



МОНГОЛЫН АНАГААХ УХААН

Монголын эмч нарын эргэм шинжилгээний нийгэмлэг,
ШУА-ийн Анагаах ухааны бага чуулган,
АУИС төгсөгчдийн холбооны улирал тутмын сэтгүүл

33 дэх жилдээ

№3 (116)

2001 он

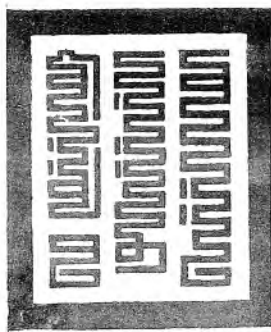
АГУУЛГА

ЭРХЛЭГЧИЙН ЗУРВАС	П. Нямдаваа, Буухиа шилжихийн учир	3
СУДАЛГАА, ШИНЖИЛГЭЭ	М.Туул, Х. Батбаяр, Л.Лхагва, Д.Амгаланбаатар, Р.Пүрэв, Ш.Болд <i>Монгол хүний нурууны нугалмын антропометрийн үзүүлэлт</i>	4
	Ц.Баламсэд, Б.Цэрэндаш, Б.Баярчимэг <i>Монгол хүний нойр булчирхайн хэт авиан шинжилгээний лавламж хэмжээ</i>	7
	С.Түндэврэнцэн, Д.Амгаланбаатар, Б.Дагданбазар, Сэ. Сүхбаатар, С.Энэбиш <i>Монгол хүний эрүүл зүрхний титэм судасны хэмжил зүйн судалгаа</i>	9
	Ц.Түвшинжаргал, Б.Баярт, С.Шогтсайхан <i>Ийлдэнд илрэх хавдрын маркерийг эрүүл үед тодорхойлсон нь</i>	11
	Ц.Баламсэд, Н.Баасанжав, Р.Пүрэв, Б.Баярчимэг <i>Зүрхний хоёр хавтаст гол судасны хавхлагийн олдмол хавсарсан гажгийн рентген шинж тэмдгүүдийг судлах асуудалд</i>	13
	Д.Баасанжав <i>Ишемийн инсультээр УБ хотын эмнэлгүүдэд нас барсан тохиолдлуудын сүүлийн 30 гаруй жилийн хандлага, нас хүйс, эмгэг голомтын байрлал, зарим онцлог /аутопсийн судалгаагаар/</i>	15
	Х.Должин, Г.Цагаанхүү <i>Архивы цочмог хордлогын эмнэл зүй, оношлолт, цус шүүх эмчилгээний үр дүн</i>	18
	Д.Малчинхүү, Н.Удвал <i>Нялхсын нас баралтын үндсэн шалтгаанууд ба нөлөөлдөг хүчин зүйлүүд</i>	21
	Л.Мөнхцэцэг, Б.Оюунцэцэг, Б.Оюунбат, Но-Kwen Kwon <i>Улаанбаатар хотын зарим сургуулийн сурагчдын амны хөндийн өвчлөлийн байдал</i>	25
	Т.Бадамсүрэн <i>Хайрст үлд өвчинд ПУВА эмчилгээг хэрэглэсэн дүн</i>	27
	Ш.Мягмаржав <i>Архаг намарсын үед элэгний биохимийн үзүүлэлтүүдэд хийсэн судалгаа, хэт авиа оношлогооны зарим үзүүлэлтүүд</i>	29
	Б.Бурмаа, Ш.Энхцэцэг, Э.Эрдэнэчимэг, Б.Ичинхорлоо <i>Агаарын бохирдлоор ялгаатай хот, суурингийн хүүхдийн зүрх судасны үйл ажиллагааны байдал, үнэмлээ</i>	31
	Е.В.Симонова <i>Байгальд орчдог техникийн гаралтай химийн зарим бохирдуулуур</i>	34
	Н.Наранбат, Б.Батхуяг, Б.Уранчимэг, Г.Погт <i>Монгол дахь сүрьеэгийн өвчлөлийн 1990-ээд оны хандлага</i>	37
Б.Ариунсанаа, Г.Гаамаа, Г.Цэрмаа, Ж.Чанцалцхам <i>Тархи, өндөг, болон-нарицэгийн үрийн фосфолипид</i>	40	
Ч.Эрдэнэчимэг, П.Нямдаваа, Ч.Долгор, Ч.Бямба <i>Монгол улсын нөхцөл дэх бэлгийн херпесийн өвчлөлийн байдал</i>	41	
ЛЕКЦ,ТОЙМ, ЗӨВЛӨЛГӨӨ	Г.Цагаанхүү, Ц.Дэлгэрмаа <i>Толгой эргэх хөдлөл</i>	43
	Р.Нямаа, Т.Булган, Э.Санжаа <i>Монгол оронд нүдний алба хөгжсөн товч түүх, сохролыг судалсан байдал</i>	45
	Б.Жав, Ж.Лхагвасүрэн <i>Кесар хагалгаа хийхэд баримтлах зарчим</i>	48
	Н.Нямдаваа, Я.Эрдэнэ-Очир <i>Улаан хоолой, ходоодыг нэгэн үйлдлээр хүзүүний хэсэгт залгасан тохиолдс</i>	51
	Л.Лхагва <i>XX зууны Нобелийн шагналт физиолог, Анагаах ухааны мэргэд</i>	56
ӨГҮҮЛЛҮҮДИЙН АНГЛИ ТОВЧЛОЛ		60

Улсын бүртгэлийн дугаар: №27(1998-12-11)

Хэвлэл захиалгын дугаар: 14527

Захиалгын үнэ: Улирлаар 1000 төг, хагас жилээр 2000 төг, жилээр 4000 төг,
Нэг дугаарын жижиглэн худалдаалах үнэ 1200 төг



MONGOLIAN MEDICAL SCIENCES

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

32-nd year of publication

№3 (116)

2001

CONTENTS

EDITORIAL

Forwarding my relay to the next runner by Nymadawaa 3

ORIGINAL ARTICLES

Anthropometrical indexes of human vertebrae in mongolian by M.Tuul, Kh.Batbayar, L.Lkhagva, D.Amgalanbaatar, R.Purev 4

Ultrasonographical reference value of the pancreas in healthy Mongolians by Ts.Badamsed, B.Tserendash, B.Bayarchimeg 7

Morphometrical study of the Mongolians in of vas multiplying by S.Tundevrentsen, D.Amgalanbaatar, B.Dagdanbazar, Se.Sukhbaatar, S.Enebish 9

The problems of studying the roentgenologic Semiotics of mitral-aortic cardiac by Ts.Badamsed, N.Baasanjav, R.Purev, B.Bayarchimeg 11

The tendency of hospitals ischaemic stroke death in last 30 years in Ulaanbaatar the role of age, sex and localizations of brain infarcts in death by D.Baasanjav 13

The clinical features and diagnosis of acute alcohol intoxication and results its treatment by hemabsorbition by Hk.Doljin, G.Tsagaankhuu 15

Causes and affecting factors of infant mortality by D.Malchinkhuu, N.Udval 18

The status of oral diseases among schoolchildren in Ulaanbaatar by L.Munguntsetseg, B.Oyuntsetseg, B.Oyunbat, Dr.Ho-Kwen Kwon 21

Results of PUVA Therapy in Patients with Psoriasis by T.Badamsuren 25

Study of liver biochemical and some echosonographic indices in patients with chronic eczema by Sh. Myagmarjav 27

Results of the study of circulatory system of children, living in cities with different air pollution level by B.Burmaa, Sh.Enktssetseg, E.Erdenechimeg, B.Ichinkhorloo, Sh.Urantserseg 29

Technique originated some chemical pollutants in nature by E.V.Simonova 31

Tuberculosis trends in Mongolia 1990's by N.Naranbat, G.Tsogt, B.Batkhuuyag, B.Uranchimeg 34

Phospholipid of brain, egg yolk and sunflower by B.Ariunsanaa, G.Gaamaa, G.Tsermaa, J.Chantsalkham 37

Morbidity of the genital herpes infection in Mongolia by Ch.Erdenechimeg, P.Nymadawa, Ch.Dolgor, Ch.Byamba 41

LECTURE, REVIEW, CONSULTATION

Dizziness by G.Tsagaankhuu, Ts.Delgermaa 43

History of development ophthalmological services in Mongolia and study situation of Blindness by R.Nyamaa, T.Bulgan, E.Sanjaa 45

Principles for Cesearan Section by B.Jav, J.Lkhagyasuren 48

A case of making anastomosis between oesophagus and stomach in one time-action by N.Nyamdavaa, Ya.Nyamdorj 51

Physiologists and medical scientists awarded by Noubel Prices in XX century by L.Lkhagva 56

ABSTRACTS OF THE ARTICLES IN ENGLISH

60

Монгол улсад эрүүл мэндийн алба байгуулагдсаны 80 жилийн ойг тохиолдуулан нийт эмч, анагаахын эрдэм шинжилгээний ажилтан Та бүхэнд баярын мэндчилгээ дэвшүүлж, шинэ зуундаа эрдэм мэдлэгээр жигүүрлэн их үйлс бүтээхийг ерөөв.

Сэтгүүлийн редакцийн зөвлөл

Халаагаа өгч буй ерөнхий эрхлэгчийн зурвас

Буухиа шилжихийн учир

“Монголын анагаах ухаан” сэтгүүлийн ерөнхий эрхлэгчийн хүндтэй бөгөөд хариуцлагатай албыг 1990 онд надад тохоон томилсноос хойш 11 жил гаруй өнгөрчихсөн байх юм. Сэтгүүлийн эрхлэгчээр томилогдохоосоо өмнө редакцийн зөвлөлд бас 10 шахам жил ажиллаж, гайгүй нухлуулчихсан байсан тул надад сэтгүүлийн нийтлэлийн хувьд болон редакторлах талаар айхавтар самгардах зүйл байгаагүй. Цаг зав л гаргах хэрэгтэй байсан. Харин зах зээлийн аягийг дагаад хэвлэлийн үйлдвэрүүд болон шуудан холбоо урьдчилгаа төлбөр шаардах болсон, сэтгүүлийг захиалан уншигчдын тоо эрс цөөрсөн зэрэг нь редакцийн зөвлөлөө ажиллуулах, сэтгүүлээ хугацаанд нь гаргах санхүүгийн эх үүсвэр олоход л ихээхэн санаа тавихад хүргэсэн санагдана.

Редакцийн зөвлөлд сонгогдсон эрдэмтэдэд редакторласны шагнал өгөх бололцоогүй болсноо шууд л хэлж, энэ сэтгүүлийн редакцийн зөвлөлд байна гэдэг бидний нэр төрийн хэрэг, мэргэжлийн хариуцлага гэдэг дээр санаа нийлсэн бөгөөд энэ зарчим одоо ч үргэлжилж байна.

Мэргэжлийн олон сэтгүүл нүд аньсан 1990-ээд оны эхний сэтгүүлзүйн болон зах зээлийн хар шуурганд сэтгүүлээ унагаачихалгүй авч гарсан гавъяаг тэр үед редакцийн зөвлөлд ажиллаж байсан бүх хүн, нэн ялангуяа сэтгүүл хэвлүүлэхээр хөөцөлдөх чимхлүүр ажлыг гардан гүйцэтгэж асан сэтгүүлийн нарийн бичгийн дарга их эмч Ч.Энхдалай, Д.Пүрэвдорж нар хүлээнэ.

Чөлөөт мэдээллийн урсгал дотор эрүүл мэндийн боловсролын болон анагаах ухааны мэргэжлийн нийтлэл зайлшгүй байх шаардлагатай, тэр нь Эрүүл мэндийн асуудал эрхэлсэн төрийн захиргааны төв байгууллагаа түшихээс аргагүй байсан нөхцлийг маань ойлгосон ДЭМБ-ын суурин төлөөлөгч Петер Хибзиер, Сусанта де Сильва нар дэмжин тусалснаар 1992-1994 онд тэр үеийн Эмнэлэг гэгээрлийн ордныг түшиглүүлэн “Эрүүл мэнд” хаягтай хэвлэлийн газар, теле студи хоёрыг босгосон нь яамдын дотроос энэ чиглэлийн анхных нь албад болж билээ. Өөрийн хэвлэлийн үйлдвэртэй болсон нь яам мэргэжлийн сэтгүүлээ хэвлэж байхад ихээхэн дөхөм болсон.

1996 онд ЭМЯ-ны ажлаа өгсний дараа тэр үеийн яамны удирдлага “Монголын анагаах ухаан” сэтгүүлийн ерөнхий

редакторын цалингүй албаа үргэлжлүүлэн хийхийг хүсэхэд нь үнэнхээр тэр үеийн яамны удирдлагын дотор энэ ажлыг аваад явчих хүн үгүй байсныг нь харгалзан хүлээн авч билээ. 1998 онд “Монгол улсын хэвлэлийн эрх чөлөөний хууль” гарснаар төрийн захиргааны төв байгууллага хэвлэлтэй байх ёсгүй болж, уг хуульд зохицуулан Монголын эмч нарын эрдэм шинжилгээний нийгэмлэг, Шинжлэх ухааны академийн Анагаах ухааны бага чуулган, Анагаах ухааны их сургуулийг төгсөгчдийн холбоо гэсэн төрийн бус гурван байгууллага үүсгэн байгуулагчаар нь улсын бүртгэлд шинэчлэн бүртгүүлсний дагуу 1999 оноос манай сэтгүүл бие даасан, чөлөөт, мэргэжлийн сэтгүүл болж, үүсгэн байгуулагчид маань энэ шинэ үеийг эхлүүлэх үүргийг бас л надад даалгасныг гүйцэлдүүлэх гэж сүүлийн 2 жил гаруй хичээлээ. Энэ шинэ үеийг эхлүүлэхэд сэтгүүлийн нарийн бичгийн дарга дэд доктор Б.Бурмаа, ня-бо Д.Амар, “Эрүүл энх” хэвлэлийн газрынхан хичээнгүйлэн зүтгэснийг тэмдэглүүштэй. Сэтгүүлзүйн мэргэжлийн дүн шинжилгээг бие даасан байр суурьнаас хийдэг “Олон нийтийн мэдээллийн хэрэгслийн тойм” сэтгүүлийн энэ оны нэгэн хавсралтанд “Монголын анагаах ухаан” сэтгүүлийг эрдэм шинжилгээний хамгийн сайн сэтгүүл¹ хэмээн дүгнэсэн нь мэргэжил нэгт нөхдийнхөө итгэлийг хөсөрдүүлэхгүйсэн гэсэн 11 жилийн зүтгэлийг минь үнэлсэн хамгийн том шагнал боллоо. Ийнхүү сэтгүүл маань нэгэнт бие даасан мэргэжлийн сэтгүүлийн энд хүрсэн тул ийм сэтгүүлийн редакцийн зөвлөлийн гишүүд, ерөнхий эрхлэгч нь сонгуулиар ээлжлэн ажилладаг дэлхий нийтийн жишигт нийцүүлэн чөлөөлж өгнө үү гэсэн хүсэлтийг минь үүсгэн байгуулагчдын төлөөлөгчдийн хамтарсан хурлаар гүйцэлдүүлж өгсөнд талархаж байна. Миний халааг авч буй доктор, профессор, хүний гавъяаг эмч Л.Лхагва бол буурьтай судлаач, нэртэй багш, авъяаслаг нийтлэлч, чадварлаг зохион байгуулагч чанаруудыг чухамхүү хослуулж чадсан, өргөн мэдлэгтэй эрдэмтэн тул буухианы ногдсон зайгаа одоогийн хүчийг нь алдуулахгүйгээр туулж, дараачийн хүнд эрчийг нь чангалан дамжуулах бүрэн итгэлтэй нэгэн гэдэгт эргэлзэх юун. Иш татсан сэтгүүлзүйн судалгаанд дурьдсанаас санаа авч, сэтгүүлээ олон улсын бүртгэлд бүртгүүлснээр хүлээлгэн өгч буйгаа бас дурьдмуу.

Академич П.НЯМДАВАА

¹ Эрдэм шинжилгээний хамгийн сайн сэтгүүл, “Монголын ОНМХ-ийн тойм, Хавсралт: ОНМХ-ийн Менежмент” (2001):#5(5):8-9:

Монгол хүний нурууны нугалмын антропометрийн үзүүлэлт

М.Туул, Х.Батбаяр, Л.Лхагва, Д.Амгаланбаатар, Р.Пүрэв, Ш.Болд

Анагаах ухааны хүрээлэн
Анагаах Ухааны Их Сургууль

Нурууны нугалмын эргэшгүй эмгэгүүд, осол зэрэг олон шалтгааны улмаас үүссэн нурууны гэмтлийн үед хиймэл нуруу суулгаж, өвчин эмгэгийг илааршуулах нь анагаах ухааны тулгамдсан асуудлын нэг юм.

Хүний бие махбод дотор яс судлалын чиглэлийн судалгааны материал дэлхий дахинаа нэлээд байна. Өнгөрсөн зууны эцэст энэ зууны эхнээс эхлэн В.А.Бец /1887/, А.П.Бондырев /1902/, Н.П.Гундобин /1906/, Р.Мартин /1927/, Д.Г.Рохлин, Э.Е.Левенталь /1936/, В.В.Бунак /1941/, В.П.Воробьев /1932/, В.Г.Штефко /1934/, Д.Г.Рохлин /1936/, Я.Я.Рогинский, М.Г.Левин /1955/ нарын олон эрдэмтэд янз бүрийн насны хүмүүсийн эрхтэн тогтолцооны хэмжилзүй тэдгээрийн хоорондын хамаарлыг тогтоох чиглэлээр судалгаа хийсэн нь өнөө ч ач холбогдлоо алдаагүй байна. Судлаачид хүний эд эрхтний өсөлт хөгжилт нь бие махбодын хөгжлийн үеүдээс хамааран харилцан адилгүй байхын зэрэгцээ хүний эрхтэн тогтолцоо түүний дотор яс тулгуурын тогтолцоо нь өөрийн насны онцлогтой холбоотойгоор өвөрмөц зүй тогтолтой болохыг судалж тогтоожээ.

Антропометрийн судалгаагаар тухайлбал бие хэмжил /соматометр/, яс хэмжил /остеометр/, гавал хэмжил /краниометр/ зэрэг аргын тусламжтай эрхтний болон биеийн хэсгүүдийн хэмжээг тодорхойлох нь одоо ч нийтээр баримтлан судалгаа явуулдаг үндсэн арга болсоор байна. Харин антропометрийн судалгааны үр дүн нь цаг хугацаа тухайн бие махбодын хөгжлийн зүй тогтол, генетик болон нийгмийн олон хүчин зүйлээс хамааран ямагт хувирч байдаг хувьсаамтгай шинж чанартайг судлаачид олонтаа тэмдэглэсэн байдаг /1, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12/.

Манай оронд хүүхэд өсвөр үе болон насанд хүрэгчдийн бие бялдрын үндсэн үзүүлэлт тус улсын хүн амын биеийн шинж төрх, хэв шинжит галбир, ангилал, монгол хүний дотор эрхтний хэмжилзүй, монгол хүний тавхайн үндсэн үзүүлэлтийг судлан тогтоосон антропометрийн судалгааны ажлууд амжилттай хийгдсэн байна.

Харин монгол хүний яс судлал, түүний дотор багана нурууны болон нугалам тус бүрийн хэмжээг судлан тогтоох чиглэлээр судалгааны хэрэглэгдэхүүн тун ховор байна. Хиймэл нурууны асуудлыг шийдвэрлэхтэй холбож, хүний нурууны нугаламын хэмжээг тогтоох, нурууны нугаламын бүтэц зүй, улмаар рентген бүтэц зүйг харьцуулсан судалгаа хийх зайлшгүй шаардлага урган гарсан юм.

Судалгааны зорилго, зорилт

Улаанбаатар хотын экологийн орчинд амьдарч байгаа насанд хүрсэн монгол хүний нурууны нугалмын хэмжээг тогтооход энэхүү судалгааны зорилго оршино. Судалгааны зорилгыг дараахь хэдэн зорилтоор шийдвэрлэсэн болно. Үүнд:

1.Насанд хүрсэн эрэгтэй, эмэгтэй монгол хүний нурууны нугалмын хэмжээг тогтоох

2.Нурууны нугалмын хэмжээг энгийн хэмжилзүйн, рентгенограммын шинжилгээний аргаар хослон хийж тэдгээрийн үзүүлэлтийг хооронд нь харьцуулах, биеийн өндөр, нурууны нугалмын хэмжээний хамаарлыг тодорхойлох

3.Хүний нурууны нугалмын хэмжээний хөдлөл зүйг судлах зэрэг болно.

Үр дүнгийн шинжлэх ухаан, практикийн ач холбогдол

1.Судалгааны үр дүн нь насанд хүрсэн эрэгтэй, эмэгтэй монгол хүний нурууны нугалам тус бүрийн хэмжээний үзүүлэлтийг тогтоосноор хэвийн байдлыг үнэлэх, хиймэл нуруу хийхэд лавлах хэрэглэгдэхүүн болно.

2.Түүнчлэн "Монгол Хүн Судлал, Анагаах ухаан, Хүний морфологи, Эмнэлзүйн анагаах ухаан, шүүх эмнэлгийн практик үнэлэлт, дүгнэлт, харьцуулалт хийх зарим асуудлыг шийдвэрлэхэд чухал мэдээлэл болох нь дамжиггүй юм.

Судалгааны хэрэглэгдэхүүн, арга зүй

Судалгааны материалыг Улаанбаатар хотноо гэнэтийн ослоор нас барсан 25-45 насны эрэгтэй, эмэгтэй 116 цогцосны задлан шинжилгээгээр хүзүүний /СЗ-С7/, Сээрний /ТН1-ТН12/, Бүсэлхийн /L1-L5/ нугалмын их биеийн,задлан шинжилгээний өвөрмөц аргыг хэрэглэн цогцосноос нугалам тус бүрийг нэг бүрчлэн гарган нугалмын их биеийн болон эрүүл 20-30 насны 30 хүний биеийн өндөр, багана нурууны хэмжээг, Улаанбаатар хотын П.Н.Шастины нэрэмжит клиникийн эмнэлгийн рентген тасаг, Хавдар судлалын төвийн рентген тасгийг түшиглэн 21-40 насны 30 хүний хүзүү, сээр, бүсэлхийн нугаламын рентген зургийг эгц, хажуу байрлалаар үйл ажиллагааны сорилын үед авч тус хэмжилтийг хийлээ.

Бие зүйн үндсэн хэмжээг В.В.Бунакийн /28/, нугалмын хэмжээг А.П.Бондырев, В.В.Бунак /3/, нарын нийтээр өргөн хэрэглэдэг аргаар, Рентгенограммын хэмжилтийг И.М.Тагер, И.Г.Лагунова /9/ нарын аргыг тус тус ашиглан хийж, биостатистикийн аргаар боловсруулалт хийв.

Судалгааны үр дүн, хэлцэмж

Судалгаанд хамрагдсан эрэгтэй, эмэгтэй хүний хүзүүний /СЗ-С7/, Сээрний /ТН1-ТН12/, Бүсэлхийн /L1-L5/ нугалмын их биеийн өмнөд өндөр, их биеийн дунд өргөн, сагиталь голч, дискийн зузааны дундаж хэмжээг 1, 2-р хүснэгтээр, рентгенограммын аргаар тодорхойлсон нугалмын хэмжээг

Хүснэгт 1
Монгол эрэгтэй хүний нурууны нугаламын их биеийн зарим үзүүлэлтүүд

		X	sm	±0			X	sm	±0
СЗ	өндөр	1.253	0.020	0.1229	ТН7	өндөр	1.745	0.027	0.1634
	өргөн	1.761	0.075	0.4532		өргөн	3.013	0.046	0.2785
	зузаан	1.242	0.076	0.4851		зузаан	3.051	0.084	0.5117
	диск	0.489	0.013	0.0767		диск	0.687	0.021	0.1266
С4	өндөр	1.266	0.022	0.1343	ТН8	өндөр	1.811	0.032	0.1976
	өргөн	1.826	0.079	0.4791		өргөн	3.113	0.047	0.26442
	зузаан	1.455	0.062	0.5007		зузаан	3.168	0.080	0.4839
	диск	0.503	0.014	0.0843		диск	0.747	0.021	0.1293
С5	өндөр	1.324	0.024	0.1434	ТН9	өндөр	1.921	0.024	0.1487
	өргөн	1.950	0.080	0.4854		өргөн	3.284	0.042	0.2556
	зузаан	1.518	0.089	0.5442		зузаан	3.305	0.082	0.5008
	диск	0.534	0.014	0.0862		диск	0.784	0.022	0.1361
С6	өндөр	1.361	0.025	0.1737	ТН10	өндөр	1.987	0.020	0.1232
	өргөн	2.042	0.081	0.4934		өргөн	3.439	0.039	0.2334
	зузаан	1.834	0.088	0.5367		зузаан	3.405	0.079	0.4821
	диск	0.542	0.014	0.0845		диск	0.847	0.025	0.1518
С7	өндөр	1.434	0.026	0.1668	ТН11	өндөр	2.053	0.021	0.1290
	өргөн	2.272	0.075	0.4338		өргөн	3.600	0.057	0.2865
	зузаан	1.737	0.069	0.5444		зузаан	3.708	0.068	0.4120
	диск	0.550	0.013	0.0786		диск	0.955	0.027	0.1617
ТН1	өндөр	1.479	0.025	0.1544	ТН12	өндөр	2.100	0.024	0.1487
	өргөн	2.403	0.079	0.4870		өргөн	3.776	0.061	0.3691
	зузаан	2.063	0.074	0.4490		зузаан	3.813	0.068	0.4156
	диск	0.576	0.014	0.0841		диск	1.066	0.040	0.2417
ТН2	өндөр	1.534	0.021	0.1246	L1	өндөр	2.705	0.032	0.1552
	өргөн	2.453	0.070	0.4269		өргөн	3.934	0.054	0.3885
	зузаан	2.208	0.065	0.4225		зузаан	4.000	0.076	0.4620
	диск	0.616	0.017	0.1054		диск	1.279	0.028	0.1752
ТН3	өндөр	1.600	0.022	0.1325	L2	өндөр	2.285	0.032	0.1976
	өргөн	2.545	0.075	0.4576		өргөн	4.103	0.067	0.4091
	зузаан	2.376	0.068	0.5124		зузаан	4.032	0.090	0.5473
	диск	0.597	0.017	0.1053		диск	1.376	0.035	0.2312
ТН4	өндөр	1.637	0.022	0.1312	L3	өндөр	2.392	0.038	0.2055
	өргөн	2.553	0.062	0.3714		өргөн	4.135	0.085	0.4385
	зузаан	2.550	0.053	0.5684		зузаан	4.092	0.100	0.6108
	диск	0.608	0.018	0.1095		диск	1.482	0.042	0.2557
ТН5	өндөр	1.658	0.021	0.1307	L4	өндөр	2.466	0.034	0.2079
	өргөн	2.713	0.062	0.3760		өргөн	4.176	0.103	0.6292
	зузаан	2.739	0.083	0.5067		зузаан	4.092	0.116	0.7055
	диск	0.634	0.019	0.1161		диск	1.582	0.039	0.2672
ТН6	өндөр	1.724	0.022	0.1256	L5	өндөр	2.555	0.044	0.2672
	өргөн	2.818	0.066	0.4040		өргөн	4.066	0.127	0.8316
	зузаан	2.892	0.079	0.4785		зузаан	3.821	0.127	0.7744
	диск	0.666	0.021	0.1252		диск	1.576	0.041	0.2478

Судалгаа, шинжилгээ

Хүснэгт 2
Монгол эмэгтэй хүний нурууны нугалмын их биеийн зарим үзүүлэлтүүд

		X	sm	±σ		X	sm	±σ	
C3	өндөр	1.161	0.011	0.0487	ТН7	өндөр	1.689	0.032	0.1370
	өргөн	1.289	0.032	0.1370		өргөн	2.683	0.066	0.2784
	зузаан	1.800	0.059	0.2484		зузаан	2.556	0.068	0.2672
	диск	0.500	0.019	0.0816		диск	0.706	0.018	0.0780
C4	өндөр	1.217	0.012	0.0500	ТН8	өндөр	1.794	0.023	0.0970
	өргөн	1.317	0.033	0.1384		өргөн	2.783	0.060	0.2892
	зузаан	1.922	0.059	0.2485		зузаан	2.722	0.059	0.2507
	диск	0.517	0.020	0.0833		диск	0.761	0.022	0.0951
C5	өндөр	1.217	0.018	0.0764	ТН9	өндөр	1.856	0.032	0.1343
	өргөн	1.344	0.047	0.1973		өргөн	2.956	0.077	0.3253
	зузаан	1.983	0.046	0.1951		зузаан	2.883	0.077	0.3253
	диск	0.533	0.019	0.0816		диск	0.794	0.024	0.1026
C6	өндөр	1.267	0.021	0.0882	ТН10	өндөр	1.883	0.037	0.1572
	өргөн	1.422	0.056	0.2370		өргөн	3.089	0.095	0.4012
	зузаан	2.044	0.047	0.1976		зузаан	3.061	0.052	0.2189
	диск	0.544	0.016	0.0685		диск	0.889	0.026	0.1900
C7	өндөр	1.356	0.024	0.1012	ТН11	өндөр	1.950	0.046	0.1951
	өргөн	1.717	0.070	0.2986		өргөн	3.289	0.091	0.3843
	зузаан	2.011	0.064	0.2726		зузаан	3.267	0.054	0.2285
	диск	0.561	0.011	0.0487		диск	0.983	0.020	0.0833
ТН1	өндөр	1.389	0.025	0.1048	ТН12	өндөр	2.070	0.036	0.1548
	өргөн	1.944	0.025	0.3700		өргөн	3.456	0.122	0.5166
	зузаан	2.106	0.087	0.2913		зузаан	3.489	0.081	0.3445
	диск	0.556	0.012	0.0497		диск	1.022	0.022	0.0916
ТН2	өндөр	1.461	0.025	0.1051	L1	өндөр	2.178	0.046	0.1931
	өргөн	2.064	0.086	0.3067		өргөн	3.850	0.153	0.6474
	зузаан	2.106	0.052	0.2198		зузаан	3.556	0.089	0.2910
	диск	0.500	0.012	0.0500		диск	1.167	0.035	0.1491
ТН3	өндөр	1.544	0.020	0.0831	L2	өндөр	2.291	0.049	0.2039
	өргөн	2.322	0.049	0.2070		өргөн	3.739	0.149	0.6317
	зузаан	2.233	0.045	0.1915		зузаан	3.565	0.068	0.2891
	диск	0.544	0.012	0.0497		диск	1.328	0.043	0.1820
ТН4	өндөр	1.583	0.023	0.0957	L3	өндөр	2.356	0.062	0.2650
	өргөн	2.422	0.062	0.2615		өргөн	3.722	0.150	0.6347
	зузаан	2.239	0.050	0.2112		зузаан	3.783	0.085	0.3694
	диск	0.578	0.015	0.0629		диск	1.511	0.035	0.1487
ТН5	өндөр	1.633	0.024	0.1000	L4	өндөр	2.406	0.064	0.2697
	өргөн	2.494	0.052	0.2223		өргөн	3.389	0.195	0.8266
	зузаан	2.267	0.057	0.2404		зузаан	3.889	0.071	0.2998
	диск	0.633	0.016	0.0867		диск	1.567	0.028	0.1202
ТН6	өндөр	1.650	0.025	0.1067	L5	өндөр	2.372	0.030	0.1283
	өргөн	2.589	0.059	0.2514		өргөн	3.326	0.221	0.9380
	зузаан	2.367	0.059	0.2517		зузаан	3.689	0.101	0.4280
	диск	0.667	0.016	0.0667		диск	1.544	0.041	0.1789

3-р хүснэгтээр, нугалмын харьцуулсан хэмжээг 4-р хүснэгтээр, нурууны нугалмын хэмжээний хөдлөл зүйг 1, 2, 3, 4-р зургаар тус тус толилуулж байна.

Нурууны нугалмын хэмжээ, хөдлөл зүй
Хүзүүний нугалам /C3-C1/

Судалгааны дүнгээс харахад /Хүснэгт 1/ эрэгтэйчүүдийн хүзүүний нугалмын их биеийн өмнөд өндөр 1.253 см /C3/ байснаа 7-р нугалмынх /C7/ 1.434 см болж өндөрсөн, 3 дугаар нугалмынх их биеийн дунд өргөний хэмжээ 1.761 байснаа, 6, 7-р нугалмынх 2.042-2.224 см болж өргөссөн, их биеийн /C3/ дээд сагиталь голчийн хэмжээ 1.342 см байснаа 1.737 см болж ихэссэн байна. /1, 2, 3, 4-р зураг/

Дискийн зузааны хэмжээ 0.489 см-ээс /C3/-0.550 /C7/ хүртэл хэмжээтэй байсан ба аажим нэмэгдэх хандлага байна.

Эмэгтэйчүүдийн хүзүүний нугалмын /Хүснэгт 2/ их биеийн өмнөд өндөр 1.161 см /C3/ байснаа 1.356 см /C7/ см болж өндөрсөн, 3-р нугалмын их биеийн дунд өргөний хэмжээ 1.289 см байснаа 1.717 см болж өргөссөн, их биеийн дээд сагиталь голчийн хэмжээ 1.8 см-ээс /C3/ эхлэн 2.011 см /C7/, дискийн зузааны хэмжээ 0.500 см-ээс /C3/-0.561 см /C7/ хүртэл нэмэгдсэн байна.

Сээрний нугалам /ТН1-ТН12/

Сээрний нугалмын хэмжилтийн дүнгээс үзэхэд /2-р хүснэгт/ эрэгтэйчүүдийн 1-р нугалмын өмнөд өндөр 1.479 см хэмжээтэй байснаа 6-р нугалмынх 1.724 см, 12-р нугалмынх 2.100 см болж өндөрсчээ.

Түүнчлэн их биеийн дунд өргөн 2.403 см /ТН1/ байснаа 3.7 см /ТН12/ болж өргөссөн, сээрний 1-р нугалмын их биеийн сагиталь голчийн хэмжээ 2.063 см хэмжээтэй байснаа цаашид нугалам бүрт өссөөр 12-р нугалмынх 3.813 см хэмжээтэй болжээ /1, 2, 3, 4-р зураг/.

Эмэгтэйчүүдийн /Хүснэгт 2/ сээрний 1-р нугалмын их биеийн өмнөд өндөр 1.389 см, 12 дугаар нугалмынх 2.078 см, их биеийн дунд өргөн 1.944 см байснаа 12-р нугалмынх

3.458 см болж өргөссөн, их биеийн сагиталь голчийн хэмжээ 2.106 см /ТН1/ байснаа 3.489 см /ТН12/ болж ихэссэн байна.

Эрэгтэйчүүдийн дискийн зузаан 0.576 см /ТН1/, 0.616 см /ТН2/, 0.634 см /ТН5/, 0.687 см /ТН7/, 0.747 см /ТН8/, 0.847 см /ТН10/, 1.066 см /ТН12/, эмэгтэйчүүдийнх 0.556 см /ТН1/, 0.550 см /ТН2/, 0.633 см /ТН5/, 0.706 см /ТН7/ 0.761 см /ТН3/, 0.889 см /ТН10/, 1.022 см /ТН12/ тус тус хэмжээтэй байна.

Бүсэлхийн нугалам /L1-L5/

Эрэгтэйчүүдийн бүсэлхийн нугалмын хэмжилтийг үзэхэд Хүснэгт 1-р нугалмын их биеийн өндөр 2.205 см, 5-р нугалмынх 2.555 см болж өндөрсөн, их биеийн дунд өргөн 3.984 см /L1/ байснаа 4.176 см /L4/ болж өргөссөн, их биеийн сагиталь голчийн хэмжээ 4.0 см /L1/ байснаа 4.092 см /L4/ болж нэмэгджээ.

Эмэгтэйчүүдийн 1-р нугалмын их биеийн өндөр 2.178 см, 5-р нугалмынх 2.372 см болж өндөрсөн, их биеийн дунд өргөн 3.650 см /L1/ байснаа 3.889 см /L4/ болж нэмэгдсэн байна /1, 2, 3, 4-р зураг/.

Дискийн зузаан эрэгтэйчүүдэд 1.279 см /L1/, 1.482 см /L3/, 1.576 см /L5/, эмэгтэйчүүдэд 1.167 см /L1/, 1.511 см /L3/, 1.544 см /L5/ тус тус хэмжээтэй байна. Энэхүү хэмжээ нь эхний нугаламаас эхлэн дараачийн нугалам бүрт нэмэгдэх хандлага ажиглагдаж байна.

Хүзүү, сээр, бүсэлхийн нугалмын их биеийн өмнөд өндөр, өргөн, сагиталь голч, дискийн зузааны хэмжээ хоёр хүйсний хувьд нугалмын их биеийн өргөн, сагиталь голчийн үзүүлэлтүүд нэлээд ялгаатай /P<0.01-0.05/ байна.

Рентгенограммын аргаар тодорхойлсон судалгааны дүн 3-р хүснэгтээр үзүүлэв. Нурууны баганын хүзүү, сээр бүсэлхийн нугалмын рентген зургийн эгц, хажуу, мөн үйлийн сорилын үед авсан хэмжилтийн үзүүлэлтүүдийг авч үзэхэд хажуугийн зурагт хажуу өндөр нь хүзүүний 3-р нугалмынх 1.75 см, 7-р нугалмынх 2.01 см буюу 0.26 см-ээр 3-р нугаламаас өндөрсөн, 3-р нугалмын их биеийн дээд өргөний хэмжээ 2.00 см, 7-р нугалмынх 2.17 см буюу 0.17 см-ээр тус тус өргөссөн, 3-р нугалмын дискийн зузаан 0.67 см, 7-р нугалмынх 0.63 см хэмжээтэй байна.

Хүзүүний нугалмын хажуу болон эгц зургийн хооронд 3-р нугалмын их биеийн хажуу өндрийн хэмжээ 0.37 см-ээр ялгаатай /P>0.001/ ба бусад үзүүлэлтийн хооронд үнэмшилтэй ялгаа ажиглагдахгүй байна.

Сээрний нугалмын хувьд хажуу зурагт их биеийн /C3/ хажуу өндөр 2.14 см, дээд өргөн 2.16 см, доод өргөн 2.17 см, дискийн зузаан 0.72 см, хажуу зурагт 12 дугаар сээрний нугалмын хажуу өндөр 3.00 см, дээд өргөн 3.80 см, доод өргөн 4.19 см, дискийн зузаан 1.23 см, эгц зурагт өндөр 2.69 см, дээд өргөн 3.93 см, доод өргөн 3.93 см, дискийн зузаан 1.11 см хэмжээтэй байна.

Хажуу ба эгц зураг дахь 1 дүгээр нугалмын хажуу өндөр 0.18 см-ээр зөрөөтэй байгаа нь /P<0.001/ статистик магадлалтай байна. Сээрний нугалмын их биеийн бусад үзүүлэлтүүдэд статистик магадлалтай ялгаа ажиглагдсангүй.

Хүснэгт 3
Рентгенограммын аргаар тодорхойлсон нугалмын хэмжээ

		Хажуу зураг (n=10)			Эгц зураг (n=10)		
		X	sm	±σ	X	sm	±σ
C3	Хажуу өндөр /см/	1.7500	0.0024	0.0850	1.3800	0.0058	0.1317
	Дээд өргөн /см/	2.0000	0.0185	0.2357	2.4200	0.0058	0.5073
	Дээд өргөн /см/	2.0000	0.0185	0.2357	2.4200	0.2265	0.8243
	Дискийн зузаан /см/	0.6700	0.0030	0.0949	0.5300	0.0023	0.0823
C7	Хажуу өндөр /см/	2.0100	0.0640	0.4383	1.6100	0.0144	0.2079
	Дээд өргөн /см/	2.1600	0.0253	0.2757	2.6100	0.1248	0.6118
	Дээд өргөн /см/	2.1700	0.0267	0.2830	2.6100	0.1248	0.6118
	Дискийн зузаан /см/	0.6300	0.0023	0.0823	0.6400	0.0113	0.1838
ТН1	Хажуу өндөр /см/	2.1400	0.0164	0.2221	2.5200	0.0164	0.2221
	Дээд өргөн /см/	2.4300	0.0904	0.5208	3.0700	0.0297	0.2983
	Дээд өргөн /см/	2.4100	0.0818	0.4954	3.0700	0.0297	0.2983
	Дискийн зузаан /см/	0.7400	0.0187	0.2366	0.7200	0.0087	0.1019
ТН6	Хажуу өндөр /см/	2.7600	0.0335	0.3169	2.5300	0.0489	0.3831
	Дээд өргөн /см/	3.2100	0.0418	0.3542	3.4400	0.0261	0.2797
	Дээд өргөн /см/	3.4000	0.0422	0.3559	3.4900	0.0248	0.2726
	Дискийн зузаан /см/	0.9300	0.0015	0.0675	0.8800	0.0006	0.0422

ТН12	Хажуу өндөр /см/	3.0000	0.0222	0.2582	2.6900	0.0248	0.2726
	Дээд өргөн /см/	3.8000	0.0044	0.1155	3.9300	0.0037	0.1059
	Дээд өргөн /см/	4.1900	0.0055	0.1287	3.9300	0.0037	0.1059
	Дискийн зузаан /см/	1.2300	0.0037	0.1059	1.1100	0.0026	0.0876
L1	Хажуу өндөр /см/	3.1500	0.0009	0.0527	3.0500	0.0750	0.4743
	Дээд өргөн /см/	4.6500	0.0454	0.3689	5.2500	0.2083	0.7906
	Дээд өргөн /см/	4.6500	0.0454	0.3689	5.2500	0.2083	0.7906
	Дискийн зузаан /см/	1.2000	0.0000	0.0000	0.9500	0.0009	0.0527
L5	Хажуу өндөр /см/	3.5400	0.0379	0.33736	3.0800	0.0613	0.4290
	Дээд өргөн /см/	4.6700	0.0474	0.3773	5.3400	0.1090	0.5719
	Дээд өргөн /см/	4.6700	0.0474	0.3773	5.5400	0.2215	0.8154
	Дискийн зузаан /см/	1.2400	0.0098	0.1713	1.3000	0.0119	0.1886

Бүсэлхийн 1-р нугалмын их биеийн хажуу өндөр 3.15 см, дээд, доод өргөн 4.65 см, дискийн зузаан 1.20 см, эгц зурагт өндөр 3.05 см, дээд, доод өргөн 5.25 см, дискийн зузаан 0.95 см, 5-р нугалмын хажуу зурагт хажуу өндөр 3.54 см, дээд, доод өргөн 4.67 см, дискийн зузаан 1.24 см, эгц зурагт өндөр 3.08 см, дээд өргөн 5.34, доод өргөн 5.54 см, дискийн зузаан 1.30 см хэмжээтэй байгаа нь статистикийн үнэмшилтэй ялгаагүй байна.

Энэ судалгааны дүнд багана нурууны нугалмын их биеийн үзүүлэлтүүд нь хүзүүний нугалмаас эхлэн сээр, бүсэлхийн нугалам хүртэл аажим нэмэгдэж буй хандлага харагдаж байна.

Нурууны нугалмын физиологийн ба анатомийн нийт 21 үзүүлэлтийг харьцуулан үзэхэд /4-р хүснэгт/ сээрийн 6, 12-р, бүсэлхийн 1-р нугаламын их биеийн өмнөд өндөр, 5-р нугалмын дискийн зузааны үзүүлэлтүүд нь хоорондоо ялгаатай байгаа нь статистикийн магадлалтай /P<0.01-0.05/ байна. Энэхүү ялгаа нь физиолог хэмжилтийн ажиглалтын тоотой холбоотой байж болох юм.

Биеийн өндөр, нурууны нугалмын хамаарал

Бид судалгаагаараа биеийн өндөр, нурууны нугалмын их биеийн хэмжээсүүдийн хоорондох хамаарлыг тодорхойллоо. Судалгааны дүнгээс үзэхэд хүзүүний нугалам тус бүрийн өмнөд өндөр, биеийн өндөртэй харьцуулсан корреляцийн коэффициент $r=0.3511; 0.3324; 0.2954; 0.3878; 0.3618$; сээрийнх $r=0.076; 0.2835; 0.2551; 0.3428; 0.3048; 0.2194; 0.2194; 0.1910; 0.1910; 0.2262; 0.2891; 0.4280; 0.3448; 0.3689$ бүсэлхийнх $0.2784; 0.3377; 0.2318; 0.0645; 0.0524$ хэмжээтэй тодорхойлогдсон нь шууд сул хамааралтай их биеийн өргөн $r=0.078-0.2753$, сагиталь голч $r=0.0079-0.448$; дискийн зузаан $r=0.0670-0.3711$ байгаа нь тун бага хамааралтайг харуулж байна.

Үүнээс үндэслэн нугалам тус бүрийн хэмжээ нь биеийн өндөртэй шууд сул хамааралтай, харин багана нурууны хэмжээнд түүний диск, зөөлөн эдийн оролцоо ихээхэн ач холбогдолтойг харуулж байна.

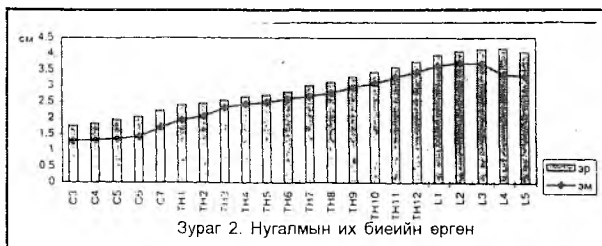
Хүснэгт 4

Хүний нурууны нугалмын зарим үзүүлэлтийг жишсэн харьцуулалт

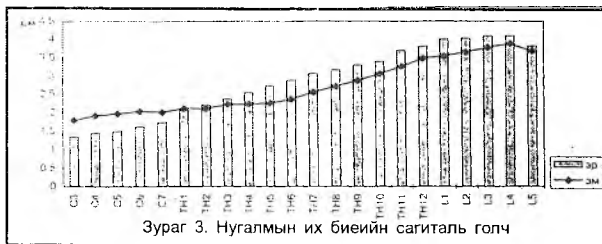
	Физиологийн хэмжээс (Х _н т(X))			Анатомн хэмжээс (Х _н т(X))		
	өмнөд өргөн /см/	өргөн /см/	дискийн зузаан /см/	өмнөд өргөн /см/	Дунд өргөн /см/	Дискийн зузаан /см/
С3	1.38±0.0058	2.42±0.0858	0.53±0.0023	1.25±0.02	1.76±0.075	0.489±0.013
С7	1.61±0.0144	2.61±0.1248	0.64±0.0113	1.434±0.028	2.224±0.075	0.550±0.013
ТН1	2.52±0.0164	3.07±0.029	0.72±0.0087	1.479±0.025	2.403±0.783	0.576±0.013
ТН6	2.53±0.0489	3.44±0.0261	0.88±0.0006	1.724±0.022	2.818±0.066	0.666±0.021
ТН12	2.69±0.0248	3.39±0.037	1.11±0.0026	2.100±0.024	3.776±0.061	1.066±0.040
L1	3.05±0.075	5.25±0.2083	0.95±0.0009	2.205±0.032	3.984±0.064	1.279±0.029
L5	3.08±0.0613	5.34±0.1090	1.3±0.0119	2.555±0.044	4.066±0.137	1.576±0.041



Зураг 1. Нугалмын их биеийн өмнөд өндөр



Зураг 2. Нугалмын их биеийн өргөн



Зураг 3. Нугалмын их биеийн сагиталь голч



Зураг 4. Дискийн өмнөд зузаан

Бид 20-30 насны 30 эрэгтэйчүүдийн биеийн өндөр, багана нурууны хэмжээг авч хамаарлыг тодорхойлж үзэхэд биеийн өндөр, багана нурууны хоорондох корреляцийн коэффициент $r=0.6982$ тодорхойлогдсон нь багана нурууны хэмжээ биеийн өндөртэй шууд хүчтэй хамааралтай байна. Өөрөөр хэлбэл биеийн өндрийн хэмжээтэй багана нурууны өндрийн хэмжээ харилцан шүтэлцээтэй байна.

Дүгнэлт

1. Монгол хүний нурууны нугалмын их биеийн өмнөд өндөр, дунд өргөн, их биеийн дээд сагиталь голч, дискийн зузааны хэмжээний үзүүлэлтүүд нь хүзүүний нурууны /С3-С7/ нугалмаас эхлэн сээр /ТН1-ТН12/, бүсэлхийн /L1-L5/ аажим ихсэж байна. Энэ хөдлөл зүй нь рентгенограммаар тодорхойлсон үзүүлэлтийн хувьд мөн адил ажиглагдаж байна.

2. Нурууны нугалмын хэмжээг тогтоосон антропометрийн болон физиолог хөдөлгөөний үеийн үзүүлэлтүүд нь хоорондоо статистик магадлалтай ялгаагүй байна.

3. Биеийн өндөр, багана нурууны хэмжээний хооронд / $r=0.6982$ / шууд, хүчтэй хамааралтай, нугалам тус бүрийн өндөр болон бусад үзүүлэлтийн хооронд шууд сул / $r=0.3878; 0.0079; 0.2251$ / хамааралтай байна.

Ном зүй

1. Бериштейн А. Физиология движений М.Л. 1934
2. Бунак, Наструх, Рогинский. Антропология. Краткий курс. 1940
3. Бунак В.В. Антропометрия практический курс. М. 1941. стр. 248.
4. Золотухин А, Соколов П, Научно-врачебный контроль над физическим развитием человека. 1925.
5. Ивановский А. Антропологические исследования по международному соглашению антропологов. Антроп. Ж. 1913
6. Левинский В.П. Краткий курс вариационной статистики. 1935.
7. Мартин Р. Краткое руководство по антропометрическим измерениям М. 1927
8. Микулин. Двадцать уроков фотографии. 1938.
9. Рохлин Д. Рентгеноостеология и рентгеноантропология. Л. 1936
10. Рогинский Я.Я., Левин М.Г. Антропология. М. 1978. Стр 69-70.
11. Davenport Ch. Anthropometry and anthroposcopy. 1927.
- Hridicka A. Practical anthropometry. Philadelphia. 1939.

Танилцаж, нийтлэх санал өгсөн: Анагаахын шинжлэх ухааны доктор, профессор П.ОНХУДАЙ

Судалгаа, шинжилгээ

Монгол хүний нойр булчирхайн хэт авиан шинжилгээний лавламж хэмжээ

Ц.Бадамсэд, Б.Цэрэндаш, Б.Баярчимэг
Анагаах Ухааны Хүрээлэн
Анагаах Ухааны Их Сургууль

Орчин үед клиникийн практикт хэт авиан оношлогоо нэвтэрсэнээр монгол хүний нойр булчирхайн хэт авиан шинжилгээний лавламж хэмжээг судлан гаргах нь хойшлуулшгүй чухал асуудал болж байна.

Нойр булчирхайн хэвийн хэмжээ аймхай мөгөөрснөөс хойш 5-6 см-д настай, тарган хүмүүст илүү дор байрладаг. /А.И.Дергачев., 1995/.

Хэт авиан шинжилгээгээр хэвлийн өмнөт хана, нойр булчирхайн их биеийн хооронд 2.5-10 см /Н.М.Мухарлямов., 1987/, 3.7 см±0.72 /2.6 см-5.3 см/ /А.И.Дергачев., 1995/ тус тус байдаг байна.

Хэт авиан шинжилгээгээр нойр булчирхайн хэлбэр янз бүр байдаг. Хэт авиан үүсгэгчийг тууш байрлуулахад нойр булчирхай ихэнхдээ зууван хэлбэртэй харин хэт авиан үүсгэгчийг хөндлөн байрлуулахад нойр булчирхайн толгой зууван, маш ховор тохиолдолд дугариг хэлбэртэй байдаг. Нойр булчирхайн баруун хэсэг доош тахиж дэгээ маягийн сэртэн үүсгэдэг. Нойр булчирхайн их бие ба сүүлийн зузаан нь ижил байдаг. Зарим тохиолдолд нойр булчирхайн сүүлийг их биетэй харьцуулахад өргөссөн буюу багассан байдаг /Н.М.Мухарлямов., 1987/.

Хэт авиан шинжилгээгээр нойр булчирхайн толгойн зузаан 2.2 см±0.04 буюу 1.1см-2.6 см /В.Г.Смагин., О.Н.Минушкин., Л.П.Орлова., 1983/, 1.8 см-2.6 см /Л.П.Орлова., 1987/, 2.2 см-3 см хүртэл /Н.М.Мухарлямов., Л.П.Орлова., 1983/, 1.8 см-2.6 см/ /Л.П.Орлова., 1987/, 2.2 см-3 см хүртэл /Н.М.Мухарлямов., 1987/, 2.83 см ± 0.2 /С.Т.Тусупбеков ба бусад., 1990/, их бие 1.1 см ± 0.03 буюу 0.6 см-1.3 см /В.Г.Смагин ба бусад., 1983/, 0.6 см-1.6 см /Л.П.Орлова., 1987/, 1 см-ээс 2 см хүртэл буюу 1.3 см-1.7 см /Н.М.Мухарлямов., 1987/ сүүл 1.97±0.02 буюу 1.6 см-2.0 см /В.Г.Смагин., О.Н.Минушкин., Л.П.Орлова., 1983/, 1.6 см-2.0 см /Л.П.Орлова., 1987/, 1.8см-ээс 2.8 см хүртэл буюу 1.2-2.5 см /Н.М.Мухарлямов., 1987/, 1.3+0.46 /С.Тусупбеков ба бусад., 1990/ тус тус байна.

Хэт авиан шинжилгээгээр нойр булчирхайн урт дунджаар 12.5 /16/-22 /24/ см байна. /А.И.Дергачев., 1995/.

Нойр булчирхайн доод ирмэгээс хэвлийн гол судасны хоорондын хэмжээ нормдоо 1 см байдаг. /Р.Бахтиозин., 1989/.

Хэт авиан шинжилгээгээр нойр булчирхайн их бие 98%-д, толгой 92%-д, сүүл 26%-д тус тус тодорхойлогддог /Н.М.Мухарлямов., 1987/.

Хэв авиан шинжилгээгээр нойр булчирхайн цорго жигд өргөссөн буюу нарийн, нэг буюу хоёр хэт авиан ойлт ихэссэн судал, жигд бус өргөссөн цоргын хил хязгаар долгионтсон, цоргын хэсэг жижиг уйланхай маягийн болсон хэлбэрээр дүрслэгдэж /А.И.Дергачев., 1995/, нойр булчирхайн цоргын урт 17-20 см, өргөн толгойн хэсэгт 3-4 мм хүртэл, их бие ба сүүл хэсэгт 1.3мм-2.1мм /А.И.Дергачев., 1995/, нойр булчирхайн цоргын өргөн 0.3мм±0.2 /Brogha ба бусад., 1991/, 1 мм-ээс ихгүй /Н.М.Мухарлямов., 1987/, 1-2 мм /Л.П.Орлова., 1987/ тус тус байдаг байна.

Нойр булчирхайн ерөнхий цорго хэт авиан шинжилгээгээр 54%-д /Л.П.Орлова., 1987/, 1/3 хүртлэхэд /Н.М.Мухарлямов., 1987/ илэрдэг байна. Нойр булчирхайн

ерөнхий цорго хэт авиан шинжилгээгээр илэрдэггүй нь цорго тахиралдсан ба янз бүр байдагтай холбоотой /Л.П.Орлова., 1987/ тус тус байдаг байна.

Нойр булчирхайн ерөнхий цорго хэт авиан шинжилгээгээр 54%-д /Л.П.Орлова., 1987/, 1/3 хүртлэхэд /Н.М.Мухарлямов., 1987/ илэрдэг байна. Нойр булчирхайн ерөнхий цорго хэт авиан шинжилгээгээр илэрдэггүй нь цорго тахиралдсан ба янз бүр байдагтай холбоотой. /Л.П.Орлова., 1987, Н.М.Мухарлямов., 1987/.

Нойр булчирхайн хэвийн хэт авиан бүтэц нь элэгний хэт авиан бүтэцтэй ижил /Н.М.Мухарлямов., 1987/ 52%-д /Л.П.Орлова., 1987/, ихэссэн /Н.М.Мухарлямов., 1987/, 24%-д /Л.П.Орлова., 1987/, жижиг мөхлөгөн хэт авиан бүтэцтэй /Н.М.Мухарлямов., 1987, П.Онхуудай., 1993/ тус тус байдаг байна. 50-аас дээш насанд нойр булчирхайн хэт авиан цуурайжилт ихэсдэг /Л.П.Орлова., 1987, П.Онхуудай., 1993/

Судалгааны зорилго: Монгол хүний нойр булчирхайн хэт авиан шинжилгээний лавламж хэмжээг тогтооход судалгааны зорилго оршино.

Судалгааны аргачлал: Шинжлүүлэгчийг дээш харуулан хэвтүүлж, амьсгааг гүнзгий авахуулж түгжүүлээд эхлээд хэт авиан үүсгэгчийг хөндлөн дараа нь тууш байрлуулж шинжилнэ. Хэт авиан үүсгэгчийг 10-20 хэмийн хазайлттайгаар хөндлөн байрлуулж баруун бөөрний үүдэвчээс дэлүүний үүдэвч буюу зүүн бөөрний дээд туйл хүртэл аймхай мөгөөрснөөс хүйс хүртэл 0.5 см зайтайгаар байрлуулж шинжилнэ. Хэт авиан үүсгэгчийг биеийн тууш тэнхлэгийн дагуу байрлуулж, баруун эгэмний дундаж шугамнаас 0.5 см зайтайгаар зүүн суганы өмнөт ирмэг хүртэл шинжилнэ. Шинжлүүлэгчийг түрүүлгээ харуулан хэвтүүлж, хэт авиан үүсгэгчийг нуруу талаас дагуу байрлуулж шинжлэхэд нойр булчирхайн сүүл хэсэг зууван хэлбэрээр зүүн бөөрний дээд туйлын ойролцоо байрлаж харагдана. Хэт авиан үүсгэгчийг нойр булчирхайн түвшинд тууш ба хөндлөн байрлуулж доод хөндий венийн түвшинд хүзүүвчийг, дээд чацархайн артерийн түвшинд их биеийг, гол судасны түвшинд сүүлийг тус тус хэмжсэн.

Бид 1993-2000 онуудад Нийслэлийн засаг даргын Тамгын газрын харъяа Элэгний эмгэг судлалын төв, Шүүхийн шийдвэр биелүүлэх ерөнхий газрын харъяа Хорихын нэгдсэн эмнэлэг, төрийн тусгай албан хаагчдын нэгдсэн эмнэлэг, Сэлэнгэ аймгийн төв, Шаамар сум, Дархан хот, Зүүн хараа, Чингэлтэй дүүргийн Эрүүл мэндийн 10-р төв, Архангай аймгийн Тариат, Хотонт, Өгийнуур, Өлзийт сум, Хөвсгөл аймгийн Галт, Жаргалант сум, Багануур дүүрэгт хэт авиан шинжилгээний үзлэгт орж эрүүл гэж оношлогдсон 182 шинжлүүлэгчдэд тусгай судалгааны карт боловсруулж судалгаа хийсэн.

Судалгаа Япон улсын "Хитачи", "Алока", Тошиба" фирмийн суурин ба зөөврийн аппаратыг ашиглан хэмжилтүүдийг хийсэн.

