл билээ. Уг хэрэгслийг оновчтой зөв ашиглах нь эдийн засагт ихээхэн чухал юм. Татварын суурийг өргөтгөж, татвар хураалтыг сайжруулах, татварын хөнгөлөлт, чөлөөлөлтийг багасгаж, татварын тэгш, шударга орчинг бүрдүүлэх замаар татварын шинэчлэлийн бодлогыг хэрэгжүүлнэ.

- *Ур дүнд суурилсан төсвийн удирдлагын тогтолцоог* нэвтрүүлснээр Засгийн газар, төсвийн ерөнхийлөн захирагч нар төсвийн байгууллагын төсөв зохиох, батлуулах, зарцуулах, тайлагнахад идэвхитэй оролцох нөхцөлийг бүрдүүлж байгаа юм. *Төсвийн төлөвлөлт, зарцуулалт, тайлагналт салбараар хийгдэж салбарын бодлого, үйл ажиллагаатай төсөв нягт уялдана.*

- Санхүүгийн удирдлагыг бэхжүүлэх замаар ядуурлыг бууруулахад чиглэсэн үйл

ажиллагааны үр ашгийг дээшлүүлэх аргуудын нэг бол Дунд хугацааны төсвийн хүрээ (ДХТХ)-г оновчтой тогтоох явдал юм. *Дунд хугацааны төсвийн хүрээ нь бодлогын тэргүүлэх чиглэлийг төсвийн хөрөнгө, түүний зарцуулалттай уялдуулах гол механизм мөн бөгөөд энэхүү хүрээг боловсруулах, үйл ажиллагаандаа мөрдөх нь хүний нөөцийн чадавхи, төсөв захиран зарцуулагч нарын хариуцлагатай үйл ажиллагаагаа шаардсан урт хугацааны үйл явц юм. Иймээс төсвийн хүрээг анхнаас нь зөв боловсруулах мэдлэг чадварыг эзэмших шаардлага бидэнд тавигдаж байна.*

- Төсвийн зарлагын удирдлагыг шинэчлэх хүрээнд *улсын төсвийн бүтцэд урсгал хэрэглээний зардлын өсөлтийг зохистой хязгаарлаж, ялангуяа бараа бүтээгдэхүүн худалдан авах, төрийн албан хаагчдын цалин хөлсийг зөвхөн шинэчлэлийн хөтөлбөрийн үр дүн, төсөл, хөтөлбөрийн эдийн засгийн үр ашгийн үнэлгээ, ядуурлыг бууруулахад үзүүлэх нөлөөллийг нарийвчлан судалсны үндсэн хэрэгжүүлнэ. Ингэснээр урсгал зардлын хувийн жингийн өсөлтийг нийт зардлаас түрүүлүүлэхгүй байлгаж төсвийн тэнцвэрийг хангах боломж бүрдүүлэх зорилт тавьж байна.*

- Бүсчилсэн хөгжлийн үзэл баримтлалын хүрээнд хот хөдөөгийн хөгжлийн ялгааг багасгах, улмаар хөдөөгийн хүн амын амьжиргааг дэмжих зорилгоор төв болон орон нутгийн төсвийн харилцааг улам боловсронгуй болгох, бүс хоорондын санхүүгийн нөөцийн хуваарилалтыг оновчтой болгож, төрийн үйлчилгээний хүртээмж, чанарыг дээшлүүлэх, түүнд тавих хяналтанд орон нутгийн удирдлага, иргэдийг өргөн татан оролцуулж, тэдгээрийн үйл ажиллагааны хариуцлага, ил тод байдлыг хангана. Ийнхүү засаглал хоорондын харилцааг улам боловсронгуй болгоход иргэний нийгмийн оролцоог нэмэгдүүлснээр иргэдийг хөгжлийн үр шимийг зөвхөн хүртэгч байдлаар хандахаас илүү тэдний идэвхи, санаачилга, дээр тулгуурлан төрийн бодлогын хэрэгжилтийг хангах нь чухал гэж үзэж байна.

2.3 Төсвийн зарлагын шинэчлэлийн хүрээнд

Төрийн сангийн удирдлага, засгийн худалдан авах үйл ажиллагаа, нягтлан бодох бүртгэл, аудит, мэргэжлийн хяналтыг улам гүзгийрүүлснээр төсвийн шинэчлэлийн цогц байдлыг хангах зорилт

Монгол Улсад Төрийн сангийн нэгдсэн дансны тогтолцоо өнгөрсөн оны 7 сараас бүрэлдэж, Засгийн газрын төлбөрийн чадвар дээшилж, төлбөр тооцооны хариуцлага өндөрсөн. Төрийн сангийн нэгдсэн дансны тогтолцоог нэвтрүүлснээр төсвийн хөрөнгийн зарцуулалтыг хянах, төсвийн төлөвлөлтийг сайжруулах үндэс бүрдэж, тайлагналтын чанар, шуурхай байдал

хангагдаж, Засгийн газрын төлбөрийн чадвар, хариуцлага дээшлэх зэргээр төрийн бэлэн мөнгөний удирдлага эрс сайжирсан юм гэжээ. Дээрх амжилтыг улам бататган дунд хугацаанд *ТСНДансны тогтолцоог улам төлөвшүүлж боловсронгуй болгох* арга хэмжээ авна.

- Төсвийн удирдлагын бүрэлдэхүүн хэсэг болох улсын салбарт шаардлагатай бараа, ажил, үйлчилгээг хувийн хэвшлийн байгууллагуудтай гэрээ байгуулах замаар нээлттэй зах зээлээс сонгон шалгаруулалтаар, ил тод байдлаар худалдан авах явдал бөгөөд Засгийн худалдан авах үйл ажиллагааны эрх зүйн орчныг бүрдүүлж хэрэгжүүлээд 3 жил болж байна. Төсвийн хөрөнгийн зарцуулалтаас зөвхөн 2001-2002 онд худалдан авах ажиллагаа нэвтрүүлснээр нийтдээ 13.8 тэрбум төгрөгийн хэмнэлт гарсан байна. Иймд *Засгийн газрын худалдан авах үйл ажиллагааг боловсронгуй болгох, түүний үр өгөөжийг нэмэгдүүлэх* хүрээнд дунд хугацаанд худалдан авах үйл ажиллагааны хариуцлага, хяналтыг тогтолцоог бэхжүүлэх, зохион байгуулалтын бүтцийг боловсронгуй болгох чиглэлээр эрх зүйн орчинг сайжруулж, зохион байгуулалтын бүтцийг нарийвчилж, худалдан авах үйл ажиллагаанд оролцож буй засгийн газрын байгууллагуудын чадавхийг бэхжүүлэх талаар анхаарч ажиллана.

- *Төсвийн шинэчлэлийг эрчимжүүлэх, түүний дотор зарлагын удирдлагыг улам боловсронгуй болгох зорилгоор нягтлан бодох бүртгэл, тайлагналт, аудитын тогтолцоог олон улсын жишигт хүргэж, бүртгэлийн олон улсын стандартуудыг нэвтрүүлэх, боловсон хүчний чадавхийг бэхжүүлэх, стандартуудыг аж ахуйн нэгж, байгууллагуудад мөрдөхөд нь дэмжлэг үзүүлж, хяналтыг чангатгах зохион байгуулалтын арга хэмжээ авах замаар нягтлан бодох, бүртгэл, аудитын шинэчлэлийг үргэлжүүлнэ. Үүний зэрэгцээ мэргэжлийн хяналтын үйл ажиллагааг шинэчлэн, бизнес эрхлэгчид, хувийн хэвшлийн үйлдвэр, үйлчилгээ эрхлэхэд аль болох дэмжлэг үзүүлж, шударга өрсөлдөөнийг дэмжихэд чиглүүлнэ.*

2.4 Төрийн албаны шинэчлэл: Монгол улс зах зээлийн эдийн засгийн харилцаанд шилжиж эхэлснээр эдийн засгийн удирдлага шинэчлэгдэж улмаар төрийн захиргааны чиг үүрэг ихээхэн өөрчлөгдөж байна. Хэдийгээр төрийн албаны шинэчлэлийг эхлүүлэх талаар Засгийн газар, хандивлагчид хамтран ажиллаж ирсэн боловч төрийн албаны зардал өндөр, үр ашиг хангалтгүй, албан хаагчдын чадавхи сул хэвээр байна. Иймд төсвийн байгууллагуудын удирдлага, санхүүжилтийн шинэчлэлийн хүрээнд *төрийн албаны шинэчлэлийн иж бүрэн хөтөлбөрийг хэрэгжүүлэхээр төлөвлөж байна. Хөтөлбөрийн эцсийн зорилго нь үр дүнгийн удирдлагын шинэ загварыг нэвтрүүлэх буюу төрийн үйлчилгээний чанар, хүртээмжийг бууруулахгүйгээр хамгийн*

бага зардлаар илүү үр дүнд хүрэх зорилт тавьж байна. Дунд хугацаанд төрийн албаны шинэчлэлийг төрийн захиргаа болон үйлчилгээ, тусгай албаны бүх байгууллагыг хамруулан хийнэ. Харин төрийн албаны шинэчлэлийг хийхдээ сөрөг үр дагаврыг урьдчилан тооцож, тодорхой шалгуурыг үндэслэн дэмжлэг үзүүлэх замаар ядуурлаас урьдчилан сэргийлэх нь чухал юм. Ойрын жилүүдэд төрийн албаны шинэчлэлийг хэрэгжүүлэхдээ төрийн албаны хүний нөөцийн төлөвлөлтийн чадавхийг бүрдүүлэх, төрийн албаны хүний нөөцийн удирдлагын иж бүрэн мэдээллийн баазыг бүрдүүлэх зорилт тавьж байна. Энэхүү мэдээллийн бааз нь хүний нөөцийн удирдлагатай холбоотой мэдээллийг агуулахаас гадна Засгийн газрын санхүүгийн мэдээллийн системтэй холбогдосноор төсвийн зарцуулалтын үр ашгийг нэмэгдүүлж, санхүүгийн тогтвортой байдлыг хангах нэг арга зам болно. Мөн хүний нөөцийн чадавхийг бэхжүүлэх зорилгоор төрийн албаны бүх шатны ажилтныг нээлттэй, ил тод, шударга өрсөлдөөний зарчимд үндэслэн сонгон шалгаруулах тогтолцоог бий болгож төлөвшүүлэх, төрийн албан хаагчдын мэдлэг чадварыг дээшлүүлж, хариуцлагын тогтолцоог бэхжүүлэх арга хэмжээг үе шатайгаар зохион байгуулна.

Гуравдугаарт. Дунд хугацаанд баримтлах төрийн мөнгөний бодлогын гол зорилт нь макро эдийн засаг болон санхүүгийн тогтворжилтыг бэхжүүлэх, ДНБ-ий өсөлтийг дэмжихүйц мөнгө санхүүгийн орчинг бүрдүүлэх, санхүүгийн зуучлалыг гүнзгийрүүлэх, санхүү, банкны үйлчилгээний хүрээг тэлэхэд чиглэгдэж байна. Төв банкны үнэт цаасыг оновчтой байршуулж, өгөөжийг нэмэгдүүлэх, банкны системээс олгож буй зээл болон дамжуулан зээлдэх үйл ажиллагааны хяналтыг бэхжүүлэх замаар мөнгөний бодлогын шууд бус аргуудыг үр өгөөжтэй ашиглана.

Банк, санхүүгийн зуучлалыг өргөжүүлэх талаар дунд хугацаанд баримтлах бодлогын тэргүүлэх чиглэлийн нэг нь банк, санхүүгийн салбар дахь шударга өрсөлдөөнийг өрнүүлэн шинэ үйлчилгээг нэвтрүүлэх, төлбөр тооцооны үндэсний сүлжээ байгуулах, түүнд шаардлагатай техник, технологийг шинэчлэх, хяналтын арга механизмыг боловсронгуй болгох, энэ чиглэлээр ажиллах гадаад, дотоодын томоохон хөрөнгө оруулагчдыг хөхиүлэн дэмжинэ. Мөн банк санхүүгийн зуучлал, үйлчилгээг хөдөө орон нутагт өргөжүүлэх шат дараалсан арга хэмжээ авна. Энэ хүрээнд банк бус санхүүгийн байгууллага, хадгаламж зээлийн хоршоодын үйл ажиллагааг хөдөө орон нутагт өргөжүүлэх бодлого баримталж байна. Төрийн өмчийг хувьчлах хөтөлбөрийн дагуу зохих бэлтгэлийг хангасны үндсэн дээр төрийн өмчийн болон төрийн өмчийн оролцоотой арилжааны банкуудыг хувьчлах ажлыг дуусгана.

Банкуудын дотоод хяналт шалгалтыг олон улсын стандартын дагуу хийж, хөндлөнгийн хяналтын чанарыг сайжруулж, мэдээллийн ил тод байдлыг хангах, зээлийн эрсдлийг бууруулах арга механизмыг нэвтрүүлнэ.

