Н.НЯМДАВААГИЙН НЭРЭМЖИТ
ХАВДАР СУДЛАЛЫН
ҮНДЭСНИЙ ТӨВ

ТӨЛГӨЙ ХҮЗҮҮ-НӨХӨН СЭРГЭЭХ МЭС ЗАСЛЫН ТАСАГ – ХСҮТ
1992–2022 жил
30

ХАВДАР судлал

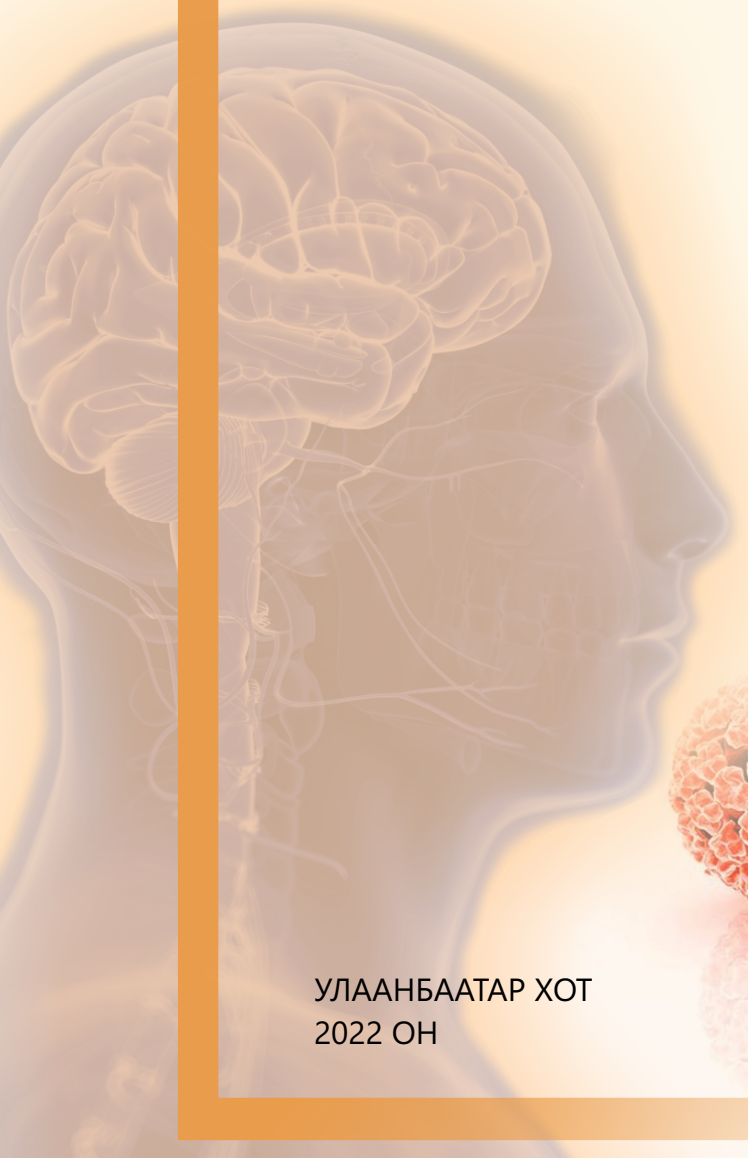
Н.Нямдаваагийн нэрэмжит Хавдар судлалын үндэсний төв, жил тутмын “Хавдар судлал” сэтгүүлийн эрдэм шинжилгээний дугаар

Улсын бүртгэлийн дугаар: №117 (1999–05–24), №1 (23)

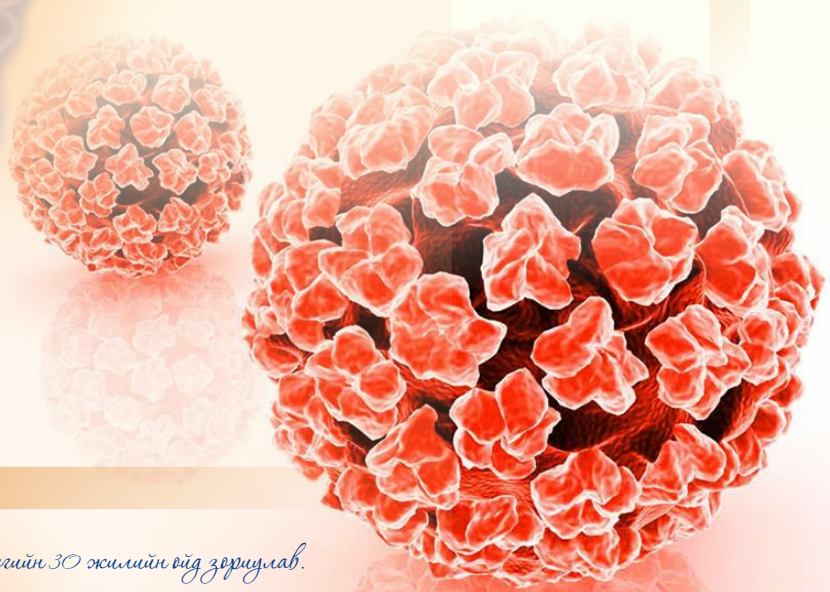
ХАВДАР СУДЛАЛЫН ТУЛГАМДСАН АСУУДАЛ 2022

ЭРДЭМ ШИНЖИЛГЭЭНИЙ БАГА ХУРАЛ

2022.10.13-14, Улаанбаатар хот



- ТЭРГҮҮН ӨГҮҮЛЭЛ
- СУДАЛГАА, ШИНЖИЛГЭЭ
- ЭМНЭЛЗҮЙН ТОХИОЛДОЛ
- СУВИЛАХУЙ
- ЛЕЙКЦ, ТОЙМ



УЛААНБААТАР ХОТ
2022 ОН

Төлгөй хүзүү-Нөхөн сэргээх мэс заслын тасгийн 30 жилийн ойд зориулав.

Редакцийн зүрвас

Дэлхий дахинд соёл иргэншил, хотжилт, насжилт, хүрээлэн буй орчны сөрөг нөлөө, төрөл бүрийн халдвар, архи, тамхины зохисгүй хэрэглээ, хүнсний бүтээгдэхүүний чанар, аюулгүй байдал зэрэг олон хүчин зүйлтэй холбоотой хүн амын өвчлөлийн бүтэц өөрчлөгдөж, халдварт бус өвчин түүний дотор хорт хавдрын өвчлөл, нас баралт нэмэгдэж байгааг олон улсын судалгааны үр дүн харуулж байна.

Анагаахын шинжлэх ухааны ололт, нээлт, эрдэмтэн, судлаачдын нөр их хөдөлмөр, эрэл хайгуулын ачаар хавдрын оношилгоо, эмчилгээнд шинэ эм, арга технологиуд хурдацтай нэвтэрч, тусламж үйлчилгээнд ахиц дэвшил гарсаар байна.

Гэвч сүүлийн хориод жил манай улсын хүн амын нас баралтын 2 дахь шалтгаан болж байгаа хорт хавдрын шинэ тохиолдлын 75 хувь нь хожуу буюу 3,4-р үе шатандаа оношлогдож, 60 гаруй хувь нь тухайн жилдээ нас барж байна. Тиймээс хавдрын сэргийлэлт, эрт илрүүлэг, хяналтыг сайжруулах, ялангуяа хорт хавдар оношлогдсоноос хойших хувь хүний амьдралын чанарыг дээшлүүлэхэд бүх талаар онцгойлон анхаарах нь чухал байна. Үүний тулд судалгаа шинжилгээний ажлаа улам бүр өргөжүүлэн хөгжүүлэх, нотолгоонд суурилсан оновчтой бодлого, арга хэмжээ авч хэрэгжүүлэхийг цаг үе биднээс шаардаж байна.

Монгол улсын Засгийн газраас бодлогын хүрээнд дэмжиж, хавдрын эрт илрүүлгийн үндэсний сүлжээг бий болгох, стереотактик эмчилгээний төв байгуулах зэрэг төсөлт арга хэмжээнүүдийг авч хэрэгжүүлж эхэлж байгаа ч ихээхэн хөрөнгө, цаг хугацааг шаардах төлөвтэй байна.



Үүний зэрэгцээ хорт хавдраас сэргийлэх, эрт илрүүлэх, хянах ажлыг эрчимжүүлэх зорилгоор шинэ эм, дэвшилтэт технологи, инновацыг нэвтрүүлэх, хорт хавдар генетикийн хамаарлыг судлах улмаар эмчилгээг илүү хувь хүнд чиглэсэн оновчтой болгохын тулд эмнэлзүйн туршилт судалгааг хөгжүүлэх хэрэгцээ улам бүр нэмэгдэж байна.

Иймээс эмч, мэргэжилтэн бүр судалгаа шинжилгээний ажил хийх, өөрийн ажлын үр дүнгээ практикт нэвтрүүлэх, дэлхийд өрсөлдөх эм бэлдмэл гаргах, инновац шингэсэн технологи нэвтрүүлэх нь зайлшгүй чухал болж байна.

"Хавдар судлалын тулгамдсан асуудал-2022" эрдэм шинжилгээний энэ жилийн хурлын хүрээнд толгой хүзүүний хавдрын болон нөхөн сэргээх мэс заслын салбарын 30 жилийн ой тохиож байгаагаар онцлог болж байна, Үүнтэй холбоотой "Толгой хүзүүний хавдрын оношилгоо эмчилгээний менежмент" сэдэвт салбар хуралдаан зохион байгуулж байна.

ДЭМБ-ын умайн хүзүүний хорт хавдартай тэмцэх стратегийн зорилго эрт илрүүлгийг сайжруулах, дархлаажуулалтыг нэмэгдүүлэх замаар умайн хүзүүний хорт хавдрыг устгах зорилго дэвшүүлсэн бөгөөд манай улс ч гэсэн энэхүү уриалгад нэгдэж өөрийн орны стратегийг боловсруулан ажиллаж байна. Энэ жилийн хурлаар умайн хүзүүний хорт хавдрын эрт илрүүлэгд хүний папилома вирусийн оношилгоог ашиглах асуудалд онцгой анхаарч энэ чиглэлээр амжилтад хүрсэн улс орнуудын туршлагаас суралцах, өөрийн орны стратегийг танилцуулж байна.

Ингээд хурлын үйл ажиллагаанд амжилт хүсэхийн ялдамд "ЭМЧ БҮР СУДЛААЧ БАЙХ"-ыг уриалж байна.

Эрдэм судлалын ажлын шим нь эрүүл монгол хүнийг бүтээхэд үнэтэй хувь нэмэр оруулах болтугай.

ХСҮТ-ИЙН ЕРӨНХИЙ ЗАХИРАЛ
АНАГААХ УХААНЫ ДОКТОР,
ДЭД ПРОФЕССОР

Н.ЭРДЭНЭХҮҮ

“ХАВДАР СУДЛАЛ” СЭТГҮҮЛИЙН РЕДАКЦИЙН ЗӨВЛӨЛ

Гишүүд	Эрдмийн зэрэг, албан тушаал
Н.Эрдэнэхүү	Анагаах ухааны доктор, дэд профессор, Эрдмийн зөвлөлийн дарга, ХСҮТ-ийн Ерөнхий захирал
Ц.Бадамсүрэн	Анагаах ухааны доктор, Эрдэмтэн нарийн бичгийн дарга, ХСҮТ-ийн Нийгмийн эрүүл мэнд, төлөвлөлт, сургалтын албаны дарга
Х.Гэрэлээ	Анагаах ухааны доктор, дэд профессор, ХСҮТ-ийн Эмгэг судлалын тасгийн эрхлэгч
М.Минжмаа	Анагаах ухааны доктор, ХСҮТ-ийн Туяа эмчилгээний тасгийн эрхлэгч
Т.Лхагва-Очир	Анагаах ухааны доктор, ХСҮТ-ийн Лабораторийн тасгийн эрхлэгч

ГАРЧИГ

Редакцийн зурвас

Хавдар судлалын ерөнхий захирал, АУ-ны доктор, дэд профессор Н.Эрдэнэхүү

1. Тэргүүн өгүүлэл

1. **Хавдар Судлалын Үндэсний Төвийн Толгой хүзүүний мэс заслын тасгийн үүсч, хөгжсөн түүх**

2. Судалгаа, шинжилгээ

1. **Хөхний хорт хавдрын пролифераци, инвазивд оролцдог генийн идэвхижилийг тодорхойлж оношлогоо, эмчилгээний хяналтын ач холбогдлыг тогтоох**
   Т.Лхагва-Очир, О.Номингэрэл, Б.Одбаяр, Д.Мэргэн, Б.Ганзориг, С.Наранзул, Т.Ундармаа, Б.Энхжаргал

2. **Хөхний хорт хавдрын тархалт, илрүүлэг, хяналтын тогтолцооны судалгаа**
   П.Батсүх, М.Еркебулан, Д.Саранзаяа, Н.Эрдэнэхүү, Д.Ангармөрөн

3. **Бөөр төгс авах нээлттэй ба хэвлийн дурангийн мэс засал эмчилгээний өртөг зардлыг харьцуулсан дүн**
   Ч.Сарантулга, Б.Эрдэнэбулган, Б.Халиунаа, Я.Эрдэнэ-Очир, М.Адилсайхан, А.Шийрэвнямба

4. **Virtual Multidisciplinary Tumor Board for Breast Cancer: Our Experience and Impact on Patient Care**
   A. Flores-Huidobro Martinez, Javkhlan.G3, L. Sorensen, S.Prathibha, Minjin.U, Tumurchudur.E, D.Saranzaya, Batsukh.P,Erdenekhuu.N,R.R. Price, T. Tuttle, K. Brownson

5. **Дорнод аймгийн хүн амын дундах хүүхдийн хорт хавдрын өвчлөлийг судлах асуудалд (2014-2021 он)**
   Г.Саранцэцэг, Б.Эрдэнэчимэг, О.Гэрлээ, Л.Баяртуяа

6. **Өвөрхангай аймгийн боэтөвийн хөнгөвчлөх тасагт хэвтэн эмчлүүлэгчдийн өвдөлт намдаах эмийн хэрэглээг судалсан нь**
   Б.Батхүү

7. **Blood and fluid transfusion management during liver transplantation in national cancer center of Mongolia**
   Batkhuu.Ch, Khurelsukh.S, Khurel-Ochir.N, BilegmaaD, Chinbat.L, Oyunchimeg.N Batbileg.T, Solongo.M, Odkhuu.E- MD, PhD, Assoc.Prof

8. **Breast mri technique and optional protocols: experience** in hospital
   Д.Баярсайхан, У.Ойдов, Д.Энх-Амгалан, Б.Ариунтунгалаг

9. **Өндгөвчийн хучуур эдийн өмөнгийн хожуу үе шатанд хийсэн неоадъювант хими эмчилгээний үр дүн**
   Х.Цэрэнчимэд, Э.Амарсанаа, А.Шийрэвнямба

10. **Хөхний сувгийн хорт хавдрын оношилгоонд BI-RADS үнэлгээг ашиглах нь**
    С.Мөнхзаяа, Б.Ариунтунгалаг

11. **Хожуу үе шатны өндгөвчний хорт хавдрын бевацизумаб эмчилгээний үед өвчний даамжралгүй амьдарсан хугацааг тооцсон үр дүн**
    Ц.Цолмонтуяа, Х.Ариунаа, Д.Наран, Н.Орхон, Э.Сайханцэцэг, С.Удвал, Я.Замбалгарав, Д.Алтанцэцэг, М.Саранчулуун

12. **Ходоодны хорт хавдрын үеийн HER2 генийн илрэлийг тодорхойлсон дүн**
    Н.Оюунчимэг, Б.Энхжаргал, Т.Лхагва-Очир, С.Сувд

13. **Хавдар судлалын үндэсний төвийн хэвтэн эмчлүүлэгчдийн асран халамжлагчийн ачааллыг үнэлэх нь**
    Л.Энхээ, Б.Шайрийбуу, Ц.Анхбаяр, П.Дуламсүрэн

14. **Элэг шилжүүлэн суулгах мэс заслын дараах эмчлүүлэгчдийн хооллолтын байдлын судалгаа**
    Л.Энхээ, Б.Шайрийбуу, Ц.Анхбаяр, П.Дуламсүрэн[2]

15. **Ажлын сэтгэл ханамжийг бие хүний стрессийг даван туулах чадвартай холбоотой нь**
    Л.Энхээ, Ц.Анхбаяр, М.Мишээл, П.Дуламсүрэн, Б.Шайрийбуу

3. Тохиолдлын танилцуулга

1. **Доод уруулын согогийг чөлөөт далбангаар нөхөн сэргээсэн тохиолдол**
   Э.Өнөболд, С.Денис, Б.Батцэнгэл, Г.Ган-Эрдэнэ, Д.Мөнхцэцэг, М.Энхтуул, Г.Ариунбаатар, Ц.Одонтунгалаг, Г.Пүрэвдорж

2. **Тохиолдол: Бөөрний дээд булчирхайн лейомиосаркома**
   П.Баттулга, Х.Ариунаа, Д.Жаргалсайхан, Я.Эрдэнэ-Очир, Р.Ганбаатар, Э.Эрхэмбаяр, Ч.Бат-Оргил, Б.Халиунаа, Я.Энх-Амар

3. **Эрэгтэй хөхний хавдар – Тохиолдол хэлэлцүүлэг**
   Д.Саранзаяа, Б.Одбаяр, Б.Баярт-Үйлс

4. **Өндгөвчний хорт хавдрын мэс заслын дараах гялтангийн үсэрхийлэлд хийсэн химиэмчилгээний үр дүнг компьютерт томографийн шинжилгээгээр хянасан нь**
   Б.Цэрэндорж, Д.Энх-Амгалан, О.Даваадулам, Э.Хишигдорж, А.Дашмаа, М.Тэргэл, Б.Ариунтунгалаг, С.Мөнхзаяа, Я.Замбалгарав

5. **Нарийн гэдэсний стромын хавдрын шалтгаант нарийн гэдэсний чихэлдэлт түгжрэл**
   Б.Халиунаа, Д.Жаргалсайхан, П.Баттулга, Я.Эрдэнэ-Очир, Р.Ганбаатар, Ч.Бат-Оргил, Э.Эрхэмбаяр, М.Чинзориг, О.Баатархуяг, Д.Баямурат, Б.Базарбидрэн, О.Саруулбаяр, Г.Янжинлхам

6. **Бамбай булчирхайн анапластик хорт хавдрын тохиолдлын танилцуулга**
   О.Дарьцэцэг, Ц.Одонтунгалаг, М.Энхтуул, Б.Баярт-Үйлс, Г.Ганчимэг

7. **Madelung өвчний үеийн дүрслэлийн өвөрмөц шинж чанар: Case Report**
   А.Дашмаа, Б.Цэрэндорж, М.Тэргэл, Д.Энх-Амгалан

8. **Флюресцент ашиглан дурангийн аргаар ходоодны гарах хэсгийн хорт хавдрыг тайран, Д2 булчирхай түүлт хийсэн тохиолдлын танилцуулга**
   Ч.Бат-Оргил, Б.Халиунаа, Р.Ганбаатар, О.Саруулбаяр, Д.Жаргалсайхан, П.Баттулга, Я.Эрдэнэ-Очир, Э.Эрхэмбаяр, М.Чинзориг, О.Баатархуяг, Д.Баямурат, Б.Эрдэнэбулган, Б.Базарбидрэн, Баярбат

9. **Элэг шилжүүлэн суулгах мэс заслын дараах эрт үеийн элэгний артерийн тромбоз: Тохиолдлын танилцуулга**
   Б.Энхжаргал, М.Солонго, С.Сувд, Т.Батбилэг, Н.Оюунчимэг, Т.Хулан

4. Сувилахуй

Улаанбаатар хотын эмэгтэйчүүдийн хөхний хорт хавдрын эрт илрүүлэгтэй холбоотой мэдлэг ба туршлага
С.Болор-Оюун, Ц.Оюундарь, Я.Энхжаргал

Умайн хүзүүний хорт хавдраас урьдчилан сэргийлэх эмэгтэйчүүдийн мэдлэгийн эх сурвалжийг үнэлэх
Д.Мягмарсүрэн, Я.Энхжаргал, Ц.Оюундарь

5. Лекц, тойм

1 **Монгол улсад хэрэгжиж буй умайн хүзүүний хорт хавдрын эрт илрүүлэгт хүний папиллома вируст суурилсан шинжилгээг нэвтрүүлэх нь**
Ц.Туул, Т.Ундармаа, Ж.Уранболор

2 **Маммографийн зураг авах нэмэлт болон өвөрмөц байрлалын аргачлал**
Д.Баярсайхан, А.Болорчимэг, Б.Ариунтунгалаг, Д.Энх-Амгалан



I.