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

Судалгааны үр дүн, хэлцэмж: Бид судалгаанд хамрагдагсдын насыг залуу /18-аас 37 нас хүртэлх/, идэр /37-56 нас хүртэлх/, ахмад /56-75 нас хүртэлх/ гэж авч үзсэн. Судалгаанд хамрагдсан хүмүүсийн нас, хүйсийг хүснэгт-1-ээр харуулав.

Хүснэгт 1
Судалгаанд хамрагдсан хүмүүсийн нас, хүйс

№	Нас	Хүйс		Бүгд	Хувь
		Эр	Эм		
1.	18-36	27	25	56	30.8
2.	37-55	31	30	51	33.5
3.	56-74	37	28	65	35.7
	Бүгд	95	87	182	100.0
	Хувь	52.2	47.8	100.0	

Монгол хүний нойр булчирхайн толгой, их бие, сүүлийн хэт аван шинжилгээний лавламж хэмжээ, нас хүйсний хамаарлыг хүснэгт 2-оор үзүүлэв.

Хүснэгт 2
Монгол хүний нойр булчирхайн толгой, их бие, сүүлийн хэт аван шинжилгээний лавламж хэмжээ, нас хүйсний хамаарал

№	Нойр булчирхайн Толгой /см/	Хүйс	Залуу нас	Идэр нас	Ахмад нас
1.		Эр	1.76 ^{+0.04}	1.84 ^{+0.06}	1.59 ^{+0.05}
		Эм	1.74 ^{+0.05}	1.76 ^{+0.04}	1.54 ^{+0.03}
2.	Их бие /см/	Эр	1.38 ^{+0.12}	1.45 ^{+0.17}	0.82 ^{+0.17}
		Эм	1.34 ^{+0.09}	1.41 ^{+0.06}	1.04 ^{+0.09}
3.	Сүүл /см/	Эр	1.58 ^{+0.19}	1.61 ^{+0.76}	1.39 ^{+0.59}
		Эм	1.54 ^{+0.27}	1.54 ^{+0.54}	1.41 ^{+0.37}

Хүснэгт 2-оос үзэхэд монгол хүний нойр булчирхайн толгойн хэт аван шинжилгээний лавламж хэмжээ 1.54 см-1.84 см байгаа нь В.Г.Смагин., О.Н.Минушкин., Л.П.Орлова., /1983/ нарын судалгаатай ойролцоо, Н.М.Мухарлямов /1987/, С.Т.Тусупбеков ба бусад /1990/ судалгаанаас бага байна. Нойр булчирхайн их биеийн хэт аван шинжилгээний лавламж хэмжээ 0.82 см-1.45 см байгаа нь В.Г.Смагин ба бусад /1983/, Л.П.Орлова /1987/, Н.М.Мухарлямов /1987/ нарын дүгнэлттэй ойролцоо байна. Нойр булчирхайн сүүлийн хэт аван шинжилгээний лавламж хэмжээ 1.39 см-1.61 см байгаа нь Л.П.Орлова /1997/, Н.М.Мухарлямов /1987/, С.Т.Тусупбеков /1990/ нарын дүгнэлттэй дүйж байна. Монгол хүний нойр булчирхайн хэт аван шинжилгээний лавламж хэмжээ ахмад насанд багасгаж буй нь А.И.Дергачев /1995/-ын дүгнэлттэй тохирч байна.

Хүснэгт 3
Монгол хүний нойр булчирхайн хэт аван шинжилгээний бүтцийн лавламж, насны хамаарал

№	Нойр булчирхай	Залуу нас			Идэр нас			Ахмад нас			Бүгд	Хувь	±м
		тоо	Хувь	±м	тоо	Хувь	±м	тоо	Хувь	±м			
1.	ХЭЛБЭР а. нум б. S маяг-ийн Г.Зууван	56	100		61	100		65	100		182	100	
		37	66.1	6.3	34	55.7	3.7	41	63.1	6.0	112	61.5	3.6
		12	23.4	5.9	23	37.7	6.1	19	29.2	6.8	54	29.7	3.4
		5	8.9	4.0	3	4.9	2.8	3	4.6	2.3	11	6.0	1.8
		2	3.6	2.5	1	1.6	1.6	2	3.1	2.2	5	2.8	1.5
2.	БҮТЭЦ а. ижил төрөлшилт-тэй б. ижил төрөлшил алдагдсан	56	100		61	100		65	100		182	100	
		43	76.8	5.6	47	77.1	5.4	51	78.5	5.1	141	77.5	3.1
		13	23.2	5.6	14	22.9	5.4	14	21.5	5.1	41	22.5	3.1
3.	НЯГТРАЛ А. элэгний нягтралтай ижил Б. элэгний нягтралаас ихэссэн В. элэгний нягтралаас буурсан Г. жигд бус	56	100		61	100		65	100		182	100	
		24	42.9	6.6	21	34.4	6.1	21	32.3	5.9	66	36.3	3.5
		21	37.5	6.5	36	59.1	6.3	39	60.0	6.1	96	52.8	3.7
		7	12.5	4.4	3	4.9	2.8	1	1.5	1.5	11	6.0	1.8
		4	7.1	3.4	1	1.6	1.6	4	6.2	3.0	9	4.9	1.6
4.	ЦОРГЫН ХЭЛБЭР а. хэт аван ойлт ихэссэн нэг судал б. хэт аван ойлт ихэссэн хоёр судал в. тодорхойлогдохгүй	56	100		61	100		65	100		182	100	
		7	12.5	4.4	14	30.0	5.9	9	13.8	4.3	30	16.5	2.8
		21	37.5	24	39	23	35	5.9	68	37	36		
		28	50.0	6.7	23	37.7	6.2	3.3	50.8	6.2	84	46.2	3.7
		4	7.1	3.4	1	1.6	1.6	4	6.2	3.0	9	4.9	1.6
5.	ЦОРГЫН ӨРГӨН а. тодорхойлогдохгүй б. 1-2 мм в. 3-4 мм	56	100		61	100		65	100		182	100	
		28	50.0	6.7	23	37.7	6.2	33	50.8	6.2	84	46.2	3.7
		24	42.9	6.6	37	60.7	6.3	32	49.2	6.2	93	51.1	3.7
4	7.1	3.4	1	1.6	1.6	4	6.2	3.0	9	4.9	1.6		

Хүснэгт 3-аас үзэхэд монгол хүний нойр булчирхайн хэт аван шинжилгээний лавламж хэмжээнүүдээс нойр булчирхайн хэлбэр нум маягийн /P<0.001/, бүтцийн ижил төрөлшлтэй /P,0.001/, нягтрал нь элэгний нягтралаас ихэссэн /P<0.01/, цоргын хэлбэр тодорхойлогдохгүй /P=0.05/ шинжүүд статистикийн үнэн магадлалтай байна.

Монгол хүний нойр булчирхайн хэт аван шинжилгээний нягтрал 52.8%±3.7-д элэгний нягтралаас ихэссэн нь Н.М.Мухарлямов /1987/-ын дүгнэлттэй ойролцоо. Л.П.Орлова /1987/, В.Д.Дост /1975/, W.R.Lees /1984/ нарын судалгаанаас илүү, 36.3%±3.5-д элэгний нягтралтай ижил буй нь Н.Лutz, R.Petzolo, H.F.Fuchs /1976/ нарын дүгнэлтээс бага, Л.П.Орлова /1987/-ын судалгаанаас илүү байна.

Нойр булчирхайн цорго 16.5%±2.8-д нарийн хэт аван нягтрал ихэссэн нэг судал, 37.4%±3.6-д жигд өргөссөн хэт аван нягтрал ихэссэн хоёр судал хэлбэрийн байгаа нь А.И.Дергачев /1995/-ын дүгнэлттэй дүйж, 46.2%±3.7-д нойр булчирхайн цорго тодорхойлогдохгүй нь G.S.Perlmutter /1977/, Л.П.Орлова /1987/ нарын судалгаанаас бага, Н.М.Мухарлямов /1987/-ын дүгнэлтээс илүү байна.

51.1%±3.7-д монгол хүний нойр булчирхайн цоргын өргөн 1-2 мм байгаа нь Н.М.Мухарлямов /1987/, Л.П.Орлова /1987/, Brogha ба бусад /1991/ нарын судалгаатай тохирч байна.

Дүгнэлт:

1.Хэт аван шинжилгээгээр монгол хүний нойр булчирхайн толгойн тууш хэмжээ 1.54-1.84 см, их бие 0.82-1.45 см, сүүл 1.39-1.61 см тус тус байгааг тогтоов.

2.Нойр булчирхай 61.5%±3.6-д нум хэлбэрийн, 77.5%±3.1-д бүтэц ижил төрөлшилтэй, 52.8%±3.7-д нягтрал элэгний нягтралаас ихэссэн байна.

3.51.1%±3.7-д нойр булчирхайн ерөнхий цоргын өргөн 1-2 мм байна.

Ном зүй

1.Демидов В.Н. Ультразвуковая эхография поджелудочной железы. Клиническая медицина. -1981. №1. -с. 33-35.

2.Дергачев А.И. Ультразвуковая диагностика заболавений внутренних органов. 1995. -с. 168-170.

3.Клиническая ультразвуковая диагностика. Руководство для врачей. Под. редакцией проф. Н.М.Мухарлямова. В двух томах. Том 2. Москва. Медицина. 1987. с.3-8.

4.Медведев В.Е., Тарасюк Б.А., Семенютин П.П., Дьяченко В.В. Методика подготовки больных к эхографии поджелудочной железы. Клиническая хирургия. - 1981. №11. с.42-43.

5.Онхуудай П. Нойр булчирхай. "Дүрслэл оношлогоо" ном Улаанбаатар хот. 1993 он х.95.

6.Орлова Л.П. Ультразвуковая семиотика заболеваний поджелудочной железы. Вестник рентгенологии и радиологии. 1987. №1. - с 54-58.

7.Смагин В.Г., Минушкин О.Н., Орлова Л.П. Терапевтический архив. 1983.№ 12. С.46-50.

8.Brogha ба бусад. Ultrasound in Medicine. New York. 1975. Vol.I Pp. 142-143.

9.Doust B.D. Ultrasonic examination of pancreas Radiol Elin. N.Amer. 1975. Vol. 13 Pp.467-468.

10.Lees W.R. Clin. Gastroent. 1984. Vol. 13. 13. Pp. 762-789.

11.Lutz H., Petzolo R., Fuchs H.F. Acta gastro-ent. Belg. 1976.Vol.39. №11. Pp.458-469.

12. Perl muter G.S. Pancreas. -In: Goldgerg B.V./ed/ abdominal gray scale ultrasonography. New York: John Wiley and sons. 1977. Pp.167-213.

Танилцаж, нийтлэх санал өгсөн: Анагаахын шинжлэх ухааны доктор профессор П.ОНХУУДАЙ

Монгол хүний эрүүл зүрхний титэм судасны хэмжил зүйн судалгаа

С.Түндэврэнцэн, Д.Амгаланбаатар, Б.Дагданбазар
Сэ.Сүхбаатар, С.Энэбиш
Анагаах ухааны их сургууль

Зүрх-судасны өвчин нэн ялангуяа титэм судасны эмгэг буурахгүй байгаа өнөө үед монгол хүний эрүүл зүрхний титэм судсыг судлах, өөрийн орны нөхцөлд газар зүйн янз бүрийн бусэд амьдарч байгаа хүмүүсийн зүрхний титэм судасны төрөл бүрийн хэмжээг тогтоох асуудал манай орны хувьд зүрх судасны эмгэгийг оношилж, эмчлэх, титэм судасны рентген оношлогоо, зүрхний мэс ажиллавар тэр тусмаа титэм судасны мэс заслын практикт багагүй ач холбогдолтой юм.

Судалгааны материал, арга зүй:

Бид судалгаандаа эр, эм хүйсийн 22-79 насны, зүрхний эмгэгийн бус шалтгаанаар гэнэт нас барсан /авто осол, бусад/ 201 хүний цогцосны зүрхэн дээр рентген шинжилгээ, өвчлөг болон идүүлэх аргаар титэм судсыг тодруулж судалгааг явууллаа.

Судалгааны арга:

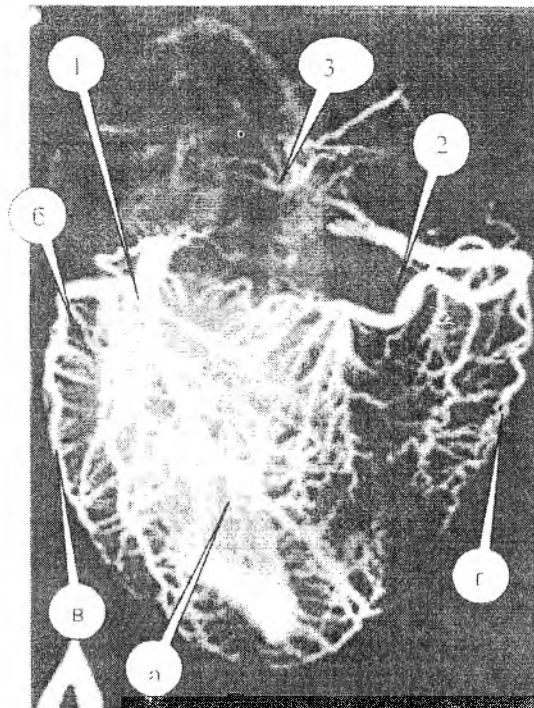
Титэм судсанд шахах рентген туяа шингээгч бодис 5-10% хар тугалганы ислийг зарим тохиолдолд 40%-ийн цэлцэнтэй сульфат барийг хэрэглэв. Бэлдсэн гуурсаа зүүн ба баруун титэм судсанд шургуулан тавьж, тодруулагч бодисыг эргэж гаргахгүйн тулд тус бүрийг нь бэхлэхдээ мэс заслын зүүнд бөх утас сүвлэж титэм судаснуудын эхэнд нь судасныхаа доогуур судсыг гэмтээлгүй хаван хатгаж гуурс бүрийг бэхлэхдээ утсаа хөвөрхий чангалж боогоод зүрхийг 37-40 хэмийн халуунтай усанд дүрж тавиад рентген туяа тодруулагч бодисыг зүрхнийхээ зүүн, баруун титэм судсанд адил хэмжээтэйгээр ойролцоогоор 80-120 мм мөнгөн усны баганын даралттайгаар тусгай зориулалтын багажийн тусламжтайгаар лугших маягаар шахаж судасны амсрыг утсаар чангалж боосны дараа нь УРД-110 маркийн рентген аппаратаар зүрхний титэм судасны ерөнхий, дэлгэсэн рентген зургийг авч титэм судсыг стереомикроскопын тусламжтайгаар судалсан.

Судалгааны ажлын үр дүн ба хэлцэмж

Бидний судалгаагаар зүрхний зүүн титэм судас нь гол судасны хавхлагын зүүн хагас саран хавхлаганаас дээш 0.5-1.0 см-ийн зайнаас гараад дунджаар 70.9 ± 0.5 мм үргэлжлээд /голч нь 4286.1 ± 304.2 мкм, хөндлөн огтлолын талбай 14.4 мм^2 / цаашдаа зүрхний зүүн ховдол руу ховдол хоорондын урд салаа /a.interventricularis anterior/, тойрсон /a. circumflexio/ салаа гэсэн хоёр судас өгч улмаар зүүн тосгуурыг цусаар хангаж байлаа /Зураг 1, 2/.

Зүүн титэм судасны ховдол хоорондын урд салаа /a. Interventricularis anterior/ нь ховдол хоорондын урд ховилоор зүрхний орой руу чиглэн явахдаа зүүн ховдлын урд хана, ховдол хоорондын таславчинд III эрэмбийн 5-10 салаа өгөөд зарим тохиолдолд ховдол хоорондын урд салаа нь баруун ховдлын урд хананд хэдхэн салаа өгч цөөн тохиолдолд хойд ханыг цусаар хангахын зэрэгцээ 82.5% нь зүрхний оройд ховдол хоорондын хойт салаатай холбоос үүсгэж байна.

Ховдол хоорондын урд салааны урт 149.3 ± 0.5 мм голчийн хэмжээ нь эхэндээ 3454.0 ± 130.8 мкм, дундаа 2403.1 ± 120.3 мкм ба адагтаа 1228.6 ± 74.06 мкм хэмжээтэй байдаг нь тогтоогдлоо.



Зураг 1. Эрүүл хүний титэм судасны рентген зураг /араасаа/. Нас. 29, эр

1. Зүүн титэм судас а) Ховдол хоорондын урд салаа
б) Тойрсон салаа
в) Зүүн ирмэгийн салаа
2. Баруун титэм судас г) Баруун ирмэгийн салаа
3. Тосгуурын судас

Зүүн титэм судасны ховдол хоорондын урд салаанаас гарсан I эрэмбийн салааны голч 1607.2 ± 107.5 мкм, II эрэмбийн салааны голч 885.4 ± 60.1 мкм, III эрэмбийн салааны голч нь 497.2 ± 36.1 мкм болж багасч байв. Зүүн титэм судасны ховдол хоорондын урд салааны хөндлөн огтлол 9.3 мм^2 байна.

Судалгаанд хамаарагдсан бүх тохиолдолд зүрхний зүүн ирмэгийн салаа нь 1564.5 ± 133.1 мкм голчтойгоор зүүн титэм судаснаас 17.5% нь, ховдол хоорондын урд салаанаас 25.8%, тойрсон салаанаас 56.6% нь тус тус гарч зүрхний зүүн ирмэг, заримдаа зүүн ховдлын урд, хойд хананд 1-2 салаа өгч улмаар зүрхний зүүн ирмэг, зүүн ховдлын урд болон хойд ханыг цусаар хангаж байлаа. Зүүн титэм судасны ташуу салаа 1711 ± 159.3 мкм голчтой, 25.83% тохиолдолд ирмэгийн салаа болж зүрхний зүүн ирмэгийг цусаар хангаж заримдаа ховдлын урд, хойд хананд 2-4 салаа өгч цусаар хангаж байгаа нь ажиглагдлаа.

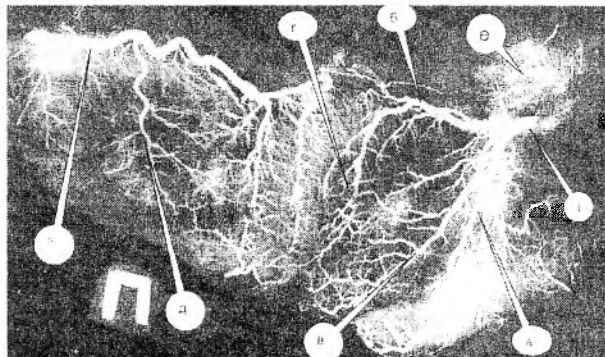
Зүүн титэм судасны тойрсон салаа /a. circumflexio/ нь зүрхний зүүн тольтны доогуур хойшоо тойрч титмэн ховилоор явж гурван янзаар төгсөж байгаа нь ажиглагдлаа. Энэ салаа зүүн ховдолд, ховдол хоорондын хойт салаа болж ховдол хоорондын таславчийг хойноос нь цусаар хангаад, эсвэл баруун ховдлын хойт хананд 2-3 салаа өгч цусаар хангаж байна.

Зүүн титэм судасны тойрсон салааны урт нь 90.5 ± 0.6

мм, голч нь эхэндээ 3303 ± 244.7 мкм, дундаа 2347.7 ± 148.4 мкм адагтаа 1475.9 ± 121.2 мкм, хөндлөн огтлолын талбай 8.5 мм^2 байна. Тойрсон салааны 25.8% нь баруун ховдлын хананд тархсан нь ажиглагдлаа. Зарим тохиолдолд зүүн титэм судасны тойрсон салаа, ховдол хоорондын урд салаа нь гол судаснаас шууд тус тусдаа гарч байгаа тохиолдол нийт судалгааны 5.5%-д нь ажиглагдлаа. Зүүн титэм судасны тойрсон салаанаас гарсан I эрэмбийн салааны голч 149.7 ± 90.2 мкм, II эрэмбийн салааны голч 806.3 ± 43.3 мкм, III эрэмбийн салааны голч 499.5 ± 42.9 мкм хэмжээтэй байна.

Зүрхний баруун титэм судас гол судасны баруун хагас саран хавхлаганаас дээш $0.5-1.0$ см зайд гол судаснаасаа гарч зүрхний баруун тольтын доогуур титэм ховилоор хойшоо эргэж явахдаа баруун ховдол, тосгуурыг цусаар хангаад ихэнхдээ хойт ханандаа ховдол хоорондын хойт салаа болж өгвөл ховдол хоорондын таславчийг хойноос нь цусаар хангаж байлаа.

Баруун титэм судасны урт 129.5 ± 0.7 мм, голч нь эхэндээ 3650.9 ± 269.6 мкм, дундаа 3000.0 ± 219.7 мкм, адагтаа 1987.7 ± 183.4 мкм, хөндлөн огтлолын талбайн 10.4 мм^2 хэмжээтэйгээр ховдол хоорондын таславчийн хойт хананд очиж ховдол хоорондын хойт салаа болж /голч нь 1574.7 ± 89.5 мкм/ ховдол хоорондын таславчийн хойт хэсгийг цусаар хангахаас гадна тохиолдлын 57.5%-д зүүн ховдлын хойт ханаар тархаж байна.



Зураг 2. Эрүүл зүрхний дэлгэсэн үеийн титэм судасны зураглал. Нас 29, эр

1. Зүүн титэм судас
 - а) Ховдол хоорондын урд салаа
 - б) Тойрсон салаа
 - в) Зүүн ирмэгийн салаа
 - г) Ховдол хоорондын арын салаа
2. Баруун титэм судас
 - д) Баруун ирмэгийн салаа
 - е) Тосгуурын салаанууд

Ховдол хоорондын урд ба хойт салаа нь 82.5% тохиолдолд зүрхний оройд өөр хоорондоо холбогддог нь ажиглагдлаа.

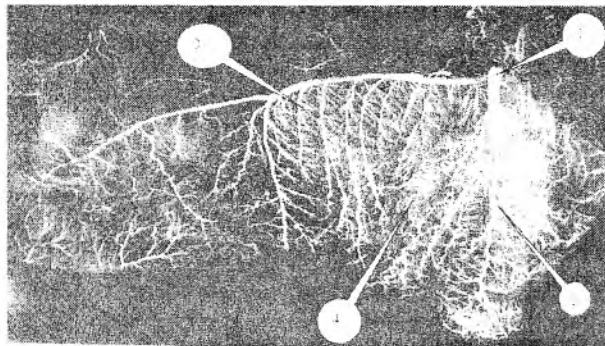
Зүрхний баруун титэм судас түүнээс гарсан I эрэмбийн салааны голч 1752.7 ± 126.8 мкм, II эрэмбийн салааны голч 1160.0 ± 128.0 мкм, III эрэмбийн салааны голч 749.0 ± 80.0 мкм хэмжээтэй байна.

Баруун титэм судаснаас 76.6% тохиолдолд 1054.5 ± 74.3 мкм голчтой ирмэгийн салаа гарч зүрхний баруун ирмэгээр тархаж зүрхний оройд хүрч орчноо цусаар хангаж байна. Баруун титэм судасны I, II, III эрэмбийн салааны голч зүүн титэм судасныхаас их $/P < 0.05/$ байгаа нь ажиглагдлаа. Эрүүл үед зүрхний булчингийн цусан хангамжийн илтгэц 13.7 г/мм^2 байдаг нь тогтоогдлоо.

Гэвч нарийвчлан үзвэл баруун титэм судасны ирмэгийн салааны голч 1054.5 ± 74.3 мкм байхад зүүн титэм судасны ирмэгийн салааны голч 1564.5 ± 133.1 мкм байгаа нь бас л баруун тал руугаа хандлагатайг харуулж байна.

Бид судалгаандаа 18-60 насны эрэгтэй, эмэгтэй хоёр хүйсийн харьцангуй эрүүл, гэнэтийн ослоор нас барсан 40 хүний титэм судасны гаргалгааны аргаар тодруулан стереомикроскопоор хэмжилтийг хийж үзэхэд зүүн титэм судасны урт нь 10 ± 0.15 мм бөгөөд голч 4323 ± 217 мкм түүнээс гарсан ховдол хоорондын урд салааны голч эхэндээ 3147 ± 175.1 мкм, дундаа 2280 ± 178.7 мкм, адагтаа 683 ± 71.3 мкм, урт 114 ± 0.4 мм, тойрсон салааны голч эхэндээ 3039 ± 109.9 мкм, дундаа 2383 ± 218.2 мкм, адагтаа 682 ± 70.0 мкм, урт нь 84 ± 0.6 мм, баруун титэм судасны голч эхэндээ 3514 ± 215.2 мкм, дундаа 2484 ± 252.2 мкм, адагтаа 527 ± 64.3 мкм, урт нь 124 ± 0.7 мм байлаа.

Бидний нийт судалгаанд ганц зүүн титэм судастай хоёр тохиолдол байгаа нь зүүн болон зүүн нь давамгайлсан цусан хангамжийн хэлбэр монгол хүнд их байгааг баталж байна гэж үзлээ /Зураг 3/.



Зураг 3. Ганцхан зүүн титэм судастай тохиолдол. 25 настай эрэгтэй.

1. Зүүн титэм судас.
2. Ховдол хоорондын урд салаа.
3. Тойрсон салаа
4. Ховдол хоорондын салаа

Зүрхний тосгуурын цусан хангамжийг судлах нь зүрхний онол, практикийн чухал ач холбогдолтой юм. Зүрхний тосгуурын хувьд авч үзвэл зүүн титэм судасны тойрсон салаа нь зүүн тосгуурын хананд зүүн тосгуурын өмнөд, завсарын ба хойт /340-1700 мкм голчтой/ гэсэн хэсэгт 1-6 салаа өгч цусаар хангаж байхад баруун титэм судаснаас ихэвчлэн баруун тосгуурын өмнөд, завсарын, хойт гэсэн 3 салаа гарч /600-1700 мкм голчтой/ цаашид 2-5 салаалж түүнийг цусаар хангаж байгаа нь ажиглагдлаа.

Дүгнэлт

1. Монгол улсын харьцангуй эрүүл зүрхний баруун титэм судасны урт нь бусад судлаачдынхаас арай богино, голч нь их үүний эсрэг зүүн титэм судас урт нарийхан байгаа нь үндэстэн ястны онцлог гэж үзэж байна.

2. Монголчуудын зүрхний титэм судасны тойрсон салаа / 3303 ± 244.7 мкм/ ба баруун титэм судасны голч / 3650 ± 269.6 мкм/ бусдаасаа их $/P < 0.05/$ байгаа тохиолдол нь монголчуудын зүрхний баруун тал илүү ачаалалтай ажиллагдийн дам илэрхийлэл байж болох юм.

Ном зүй

1. С.Түндэврэнцэн, Д.Амгаланбаатар, Д.Тамжидмаа Зүрхний титэм судасны голчийн эрүүл, эмгэг үеийн харьцуулалт АУДС-ийн багш нарын ЭШ-ний 31 дүгээр бага хурлын илтгэлийн хураангуй 1989. х.142-144

2. S.Tundevrenchen., D.Amgalanbaatar., S.Enebish., M.Onolbaatar . The study of type blood supply of the healthy Mongolian people. First Asian Pacific International Congress of Anatomists. Seoul, Korea August. 22.1996. p.40

3. С.Түндэврэнцэн., Д.Амгаланбаатар., М.Бурмаа. Зүрхний

титэм судсыг гаргалгааны аргаар судалсан нь. АУИС-ийн багш нарын эрдмийн чуулган-39. 1997.х.111-112

4.С.Түндэврэнцэн., Д.Амгаланбаатар., Б.Дагданбазар., М.Бурмаа. Зүрхний титэм судасны гол салаануудын I, II,III эрэмбийн судасны голчийн хэмжээ. АУИС-ийн багш нарын эрдмийн чуулган-40. 1998.х.101-103

5.С.Түндэврэнцэн., Д.Амгаланбаатар., Б.Дагданбазар., М.Бурмаа. Зүрхний ховдлын цусан хангамжийн хэлбэр титэм судасны урт хоёрын хоорондын хамаарал. АУИС-ийн багш нарын эрдмийн чуулган-41. 1999.х.157-158

6.С.Түндэврэнцэн, Д.Амгаланбаатар, Б.Дагданбазар, М.Бурмаа. Насанд хүрсэн монголхүний зүрхний тосгуурын цусан хангамжийн хэлбэр. АУИС-ийн багш нарын эрдмийн чуулган-41.1999. х.158-159

7.С.Түндэврэнцэн Монгол хүний эрүүл болон зарим эмгэгтэй зүрхний хэмжил зүйг судасжилтын хэлбэртэй харьцуулан судалсан нь Дисс.АУ-ны доктор /Ph.D/ 2000.х.125

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

Ийлдсэнд илрэх хавдрын маркерийг эрүүл үед тодорхойлсон нь

Ц.Түвшинжаргал¹, Б.Баярт¹, С.Цогтсайхан²

¹-Анагаах Ухааны Их Сургууль,

²-Улсын Хавдар Судлалын Төв

Хорт хавдрын өвчлөл нас баралт сүүлийн жилүүдэд дэлхий нийтийн хэмжээнд буураагүйгээр үл барам нэмэгдэх хандлагатай байгаа төдийгүй манай орны хүн амын дунд ч хорт хавдрын өвчлөл өсөж байгаа билээ. Тухайлбал 1999 оны статистикийн мэдээгээр хорт хавдар, өвчлөл ба нас баралтаар II-р байрт орж байгаа бөгөөд 10000 хүнд ногдох хорт хавдрын өвчлөл 11.8 болсон байна [1,3,5].

Энэ нөхцөл байдал нь хорт хавдраас урьдчилан сэргийлэх, эрт илрүүлэх эмчлэх аргыг улам боловсронгуй болгох шаардлага зүй ёсоор тулгарч байна. Хорт хавдрыг эрт үед оношлох нь эмчилгээний үр дүнд шийдвэрлэх ач холбогдолтой юм. Тухайлбал бусад эрхтэнд үсэрхийлээгүй өндгөвчний өмөнтэй өвчтнүүд хожуу шатанд оношлогдсон эмэгтэйчүүдтэй харьцуулахад амьдрах хугацаа нь 4 дахин уртасдаг байна[2,5].

Эс хавдарт шилжих явцад хэвийн үед байдаггүй биологийн шинж бий болохыг хавдрын өвөрмөц биологийн шинж буюу хавдрын маркер гэх бөгөөд, үндсэн төрхөөр нь нуклейн хүчлийн, уургийн, үйл ажиллагааны хэмээн ангилж болдог ба тэдгээрийг хавдрыг эрт оношлох, эмчилгээний үр дүнг нь хянах, тархалтыг тандахад ашиглах явдал өргөн дэлгэр хэрэглэгдэж байна [2,4].

Олон улсын эмнэл зүйн практикт тодорхой байрлалын хавдрыг оношлох зайлшгүй үзүүлэлтийн нэг бол ийлдсэнд илрэх хавдрын маркеруудыг (ИХМ) дархлал судлалын аргаар тодорхойлох явдал юм [2,6] Эдгээр аргуудын дотроос цацраг идэвхит бодистой холбосон өвөрмөц эсрэг бие ашиглан ИХМ илрүүлдэг радиоиммун арга нь мэдрэг болон өвөрмөц чанар өндөртэй учир олон улсын хэмжээнд сүүлийн үед өргөн хэрэглэх болжээ[4].

Alpha-fetoprotein (AFP) нь хавдар судлалын олон улсын агентлагаас явуулсан тархвар зүйн судалгааны дүнд элэгний анхдагч өмөнгийн оношлогоонд ашигласан анхны ИХМ юм [2,6,8].

Эмнэл зүйн практикт AFP-г ийлдсэн дэх ферритины (Ferritin-Fr) хэмжээ болон холиглицин (Choleglicin-CG)-тай хавсруулан үздэг. Ингэснээр оношийн мэдрэг чанарыг нэмэгдүүлдэг ажээ [4,6,8].

Өмөн-ургийн эсрэгтөрөгч (Carcino-embrionic antigen-CEA)-ийг анх 1965 онд тодорхойлсон ба ургийн хоол боловсруулах замын салстад илэрдэг, харин хэвийн эд эсэд байдаггүй боловч бүдүүн, шулуун гэдэсний хавдартай хүний ийлдсэнд хэмжээ нь ихэсдэг болох нь тогтоогдсон байна [4,9].

Cancer antigen 19-9 (CA19.9)-ийн маркерийн ийлдсэн дэх хэмжээ хоол боловсруулах замын хорт хавдрын үед ихэсдэг байна. Тухайлбал нойр булчирхайн өмөнтэй өвчтөнүүдийн 73%, цөсний замын өмөнтэй өвчтөнүүдийн 73%, ходоодны өмөнтэй өвчтөнүүдийн 40-65%-д нь уг маркерийн хэмжээ ихэсдэг ажээ [2,4].

Ийлдсэн дэх Cancer antigen 125 (CA125)-ийн хэмжээг үтрээний хэт авианы оношлогоо буюу эмэгтэйчүүдийн үзлэгтэй хавсруулан өндгөвчний өмөг эрт оношлоход ашигладаг [11].

Эрүүл монгол хүмүүсийн цусанд хавдрын маркеруудын

илрэлтийг тодорхойлсноор өөрийн орны нөхцөлд хорт хавдрыг маркераар оношлоход баримтлах лавлах үзүүлэлт тогтоох зорилготой.

Судалгааг Улсын Хавдар Судлалын Төв дэх радиоиммун оношлогооны Нераму төвд FJ 2003/50PS маркийн бүтэн автомат гамма тоологч компьютер аппаратыг ашиглан I¹²⁵ изотопын тусламжтайгаар элэгний хавдрын маркер (AFP), хоол боловсруулах замын өмөнгийн (CEA), нойрхойн өмөнгийн (CA 19-9), өндгөвчний өмөнгийн (CA 125) зэргийг практикийн хувьд эрүүл хүмүүст тодорхойлов.

Судалгаанд хавдрын болон хавдрын бус аргаар эмгэггүй нь шинжилгээний бусад аргаар тогтоогдсон нийт 499 хүн хамрагдсан ба тэдгээрийн 185 (22.9%) эрэгтэй, 314 (77.1%) эмэгтэй байв.

Судалгааны үр дүнд SAS 8.0 программ ашиглан боловсруулалт хийв.

Судалгааны үр дүн

Судалгааны үр дүнг судалгаанд хамрагдагсадын нас, хүйсээр бүлэглэн дараах хүснэгтүүдэд харуулав.

Хүснэгт 1.

AFP-ны ийлдсэн дэх хэмжээг насны бүлгээр харьцуулан тодорхойлсон үр дүн (0-20ng/ml)

Нас	n	Эр		Эм		Нийт
		M±m	n	M±m	n	
<25	14	18.35±2.45	7	18.49±3.27	21	18.41±1.97
26-35	21	16.15±1.87	29	23.30±2.71	50	20.30±1.81
36-45	29	21.25±3.20	49	21.01±2.37	78	21.10±1.89
46-55	17	22.15±3.27	25	20.69±2.82	42	21.28±2.11
56-65	25	26.02±5.29*	20	29.17±10.67*	45	27.87±4.86*
66<	6	28.56±9.74*	12	27.72±5.63*	18	28.00±4.79*
Дундаж	112	20.77±1.44	142	22.04±1.38	254	21.48±1.00

* Дундаж хэмжээтэй харьцуулахад P<0.05 үнэн магадлалтай

Бидний судалгаагаар AFP-ны дундаж хэмжээ 21.48±1.00 ng/ml гарсан нь тухайн оношлуурын лавлагаа хэмжээтэй харьцуулахад дээд хэмжээнээс их байна. Энэ нь монголчуудад AFP-ны хэмжээ харьцангуй өндөр байгааг харуулж байгаа бөгөөд уг үзүүлэлт нас ахисан үед илүү тод ажиглагдлаа (55 наснаас дээш үед 27.87±4.86 ng/ml).

Ийнхүү нас ахих тусам ийлдсэн дэх AFP-ны хэмжээ нэмэгдэж байгаа нь монголчуудад элэгний аргаар өвчнүүд нас ахих тутам ихэсдэгтэй холбоотой байж болох юм.

Харин AFP-ны хэмжээнд хүйсний ялгаа ажиглагдсангүй.

Ийлдсэн дэх Fg-ний хэмжээг 2-р хүснэгтэнд харуулав.

Хүснэгт 2.

Fg-ий ийлдсэн дэх хэмжээг насны бүлгээр харьцуулан тодорхойлсон үр дүн (u/ml)

Нас	n	Эр (12.5-245)		Эм (5.5-135)	
		M±m	N	M±m	N
<25	11	149.26±30.79	9	74.48±18.08	
26-35	20	114.15±20.46	32	68.80±12.14	
36-45	29	141.45±26.38	48	86.09±10.95	
46-55	15	248.78±44.70	25	121.97±17.45*	
56-65	24	153.56±18.97	19	129.49±20.02*	
66<	5	229.19±69.76	9	179.33±60.55*	
Дундаж	104	159.52±12.75	142	99.49±7.60	

ундаж хэмжээтэй харьцуулахад P<0.005 үнэн магадлалтай

Хүснэгтээс үзвэл Fg нь эрэгтэйд эмэгтэйчүүдийг бодвол их байдаг ба бидний судалгаанд ч энэхүү зүй тогтол ажиглагдлаа. Нас ахих тусам Fg-ний хэмжээ нэмэгдсэн ба эрэгтэй, эмэгтэй аль алинд нь оношлууртай харьцуулбал монгол хүнд харьцангуй өндөр байх нь тогтоогдов.

Хүснэгт 3.

CG-ийн ийлдсэн дэх хэмжээг насны бүлгээр харьцуулан тодорхойлсон үр дүн (1.10-3.08u/ml)

Нас	Эр		Эм		Нийт	
	n	M±m	n	M±m	n	M±m
<25	11	3.56±1.21	6	2.87±0.54	17	3.32±0.80
26-35	21	4.55±1.41	27	6.08±1.35	48	5.41±0.97
36-45	27	7.60±1.52	46	8.40±1.56	73	8.11±1.17
46-55	12	5.42±1.19	25	4.87±1.53	37	5.05±1.09
56-65	22	14.33±2.91*	17	6.06±1.48	39	10.72±1.87*
66<	2	2.28±1.03	9	6.18±2.26	11	5.47±1.90
Дундаж	95	7.63±0.96	130	6.52±0.73	225	6.99±0.59

* Дундаж хэмжээтэй харьцуулахад P<0.005 үнэн магадлалтай

Дээр өгүүлсэнчлэн ийлдэс дэх AFP ба Fg-ийг тодорхойлохдоо CG-ийн хэмжээг хамт үзэх нь оношийн ач холбогдолтой билээ. CG нь цэсний чөлөөт хүчлийн хэмжээг заах бөгөөд хорт хавдрын үед ийлдэс дэх хэмжээ нь эрс нэмэгдэж байдаг.

Бидний судалгаагаар CG-ийн хэмжээ нь монгол хүнд их байгаа нь ажиглагдсан бөгөөд нас ахих тусам нэмэгдэж байгаа нь AFP-ийн хэмжээтэй уялдаатай болохыг харуулж байна.

Хүснэгт 4.

CEA-гийн ийлдсэн дэх хэмжээг насны бүлгээр харьцуулан тодорхойлсон дүн (0-15ng/ml)

Нас	Эр		Эм		Нийт	
	n	M±m	n	M±m	n	M±m
35- доош	19	11.51±1.76	27	11.47±1.86	46	11.48±1.30
36-45	17	14.04±2.61	34	11.92±1.48	51	12.63±1.31
46-55	12	16.87±6.20	21	9.78±1.48	33	12.36±2.46
56-65	11	26.48±6.12**	15	14.73±2.81	26	19.70±3.20**
66-с дээш	8	10.01±2.19	6	7.34±1.99	14	8.87±1.50
Дундаж	67	15.39±1.80*	103	11.51±0.87	170	13.04±0.89

* Эсрэг хүйсний дундаж үзүүлэлттэй харьцуулахад P<0.05

** Насны бусад бүлгийн дундаж үзүүлэлттэй харьцуулахад P<0.05

CEA-гийн хувьд эрэгтэй ба эмэгтэйчүүдэд аль алинд нь оношлуурын дээд хэмжээнд дөхөж байсан ба харин 56-65 насанд 19.70±3.2 ng/ml болтлоо нэмэгдэж, ялангуяа энэ насны эрэгтэйчүүдэд 26.48±6.12 ng/ml байсан нь тухайн насныханд тамхичдын эзлэх хувь өндөр байдагтай холбоотой байж болох юм.

Хүснэгт 5.

CA 19-9-ийн ийлдсэн дэх хэмжээг насны бүлгээр харьцуулан тодорхойлсон дүн (0-30u/ml)

Нас	Эр		Эм		Нийт	
	n	M±m	n	M±m	n	M±m
<35	15	6.39±2.01	12	8.21±2.15	27	7.36±1.46
36-45	7	7.38±1.08	12	7.87±2.15	19	7.69±1.39
46-55	6	6.12±2.46	8	4.78±1.08	14	5.35±1.18
56-65	6	2.56±1.18	10	5.11±1.88	16	4.15±1.26
66<	3	4.85±2.80	3	4.57±2.29	6	4.99±1.63
Дундаж	32	4.75±0.88	45	6.58±0.94	77	6.23±0.66

* Дундаж хэмжээтэй харьцуулахад P<0.001 үнэн магадлалтай

Харин хоол боловсруулах замын хорт хавдрын үед ихэсдэг CA 19-9 маркерийн хувьд дээрхи маркеруудынхаас ялгаатай үр дүн гарчээ (хүснэгт 5).

Эрэгтэй ба эмэгтэйчүүдийн хувьд мөн түүнчлэн насны бүлгээр CA 19-9-ийн хэмжээ үнэн магадлал бүхий ялгаа илрээгүй байна.

Хүснэгт 6.

Ийлдсэнд илрэх CA 125 (0-35u/ml)

Нас	N	Дундаж
35- доош	22	11.88±3.14
36-45	32	17.57±7.72*
46-55	9	7.46±6.10
56-65	6	10.60±3.63
66-с дээш	4	21.14±12.67*
Дундаж	73	14.23±3.64

асны бүлгийн дундаж үзүүлэлттэй харьцуулахад P<0.005

Өндгөвчийн хорт хавдрын үед илэрдэг CA 125 маркерийн нийт 73 эмэгтэйд үзэхэд 36-45 насны хооронд 17.57±7.72 u/ml, 66 наснаас дээш насанд 21.14±12.67u/ml байсан бөгөөд эдгээр нь нийт судалгаанд хамрагсадын дундаж хэмжээнээс харьцангуй их гарсан юм.

Иймд эдгээр насанд эмэгтэйчүүдийн дунд өндгөвчийн хорт хавдар түлхүү тохиолдож байна гэсэн зарим судлаачдын дүгнэлттэй дүйж байна [10].

Дүгнэлт

1. Монгол хүний ийлдэс дэх AFP-ны хэмжээг радиоиммун аргаар тодорхойлоход эрэгтэйд 20.77±1.44 ng/ml, эмэгтэйд 22.04±1.38 ng/ml байсан ба нас ахих тусам нэмэгдэж байгаа нь ажиглагдлаа. Мөн Fg-ний хэмжээ эрэгтэйд 159.52±12.75 u/ml, эмэгтэйд 99.49±7.60 u/ml, CG эрэгтэйд 7.63±0.96 u/ml, эмэгтэйд 6.52±0.73 u/ml, байсан ба эдгээр хэмжээ нь нас ахих тусам нэмэгдэх хандлагатай байв.

2. Бүдүүн ба шулуун гэдэсний хорт хавдрын үед илэрдэг CEA нь эрэгтэйд 15.39±1.80 ng/ml, эмэгтэйд 11.51±0.87 ng/ml байсан ба нас ахих тусам нэмэгдэж байв. Ялангуяа 56-65 насанд 19.7±3.20 ng/ml, энэ насны эрэгтэйчүүдэд 26.48±6.12 ng/ml, хүртэл ихэссэн нь тухайн насны эрчүүдийн дунд тамхичдын эзлэх хувь өндөр байдагтай холбоотой байж болох юм.

3. Хоол боловсруулах замын хорт хавдрын үед илэрдэг CA 19-9 маркерийн хэмжээ эрэгтэйд 4.75±0.88 u/ml, эмэгтэйд 6.58±0.94 u/ml, байсан нь оношлуурын лавлагаа хэмжээний доод түвшинд байгааг илтгэх бөгөөд насны бүлгийн хооронд ялгаа илрээгүй байна.

4. Өндгөвчийн хорт хавдрын үед илэрдэг CA 125-ийн хэмжээ нь оношлуурын дундаж хэмжээтэй харьцуулахад 36-45 насны хооронд 17.57±7.72 u/ml, 66 дээш насанд 21.14±12.67 u/ml, болон нэмэгдэх хандлагатай байгаа нь ажиглагдлаа.

Ашигласан хэвлэл

1. Нямдаваа, Н. (1999): Монгол улс дахь хорт хавдрын өвчлөл. Хавдар судлал 1: x.10-14
2. Нямдаваа, П., Оюунбат, Т., Сумъяа, Д. (1999): Ийлдсэнд илрэх хавдрын маркерууд, тэдгээрийн эмнэлзүй, тарвалзүйн холбогдол. Монголын анагаах ухаан x.17-21
3. 1999 оны эрүүл мэндийн үзүүлэлт (2000): Эрүүл мэнд нийгмийн хамгааллын яам, Эрүүл мэндийн удирдлага, Боловсрол, Мэдээллийн төв. x.112
4. Цогтсайхан, С., Түвшинжаргал, Ц., Дулмаа, Н. (2001): Хавдрын маркеруудын клиник хэрэглээ. X.1-32
5. Kubo, Y., Okida, K. (1987): Detection of hepatocellular carcinoma during a clinical follow-up of chronic liver disease. Gastroenterology 74:578-82
6. Oka, H., Kurioka, N. (1990): Prospective study of early detection of hepatocellular carcinoma in patients with cirrhosis. Hepatology 12:680-7
7. Sato, Y., Nakata, K. (1993): Early recognition of hepatocellular carcinoma based on altered profiles of alpha-feto-protein. New Eng J Med v 328, pp. 1802-1806.
8. Sanders, D., Kerr, M. (1999): Lewis blood group and CEA related antigens. Molecular Pathology v 52(4), pp .174-178.
9. Shinagawa, T., Ohto, M., et al. (1984): Diagnosis and clinical features of small hepatocellular carcinoma with emphasis on the utility of real-time ultrasonography: Gastroenterology 86:495-502
10. Мөнхбат, С., Авирмэд, А. (1999): Умайн хүзүүний өмөнгийн өвчлөл эмчилгээний байдалд хийсэн дүн

шинжилгээ. Хавдар судлалын тулгамдсан асуудлууд. УБ х.33

11. Helzlsouer, K. J et al (1993): Prospective study of

Serum CA-125 levels as a marker of ovarian cancer. JAMA, 269: pp .1123-1126

Танилцаж, нийтлэх санал өгсөн:
академич П.НЯМДАВАА

Зүрхний хоёр хавтаст гол судасны хавхлагийн олдмол хавсарсан гажгийн рентген шинж тэмдгүүдийг судлах асуудалд

Ц.Бадамсэд, Н.Баасанжав, Р.Пүрэв, Б.Баярчимэг,
Анагаах Ухааны Хүрээлэн
П.Н.Шастины нэрэмжит Клиникийн төв эмнэлэг
Анагаах Ухааны Их сургууль

Зүрхний олон хавхлагийн олдмол хавсарсан гажгийг оношлоход рентген шинжилгээ шийдвэрлэх үүрэгтэйг гадаадын /5-12,14-24/ болон манай орны /1-4,13/ судлаачид тэмдэглэж байна.

Зүрхний хоёр хавтаст-гол судасны хавхлагийн олдмол хавсарсан гажгийн үед зүрхний баруун ховдлын томролт нь зүрхний хоёр хавтаст хавхлагийн нарийсалтын ба цусны бага эргэлтийн систем дэх даралтын зэрэг, зүрхний баруун ховдлын агшилтын үйл ажиллагаанаас хамаарна /14-15,19-20/.

Зүрхний хоёр хавтаст-гол судасны хавхлагийн олдмол, хавсарсан гажгийн үед зүрхний зүүн ховдлын гипертрофи ба тэлэгдэлт нь гол судасны хавхлагийн дагнасан гажгаас харьцангуй бага зэргээр илэрдэг ба заримдаа зүүн ховдлын томролтгүй ч байна /6, 12, 18, 21/.

Зүрхний хоёр хавтаст-гол судасны хавхлагийн нарийсал ижил буюу гол судасны хавхлагийн нарийсал давамгайлсан үед гол судасны өгсөх хэсэг илэрхий буюу дунд зэргийн өргөсгөлтэй байна /12,18, 20/.

Зүрхний хоёр хавтаст-гол судасны хавхлагийн нарийсал ижил буюу зүрхний хоёр хавхлагын нарийсал давамгайлсан үед цусны бага эргэлтийн талаас төвийн артерийн зогсонгишил давамгайлсан хэлбэр, гол судасны хавхлагын нарийсал давамгайлсан үед цусны бага эргэлтийн төвийн венийн зогсонгишил давамгайлсан хэлбэр тохиолддог /14/.

Зүрхний хоёр хавтаст-гол судасны хавхлагийн олдмол хавсарсан гажуудад мэс ажилбар хийж хоёр хавтаст гол судасны хавхлагуудыг хиймэл хавхлагаар солих нь зүрхний мэс засалчдын үндсэн хагалгааны нэг болж байна /23-24/.

Манай оронд зүрхний хоёр хавхлагийг зэрэг засах хагалгааг эмнэлгийн практикт нэвтрүүлсэн нь зүрхний рентген шинжилгээг нарийвчлан хийж рентген оношлогоог төгөлдөржүүлэхийг зүй ёсоор шаардах боллоо.

Судалгааны зорилго нь: Зүрхний хоёр хавтаст-гол судасны хавхлагийн олдмол хавсарсан нарийсал ба дутмагшил гажгийн үед илрэх рентген кардиометрийн зарим үзүүлэлтүүдийг тодорхойлоход оршино.

Судалгааны аргачлал: Бид 1994-2000 онуудад П.Н.Шастины нэрэмжит Клиникийн төв эмнэлгийн Рентген оношлогооны тасагт зүрхний хоёр хавтаст-гол судасны хавхлагийн олдмол хавсарсан дутмагшил гажиг /n=24/, зүрхний хоёр хавтаст-гол судасны хавхлагийн олдмол нарийсал гажиг /n=34/-тай онош батлагдсан 58 тохиолдолд 4-5 стандарт байрлалаар зүрх, том судасны рентген харалт хийж, зураг авч цусны бага эргэлтийн талаас гарах рентген өөрчлөлт, кардиометрийн зарим үзүүлэлтүүдийг

тодорхойлсон.

Шинжлүүлэгчдэд клиник, зүрхний цахилгаан бичлэг, зүрхний дуут бичлэг, зүрхний хэт авиан, зүрх, том судас сэтгүүрдэх, зүрхний хөндийд тодотгогч бодис: шахаж зураг авч дүрс бичлэг хийх шинжилгээнүүд эцэст нь зүрхний мэс ажилбараар оношийг баталсан. Цусны бага эргэлтийн талаас гарах рентген өөрчлөлтийг И.Х.Рабкины, гол судасны багцын лугшилтыг Б.М.Кудишын, зүрх-уушгины индексийг И.А.Григоряны, зүрхний эзэлхүүнийг Рорер-Кальстрофийн, гол судасны өгсөх хэсгийг Карбелийн, зүрхний зүүн ба баруун ховдлыг П.Н.Мазаев., А.М.Гришкевич., А.Н.Кайдаш нарын, зүрхний баруун тосгуурыг И.А.Григоряны аргаар тус тус үнэлсэн. Зүрхний баруун ташуу байрлалд бари уулгаж харалт хийн, зураг авч зүүн тосгуурын түвшинд тодорсон улаан хоолойн хазайлтаар зүүн тосгуурын томролтыг үнэлсэн.

Рентгенкардиометрийн үзүүлэлтүүдийг И.Х.Рабкин., И.А.Григорян /1975/ нарын нас, хүйсний бүлгийн хэвийн хэмжээтэй харьцуулан үнэлсэн.

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

Судалгааны үр дүн хэлцэмж Бидний судалгаанд хамрагдсан зүрхний хоёр хавтаст-гол судасны хавхлагийн олдмол хавсарсан дутмагшил гажиг оноштой 24 өвчтөний 3 /12.5%/-д зүрхний хоёр ба гол судасны хавхлагийн дутмагшил ижил, 15 /62.5%/-д хоёр хавтаст хавхлагийн дутмагшил гол судасны хавхлагийн дутмагшлаас давамгайлсан, 6/25%/-д гол судасны хавхлагийн дутмагшил хоёр хавтаст хавхлагийн дутмагшлаас давамгайлсан байна.

Зүрхний хоёр хавтаст-гол судасны хавхлагийн олдмол хавсарсан нарийсал гажиг оноштой 34 өвчтөний 8 /23.5%/-д зүрхний хоёр хавтаст ба гол судасны хавхлагийн нарийсал ижил, 5 /14.7%/-д гол судасны хавхлагийн нарийсал хоёр хавтаст хавхлагийн нарийслаас давамгайлсан, 21 /61.8%/-д хоёр хавтаст хавхлагийн нарийсал гол судасны хавхлагын нарийслаас давамгайлсан гажууд тохиолдож байна.

Зүрхний хоёр хавтаст-гол судасны хавхлагийн олдмол хавсарсан дутмагшил гажгийн төрлийг зүрхний эзэлхүүн, зүрх-уушгины индекс, зүрхний тосгуурууд, ховдлууд, гол судасны багц ба лугшилтын рентген өөрчлөлттэй хэрхэн хамааралтай байгааг харьцуулан судалснаа хүснэгт-1-ээр үзүүлэв.

Хүснэгт 1-ээс үзэхэд зүрхний хоёр хавтаст-гол судасны хавхлагийн олдмол хавсарсан дутмагшил гажгийн үед $58.3\% \pm 10.28$ / $P < 0.01$ -д зүрхний эзэлхүүн II зэргийн томролттой байна. Энэ нь М.А.Иваницкая., В.С.Михина., 1963, В.С.Михина., 1986, П.Н.Мазаев., М.Гришкевич., А.Н.Кайдаш., 1985 нарын судалгаагаар зүрхний эзэлхүүн III зэргийн томролттой байна гэснээс бага байна.

$66.7\% \pm 9.8$ / $P < 0.05$ -д зүрхний индекс II-III-р зэргийн томролттой байгаа нь В.С.Михина., 1966, П.Н.Мазаев ба бус

1985 нарын судалгаатай дүйж байна.

Зүрх-уушгины индекс ба зүрхний эзэлхүүний томролт нь зүрхний хоёр хавтаст-гол судасны хавхлагын олдмол хавсарсан дутмагшил гажгийн төрөл, зүрхний хоёр хавтаст ба гол судасны хавхлагын олдмол дутмагшлын зэргээс шалтгаалж буй онцлог илэрч байна.

Г.И.Цукерман., /1969/, А.Н.Кайдаш., /1978/, В.И.Маколкин., /1986/ нарын судалгаагаар зүрхний хоёр хавтаст-гол судасны хавхлагын олдмол хавсарсан дутмагшил гажгийн үед эгц байрлалд зүрхний рентген харалт хийж, зураг авахад зүрхний зүүн III-р нумын цүлхийлт ховор илэрдэг бол биднийхээр зүрхний бэлхүүс хотойсон боловч, зүрхний I-р ташуу байрлалд бари уулган тодорсон улаан хоолойн хазайлтаар зүрхний зүүн тосгуурыг үнэлэхэд $62.5\% \pm 10.1$ / $P < 0.01$ -д зүүн тосгуурын томролт илэрч байна. Эгц байрлалд зүрхний рентген харалт ба зураг авалтаар зүрхний зүүн тосгуур зүрхний тэнхлэгийн дагуу баруун тийш, дээш шилжиж, зүүн ховдол томорсноор зүрхний бэлхүүс хотойсон мэт харагдаж байна гэж бид тайлбар өгч байна. Эгц байрлалд зүрхний рентген харалт хийж зураг авахад мөгөөрсөн хоолойн салаалалтын өнцөг ихсэж буйг зүрхний хоёр хавтаст-гол судасны хавхлагийн дутмагшил гажгийн үед зүүн тосгуур томорсоны рентген гол шинж гэж үзэж байна.

Хүснэгт 1

Зүрхний хоёр хавтаст-гол судасны хавхлагын олдмол хавсарсан дутмагшил гажгийн төрөл ба рентген кардиомертрийн зарим үзүүлэлтүүдийн хамаарал

№	Зүрхний хоёр хавтаст-гол судасны хавхлагын олдмол хавсарсан дутмагшил гажгийн төрөл	Зүрхний хоёр хавтаст ба гол судасны хавхлагын дутмагшил ижил			Зүрхний хоёр хавтаст хавхлагийн дутмагшил гол судасны хавхлагын дутмагшил ижил			Зүрхний хоёр хавтаст хавхлагийн дутмагшил гол судасны хавхлагын дутмагшил давамгайлсан			
		п	%	±М	п	%	±М	п	%	±М	
1. Зүрхний томролтын эзэлхүүний зэрэг хэвийн	Хэвийн	I	2	66.7	33.3	1	6.7	6.7	-	-	-
		II	1	33.3	33.3	3	20.0	10.7	-	-	-
		III	-	-	-	8	53.3	13.3	5	83.3	16.7
		IV	-	-	-	3	20.0	10.7	1	16.7	16.7
2. Зүрх уушгины индекс	Хэвийн	I	1	33.3	33.3	4	26.7	11.8	1	16.65	16.65
		II	2	66.7	33.3	8	33.3	13.3	4	66.7	21.1
		III	-	-	-	1	6.7	6.7	1	16.65	16.65
		IV	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3. Зүүн тосгуурын томролтын зэрэг	Хэвийн	I	1	33.3	33.3	2	13.4	9.1	1	16.65	16.65
		II	2	66.7	33.3	9	60.0	13.1	4	66.7	31.1
		III	-	-	-	1	6.6	6.1	-	-	-
		IV	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4. Зүүн ховдлын томролтын зэрэг	Хэвийн	I	1	33.3	33.3	7	46.7	13.8	2	33.3	21.1
		II	2	66.7	33.3	5	33.3	12.6	4	66.7	21.1
		III	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		IV	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5. Баруун тосгуурын томролтын зэрэг	Хэвийн	I	2	22.7	33.3	11	73.3	11.8	4	66.7	21.1
		II	1	33.3	33.3	4	26.7	11.8	2	33.3	21.1
		III	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		IV	-	-	-	-	-	-	-	-	-
6. Баруун ховдлын томролтын зэрэг	Хэвийн	I	1	33.3	33.3	8	53.3	13.3	1	16.7	16.7
		II	2	66.7	33.3	5	33.3	13.3	2	33.3	21.1
		III	-	-	-	2	13.4	9.1	2	33.3	21.1
		IV	-	-	-	-	-	-	1	16.7	16.7
7. Гол судасны багц	Хэвийн	I	2	66.7	33.3	4	26.7	11.8	1	16.7	16.7
		II	-	-	-	1	6.7	6.7	-	-	-
		III	1	33.3	33.3	10	66.7	12.6	5	83.3	16.7
8. Гол судасны багцын лугшилт	Хэвийн	I	2	66.7	33.3	4	26.7	11.8	1	16.7	16.7
		II	1	33.3	33.3	11	73.3	11.8	5	83.3	16.7

Хүснэгт 1-ээс үзэхэд $87.5\% \pm 6.9$ / $P < 0.01$ -д зүрхний зүүн ховдол II, III-р, $58.3\% \pm 10.28$ -д баруун ховдол II, III-р зэргээр томорсон байна. Баруун ховдлын томролтын зэрэг нь хоёр хавтаст ба гол судасны хавхлагын дутмагшлын зэрэг, зүрхний баруун ховдлын агших үйл ажиллагаанаас хамаарч байна.