Дөрөвдүгээрт. Гадаадаас авч ашиглаж буй зээл, тусламжийн хэмжээ, хандивлагч орон, олон улсын байгууллагуудын цар хүрээ өргөжих тусам Монгол улсын Засгийн газар гадаадын зээл, тусламжийн зохицуулалтыг боловсронгуй болгож хууль эрх зүйн орчныг сайжруулах шаардлага гарч байна. Үүнтэй уялдаад гадаадын зээл, тусламжийг зохицуулах хуулийг УИХ саяхан баталлаа. Цаашид хуулийн үзэл санаатай уялдуулан гадаадын зээл, тусламжийн ашиглалтыг сайжруулах хүрээнд шинэ орчинд тохирсон тогтвортой бүтцийг бий болгох, хөгжлийн тэргүүлэх чиглэлтэй уялдуулах чадавхийг бэхжүүлэх, хөрөнгийн бүртгэл, мэдээллийн тогтолцоог улам бэхжүүлэх арга хэмжээ авахаар төлөвлөж байна. Мөн зээл тусламжийн бүтэц, ашиглалтын үр өгөөжийг дээшлүүлэх зорилгоор Засгийн газар хандивлагчдаас нийгмийн салбарт, тухайлбал, эрүүл мэнд, боловсрол, соёл, нийгмийн хамгааллын салбарт буцалтгүй тусламж, техникийн туслалцаа түлхүү авч ашиглах чиглэл баримталж байна. Хөрш зэргэлдээ бүс нутгийн харилцан ашигтай хамтын ажиллагааны хэлбэрүүдэд идэвхитэй оролцож, хамтын ажиллагаагаа улам өргөжүүлнэ.

Тавдугаарт. Дунд хугацаанд эрчим хүчний салбарыг арилжааны горимд шилжүүлэх, үнэтэй аж ахуйн нэгжийн хувьчлалыг эрчимжүүлэх, газрын тухай багц хуулийг хэрэгжүүлэх зэргээр эдийн засаг дахь бүтцийн өөрчлөлтийг улам гүнзгийрүүлнэ.

Ийнхүү макро эдийн засгийн тогтвортой байдлыг хангаснаар хувийн хэвшил хөгжих таатай орчин бүрдэж, улмаар эдийн засгийн өсөлт түргэсэж, хүн амын амьжиргааг дээшлүүлэх суурь нөхцөл бүрдэх юм. Засгийн газраас макро эдийн засгийн тогтворжилтыг бататгах, тэр дундаа үнэ ханшийг тогтвортой байлгах, гадаад дотоод зах зээлийн хүрээг тэлэх замаар бизнес эрхлэх, ялангуяа хөдөө орон нутагт жижиг, дунд үйлдвэрлэл, үйлчилгээ эрхлэх эдийн засгийн таатай нөхцөлийг бүрдүүлж, иргэдийн өөрсдийн идэвхи, санаачилгыг өрнүүлэхэд чиглэсэн бодлого, үйл ажиллагааг хэрэгжүүлнэ. Иймд эдийн засгийн үйл ажиллагааг идэвхжүүлэх, бүтцийн өөрчлөлтийг эрчимжүүлэх, зах зээлийн хүртээмжийг нэмэгдүүлэх болон тодорхой салбарын бодлогыг хэрэгжүүлэхдээ

1/ хүн ам, тэр дундаа ядуучуудад хөдөлмөр эрхлэх, эдийн засгийн үйл ажиллагаанд идэвхитэй оролцох боломжийг бүрдүүлнэ. Ингэснээр ядуучуудын орлогын эх үүсвэр нэмэгдэх болно.

2/ нийгмийн болон дэд бүтцийн үйлчилгээний хүртээмж, чанарыг дээшлүүлэхийн зэрэгцээ нөөцийн ашиглалт, удирдлагын талаар шийдвэр гаргахад ядуучуудыг өргөн оролцуулах нь хүн амыг ядуу болон эмзэг байдлаас гаргах нэг арга зам гэж үзэж байна.

3/ ийнхүү хүн ам, ядуучуудад боломж бүрдүүлэх, шийдвэр гаргахад оролцуулснаар хүн ам ядуурал, эмзэг байдалд орохоос урьдчилан сэргийлэх нөхцөл бүрдэх болно.- гэсэн л байгаа юм даа. Би өөрөө нэг сайн ойлгож, итгэж өгөхгүй л байна. Дараа нь саналаа солилцье

Зургаадугаарт. Дунд хугацаанд хувийн хэвшлийг дэмжих, зах зээлийн хүртээжийг өргөжүүлэхэд юуны түүрүүнд бизнес эрхлэх таатай орчинг бүрдүүлж, хууль эрхзүйн орчинг тогтвортой байлгаж, бизнес эрхлэхэд саад учруулж буй хүнд суртал, чирэгдлийг арилгах, дэд бүтцийг хөгжүүлэх, хөдөлмөрийн зах зээлийн үйл ажиллагааг зах зээлийн эрэлт нийлүүлэлттэй уялдуулан хөгжүүлэх бодлогыг дэмжинэ. Энэ бодлогын хүрээнд дотоод худалдааг хөгжүүлэх, зах зээлийн эрэлт, нийлүүлэлттэй уялдуулан үйлдвэрлэлийг түүхий эдтэй нь, хотыг хөдөөтэй холбох, хөдөөгийн хүн амд хүргэж байгаа бараа, өргөн хэрэглээний зүйлсийн үнийг хот, суурин газрынхтай ойртуулж хямдруулах, тэднээс малын гаралтай түүхий эд, бүтээгдэхүүнийг газар дээр нь худалдан авах, тэдэнд учрах зардал чирэгдлийг багасгахад чиглэсэн маркетингийн тогтолцоог бүрдүүлнэ. Энэ зорилгоор Засгийн газар "Бөөний худалдааны сүлжээ" хөтөлбөрийг шинэчлэн баталж хэрэгжүүлэн эхэлсэн бөгөөд уг хөтөлбөрийн хүрээнд Орхон, Хэнтий, Баянхонгор аймгуудад энэхүү сүлжээг 2002 онд байгуулан туршсан нь үр дүнгээ өгсөн тул дунд хугацаанд зах зээлийн багтаамжтай нь уялдуулан бусад аймгуудыг хамруулан зохион байгуулна.

Засгийн газраас хувийн хэвшил, гадаадын түншүүдтэй хамтран тодорхой нэр төрлийн бараа бүтээгдэхүүнийг сурталчлах, менежмент, арга технологийг дэлгэрүүлэх, борлуулах, дуудлага худалдаа зохион байгуулах зэргээр алслагдсан аймгууд болон хөдөөгийн иргэд, ялангуяа ядуучуудад хүргэх арга хэмжээ авна. Зах зээлийн хүртээмжийг өргөжүүлэхэд бизнесийн үйл ажиллагаанд оролцогч аж ахуйн нэгж, байгууллага, хувь хүмүүс, хэрэглэгчдийн маркетингийн чадавхийг сайжруулах, төрийн болон төрийн бус байгууллагууд, хувийн хэвшлийнхний хоорондын түншлэлийг хангахад анхаарна. -Энэ хэсэгт бас ойлгомжгүй зүйл байна? -засгийн газар хөрөнгө оруулалтыг дэмжих орчин бүрдүүлэх түүнд хяналт тавихаасаа илүү бизнесийн байгууллагын гүйцэтгэх, тодорхой нэг бизнес бүтээгдэхүүний борлуулалтад хөл гараа дүрээд эхлэхээр чинь нөгөө улс төрийн болон бизнесийн чөлөөт өрсөлдөөн, импортыг бууруулах

экспортыг өсгөх, экспортын бүтээгдхүүний чанар зэрэг асуудал эдгээрийг дагаад хүчний болон үйлчилгээний байгууллагуудын талаарх бодлого зөрчилдөөд байх шиг байх юм.

Долоодугаарт. Монгол улсад орж ирж буй гадаадын хөрөнгө оруулалтын хэмжээ жилээс жилд нэмэгдэж байна. Одоогоор манай импортоор орж ирж буй машин, тоног төхөөрөмжийн нэлээд хэсэг нь гадаадын шууд хөрөнгө оруулалтаар орж ирж байгаа юм. Иймд гадаадын хөрөнгө оруулалтыг татах, хөхиүлэн дэмжихийн зэрэгцээ гадаад хөрөнгө оруулалтын хууль эрхзүйн тогтвортой орчин бүрдүүлж, бизнесийн мэдээллийг үнэн зөв, шуурхай хүргүүлэх, бизнес эрхлэхэд нь саад болж буй хүнд суртлыг багасгахад Засгийн газар анхаарч байна. Нөгөө талаар гадаадын шууд хөрөнгө оруулалтыг хөхиүлэн дэмжих нь гадаад худалдааны таатай орчин бүрдүүлэхтэй нягт уялдаатай юм. Иймд үйлдвэрлэл, худалдаа эрхлэхэд тарифын бус зохицуулалтыг зохистой болгох, хүнд суртлыг багасгах, элдэв шат дамжлага, зөвшөөрлийг цөөлөх зэргээр төрийн зохицуулалтын оролцоог улам багасгана. Нөгөө талаар экспортын бараа бүтээгдэхүүний чанар, өрсөлдөх чадварыг дээшлүүлэх зорилгоор Монголд мөрдөж буй стандартуудыг олон улсын түвшинд ойртуулна. Ийнхүү гадаад худалдааг улам нээлттэй чөлөөтэй болгож буй нь бараа, бүтээгдэхүүний нийлүүлэлт, экспортыг нэмэгдүүлж гадаад худалдаанаас олох орлогыг нэмэгдүүлж, хүн амын хэрэглээ, ялангуяа ядуучуудад өртөг багатай бараа бүтээгдэхүүн нийлүүлэх нөхцөл бүрдэхийн зэрэгцээ тэдний орлого өсөх үндэс болно гэж үзэж байна.

Наймдугаарт. Бүсчилсэн хөгжлийн үзэл баримтлалыг хэрэгжүүлэх хүрээнд хот хөдөөгийн хөгжлийн ялгааг багасгах, улмаар хүн амын амьжиргааны түвшинг дээшлүүлэхэд үйлдвэрлэл, худалдааг урамшуулсан чөлөөт бүс чухал байр суурьтай байна. Монгол Улсад чөлөөт бүсийг худалдааны, үйлдвэрлэлийн, хөдөө аж ахуйн, аялал жуулчлал-үйлчилгээний, эдийн засгийн гэсэн хэлбэртэй байж болох тухай хууль эрхзүйн орчин бүрдсэн бөгөөд эхний ээлжинд худалдааны чөлөөт бүсийг Алтанбулаг, Замын - Үүдэд байгуулах зорилт тавьж байна. Ийнхүү бараа бүтээгдэхүүний зах зээлийг хөгжүүлэх, гадаад худалдааны нөхцөлийг сайжруулах талаар тавьж буй стратеги нь ядуучуудын орлогыг нэмэгдүүлэх, хот хөдөөд жижиг дунд үйлдвэр хөгжүүлэх, бүтээгдэхүүнийг нь гадаад дотоод зах зээлд борлуулахад чиглэгдэж байгаа юм.

Есдүгээрт. Ийнхүү эдийн засгийн шинэчлэл нь эцсийн дүнд хүн ам, тэр дундаа ядуучуудад хөдөлмөр эрхлэх, зах зээлд ойртох боломжийг нэмэгдүүлж, улс орныхоо хөгжилд идэвхитэй оролцогч байх нөхцлийг хангаж байгаа юм. Харин хувь хүнд өөрийн амьжиргааг өөд нь татах эдийн засгийн орчин байхаас гадна тухайн иргэн

хүнд зохих боловсрол эзэмших, эрүүл байх, нийгмийн хамгааллын тогтолцоонд хамрагдсан байх нөхцөлийг Засгийн газраас бүрдүүлж байна. Ингэхдээ улсын салбарт хэрэгжүүлж буй шинэчлэлийг хүн амд үзүүлэх нийгмийн үйлчилгээний чанар, хүртээмжийг нэмэгдүүлэхэд чиглүүлж байна. Эдийн засгийн өсөлтийг дэмжиж, ядуурлыг бууруулах стратеги нь хүн амд үзүүлэх суурь болон нийгмийн хамгааллын үйлчилгээг нэмэгдүүлэх, үүнтэй уялдуулан санхүүжилтийн тогтолцоог улам боловсронгуй болгох, хүн сурах, эрүүл байх орчныг бүрдүүлэх, нийгмийн хамгааллын сүлжээнд хамрагдах, ялангуяа хөдөөгийн болон шинээр суурьшин ирж буй хүн амын нийгмийн асуудал шийдвэрлэхэд чиглэгдэж байна. Суурь болон нийгмийн хамгааллын үйлчилгээний хүртээмжийг нэмэгдүүлэх, хамралтыг оновчтой болгохоос гадна үйлчилгээний чанарыг нэмэгдүүлэх, түүнд тавигдах хяналтыг улам сайжруулах механизмыг бүрдүүлнэ. Энэ зорилтын хүрээнд дунд хугацаанд нийгмийн салбарын бүтцийн өөрчлөлтийг тодорхой үе шаттайгаар хэрэгжүүлэх бөгөөд тэтгэврийн тогтолцооны шинэчлэлийг эхлүүлэхээр төлөвлөж байна. Нийгмийн хамгааллын тогтолцоог сайжруулах цогц бодлогын нэг хэсэг нь хөдөлмөр эрхлэлтийг нэмэгдүүлэх явдал юм. Хүн амын хөдөлмөр эрхлэлтийг хөдөлмөрийн зах зээлийн үйл ажиллагааг бэхжүүлэх, санхүүгийн эх үүсвэрийн хүртээмжийг нэмэгдүүлэх, нийтийг хамарсан ажлыг өргөжүүлэх, хүн амын ажлын ур чадварыг дээшлүүлэх замаар хүн амд хөдөлмөрлөх боломжийг бүрдүүлж өгөхөд чиглэгдсэн байна.