ТЭРГҮҮН ӨГҮҮЛЭЛ

ХАВДАР СУДЛАЛЫН ҮНДЭСНИЙ ТӨВИЙНТОЛГОЙ ХҮЗҮҮНИЙ МЭС ЗАСЛЫН ТАСГИЙН ҮҮСЧ, ХӨГЖСӨН ТҮҮХ

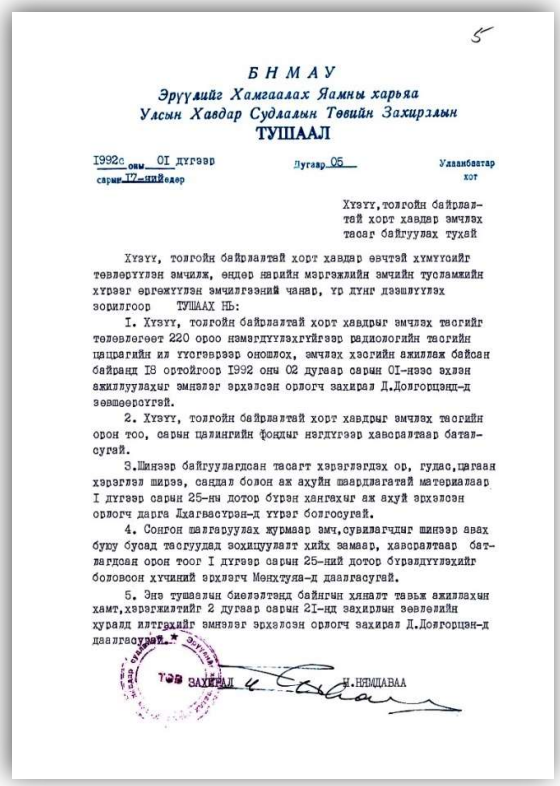
Толгой хүзүүний мэс заслын тасаг нь анх УХСТ-н захирал Н.Нямдаваагийн 1992 оны 01 сарын 17-ны өдрийн 05 тоот тушаалаар АУИС-н эрүү нүүрний мэс заслын тэнхимийн багш Н.Оюуны хүчин чармайлтаар үүсгэн байгуулагдаж, 18 ортой, 1 зөвлөх эмч, 3 их эмч, 6 сувилагч, 4 асрагчын орон тоотойгоор 1992 оны 2 сарын 1-нээс ХСТ-ийн “К” блокт, хуучин изотоп эмчилгээний тасаг байсан байранд үйл ажиллагаагаа явуулж эхэлсэн.

Радиоизотоп эмчилгээ хийгддэг байсан тасгийн зузаан тугалган хананууудыг өөрсдөө нурааж, засвар, будгийн ажлыг ч өөрсдөө хийж, бусад тасаг нэгжүүд болон дүүргийн эмнэлгүүдийн агуулахаас цагаан ор цуглуулж, хэд хэдэн гадны улс орнууд руу Монгол улсад ТХМЗ-н тасаг шинээр байгуулахад туслаач гэсэн утга бүхий захидал илгээн, хагалгааны ор, коагуляцын аппарат, бор машин, оёдлын утас, бээлий, хагалгааны багаж хэрэгслүүдийг тусламжаар авчирч, монгол улс зах зээлийн эдийн засаг руу шилжих шилжилтийн хүнд цаг үед байгуулагдаж байсан түүхтэй. Үүнд Н.Оюун багшийн болон тасгийн эмч, ажилтнуудын хөдөлмөр зүтгэл хэмжээлшгүй их.



*Зүүн гараас: Анхны **ТХМЗ-ын** тасгийн эрхлэгч С.Баянбаатар,*
*Олон улсын хүмүүнлэгийн байгууллагын эмч төлөөлөгч **Финляндын** эмч **Kivikankes, ТХМЗ-ын** тасгийн анхны чих хамар хоолой,*
*мэс заслын их эмч **Г.Пүрэвдорж, ТХМЗ-ыг үүсгэн байгуулагч,** зөвлөх эмч **Н.Оюун багш***

Тасаг байгуулагдсанаар урьд өмнө нь манай улсад байгаагүй Толгой хүзүүний мэс заслын эмч гэдэг цоо шинэ мэргэжил, мэргэшил бий болж, тухайн эмч нарын суурь мэдлэг, мэргэжлийг хөгжүүлэн сургах асуудлууд урган гарч, багш Н.Оюуны удирдлаган дор өөрсдийн хичээл зүтгэл, хүч хөдөлмөрөөр Толгой хүзүүний мэс заслын эмч гэдэг нарийн төвөгтэй бөгөөд хариуцлагатай мэргэжлийг эзэмшин толгой хүзүүний хавдрын тусламж үйлчилгээг өдий зэрэгт хүргэн хөгжүүлсэн юм. Анхны зөвлөх эмчээр АУИС-н эрүү нүүрний мэс заслын багш Н.Оюун, тасгийн эрхлэгчээр туяаны эмч С.Баянбаатар, эмч нар Н.Сүхбаатар, Г.Пүрэвдорж, Ц.Чойндонсүрэн, Ж.Шагдабай, Д.Мөнхцэцэг, С.Баатаржав, ахлах сувилагчаар Г.Гансүх, нярав сувилагчаар Нарантуяа, хагалгааны сувилагчаар Наранцэцэг, Энхцэцэг, боолтын сувилагч Гэрэлмаа, хагалгааны асрагч М.Батцэцэг, ээлжийн сувилагч Болормаа, Одгэрэл, Я.Энх-Од, С.Чимэдмаа, Мягмарсүрэн, Энхтуяа, Үүрийнтуяа, кабинетийн сувилагч Отгонжаргал, Энхсайхан, тасгийн асрагч Нараа, Амаржаргал, Ц.Нарангэрэл, Уртнасан нар ажиллаж байв.



5

Б Н М А У
Эрүүмийг Хамгаалах Яамны харьяа
Улсын Хавдар Судлалын Төвийн Захирлын
ТУШААЛ

1992с оны 01 дугаар сарын 17-нийөдөр — Дугаар 05 — Улаанбаатар хот

Хүчүү, толгойн байрлалтай хорт хавдар эмчлэх тасаг байгуулах тухай

Хүчүү, толгойн байрлалтай хорт хавдар өвчтэй хүмүүсийг төлөвөрүүлэн эмчилж, өндөр нарийн мэргэжлийн эмчийн тусламжийн хүрээг өргөжүүлэн эмчилгээний чанар, үр дүнг дээшүүлэх зорилгоор ТУШААХ НЬ:

1. Хүчүү, толгойн байрлалтай хорт хавдрыг эмчлэх тасагийг төлөвлөгөөт 220 орноо нэмэгдүүлэхгүйгээр радиологийн тасагийн цацрагийн их үүсгэвэрээр оношлох, эмчлэх хэсгийн ажиллаж байсан байранд 18 ортойгоор 1992 оны 02 дугаар сарын 01-нээс эхлэн ажиллуулахыг эмнэлэг эрхэлсэн орлогч захирал Д.Долгорцэнд-д зөвшөөрсүгэй.

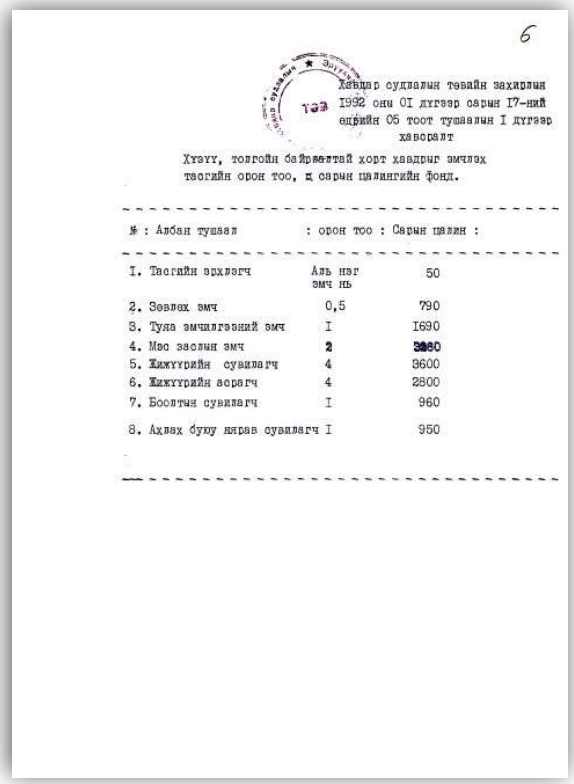
2. Хүчүү, толгойн байрлалтай хорт хавдрыг эмчлэх тасагийн орон тоо, сарын цалингийн фондыг нэгдүгээр хавсралтаар батлуулсугай.

3. Шинээр байгуулагдсан тасагт хэрэглэгдэх ор, гудас, цагаан хэрэглэл ширээ, сандал болон ах ахуйн шаардлагатай материалаар 1 дүгээр сарын 25-нд дотор бүрэн хангахыг ах ахуй эрхэлсэн орлогч дарга Лхагвастран-д үүрэг болгосугай.

4. Сонгон шалгаруулах журмаар эмч, сувилагчдыг шинээр ээлж буюу бусад тасгуудад зохицуулалт хийх замаар, хавсралтаар батлагдсан орон тоог 1 дүгээр сарын 25-ний дотор бүрэлдүүлэхийг боловсон хүчний эрхлэгч Мөнхтуяа-д даалгасугай.

5. Энэ тушаалын биелэлтэнд байнгын хяналт тавьж ажиллахыг хамт, хэрэгжилтийг 2 дугаар сарын 21-нд захирлын зөвлөлийн хуралд илтгэхийг эмнэлэг эрхэлсэн орлогч захирал Д.Долгорцэн-д даалгасугай.

ТӨВ ЗАХИРАЛ Ч.НЯМДАВАА



6

Хавдар судлалын төвийн захирлын 1992 оны 01 дүгээр сарын 17-ний өдрийн 05 тоот тушаалын 1 дүгээр хавсралт

Хүчүү, толгойн байрлалтай хорт хавдрыг эмчлэх тасагийн орон тоо, цалингийн фонд.

№	Албан тушаал	орон тоо	Сарын цалин
1.	Тасагийн эрхлэгч	Аль нэг эмч нь	50
2.	Зөвлөх эмч	0,5	790
3.	Туяа эмчилгээний эмч	1	1690
4.	Мэс заслын эмч	2	3380
5.	Жижүүрийн сувилагч	4	3600
6.	Жижүүрийн аспрагч	4	2800
7.	Боолтын сувилагч	1	960
8.	Ахлах буюу нярав сувилагч	1	950



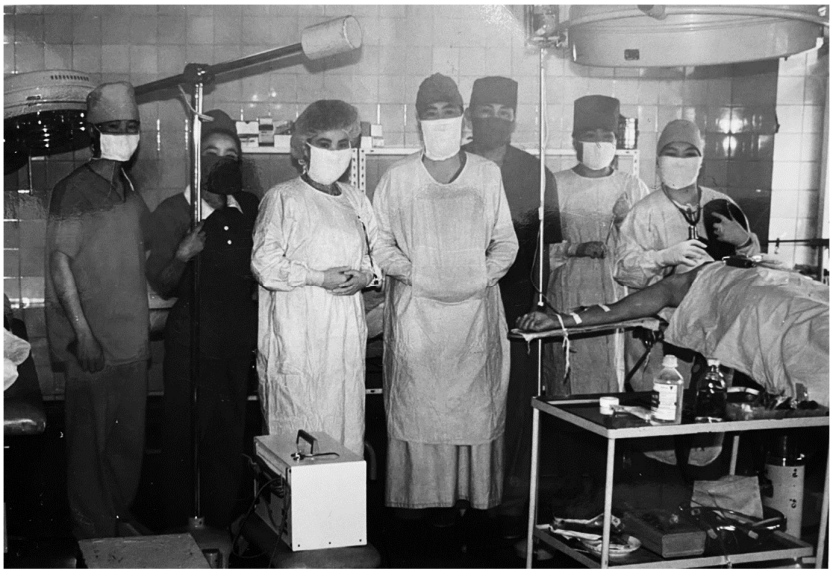
Тус тасаг байгуулагдсан даруйдаа толгой хүзүүний байрлалтай буюу чих хамар хоолой, эрүү нүүр, амны хөндий, шүлсний булчирхай, нүд, бамбай булчирхай, төвөнх, арьсны хавдрууд, хүзүүнд байрлалтай анхдагч болон үсэрхийлсэн хавдруудын мэс засал эмчилгээг төвлөрүүлэн хийж, нөхөн сэргээх мэс заслыг хамт хийж эхэлснээр дээрх байрлалын хавдруудын нэгдсэн бүртгэл сайжирч, өвчин үгдрэн хожуу үедээ оношлогдох явдлыг багасгах нөхцөл бүрдэн, толгой хүзүүний хавдруудын шалтгаан, тархацын түвшинг тогтоох судалгаа шинжилгээний суурь тавигдаж эхэлсэн юм. 2003 оноос ТХМЗ-н тасаг ''А'' блокийн 2 давхарт шилжин байрласан. Тэр үед их эмч Л.Гэрэлт-Од, Ц.Одонтунгалаг нар тасгийн эмчээр ажиллаж эхэлсэн ба унтуулгын эмч, сувилагч нар мэс заслын тасаг дотроо ажиллахаар зохицуулагдан анестезиолог эмч М.Оюунбат, сувилагч П.Долгорсүрэн, хагалгааны сувилагч Дулмаа нар хамт ажиллаж байлаа.



Анестезиолог эмч М.Оюунбат хагалгааны явцад алдсан цусны хэмжээг нарийвчлан тогтоохын тулд отсост сорогдсон цуснаас гадна хагалгааны үеэр хэрэглэсэн марлан шарик болон салфетканд шингэсэн цусны хэмжээг тооцож, алдсан цусны хэмжээгээр цус, цусан бүтээгдхүүн болон цус орлох шингэнийг нөхөн сэлбэж чадсанаар цус алдсанаас гарах хүндрэлээс сэргийлж чаддаг байсан. Ингэснээр хагалгааны дараа өвчтөний шархны эдгэрэлт хурдасч, эмчилгээ, үйлчилгээний зардал багасч байсан ба энэ аргыг эмнэлэг даяар ашиглаж байсан сайн туршлага үлдээсэн юм.



Хоншоорын өмөн ухархай руу түрсэн 4-р үе шатны хорт хавдрын үед хоншоор-ухархайг хамарсан өргөтгөн тайрах мэс засал, нүүрний дунд 1/3 –г хамарч задарсан хавдрыг хамрын хамт тайрч үүссэн согогийг Филатовын далбангаар нөхөн сэргээх, төвөнхийн өмөнгийн 3, 4-р үе шатанд төвөнхийг бүтнээр нь тайрч, хүзүүний тунгалагийн булчирхайнуудыг багцлан, хүүдийлэн авах мэс засал, амны хөндийн ёроолын өргөтгөсөн мэс засал, залгиур, амны хөндийн ёроолыг тайрсны дараа арьс-булчингийн далбангаар нөхөн сэргээх, бамбай булчирхайн хавдруудын үед өргөтгөсөн мэс засал хийх, залгиур улаан хоолойн мэс ажилбаруудыг хүзүүний хүрцээр хийх зэрэг мэс заслуудыг Монгол Улсад анх удаа амжилттай хийж, анагаах ухааны практикт нэвтрүүлж нутагшуулсан. Эдгээр мэс заслуудыг хийсэн огноог гаргавал:



Зүүн гараас: Ахлах сувилагч Гансүх, хагалгааны асрагч, эмч Д.Мөнхцэцэг, Н.Сүхбаатар, унтуулгын сувилагч Отгонбаатар, хагалгааны сувилагч Энхцэцэг, унтуулгын эмч М.Оюунбат нар

- Хоншоорын хорт хавдрын үед хоншоорыг бүтэн тайрч, ухархай хоослох мэс заслыг хүзүү өвчих мэс заслын хамт хийх хагалгааг 1992 онд (Өвчтөн Г.65 н, эр) анх хийсэн байна. Энэ хүн одоо ч амьд мэнд амьдарч байна.
- Хамрын задарсан хавдрын үед нүүрний дунд1/3-г хамрын хамт тайрч үүссэн согогийг Филатовын стебль-ээр нөхөн сэргээх мэс засал (Өвчтөн Т, 53н, эр) 1993 он
- Амны хөндийн ёроол, багалзуур, залгиурын урд ханыг РМ арьс булчингийн далбангаар нөхөн сэргээх мэс засал (Өвчтөн М 36н, эм, Өвчтөн Т 52н, эр) 1994,1995 онуудад
- Төвөнх тайрагдсаны дараа дуу сэргээх хавхлагыг (Өвчтөн Ц, эм, Б, эр) Провокс болон Блом-Сингерийн хавхлагуудыг 1997 онд суулгасан.
- Улаан хоолойн дээд хэсэгт тээглэсэн гаднын биетийг хүзүүний гадна хажуугийн хүрцээр авах (Өвч Y, 42н, эр) мэс заслыг 2005 онд, залгиурын ар хананаас гаднын биет зүүг хүзүүний хүрцээр авах мэс заслыг (20 н, эрэгтэй, хугацаат цэргийн албан хаагч) 2007 он зэргийг анх удаа амжилттай хийсэн.

Тасгийн эрхлэгчээр:



С.Баянбаатар
1991-1993

1978 онд АУДэС, 1980 онд Цөмийн оношзүйн лабораторт радиолог эмчийн олгох курс төгсгөсөн. 1988-1991 онд Туяа эмчилгээний тасагт ординатор эмчээр ажиллаж байгаад, 1991 онд ТХМЗ-н тасгийг байгуулалцаж, анхны тасгийн эрхлэгчээр ажиллаж байсан. 1998 онд Хятад улсад улаан хоолойн хорт хавдрыг дотуур шарлагаар эмчилдэг аргад суралцаж, тус клиникт анх нэвтрүүлж ажилласан.



Намжилын Оюун
1993-1995

Пластик мэс засалч, Клиникийн профессор

АУИС-ийн Эрүү нүүрний мэс заслын тэнхмийн эрхлэгч, зөвлөх эмч асан

“Перфект” мэс заслын эмнэлгийг үүсгэн байгуулагч, ерөнхий эмч

1991 онд Улсын Хавдар Судлалын Төв эмнэлгийн Хүзүү толгойн мэс заслын тасгийг үүсгэн байгуулж, 1993-1995 онуудад тасгийн эрхлэгчээр, 1995-1997 онуудад зөвлөх эмчээр ажиллах хугацаандаа тасгийн эмч нар болох Н.Сүхбаатар, Г.Пүрэвдорж, Ц.Чойндонсүрэн, Ж.Шагдабай, Д.Мөнхцэцэг нарыг шавилан сургасан.

Суралцсан байдал:

1978-1984 он Куба улсын Анагаах Ухааны Их Сургууль

- 1986-1988 он Монгол улсын АУИС. Эрүү нүүрний мэс засал
- 1989-1990 он Куба улс, Камагуэй. Хүзүү толгой ба ортогнатик мэс засал Лас Тунас. Хүүхдийн эрүү нүүрний мэс засал
- 1993-1994 он Япон улс, Осака. Хүзүү толгойн мэс засал
- 1996-1997 АНУлс, Сан Франциско. Бичил мэс засал Напа хот, Стенфорд, Биеийн галбир засах, харвин авах, өөх сорох, хөх томруулах, хөх сойх, хасах мэс засал

Гишүүнчлэл:

- АНУ-ын “Interplast” байгууллагын итгэмжлэгдсэн мэс засалч
- АНУ-ын “Smile train” байгууллагын итгэмжлэгдсэн мэс засалч
- АНУ-н “Rotoplasty” байгууллагын итгэмжлэгдсэн мэс засалч
- АНУ-ын Пластик Мэс Засалчдын Нийгэмлэгийн гишүүн
- Монголын Пластик, Нөхөн сэргээх мэс засалчдын нийгэмлэгийн хүндэт гишүүн

Ажлын амжилт:

Хүзүү толгойн байрлалтай хавдрын чиглэлээр 26 мэс засал, Косметик, Пластик мэс заслын чиглэлээр 20 гаруй мэс заслыг Монголд анх удаа хийж нутагшуулсан.

Хүзүү толгойн байрлалтай хавдрын мэс заслууд

- **Хүзүү толгойн байрлалтай хортой хавдрын хүзүүний үсэрхийллийг функцианаль болон радикаль аргаар өвчих мэс засал**
- **Хавдрын дараахь нөхөн сэргээх мэс заслууд**
  - Нүүрний эд эрхтэний согогийг судас суурьтай далбангаар нөхөн сэргээх мэс заслууд
  - Микро мэс заслын тусламжтайгаар чөлөөт далбан шилжүүлэн суулгах мэс засал
  - Нүүрний эдийн согогийг хавирга шилжүүлж нөхөн сэргээх мэс засал /Орос мэргэжилтэн, багш Замитаны хамт/
- **Ортогнатик мэс заслууд**
  - Хоншоор ясыг тайрч нүүрний хэлбэр засах /Lefort I, II, III – osteotomy/
  - Эрүүний шаамийг аман дотуур зүслэгээр засах /Mandibular osteotomy/
  - Хоншоор ясыг хэсэгчилж тайрах /Maxillary segmentar osteotomy/

Гоо сайхны мэс заслууд:

- Зовхины мэс заслууд /багш Заметины хамт/
- Хамрын мэс заслууд
- Нүүр өргөх мэс заслууд
- /Дурангаар нүүр, дух өргөх мэс засал, риббон, эндотайн ашиглаж
- хүзүү, нүүр, дух хөмсөг өргөх мэс заслууд/
- Биеийн галбир засах мэс заслууд
- /Өөх сорох, харвин авах, хөх томруулах, хасах, өргзөг, шилбэ томруулах/
- Нүүрний хэлбэр засах мэс заслууд /Шанаа яс багасгах, эрүүний шонтгор хасах, эрүүний контур засах/

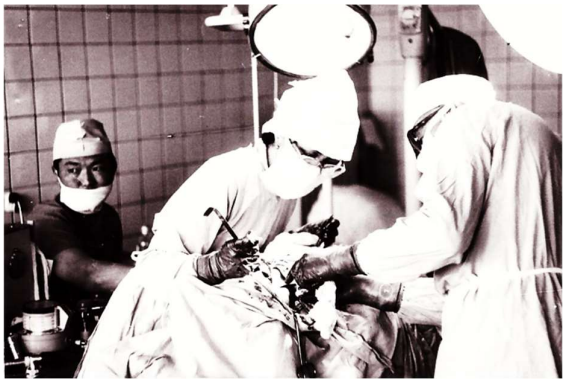
Хавдар судлалын Үндэсний Төвийн Хүзүү толгой нөхөн сэргээх мэс заслын тасгийг үүсгэн байгуулж, нарийн мэргэжлийн эмч мэргэжилтэн сургах ажлыг эхлүүлж зөвлөх эмчээр ажиллаж байсан. Монголчуудын нүүр амны эрүүл мэндийг сайжруулахад засгийн газраас баримтлах бодлогын баримт бичгийг боловсруулсан.