Харин $70.8\% \pm 9.5$ -д зүрхний баруун тосгуурын томролтгүй байгаа ба $70.8\% \pm 9.5$ -д гол судасны багц нэлэхүүдээ өргөсч, гол судасны лугшилтын далайд ихэссэн нь П.Н.Мазаев., А.М.Гришкевич., А.Н.Кайдаш /1985/ нарын дүгнэлттэй ойролцоо байна.

Зүрхний хоёр хавтаст-гол судасны хавхлагын олдмол хавсарсан нарийсал гажгийн төрлийг зүрхний зүүн тосгуур, ховдлууд, уушгины артерийн нумын өргөсч-уртассан, гол судасны өгсөх хэсэг ба цусны эргэлтийн талаас гарах рентген өөрчлөлттэй хэрхэн хамааралтай болохыг харьцуулан судалснаа хүснэгт 2-оор авч үзэв.

Зураг 2

Зүрхний хоёр хавтаст гол судасны хавхлагын олдмол хавсарсан нарийсал гажгийн төрөл ба рентгенкардиомертрийн зарим үзүүлэлтүүдийн хамаарал

№	Зүрхний хоёр хавтаст гол судасны хавхлагын олдмол хавсарсан нарийсал гажгийн төрөл	Зүрхний хоёр хавтаст ба гол судасны хавхлагын нарийсал ижил			Зүрхний хоёр хавтаст хавхлагын нарийсал давамгайлсан			Гол судасны хавхлагын нарийсал, хоёр хавтаст хавхлагын нарийслаас давамгайлсан			
		п	%	±М	п	%	±М	п	%	±М	
1. Зүүн тосгуурын томролтын зэрэг	Хэвийн	I	1	12.5	12.5	1	20.0	20.0	5	23.5	9.5
		II	4	50.0	18.9	2	40.0	24.5	9	42.9	11.1
		III	3	37.5	18.3	1	20.0	20.5	7	33.3	10.5
		IV	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2. Зүүн ховдлын зэрэг	Хэвийн	I	1	12.5	12.5	1	20.0	20.0	8	28.6	10.1
		II	3	37.5	18.3	2	40.0	24.5	8	38.1	10.9
		III	4	50.0	18.9	2	40.0	24.5	5	23.6	9.5
		IV	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3. Уушгины артерийн нум өргөссөн	Хэвийн	I	1	12.5	12.5	1	20.0	20.0	3	14.3	7.8
		II	4	50.0	18.9	3	60.0	24.5	10	47.6	11.2
		III	3	37.5	18.3	-	-	-	5	23.6	9.5
		IV	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4. Баруун ховдлын томролтын зэрэг	Хэвийн	I	1	12.5	12.5	1	20.0	20.0	1	4.8	4.8
		II	3	37.5	18.3	2	40.0	24.5	6	38.1	10.9
		III	3	37.5	18.3	2	40.0	24.5	9	42.8	11.1
		IV	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5. Гол судасны өгсөх хэсэг	Хэвийн	I	3	37.5	18.3	1	20.0	20.0	7	33.3	10.5
		II	5	62.5	18.3	4	80.0	20.0	13	61.9	10.9
6. Цусны бага эргэлтийн талаас гарах рентген өөрчлөлт И.Х.Робинь, ангиллаар	Хэвийн	ТАЗДХ	5	62.5	18.3	1	20.0	20.0	14	66.6	10.5
		ТВЗДХ	1	12.5	12.5	3	60.0	24.5	3	14.3	7.8
		ЗХХ	1	12.5	12.5	-	-	-	1	4.8	4.8
		ЗХХ	-	-	-	1	20.0	20.0	2	9.5	9.5

Тайлбар: ТАЗДХ – төвийн артерийн зогсонгишил давамгайлсан хэлбэр
ТВЗДХ – төвийн венийн зогсонгишил давамгайлсан хэлбэр
ЗХХ – зогсонгишлын капилляр хэлбэр
ЗХХ – зогсонгишлын холимог хэлбэр

Хүснэгт 2-оос үзэхэд зүрхний хоёр хавтаст-гол судасны хавхлагийн олдмол хавсарсан нарийсал гажгийн үед $76.5\% \pm 7.3$ -д зүрхний зүүн тосгуур II, III-р зэргээр томорч байгаа нь Г.М.Соловьев /1960/, К.Амр а-з /1962/, Б.П.Соколов /1963/, М.А.Иваницкая /1963, 1970/, М.А.Иваницкая., В.С.Михина /1963/, Н.Н.Худабашян., К.А.Кандарян., З.А.Долобчан /1968/, Е.И.Чазов /1982/, П.Н.Мазаев., А.М.Гришкевич., А.Н.Кайдаш /1985/, В.И.Бураковский, Л.А.Бокерия /1989/ нарын дүгнэлттэй дүйж байна. Хүснэгт 2-оос үзэхэд зүрхний хоёр хавтаст-гол судасны хавхлагын олдмол хавсарсан нарийсал гажгийн үед зүрхний зүүн ховдлын томролт нь аль хавхлагын нарийсал давамгайлж буйгаас шалтгаалж байна. Үүнд: зүрхний хоёр хавтаст-гол судасны хавхлагын нарийсал ижил ба гол судасны хавхлагын нарийсал хоёр хавтаст хавхлагын нарийслаас давамгайлсан үед зүрхний зүүн ховдол $84.6\% \pm 10.4$ -д II, III-р зэргээр, хоёр хавтаст хавхлагын нарийсал гол судасны хавхлагын нарийсалгаас давамгайлсан үед зүрхний зүүн ховдол $66.7\% \pm 10.5$ -д I, II зэргээр тус тус томорч байгаа нь статистикийн үнэн магадлалтай / $P < 0.05$ / байна.

Дүгнэлт

1.Зүрхний хоёр хавтаст-гол судасны хавхлагийн олдмол хавсарсан дутмагшил гажгийн үед зүрхний эзэлхүүн $58.3\% \pm 10.28$ -д II-р, зүрх-уушгины индекс $66.7\% \pm 9.8$ -д II, III зэргээр тус тус томорч буйг тогтоов.

2.Зүрхний хоёр хавтаст ба гол судасны хавхлагийн нарийсал ижил гажгийн үед $87.5\% \pm 12.5$ -д зүрхний зүүн тосгуур, ховдол томорч, $62.5\% \pm 18.3$ -д гол судасны өгсөх хэсэг өргөсч, төвийн артерийн зогсонгишил давамгайлсан хэлбэр тохиолддогийг илрүүлэв.

Ном зүй

1.Бадамсэд Ц., Пүрэв Р. Зүрхний хоёр хавтаст-гол судасны хавхлагын олдмол хавсарсан гажгийн рентген шинж тэмдгийг судлах асуудалд. "Октябрь" эрүүл мэндийн зөвлөх төв, "Хүүхдийн эсэн мэнд бойжуулах үндсэний хөтөлбөр" сэдэвт онол практикийн бага хурлын хөтөлбөр. Улаанбаатар хот. 1995. х.3-4

2.Бадамсэд Ц. Зүрхний олон хавхлагын олдмол хавсарсан дутуу хаагдалт гажгийн рентгенкардиометрийн үзүүлэлтүүд. Монгол улсын ашигтай загварын гэрчилгээ, Улсын бүртгэлийн №115. Ашигтай загварын улсын бүртгэлд 2000 оны 5 сарын 8-ны өдөр бүртгэв.

3.Баасанжав Н., Баяртогтох Ш. Хэрэх өвчний гаралтай хоёр ба гурван хавтаст хавхлагын гажгийн оношлогооны асуудалд. Эрүүл мэнд нийгмийн хамгааллын яам. Академич Т.Шагдарсүрэнгийн нэрэмжит Анагаах Ухааны Хүрээлэн. Эрдмийн бичиг №2. УБ. 1999.х.18-25.

4.Батмөнх Ч. Ревматизмын гаралтай зүрхний хавхлагын гажгуудын тархалт, мөс заслын эмчилгээ, -Анагаах ухааны докторын бүтээл. 1990.

5.Василенко В.Х., Фельдм С.Б., Могилевский Э.Б. Пороки сердца. -Ташкент "Медицина". Уз ССР. 1983. с.241-244

6.Загородская М.М. Врач дело. 1961.№10. с.77.

7.Иваницкая М.А., Михина В.С. Рентгенодиагностика сложных приобретенных пороков сердца. Хирургия сердца и сосудов: Труды ин-та ССХ АМН СССР. М.1963. выпл 8. С.355-370

8.Иваницкая М.А. Рентгенодиагностика митрального порока сердца М.Медицина. 1963. с.132.

9.Кайдаш А.Н. Показания к операции протезирование митрального клапана. Тез. Докл. II всесоюзной сердечно-сосудистых хирургов. Рига. 1978. 355-370.с

10.Мазаев П.Н.Гришкевич А.М., Кайдаш А.Н. Клинико-рентгенологическая диагностика осложненных ревматических пороков сердца.-Москва. Медицина. 1985. с.79-118

11.Маколкин В.И. Приобретенные пороки сердца. Москва.

Медицина. 1986. с.166-177

12.Михина В.С. Рентгенодиагностика многоклапанных пороков сердца. Дисс. Канд.мед.наук. Медицина. 1966. с.25.

13.Пүрэв Р., Бадамсэд Ц. Зүрхний хоёр хавтаст-гол судасны хавхлагын олдмол хавсарсан гажгийн рентгенкардиометрийн үзүүлэлтүүд. "Аргачилсан зөвлөмж", "Дүрслэл оношлогоо" сэтгүүл. УБ. 1997. №1 /06/ х.8-13.

14.Рабкин И.Х. Рентгенодиагностика легочной гипертензий. Медицина. 1967.

15.Рентгенодиагностика заболеваний сердца и сосудов. Под редакцией М.А.Иваницкой. Москва. Медицина. 1970. с.191-197.

16.Сердечно-сосудистая хирургия. Под редакцией В.И.Бураковского., Л.А.Бокерия. Москва. Медицина. 1989. с.414-417

17.Руководство по кардиологии. Под редакцией академика Е.И.Чазова. Том 3. Болезни сердца. Москва. Медицина. 1982. С. 300-304

18.Соколов Б.П. Клинико-анатомические сопоставления при стенозе устья аорты. Клини.мед. 1983.№1. с.38-43.

19.Соловьев Г.М. О компенсация сужений на путях кровотока в патологий сердечно сосудистых заболеваний. Клини. Мед. 1960. №12. 52.

20.Худабашян Н.Н., Кандарян К.А., Долабчян З.А. Клиника и диагностика митрального научн. Кардиол. Об-ва. Медицина. 1968- с.21-23.

21.Цукерман Г.И. Многоклапанные ревматическис пороки сердца. Москва. Медицина. 1969. с.260.

22.Amp I atz K. Amer. Heart J.1962.64.4.556.

23.Meivin D.B., Tecklnoerg R. I., Hollingsworth I.F. et. al. Computer-based analysis of preoperative and postoperative prognostic factor in 100 patients with combi ned aortic and mitral valve replacement, Circulation, 1973. Vol. 48. Suppl 3-P. 56-62.

24.Stephenson L. II., Edie R. N., Harken A.H., Edmunos L.H.Combined aortic ano mitral valve replacement: chanoges in practice and prognosis. Circulation. 1984. Vol. 69. P. 640-644.

Танилцаж, нийтлэх санал өгсөн: Анагаахын шинжлэх ухааны доктор, профессор П.ОНХУУДАЙ

Ишемийн инсультээр УБ хотын эмнэлгүүдэд нас барсан тохиолдлуудын сүүлийн 30 гаруй жилийн хандлага, нас хүйс, эмгэг голомтын байрлал, зарим онцлог /аутопсийн судалгаагаар/

Д.Баасанжав

Анагаах ухааны хүрээлэн

Тархины харвалтаас /инсульт/ эмнэлэгт нас барсан нийт тохиолдлын дотор цус хомсрон тархины эдэд үхжил үүсгэх хэлбэр буюу ишемийн инсультийн эзлэх хувь судлаачдын судалгаагаар нэлээд ялгаатай. Хуучин ЗХУ-ын судлаачдынхаар 14.5% /Гер-Багдасаров, 1963/-иас 60.9% /Аломдаров И.Н, нар, 1983/ хүртэл хүрээнд хэлбэлзэж байв. 1940-1950-иад оны үед хуучин ЗХУ-ын зарим судлаачдынхаар /Грашнков Н.И, 1960, Розенберг Д.И, 1966 г.м/ инсультийн тархины инфаркт /үхжил/-ын хэлбэр ойролцоогоор 32-35% эзэлж байсан. 1970-аад оны судалгаагаар /Гарбуз Г.И, Мышковская В.А, 1970/ түүний эзлэх хувь өсөж 52.1%-д хүрчээ.

Р.О.Yates /1960/ аутопсийн шинжилгээгээр тархины эдэд цус харвалт ба тархины инфаркт /шигдээс/ 2 хэв маягийн тохиолдлын харьцааны олон жилийн хөдлөлзүйг судлаад дараахь дүгнэлтэнд хүрчээ. Үүнд, 1930-аад оны үед цус харвах хэв маяг нь тархины инфаркт хэв маягаасаа 2 дахин олонтаа байсан бол 1948-1955 оны үед тархины цус хомсрох /ишемийн/ инсульт буюу тархины шигдээсийн /инфаркт/ эзлэх хувь эрс өсөж, 1955 оны үед хоорондоо энэ 2 хэв маяг ижил харьцаатай тохиолдол боллоо гэжээ.

J.Masuda нар /1983/ Японы Хисаяма-д 40-өөс дээш насанд инсультээс нас барсан 333 тохиолдлын аутопсийн

материалд судалгаа хийж 80.2%-ыг тархины инфракт, харин цус харвалт нь 18.3%-ыг тус тус эзэлж 4.3:1 харьцаагаар тархины инфракт давамгайлсныг тэмдэглэжээ.

Ишемийн инсультийн аутопсийн судалгаагаар насны байдал өвчний шалтгаанаас /үндсэн өвчнөөс/ зарим хамааралтайг тэмдэглэдэг /Кронрод, Б.А, 1971, Розенберг Д.И, 1966/.

Тархины шигдээсний байрлалын талаар аутопсийн судалгааны үзүүлэлт зарим ялгаатай. Зарим судлаачид /Грашнков Н.И, 1960, Тер – Багдасаров, 1963, Худовеков, Ф.П, 1966, Рубаха А.С., 1970 г.м/ тархины шигдээс зүүн тал Кунакова И.К, 1970/ баруун тал бөмбөлөгт харьцангуй олонтаа /59.1%, мөн 6% тохиолдолд тархины багана бүтцэд тус тус илэрсэн гэж тэмдэглэсэн.

Судалгааны зорилго, арга зүй, материал

Бид Улаанбаатар хотын эмнэлгүүдийн аутопсийн материалаар 1967-1969 оноос хойшхи 30 орчим жилийн хугацаанд 4 үед /1967-1969, 1976-1982 он, 1985-1987 он, 1994-1996 он/ ялган ишемийн инсультээр нас барсан тохиолдол, нийт инсультийн аутопсийн дотор эзлэх хувь, түүний хөдлөл зүй, ишеми ба гемораги 2 хэлбэрийн аутопсийн тохиолдлын харьцаа, нас хүйс, эмгэг голомтын байрлал зэргийн 30 жилийн хандлагыг тодорхойлох зорилт тавьсан. Тархины инфаркттай нийт 101 аутопсийн материалыг хамарч үечлэн ангилж статистик боловсруулалт хийж дүгнэв.

Судалгаа, шинжилгээ

Судалгааны дүн

Судалгааны үеэр тархины insultээр эмнэлэгт нас барж аутопсийн шинжилгээ хийлгэсэн тохиолдлуудыг түүний хэв маягаар ялган хүйсний ялгаагаар дараахь хүснэгтэнд харуулав /Хүснэгт 1/.

Хүснэгт 1

Тархины шигдээсийн аутопсийн тоог судалгааны 4 үеэр тархины цус харвалттай тохиолдлын үзүүлэлттэй хүйсээр харьцуулсан харьцаа

Д/д	Хэв маяг Үеүд	Тархины инфарктын аутопсийн тоо			Тархины эзгд цус харвалттай аутопсийн тоо			Цус харвалт шигдээсээс хэд дахин ихийн тоо		
		Эр	Эм	Бүгд	Эр	Эм	Бүгд	Эр	Эм	Бүгд
1.	1967-1969 он	19	8	27	28	30	58	5.8	7.5	6.4
2.	1976-1982 он	15	9	24	87	68	155	5.8	7.5	6.4
3.	1985-1987 он	20	13	33	83	72	155	4.1	5.5	4.7
4.	1994-1996 он	8	9	17	148	113	261	18.5	12.5	15.3
Дүн		62	39	101	346	283	629	5.6	7.2	6.2

Хүснэгтэнд харуулснаас үзэхэд insultээр эмнэлэгт нас барсан нийт 730 тохиолдлын /тархины бүрхүүлийн цус харвалтын аутопсийг оролцуулахгүйгээр/ 101 нь буюу 13.8% нь л тархины шигдээсээр эмнэлэгт нас барсан нь тархины цус харвалтаас 6.2 дахин цөөн, тэгэхдээ эр хүйсээр 5.6, эм хүйсээр 7.2 дахин тус тус цөөн байна. Судалгааны үеүдээр тархины шигдээсийн аутопсийн эзлэх хувийн энэхүү харьцаа тархинд цус харвалтаасаа 1967-1969 онд 2.1 дахин цөөн байсан бол 1976-1982 онд 6.4 дахин, 1985-1987 онд 4.7 дахин, 1994-1996 онд 15.3 дахин цөөн болсон нь 2 үндсэн нөхцлөөс хамаарч байна гэж үзнэ. Үүнд нэг талаас эмнэлэгт тархинд цус харвалттай өвчтнүүд хэвтэх нь олширсонтой холбогдож, нөгөө талаас тархины цус хомсорлын insultийг үүсгэгч зарим хүчин зүйл /хэрх өвчин, халдварын гаралтай васкулит гэх мэт/ хүн амын дунд дурьдсан онуудад буурсан, ялангуяа түүний эмгэг жамын эмчилгээ сүүлийн жилүүдэд ихээхэн сайжирсан зэрэгтэй холбож үзэх үндэстэй. 1967-1969 онуудад тархины инфарктаас аутопси хийлгэсэн тохиолдол энэхүү 2 хэлбэрийн нийт 85 тохиолдлын 31.8% /27 тхл-ыг/ эзэлж байсан бол 1976-1982 онд 13.4%, 1985-1987 онд 17.5%, /33 тхл/, 1994-1996 онд 6.1%-ийг /17 тхл/ тус тус эзлэх болж, эмнэлэгт түүний нас баралт тархинд цус харвах хэлбэрээсээ 1967-1969 оныхоос 1.8-аас-5.2 дахин бага нас баралттай болжээ. 1990-ээд оны дунд үед Улаанбаатар хотын эмнэлгүүдэд тархины цус хомсорон шигдээс үүсэх нас баралт эр, эм аль ч хүйсээр ихээхэн буурсан зэрэг хандлагатай болсныг цохон тэмдэглэвэл зохино.

Тархины шигдээсээр нас барсан дээрх тохиолдлуудын нас, хүйсний байдлыг судалсан дүнг дараахь хүснэгтэнд харуулав /хүснэгт 2/.

Хүснэгт 2

Ишемийн insultээр нас барагчдын нас хүйсний байдлыг аутопсийн материалаар судалгааны үеүдээр харьцуулсан дүн

Д/д	Нас хүйс	40 хүртэлх нас			40-49			50-59			60-69			70н+			Дүн
		Эр	Эм	Бүгд	Эр	Эм	Бүгд	Эр	Эм	Бүгд	Эр	Эм	Бүгд	Эр	Эм	Бүгд	
1.	1967-1969 он	4	1	5	1	1	2	10	5	3	6	2	1	3	19	8	27
2.	1976-1982 он	21.0	12.5	18.5	12.5	3.7	4.21	25.0	37.0	26.3	37.5	29.6	10.5	12.5	11.1	100	100
3.	1985-1987 он	13.3	8.3	11.1	4.2	20.0	33.3	25.0	40.0	22.2	33.3	26.7	33.3	29.2	100	100	100
4.	1994-1996 он	11.1	6.7	9.5	1.8	10.0	4.8	31.5	16.7	26.2	33.3	30.0	32.1	22.2	36.6	27.4	100
Дүн		6	2	8	1	3	4	17	5	22	18	8	27	12	11	23	54
Нэгтгэсэн дүн		11.1	6.7	9.5	1.8	10.0	4.8	31.5	16.7	26.2	33.3	30.0	32.1	22.2	36.6	27.4	100

Тайлбар: тт - тохиолдлын тоо

Хүснэгтэд харуулснаар 1967-1987 оны хоорондох судалгааны 3 үеийн нэгтгэсэн дүнгээр нийт 84 тохиолдлын 9.5% нь /эр=11.1%, эм=6.7%/ 40 хүртэлх насны, 4.8% нь /эр=1.8%, эм=4.8%/ 40-49 насных байгаа нь залуу насны хүмүүс 14.3% /эр=12.9%, эм=16.7%/ийг эзэлсэн нь үүсэх шалтгаан нь атеросклерозын бусад шалтгаан /зүрхний хавхлагын гажиг г.м/-тэй холбоотой байж болох талтай.

50-59 насны бүлэг 26.2% /эр=16.7%/, 60-69 насны бүлэг 32.1% /эр=33.3%, эм=30.0%/, 70н+насны бүлэг 27.4% /эр=22.2%,

эм=36.6%/ийг тус тус эзэлж байгаагаас үзэхэд тархины шигдээсээр нас барагчдын 86.7% нь 50 -аас дээш насны хүмүүс байгаа бөгөөд 50-59 насны бүлэгт эрэгтэйчүүд эмэгтэйчүүдээсээ бараг 2 дахин шахам олонтаа нас барсан /статистик магадтай ялгаа бус $p > 0.05$ / нь энэ насанд эрэгтэйчүүд эмэгтэйчүүдээсээ илүү өртөмтгий байгааг харуулж байгаа бөгөөд энэ байдал 60-69 насанд арилж эр, эм хүйс ижилдүү хэмжээний нас барсан, харин 70н + насанд эмэгтэйчүүд бага зэрэг давуу хувь эзлэх хүртэл $P > 0.05$ / эмэгтэйчүүдийн эзлэх хувь нэмэгджээ. 1994-1996 оны байдлаар нас хүйсний дээрхи ялгаанд зарим өөрчлөлт гарсан. Үүнд, 44 хүртэлх насны буюу залуу хүмүүс, нас барсан нийт 17 тохиолдлын 23.5% /4тхл-ыг эзэлсэн нь дээрхи үеүдийн насны бүлгийн 40 хүртэлх насны бүлгийн эзлэх хувиас /9.5%/ нь 2 гаруй дахин өссөн ялгаа нь статистик магадлагаатай бус $p > 0.05$ / нь ихсэх хандлага 1994-96 онд илэрчээ гэж үзэх үндэстэй.

1967-1987 оны хооронд тархины шигдээсээр нас барсан тохиолдлуудад хүйсээр ямагт эр хүйсийн тоо давамгайлж байсан бол 1994-1996 онд эм хүйс эр хүйстэй ижил тоотой болохоор барахгүй давах хандлага илэрч байна. Энэ нь ялангуяа 55 хүртэлх насны бүлгүүдэд бүр тодорхой илэрч байна. Тархины шигдээсээр нас баралтын тоо 50 наснаас дээш насны бүлэгт судалгааны үеүдээр 1967-1969 оны үед 77.7%, 1976-1982 онд 87.5%, 1985-1987 онд 90.9% болж ихсэх хандлагаар илэрч байсан бол 1994-1996 онд 55 наснаас дээш насны тохиолдол 52.9% байгаа нь дурьдсан онуудад харьцангуй залуу насны тохиолдлын эзлэх хувь өссөнтэй холбоотой.

Тархины шигдээсээр нас барж аутопсийн шинжилгээ хийлгэсэн тохиолдлуудад тархинд үүссэн шигдээсийн /тархины эдийн үлжил/ байрлалыг судалгааны үеүдээр судалсан дүнг дараахь хүснэгтэнд харуулав /хүснэгт №3-а/

Хүснэгт 3а

Тархины шигдээсийн үндсэн байрлалыг судалгааны үеүдээр хүйсээр хүйсний ялгаагаар харуулсан нь

Судалгааны үеүд үндсэн байрлал	1967-1969 он 11 үеүд	1976-1982 он 12 үеүд			1985-1987 он 12 үеүд			1994-1996 он 14 үеүд			Дүн 1976-1996 он	Бүгд хүйсний дүн		
		Эр	Эм	Бүгд	Эр	Эм	Бүгд	Эр	Эм	Бүгд				
Тархины бөмбөлөг /супратенториал/	тт 21	15	8	21	20	13	33	7	9	16	40	30	70	91
Баруун бөмбөлөг	% 72.4	86.7	88.9	87.5	95.2	92.8	94.3	87.5	100	94.1	90.9	93.7	92.1	86.7
Үүнээс	тт 76	5	3	8	8	3	11	2	6	8	16	12	28	34
Бусад бөмбөлөг	% 28.6	13.3	11.1	12.5	4.8	7.2	5.7	12.5	0	5.9	9.1	6.3	7.9	13.3
Зүүн бөмбөлөг	тт 10	6	5	11	11	6	17	4	3	7	21	14	35	45
Бусад бөмбөлөг	% 47.6	46.2	42.5	45.0	55.0	44.7	45.7	57.1	100	43.7	45.2	46.7	49.9	49.4
2 тал бөмбөлөгт	тт 2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Гарын үзэг	тт 3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Тархины багана	тт 5	2	1	3	1	1	2	1	1	1	6	3	4	9
Бага тархи	тт 13	13.3	11.1	12.5	4.8	7.2	5.7	12.5	0	5.9	9.1	6.3	7.9	13.3
Дүн	тт 103	15	9	24	21	14	35	8	9	17	44	37	76	105
Үүнээс:	тт 4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
а Улаан зөөрөл	% 13.4													
б Улаан ба зөөрөл	тт 2													
аяарсан	% 16.5													

Тайлбар: квалит дотроо хувийн бүлэг дотроо эзлэх хуви

Хүснэгтэд харуулснаар тархины шигдээсийн голомт аутопсийн судалгаанаар их тархины тал бөмбөлөгт /супратенториал/ бусад байрлалуудаасаа үнэмлэхүй давуутайгаар байрладаг байна. /86.7% / $p < 0.001$ /. Судалгааны үеүдээр тэр нь 72.4%-иас /1967-1969 он/ 94.3% /1985-1987 - 1994-1996 он/ хүртэл хувийн жин эзэлжээ.

Субтенториал байрлал буюу тархины багана бүтэц, бага тархинд байрласан шигдээс үхэлд хүргэсэн байрлалуудын дотор судалгааны үеүдээр түүний эзлэх хувь буурах хандлагатай нь ажиглагдлаа. Судалгааны 4 үеийн дунджаар багана бүтцийн шигдээс 8.6, бага тархиных 4.8%-ийг тус тус эзэлж, хүйсээр багана бүтцийнх эрэгтэйчүүдэд эмэгтэйчүүдээсээ харьцангуй олонтаа ажиглагдаж байна. Тархины тал бөмбөлөг дэх голомтын байрлалыг баруун, зүүн тал бөмбөлөгөөр ялгахад судалгааны үеүдийн нэгтгэсэн дүнгээр зүүн тал бөмбөлөгт харьцангуй олонтаа буюу 49.4% тохиолдолд байрласан бол баруун тал бөмбөлөгт 37.4% тохиолдолд судалгааны 4 үеийн 3-д нь зүүн тал бүтээгдэхүүн бөмбөлөгт харьцангуй олонтаа

3-д нь зүүн тал бүтээгдэхүүн бөмбөлөгт харьцангуй олонтаа байрласан нь ажиглагдлаа. /Гэвч үзүүлэлтүүдийн ялгаа статистик магадтай бус байна. /p>0.05/.

Тархины суурь зангилаа /базаль гангли-д байрласан голомт тал бөмбөлөг дэх байрлалын 9.9% /үеүдийн нэгтгэсэн дүнгээр/-ыг эзэлж байна.

2 тал бөмбөлөгт байрласан шигдээс тал бөмбөлөг дэх байрлалуудын дотор судалгааны үеүдээр 95% /1967-1969 он/-аас 14.3% /1994-1996/ хүртэл хувийг эзэлж байна. Судалгааны үеүдийн дунджаар 3.3%-ийг эзэлсэн нь энэхүү байрлал тийм ч ховор бус тохиолддогийг харуулж байна.

Тархины шигдээсийн дотор улаан зөөлрөл буюу шигдээс судалгааны зарим үед 13.4% /1967-1969 он/ хүртэл тохиолдсон нь их ховор биш үхлийн шалтгаан болох нь харагдаж байна. "Улаан ба бор" зөөлрөл /шигдээс/ хавсран тохиолдох нь /1967-1969 онд/ цөөн боловч ажиглагдсан. /Судалгааны бусад үеүдэд уг хэлбэр тусгайлан бүртгэгдээгүй тул бүх үеүдээр нэгтгэн дүгнэх боломжгүй байна/. Дээрх ерөнхий байрлалуудын зэрэгцээгээр нарийвчилсан байрлалуудыг 1994-1996 оны 17 тохиолдлоор гаргасныг 3-р хүснэгтийн "Б"-д харуулснаас үзэхэд тархины "зулай-чамархай" хэсэгт нийт тохиолдлын 41.2% /Тхл/-д шигдээс байрлаж үхэлд хүргэсэн нь бусад байрлалуудаас харьцангуй их давуу тоотой байна.

Тархины баруун зүүн талын байрлалуудын тохиолдлын хэмжээ зөвхөн хүйсээр л зарим ялгаатай байна. Үүнд эрэгтэйчүүдэд тархины зүүн талд, харин эмэгтэйчүүдэд тархины баруун талд байрласан шигдээс тус тус харьцангуй олонтаа илрэх хандлагатай байна.

"Тархины баруун -зүүн" талд хавсарсан нэг тохиолдлын байрлал тархины "зулай - чамархайн" хэсэгт илэрсэн.

Дээрх цөөн тохиолдлоор харуулсан /нарийвчилсан/ байрлалыг цаашид лавшруулан хангалттай тооны материалаар судлах нь зүйтэй юм.

Тархины шигдээсний үндсэн байрлалыг судалгааны үеүдээр хүйсний ялгаагаар харуулсан нь

А.Голомтын үндсэн байрлалаар:

Хүснэгт 36

Тархины шигдээсийн голомтын байрлалыг тархины дэлбэнгүүдээр ялгасан нь: /1994-1996 оны аутопси/

Хүйс	Эрэгтэй			Эмэгтэй			Бүгд		
	ТБТ	ТЗТ	Б+З	ТБТ	ТЗТ	Б+З	ТБТ	ТЗТ	Б+З
1. Духны дэлбэн		1			1			2	
2. Дух-чамархай				2			2		
3. Дагз-чамархай				2			2		
4. Зулай-чамархай	2	2	1	1	1		3	3	1
5. Дагз				1			1		
6. Тархины суурь зангилаа /базаль гангли/		1			1			2	
7. Бага тархи дүн	2	1						1	
	2	5	1	6	3		8	8	1

Тайлбар: ТБТ – тархины баруун тал
ТЗТ – тархины зүүн тал
Б+З – баруун + зүүн 2 талд
Тоонууд – аутопсийн тоо

Дүгнэлт

1.Тархины шигдээсээр нас барж аутопсийн шинжилгээ хийлгэсэн өвчтөний тоо тархины инсультээс /шигдээс, тархины эдэд цус харвалт/ эмнэлэгт нас барсан нийт тохиолдлын дотор судалгааны үеүдийн дунджаар 13.8%-ийг эзэлж байна. Тархинд цус харвалт, тархины шигдээс 2 хэлбэрийн аутопсийн тохиолдлын тооны харьцаа судалгааны үеүдийн дунджаар 6.2 буюу тархинд цус харвалтаасаа 6.2 дахин цөөн хэмжээгээр эмнэлэгт үхлийн шалтгаан болж байна. Судалгааны үеүдээр энэхүү харьцаа сүүлийн 30 жилийн хугацаанд улам ихсэх хандлагатай байна. 1994-1996 оны байдлаар энэхүү харьцаа 15.3 болж тархины шигдээсээр эмнэлэгт нас барах нь ихээхэн буурсан эерэг хандлага илэрч байна.

2.Сүүлийн 30 жилд эмнэлэгт тархины шигдээсээр нас баралтын тоо тархинд цус харвалтаасаа буурч байгаа нь ишемиин инсультийн эмчилгээний чанар дээшилж байгаатай

холбож үзэх үндэслэлтэй.

3.Тархины шигдээсээр нас барагчдын насны байдал ихэвчлэн /86.7 хувь/ 50 наснаас дээш насны хүмүүс байгаа ч 40 хүртэлх насны хүмүүс дунджаар 9.5 хувь /эр –11.5, эм-6.7 хувь/ эзэлж байгаа нь шалтгаан эмгэг жамын хувьд ахимаг насны хүмүүсийнхээс онцлогтой гэж үзэх үндэстэй.

4.Хүйсээр 50-59 насны бүлэгт эрэгтэйчүүд эмэгтэйчүүдээсээ олонтаа өвчилж нас барах хандлагатай бол 60-69 насанд хүйсний энэ ялгаа арилж адилавтар хэмжээтэй болж, харин 70 насанд эмэгтэйчүүд давуу талтай болох хандлага илэрч байна. 1994-1996 онд 44 хүртэлх насны хүмүүс 23.5 хувь эзлэх болж тархины шигдээс "залуужих" хандлага илэрч байна.

5.Тархины шигдээсийн байрлал аутопсийн шинжилгээгээр их тархины тал бөмбөлөгт буюу супратенториал байрлал бусад байрлалуудаасаа үнэмлэхүй давуутайгаар /p<0.001/ зонхилж байна. Судалгааны үеүдээр тэр нь 72.4% /1967-1969 он/-иас 94.3% /1985-1987 он/ хувийн жин эзэлж байна. Тархины дэлбэнгүүдээр "зулай чамархайн" дэлбэнд байрласан шигдээс харьцангуй олонтаа илэрч байна.

6.Субтенториал байрлал /тархины багана, бага тархинд үүссэн/ судалгааны үеүдийн дунджаар 13.4%-ийг эзэлж, үеүдээр 5.8% /1985-1987 ба 1994-1996/ -иас 27.5% /1967-1969 он/ дотор хэлбэлзэлтэй байна. Эзлэх хувь сүүлийн үеүдэд буурах хандлагатай. Субтенториал байрлалын дотор тархины багана бүтцийн шигдээс бага тархиныхаасаа давуу олонтаа тохиолдох хандлагатай байна. /P>0.05/

7.Тархины баруун, зүүн тал бөмбөлөгийн ялгаагаар шигдээсний байрлал магадлагаатай ялгаагүй боловч зүүн тал бөмбөлөгт харьцангуй олонтаа үүссэн шигдээс дунджаар 3.3%, хэлбэлзэл нь 9.5 ч дотор /1967-1969 он/ байгаа нь тийм ч ховор бус тохиолдож үхлийн шалтгаан болж байна.

Ашигласан хэвлэл

- 1.Аломдаров И.Н, Батаев А.В. Клинические варианты и лечение цереброваскулярной недостаточности при аритмиях сердца. //Всесоюз. Съезд невропат. И Психиатр. 7-и-М,1981 –Т-2. с.8-11.
- 2.Гарбуз Г.И, Мышковская В.А, Штемпель А.Н. Анализ смертности от сосудистых заболеваний головного мозга /в Ленинграде/. Актуальн. Сосудистых заболеваний головного мозга /в Ленинграде/. Актуальн. Вопросы невропатологии 1970. С.140-141.3.
- 3.Грашенков Н.И, Вейн А.М, Гехт Б.М.Клинико-анатомический анализ нарушений мозгового кровообращения, возникших на почве гипертензионической болезни и атеросклероза сосудов мозга. //Журн. Невропат. И психиатр. С.С. Корсакова 1960, №6, 683-689.
- 4.Коблик М.Я. К вопросу о летальности при мозговых инсультах. 1967. с.116-120
- 5.Кронрод Б.А, Шапиро А.Л,Ленкова В.А, Шихаева Р.Д.Анализ летальности в возрастном аспекте при церебральных сосудистыми заболеваниями головного мозга /Сызранская городская больница №1// Матер научн. Конференций, 1966, с.226-227.
- 6.Розенберг Д.И.Анализ летальности больных сосудистыми заболеваниями головного мозга /Сызранская городская больница №1// Матер научн конференций, 1966, с.226-227.
- 7.Рубаха А.С.Анализ смертности при сосудистых заболеваниях головного мозга в г.Нижнем Тагиле за 10 лет /1957-1966/. Свердловск, /Матер научн конференций, 1970, с.56-57.
- 8.Степанова Н.М., Кунакова И.К.Анализ летальности от инсультов в связи с гипертензионической болезнью и атеросклерозом. //Воронеж стационар// Материалы областной научной конф. 1970.с.58-59.
- 9.Тер-Багдасаров П.П.Анализ летальных исходов от острых нарушений мозгового кровообращения по данным клиники нервной болезни 2 мед объединения г. Еревана за 1950-1963 г. //Журнал экспер и клин мед, 1964, №4, с.73-79.
- 10.Худовиков В.П.Анализ летальных исходов при сосудистых поражениях головного мозга по Вологодской больнице №1. //Сосудистые паталогий, 1966, с. 58-61.
- 11.Masuda J, Tanaka K, Omasa T8 Ueda K, Sadoshi S. Cerebrovascular diseases and their underlying vascular lesions in Hisayama. Japan A pathological study of autopsy cases. Stroke, 1983 v-148 №6, p.934-940.

Танилцаж, нийтлэх санал өгсөн: профессор Г.ЦАГААНХҮҮ

Архины цочмог хордлогын эмнэл зүй, оношлолт, цус шүүх эмчилгээний үр дүн

/Мэдрэл судлалын талаас авч үзэх нь/

Х.Должин, Г.Цагаанхүү

Бүх цэргийн клиникийн төв эмнэлэг

Анагаах Ухааны Их Сургууль

Эмнэлзүйн өдөр тутмын практик үйл ажиллагаа хийгээд хэвлэлийн тоймоос /И.В.Стрельчук, 1973, 1978, Г.В.Морозов, 1982, Н.А.Бохан, 1997/ үзэхэд архины цочмог хордлого, түүний хүнд хэлбэрийн үед мэдрэлийн систем, дотор эрхтэн тогтолцоо, цусны эргэлт, биохимийн талаас гүнзгий өөрчлөлтүүд үүсч, цөөнгүй тохиолдолд золгүй эрсдлийн шалтгаан болж байна.

Гадаадын судлаачдын /А.А.Корнилов, 1981, Г.Т.Красильников, 1984/ мэдээлснээр архинд донтох өвчнөөр өвчлөгсдийн үхлийн шалтгааны бүтцэд I байрыг /10.2%-47.6%/ золгүй тохиолдол эзэлж, түүний 1/3 нь этанолын цочмог хордлоготой холбоотой болохыг тогтоожээ.

Манай улсад сүүлийн 15 жилд архинд донтох өвчтөний эзлэх хувийн жин 2.7 дахин өссөн /Л.Эрдэнэбаяр, 1997/ бөгөөд Хордлогын яаралтай тусламжийн үндэсний төвийн албан ёсны мэдээ баримтаас үзэхэд сүүлийн 5 жилд жил бүр дунджаар 180-200 өвчтөн хордлогын улмаас хэвтэж эмчлүүлсний 12%-ийг архины цочмог хордлого эзэлж байна. Эмгэг анатоми-шүүх эмнэлгийн магадлах товчооны материалд хийсэн судалгаагаар архины цочмог хордлогын улмаас золгүй тохиолдлоор нас барагсдын магадлан шинжилгээний хувийн жин сүүлийн 10 жилд огцом өсчээ.

Ийм нөхцөл байдалд архины цочмог хордлогын эмнэлзүйн явцын онцлог тууштай судлагдаагүй, оношийн стандарт ч боловсрогдоогүй байна.

Цус шүүх эмчилгээг гадаадын судлаачид /Е.А.Лужников, 1992, В.П.Челмакина, 1996/ архины цагаан солио, хүнд хэлбэрийн шартах хам шинжийн үед хэрэглэж үр дүн өндөртэйг тогтоосон ба харин бидний хайлт, судалсан ном хэвлэлд уг эмчилгээг архины цочмог хордлогоос үүссэн комын байдалтай өвчтөнд хэрэглэсэн тухай мэдээлэл олдсонгүй.

Манай улсад цус шүүх эмчилгээний аргыг Зэвсэгт хүчний клиникийн төв эмнэлэгт архины цочмог хүнд хордлогын үед хэргэлэж эхлээд 5-6 жил болж байгаа хэдий ч, түүний үр дүнг хараахан иш үндэслэлтэйгээр судлан тогтоогоогүй байна.

Архины цочмог хордлогын гаралт өсөхийн хэрээр мэдрэл-сэтгэцийн хүнд эмгэгүүд үүсч, цөөнгүй тохиолдолд хүн амь насаа алдаж буй бодит байдал хийгээд манай нөхцөлд архины цочмог хордлогын эмнэлзүйн онцлог бүрэн судлагдаж, оношийн оновчтой стандарт боловсрогдоогүй, архины цочмог хордлогоос үүссэн комын үед хэрэглэж буй цус шүүх эмчилгээний үр дүнг шинжлэх ухааны үзэл баримтлалын үүднээс судлан тогтоогдоогүй байгаа зэрэг нь уг судалгааг явуулах бодит үндэслэл боллоо.

Судалгааны зорилго:

1. Архины цочмог хордлогын /архины ком, өмнөх байдал, архины цочмог энцефалопати, архины хурц солиорол/ үед илрэх мэдрэл-сэтгэцийн өөрчлөлтийн эмнэлзүйн явцын онцлог хийгээд биохимийн шинжилгээ, тархины цахилгаан бичлэгийн үзүүлэлтүүдийг өөрийн орны нөхцөлд судлан, оношийн оновчтой хэмнүүрийг боловсруулах

2. Цус шүүх эмчилгээний үр дүнг архины хурц хордлогоос үүссэн комын байдалтай, урьд нь тархины гэмтэл авч байсан өвчтөнд, мөн архины хурц хордлогоос үүссэн комын байдалтай, урьд нь тархины гэмтэл авч байгаагүй өвчтөнд тус бүрд нь харьцуулан судалж тогтоох

Судалгааны арга:

1.Архины хурц хордлогын шалтгаант-мэдрэл сэтгэцийн эмгэг бүхий 320 тохиолдлын /архины хурц тархи эмгэгшил бүхий 180, архины хурц солиоролтой 60, архины ком бүхий 80/ өвчний түүхэнд эмнэлзүй-биостатистикийн судалгаа хийх

2.Архины ком болон комын өмнөх байдалд орсны улмаас цус шүүх эмчилгээ хийлгэсэн 120 өвчтөнд /эдгээрээс 60 нь урьд өмнө тархины гэмтэл авч байсан, 60 нь гэмтэл авч байгаагүй/ эмчилгээний үр дүнгийн судалгааг клиникийн мэдрэлзүй, биохими, тархины цахилгаан бичлэгийн аргуудаар судлах

Судалгааны үр дүн

Бидний судалгаагаар архины цочмог хүнд хордлого *комын өмнөх ба комын байдал-80/ манай нөхцөлд, өсвөр залуу насныханд /20хүртэлх насанд 62.5%/ тэдгээрээс эмэгтэйчүүдийн дунд /37.5%/ ихэвчлэн тохиолдож буй онцлогтойн сацуу мэдрэл эмгэгийн багц шинжүүдээр илэрч байна. Эдгээр багц шинжүүд нь архины комын өмнөх ба комын байдлыг оношлох,

бусад гарал үүсэлтэй комын өмнөх ба комын байдлаас ялган оношлох хэмнүүр, оношийн стандартын суурь үндэс болох боломжтой нь бидний судалгааны үзүүлэлтүүдээр нотлогдлоо.

Тухайлбал, архины комын өмнөх үед ухамсарт ухаан балартах, нүүр царай хүрэнтэх, биеийн халуун ихэсэх, амьсгалын хэм, судасны лугшилт түргэсэх, хүүхэн харааны гэрлийн урвал сулрах, шөрмөсний рефлексүүд хурдсах шинжүүд зонхилж байхад, архины комын үед ухаан алдагдах, нүүр царай цайх, халуун буурах, амьсгалын хэм алдагдах, судасны хэм өөрчлөгдөн хүчдэл дүүрэлт сулрах, хүүхэн хараа өргөсөх, булчингийн тонус чангарах-сулрах, шөрмөсний рефлексүүд үл үүсэх шинжүүд давамгайлах онцлогтой байна.

Эндээс үзвэл, архины комын өмнөх болон комын байдлын үеийн эмнэлзүйн илрэлүүд нь статистикийн үнэн магад / $P < 0.01-0.05$ / бүхий тооны болон чанарын ялгаатай байна.

Хэвлэлд архины комын эмнэлзүйн талаар нэлээд дэлгэрэнгүй бичсэн /И.В.Стрельчук, 1973, Г.В.Морозов, 1982, А.Ф.Скугаревский, 1983/ материал элбэг байдаг бөгөөд манай судалгааны үзүүлэлтүүд тэдгээртэй ойролцоо байгаа хэдий ч, архины комын өмнөх ба комын байдлыг оношлох хэмнүүр болох мэдрэл эмгэгийн багц шинжүүдийг бидний гаргаснаар ялгаатайгаар авч үзсэн зүйл төдийлөн байхгүй байна.

Архины комын үед биохимийн талаас альбумины хэмжээ буурах / 32.2 ± 1.57 г/л/, билирубины хэмжээ ихсэх /нийт билирубин 58.0 ± 5.0 мк моль/л, шууд бус билирубин 35.8 ± 2.71 мк моль/л/, ферментүүдийн идэвх өндөрсөх /ГПТ 82.4 ± 5.88 u/l, шүлтлэг фосфатаз 386 ± 10.25 u/l/, холестрол / 8.9 ± 0.41 ммоль/л/, мочевины / 10.6 ± 0.72 ммоль/л/ түвшин нэмэгдэх өөрчлөлтүүд илрэв.

Гемостазын тогтолцоо, захын цусны томьёонд ч бага зэргийн өөрчлөлтүүд гарч байгаагийн дотор, тромбины хугацаа бага зэрэг уртсах / 16.8 ± 0.65 сек/, фибриногены хэмжээ багасах, гемоглобин бага зэрэг ихсэх, УЦТХ хурдсах / 16.2 ± 1.09 мм/у/ шинжүүд гарлаа.

Лабораторийн шинжилгээний дээрх үзүүлэлтүүд хэвлэлийн материалтай /И.П.Анохин, 1988; И.Н.Пятницкая, 1984/ тохирч байгаа бөгөөд архины комыг оношлох, ялган онолоход нэмэлт ач холбогдолтой байна.

Архины ком болон комын өмнөх байдлын үед тархины цахилгаан бичлэгт нэг төрлийн синусоинд долгион илэрч, α -хэмнэлийн далайц жигд богиносож, β гц-ийн давтамж бүхий аажим хэлбэлзэл давамгайлж байлаа. Ийм цахилгаан идэвхижил бүх залгалтанд илэрч байгаа бөгөөд гэрлийн цочролд өөрчлөлт

өгөхгүй байв.

Тархины гэмтлийн алсын үлдэц бүхий өвчтөнд /40/ илэрч байгаа архины ком болон комын өмнөх байдлын эмнэлзүйн шинжүүдийг урьд нь тархины гэмтэл авч байгаагүй өвчтөнд /40/ үүссэн архины комын эмнэлзүйн явцтай харьцуулан судлахад мэдрэл-сэтгэцийн өөрчлөлт тархины гэмтлийн үлдэцтэй өвчтөнүүдэд илүү олон хувилбартай, үлэмжийн хүнд явцтай болох нь статистикийн үнэн магадтай / $p < 0.01-0.05$ / үзүүлэлтээр батлагдлаа.

Энэ бүлгийн өвчтөний /архины ком+тархины гэмтлийн үлдэц/ оношийн хэмнүүр, стандартын тулгуур хам шинжийн бүрдэлд тархины ерөнхий шинжүүдээс ухаан алдалт, хүчлэх-чичирхийлэх таталт, тархины бүрхэвчийн цочрогдлын үзэгдэл / $75.0\% \pm 6.86-90.0\% \pm 4.74$ / гавал-тархины мэдрэлүүдийн талаас хүүхэн харааны гэрлийн урвал сулрах, нүдний эвэрлэгийн рефлекс арилах, өвдөлтийн цочролд үл тохирох хариулт өгөх буюу үл хариулах / $62.5\% \pm 7.65-95.0 \pm 3.45$ /, хөдөлгөөний талаас булчингийн тонус чангарах-сулрах, шөрмөсний рефлексүүд буурах, эмгэг рефлекс тогтмол бус илрэх зэрэг шинжүүд / $65.0\% - 95.0\%$ / орж байна. Биохимийн шинжилгээгээр билирубин / 39.3 ± 3.22 мк моль/л/, холестрины хэмжээ / 6.9 ± 0.19 мк моль/л/ ихэсх, ГПТ, ГОТ, ЩФ ферментүүдийн идэвх өндөрсөх / $65.4 \pm 4.58, 68.0 \pm 5.39, 320 \pm 2.22$ u/l/, гемоглобины хэмжээ / 16.7 ± 1.17 ммоль/л/, УЦТХ / 29.8 ± 3.69 мм/ц/ үлэмжийн нэмэгдэх зэрэг өөрчлөлтүүд илэрлээ.

Цэргийн албан хаагчдын дунд тохиолдож буй архины цочмог тархи эмгэгшил /энцефалопати-180/ ихэвчлэн 40-өөс дээш насны /75%/ эрэгтэйчүүдэд тохиолдож байгаа бөгөөд эмнэлзүйн явцын онцлог нь танин мэдэхүйн явц буурах / $55.0\% \pm 5.0-59.9 \pm 4.9$ /, ухаан дэмийрэн балартах / $58.99\% \pm 4.77$ /, орон зай, цаг хугацааны баримжаа алдах, хэт цочромтгой болох, хөлрөх, арьс улайх цайх, нүдний алим чичиргэх + хөдөлгөөн нь гадагш хязгаарлагдах / $66.66\% \pm 4.30$ /, биеийн тэнцвэр алдагдах + гар, хөл чичрэх / $72.22\% \pm 3.92$ /, бичгийн хэв гажих / $75.0\% \pm 3.72$ /, булчингийн тонус ихсэх, ам-уруулын эмгэг рефлекс үүсэх / 86.4 ± 1.38 / зэрэг мэдрэл эмгэгийн шинжүүдээр тодорхойлогдож байна. Биохимийн талаас ГПТ, ГОТ, ЩФ ферментүүдийн идэвх өндөрсөх / 85.0 ± 4.94 u/l, 69.0 ± 3.57 u/l, 380 ± 6.49 u/l, 380 ± 6.49 u/l/, нийт билирубин / 38.0 ± 1.84 мк моль/л/ ба холестролын хэмжээ ихсэх / 8.0 ± 0.38 мк моль/л/, тархины цахилгаан бичлэгт биопотенциалын идэвхижил жигд буурах, аажим долгион үүсэх, α , β -долгион холилдох, цахилгаан хэмнэл хавтгайрах зэрэг шинжүүд илэрч байсан нь бусад судлаачдын гаргасан үзүүлэлтүүдтэй /

G.Edwards, 1990; В.Я.Семке, 1995; Н.Бохан, 1997/ үндсэндээ тохирч байна.

Цэргийн албан хаагчдын дунд архины солиорол /60/ зонхилон 31-40 насны /60%/ эрэгтэй хүмүүст тохиолдож байгаа бөгөөд архины цагаан солионы үед орон зай, цаг хугацааны баримжаалал алдах /91.7%±3.7/, ухаан дэмийрэн балартах /85.0%±5.0/, аймшигт хий үзэгдэл /60.0%±8.16/, дүрсийн гажуу тусгал бий болох /63.3%±7.82/, бүх бие чичрэх /90.0%±4.08/ зэрэг шинжүүд, архины тогтонгишсон хий үзэгдлийн үед сонсгол, харааны хий үзэгдэл, айдас түгшүүр, архины дэмийрэлт солиорлын үед мөрдөх, хардахын дэмийрэл /53.3%±8.82-81.7%±5.52/ тус тус илрэх онцлогтой байлаа.

Архины комын өмнөх болон комын байдалд орсон өвчтөнд /120/ цус шүүх эмчилгээ хийхэд эхний удаагийн эмчилгээний дараа эмнэлзүйн үндсэн илрэлүүд нь эргэн харьж / $p < 0.01-0.05$ /, богино хугацаанд эмнэлзүйн эдгэрэлтэнд орохын хамт биохимийн шинжилгээний өөрчлөлтүүд гурван удаагийн эмчилгээний дараа хэвийн байдалд орж байсан нь тухайн эмчилгээ архины хордлого тайлах хүчтэй үйлчлэлтэй, эмчилгээний үр дүн нэн өндөртэй болох нь нотлогдлоо. Архины комын үед хийж байсан уламжлалт эмчилгээний аргууд нь цаг хугацаа их шаарддаг, эдийн засгийн хувьд үрэлгэн, эмчилгээний үр дүн өндөр биш байсныг бас тэмдэглэх нь зүйтэй.

Цус шүүх эмчилгээний явцад уургийн солилцоо хэвийн байдалдаа эргэн орж байгаа нь этилийн спиртийн хордлого арилахын хэрээр элэгний уураг нийлэгжүүлэх үйл сайжирч байгаагийн үзүүлэлт мөн. Билирубины хэмжээ, шүлтлэг фосфатазын идэвхжил буурч байгаа нь хорт бодис гадагшилснаар пигментийн солилцоонд оролцдог элэгний эсүүдийн саатал тайлагдаж байгаагийн шинж гэж үзэх үндэстэй. ГПТ, ГОТ ферментүүдийн идэвхижил хэвийн хэмжээнд хүрч байгаа нь ерөнхий хордлого тайлагдсанаар элэгний эсийн мембраны нэвчүүлэх чанар сэргэж, хэвийн байдалд орсны үзүүлэлт мөн. Мочевины хэмжээ багасч хэвийн түвшинд хүрч байгаа нь ерөнхий хордлого арилж, бөөрний бүтэц, үйл ажиллагаа илааршсаныг харуулж байна.

Тархины гэмтлийн алсын үлдэц бүхий өвчтөнүүдэд үүссэн архины комын үед мэдрэлийн тогтолцооны талаас гарах эмнэлзүйн илрэл нь тархины ерөнхий шинжүүд давамгайлал, мэдрэлийн үлдэц органик шинжүүдтэй хавсарч байсан бөгөөд цус шүүх эмчилгээ хийснээр эмнэлзүйн ихэнх шинжүүдийнх нь хувийн жин мөн л нэг удаагийн эмчилгээний дараа ихээхэн буурч байгаа боловч чичирхийлэх таталт,

дагзны булчингийн чангаралт зэрэг зарим шинж хадгалагдан үлдэж байв. Биохимийн зарим үзүүлэлтүүд /билирубины хэмжээ, ГТП ферментийн идэвхижил, протромбын индекс/ сэргэх хандлагатай хэдий ч статистикийн үнэн магадтай бус $p > 0.05$ / байлаа. Өөрөөр хэлбэл, тархины гэмтлийн алсын үлдэц бүхий өвчтөнд архины хурц хордлого эмнэлзүйн явцын хүнд илрэлтэй байгаагийн зэрэгцээ цус шүүх эмчилгээний үр дүн урьд нь тархины гэмтэлд өртөж байгаагүй хүмүүст илрэх архины комын үеийнхтэй харьцуулахад тийм ч өндөр бус байгаа юм. Үүнийг батлах үзүүлэлт гэвэл, тархины гэмтлийн алсын үлдэц бүхий архины комд орсон өвчтөний эзэлсэн дундаж ор хоног 14 байхад урьд нь тархины гэмтэл авч байгаагүй өвчтөнийх 8 байв. Мөн цус шүүх эмчилгээ хийсэн хэдий ч, архины комд орсон тархины гэмтлийн алсын үлдэц өөрчлөлттэй өвчтөний 8.33% нь нас барсан байхад тархины гэмтэл авч байгаагүй архины комтой өвчтөний 3.33% нь нас барсан нь эмнэлзүйн хувьд тархины органик өөрчлөлтөөс хамааран эмчилгээний үр дүн ялгаатай байгааг харуулах нотолгоо мөн.

Дүгнэлт

1. Архины цочмог хордлогын үеийн комын өмнөх байдал хийгээд комын байдал нь ялгах оношийн ач холбогдол бүхий мэдрэл эмгэгийн багц шинжүүдээр тодорхойлогдож байна.

2. Архины комын үеийн биохимийн үзүүлэлт нь альбумины хэмжээ багасах, ерөнхий ба шууд бус билирубины хэмжээ ихсэх, ГПТ, ГОТ, шүлтлэг фосфатаз ферментүүдийн идэвх өндөрсөх, холестерин, мочевины түвшин нэмэгдэх онцлогтой байна.

3. Архины комын үед тархины цахилгаан бичлэг нэг төрлийн синусоид хэлбэрийн долгион давтагдах, х-хэмнэлийн далайц жигд буурах, гэрлийн цочролд хариу урвал илрэхгүй байх шинжүүд зонхилж байна.

4. Тархины гэмтлийн алсын үлдэц бүхий өвчтөнд үүссэн архины комын эмнэлзүйн явц үлэмжийн хүнд, түүний бүрдэлд тархины ерөнхий болон органик шинж тэмдгүүд хийгээд биохимийн өөрчлөлтийн /билирубин, холестеролын хэмжээ ихсэх, ГПТ, ГОТ, ЩФ ферментийн идэвх өндөрсөх/ багц шинжүүд орж байна.

5. Архины цочмог энцефалопати нь танин мэдэхүйн бууралт, ухаан баларгал, нүдний саажил, хөдөлгөөн тэнцвэргүйтэх шинжүүдээр, архины хурц солиорол нь сэтгэц, танин мэдэхүйн хүрээний чанарын өөрчлөлтүүдээр /ухаан дэмийрэн балартах, аймшигийн хий үзэгдэл, дүрсийн гажуу тусгал, айдас, түгшүүр, мөрдөх, хардахын дэмийрэл/ тодорхойлогдож байна.

6. Цус шүүх эмчилгээ нь архины комын үед эмчилгээний өндөр үр дүнтэй болох нь тогтоогдлоо.