Эдийн засгийн өсөлтийг дэмжиж, ядуурлыг бууруулахад чиглэсэн арга хэмжээг хэрэгжүүлэхэд сайн засаглал, түүний дотор иргэний нийгмийн идэвхитэй оролцоо, хүчтэй хяналт юу юунаас илүү чухал. Мөн сүүлийн үед хурцаар тавигдаж буй асуудлын нэг бол жөндөрийн тэгш байдлыг хангах явдал юм. Стратегийн зорилт бүрт эрэгтэй эмэгтэй хүмүүсийг хэрхэн оролцуулах, тулгарч буй асуудлыг яаж жөндөрийн мэдрэмжтэй шийдвэрлэх талаар авч үзсэн байна.

Ийнхүү шинээр боловсруулан батлуулсан "Эдийн засгийн өсөлтийг дэмжиж, ядуурлыг бууруулах стратеги" нь олон талын үйл ажиллагааг хамарсан бөгөөд олон шахуу зорилтуудыг агуулжээ.

Жич: "Эдийн засгийн өсөлтийг дэмжиж, ядуурлыг бууруулах стратеги"-ийн Хүний тогтвортой хөгжлийг хангах Эрүүл мэндийн хэсгийг дараагийн дугаарт дэлгэрүүлэн танилцуулах болно.

Ном зүй.

1. "Эдийн засгийн өсөлтийг дэмжиж, ядуурлын бууруулах стратегийн баримт бичиг"

Монгол улсын засгийн газар. Улаанбаатар хот 2003 он

2. "Монгол улсын эрүүл мэндийн тооцооны цар хүрээг тодорхойлох үзэл баримтлал" Эрүүл мэндийн салбарын төсвийн зарлагын удирдлагыг бэхжүүлэх төсөл, Улаанбаатар хот 2003 он

3. "Монгол улсын үндэсний хөгжлийн хөтөлбөр" эцсийн хувилбар, СЭЗЯ, Улаанбаатар хот 2004 он

4. "Нийгмийн хамгааллын салбарын стратегийн баримт бичиг" Монгол улсын засгийн газар, НХХЯ, Улаанбаатар хот 2003 он

5. MOHSW, WHO, Mongolia Health Sector Review, Ulaanbaatar, Mongolia, June 1999

6. Human development report Mongolia 1997, 2000 UNDP, Mongolia

7. Child and Development Survey- 2000, UNICEF, NSO

8. The Policy to be pursued by the state on Public Health, 2001

9. Public Health Legal reference book, 2002

10. National household livelihood capacity support programme

11. Poverty Impact Assessment –Final report, ADB, 2002

12. Population and Housing Census 2000, Education and literacy analysis based on the 2000 Census

13. Population and Housing Census 2000, Housing analysis Based on the 2000 Census

14. Population and Housing Census 2000, Economic activity

15. The 2000 population and housing census, Population projections of Mongolia

16. Population and Housing Census 2000, Education and literacy analysis based on the 2000 Census

17. "Mongolia Poverty Reduction Strategy Paper and Joint Staff Assessment (PRSP)", World Bank Report No.: 26563-MOG; EASPR East Asia Region. August 18, 2003.

18. Outline of proposed framework for Mongolia National Health Accounts (MNHA) Discussed and Supported by Steering Committee on 16th, May 2003. MOH, Mongolia

19. Public procurement law of Mongolia, Law of Mongolia, Ulaanbaatar 2000.

20. "Social security sector strategy paper" The Government of Mongolia, MOSWL, Ulaanbaatar, November 2003

21. Jeffrey D. Sachs "Macroeconomics And Health: Investing health for Economic development" Report of the Commission on Macroeconomics And Health

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

“ГИМАЛАЙ ДРАГ” Компанийн Монгол дахь албан ёсны дистрибьютор “ЦАХИУР ТӨМӨР” ХХК

ЛИВ.52

НАЙРЛАГА:

Нунтаг:

<i>Sapparis spinosa</i>	65 mg
<i>Cichorium intybus</i>	65 mg
<i>Mandur bhasma</i>	33 mg
<i>Solanum nigrum</i>	32 mg
<i>Terminalia arjuna</i>	32mg
<i>Cassia occidentalis</i>	16 mg
<i>Achillea millefolium</i>	16 mg
<i>Tamarix gallica</i>	16 mg

Sapparis spinosa-Энэхүү ургамлын ишийг элэг, дэлүү, бөөрний эмгэгүүдийн үед хэрэглэдэг бөгөөд туулгах, шээс хөөх үйлдэлтэй.

Cichorium intybus-Энэхүү ургамлын ханд нь эсийн мембраны хэт исэлдэлтээс сэргийлж, элэгний эсийг гэмтэхээс сэргийлнэ.

Mandur bhasma-Цэсний хүүдийнээс 12 хуруу гэдсэнд цэс орохыг идэвхжүүлнэ.

Solanum nigrum-Энэ ургамал нь шээс хөөх, туулгах, агчил тавиулах үйлдэлтэй.

Terminalia arjuna-Энэхүү ургамлын холтос нь идэвхитэй шээс хөөх үйлдэлтэйгээс гадна элэгний эмгэгүүдийн үед биеийн тамир тэнхээг сэргээнэ.

Cassia occidentalis-Энэхүү ургамлын үр нь олейн ба маргарины тос, таннины хүчил, цардуул, цөллюлоз, ачрозин, кальцийн сульфат, кальцийн фосфат, магни, төмөрийн агууламжтай. Шээс хөөх, туулгах, бактер болон мөөгөнцөрийн эсрэг үйлдэлтэй.

Achillea millefolium-Энэхүү ургамлын үр нь цус тогтоох, туулгах, шээс хөөх, халуун бууруулах үйлдэлтэй.

Tamarix gallica-Элэгний үйл ажиллагааг эрчимжүүлж, хоолны боловсролт, шингэлтийг сайжруулхаас гадна элэг хамгаалах идэвхтэй.

ЭМИЙН ХЭЛБЭР: Шахмал, Сироп, Дусал

ЭМИЙН ЭМЧИЛГЭЭНИЙ БҮЛЭГ: Элэг хамгаалах бүлэг

ФАРМАКОЛОГИЙН ҮЙЛДЭЛ:

• Лив.52 нь элэгний эсийн нөхөн төлжилтийг сайжруулж, элэгний паренхими эсийг хамгаалах замаар элэгний идэвхитэй үйл ажиллагааг хангадаг.

• Лив.52 нь эсийн мембраны үйл ажиллагааны алдагдлыг зохицуулж, мембраны нөхөн сэргэлтийн хугацааг түргэсгэж, халдварт гепатитын үед элэгний үйл ажиллагааны эрт нөхөн сэргэлтийг хангана.

• Лив.52 нь спиртын метаболизмын дүнд үүсдэг завсрын хортой бүтээгдэхүүн болох ацетальдегидын хэмжээг бууруулан спиртын гаралтай элэгний гэмтлийг анагаах, элэг

гэмтэхээс хамгаалах үйлдэлтэй. Түүнчлэн архины архаг хордлогын үед өөх тос үүсэлтийг багасгахын хамт элэгний өөх тосны задарлыг ихэсгэнэ.

• Элэгний хатуурлын эхний шатанд Лив.52 нь элэгний өвчлөлийг багасгаж, элгэнд холбогч эд үүсэхийг саатуулснаар хатуурлыг зогсооно.

• Элэгний хоргүйжүүлэх үйл ажиллагааг сайжруулж, элэг хордуулах үйлдэлтэй эмийн бэлдмэл, бусад хорт бодисоос элгийг хамгаалдаг.

• Энэ эмийг өдөр тутам хэрэглэснээр хоол идэх дуршил төрүүлж, хоол боловсруулалт, шингэлтийг сайжруулж, жин нэмэгдүүлнэ.

ХЭРЭГЛЭХ ЗААЛТ:

1. Эмчлэх болон урьдчилан сэргийлэх зорилгоор:

• Вирусын гепатит

• Согтууруулах ундаанаас үүсэлтэй элэгний эмгэг

• Элэгний хатуурлын өмнөх ба эхний шатанд

• Уургийн дутагдал, хоол тэжээлийн хомсдол

• Хоол идэх дуршил муудсан

• Химийн ба туяа эмчилгээний дараахи элэгний өөрчлөлтөнд

2. Элэг хордуулах үйлдэлтэй эмийн бэлдмэлийн нөлөөллөөс элгийг хамгаалах зорилгоор хавсарч хэрэглэнэ:

• парацетамол

• жирэмслэлтээс хамгаалах ууж хэрэглэдэг эмийн бэлдмэлүүд

• антибиотикууд

• сүрьеэгийн эм

• шимэгч хорхойн эсрэг эм

3. Хүнд өвчний дараахь нөхөн сэргэлтэд чухал үүрэгтэй

ХЭРЭГЛЭХ ТУН:

• Сүрьеэгийн эмчилгээний үед: 2 шахмалаар өдөрт хоёр удаа, эмчилгээний дараа: 1 шахмалаар өдөрт хоёр удаа

• Вирусын хурц гепатитын үед:

Хүүхэд: 2 шахмалаар өдөрт хоёр удаа

Насанд хүрэгсэд: 2 шахмалаар өдөрт гурван удаа ууна.

• Элэгний архаг, идэвхитэй гепатитын үед: 2 шахмалаар өдөрт 3 удаа 6 сарын турш

• Элэгний хатуурлын үед: 2 шахмалаар өдөрт 3 удаа, 6-12 сарын турш

• Архинаас шалтгаалсан элэгний өвчлөлийн үед: 2 шахмалаар өдөрт Зудаа 1 сар, дараа нь 1 шахмалаар өдөрт 3 удаа 6-12 сар ууна.

• Тураалын үед: Хүүхэд: 1 шахмалаар өдөрт гурван удаа

Насанд хүрэгчдэд: 2 шахмалаар өдөрт гурван удаа

ГАЖ НӨЛӨӨ: Мэдээлэгдээгүй

ЦЭЭРЛЭЛ: Үгүй

Бусад эмийн бэлдмэлтэй үйлчлэлцэх:
Мэдээлэгдээгүй

ТУСГАЙ АНХААРУУЛГА: Үгүй

ХЭРЭГЛЭХ ХУГАЦАА: Үйлдвэрлэсэдрөөс
хойш 3 жил

ХАДГАЛАХ НӨХЦӨЛ: Харанхуй, сэрүүн,
хуурай газар хадгална. Хүүхэд хүрэхээргүй газар
тавина. Хөргөгчинд хадгалах шаардлагагүй.

САВ БАГЛАА: Лацтай саванд 100 шахмалаар
**ВИРУСЫН ГЕПАТИТЫН ҮЕД ЛИВ.52-ийн
ҮЙЛЧЛЭЛ**

- Биохимийн үзүүлэлтүүдийг сайжруулна.
(АЛАТ, АСАТ, билирубин, шүлтлэг фосфатаза,
альбумин глобулины харьцаа)

- Элэгний эсийн нөхөн төлжилтийг түргэсгэнэ.
- Элэгний хэвийн үйл ажиллагааг хангана.
- Эдгэрэлтийг түргэсгэж, клиник шинж
тэмдгүүдийг (халуурах, хоолонд дургүй болох,
огиж бөөлжих, шарлах) хурдан хугацаанд
арилгана.

- Өвчний архагшилтыг зогсоож, бүрэн гүйцэд
эрүүлжүүлнэ.

**СОГТУУРУУЛАХ УНДААНААС ҮҮСЭЛТЭЙ
ЭЛЭГНИЙ ГЭМТЭЛ БОЛОН ХОРДЛОГОД**

- Согтууруулах ундаанаас үүсэлтэй элэгний
гэмтлийн үед ацетальдегид дегидрогеназа
ферментийг идэвхжүүлснээр ацетальдегидийн
түвшинг бууруулна.

- Рибосомын ферментүүдийг идэвхижүүл-
сэнээрээ элэгний хоргүйжүүлэх үйл ажиллагааг
сайжруулж, согтууруулах ундааны нөлөөллөөс
элэгний паренхими эсийг хамгаална.

- Альбумины нийлэгжилтийг идэвхжүүлж,
альбумин глобулины зохистой харьцааг бүрдүүлж
элгийг хамгаална.

- А-1 антитрипсиний нийлэгжилтийг дэмжиж,
уургийн задралаас элгийг хамгаална.

- Элэгний эмгэгүүдийн үед липидийн хэт
исэлдэлтийг саатуулж элгийг хамгаална.

- Согтууруулах ундаанаас үүсэлтэй элэгний
эсийн бүтцийн өөрчлөлтийг нөхөн сэргээнэ.

- Элэгний эсийн ажиллагааг идэвхижүүл-
сэнээрээ нөхөн төлжилтийг нь сайжруулж, фиброз
өөрчлөлтийг багасгана.

**СҮРЬЕЭ ӨВЧНИЙ ҮЕД ЛИВ.52-ийг
ХАВСАРЧ ХЭРЭГЛЭСНЭЭР:**

- Сүрьеэгийн эмүүдийн сөрөг нөлөөллөөс
элгийг хамгаална.

- Сүрьеэгийн эмчилгээг найдвартай, хор
аюулгүй явагдах нөхцөлийг бүрдүүлнэ.

- Сүрьеэгийн эмүүдийн сөрөг нөлөөг
бууруулсанаараа уг эмчилгээг тасралтгүй явуулах
нөхцөлийг хангана.

- Сүрьеэгийн хордлогын үед үүсэх хоолны
дуршил буурах хам шинжийн үед хоолны
дуршлийг сайжруулна.