Хүзүү толгой нөхөн сэргээх мэс заслын чиглэлээр нарийн мэргэжлийн эмч мэргэжилтэн бэлтгэх ажлыг эхлүүлж, резидентурын сургалтын хөтөлбөрийг боловсруулсан. 10 гаруй эмч нарыг шавилан сургаснаас ихэнх нь монголын пластик, гоо сайхны мэс заслын салбарт тодорхой байр суурь эзлэн, тэргүүлэн ажиллаж байна.

АНУ-ын “Interplast”-ын итгэмжлэгдсэн мэс засалчаар ажилллаж, Сан Сальвадор, Энэтхэг г.м орнуудад хандивын мэс засал хийсэн. 2004 оноос хойш өнөөг хүртэл төрөлхийн гажигтай 800 гаруй хүүхдүүдэд үнэ төлбөргүй мэс засал хийсэн.

Монголд нутагшуулсан мэс заслууд:

- Functional neck dissection
- Radical neck dissection
- Banah 1 хүзүү өвчилт
- Banah 2 хүзүү өвчилт
- Partail thyriodectomy
- Total thyroidectomy
- Laryngectomy
- Partial parotidectomy
- Total parotidectomy
- Partail maxillectomy
- Total maxillectomy
- Maxillectomy with orbital exenteration
- Partial glossectomy
- Delta pectoral flap
- Radial forearm free flap

Унтуулгын эмч Батбаяр, Н.Оюун багш Заметины хамт






Ц.Чойндонсүрэн
1995-2006

- 1992 онд АУДэС төгссөн.
- 1991-1992 онд төгсөх курсэд суралцаж байх хугацаандаа ТХМЗ-н тасагт субординатураар сурч байсан.
- 1993 онд мэс заслын олгох курс төгсгөсөн.
- АУ-ны магистр, клиникийн профессор.
- 1995-2006 онуудад тасгийн эрхлэгчээр ажиллаж байсан.
- 2008 онд ТХМЗ-н тасгийг Ц. Чойндонсүрэнгийн нэрэмжит тасаг болгосон.



Г.Пүрэвдорж
2006-2022.07

- 1986 онд АУДэС төгссөн.
- 1988 онд чих хамар хоолойн олгох,
- 1992 онд чих хамар хоолойн мэргэжил дээшлүүлэх курс төгсгөсөн.
- 1986-1992 онд БХЯ Армийн төв эмнэлэгт чих хамар хоолойн эмч

1991 онд ТХМЗ-н тасгийг байгуулалцаж, анхны мэс заслын эмчээр ажиллаж, 2006-2022.07 сард ТХМЗ-ын тасгийн эрхлэгчээр ажилласан.

Г.Пүрэвдорж нь Монгол улсын хүний гавъяат эмч, АУ-ны магистр, АУ-ны докторант, клиникийн профессор, ТХМЗ-н зөвлөх зэргийн эмч.



С.Денис
2022.07 сараас

- 2005 онд ЭМШУИС төгссөн.
- 2005-2007 онд гоо сайхан, нөхөн сэргээх мэс заслын “Перфект“ эмнэлэгт Оюун багшийн удирдлаган доор Эрүү нүүр, нөхөн сэргээх мэс заслын резидент,
- 2007 оноос одоог хүртэл ХСҮТ-ийн ТХНСМЗ-ын тасагт ажиллаж байна.

Солонгос, Тайвань, Тайланд, Швейцар улсуудад нөхөн сэргээх мэс заслын богино хугацааны сургалтуудад хамрагдсан.

2006 оноос одоог хүртэл ТХМЗ-н тасаг В блокийн 3 давхарт байрлаж үйл ажиллагаагаа явуулж байна.

Энэ хугацаанд тус тасагт ажиллаж байсан хүмүүсийг дурьдвал:

Унтуулгын их эмч Батбаяр, мэс заслын эмч Юмчинсэрчин, ахлах сувилагч Г.Гансүх, Б.Цэцгээ, Б.Бадамдолгор, С.Оюунгэрэл, В.Занданмядаг, бакалавр, ахлах зэрэгтэй Н.Наранчимэг, Мөнхжаргал, нярав сувилагч Нарантуяа, хагалгааны сувилагч Наранцэцэг, Энхцэцэг, Дулмаа, боолтын сувилагч Гэрэлмаа, ахлах зэрэгтэй А.Уламбаяр, анестезиолог сувилагч П.Долгорсүрэн, Отгонбаатар, ТХМЗ-ын кабинетийн эмчээр Д.Мөнхцэцэг, сувилагч Отгонжаргал, Н.Болормаа, Б.Мөнх-Алим, Оюунсүрэн ээлжийн сувилагч С.Чимэдмаа, Мягмарсүрэн, Я.Энх-Од, Одгэрэл, Тунгалаг, Энхтуяа, Р.Отгонбаяр, Ж.Эрдэнэжаргал, Өсөхбаяр, Н.Цэрмаа, Н.Төгсжаргал, Чинзаяа, Золзаяа, Халиун, асрагч Наранчимэг, Энхсайхан, Батцэцэг, Уртнасан, Дэлгэрмаа, туслах ажилтан Д.Оюунбат, үйлчлэгч Өлзий, Ж.Сайнбилэг нарын эвсэг хамт олны бүтээлч, ажилсаг хүч хөдөлмөрөөр хөгжин бэхжиж, өнөөдөр Монгол улсын хэмжээнд толгой хүзүүний байрлалын хорт хавдрын мэс засал эмчилгээг орчин үеийн түвшинд үзүүлж, ард түмэндээ үйлчилж байна.



ТХМЗ-ын тасгийн хамт олон, **2011** он

Одоо тус тасаг нь 17 ортой, хэвтэн эмчлүүлэх тасагтаа жилдээ 500 гаруй өвчтөн хэвтэн эмчлүүлдэг, ерөнхий унтуулгатай мэс засал 450 гаруй хийгддэг. Амбулторийн 2 кабинет ажилладаг. 2022 оны 7 сараас ТХНСМЗ-н тасгийн статустай болж ТХМЗ-н зөвлөх зэргийн эмч Г.Пүрэвдорж, ЭНМЗ-ТХМЗ-н их эмч, ЭНМЗ-н зөвлөх зэргийн эмч Д.Мөнхцэцэг, ЧХХ-ТХМЗ-н их эмч, ЧХХ-н тэргүүлэх зэргийн эмч Ц.Одонтунгалаг, ЧХХ-ТХМЗ-н их эмч, ЧХХ-н тэргүүлэх зэргийн эмч Г.Ариунбаатар, ЭНМЗ-н тэргүүлэх зэргийн их эмч М.Энхтуул, эрүү нүүр, толгой хүзүүний мэс засалч, нөхөн сэргээх мэс засалч, тэргүүлэх зэргийн их эмч С.Денис, Б.Батцэнгэл, Б.Ган-Эрдэнэ, Э.Өнөболд, мөн ЧХХ толгой хүзүүний мэс засалч О.Дарьцэцэг, эрүү нүүр, толгой хүзүүний мэс засалч Б.Болормаа, ЭНМЗ-н их эмч О.Анарчимэг, боолтын сувилагч Шагдарсүрэн, ТХМЗ-н кабинетийн сувилагч Р.Энхзаяа, ээлжийн сувилагч Цагаансарнай, Уранчимэг, Г.Уранцэцэг, Үүрийнтуяа, туслах Ганчимэг нар ажиллаж байна.



ТХМЗ-ын тасгийн хамт олон, **2021** он

Толгой хүзүүний мэс заслын эмч, боловсон хүчинг бэлтгэхэд “Перфект” эмнэлгийн захирал, бидний багш Н.Оюун нь байнга анхаарч тусалж, дэмждэгт бид үргэлж талархаж баярлаж явдгаа илэрхийлье.

ХСҮТ-н ТХМЗ-н тасаг нь АШУҮИС, МДИ, Нүүр Ам Судлалын Сургууль, бусад анагаахын чиглэлийн сургуулиудын оюутнууд болон чих хамар хоолой, эрүү нүүр, нүүр ам судлал, арьс гоо засал, дотоод шүүрэл судлал, ерөнхий хавдар судлалын дадлагажигч эмч нарт толгой хүзүүний байрлалын өвчин эмгэг, хавдруудын оношлогоо эмчилгээний сургалтын бааз болж байна.

Тус тасагт хийгдэж байгаа хагалгаанууд:

- Төвөнх, залгиур, багалзуурын мэс засал
- Хоншоорын хавдрын үед хоншоорын өргөтгөсөн тайралт, ухархай хооослох мэс засалтай хамт хийх
- Хүзүүний сонгомол болон төгс өвчилтүүд
- Бамбай булчирхайн мэс заслууд
- Шүлсний булчирхайн мэс заслууд
- Хэл, амны хөндийн мэс заслууд
- Эрүүний тайралтууд
- Арьсны хавдрын мэс заслууд

Эдгээр хагалгаануудыг хийхийн зэрэгцээ хагалгааны дараахь нөхөн сэргээх мэс заслууд, арьс булчингийн болон ясны чөлөөт далбангуудыг бичил судас залган амжилттай хийж байна.

Бичил судасны мэс засалд Герман улсад үйлдвэрлэсэн Мюллер-Видал интернешнл фирмийн дуран харуур болон Карл Зейс хагалгааны бичил харуурыг хэрэглэж байна.

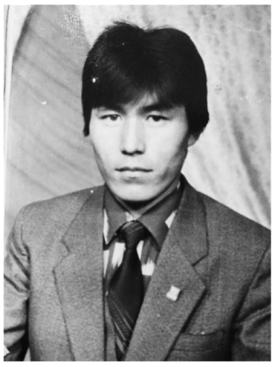


1. Нулимсны булчирхайн хавдрын үед анхдагч голомтыг тайрахын зэрэгцээ нүүрний мэдрэлийг ялган үлдээж, чихний ойролцоохь шүлсний булчирхайг бүтнээр нь тайрч улмаар хүзүүний тэр талд шинэчилсэн байдлаар өвчилт хийх өргөтгөсөн мэс заслыг 2007 онд (Өвч М.С эм 22 н)
2. Хүзүүний Сонгомол Шинэчилсэн Төгс өвчилтүүдийг анхдагч голомтийг тайрахтай хамт

хийх мэс заслыг тасаг байгуулагдсан цагаас хойш байнга хийж дадлагжиж хэвшсэн.

3. Эрүүний ясыг шилбэний ясаар орлуулах мэс заслыг (Өвч Г. 17 нас, эр) 2009 онд Монгол улсын анагаах ухааны практикт анх удаа амжилттай хийж цаашид энэ аргыг хэрэглэх нь хэд хэдэн давуу талтай болохыг баталлаа. Одоо шилбэний савхан ясыг булчин, хальсны хамт тэжээгч судсыг залган эд шижүүлэн суулгах аргаар нөхөн сэргээж байна.
4. Бамбай булчирхайн болон шүлсний булчирхайн хавдрын үед Хармоник хутга хэрэглэн, эргэх мэдрэл болон нүүрний мэдрэлийг ялгах мэс заслыг (Өвчтөн Ц.46н, эм Онош: Шүлсний булчирхайн хоргүй хавдар 2010.8 сард, Өвчтөн Д.36н, эм. Бамбай булчирхайн хавдар оношоор 2010.8 сард) 2010 онд анх хийжээ
5. Улаан хоолойн төрөлхийн хосолсон гажиг мэс засал эмчилгээ хийж, залгиурын дефектийг шууны чөлөөт далбангаар бичил судас залган нөхөн сэргээх мэс заслыг анх удаа амжилттай хийсэн. Дэлхийн АУ-ны практикт энэ төрлийн гажгийн 44 тохиолдол бүртгэгдэж, ийм мэс заслыг хийсэн нь тэмдэглэгдсэн байдаг.

ТХМЗ-ын кабинетийн түүх



ТХМЗ-ын кабинетийн анхны их эмч Ж.Шагдабай 1991-1993

- 1984-1989 АУДэС-г шүдний эмчийн мэрэгжлээр төгссөн.
- 1989-1992 Дэлүүн сумын СДНЭ-т шүдний эмчээр
- 1992-1993 онд УХСТ-н ТХМЗ-н кабинетийн их эмчээр
- 1995 оноос Баян-Өлгий аймгийн нэгдсэн эмнэлэгт

ЭМЯ-ны жуух бичиг, Эрүүлийг хамгаалахын тэргүүний ажилтан, Хөдөлмөрийн хүндэт медалуудаар шагнагдсан. Тус тасаг анх байгуулагдахад Н.Оюун багш, С.Баянбаатар, Г.Пүрэвдорж, Ц.Чойндонсүрэн эмч нартай хамт тасгийг шинээр зохион байгуулах, орон байрыг засварлан тохижуулах, аж ахуйн ажлыг зохицуулах, шинэ тасгийг сурталчилах, шинээр кабинет байгуулах, бусад тасгууд болон эмнэлгийн захиргаа аж ахуйтай хамтран ажиллахад их үр бүтээлтэй ажиллаж байв.



ТХМЗ-ын кабинетийн их эмч Д.Мөнхцэцэг 1993-2022

АУ-ны магистр, клиникийн профессор,
ЭНМЗ-ын зөвлөх зэргийн эмч

- 1993 онд АУИС-г нүүр ам судлаач эмчээр төгссөн.
- 1996 онд ЭНМЗ-н олгох
- 1998 онд АУ-ны магистр
- 2001 онд ЭНМЗ-н дээшлүүлэх
- 2004 онд ЭНМЗ-н ахлах зэрэг
- 2010 онд ЭНМЗ-н тэргүүлэх зэрэг
- 2010 онд Клиникийн профессор
- 2017 онд ТХМЗ-н олгох
- 2021 онд ЭНМЗ-н зөвлөх зэрэг

ТХМЗ-н кабинетын анхны сувилагчаар Отгонжаргал, Одгэрэл, Энхсайхан, Оюунсүрэн, Б.Мөнх-Алим, Н.Болормаа нар ажиллаж байсан ба хамгийн олон жил тогтвор суурьшилтай ажилласан сувилагч бол Н.Болормаа (1998-2021 онуудад) эгч маань юм. Одоо кабинетын сувилагчаар Р.Энхзаяа ажиллаж байна.

Дөнгөж сургуулийн ширээнээс ажлын талбарт гарсан надад өвчтөндөө хүнлэг энэрэнгүй, нинжин сэтгэлээр хандах, эмчийн ёс зүйтэй байх, өвчтөнөө яаж үзэх, оношоо тавихад юун дээр анхаарах, ямар ямар өвчнүүдээс ялган оношлох зэргийг зааж сургасан Н.Оюун багшдаа болон Г.Пүрэвдорж эмчдээ маш их талархаж явдаг шүү.

Бас хамгийн том магтаалыг эмгэг эд, эс судлаач Д.Самбуупүрэв гуайгаас сонсож байснаа мартдаггүй юм.

“***Энд эмнэл зүйн оношт паталогийн оноштойгоо бараг л зөрөхгүй тавьдаг нэг хүүхэд байнаа”*** гэсэн энэ үг маш их урам зориг хайрлаж билээ.

Мөн АУИС-н ЭНМЗ-н тэнхимийн Нацагдорж багш маань намайг УХСТ-д суугаа онц бөгөөд бүрэн эрхт төлөөлөгч гэж хошигнодог байсан.

Анх кабинет ажиллахдаа толгой хүзүүний байрлалтай хавдартай өвчтөнүүдийг үзэж оношлохоос гадна хэвтэн эмчлүүлэгчдийн шүд, амны хөндийг хагалгааны өмнө эрүүлжүүлэн, эмчилж хагалгаанд оруулдаг, шүд ломбодох, авах, буглаа нээх, шүдний чулуу түүх, блокад хийх гэх мэт ЭНМЗ-ын тусламж үйлчилгээг давхар хийдэг байсан юм.

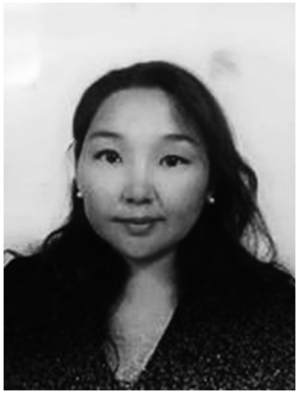


ТХМЗ-ын *кабинетийн анхны сувилагч Отгонхаргал*



ТХМЗ-ын кабинетийн сувилагч Н.Болормаа 1980-2020

- 1980 онд АУДуС-г сувилагч мэргэжлээр
- 1980-1998 онуудад УХСТ-н ерөнхий мэс заслын тасагт боолтын сувилагч, туяаны тасагт ээлжийн сувилагч
- 1998-2020 ХСҮТ-н ТХМЗ-н кабинетйн сувилагч



ТХМЗ-ын кабинетийн сувилагч Р.Энхзаяа 2020-2022

- 2003 онд АШУИС-н харъяа Сувилахуйн сургуулийг сувилагч мэргэжлээр
- 2003-2005 онд Зүтгэл найдвар эмнэлэгт сувилагчаар
- 2005-2020 онуудад ХСҮТ-н ТХМЗ-н тасагт ээлжийн сувилагч
- 2020-2022 онуудад ХСҮТ-н ТХМЗ-н кабинетийн сувилагчаар



***ТХМЗ-ын** кабинетад анх ашиглагдаж байсан кресло, шүлс хаях никель тосгуур бүхий тавиур, тавиур дээр ам зайлах уусмал бүхий баллон, электрокоагуляцын аппарат*

Зүүн гараас:** Олон улсын хүмүүнлэгийн байгууллагын эмч төлөөлөгч **Финляндын** эмч **Kivikankes,** ТХМЗ-ын кабинетийн их эмч Д.Мөнхцэцэг, **ТХМЗ-ын** тасгийг үүсгэн байгуулагч **Н.Оюун

Кабинетад үзлэг хийхдээ хүзүү болон бусад эрхтнүүдийг зөвхөн тэмтэрч үздэг, эсийн шинжилгээг гараар тэмтэрч байгаад хатгаж авдаг, эдийн шинжилгээ авах 1 ширхэг конхотом, 1 ширхэг Сильберманы зүүтэй, түүнийг хэрэглээд нэгдсэн ариутгалд өгч ариутгасны дараа дараагийн хүнээс эдийн шинжилгээ авдаг, төвөнхний толь болон духны толь, хажуугийн гэрэл, спиртэн дэнгийн тусламжтайгаар хамар нармай, төвөнх, багалзуурыг шалгадаг, хэрвээ эд, эсийн шинжилгээ авахаар бол УКТЭ-ийн дуу авианы кабинет руу явуулж авахуулдаг байлаа.

Тус тасагт шүдний кабинет 1998-1999 онд тусдаа ажиллаж байсан ба эмчээр нь Ж.Даваасүрэн ажиллаж байсан. Тухайн үед манай шүдний кабинет улсын эмнэлгүүдээс хамгийн түрүүнд францын хэсгийн мэдээ алдуулалтанд хэрэглэдэг ксилистезин, лидокаин зэрэг мэдээ алдуулагчийг хэрэглэж байсан ба эмнэлэгтээ тухайн үеийн ханшаар 1 сая орчим төгрөг оруулж байсан түүхтэй.



***ТХМЗ-ын** кабинетад анх ашиглагдаж байсан хажуугийн гэрэл, духны толь, кресло*

2009 онд тус кабинетад БНСУ-н Kazama чих хамар хоолойн шулуун дуран, 2011 оноос Olympus фирмийн хамар, нармай, төвөнх, залгиурын уян дуран ашиглагдаж эхэлснээр оношлогооны зорилгоор өөрсдөө эдийн шинжилгээ авдаг болж толгой хүзүүний хавдартай өвчтөнийг нааш цааш чирэгдүүлэхгүйгээр тусламж үйлчилгээндээ ахиц гаргаж чадсан юм.



*Одоо ашиглагдаж буй **Kazama** чих хамар хоолойн шулуун дуран*



*Одоо шаиглагдаж буй **Olympus** фирмийн хамар, нармай, төвөнх, залгиурын уян дуран*

Мөн 2018 оноос суурин болон зөөврийн хэт авиан оношлогооны аппараттай болсноор бамбай булчирхай болон шүлсний булчирхай, хүзүүний тунгалгийн булчирхай, зөөлөн эдийг өөрсдөө ЭХО-д харж, ялган оношлогоонд ашиглан, түүний хяналтан доор толгой хүзүүний байрлалын хавдраас эд, эсийн шинжилгээ авдаг болсон. Өмнө нь бамбай болон хүзүүний тунгалгийн булчирхай, зөөлөн эдийг ЭХО-ны эмч рүү илгээж харуулдаг, шаардлагатай бол ЭХО-ны кабинетад эсийн шинжилгээ авах хэрэгслүүдээ авч очоод ЭХО-д харж эсийн шинжилгээ авдаг байлаа.





2000-аад оныг хүртэл ТХМЗ-н кабинетад давхардсан тоогоор жилдээ 2000 орчим хүн үзүүлдэг байсан бол одоо жилдээ 9000 орчим хүн үзэж, толгой хүзүүний байрлалын хавдрын тусламж үйлчилгээ үзүүлж байна.

Эх нялхасын төвд хүүхдийн хавдрын тусламж үйлчилгээ үзүүлж эхэлснээр хүүхдэд тохиолддог хортой, хоргүй хавдрууд Эх нялхасын төвийн цусны, чих хамар хоолойн, эрүү нүүрний мэс засал болон ерөнхий мэс заслын тасгуудад оношлогдон эмчлүүлж байна.