Ном зүй

1.Эрдэнэбаяр Л.Эпидемиология, клиника и научно-организационные основы профилактики алкоголизма в Монголии. Дисс. док. Мед. Наук, Томск 1997.
 2.Анохина И.П.Нейробиологические аспекты алкоголизма. Вест. Академии мед.наук ССР, 1988, Вып., 3, 21-27
 3.Бохан Н.А. Клинико-патодинамические закономерности и терапия алкоголизма с коморбидным экзогенно-органическим поражением головного мозга. Автореф.дисс.докт. мед.наук. Томс, 1997, с.46
 4.Корнилов А.А. О взаимном влиянии хронического алкоголизма и травмы черепа /по данным сравн. Клинико-соц. исслед/. Алкоголизм: клинико-терапевт., патогенет. И судебно-психиатр. Асп., М., 1981, с. 32-38
 5.Красильников Г.Т., Косачев А.Л., Горбатковский Я.А. и др. Причины смерти больных хроническим алкоголизмом. Журн. Невропатологии и психиатрии, 1984, Вып. 2, с. 254-256
 6.Лужников Е.А. Клиническая токсикология. Медицина, М., 1992, 246 с.
 7.Морозов Г.В. Состояния и перспективы научных исследований в области алкоголизма. Материалы 4-ой Всесоюз. Нарколог. Конф. /21-22 мая 1982 г/,

Кривой Рог, 1982, с. 3-5

8.Пятницкая И.Н., Карлов В.А., Элконин Б.Л. Терапевтические и неврологические проявления алкоголизма. М. Медицина, 1984
 9.Семке В.Я., Бохан Н.А. Методологические аспекты аддиктивных состояний. Акт.воп. психиатрии, наркологии и психотерапии. Томск, 1995, с 134-138
 10.Скугаревский А.Ф., Скугаревская Е.И. Системно-структурный анализ алкогольной патологии. Здравохранение Белоруссии Минск: "Польмя", 1983, Вып. 6, с. 8-11
 11.Стрельчук И.В., Острая и хроническая интоксикация алкоголем. М.: Медицина, 1973. —330 с.
 12.Стрельчук И.В., Альтшулер В.Б. О патологическом влечении к алкоголю, его динамике и значении в клинике хронического алкоголизма. Журн. Невропатологии и психиатрии, 1978, Вып. 4, с. 529-533
 13.Челмакина В.П. Гемосорбция как основа детокс. Терапии при острых отравлениях. Журн. анест. И реаниматологии, 1986, 5, с. 72
 14.Edwards G. Withdrawal symptoms and alcohol dependence. Brit. J. Addict., 1990, V. 85, p. 447-461

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

Нялхсын нас баралтын үндсэн шалтгаанууд, нөлөөлдөг хүчин зүйлүүд

*Д.Малчинхүү, Н.Удвал
 Анагаах Ухааны Их Сургууль
 Эрүүл Мэндийн Яам*

Нялхсын нас баралтын шалтгаан, түүнд нөлөөлөх хүчин зүйлийг судлах зорилгоор бид 1996-1998 онд эмнэлэгт нас барсан 0-1 хүртэлх насны хүүхдийн 4166 өвчний түүхээс санамсаргүй, холимог түүвэрлэлтийн аргаар 1321 өвчний түүх сонгон авч судалсан юм. Судалгаанд хамрагдсан хүүхдийн 776 /58.7%/ хүү, 545 /41.3%/ нь охин байснаас 35.1% нь нярай, 8.9% нь 1-2 сар хүртэлх насны хүүхэд байснаас үзэхэд нялхсын эндэгдлийн 35% буюу 1/3-ээс илүү хувийг нярайн эндэгдэл, 44 хувийг 0-2 сар хүртэлх насны хүүхдийн эндэгдэл эзэлж буйг харуулж байна /Хүснэгт 1/.

Хүснэгт 1

Нялхсын нас баралт, насны бүлэг, хүйсний харьцаа

№	Насны бүлэг	Нас барсан хүүхдийн тоо	Хүйс		Нялхсын эндэгдэлд эзлэх хувь
			Хүү	Охин	
1	1 сар хүртэлх /нярай/	463	264 /57%/	199 /43%/	35.05
2	1-2 сар хүртэлх	117	63 /70.9%/	54 /29.1%/	6.9
3.	2-5 сартай	245	208 /80.3%/	137 /39.7%/	26.1
4.	6-11 сартай	395	221 /55.6%/	175 /44.2%/	30.0
Нялхас бүгд		1321	776 /58.7%/	545 /41.3%/	100.0

Бид нас баралтын үндсэн шалтгаануудыг 9 бүлэглэж 38 нэршлийн өвчний 1321 тохиолдол бүртгэгдсэнээс амьсгалын эрхтний эмгэг 39.1%, нярайн зарим эмгэг 20.1%, суулгалт өвчин 16.9%, тархи мэдрэлийн эмгэг 15.4%, халдварт өвчин 4.0%, мэс заслын өвчин ба гэмтлүүд 1.7%, зүрхний эмгэг 1.5%, цусны өвчин 0.8%, бусад өвчин 0.45%-ийг тус тус эзэлж байна /хүснэгт 2-А-3/.

Амьсгалын эрхтний өвчний бүлэгт 4 өвчин бүртгэгдсэний 77.5 хувийг /буюу нялхсын нас баралтын шалтгааны 30.3%/ уушгины үрэвсэл /хүснэгт 2-А/ эзэлж байна. Суулгалт өвчний 3 төрлийн 233 тохиолдол /хүснэгт 2-Б/ бүртгэгдсэний 95.7 хувийг энтерколит /цочмог усан суулгалт/ эзэлж байгаа нь нялхсын нас баралтын шалтгааны 16.9% болж байна.

Нярайн зарим эмгэг бүлгийн бүтцэд бид нярайн амьсгалын эрхтний өвчин, суулгалт, халдварт өвчин /төрөлхийн тэмбүү/, тархины эмгэгүүдийг оролцуулалгүйгээр 4 эмгэгийн 266 тохиолдлыг авснаас бүтэлт, амьсгал бөглөршил 40.2%, гаж хөгжил 41.0 хувь байгаа нь нялхсын эндэгдлийн шалтгааны 8.1 ба 8.2%-ийг тус тус эзэлж байна /хүснэгт 2-В/.

Судалгаа, шинжилгээ

Тархи мэдрэлийн эмгэгийн бүтцэд бүртгэгдсэн 6 төрлийн 203 тохиолдлын эмгэгээс перинатал энцефалопати 109 /53.2%/, тархинд цус харвалт 47 /23.1%/, идээт мэнэн 27 /13.3%/, тохиолдлоор энэ бүлгийн өвчлөлийн 90.1% буюу нялхсын нас баралтын 13.8 хувийг /тус бүр 8.2%, 3.6%, 2.0%/, эзэлж байна /хүснэгт 2-Г/.

Халдварт өвчний бүлэгт 7 халдварт өвчний 53 тохиолдол бүртгэгдсэнээс менингококкийн халдвар /19/, элэгний вируст үрэвсэл /12/, улаан суулга /9/, төрөлхийн тэмбүү /8/, халдварт өвчний нас баралтын 90.5% буюу 1 хүртэлх насны хүүхдийн эндэгдлийн шалтгааны 3.6 хувийг халдварт өвчин эзэлж байна /хүснэгт 2-Д/.

Мэс заслын өвчин ба гэмтлийн эмгэг нялхсын эндэгдлийн шалтгааны 1.7%-ийг эзэлж байна. Энд 8 төрлийн 23 тохиолдол байгаагаас буглаа, түгжрэл, ясны идээт ба хэвлийн гялтангийн үрэвсэл 78.2 хувийг эзэлж байна /хүснэгт 2-Е/.

Зүрхний 2 төрлийн эмгэгийн 20 тохиолдлоос зүрхний төрөлхийн гажиг 19 /95%/, байна. Зүрхний эмгэг нялхсын нас баралтын шалтгааны 1.5 хувийг эзэлж байна /хүснэгт 2-Ё/.

Цусны 3 төрлийн эмгэгийн 10 тохиолдол байгаагаас нярайн цус задрах өвчин гэсэн онош 6 байгаа нь батлагдаагүй байна /хүснэгт 2-Ж/. Цусны өвчин нялхсын нас баралтын 0.8%-ийг эзэлж байна.

Бусад өвчний бүтцэд 4 янзын эмгэгийн 6 тохиолдол буйгийн 3 нь тураалаар нас баржээ. Бусад өвчин нялхсын нас баралтын 0.45%-ийг эзэлж байна /хүснэгт 2-З/.

Хүснэгт 2

Өвчлөлийн бүтэц, тохиолдлын тоо, харьцаа

№	Өвчний нэршил	Тохиолдлын тоо	Бүлгийн өвчлөлд эзлэх хувь	Нялхсын эндэгдэлд эзлэх хувь
1	2	3	4	5

А. Амьсгалын эрхтний өвчний бүлгийн бүтэц

1	2	3	4	5
1.	Амьсгалын цочмог халдвар	63	12.2	4.8
2.	Гуурсан хоолойн үрэвсэл	47	9.1	3.6
3.	Төвөнх мөгөөрс-гуурсны үрэвсэл	6	1.2	0.4
4.	Уушгины үрэвсэл	401	77.5	30.3
	Бүгд	517	100.0	39.1

Б. Суулгалт өвчний бүлгийн бүтэц

1	2	3	4	5
1.	Нярийн, бүдүүн гэдэсний үрэвсэл	223	95	16.9
2.	Сальмонеллез	1	0.4	0.08
3.	Улаан суулга	9	3.9	0.7
	Бүгд	233	100.0	17.68

В. Нярайн зарим эмгэгийн бүлгийн бүтэц*

1	2	3	4	5
1.	Бүтэлт, бөглөршил	107	40.2	8.1
2.	Гажиг хөгжил	109	41.0	8.2
3.	Үжил	48	10.0	3.6
4.	Дауны өвчин	2	0.8	0.15
	Бүгд	266	100.0	20.1

Г. Тархи-мэдрэлийн эмгэгийн бүтэц**

1	2	3	4	5
1.	Перинатал-энцефалопати	109	53.7	8.2
2.	Тархины цус харвалт	47	23.1	3.6
3.	Тархины төрөлхийн гэмтэл	18	8.9	1.4
4.	Тархины уйланхай	1	0.5	0.08
5.	Тархины усжилт	1	0.5	0.08
6.	Идээт мэнэн	27	13.3	2.0
	Бүгд	203	100.0	15.4

Д. Халдварт өвчний бүлгийн бүтэц

1	2	3	4	5
1.	Сальмонеллез***	1	1.9	0.08
2.	Улаан суулга***	9	17.0	0.7
3.	Элэгний вируст цочмог үрэвсэл	12	22.6	0.9
4.	Сүрьеэ	3	5.7	0.23
5.	Менингокк халдвар	19	35.8	1.4
6.	Төрөлхийн тэмбүү	8	15.1	0.6
7.	Салхин цэцэг	1	1.9	0.08
	Бүгд	53	100.0	4.0

Е. Мэс заслын өвчин ба гэмтлийн эмгэгийн бүтэц

1	2	3	4	5
1.	Ясны хальсны үрэвсэл	3	13.0	0.23
2.	Хэвлийн гялтангийн үрэвсэл	3	13.0	0.23
3.	Түгжрэл	4	17.4	0.3
4.	Хавчигдсан ивэрхий	1	4.35	0.08
5.	Бугаа, флегмон	8	34.8	0.6
6.	Хэвлийн, цээжний гэмтэл	1	4.35	0.08
7.	Гавал ясны хугарал	1	4.35	0.08
8.	Түлэгдэл	2	8.7	0.15
	Бүгд	23	100.0	1.7

Ё. Зүрхний өвчний бүлгийн бүтэц

1	2	3	4	5
1.	Зүрхний төрөлхийн гажиг	19	95.0	1.4
2.	Миокардит	1	5.0	0.08
	Бүгд	20	100.0	1.5

Ж. Цусны өвчний бүтэц

1	2	3	4	5
1.	Лейкоз	1	10.0	0.08
2.	Нярайн цус задрах өвчин	6	60.0	0.15
3.	Бусад өвчин	3	3.0	0.23
4.	Бусад өвчин	3	3.0	0.23
	Бүгд	10	100.0	0.8

З. Бусад өвчний бүтэц

1	2	3	4	5
1.	Беерний түүдгэнцрийн үрэвсэл	1	16.7	0.08
2.	Харшгийн урвал	1	16.7	0.08
3.	Цусан халдвар	1	16.7	0.08
4.	Тураал	3	50.0	0.23
	Бүгд	6	100.0	0.45

Тайлбар: *-нярайн тархины эмгэг, нярайн амьсгалын эрхтний эмгэг, суулгалт, халдварт өвчин /төрөлхийн тэмбүү/ энэ бүлэгт ороогүй.

** -тархины эмгэгүүд нярайн бүлэгт ороогүй

*** -энэ өвчнүүд суулгалт өвчний бүлэгт давхардаж орсон.

Хүснэгт 2-оос дүгнэж үзвэл нэг хүртэлх насны хүүхдийн нас баралтын зонхилох 5 шалтгаан нь уушгины үрэвсэл, суулгалт өвчин, гажиг хөгжил, перинатал үеийн тархины эмгэгшил /энцефалопати/ ба бүтэлт нийт шалтгааны 73.3%-ийг эзэлж байна /хүснэгт 3/.

Хүснэгт 3

Нэг хүртэлх насны хүүхдийн нас баралтын зонхилох 5 шалтгаан

№	Өвчний нэр	Тохиолдлын тоо	1 хүртэлх насны хүүхдийн эндэгдэлд эзлэх хувь	Зонхилох шалтгаанд эзлэх хувь
1.	Уушгины үрэвсэл	401	30.3	41.4
2.	Суулгалт өвчин	223	16.9	23.0
3.	Гажиг хөгжил	128	9.7	13.3
4.	Перинатал үеийн тархины эмгэгшил	109	8.2	11.3
5.	Бүтэлт ба амьсгал бөглөрөл	107	8.1	11.0
	Бүгд	968	73.3	100.0

Бид нялхсын эндэгдлийг нярай үе /1 сар хүртэлх/, 1-2 сар хүртэл, 2-5 сартай, 6-11 сартай гэсэн насны 4 үед хувааж харьцуулан судлахад нас баралтын шалтгаан насны бүлгүүдэд ялгаатай байв. Ялангуяа нярайн нас баралтын шалтгаан бусад үеүдээс нэлээд өөр байлаа.

Нярай хүүхдийн нас баралтын үндсэн шалтгаанд бүтэлт, гажиг хөгжил, тархинд цус харвах, Дауны өвчин, үжил, төрөлхийн тэмбүү, түгжрэл, перитонит, уушгины үрэвсэл, лейкоз гэх зэрэг 19 төрлийн өвчний 463 тохиолдол байснаас бүтэлт, гажиг хөгжил, үжил зэрэг 9 төрлийн эмгэгийн 258 тохиолдол нярайн эндэгдлийн шалтгааны 55.7%, нялхсын нас баралтын шалтгааны 19.5 хувийг эзэлж байна. 2-р байрт перинатал энцефалопати, тархины төрөлхийн гэмтэл, тархинд цус харвах 3 эмгэгийн 114 тохиолдол

Судалгаа, шинжилгээ

/нярайн эндэгдлийн шалтгааны 24.6%, нялхсын эндэгдлийн 8.6%/, 3-р байрт амьсгалын эрхтний 3 эмгэг /АЦХ, гуурсны үрэвсэл, уушгины үрэвсэл/-ийн 76 тохиолдол, 4-рт ургийн халдвар-төрөлхийн тэмбүү /нярайн эндэгдлийн 1.5%, нялхсын эндэгдлийн 0.5%/, харин нийт /19 өвчний 463/ тохиолдлоос бүтэлт, гаж хөгжил, тархины эмгэгшил, уушгины үрэвсэл зэрэг нь нярайн нас баралтын зонхилох 5 шалтгаан болж нярайн эндэгдлийн бүх шалтгааны 82.7%, нялхсын нас баралтын шалтгааны 28.9%-ийг тус тус эзэлж байна /хүснэгт 4/.

Хүснэгт 4

Нярайн нас баралтын зонхилох 5 шалтгаан

№	Өвчний нэр	Тохиолдлын тоо	Нярайн эндэгдэлд эзлэх хувь	Нялхсын эндэгдэлд эзлэх хувь
1.	Бүтэлт	106	22.9	8.0
2.	Гажиг хөгжил	95	20.5	7.2
3.	Перинатал үеийн тархины эмгэгшил	77	16.6	5.8
4.	Уушгины үрэвсэл	69	14.9	5.2
5.	Үжил	36	7.8	2.7
Бүгд		383	82.8	28.9

1 сараас 2 сар хүртэлх насны хүүхдийн нас баралтын үндсэн шалтгаан 14 өвчний 117 тохиолдол байснаас амьсгалын эрхтний дээрх 3 өвчний 64 тохиолдол /52.1:4.6%, тархины цус харвалт, тархины эмгэгшил, идээт мэнэн гурвын 28 тохиолдол /23.9%:2.1%*/: нярайн үеийн эмгэгийн урхаг /гаж хөгжил, үжил гэх мэт/ 12 тохиолдол /10.3%, 0.9%*/: суулгалт өвчний 11 тохиолдол /9.4%:0.8%*/ эхний 5 байрт орж байна.

Нийт 14 өвчнөөс үхлийн зонхилох шалтгаанд уушгины үрэвсэл, тархинд цус харвах, АУХ, суулгалт өвчин, тархины эмгэгшил 5 орж, энэ бүлгийн нас баралтын шалтгааны 81.2 хувийг эзэлж байна /Хүснэгт 2/. Харин нялхсын нас баралтын шалтгааны 7.2 хувийг 1-2 сар хүртэлх насны хүүхдийн эндэгдлийн шалтгаанууд эзэлж байна.

Хүснэгт 5

1-2 сар хүртэлх хүүхдийн нас баралтын зонхилох 5 шалтгаан

№	Өвчний нэршил	Тохиолдлын тоо	Энэ насны эндэгдэлд эзлэх хувь	Нялхсын эндэгдэлд эзлэх хувь
1.	Уушгины үрэвсэл	42	35.9	3.2
2.	Тархины цус харвалт	17	14.5	1.3
3.	Амьсгалын цочмог халдвар	16	13.7	1.2
4.	Суулгалт өвчин	11	9.4	0.8
5.	Перинатал энцефалопати	9	7.7	0.7
Бүгд		95	61.2	7.2

2-5 сартай хүүхдийн нас баралтын үндсэн шалтгаанд 27 өвчний 345 тохиолдол бүртгэгдсэнээс эндэгдлийн 5 шалтгааны бүтэц өмнөх 2 бүлгээс арай өөр ажээ. Уушгины үрэвсэл, суулгалт өвчин, АЦХ, гуурсан хоолойн үрэвсэл, тархины эмгэгшил энэ насны бүлгийн эндэгдлийн шалтгааны 83.3%-ийг эзэлж байна /Хүснэгт 6/.

Хүснэгт 6

2-5 сартай хүүхдийн нас баралтын зонхилох 5 шалтгаан

№	Өвчний нэршил	Тохиолдлын тоо	Энэ насны эндэгдэлд эзлэх хувь	Нялхсын эндэгдэлд эзлэх хувь
1.	Уушгины үрэвсэл	150	43.8	11.5
2.	Суулгалт өвчин	78	22.6	5.9
3.	Амьсгалын цочмог халдвар	24	7.0	1.8
4.	Гуурсан хоолойн үрэвсэл	20	5.8	1.5
5.	Перинатал энцефалопати	14	4.1	1.1
Бүгд		286	83.3	21.3

6-11 сартай хүүхдийн нас баралтын үндсэн шалтгаанд 28 өвчний 396 тохиолдол бүртгэгдсэнээс амьсгалын эрхтний өвчин, суулгалт өвчний дараа халдварт өвчин, мэдрэлийн эмгэг 3, 4-рт орж байна. Нас баралтын шалтгааны зонхилох 5 өвчинд уушгины үрэвсэл, суулгалт өвчин, АЦХ, гуурсан хоолойн цочмог үрэвсэл, идээт мэнэн орж /хүснэгт 7/, энэ бүлгийн эндэгдлийн шалтгааны 81.3% нялхсын эндэгдлийн шалтгааны 24.2 хувийг тус тус эзэлж байна.

Хүснэгт 7

6-11 сартай хүүхдийн нас баралтын зонхилох 5 шалтгаан

№	Өвчний нэршил	Тохиолдлын тоо	Энэ насны эндэгдэлд эзлэх хувь	Нялхсын эндэгдэлд эзлэх хувь
1.	Уушгины үрэвсэл	140	35.47	10.6
2.	Суулгалт өвчин	128	32.3	9.7
3.	Амьсгалын цочмог халдвар	20	5.05	1.5
4.	Гуурсан хоолойн үрэвсэл	20	5.05	1.5
5.	Менингокийн халдвар	14	3.5	1.0
Бүгд		322	81.3	24.4

Хүснэгт 8

Нас барсан эмнэлэг, насны бүлгийн харьцаа

№	Насны бүлэг	Бүгд	Үүнээс нас барсан газар					
			Дүүргийн эмнэлэг	Аймгийн эмнэлэг	Сумын эмнэлэг	ЭНЭШТ	Бусад	
1.	1 сар хүртэлх	463	20 4.3 13.6	247 53.3 42.2	67 14.5 18.9	79 17.0 50.0	50 10.8 65.8	463 100.0 25.4
2.	1-2 сар хүртэлх	117	15 12.8 10.2	50 42.7 8.5	47 40.2 13.2	4 3.4 2.95	1 0.9 1.3	117 100.0 6.4
3.	2-5 сартай	345	42 12.2 28.6	131 38.0 22.4	131 38.0 36.9	33 9.6 20.3	8 2.3 10.5	345 100.0 18.9
4.	6-11 сартай	396	70 17.7 47.6	157 39.6 26.8	110 27.8 31.0	42 10.6 26.6	17 4.3 22.3	396 100.0 21.7
Нэг хүртэлх нас		1321	147 11.1 100.0	585 44.3 70.6	355 26.9 75.1	158 12.0 77.8	76 5.7 80.8	1321 100 72.5

Нас барсан 1321 нялхсын 44.3% нь аймгийн, 26.9% нь сумын, 12% нь ЭНЭШТ-д 11.1% нь дүүргийн эмнэлэгт нас барснаас гадна дүүргийн эмнэлэгт нас барсан хүүхдийн 13.6%, аймгийн эмнэлэгт нас барсны 42.2%, сумын эмнэлэгт нас барсны 18.9%, ЭНЭШТ-ийн нас баралтын 50%, бусад эмнэлэгт нас барсан нялхсын 65.8% нь нярай хүүхэд байсан нь нярайн нас баралт анхаарал тататж буйг харуулж байна /Хүснэгт 8/.

Нялхсын нас баралтанд оройтож хэвтэх онцгой нөлөөтэй буйг хоног болоогүй нас баралт /33.7%/ гэрчилж байна /Хүснэгт 9/. Хоног болоогүй нас баралтын 41.2%, 1-3 хоног доторх нас баралтын 36.9 хувийг нярайн эндэгдэл эзэлж буй нь амьдрах чадвар муу хүүхэд төрснөөс болж байж болох юм.

Хүснэгт 9

Хүүхдийн нас, нас барлаа эмчлүүлсэн хугацааны харьцаа

Хүүхдийн нас	Эмчлүүлсэн хугацаа				Хоног болоогүй эндсэн бүгд	1-3 хоног	4-6 хоног	8-13 хоног	13-с дээш	Бүгд
	1ц <	1-2 ц	<2-6 ц	<6-24 ц						
1 сар хүртэлх	17 4.3	12 3.1	32 8.2	111 28.3	172 43.9	123 31.4	58 14.8	28 7.1	11 2.8	392 100
2 сар хүртэлх	47.9	44.4	36.5	40.9	41.2	36.9	26.7	17.1	10.3	31.7
1 сар хүртэлх	6	1	7	26	40	35	19	12	6	112
2 сар хүртэлх	5.4	0.9	6.3	23.2	35.7	31.3	17.0	10.7	5.4	100
Бүгд	16.7	3.7	8.4	9.6	9.6	10.5	8.7	7.3	5.6	9.0

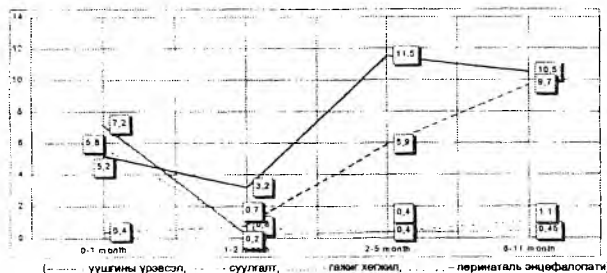
2-5 сар	4	6	21	66	97	94	57	66	29	343
	1.2	1.7	6.1	19.2	28.3	27.4	16.6	19.2	8.5	100
	111	22.2	25.3	24.3	23.3	28.2	26.3	40.2	27.1	27.7
6-11 сар	9	8	23	68	108	81	83	58	61	391
	2.3	2.0	5.7	17.4	27.6	20.7	21.2	14.8	15.6	100
	25.0	29.6	27.7	25.1	25.9	24.5	38.2	35.4	57.0	31.6
Бүгд	36	27	83	27	417	333	217	164	107	1238
	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Нярайн нас баралтын зонхилох шалтгаант суулгалт өвчин багтахгүй, 5 дахь шалтгаанд үжил орж буйгаас гадна уушгины үрэвсэл, гажиг хөгжил, перинаталь энцефалопати, бүтэлт 4 нялхсын нас баралтын шалтгааны 26.6%-ийг эзэлж байна. Суулгалт өвчний нас баралтын шалтгаанд эзлэх хувь аажмаар нэмэгдэж байхад, гажиг хөгжлийн нас баралтын эзлэх хувь насны аяар буурч байна. Бүтэлтээр зөвхөн нярай нас барж буй нь нялхсын нас баралтын 8%-ийг эзэлж байна. Бүтэлт, тархины хүчилтөрөгч дутагдалтай холбоо бүхий перинаталь үеийн уушгины үрэвслийн эндэгдэлд эзлэх хувь 1-2 сар хүртэлх үеэс ихэсч улмаар насны аль ч үед нялхсын эндэгдлийн эхний шалтгаан болж байна /зураг 1/.

Нялхсын нас баралтын үндсэн шалтгааныг нөхцөлдүүлж, хүндрүүлж буй биологи-нийгэм-эрүүл мэдийн тусламжийн олон хүчин зүйл байгаа нь судалгаанаас ажиглагдлаа.

Нялхсын эндэгдэлд нөлөөлж буй биологийн хүчин зүйлд эхийн нас, урьдах жирэмслэлтийн төгсгөл / амьгүй, дутуу төрөлт, зулбалт, үр хөндүүлэх зэрэг/ сүүлчийн жирэмслэлтийн /нас барсан хүүхдийг тээх үеийн/ эхийн эрүүл мэндийн байдал, жирэмсний хүндрэл, хүүхэд тээж байх үеийн эхийн хорт зуршил, эм хэрэглээ зэрэг эхийн талаас урагт үзүүлэх биологийн хүчний нөлөө ургийн умай дахь амьдралын нөхцлийг тодорхойлж байна.

Хүүхдийн талаас жин багатай төрөх, дутуу төрөх, гаж хөгжил, ба гажгууд, удмын өвчин, өрсөлдөгч, дагалдагч, суурь өвчин зэрэг олон хүчин зүйлүүд нас баралтын шалтгаанд нөлөөтэй байна. Жишээ нь: эндэгсдийн 9.6% гаж хөгжилтэй, 16.6% нь дутуу төрсөн, 51.4% нь насанд тохирох жин багатай, 33.2% нь суурь өвчтэй байсны дотор 32.8% нь 3 суурь өвчтэй байсан байна. Олон суурь өвчтэй байх тусам нас барах эрсдэл их байна.



Зураг 1. Зонхилох 5 шалтгааны нялхсын нас баралтанд эзлэх хувь ба насны хамаарал

Эх хүүхдийн орон байр тавгүй, хоол хүнсний хангамж муу /29.3%/ байх, эхийн боловсролын түвшин бага байх, эмч, эмнэлгийн тусламж үйлчилгээний хүртэмж, чанар хангалтгүй байх, шаардлагатай эм, багаж төхөөрөмж дутагдалтай байх зэрэг нийгмийн шинжтэй хүчин зүйлүүд нялхсын эндэгдлийн шалтгаанд нөлөөлж байна. Нялхсын өвчин хүндрэхэд юуны өмнө хүний амьдралын нэн чухал хэрэгцээ болох хоол унд, орон байр, орлогын эх үүсвэр нөлөөлж байна.

Чанартай хүүхэд төрүүлэх чухал нөхцөл бол эхийн эрүүл мэндээс гадна жирэмсний хяналт-үйлчилгээний чанар боловч хяналтын үед эхийг эрүүлжүүлэх, төрөлтөнд бэлтгэх, хэвийн төрүүлэх ажиллагаа хангалтгүй байна. Нялхсын хяналт, суурь өвчний сэргийлэлт, эмчилгээ ч хангалтгүй байна.

Өвчтөнийг буруу үнэлэх, буруу оношлох, буруу тээвэрлэх, хүүхдэд түргэн тусламж хойрго үйлчлэх, яаралтай тусламжийн цаг алдах, оройтуулж хэвтүүлэх зэрэг эмчийн мэдлэг, чадвар хариуцлагатай холбоотой олон хүчин зүйл хүүхдийн эндэгдлийн шалтгааныг нөхцөлдүүлэхэд тусалж байна.

Эцэг, эхийн тусламж хайх мэдлэг дорой /26.9%, хүүхддээ тавих анхаарал дутсанаас эмнэлэгт оройтож хандах /32.5%, оройтож хэвтэх /36.7%/ нь хүүхэд хүндрэхэд хүргэж байна.

Дүгнэлт

1.Нялхсын нас баралтын 35.1%-ийг нярайн эндэгдэл, 8.9%-ийг 1-2 сар хүртэлх хүүхэд, 26.5%-ийг 2-5 сартай хүүхэд, 29.5%-ийг 6-11 сартай хүүхэд эзэлж байна.

2.Уушгины үрэвсэл, суулгалт өвчин, гаж хөгжил, перинаталь үеийн тархины эмгэгшил, бүтэлт нь нялхсын нас баралтын зонхилох таван шалтгаан болж нийт эндэгдлийн 73.3%-ийг эзэлж байна.

3.Нялхсын эндэгдлийн зонхилох шалтгаанууд насны үеүдэд өөр өөр, ялангуяа нярайн эндэгдлийн шалтгаан илэрхий ялгаатай байна. Тухайлбал, нярайн эндэгдлийн шалтгааны 82.8%-ийг бүтэлт, гаж хөгжил, перинаталь үеийн тархины эмгэгшил, уушгины үрэвсэл, үжил тав эзэлж байна.

4.Хоног болоогүй нас баралт /33.7%, эмнэлэгт эхний 1-3 хоногт нас барсан тохиолдол /36.9%, эмнэлэгт ирэхдээ маш хүнд /54.5%, сэхээнд шууд орж буй /71.3%/ явдал зэрэг нь оройтож хэвтэх, тусламж оройтоход хүргэж нялхсын нас барах эрсдлийг өндөр болгож байна.

5. Нялхсын нас баралтанд нөлөөлж буй биологи-

нийгэм-эрүүл мэндийн олон хүчин зүйлээс эмнэлэг үйлчилгээний тусламж, үйлчилгээний чанарыг сайжруулж, хүмүүсийн бэрхшээлтэй нийгмийн зарим асуудлуудыг шийдвэрлэснээр нялхсын эндэгдлийг нэлээд бууруулах боломж байна.

Ном зүй

1.5 хүртэлх насны хүүхдийн нас баралтын шалтгаан, түүнд нөлөөлөх хүчин зүйлүүд. Дууссан ажлын тайлан. Улаанбаатар 2000 он

2.Д.Малчинхүү, Д.Цэвээндулам, Дархан-уул аймгийн 0-1 нас хүүхдийн нас баралтын шалтгаан ба нөлөөлсөн хүчин зүйл. Эрдмийн чуулган-42, 285-287, 2000 он

3.Д.Малчинхүү, Д.Баасанжав, Г.Баттуяа, Орхон аймгийн перинаталь эндэгдлийн шалтгаан ба түүнд нөлөөлсөн хүчин зүйл. Эрдмийн чуулган —42, 283-285, 2000 он

4.А.А.Баранов. Экологические и гигиенические проблемы педиатрии. Росс.Пед.Жур. 1999.4. х. 64-67

5.С.И.Козлова, Е.В.Заклязьминская. Феномен внезапной смертив Россв Пед.Жур. 1998.4. х.64-67

6.Measuring Childhood Mortality A Guide For Simple Surveys. Practica H.David "Leila Biskarat and Allan G Hill" London, 1990

Танилцаж, нийтлах санал өгсөн: Анагаахын шинжлэх ухааны доктор Л.НАРАНТУЯА

Улаанбаатар хотын зарим сургуулийн сурагчдын амны хөндийн өвчлөлийн байдал

Л.Мөнхцэцэг, Б.Оюунцэцэг, Б.Оюунбат, Но-Kwen Kwon
АУИС-ийн Нүүр ам судлалын сургууль
Солонгосын Йонсейн Их Сургуулийн Шүдний Сургууль

Дэлхийн хүн амын дунд өргөн дэлгэр тархаж буй өвчнүүдийн нэг нь шүд цоорлын өвчин юм. Дэлхийн II дайны дараа хязгаарлагдмал байсан сахар болон чихэрлэг бүтээгдэхүүний хэрэглээ ихэссэнээс өндөр хөгжилтэй европын орнуудад шүд цоорох өвчний тархалт дээд цэгтээ хүрснийг эрдэмтдийн судалгаанаас үзэж болно. 1970-аад оноос европын орнууд нь шүд цоорлын өвчлөлийг бууруулж чадсан байна. Гэтэл урьд өмнө нь цоорлын өвчин байгаагүй буюу эсвэл бага зэрэг байсан Ази, Африк, Латин Америкийн хөгжиж буй орнуудад нийгэм эдийн засгийн тодорхой шалтгааны улмаас шүд цоорлын өвчин нэлээд ихсэж байгааг ДЭМБ-аас онцлон тэмдэглэсэн байна /ДЭМБ 1996/.

Манай оронд 12 настай нэг хүүхдэд ногдох цоорсон, ломбодсон, авагдсан шүдний тоо 1976 онд 1.4 /ДЭМБ/, 1983 онд 1.7 /Ц.Норовпил/, 1993 онд 2.6 /Б.Оюунбат/ болж шүд цоорох өвчин жилээс жилд өсөж байгаа нь эрдэмтдийн судалгаанаас харагдаж байна.

Шүд цоорлын өвчин нь шүдгүйдэл, эрүү шүдний согог, гажиг үүсгэж, улмаар хоол боловсруулах механик үйл ажиллагаа алдагдсаны улмаас дотор эрхтний хямрал үүсч биед өвчин үүсэх нөхцлийг бүрдүүлэхээс гадна суурь өвчин болдог билээ.

Сүүлийн жилүүдэд дэлхийн олон оронд шүд цоорлын өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх зорилгоор фтор агуулсан эм бэлдмэлүүдийг өргөнөөр хэрэглэж, ундны ус, давс, фторжуулах зэрэг арга хэмжээ авсаны үр дүнд шүд цоорлын өвчлөлийг 10-45 хүртэл

хувиар бууруулж чадсан байна.

Манай оронд шүд цоорлын өвчлөлийг бууруулах талаар тууштай арга хэмжээ авагдаагүй, урьдчилан сэргийлэх эм бэлдмэл хангалтгүй байгаа билээ. Иймд сургуулийн насны хүүхдийн шүд цоорлын өвчлөлийн судалгаан дээр үндэслэн цоорлоос урьдчилан сэргийлэх иж бүрэн арга боловсруулахад бидний зорилго оршино.

Судалгааны арга: Судалгааны төвийн хорооллыг төлөөлүүлэн Улаанбаатар хотын Баянзүрх дүүргийн 13-р хорооллын 84 сургуулийн 397, захын хорооллыг төлөөлүүлэн Сонгинохайрхан дүүргийн Баянхошууны 105-р сургуулийн 390, нийт 8-13 насны 787 сурагчийг хамруулж ДЭМБ-ын 1996 онд зөвлөмж болгосон амны хөндийн судалгааны картанд тэмдэглэл хийж өвчлөлийг тогтоов.

Цоорлын өвчинд нөлөөлөх хэсгийн хүчин зүйлийг 7 асуулттай асуумжаар судалж, амны хөндийн эрүүл ахуйг Green Vermilion-ны аргаар тодорхойлсон болно.

Үр дүн: Сүүн шүдний цоорлын эрчмийг шүд ба гадаргуугаар илэрхийлсэн үзүүлэлтийг 1-р хүснэгтэнд үзүүлэв.

Хүснэгт 1

Сүүн шүдний цоорлын эрчмийн үзүүлэлт

№	Нас	Ц/л/ шүд		Дундаж үзүүлэлт	Ц/л/ гадаргуу		Дундаж үзүүлэлт
		105-р сургууль	84-р сургууль		105-р сургууль	84-р сургууль	
1.	8 нас	3.76	3.67	3.71	7.45	8.03	7.74
2.	9 нас	2.12	3.00	2.56	4.25	5.91	4.59
3.	10 нас	1.86	1.26	1.56	4.19	2.25	3.22
4.	11 нас	0.73	0.50	0.61	1.46	1.00	1.23
5.	12 нас	0.53	0.21	0.12	0.34	0.29	0.31
6.	13 нас	0.12	0.12	0.12	0.34	0.29	0.31
Дундаж үзүүлэлт		1.52	1.30	1.41	3.16	2.60	2.88

8-13 нас нь шүд солигдолтын үе учраас 8.9 насанд өвчлөл өндөр гарч, нас ахих тутам өвчлөл буурч байгаа мэт харагдаж байгаа нь сүүн шүд унахтай холбоотой юм. Судалгаанаас харахад 2 сургуулийн сурагчдын өвчлөл бараг ялгаагүй /105-р сургууль цл/ш 1.52, 84-р сургууль цл/ш 1.30/, Улаанбаатар хотын 8-13 насны хүүхдийн сүүн шүдний цоорлын эрчим 1.41 байна. / $p < 0.01$ /

Байнгын шүдний цоорлын эрчмийг 2-р хүснэгтэнд үзүүлэв.

Хүснэгт 2

Байнгын шүдний цоорлын эрчмийн үзүүлэлт

№	Нас	ЦЛА/шүд		Дундаж үзүүлэлт	ЦЛА/ гадарга		Дундаж үзүүлэлт
		105-р сургууль	84-р сургууль		105-р сургууль	84-р сургууль	
1.	8 нас	0.51	0.98	0.75	0.62	1.47	1.05
2.	9 нас	0.01	0.56	0.78	1.69	1.13	1.41
3.	10 нас	1.08	0.58	0.82	2.07	1.26	1.66
4.	11 нас	1.30	1.77	1.53	2.69	3.23	2.96
5.	12 нас	1.42	2.31	1.86	2.75	4.02	3.38
6.	13 нас	2.37	1.46	1.91	5.15	3.78	4.46
Дундаж үзүүлэлт		1.35	1.25	1.30	2.65	2.48	2.56

Хүснэгт 2-оос үзэхэд 12 насанд 105-р сургуулийн сурагчдын цоорлын эрчим 1.42 байхад 84-р сургуулийн сурагч нь 2.31 байж 0.9 шүдээр илүү өвчлөлтэй байна. Харин нь 13 насанд эсэргээр 105-р сургуулийн сурагч нь цоорлын эрчим 2.37, 84-р сургуулийнхаас 1.46 байж 0.9 шүдээр илүү өвчлөлтэй байлаа.

Улаанбаатар хотын 8-13 насны хүүхдийн байнгын шүдний эрчим 1.30, гадаргын эрчим 2.56 байна.

Шүд цоорлын өвчин үүсэхэд нөлөөлж буй чихэрлэг бүтээгдэхүүний хэрэглээг судалсан судалгааны үр дүнг хүснэгт 3-т үзүүлэв.

Хүснэгт 3

Чихэрлэг бүтээгдэхүүний хэрэглээг судалсан үзүүлэлт /хувиар/

Өдөрт хэрэглэдэг хэмжээ	105-р сургууль			84-р сургууль		
	Хөвгүүд	Охид	Дундаж үзүүлэлт	Хөвгүүд	Охид	Дундаж үзүүлэлт
0	35.5	38.7	37.1	15.3	12.7	14.0
1	41.9	38.7	40.3	30.7	32.7	31.7
2	9.3	14.8	12.05	16.9	19.5	18.3
3 түүнээс дээш	13.3	7.8	10.55	37.1	35.1	36.0

105-р сургуулийн сурагчдын 37.1% нь чихэрлэг зүйл огт хэрэглэдэггүй, 40.3% нь зөвхөн нэг удаа хэрэглэдэг байхад 84-р сургуулийн сурагчдын зөвхөн 14% нь чихэрлэг зүйл огт хэрэглэдэггүй, 36% нь 3-аас дээш удаа хэрэглэдэг байна.

Охид, хөвгүүдийн чихэрлэг бүтээгдэхүүний хэрэглээний хэмжээнд онцын ялгаа ажиглагдсангүй.

Бид жажуур болон эрүүний 1-р их араа шүдний ховилын гүнийг судалсан судалгааны үр дүнг 4-р хүснэгтээр үзүүлэв.

Хүснэгт 4

Байнгын 1-р их араа шүдний ховилын гүний хэмжээ /хувиар/

Байршил	Гүний хэмжээ	105-р сургууль			84-р сургууль		
		Хөвгүүд	Охид	Дундаж хэмжээ	Хөвгүүд	Охид	Дундаж хэмжээ
Жажуурын	Өнгөц	26.2	32.9	29.9	59.6	58.8	59.2
	Дунд	70.3	64.3	67.0	38.8	39.7	39.3
	Гүн	3.5	1.6	3.1	1.5	1.5	1.5
Эрүүний	Өнгөц	26.0	32.4	29.2	63.7	58.3	60.9
	Дунд	69.8	64.3	67.1	34.1	38.3	36.3
	Гүн	4.2	3.3	3.7	2.2	3.4	2.8

Судалгаанаас үзэхэд 105-р сургуулийн сурагчдын жажуурын /67%/ ба эрүүний шүдэнд /67.1%/ дунд хэмжээний ховил давамгайлж байхад, 84-р сургуулийн сурагчдад жажуурын /59.2%/ ба эрүүний шүдний 60.9% өнгөц ховил давамгайлж байна. Улаанбаатар хотын хүүхдийн араа шүдний ховил нь өнгөц ба дунд зэргийн гүнтэй байдаг нь судалгаагаар тогтоогдлоо.

Сурагчдын шүд угаалгын байдлыг судалсан үзүүлэлтийг 5-р хүснэгтэд үзүүлэв.

Хүснэгт 5

Шүд угаалтыг судалсан байдал /хувиар/

№	Нас	105-р сургууль	84-р сургууль
1.	8 настай	1.02±0.36	1.05±0.30
2.	9 настай	1.04±0.33	0.85±0.46
3.	10 настай	1.08±0.26	0.69±0.46
4.	11 настай	1.01±0.46	0.68±0.52
5.	12 настай	0.86±0.38	0.82±0.40
6.	13 настай	0.99±0.39	0.82±0.63
7.	Дундаж үзүүлэлт	1.00±0.37	0.80±0.49

5-р хүснэгтээс харахад 105-р сургуулийн сурагчдын 47% нь шүдээ нэг удаа, 33.8% нь 2 удаа угаадаг байхад 8.9% нь огт угаадаггүй байна. 84-р сургуулийн сурагчдын 31.8% нь шүдээ өдөрт нэг удаа, 47.1% нь 3 удаа угаадаг байхад 2.8% нь огт угаадаггүй байна.

Судалгаанд хамрагдсан сурагчдын амны хөндийн эрүүл ахуйг Green Vermilion -ны аргаар тодорхойлж, судалгааны үр дүнг 6-р хүснэгтэд үзүүлэв.

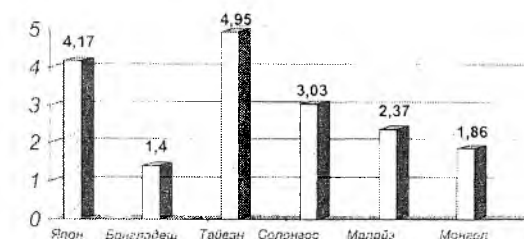
Хүснэгт 6

Амны хөнийн эрүүл ахуйн үзүүлэлт

№	Нас	105-р сургууль	84-р сургууль
1.	8 настай	1.02±0.36	1.05±0.30
2.	9 настай	1.04±0.33	0.85±0.46
3.	10 настай	1.08±0.26	0.69±0.46
4.	11 настай	1.01±0.46	0.68±0.52
5.	12 настай	0.86±0.38	0.82±0.40
6.	13 настай	0.99±0.39	0.82±0.63
7.	Дундаж үзүүлэлт	1.00±0.37	0.80±0.49

84-р сургуулийн сурагчдын амны хөндийн эрүүл ахуй 8 насанд хангалтгүй байгаа боловч нас ахих тутам сайжирч байна. Судалгаанаас харахад 105-р сургуулийн сурагчдын амны хөндийн эрүүл ахуй /1.00-0.37/ 84-р сургуулийн сурагчдынхаас /0.8-0.49/ харьцангуй муу байна.

Хэлцэмж: ДЭМБ-аас 1997 онд гаргасан мэдээллээс харахад Малайз болон Тайландын хүүхдүүдийн сүүн шүдний цоорлын эрчим 1.8 байхад манай 8 настай хүүхдэд 3.71 байна.



Зураг 1. 12 настай хүүхдүүдийн цоорлын эрчмийг бусад орнуудтай харьцуулсан байдал /ЦЛА/ш/

Бидний судалгаанаас үзэхэд хотын 8-13 насны сурагчдын жажуурын ба эрүүний шүдний бараг 95 орчим хувь нь өнгөц ба дунд зэргийн ховилтой байна. Охид, хөвгүүдийн шүдний ховилын гүнд онцын ялгаа байсангүй, харин шүдний гүн ховил нь зөвхөн 1.5-3.7 хувь байгаа нь ховилыг заавал ломбодох шаардлагагүй, урьдчилан сэргийлэх түрхэгүүдийг түрхэж хэрэглэх нь хангалттай болох нь тогтоогдлоо.

Шүд цоорох өвчнөөс сэргийлэх хамгийн энгийн

аргын нэг болох хоол унд идэсний дараа фтортой оогоор шүдээ тогтмол, зөв угааж байвал зохилтой гэсэн ДЭМБ-аас гаргасан зөвлөмж манай сурагчдын дунд заншил болоогүй байгаа нь өдөрт 1-2 угаадаг гэсэн үзүүлэлт 34.6% байгаагаас харагдаж байна.

Мөн түүнчлэн хотын төвийн хорооллын сурагчдын чихэрлэг зүйлсийн хэрэглээний давтамж олон, амны хөндийн эрүүл ахуйн үзүүлэлт дунд зэрэг байгаа зэрэг нь шүд цоорох өвчний эрчимд шууд хамаарч болох талтай санагдана.

Дүгнэлт:

1.УБ хотын захын хорооллын 12 настай сурагчдын байнгын шүдний цоорлын эрчим, гадаргаар төвийн сурагчдаас бараг 1ЦЛА/ш-ээр илүү байна.

2.Сүүн шүдний цоорлын эрчим төвийн ба захын хорооллын сурагчид 8 настайд хамгийн өндөр 3.67 цл/ш, гадаргаар 8.03 цл/г байна.

3.Хотын сурагчдын 1-р их араа шүдний 36.3-60.9 хүртэл нь өнгөц буюу дунд ховилтой байна.

4.Хотын төвийн сурагчдын нэг өдрийн чихэрлэг

зүйлсийн хэрэглээ болон шүд угаах давтамж захын хорооллын сурагчдаас 1 дахин илүү байна.

5.АХЭА-н үзүүлэлт хотын төвийн сурагчид анги ахих тутам сайжирч байна.

Иймд: Шүдний гадаргууд удаан хугацаагаар үйлчилж чадахуйц хямд төсөр эмийн бэлдмэлийг сонгон авч түрхлэг буюу шавшлага маягаар хэрэглэх нь тохиромжтой байна.

Ном зүй

- 1.Dental Services Ministry of Health, Malaysia 1997.
- 2.Ц.Норовпил, Г.Гантөмөр.: Сурагчдын шүд цооролт, шүдний паалангийн хүчилд тэсвэрлэмж Багш нарын ЭШ 34-р бага хурлын илтгэлийн хураангуй УБ, 1992, х. 101
- 3.Oyunbat, B.: Orale Gesundheitszustand bei mongolischen Kindern and Empfehlungen zur. Optimierung des zahnärztlichen Betreuungssysteme. Diss. Erfurt. 1993.
- 4.Prospect of dental trade & industry in the Asia Pasific Region. Singapore. 1995.
- 5.Сэлээ. Д.: Заболеваемость населения МНР болезнями зубов и полости рта и нуждаемость в стоматологических кадрах. Автореф. Дисс. Канд. УБ. 1974.

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

Хайрст үлд өвчинд ПУВА эмчилгээг хэрэглэсэн дүн

Т.Бадамсүрэн**Арьсны өвчин судлалын төв**

Арьсны өвчнүүдийн дотроос хайрст үлд /псориаз/ өвчний тархалт дээгүүр байр эзэлдэг Хайрст үлд нь олон дахидаг, архагшдаг өвчин юм. Уг өвчний шалтгаан эмгэг жам, эмчилгээний асуудлыг эртнээс шинжлэх ухааны үндэслэлтэй судалсан боловч, одоо хүртэл бүрэн төгс шийдвэрлэгдээгүй байна.

Хайрст үлд өвчний тархалт тив дэлхийн газар орон бүрт харилцан адилгүй бөгөөд Дэлхийн эрүүл мэндийн байгууллагын /1990 он/ баримтаар дэлхийн нийт хүн амын дотор 2-3 хувь тохиолддог мэдээ бичигдсэн байна.

Манай оронд нийт арьсны өвчнүүдийн дотор хайрст үлд өвчин 1973-1988 онуудад 2.5-5.2 хувь тохиолдсоныг Ч.Долгор /1980/ бичсэн ба статистикийн мэдээгээр арьсны өвчнүүдийн дотор хайрст үлд 3-4-р байранд орж байна.

Хайрст үлд өвчний шалтгаан, эмнэлзүй, тархалт, эмчилгээний талаар Ю.М.Игошин /1978/, Ч.Долгор нар /1980/, Р.С.Бабаянц /1980/, С.И.Довжанский /1989/, В.Н.Мордовцева, Ю.К.Скрипкин /1999/ нарын эрдэмтэн судлаачид дорвитой судалжээ.

Мөн хайрст үлд өвчний эмчилгээний асуудал, ПУВА эмчилгээний үр дүнгийн талаар М.М.Кирсанова

/1979/ , Р.С.Бабаянц /1980/, М.М.Кирсанова /1980/ В.Н.Мордовцева нар /1991/ нар, Ю.М.Криницына /1997/ нарын эрдэмтэн судлаачид бичжээ.

Сүүлийн жилүүдэд хайрст үлд өвчний эмчилгээний арга барилд ПУВА эмчилгээг хэрэглэж, түүний үр дүнтэй болохыг С.Яблонска ба бусад /1992/, А.Лангнер /1980-1990/ бичиж тэмдэглэсэн байна. Иймд манай оронд анх удаа арьсны өвчний практикт ПУВА эмчилгээг хэрэглэж, эмчилгээний үр дүнг гаргах болсон нь энэ судалгааны ажлын үндэслэл нь болсон юм.

Судалгааны зорилго

Орчин үеийн арьсны өвчин судлалын тулгамдсан асуудлуудын нэг бол арьсны хайрст үлд өвчний эмчилгээний үр дүн бөгөөд, өөрийн орны нөхцөлд арьсны зарим архаг өвчтэй хүмүүст, түүний дотроос хайрст үлд өвчтэй хүмүүст ПУВА эмчилгээний хоёр аргыг хэрэглэж, үр дүнг судалснаар уг өвчнийг болон арьсны бусад архаг өвчтэй хүмүүсийг эмчлэх аргачлал гаргаж, эмчилгээг өргөжүүлэх нь судалгааны гол зориг мөн.

Судалгааны арга

ПУВА эмчилгээнд Баруун Германы Псоролюкс 50-50, Псоролюкс-3060 маркийн том, жижиг 2 төрлийн аппаратыг хэрэглэв.

ПУВА нь гэрлийн эмчилгээ бөгөөд урт долгионтой хэт ягаан туяа юм. Эмчилгээг, өвчтөний онош батлагдсан, хэт ягаан туяанд мэдрэмтгий биш, 18-аас дээш насны цээр байхгүй хүмүүст хэрэглэх бөгөөд, юуны өмнө гэрлийн амин тунг /биодоз/ тодорхойлно.

Монгол хүмүүст арьсны өмнө нөсөө /пигмент/- аас шалтгаалж амин тунг 1 нэг минутаас 3 минут байв.

Эмчилгээний 1 дүгээр арга:

Үүнийг сонгомол гэрлийн эмчилгээ /селективная фототерапия/ /СФТ/ гэх ба амин тунгийн 1/2 /хоёрны нэг/ хугацаагаар эхэлж, 2-3 дахь эмчилгээний дараа амин тунгийн 1/2-ээр хугацааг нэмж, өдөр бүр өсгөсөөр сүүлдээ 10-15 минут эмчилнэ. Эмчилгээг 7 хоногт 5 удаа, курс эмчилгээ 15, 21, 35 удаа хүргэж болно. Гэвч өвчний явц хэлбэрээс хамаарч эмчилгээний тоо янз бүр байна.

Аппарат, өвчтөн хоёрын хоорондын зай 60-75 см байна. Эдгээр том, жижиг 2 аппаратын чийдэн нь 320-400 нанометр урт долгионтой, хэт ягаан туяаг гаргадаг бөгөөд хүний арьсны эпидермис давхаргад үйлчилж, хайрст үлд өвчний эпидермисийн төлжилтийг /пролиферац/ саатуулснаар эмчилгээний механизм тайлбарлагдана. Эмчилгээний дүнд хайрст үлд өвчний тууралт гүвдрүүний үрэвсэл намдаж, уусч шимэгдэж ирдэг ба улмаар арьсанд боровтор нөсөөтэй толбо үлддэг. Эмчилгээний үед хүчтэй даавар ба цитостатик эмүүдийг хэргэлэдэггүй бөгөөд, арьс хуурайшвал энгийн зөөлрүүлэх тосыг түрхэж болдог. Эмчилгээг байран /станционар/ нөхцөлд, мөн амбулаториор ч хийж болно.

ПУВА эмчилгээний хоёрдугаар арга:

Үүнийг гэрэл химийн засал /фотохимиотерапия-фхт/ гэх бөгөөд гол зарчим нь дээрх аргатай адил боловч хэт ягаан туяаны үйлчилгээтэй хавсарч, гэрэлд мэдрэмтгий болгох фурукумарины бүлгийн эмүүдээс уулгана. Үүнд: шарлага хийхээс 2 цагийн өмнө өвчтөнийхөө биеийн жингийн 1 кг тутамд тохируулан эмийг уулгаад, эмчилгээг дээрх аргаар хийдэг ба үүнд, пуваленыг 1 кг жинд 0.6 мг-аар бодож, сүү юуу ургамлын тосоор даруулан ууна.

ПУВА эмчилгээг хийж буй үед эмч өвчтөн хоёулаа гэрлээс хамгаалах бараан нүдний шил зүүнэ. ПУВА эмчилгээний том аппаратаар өвчтөнг зогсоогоор 4 талаас нь ээлжлэн шарлага хийдэг ба жижиг аппаратаар биеийн хэсэгт байрлалтай хайрст үлд өвчтэй хүмүүст хэвтээгээр нь хэсэгчилсэн шарлага хийдэг.

Курс эмчилгээний өмнө ба эмчилгээ дууссаны дараа өвчтөнд цусны ерөнхий шинжилгээ, гистологийн

шинжилгээ хийж харьцуулан үзнэ.

Судалгааны үр дүн

Судалгааны үр дүнг 1 ба 2-р хүснэгтээр үзүүлсэн бөгөөд үр дүн 98-100 хувь байна. Гэрэл химийн засал хийсэн хайрст үлд өвчтэй 30 өвчтөний эмчилгээний үр дүн нь 100 хувь байлаа. 18 өвчтөн эдгэрч, 12 өвчтөн эрс сайжирсан. Эдгээр өвчтөнд эмчилгээ хийж эхэлснээс 3 өдрийн дараа эдгэрэлтийн анхны эмнэлзүйн шинж тэмдэг харагдаж, тууралтын нэвчдэс шимэгдэж, 10-12 дахь эмчилгээний дараа эдгэрсэн.

Селектив аргаар эмчилсэн 668 өвчтөний эмчилгээний үр дүн 98 хувь байв. Эдгэрсэн 569 өвчтөн, эрс сайжирсан 86, харин үр дүн өгөөгүй буюу үл мэдэг сайжирсан 13 байгаа нь ПУВА эмчилгээний үр дүнгийн судалгаа нь бусад ОХУ, Герман, Польш улсуудын эрдэмтэн судлаачдын үр дүнтэй адил байна.

Уг эмчилгээг хэрэглэхэд эмийн зардал их гарахгүй, эдийн засгийн ач холбогдолтой.

Монгол хүмүүст ПУВА эмчилгээг хэрэглэхэд жаж нөлөө байхгүй ба хайрст үлд өвчний эдгэрэлт түргэсч, дахилтын хугацаа уртасч байна.

Хүснэгт 1

Хайрст үлд өвчний үед гэрэл химийн засал фотохимиотерапия эмчилгээний үр дүн

	Бүгд	Хайрст үлд			Пувален 1кг жинд 0.6	Эмчилгээний тоо	Үр дүн		
		Хөрсөнгө хэлбэр	Дусал хэлбэр	Шүүдэст хэлбэр			Эдгэрсэн	Эрс сайжирсан	Үр дүнгүй
Өвчтөний тоо	30	9	14	7	120-600 мг	14-20	18	12	0

Эмчилсэн 30 өвчтөнд үр дүн 100 хувь байна.

Хүснэгт 2

Хайрст үлд өвчтэй хүмүүс селектив аргаар ПУВА шарлага хийсэн үр дүн

Өвчний онош	Өвчтөний тоо	Хүйс		Нас			Эмчилсэн удаа	Үр дүн өгчээлсэн хоног	Эдгэрсэн	Үр дүн			Эмчилгээ хийсэн нөхцөл
		Эрэгтэй	Эмэгтэй	17-30	31-50	51-дээш				Эрс сайжирсан	Үл сайжирсан	Эмнэлэгт	
Хөрсөнгө хэлбэр	150	82	58	5	116	29	17-50	7-8	107	40	13	141	9
Шүүдэст хэлбэр	250	152	98	19	218	13	14-25	5-7	212	38	0	204	46
Дусал хэлбэр	268	120	148	76	162	30	10-21	3-5	250	18	0	210	58
Бүгд	668	354	314	100	496	72	Дундаж 20	5	569	86	13	555	113

Дүгнэлт

ПУВА эмчилгээний аргаар хайрст үлд өвчний эдгэрэлт 98-100 хувийн үр дүнтэй ба цаашид арьсны зарим архаг өвчтэй хүмүүсийг эмчлэх аргачлал гаргаж, эмчилгээг өргөн хэрэглэх ач холбогдолтой юм. 689 өвчтөний эмчилгээний үр дүн 98-100 хувь байна.