- Биений ерөнхий байдлыг сайжруулна.
- Өвчтөнийг хурдан хугацаанд төгс эдгэрэхэд
нөлөөлнө.

ХООЛНЫ ДУРШИЛ БУУРАХАД

Лив.52 нь хоолны дуршлийн үндсэн хэм
хэмжээг хэвийн болгосноороо:

- Хоолны дуршлийг нөхөн сэргээнэ.
- Хоол боловсруулах, шингээх үйл явцыг
идэвхижүүлнэ.

- Биений жинг нэмэгдүүлнэ.

- Биений ерөнхий байдлыг сайжруулна.

- Бүх насны хүмүүст найдвартай үйлчилгээтэй.

АБАНА

НАЙРЛАГА:

Ханд:	
Terminalia arjuna	30mg
Withania somnifera	20mg
Dashamoola	20mg
Tinospora cordifolia	10mg
Emblica officinalis	10mg
Terminalia chebula	10mg
Eclipta alba	10mg
Glycyrrhiza glabra	10mg
Asparagus racemosus	10mg
Carum copticum	10mg
Zingiber officinale	10mg
Nepeta hindostana	20mg
Nagapashana bhasma	10mg
Shankh bhasma	10mg
Makardhwaj	10mg
Cyperus rotundus	5mg
Acorus calamus	5mg
Syzygium aromaticum	5mg
Syzygium aromaticum	5mg
Celastrus paniculatus	5mg
Santalum album	5mg
Boerhaavia diffusa	10mg
Elettaria cardamomum	5mg
Нунтар:	
Foeniculum vulgare	5mg
Balsamodendron mukul	5mg
Rosa centifolia /Цэвэршүүлсэн/	30mg
Cinnamomum cassia	5mg
Shilajeet /Цэвэршүүлсэн/	20mg
Abhrak bhasma	5mg
Centella asiatica	10mg
Mukta pishti	5mg
Convolvulus pluricaulis	10mg
Agate pishti	5mg
Ocimum sanctum	10mg
Jade pishti	5mg
Nardostachys jatamansi	10mg
Ruby pishti	5mg
Piper longum	10mg
Coral pishti	5mg

Terminalia arjuna-Липид, триглицерид, холестеролын хэмжээг багасгаж, цусны реолог чанарыг сайжруулна. Идэвхитэй шээс хөөнө.

Embllica officinalis-Витамин С, таннин, сахар, целлюлоз, амин хүчил, альбумин болон эрдэс бодисууд агуулхаас гадна шээс хөөж, туулгана.

Tinospora cordifolia-Агчил тавиулаж, халуун бууруулаж, үрэвсэл болон өвдөлт намдааж, элэгний үйл ажиллагааг эрчимжүүлж, шээс хөөнө.

Centella asiatica-Каратиноид, В-ийн төрлийн болон С витаминьг ихээр агуулдаг. Зүрх судасны өвчнүүдийн үед агчил тавиулж, тайвшруулах, үрэвсэлийн эсрэг үйлдэлтэй.

Withania somnifera-Биенийн тамир тэнхээ сэргээх, бэлгийн сэрлийг сайжруулах ба мэдрэлийн үйл ажиллагааг тайвшруулах нөлөөтэй.

ЭМИЙН ХЭЛБЭР: Шахмал

ЭМИЙН ЭМЧИЛГЭЭНИЙ БҮЛЭГ: Зүрхний тонусыг сэргээх үйлдэлтэй.

ФАРМАКОЛОГИЙН ҮЙЛДЭЛ:

- Холестеролын биосинтезыг дарангуйлна
- Эндотелийн липопротеин липаза ферментийг идэвхижүүлнэ

- Атероген шинжтэй липопротейний нийлэгжлийг дарангуйлж, задралыг ихэсгэнэ.

- Их нягттай липопротейны концентрацийг өсгөж, атеросклерозын улмаас үүссэн судасны гэмтлийг багасгана.

- Гэдэсний ханаар цөсний хүчлийн шимэгдэхийг дарангуйлж, бие махбодоос ялгарахыг ихэсгэнэ.

- Зүрхний адренерг цочролын мэдрэх чадварыг бууруулна.

- Эерэг инотропик үйлчилгээтэй тул зүрхний булчингийн агшилтийг сайжруулна.

ХЭРЭГЛЭХ ЗААЛТ:

- Гиперлипидеми
- Гипертензи 1;2-р шат
- Тэтэм судасны нарийслийн үед хам эмчилгээнд

- Зүрхний өвчнөөр өвдөх магадлал ихтэй хүмүүст урьдчилан сэргийлэх зорилгоор

- Зүрх судасны ба тархины судасны хатууралтай хүмүүсийн цусны урсгалыг сайжруулна.

- Атеросклероз болон түүний хүндрэлийг (инсульт, ишими, инфаркт) эмчлэх, урьдчилан сэргийлэх зорилгоор хэрэглэнэ.

ХЭРЭГЛЭХ ТУН: Цусан дахь өөх тосны хэмжээ болон артерийн даралтыг хэвийн болох хүртэл 2 шахмалаар өдөрт 2 удаа, дараа нь 1 шахмалаар өдөрт 2 удаа ууж хэрэглэнэ. Курс эмчилгээ бүрэн гүйцэд эрүүлжих хүртэл

ГЭЖ НӨЛӨӨ: Мэдээлэгдээгүй.

ЭСРЭГ ЗААЛТ: Онцгойлон хориглох заалтгүй

БУСАД ЭМТЭЙ ҮЛ НИЙЦЭЛ: Мэдээлэгдээгүй.

ХАДГАЛАХ ХУГАЦАА: Үйлдвэрлэгдсэнээс хойш 3 жил.

ХАДГАЛАХ НӨХЦӨЛ: Харанхуй, хуурай, сэрүүн нөхцөлд хадгална. Хүүхэд хүрэхээргүй газар хадгал. Хөргөгчинд хадгалж болохгүй.

САВ БАГЛАА: Битүүмжилсэн саванд 50 шахмалаар савлагдсан.

DIAREX

НАЙРЛАГА:

Ханд:

<i>Holarrhena antidysenterica</i>	245mg
<i>Tinospora cordifolia</i>	16mg

Нунтаг:

<i>Aegle marmelos</i>	245mg
<i>Punica granatum</i>	82mg
<i>Shankh bhasma</i>	61mg
<i>Cyperus rotundus</i>	51mg

Holarrhena antidysenterica-Цусан суулга болон шимэгчийн эсрэг хүчтэй үйлчилнэ.

Tinospora cordifolia-Халуун бууруулах, үрэвсэл намдаах, агчил тавиулах үйлчилгээтэй.

Aegle marmelos-Суулгалт, дизентери, холерийн үеийн хоол боловсруулах эрхтэний хямралууд, гэдэс базлах, дүүрэхийг багасгана.

Punica granatum-Бактерийн эсрэг хүчтэй үйлчилгээтэй.

Shankh bhasma-Ходоодны хүчил бууруулах болон хоол боловсрох үйл явцыг эрчимжүүлэх үйлдэлтэйгээрээ алдартай ургамал юм.

Cyperus rotundus-Цус тогтоох үйлдэлтэй.

ЭМИЙН ХЭЛБЭР: Шахмал

ЭМИЙН ЭМЧИЛГЭЭНИЙ БҮЛЭГ: Суулгалтын эсрэг бэлдмэл

ФАРМАКОЛОГИЙН ҮЙЛДЭЛ:

- Гэдэсний гүрвэлзэх хөдөлгөөнийг дарангуйлна.

- Нянгийн эсрэг болон цус тогтоох үйлдэлтэй.

- Өнгөр тогтоох үйлчилгээтэй тул гэдэсний салстыг нөхөн төлжүүлнэ.

- Гэдэсний спазмын эсрэг үйлчилгээтэй тул суулгалтын үеийн хурц өвдөлтийг намдаана.

- Амёбын эсрэг болон үрэвсэл намдаах үйлчилгээтэй.

ХЭРЭГЛЭХ ЗААЛТ:

- Хурц болон архаг суулгалт

- Амёбын дизентери

- Гэдэс дотрын цочрол хямралын үед

ХЭРЭГЛЭХ ТУН: Хүүхдэд: 1/2 шахмалаар өдөрт 2 удаа. Насанд хүрэгсэдэд: 1-2 шахмалаар өдөрт 2 удаа. Курс эмчилгээ бүрэн гүйцэд эрүүлжих хүртэл

ЭСРЭГ ЗААЛТ: Онцгойлон хориглох заалтгүй.

АНХААРУУЛГА: Ихэнхи өвчтөнд зохимжтой ба үйлчилгээ нь найдвартай.

Гэвч ус ба эрдэс бодисын (элекролитийн) алдалтын шинж тэмдэгийг нарийн хянаж, тунгийн

хэмжээг зохицуулах шаардлагатай. Хэрэв уг эмийг удаан хугацаагаар хэрэглэсэн ч өвчний шинж тэмдэг арилахгүй бол дотрын эмчийн зөвлөлгөөг авах шаардлагатай.

ГАЖ НӨЛӨӨ: Мэдээлэгдээгүй.

БУСАД ЭМТЭЙ ҮЛ НИЙЦЭЛ: Мэдээлэгдээгүй.

ОНЦГОЙ АНХААРУУЛГА: Үгүй.

ХАДГАЛАХ ХУГАЦАА: Үйлдвэрлэснээс хойш 3 жил

ХАДГАЛАХ НӨХЦӨЛ: Харанхуй, хуурай, сэрүүн нөхцөлд хадгална. Хүүхэд хүрэхээргүй газар тавина. Хөргөгчинд хадгалж болохгүй.

САВЛАЛТ: Битүүмжилсэн хуванцар саванд 100 шахмалаар савлагдсан.

ЦИСТОН

НАЙРЛАГА:

Хандмал:

<i>Didymocarpus pedicellata</i>	65mg
<i>Saxifraga ligulata</i>	49mg
<i>Rubia cordifolia</i>	16mg
<i>Syperus scariosus</i>	16mg
<i>Achyranthes aspera</i>	16mg
<i>Onosma bracteatum</i>	16mg
<i>Vernonia cinerea</i>	16mg

Нунтаг:

<i>Hajrul yahood bhasma</i>	16mg
<i>Shilajeet(Purified)</i>	13m

Didymocarpus pedicellata-Бөөр болон давсагны чулууг хайлуулах ба хөөдөг.

Saxifraga ligulata-Шээс хөөх, цус тогтоох, үйлдэлтэйгээс гадна кристалл-коллоидын тэнцвэрийг хадгална, мөн тамир тэнхээ сэргээх, чийг бам өвчний эсрэг болон туулгах үйлдэл үзүүлнэ.

Rubia cordifolia-Уг үндсэнд агуулагдах рюберитринийн хүчил нь шээсний замд үүссэн оксалатын чулуунуудыг хайлуулж, шээсээр хөөгдөх боломжийг хангана.

Achyranthes aspera-маш хүчтэй шээс хөөх болон цус тогтоох үйлдэлтэй тул бөөрний хаван болон анасарк үед маш сайн үр нөлөөтэй.

Гол үйлчлэгч бодис нь ачирентиний алкалоидууд, битеин юм.

ЭМИЙН ХЭЛБЭР: Шахмал

ЭМИЙН ҮЙЛЧИЛГЭЭНИЙ БҮЛЭГ:

- Бөөр шээсний замын чулууг хайлуулах
- Халдваргүйжүүлэх

ФАРМАКОЛОГИЙН ҮЙЛЧИЛГЭЭ:

1. Чулуу үүсэхээс сэргийлнэ.
• Чулуу үүсгэгч оксамидын төрлийн бодисуудыг нарийн гэдсээр шимэгдэлтийг хянаж, кристалл-коллоидын тэнцвэрийг тогтооно.

• Хурган чихний хүчил, кальцигидроксипролин зэрэг чулуу үүсгэгч бодисын хэмжээг багасгаж, чулуужилтыг саатуулдаг.

2. Үүссэн чулууг хайлуулах.

• Муцинаар барьцалдаж нэгдсэн оксалат, фосфат, уратын гаралтай чулуунуудыг задална.

3. Бага хэмжээтэй чулууг шээсээр хөөж гадагшлуулна.

• Шээсний замын гөлгөр булчингийн агшилтыг сулруулна.

• Шээс хөөх үйлдэлтэй.

4. Шээсний замын эрхтэнүүдийн халдвараас сэргийлэх ба анагаана.

• Микробын эсрэг болон үрэвсэл намдаах үйлдэлтэй.

ХЭРЭГЛЭХ ЗААЛТ:

1. Чулуужилтыг зогсоох:

• Оксалатын чулуу

• Фосфатын чулуу

• Уратын чулуу

• Талст(давс)ялгарах

• Хагалгааны дараа бөөр шээсний замд дахин чулуужилт үүсэхээс сэргийлнэ.

2. Хам эмчилгээнд:

• Шээсний замын эрхтэнүүдийн халдвар

• Жирэмсний үеийн шээсний замын халдвар

• Шээсний сүвийн өвөрмөц бус үрэвсэл

• Цистит, пиелит

• Шөнө шээс алдах

• Тулай ба шээс ялгаралт ихсэх

3. Шээс ялгаралт багасах үед шээс хөөх зорилгоор

4. Эмэгтэйчүүдийн практикт яаралтай давсаг суллах зорилгоор

5. Бөөрний үйл ажиллагааны алдагдал 2-р зэрэгтэй нефрит

6. Сиалолитиазисийн үед

ХЭРЭГЛЭХ ТҮН:

• Чулуу ба талст үүсэхэд: 2 шахмалаар өдөрт 3 удаа 3-4 сарын турш дараа нь 1 шахмалаар өдөрт 2 удаа чулуу бүрэн хөөгдөх хүртэл ууна.