ТХМЗ-н тасгийн гадаад хамтын ажиллагаа

Тус тасаг нь гадаад улс орнуудын мэргэжил нэгтнүүдтэй байнга хамтран ажиллаж туршлага солилцож, урт богино хугацааны сургалтанд тасралтгүй хамрагдаж, олон улсын болон дотоодын эрдэм шинжилгээ, онол практикийн хурал зөвлөгөөнүүдэд тогтмол оролцон илтгэл тавьж, сар улирал тутмын мэргэжлийн хэвлэлүүдэд зөвлөгөө, судалгааны ажлуудын үр дүн, манай практикт тохиолдсон анагаах ухааны ховор тохиолдлуудын талаар нийтлэл бичиж хэвлүүлэхийн зэрэгцээ эмчилгээний практикт Harmonic скальпель хэрэглэх, хавдар тайрсны дараа нөхөн сэргээх мэс заслуудыг амжилттай хийдэг болжээ.

Бид АНУ-н Толгой хүзүүний хавдрын нийгэмлэгүүдийн олон улсын холбооны /IFHNOS/ жинхэнэ гишүүн бөгөөд АНУ, ОХУ, Швейцари, Израил, Тайван, Япон, Солонгос улсуудын эмч мэргэжилтэнгүүдтэй байнга хамтран ажиллаж байна.





*Япон эмч **Хашегава ТХМЗ**-ын тасгийн эмч нарын хамт, **2002** он*



*Япон эмч **Хашегава ТХМЗ**-н тасгийн эмч нарын хамт, **2002** он*



Япон эмч Киодо ТХМЗ-ын тасгийн эрхлэгч Ц.Чойндонсүрэнгийн хамт

1998 онд Японы профессор Хашегава болон пластик мэс засалч Киодо тус тасаг дээр 7 хоног мэс засал хамтран хийсэн.

2008 оноос Швейцарийн эмч Мейер 4 жил дараалан ирж хамтран ажиллаж, 2014 оноос Солонгосын Ионсей их сургуулийн Ганнам бамбайн хавдрын төвийн профессор Хан Сеөк Чанг 5 жил дараалан ирж хамтран ажиллаж, бамбай булчирхайн мэс заслын онол, дадлагыг манай эмч нарт зааж сургасан байдаг.

2013 онд Швейцари эмч Штокли, 2009 оноос АНУ-н Vertue сангийн шугамаар баг эмч нар хамтран ажиллах болж ажлын 7 хоног хамтран мэс засал хийж эхлэн, түүнээс хойш тасралтгүй 8 жилийн турш хамтран ажиллаж байна.

Мөн 2014 оноос Канадын Laurel сангийн эмч нартай удаан хугацааны туршид хамтран ажиллаж байгаа нь манай эмч нарын ажлын байран дахь маш өгөөжтэй сургалт болж, өндөр хөгжилтэй улс орнуудын өнөөгийн түвшний мэс заслын техникийг өөрийн оронд нэвтрүүлэн хөгжүүлж, нутагшуулахад асар өндөр ач холбогдолтой сургалт дэмжлэг болсон.

Мөн эдгээр багийн эмч нар бидэнд зарим дутагдалтай багаж хэрэгслийг хандивлан, дэмжлэг үзүүлж байсан нь бидний хөгжилд үнэлж баршгүй тус дэм болсныг энд дурдахгүй байж болохгүй ээ.

Ялангуяа Японы профессор Хашегава, Киодо, Швейцари эмч Мейер, Солонгос проф Хан Сеөк Чанг, Израйль эмч Эран Элон, Канадын профессор Парсон, Дон Андерсон, Присман нарт гүн талархал илэрхийлж байна.



ОХУ-н **Иркутскийн** онкологийн диспансерийн толгой хүзүүний мэс заслын тасаг болон дурангийн эмч нар **ХСҮТ**-н **ТХМЗ**-н тасгийн эмч нарын хамт

Толгой хүзүүний мэс заслын тасагт сүүлийн 10 жилд шинээр нэвтрүүлсэн Монгол улсын хэмжээнд анх удаа хийгдсэн хагалгаанууд:

1. Улаан хоолой, багалзуурын анхдагч олон байрлалын хорт хавдартай өвчтөнд залгиур, багалзуур, төвөнх, улаан хоолойг бүтэн тайрч, ходоодыг дээш татан залгиур хэсгийг нарийн гэдэсний чөлөөт далбангаар нөхөн сэргээх мэс заслыг амжилттай хийсэн.
2. Хоншоорын хөндийн хорт хавдрын үед ухархай хооослох өргөтгөсөн мэс заслыг хамт хийсэн үед үүссэн том хэмжээний согогийг далны ясны хэсгийг арьс зөөлөн эдийн чөлөөт далбангийн хамт шилжүүлэн, бичил судас залган нөхөн сэргээх мэс засал
3. Амны ёроол эрүүл буйлны өргөтгөсөн мэс заслын дараа эрүүг шилбэний нарийн савхан ясаар орлуулан, бичил судас залган нөхөн сэргээх мэс засал
4. Зажлуурын зай буюу мастикатор зайн хорт хавдар тархины суурь руу нэвчин ургаж, тархины суурийн ясыг идэж тархины хальстай наалдсан үед мэдрэлийн мэс засалч нартай хамтран өргөтгөсөн мэс засал хийсэн нь маш үр дүнтэй болж өвчтөн хорт хавдраас бүрэн эдгэрсэн.
5. Хүзүүний нугаламын хорт хавдрын үед хиймэл нугалам суулган залгиурын ар хана бүрэн онгойж нугасны шингэн байнга гоожиж байсан өвчтөнд залгиурын арын ханыг бичил судас залган чөлөөт далбангаар нөхөн сэргээх мэс заслыг амжилттай хийж, өвчтөн дараа дараагийн эмчилгээндээ эрсдэл хүндрэлгүй орж одоо хяналтанд сайн байна.
6. Бамбай булчирхайн хорт хавдар трахей цагаан мөгөөрсөн хоолой руу нэвчиж ургасан тохиолдол болон трахейн хавдрын үед трахейн 4-6 цагираг оролцуулан бүтэн тайрсан тохиолдлуудад трахейг нөхөн сэргээх мэс заслыг маш амжилттай хийсэн. Мэс засал хийгдсэн эмчлүүлэгч нарын хавдар эдгэрч, хэвийн үйл ажиллагаатай хяналтанд байгаа.

Дээрх хагалгаанууд нь урьд нь манай улсын АУ-ны практикт хийгдэж байгаагүй мэс заслууд болно.

Эдгээрийн зэрэгцээ ТХМЗ тасгийн эмч нар мэргэжлийн тусламж үйлчилгээг орчин үеийн түвшинд үзүүлэхийн тулд өөрсдийн мэдлэг, чадварыг байнга хөгжүүлж, өндөр хөгжилтэй улс орнуудын туршлагаас суралцан толгой хүзүүний байрлалын хавдруудын оношлогоо эмчилгээний стандартуудыг

боловсруулан, холбогдох байгууллагуудаар хэлэлцүүлэн, батлуулж мөрдөн ажиллаж байна.

2005 онд “Толгой хүзүүний байрлалтай өмөнгүүдийн оношлогоо эмчилгээний удирдамж”, 2006 онд дээрх байрлалын өмөнгүүдийн “Оношлогоо, эмчилгээний үйлдлийн стандарт”, 2008, 2010 онуудад доорхи 9 байрлалын өмөнгийн оношлогоо, эмчилгээний Монгол улсад мөрдөх стандартыг боловсруулсан. Үүнд:

- “Амны хөндийн салстын хорт хавдрын оношлогоо, эмчилгээ” MNS 5853-1: 2008
- “Хамрын хөндийн хорт хавдрын оношлогоо, эмчилгээ” MNS 5853-2: 2008
- “Уруулын хорт хавдрын оношлогоо, эмчилгээ” MNS 5853-3: 2008
- “Шүлсний булчирхайн хорт хавдрын оношлогоо, эмчилгээ” MNS 5853-4: 2008
- “Залгиурын хорт хавдрын оношлогоо, эмчилгээ” MNS 5853-5: 2008
- “Бамбай булчирхайн хорт хавдрын оношлогоо, эмчилгээ” MNS5853-6: 2008
- “Нүдний салстын хорт хавдрын оношлогоо, эмчилгээ” MNS 5853-7: 2008
- “Ходжкины Лимфомын оношлогоо, эмчилгээ” MNS 5854-1: 2008
- “Ходжкины бус Лимфомын оношлогоо, эмчилгээ” MNS 5854-2: 2008

Оношлогоо, эмчилгээний тусламж үйлчилгээ үзүүлэхийн зэрэгцээ толгой хүзүүний байрлалын хавдруудаас урьдчилан сэргийлэх, эрт илрүүлэхийн тулд урьдчилан сэргийлэх үзлэгийг тогтмол зохион байгуулж, олон нийтэд зориулсан санамж, зөвлөгөө, ярилцлага, мэргэжлийн семинар, сургалтыг хэвлэл мэдээлэлийн хэрэгсэл болон радио ТВ –ээр байнга явуулж байна.



*Монголын мэс засалчдын нийгэмлэгийн **2001** оны чуулга уулзалтанд **ТХМЗ**-н тасгийн эмч нар мэргэжил нэгт эмч нарын хамт*



Швейцарийн *толгой хүзүүны мэс засалч* ***Штокли*** *тасгийн эрхлэгч* ***Г.Пүрэвдоржийн*** *хамт,* ***2009 он***



Канадын Лаурел *сангийн эмч нарын байгийнхан* ***профессор Дон Андерсон,*** *пластик мэс засалч* ***Присман*** *болон ХСҮТ-ийн ТХМЗ-ын тасгийн эмч нарын хамт,* ***2017*** *он*



Канадын Лаурел *сангийн эмч нарын хамт,* ***2018*** *он*



Г.Пүрэвдорж, Ц.Одонтунгалаг *нар* ***АНУ, Нью-Йорк Толгой хүзүүний хавдрын*** *нийгэмлэгүүдийн ОУХ байгуулагдсаны* ***100*** *жилийн ойд тус холбооны ерөнхийлөгч* ***Jamny P Shah Жатин Шахын*** *хамт* ***2014*** он



АНУ, Нью-Йорк Толгой хүзүүний алба *үүсгэн байгуулагдсаны* ***100*** *жилийн ойд*
Монголын Толгой хүзүүний мэс заслын эмч төлөөлөгчид

(Зүүн гараас: Б.Батцэнгэл, Ц.Одонтунгалаг, Г.Пүрэвдорж,
Солонгосын профессор Хан Сеек Чанг, Д.Мөнхцэцэг, М.Энхтуул)

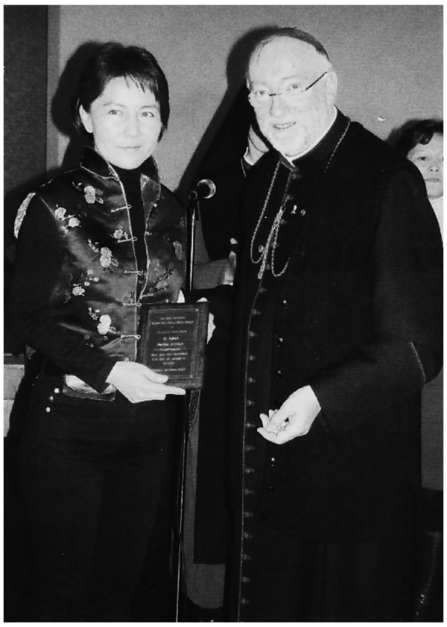


Солонгос, Сөүл хот, Ганнам *бамбай булчирхайн төвийн захирал* ***профессор Хан Сеек Чанг,***
Ц.Одонтунгалаг, Г.Пүрэвдорж, 2016 *он*



АНУ-ын Vertue *сангийн эмч* ***Эран, ХСҮТ****-ийн захирал* ***Ж.Чинбүрэн,*** *дэд захирал* ***Л.Баярсайхан*** *нар* ***Толгой хүзүүний мэс заслын*** *тасгийн эмч нарын хамт, 2018 он*





2.

СУДАЛГАА, ШИНЖИЛГЭЭ

ХӨХНИЙ ХОРТ ХАВДРЫН ПРОЛИФЕРАЦИ, ИНВАЗИВД ОРОЛЦДОГ ГЕНИЙН ИДЭВХИЖИЛИЙГ ТОДОРХОЙЛЖ ОНОШЛОГОО, ЭМЧИЛГЭЭНИЙ ХЯНАЛТЫН АЧ ХОЛБОГДЛЫГ ТОГТООХ НЬ

Т.Лхагва-Очир[1], О.Номингэрэл[1], Б.Одбаяр[2], Д.Мэргэн[2], Б.Ганзориг[2], С.Наранзул[3], Т.Ундармаа[4] Б.Энхжаргал[1],

ХСҮТ, Эмнэлзүйн эмгэг судлалын тасаг[1]
ХСҮТ, Цээжний хөндийн мэс заслын тасаг[2]
ХСҮТ, Эмгэг судлалын тасаг[3]
ХСҮТ, Бүртгэл тандалт, эрт илрүүлгийн алба[4]
Email: lkhagva-ocir@cancer-center.gov.mn

ҮНДЭСЛЭЛ

Хөхний хорт хавдар нь эмэгтэйчүүдэд зонхилон тохиолдох хорт хавдрын дунд дэлхий дахинаа 1-рт буюу 24.5%, нас баралт 15.5% тохиолдож байгаа бол Монгол улсад 4-рт буюу 7.1% (100 000 хүн амд 240), нас баралт 4.6% (100 000 хүн амд 5.3) тохиолдож байна.[1-5]

Судлаачдын үзэж байгаагаар 1990-2000 оны хоорондох хөхний хавдраас шалтгаалсан нас баралтыг судалж үзэхэд АНУ, Их Британи зэрэг хөгжингүй орнуудад буурах хандлагатай байгаа нь хөхний хавдрын эрт илрүүлэг, молекул генетикийн олон янз байдлыг тодорхойлох, ингэснээр өвчний тавилан болон эмчилгээний сонголтуудыг нэмэгдүүлсэн зэрэг нь чухал ач холбогдолтой болсон хэдий ч хөхний хорт хавдрын молекул биологийн механизмыг илүү нарийн судлах шаардлагатай байгааг дурьджээ.[6]

Oncotype DX (ODX) шинжилгээ нь АНУ-ын Хүнс эмийн агентлагаас батлагдсан хөхний хавдрын дахилт болон эрсдлийг тооцоолдог шинжилгээ бөгөөд хөхний хавдрын пролифераци, инвазив, HER2 уургийн илрэл болон бусад маркеруудын кодлогч 21 төрлийн генийн илрэл дээр үндэслэн хийгддэг шинжилгээ юм. Энэ шинжилгээ нь хөхний хорт хавдар оношилогдсон өвчтөнд хийгдэх хими эмчилгээний сонголт хийх болон дахилт өгөх эрсдлийг тооцдог чухал ач холбогдолтой юм.[7]

Ki-67 нь хорт хавдрын оношилгоонд түгээмэл хэрэглэгддэг эсрэгбиеүүдийн нэг бөгөөд "Алтан стандарт" гэж тооцогддог ба Ki-67 моноклон эсрэгбие MIB1-ийг ашиглан илрүүлдэг маркер юм. Ki-67 маркер нь хорт хавдрын эсийн пролиферацид гол үүргийг гүйцэтгэдэг бөгөөд хувийн оноо нь үнэлэгдсэн хорт хавдрын эсийн доторх эерэг илэрсэн хувиар хавдрын процессын хир зэрэг эрчимтэй явагдаж байгааг заадаг.[8-9] Ki-67-ийн хэмжээнээс хамааран неоадьювант хими эмчилгээ болон дотоод шүүрлийн эмчилгээний сонголт хийхэд гол маркер болгон ашиглах нь клиник ач холбогдолтой байна.[10]

AURKA (STK15) нь серин/тирозин киназа бүлгийн нэг бөгөөд эсийн митоз хуваагдлын хэвийн үйл ажиллагааг хангахад оролцон хромосомын сегрегаци болон цитокинезид гол үүргийг гүйцэтгэгч юм. STK15 генийн экспресс нэмэгдэх нь центросомын олшролыг нэмэгдүүлж, хромсомын тогтворжилтыг багасгаж, хромосом хэвийн бус болоход нөлөөлдөг.[11-12] STK15 генийн экспресс нэмэгдэх нь цэвэршилтийн дараах насны эмэгтэйчүүдэд хөхний хорт хавдраар өвдөх эрсдлийг нэмэгдүүлдэг болохыг судлаачид тогтоосон байна.[12]

Survivn (BIRK5) нь эсийн программчлагдсан үхлийн процессыг дарангуйлах үүрэг гүйцэтгэдэг апоптозын ингибитор бүлгийн уураг юм. Энэ генийн экспресс нэмэгдэх нь хавдрын пролиферацийг нэмэгдүүлж тавиланг таагүй болгодог.[13] Survivn (BIRK5) нь хавдрын эсийн ялгарал, хавдрын дахилтгүй амьдрах хугацаа болон дахилтыг тодорхойлогч гол хүчин зүйл болдог байна. Survivin–ы генийн полиморфизмоос хамаарч эмийн сонголтууд өөр өөр байх шаардлагатай байдаг.

Survivin-ы ингибитор жижиг молекулт нэгдлийг бай эмчилгээг нэвтрүүлэх нь хавдрын эмчилгээнд чухал ач холбогдолтой болох нь эмнэлзүйн өмнөх шатны туршилтуудаар батлагдсан байна.[14] Түүнчлэн Survivn-ы экспресс бага байх нь хими эмчилгээний тэр дундаа платин суурилсан эмчилгээний үр дүнг нэмэгдүүлдэг болохыг судлаачид тогтоожээ. [15]

Cyclin B1 нь циклин хамааралт киназын дэд нэгж бөгөөд эсийн амьдарлын мөчлөгийн митозын шатны G2 фазад оролцдог байна. Cyclin B1-н экспресс нэмэгдэх нь хөхний болон умайн хүзүүний хорт хавдрын үед илүү тохиолддог байна.[16-17] Cyclin B1-н экспрессийг дарангуйлснаар хавдрын эс таксол эмчилгээнд илүү мэдрэг болж байгааг *in vitro* судалгаагаар тогтоосон бөгөөд энэ нь хөхний хавдрын хими эмчилгээний молекулын түвшинд шинэ стратеги болох боломжийг нээж байна.[18]

MYBL2 эсийн амьдралын мөчлөгийн зохицуулга, эсийн амьдрах болон эсийн ялгаран хөгжлийн зохицуулгад оролцдог уураг бөгөөд зохицуулга нь алдагдсан тохиолдолд хавдын инициаци болон хавдрын прогрессийг нэмэгдүүлдэг байна. Мөн MYBL2-Н экспресс ихсэх нь тавилангийн хувьд таагүй хүчин зүйл болдог байна.[19-21] MYBL2-н экспресийг багасгаж үйлчилдэг хэд хэдэн төрлийн ингибиторууд байдгийг судлаачид тогтоосон бөгөөд үүнд Aurora киназа ингибитор, 124 FGF receptors, 125 Kinesins,126 Bcl-2127 болон BIRC5 уургууд багтаж байна. Энэ механизмыг тодорхойлсноор MYBL2 экспресс ихтэй хавдарт тохирсон илүү өвөрмөц, илүү

үр дүнтэй, хоруу чанар багатай хавдрын эсрэг шинэ эм бүтээх клиник туршилтууд хийгдэж эхлээд байна.[22]

Stromelysin-3 (ST3) (MMP11) нь метал агуулсан уургийн бүлэгт хамаарах пролтеолитик фермент бөгөөд хавдрын инвазив болон үсэрхийллийн процесст голлох үүргийг гүйцэтгэдэг байна.[23] Stromelysin-3 (ST3) нь Topo II, Ki67, BCL2 уургуудын хамтаар хөхний хавдрын прогрессийг идэвхижүүлдэг ба гистологи хэлбэрээс хамаарч (хучуур эдийн болон стромал эдийн гаралтай) өвчтөний амьдрах хугацаанд сөргөөр нөлөөлдөг байна.[24]

Cathepsin L2 (CTLS2) лизосомын фермент бөгөөд хэвийн үед нүдний эвэрлэг бүрхэвч, сэрээ булчирхай, зүрх, тархи, арьсанд ялгарч байдаг [25] Cathepsin L2 уургийн илрэл нь бүдүүн гэдэсний хорт хавдар болон хөхний хорт хавдрын үед ихэсдэг ба хавдрын орчин тойрны эрүүл эд ба эрүүл бүдүүн гэдэсний эд, хөхний эдэд илэрдэггүй байна.[26]

Мөн Cathepsin L2 ихсэх нь хөхний хавдрын инвазивийг нэмэгдүүлэхээс гадна ясны үсэрхийллийг нэмэгдүүлдэг болохыг тогтоожээ.[27]

ЗОРИЛГО

Хөхний хорт хавдрын пролифераци, инвазивд оролцдог генүүдийн идэвхжлийг тодорхойлж тавилангийн ач холбогдлыг тогтоохын тулд энэхүү судалгааг хийж гүйцэтгэв.