Ном зүй

- 1.Бабаянц Р.С. Псориаз. Кожные и венерические болезни 1980 с.7-10
- 2.Бабаянц Р.С., Владимиров В.В., Е.П.Куликова., Паничкина Г.С. Лечение псориаза методом фотохимиотерапии. Вест. Дерм. и вен 1980. №10 с.4-7
- 3.Богородский Н.В. Псориаз у детей. Вест. Дерм.и вен. 1978 №6 с.74-76
- 4.Долгор Ч. Псориазын тархалт, эмнэлзүйн онцлог 1980
- 5.Долгор Ч., Хандсүрэн Б, Наранцэцэг В. Псориазын тархалт 1997.
- 6.Довжанский С.И, Шерстнева В.Н, Тименина Р.С, Псориаз Вест.дерм. и вен. 1989 №6 с.14-17

7.Игошин Ю.М. К патогенезу и лечению псориаза. Вест.дерм.и вен. 1977 №6 с.13-15.

8.Кирсанова М.М.. Лечение больных псориазом методом фотохимиотерапии с использованием отечественной установки. Вест.дерм.и вен. 1979 №9 с.12-15.

9.Кирсанова М.М. Лечение больных псориазом новым методом ПУВА терапии с использованием отечественных фотосенсибилизирующих препаратов. Вест.дерм.и вен. 1980

10.Криницына Ю.М, Б.Н.Кривошее., М.Н.Ермаков. Совершенные методы лечения больных псориазом. 1997 с.28-33

11.Мордовцева В.Н, Лангнер А, Тимошин Г.Г., Вольска Х, Кирсанова М.М, Яблоньска С. Локальная пуватерапия больных псориазом. Вест.дерм.и вен. 1991.с.10-12

12.Мордовцева В.Н, Скрипкин Ю.К. Псориаз. Справочник дерматологии. 1999. с.155-160.

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

Архаг намарсын үед элэгний биохимийн үзүүлэлтүүдэд хийсэн судалгаа, хэт авиа оношлогооны зарим үзүүлэлтүүд

Ш.Мягмаржав

Арьсны өвчин судлалын төв

Арьсны архаг ужиг явцтай намарс, нейродермит, харшил хордлогын дерматит зэрэг өвчнүүдийн үүсэл хөгжилд хоол боловсруулах замын өвчин чухал үүрэг гүйцэтгэдгийг олон орны эрдэмтэн судлаачид бичсээр байна. Эдгээрийн дотор архаг ужиг явцтай намарс нь бусад арьсны өвчлөлүүд дотроос дээгүүрт орсоор байгаа юм.

Судалгааны зорилго

Манай улсад мөн нэгэн адил намарс нь өвчлөлтийн байдлаар дээгүүрт ордог бөгөөд 1996 оны Ч.Долгор, Б.Хандсүрэн нарын судалгааны ажлаас үзэхэд намарс нь 10000 хүн тутамд тооцсон өвчлөлөөр 2-р байрт орж байсан бол, Арьсны Өвчин Судлалын Төвд хэвтэн эмчлүүлэгчдийн өвчлөлийн байдлыг статистикийн судалгаагаар авч үзвэл намарс нь мөн эхний байруудад байгаа юм.

Олон эрдэмтэд намарсын үүсэл, эмгэг жамд элэг цэсний замын үйл ажиллагаа, ялангуяа пигментийн

солилцоо элэгний хорыг саармагжуулах, шүүх механизм алдагдсанаас цусан дахь уургийн агууламж, түүний фракцууд, холестерин хэмжээ алдагдсанаас ихээхэн шалтгаантай гэж Францын элэг судлаачид мөн В.В.Иванова, И.Я.Шахмейстр гэх мэт олон эрдэмтэд бичиж байна.

Иймд намарс өвчний шалтгаан, эмнэлзүйн байдлыг хоол боловсруулах эрхтэн системийн өөрчлөлтүүдтэй холбон судлахыг зорьсон юм.

Судалгааны материал, арга зүй

Арьсны Өвчин Судлалын Төвд хэвтэн эмчлүүлсэн төрөл бүрийн намарстай онош нь эмнэлзүйн шинжээрээ батлагдсан 16-аас дээш насны эрэгтэй, эмэгтэй өвчтөнүүдэд биохимийн шинжилгээний байдал, хэт авиа оношлогоогоор элэг, цэсний замын эмгэгүүд ямар өөрчлөлттэй байгааг өвчний түүхэнд бичигдсэн байдлаар нь судалж үзлээ.

Лабораторийн шинжилгээний үзүүлэлтийг манай улсад мөрдөж байгаа Си системийн норм үзүүлэлттэй харьцуулан жишиж үзсэн юм.

Элэг цэсний эмгэгийг хэт авиа оношлогоогоор дүгнэхдээ Солонгосын "Соне асе" ЭХО аппаратаар үзэж, шинжилсэн болно.

Судалгаа, шинжилгээ

Үр дүн, хэлцэмж

Бид нийт 126 өвчтөнд судалгаа хийж үзэв.

Хүснэгт №1

Намарстай өвчтөний элэгний биохимийн шинжилгээний зарим үзүүлэлтийн байдал

№	Үзүүлэлт	Харьцуулсан норм	Судалгаанд хамрагдсан өвчтөн	Нормдоо		Нормоос ихэссэн		Нормоос багассан	
				Тоо	Хувь	Тоо	Хувь	Тоо	Хувь
1.	Няйт билирубин	1-17	36	12	33.3	4	66.6	-	-
2.	Холестерин	0-6	73	70	95.8	3	4.1	-	-
3.	Сехар	4-6	87	70	88.2	10	11.4	2	2.3
4.	Тимоллийн сорил	0-6	79	25	31.6	54	68.4	-	-
5.	Няйт уураг	6.6-8.3	76	19	25	57	75	-	-

Үүнээс үзвэл билирубин, тимол, няйт уураг нормосоо ихэссэн байдаг нь ажиглагдаж байна.

Хүснэгт 2

Ферментийн солилцооны байдал
Судалгаанд 22 өвчтөн авсан. Эрэгтэй 19, эмэгтэй 3

№	Харьцуулсан норм	Ихэссэн						Багассан						
		АлаТ	АсаТ	Гамма GT	Жинхэнэ намарс	Нянгийн намарс	Себорейн намарс	Хуурай намарс	Наран намарс	Бүгд	Жинхэнэ намарс	Нянгийн намарс	Себорейн намарс	Хуурай намарс
1.	0-40	4	3	2	2	1	12	-	-	-	-	-	1	1
2.	0-38	4	1	2	2	1	10	1	-	-	-	-	-	1
Гамма GT	0-45.0	2	3	1	1	2	9	2	1	-	1	-	-	4

Үүнээс үзвэл ферментийн солилцоо ихэнх өвчтөнүүдэд ихэсч байсан бол АлаТ 54.5 хувьд, АсаТ 45.4 хувьд, гамма GT 40.9 хувьд нь мөн ихэссэн байв.

Мөн 126 тохиолдолд анамнезийн байдлыг авч үзэхэд элэг, цэс орчмоор өвддөг 30 /23.8%, ходоод өвддөг 26 /20.6%, гэдэс өвддөг 10 /7.9%, хоолны шингэц муу 11 /8.8%, ам гашуу оргидог 20 /15.9% тохиолдол ажиглагдаж байлаа.

Мөн элэг цэсний органик өөрчлөлтийг төрөл бүрийн экземай 209 өвчтөнд Солонгосын Соне Аке ЭХО аппаратаар шинжилж үзэхэд /эмэгтэй 29, эрэгтэй 180/ нийт өвчилсөн хугацаа 1-1.5 жил, 18-75 насны хооронд байсан.

Хүснэгт 3

ЭХО шинжилгээний үзүүлэлт

№	Оношоор	Элэг дэх өөрчлөлт					Цэс дэх өөрчлөлт				
		Нягтрал ихэссэн	Элэг голыгт	Элэг өвжсөн	Элэг томорсон	Бүгд	Цэс өтгөрсөн	Цэсний ханд хүүдийн хана	Цэсний цорго нугаларсан	Цэс чулуутай	Бүгд
1.	Жинхэнэ намарс	6	1	6	4	17	8	5	7	3	23
2.	Нянгийн намарс	10	-	-	2	12	8	9	3	-	20
3.	Хуурай намарс	4	-	-	-	4	3	2	1	1	7

4.	Себорейн намарс	2	1	-	-	3	4	2	1	-	7
5.	Наран намарс	8	-	1	3	12	6	4	6	1	17
6.	Бүгд	30	2	7	9	48	25	22	16	5	74

Үүнээс үзвэл элэг цэсний эмгэг жинхэнэ намарс, нарны намарс, нянгийн намарстай өвчтөнүүдэд илүү ажиглагдлаа. Ер нь цэсний хүүдийн хана зузаарсан, цэс өтгөрсөн, цэсний цорго нугаларсан, цэс чулуутай гэсэн эмгэгүүд нэлээд ихэнх хувийг эзэлж байсан юм.

Жишээ нь: Жинхэнэ намарстай 55 өвчтөнөөс 40нь /72.7%/, нянгийн намарстай 88 өвчтөний 32 /36.3%/, нарны намарстай 25 өвчтөнөөс 100 хувийн эмгэгтэй гарсан байна.

Дүгнэлт

1. Төрөл бүрийн намарсын шалтгаан, эмгэг жамд хоол боловсруулах эрхтэн системийн эмгэг, ялангуяа элэг цэсний замын эмгэгүүд зүй ёсоор ордог гэсэн олон эрдэмтдийн судалгааг баталж байна.

2. Архаг намарсын эмчилгээ сувилгааны асуудал, диспансерийн хяналт, хооллолт зэрэг нь бүрдмэл зохион байгуулалттай байх нь чухал бөгөөд эмчилгээний дараа дотрын ба арьсны эмчийн хяналт хавсран хийгдэж байх нь зүйтэй гэсэн дүгнэлтэд хүрч байна.

Ном зүй

1. Арьсны өвчин судлалын үндэсний төв "Арьсны эмч нарын бүтээл" 1996. х.х. 39-43
2. "Арьс өнгөний эмч нарын онол практикийн бага хурлын материал" №2. 2000. х. 37-40
3. Каруна Б.И. "Экзема" 1989. х.43-48
4. Иркутский государственных дерматозов в восточной сибирей /Голубева Л.А., Малова И.О/ с.86-88
5. "Вестник дерматологии и венерологии" 1989. с.38-41
6. Ужегов Г. "Изменение на коже при заболеваниях внутренних органов" с.85-136
- 7.Тарнуева С.Д. "Терапия атопический дерматит" с. 56-61.

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

Агаарын бохирдлоор ялгаатай хот, суурингийн хүүхдийн зүрх судасны үйл ажиллагааны байдал, үнэлгээ

*Б.Бурмаа, Ш.Энхцэцэг,
Э.Эрдэнэчимэг, Б.Ичинхорлоо
Нийгмийн эрүүл мэндийн хүрээлэн*

Хүүхдийн зүрх судасны үйл ажиллагааны үзүүлэлт нь орчны бохирдлын хүний эрүүл мэндэд үзүүлэх нөлөөллийг илтгэх нэг илрэл гэж үзэж байна /1, 2, 5, 8, 9, 11/.

Д.Батчулуун нар /3/, Д.Батчулуун /4/ сургуулийн өмнөх насны хүүхдийн бие махбодын үйл ажиллагааны зарим үзүүлэлтийг судлан үнэлгээ өгсөн, Ц.Дашдаваа /7/ сургуулийн насны хүүхдийн цусны даралт, өсөлт хөгжил, Ш.Оросоо /10/, 1-3 насны хүүхдийн орчинд дасан зохицох чадварыг судалснаас өөр ялангуяа хүүхдийн бие махбодын үйл ажиллагааны үзүүлэлт буюу дасан зохицох чадварыг хүрээлэн буй орчны бохирдолтой холбон судалсан эрдэм судлалын ажил, хэвлэлийн материал ховор байгаа талаар түрүүчийн /Монголын Анагаах Ухаан 2000 №4/ өгүүлэлд дурдсан билээ.

Зорилго: Агаарын бохирдлоор ялгаатай хот, суурингийн хүүхдийн зүрх судасны үйл ажиллагааны байдлыг судлан, үнэлгээ өгөх.

Судалгааны материал, арга зүй: Судалгаанд Улаанбаатар, Мандалговь, Арвайхээр хотын 4-11 насны 1032 хүүхдийг хамруулан үзрх судасны үйл ажиллагааны зарим үзүүлэлт /судасны цохилтын тоо, артерийн их, бага даралт/-ийг судлан, өөрийн орны болон гадаадын судлаачдын судалгааны дүнтэй харьцуулан үнэлгээ өглөө. Артерийн их, бага даралтыг хүүхдийг тайван байхад буюу 5 минут суулгасны дараа Риво-Рочийн тонометрээр хэмжиж, судасны цохилтын тоог нэг минутанд тоолж, зүрх судасны үйл ажиллагааны байдлыг Мартины сорилоор /30 секундэд 20 удаа сууж босох/ судлан, үнэлгээ өгөв. Судалгааны материалд EPI info-6 программыг ашиглан боловсруулалт хийж, дундаж үзүүлэлт, түүний алдааг тооцож, судалгааны дүнгийн ялгаврын үнэн магадыг Стьюденты t шалгуураар бодож, зүрх судасны

үзүүлэлтэнд нөлөөлж буй хүчин зүйлийн хамаарлыг Statgrafics-5 программыг ашиглан бодож гаргалаа.

Судалгааны дүн, хэлцэмж: Судалгаа явуулсан Улаанбаатар хотын агаарт хүхэрлэг хий ЗДХ-ээс 1.8 дахин, азотын давхар исэл 2.2 дахин, хүхэртустөрөгч 16.2 дахин илүү, Мандалговьд хүхэрлэг хий 5.5 дахин бага /ЗДХ 0.05/, азотын давхар исэл 0.36 дахин их /0.04/, хүхэрт устөрөгч 1.3 дахин бага /ЗДХ 0.008/, Арвайхээр хотод хүхэрлэг хий 2.7 дахин бага, азотын давхар исэл 1.7 дахин их, хүхэрт устөрөгч ЗДХ-нд байсан ба судалгаанд хамрагдсан хотуудыг хооронд нь харьцуулж үзэхэд Мандалговь, Арвайхээр хотод хүхэрлэг хийн хэмжээ Улаанбаатараас бүртгэл зүйн үнэн магадтай бага / $t > 2$ /, хүхэрт устөрөгч бүртгэл зүйн магадтай илүү / $t > 2$ /, азотын давхар ислийн хувьд бүртгэл зүйн үнэн магадтай ялгаа ажиглагдаагүй.

Агаарын бохирдлоор ялгаатай эдгээр хотуудын хүүхдийн зүрх судасны үйл ажиллагааны үзүүлэлтийг судалсан дүнг энд өгүүллээ.

Судалгаанд хамрагдсан хүүхдэд зүрх судасны үйл ажиллагааны сорил явуулж, /хүснэгт 1, 2, 3/ сорилын өмнө буюу тайван үеийн үзүүлэлтээр хүүхдийн судасны цохилтын тоог судалсан хот суурингаар нь харьцуулж үзэхэд Мандалговьд Улаанбаатарын хүүхдээс уг үзүүлэлт илүү боловч 6 настай эрэгтэй / $t > 2$ /, 11 настай эмэгтэй / $t > 2$ /-ээс бусад насанд бүртгэл зүйн үнэн магадтай бус, Арвайхээр хотод мөн Улаанбаатарын хүүхдээс илүү боловч 6 настай эрэгтэй, эмэгтэй / $t > 2$ /, 10 настай эрэгтэй, 11 настай эмэгтэй / $t > 2$ /-ээс бусад бүртгэл зүйн үнэн магадтай бус байлаа.

Артерийн их даралтын хэмжээг /хүснэгт 1, 2, 3/ судалсан дүнгээр их даралт нь хүүхдийн нас ахихад нэмэгдэж, Улаанбаатар хотын эмэгтэй хүүхдэд эрэгтэйгээс илүү /4, 8, 11 насанд $t > 2$ / илүү, Мандалговьд 4-9 насанд эрэгтэй хүүхдэд илүү, 10, 11 насанд эмэгтэй хүүхдэд илүү, бусад насанд эмэгтэй хүүхдэд илүү /7 настай эмэгтэй $t > 2$ / боловч бүртгэлгүй нь үнэн магадтай биш байв.

Хүснэгт 1
Улаанбаатарын хүүхдийн Мартины сорилын дүн /
M±m/

Тайлбар	Хүйс	n	Сорилын өмнөх болон дараах өөрчлөлт					
			Пульс 1	Пульс 2	АД max 1	АД min 1	АД max 2	АД min 2
4	Эр	32	86.20 [±] 4.3 4	105.00 [±] 6.30	63.83 [±] 1.7 8	43.33 [±] 1.56	69.50 [±] 1.9 6	49.10 [±] 1.8 8
	Эм	37	83.19 [±] 3.4 7	108.32 [±] 5.83	60.54 [±] 1.4 7	42.43 [±] 1.53	66.76 [±] 1.5 3	47.84 [±] 1.4 5
5	Эр	32	89.00 [±] 2.9 8	120.00 [±] 5.48	60.78 [±] 1.5 2	40.16 [±] 1.45	84.66 [±] 1.8 46	44.37 [±] 2.0 6
	Эм	45	84.34 [±] 2.9 6	109.02 [±] 5.03	63.64 [±] 1.4 2	42.79 [±] 1.32	64.83 [±] 1.5 39	46.59 [±] 1.3 0
6	Эр	18	74.35 [±] 3.7 0	94.88 [±] 7.2 8	75.29 [±] 3.2 6	53.53 [±] 2.64	82.35 [±] 3.0 6	62.06 [±] 2.8 0
	Эм	24	74.25 [±] 3.4 3	92.56 [±] 5.1 5	73.04 [±] 2.6 3	51.25 [±] 2.07	81.50 [±] 3.2 4	58.54 [±] 2.5 8
7	Эр	22	85.54 [±] 3.6 6	108.54 [±] 6.87	70.91 [±] 3.4 9	49.32 [±] 3.00	79.14 [±] 3.2 8	57.04 [±] 2.8 8
	Эм	28	79.70 [±] 3.0 3	102.80 [±] 6.39	80.36 [±] 3.0 7	54.82 [±] 2.45	84.04 [±] 4.2 7	60.77 [±] 2.2 8
8	Эр	25	80.65 [±] 2.0 3	92.36 [±] 2.3 9	89.42 [±] 1.7 7	65.00 [±] 1.23	95.43 [±] 2.2 5	65.43 [±] 1.8 3
	Эм	36	78.10 [±] 1.7 0	93.07 [±] 2.7 5	84.03 [±] 1.6 5	66.67 [±] 1.92	100.29 [±] 2.2 15	68.82 [±] 1.4 8
9	Эр	30	72.14 [±] 2.2 2	80.08 [±] 3.4 2	92.72 [±] 3.7 2	66.72 [±] 1.76	98.28 [±] 4.1 7	66.12 [±] 1.3 4
	Эм	25	74.15 [±] 2.7 9	82.96 [±] 4.4 5	85.56 [±] 5.0 9	67.23 [±] 1.37	94.80 [±] 1.6 5	67.52 [±] 1.5 7
10	Эр	24	73.45 [±] 1.9 9	80.19 [±] 3.0 8	93.12 [±] 2.4 4	65.62 [±] 1.649	98.41 [±] 2.1 5	69.45 [±] 1.5 4
	Эм	24	74.29 [±] 2.1 6	86.66 [±] 3.0 6	91.46 [±] 2.5 5	63.75 [±] 1.91	90.87 [±] 4.2 3	66.46 [±] 1.4 6
11	Эр	50	76.48 [±] 1.6 9	88.32 [±] 2.9 4	98.76 [±] 1.9 5	68.37 [±] 1.78	106.39 [±] 2.2 26	76.41 [±] 1.9 2
	Эм	36	74.14 [±] 2.1 2	78.51 [±] 3.8 8	97.83 [±] 2.3 7	66.14 [±] 1.44	104.29 [±] 2.2 91	70.57 [±] 1.7 5

Хүснэгт 2
Мандалговь хотын хүүхдийн Мартины
сорилын дүн /M±m/

Нас	Хүйс	N	Сорилын өмнөх болон дараах өөрчлөлт					
			Пульс 1	Пульс 2	АД max 1	АД min 1	АД max 2	АД min 2
4	Эр	10	89.00 [±] 1.9 6	127.50 [±] 5.77	85.50 [±] 3.9 5	49.75 [±] 3.73	92.37 [±] 4.0 7	46.87 [±] 4.7 2
	Эм	10	90.67 [±] 2.2 1	125.78 [±] 3.41	76.89 [±] 2.4 9	45.78 [±] 3.27	84.00 [±] 3.5 3	40.22 [±] 2.7 9
5	Эр	10	83.11 [±] 1.1	122.00 [±] 3.38	84.11 [±] 2.0 4	48.89 [±] 2.00	90.67 [±] 3.4 9	38.89 [±] 3.0 9
	Эм	15	86.86 [±] 3.6 8	116.57 [±] 0.77	82.71 [±] 2.0 4	52.43 [±] 2.92	87.86 [±] 2.9 2	52.86 [±] 4.7 5
6	Эр	18	83.67 [±] 1.6 7	125.56 [±] 4.37	87.56 [±] 1.9 4	51.56 [±] 2.02	95.89 [±] 3.9 3	48.33 [±] 3.5 4
	Эм	17	82.61 [±] 3.0 2	119.85 [±] 3.28	88.69 [±] 1.7 5	50.46 [±] 2.00	95.69 [±] 2.1 6	40.61 [±] 2.6 1
7	Эр	16	79.57 [±] 1.9 5	123.14 [±] 2.88	92.43 [±] 1.4 1	54.66 [±] 1.43	106.14 [±] 1.59	48.57 [±] 2.3 1
	Эм	17	79.33 [±] 1.2 4	118.00 [±] 3.43	91.83 [±] 1.9 7	55.67 [±] 2.18	102.08 [±] 2.59	50.75 [±] 3.3 9
8	Эр	32	81.42 [±] 1.8 9	118.06 [±] 3.24	92.09 [±] 1.1 4	56.77 [±] 1.32	102.74 [±] 1.70	51.52 [±] 2.1 5
	Эм	23	77.22 [±] 0.7 7	117.35 [±] 3.56	91.52 [±] 1.2 7	54.96 [±] 1.75	100.17 [±] 2.30	47.56 [±] 1.8 2
9	Эр	14	76.29 [±] 1.2 2	122.86 [±] 2.27	96.14 [±] 2.2 9	57.86 [±] 2.66	103.79 [±] 4.16	50.71 [±] 3.0 5
	Эм	19	81.26 [±] 2.9 9	124.53 [±] 3.40	94.00 [±] 1.3 6	56.42 [±] 1.56	103.53 [±] 2.11	46.32 [±] 2.5 6
10	Эр	15	78.00 [±] 3.2 0	117.47 [±] 2.36	95.73 [±] 2.9 5	60.33 [±] 2.29	107.60 [±] 3.5 7	55.33 [±] 3.5 0
	Эм	18	77.89 [±] 2.8 5	117.00 [±] 4.24	96.61 [±] 2.2 7	60.22 [±] 2.44	107.61 [±] 2.83	52.89 [±] 3.1 7
11	Эр	21	78.80 [±] 1.8 4	121.30 [±] 2.49	95.85 [±] 1.6 2	60.25 [±] 1.52	106.45 [±] 2.59	55.00 [±] 2.6 9
	Эм	14	81.14 [±] 2.0 3	126.14 [±] 2.80	96.71 [±] 2.0 9	60.00 [±] 1.48	109.43 [±] 2.67	55.00 [±] 3.4 4

Хүснэгт 3
Арвайхээр хотын хүүхдийн Мартины
сорилын дүн /M±m/

Нас	Хүйс	n	Сорилын өмнөх болон дараах өөрчлөлт					
			Пульс 1	Пульс 2	АД max 1	АД min 1	АД max 2	АД min 2
4	Эр	10	90.67 [±] 5.8 2	125.33 [±] 1.163	76.00 [±] 3.0 6	40.00 [±] 0.00	84.67 [±] 4.0 6	38.33 [±] 1.6 7
	Эм	10	88.65 [±] 4.3 5	125.68 [±] 5.65	76.35 [±] 4.5 2	42.25 [±] 0.02	86.45 [±] 3.0 8	38.02 [±] 1.5 8
5	Эр	12	86.80 [±] 3.0 8	126.40 [±] 4.68	77.60 [±] 3.7 1	40.00 [±] 0.00	90.00 [±] 3.5 5	58.20 [±] 1.1 2
	Эм	14	86.60 [±] 1.9 3	119.60 [±] 2.89	80.80 [±] 1.6 1	47.00 [±] 2.14	95.70 [±] 2.8 5	49.30 [±] 3.2 0

6	Эр	17	3		89		1		5		0				
			83.08 [±] 1.7 0	123.08 [±] 4.04	86.92 [±] 2.3 7	49.23 [±] 2.11	98.46 [±] 3.5 1	45.54 [±] 2.3 6							
7	Эм	18	82.18 [±] 1.8 9	121.09 [±] 4.85	87.91 [±] 2.0 2	50.36 [±] 3.21	100.82 [±] 2.96	47.09 [±] 2.7 8	19	82.00 [±] 5.6 0	120.29 [±] 3.99	90.86 [±] 1.9 8	52.14 [±] 2.06	104.00 [±] 2.12	47.14 [±] 1.9 4
	Эр	16	80.44 [±] 2.7 8	119.56 [±] 5.09	93.11 [±] 2.4 1	58.89 [±] 2.00	107.22 [±] 1.96	52.78 [±] 3.0 8							
8	Эр	32	80.37 [±] 0.9 3	114.62 [±] 2.44	90.53 [±] 1.3 0	55.59 [±] 1.25	103.75 [±] 1.70	51.31 [±] 1.2 5	23	80.69 [±] 0.2 1	121.46 [±] 2.63	95.52 [±] 1.7 4	58.35 [±] 1.85	106.91 [±] 2.66	50.43 [±] 1.4 7
	Эм	23	80.69 [±] 0.2 1	121.46 [±] 2.63	95.52 [±] 1.7 4	58.35 [±] 1.85	106.91 [±] 2.66	50.43 [±] 1.4 7							
9	Эр	17	77.69 [±] 1.9 2	116.77 [±] 4.29	91.23 [±] 1.8 2	53.38 [±] 2.07	102.61 [±] 5.25	50.00 [±] 2.0 3	18	80.25 [±] 1.6 1	116.37 [±] 4.23	95.00 [±] 2.0 2	60.00 [±] 1.64	107.12 [±] 3.71	55.00 [±] 1.8 2
	Эм	18	80.25 [±] 1.6 1	116.37 [±] 4.23	95.00 [±] 2.0 2	60.00 [±] 1.64	107.12 [±] 3.71	55.00 [±] 1.8 2							
10	Эр	17	80.37 [±] 1.5 3	121.12 [±] 3.09	95.94 [±] 2.0 0	58.44 [±] 1.47	111.62 [±] 3.04	50.62 [±] 2.6 6	21	78.73 [±] 1.0 6	117.45 [±] 4.09	100.85 [±] 3.24	59.09 [±] 1.73	114.50 [±] 3.44	55.91 [±] 1.9 4
	Эм	21	78.73 [±] 1.0 6	117.45 [±] 4.09	100.85 [±] 3.24	59.09 [±] 1.73	114.50 [±] 3.44	55.91 [±] 1.9 4							
11	Эр	16	80.00 [±] 1.3 2	118.25 [±] 3.18	92.50 [±] 2.5 2	57.25 [±] 1.39	109.69 [±] 3.33	53.75 [±] 2.2 1	17	81.65 [±] 1.3 3	120.71 [±] 3.65	104.65 [±] 2.89	62.65 [±] 1.36	116.18 [±] 2.94	60.47 [±] 2.8 6
	Эм	17	81.65 [±] 1.3 3	120.71 [±] 3.65	104.65 [±] 2.89	62.65 [±] 1.36	116.18 [±] 2.94	60.47 [±] 2.8 6							

Артерийн их даралтын хэмжээг хотуудаар харьцуулж судлахад Мандалговийн 4-10 насны эрэгтэй хүүхдэд Улаанбаатарынхаас илүү /4-7 насанд t>2/, 11 насанд Улаанбаатарын хүүхдийн артерийн их даралт Мандалговийнхоос илүү /t<2/, /4-7 t>2/, 9,10 /t<2/ насны эмэгтэй хүүхдэд Улаанбаатарынхаас илүү 8, 11 насны Улаанбаатарын эмэгтэй хүүхдүүд Мандалговийнхоос илүү /t<2/ байв. Арвайхээр хотод 4-7 /t>2/, 8,10 /t>2/ насны эрэгтэйд Улаанбаатарынхаас илүү, 9, 11 насны Улаанбаатарын эрэгтэй хүүхдэд энэ үзүүлэлт Өвөрхангайн үе тэнгийнхнээс илүү /t<2/ байлаа. Өөрөөр хэлбэл Улаанбаатарын ихэнх насны хүүхдэд артерийн их даралт бусад хотуудын үзүүлэлтээс бага байна.

Артерийн бага даралтын хэмжээг хүйсээр харьцуулж үзэхэд Улаанбаатарт 4, 6, 10, 11 насны эрэгтэй хүүхдэд эмэгтэйгээс илүү, 5, 7, 8, 9 насны эмэгтэй хүүхдэд эрэгтэйгээс илүү, Мандалговьд 4, 6, 8, 10, 11 насны эрэгтэй хүүхдэд эмэгтэйгээс илүү, 5, 7 насны эмэгтэй хүүхдэд эрэгтэйгээс илүү боловч бүртгэлт зүйн үнэн магадтай ялгаагүй, Арвайхээрт 5, 7 насны эрэгтэй хүүхдэд эмэгтэйгээс илүү, 5 /t >2/, 7 /t<2/, 8 /t<2/, 9 /t>2/, 10 /t<2/, 11 /t>2/ насны эмэгтэй хүүхдэд эрэгтэйгээс илүү байлаа.

Артерийн бага даралтын хэмжээг хотуудаар харьцуулж үзэхэд Улаанбаатарын эрэгтэй 4/t<2/, 5/t>2/, 7/t<2/ насны хүүхдэд Мандалговийн мөн насны хүүхдээс бага, бусад насанд Мандалговийн хүүхдээс илүү /8, 9, 11 насанд t>2, 6, 10 насанд t<2/ эмэгтэй 4, 5 /t>2/, 7 /t<2/ насанд Улаанбаатарын хүүхдүүд Мандалговийнхоос бага, бусад насанд Улаанбаатарын хүүхдийн артерийн бага даралтыг Арвайхээрийн хүүхдийн үзүүлэлттэй харьцуулахад 7 наснаас /t>2/ бусад насанд Өвөрхангайн эрэгтэй хүүхдээс их /4, 8, 9, 10, 11 насанд t>2, 5, 6 насанд t<2/, эмэгтэй хүүхдийн хувьд 5 насанд Арвайхээр хотын хүүхдэд Улаанбаатарынхаас бага /t<2/, бусад насны

Улаанбаатарын хүүхдэд Арвайхээр хотын хүүхдээс их /8, 9 насанд $t > 2$ / байв.

Бид өөрсдийн судалгааны дүнг бусад судлаачдын дүнтэй харьцуулав. Д.Батчулуун /4/ 8 настай хүүхдийн артерийн их даралт 94.37 ± 0.79 мм МУБ, Ц.Дашдаваа /7/ 106.60 ± 1.01 мм МУБ гэж тогтоосон бол бидний судалгаагаар 91.72 ± 1.71 мм МУБ байсан нь Д.Батчулууны судалгаатай ойролцоо, Ц.Дашдаваагийн судалгааны дүнтэй харьцуулахад 8-11 насны хүүхдийн /8 настай хүүхдийн артерийн даралт $96.66-111.48$ мм МУБ/ үзүүлэлтийн доод хязгаарт ойролцоо харин дундаж үзүүлэлтээс бага / $t > 2$ / байна. Судлаач М.Эрдэнэ /12/-ний судалгааны дүнтэй харьцуулахад Мандалговийн 8-11 настай эрэгтэй хүүхдэд $4.8-11.34$ мм МУБ-аар бага, 9, 10 насны эмэгтэй хүүхдэд 1.12 мм МУБ-аар бага, доод даралт 8-11 насанд $3.28-10.04$ мм МУБ-аар бага, судасны лугшилтын тоо 10 настай эмэгтэй хүүхдэд 1.89 мм МУБ-аар их, бусад насны хүүхдэд $0.89-6.53$ мм МУБ-аар их байв.

Үйл ажиллагааны сорилын дараа судасны цохилтын тооны өөрчлөлтийг тооцож үзэхэд Улаанбаатарын хүүхэд 21.8% /4 нас/ -5.85% 11 нас/ хувиар нэмэгдсэн бол Мандалговьд 38.75% /4 нас/ -61.04% /9 нас/, 38.11% /5 нас/ -50.70% /9 нас/ хүртэл хэмжээгээр нэмэгдсэн нь Мандалговь хотын 7 настай эрэгтэй / 54.76% /, 8 настай эмэгтэй 9-11 настай эрэгтэй, эмэгтэй / $50.2\%-61.04\%$ / хүүхэд, Арвайхээр хотын 8 настай эмэгтэй, 9 настай эрэгтэй хүүхдэд хэвийн бус хариу урвал илэрч, харин Улаанбаатарын хүүхдэд $100,0\%$ хэвийн урвал илэрсэн байна.

Артерийн их даралтын өөрчлөлтийг судалж үзэхэд Улаанбаатарт 4-11 насны эрэгтэй, эмэгтэй хүүхдэд сорилын дараа энэ үзүүлэлт $0.59-21.19$ мм МУБ-аар, Мандалговь хотод $5.15-13.71$ мм МУБ-аар, Арвайхээр хотод $8.67-17.19$ мм МУБ-аар тус тус нэмэгдсэн нь хэвийн хариу урвал үзүүлж байгааг харуулж байна.

Артерийн бага даралтын өөрчлөлтийг тооцож үзэхэд Улаанбаатарын хүүхдэд $0.43-8.04$ мм МУБ-аар нэмэгдсэн хэвийн бус хариу урвал, Мандалговьд $2.63-10.01$ мм МУБ-аар нэмэгдсэн хэвийн хариу урвал, Арвайхээр хотод 5 настай эмэгтэйгээс 2.3 мм МУБ-аар нэмэгдсэн хэвийн бус урвал /бусад насны хүүхдэд $2.18-7.92$ мм МУБ-аар буурсан хэвийн хариу урвал ажиглагдлаа.

Хүснэгт 4

Зүрх судасны үйл ажиллагааны үзүүлэлтүүд агаарын бохирдлын зарим хүчин зүйлийн хоорондын хамаарал /Rху/

	Y1	Y2	Y3
X1	-0.99	-0.32	0.58
X2	-0.63	0.05	0.35
X3	-0.18	0.76	0.82
X4	-0.99	-0.32	0.59

- X1 - хүхрийн хоёрч исэл
- Y1 - судасны цохилтын тоо
- X2 - азотын давхар исэл
- Y2 - артерийн их даралт
- X3 - тоос
- Y3 - артерийн бага даралт
- X4 - хүхэрт устөрөгч

Хүүхдийн зүрх судасны үзүүлэлтүүд экологийн зарим хүчин зүйлийн хоорондын хамаарлыг тооцож үзэхэд /хүснэгт 4/:

-судасны цохилтын тоо нь хүхрийн хоёрч исэл, хүхэрт устөрөгчтэй урвуу хүчтэй, азотын давхар исэлтэй урвуу дунд, агаарын тоостой урвуу сул хамааралтай

-артерийн их даралт: агаарын тоостой шууд хүчтэй, хүхрийн хоёрч исэл, хүхэрт устөрөгчтэй урвуу дунд, азотын давхар исэлтэй шууд сул хамааралтай.

-артерийн бага даралт нь агаарын тоостой шууд хүчтэй, хүхрийн хоёрч исэл, азотын давхар исэл, хүхэрт устөрөгчтэй шууд дунд хамааралтай байв.

Я.И.Вайсман нарын /6/ судалгаагаар бохирдлын хүчин зүйлүүдийн хамссан үйлчлэлийн нөлөөгөөр артерийн даралт буурах, судасны цохилтын тоо цөөрөх зэрэг нэлээд тогтвортой өөрчлөлтүүд гарсантай бидний судалгаа дүйж байна.

Дүгнэлт

Орчны бохирдлоор ялгаатай хот суурингийн хүүхдийн зүрх судасны үйл ажиллагааны байдлыг судлан дараах дүгнэлтийг хийв. Үүнд:

1.Судалгаа хийсэн хотуудад хүүхдийн нас ахих тутам судасны цохилтын тоо буурах, артерийн их, бага даралт нэмэгдэх зүй тогтол ажиглагдаж байна.

2.Судасны цохилтын тоо, артерийн их даралтын хэмжээ бохирдол ихтэй хотод /Улаанбаатар/ бусад хотуудаас бага, харин артерийн бага даралт илүү, зүрх судасны үйл ажиллагааны сорилын үнэлгээний хувьд артерийн бага даралтын өөрчлөлтөөр Улаанбаатарын хүүхдүүд хэвийн бус хариу урвал үзүүлж байгаа зэрэг нь бохирдол ихтэй хот сууринд хүүхдийн зүрх судасны үйл ажиллагаанд зарим

өөрчлөлт гарч байна гэж үзэхэд хүргэж байна.

Ном зүй

1. Аксянова Е.А., Сырцова М.А. Особенности функционального состояния сердечно-сосудистой системы у детей 5-7 лет. Гигиена и Санитария, /1990/, №4, с.13-14.

2. Баранов А.А., Цымякова Л.М. Медико-экологические проблемы охраны здоровья матери и ребенка. Педиатрия. /1991/ №2, с.5-7.

3. Батчулуун Д., Туровец Г.Л., Купул Ж., Бурмаа Б. Гигиеническое изучение школьной зрелости детей г. Улан-Батора. Гигиена и санитария, 1979, №6, с.66-69.

4. Батчулуун Д. Физическое развитие детей от 1-го месяца до 17 лет и некоторые гигиенические вопросы акцелерации развития школьников г. Улан-Батора. Автореферат дисс. ... на соискание уч.ст. к.м.н., Уланбатор, /1981/

5. Боев В.М., Перепелкин С.В., Желудева Г.Н., Сетко Н.П., Бархатова Л.А. Гигиенические аспекты загрязнения атмосферного воздуха серосодержащими соединениями Гигиена и санитария. /1998/ №6, с. 17-20.

6. Вайсман Я.И., Зайцева И.В., Михалов А.В и др. Методические подходы к количественной оценке комбинированного действия веществ в условиях реального загрязнения окружающей среды. Гигиена и санитария, /1986/ №11, с.16-19.

7. Дашдаваа Ц. Сургуулийн насны хүүхдийн цусны даралт ба бие бялдрын өсөлт хөгжилт. Анагаах ухааны дэд эрдэмтний зэрэг горилж бичсэн зохиолын хураангуй. Улаанбаатар, 1991, х.23

8. Карпов Е.Г., Архиреева В.А., Скачкова М.А., Куксанов В.Ф., Сурначева Р.Н., Тарасенко Н.Ф., Лаптева Э.М. Здоровье детей дошкольного возраста в городах с разным уровнем загрязнения окружающей среды. Гигиена и Санитария. /1998/ №6, с. 35-37.

9. Кучма В.Р., Минибаев Т.Ш., Башкирова М.А и др. Динамические наблюдения за состоянием здоровья детей в городе с развитой химической промышленностью. Гигиена и Санитария, /1994/, №2, с. 37-40.

10. Оросоо Ш. Улаанбаатар хот, бүс нутгийн 4-7 насны эрүүл хүүхдийн бие бялдрын хэвийн хэмжээ. Монголын анагаах ухаан, /1998/ №3, с.16-19

11. Шандала М.Г., Звиняцкий Я.М. Окружающая среда и здоровье населения., Киев, /1998/ с. 5-41

12. Эрдэнэ М. Говийн бүсийн хүүхдийн бие бялдрын өсөлт, хөгжилтийн харьцуулсан судалгаа "Монгол хүн судлал" төслийн эрдэм шинжилгээний ажлын тайлан, Улаанбаатар, /1993/, х.310-322.

Танилцаж, нийтлэх санал өгсөн: анагаахын шинжлэх ухааны доктор Л.НАРАНТУЯА

Байгальд орчдог техникийн гаралтай химийн зарим бохирдуулуур

Е.В.Симонова

Эрхүү хотын Анагаах Ухааны Их Сургууль

Хүрээлэн буй орчныг бохирдуулагч техникийн гаралтай хүхэрт нэгдлүүд болох диметилсульфид /ДМС/, диметилдисульфид /ДМДС/, эдгээрийн исэлдэлтийн дүнд үүссэн димелсульфоксид /ДМСО/ нь биологийн идэвхит /9/ бодисууд тул орчинд тархахдаа хоорондоо урвалд ордог байж болзошгүй гэж үзвэл, тэдгээрийн хордуулах удмын чанар өөрчлөгддөг үү гэсэн асуудал сонирхол татаж байна. Үйлдвэрийн хаягдал дахь химийн бодисууд нь ердийн нөхцөлд дангаар биш, харин холимог нэгдэл хэлбэрээр байдаг тул өөр хоорондоо дахин урвалд ордог байж болзошгүй. Иймд урвалд орж үүссэн шинэ бодисуудын нөлөөнөөс гадна эдгээр бодис нь бие биеийнхээ үйлчилгээг дэмжих буюу зарим бодисын

химийн зохисгүй нөлөөлөл нь ихсэх, эсвэл эсэргээр саармагждаг байж болох юм /6/. Үүнийг судлахын тулд бид хүхэрт нэгдлүүдийн хоёр загварыг гарган авч тэдгээр бодисын хордуулах болон удмын нөлөөллийг тоон үзүүлэлтэд тулгуурлан тогтоох оролдлого хийлээ. Цаашид ДМС ба ДМДС агуулсан холимог нэгдлийг – "А" хольц, ДМСО агуулсан нэгдлийг – "В" хольц гэж нэрлэх болно.

Судалгааны материал, арга: Загварчилсан хольцуудын хордуулах удамшлын чанарыг 0.001-ээс 1000 мг/л хүртлэх төвшрүүлгээр авч судаллаа. Хольц дахь нэгдлүүдийн харьцаа нь ойролцоогоор цаас – эслэгийн үйлдвэрийн бохир усан дахь бодисуудын харьцаатай адил байв /1, 2/.

Хүхэрт нэгдлүүдийн хольц дахь химийн бодисуудын хордуулах удамшихын нөлөөллийг тогтоохдоо эдгээрийг нэгэн зэрэг судлах боломжтой

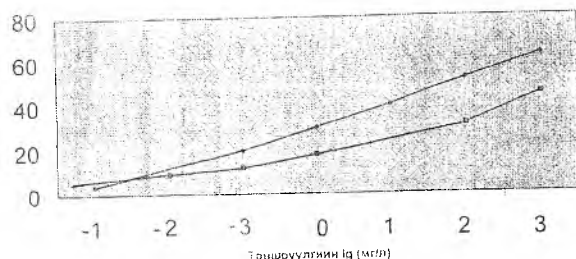
Судалгаа, шинжилгээ

хорт нөлөө үзүүлэх магадлалтай хамгийн бага төвшрүүлгийг тогтоон аюулгүй байдлыг хангах боломж олгох, зохиогчийн эрхээр батлагдсан “Урсац усны хордууламжийг үнэлэх арга” гэсэн арга зүйг ашиглав.

Хордууламжийг эсийн өсөлт болон үхүүлэх нөлөөгөөр нь, эсийн хувьсамжийг саатуулахыг цөм ба митохондрид гарсан өөрчлөлтийн давтамжийн тоогоор нь хяналтын бүлэгтэй харьцуулан дүгнэв.

Судалгаанд Петергофын удамзүйн цуглуулгаас /3/ авсан хэвийн үржлийн тогтолцоотой, нөхцөлт прототроф эукариот бичил биетэн болох *Saccharomyces cerevisiae* хөрөнгөний омгийг ашиглалаа.

Туршилт судалгаа ба үр дүнгийн хэлцэмж: Загвар хольцууд дахь хүхэрт нэгдүүдийн хордууламжийг судалсан туршилт судалгааны дүнг нэгтгэн зураг 1-т харуулав.



Зураг 1. Хүхэрт нэгдлүүдийн хольцуудын төвшрүүлгээс хамаарах хордуулах үйлдлийн өөрчлөлт

Харьцуулж буй хоёр хольцын бүх төвшрүүлэг хөрөнгөний өсгөврийг үхүүлсэнтэй холбоотой хордуулах үйлдэл илэрч байсан нь анхаарал татаж байв. Хольцын төвшрүүлэг ихсэхэд тэдгээрийн хордууламж нэмэгдэж байлаа.

Түүнчлэн хүхрийн төвшрүүлгийн хэмжээ ба хордууламжийн хамаарлыг харуулсан “тун-нөлөө”-ний тахирмаг нь харьцуулж буй хольцуудын хувьд ялгаатай болох нь тогтоогдлоо. Төвшрүүлэг бага /0.01 мг/л/ тохиолдолд эсийн үхлийн хэмжээ “А” ба “В” хольцод онцын ялгаагүй байсан бол төвшрүүлэг ихсэх тутам энэ ялгаа лавширч байлаа. Судлагдсан төвшүүргийн хүрээнд “В” хольцонд эсийн үхлийн хэмжээ “А” хольцтой харьцуулахад 1.4-1.6 дахин их байлаа. Туршилтын ижил нөхцөлд “В” хольцын хордууламж их байгаа нь түүний найрлага дахь ДМСО-гийн химийн идэвхжил нь эсийн бүрхэвч, хальсыг нэвчимтгий болгодогтой холбоотой юм. Зарим судлаачид /7. 11/ эл үзэгдлийг ДМСО-гийн молекулын бүтцийн онцлогоор барахгүй, эсийн хальсны

уургуудтай болон зөөвөрлөгч эсгэгүүдтэй харилцах үйлдэлтэй холбоотой гэж үздэг байна /13, 15, 18/. Ингэснээр эсийн бүтцийн хэсгүүдтэй харилцах өргөн боломжтой болж, үүний үр дүнд эсийн бодисын солилцоонд өөрчлөлт ордог байна /5/. Мөн ДМСО зарим нөхцөлд хөрөнгөнцрийн Р-450 цитохромын нөлөөгөөр илүү идэвхждэг болох нь тогтоогджээ /8, 12, 17/.

Үүнээс гадна харьцуулан үзэж буй хүхэрт нэгдлүүдийн төвшрүүлгийн тахирмагийн төрх бас ялгаатай аж. Нэг дэх тохиолдолд тахирмаг нь зэрэгт хамааралтай, харин В хольцод шугаман хамааралтай байв. Зэрэгт тахирмагийн ялгах онцлог гэвэл нэг цохилтот гэмтэцтэй. Амьд эсэд химийн бодис нөлөөлөхөд нөхөгдөшгүй үхүүлэх гэмтэц үүсгэгдгийг энэ бас хэлээд байна. Үхүүлэх нөлөө арай алгуурхан төрхөөр нэмэгддэгийг шугаман хамаарал харуулав. Тахирмагийн тийм налуу нь үхүүлэлтийн үүсэл олон цохилтоос бүрдэж байгаагийн илрэл. Химийн бодисын хувьд энэ нь эсийн дотоодод болж буй харилцааны эргэмжийн үр дагавар ч байж болно /4, 16/. Үүнээс үзэхэд сорил-өсгөвөрт үүссэн сүйрэл янз бүрийн загварт хольцын нөлөөлөлд болсон ганц нэгээр тооцох үйл явдлын үр дагавар биш болох нь ойлгомжтой. А хольцын нөлөөгөөр өсгөвөрт учирсан гэмтэл эукариот нянгийн эсийн хүчтэй нөхөн сэлбэх ажлын үр дүнд молекулын түвшинд засарч байхад В хольцын үйлдлээр үүссэн үхүүлэх гэмтэц засардаггүй юм байна гэдгийг дурьдаж болохоор байна.

А хольц болон түүний найрлаганд бодис орсон тус бүрийн үхүүлэх нөлөө, төвшрүүлэг хоёрынх нь хоорондох хамаарлыг тодорхойлдог зүй тогтол аль алинд нь байгааг олж тогтоожээ /9/. Үүгээрээ ДМС ба ДМДС нь эукариот эсэд нөлөөлөх нэгэн чиглэлийн оньстой бөгөөд тэдгээрийн хордууламж нь төвшрүүлгийнх нь түвшнөөр тодорхойлогддог тухай хэлж болно гэсэн үг.

Тэнцүүхэн хордуулах нөлөөтэй үед хийсэн туршилтанд хяналттайгаа жишин хувьсваруудын /мутантуудын/ тааралдах давтамжийн давтагдсан удаагийн тоог зэрэгцүүлж, хүхэр агуулсан бодисуудын мутаген идэвхийн харьцангуй зэргийг дүгнэж болно /Хүснэгт 1/.

Шинжилсэн хоёр хольц сорилын төвшрүүлэг бүртээ тест-өсгөвөрт нөлөөлж, митохондрийн ДНХ дэх генетикийн үйл явдлын улбаат амьсгал дутлын хувьсал үүсгэж буйг тогтоов.

Хүснэгт 1

Ижил хордуулах төвшрүүлэгт хүхэрт нэгдлүүдийн хольцын мутаген идэвх

Үзүүлэлт	Шинжилсэн бодис	
	А хольц	Б хольц
CL ₅₀ , мг/л	2.2*10 ²	6.0*10 ₂
Мутаген идэвх. & м	2.4	3.4
CL ₅₀ , мг/л	33.0	4.6
Мутаген идэвх. & м	6.1	7.9
Мутаген идэвх. & я	10.0	25.0
CL ₅₀ , мг/л	25.0*10 ³	0.7*10 ³
Мутаген идэвх. & м	6.7	12.2
Мутаген идэвх. & я	43.0	105.0

Тийм мутантууд хяналтанд мөн $1/6.7-8 * 10^{-3}$ давтамжтай тааралдаж байв. Гэхдээ тэдгээр нь туршилтын хувилбарт хяналтынхаас магадлалтай / $p < 0.005$ / илүү, А ба В хольцуудад 3.5-7.5 ба 4.8-15.6 дахин их байв.

thδ мутагенезын түвшин шинжлэх хольцын төвшрүүлгээс хамаардаг. Гэхдээ найрлагад нь ДМСО орсон В хольц бага, их аль ч төвшрүүлэгтээ А хольцоос илүү мутагентамжтай авай. thδ хувьсал үйлдэх чадвараар нь А хольцыг идэвх султайд / < 10 /, В хольцыг мутагентамж нь 10 дахинаас давуу тул дунд зэргийн мутаген идэвхтэйд тооцох нь зүйтэй.

Эдгээрт үндэслэн цөмийн генүүдийн хувьд хольцуудын мутагентамжийн идэвх тэдгээрийн төвшрүүлгээс яаж хамаардгийг мөшгөж үзэхэд амаргүй. Зөвхөн шинжлэгдсэн төвшрүүлгийн хязгаарын дотор л В хольц А хольцоос илүүтэй мутаген нөлөөтэй байсныг тэмдэглэх боломж байна. А хольцтой туршилтын хувилбарт цөмийн мутантын тааралдалтын давтамж $1/2.0-2.5 * 10^{-4}$ байхад В холимогийнх $1/1.1-9.9 * 10^{-4}$ байлаа. А холимогоор нөлөөлүүлсэн цөмийн мутантуудын дотор ауксотроф, амьсгалын мутантууд илэрч байхад В хольцынхонд дурьдсан хэвүүдээс гадна өөрчлөгдсөн хэлбэрийн колониуд байв. Хяналтын хувилбарт хэдүйгээр туршилтынхаас нэлээд олон шинжлэгдэхүүн авсан боловч мутантын дээрх хэв байгаа нь ерөөсөө ажиглагдаагүйг дурдъя. Ийм учраас ганц ч гэсэн цөмийн тодруулбарт шинж бүхий мутантыг илрүүлэх нь түүний үүсэхэд хүхэрт нэгдлүүдийн хольцоос хөрөнгийн эсийн генетикийн аппаратанд шууд эсвэл дам нөлөөлсний үр дагавар гэж үзүүштэй.

Цөмийн генүүдийн мутаген идэвхийг хамруулдаг хэмжээ &-гээр нь тэдгээрийг дундаж идэвхт / $10 > & > 100$ / мутагенд хамааруулмаар байв.

А ба В хольцоор тодруулсан цөмийн мутантуудын дотор ауксотроф мутант, амьсгалын дутагдалтай мутант, хэлбэр өөрчлөгдсөн колони байгааг илрүүлэв. Хөрөнгийн өсгөвөр дэх цөмийн бүх мутант зөвхөн хордуулах төвшрүүлэг хэрэглэсэн үед илэрдэг байна. Ауксонографик арга /14/ ашиглан ауксотроф мутантуудын биохимийн хэрэгцээг тодорхойлов.

Хүснэгт 2

Хүхэрт нэгдлийн хольцоор нөлөөлүүлсэн мутантын шинж

Шинжлэгдсэн нэгдэл	Төвшрүүлэг мг/л	Аукс-мутантын тоо	Өсөлтийн хүчлүүдийн хэрэгцээ
Хольц А	1000.0	1	Метионин
	0.1	1	Аденин
Хольц В	1000.0	2	Метионин, метионин
	100.0	1	Хомоцистин

Ялгасан ауксотрофуудын 60 хувь нь метионин сөрөг мутант байснаараа эдгээр бодисын үйлдэл онцгой ялгаатайг тогтоов. Эдгээр бодис эукариот эсийн генетикийн материалд сонголтын нөлөөтэй болов уу гэхэд эргэлзээтэй. Энэ нь эдгээр бодис метионин хамааралт мутантуудад шилмэл үйлдэлтэйн үр дүн л байх.

Дээр өгүүлснийг үндэслэн дараах дүгнэлт хийж болно.

> Бидний судалсан химийн нэгдлүүдийн холимог нь шинжилсэн төвшрүүлгийнхээ цараанд илэрхий хордууламж, мутагентамжтай байна.

> Бодисуудын токсикогенетикийн идэвхийн түвшин тэдгээрийн төвшрүүлгээс хамаардаг-төвшрүүлэг ахих тутам эукариот нянгийн эсэд тэдгээрийн хордуулах болон мутаген нөлөөний хэмжээ нэмэгдэж байна.

> Судалж үзсэн холимогууд дахь химийн нэгдлийн тоо, чанарын найрлага тэдгээрийн хордууламж ба мутагентамжийн зэргийг тодорхойлдог байна.

> Байгаль орчны бохирдуулуурүүдэн токсикогенетикийн идэвхийг үнэлэхдээ амьд биед тэдгээрийн нийлбэр үйлдлийг задлан үзвэл зохимжтой. Бодисуудын нэгдлийн найрлага тус бүрийн биологийн шинжийг судалсны дараа л сая "үндсэн" мутаген эсвэл хордуулбаруудын буюу тэдгээрийн төрөл бүрийн хослолын токсикогенетикийн нөлөөллийг тодорхойлох дараагийн шатанд шилжиж болно.

Ном зүй

1. Анализ стокообразования и работы очистных сооружений по "Братский ЛПК" //Отчёт о Нир Сибирский. Братск, 1986. 63.

2. Аникова М.Н, Номикос, Л.И Лосева Р.П. Результаты контроля содержания сернистых соединений в сточных водах Байгальского целлюлозно-бумажного комбината и в воде оз. Байкал //Проблемы регионального мониторинга состояния озера Байкал Л. Гидрометеориздат, 1983. С.77-86.

3. Инге-Вечтомов С.Г. Новые генетические линии дрожжей *Saccharomyces cerevisiae* //Вестн. Ленингр. ун-та. Сер. Биология. Л., 1963. Вып 21. с.117-125.

4. Захаров И.А., Кривинский А.С. Радиационная генетика микроорганизмов. М.Атомиздат, 1972. с.

5. Митряев А.Б., Белоус А.М. Изменение активности

ДНК-зависимых РНК-ро из печени крыс под действием глицерина, ДМСО и полиэтиленгликоля-400 // Биохимия. 1978. Т. 43: N7. С.1157-1161.

6. Оксегендлер Г.И. Яды и организм. Проблемы химической опасности. СПб.: Наука, 1991. с.320.

7. Ошаров А.Б. Влияние некоторых метилсернистых соединений на ассимиляцию Со-14 байкальской водорослью *D.pilosa* // Токсикогенетические и экологические аспекты загрязнения окружающей среды. Иркутск, 1978. С.64-71.

8. Сальникова Т.В. Влияние диметилсульфоксида на мутагенную активность N-нитрозо N-диэтилмочевины // Генетика. 1976. Т.12. N.2. с.157-161.

9. Павленко В.В, Трубочеева Л.Я, Симонова Е.В. Зависимость токсического и мутагенного действия фенольных и серусодержащих соединений от концентраций // Проблемы регионального мониторинга состояние озера Байкал. Л.: Гидрометеоиздат, 1983. с.140-145.

10. Способ оценки токсичности сточных вод: А.С. N1097947 ССР: МКИ Go1 33/188 Go1/33/00, C/2Q 1/00/ Павленко В.В., Симонова. Е.В., и др. N 3557440/28-13, Заявл. 16.02.83, Оpubл. 15.06.84 Бюл. N23.

11. Чесноков В.Ф., Боховкин И.М., Ходова И.В. Физико-химическое исследование свойств диметилсульфоксида и диметилацетамида как растворителя лигнина // Современные методы исследования в химии лигнина. Архангельск, 1970. С.47-49.

12. Callen D.F., Rhilhot R.M. Cytochrome p-450 and the activation of promutagens in *S. cerevisiae* // Vbt. Res. 1977. N.45. Pp. 309-324.

13. Deimer D.P. Dimethyl sulfoxide as potential tool for analysis of compartmentation in living plant cells // Plant phisiol., 1979. Vol. 64 N.4. p.623-629.

14. Holliday R.F. A new method for the identification of biochemical mutants of microorganisms // Nature. 1956. Vol. 178. N.4540. p.987.

15. Kanike K., Erdman S., Schonev W. Study of the differential modifications of /Na K/ ATP-ase and its partial reactions by DMSO // Biochem. Of Biophys. Acta. 19746 Vol. 34526 N7. Pp 275-286.

16. Kilbey B. The manipulation of mutation induction kinetics in *Neurospora crassa* // Molec. Gen. Genetics. 1976. Vol. 123. Pp.73-76.

17. Production of formaldehyde during metabolism of DMSO by hydroxyl radical generators systems / Klein S.M., Cohen G.et.al. // Bioch., 1981. Vol.20. N.21. p.6006.

18. Snow I.T., Finley J.M., Fredman M. Oxidation of sulfhydryl groups to disulfides by sulfoxides // Biochem., Biophys. Res. Comm. 1975. N64. Pp441-447.