• Бөөрний хурц хатгалтын үед: 2 шахмалаар өдөрт 3 удаа шинж тэмдэг арилтал ууна.

• Шөнө шээс алдахад: 2 шахмалаар өдөрт 3 удаа 4 хоногоос 2 долоо хоногийн турш буюу шинж тэмдэг арилтал ууна.

• Шээсний замын халдвар үед: Өвчний явцаас хамаарч 2 шахмалаар өдөрт 3 удаа халдваргүй болтол (2 долоо хоногоос дээш) хэрэглэнэ.

• Шээсний замын халдвар дахих үед: 1 шахмалаар өдөрт 3 удаа 6-12 долоо хоногийн турш ууна.

• Хагалгааны дараа дахин чулуужихаас сэргийлэхэд: 1 шахмалаар өдөрт 3 удаа 4-5 сар хэрэглэнэ.

ЭСРЭГ ЗААЛТ: Мэдэгдээгүй.

АНХААРУУЛГА: Чулууны хэмжээ том үед цистоныг хэрэглэж болохгүй. Байнга шээс алддаг хүүхдэд хэрэглэхийг зөвшөөрнө.

ГАЖ НӨЛӨӨ: Үгүй.

БУСАД ЭМТЭЙ ҮЛ НИЙЦЭЛ: Үгүй.

ХЭРЭГЛЭХ ХУГАЦАА: Үйлдвэрлэсэн өдрөөс хойш 3 жил.

ХАДГАЛАХ НӨХЦӨЛ: Харанхуй, сэрүүн, хуурай, хүүхэд хүрэхээргүй газар хадгална. Хөргөгчинд хадгалж болохгүй.

САВ БАГЛАА: Лацтай саванд 100 шахмалаар савлагдсан.

ПАЙЛЕКС

НАЙРЛАГА:

Нунтаг:

Balsamodendron mukul(Цэвэршүүлсэн) 0.13g

Shilajaat(Цэвэршүүлсэн) 16mg

Melia azadirachta seeds 7mg

Ханд:

Berberis aristata 32mg

Emblica officinalis 16mg

Terminalia chebula 16mg

Terminalia belerica 16mg

Cassia fistula 16mg

Bauhinia variegata 16mg

Mesua ferrea 3mg

Shilajaat-Эрдэс бодсоор баялаг, элэгний үйл ажиллагааг идэвхжүүлнэ.

Berberis aristata-Элэгний үйл ажиллагааг эрчимжүүлэх, туулгах, хавдрын эсрэг үйлдэлтэй.

Emblica officinalis-Их хэмжээний витамин С-г цэвэр хэлбэрээр агуулах ба цус алдалтыг багасгах, бага зэрэг туулгах үйлдэлтэй тул өтгөн хаталтаас сэргийлнэ.

Terminalia chebula-Витамин С, уураг, эрдэс бодсуудыг ихээр агуулах ба тамир тэнхээ сайжруулах үйлдэлтэй.

Cassia fistula-иргэссөн судасыг агшаадаг ба үрэвслийг намдаах, бактерийн эсрэг (E.coli, S.aureus, M.pyogenes, Corynebacterium diphtheriae) үйлдэлтэй.

Bauhinia variegata-Цус тогтоох, тамир тэнхээ сэргээх тул шамбарамын зангилааг багасгана.

ЭМИЙН ХЭЛБЭР: Шахмал

ЭМИЙН ЭМЧИЛГЭЭНИЙ БҮЛЭГ: Шамбарам өвчний үрэвсэл, өвдөлт, цус алдалтыг намдаах бэлдмэл.

ФАРМАКОЛОГИЙН ҮЙЛДЭЛ:

• Венийн судасны тонусыг нэмэгдүүлсэнээр венийн цүлхэн болон цус хуралдалтыг багасгана.

• Цусны бүлэгнэлтыг сайжруулж, цус алдалтыг зогсооно.

• Үрэвслийн эсрэг ба халдваргүйжүүлэх үйлдэлтэй.

• Туулгах үйлдэл нь өтгөн хаталтын аргашилтыг зогсооно.

• Элэгний венийн судасны даралт болон зогсонгошлийг багасгасанаараа элэгний венийн судасны түгжирлээс үүссэн элэгний эмгэгийн эсрэг хүчтэй үйлчилнэ.

ХЭРЭГЛЭХ ЗААЛТ:

• Шамбарам

• Венийн судасны өргөсөл

ЭСРЭГ ЗААЛТ: Жирэмсэний үед хэрэглэхгүй байхыг зөвлөнө.

ХЭРЭГЛЭХ ТУН: 2-3 шахмалаар өдөрт 3 удаа хоолны дараа 1 долоо хоногийн турш хэрэглээд дараахи 4-6 долоо хоногийн турш 2 шахмалаар өдөрт 2 удаа ууж хэрэглэнэ. Курс эмчилгээ бүрэн гүйцэд эрүүлжих хүртэл

АНХААРУУЛГА: Жирэмсэн үед хэрэглэхгүй байх нь зүйтэй. Хэрэв хүүхэд хөхүүлж байх үед хэрэглэх шаардлагатай бол эмчийн хяналтан дор хэрэглэж болно.

ГАЖ НӨЛӨӨ: Мэдээлэгдээгүй.

БУСАД ЭМТЭЙ ҮЛ НИЙЦЭЛ: Мэдээлэгдээгүй.

ҮЛ ТОХИРОХ НӨЛӨӨ: Мэдээлэгдээгүй.

ХАДГАЛАХ ХУГАЦАА: Үйлвэрлэгдсэнээс хойш 3 жил.

ХАДГАЛАХ НӨХЦӨЛ: Харанхуй, хуурай, сэрүүн нөхцөлд хадгална. Хүүхэд хүрэхээргүй газар тавина. Хөргөгчинд хадгалж болохгүй.

САВ БАГЛАА: Битүүмжилсэн саванд 100 шахмалаар савлагдсан.

БОННИСАН

5мл сиропын найрлага:

Ногоон гоньдны тос 0.0018мл

Ханд:

Tinospora cordifolia 0.5mg

Piper longum 0.5mg

Cichorium intybus 0.5mg

Terminalia chebula 0.5mg

Achillea millefolium 0.5mg

Tribulus terrestris 0.5mg

Capparis spinosa 0.5mg

Emblica officinalis 0.5mg

Cassia occidentalis 0.5mg

Elettaria cardamomum 0.5mg

Tamarix gallica 0.5mg

Boerhaavia diffusa 0.5mg

Tinospora cordifolia-Суулгалтын эсрэг ба элэгний үйл ажиллагааг эрчимжүүлэх нөлөөтэй. Халуун бууруулж, агчил тавиулна.

Cichorium intybus-Гэдэс базлах болон дүүрэлтийг намдааж, бөөлжилтийг зогсооно.

Terminalia chebula-Гэдэсний өвдөлт намдааж, тамир тэнхээ сайжруулна.

Achillea millefolium- Дархлаа сайжруулж, тамир тэнхээ сэргээнэ.

Emblica officinalis-Витамин С-ийн байгалийн эх сурвалж өндөртэй.

Elettaria cardamomum-Ходоод гэдэсний хямрал засах, хоолны дуршил нэмэгдүүлэх, хурц өвдөлт болон суулгалтыг намдаах үйлдэлтэй.

ЭМИЙН ХЭЛБЭР: Сироп

ЭМИЙН ЭМЧИЛГЭЭНИЙ БҮЛЭГ: Нярай болон бага насны хүүхдийн эрүүл мэндийн зориулалттай нэмэгдэл.

ФАРМАКОЛОГИЙН ҮЙЛДЭЛ:

• Боннисан нь хоол боловсруулах үйл ажиллагааг идэвхижүүлсэнээрээ нярай болон бага насны хүүхдүүдэд түгээмэл тохиолддог

гэдэс дотрын өвчнийг анагааж, жин нэмэгдэлтийг зохицуулна.

• Боннисан нь хоол боловсруулах замын хэвийн үйл ажиллагааг хангаж, хоолны дуршлыг нэмэгдүүлэн, хүүхдийн эрүүл мэндэд эерэг нөлөө үзүүлнэ.

ХЭРЭГЛЭХ ЗААЛТ:

• Нярай ба бага насны хүүхдийн хоол боловсруулах замын нийтлэг хямралаас сэргийлэх ба эрүүл чийрэг өсөлтийг эрчимжүүлэх зорилгоор өдөр тутмын нэмэлт маягаар хэрэглэнэ.

• Нярай ба бага насны хүүхдийн хоол боловсруулах замын хямралыг багасгах ба өвчнийг анагаана.

ЭСРЭГ ЗААЛТ: Үгүй

ХЭРЭГЛЭХ ТУН:

СИРОП: Эрүүл мэндийн нэмэгдэл маягаар: өдөрт 3-4 удаа

Эмчилгээний зорилгоор:

• сартай хүүхдэд: 1/2 цайны халбагаар өдөрт 3 удаа

• 1-6 сартай хүүхдэд: 1 цайны халбагаар өдөрт 3 удаа

• 6 сараас 3 хүртэлх насны хүүхдэд: 2-3 цайны халбагаар өдөрт 3 удаа 0-3 хүртэлх насны хүүхдэд байнга хэрэглэнэ.

ГАЖ НӨЛӨӨ: Мэдээлэгдээгүй

БУСАД ЭМТЭЙ ҮЛ НИЙЦЭЛ: Мэдээлэгдээгүй

ХАДГАЛАХ ХУГАЦАА: Үйлдвэрлэсэнээс хойш 3 жил

ХАДГАЛАХ НӨХЦӨЛ: Харанхуй, хуурай, сэрүүн нөхцөлд, хүүхэд хүрэхээргүй газар хадгална. Хөргөгчинд хадгалж болохгүй.

САВ БАГЛАА: 120мл-ээр шил саванд савлагдсан.

КОФЛЕТ

5мл сиропын найрлага:

Melodespumatum (Цэвэршүүлсэн) 1.25g

Balsamodendron mukul (Цэвэршүүлсэн) 35mg

Ханд

Vitis vinifera 35mg

Ocimum sanctum 25mg

Hyssopus officinalis 25mg

Tinospora cordifolia 20mg

Adhatoda vasica 15mg

Myristica fragrans 15mg

Glycyrrhiza glabra 15mg

Onosma bracteatum 10mg

Viola odorata 10mg

Triphala 9mg

Trikatu 9mg

Embelia ribes 8mg

Solanum xanthocarpum 8mg

Cinnamomum cassia 8mg

Navasagara 3mg

Glycyrrhiza glabra-Ханиад болон ханиалга намдааж, дархлаа дэмжиж, вирусын эсрэг

нөлөөлнө. Гуурсан хоолойн салсыг шингэрүүлж, цэрийг ховхлоно. Үрэвслийн болон харшлын эсрэг нөлөөтэйн дээр салстын цочирлыг багасгаж, ханиалга намдаана.

Ocimum sanctum-Үрэвслийн эсрэг, халуун бууруулах, цэр ховхлохоос гадна биеийн халдвар эсэргүүцэх чадварыг дээшлүүлнэ.

Зөгийн бал-Халдваргүйжүүлэх ба дархлаа дэмжинэ.

Solanum xanthocarpum-Ханиалга намдааж, цэр ховхролтыг хөнгөвчилнө.

Adhatoda vasica-Цэрийг шингэрүүлж, ханиалга намдаана.

Embelia ribes-Ханиалга ба хоолойн өвдөлт үед хэрэглэнэ.

Vitis vinifera-Цэр ховхлох ба архаг ханиалга үед хэрэглэнэ.

Myristica fragrans-Гуурсан хоолойг тэлж, харшлын гаралтай ханиалга намдаана.

Balsamodendron mukul-Халдваргүйжүүлэх шинжтэй.

ЭМИЙН ХЭЛБЭР: Сироп

ЭМИЙН ЭМЧИЛГЭЭНИЙ БҮЛЭГ: Ханиалга намдаах, цэр ховхлох үйлчилгээтэй.

ФАРМАКОЛОГИЙН ҮЙЛДЭЛ:

• Гуурсан хоолойн шүүрлийг шингэрүүлж, цэрийг ховхлох үйлдэлтэй.

• Гуурсан хоолойг тэлэж салстын цочирлыг багасгаж харшлын эсрэг үйлдэл үзүүлнэ.

• Дархлаа сайжруулах ба микробын эсрэг үйлдэл үзүүлнэ.

• Амьсгалын төвийг дарангуйлахгүйгээр хэсэг газрыг тайвшруулах нөлөө үзүүлэх тул төрөл бүрийн гаралтай ханиалгыг намдаана.

ХЭРЭГЛЭХ ЗААЛТ:

• Харшдын гаралтай ханиалга

• Хуурай ханиалга

• Цэртэй ханиалга

• Архаг бронхит

ЭСРЭГ ЗААЛТ: Жирэмсэн үед

ХЭРЭГЛЭХ ТУН: Хүүхдэд: 1 цайны халбагаар өдөрт 3-4 удаа. Насанд хүрэгсэд: 1-2 цайны халбагаар өдөрт 3-4 удаа ууж хэрэглэнэ. Курс эмчилгээ бүрэн гүйцэд эрүүлжих хүртэл.