МАТЕРИАЛ АРГА ЗҮЙ

Судалгаанд 2017-2020 онд ХСҮТ-д хөхний хорт хавдар оношилогдон мэс засал эмчилгээнд орсон 50 өвчин хамрагдсан бөгөөд бүх өвчтөнөөс судалгааны ажлын ёс зүйн зөвшөөрлийг ЭМЯ-ны Биоанагаахын ёс зүйн салбар хорооноос олгосон зөвшөөрлийн дагуу авсан. Мэс заслаар авагдсан хавдрын эдэд *пролиферацийн Ki-67, AURKA (STK15), Survivn (BIRK5), Cyclin B1, MYBL2* генүүд, инвазивийн *Stromelysin-3 (MMP11), Cathepsin-L2 (CTLS2)* генүүдийн экспрессийг бодит хугацааны гинжин урвалыг (RT-qPCR) ашиглан явуулав. Ген тус бүрийн экспрессийн тоон утгыг дундаж утгаар (median) тооцон генийн экспресс их, дунд, бага бүлгүүдэд хуваж тооцов. Дотоод хяналтаар *GAPDH, ACTB (β-actin), RPLPO, GUS, TFRC* генүүдийг ашиглав. Судалгааны ажлын статистик боловсруулалтыг Statview программыг ашиглан хийлээ.

ҮР ДҮН

Хөхний хорт хавдрын пролиферацид оролцдог генүүдийн идэвхжлийг тодорхойлох.

Судалгаанд хамрагдсан өвчтөнүүдийн клиникийн зарим үзүүлэлтүүдийг хүснэгт 1-ээр харуулав.

Хүснэгт 1. Судалгаанд хамрагдагсдын клиникийн зарим үзүүлэлтүүд

	Клиник үзүүлэлт	Хэмжээ
1	Нас	54.5±7.9
2	CA 15.3 маркер	11.17±6.94 U/mL
3	Мэс засал	
	Хөхийг бүтнээр нь тайрах мэс засал	44 (88%)
	Хөхийг хэсэгчлэн тайрах мэс засал	6 (12%)
4	Хавдрын хэмжээ	
	0-2 см	3 (6%)
	2-5 см	41 (82%)
	>5 см	6 (12%)
5	Эдийн шинжилгээний хариу	
	Байран өмөн	3 (6%)
	Цоргоны нэвчилттэй өмөн	42 (84%)
	Папилляр карцинома	5 (10%)
6	Неоадъювант хими эмчилгээ	16 (32%)
7	Менопауз	
	Тийм	34 (68%)
	Үгүй	16 (32%)
8	Эстроген рецептор	
	Эерег	33 (66%)
	Сөрөг	17 (34%)
9	Прогестерон рецептор	
	Эерег	29 (58%)
	Сөрөг	21 (42%)
10	HER2 рецептор	
	Эерег	15 (30%)
	Сөрөг	35 (70%)

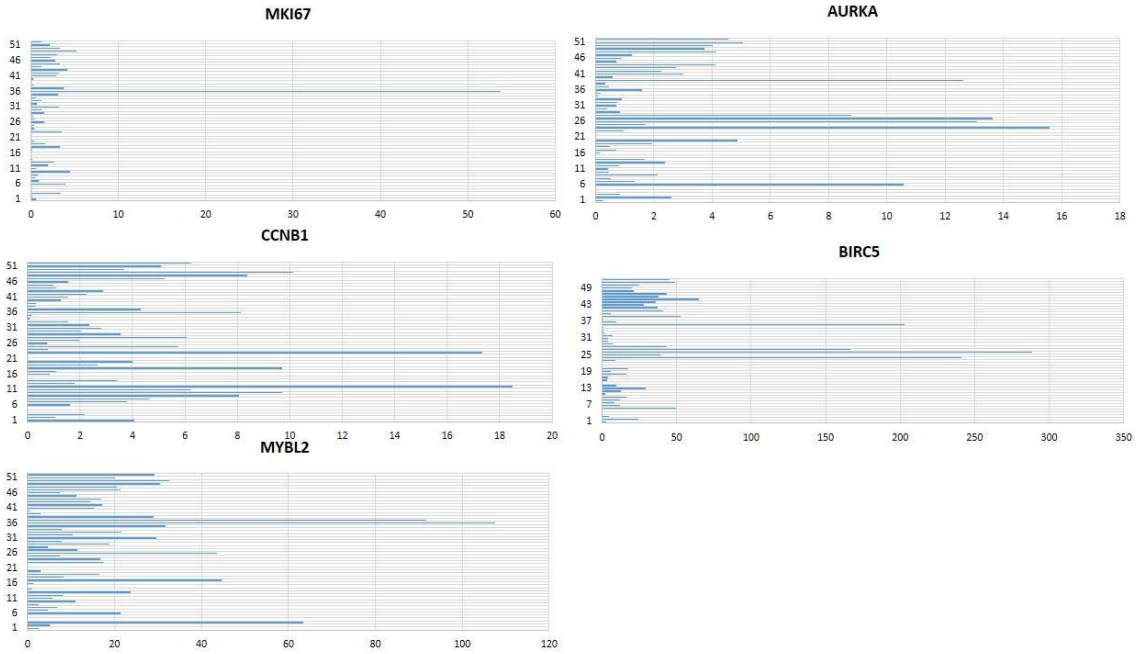
Ki-67 генийн экспрессийг тодорхойлж үзэхэд дундаж утга 2.91±7.62 байв. Ki-67 генийн экспресс нь нас барсан хүмүүст 12.30±20.72 хяналтанд байгаа бүлэгт 1.35±1.35 байгаа нь статистикийн хувьд ялгаатай байна. (p<0.05)

AURKA (STK15) генийн экспрессийг тодорхойлж үзэхэд дундаж утга 3.01±3.90 байв. Судалгаанд хамрагдсан өвчтөнүүдээс нас барсан бүлэгт AURKA (STK15) генийн экспресс 1.07±0.80 байгаа, хяналтын бүлэгт 3.33±4.71 байгаа нь статистикийн хувьд ялгаагүй байна. (p>0.05)

Cyclin B1 генийн экспрессийг тодорхойлж үзэхэд дундаж утга 4.08±3.97 байв. Судалгаанд хамрагдсан өвчтөнүүдээс 6 нь нас барсан бөгөөд эдгээрийн Cyclin B1 генийн экспресс 3.96±2.89, хяналтын бүлэгт 4.01±4.48 байгаа нь байгаа нь статистикийн хувьд ялгаагүй байна. (p>0.05)

Survivn (BIRK5) генийн экспрессийг тодорхойлж үзэхэд дундаж утга 37.55±60.97 байв. Survivn (BIRK5) генийн экспресс нас барсан бүлэгт 48.25±78.03, хяналтын бүлэгт 35.77±68.76 байгаа нь байгаа нь статистикийн хувьд ялгаагүй байна. (p>0.05)

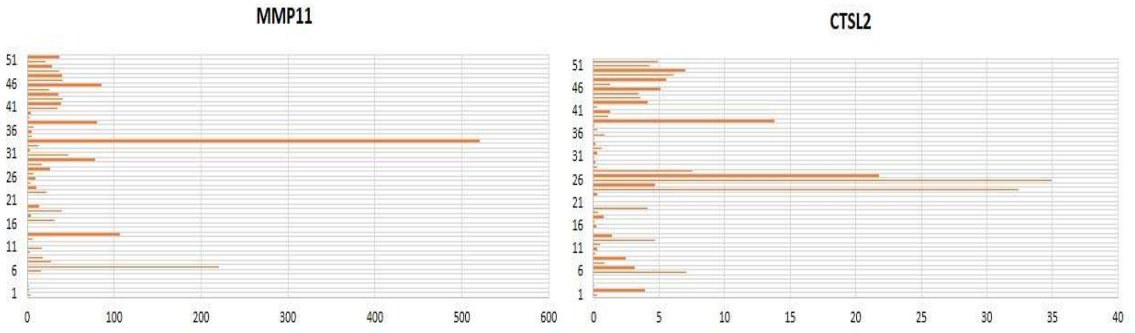
MYBL2 генийн экспрессийг тодорхойлж үзэхэд дундаж утга 19.73±21.24 байв. Судалгаанд хамрагдсан өвчтөнүүдээс нас барсан бүлэгт MYBL2 генийн экспресс 37.57±36.02, хяналтын бүлэгт 16.76±20.17 байгаа нь статистикийн хувьд ялгаатай байна. (p<0.05) (Зураг 1, Хүснэгт 2.)



Зураг 1. Хөхний хорт хавдрын пролиферацид оролцдог генүүдийн идэвхижил
Хөхний хорт хавдрын инвазив оролцдог генүүдийн идэвхжлийг тодорхойлох

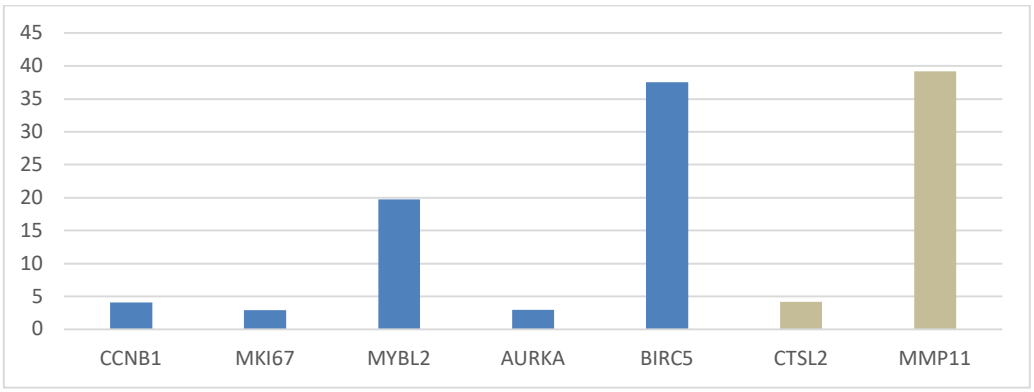
Stromelysin-3 (MMP11) генийн экспрессийг тодорхойлж үзэхэд дундаж утга 39.18±80.06 байв. Stromelysin-3 (MMP11) генийн экспресс нас барсан бүлэгт 44.14±98.88, хяналтын бүлэгт 38.01±84.49 байгаа нь байгаа нь статистикийн хувьд ялгаагүй байна. (p>0.05)

Cathepsin-L2 (CTLS2) генийн экспрессийг тодорхойлж үзэхэд дундаж утга 39.18±80.06 байв. Cathepsin-L2 (STLS2) генийн экспресс нас барсан бүлэгт 44.14±98.88, хяналтын бүлэгт 41.01±84.49 байгаа нь байгаа нь статистикийн хувьд ялгаагүй байна. (p>0.05) (Зураг 2, Хүснэгт 2.)



Зураг 2. Хөхний хорт хавдрын инвазивид оролцдог генүүдийн идэвхижил

Бид энэхүү судалгаагаар пролиферацийн 5 төрлийн генийн экспресс тодорхойлсноос Survivin (BIRK5) генийн экспресс хамгийн их буюу 37.55±60.97, пролиферацийн 2 төрлийн генээс Stromelysin-3 (MMP11) генийн экспресс 39.18±80.06 байв. (Зураг 3.)



Зураг 3. Хөхний хорт хавдрын пролиферацийн болон инвазивын генийн экспрессийн дундаж утга

Хүснэгт 2. Хөхний хорт хавдрын пролиферацийн болон инвазивын генийн экспрессийн бүлэг тус бүрийн утга

д/д	Ген	Хяналтанд байгаа (n=44)	Нас барсан (n=6)	Нийт утга (n=50)	P утга
Пролиферацийн генүүд					
1	Ki-67	1.35±1.37	12.30±20.72	2.91±7.62	<0.05
2	AURKA (STK15)	3.33±4.71	1.07±0.80	3.01±3.90	>0.05
3	Survivn (BIRK5)	35.77±68.76	48.25±78.03	37.55±60.97	>0.05
4	Cyclin B1	4.01±4.48	3.96±2.89	4.08±3.97	>0.05
5	MYBL2	16.76±20.17	37.57±36.02	19.73±21.24	<0.05
Инвазивын генүүд					
6	Stromelysin-3 (MMP11)	38.01±84.49	44.14±98.88	39.18±80.06	>0.05
7	Cathepsin-L2 (CTLS2)	4.78±9.00	4.35±8.55	4.18±7.36	>0.05

Эдгээр генүүдийн оношилгоо, эмчилгээний ач холбогдлыг үнэлэх

Бид эдгээр генүүдийн оношилгоо, эмчилгээний ач холбогдлыг үнэлэхийн тулд хөхний хавдрын дахилт, тавиланг оноогоор үнэлдэг, олон улсад хэрэглэдэг Oncotype Dx оношилгооны аргын пролиферацийн болон инвазивын генийн онооны аргачлалыг ашиглан өндөр, дунд, бага эрсдлийн онооны тооцооллыг хийв. (Хүснэгт 3.)

Хүснэгт 3. Хөхний хорт хавдрын пролиферацийн болон инвазивын генийн эрсдлийн түвшин

	Эрсдэл	Дундаж оноо	Тоо, хувь
1	Өндөр эрсдэлтэй (>25)	54.6	8/16%
2	Дунд эрсдэлтэй (12-25)	17.5	32/64%
3	Бага бага эрсдэлтэй (0-12)	6.9	10/20%

Судалгаанд хамрагдсдаас өндөр эрсдэл бүхий 4 хүн (66.7%), дунд эрсдэл бүхий 1 хүн (16.65%), бага эрсдэлт бүлгээс 1 хүн (16.65%) нас барсан нь эдгээр генийн экспрессээц хамааруулан өвчний явц, тавиланг тодорхойлох боломжтой нь харагдаж байна.

ХЭЛЦЭМЖ

Ki-67 маркер нь хорт хавдрын эсийн пролиферацид гол үүргийг гүйцэтгэдэг бөгөөд хавдрын процессын хир зэрэг эрчимтэй явагдаж байгааг заадаг. Бидний судалгаагаар Ki-67 генийн экспресс нь нас барсан хүмүүст 12.30±20.72 хяналтанд байгаа бүлэгт 1.35±1.35 байгаа нь хөхний хорт хавдартай өвчтөнүүдэд Ki-67 генийн эспрессээс хамааран тавиланг тодорхойлох чухал ач холбогдол бүхий ген болох нь харагдаж байна.

AURKA (STK15) нь эсийн митоз хуваагдлын хэвийн үйл ажиллагааг хангах, хромосомын сегрегаци болон цитокинезид гол үүргийг гүйцэтгэдэг. Энэхүү генийн экспресс нэмэгдэх нь центросомын олшролыг нэмэгдүүлж, хромсомын тогтгворжилтыг багасгаж хромосом хэвийн бус болоход нөлөөлдөг. Бидний судалгаагаар AURKA (STK15) нь дангааараа хөхний хавдрын дахилт, тавиланг тодорхойлоход гол хүчин зүйлс болоогүй хэдий ч бусад генүүдийн экспрессийн хамт тавиланг тодорхойлох ач холбогдолтой юм.

Survivn (BIRK5) генийн экспресс нас барсан болон хяналтанд байгаа бүлгийн хувьд статистик ялгаатай гараагүй хэдий ч нас барсан бүлэгт илүү тодорхойлогдох хандлагатай байгаа тул дараа дараагийн судалгаанд хамрагдах тохиолдын тоог нэмэгдүүлж уг генийн клиникийн ач холбогдлыг илүү тодорхойлох шаардлагатай байна.

Энэхүү судалгаанд хамрагдсан өвчтөнүүдэд Cyclin B1-н экспресс өндөр тохиолдол гараагүй бөгөөд Cyclin B1-н экспресс бага байх нь таксол эмчилгээнд илүү мэдрэг байдаг тул хими эмчилгээнд таксолыг нэгдүгээр эгнээний сонголтоор хэрэглэх нь илүү үр дүнтэйг харуулж байна.

MYBL2 эсийн амьдралын мөчлөгийн зохицуулга, эсийн амьдрах болон эсийн ялгаран хөгжлийн зохицуулгад оролцдог уураг бөгөөд зохицуулга нь алдагдсан тохиолдолд хавдын инициаци болон хавдрын прогрессийг нэмэгдүүлдэг юм. Бидний судалгаагаар MYBL2-Н экспресс ихсэх нь тавилангийн хувьд таагүй хүчин зүйл болдог нь гадны ижил төстэй судалгааны үр дүнтэй тохирч байв.

Судлаачдын тогтоосноор Stromelysin-3 (MMP11) нь хөхний хавдрын прогрессийг идэвхижүүлдэг ба гистологи хэлбэрээс хамаарч тавиланг тодорхойлдог. Судалгаанд хамрагдсадын 84% нь цоргоны нэвчилт бүхий өмөн оношлогдож MMP11 генийн экспресс бусад генүүдийн экспрессээс илүү өндөр (39.18±80.06) тодорхойлогдож байгаа нь дээрх судалгаатай тохирч байна.

Cathepsin L2 (CTLS2) лизосомын фермент бөгөөд хэвийн үед нүдний эвэрлэг бүрхэвч, сэрээ булчирхай, зүрх, тархи, арьсанд ялгарч байдаг.[25] Cathepsin L2 уургийн илрэл нь бүдүүн гэдэсний хорт хавдар болон хөхний хорт хавдрын үед ихэсдэг ба хавдрын орчин тойрны эрүүл эд ба эрүүл бүдүүн гэдэсний эд, хөхний эдэд илэрдэггүй байна.[26] Мөн Cathepsin L2 ихсэх нь хөхний хавдрын инвазивийг нэмэгдүүлэхээс гадна ясны үсэрхийллийг нэмэгдүүлдэг болохыг тогтоожээ.

ДҮГНЭЛТ

Бид энэ удаад зөвхөн пролиферацийн болон инвазивын генийн экспрессийг тодорхойлсон бөгөөд цаашид уг судалгааг өргөтгөн Oncotype Dx оношилгооны аргыг хөхний хавдрын оношилгоонд ашиглах нь зүйтэй юм.

ТАЛАРХАЛ

Энэхүү судалгааны ажлыг БСШУСЯ, Шинжлэх Ухаан Технологийн Сангийн суурь судалгааны ШуСс 2018/33 төслийн санхүүжилтийн хүрээнд хийж гүйцэтгэв. Судалгааг хийж гүйцэтгэхэд тусласан ХСҮТ-н Эмнэлзүйн эмгэг судлалын тасгийн молекул биологийн лабораторийн лаборант Э.Хонгорзул, П.Долгорсүрэн нарт гүн талархал илэрхийлье.

АШИГЛАСАН МАТЕРИАЛ

1. ХСҮТ-ийн хавдрын бүртгэлийн тайлан мэдээ 2021 он.
2. International Agency for Research on Cancer; 2013. http://globocan.iarc.fr NIH fact sheet-cancer 2010
3. Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase
4. Health Economics, Policy and Law / Volume 5 / Issue 04 / October 2010, pp 411-435
5. International Patients Chose Koreafor Medical Treatmentin 2013. http://english.mw.go.kr
6. R.Stuart-Harris et al. Proliferation markers and survival in early breast cancer: A systematic review and meta-analysis of 85 studies in 32,825 patients. Science Direct 17 (2008) 323-334
7. Kathleen Iles, Mya L et.al. RobersonThe impact of age and nodal status on variations in oncotype DX testing and adjuvant treatment. *npj Breast Cancer* volume 8,: 27 (2022)
8. Urruticoechea A, Smith IE, Dowsett M. Proliferation marker Ki-67 in early breast cancer. *J Clin Oncol.* 2005; 23:7212–7220.
9. Dowsett M, Nielsen TO, A'Hern R, Bartlett J, Coombes RC, Cuzick J, Ellis M, Henry NL, Hugh JC, Lively T, et al. Assessment of Ki67 in breast cancer: recommendations from the International Ki67 in Breast Cancer Working Group. *J Natl Cancer Inst.* 2011; 103:1656–1664.
10. Ailin Zhang et.al. The Role of Ki67 in Evaluating Neoadjuvant Endocrine Therapy of Hormone Receptor-Positive Breast Cancer. Front. Endocrinol, 03 Nov 2021
11. Qi Dai , Qiu-Yin Cai et.al. Synergistic effects of STK15 gene polymorphisms and endogenous estrogen exposure in the risk of breast cancer. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2004 Dec; 13 (12):2065-70.
12. Kathleen M. Egan et.al. *STK15* polymorphism and breast cancer risk in a population-based study. *Carcinogenesis*, Volu 25, Novr 2004, 2149–2153.
13. Praveen Kumar Jaiswal et.al. Survivin: A molecular biomarker in cancer. Indian J Med Res. 2015 Apr; 141(4): 389–397.
14. Dongyu Li Chenghao Hu et.al. Survivin as a novel target protein for reducing the proliferation of cancer cells. Biomedical reports 2018; 3: 399-406
15. Rasha M. Allam et.al. Chemo-sensitizing agents from natural origin for colorectal cancer: Pharmacodynamic and cellular pharmacokinetics approaches. Volume 8 in Cancer Sensitizing Agents for Chemotherapy, 2020.Pages 93-116.
16. Zhao M, Kim YT, et.al. Expression profiling of cyclin B1 and D1 in cervical carcinoma. Exp Oncol 2006, 28:44-48.
17. Kawamoto H, Koizumi H, Uchikoshi T: Expression of the G2-M checkpoint regulators cyclin B1 and cdc2 in nonmalignant and malignant human breast lesions: immunocytochemical and quantitative image analyses. Am J Pathol 1997, 150:15-23.
18. Ilija Androic, Andrea Krämer et.al. Targeting cyclin B1 inhibits proliferation and sensitizes breast cancer cells to taxol. BMC Cancer 2008, 8:391-401
19. Hanahan D, Weinberg RA. The hallmarks of cancer. Cell 2000; 100: 57–70.
20. Roussel M, Saule S, et al. Three new types of viral oncogene of cellular origin specific for haematopoietic cell transformation. Nature 1979; 281: 452–455.
21. Ness SA. Myb protein specificity: evidence of a context-specific transcription factor code. Blood Cells Mol Dis 2003; 31: 192–200.
22. Julian Musa et.al. MYBL2 (B-Myb): a central regulator of cell proliferation, cell survival and differentiation involved in tumorigenesis. Cell Death and Disease (2017) 8, e2895; 244.
23. N Rouyer et al. Stromelysin-3 gene expression in human cancer: an overview Invasion Metastasis. 1994-1995; 14 (1-6):269-75.
24. Stromelysin-3 Protein Expression in Invasive Breast Cancer: Relation to Proliferation, Cell Survival and Patients' Outcome.
25. Fabien Lecaille, Thibault Chazeirat et al. Cathepsin V: Molecular characteristics and significance in health and disease. Mol Aspects Med. 2022 Mar 16; 101086.
26. I Santamaria , G Velasco et al. Cathepsin L2, a novel human cysteine proteinase produced by breast and colorectal carcinomas. Cancer Res. 1998 Apr 15; 58 (8):1624-30.
27. Cathepsin L in metastatic bone disease: therapeutic implications. Biol. Chem., 2010, Vol. 391,

ХӨХНИЙ ХОРТ ХАВДРЫН ТАРХАЛТ, ИЛРҮҮЛЭГ, ХЯНАЛТЫН ТОГТОЛЦООНЫ СУДАЛГАА

П.Батсүх[1,2], М.Еркебулан[1], Д.Саранзаяа[2], Н. Эрдэнэхүү[2], Д.Ангармөрөн[1],
АШУҮИС, НЭМС, Эпидемиологи биостатистикийн тэнхим[1]
Хавдар Судлалын Үндэсний Төв, Хөхний Төв[2]
Цахим шуудан: batsukh@cancer-center.gov.mn

Abstract

Introduction: In Mongolia 1,084 breast cancers were diagnosed in 2014-2018, 58% were advanced stage III-IV, 458 (42%) at the age of 35-49, and 382 (35%) at the age of 50-65. The high incidence of breast cancer at a young age compared to developed countries shows that there is an urgent need for screening, diagnosis and treatment of this disease in our country.