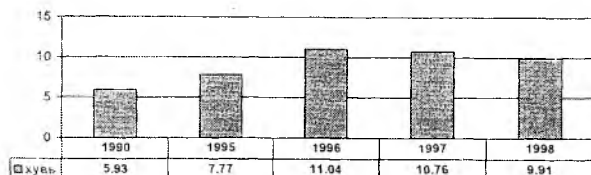
Танилцаж, нийтлэх санал өгсөн: Анагаахын шинжлэх ухааны доктор Л.НАРАНТУЯА

Монгол дахь сүрьеэгийн өвчлөлийн 1990-ээд оны хандлага

Н.Наранбат, Б.Батхуяг, Б.Уранчимэг, Г.Цогт
Сүрьеэгийн үндэсний төв

1930-аад оны төгсгөл хүртэл Монголд сүрьеэгийн тархалт нэн бага түвшинд байжээ. 1940 онд Улаанбаатар хотод сүрьеэгийн кабинет бий болж улмаар 1959 онд Сүрьеэ эсэргүүцэх улсын төв диспансер байгуулагдсанаар сүрьеэгийн тархалт, өвчлөлийн талаар албан ёсны мэдээлэлтэй болжээ. 1994 онд Монгол улсын Засгийн газраас Сүрьеэтэй тэмцэх үндэсний хөтөлбөр /СТҮХ/-ийг баталж, Сүрьеэгийн үндэсний төв /СҮТ/ Бүртгэл, мэдээллийн тогтолцоог шинэчлэн олон улсын түвшинд мэдээ солилцох бололцоотой боллоо. СҮТ 1999 оноос мэдээлэл цуглуулах, бүртгэл мэдээллийн боловсруулалтыг компьютержуулахад анхааран ажиллаж байна.

ЭМЯ-ны мэдээгээр зонхилон тохиолдох 12 халдварт өвчин ба бусад халдварт өвчний бүртгэгдсэн тохиолдлын дотор сүрьеэ өвчний эзлэх хувь 5.93%-11.04% байна /зураг 1/.



Зураг 1

Халдварт өвчний дотор сүрьеэгийн эзлэх хувь

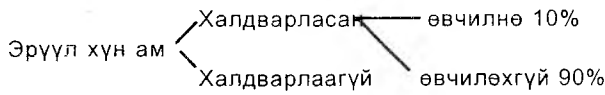
Судалгаа, шинжилгээ

Тархвар судлалын шинжлэх ухаанд аливаа өвчнийг судлахдаа шинэ өвчлөл, тохиол /incidence/, өвчний зонхилол /prevalence/, бүртгэгдсэн тохиолдол /notified cases/ тодорхойлогдсон өвчлөл /estimated incidence/ гэсэн нэр томъёо ашигладаг.

Монгол улсын хувьд 1999 оны байдлаар ДЭМБ-ын мэргэжилтнүүдийн тооцоолсноор сүрьеэгийн тодорхойлогдсон өвчлөл 5000 хүн, хэвээр байгаа нь халдвартай хэлбэрийн сүрьеэтэй байж болох өвчтөний 75.5%-ийг бид илрүүлж чадаж байна.

Сүрьеэгийн тархвар судлалын загварыг авч /Хүснэгт 1/ үзвэл сүрьеэгээр халдварласан хүмүүсийн 10% л сүрьеэгээр өвдөх магадлалтай. Өөрөөр хэлбэл, дархлал нь суларч, муудсан тэр хүн сүрьеэгээр өвчлөх магадлал ихсэнэ. Сүрьеэгээр өвчлөгсдийн 70% нь уушгины хэлбэрийн сүрьеэгээр, 30% нь уушгины бус хэлбэрийн сүрьеэгээр өвчлөх хандлагатай. Уушгины хэлбэрээр өвчлөгсдийн 70% нь халдвартай хэлбэрийн сүрьеэгээр /түрхэц эерэг/, 30% халдваргүй хэлбэрийн сүрьеэгээр /түрхэц сөрөг/ өвчилдөг /хүснэгт 2/

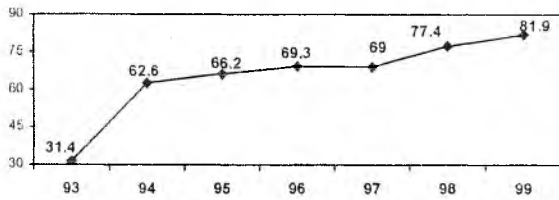
Хүснэгт 1



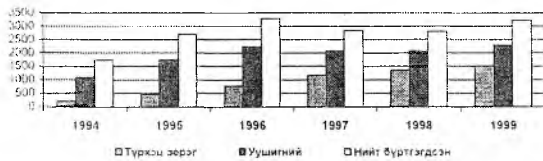
Хүснэгт 2



Сүрьеэ өвчний халдвар амьсгалын замаар голчлон тархдаг учир уушгины халдвартай хэлбэрийн сүрьеэгээр өвчлөгсөд нийгэмд хамгийн аюултай байдаг. СТҮХ-ийг хэрэгжүүлж эхэлснээр сүрьеэгийн халдвар тараагчдыг илрүүлэн төгс эмчилсэн хувь жил бүр дээшилж байгаа /зураг 2/ боловч сүүлийн 5 жилийн байдлаар сүрьеэгийн өвчлөл буурахгүй байгаа нь сүрьеэгийн өвчлөлд шорон дахь сүрьеэгийн өвчлөлийг оруулдаггүй байсан, амьдралын түвшин жил ирэх бүр буурч, ажилгүйдэл ихсэж, нөгөө талаас сүрьеэгийн илрүүлэлт дээшилсэнтэй холбоотой байж болох юм / зураг 3/.



Зураг 2. Халдвартай хэлбэрийн сүрьеэгийн эдгээлтийн түвшин

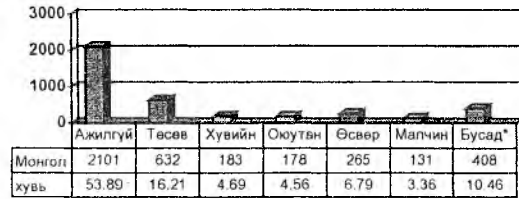


Зураг 3. Сүрьеэгийн илрүүлэлт

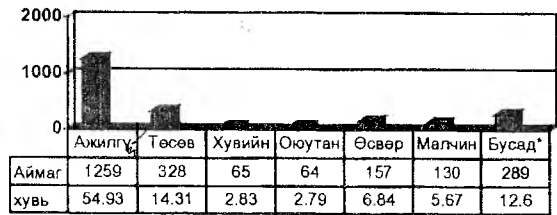
Бид 1995-1999 онд шинээр уушгины халдвартай хэлбэрийн сүрьеэгээр өвчилснөөр бүртгэгдсэн 4430 өвчтнөөс 3898 /87.99%/ өвчтөний бүртгэлийн анхан шатны маягт /ТВ 01/-ад тулгуурлан сүрьеэгээр өвчлөгчдийн ажил эрхлэлт, нас, хүйсний бүтцийг судалж, энэ өвчинд илүү өртөмтгий хүмүүсийг тодруулах зорилт тавин энэ судалгааг хийлээ.

Нийт судалгаанд хамрагчдын ажил эрхлэлтийн байдлаар ажилгүй, төсвийн байгууллагад ажилладаг, хувийн хэвшлийн байгууллагад ажилладаг, оюутан, сурагч /өсвөр ба бага насны хүүхэд/, малчин, бусад /тэтгэвэр, тахир дутуугийн групп, цэргийн түр албан хаагч, хорих газар хүмүүжигч/ гэсэн 7 ангилалд хуваан үзэхэд улсын хэмжээнд 1995-1999 онд бүртгэгдсэн уушгины түрхэц эерэг сүрьеэтэй

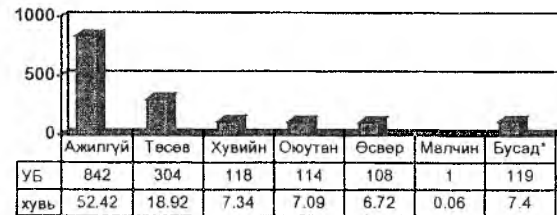
өвчтөний 53.89% ажилгүй, 16.21% төсвийн байгууллагад ажилладаг, 4.69% хувийн хэвшлийн байгууллагад ажилладаг хүмүүс, 4.56%-ийг оюутан, 6.79% -ийг хүүхэд, 3.36%-ийг малчид, 10.46%-ийг тэтгэвэр, тахир дутуугийг групптэй хүмүүс, цэргийн түр албан хаагч, хорих газар хүмүүжигч эзэлж байна. Улаанбаатар хотод уушгины түрхэц эерэг сүрьеэгээр өвчлөгчдийн дотор оюутны эзлэх хувь, хөдөө орон нутгийн уушгины түрхэц эсрэг сүрьеэгээр өвчлөгсдийн дотор малчдын эзлэх хувь их байгаа нь хөдөөд малчид, хотод оюутан олон байдагтай холбоотой юм /зураг 4, 5, 6/.



Зураг 4. Сүрьеэтэй өвчтөний ажил эрхлэлтийн байдал /улсын хэмжээнд/

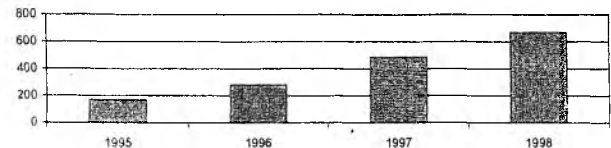


Зураг 5. Сүрьеэтэй өвчтөний ажил эрхлэлтийн байдал /хөдөөд/



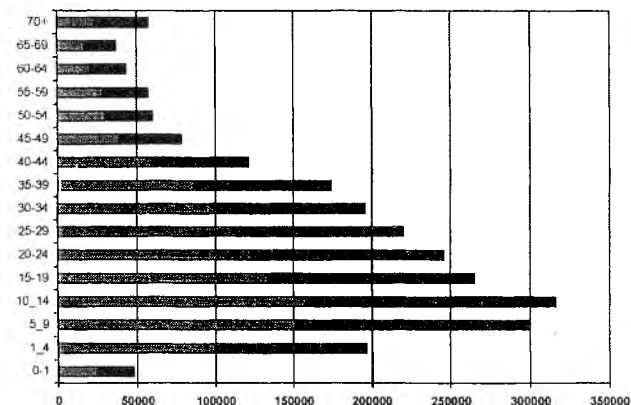
Зураг 6. Сүрьеэтэй өвчтөний ажил эрхлэлтийн байдал /хотод/

Уушгины түрхэц эерэг сүрьеэгээр өвчлөгчдийн дотор ажилгүйчүүдийн эзлэх тоо жил ирэх бүр ихэсч байна / зураг 7/.

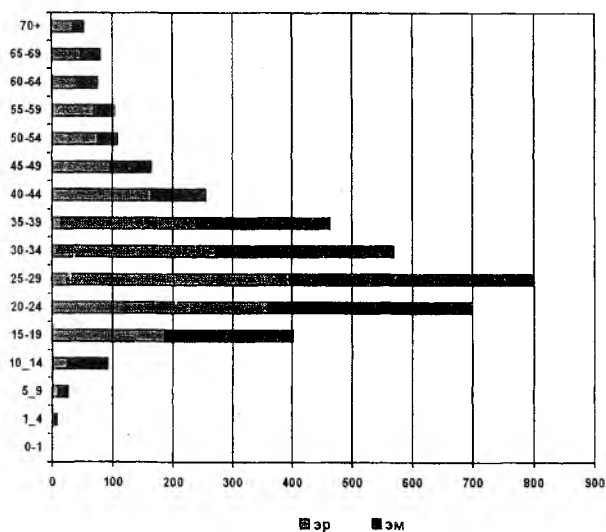


Зураг 7. Уушгины халдвартай хэлбэрийн сүрьеэгээр өвчилсөн ажилгүй хүний тоо

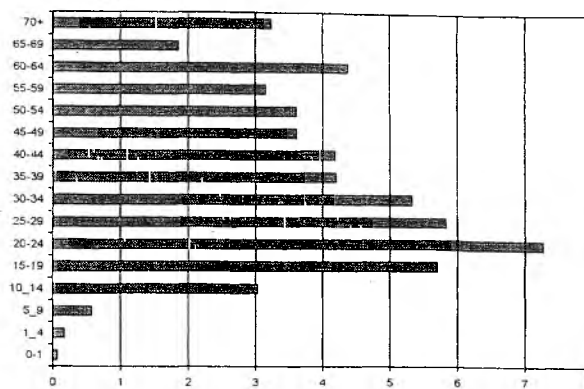
Хүйсний хувьд авч үзвэл 2018 /51.7%/ өвчтөн эрэгтэй, 18880 /48.3%/ өвчтөн эмэгтэй, насны ангилалаар 25-29 насныхан сүрьеэгээр хамгийн их өвдөж байгаа боловч 10.000 хүн амд насны ангиллаар авч үзвэл 20-24 насныхан сүрьеэд хамгийн өртөмтгий байна. Ид хөдөлмөрийн 20-49 насныхан нийт, уушгины түрхэц эерэг сүрьеэгийн өвчлөлийн 75.8% /2953/ байна /зураг 8, 9, 10/.



Зураг 8. Хүн амын нас хүйсний суварга /1998/



Зураг 9. Халдвартай хэлбэрийн сүрьеэгээр өвчлөгчдийн нас хүйсний суварга /1995-1999/



Зураг 10. Халдвартай хэлбэрийн сүрьеэгийн өвчлөл, насны ангиллаар /10000 хүн амд/

1999 оны байдлаар сүрьеэгээр өвчлөгчдийн ажил эрхлэлтийн байдлыг 10.000 хүн амд тооцон Монгол улсын сүрьеэгийн өвчлөлтэй харьцуулан үзэхэд хоригдлууд 39.3 дахин, ажилгүйчүүд 20.5 дахин, төсвийн ажилчид 2.6 дахин сүрьеэгээр илүү өвчилж байна.

	Хүн ам	Сүрьеэгээр өвдсөн	10.000 хүн амд	Зөрүү
Монгол улс	2.382.500	3221	13.52	1
Төсвийн ажилчид	112.511	403	35.82	2.6
Хувийн хэвшилд ажиллагчид	147.000	155	10.54	
Малчид	417.743	83	1.99	
Ажилгүйчүүд	39.767	1104	277.62	20.5
Бага насны хүүхэд /0-8/	258.700	157	6.07	
Сургуулийн сурагч /8-18/	470.038	348	7.40	
Оюутан	87.100	120	13.78	1
Тэтгэврийн насны	173.900	170	9.78	
Тахир дутуугийн групп	33.800	32	9.47	
Хоригдол	5.000	266	532.0	39.3

Эдгээр судалгааны тоо баримтаас хүн амын аль бүлэг сүрьеэд илүү өртөмтгий байгаа нь ойлгомжтой.

Ном зүй

- 1.Ф.Мандельшталь, О туберкулезе в МНР Современная Монголия, 1938, 4-6 /29-31/ 81-89
- 2.Монгол Улсын Үндэсний Статистикийн Газар,. Монгол Улсын Статистикийн Эмхтгэл, 1998.
- 3.Hans Rieder, . Basic epidemiology of TB control, . IUATLD, 1999.
- 4.Christopher Dye, Suzanne Scheele, Paul Dolin, Global Burden of Tuberculosis estimated incidence, prevalence, and mortality by country., JAMA, August 18, 1999- Vol 282, №7
- 5.K.Toman, . Tuberculosis case-finding and chemotherapy, questions and answers. WHO 1979
- 6.Монгол Улсын Үндэсний Статистикийн Газар /2000/, "Монгол улсын статистикийн эмхтгэл /1999/

Танилцаж, нийтлэх санал өгсөн:
профессор Г.ЖАМБА

Тархи, өндөг болон Наранцэцгийн үрийн фосфолипид

Б.Ариунсанаа, Г.Гаамаа, Г.Цэрмаа, Ж.Чанцалхам
 Байгалийн Голомтот Халдварт Өвчнийг Эсэргүүцэн
 Судлах Төв
 ШУА-ийн Физик-Технологийн Хүрээлэн

Эсийн үйл ажиллагаанд мембраны гүйцэтгэх үүрэг нэн их. Эсийн мембраны хэвийн болон эмгэг өөрчлөлтүүдийг зохицуулах ажлын хүрээнд мембран судлалын шинэ аргуудыг боловсруулах, түүнийг загварчилж турших, гүнзгийрүүлэн судлах аргачлалыг төгөлдөржүүлэх асуудал өнөө үед тун чухалчлагдаж байна. Биологийн мембраны олон шинж чанаруудыг судлахад липидийн хос давхраа нь хамгийн тохиромжтой хямд загвар бөгөөд энэ зорилгоор фосфолипидийн цэврүү-липосомыг ашиглах оролдлогууд эрдэмтдийн анхаарлыг ихэд татсаар байна.

Судлаачдын олон ажлуудад байгалийн фосфолипидүүдийг нян, мөөг, замаг мөн амьтны гаралтай түүхий эдүүдээс /амьтдын эд, эс, тахианы өндөг, загас, нялцгай биетэн гэх мэт/ бүлэглэн ялгах аргуудаар гаргасан байдаг /3,5,6/.

Липидүүд нь нүүрс устөрөгчийн урт хэлхээг агуулсан гидрофоб /усанд дургүй/ сүүл, цэнэгт бүлэг бүхий /усанд дуртай/ гидрофиль толгойноос тогтох органик бодисууд амфифиль юм /4, 7/. Липидүүдийг нэг ба хоёр гинжит гидрофоб төгсгөлөөр нь ангилж, амфифиль молекулаас мицели ба хос давхраа үүсгэсэн тогтоц бүхий липидийн хос давхраажсан цэврүү-липосомыг бүтээдэг /1, 4/.

Судалгааны материал, арга зүй

Фосфолипидийн цэврүү /липосом/ хийх зорилгоор фосфолипидийг цэврээр бэлтгэхийн тулд энэхүү судалгааг хийв. Бид энэ зорилгоор хэрэгжүүлэхийн тулд өндөгний шар, малын тархи, Наранцэцгийн үрнээс фосфолипид ялгасан юм. Липидийг илрүүлэх, ялган цэвэрлэх аргуудаас цаасан ба нимгэн үеийн хроматограф, спектрофотометрийг тус тус ашигласан болно.

Судалгааны үр дүн, хэлцэмж

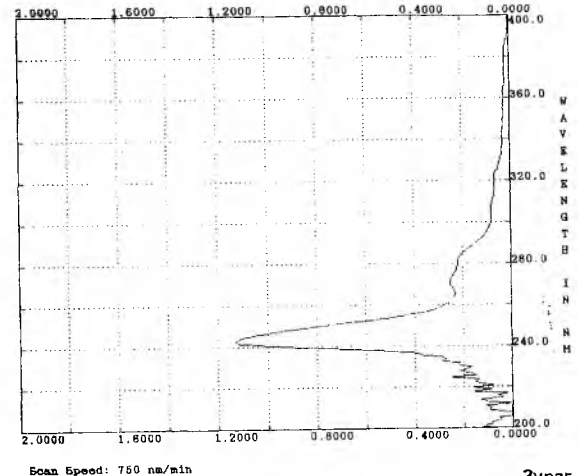
Өндөгний шараас ялгасан лецитиний шингээлтийн спектрийн максимум 242 нм, малын тархинаас ялгасан лецитин 210 нм тус тус байв /Зураг 1, 2/. Малын тархи, өндөгний шараас ялгасан фосфолипид дээр 2 хэмжээст цаасан хроматограф тавьж тус бүрийн Rf-ийг тодорхойлоход малын тархи-0.65, өндөгний шарын Rf - 0.63 байв. Наранцэцгийн липидийн нийлбэр фракцын бүрэлдэхүүн: фосфатидийн хүчил Rf – 0.74, фосфатидилсерин Rf – 0.14 тус тус байв.

Бидний хийсэн судалгааны цэвэршилтийг шалгасан цаасан хроматографийн Rf –ийн утгууд нь зарим эрдэмтдийн судалгааны дүнтэй тохирч байлаа /8,9/. Үүнийг хүснэгтээр үзүүлбэл:

Хүснэгт 1

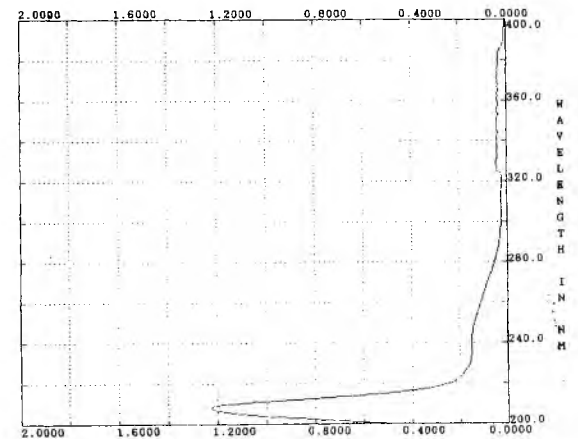
Малын тархи ба өндөгний шарын липидийн нийлбэр фракц

Судалгааны хэрэглэдэг үн	I систем	II систем
Малын тархи	Rf1 - 0.87	Rf1 - 0.65 /8/
	Rf2 = 0.69	Rf2 = 0.69
Өндөгний шар	Rf - 0.67	Rf1 - 0.63 /9/
	Rf2 = 0.84	Rf2 = 0.57



Зураг 1.

Өндөгний шараас ялгасан лецитиний шингээлтийн спектр /242 нм/



Зураг 2. Малын тархинаас ялгасан лецитиний шингээлтийн спектр /210 нм/

Мөн Наранцэцгийн үр болон бухын тархинаас ялгасан липидүүдийн нийлбэр фракцын бүрэлдэхүүнийг шалгасан нимгэн үеийн хроматографийн Rf-ийн утгуудыг доорхи хүснэгтэнд үзүүлэв.

Хүснэгт 2.

Бухын тархи ба наранцэцгийн үрийн липидийн нийлбэр фракцын бүрэлдэхүүн

Липидийн төрөл	Наранцэцэг /Rf/	Бухын тархи /Rf/
Фосфатидилхолин	0.34	0.33
Фосфатидилэтаноламин	0.60	0.61
Фосфатидилсерин	0.14	0.15
Фосфатидилинозит	0.25	0.25
Фосфатидын хүчил	0.74	0.75
Сфингомиелин	-	0.16
Фосфатидилглицерин	0.50	0.49
Кардиолипин	-	0.69
Церебразид	-	0.73
Лизофосфатидын хүчил	-	0.70
Холестерин	-	0.90

Дүгнэлт

1.Эдгээр туршилтын дүнд бид цаашдын судалгааны ажилд фосфолипидийн цэврүү липосомыг бэлтгэхдээ малын тархинаас гаргаж авсан фосфолипидыг хэрэглэх нь зүйтэй гэж үзэж байна.

2.Бухын тархи ба наранцэцгийн липидийн нийлбэр фракцын бүрэлдэхүүнийг харьцуулахад бухын тархинд сфингомиелин, кардиолипин, цереброзид, холестерин зэрэг липид нэмэлтээр оролцдог болох нь тодорхой байна.

Ном зүй

1.Ариунсанаа Б. Использование липосом с иммобилизованными антигенами возбудителя чумы для оценки их протективного действия и при получении гипериммунных сывороток: Диссертация канд. Мед. Наук. – 1999. С.147.

2. Большаков Г.Ф., Ватаго Б.С., Агрест Ф.Б. Ультрафиолетовый спектр гетероорганических соединений: Изд-во.: Химия, Ленинград. Отд., 1969, с.71-74.

3. Думкин И.М., Прозоров Ю.Г., Эльпина Б.И. Способ получения лецитина из мозговой ткани: А.С.1069227 А, СССР, 1981.

4. Кантор Ч., Шиммель П. Биофизическая химия, Мир, Москва, 1974, с.515-518.

5. Кейтс М. Техника липидологии. М.: 1975 с.258-286

6. Лаценко З.М., Кокушкин В.А., Семенов Б.Н., Савкина Н.И., Морозов С.Ю. Способ получения комплекса фосфолипидов из сырья животного происхождения: А.С.1080825 А, ССР, 1981

7. Овчинников Ю.А. Биоорганическая химия, Просвещение, Москва, 1987, с.218-221

8. Brown M., Yeadon D.A., Goldblatt L.A., Dieckert J.W., Anal.Chem. v. 296 pp.30

9. Lea C.H., Rhodes D.H., Stoll S.D., Biochem. J., 1955, v.60, pp. 353

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

Монгол улсын нөхцөл дэх бэлгийн херпесийн өвчлөлийн байдал

*Ч.Эрдэнэчимэг, П.Нямдаваа, Ч.Долгор, Ч.Бямба
Нийгмийн Эрүүл мэндийн хүрээлэн
Арьсны өвчин судлалын төв
Халдварт өвчин судлалын үндэсний төв*

Энгийн херпест халдвар (ЭХХ)-уудын дотроос бэлгийн херпес нь дахимтгай явцтай байх нь олонтаа тохиолддог, урт хугацааны дархлаа тогтдоггүй төвөгтэй өвчин бөгөөд дахисан хэлбэр нь эмнэлзүйн хувьд ихэнхдээ хөнгөн явцтай тохиолдох боловч (1,3) өвчин олон дахиснаас өвчтөний бие, сэтгэхүйн талаас хямрал үүсч, сэтгэл санаагаар унах, хавьтал хязгаарлах, бэлгийн сулрал болох зэрэг шинжүүд ажиглагдахын зэрэгцээ ялангуяа эмэгтэйчүүдэд үр зулбалт, дутуу төрөлт, амьгүй болон гаж хөгжилтэй хүүхэд төрөх, эхийн төрөх явцад нярайд халдвар дамжих шалтгаан болохоос гадна умайн хүзүүний карцином, эрэгтэйчүүдэд түрүү булчирхайн хорт хавдар үүсгэх хүчин зүйлсийн нэг болох нь цөөнгүй гэж судлаачид бичиж байна (1,2,5,6).

Херпест халдвар нь хоёртхи үргүйдлийн 60%, үр зулбалт болон ургийн халдварлалтын тус бүр 20%-ийг үүсгэх шалтгаан болдог (2,6).

Удаан хугацаагаар эдгэрэхгүй байгаа кольпит, умайн хүзүүний лейкоплакийн үед энгийн херпес вирус 83,6 %-д нь илэрч, эдгээр өвчнүүдийг үүсгэх гол шалтгаан болж байжээ. Тухайлбал: Херпест кольпит, цервицитээр өвчилсөн эмэгтэйчүүдийн 7-21,7%-д умайн хүзүүний карцином тохиолдож байсан ба умайн хүзүүний хавдраар өвчилсөн эмэгтэйчүүдийн дунд энгийн херпесвирусийн хоёрдугаар хэвийн эсрэг биеийн таньц өндөр байсан байна (3).

Дээрх тохиолдож болзошгүй хүндрэлүүдээс сэргийлэхэд уг халдварыг цаг тухайд нь оношлох, бүртгэж мэдээлэх, зөв зохистой эмчилгээг эрт эхлэх явдал чухал юм.

Сүүлийн жилүүдэд тус орны хүн амын дунд бэлгийн херпесийн өвчлөл багагүй тохиолдож, нэмэгдэх хандлагатай байгаа боловч энэ талын мэдээлэл судалгаа хомс, бэлгийн херпесийн өвчлөл нь өвчлөлийн албан ёсны тайлан мэдээнд бүртгэгддэггүй байв.

Зорилго: Бид 1996 оноос эхлэн ХӨСТ-ийн ДОХ/БЗХӨ-ний амбулаторид херпесийн үзлэгийн кабинет нээн ажиллуулж, уг өвчнийг эрт илрүүлж оношлох, эмчлэх, бүртгэл мэдээнд хамруулах, бэлгийн херпесийн өвчлөлийн байдлыг тогтоох зорилт тавьсан.

Материал, арга зүй: Судалгаанд 1996-1999 онд эмнэлзүйн шинжээрээ арьс, салстын цэврүүт үрэвсэл (АСЦҮ), херпес гэж оношлогдсон 607 өвчтөнийг тохиолт түүвэрлэлтийн аргаар сонгон авч, үзлэг хийн ажиглалтын карт хөтлөв.

Дээрх өвчтөнүүдээс цэврүүний шингэн, зулгархай шалбархайнаас авсан арчдас, цусны ийлдэс зэрэг шинжлэгдэхүүн авч, энгийн херпесвирусийн эсрэгтөрөгч (HSV-Ag)-ийг илрүүлэх шинжилгээг Английн Мюрекс пүүсийн оношлуур ашиглан эсгэг холбох урвал (ELISA)-ын аргаар хийв.

Судалгааны үр дүн, хэлцэмж.

Судалгаанд хамрагдсан өвчтөнүүдийн 763 сорьцонд херпесвирусийн эсрэгтөрөгч илрүүлэх шинжилгээ хийхэд өвчтөнүүдийн 89.8±1,2%(545)-д буюу давхардсан тоогоор 542 (71,1±1,6%) сорьцонд HSV-Ag илэрч, херпест халдварын онош батлагдсан.

Судалсан нийт 763 сорьцыг нарийвчлан авч үзвэл 59,5% (454) нь арчдас, 20,4%(156) нь цусны ийлдэс, 15,8%(121) нь цэврүүний шингэн, 4,2%(32) нь шинэхэн тав байсан ба нийт сорьцын 73,7%(562)-д HSV-Ag илэрч, эдгээр сорьцуудаас HSV-Ag цэврүүний шингэнд өндөр, 91.7%(111)-д, /p<0,001/, арчдасд 77.7%(353)-д /p<0,001/, цусны ийлдсэнд 59.6%(93)-д, /p<0,001/, таванд 15.6%(5)-д /p<0,001/ тус тус тодорхойлогдов (график1).

Өвчтөний сорьцонд HSV-Ag тодорхойлсон

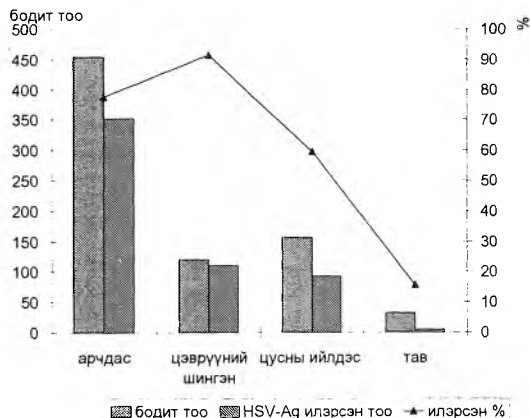


График 1 Өвчтөний сорьцонд HSV-Ag тодорхойлсон дүн

Түүнчлэн HSV-Ag цусны ийлдэс, цэврүүний шингэн хоёуланд нь илэрсэн тохиолдол

47(87,0±4,9%), цусны ийлдэс, арчдас хоёуланд нь илэрсэн тохиолдол 44 (53,7±7,5%), цусны ийлдэс, тав хоёуланд нь илэрсэн тохиолдол 2 (13,3±6,1%) байв (Хүснэгт 1).

Хүснэгт 1
Өвчтөний хос сорьц дахь HSV-Ag-ий илрэлт

№	Сорьцын нэр	Сорьц авсан өвчтөний тоо	Хос сорьцонд HSV-Ag илэрсэн	
			Тоо	Хувь
1	Цусны ийлдэс ба цэврүүний шингэн	54	47	87,0±4,9%
2	Цусны ийлдэс ба арчдас	82	44	53,7±7,5%
3	Цусны ийлдэс ба тав	20	2	10,0±1,1%
4	Бүгд	156	93	59,6±5,1%

Херпест халдварын онош батлагдсан дээрх өвчтөнүүдийн 67%(365) нь бэлгийн херпесээр өвчилж, ийлдэс судлалын шинжилгээгээр батлагдсан.

Бид судалгаандаа үндэслэн 1998 оноос бэлгийн херпесийг БЗХӨ-ний тайлан мэдээнд албан ёсоор бүртгэж мэдээлдэг болох асуудлыг шийдвэрлэснээр уг өвчний өвчлөлийн байдалд дүн шинжилгээ хийх боломж бүрдсэн.

Улаанбаатар хотын хэмжээнд БЗХӨ-ний дотор сүүлийн 4 жилийн дундаж (1996-1999)-аар бэлгийн херпесийн өвчлөл 1,7%-ийг эзэлж байгаа бөгөөд энэхүү өвчлөл бэлгийн замаар дамжин халдварладаг бусад зонхилон тохиолдох өвчнүүдийг бодвол бага байгаа нь уг халдварыг албан ёсны бүртгэлд аваад удаагүй байгаа, мэдээллийн сүлжээ тогтмолжоогүй, оношлогооны асуудал жигдрээгүй байгаатай холбоотой. Үүнээс БЗХ-ын 10000 хүн амд эзлэх хувийг 4 жилийн дундаж (1996-1999) үзүүлбэл (график 2).

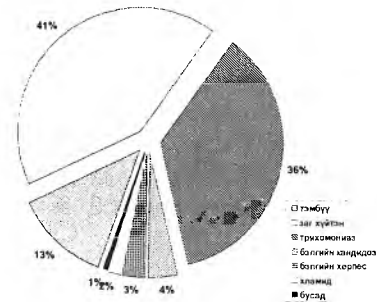


График 2. Улаанбаатар хотод бүртгэгдсэн БЗХ-ын өвчлөлийн бүтэц, 1996-1999 он /1000 хүн амд/

Улсын хэмжээгээр 2 жил (1996-1997)-ийн дундаж 10000 хүн амд бэлгийн херпес 0,35-0,4 тохиолдол байгаа ба ОХУ-ын хүн амын дунд тохиолдож буй бэлгийн херпесийн ийм үзүүлэлттэй харьцуулахад манайд хэдэн арав дахин бага байна.

Бэлгийн херпесийн өвчлөлд 69,9%(255) нь эрэгтэй, 30,1%(110) нь эмэгтэй, өөрөөр хэлбэл 2,3:1 гэсэн харьцаатай эрэгтэйчүүд олон өвчилсөн байв. Насны хувьд 7,9%(29) нь 11-20 насны, 41,6%(152) нь 21-30 насны, 35,9%(131) 31-40 насны, 10,1%(37) нь 41-50 насны, 4,4%(16) нь 51-60 насных байсны дотор 21-40 насанд зонхилон (77,5%) тохиолдож, энэ нь бусад ЭХХ-ыг бодвол 1,8 дахин их (77,5% ба 42,8%) байгаа нь энэ нас бэлгийн амьдралын идэвхтэй үе байдагтай холбоотой байж болох юм. Харин 50-иас дээш насанд бэлгийн херпес нь бусад ЭХХ-ыг бодвол бараг 3 дахин бага (12,5% ба 4,4%) тохиолдож байна.

Бэлгийн херпес нь бэлгийн замаар халддаг бусад халдварт өвчинтэй, тухайлбал тэмбүү, заг хүйтэн, бэлэгсийн үү зэрэг өвчинтэй хавсарч тохиолдох нь цөөнгүй, өвчтөнүүдийн 17,7±3,6% (62)-д нь илэрч байв.

Уг өвчнийг бэлгийн замаар дамжин халддаг гэж үздэг боловч сүүлийн үед бэлгийн бус замаар дамжин халддагийг үгүйсгэхгүй байгаа юм. Судалгаанд хамрагдсан өвчтөнүүдийн өгүүлэмжээр 78,9±6,8% (288) нь гэр бүлээс гадуур бэлгийн хавьталтай, 21,1±3,4%(77) нь уг өвчин бэлгийн замаар халдах ямар ч үндэсгүй, түүнчлэн 23,8±3,3%(87) нь байнга хомхойтдог гэсэн байв.

Бидний судалгаагаар бэлгийн херпесийн анхдагч хэлбэр өвчлөгсдийн 9,6%(35)-д илэрч, 82,5%(301)-д нь өвчний дахилтат хэлбэр зонхилж, шинж тэмдгийн илрэлгүй балархай хэлбэр 7,9%(29)-д тохиолдов ($p < 0.05$). Явц дахимтгай үед өвчний байнгын дахисан хэлбэр өвчлөгсдийн 67,5%-д ажиглагдав. Энэ нь бэлгийн херпесийн дөрөвний гурав нь дахих хандлагатай байдаг гэсэн Н.Д.Львов (1992) зэрэг эрдэмтдийн судалгаатай, мөн бэлгийн херпес нь бэлгийн бус байрлалтай херпесийг бодвол илүү дахимтгай, өвчлөгсдийн 50,0-75,0%-д өвчний дахилт ажиглагддаг гэсэн В.А.Исаков, М.М.Сафронова (1997) нарын эрдэмтдийн судалгаатай тус тус үндсэндээ дүйж байна. Харин бэлгийн херпестэй өвчтөнүүдийн 40,0-75,0%-д уг өвчний шинж тэмдэг илэрдэггүй гэсэн

A.P.Fiddian (1996) нарын судалгаатай харьцуулахад манайд арай доогуур байна. Өвчний шинж тэмдгийн илрэлгүй балархай хэлбэрийн үед өвчтөнд ямар нэг зовиур шаналгаа, эмнэлзүйн шинж тэмдэг илрэхгүй тул энэ хэлбэр нь ийлдэс судлалын шинжилгээгээр тохиолдлын чанартай (өвчтөнтэй хавьтагсад гэх мэт) оношлогдож байв. Бидний судалгаанд хамрагдсан 38 хавьтагсдын 76.3%(29)-д нь HSV-Ag илэрч, халдвартай болох нь тогтоогдсон.

Уг өвчний эмнэлзүйн явцыг авч үзвэл 50.9±4.2%(186)-д нь хөнгөн, 23.2±3.9%(85)-д нь хавагнасан, 17.8%± 2.7% (65)-д нь хүнд, шинж тэмдэггүй балархай хэлбэр 7.9± 2.0% (29)-д нь тус тус тохиолдож байв (p< 0.01).

Дүгнэлт

1. Бидний судалгаагаар энгийн херпесийн үед цэврүүний шингэн, арчдасны материалд HSV-Ag илрүүлж оношийг баталгаажуулах боломжтой байна.
2. Бэлгийн херпесийн өвчлөл нэмэгдэх хандлага байгаа ба эдгээрийн дотор хүнд хэлбэр цөөнгүй (17,7%) тохиолдож буй нь анхаарал татаж байна. Өвчтөнүүдийн тал хувь (50,9%) -д хөнгөн хэлбэрийн өвчлөл тохиолдож байгаа боловч, байнга дахих (67,5%) хандлагатай байна.
3. Цаашид бэлгийн херпесийн оношлогоо сайжруулах, ялангуяа эмэгтэйчүүдийн дунд тохиолдох

архаг үрэвсэлт өвчний дотор энгийн херпесийн үүсгэгчийг илрүүлэх нь чухал бөгөөд энэ нь өвчний дахилт сэдэрлэтийг бууруулах, эмчилгээний асуудлыг зүй зохистой шийдэх, гарч болзошгүй хүндрэлүүдээс урьдчилан сэргийлэх арга хэмжээний нэг болох юм.

Ном зүй

1. Исаков В.А, Ермоленко Д.К, Черных М.Д. Терапия герпетической инфекции 1993г. 36 с
2. Исаков В.А, Сафронова М.М. Клиника и лечение генитального герпеса. 1997, 33 х
3. Козлова В.И, Пухнер А.Ф. "Герпетическая генитальная инфекция". Вирусные, хламидийные и микоплазменные заболевания гениталий. Руководство для врачей, 1997, х.136-120
4. Тихонова А.И. "Общий обзор ситуации с инфекциями, передаваемыми половым путем В Российской Федерации". Вест. дермат.и венер. 1999, №2, х 4-8
5. Allen .W, F. Rapp. J. Infections diseases. 1981, Vol. 145, p. 413 - 421
6. Whitley. R, Kroon. S, et all. Diagnosis of herpesvirus infections. 1994, p.40 .
7. Крем зовиракс для лечения губной лихорадки, генитального герпеса и других кожных инфекций, вызываемых вирусом Herpes simplex (Wellcome) 1983. с.43.
8. БЗХӨ-ний тайлан (1996-1999).

Танилцаж, нийтлэх санал өгсөн:
профессор Г.ЖАМБА

Толгой эргэх хөдлөл

*Г.Цагаанхүү, Ц.Дэлгэрмаа
Анагаах Ухааны Их Сургууль*

Толгой эргэх гэдэг нь орон зайд биеийн тэнцвэр алдагдах, орчны юмс хөдлөх, хөвөх, эргэх шиг болох гажуу тусгалаар тодорхойлогдоно.

Толгой эргэх зовиур-нь мэдрэл, сэтгэц, нүд, чих, зүрх судасны клиникийн практикт нэн олонтаа тохиолдох субъектив шинжийн нэг юм. Толгой эргэх зовиурыг өвчтөн бүр харилцан адилгүй агуулгаар илэрхийлэх учир түүний шалтгаан, шинж төрхийг тогтоохын тулд асуумжийн дөрвөн хэлбэрт хамааруулан авч үзнэ.

1.Вестибул толгой эргэлт нь дотор чихэн дэх тэнцвэрийн эрхтний төвийн ба захын хэсгийн /дотор чих, тэнцвэрийн мэдрэл, тархины багана дахь тэнцвэрийн бөөмс, тэдгээрийн хоорондох холбоос/ өөрчлөлттэй холбоотойгоор үүсч, өөрийн бие буюу орчны юмс нэг тодорхой чиглэлд эргэх, ганхах, огих, бөөлжих, тэнцвэр алдах, нүдэнд нистагм илрэх шинжээр тодорхойлогдоно.

2.Синкоп уналтын угтвар үед толгой эргэх нь дотор муухайрах, нүд харанхуйлах, манантах, хөлрөх, огиудас хүрэх, айдас төрөх байдлаар илэрнэ. Синкоп уналт голчлон зогсоо байрлалд артерийн даралт унах, тархинд очих цус, хүчилтөрөгчийн хэмжээ эрс багассантай холбоотой үүснэ.

3.Биеийн тэнцвэр өөрчлөлтийн үед жинхэнэ толгой эргэх шинж илрэхгүй ч биеийн гуйвалт, дайвалт нь өвчтөнд толгой эргэх мэт сэтгэгдэл төрүүлнэ.

4.Сэтгэцийн шалтгаант толгой эргэлт нь невроз, сэтгэл унал, зан төрхийн өөрчлөлттэй холбоотой үүсч, толгой манарах, дотор муухайрах, тэнцвэр алдах, айдас хүрэх шинжээр илэрнэ. Хэзээ ч нүдэнд нистагм үүсэхгүй.

Толгой эргэх шинж нь биеийн байрлал, хазайлт, толгойн хөдөлгөөний чиглэлээс хамааран голчлон үечлэн хөдлөх явцын онцлогтой байна. Толгой эргэх зовиур нь гол төлөв огиудас хүрэх, царай цонхийх, хөлрөх, судасны цохилт хурдсах, удаашрах, АД хэлбэлзэх зэрэг вегетатив өөрчлөлт хийгээд нүдэнд нистагм үүсэх, биеийн тэнцвэр алдах зэрэг бодит шинжүүдтэй хавсарч тохиолдоно.

Толгой эргэх нь хэвийн физиологийн үзэгдэл хэлбэрээр ажиглагдах нь цөөнгүй. Жишээлбэл, явж буй галт тэрэг, голын урсгал зэрэг хөдөлгөөнд оршиж буй биетийг харах үед тэдгээрийн эсрэг чиглэлд өөрийн бие явах шиг сэрэл үүснэ.

Орон зайд биеийн баримжаалал хадгалагдах нь үндсэн 3 мэдрэхүйн тогтолцоо, тухайлбал, тэнцвэрийн, харааны, биеийн булчингийн мэдрэхүйн системийн харилцан уялдаант нэгдмэл зохицуулгатай холбоотой. Вестибулоокуляр рефлексийн зохицуулгаар нүдний харц тодорхой биет дээр төвлөрнө, вестибулоспинал рефлексийн нөлөөгөөр толгой эргэх, их биеийн хөдөлгөөний эвсэл, биеийн босоо байрлалд хангагдана. Эдгээр тойрог тогтолцооны хүрээнд аль нэгэн түвшинд өөрчлөлт гарвал орон зайн баримжаа, тэнцвэр алдагдах, толгой эргэх эмгэг байдал үүснэ.

Толгой эргэлтийн шинж төрхийг тогтооход сэдээгч сорилууд чухал ач холбогдолтой.

Вестибул толгой эргэлтийг өвчтөний толгойг гэдийлгэх,

казайлгах, тойргоор явуулж эргүүлэх сорилоор, зогсоо байрлалд даралт унах үеийн толгой эргэлтийг ортостатик сорилоор, сэтгэлийн шалтгаан толгой эргэлтийг 3 мин турш хурдан амьсгалуулах сорилоор тус бүр сэдээх замаар оношийг тодруулж болно.

Жинхэнэ толгой эргэх үзэгдэл /вертиго/ тэнцвэрийн эрхтний эмгэгийн /вестибулопати/ үед тохиолдоно. Дотор чихэн дэх хагас цагаргин суваг, үүдэвч, тэнцвэрийн мэдрэлийн салаа гэмтсэн тохиолдолд захын гаралтай толгой эргэх шинж хөндлөн чиглэлийн нистагмтай хавсарч илрэх бөгөөд нүдний харцыг тодорхой зүйл дээр төвлөрүүлэхэд нистагм ч, толгой эргэх зовиур ч багасах буюу бүр арилах хандлагатай байдаг. Харин тархины баганан хэсгийн тэнцвэрийн бүтцүүд болон бага тархины эмгэгийн үед үүсэх төвийн гаралтай толгой эргэлт, нистагмын аль нь ч харц төвлөрүүлэх үед багасахгүй, нистагм эргэх буюу босоо чиглэлтэй илэрнэ.

Захын ба төвийн гаралтай вестибулопатиин ялгах онош

Клиникийн шинж	Төвийн вестибулопати	Захын вестибулопати
Нистагм	Босоо, эргэх, хөндлөн чиглэлтэй, нистагмын чиглэл харцнаас хамаарна, гэмтсэн тал руу харахад ихэснэ.	Хөндлөн-эргэх нэг талруу чиглэсэн, гэмтсэний эсрэг тал руу харахад ихэснэ.
Толгой эргэх шинж	Хөндлөн явцтай, тогтмол ажиглагдана.	Хүнд явцтай, эргэх шинж төвхтэй, хөдлөл дахилттай. Ихэвчлэн илэрнэ.
Огилт, бөөлжилт	Ховор	Гэмтсэн тал руу, нистагмын аажим бүрдлийн тал руу
Гуйвах, хазайх чиглэл	Янз бүр	Гэмтсэн тал руу, нистагмын аажим бүрдлийн тал руу
Харцны чиглэл, нүд анилт	Шинжийн тэмдгийн илрэлд нөлөөлхгүй	Нистагм, толгой эргэлтийг багасгана.
Тархины баганан шинж	Илэрнэ	Илрэхгүй
Сонсгол буурах, чих шуугих	Илрэхгүй	Илэрнэ
Үндсэн шалтгаан	Нуруу-суурийн артерийн дутагдал, тархины багана, бага тархины инсульт, хавдар, тархмал хатуурал, Киарийн гажиг, суурийн мигрень	Байрлалын толгой эргэлт, вестибуляр неврит, Меньерийн өвчин, гэмтэл, ишеми, эмийн ба архины хордлого, гүүр-бага тархины булангийн ба гавлын арын хонхорын хавдар

Толгой эргэх хөдлөлийн зонхилох шалтгаан, нөхцөлдүүлэгч хүчин зүйл, эмнэлзүйн хувилбаруудыг авч үзье.

1. Байрлалын хөнгөн толгой эргэлт вестибулопатиин зонхилон тохиолдох хэлбэр бөгөөд өвчтөн толгойнхоо байрлалыг өөрчлөх, /толгойгоо бөхийлгөх, гэдийлгэх, орноосоо өндийх, хажуугаараа эргэж хэвиэх г.м/ зөвхөн тэр үед гэнэт богино хугацаанд толгой эргэх шинж илэрдэг онцлогтой. Толгойн байрлалыг өөрчлөх Нилен-Бараны сорилоор /суугаа байрлалд өвчтөний толгойг гэдийлгэх, баруун, зүүн тийш эргүүлэх, дахин гэдийлгэх/ нистагм болон толгой эргэх шинж сэдэрч, 30 сек орчим үргэлжилснээр онош батлагдана. Энэ эмгэг нь дотор чихний арын хагас цагирган сувагт хуралдсан шингэн хуримтлагдсантай холбоотой үүснэ. Толгойн хөдөлгөөний өвөрмөц дасгалын тусламжтайгаар арын хагас цагирган сувагт хуралдсан шингэнийг дотор чихний үүдэвчин хэсэг рүү шилжүүлэх замаар эмчлэх арга үр дүнтэй. Байрлалын толгой эргэлт сонсгол буурах, чих шуугих шинжтэй хавсарч хүнд явцаар илрэх нь тэнцвэрийн мэдрэл бага тархины артерийн аль нэгэн салаанд дарагдсантай холбоотой, энэ тохиолдолд карбамазепин хэрэглээд үр дүн гарахгүй бол дарагдсан мэдрэлийг чөлөөлөх судасны бичил мэс засал шаардагдана.

2. Вестибуляр неврит /Захын цочмог вестибулопати/ толгой гэнэт хүчтэй эргэх, огих, бөөлжих, тэнцвэр алдах, нүдэнд хөндлөн нистагм илрэх шинжээр тодорхойлогдоно. Нистагмын аажим бүрдэл нь гэмтсэн талын чих рүү чиглэнэ. Заримдаа чих шуугих, битүүрэх зовиур ажиглагдах хэдий ч сонсгол өөрчлөгдөхгүй. Толгойгоо хөдөлгөх, биеийн байрлалыг өөрчлөх үед толгойн эргэлт улам ихсэх учир өвчтөн аливаа хөдөлгөөнөөс болгоомжилно. Толгой эргэх,

бөөлжих хурц хөдлөл хэдэн цаг буюу 3-4 өдрийн дараа намжих боловч тэнцвэрийн үлдэц өөрчлөлт удаан хугацаагаар хадгалагдана. Ихэнх тохиолдолд өвчний хөдлөл хэдэн сар, жилийн дараагаар дахилт өгнө. Хэрэв өвчний шинж нэг сарын туршид арилахгүй тохиолдолд төвийн гаралтай эмгэг байгаа эсэхийг үгүйсгэх зорилгоор тархины КТ, МРТ-ийн шинжилгээ хийхийн хамт Меньерийн өвчний аудиографийн бичлэгээр үгүйсгэх шаардлагатай. Өвчний шалтгаан вирусийн халдвартай холбоотой. Эмчилгээнд хөдөлгөөн, тэнцвэрийн дасгал гол нөлөөтэй.

3. Нуруу-суурийн артерийн дутагдал судасны үндсэн өвчин /атеросклероз, гипертензи, судасны гажиг/ бүхий 50-иас дээш насны хүмүүст толгой эргэх шалтгааны нэг болдог. Энэ тохиолдолд дотор чихний лабиринт, тэнцвэрийн мэдрэл, эсвэл тархины баганан хэсэгт цусан хангамж дутагдсантай холбоотой толгой эргэх хөдлөл илэрнэ. Эмнэлзүйн хувьд толгой эргэх хөдлөл гэнэт эхэлж, огих, бөөлжих, тэнцвэр алдах шинжүүдтэй хавсарч явагдана. Харин тархины баганан цусан хангамжийн дутагдлын үед нүдэнд юм хоёрлож харагдах, хэл тультрах, гар, хөл бадайрах, тэнцвэр алдах зэрэг голомтот шинжүүд гарна.

4. Сонсголын дотор артерийн бөглөрөлтийн үед толгой эргэлт, сонсгол эрс буурах шинжтэй хосолж нэн тогтвортой ажиглагдана. Гэнэт толгой эргэх, дагсаар хүчтэй өвдөх, бөөлжих, тэнцвэр алдагдах, нистагм үүсэх зэрэг нь бага тархины шигдээс буюу цус харвалтын сонгомол шинж бөгөөд нэн яаралтай тусламж шаардана.

5. Хоёр талын архаг вестибулопати аажим даамжрах байдлаар тэнцвэр алдах, толгой эргэх, нистагм үүсэх зэрэг шинжээр илэрнэ. Заримдаа хөдөлгөөний үед юмны дүрс долгиолох, жирэлзэх байдалтай харагдана. Ихэнх тохиолдолд эмийн хордлогын /аминогликозид, салицилат/ нөлөөгөөр үүсдэг. Өвчний явцад тэнцвэрийн тогтолцооны нөхөн зохирлын үр дүнд дасан зохицолт явагдана.

6. Меньерийн өвчин үе үе толгой эргэх, чих шуугих, чих битүүрэх, сонсгол буурах зэрэг 4 үндсэн шинжээр тодорхойлогдоно. Толгой эргэх хөдлөл гэнэт эхэлж, хэдэн хоромоос хэдэн цагаар үргэлжилнэ, өвчний хурц хөдлөлийн дараа явдал тогтворгүйдэх, толгой бага зэрэг эргэх шинж хэдэн өдрийн турш ажиглагдана. Толгой эргэх хөдлөлийн завсрын үеүдэд сонсгол эргэж засрах авч, цаашдын дахилтын явцад эргэлтгүй дүлийрэх хандлагатай. Өвчний шалтгаан, эмгэг жам нь хагас цагирган сувгийн эндолимфийн хүүдий дэх шингэний шимэгдэлт саатаж, тэнд агуулагдах шингэний хэмжээ үлэмжийн ихэссэнтэй холбоотой. Өвчний хөдлөлөөс сэргийлэх зорилгоор хоногт хэрэглэх хоолны давсыг багасгаж, бетагистин /8 мг, өдөрт 3 удаа/ диакарб /0.25 өдөрт 2 удаа/, эсвэл гипотиазид /50 мг, өдөрт 2 удаа/, верапамил /хоногт 120-240 мг/, меклизин, лозепам зэрэг бэлдмэлүүдийг хавсарч хэрэглэнэ. Клиникийн практикт Меньерийн өвчнөөс гадна нуруу-суурийн артерийн дутагдал, вегетатив-судасны дистонийн шалтгаант Меньер-тест хам шинж тохиолдох нь харьцангуй элбэг байдаг. Хэрэв толгой эргэх хөдлөл мэдрэлийн бусад голомтот шинжүүдтэй хавсарч илэрвэл КТ, МРТ-ийн шинжилгээ шаардагдана.

7. Гэмтлийн дараах толгой эргэлт дотор чихний лабиринтитийн доргилт, чамархайн ясны цууралт, сарьсан сувгийн цооролтын улмаас үүснэ. Толгой эргэх хөдлөл биеийн байрлал, толгойн хөдөлгөөнөөс хамаарч түр зуурын сэдэрлэл өгөх ба өвчний дахилт хэдэн сар, жилээр /1-2 жил/ үргэлжилнэ.

8. Цочмог лабиринтитийн үеийн толгой эргэлт нь бөөлжих, чих, толгой өвдөх, халцуурах шинжтэй хавсарч явагдана. Дунд чихний үрэвсэлт өвчний үед халдвар

лабиринтэд дамжсанаас толгой эргэх шинж хүнд явцаар илрэнэ.

9. Сонсголын мэдрэлийн невритийн үеийн толгой эргэлт чих шуугих, даамжран дүлийрэх шинжтэй хавсарч явагдана.

10. Гүүр-бага тархины хавдрын үед толгой эргэх шинж бараг ажиглагдахгүй, харин нэг талын чих шуугих, дүлийрэх, нүдний эвэрлэгийн рефлекс сулрах, нүүрний булчингийн саа, бага тархины тэнцвэрийн өөрчлөлтийн шинж гүнзгийрэх хандлагаар гарна.

11. Гавал-нурууны уулзварын гажиг /Арнольд-Киарийн хам шинж/ толгой эргэх, тэнцвэр алдах, хэл дультрах, залгихад хахаж цацах, нүдэнд доошоо чиглэсэн нистагм үүсэх зэрэг нэн тогтвортой шинжээр тодорхойлогдоно.

12. Суурийн мигрень өсвөр насны оксидод зөвхөн толгой эргэх хөдлөлөөр явагдах нь цөөнгүй тохиолдоно.

13. Чамархайн эпилепсийн уналтын өмнөх дохиоллын хэлбэрээр толгой эргэх шинж илрэх хэдий ч, энэ тохиолд хөдөлгөөн, мэдрэхүй, вегетатив өөрчлөлт хавсарч явагдана.

14. Тархины гадрын зулайн дэлбэнгийн гаралтай хамшинжийн үед толгой эргэх шинж бие гуйвах, дайвах,

заримдаа орон зайн баримжаалал алдах, бодис юмсын хэлбэр, хэмжээ өөрчлөгдөх зэрэг газрын хүрээний шинж тэмдгүүдтэй хавсарч илэрнэ.

Эмчилгээний зарчим: Эмчилгээний арга хэмжээг үндсэн өвчнийг эмчлэхэд чиглүүлнэ. Толгой эргэх хөдлөлийг дарах зорилгоор диазепам 2 мл, торекам 1-2 мл, церукал 2 мл, атропин сульфат 0.1%-1 мл-ээр тариагаар хэрэглэх нь үр дүнтэй. Эдгээр бэлдмэлүүдийг удаан хугацаагаар хэрэглэх нь үр дүнтэй. Эдгээр бэлдмэлүүдийг удаан хугацаагаар хэрэглэх нь тэнцвэрийн эрхтний физиологийн нөхөн зохицолтыг сааруулах сөрөг нөлөөтэй болохыг анхаарах нь чухал. Тэнцвэрийн тогтолцооны үйл ажиллагааг сэргээхэд хөдөлгөөний өвөрмөц иж бүрдмэл дасгалыг эрт эхлэх нь эмчилгээний шийдвэрлэх ач холбогдолтой.

Ном зүй

- 1. Adams R., Victor M. Principles of Neurology. --New York, 1997, 226-246
- 2. Gilroy J. Basic Neurology. --New York, 1990, 30-33
- 3. Samuels M. Manual of Neurologic Therapeutics, -Boston, 1995, 94-120

Танилцаж, нийтлэх санал өгсөн: Анагаахын шинжлэх ухааны доктор Д.БААСАНЖАВ

Монгол оронд нүдний алба хөгжсөн товч түүх, сохролыг судалсан байдал

*Р.Нямаа, Т.Булган, Э.Санжаа
Анагаах Ухааны Их Сургууль*

Монгол оронд шинжлэх ухааны үндэстэй нүдний нарийн мэргэжлийн тусламж ХХ зууны эхэнд хөгжиж эхэлсэн байна. Оросын газар зүйч эрдэмтэд П.К.Козлов, Г.Н.Потанин, П.А.Ровинский, В.А.Обручев, И.М.Майскийн эрдэм шинжилгээний анги, нян судлаач Д.К.Заболотный, Ю.Д.Талько-Грынцевич, И.Н.Ланг, Подбельский, Ф.Ф.Скашиван, М.Ф.Шрайбер, В.И.Шендриковский нарын эрдэм шинжилгээний ангиуд Монгол орныг судлах явцад европ эмнэлгийн анхны тусламж нэвтэрч эхэлжээ. 1907 онд Өргөө дэх Оросын консулын дэргэд байнгын эмч ажиллах болсон байна. 1909 онд уг эмнэлгийн хэсэгт Буриад гаралтай С.Б.Цэбектаров эмч ирж ажилласан бөгөөд элчингийн шугамаар орос руу мэс заслын болон нүдний эмч маш их шаардлагатай байгааг нэг бус удаа бичиж байсны үр дүнд хоёр удаа нүдний тусламж үзүүлэх эмч нар ирж байжээ. Хоёр сар ажиллаж 1000 гаруй хүнд үзлэг хийж 503 өвчтөнд хагалгаа хийснээс 314 хүн хараа орсон байна. Ийнхүү Монголын ард түмэнд анх удаа нарийн мэргэжлийн тусламж хүргэж, нүдний шинжлэх ухаан хөгжих суурь тавигджээ /7, 14/.