АНХААРУУЛГА: Чихрийн шижин өвчний үед хэрэглэхгүй. Удаан хугацаагаар болон давтан хэрэглэхэд хор аюулгүй.

ГАЖ НӨЛӨӨ: Мэдээлэгдээгүй.

БУСАД ЭМТЭЙ ҮЛ НИЙЦЭЛ: Мэдэгдээгүй.

ХАДГАЛАХ ХУГАЦАА: Үйлдвэрлэгдсэнээс хойш 3 жил.

ХАДГАЛАХ НӨХЦӨЛ: Харанхуй, хуурай, сэрүүн нөхцөлд хүүхэд хүрэхээргүй газар тавина. Хөргөгчинд хадгалж болохгүй.

САВ БАГЛАА: 100мл-ээр шил саванд савлагдсан.

ЛХАМЖАВЫН МЯГМАР

(1934-2004)



ЭМШУИС-ийн эм судлалын тэнхмийн эрхлэгч, "Монголын анагаах ухаан" сэтгүүлийн редакцийн зөвлөлийн гишүүн анагаахын шинжлэх ухааны доктор, профессор Л.Мягмар нь 2004 оны 7 дугаар сарын 25-ны өдөр зуурдаар наснаас нөгчсөнд ШУА-ийн Анагаах ухааны бага чуулган, Монголын Эмч нарын эрдэм шинжилгээний нийгэмлэг, АУИС төгсөгчдийн холбоо, "Монголын анагаах ухаан" сэтгүүлийн редакцийн зөвлөл, үе үеийн шавь нар нь эмгэнэн гашуудаж байна.

Бүрлээч 1934 оны 1 дүгээр сарын 5-ны өдөр Архангай аймгийн, Цэцэрлэг сумын, Халзан худаг гэдэг газар төржээ.

1957 онд МУИС-ийн хүн эмнэлгийн ангийг дүүргэж Хөвсгөл аймгийн Тариалангийн САА-д хүний их эмч (1957-1959), Улаанбаатар хотын хүн эмнэлгийн техникумд хичээлийн эрхлэгч (1959-1964), ЭХЯ-д мэргэжилтэн (1964-1966), 1966 оноос насан эцэслэтлээ АУИС-д багш, декан, тэнхмийн эрхлэгчээр ажиллаж байлаа.

Профессор Л.Мягмар нь 1974 онд ОХУ-ын Рязань хотод "Монгол улсын нутагт ургадаг Каринтийн дэгдгэний фармакологийн судалгаа" сэдэвт зохиолоор анагаах ухааны дэд эрдэмтний, 1992 онд Москва хотноо "Азийн төлөгч өвсний бэлдмэлийн фармакологийн судалгаа" сэдэвт зохиолоор анагаахын шинжлэх ухааны докторын зэрэг тус тус хамгаалсан бөгөөд 1989 онд дэд профессор, 1993 онд профессор цол хүртжээ.

Шинэ эмийн бэлдмэл (1973), Сульфаниламидын эмчилгээ (1975), Стоматологийн эмчилгээнд хэрэглэх эм (1979), Хүүхдийн өвчний эмийн эмчилгээ (1981), Эмийн үл нийцэл (1986),

Сийвэн орлох ба тэжээлийн шингэн эм (1988), Адил төст үйлдэлт эм (1990), Дорнот хангайн эмийн ургамал (1992) зэрэг 12 ном, 126 өгүүлэл, 110 илтгэл бичиж хэвлүүлснээс 5 өгүүлэл ОХУ, Австри, Герман улсад хэвлэгджээ. Мөн Панкипсин, Пектиний түрхлэг, Ахилло бэлдмэлийн шахмал, Т-идэвхлүүр зэрэг 20 гаруй шинэ эм бэлдэж үйлдвэрлэлд нэвтрүүлжээ.

Л.Мягмарын удирдлагаар 11 хүн магистрын, 3 хүн анагаах ухааны докторын, 2 хүн анагаахын шинжлэх ухааны докторын зэрэг хамгаалжээ.

Тэрбээр анагаахын шинжлэх ухаанаар докторын зэрэг хамгаалуулах эрдмийн зөвлөл, ЭМШУИС, ХААИС-ийн эрдмийн зэрэг хамгаалах зөвлөлийн гишүүн, Оточ-Маарамба дээд сургуулийн эрдмийн зөвлөлийн гишүүн, Монголын Үндэсний Олимпийн Академийн тэргүүлэгч гишүүн, ЭМЯ-ны эм судлалын ерөнхий мэргэжилтнээр ажиллаж байсан.

Хүн амын эрүүл мэндийг хамгаалах, бэхжүүлэх, анагаахын шинжлэх ухааныг хөгжүүлэх, үе үеийн эмч, мэргэжилтэн бэлтгэхэд оруулсан хувь нэмрийг нь үнэлж, Эрүүлийг хамгаалах (1966), Ардын боловсрол (1992), Шинжлэх ухаан (2002)-ы тэргүүний ажилтан цол, тэмдэг, Ардын хувьсгалын 50, 60, 70, 80 жилийн ойн медаль, Алтангадас одон (1997)-оор тус тус шагнасан байна.

Түүний ажилч хичээнгүй, шаргуу хөдөлмөрч, хүнлэг энэрэнгүй, даруу төлөв, шударга зан төрхийг бид зүрх сэтгэлдээ насан туршдаа санан дурсах болно.

ШУА-ийн Анагаах ухааны бага чуулган
Монголын эмч нарын эрдэм шинжилгээний нийгэмлэг
АУИС төгсөгчдийн холбоо
"Монголын анагаах ухаан" сэтгүүлийн редакцийн зөвлөл

The problems ultrasonographic and computer tomography diagnosis of the pancreatic tumors

Ts.Badamsed, B.Tserendash
Medical Research Institute

At pancreatic tumors according to computer tomography signs was established that in 62.5%±8.6, the form is not correct, in 96.9%±3.1 the size more than 2.1 sm, in 65.6%±8.4 the border is not smooth, in 62.5%±8.6 the border clearly, in 46.9%±8.8 decreased its density, in 65.6%±8.4 increased its density of the mass effect after the injection of contrast element.

The form, size, structure, density, border and the relationship of pancreatitis with the around laying organs and its localization, form, size, amount, border, structure, density of the mass effect in the pancreatitis, change in the density after the injection of contrast element, its shadow, calcification, cysts are defining the main characteristics of the pancreatic tumors.

Study of diagnosis and differential diagnosis of pancreatic tumors by ultrasonographic and computer tomography signs is very important for proper and early treatment.

Pp. 4-9, Tables 2, References 62

Outcomes of coronary revascularizations

D.Tsegeenjavi
Medical Research Institute

The purpose of this study was to report the outcomes of coronary revascularization and its indications for patients with coronary artery disease.

All patients are examined at the Department of Cardiovascular and Thoracic surgery and Catheterization Laboratory of the Shastin's Central Clinical Hospital.

Patients pooled from both institutions were divided into treatment groups; 20 patients who have underwent coronary artery graft (CABG), and 33 patients who have underwent the percutaneous coronary angioplasty (PTCA) with implantation of stent. Preoperative data were obtained in relation to diabetes, peripheral vascular disease, obesity, hypertension, prior myocardial infarction, age and gender. Major demographic and clinical characteristics were similar in the two groups; however, there was a significantly higher rate of male patients.

Left ventricular function was assessed by ejection fraction (EF) on echocardiogram in all patients. The EF ranged from 32% to 66% (mean 49.78±1.9%).

Results of coronary arteriography of patients aged 28-79 years with coronary heart disease showed following pattern: main coronary trunk 2.85%, LAD 39.05%, LCx 19.05%, Dbr 7.65%, RCA 26.66% and PDA 1.9%.

Revascularization of one coronary artery was accomplished in 6 patients, of two arteries in 7 and of three and more coronary arteries in 7 patients. In 14 cases, direct myocardial revascularization was realized under cardiopulmonary bypass (on-Pump), in 6 cases, the coronary revascularization without cardiopulmonary bypass on the working heart (off-Pump CABG) was performed. Fourty two grafts were performed (mean 2.1 per patient) of which 34 grafts (80.9%) were venous, 8 grafts were internal mammary artery.

Revascularization of the myocardial layer by the endovascular methods was accomplished in 33 patients. LAD of LCA 17(40.479), RCA 19(45.239), and Cx and Dbr LCA, 6(14.28%).

We do not consider the routine CABG in composition with endovascular PTCA and implantation of stent because both

methods for myocardial layer revascularizations are very important.

Ischemic changes on the ECG at rest, recorded in the preoperative period, disappeared following operation. In all the patients, myocardial contractility (EF) after operation rose by 5-8% on an average as compared to the initial level. Physical exercise tolerance was measured by BEM in 40% patients. All the patients were discharged in satisfactory condition. Only patients with unstable angina pectoris were recommended to take long-acting nitrates whereas the remaining subjects were advised to take the antiaggregation doses of aspirin.

Pp. 9-13, Tables 3, References 11

Diagnosis of the Biopsy by the videolaryngostroboscopy

**E.Bayarmaa¹, A.Narantsatsralt², S.Nergui²,
D.Sambuupurev³, L.Galtsog¹**
¹University of Health Sciences of Mongolia
²State Central Clinical Hospital
³National Cancer Center

Our study consisted of subjects involving (by the videolaryngostroboscopy) 54.3% males and 45.7% females, aged were 20-80. Laryngeal biopsy shows 26(16.6%) of the precancer, 68 (43.6%) laryngeal papillomas, 36(23.1%) laryngeal carcinomas, 11(7%) fibromas and hemoangiomas, 10(6.4%) chronic inflammations.

About 63.9% of the patients are males total of 36 patients of the laryngeal carcinomas aged 35-80 were involved in the study. Microscopically over 97.3% of the laryngeal carcinoma was squamous cell type.

The study and differential diagnosis of forms of the laryngeal biopsy by the videolaryngostroboscopy sings its importance and early treatment.

Pp. 13-16, Tables 3, References 8

The research result of compared Laparoscopy & Ultrasound examination's diagnostic importance for abdominal injury & posttraumatic acute peritonitis

**Ts.Tsabshir¹, Yo.Bodikhuu², D.Gonchigsuren³,
D.Barkhuu⁴, N.Bazarsad⁴, L.Bayarsaikhan⁵**
¹Medical college in Dornogovi aimag
²Medical Research Institute
³University of Health Sciences
⁴N.Dashi memorial hospital for Traumatology and Orthopedics,
⁵Central hospital in Dornogovi aimag

Conclusions

Laparoscopy is more sensitive method than ultrasound examination to diagnose abdominal injury & posttraumatic acute peritonitis. But both method's misdiagnose rate, specificity & precise value was the same. Laparoscopy is more advantageous than ultrasound examination for early diagnose of abdominal injury & posttraumatic acute peritonitis. Ultrasound examination has less complication & contraindication compare with laparoscopy. Therefore, it is crucial to 24 hours diagnostic ultrasound examination for patients who has abdominal injury & posttraumatic acute peritonitis at third referral level clinic. And also it is essential to use diagnostic laparoscopy & ultrasound examination as frequent as possible for abdominal injury & posttraumatic acute peritonitis particularly patients who has poor clinical manifestation, multiorgan failure, combined injure, over drunk, unconscious condition & II-III stage trauma shock.

Pp. 16-18, Tables 3, References 15

The problems of improvement of diagnoses and surgical procedures of varicose among military servants

Ts. Buyanbat¹, N. Baasanjav²

¹Central clinical Hospital for the state Special clerks attached to the Ministry of Justice and internal affairs
²National medical institute of Mongolia

1. Patient's average age for operative varicose of lower extremity is determined 19-23 and sex portion of women and men is 3.3:1.

2. It is determined that soldiers ($P < 0.001$), drivers, mechanics, cooks, lawyers ($P < 0.01$) are dominantly suffered from varicose of lower extremity among military servants.

3. Dominant clinic symptoms are bend, vein distress for $90.3\% \pm 2.3$ and itching disorder for 75.95 ± 3.3 .

4. $87.5\% \pm 4.4$ of patients experience varicose, according to phlebography records.

5. Techniques for varicose The future priority objective is to adapt modern diagnosing methods selective treatment in medical practices.

Pp. 19-20, Tables 6, References 9

A making groove for the ingrown toe-nail.

J. Ider, Sh. Sukhbaatar

¹"Khan-Uul" district Health Center
²University of Health Sciences

Authors made a groove at the nail surface near the embedded margin by simply home use hacksaw pieces. This simple new method for the treatment of the ingrown toe-nails was applied to 40 patients and no one was recurred. In the report authors compared the results of the new methods with traditional and trayed to do cost analysis of this.

Pp. 20-23, Tables 2, Figures 1, References 13

Result of study purulent bacteria of surgical infection

G. Narangua, B. Dash, B. Goosh, O. Sergelen
Health Sciences University of Mongolia

Hereby introduced the materials of bacteriologic investigation made in 358 patients, who were hospitalized at Central Clinical Hospital of Ulaanbaatar City. In 63.12% percent of cases were determined purulent bacterias-staphylococcus, gram (negative) and combination of 2-3 types of bacteria.

The penicillin-resistant bacteria revealed in 91.09% of incidence, erythromycin stable bacteria in 51.73%, amoxicillin resistant bacteria in 41.79%.

Most sensitive antibiotic were claforan (91.09%), cefproflaxin (88.89%), cefatoxim (86.91%), genthamycin (85.33%).