Aim of the study: The study of the prevalence and detection of breast cancer in Mongolia is the basis for the late diagnosis of breast cancer, the current situation of the early detection and follow up in the region, and the further development of breast cancer detection methods.

Materials and methods: Descriptive study model was used for statistical data on breast cancer incidence and diagnosed stage. The descriptive study compared the incidence and mortality of breast cancer among Mongolian women in 2010-2020 by province and region, and some demographic indicators.

Result: The study will be able sto estimate the prevalence of breast cancer in Mongolia, the current situation of detection and follow up. Increasing public health education on breast cancer symptoms and providing regular training to physicians can increase early diagnosis. Ultrasound based breast examination can be increase the early detection , available to use screening in the rural areas. Also reducing advanced breast cancers, preventing complication of advanced cancers. In Mongolia, in 2016, early breast cancer was 37.1% and late breast cancer was 62.9%, and in 2020, early breast cancer increased to 60.6%, while late breast cancer decreased to 39.4%.

Keywords: Prevalence, Breast Cancer, Cancer, Detection

ҮНДЭСЛЭЛ

Монгол улсын хэмжээнд 2019 оны байдлаар хөхний хорт хавдар нь эмэгтэйчүүдийн дунд тохиолдох хорт хавдрын 4-р байранд орж байгаа бөгөөд нийт оношилогдож буй хөхний хорт хавдрын 1% нь эрэгтэй байна. Мөн 2004 онд 100 000 хүн амд 3,5 байсан бол 2018 оны байдлаар 100 000 хүн амд 8,5 болон өсөн нэмэгдсээр байна.

Монгол улсад 2014-2018 онд оношилогдсон 1084 хөхний хавдрын тохиолдлын 58% хожуу үе буюу III-IV үе шатанд, насаар ангилж үзэхэд 35-49 насанд 458 буюу 42%, 50-65 насанд 382 буюу 35% байгаа нь барууны орнуудтай харьцуулахад харьцангуй залуу насанд хөхний хавдрын тохиолдол өндөр байгаа нь энэ өвчнийг эрт илрүүлэх, оношлох, эмчлэх зайлшгүй шаардлага манай улсад байгааг харуулж байна.

ЗОРИЛГО

Монголд улсад хөхний хорт хавдрын тархалт, үе шат, эрт илрүүлгийн өнөөгийн байдлыг үнэлж цаашид авч хэрэгжүүлэх арга хэмжээний талаар санал зөвлөмж боловсруулахад оршино.

Зорилт:

Хөхний хорт хавдрын тархалт, оношлогдсон үе шатыг үнэлэх

Хөхний хорт хавдрын эрт илрүүлгийн өнөөгийн байдлыг тодорхойлох

АРГА, АРГАЧЛАЛ

Хөхний хорт хавдрын өвчлөл, оношилогдсон үе шатны статистик мэдээнд дескриптив судалгааны загвараар судалгааг хийлээ. Дескриптив судалгаанд Монгол эмэгтэйчүүдийн дундах 2010-2020 оны хөхний хорт хавдрын өвчлөл, нас баралтыг аймаг бүсээр, хүн ам зүйн зарим үзүүлэлттэй харьцуулан дүгнэсэн.

Өвчлөл, оношилогдсон үе шатыг дараах үзүүлэлтээр гаргалаа. Үүнд:

Насны бүлэг

Газар зүйн байршил, аймаг, хотоор

Оношилогдсон үе шат

АШУҮИС-ийн Ёс зүйн хяналтын хорооны 2021 оны 6 сарын 14 хурлын 2021/3-8 шийдвэрээр судалгааны ажлыг эхлүүлэх ёс зүйн зөвшөөрлийг авч судалгааг эхлүүлсэн. Судалгааны ажлын аргачлалыг АШУҮИС-ийн Ёс зүйн хяналтын салбар хорооны 2021 оны 06 сарын 21 өдрийн хурлаар ёс зүйн зөвшөөрөл авч судалгааг явуулсан.

ҮР ДҮН

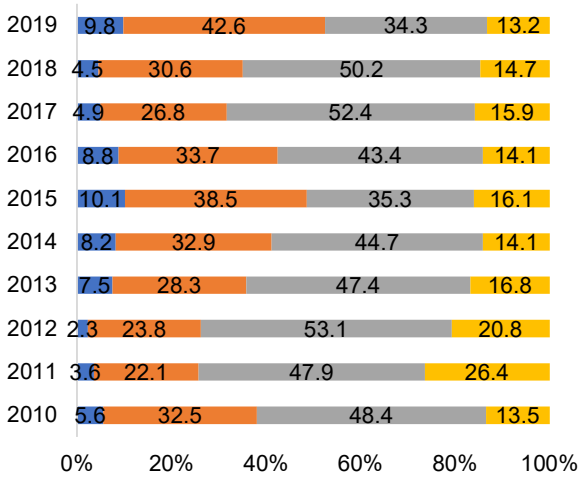
Монгол Улсын хэмжээнд сүүлийн 10 жилийн байдлаар хөхний хорт хавдрын тохиолдлын дундаж түвшин харилцан адилгүй байгаа бөгөөд Орхон аймагт 100’000 хүн амд 11.4 байгаа нь хамгийн өндөр буюу улсын дунджаас 6.9 –аар их, харин Завхан

аймагт 100,000 хүн амд 2.6 Ховд аймагт 3.9 байгаа нь хамгийн бага буюу улсын дунджаас 2.8-аар бага үзүүлэлттэй байна. Харин Улаанбаатар хотод хөхний хорт хавдрын шинэ тохиолдлын түвшин 100’000 хүн амд 8.3 байгаа нь улсын дунджаас 4-өөр илүү үзүүлэлттэй байлаа. (Зураг 1.)



Зураг 1. Хөхний хорт хавдрын шинэ тохиолдлын түвшин 2010-2019 он (хот, хөдөөгөөр) 100,000 хүн амд

Сүүлийн 10 жилийн хугацаанд шинээр оношлогдсон хөхний хорт хавдрыг үе шатаар нь судалж үзэхэд 2010 онд 1 үе шатанд 5.6 хувь, 2 үе шатанд 32.5 хувь, 3 үе шатанд 48.4 хувь, 4 үе шатанд 13.5 хувь нь оношлогдож байсан бол 2019 онд 1 үе шатанд 9.8 хувь, 2 үе шатанд 42.6 хувь, 3 үе шатанд 34.3 хувь, 4 үе шатанд 13.2 хувь оношлогдсон байлаа. 2010 онд хөхний хорт хавдраар хожуу оношлогдож байсан хувийг 2019 оны оношлогдсон хувьд харьцуулан үзэхэд 2010 онд 61.9 хувь байсан үзүүлэлт 47.5 болж буурсан байгаа нь эрт илрүүлэлт нэмэгдсэн үзүүлэлттэй байна. (Зураг 2.)



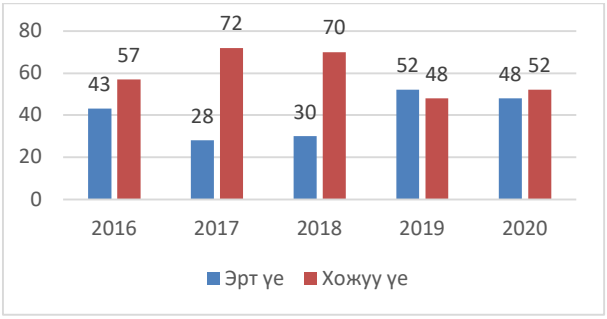
Зураг 2. Хөхний хорт хавдар оношлогдсон үе шатаар (2010-2019 он)

2016 оны байдлаар “Бүсийн оношлогоо эмчилгээний төв”-ийн эрт үеийн хөхний хорт хавдрын илрүүлэг 35.5% байсан ба хожуу үеийн хөхний хорт хавдрын илрүүлэг 64.5% байсан бол 2020 оны байдлаар эрт үеийн хөхний хорт хавдрын илрүүлэг 48.5% болон нэмэгдэж хожуу үеийн хөхний хорт хавдрын илрүүлэг 51.5% болон буурсан байна. (Хүснэгт 1.)

Хүснэгт 1. Хөхний хорт хавдрын эрт илрүүлэлтийн төвшин (2016-2020 он)

Үзүүлэлт	2016 Тоо (хувь)	2016 95% итгэх интервал	2017 Тоо (хувь)	2017 95 % итгэх интервал	2018 Тоо (хувь)	2018 95% итгэх интервал	2019 Тоо (хувь)	2019 95% итгэх интервал	2020 Тоо (хувь)	2020 95% итгэх интервал
Бүсийн оношилгоо, эмчилгээний төв										
Эрт	11 (35.5)	20.5-53	16 (41)	26.7-56.6	14 (35.9)	22.3-51.5	25 (51)	37.3-64.6	16 (48.5)	32.2-65.1
Хожуу	20 (64.5)	47-79.5	23 (53)	43.4-73.3	25 (64.1)	48.5-77.7	24 (49)	35.4-62.7	17 (51.5)	34.9-67.8
Аймаг										
Эрт	25 (37.9)	36.9-49.9	20 (29)	19.3-40.4	31 (44.3)	33.1-56	43 (54.4)	43.5-65.1	47 (66.2)	54.7-76.4
Хожуу	41 (62.1)	50.1-73.1	49 (71)	59.6-80.7	39 (55.7)	44-66.9	36 (45.6)	34.9-56.5	24 (33.8)	23.6-45.3
НИЙТ										
Эрт	36 (37.1)	28-47.1	36 (33.3)	25-42.6	45 (41.3)	32.4-50.7	68 (53.1)	44.5-61.6	63 (60.6)	51-69.6
Хожуу	61 (62.9)	23-72.1	72 (66.7)	57.4-75	64 (58.7)	58.7-49.3	60 (46.9)	46.9-38.4	41 (39.4)	30.4-49

Монгол улсын хэмжээнд 2016 оны байдлаар эрт үеийн хөхний хорт хавдар 37.1%, хожуу үеийн хөхний хорт хавдар 62.9% байсан бөгөөд 2020 оны байдлаар эрт үеийн хөхний хорт хавдар 60.6% болон нэмэгдсэн бол хожуу үеийн хөхний хорт хавдар 39.4% болон буурсан байна. (Зураг 3.)



Зураг 3. Улаанбаатар хотын эрт илрүүлгийн төвшин хэт авиан шинжилгээнд тулгуурласан (2016-2020 он)

Хөхний хэт авиан шинжилгээнд тулгуурласан үзлэг, оношлогооны хүртээмж нэмэгдэж оношлогоо, шинжилгээг хөдөө орон нутагт хийх боломжтой болсноор урьдчилан сэргийлэх үзлэг шинжилгээг тогтмол хийж, 2020 оны байдлаар эрт үедээ 48 хувь, хожуу үедээ 52 хувь болж хөхний хавдрыг эрт үед нь илрүүлэх, хожуу үеийн хүндрэлээс урьдчилан сэргийлэх бүрэн боломж байгааг харуулж байна. Мөн хөдөө орон нутгийн эмч, ажилчдын мэргэжлийн чадамж сайжирч байгааг тодорхойлж байна.

ХЭЛЦЭМЖ

2020 онд дэлхий даяар 2.3 сая эмэгтэй хөхний хорт хавдраар өвдөж, 685 000 хүн нас баржээ. 2020 оны эцэс гэхэд сүүлийн 5 жилийн хугацаанд хөхний хорт хавдраар оношлогдсон 7.8 сая эмэгтэй амьд байсан нь дэлхийн хамгийн түгээмэл хорт хавдар болжээ. (1. Эрүүл мэндийн сайдын тушаал “Эрүүл мэндийн салбарын статистик мэдээ) Хөхний хорт хавдар нь дэлхийн аль ч улс орны эмэгтэйчүүдэд бэлгийн бойжлын дараах ямар ч насны үед тохиолддог ба нас ахих тусам нэмэгддэг. Хөхний хорт хавдрын оношлогдсоноос хойш 5 болон түүнээс дээш жил амьдрах чадвар өндөр хөгжилтэй орнуудад 90 гаруй хувь, Энэтхэгт 66 хувь, Өмнөд Африкт 40 хувь байдаг (3. Global Cancer 2021) (4. Latest World Cancer statistics). Эрт илрүүлэлт, эмчилгээ нь өндөр орлоготой орнуудад амжилттай хэрэгждэг бөгөөд нөөц бололцоо хязгаарлагдмал орнууд стандарт боломжит аргуудыг хэрэглэх хэрэгтэй.

Судалгааны үр дүнгээс харахад хэт авиан шинжилгээн дээр суурьлан хөхний хорт хавдрыг эрт илрүүлэх бүрэн боломжтой байна. Зарим аймаг сумын хэмжээнд хэт авиан аппарат дутмаг, боловсон хүчин бага байгаатай холбоотой. Цаашид судалгааны цар хүрээг илүү өргөн болгох маммографи болон бусад шинжилгээний аргатай харьцуулан судлах нь илүү үр дүнтэй байна.

ДҮГНЭЛТ

Монгол улсад 2010-2019 онд эмэгтэйчүүдийн дунд хөхний хорт 100,000 эмэгтэй хүн амд 2010 онд 9.1 байсан бол 2019 онд 16.54 болсон нь 2010 оноос 1.8 дахин өссөн. 10 жилийн хугацаанд оношлогдсон байдал 1 үе шатанд 6.5 хувь, 2 үе шатанд 31.1 хувь, 3 үе шатанд 45.1 хувь, 4 үе шатанд 16.7 хувь байна.

Монгол улсын хэмжээнд 2016 оны байдлаар эрт үеийн хөхний хорт хавдар 37.1%, хожуу үеийн хөхний хорт хавдар 62.9% байсан бөгөөд 2020 оны байдлаар эрт үеийн хөхний хорт хавдар 60.6% болон нэмэгдсэн бол хожуу үеийн хөхний хорт хавдар 39.4% болон буурсан байна.

НОМ ЗҮЙ

1. Эрүүл мэндийн сайдын тушаал “Эрүүл мэндийн салбарын статистик мэдээ, мэдээллийн журам, бүртгэлийн маягтыг шинэчлэн батлах тухай” 2021 оны 6 сарын 2
2. Global Cancer 2021, IARC (WHO), World 2021 оны 8 сарын 10
3. Latest World Cancer statistics, IARC, WHO, 2021, World 2021 оны 8 сарын 12
4. Үндэсний статистикийн хороо, Хорт хавдраар өвчлөгч, нас барагчийн тоо, 2010-2019. 2021 оны 6 сарын 13
5. Эрт илрүүлэг тандалт судалгаа шинжилгээний алба ХСҮТ 2022 оны 6 сарын 25
6. DeSantis CE, Bray F, Ferlay J, Lortet-Tieulent J, Anderson BO, Jemal A. International Variation in Female Breast Cancer Incidence and Mortality Rates. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2015; 24(10): 1495-506.
7. Stoltenberg M, Spence D, Daubman BR, Greaves N, Edwards R, Bromfield B, et al. The central role of provider training in implementing resource-stratified guidelines for palliative care in low-income and middle-income countries: Lessons from the Jamaica Cancer Care and Research Institute in the Caribbean and Universidad Catolica in Latin America. Cancer. 2020; 126 Suppl 10: 2448-57.
8. Ginsburg O, Yip CH, Brooks A, Cabanes A, Caleffi M, Dunstan Yataco JA, et al. Breast cancer early detection: A phased approach to implementation. Cancer. 2020; 126 Suppl 10: 2379-93.
9. Mutebi M, Anderson BO, Duggan C, Adebamowo C, Agarwal G, Ali Z, et al. Breast cancer treatment: A phased approach to implementation. Cancer. 2020;126Suppl 10: 2365-78.
10. Velazquez Berumen A, Jimenez Moyao G, Rodriguez NM, Ilbawi AM, Migliore A, Shulman LN. Defining priority medical devices for cancer management: a WHO initiative. Lancet Oncol. 2018; 19(12): e709-e19.
11. Ilbawi AM, Velazquez-Berumen A. World Health Organization List of Priority Medical Devices for Cancer Management to Promote Universal Coverage. Clin Lab Med. 2018; 38(1): 151-60.

БӨӨР ТӨГС АВАХ НЭЭЛТТЭЙ БА ХЭВЛИЙН ДУРАНГИЙН МЭС ЗАСАЛ ЭМЧИЛГЭЭНИЙ ӨРТӨГ ЗАРДЛЫГ ХАРЬЦУУЛСАН ДҮН

Ч.Сарантулга, Б.Эрдэнэбулган, Б.Халиунаа, Я.Эрдэнэ-Очир, М.Адилсайхан, А.Шийрэвнямба

ХСҮТ, Ерөнхий мэс заслын тасаг

Abstract

Purpose: Renal cell carcinoma (RCC) is a cancer of the epithelium of the kidney, and surgery is the main treatment for local cancer. The aim of this study is summarizing the clinical manifestation and evaluate outcomes between open radical nephrectomy and laparoscopic radical nephrectomy. Also both kind of surgery cost-effectiveness and compare to expenses of the only surgical disposable materials and anesthesia drugs, tubs.

Methods: The study was performed using a clinical case control study. We studied a total of 377 patients included in our study those pathologic diagnose approved RCC, from January 2013 to December 2019, the General Surgery Department of the National Cancer Center, 216 cases of open surgery who selected in the control group, and 161 patients underwent abdominal laparoscopic surgery who selected in case group. Clinical parameters include age, sex, symptoms, body weight, tumor size, general blood test, and biopsy results while blood loss, duration of surgery, post-operative length of hospital stay, and surgical complications were compared. Direct costs such as surgical instruments, drugs, and injections used in surgery were calculated for each laparoscopic and open radical nephrectomy.

Result: We analyzed the data from 377 patients, from that 164 were men and 213 were women and average age was 55.7±12.8. Of the total cases, 272 (72.1%) patients were asymptomatic in contrast 105 (28%) had back pain. Kidney cancer diagnoses in right side 199 (52.8%), in left side was 175 (46.4%) and 3 (0.8%) diagnosed in both-side. Average cancer size in laparoscopic group was 3.9*3.1cm in contrast open group was 8.8*4.8cm, the reason that late staged cancer was selected probably in open nephrectomy group.

The average intraoperative bleeding during surgery in LRN group was 267.9 ml, which is statistically significant higher (p = 0.006) compared to the 164.4 ml in ON group. Operative time in open group (75.5min) was significantly lower (p=0.0001) than LRN group (107.8 min). Total post operation complication cases were 31(8.2%) from that 14 (45.8%) was laparoscopic group and 17(54.2%) was open group, there isn't any statistically significance (p=0.748) showed. The average cost of surgery at the time of the start of laparoscopic treatment (2013) was 4670570.0 ± 1028750.0 tug but in 2019, it was 1271296.0 ± 86523.0 tug and it decreased with statistical significance (p=0.0001). However, in the case of open, it was relatively stable over time, but slightly increased.

Conclusion: Laparoscopic radical nephrectomy is an effective method, but it is more expensive than open surgery. The total cost of these 2 methods may not be different if the postoperative bed days, pain relief and wound treatment, and recovery time are taken into account.