1925 онд Дотоод яамны дэргэд "Ардын эрүүлийг хамгаалах газар" байгуулагдан ЗХУ-аас нарийн

мэргэжлийн эмч нар ирсний дотор нүдний эмч нар байлаа. 1928 оны 11 дүгээр сарын 1-нд Улаанбаатар хотын төв больницод 8 ортой нүдний тасаг байгуулагдаж, тэр жилдээ 500-600 хүнд нүдний тусламж үзүүлжээ. 1930 онд 12-13 ортой нүдний тасаг, кабинетад орос нүдний эмч Бурдуков, Б.А.Цирлин, Орлов, Соболев, Дашевский нар, 1932-1935 онд О.Б.Гейликман, 1933 Е.П.Горская, 1935 онд Г.Е.Плимак нар ажиллаж байжээ /14/.

1940-1947 онуудад нүдний тасаг 25 ортой болж өргөжсөн бөгөөд туршлагатай эмч А.С.Баженов ажиллаж, МУИС-ийн анагаах ухааны факультетэд нүдний эмчээр лекц уншиж байв. 1947-1949 онуудад доцент Ц.Ю.Каменецкая ажиллаж үндэсний анхны эмч нарыг бэлтгэх сургалт явуулж байжээ. 1950-1954 онуудад С.Н.Булыгин, 1954-1962 онуудад В.Н.Бондаренко, 1954-1956 онуудад Е.А.Бурмистрова, 1956-1958 онуудад Н.И.Голубева, Е.В.Лохина, Г.И.Успенская нар үндэсний залуу эмч нарыг мэс засал, эмийн эмчилгээнд сургаж, хот, хөдөөгийн хөдөлмөрчдөд нарийн мэргэжлийн тусламж үзүүлж байжээ. Үндэсний эмч, мэргэжилтнүүд гадаадад мэргэжил дээшлүүлэх болсон төдийгүй эрдэм шинжилгээний ажилтныг Москвагийн Пироговын нэрэмжит АУИС, академич Н.Ф.Гамалейн нэрэмжит

халдвар, нян судлалын хүрээлэнд профессор Н.А.Плетнева, Анагаах ухааны академийн сурвалжлагч гишүүн Х.Х.Планельеса, профессор Э.С.Аветисов, А.П.Нестеров зэргийн удирдлаган дор үндэсний анхны эрдэмтэд төрөн гарсан юм /7/.

1931-1932 онд 7 аймагт хийсэн эрүүлжүүлэх экспедицийн үзлэгээр нүдний эмгэг 2.8-5.6% эзэлж байв. 1935-1940 оны өвчлөлийн байдалд конъюнктивит, трахома, кератит, зовхины эмгэг, нүдний мэдрэлийн хатингаршил зонхилж сохролд хүрдэг эмгэгүүд харьцангуй бага хувийг эзэлж байжээ /7/.

Манай оронд сохрол, сул хараанд хүргэдэг шалтгааныг судлах эрдэм шинжилгээний ажил 1930-аад оны сүүлчээс эхэлсэн юм.

О.Б.Гейликамань "Монгол дахь сохрох явдал, түүний шалтгаан" /1939/ бүтээл манай нүд судлалд үнэтэй байр суурь эзэлдэг юм. Судлаач 1932-1935 оны хооронд Архангай аймагт хийгдсэн эрүүлжүүлэх экспедицид хамрагдсан 1277 хүн, Улаанбаатар хотын амбулаторид үзүүлсэн 4811 өвчтөнд судалгаа хийж хараагүйд хүргэх шалтгаануудын дотор нүдний эвэрлэг бүрхэвчийн өвчин /44.4%/, тэмбүүгийн гаралтай нүдний өвчин /24.3%/, глауком /9.5%/, зэрэг нь хамгийн их хувийн жин эзэлж байна гэсэн дүгнэлтэнд хүрчээ /12/.

Эрдэмтэн В.В.Назаровын 1951 онд хийсэн судалгаагаар Монгол оронд сохролт хүргэх шалтгаан болсон эвэрлэг бүрхүүлийн өвчин /34.0%/, тэмбүүгийн гаралтай нүдний өвчин /33.8%/, глауком /17.3%/, трахома /4.7%/, тус тус эзэлж байна. Үүнийг О.Б.Гейликмань судалгаатай харьцуулан үзэхэд эвэрлэгийн өвчин буюу цагаа, тэмбүүгийн улмаас хараагүй болох явдал багассан боловч глауком өвчний хувийн жин харьцангуй өссөн байгаа нь ажиглагдаж байсан юм /7,13/.

Судлаач О.Б.Гейликман, В.В.Назаровын судалгаануудаас үзэхэд 1930-1950 оны үед хүүхдийн сохрол, сул хараа маш цөөхөн тохиолдож байсан байна.

1970-аад онд доктор Р.Нямаагийн 150 хараагүй хүмүүст судалгаа хийж үзсэн байдлыг авч үзвэл: глауком өвчин 75 /50%/, эвэрлэгийн үүл, сорви 24 /16%/, харааны мэдрүүлийн хоёрдогч хатингаршил 15 /10%/, торлог бүрхэвчийн дистрофи 11 /7.3%/, төрөлхийн ба удамшлын өвчин 9 /6%/, янз бүрийн гэмтэл 6 /4%/, судаслагийн үрэвслийн үлдэц 10 /6.7%/, тус тус эзэлж байсан байна.

Үүнээс үзвэл глаукомын улмаас сохрох явдал мэдэгдэхүйц өсч сохролын шалтгаанууд дотроос 1-р

байр эзэлж байна /7, 12, 13/.

1990-ээд оны сүүлчээр доктор Ж.Баасанхүү Хөвсгөл, Өмнөговь, Дорнод зэрэг аймагт 40-ээс дээш насны иргэдэд хийсэн судалгаа нь насанд хүрэгчдийн сул хараа, сохролын тархалт, шалтгааныг тодорхойлсон чухал ач холбогдолтой бүтээл юм.

Ж.Баасанхүүгийн судалгаагаар 40-ээс дээш насны хүмүүсийн 1.4% нь сохролтой, 7.7% сул хараатай, малчдын 15-50% нь цаг агаарын шалтгаантай кератопатитай бөгөөд энэ нь нийт сохрох шалтгааны 7.2%, сул харааны 19.3% эзэлжээ. Сохролд хүргэдэг катаракт 36%, глауком 35%-ийг эзэлж, хүн амын дунд 40-54 насанд катаракт ба кератопатийн хооронд эерэг хамааралтай, 55-80 насны хүмүүст урвуу хамааралтай, анхдагч хаалттай өнцөгт глаукомын тархалт анхдагч нээлттэй өнцөгт глаукомоос давамгайлж, 3-4 дахин их байгаа нь тогтоогджээ /2, 3, 10/.

Хүүхдийн хараа судлалын анхны кабинет 1954 онд Цэргийн эмнэлэгт, 1965 онд Хүүхдийн төв поликлиникт "Хүүхдийн нүдний кабинет" нэртэй байгуулагджээ. 1987 онд ЭНЭШТөвд анхны 30 ортой тасаг нээгдэж ажилласан билээ /9/.

Хүүхэд өсвөр үеийн харааны эмгэг, эмчилгээ, эрүүл ахуйн анхдагч суурь судалгаа 1980 оноос эхэлсэн байна. Монгол хүүхдийн сул хараа, сохролд хүргэж буй шалтгаан, түүний тархалтын талаар судалгаа ховор байгаа бөгөөд сул хараа, сохролд хүргэдэг нүдний гэмтэл, харааны эмгэгийн талаарх судалгаа хийгдэж эхэлсэн нь нэн чухал ач холбогдолтой байна. Тухайлбал: эрдэмтэн С.Манлайн судалгаагаар Улаанбаатар хот, тал хээр, уулын бүсийн зарим аймаг, хотын нийт 12948 хүүхдийг хамарсан судалгаагаар сургуулийн насны хүүхдэд хугарлын гажиг 20.2%-г эзэлж, судалгаанд хамрагдсан бүх хүүхдийн 41.3%-д миопи, 32.4%-д нь астигматизм, 26.3%-д нь гиперметропи тус тус илэрчээ.

Судлаач сул хараа, сохролд хүргэж хараагаар тахир дутуу болгох гол шалтгааны нэг миопи өвчин болохыг тогтоожээ. Уг хугарлын гажиг Улаанбаатар хотод 1000 хүүхдэд 109.2, аймгийн төвд 62.3, сумын төвд 36.1 тохиолдож байгааг дурьдаад сургуулийн болон өсвөр насны хүүхдийн харааны эмгэгүүдийн эзлэх хувь, эрүүл ахуйн асуудлыг хөндсөн байна /5/. Судлаач эрдэмтэн М.Алтанхүү "Хүүхэд өсвөр үеийн даамжрах миопийн мэс заслын хувилбар эмчилгээ" нэг сэдэвт судалгаандаа хүүхдийн сул хараа, сохролд хүргэдэг даамжрах миопитай 206 хүүхдийн 406 нүдэнд уураг бүрхүүл бэхжүүлэх мэс заслын хувилбар арга

нэвтрүүлж, миопи өвчний шинжилгээний болон мэс заслын эмчилгээний бүрдмэл аргыг боловсруулжээ. Өсвөр насны хүүхдийн даамжрах миопийн эмгэг жамын дагуу хийсэн мэс заслын эмчилгээ 92.6%-ийн үр дүнтэй байжээ /1/.

Судлаач эрдэмтэн М.Энхтуул ЭНЭШТ-ийн хүүхдийн нүдний тасагт 1987-1993 онд хэвтэн эмчлүүлсэн 557 нүдний гэмтэлтэй хүүхдэд хийсэн судалгаагаар нэвт гэмтэл 63.2%, битүү гэмтэл 14.9%, түлэгдэл 6.5%, нэвт биш гэмтэл 5.4%, дайвар хэсгийн гэмтэл 10.0%-ийг тус тус эзэлж байгааг тогтоож судалгаанд хамрагдсан хүүхдүүдийн 30.4% нь нүдний дотоод халдвартай байсан нь бусад улс орнуудынхаас 4-6 дахин их байна гэж үзжээ. Гэмтэл авсан хүүхдийн 42.3% сул хараа, сохролд хүрч байсан бөгөөд 12.3% нь нүд авахуулах мэс засал хийлгэсэн, 9.8% нь архаг увеиттай, 0.9% нь ханьсах үрэвсэл өгсөн нь анхаарал татаж байгаа юм. Үүний нэг шалтгаан нь гэмтсэн хүүхдийн 54.8% нь эмнэлгийн тусламж хожимдож авсантай холбоотой гэж үзсэн байна /8,11/.

Т.Булганы ЭНЭШТ-д хийсэн 2 жилийн /1988-1989/ судалгаагаар 1-16 насны хүүхдийн нүдний гэмтлийн хүндрэл, бүтцийн байдал тодорхойлогдсон байна. Судалгаанд нийт 1270 хүн хамрагдсаны 241 нь нүдний гэмтэлтэй /19%/ байсан ба хөвгүүд охидуудаас 3 дахин /эрэгтэй 76.8%, эмэгтэй 23.2%/ илүү гэмтсэн байжээ.

Судалгаанд хамрагдсан нийт хүүхдийн 58% нүдний алимны гэмтэл, 20% битүү гэмтэл, 10% дайврын гэмтэл, 8% түлэгдэл, 4% нэвтрээгүй гэмтэл байв. Гэмтлийн төрлөөр 0-3 насанд дайвар эрхтний гэмтэл, түлэгдэл, 4-7 насанд нэвт болон нэвтрээгүй гэмтэл, 12-16 насанд битүү гэмтэл зонхилж, хурц үзүүртэй зүйлээр 31.6% үүсгэгдэж, битүү гэмтэл ихэнхдээ чавх, чулуу, төмөр, мод, цаасаар үүсгэгдсэн, түлэгдлийн 75% нь ахуйн гаралтай байжээ. Хавар, зуны цагт нийт гэмтлийн 66.2% тохиожээ.

Гэмтэгсдийн 31.4% болорын цайлт, 28.5% идээт үрэвсэл, 25.7% ширгэлт үүссэн нь сул хараа, сохролд хүргэх нөхцөл болжээ /4/.

Д.Мөнхбаярын нүдний хавдрын чиглэлээр хийсэн судалгаагаар харах эрхтний хавдар насанд хүрэгсдэд 0.77%, хүүхдэд 2.27% эзэлж залуужиж байгаа нь тогтоогдон нүдэн доторх хавдар ретинобластом нийт хорт хавдрын 51.3%-ыг эзлэхийн зэрэгцээ 2-3 насанд 26.4% тохиож байгааг тогтоожээ /6/.

Ийнхүү үндэсний болон Оросын эрдэмтэд Монгол орны сохрол, сул хараанд хүргэж болох өвчин

эмгэгүүдийг судлан ирсэн билээ.

Дүгнэлт

Монгол оронд нүд судлалын чиглэлийн үүсэл хөгжлийг дараах байдлаар ангилж болох юм.

1. 1909-1928 он шинжлэх ухааны үндэстэй нүдний тусламж үүсэж эхэлсэн үе
2. 1928-1939 он Зөвлөлт Орос улсын мэргэжилтнүүдийн тусламжтайгаар нүдний алба бүрэлдсэн үе
3. 1939-1949 он Зөвлөлт Орос улсын мэргэжилтнүүдийн тусламжтайгаар шинжлэх ухааны үндэстэй судалгаа хийгдэж, үндэсний боловсон хүчинтэй болж эхэлсэн үе.
4. 1949-1969 он Үндэсний боловсон хүчин бүрэлдсэн үе
5. 1969-2000 он Үндэсний эмч мэргэжилтнүүдээр бэхжин, үндэсний эрдэмтэд гарч ирсэн үе.

Ном зүй

1. Алтанхүү М., Санжаа Э., "Хирургическое лечение миопии", Тезисы Докладов научно-практической конференций по актуальным проблемам педиатрии, акушерства и гинекологии, Улаанбаатар, 1989, стр. 61-62
2. Баасанхүү Ж., "Хөвсгөл аймгийн хүн амын дунд хийсэн глауком өвчний судалгааны үр дүн", АУИС-ийн багш нарын Эрдмийн чуулган 38, Улаанбаатар, 1996, х
3. Baasakhuu J., Johnson G.J. et al., Prevalence and causes of blindness and visual impairment in Mongolia, Bull WHO, 1994, 72, 771-6
4. Булган Т., "Хүүхдийн нүдний гэмтэл", Нүдний эмнэлгийн тусламжийн алба байгуулагдсаны 70 жилийн ойд зориулсан эрдэм шинжилгээний бага хурлын материал, Улаанбаатар, 1993,23
5. Манлай С., "Некоторые вопросы клинико-гигиенического исследования состояния зрения школьников МНР", Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, 1980, 5, 21-22
6. Мөнхбаяр Д., "Нүд түүний дайвар хэсгийн хавдрын тохиолдол, эмнэлзүй, оношлогоо, эмчилгээний асуудал", Анагаах ухааны магистрын зэрэг горилсон бүтээлийн хураангуй, 1999
7. Нямаа Р., "Манай оронд нүдний өвчлөлийн динамикийн зарим үзүүлэлт", Монголын Эрүүлийг Хамгаалахын 55 жилийн ойн хурлын материал, Улаанбаатар, 1976.

8. Санжаа Э., Янжиндулам Д., Энхтуул М., "Гэмтлийн дараах нүдний субатрофийн шалтгаан, эмнэлзүй, эмчилгээний асуудал", Хүүхдийн нүдний тасаг байгуулагдсаны 5 жилийн ойд зориулсан Эрдэм шинжилгээ, онол практикийн анхдугаар хурлын илтгэлийн хураангуй, Улаанбаатар, 1992, х.8-10

9. Санжаа Э., Алтанхүү М., "Хүүхдийн нүдний тасгийн 5 жилийн үйл ажиллагаанд хийсэн судалгаа, цаашид хөгжүүлэх зорилт", Хүүхдийн нүдний тасаг байгуулагдсаны 5 жилийн ойд зориулсан Эрдэм шинжилгээ, онол практикийн анхдугаар хурлын илтгэлийн хураангуй, Улаанбаатар, 1992, х.17-20

10. Фостер П., Жонсон Г., Баасанхүү Ж., "Монгол оронд тохиолдож байгаа глауком өвчний тархалт, үндсэн хэлбэрүүд", Нүдний эмнэлгийн тусламжийн алба байгуулагдсаны 70 жилийн ойд зориулсан эрдэм шинжилгээний бага хурлын материал, Улаанбаатар,

1998

11. Хватова А.В., Санжаа., Энхтуул М., "Хүүхдийн нүдний гэмтлийн онцлог", Хүүхдийн нүдний тасаг байгуулагдсаны 5 жилийн ойд зориулсан эрдэм шинжилгээний онол практикийн анхдугаар хурлын илтгэлийн хураангуй, Улаанбаатар, 1992, х.3-6

12. Гейликман О.Б., "Слепота в МНР и её причины" Вестник офтальмологии, №2, 1939. 69-75

13. Назаров Н.Н., "Опыт изучения заболеваемости глазными болезнями в МНР", 1951

14. Немой А.С., "Советские медики в Монгольской Народной Республике", 1978, х. 18-21

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

Эмч нарт зориулав

Кесар хагалгаа хийхэд баримтлах зарчим

Б.Жав, Ж.Лхагвасүрэн **Анагаах Ухааны Их Сургууль**

Орчин үеийн эх барихын шинжлэх ухаанд кесар хагалгаа онцгой байрыг эзэлж, түүний давтамж нэмэгдсээр байна. 1970 онд ЗХУ-д нийт төрөлт 0.5-1%, байсан бол 1987 онд 5-7% болж өсчээ. Сүүлийн жилүүдэд эх материалаас үзэхэд кесар хагалгааны давтамж Баруун Европын орнуудад 12-16%-д, Канадад-19%, АНУ-д 25%-д хүрээд байна. Монгол улсад нийт төрөлтийн 8%-д кесар хагалгаа хийж байна.

Перинаталь тавилан ба кесар хагалгааны давтамжийг хооронд нь харьцуулахад кесар хагалгаа хийж төрүүлэх үйлдэл лавширч ихсэх тутам перинаталь тавилан сайжирдаггүй байна. Ийм учраас кесар хагалгааны хамгийн зохимжтой давтамж л перинаталь үзүүлэлтүүдэд эерэг нөлөөлнө. Кесар хагалгааны давтамжийн тоо нэмэгдэх нь жирэмсний, төрлөгийн ба нярай хүүхдийн байдалд эерэг нөлөөлөхгүй, перинаталь үзүүлэлтүүдийг зохицуулах боломж бүрдэхгүй юм.

Хэвлийгээр төрүүлэх үйлдлийн давтамж ихсэхийн хэрээр эхийн талаас мэс заслын дараахь янз бүрийн хүндрэл буй болдог. Эдгээр хүндрэлүүдийн бүтцэд идээт-үжлийн өвчин 5-42%-ийг эзэлж, эхийн эндэгдлийн эрсдэл 10-12 дахин ихэсдэг байна. Дээр дурдсанаас үндэслэж кесар хагалгааны заалт, нөхцөл,

эсрэг заалт, мэс засал хийх хамгийн тохиромжтой хугацаа, мэс заслын аргыг зөв сонгох, мэс засал хийх техникийг чанд сахих шаардлага зүй ёсоор тавигдаж байна.

Уламжлал ёсоор кесар хагалгаа хийх заалтуудыг туйлын ба харьцангуй гэж хуваана. Төрөх замаар төрүүлэх боломжтой хэдий ч эхийн эрүүл мэнд ба аминд аюул тулгарсан, хүүхдийн эндэгдэл буюу перинаталь гэмтлийн эрсдэл өндөртэй байхад кесар хагалгааг ихэвчлэн харьцангуй заалтаар хийдэг талтайг үгүйсгэхгүй. Харьцангуй заалтуудыг эхийн ба ургийн талаас хамааралтай хоёр бүлэгт хуваана.

Эхээс шалтгаалах харьцангуй заалт: /эхийн заалт/
-эмэн эмчилгээнд үр дүнгүй төрөх үйл ажиллагааны гажиг

-эмнэл зүйн уйтан аарцаг

-умайн тулгарсан урагдал

-түрүүнд нь хийгдсэн кесар хагалгааны дараахь умайн сорвийн хэврэгшилт

-эмэн эмчилгээнд үр дүнгүй эсхүл гестозын хүндрэлүүдтэй ХУД-ын гестозын хүнд хэлбэрүүд

-төрөлтөнд төрөх зам бэлтгэгдээгүй байхад ихсийн

бүрэн биш түрүүлэлттэй цус алдах

-түрүүнд нь шээс бэлгийн ба гэдэс-бэлгийн цоорлын учраас мэс засал хийлгүүлсэн.

-эрхтэн-тогтолцооны хүнд явцтай өвчнүүд /

Лекц, тойм, зөвлөгөө

хүндэрсэн харалганы хүнд, өндөр зэрэг, нүдний торлогийн ховхрол, зүрх-судасны ба амьсгалын тогтолцооны эзэнгшилгүйн шатны өвчнүүд/

-ургаас шалтгаалах харьцангуй заалтуудад / хоёрдугаар бүлэг/ хамаарагдах зүйлс

-хэвлий дэх ургийн хүчилтөрөгчийн дутмагшил

-бөгс түрүүлэлт

-ургийн зөв биш байрлал

-эх барих-эмэгтэйчүүдийн ужиг өчил /удаан хугацааны үргүйдэл, умайн гадуурхи жирэмсэн, амьгүй төрөлт, зохиомол үр хөврөл тогтоолт, бүрдүүлэлт, 28-аас дээш настай тулгар төрөгчид/

-хүйн гогцооны түрүүлэлт ба унжилт, илүү тээлт / эх барихын бусад эмгэгтэй хавсарвал/

-ихэр жирэмсэн эхний ураг нь хөндлөн байрласан эсхүл бөгс түрүүлсэн байх/

Орчин үеийн нөхцөлд хэвлийгээр төрүүлэх үйлдлийн 60%-ийг ургийн, 5%-ийг эхийн, хавсарсан талын 35%-ийн заалтаар хийж байна. Мэс засал эхийн ба ургийн эрүүл мэндийг хамгаалах үүднээс хийгддэг учраас харьцангуй заалтаар хийхдээ эсрэг заалтууд, нөхцлийг заавал тооцно.

Туйлын заалтаар кесарын хагалгааг ховор буюу төрөх замаар түрүүлэхэд амь насанд үхлийн аюул тулгарсан тохиолдолд хийнэ. Ийм тохиолдлууд:

-туйлын уйтан аарцаг

-ихсийн бүрэн түрүүлэлт

-төрөх зам бэлтгэгдээгүй байхад хугацаанаас өмнөх ихсийн ховхрол

-умаин эхэлсэн урагдал

-үтрээн сорвижсон уйтрал

-аарцгийн ясны хавдрууд

-умаин хүзүүний хавдрын ур

-өндгөвчийн хавдрууд

-умаин хүзүүний өмөн

Хэвлийгээр төрүүлэх үйлдлийг дараахь нөхцлүүдэд хийнэ.

-ураг амьд, амьдрах боломжтой

-ямар нэгэн байршилтай халдвар байхгүй

-кесар хагалгаа төдийгүй умай авах мэс заслын техник эзэмшсэн мэс засалчтай, мэс заслын тоноглогдсон өрөө, хэрэгсэлтэй байх

-мэс засал хийлгүүлэхийг эмэгтэй зөвшөөрсөн

Харьцангуй заалтаар кесар хагалгаа хийхдээ доор дурдсан эсрэг заалтуудыг заавал харгалзан үзэж, тооцно.

-амьгүй төрөх эрсдэл өндөртэй ургийн хүчилтөрөгчийн хүнд явцтай дутмагшил

-эхийн хэвлийд ураг эндсэн

-амьдралд нийлэмжгүй ургийн хөгжлийн гажгууд: тархигүй, усан ба бичил тархитай, тархины ивэрхий, нугасны ивэрхий-spina bifida, халдвар гарах бодит боломжтой эсхүл эмнэлзүйн мэдэгдэхүйц халдвартай

Эхийн амьдралын заалтаар төрүүлэхдээ эсрэг

заалтуудыг тооцохгүй. Эдүгээ кесар хагалгааны хүрц нь нийтээр зөвшөөрөгдсөн умайн доод таславчинд хийгдэх хөндлөн зүслэг юм. Умайн их биед дагуу зүслэгийг нэн ховорхон, маш нарийн заалтаар хийнэ.

-түрүүчийн хийлгүүлсэн кесар хагалгааны умайн сорвийн хэврэгшилт

-үлэмж хэмжээний наалдацтай эсхүл умайн доод таславчны орчмын венийн судасны өргөсөлт

-кесар хагалгааны дараа умайг зайлшгүй авах тохиолдол

Умайн хананы зүслэгийг оёх хэд хэдэн хувилбарт аргууд байдаг:

1. Ельцов-Стрелковын хувилбараар-умаин салстыг нэвт хатгаж салст булчинг тусад нь оёхдоо утсыг умайн хөндийн талд зангидна. Хоёрдугаар эгнээ оёдол-булчинг булчинтай нийлүүлж тусад нь оёно. Энэ аргыг ховор хэрэглэнэ.

2. Умайн биений салстыг оруулахгүйгээр, булчинг булчинтай нь нийлүүлсэн хоёр эгнээ оёдол

3. Хоёр эгнээ тасралтгүй үргэлжилсэн оёдол: эхний-булчин-салст, хоёрдогч-булчин-булчингийн

4. Нэг эгнээ булчин-булчингийн зангилаат оёдлууд. Оёх энэ аргыг гадаад орнуудын эх барих-эмэгтэйчүүдийн эмч нар өргөн хэрэглэж байна. Энэхүү аргыг хэрэглэдэг хүмүүс ингэж баталгаажуулж байна. Үүнд: хэд хэдэн эгнээ ба хүчтэй чангалж татсан оёдлууд мэс заслын дараах шархны орчмын умайн цусан хангамжийг хямралд оруулдаг, умай агшихад-оёдлын материал нэг дор ихээр хуримтлана, үүнээс болж хэсгийн хүчилтөрөгчийн дутмагшил үүснэ, судасжилт хангалтгүй явагдана, холбогч эдээс тогтсон сорви буй болсноос сорви хэврэгшинэ. Харин булчинг-булчинтай нийлүүлж нэг эгнээ оёдлууд тавихад хэсгийн эдийн хүчилтөрөгчийн дутмагшил үүсэхгүй, сайн судасжина, умайн булчингийн төлжилт бүрэн явагдана.

Эх барихын мэс заслын маргаантай, гүйцэд шийдвэрлэгдээгүй асуудал нь оёдлын хамгийн тохиромжтой материалын эрэл, хайлт юм. Эдэд гэмтэл бага учруулдаг, умайн шархны ирмэгүүдийг найдвартай бат бэх нийлүүлдэг, хэсэг орчимд үрэвслийн урвал үүсгэдэггүй оёдлын материал маш шаардлагатай билээ.

Сүүлийн жилүүдэд Джоэл-Кохены хэвлийн нээлтийг ашиглаж Штаркийн хувилбарт аргаар кесар хагалгаа хийх нь илүүтэй хэмээн үзэж байна. Энэ үед умдаг-хүйсний хоорондох дунд шугамын дагуу хөндлөн зүслэгээр хэвлийн хөндийг нээнэ. Энэхүү хүрц нь хэвлийн хөндийд хүрэхэд бараг цус алдахгүй байх нөхцөл бүрдүүлнэ. Умайг, хэрэглэж хэвшсэн хувилбараар нээнэ, гэхдээ нэгэн эгнээ оёдлоор оёж, гялтанжуулахгүй. Хэвлийн өмнө хананд умайн зүслэгийн орчимд цусан бундуу үүсэх давтамж маш бага, мөн мэс заслын дараахь хүндрэл болох идээт

үжлийн давтамж мэдэгдэхүйц буурна. Ийнхүү тухайн аргыг өргөн хэрэглэдэг утга учир нь оршино.

Кесар хагалгаа нь хэрэгжүүлэхэд энгийн мэс атлаа мэс заслын хамгийн осолтой үйлдэл бөгөөд мэс заслын явцад янз бүрийн бэрхшээл, хүндрэлүүд үүсч болно.

Хэвлийн хөндийг маш болгоомжтойгоор үечилж нээснээр хүндрэлээс зайлсхийнэ, өөрөөр хэлбэл сорвижилт-наалдацын процесс үүсэхээс /давсагны, гэдэсний хананы гэмтэл/ сэргийлнэ. Мэс заслын үед судасны багц гэмтсэнээс эсхүл умайн агшилт суларснаас цус алдана. Судасны багц гэмтэхээс зайлсхийх зорилгоор умайд хийх зүслэгийг түүний доод тасвалчийн гол төвд, тал сар хэлбэрээр дээш нь нум маягтай хийнэ. Оёдол тавьсны дараа умайн агшилтанд үнэлгээ өгнө. Умайн агшилт суларснаас цус алдвал агшаах эмийг давтан хэрэглэнэ, умайд иллэг хийнэ. Хэрэв үр дүнгүй юм уу цусны бүлэгнэлтийн эмгэг үүсвэл умайг авна.

Мэс заслын нэлээд ярвигтай хүндрэлүүдийн нэг нь ходоод доторх хоолны хэсгээр бөөлжиж-бөөлжсөний масс амьсгалын замд, уушгинд нэвтэрч орсноос үүсдэг бөглөрлийн хам шинж юм. Бөглөрснөөс цагаан мөгөөрсүүд агчина, тагларна. Ингэснээр зүрхний ба амьсгалын хурц дутагдал үүснэ. Хам шинжээс сэргийлэх зорилгоор антацидны хэрэгслүүд /анатацид, тагомет/ хэрэглэнэ. Наркоз өгөхөөс өмнө ходоод угаана.

Доод хураагуурын хам шинж үүсэхээс сэргийлж төрөгчийг, мэс заслын ширээн дээр ширээний зүүн ирмэгний налуу 15 хэм байхаар хэзгийг хэвтүүлнэ, хүүхдийг гаргасны дараа эмэгтэйг ширээн дээр эгц дээш нь харуулж байрлууна.

Хэвлийгээр төрүүлэх үйлдлийн явцад ихэвчлэн цагаан мөгөөрсний дотуурх ба перидураль /эпидураль/ мэдээгүйжүүлгийн арга хэрэглэнэ. Төрөгчийн ба ургийн ерөнхий байдалд үнэлгээ өгсний болон мэс заслын яаралтай эсэхийг тодорхойлсны үндсэн дээр мэдээгүйжүүлэх аргаа сонгоно.

Ихэвчлэн азотын исмэгийг хүчилтөрөгчтэй, нейрорелептикийн, аналгетикийн хэрэгслүүд, миорелаксант зэргийг хослуулсан цагаан мөгөөрсний мэдээгүйжүүлгийг хэрэглэнэ. Перидураль мэдээгүйжүүлгийн давуу талууд: ухаан санаа хэвийн, бие даасан өөрийн амьсгалтай, ургийн талаас сөрөг урвал байхгүй, умайн артерүүд ба ихсийн ураг талын захын судасны эсэргүүцэл буурна. Ийм учраас эх доторхи ураг удаан хугацаагаар ядралын байдалд /ихсийн архаг дутагдал, хүчилтөрөгчийн архаг дутмагшил, эх дотроо ургийн өсөлт баригдах/ байхад перидураль мэдээгүйжүүлэлтийг хэрэглэвэл илүү ашигтай. Энэ хэлбэрийн мэдээгүйжүүлгийг хүнд хэлбэртэй ОРН-гестозын жирэмсэн ба амьсгалын тогтолцооны архаг өвчнүүдтэй байхад хэрэглэвэл

илүү үр дүнтэй.

Кесар хагалгааны явцад дунджаар 700-800 мл, зарим үед үүнээс их цус алдана. Цус сэлбэх шаардлага тэр бүр гардаггүй. Цус сэлбэлтийг нарийн заалтаар хийнэ. III зэргийн төмөр дутагдлын цус багадал, уургийн багадал /50г/л-ээс бага/, судсанд цус түгээмлээр бүлэгнэх хам шинж, хүнд хэлбэрийн ОРН-гестоз. Биеийн жингийн 0.9-1% цус алдахад алдсан цусны 50-70%-ийг цусаар нөхөн сэлбэнэ. 1-1.5% алдахад 80%-ийг 1.5%-иас дээш алдвал алдсан цусыг 100% нөхөн сэлбэнэ. Хүндрэлгүй явагдаж байгаа кесар хагалгааны явцад цусыг шингэнээр орлуулан нөхөж болно. Мэс заслын явц дахь бие махбодын физиологийн хамгаалалтын хүчин зүйлс нь: коллойд-осмосын өндөр даралттай шингэнг сэлбэснээр эсүүдийн хооронд орших шингэн судас дахь цусны урсгалд орж биед эргэлдэх сийвэнгийн хэмжээг ихэсгэнэ. Мэс заслын явцад сэлбэх шингэн реополиглюкин /800 мл/ ба кристаллойд уусмалын /400 мл/ харьцаа 2:1 байна.

Мэс заслын дараахь идээт-үжлийн хүндрэлээс бүрдмэлээр сэргийлэх арга хэмжээ авах зорилгоор хүндрэлүүд үүсч болохуйц эрсдэл өндөртэй бүлэгт хамаарагдах нялх биетэй нярайлсан төрсөн эхчүүдэд урьдчилан хамгаалах зорилгоор антибиотик эмчилгээ хийнэ. Хамгийн үр дүнтэй нь 4-5 үеийн цефалоспорины ба фторхинолоны бэлдмэлүүд юм.

Орчин үед кесар хагалгааны давтамжийн бууралтын нөөц нь түрүүнд хэвлийн хүрцээр төрүүлснээс умайдаа сорвитой жирэмсэн эмэгтэйчүүдийг төрөх замаар төрүүлэх боломж юм. Энэхүү зорилтын үүднээс жирэмсний хугацаа гүйцсэн нөхцөлд үтрээний мэдрүүлэгтэй чанд авиан буюу өндөр мэдээлэл бүхий багажийн оношлогооны аргууд ашиглаж умай дахь сорвийн байдлыг нарийвчлан судалж үнэлнэ. Умайн хананы зүслэгийн бүрэн эдгэрсэнг илтгэх чанд авиан шинжилгээний шалгуурууд: доод таславч У маягийн хэлбэртэй, түүний зузаан 3-5 мл-ээс багагүй, умайн булчингийн ЭХО бүтэц нэгэн жигд ба умайн контур /зааг/ тасархайтаагүй байна. Доод таславч мэдэгдэхүйц нимгэрсэн, түүний хэлбэр алдагдаж зөв биш болсон ба ЭХО нягтрал ихэссэн байх нь сорви хэврэгшсэнг илтгэнэ. Мэс заслын дараахь үе хэвийн явагдсан тохиолдолд умайн хананы зүслэг бүрэн төлжинө. Ингэсэн нөхцөлд төрөх замаар төрүүлэх боломжтой. Нягталж сонгосон бүлгийн эмэгтэйчүүдийн төрөлтийг дараахь нөхцлүүдтэй байхад төрөх замаар төрүүлж болно.

-тодорхой заалтаар умайн доод таславчинд хөндлөн зүслэгээр нэг удаа кесарын хагалгаа хийлгүүлсэн

-түрүүчийн төрлөгүүдийн мэс заслын дараахь явц хүндрэлгүй явагдсан.

-ургийн толгойн түрүүлэлт зөв тавилт
-ургийн хэмжээнүүд дунд зэргийн, түүний байдал сайн байх

-төрөгчийн аарцгийн хэмжээнүүд хэвийн
-сорвийн гадна ихэс байрлаж бэхлэгдсэн
-сорвийн байдал хангалттай /сайн эдгэрсэн/

Дээрх нөхцлүүд байхгүй бол төрлөг ойртмогц, зохистой хугацаанд кесар хагалгааг давтан хийнэ.

Бүх боломж бүрдсэн, сайтар тоноглогдсон, мэс заслын хэсгийг бэлэн болгож дэлгэсэн, томоохон эмнэлэгт төрөлтийг төрөх замаар удирдаж явуулна. Төрөх үйл ажиллагаа аяндаа өрнөж явагдахгүй байвал даавраар суурин бэлтгэл хийсний дараа нарийвчилж боловсруулсан хөтөлбөрийн дагуу төрлөгийг удирдана. Төрлөгт умайн хүзүү бүрэн бэлтгэгдсэн байвал ураг орчмын шингэний бүрхүүл гэрийг цоолно. Төрөлтийн явцад төрөх үйл ажиллагааны шинж чанарыг, ургийн болон умайн сорвины байдлыг нарийвчилж хянана. Үүний тулд гадна эсхүл дотор талын токографийг, ургийн байдлыг удаан хугацаанд хянах мониторинг ашиглана. Умай агшаах эмийг нэг цагийн турш маш болгоомжтойгоор хяналтанд хэрэглэнэ. Үр дүнгүй бол кесар хагалгаа давтан хийнэ. Хэрэв төрлөг төрөх замаар явагдвал хойтхи салж гарсны дараа умайн бүтэн байдлыг тодорхойлох зорилгоор умайн хөндийг гараар шалгана.

Умайдаа сорвитой сонгомол бүлгийн жирэмсэн

эмэгтэйчүүдийн төрлөгийг төрөх замаар үр дүнтэй удирдахад амжилт нь 5-90% байж болно. Ийнхүү дурдсан нөхцөлд төрөх явцад умайн урагдал 0.09-1% үүсэх талтай.

Эцэст нь дүгнэхэд төрүүлэх бүх мэс заслын үйлдлүүдийн дотор эхийн ба ургийн хувьд жирэмсний болон төрлөгийн тавиланд кесар хагалгаа хамгийн ашигтай, давамгайлах үүрэг гүйцэтгэнэ. Гэхдээ мэс заслын дараахь хүндрэлүүдийн давтамжийг бууруулахын тулд хэвийн хүрцээр кесар хагалгаа хийж төрүүлэх үйлдлийг нарийвчилсан заалтаар, цаг хугацаанд нь, бүхий л эсрэг заалтуудыг заавал бодолцсоны үндсэн дээр, зайлшгүй нөхцлүүдийг мөрдлөг болгож, мэс заслын зөв аргыг сонгосон байвал зохионо.

Ном зүй

- 1.Б.Жав, Т.Эрхэмбаатар, Ж.Лхагвасүрэн Төрөлтийн биомеханизм, Кесар хагалгаа УБ.1990. х.32-133
- 2.Кулаков В.И.со авторами. Руководство по безопасному материнству М.1998.с 140-176
- 3.Стрижаков А.Н. со авторами Избранные лекции по акушерству и гинекологии. Ростов-на-Дону 200 с.183-227
- 4.Нисвандера К, Эванса А. Акушерство. Справочник Калифорнийского университета. М.1999 с. 547-548

Танилцаж, нийтлэх санал өгсөн:
профессор Б.Шижирбаатар

Улаан хоолой, ходоодыг нэгэн үйлдлээр хүзүүний хэсэгт залгасан тохиолдол

Н.Нямдаваа

Я.Эрдэнэ-Очир

Хавдар судлалын төв,

Улаан хоолойн өмөндөх өвчлөл ихтэй атлаа хожуу оношлогддог манай улсын нөхцөлд өвчтөний нас, дагалдах өвчин, хагалгааны дараа гарч болох хүндрэл, унттуулга, сэхээн амьдруулах тусламжийн өөрийн орны өнөөгийн нөхцөл боломжид тулгуурласан мэс засал эмчилгээний илүү үр дүнтэй арга, техник, технологийг нэвтрүүлэх нь одоогийн тулгамдсан асуудал болоод байна.

Бид өөрийн оронд анх удаа улаан хоолойг ходоодоор нэгэн үйлдлээр хүзүүний хэсэгт амжилттай залгасан зургаан тохиолдлын талаар мэдээлэх зорилт тавьсан юм.

Энэхүү мэдээллийн өмнө улаан хоолойг ходоодоор нөхөн сэргээх арга хөгжсөн түүх, боломж, үр дүнгийн талаар эрдэмтэн судлаачдын үзэл бодлыг

хэвлэлийн тойм ашиглан товч танилцуулах нь зүйтэй гэж үзэв.

Тайрагдсан улаан хоолойг ходоодоор орлуулан сэргээж болох тухай анх Biondie-гийн сэдсэн санааг В.Д.Добромыслов, Gosset нар дэмжин өөрсдийн бүтээлд /1902-1903/ тэмдэглэж байсан боловч Mikulich, Sanerbrach, Volkog нар клиникт тууштай нэвтрүүлсэн тухай А.А.Русанов /1974/ тэмдэглэсэн байна.

Мэс заслын энэ аргыг тухайн үед улаан хоолойн доод хэсгийг тайрсан тохиолдолд хэрэглэж байв.

Харин бүтэн ходоод ашиглан улаан хоолойг орлуулан /өвчүүний урдуур/ нэгэн үйлдлээр хүзүүний хэсэгт залгах хагалгааг 1920 онд клиникт анх удаа Krihner хэрэглэсэн байна. Kreshner-ийн боловсруулсан арга техник түүнээс хойшхи 30 жилд улам боловсронгуй болж К.Nakayama энэ аргаар олон зуун өвчтөнд хагалгааг амжилттай хийжээ. /А.Ф.Черноусав ба бусад1990/

Улаан хоолой ходоодыг нэгэн үйлдлээр залгах

аргын цаашдын хөгжилд J.H.Carlock, R.H.Sweet, J.Lewis нар үнэтэй хувь нэмэр оруулсан байна./ В.С.Рогочева 1968/.

ЗХУ-д /хуучин нэрээр/ анх удаа Б.В.Петровский 1946 онд тайрагдсан улаан хоолойг цээжний хөндийд ходоодоор орлуулан нэг үйлдлээр залгах хагалгааг амжилттай хийснийг А.А.Русанов, В.И.Казинский, С.С.Юдин, А.Г.Савиных, Е.А.Березова зэрэг нэрт мэс засалчид үргэлжлүүлэн /Б.Доржготов, 1965/ хөгжүүлсэн байна. Ийнхүү улаан хоолойн мэс засал эмчилгээний талаар мэс засалчид тодорхой дүгнэлт гаргахуйц туршлага хуримтлуулж улаан хоолой ходоодыг нэгэн үйлдлээр цээжний хөндийн аль ч хэсэгт залгах боломжтой болохыг зарчмын хувьд нотолжээ. Гэвч мэс засалчид хүнд бэрх байдал, ярвигтай бэрхшээлүүдтэй тохиолдсоор байв. Энэ нь ходоодны орох хэсгийн /кардиальный отдел/ цусан хангамж ядмагаас дам суулгац болгон авсан /трансплантат/ ходоодны хана үхжих, цээжний хөндийн хүрцийн үед угаас хоол орохгүйн улмаас ядарч туйлдсан өвчтөнд хүндрэл гарах нь элбэг, нөгөө талаас бүтэн ходоод хүзүүний хэсэгт тэр болгон хүрэхгүй байдагтай холбоотой юм. Дээрх байдлаас үүдэлтэй цээжний хөндийд хийгдсэн улаан хоолой ходоодны залгаасанд гарах хүндрэлээс сэргийлэхийн тулд аль эрт мартагдсан цээжний хөндийг нээхгүйгээр өрцөөр дамжин улаан хоолойд хүрэх Лева, Савиных нарын хүрцийг эргэн сонирхох болов.

Японы мэс засалчид бүтэн ходоодоор улаан хоолойг тэр үед ч амжилттай нөхөн сэргээж байсан төдийгүй дам суулгац болгон авсан ходоод хүзүүний хэсэгт татагдалт багатай хүрч үхжих хүндрэл бараг гарахгүй байснаас хагалгааны дараахь үр дүн бусад орнуудынхаас харьцангуй өндөр байлаа.

Японы мэс засалчдын энэхүү амжилтыг тухайн үед Европ, Америкын эрдэмтэд Азийн хүн амын бие бүтцийн онцлогтой /хүзүү, цээж богино/ холбож баруун орнуудын хүмүүсийн хүзүү урт байдгаас ходоодон дам суулгац богинодож хүзүүний хэсэгт залгалт хийх боломжгүй болгож байна гэж үзэж байв /Б.В.Петровский, 1950; Garlock, 1948/.

Барууны мэс засалчид голтын арын зай, цээжний хөндийн арьсан дор хаана ч бай бүтнээр байрлуулсан ходоодон дам суулгацын цусан хангамжаар ядмаг ходоодны орох хэсэгт хана нь үхжсэнээс өвчтөн нас барах хүртэл хүндрэл цөөнгүй тохиолддог талаар өөрсдийн бүтээлд тэмдэглэжээ /А.А.Русанов, 1955; J.Garlock 1948/. Цээжний хөндийд нэг үйлдлээр ходоод улаан хоолойн залгалт хийлгэсэн 133 өвчтөнөөс хагалгааны дараа нас барсан 53 тохиолдолд судалгаа хийхэд бүгдэд ходоодны хана

залгаас хэсэгт үхжсэнээс болсон байв /Д.В.Федоткин, 1963/.

Б.В.Петровский /1950/, В.И.Казанский /1973/, А.А.Русанов /1974-1978/ нар дээрх хүндрэлээс сэргийлэхийн тулд цусан хангамжийн алдагдалд илүү өртдөг ходоодны ёроол ба орох хэсгийг нь тайрах нь зүйтэй гэж үзсэнийг Э.Н.Ванцян, О.Скобелкин /1975/, А.А.Шалимов /1979/, К.Ж.Мусалманбеков /1982/, Н.Аkiyama /et. al. 1984/ нар дэмжиж, В.С.Сильвестров /1983/ ходоодны ёроол ба орох хэсгийн хамт түүний бага махиаг хамт тайрах санал дэвшүүлсэн нь бүр 1940-өөд оны сүүлч 1950-иад оны эхэн үеэс анх бүтэн ходоодоор биш харин түүний их махнаас зориуд "нэг ёсондоо" ходоодон гуурс бүтээж улаан хоолойтой залгая гэсэн саналыг эргэн санагалзсаных бөгөөд энэ үед дам суулгац хангалттай урт, цусан хангамж харьцангуй сайн байдгаас түүний хана үхжих боломжийг бууруулах зэрэг олон сайн талтай юм.

Ходоодон гуурсыг чухам ямар маягаар гаргах нь зүйтэй эсэх асуудал мэс засалчдын дунд одоо ч маргаантай асуудал хэвээр байна. Дам суулгацыг ходоодны их махианаас эсрэг агшилттайгаар бэлдэх Derage, Beck, Garrel нарын саналыг Ю.Я.Галлерн /1912/, И.М.Грекова /1922/, D.Gavrili /1965/ нар дэмжин дэлгэрүүлсэн юм.

D.Gavrili энэ аргаар 1970 он гэхэд 440 өвчтөнд хагалгаа хийж ходоодны их махиаг ашиглан хийсэн эсрэг агшилттай дам суулгац нь улаан хоолойг бүхэлд нь орлуулж болох хангалттай уртаас гадна цусан хангамж сайн, ходоодны нөөцлүүр /резервуар/ үйл хадгалагдаж үлддэгээрээ илүүтэй гэж дүгнэсэн байна. Гаврилиугийн гэж хэлж болохоор энэ хагалгааг Э.Н.Ванцян, О.К.Скобелкин /1975 / А.И.Пигоров /1979, 1983/, Б.Е.Петорсон /1982/ зэрэг эрдэмтэд дэмжиж байгаа юм. Гэвч ийм нааштай талуудын хажуугаар уг хагалгааны үед ходоодны бага махиа үлддэг болохоор түүнийг дагасан тунгалагийн зангилаануудад яваандаа үсэрхийлэл гарч тэр нь өвчтөний тавиланд ямар нэг хэмжээгээр сөрөг нөлөөлдөг ажээ.

Улаан хоолойн нэрт мэс засалч Н.Аkiyama "Улаан хоолойн өмөнгийн мэс засал эмчилгээний зарчим, тунгалагийн зангилаануудад өгсөн үсэрхийлэлд хийсэн судалгаа" нэртэйгээр 1981 онд хэвлэгдсэн өгүүлэлдээ:

1. Тунгалагийн зангилааны гэмтэл нь хавдрын байрлалаас хамаарахгүй.
2. Улаан хоолойн цээжний хэсгийн өмөнгийн үед зүрхний ойрхи ба ходоодны бага махиа, дэлүүний үүдэн тараагуур дагуух тунгалагийн зангилаанууд гэмтэх нь нэн ховор.
3. Хавтгай эсийн өмөнгийн үед элэг 12 хуруу

гэдэсний холбоосын ба ходоодны их махиа, дэлүүний үүдэн тараагуур дагуух тунгалагийн зангилаанууд гэмтэх нь нэн ховор.

4. Ходоодны амсар, бага махианы дээд хэсгүүдийг тайрах нь түүний дагуух тунгалагийн зангилаа гэмтэхээс хамгаалах боломжийг илүү бүрдүүлнэ.

5. Хавдар хаана байрласнаас үл хамааран улаан хоолойг бүтнээр нь авч байх нь зүйтэй гэжээ.

Үүнээс үзэхэд улаан хоолойн өмөнгийн үед бүтэн ходоодоор болон ходоодноос гаргасан эсрэг агшилтат дам суулгац хавдрын мэс заслын мөн чанарын зарчмын шаардлагад харшилдаг байна.

Чухамхүү үүнтэй холбоотойгоор 1970-аад оны эхэн үеэс олонхи мэс засалчид сэмж ходоодны баруун тараагуураас тэжээл авах боломжтойгоор нь дагуу агшилттай ходоодон гуурсаар улаан хоолойг нэгэн үйлдлээр нөхөн сэргээдэг уламжлалт аргыг сэргээх болсны цаад учир нь үүнтэй холбоотой юм. Сэмж – ходоодны баруун тараагуураар тэжээгдэх ходоодон дам суулгац нь аль ч түвшинд улаан хоолойтой залгах боломжтойг бүр 1951 онд S.Boerema нотлон хэвлэлд бичсэн боловч тухайн үед уг хагалгаа төдийлөн өргөн дэлгэрч чадаагүй нь ходоодноос бэлдэх дам суулгацыг гараар үйлдэх нь нэн түвэгтэй. Нарийн чимхлүүр ажиллагаа, цаг шаарддагтай холбоотой гэж үздэг байна. Орос, Японы эрдэмтэд олон жилийн турш нарийн судалгаа хийж ходоодноос дагуу агшилтат гуурс бэлтгэн улаан хоолойг нөхөн сэргээх нь зорилгод нийцсэн арга гэж Э.Н.Ванцян, О.К.Скобелкин /1975/ зэрэг олон эрдэмтэд түүнийг хүлээн зөвшөөрөн дагах болов. Ийнхүү сүүлийн 20 жилд улаан хоолой, ходоодыг нэгэн үйлдлээр залгах хагалгаа өргөн дэлгэрсэн байна.

Дагуу агшилттай ходоодон гуурсыг цээжний хөндийд улаан хоолойтой залгахад гадна олон судлаачид дам суулгацаа голтын ар зайгаар явуулж хүзүүний хэсэгт нэг үйлдлээр улаан хоолойтой залгах аргыг ихэд дэмжих болов.

Kummel, Denk, Turner, Fisher нарын нэртэй салшгүй холбоотойгоор улаан хоолойд өрцөөр дамжин хүрэх хэвлий голтын хүрцийг өргөн ашиглах хандлага сүүлийн үед илүү дэлгэрэх боллоо. Хэвлий голтын хүрцийн үед зөвхөн хэвлий ба хүзүүнд зүслэг хийж өрцөөр дамжин цээжний хөндийг нээлгүйгээр улаан хоолойг хавдрын хамт чөлөөлөн тайрч болдгоороо онцлог юм.

Энэ аргыг анх удаа Kummel туршлагын амьтан дээр хэрэглэсэн бөгөөд 1933 онд Turner, Fisher нар клиникт амжилттай нэвтрүүлсэн юм. Черноусов /1990/ энэ аргаар улаан хоолойг чөлөөлөх техникийг

боловсронгуй болгоход үнэтэй хувь нэмэр оруулжээ.

Улаан хоолойг өрцөөр дамжуулан хэсэгчлэн тайрч нарийн гэдсээр орлуулах аргыг 1950-иад оны сүүлчээр эцэслэн боловсруулсан нь хагалгааны дараах нас баралтыг 10% хүртэл бууруулж чадсан бөгөөд энэ нь тухайн үед гялалзсан амжилт байв. Орчин үед ходоодноос бэлдсэн дагуу агшилттай гуурсыг нэгэн үйлдлээр улаан хоолойтой залгах хагалгааг F.Stelzner /1981/ M.Orringer /1983/ J.Arce /1983/, D.Shahian нар бичиж хэвлүүлсэн байна. Хэвлий голтын хүрцээр улаан хоолойг бүтнээр авч ходоодоор орлуулах мэс заслын асар их туршлагыг M.Orringer хуримтлуулсан юм. Тэрээр 1983 онд "Цээжний хөндийг нээлгүйгээр улаан хоолойг бүтнээр авах хагалгаа осолтой юу" хэмээх өгүүлэлдээ ийм хагалгааг 143 хүнд хийсэн үр дүнгээ хэвлүүлснээс 100 тохиолдол нь өмөнтэй өвчтөн байв.

Хэвлий голтын хүрцээр хийх хагалгааны давуутай талыг тэрээр:

1. Өмөнгийн үед улаан хоолойг хэсэгчлэн тайрах, бүтнээр авах нь цээжний хөндийн хүрцийн үед ч төгс болдоггүй.

2. Хэвлий голтын хүрцээр улаан хоолойг бүтнээр авч ходоодоор нөхөн сэргээх хагалгааг 70 ба түүнээс дээш насны хүмүүс дааж гарах боломж илүү байдаг.

3. Мэс заслын техникийг нягт нямбай баримталсан хагалгааны үед хүндрэлийг туйлын бага хэмжээнд бууруулах боломжтой гэж бичсэн байна. M.Orringer-ийн үзэж байгаагаар улаан хоолойг хэсэгчилэн тайрах, бүтнээр авах хагалгааны үед цээжний хөндийг нээх шаардлагагүй бөгөөд хүзүүнд залгаас хийх нь залгаас оёдол тавигдах хүндрэл гарсан ч өвчтөний тавиланд төдийлөн осолтой бус байдгаараа давуу талтай ажээ. Энэ аргаар H.Keta /1983/; K.Lam /1982/; H.Politti /1983/; P.Barbier /1985/ зэрэг судлаачид өндөр настай эсвэл хагалгааны дараа уушгины талаас хүндрэл гарах магадлал өндөртэй өвчтөнүүдэд хагалгаа хийх нь зүйтэй гэж үзэж байна.

Манай улсад улаан хоолойн өмөнтэй өвчтөнд анхны мэс заслыг академич Т.Шагдарсүрэн 1958 онд улаан хоолойн доод /хэвлий/ хэсгийн өмөнтэй /хэвлэлд 85 настай гэсэн нь 65 байсныг алдсан байж болзошгүй/ өвчтөнд Томскийн нэрт мэс засалч А.Г.Савиныхын аргаар /энэ нь өрцөөр улаан хоолойд хүрэх хүрц/ тайрч ходоод улаан хоолойг нэгэн үйлдлээр залгасан нь амжилттай болжээ /П.Сагараажав, 1971/.

Харин удаан хоолойн дунд 1/3 ба түүнээс дээр байрласан өмөнгийн үед цээжний хүрцээр тэгэхдээ нэгэн үйлдлээр бус хоёр үйлдлээр улаан хоолойг

нөхөн сэргээж байв. Б.Доржготовын бичсэнээр академич Т.Шагдарсүрэн анх удаа 1958.03.28-нд улаан хоолойн дунд хэсгийн өмөнтэй 58 настай "М"-д Добромыслов-Торекийн хагалгаа хийж дараа нь Ру-Герцени аргаар зохиомол улаан хоолойг амжилттай хийснээр дуусгасан байна.

Харин улаан хоолойн цээжний доод 1/3 ба хэвлий хэсгийн өмөнгийн үед цээжний зүүн талын хүрцээр / Гарлок хэлбэрийн хагалгаа/ ходоод улаан хоолойг нэгэн үйлдлээр залгах хагалгааг өнөөг хүртэл хэрэглэж байгаа билээ.

Хэвлэлийн тоймд дурдсанчлан улаан хоолойн аль ч хэсэгт өрцөөр дамжин хүрэх хүрцийг Т.Шагдарсүрэнгийн санаачилгаар манай улсад хэрэглэж байсан боловч 1960-аад оны дунд үеэс уг хүрцийн үед зайлшгүй хэрэглэгддэг багаж үгүйгээс өргөн дэлгэрч чадаагүй байна /Б.Доржготов 1965/.

Манай улсад улаан хоолойн мэс засал 1970-аад оноос харьцангуй зогсонги байдалд орсон нь нэг талаас туяа эмчилгээ өргөн нэвтэрч эхэлсэнтэй холбоотой боловч хагалгааны дараахь хүндрэл, нас баралт өндөр, хоёр шатат мэс заслын үед ходоодонд тавигдсан гуурсаар хэсэг хугацаанд өвчтөнийг хооллох шаардлагатай болдог атал манай хүмүүс ингэхийг төдийлөн хүсдэггүйгээс Добромыслов-Торекийн хагалгаанаас голдуу татгалздаг байв.

Улаан хоолойд хийгдэх мэс засал эхлэн хөгжиж байсан 1960 он хүртэлх хугацаанд төгс хагалгааны дараахь нас баралт 61.1% хүрч байсныг хэсэг газрын мэдээ алдуулалт хэрэглэж байсантай холбоотой гэж үздэг бөгөөд ерөнхий унтуулгаар мэс засал хийж эхэлсэн 1960-аад оноос өмөнгийн улмаас улаан хоолойд хийгдсэн төгс хагалгааны дараахь нас баралтыг 37.7% хүртэл бууруулж чадсан байна /Б.Доржготов 1965/.

Гэвч аль дээр үеийн энэ судалгаанаас хойш улаан хоолойн өмөн өвчнөөр хагалгаа хийсний үр дүнг өнөөг хүртэл судалж тодруулаагүй байгаа юм. Манай залуу эмч, судлаачид энэ асуудлыг цаг алдалгүй судлана гэдэгт найдаж байна.

Бид энэ удаад ч энэ асуудлыг хөндөх зорилго тавиагүй бөгөөд манай улсын хүн амын хорт хавдрын өвчлөлийн бүтцэд IV байранд /13.1%/ орж 100 000 хүн амд 22.2 тохиолдолтой /Б.Доржготов 1995/ байгаа атлаа цаашид буурах хандлагагүй онош хожимдлын хувь өндөр, өвчлөлийн оргил 70 ба түүнээс дээш насныхныг хамардаг улаан хоолойн өмөнгийн үед илүү үр дүнтэй мэс заслын аргыг нэвтрүүлэх зорилт тавьж, өөрийн оронд анх удаа нэгэн үйлдлээр улаан хоолой, ходоодыг хүзүүний хэсэгт амжилттай залгасан тохиолдлыг мэдээлэх талаар урьд дурдсан

билээ.