Pp. 23-25, Tables 5, References 6

Stress urinary incontinence in the Mongolian women

G. Sanjidorj¹, B. Shijirbaatar²

¹Maternal and Child Health Research Center
²University of Health Sciences, Mongolia

It is necessary to eliminate the understanding that incontinence of women is not disease and it is the simple

physiology action of women gave birth many times or aged women. It is the main result to increase social and health initiative of women who always has daily suffer with the appearance of health and society because of incontinence.

Therefore, it should be started to set up officially that the stress incontinence is within women or not and discuss coordinating issues.

Pp. 25-27, References 10

Assign the grades of tympanic membrane retraction during adhesive otitis media in child patients

B. Erdenechuluun¹, L. Shagdar², A. Uziibayar³

¹Maternal and Child Health Research Center
²University of Health Sciences, Mongolia

This paper presents research result to determine grades of tympanic membrane retraction during adhesive otitis media in 83 ears of 68 child patients who were treated at ENT department of Maternal & Child Research Medical Center of Mongolia.

Researchers devided the observed tympanic membranes into 4 grades on the base of severity of retraction, hearing examination results, tympanometer result and surgical findings.

Authors also compared their classification to previous different classifications of other researchers of the word.

Pp. 27-29, Table 1, References 12.

Results of the acupuncture treatment of allergic and vasomotor rhinitis

S. Tsetsegee

"Achtan" Hospital

Among the patients, who received otorhinolaryngological medical services at "Achtan-Elite" hospital during last three years patients with rhinitis caused by allergy and vasomotor rhinitis are more prevalenced. One of the most reasons is unsuccessfully treatment with some medicines, that is why acupuncture was introduced in clinical practices and observation was conducted.

171 patients with allergy and vasomotor rhinitis were involved in the study. Our results showed that 40,9% of total number of patients were fully cured and certain improvements were noticed for 59,1 % of patients. The result of the study showed that acupuncture treatment is efficient for clinical practice.

Pp. 30-32, Tables 1, Figures 5, References 10

Determinations of Complications Among pregnant women in Bayankhongor aimag

T. Erkhembaatar

Ministry of Health

This study determined an association between the high prevalence rate of complications related to pregnancy and geography and climate. Complications of pregnancy occur relatively high in Bayankhongor aimag, namely in 3 different geographical regions. There is a tendency of increasing complications of pregnancy and maternal mortality due to the cold climate. Maternal death and gestation rates in Khangai area of the 1st region are 47.7%, 44.7% which 11-14 times

higher than in Gobi and Southern Altai of the 4th region of areas (4.2%, 3.2%) Bayankhongor aimag.

Pp. 32-34, Table 1, Figures 2, References 7

Impact of Climate and Geographical condition in Mongolia to the maternal death

T.Erkhembaatar¹, G.Namhaijantsan², B.Suvd³,
E.Lkhagvaochir⁴, S.Aitantuuya⁴,

¹Ministry of Health, ²Water and Climate Science Center,
³First Maternity House

Multi regression analysis shown that, several factors contribute to the maternal mortality which amplitude by 3.74%, air humidity by 5.95% and air velocity by 4.12 accordingly. The study concludes meteorology and geography attribute 13.7% of total factors lead to maternal death.

Pp. 34-37, Tables 6, Figure 1, References 11

Under 5 Mortality (U5M) in aimags of the central region (ACR) of Mongolia

D.Malchinkhuu

Health Sciences University of Mongolia

The ACR includes Arkhangai, Bulgan, Darkhan-Uul, Orkhon, Uvurkhangai, Selenge and Tuv aimags and 29.4% of the total population of this region were children at the age 0-5.

The objective of this study was to investigate U5MR per 1000 live birth (LB) and to identify proportion (ratio) of leading causes of mortality by different age groups.

The data used for this study was obtained from health statistics offices each aimag for 2003 and results of current study compared with the data from aimags of the western region (AWR) and Ulaanbaatar (UB) city.

Results. The bindings of the ACR show that 45.2% of infant mortality is attributable to neonatal conditions. The same indicator was as low as 33.9% in the AWR and 58% in UB city. Of this 71.4% is classified as early neonatal mortality (In the AWR-79.8%), 57.1% of all neonatal mortality were premature and low birth weight (LBW) infants.

73.9% of U5M and 62% of deaths within 24 hours after admission to hospital and 55.3% of cases of deaths at home were infant.

26.1% of U5M, 28.2% of deaths within 24 hours after admission, 38.2% of cases of deaths at home were children.

Conclusion. The structure of U5M causes have changed in the ACR and percentage of neonatal pathology including congenital malformations and trauma (accidents) have increased but deaths due to ARI and diarrhoeal diseases (DD) have decreased. The U5M rate in the ACR was lower than in the AWR and the country average.

IMR in the ACR were 22 per 1000 LB, which is 4.5‰, lower than in the AWR and 1.5‰ than country mean, but 3.77‰ higher than UB city. CMR in the ACR were 7.3‰ (in the AWR-9.08‰, in UB city 5.45‰).

In the ACR leading causes of U5M were different in different age groups. Top causes of neonatal mortality were birth asphyxia (41.9%), premature birth (LBW) and conditions related with lotter (18.7%), neonatal infections (17.5%) and congenital malformation (14.2%). The leading causes of IMR were neonatal pathology (45.2%), ARI (23.3%), trauma (18.1%) and DD (18.9%). The main causes of CMR were ARI (38%), trauma (25.4%), malformation (9.9%), DD (9.8%) and infectious diseases (2.84%).

In the ACR 20,5% of U5M occurred at home. Home deaths of children below 5 in the AWR were 29.6%, in UB city 12.8% respectively 41.9% of infant deaths at home 47.3%, and child deaths at home were caused by trauma and accidents.

Pp. 37-41, Tables 5, Figures 8, References 9

Risk factors influencing to with uterine leiomyoma

B.Jargalsaikhan¹, B.Jav¹, D.Sambuupurev²

¹Health and Science University of Mongolia
²Institute of Medicine

Extragenital diseases do not only affect the clinics of uterine leiomyoma, but also affect the process of leiomyoma growth and the scope of surgical treatment.

Past record of gynaecological diseases does not play a major role in the development of uterine leiomyoma however, the fact that frequency of uterine leiomyoma incidences becomes a risk factor.

The fertility rate among uterine leiomyoma women does not decline, however, the birthrate is on descending trend with increased level of induced abortion.

Pp. 41-43, Tables 2, Figure 1, References 6

Professional development and performance payment of health human resources

Sh.Oyunbileg, L.Shirnen

Department of Human Resource Development,
Directorate of Medical Services

Implementary Agency of the Government, Mongolia

Preparing professionals, effective utilization and development of them are the main priority problems in human resource development. Therefore our study purpose was to evaluate professional development and performance payment.

We use questionnaire and focus group discussion for data collection and statistical analysis was done using statistical program EPi-INFO 6.

According to our survey training on health management, public health, health economics, law, psychology more needed for health professionals. Payment for advances performance after training is not in required level and percentage of physicians with academic and professional degree is insufficient in rural area.

Pp. 44-46, References 10

Health sector's human resource tendency for period 20¹⁵ – 2015.

S.Duiamsuren, I.Bat-Erdene

Directorate of Medical Services

The study attempted to forecast the health sector's human resource in 2005-2015 based on the last 13 years human resource data and compare the results with the Health human resource policy objectives for the 2003-2013.

The author used linear regression with residual analysis to ensure the confidence level.

The study revealed two trends: actual number based and movement based. Study concluded that there is a need an active actions to successfully met the human resource policy objectives.

Pp. 46-49, Figures 6, Tables 3, References 9

"The sociological research of the doctors of soums"

Ch.Chuluunbaatar, T.Khulan
Ministry of Health, Mongolia

The participants of the sociological research used the closed method, which only answers to questions about the population health assistance and service, the open method, which express and write freely own ideas about the research and the "Public Relation" (PR) or the method to have a relation with public.

The statistical processing of science of medicine is made in the research materials.

The clinical 317 doctors of all soums of the country were assembled to participate in the first meeting of doctors of soums and drew into (n=317) this research in same time and condition. 63.5 percents are about 45 years old, 75 percents are woman, 79 percents have been working for 1-20 years and 50.1 percents of them have no awards of the ministry.

49.8 percents of the customers of the soum's clinic live as nomadic life about 100 kilometers from the center of the soum.

33 percents have a wish to improve main salary of the clinical workers, 10.6 percents have a wish to improve the salary system and 36.6 percents of them want to establish working assessment, which was made in not working time.

We consider that these problems can became suitable materials to be use in the level of making decisions processing state policy and management of local population health.

Raising the wages and deciding social problems under goal of to be work stable for long time is one of the important problems.
Pp. 49-52, References 11

Influence of *Zygophyllum Potaninii* Maxim to the change of selen level during hepatitis

**J.Bayarmaa¹, M.Ambaga², D.Enhkmaa¹,
Ts.Byambasuren³, L.Myagmar¹, R.Shinehkuu⁴**

¹Health Science University of Mongolia,

²Monos University

³Institute Physics and Technology, ⁴Institute of Medicine

Conclusion:

1. Result of investigation shows that *Zygophyllum Potaninii* Maxim contains Se by 0.34 ppm on the earth surface, 0.14 mg/ml in infusion, 0.12 mg/ml in tincture. It show that in the infusion of *Zygophyllum Potaninii* Maxim contains more Se.

2. If level of Se was decreased in blood, liver, kidney and urine of rat, which has CCl₄ induced hepatitis, then level of Se was increased 1.1-2.0 time in blood, liver, kidney and urine of rat which was treated by infusion of *Zygophyllum Potaninii* Maxim.

Pp. 53-54, References 4

Result of study's on polysaccharide *Artemisia Sphaerocephala* Krasch the treatment of ulcerated the mucous membrane of stomach

Z.Ariunaa¹, Ts.Khaidav¹, D.Amgalanbaatar², L.Galtsog²

¹Traditional Medical Science Technology and Production Corporation

²University of Health Sciences of Mongolia

The toxicity of this preparation was studied by various per oral and intraperitoneal doses and rat's LD₅₀ established is 3,5 g/

kg. As low toxicity and doesn't show the effect to produce chronic toxicity and to make accumulation.

The gastric ulcer effect of this preparation was studied by various per oral 30 mg/kg doses rats and histological analysis of stomach on experimental rats. After 21 days on experimental rats not found any pathological changes in cell structures.

Pp. 55-56, Pictures 4, References 4

Origin of the Mongolian moxibustion

Sh.Bold

¹Mongolia-Korea Friendships Oriental Medical Center

²Medical research institute

Moxibustion although nowadays adopted in other countries, is a curative method which was unique to Mongolia. It is well-suited to our continental, cold and changeable climate and to nomadic living conditions. Mongolians call it heat therapy. A very ancient report on Mongolian Traditional Medicine was noted in the "Huangdi-Neijing" the 'Book of Chinese Medicine' written more than 2000 years ago. "Huangdi-Neijing" is one of the basic textbooks of Chinese traditional medicine. The book mentions a "remote place situated to the north of China. The land area is high, the climate very cold, and the people eat dairy products and live in the open. Disease due to cold is common, and is treated by moxibustion". According to this writer, moxibustion came from beyond the north of China. Northern part of China was the territory of Mongolian ancestors in 2000 years ago and it is known to have "very cold climate, people who eat dairy products and who live in the open", meaning nomadic people or the "dwellers within felt walls", according to another text. Another interesting fact is brought to light in the fifth chapter of the Root Tantra of "The Secret Oral Tradition of the Eight Branches of the Science of Healing" (Four Tantras in all), collected by Yuthog Yontan Gonpo the elder (First great Tibetan doctor). He noted that "Mongolian moxa cauterisation (Horji-Meza) was a treatment for diseased khii (wind or cool disorders)". Mongolian moxa consists of carum carvi linn tied up in felt, after which it is immersed in hot oil and applied at points of the body where wind predominates. These historical facts testify that moxibustion therapy was first invented and used by Mongolian people, and was then introduced to China over 2000 years ago.

Pp. 57-59, Pictures 2, References 9

Diagnosis and treatment of gastric cancer

R.Tseden-Ish¹, O.Sergelen², U.Sanchin²

¹Second Clinical hospital

²University of Health Sciences

Cancer surgical principle is total tumour resection and lymphodissection. (Aberhard, P 2001). Contemporary nonlymphodissection gastric cancer resection is misdemeaneour. (Seymour I., Schwartz., 1999). The histological examination is absolutely needed at the operation of gastric surgery to find out the metastasis of lymph nodes.

Pp. 59-61, References 16

Preeclampsia, eclampsia and HELLP- syndrome

B.Jav, G.Bayasgala

Medical School of Health Sciences University, Mongolia

The diagnosis of preeclampsia has been classically described as the presence of hypertension in association with

edema or proteinuria with the hemodynamic complications, except for cases involving a hydatidiform mole. The basic underlying disease process in toxemia is vasospasm, it explain essentially all of the manifestations of toxemia. For first, all process began from vasodilatation, but not vasospasm. This process is to develop during preeclampsia. Pathophysiology of preeclampsia is to connect with the angiotensin II because studies have shown that normal pregnant women develop a resistance to the angiotensin, whereas patients who are destined to develop toxemia seem to have an increased sensitivity an angiotensin II. The vascular changes preeclampsia is develop with some evidence that prostacyclin and thromboxane A₂ system. Prostacycline is a prostaglandin and is a potent vasodilator and an inhibitor of platelet aggregation, thromboxane A₂ has exactly the reverse capabilities, in that it is a vasoconstrictor and will induce platelet aggregation.