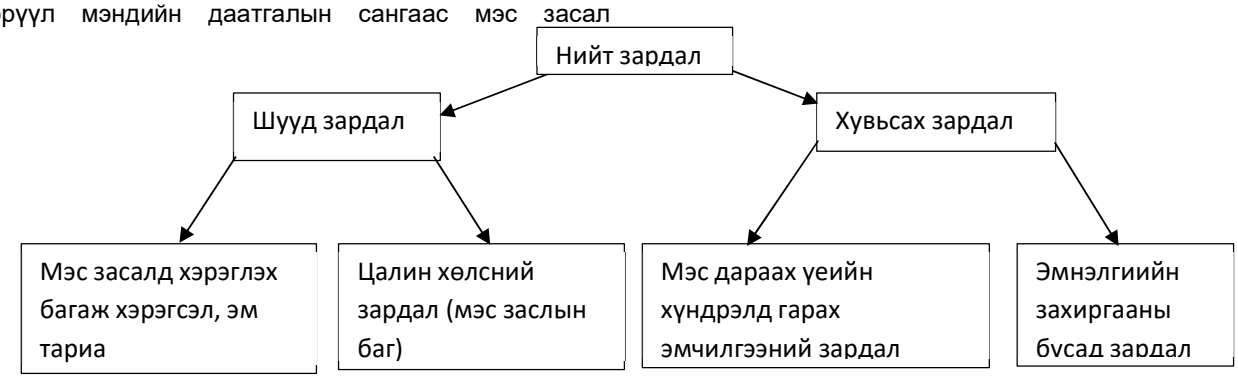
ҮНДЭСЛЭЛ

Бөөрний өмөн нь (БӨ) бөөрний хучуур эдээс гаралтай хорт хавдар бөгөөд байран хавдрын үндсэн эмчилгээ нь мэс засал байдаг[1]. Дэлхийн хэмжээнд жилдээ бүртгэгдэж буй нийт хорт хавдрын 2-3%-г бөөрний өмөн эзэлж байгаа бөгөөд өндөр хөгжилтэй баруун европын орнуудад 100,000 хүн амд дунджаар 14 орчим байна[2]. Мөн эрэгтэй хүйсэнд давамгай буюу 2:1 харьцаатай тохиолдож байна[3]. 2018 оны байдлаар манай орны нийт хорт хавдрын өвчлөлийн 2.6%-г эзэлж 100.000 хүн амд эрэгтэйчүүдэд 6.3 эмэгтэйчүүдэд 6.7 тохиолдож байна. Манай улсад эмэгтэй хүйсэнд арай давамгай тохиолдож байна[4].

Бөөрний өмөн нь ихэвчлэн зовуурь шаналгаагүй тохиолдох ба хүн амын урьдчилан сэргийлэх үзлэг болон өөр бусад шалтгааны улмаас тохиолдлоор (45-50%) оношлогдох нь их байдаг. Нийт тохиолдлын 25% орчим нь хэт хожуу буюу алсын эрхтэнд үсэрхийлсэн үедээ оношлогдож байна[5].

Олон улсад хэрэгжиж буй удирдамжинд бөөрний өмөнгийн (I-IV) үе шатуудад мэс засал эмчилгээ хийж байгаагаас ихэвчлэн II, III, IV (>7см) үе шатанд нь бөөр авах мэс засал эмчилгээг хийж байгаа. Мөн тухайн удирдамжуудад мэс засал эмчиилгээг тухайн эмнэлгийн хүчин чадлаас хамаарч нээлттэй (НМЗ), хэвлийн дурангийн (ХДМЗ), роботын (РМЗ) мэс засал эмчилгээг сонгож хийх боломжтойгоор заадаг. Байран өмөнгийн үеийн мэс засал эмчилгээний арга технологуудын нь аль ч аргийг сонгож хийлгэх нь мэс заслын хүндрэлийн хувь, хавдрын эмчилгээний үр дүнгүүд ойролцоо байгааг судлаачид нотолсоор байгаа[6]. Хөнөөл бага (minimal invasive ХДМЗ, РМЗ) мэс заслын аргууд нь үйлчлүүлэгчдэд дараах давуу талуудыг олгодог үүнд: шарх жижиг, өвдөлт бага, эдгэх ба хөдөлмөрийн чадвар сэргэх хугацаа богино, ор хоног цөөн, хүндрэл багатай эмчилгээний арга боловч мэс засалд хэрэглэх хэрэгсэл түүний өртгийг авч үзхэд НМЗ-аас өндөр өртөгтэй болдог. Орчин үеийн дэвшилтэд технолгийн үр дүнд мэс заслын үеийн хүндрэл бэрхшээлтэй байдал ба мэс заслын хүндрэлийг бууруулхад чиглэгдсэн боловч шинэ технолгийн үнэ өртөг өндөр байх сул талтай байна. Мэс засал эмчилгээний зардал гэдэг ойлголтыг задалж үзвэл график1-т үзүүлэв. Графикаас үзвэл мэргэжлийн багийн анхаарах 2 төрлийн зардал байгаагаас мэс засалд хэрэглэх багаж хэрэгсэл, эм тарианы шууд зардал, эмчилгээний хүндрэлтэй

холбоотой хувьсах зардалд илүү анхаарснаар мэс засал эмчилгээг чанартай, хүртээмжтэй, үр ашигтай байх үндэс нь бий болно гэж үзэж байна. Учир нь эрүүл мэндийн даатгалын сангаас мэс засал эмчилгээний үнэлгээ хангалтгүй байгаа нь дээрх зардлуудад мэргэжилтнүүд бид анхаарах зайлшгүй шаардлага үүсч байгаа юм.



Зураг 1.

Иймд энэ удаа бид НМЗ ба ХДМЗ-р бөөр авах төгс мэс заслын эмчилгээний шууд зардлуудын нэг болох мэс заслын хэрэгсэл ба мэс засал эмчилгээг хийх үеийн өртгийг харьцуулан судлахаар зорилоо.

МАТЕРИАЛ АРГА ЗҮЙ

Хавдар Судлалын Үндэсний Төвийн Ерөнхий мэс заслын тасагт 2013 оны 1 сараас 2019 оны 12 сар дуустал хугацаанд бөөрний өмөн гэж оношлогдож эмчлүүлсэн НМЗ-ын 216, ХДМЗ-ын аргаар бөөр авах мэс засал хийгдсэн 161, нийт 377 тохиолдолын түүхийг авч үзэн агшингийн аргаар судлав.

Эдгээр түүхээс бөөрний өмөнгийн тохиолдолуудын дундаж нас, хүйс, байрлал зэрэг ерөнхий үзүүлэлтээс гадна мэс заслын үед алдсан цусны дундаж хэмжээ, мэс засал үргэлжилсэн дундаж хугацаа ба хүндрэлийн хувь мөн мэс заслын хэрэгсэл, мэс засалд хэрэглэсэн эм, тариа зэрэг шууд зардлуудыг ХДМЗ ба НМЗ тус бүрт нь тооцож гаргалаа.

Судалгааны статистикийн боловсруулалтыг SPSS25.0 програмыг ашиглан хийв.

Тоон хувьсагчийн хувьд тойм статистикийн (descriptive statistics) үзүүлэлтүүдийг тооцохдоо хэвийн тархалттай бол дундаж, стандарт хазайлт, хэвийн бус тархалттай бол медиан, завсрын квартилыг тооцсон. Үл хамаарах 2 бүлгийн тоон хувьсагчийн ялгааг тодорхойлохдоо хэвийн тархалттай бол үл хамаарах 2 түүврийн T тест (Independent sample T test), хэвийн бус тархалттай бол Манн Витней Ю тест (Mann Whitney U test) аргыг ашигласан.

ҮР ДҮН

Судалгаанд 2013 оны 1-р сараас 2019 оны 12-р сарыг дуусах хүртэл хугацаанд ХСҮТ-ийн Ерөнхий мэс заслын тасагт БӨ оношлогдож мэс засал эмчилгээ хийлгэсэн 21-71 насны 377 тохиолдол хамрагдлаа. Нийт тохиолдлын 164 нь эрэгтэй, 213 нь эмэгтэй үйлчлүүлэгч байв.

Насны бүлгээр ялгахад бөөрний эсийн өмөн 41-60 насанд хамгийн их (50.6%) тохиолдож байгаа ба нас ахих тусам тохиолдлын тоо ихсэж байгаад 61 наснаас хойш буурах хандлагатай байна.

Судалгаанд хамрагдсан үйлчлүүлэгчдийн дундаж нас 55.7±12.8 жил байсан ба 2 бүлэг тус бүрээр судлахад ХДМЗ-ын бүлэгт 53.9±13, НМЗ-ын бүлэгт 57±12.6 жил байлаа. Судалгаанд оролцсон БӨ-тэй үйлчлүүлэгчдийн эмнэл зүйн үзүүлэлтүүдийг судлахад нийт тохиолдлын 272 (72.1%) нь ямар нэг зовуурь шаналгаагүй байлаа. Эдгээр үйлчлүүлэгчид нь хүн амын урьдчилан сэргийлэх үзлэг болон өөр бусад шалтгааны улмаас эмнэлэгт хандах үед БӨ оношлогдсон байна.

Харин 105 (28%) нь бөөр нуруу орчмоор өвдсөн гэсэн зовуурьтай байжээ. Биеийн жингийн индексээр нь судлахад 25 кг/м2-с их буюу жингийн илүүдэл болон таргалалттай 237 (62.8%) тохиолдол байв. Бөөрний өмөн нь баруун талын бөөрөнд 199 (52.8%), зүүн бөөрөнд 175 (46.4%), 2 талын бөөрөнд 3 (0.8%) тохиолдол оношлогдсон байна (хүснэгт 3).

Бөөрний өмөнг үе шатаар нь судалхад 303 (80.4%) нь I үеийн, 32 нь II, 24 нь III, 18 нь IV үедээ тус тус оношлогдсон байв. НМЗ-н аргаар IV үеийн хавдар илүү их эмчлэгдсэн байна.

Эмгэг судлалын шинжилгээгээр БӨ-ийн clear cell type 344 (91.2%), Papillary 24 (6.4%), Chromophobe 5 (1.2%) болон бусад төрлийн хавдрын эсүүд тодорхойлогдов (Хүснэгт 1)

Хүснэгт 1. Ерөнхий үзүүлэлтүүд

Үзүүлэлт	ХДМЗ N=161 (%)	НМЗ N=216 (%)	P утга
Нас (бүлэг)			
21 - 40	27(16.7)	22(10.2)	0.318
41 – 60	83(51.5)	108(50.0)	
61 -с дээш	51(31.7)	86(39.8)	
Дундаж нас 55.7±12.8 (жил. СХ)	53.9±13	57±12.6	0.017
Хүйс			
Эрэгтэй	70(43.5)	94(43.5)	0.994
Эмэгтэй	91(56.5)	122(56.5)	
Эмнэлэгт хэвтэх үеийн зовуурь			
Тийм	43(26.7)	95(43.9)	0.340
Үгүй	118(73.3)	121(56.1)	
БЖИ (кг/м^2)			
БЖИ 25-с бага	69(42.8)	71(32.8)	0.812
БЖИ 25-с их	92(57.2)	145(67.2)	
Өмөнгийн байршил			
Баруун	86(53.4)	113(52.3)	0.077
Зүүн	78(46.6)	103(47.7)	
2 талд	0	3(100)	
Өмөнгийн үе шат			
I	131(81.4)	170(78.7)	0.165
II	17(10.6)	17(7.8)	
III	11(6.8)	13(6.0)	
IV	2(1.2)	16(7.5)	
Өмөнгийн эсийн ангилал			
Тунгалаг эст	154(95.6)	190(87.9)	0.234
Хөхлөг эст	5(3.2)	19(8.9)	
Хромофоб эст	1(0.6)	4(1.8)	
Бусад	1(0.6)	3(1.4)	

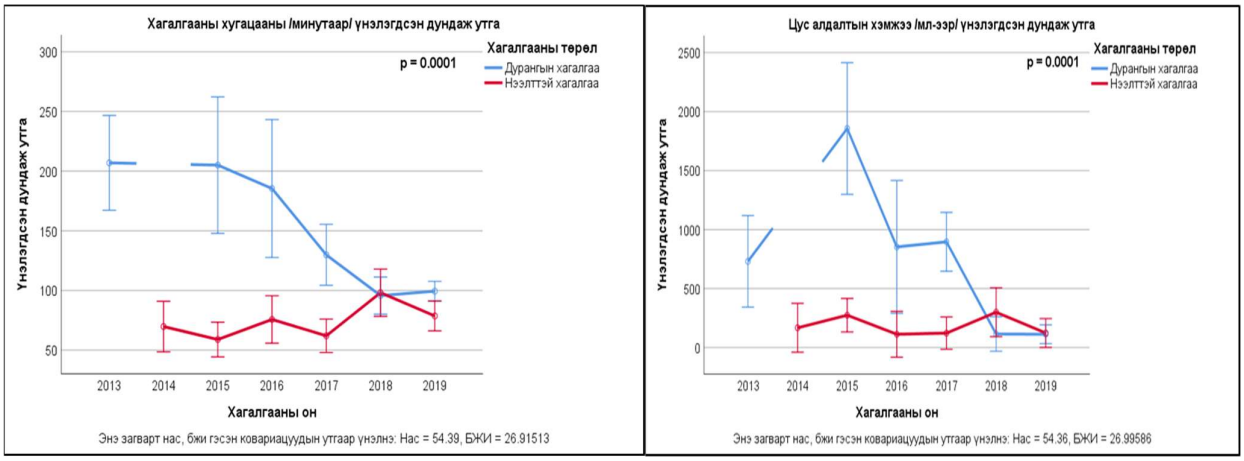
ХДМЗ-Хэвлийн дурангийн мэс засал, НМЗ-Нээлттэй мэс засал

Нийт мэс заслын үед алдсан цусны дундаж хэмжээ 208.4±328.6 мл байсан бол ХДМЗ-ын бүлэгт дунджаар 267.9 мл цус алдаж байсан ба НМЗ-ын бүлгийн дундаж болох 164.4 мл-ээс статистик ач холбогдолтой бүхий их (p=0.006) байна.

Мөн ХДМЗ-ын үргэлжилсэн хугацаа дунджаар 107.8 минут байсан нь НМЗ-ын дундаж хугацаа болох 75.5 минутаас статистик ач холбогдол бүхий их хугацаа байв (p=0.0001). (Хүснэгт 2).

Хүснэгт 2. Мэс заслын үзүүлэлтүүд

Үзүүлэлт	ХДМЗ Дундаж ± СХ	НМЗ Дундаж ± СХ	Нийт Дундаж ± СХ	P утга
Цус алдалт (мл)	267.9±440.5	164.4±200.6	208.4±328.6	0.006
Хагалгаа үргэлжилсэн хугацаа (мин)	107.8±47.6	75.5±34.1	89.1±43.4	0.0001



Зураг 2. ХДМЗ-Хэвлийн дурангийн мэс засал, НМЗ-Нээлттэй мэс засал

Мэс засал хийлгэсэн нийт 377 тохиолдлын 31-т нь мэс заслын хүндрэл үүснээс ХДМЗ-д 14 (45.8%), НМЗ-д 17 (54.2%) тус тус тохиолдсон байна.

Мэс заслын дараах хүндрэлийг Clavien-Dindo-ын олон улсын ангиллаар судлахад I-II зэргийн хүндрэл НМЗ-д 15, ХДМЗ-д 10, III-IV зэргийн хүндрэл НМЗ-д 2, ХДМЗ-д 4 тохиолджээ.

НМЗ-ын дараа цус багадах, шарх идээлэх хүндрэл ХДМЗ-ын бүлэгтэй харьцуулахад илүү тохиолдож байна. (Хүснэгт 3). Мөн түүнчлэн НМЗ-д эмийн эмчилгээ, цус сэлбэлт болон ажилбар хяналтанд сайжрах хүндрэлүүд илүү их байсан бол ХДМЗ-д дахин хагалгаанд орох, амин чухал эрхтний дутагдал үүссэн хүндрэлүүд илүү тохиолдсон байна. (Хүснэгт 3). Хүндрэлийн улмаас ХДМЗ-д 6, НМЗ-д 8 цус сэлбэлт хийсэн байна.

ХДМЗ-Хэвлийн дурангийн мэс засал, НМЗ-Нээлттэй мэс засал

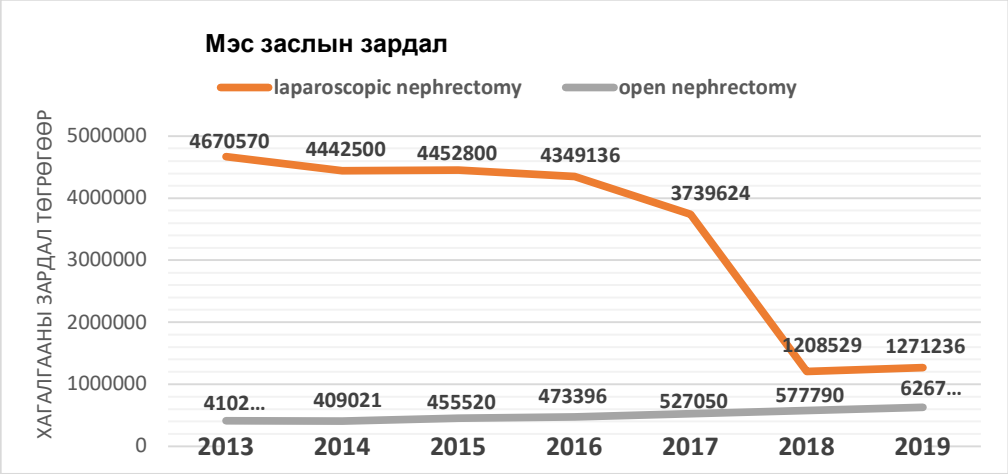
Мэс засал эмчилгээг ХДМЗ-р хийж эхлэх (2013 он) үеийн дундаж өртөг 4670570,0 ±1028750,0 төг байсан бол 2019 онд 1271296,0±86523,0 төг болсон статистик ач холбогдол бүхий буурсан байна (p=0.0001). Харин НМЗ-н хувьд хугацааны түвшинд харьцангуй тогтвортой ч бага зэрэг өссөн байна (Хүснэгт 4).

Хүснэгт 3. Мэс заслын хүндрэлүүд

Хүндрэлийн ОУ ангилалаар (Clavien-Dindo grade I-V)	ХДМЗ N=14 (%)	НМЗ N=17 (%)	Нийт N=31 (%)	P утга
Хүндрэлийн төрөл				
Цус багадалт (gr-II)	6(42.8)	8(47.1)	14(45.2)	
Хэвлийд лимфийн шингэн хурах (gr-I)	3(21.4)	4(23.5)	7(21.7)	
Мэс заслын дараа үргэлжлэн цус гарах (gr-III)	2(14.3)	1(5.9)	3(9.7)	0.434
Гэдэс цоорч гэмтэх (gr-III)				
Шарх идээлэх (gr-I)		3(17.6)	3(9.7)	
Бөөрний хурц дутагдал (gr-IV)	2(14.3)	1(5.9)	3(9.7)	
Цээжний хөндийд хий хурах (gr-II)	1(7.2)		1(3.2)	
Хүндрэлийг зэргээр нь үзвэл				
Grade I (Эмийн эмчилгээнд сайжрах хүндрэлүүд)	3(21.4)	7(41.2)	10(32.2)	
Grade II (Цус сэлбэлт болон ажилбар хяналтанд сайжрах хүндрэлүүд)	7(50.0)	8(47.0)	15(48.4)	0.560
Grade III (Эргэн хагалгаанд орох шаардлагатай хүндрэлүүд)	2(14.3)	1(5.9)	3(9.7)	
Grade IV (Амин чухал эрхтний дутагдал үүссэн хүндрэлүүд)	2(14.3)	1(5.9)	3(9.7)	

Хүснэгт 4. Мэс заслын өртөг

	ХДМЗ (төг)	НМЗ (төг)	P утга
2013 Дундуж өртөг (С.Х)	4670570.0 ±1028750.0	410239.0±5460.0	
2014 Дундуж өртөг (С.Х)	4442500.0±920358.0	409021.0±14520.0	
2015 Дундуж өртөг (С.Х)	4452800.0±606582.0	455520.0±28272.1	0.0001
2016 Дундуж өртөг (С.Х)	4349136.0±862012.0	473396.0±45587.0	
2017 Дундуж өртөг (С.Х)	3439624.0±1101025.0	527050.0±53099.8	
2018 Дундуж өртөг (С.Х)	1208529.0±99510.0	577790.0±101945.0	
2019 Дундуж өртөг (С.Х)	1271296.0±86523.0	626761.0±112156.2	



Зураг 3. ХДМЗ-Хэвлийн дурангийн мэс засал, НМЗ-Нээлттэй мэс засал

ХЭЛЦЭМЖ

Бидний судалгаанд хамрагдсан БӨ-тэй хүмүүсийн дундаж нас 55.7±12.8, хүйсний харьцаа эр:эм 1:1.2 байсан нь Эрүүл мэндийн хөгжлийн төвийн статистиктай ойролцоо байна (100.000 х.амд 6.3 эрэгтэй, 6.6 эмэгтэй). Palumbo et al. (2020) нарын судалгаанд 100.000 х.амд 15.7 эрэгтэй, 7.7 эмэгтэй хүйсэнд бүртгэгдэж байна[7]. БӨ-н хамгийн эрсдэл хүчин зүйл бол таргалалт, амьдралын буруу хэвшил, тамхи архи хэтрүүлэн хэрэглэх, артерийн даралт өндөр байх зэрэг хамгийн их судлагдсан эрсдэл хүчин зүйлс юм манай судалгаагаар БЖИ тодорхойлж үзэхэд БЖИ 25 кг/м2-с их бүлэгт 237 (62.8%) p=0.077 гарсан нь илүүдэл жин нь эрсдэл байх боломжтойг харуулж байна. Хэт тарган тохиолдолд ХДМЗ болон бидний дадал болсон НМЗ-г хийхэд хүртэл маш их төвөгтэй, эрсдэл гарах магадлал ихтэй байдаг. Мөн Япон улсад Miyaki (2010) судалгаанд 2001 оноос 2009 оны хооронд дараалсан 108 БӨ тохиолдолд судлахад БЖИ 25-с бага 50 тохиолдол, 25-с их 58 тохиолдол бүртгэгдэн илүүдэл жинтэй бүлэгт мэс засал үргэлжилсэн хугацаа статистик ач холбогдол бүхий (p=0.005) илүү гарч байсан[8].