Бид 1996-1999 онуудад Хавдар Судлалын Төвийн мэс заслын тасагт улаан хоолойн цээжний хэсгийн дунд бадод 1/3 байрласан өмөнтэй эрэгтэй 2, эмэгтэй 4, нийт 6 өвчтөнд хэвлий голтын хүрцээр улаан хоолойг бүтнээр авч ходоодыг улаан хоолой хүзүүний хэсэгтэй хагалгаа хийв.

Ингэхдээ нэг өвчтөний ходоодны бага махиа ба ёроолыг тайрч их махнаас бүтсэн дам суулгацыг ашигласан ба үлдсэн 5 тохиолдолд бүтэн ходоодыг дам суулгац болгон улаан хоолойн хүзүүний хэсэгтэй залгасан юм. Хагалгааны дараа нэг өвчтөнд залгаасандаа цоорхой үүсэж, өөр нэгэн өвчтөний зүрхний булчинд бага хэмжээний шигдээс өгөх хүндрэл гарсан боловч зохих эмчилгээнүүдийн дүнд эдгэрч мэс засал хийлгэсэн бүх өвчтөн биеийн сайн байдалтайгаар эмнэлгээс гарцаасан болно. Манай эмчлүүлэгчид 54-68 насны хүмүүс байсан бөгөөд дундаж нас 62, гистологийн шинжилгээгээр бүгд хавтгай эсийн гаралтай болох нь тогтоогдсон юм. Бид эрхэм уншигчиддаа хагалгааны дараа үед хүндрэл өгсөн 2 тохиолдлын талаар илүү дэлгэрэнгүй мэдээлэх нь зүйтэй гэж үзэж

байна.

1. Өвчтөн О.Ч. 54 настай эрэгтэй (өвчтөний түүхийн №48356 /41/ 1996 оны 06 сарын 20-нд Хавдар судлалын төвийн мэс заслын тасагт "Улаан хоолойн цээжний хэсгийн дунд 1/3 байрласан өмөн" оноштойгоор хэвтсэн. Өвчтөний өгүүлснээр өвчин 3 сарын өмнөөс бүхэл хоол тээглэж энэ хугацаанд биеийн жин 5кг-аар буурсан. Цус шээсний ерөнхий болон биохимийн шинжилгээнд онцын өөрчлөлт илрээгүй. Рентген гэрлийн шинжилгээгээр улаан хоолойн дунд хэсэгт байрласан уртаараа 5 см, улаан хоолойн ханын цагиргийг жигд бөгжлөн нарийсгаж, нарийслийн дээд хэсэг өргөссөн хавдар гэж онош тогтоов. Улаан хоолойг дурандаж эмгэг хэсгээс авсан эдийн шинжилгээгээр хавтгай эсийн гаралтай эвэршээгүй өмөн болох нь нотлогдсон болно. Өвчтөнд "Улаан хоолойн цээжний дунд 1/3-д байрласан өмөн III үе Т3NхMх" гэсэн эмнэлзүйн урьдчилсан оноштойгоор 1996 оны 07 сарын 21-нд мэс засалд оров /Хагалгааг Н.Нямдаваа /. Хагалгааг хэвлийн дээд голч шугамаар аюулхайн дээд хэсгээс хүйс өнгөртөл зүсэж аюулхай мөгөөрсийг тайрч авав. Шалгахад хэвлийн эрхтнүүд болон тунгалагийн булчирхайд үсэрхийлэл илрээгүй учир хэвлий голтын хүрцээр улаан хоолойн хэвлий ба цээжний хэсгийг бүтнээр авч ходоодны орох, хэсэг, бага махиаг тайрч ходоодны их махианаас дагуу агшилтат гуурс бэлтгэн голтын арын зайгаар улаан хоолойтой хүзүүний хэсэгт

залгах хагалгаа хийхээр шийдэв. Хэвлийн зүслэгээр өрцийг уртааш нь өргөн зүсэж өрцийн хоёр хөлийг тайрч хавдрын хамт улаан хоолойг дээрээс нь чөлөөлж хавдар бүхий улаан хоолойг ходоодон гуурсын хамт шархаар хялбархан гаргаж улаан хоолой ходоодыг залгав. Хагалгааны дараах 10 дахь хоногт залгаас тавигдаж хүзүүний шархаар хоолны хэсэг гарч байсан боловч 14 хоногийн дараа мэс заслын нэмэлт ажилбаргүйгээр өөрөө эдгэрсэн болно. Өвчтөн 41 дэх хоногтоо биеийн сайн байдалтай эмнэлгээс гарсан байна.

2. Өвчтөн Х.Ц. 57 настай, эмэгтэй /өвчний түүх №58316/415/ 1999 оны 2 дугаар сарын 02-ны өдөр бүхэл хоол тээглэдэг, өвчлөөд 3 сар болсон гэсэн зовиуртайгаар хэвтсэн. Биеийн байдал сайн, бага зэрэг эцэж турсан, зүрх судас, амьсгалын эрхтний талаас мэдэгдэх өөрчлөлтгүй, цусны даралт 110/80 байв. Цусны шинжилгээнд СОЭ-40 мм/ч байснаас өөр өөрчлөлт илрээгүй. Рентген шинжилгээний дүгнэлт: Цээжний 7,8-р нугалмын түвшинд улаан хоолойн гаралтай хавдартай, хавдрын дээд хэсэгт улаан хоолой өргөссөн байна гэв. Улаан хоолойг дурандахад үүдэн шүднээс 28 см зайд улаан хоолойн хөндийг нарийсгасан, гадагшаа ургалттай, хялбар цус алдаамтгай хавдар харагдсанаас эдийн шинжилгээ авчээ. Эдийн шинжилгээнд хавтгай эсийн гаралтай өмөн гэж оношлов. Өвчтөнд зохих бэлтгэл хийсний дараа 1999 оны 2 дугаар сарын 24-нд хэвлийн хэсгийг бүтнээр авах хагалгаанд оров /хагалгааг Я.Эрдэнэ-Очир/. Хэвлийг шалгахад ходоодны бага махиа, ходоодны зүүн тараагуурын дагуу тус бүр нэг тунгалагийн томорсон булчирхай байсныг авч эдийн шинжилгээнд явуулав. Хэвлийн бусад хэсэгт өөрчлөлт илрээгүй тул төгс хагалгаа хийхээр шийдэн хэвлийн зүслэгээр өрцийг уртааш нь өргөн зүсэж өрцний баруун хөлийг таслав. Улаан хоолойн хавдартай хэсгийг салгах явцад цээжний баруун талын хөндий нээгдсэн тул цээжний хөндийг баруун талын хүрцээр нээж хавдрыг салгаад хүзүүний зүүн талын дохих булчингийн урдуур зүслэг хийж тэрхүү шархаар хавдартай улаан хоолойг бүтэн ходоодны хамт хялбар татаж грагаад эгэмний дээд хэсэгт улаан хоолойн хүзүүний хэсгийг ходоодны амсар хэсэгтэй нэг үйлдлээр залгаад голт, хэвлий, цээжний хөндийд гуурс үлдээв. Хагалгааны 2 дахь хоногт зүрхний зүүн ховдлын ар хажуу хананд булчингийн шигдээс өгсөн боловч мэргэжлийн эмчийн зөвлөмж эмчилгээнд засарснаас өөр ямар нэг хүндрэл гараагүй бөгөөд шарх анхдагч татаалтаар эдгэрсэн тул өвчтөнийг мэс заслын дараахь 22 хоногт биеийн сайн байдалтай эмнэлгээс гаргав.

Ийнхүү бид өмөнтэй улаан хоолойг бүхлээр нь авч түүнийг ходоодны их махиагаар бэлдсэн гуурс ба бүтэн ходоодоор нөхөн сэргээх хагалгааг өөрийн оронд анх удаа нас бие гүйцсэн хүнд хэвлий голтын хүрцээр амжилттай хийж практикт нэвтрүүлээ.

Мэдээллээс үндэслэн дараахь саналыг дэвшүүлж байна

1. Улаан хоолойн өмөнгийн үед мэс засал, туяа эмчилгээг хавсруулан хэрэглэх нь дан туяа эмчилгээтэй харьцуулахад алсын үр дүн илүү байдаг гэсэн гадаадын эрдэмтдийн саналыг дэмжиж хагалгаанд эсрэг заалт үгүй бол дагнасан туяа эмчилгээнээс аль болох татгалзах нь зүйтэй гэж үзэж байна.

2. Хавдар улаан хоолойн аль ч хэсэгт байрласан байсан улаан хоолойг бүтнээр /экстернация/ авч байх нь зүйтэй.

3. Улаан хоолойн өмөнгийн үед мэс засалд аль болох хэвлий голтын хүрцийг өргөн ашиглахыг зөвлөж байна.

4. Авагдсан улаан хоолойг ходоод, нарийн гэдэсний аль нэгээр орлуулан хүзүүний хэсэгт залгах нь хагалгааны дараахь хүндрэлийг бууруулах боломжтой.

Ном зүй

1. Б.Доржготов "БНМАУ-д хавдар судлалын тусламж хөгжиж байгаа нь" Эрүүл мэнд, 1976 №1. /69/ х.61-62.

2. П.Сагараажав "БНМАУ-ын хавдар судлалын албаны хөгжил" Эрүүл мэнд. 1971 №1 /49/ х.42-45.

3. Б.В.Петровский "Хирургическое лечение рака пищевода и кардий". М.Издательство АМН.СССР.1950.

4. А.А.Русаков "Рак пищевода" Л.Медицина 1947

5. А.Ф.Черноусов и др. "Пластика пищевода желудком при раке и доброкачественных структурах"

6. В.С.Рогачева "Рак пищевода и его хирургическое лечение" Москва 1968

7. К.Ж.Месуланбаев "Хирургический подход при раке грудного отдела пищевода" в кн. "Экологические проблемы злокачественных новообразований" Алма-Ата-Актюбинск. 1982.

8. В.С.Сильвестров "Результаты одномоментных операций при раке пищевода" /Хирургические ошибки и опасности/ М.1983. с. 36-38

9. H.Akiyama, M.Tsuramaru, T.Kawamura, Y.Ono "Principles of Surgical treatment for carcinoma of the oesophagus" Ann. Surg. 1981. Vol 194 n. 3.pp.438-446.

10. J.Arce, J.Pussi et al "Oesophagectomie totale sana thorakotomies" Ann. Chir. 1983 vol 37 n 2. Pp.133-136.

11. P.Barbier, K.Muller, H.Wagner, R.Berchtold "Oesophaguscarcinom: Operation durch transhiatale oesophagectomie ohne Thorakomie" Schweiz, med. Wschr. 1985. Bd 115. Suppi. N. 19-s9-15

12.H.Keto et al. "Pulthrough oesophagectomy without thoracotomy" Jap. J.chil. Oncol. 1983 vol 13 n. 1. Pp.53-59

13. K.Lam et al. "The present state of surgical treatment of carcinoma of the oesophagus" J.Royal Coll. Surg. 1982 vol 85. N.1. pp. 72-80

14. M.B.Orringer, B.Orringer J. "Oesophagectomy without thoracotomy: A dangerous operation" J.thorac. cardiovasc. Surg. 1983. Vol. 85. N.1. pp. 72-80

15. H.Ponitti "A new approach to the thoracic oe-

sophagus by abdominal transdiaphragmatic toute" Landenbecks Arch. Chir. 1983, Bd 359, n.5. S229-236.

16. Shahian et al. "Transthoracic versus extrathoracic oesophagectomy: Mortality. Morbidity and long term survival" Ann. Thorac. Surg. 1986. Vol 41. N.3. pp. 237-246.

Танилцаж, нийтлэх санал өгсөн:
Академич Б.ГООШ

XX зууны Нобелийн шагналт физиологи, Анагаах ухааны мэргэд

Л.Лхагва

Анагаах Ухааны Их Сургууль

Шведийн томоохон үйлдвэрийн эзэн, тэсрэх бодис зохион бүтээгч Альферед Нобелийн гэрээслэл ёсоор физик, хими, физиологи ба Анагаах ухаан, утга зохиол, энх тайвны салбарт гарамгай нээлт, бүтээл гаргасан хүнд олгодог Нобелийн шагналыг 1901 оноос эхлэн анх олгосноос хойш XX зууны улиран одохуй цаг дор Дэлхийн физиологи, Анагаах ухааны 171 зартай эрдэмтэн энэхүү эрхэм хүндэт шагналыг хүртжээ. Тэдний нэр алдар, нээлт бүтээлийн тухай танд толилуулья.

1901 он Эмил Адолф Фон Беринг /1, 16, 17/

Сахуу өвчний эсрэг ийлдэс эмчилгээ боловсруулсан нь Анагаахын шинжлэх ухаанд зам нээж, эмч нар өвчин хийгээд үхлийн эсрэг "байлдах" цоо шинэ зэвсэгтэй болжээ.

1902 он Рональд Росс /1/

Хумхаа өвчний талаар хийсэн гарамгай бүтээл нь уг өвчнийг үүсгэгч бие махбодод хэрхэн ордгийг тодруулж, энэ өвчнийг судлах үндсийг тавьж, түүнтэй тэмцэх аргыг боловсруулжээ.

1903 он Ниле Рибберг Финзен /16/

Төвлөрүүлсэн гэрлийн цацрагаар Lupus vulgaris өвчнийг эмчлэхэд хувь нэмрээ оруулсны учир,

1904 он Иван Петрович Павлов /17/

Хоол боловсруулахын физиологийн судалгаа нь энэ талын асуудлыг гүнзгийрүүлэн судлахад үнэтэй хувь нэмэр оруулсны учир,

1905 он Роберт Кох /1, 17/

Сүрьеэ өвчний судалгаа болон түүнтэй холбоотой нээлт гаргасны учир,

1906 он Камилла Гольжи, Сантьяго Рамон Кахал /1, 17/

Мэдрэлийн тогтолцооны бүтцийн талаар хийсэн судалгааг хүлээн зөвшөөрсний учир,

1907 он Шарль Луи Альфонсе Лаверан /1, 17/

Эгэл биетэн нь өвчний үүсгэгч болохыг анх

тогтоосны учир,

1908 он Илья Ильич Мечников, Даул Эрлих /1/

Дархлааны чиглэлээр хийсэн ажлыг өндөр үнэлж,

1909 он Эмиль Теодер Кохер /17/

Бамбай булчирхайн физиологи, эмгэг судлал, мэс заслын тухай бүтээлийг өндөр үнэлж,

1910 он Альбрихт Коссел /17/

Эсийн цөмийн бодис, тэрчлэн уургийг судалснаар эсийн химид шинэ хандив оруулсны учир,

1911 он Альвар Гуллстранд /16/

Нүдний диоптрийн судалгааны үр дүнг өндөр үнэлж,

1912 он Алексис Каррел /16/

Цусны судас болон эрхтэн шилжүүлэн суулгах хийгээд судасны оёосын талаарх бүтээлийг хүлээн зөвшөөрсний учир,

1913 он Шарль Роберт Рише /16/

Анафилаксийн талаар хийсэн судалгааг хүлээн зөвшөөрсний учир,

1914 он Роберт Барани /1/

Тэнцвэрийн аппаратын физиологи, эмгэг судлалын талаарх бүтээлийг өндөр үнэлсний учир,

1915-1918 он

Шагналын мөнгийг тухайн салбарын шагналын тусгай фондод оруулжээ.

1919 он Жюле Борде /16-17/

Дархлааны асуудлаар нээлт хийсний учир,

1920 он Шак Август Штийнбергер Крөг /1, 16/

Судсанцарын цусны эргэлтийн механизмыг нээсний учир,

1921 он

Шагналын мөнгийг тухайн салбарын шагналын тусгай фондод оруулжээ.

1922 он Арчибальд Вивиан Хилл /1, 17/

Булчинд дулаан үүсэхийг нээсний учир,

Отто Фриц Мейерхоф /16, 17/

Булчингийн сүүний хүчлийн солилцоо, хүчилтөрөгчийн хэргэлээний хоорондын холбооны тухай нээлт гаргасны учир,

- 1923 он Фредерик Грант Бантинг, Жон Жеймс Ричард Маклеод /1, 16, 17/
 Инсулин дааврыг нээсний учир
 1924 он Виллем Эйнтховен /1, 17/
 Зүрхний цахилгаан бичлэгийн механизмыг, нээсний учир,
 1925 он
 Шагналын мөнгийг тухайн салбарын шагналын тусгай фондод оруулжээ.
 1926 он Иоганнес Андреас Гриб Фибигер /17/
 Spiroptera хэмээх дугариг хорхойгоор үүсдэг Карциномыг нээсний учир,
 1927 он Юлиус Вагнер Яурегг /17/
 Давших саа өвчнийг эмчлэхэд хумхайн тарилгын эмчилгээ заслын үнэ цэнийг нээсний учир,
 1928 он Шарль Жулес Хенри Николле /17/
 Эсэргэнэт балнад өвчний талаархи ажлыг өндөр үнэлсний учир,
 1929 он Кристиан Эйкман /17/
 Мэдрэлийн үрэвслийн эсрэг аминдэм нээсний учир
 Фредерик Гоуланд Хопкинс /17/
 Өсөлт тэтгэгч аминдэм тус тус нээсний учир шагналыг эн тэнцүү хувааж олгожээ.
 1930 он Карл Ландштейнер /17/
 Хүний цусны бүлгийг нээсний учир,
 1931 он Чарльз Скотт Шеррингтон, Лорд Эдгар Дуглас Адриан /1/
 Мэдрэлийн эсийн үйлсийг нээсний учир,
 1933 он Томас Гюнт Морган /1/
 Удамшилд хромосом ямар үүрэгтэйг нээсний учир,
 1934 он Жорж Хоит Уиррле, Жорж Ричардс Минот, Виллиам Парри Мурпи /1/
 Цус багадлын үед элэгний хандмалыг хэрэглэх аргыг нээсний учир,
 1935 он Ханс Шпеман /1/
 Үр хөврөлийн хөгжил дэх эмхлэх үр нөлөөг нээсний учир,
 1936 он Хенри Халлет Дале, Отто Лёви /1/
 Мэдрэлийн импульсын химийн дамжуулалтыг нээсний учир,
 1937 он Альберт Сент-Дьердьи, Вон Нагирополт /1, 16/
 С аминдэм болон фумарын хүчлийн задралтай холбоотой биологийн исэлдэлтийг нээсний учир,
 1938 он Корнеилл Жан Франкоис Гейманс /17/
 Амьсгалын зохицуулгад синусын болон аортын механизм ямар үүрэгтэйг нээсний учир,
 1939 он Герхард Домаг /17/
 Пронтозилын /стрептоцидын/ нянгийн эсрэг үйлдлийг нээсний учир /энэ хүний эх орон нь шагналыг татгалзсан боловч хожим диплом болон медалиа авчээ/.
 1940-1942 он
 Шагналын мөнгөний гуравны нэгийг ерөнхий фондод, гуравны хоёрыг тусгай фондод шилжүүлжээ.
 1943 он
 Шагналыг дараахь хоёр эрдэмтэнд эн тэнцүү хуваан өгчээ /16/. Үүнд
 Хенрик Карл Петер Дам
 К аминдэмийг нээсний учир,
 Эдуард Аделберт Дойзм
 К аминдэмийн химийн мөн чанарыг нээсний учир,
 1944 он Жозен Эрланжер, Герберт Спенсер Гассер /16/
 Мэдрэлийн ширхэгийн өндөр ялгарамжтай үйлсийг нээсний учир,
 1945 он Александр Флемминг, Эрнст Борис Чейн, Ховард Вальтер Флори нарт /16/
 Пенциллинийг нээсэн болон энэ эмээр төрөл бүрийн халдварт өвчнийг эмчлэх аргыг нээсний учир,
 1946 он Герман Жозеп Мюллер /16/
 Рентген туяаны нөлөөгөөр хувьсамж үүсэхийг нээсний учир,
 1947 он /16/
 Шагналын тэн хагасыг Карл Фердинанд Кори, Гетри Тереза Кори Раднитц нарт
 Гликогены задралын үйл явцыг нээсний учир,
 Нөгөө хагасыг Бернард Альберто Усай
 Өнчин тархины урьд хэсгийн даавар сахарын бодисын солилцоонд ямар үүрэгтэйг нээсний учир тус тус хүртээжээ.
 1948 он Пауль Герман Мюллер /17/
 Зарим төрлийн үе хөлтөнд ДДТ өндөр үр нөлөөтэй хор болохыг нээсний учир,
 1949 он Вальтер Рудольф Гесс /17/
 Дотор эрхтний идэвхит ажиллагааг зохицуулахад засварын тархины үйл ажиллагааг нээсний учир,
 Антонио Кетано Де Абреу Фреире, Этас Мониз /17/
 Зарим сэтгэцийн өвчний үед Лейкотомии эмчилгээний үйлдлийг нээсний учир шагналыг тус тус эн тэнцүү хувааж хүрээжээ.
 1950 он Эдуард Келвин Кендалл, Тадеуш Рейхштейн, Филип Шовальтер Хенч /1/
 Бөөрний дайвар булчирхайн холтослог давхрын дааврын бүтэц, биологийн үйлдлийг нээсний учир,
 1951 он Макс Тейлор /16/
 Шар чичрэг өвчин болон түүнтэй тэмцэх аргыг нээсний учир,
 1952 он Зелман Абрахам Ваксман /17/
 Сүрьеэг эмчлэх анхны үр нөлөөтэй антибиотик болох стрептомициныг нээсний учир,
 1953 он Ханс Адольф Кребс /1, 17/
 Гурван карбонт хүчлийн буюу нимбэгний хүчлийн мөчлөгийг нээсний учир,
 Фриц Альберт Липманн
 Коэнзим А болон завсарын бодисын солилцоонд түүний үүргийг нээсний учир шагналыг тус тус эн тэнцүү хувааж хүртээжээ.

- 1954 он Джон Франклин Эндерс, Томас Хакле Уэллер, Фредерик Чапман Роббинс /1, 17/
Янз бүрийн эдийн өсгөвөрт полимиелитийн вирусийн үржих чадварыг нээсний учир,
1955 он Аксел Гюго Теодор Теорелл /1, 17/
Эсэлдүүлэгч эсгэгийн мөн чанар, үйлдлийг нээсний учир,
1956 он Андре Фредерик Курнанд, Вернер Форсман, Дикинсон В.Ричардс /1, 17/
Зүрх сэтгүүрдэх арга болон цусны эргэлтийн тогтолцоон дахь эмгэг өөрчлөлтийг нээсний учир,
1957 он Даниел Бовет /1, 17/
Биеийн зарим бодисын үйлдэлгээг дарангуйлдаг нийлэг нэгдэл, ялангуяа судасны тогтолцоо, болон хөндлөн судалт булчин дахь түүний үйлдэлгээг нээсний учир,
1958 он Джорж Уэльс Бидл, Эдуард Лауре Татум /1, 17/
Ген тодорхой химийн үйл явцыг зохицуулдгийг нээсний учир,
1959 он Северо Очао, Артур Корнберг /1, 17/
Рибонуклеин хүчил /РНХ/, дезоксирибонуклеин хүчил /ДНХ/-ийн биологийн нийлэгийн механизмыг нээсний учир,
1960 он Франк Макфарлане Бурнет Петер Брайн Медавэр /16, 17/
Дархлаа судлалын олдмол үйлдлийг нээсний учир,
1961 он Дьёрд Вон Бекешн /16, 17/
Сонсголын дунг цочроох физикийн механизмыг нээсний учир,
1962 он Френсис Харри Комптон Крик, Жеймс Девеу Уотсон, Морис Хюг Фредерик Уилкинс /16, 17/
Нуклеин хүчлийн молекулын бүтэц хийгээд амьд биед мэдээлэл дамжихад түүний ач холбогдлыг нээсний учир,
1963 он Джон Кареу Экклес, Алан Ллойд Ходжкин Андреу Фиелдинг Хаксли /16, 17/
Мэдрэлийн эсийн мембраны төвийн болон захын хэсгийн сэрэл болон саатлын ионы механизмыг нээсний учир,
1964 он Конрад Блок, Феодор Линен /16-17/
Тосны хүчлийн болон холестеринь солилцооны зохицуулгын механизмыг нээсний учир,
1965 он Франсуа Жакоб, Андре Львов, Жак Моно /1, 16/
Эсгэг /энзим/ болон вирусийн нийлэгийн генетикийн зохицуулгыг нээсний учир,
1966 он Пейтон Роус /1, 16/
Хавдар үүсгэдэг вирус нээсний учир,
Чарльз Брентон Хаггинс
Түүрүү булчирхайн /түүрүүхэйн/ өмөнг даавраар эмчлэх арга нээсний учир шагналыг тус тус эн тэнцүү хувааж хүртээжээ.
1967 он Рагнер Гранит, Холден Кеффер Хартлайне Джорж Уолд /1, 16/
Нүдний харах үйл явцын анхдах физиологийн болон химийн механизмыг нээсний учир,
1968 он Роберт У.Холлей, Хар Гобинд Корана, Маршалл У.Ниренберг нар /17/
Удамшлын нууцлуурыг тайлж уургийн нийлэг дэх түүний үүргийг нээсний учир,
1969 он Макс Делбрюк, Альфред Д.Хершеи, Сальвадор Е. Лурия нар /17/
Вирусийн генетикийн бүтэц болон репликацын механизмыг нээсний учир,
1970 он Бернард Кац, Ульф Фон Эулер, Джулиус Аксельрод /17/
Мэдрэлийн төгсгөл дэх шингэний зуучлуур, тэдгээрийн хуримтлагдах, чөлөөлөгдөх, идэвхгүйтэх механизмыг нээсний учир,
1971 он Эарл W. Жр Сазерланд /17/
Дааврын үйлчлэлийн механизмыг нээсний учир,
1972 он Джеральд М.Эделман, Родней Р.Портер /17/
Эсрэг биеийн химийн бүтцийг нээсний учир,
1973 он Карл Фон Фриш, Конрад Лоренц, Николас Тинберген /17/
Бодьгалын болон нийгмийн зан төлөвийн загварыг бий болгож, практикт хэрэглэхийг нээсний учир,
1974 он Альберт Клауде, Кристиан Де Дюве, Джорж Паладе /17/
Эсийн бүтэц болон үйл ажиллагааны зохион байгуулалтыг нээсний учир,
1975 он Дэвид Балтимор, Ренато Дублекко, Ховард Мартин Темин /17/
Эсийн генетикийн материал болон хавдрын вирусийн харилцан үйлдлийг нээсний учир,
1976 он Барух Бламберг, Д.Карлетон Гайдусек /16/
Халдварт өвчний үүсэл, тархалтын шинэ механизмыг нээсний учир,
1977 он Роджер Гаиллемин, Эндрю V.Шалли /16/
Тархины пептид дааврын бүтээгдэхүүнийг нээсний учир,
Розлан Ялов
Пептид дааврын радиоиммун сорилыг боловсруулсны учир шагналыг тус тус эн тэнцүү хувааж хүртээжээ.
1978 он Вернер Арбер, Даниел Натанс, Хамилтон О.Смит /16/
Хязгаарлан тасладаг эсгэг болон молекулын генетикийн судалгаанд түүнийг хэрэглэх аргыг нээсний учир,
1979 он Алан М. Кормак, Кодереи Х.Хоунсфиелд /16/
Компьютерийн томографийг бүтээсний учир,
1980 он Барух Бенацераф, Жан Доссе Джорж Д. Снелл /16/
Дархлалын урвалыг зохицуулдаг эсийн гадаргуугийн генетикийн шалтгаалцал бүхий бүтцийг нээсний учир,
1981 он Роджер У.Сперри /16/

Тархины тал бөмбөлөгийн үйл ажиллагааны төрөлжилтийг нээсний учир,

Дэвид Н. Хьюбел, Торстен Н. Виесел /16/

Харааны тогтолцоон дахь мэдээллийн боловсруулалтыг нээсний учир шагналыг тус тус эн тэнцүү хувааж хүртээжээ.

1982 он Суне З. Бергстром, Бенгт И. Самуэльсон, Джон Р. Вейне /16, 17/

Простогландин болон түүнтэй ойр төрөл биологийн идэвхт бодисыг нээсний учир,

1983 он Барбара Мак Клинтон /1, 16, 17/

Генетикийн хөдөлгөөнт элементийг нээсний учир,

1984 он Нейлс З. Эрне, Георг Ж.Ф. Келер, Цезарь Милштейн /1, 16, 17/

Дархлалын тогтолцооны хяналт болон хөгжлийн өвөрмөц чанарт хамаарах онол хийгээд нэг удмын эсрэг бие бий болох зарчмыг нээсний учир,

1985 он Майкль С. Браун, Жозепь Л. Гольдштейн /2/

Холестерины солилцооны зохицуулгын механизмыг нээсний учир,

1986 он Стейнли Кохен, Рита Леви Монталчини /3/

Өсөлтийн хүчин зүйлийг нээсний учир,

1987 он Сусуми Тонегава /4/

Эсрэг биеийн олон янзын үе удмын генетикийн зарчмыг нээсний учир,

1988 он Жеймс У. Блэк, Гертруде В. Илайон Жорж Н. Хитчингс /5/

Эмийн эмчилгээний чухал зарчмуудыг нээсний учир,

1989 он Ж. Майкл Бишоп, Гарольд Е. Вармус /6/

Ретровирус хавдар үүсгэгчийн эсийн гарал үүслийг нээсний учир,

1990 он Жозеп Е. Муррей, Е. Донналь Томас /7/

Хүний өвчнийг эмчлэхэд эрхтэн болон эс шилжүүлэн суулгахыг нээсний учир,

1991 он Эрвин Нехер, Берт Сакмани /8/

Эс дэх салангид ионы сувгийн үүргийг нээсний учир,

1992 он Эдмонд Н. Фишер, Едвин Г. Кребс /9/

Уургийн эргэн фосфоржих үйл явц биологийн зохицуулдаг механизм болохыг нээсний учир,

1993 он Ричард Ж. Робертс, Филип А. Шарп /10/

Хуваагдмал буюу тасармал генийг нээсний учир,

1994 он Альфред Г. Гилман, Мартин Родбелл /11/

Г уураг болон тэдгээр уураг эсэд дохио дамжуулахад ямар үүрэгтэй болохыг нээсний учир,

1995 он Эдвард Б. Левис, Кристиане Нөшлейн-Волгард, Эрик Ф. Виесчауз /12/

Үр хөврөлийн эрт үеийн хөгжлийн генетикийн хяналтыг нээсний учир,

1996 он Петер Ц. Дохерти, Рольф М. Зинкернагел /13/

Эсийн зуучлал бүхий дархлаа хамгаалалтын өвөрмөц чанарыг нээсний учир,

1997 он Станлеи Б. Прусинер /14/

Халдвартын биологийн шинэ зарчим болох Прионыг нээсний учир,

1998 он Роберт П. Пурчготт, Луис Ж. Игнарро, Перид Мурад /15/

Азотын эсэл зүрх судасны тогтолцоо дахь дохиолдог миекул болохыг нээсний учир,

1999 он Гюнтер Блобел /16/

Уураг нь эсэд зөөгдөх болон байрлахыг удирдаж байдаг төрөлхийн дохиотой болохыг нээсний учир,

2000 он Арвид Карлссон, Поль Грингард, Эрик Кэндел /16/

Мэдрэлийн тогтолцоон дахь дохио дамжуулалтыг нээсний учир ХХ зуунд энэ эрхэм дээд шагналыг тус тус хүрээгээжээ.

Ном зүй

1. В. Чолаков. Нобелевские премии /лученые открытия/, Москва, "Мир", 1986.

2. С. Н. Преображенский. Лауреаты Нобелевской премии 1985. /по медицине/ Природа, 1986 №1 с. 94-100

3. The Nobel prize in physiology or Medicine 1986, Webmaster @ www. Nobel. Se.

4. О. Л. Поляновский. Лауреаты Нобелевской премии 1987 года, /по медицине/, Природа, 1988, №1 с. 102-103

5. Д. А. Харкевич. Лауреаты Нобелевской премии 1988 года, /по медицине/, Природа, 1989, №1 с. 104-106

6. Л. Л. Киселёв. Лауреаты Нобелевской премии 1989 года, /по медицине/, Природа, 1990 №1 с. 96-98

7. Е. В. Фролова. Лауреаты Нобелевской премии 1990 года, /по медицине/, Природа, 1991, №1 с. 102-104

8. 1991 Nobel Laureate in Medicine. The Nobel prize internet archive.

9. 1992 Nobel Layreate in Medicine. The Nobel prize internet archive.

10. The Nobel prize in Physiology or Medicine 1993. Webmaster @www. Nobel.se

11. 1994 Nobel Layreate in Medicine. The Nobel prize internet archive.

12. 1995 Nobel Layreate in Medicine. The Nobel prize internet archive.

13. The Nobel prize in Physiology or Medicine 1996. Webmaster @www. Nobel.se

14. Ю. Фролов. Нобелевские премии 1997 года. Инфекционный белок. Наука и жизнь, 1998, №1 с. 21

15. Нобелевские Лауреаты. Оксид азот на пьедестале. Медицинская газета, 1998. 10.21, №84

16. Nobel prize internet archive /2001/

17. B. Feldman The nobel prize. Arcade publishing New-York, 2000, pp. 237-289.

Танилцаж, нийтлэх санал өгсөн:
профессор Г. ЖАМБА

Anthropometrical indexes of human vertebrae in mongolian

*M.Tuul, Kh.Batbayar, L.Lkhagva,
D.Amgalanbaatar, R.Purev*
Mongolian National Medical University

Vertebrae of adult male, female Mongolians have been measured by both simple anthropometrical measurement and X-ray methods, and comparative analysis has been done on correlation between size of the vertebra and height of the body.

During the research average dimensions of cervical vertebrae /C3-C7/, thoracic vertebrae /TH1-TH12/ and lumbal vertebrae /L1-L5/.

The indexes of vertebrae dimensions established by simple anthropometrical measurement and the measurement during the physical movements have no differences of statistical probability. Dimensions of body height and the spinal column size have $r=6982$, direct and strong correlation, dimensions of different vertebrae have direct, moderate $r=3878$, 0079 , 2251 correlation.

Pp 4-6, Tables 4, Pictures 4, References 11.

Ultrasonographical reference value of the pancreas in healthy Mongolians

*Ts.Badamsed., B.Tserendash.,
B.Bayarchimeg*
Medical Research Institute
National Medical University of Mongolia

Ultrasonographical investigation of the pancreas has been conducted in 282 healthy Mongolian aged 18-74 years, by ultrasonograph from firma Hitachi, Aloka and Toshiba

Ultrasonographical reference value of the pancreas in healthy Mongolian's are: the vertical size of head pancreas 1.54-1.48 cm, body pancreas 0.82-1.45 cm, tail pancreas 1.63-1.61 cm, arch form 61.5%±36.6, change homogeneity of ultrasonographical structure 77.5%±3.1, the pancreas more echosignal than the liver 52.8%±3.7, with of the ductus pancreas 1-2 mm.

Pp 7-9, Tables 3, References 12

"Morphometrical study of the Mongolians in of vas multiplying"

*S.Tundevrentsen, D.Amgalanbaatar, B.Dagdanbazar,
Se.Sukhbaatar, S.Enebish*
National Medical University of Mongolian

We reached the following successes by using the method of morphometre, X-ray coronarography and histology on 201 normal heart, at the age of 22-79 of the both sex.

1.Right coronary arteries of healthy Mongolian is short than the right coronary arteries, is longer, thin the left. Coronary arteries of other nationalities. The diameter of coronary arteries is nearly the same. Therefore we think that it might be because of the specificity of Mongolian people, specificity of Mongolian weather and geography.

Right coronary artery diameter /3650±269.6 mkm, branch around the left coronary artery has $P<0.05$ more diameter /3303±244.7 mkm/. Right part of the Mongolians heart has $P<0.05$ more diameter /3303.3±244.7 mkm/. Right part of the Mongolians heart has more loading. It is defined by its weight indices and the sign of vas multiplying.

Pp 9-11, Pictures 3, References 7

Detection of tumor markers in healthy mongolians

Ts. Tuvshinjargal, B.Bayart, S.Tsogtsaikhan
National Medical University of Mongolia
Oncology center

Serum level of some tumor markers (AFP, CEA, CA 19.9, CA 125), ferritin and choleglicin (CG) were determined using radioimmunoassay in healthy mongolians.

Mean serum level of AFP was 20.77±1.44 ng/ml for males, 22.04±1.38 ng/ml for females and it tends to increase as the subject's age goes up. Levels of ferritin and CG in serum were 159.52±12.75 u/ml, 7.63±0.96 u/ml for males and 99.49±7.60 u/ml, 6.52±0.73 u/ml for females respectively.

Mean serum level of CEA, a marker of rectum and colon tumor was 15.39±1.80 ng/ml for males and 11.51±0.87 ng/ml for females. Like AFP, level of serum CEA has a tendency to increase as the subject's age goes up. In age group of 55-65 the mean level was determined 19.7±3.20 ng/ml, particularly in men it reached 26.48±6.12 ng/ml, which might have associated with smoking habits that is particularly common among men of this age group.

Level of CA 19-9 significant increase of which usually associates with digestive tract neoplasms, was 4.75±0.88 u/ml for males and 6.58±0.94 u/ml for females. No significant difference was observed across age groups.

Mean CA 125 level in healthy females was 14.23±4.63 u/ml. For women below 35 it was found 11.88±3.14 u/ml and it reached 17.57±7.7 u/ml for age group 36-45 and went up to 21.14 for >66.

Pp 11-13, Tables 6, References 11.

The problems of studying the Roentgenologic Semiotics of mitral-aortic cardiac defect

*Ts. Badamsed., N.Baasanjav.,
R.Purev., B.Bayarchimeg.*
Medical Research Institute
III Clinical Hospital,
National Medical University of Mongolia

We have been studied in the roentgenologia department of the Clinical hospital 3-th from 1994-2000 year 58 patients with diagnosis of mitral-aortic cardiac defect.

We discovered heart-pulmonary index 58%±0.08, enlarge of left atrium 87.3%±0.16, enlarge of left ventricle 64.5%±0.18, enlarge of left ventricle 73.1%±0.11 in 24 patients mitral-aortic decompensation cardiac defect.

The clamp part of the aorta seed in 61%, when aortic stenosis everbalanced from mitral stenosis.

Pp 13-15, Tables 2, References 24

The tendency of hospitals ischaemic stroke death in last 30 years in Ulaanbaatar; the role of age, sex and localizations of brain infarcts in death

D.Baasanjav
Medical Research Institute

The authors analysed autopsy of 101 cases with ischaemic stroke in Ulaanbaatar hospitals by 4 periods from 1967 to 1996 i.e. in 30 years, namely, 1967-1969 y /27 cases/ -I period, 1976-1982 y /24 cases/ -II period, 1985-1987 y /33 cases/ -III period, 1994-1996 y /17 cases/ -IV period.

The authors established ratio between hemorrhagic and ischaemic types by autopsy, and revealed that ischaemic stroke lesser in 6.2 than hemorrhagic type, in average of 1563 /in 1994-1996y/ i.e. reduced the number of death cases from ischaemic stroke in hospitals by studying periods in comparatively with hemorrhagic type.

Age-sex of with ischaemic stroke by autopsy characterized in the following way: 9.5% of cases /M-11.1%, F-6.7% /have an age not over 40 years /till 40 y/, cases of age 50-59 y.o. forms 26.2% /m-31.5%, f-16.7%/, cases of age 60-69y.o-32.1% /m-33.3%, f-30.0%/, cases of age 70y.o±27.4% /m-22.2%, f-36.6%/, in age group 50-59y.o. male more often died than women, but in age 70y.o+ women more often died than male.

The Supratentorial localization of brain infarction, in average, of periods, forms 86.7% among all localization.

By periods this percentage oscillated from 72.4% /1967-1969y/ to 94.3% /1985-1987; 1994-1996y/.

ABSTRACTS

Also was revealed more often localization of brain infarction in parietaltemporalis lobes, than remained one.

Subtentorial localization in average of periods forms 13.4%, among them localization in brain stem-8.6%, in cerebellum -4.8%.ie brain stem infarction more often than in cerebellum.

Pp 15-17, Tables 3, References 11

The clinical features and diagnosis of acute alcohol intoxication and results its treatment by hemabsorbtion

Hk. Doljin, G.Tsagaankhuu
National Medical University of Mongolia

The authors have studied the transcultural clinical characteristics of neuropsychic disturbances and biochemical, electrophysiological indicators in heavy acute alcohol intoxication /precoma, coma/, including the acute alcohol encephalopathy and some alcohol psychosis /delirium, paranoid/ and have made trying to determine and adapt its diagnostic criteria. Have showed the efficacy of hemabsorbtion treatment as reanimation method in the comatose and precomatose states connected with acute alcohol intoxication in patients with sequelae of craniocerebral trauma and without its.

Pp 18-21, References 14

Causes and affecting factors of infant mortality

D.Malchinkuu N.Udval
National Medical University of Mongolia
Ministry of Health

The authors of this article studied and analyzed 1321 case histories from 4166, in order to identify causes and influencing factors of infant mortality. 1321 case histories have been selected using the formula $n=Z^2 p (1-p) d^2 / S.K.Lvanga, Ch.E.Teea, 1989/$.

Sample records were randomly selected from all records according to their dates of hospitalization at aimak and sum levels / the sample covers 32.5 percent of hospital mortality cases/. Information from samples was recorded in special questionnaires. The data was analyzed with the Epi-Info software.

Main 5 causes of infant mortality were pneumonia diarrhoea, congenital anomalies, perinatal encephalopathy and asphyxia in birth. 35.1% of infant mortality was newborn mortality. There are many factors such as biological and social-medical which affect the infant mortality. For example: basic /rickets, anaemia and malnutrition/ and concurrent diseases of child, premature, low weight, mothers chronic disease, pathology of pregnancy, complicated labour, late admission, poor careseeking knowledge of parents and poor life condition, quality of intensive care e.g

Pp 21-25, Tables 9, Picture 1, References 6

The status of oral diseases among schoolchildren in Ulaanbaatar

L. Munguntsetseg, B.Oyuntsetseg, B.Oyunbat
Dr. Ho-Kwen Kwon
Dental school of MNIU.
College of Dentistry Yonsei University

In our country the preventive activity of canes was not done continuously and preventive remineralizing teeth therapy is deficient. The purpose of this study to investigate the difference of caries prevalence and DMFT in urban and periurban area to make complex preventive method of caries suitable for domestic needs.

For previous purpose two primary schools were selected, one was located urbanarea and the other was located in periurban area. A total of 787 children, 390 of them periurban and 397 urban, were examined.

We found that deep pit and fissures were very rare in urban and periurban children. Oral hygiene status of urban schoolchildren was batter than periurban schoolchildren and we supposed that this results was related with toothbrushong frequency indirectly. Percentage of urban schoolchildren affected by dental caries was slightly higher than in periurban generally. Average of DMFT of urban schoolchildren was higher than periurban schoolchildren generally.

We concluded that for decreasing dental caries cheer and long-term affective remineralizing solutions would be more sufficient, which will be extracted from mongolian herbsand eacily absorbed by all surfaces of tooth.

D-decay
M- missing
F-Filling
T-Tooth

Pp 25-27, Tables 6, Picture 1, References 5

Results of PUVA Therapy in Patients with Psoriasis

T.Badamsuren
Dermatology center

Summary 689 patients with psoriasis were received PUVA therapy. It was shown that PUVA therapy give better results such as decreased time of treatment, prolonged time of remission and decreased expenses of the treatment. The percent of patients with complete response was 98%. Also was established possibility of use PUVA therapy in skin pathologies.

Pp 27-29, Tables 2, References 12.

Study of liver biocemical and some echosonographic indices in patients with chronic eczema

Sh. Myagmarjav
Dermatology Center

We studied patients who are treated in Dermatology Center. We studied on disease history who has deficiency of liver and bile according to biochemical and ultrasonic analysis that proofed she or he has ectema. We compared this laboratory index by international "si" system that is subjected in our country. When we draw a conclusion of liver and bile disease by ultrasonic we used korean Sone ace ECHO apparatus.

1. Research is proofing many scientist s study that digestive system s disease especially liver and bile disease are cause of variety of eczeme.

2. Complex organisation of treatment of the chronic eczeme control of dispensary and eating is very important and after treatment control of the rapeutist and dermatologist should be done.

Pp 29-30, Tables 3, References 7

Results of the study of circulatory system of children, living in cities with different air pollution level

B.Burmaa, Sh.Enkhtsetseg, E.Erdanachimeg,
B.Ichinkhorloo, Sh. Uranisetseg
Institute of Public Health

The paper is the result of the study of air pollution influence on physiological indices of children residing in cities /Ulaanbaatar, Mandalgovi, Arvaikheer/ with different levels of air pollution. Investigation covered more than 1000 children 4-11 years of age.

We studied and evaluated circulatory system indices such as pulse, high and low blood pressure. Results of the study shows that air pollution of the Ulaanbaatar city may have an influence on circulatory system of children.

Pp 31-34, Tables 4, Literature 12

Technique originated some chemical pollutants in nature

E.V. Simonova
Medical University of Irkutsk, Russia

It is offered the results of experiments in observation of genotoxic properties of methylsulfurous combination, which consists of mixture A:dimethyldisulphide, in wide range of concentration from 0.001 to 1000.0 mg/l. Every soleocœng one differ from preceding in order.

Population of eukariotic microorganism – *Saccharomyces cerevisiae* was used as test – object. During investigation of toxicogenetic characteristic features of sulphur-containing compounds, was using method, is based on "Method of estimation of toxicity of sewage water", protected with author's evidence. It's demonstrated, that studied mixture of methylsulphur containing compounds have great influence for microbic population with lethal out come for last.

There is clear dependence between mixture's efficacy from their dosage. All studied agents are cause of following genetic alteration tied with disturbanse of mitochondrial DNA and DNA in nucleoid of eukaryotic microorganism.

Level of mutagenosis activity depend on their concentration. Quality and quantity of chemical substances in studied mixtures also determine degree of expression of one's toxicity and alteration.

According to this facts, it's following, that it's necessary be at first begin observation from common action of pollution's factors for estimation of their toxicogenetic activity.

At second, it's recommended investigation with aim of discovering biological properties for separate compounds.

And after that it's recommended to reveal toxicogenetic efficacy of different combination with this pollution's factors to determine "the main" mutagenes, or toxicants, or, at last, their changing factors.

Pp 34-37, Tables 2, Picture 1, References 18.

Tuberculosis trends in Mongolia 1990's

N.Naranbat, G.Tsogt, B.Batkhuuyag, B.Uranchimeg
National Center for Tuberculosis, Mongolia

The objective of this study was to investigate situation of jobs, age and sex of new smear positive pulmonary Tuberculosis patients and to know who is risk group in society. During the studying, we used TB01 from /Tuberculosis treatment card/ of 3898 patients /87.99%/ with smear positive pulmonary Tuberculosis cases of 4430 patients in 1995-1999. Among the patients with pulmonary tuberculosis, 2018 cases /51.7%/ were male, 1880 cases /48.3%/ were female. The ages of 25-29 years with pulmonary tuberculosis being the most common. In job situation, 53.89% jobless, 16.21% workers in state organization, 4.56% students, 6.79% children, 36.36% nomads, 10.46% pensioners, and invalids and soldiers were subjected.

Pp 37-39, Chart 10, Tables 2, References 6

Phospholipid of brain, egg yolk and sunflower

B.Ariunsanaa, G.Gaamaa,
G.Tsermaa, J.Chantsalkham
Centre for Control and Research of Natural Infectious Diseases
Institute for Physics and Technology

By the purpose of making phospholipid vesicle-liposome we have isolated lecithins from animal brain, egg yolk and sunflower,

have been studied by spectrophotometry and paper chromatography. Absorbance of two lecithins were coincided in 242 nm, 210 nm, result of the R paper chromatography were 0.63, 0.65. In our opinion the preparation of liposome is more ideal by using phospholipid from animal brain.

Pp 40-41, Tables 2, Pictures 2, References 9.

Morbidity of the genital herpes infection in Mongolia

Ch. Erdenechimeg, P. Nymadawa, Ch. Dolgor,
Ch. Byamba.

Institute of Public Health
Dermatology center
National center for Communicable Diseases

Genital herpes is the most common infection among HSV infections. In the recent years the trend of genital herpes is increasing. In our country the reportings of this infection is started from 1998. From our study genital herpes rate in 1998 was 0,74 and in 1999 1,58% among other STI-s. Although in comparison with other STI-s it is a small data, there is underdiagnosis and under reporting of this infection.

Although clinically 50,9±4.2% of the patients with had light forms of infection, but in most cases the infection was recurrent.

Pp 41-43, Tables 2, Pictures 2, References 8.

History of development ophthalmological services in Mongolia and study situation of Blindness

R.Nyamaa, T.Bulgan, E.Sanjaa
Mongolian National Medical University

About how was developing ophthalmology service and what was done in study of blindness in Mongolia.

The authors have described short history of developing of eye care in Mongolia, since 1928. It was market the big role of Russian doctors.

In the article has been written scientific works on research of blindness and low vision in adults and of some diseases, which can cause visual loss in children.

Pp 45-18, References 14

A case of making anastomosis between oesophagus and stomach in one-time-action

N.Nyamdawa, Ya.Nyamdorj
Oncology center

1.The result of oesophagus cancer's treatment after alone radiation is not better than sur therapy by oncologists from other countries, so we prefer combination of than surgery and radiationtherapy if the patients conditions allow it.

2.In case of oesophagus cancer it is advisable to use the surgical treatment in combination with radiotherapy instead of only the radiotherapy.

3.It is advisable to make the extirpation of the whole oesophagus tissue, not depending on tumor localization.

4. It is also advisable to use the abdominal mediastinal access as much as possible, as regarding to the surgical operation of oesophagus cancer.

5. It is possible to reduce the complication after surgical operation through making the anastomosis between oesophagus and stomach in the neck area, using the tissue of stomach or of intestine instead of the oesophagus.

Pp 51-56, References 16

**“МОНГОЛЫН АНАГААХ УХААН” СЭТГҮҮЛИЙН
РЕДАКЦИЙН ЗӨВЛӨЛ**

ТЭРГҮҮЛЭГЧИД:

- Л.Лхагва* – ерөнхий эрхлэгч, анагаахын шинжлэх ухааны доктор, профессор, хүний гавьяат эмч
- Н.Жаргалсайхан* – орлогч эрхлэгч, анагаахын шинжлэх ухааны доктор, дэд профессор
- М.Амбага* – орлогч эрхлэгч, анагаахын шинжлэх ухааны доктор, дэд профессор
- Б.Бурмаа* – хариуцлагатай нарийн бичгийн дарга, анагаах ухааны доктор
- Б.Гоош* – академич, анагаахын шинжлэх ухааны доктор, профессор, төрийн шагналт, хүний гавьяат эмч
- Н.Баясанжав* – академич анагаахын шинжлэх ухааны доктор, профессор, гавьяат эмч
- Э.Луvsандагва* – академич, анагаахын шинжлэх ухааны доктор, профессор, ардын эмч
- П.Нямдаваа* – академич, анагаахын шинжлэх ухааны доктор, профессор
- Ц.Хайдав* – академич, анагаахын шинжлэх ухааны доктор, профессор

ГИШҮҮД

- Д.Амгаланбаатар* – анагаахын шинжлэх ухааны доктор, профессор
- Ж.Батсуурь* – биологийн шинжлэх ухааны доктор, дэд профессор
- С.Бямбасүрэн* – анагаах ухааны доктор, дэд профессор
- Н.Даваацэрэн* – анагаах ухааны доктор, дэд профессор, төрийн шагналт
- Я.Дагвадорж* – анагаах ухааны доктор, дэд профессор
- Д.Дүнгэрдорж* – эм зүйн шинжлэх ухааны доктор, профессор
- Г.Жамба* – анагаах ухааны доктор, профессор, гавьяат багш
- Б.Жав* – анагаах ухааны доктор, профессор, ардын эмч
- Ц.Мухар* – анагаахын шинжлэх ухааны доктор, профессор
- Л.Мягмар* – анагаахын шинжлэх ухааны доктор, профессор
- Д.Малчинхүү* – анагаах ухааны доктор, профессор
- Н.Мөнхтүвшин* – анагаах ухааны доктор, дэд профессор
- Л.Нарантуяа* – анагаахын шинжлэх ухааны доктор
- Н.Нямдаваа* – анагаах ухааны доктор
- П.Онхуудай* – анагаахын шинжлэх ухааны доктор, профессор
- Б.Оюунбат* – анагаах ухааны доктор, дэд профессор
- Ж.Оюунбилэг* – биологийн шинжлэх ухааны доктор
- Д.Оюунчимэг* – анагаах ухааны доктор
- А.Өлзийхутаг* – анагаахын шинжлэх ухааны доктор, профессор
- Ж.Раднаабазар* – анагаахын шинжлэх ухааны доктор, профессор
- Э.Санжаа* – анагаах ухааны доктор, дэд профессор, хүний гавьяат эмч
- Ц.Содномпил* – анагаах ухааны доктор
- Г.Цагаанхүү* – анагаах ухааны доктор, дэд профессор
- Н.Цэнд* – анагаах ухааны доктор
- Б.Цэрэндаш* – анагаахын шинжлэх ухааны доктор, дэд профессор
- Б.Шижирбаатар* – анагаах ухааны доктор, профессор, гавьяат багш
- Б.Эрдэнэчулуун* – анагаахын шинжлэх ухааны доктор, дэд профессор

Шуудангийн хаяг:

Улаанбаатар - 13

Төв шуудан, ш/х 596

Монголын анагаах ухаан

сэтгүүлийн редакцийн зөвлөл

Хариуцлагатай нарийн

бичгийн дарга. Б.Бурмаа

ЭМЯ-ны III давхарт

318 тоот ороо. Утас: 327874

Хэвлэлийн дизайнер:

Д.Оюун-Эрдэнэ

Цаасны хэмжээ: 1/8

Хэвлэлийн хуудас 8.0

Хэвлэсэн тоо: 500 ш

2001 оны VIII сар

ЭРҮҮЛЭГЭНХ
хэвлэлийн газар

Утас: 321307

320265

СОЛКОСЕРИЛ

/мазь, гель/

Эсийн бодисын солилцоог идэвхжүүлэгч

Найрлага, үйлдэл: Солкосерил нь органик болон органик биш чухал нэгдлүүд агуулахын зэрэгцээ хүчилтөрөгчийн шимэгдэлтийг идэвхжүүлж, эдийн нөхөн төлжилтийг түргэсгэгч үндсэн үйлчлэгч бодис болох хөхүүл тугалын цусыг диализад оруулж уураггүй болгон гаргаж авсан биологийн бэлдмэлийг агуулдаг. Солкосерил нь эдийн хүчилтөрөгчийн хэрэгцээг 200% хүртэл ихэсгэдэг.

Солкосерил гель нь - солкосерил, тосон биш суурь агуулдаг. /гелийн суурь-карбоксиметилцеллюлоз натри, пропиленгликоль, лактат кальци, тарианы ус, мелтилпарагидроксибензонат, пропиленпарагидроксибензонат/

Солкосерил мазь нь - солкосерил, тосон суурь агуулдаг. /тосон суурь:- вазелин, этилийн спирт, холестерин, тарианы ус, метилпарагидроксибензонат, пропиленпарагидроксибензоат/.
Хэрэглэх заалт: Гелийг янз бүрийн гаралтай шархны анхдагч эмчилгээний үед хэрэглэнэ. Мөн судас хатуурах болон чихрийн шижин өвчинтэй холбоотой гарах цусны эргэлтийн хямралаас болсон гэмтлийн үед түрхэж хэрэглэнэ. Янз бүрийн гаралтай түлэгдэлтийн үед бас хэрэглэнэ. Солкосерил гель нь шархны эдгэрэлтийг түргэсгэж, шархны гадаргууг цэвэршүүлдэг. Шарханд шинэхэн тав тогтож эхэлмэгц Солкосерил мазиар эмчилгээг үргэлжлүүлж, бүрэн гүйцэд эдгэртэл нь түрхэнэ.

Эмийн хэлбэр: 20 гр мазь, 20 гр гели. Хадгалах хугацаа 5 жил. Жасамгаан температур хадгална.

Солкосерил-Solcoseryl

Эмийн хэлбэр: 2 мл, 5 мл-тарианы уусмал

Фармакологийн үйлдэл: Эдийн бодисын солилцоог идэвхжүүлэгч бөгөөд уг бэлдмэл нь бага молекулт олон төрлийн бодис агуулдаг. Тухайлбал: гликолипид, аминхүчлүүд, микроэлементүүд, нүүрс-ус болон өөх тосны солилцооны завсарын бүтээгдэхүүн гэх мэт. Солкосерил нь эсийн хүчилтөрөгчийн хэрэгцээг ихэсгэж /ялангуяа гипоксийн үед/, бодисын солилцоог хэвийн болгож, глюкозийн зөөвөрлөлтийг сайжруулдаг. Мөн гэмтсэн эд эсийн нөхөн төлжилтийг түргэсгэдэг.

Хэрэглэх заалт

- Захын судасны өвчин. /Облитерирующий эндартрит, диабетийн үеийн судасны гэмтэл, венийн судасны бүдүүрэл гэх мэт/ Эдгээр өвчнөөс үүдэн гарах өөрчлөлтүүдийн үед /трофическая язва, предгангрена/
- Тархины цусан хангамжийн хурц болон архаг хямрал /Ишемический, геморрагический инсульт, тархи нугасны гэмтэл/
- Ходоод-12 хуруу гэдэсний шархлаат өвчин
- Эдгэрэхгүй удсан шарх, шалбархай, нурулт
- Химийн болон халууны түлэгдэлт, хөлдөлт, механик гэмтэл
- Туяаны үүсэлтэй арьсны үрэвсэл, шарх түлэгдэлт
- Нүдний янз бүрийн гаралтай гэмтлүүд, эвэрлэгийн улайлт, шарх, эвэрлэг болон салст бүрхэвчийн үрэвсэлт өвчин. Харааны болон гоёлын линзээс болсон үрэвсэл зэргийн үед хэрэглэнэ.

Хэрэглэх заавар

5-10 мл-ээр өдөрт 1 удаа судас болон булчинд тарьж хэрэглэнэ. Эмчилгээний үргэлжлэх хугацаа дунджаар 4-6 долоо хоног байна. Янз бүрийн гаралтай шарх, арьсны хүнд шархлаат гэмтлийн үед хавсарсан эмчилгээ хийнэ. Үүнд: Солкосерилийг тарьж, мазь, гелийг нь гаднаас нь түрхэж хэрэглэнэ. Энэ эмчилгээ нь гаралаас нь хамаарахгүй бүх л төрлийн шархлаат гэмтлийн үед хамааралтай. Мөн

солкосерилийг 250 мл 5%-ийн глюкозын уусмал болон натри хлоридын уусмалд найруулж дулаар хийж болно. Ходоод, 12 хуруу гэдэсний шархлаат өвчний үед ба хурц пневмонийн үед өвдөлт намдаах болон шархны эдгэрэлтийг түргэсгэх зорилгоор 2 мл-ээр өдөрт 1-2 удаа, 10-12 хоног булчинд тарьж хэрэглэнэ. Бүдүүн гэдэсний архаг үрэвслийн үед үндсэн эмчилгээний хажуугаар солкосерилтэй клизм тавьж болно. Клизм бэлтгэхдээ 20 гр гелийг 30 мл буцалсан халуун усанд найруулж, цэвэрлэх клизм тавьсны дараа хийнэ. Нийт 10 хоног тавина.

"МОНОСФАРМ" ХХК Утас: 321268, 363700, 99156812