It was demonstrated that pregnant toxemic patients usually have a lower blood volume (hypovolemia) than normally occurs in pregnancy. There is a 20% decrease in the renal plasma flow, and decrease in the glomerular filtration rate, in patients with preeclampsia. Microscopically, the renal glomeruli are enlarged and contain dilated loops of capillaries that show swollen endothelial cells or glomerular capillary endotheliosis. The increased vasospasm associated with preeclampsia is undoubtedly reflected also in the perfusion of the intervillous space.

HELLP-syndrome -- Hemolysis (microangiopathic hemolytic anemia), Elevated Liver function tests, and Low Platelet counts have been considered to provide evidence of severe preeclampsia. Disseminated intravascular coagulation (DIC) is in severe cases. This coagulopathy may occur in a number of gynecologic conditions, such as toxemia, fetal death, abruption placentae, sepsis and transfusion complications. That preeclampsia, eclampsia and HELLP syndrome are the many caused complication of pregnancy and not have scrining test for diagnosis.

Pp. 61-65, References 16

Issues on vascular complications in renal transplantation

D.Nyamsuren, B.Goosh, L.Jambaljav
State Central Clinical Hospital

The efficiency of kidney transplantation is largely dependent on the post-operative course of events and the development of complications requiring urgent intervention. The vascular complications in renal transplantation include: the thrombosis of renal artery, stenosis of the anastomotic area, renal vein thrombosis, bleeding from anastomoses.

Only if vascular complications in renal transplantation diagnosed in time it is possible to have successful the transplant protection surgery. The use of doppler-ultrasonography, selective renangiography and dynamic nephroscintigraphy is only justified in obscure cases for elucidating the state of the transplant.

Clinical incidence: First case of kidney transplantation in Mongolia has been made by us in 1996 to patient "A" (25 years old man) from his eldest sister "D" (32 years old). After transplant 3 days graft functioned well. The general clinical condition improved but after 4-th day suddenly decreased diuresis, severe pain and occurred oedema on the graft areas, bled and likely developed hematoma. The diagnosis has been confirmed by laboratory, ultrasound and dynamic

nephroscintigraphy results, so urgently opened through operating wound and removed graft due to total graft dysfunction the causes of graft dysfunction was renal vein thrombosis, bleeding from the rupture of the transplant in the anastomosis

Pp. 65-67, References 13

Economic growth support and poverty reduction strategy

B.Bayarsaikhan
Ministry of Health

The EGSPRSP was prepared by staffs of the International Development Association and the International Monetary Fund (IMF), approved by them. The Economic Growth Support and Poverty Reduction Strategy (EGSPRS) is a strategy paper, which presents main policy directions of the government for the medium term with a focus on economic growth acceleration and poverty reduction efforts. Previous strategy established November 2001 as a fundamentally part of MOFE, which funded by UNDP as part of the Poverty Reduction & Employment Facilitation (PREF) project. The National Statistical Office is conducting Household Income and Expenditure Survey (HIES) and Living Standards Measurement Survey (LSMS) with a new improved methodology.

Previous strategies on poverty reduction were mainly based on income and social security programmes. In framework of the EGSPRS, poverty reduction will be supported by **pro-poor growth, structural reforms at macro level** and ensuring sustainable **human development**. In this strategy PU(CG) defined development strategies of main sectors as education, health, infrastructure, rural development, ICT and etc very specifically. Development policies and programmes articulated in EGSPRSP will be implemented through the annual Socio-Economic Guidelines and execution will be reported in the annual Progress Report of EGSPRSP. EGSPRSP was developed in consultation with international financial institutions and serves as a sound basis for coordination of donor assistance. Implementation, monitoring and evaluation of the strategy will be performed with participation of all stakeholders

Summary and list of the key findings in the document:

- to deepen the reforms for ensuring macroeconomic stability, and to intensify the restructuring process
- to improve the health of the banking and financial sectors
- to recover and develop national industry, to ensure economic growth through supporting export oriented industry
- to speed up the land reforms;
- to support the regional as well as rural development, to intensively develop infrastructure;
- to ensure sustainable development and ecological balance
- to create an equitable environment for ensuring human development, to improve all levels of education, its quality, health service provision and its accessibility
- To create a fair, moral and democratic society that protects concepts of democracy, basic human rights and the freedom of each citizen
- to improve governance and ensure gender equality;
- to reduce unemployment and poverty, to generally improve the living standards of population

EGSPRSP consists from 6 main chapters which broadly describes socio-economic situation of the Mongolian transition period, achievements, challenges, present situation and further strategies on poverty reduction and growth facilitation.

Pp. 67-74, References 21

Баталгаамт эм - мань эрүүл мэнд

"ГИМАЛАЙ ДРАГ" Компанийн Монгол Дэхь албан ёсны дистрибьютор "ЦАХИУР ТӨМӨР" ХХК



УРГАМЛЫН ГАРАЛТАЙ
ЭЛЭГ ХАМГААЛАХ БЭЛДЭМЭЛ

Лив.52

- Хурц ба ерэгч вирусын гялалтын үед
- Хамнын болон туна амьсгасны даралтын аялсны өөрчлөлтөд
- Орвэлгын амьсгалын үед
- Сөгтгүүлэх ундаанаар усалгай аялсны гянтал болон хоолодог

УРГАМЛЫН ГАРАЛТАЙ
СЭРГЭЭГЧИЙН ЭРГЭГ БЭЛДЭМЭЛ

ЦИСТОИ

- Шарсний замд чулуу үүсэх өвчний үед
- Харгалзаны даргаас чулуу дахин үүсэхээс сэргийлэх.
- Бөөрний замын халдаварт өвчний үед (цистит, пиелит) үед
- Проостат бүлчлэхийн томрол ба туйлай өвчний үед хам амьсгаланд

УРГАМЛЫН ГАРАЛТАЙ

АБАНА

- Цусан дахь өөх тосны хэмжээг бууруулж
- Зүрхний хурц инфаркт болон хэм алдаглтаас урьдчилан сэргийлнэ.



УРГАМЛЫН ГАРАЛТАЙ

КОФЛЕТ

- Харшлын гаралтай ханидалга
- Мөгөөрсөн хоолойн үрэвсэл
- Хуурай болон цартай ханиалга
- Архаг бронхитын үед



ӨВЧИН ШАНАЛГААГ

ПАЙДЕКС

- Шамбарам
- Венийн судасны өрвөсөлт
- Үрэвсэлийн эсрэг
- Өвчин намдаах



ХУУХИЙН ЭРҮҮЛЧИЙН ЭСЭЛТ

БОННИСАН

- Нерв ба бөөг несны хууцгийн хоол боловсруулах замын ханралца (үрхлэх, эдгээ оруулах, хурц өвдөх, өмтөн хэглэх) зохицуулах хоолны дүршлээ намардуулна.
- Хууцгийн өвчтөн хөгжилтэнд эрчимлүүлж, биеийн зорьгуучидад сайдуулна.



БАГА НАСНЫ ВҮХ ХУУХИЙН БИЭД ЗОХИМЖЛО

БЗ Дүүрэг, 15 хороолол, Баянцэцэг ХУНСНИЙ ТӨВИЙН ХОЙД ТАЛЫН 2-р байр
"ЦАХИУР ТӨМӨР" эм ханган нийлүүлэх Байгууллага

УТАС: 454790, 99114303, 99153177

УРГАМЛЫН ГАРАЛТАЙ

ДИАРРЕКС

СУУГАЛТЫН ЭСРЭГ БЭЛДЭМЭЛ

- Хурц буюу архаг суулгалтын үед
- Амьдын архаг өвчлөлтийн үед
- Гадасний цочир эмгэгийн үед



36 дахь жилээр

МОНГОЛЫН АНАГААХ УХААН

Монголын эмч нарын эрдэм шинжилгээний нийгэмлэг, ШУА-ийн Анагаах Ухааны багц Чуулган, АУИС төрсөгчдийн холбооны улсрал тутмын сэтгүүд №3 (129)

ISSN14027-500X
Key title: Mongolian anaesthesiologist
Abbreviated key title: Mong-anesthesiologist

2004

РЕДАКЦИЙН ЗҮНЧЭС	РЕДАКЦИЙН ЗҮНЧЭС	РЕДАКЦИЙН ЗҮНЧЭС
СУИАЛГАА	Ц. Мухар "Монголын амьгаагч угаагч эмнийн мэргэжилтэн хувьд"	3
ШИТГЭЖЛЭГЭЭ	Ц. Бадмсанд, Б. Цэрэнцэцэг, Но.ир Булчууржийн, Хурц хавдрын хэлт вэсийн ба монголчлолттой тэмдэгтэй шинэ үзэсгэлэн асуурьд	4
	Д. Цэцэглэлт "Зүрхний талзгэм судасны нөхөн сэргээх мэс заслын зарим үр дүн"	9
	Ф. Баярмаг, А. Наранцэрлэгт, С. Нэрвүүн, Д. Самбуулуур, Л. Галдир	13
	В. Вадранцэцэг, Т. Сүхбаатар, Ф. Цэцэглэлт, Б. Бадмсанд, Г. Галдир	16
	Ц. Жамбал, Е. Баярхүү, Д. Ганзориг, Д. Баярхүү, Н. Баярхүү, Л. Баярхүү, Хэвлийн эвчлэгт эмчлэлийн дарга, гагцхүү өвчлөлтийн чочирга үрэгдлийн өвчлөлтийн хэлт арга	19
	Өвчлөлтийн өвчлөлийн арга, урьдчилан сэргээх арга, улам сулдсан дүн	20
	Ц. Баярхүү, Н. Баярхүү, Д. Баярхүү, Л. Баярхүү, Хэвлийн эвчлэлийн өвчлөлийн арга, урьдчилан сэргээх арга, улам сулдсан дүн	23
	Ж. Галдир, Ц. Цэцэглэлт, Хуучин үзэгчид, хумна, голчлонд хөдөлгөөлдэй эмчлэлийн	25
	Г. Нэрвүүн, В. Даш, О. Сэрэлтэн, Б. Ганзориг, заслын үзэгчид, өвчлөлийн үзэгчид, гагцхүү өвчлөлийн үзэгчид	27
	Г. Саярхүү, Б. Шижирхуу, Мингол эвчлэлийн үзэгчид, өвчлөлийн үзэгчид	30
	А. Вадранцэцэг, Б. Шижирхуу, Мингол эвчлэлийн үзэгчид, өвчлөлийн үзэгчид	32
	А. Эгзийтсэл, Л. Шалтэр, Е. Эрэнцэцэг, Хуучин үзэгчид, өвчлөлийн үзэгчид	34
	С. Цэцэглэлт, Харшлын болон өвчлөлийн шалтгаант хавдрын салстын үрэгсэлт	37
	В. Баярмаг, А. Наранцэрлэгт, С. Нэрвүүн, Д. Самбуулуур, Л. Галдир	41
	В. Вадранцэцэг, Т. Сүхбаатар, Ф. Цэцэглэлт, Б. Бадмсанд, Г. Галдир	44
	Ц. Жамбал, Е. Баярхүү, Д. Ганзориг, Д. Баярхүү, Л. Баярхүү, Хэвлийн эвчлэлийн дарга, гагцхүү өвчлөлтийн чочирга үрэгдлийн өвчлөлтийн хэлт арга	46
	Г. Нэрвүүн, В. Даш, О. Сэрэлтэн, Б. Ганзориг, заслын үзэгчид, өвчлөлийн үзэгчид	49
	Г. Саярхүү, Б. Шижирхуу, Мингол эвчлэлийн үзэгчид, өвчлөлийн үзэгчид	52
	А. Вадранцэцэг, Б. Шижирхуу, Мингол эвчлэлийн үзэгчид, өвчлөлийн үзэгчид	53
	А. Эгзийтсэл, Л. Шалтэр, Е. Эрэнцэцэг, Хуучин үзэгчид, өвчлөлийн үзэгчид	55
	С. Цэцэглэлт, Харшлын болон өвчлөлийн шалтгаант хавдрын салстын үрэгсэлт	57
	В. Баярмаг, А. Наранцэрлэгт, С. Нэрвүүн, Д. Самбуулуур, Л. Галдир	59
	В. Вадранцэцэг, Т. Сүхбаатар, Ф. Цэцэглэлт, Б. Бадмсанд, Г. Галдир	61
	Ц. Жамбал, Е. Баярхүү, Д. Ганзориг, Д. Баярхүү, Л. Баярхүү, Хэвлийн эвчлэлийн дарга, гагцхүү өвчлөлтийн чочирга үрэгдлийн өвчлөлтийн хэлт арга	65
	Г. Нэрвүүн, В. Даш, О. Сэрэлтэн, Б. Ганзориг, заслын үзэгчид, өвчлөлийн үзэгчид	67
	Г. Саярхүү, Б. Шижирхуу, Мингол эвчлэлийн үзэгчид, өвчлөлийн үзэгчид	75
	А. Вадранцэцэг, Б. Шижирхуу, Мингол эвчлэлийн үзэгчид, өвчлөлийн үзэгчид	81
	А. Эгзийтсэл, Л. Шалтэр, Е. Эрэнцэцэг, Хуучин үзэгчид, өвчлөлийн үзэгчид	82

Угачийн бүртгэлийн дугаар: 14027
Хэвлэл захиалгын дугаар: 14027
Захиалгын үнэ: 14027

№ 24 (1998-12-11)
Улирлаар 1200 төг, хялалт жилээр 2400 төг, жилээр 4800 төг
Нэг бүрийн жижигхэн худалдах үнэ 1200 төг