БӨ-н мэс заслын үзүүлэлт нь мэс заслын үеийн алдсан цусны хэмжээ, мэс засал үргэлжилсэн дундаж хугацаа, мэс заслын хүндрэл гарсан байдал юм. Америкт M.D Dunn et al. (2000) анх 1990-1999 оны хооронд анхны хийж байсан туршлагаа нийтлүүлсэн байна. ХДМЗ-н 61 тохиолдол, НМЗ-н 33 тохиолдол ороход (172 мл & 451 мл p<0.001) байсан[9] бол Европд Ejvind Poulsen (2005) анхны хийсэн ХДМЗ-н 103 тохиолдолд мэс заслын үед гарсан цусны дундаж 150 мл байсан бол мэс заслын үргэлжилсэн дундаж хугацаа 190 мин байжээ[10].

Ямар ч мэс засал эмчилгээний хамгийн гол үзүүлэлт нь мэс заслын үеийн ба мэс заслын дараах хүндрэл юм. БӨ-н мэс засал эмчилгээнүүдийн хүндрэл бусад томоохон мэс заслуудаас бага тохиолдох ч эмчлэгдэх боломж сайн байдаг. Бид ХДМЗ-н бөөр авах мэс засал эмчилгээг эмнэл зүйд нэвтрүүлэхийн тулд НМЗ-р бөөр авах мэс засал эмчилгээний хүндрэлийг бүрэн ойлгох хэрэгтэй байдаг. Бөөр авах мэс засалд гарч болох дараах цус алдах, цус алдалтын дараах цус багадалт, ойролцоох эд эрхтэн гэмтэх ялангуяа гэдэс, лимфийн шингэн гарах, цээжний хөндийд хий хурах, тромбоэмболийн хүндрэл, идээт халдварын хүндрэлүүд гардаг. Хамгийн их тохиолдох мэс заслын үеийн хүндрэл бол судас гэмтэхтэй холбоотой цус алдалтын үед ямар ч туршлага бүхий мэс засалчид сандрах түгшүүрлэх байдал бий болдог ч туршлага нэмэгдэх тусам цус алдалтын хэмжээ буурдаг хамаарал олонтаа нотлогдсон байна. Олон улсад мэс заслын хүндрэлээр Clevien Dindo ангилал түгээмэл ашиглаж байна. Хятадад хийсэн Xu H (2014) судалгаанаас үзэхэд 2006 оноос 2012 оны хооронд хийсэн 526 НМЗ бөөр авах мэс заслын 30.4% хүндрэл гарсанаас (grade II) хамгийн их гарсан мөн судлаач зүрхний хэм

алдагдал, уураг багадалт, даралт өндөр зэрэг үзүүлэлтийг ч бас хүндрэлд авсан ч мэдээж цус алдах хүндрэл зэрэг нийт 209 тохиолдол бүртгэгдсэн байгаа нь бидний судалгаанаас илүү байлаа[11]. Мөн Zhang Z et al. (2013) НМЗ-р хэвлийн ба хэвлийн арын зайгаар бөөр авах мэс заслын 558 тохиолдолд (1996-2006 он) судлахад 168 (18.8%) тохиолдол хүндрэл гарсан (grade II) хүндрэл 61 (10.8%) тохиолдол гарсан. Хоёр аргын хувьд хүндрэлд ялгаа гарахгүй адил байсан бол өндөр настай хүнд цус алдах хүндрэл нь хэмжээнээс хамаарч амьсгалын, зүрх судас, элэг бөөрний дутагдал гарах нөхцөл болохыг нотолсон байна[12]. Hennus (2012) 198 тохиолдолд судлахдаа мэс заслын хүндрэл гарахад нь хавсарсан өвчин, ба хавдрын үе шат хамааралтай эсэхийг судлахад 51% нь хавсарсан өвчтэй байснаас хүнд хэлбэрийн хүндрэл ихтэй байсан бол хавдрын үе шат хожуу байх нь хүндрэл их гарах хамааралтай байгааг нотолсон байдаг[13]. Yao X et al. (2010) нарын хийсэн судалгаанд 12 см-с том хэмжээтэй 45 тохиолдолд НМЗ-р бөөр авах мэс засал хийхэд 3 тохиолдолд цус сэлбэх шаардлага гарсан, 2 тохиолдолд дэлүү гэмтэх, 1 тохиолдолд нойр булчирхай гэмтэх хүндрэл гарч байсан байна[14]. Бидний судалгааны дүнгээс үзэхэд хамгийн их гардаг хүндрэл нь цус багадалт, цус алдах, үүнээс даамжирсан бөөрний дутагдал, хагалгаа нээлттэйд шилжих зэрэг давтамжаараа нийт 31 хүндрэлийн 18 тохиолдол дээрх хүндрэлтэй хамааралтай гарч байна. Цус алдалтын үед хурдан тогтоох нь тэргүүн зорилт хэдий ч үр дүнд хүрэхгүй хугацаа алдах нь үйлчлүүлэгчийн амь насны асуудал болох тул бүх л эмч судлаач нарын анхаарлын төвд байж энэ талын туршлага нэмэгдэх хэрээр үр дүн сайжирч хүндрэл буурч байгаа нь хэдийнээ нотлогджээ.

Дараагийн нэгэн өвөрмөц хүндрэл бол хэвлийгээс лимфийн шингэн гарах юм. Энэ үед хэвлийгээр өвдөх ялангуяа хэвлийн гуурсаа авсан үед, хэвлийн гуурсаар цагаан эсвэл саарал, шаргал өнгөтэй дотроо тунадастай шингэн их хэмжээгээр ялгардаг. Kim B (2010) 2002-2006 онд хийгдсэн ХДМЗ-р бөөр авах 622 тохиолдолд 32 (5.1%) дээрх хүндрэл бүртгэгдсэн 25 нь зүүн, 7 нь баруун бөөр авах мэс засалд гарсан[15]. Leibovitch I (2002) 102 тохиолдлын материалд шинжлэн дүгнэхэд лимф гарч байгаа тэжээлийн нөхөлт, дараа нь хэвлийгээс гадагшлуулахад анхаарах, гуурсгүй бол гуурс хэвлийд байрлуулах, зарим тохиолдолд саматостатин зэрэг гормон дарангуйлах эмчилгээ үр дүнд хүрч байгааг гаргажээ[16]. Хэвлийгээс лимф гарах хүндрэлийн тухай гадаадын судлаачид бичихдээ гол судасны ойролцоох лимф булчирхай ялган авах, бөөрний мэс заслын явцад бөөрний артерийг ялгах үед энгийн нүдэнд харагдахгүй лимфийн судсууд гэмтсэнээр гардаг гэж үзэж байгаа. Seth A (2019) хэвлийн дурангаар бөөрний донорын мэс заслын дараа олонтаа тохиолддог болохыг судалсан байна[17]. Бидний судалгааны дүнгээс харахад 7-н тохиолдолд лимфийн шингэн гарах хүндрэл гарсан бүх тохиолдол зүүн талд хийсэн мэс засалтай холбоотой 4 тохиолдолд нээлттэй мэс засалд, 3 тохиолдол дурангийн мэс заслын дараа гарсан. Бүх тохиолдол эмнэлгээс гарахаас өмнө буюу хэвлийн гуурстай байхад илэрсэн нь эмнэл зүйн хувьд хэвлийгээр өвдөх, маш их ядарч сульдах, даамжирвал халдварт өртөмхий байдалтай болсон. Бидний ажиглалтаар нээлттэй хагалгааны тохиолдолд ихэнхдээ хожуу үеийн хавдар байсан тул лимф булчирхай авсантай холбоотой байх магадлалтай ч ХДМЗ-н үед бөөрний артерийн судсаа сайтар ялгаж тайрах үед лимфийн судсуудыг гэмтээснээр үүсдэг байх боломжтой байдал ажиглагддаг. Илэрсэн 7 хүндрэлд мэс засал хийлгүй ажигласан, хордлого тайлах шингэн, өвчин намдаах, нянгийн эсрэг антибиотик эмчилгээ хийгдэх явцад шингэний хэмжээ аажим буурснаар бүрэн эдгэсэн мэдээж дагаад ор хоног нэмэгдэж байлаа. Цаашид энэ хүндрэлээс сэргийлэхийн тулт артери болон лимф булчирхайг ялгах явцдаа үлдэх талдаа эдийг заавал боох эсвэл клип хавчаар түлхүү хэрэглэх шаардлагатай байна.

Бусад хүндрэл болох шарх идээлж халдварлагдах, цээжний хөндийд хий хурах, орчны эд эрхтэн, гэдэс гэмтэх зэрэг хүндрэлүүдээс бидний судалгаанд бүртгэгдсэнээс шарх идээлэх 3 тохиолдол, цээжний хөндийд хий гарсан 1 тохиолдол байлаа. Шарх идээлсэн 3 тохиолдол нээлттэй мэс засалд гарсан дурангийн хагалгааны үед шархны халдвар бүртгэгдээгүй ч ихэнхдээ бидний бүртгэлд ороогүй байх магадлалтай мөн эмнэлгээс богино хугацаанд гардагтай холбоотой байх боломжтой. Цээжний хөндийд хий хурах хүндрэл 1 удаа ХДМЗ-н үед гарсан энэ хүндрэл хагалгааны үед өрцийг нээсэнтэй холбоотой гарсан ба тэр талын уушги ателектаци болж цусанд хүчилтөрөгч буурснаар мэдэж цээжний хөндийд гуурс байрлуулан өрцийг оёж хүндрэлийг эмчилсэн.

Дээрх хүндрэл нь бөөр авах мэс заслын үед гардаг хүндрэлүүд бөгөөд ХДМЗ-тай холбоотой өвөрмөц хүндрэл бидэнд ч гадаад судлаач нарт ч ажиглагдаагүй байна. Бидний судалгаанд нийт 31 (8.2%) хүндрэл байснаас ХДМЗ 14 (8.7%), НМЗ 17 (7.9%) байсан бөгөөд хүнд зэргийн хүндрэл (grade III,IV) 6 тохиолдол байсан бөгөөд их хэмжээний цус алдсантай холбоотой байлаа.

ДҮГНЭЛТ

Бөөр авах төгс мэс заслын эмчилгээг хэвлийн дурангийн мэс заслын аргаар хийх нь үр дүн сайтай арга хэдий боловч нээлттэй мэс заслаас өртөг өндөр байна. Мэс заслын дараах ор хоног, өвчин намдаах ба шархны эмчилгээ, хөдөлмөрийн чадвар сэргэх хугацааг зэргийг тооцвол энэ 2 аргийн нийт өртөг ялгаагүй байж болохоор байна.

НОМ ЗҮЙ

1. Ralla B, Buhl S, Goranova I, et al. A retrospective analysis of functional and oncologic outcomes following surgical treatment of patients with pT1/pT2 renal cell carcinoma at a tertiary referral centre. Aktuelle Urol. 2020; 51(3):290-298.

2. Padala SA, Barsouk A, Thandra KC, et al. Epidemiology of renal cell carcinoma. World J Oncol. 2020; 11(3).
3. Ljungberg B, Campbell SC, Cho HY, et al. The epidemiology of renal cell carcinoma. Eur Urol. 2011; 60(4):615-621.
4. Mongolia N. Cancer incidence rate. J. Cancer Report 2018; 1(1):11-12.
5. Rossi SH, Klatte T, Usher-Smith J, Stewart GD. Epidemiology and screening for renal cancer. World J Urol. 2018; 36(9).
6. Naghiyev RN, Imamverdiyev SB, Sanli OM. Laparoscopic radical nephrectomy. *Urologiia*. 2016; (2):67-70.
7. Palumbo C, Pecoraro A, Knipper S, et al. Contemporary Age-adjusted Incidence and Mortality Rates of Renal Cell Carcinoma: Analysis According to Gender, Race, Stage, Grade, and Histology. Eur Urol Focus. Published online 2020; doi:10.1016/j.euf.2020.05.003
8. Miyake H, Muramaki M, Tanaka K, Takenaka A, Fujisawa M. Impact of body mass index on perioperative outcomes of laparoscopic radical nephrectomy in Japanese patients with clinically localized renal cell carcinoma. Int J Urol. 2010; 17(6):522-526.
9. Dunn MD, Portis AJ, Shalhav AL, et al. Laparoscopic versus open radical nephrectomy: A 9-year experience. J Urol. 2000; 164(4):1153-1159.
10. Poulsen EU, Eddy B, Poulsen J. Laparoscopic nephrectomy. Scand J Urol Nephrol. 2005; 39(2):138-142.
11. Xu H, Ding Q, Jiang H wen. Fewer complications after laparoscopic nephrectomy as compared to the open procedure with the modified Clavien classification system - a retrospective analysis from Southern China. World J Surg Oncol. 2014; 12(1).
12. Zhang ZL, Li YH, Luo JH, et al. Complications of radical nephrectomy for renal cell carcinoma: A retrospective study comparing transperitoneal and retroperitoneal approaches using a standardized reporting methodology in two Chinese centers. Chin J Cancer. 2013; 32(8):461-468.
13. Hennus PML, Kroeze SGC, Bosch JLHR, Jans JJM. Impact of comorbidity on complications after nephrectomy: Use of the Clavien Classification of Surgical Complications. BJU Int. 2012; 110(5):682-687.
14. Yao XD, Ye DW, Zhang SL, et al. Experiences of open transperitoneal radical nephrectomy for large renal masses. Natl Med J China. 2010; 90(16):1117-1119.
15. Kim BS, Yoo ES, Kim TH, Kwon TG. Chylous ascites as a complication of laparoscopic nephrectomy. J Urol. 2010; 184(2):570-574.
16. Leibovitch I, Mor Y, Golomb J, Ramon J. The diagnosis and management of postoperative chylous ascites. J Urol. 2002; 167(2I):449-457.
17. Seth A, Sharma A, Kenwar DB, Singh S. Chylous ascites: Complication of laparoscopic donor nephrectomy. case report and review of literature. Transplantation. 2019; 103(4):E74-E78.

VIRTUAL MULTIDISCIPLINARY TUMOR BOARD FOR BREAST CANCER: OUR EXPERIENCE AND IMPACT ON PATIENT CARE

A.Flores-Huidobro Martinez[1], Javkhlan.G[3], L. Sorensen[1], S. Prathibha[2], Minjin.U[3], Tumurchudur.E[3], D.Saranzaya[3], Batsukh.P[3], Erdenekhuu.N, R.R. Price[1], T. Tuttle[2], K. Brownson[1];
[1]University Of Utah, Center For Global Surgery, Salt Lake City, UT, USA;
[2]University Of Minnesota, Surgery, Minneapolis, MN, USA;
[3]NCCM, Breast Surgery

Introduction: A multidisciplinary approach to breast cancer is essential for patient management and outcomes. Multidisciplinary tumor boards (MTBs) are not a standard practice in low- and middle-income countries (LMICs). Here we describe our experience in the development of a multi-institutional, virtual breast MTB in Mongolia and the challenges for breast cancer care observed in Mongolia.

Methods: Participants from 3 breast cancer centers (two in the US and one in Mongolia) partnered for an online MTB. The Mongolian breast cancer center selected patients to be presented at the MTB. We performed 8 MTB's over 10 months, evaluated 12 breast tumors in 10 patients. MTB's were conducted in English but we had an interpreter available during the meetings. We standardized case presentations and summarized recommendations in a written document that was shared with the MTB's participants after each meeting. Data collected included age, pathology, tumor localization, ER/PR and HER2 status, treatment offered, and adherence to MTB recommendations. We categorized the questions asked during the tumor board as treatment, diagnosis and palliative care. We performed an initial survey to assess availability and accessibility to suggested services/treatments.

Two patients were excluded from our results because standardized data collection and the distribution of written recommendations started after their case presentations.

Results: Average patient age was 40 years; the most common tumor pathology was invasive ductal carcinoma (60%); 25% of the breast patients had bilateral breast cancer. 87% of patients received treatment with surgery, in combination with chemotherapy, hormone therapy or radiotherapy. 50% of tumor board's recommendations were followed, 12% were not followed, and 37% failed to respond if recommendations were followed. Questions

asked to the tumor board were about treatment (61%), diagnosis 30% and palliative care 7.6%. Common challenges identified through the MTBs included delays to diagnosis and treatment, performance of surgery first for patients with advanced breast cancer, barriers for patient follow-up, and limited access to mammography. Available resources in Mongolia include breast surgery, medical oncology, radiation oncology, pathology, radiology and physical rehabilitation.

Conclusion: Virtual collaboration for a MTB between breast cancer centers in different countries is feasible. Standardized presentations in MTB facilitate data collection and written summaries of recommendations enhance adherence, implementation and follow-up of recommendations and allow reaching a broader audience. Establishment of the MTB enhanced breast cancer education in Mongolia, initiated collaborative research efforts between the participating centers, and led to efforts to advocate for breast cancer resources.

ДОРНОД АЙМГИЙН ХҮН АМЫН ДУНДАХ ХҮҮХДИЙН ХОРТ ХАВДРЫН ӨВЧЛӨЛИЙГ СУДЛАХ АСУУДАЛД (2014-2021 ОН)

Г.Саранцэцэг[1], Б.Эрдэнэчимэг[2], О.Гэрлээ[2], Л.Баяртуяа[2]
[1] Ач Анагаах ухааны их сургууль
[2] Дорнод аймгийн БОЭТ, ХХЭТасаг

ҮНДЭСЛЭЛ

Дэлхийн эрүүл мэндийн байгууллагын статистик мэдээгээр 2020 онд 19.3 сая хорт хавдрын өвчлөл, 9.9 сая нас баралт бүртгэгдсэн ба 2030 он гэхэд өвчлөл 20.3 сая, нас баралт 13.2 сая болж нэмэгдэх хандлагатай байна.[i]

Манай улсын сүүлийн 20 жилийн хорт хавдрын өвчлөл, нас баралтын өсөлт, бууралтын хандлага, Үндэсний статистикийн хорооны 2045 он хүртэлх хүн амын хэтийн төлөвийг ашиглан тооцоход хорт хавдрын өвчлөлийн түвшин 2041-2045 оны дунджаар 29.2 болж, өмнөх үеэс 10.5-аар өсөх хандлагатай тул нас баралтыг бууруулах үр дүнтэй бодлого, хөтөлбөрийг хэрэгжүүлэхгүй бол 2045 он гэхэд хорт хавдрын нас баралтын түвшин 3 дахин өсөх тооцоолол гарчээ.[ii,iii]

Улсын хэмжээнд 2021 онд хорт хавдрын 5981 өвчлөл, 4559 нас баралт бүртгэгдсэний 55.6%-ийг эр хүйс эзэлж байна. Хүн амын 38.6%-ийг 0-19 насны хүүхэд эзэлж буй манай улсын хувьд 2021 онд хүүхдийн хорт хавдрын өвчлөл 115, нас баралт 55 бүртгэгдэж, 2040 он гэхэд хүүхдийн нас баралтын түвшин 2 дахин нэмэгдэх хандлагатай төдийгүй манай аймгийн хүн амын дундах хүүхдийн хорт хавдрын өвчлөлийн тохиолдол буурахгүй байгаа зэрэг нь энэхүү судалгааны ажлыг хийх үндэслэл болсон юм [iv,v]

ЗОРИЛГО

Дорнод аймгийн хүн амын дундах хүүхдийн хорт хавдрын өвчлөл, нас баралтын байдалд дүн шинжилгээ хийх

Зорилт

Хүүхдийн хорт хавдрын өвчлөлийг хүн ам зүйн зарим үзүүлэлтээр (насны бүлэг, хүйс) болон хорт хавдрын бүтцээр нь харьцуулан судлах

Хүүхдийн хорт хавдрын өвчлөлийг оршин суугаа газар зүйн байршил, орчны болон удмын зарим хүчин зүйлстэй холбон судлах

Хүүхдийн хорт хавдрын үе шатыг онош баталсан шинжилгээ, хийгдсэн эмчилгээний төрөл, амьдарч буй хугацаагаар нь харьцуулан судлах

МАТЕРИАЛ АРГА ЗҮЙ:

Баримтад түшиглэн эргэмж чиглэл бүхий дескриптив загвараар судалгааг хийлээ.[vi] Дорнод аймгийн хүн амын дундах 2014-2021 онуудын хорт хавдрын өвчлөл, нас баралтын тайлан, хүүхдийн хорт хавдрын өвчлөлийг мэдээлэх хуудас АМ5, нас баралтыг мэдээлэх хуудас АМ7 зэргийг үндсэн материал болгон ашиглав. Судалгааны ажлын боловсруулалтыг SPSS-19.0, excel программ ашиглан үр дүнг зураг, диаграммаар илэрхийллээ. Судалгаанд 2014-2021 онуудад шинээр хорт хавдар оношлогдсон 20 хүүхэд, мөн 2021 оны жилийн эцэст баазад байгаа 17 хүүхдийг хамрууллаа.

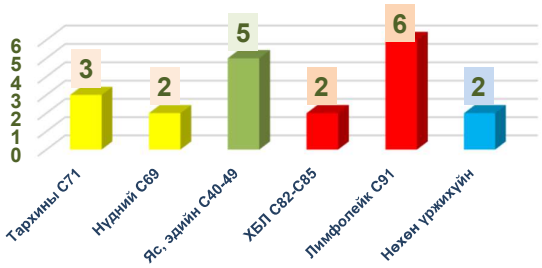
ҮР ДҮН:

Дорнод аймгийн хэмжээнд 2014-2021 онуудад хүүхдийн хорт хавдрын нийт 20 тохиолдол, 8 нас баралт бүртгэгдсэний 75% нь нэг жил хүрэхгүй хугацаанд амьдарсан байна. Судалгааны 8 жилийн хугацаанд дунджаар жил тутамд 2.5 өвчлөл, 1 нас баралтын тохиолдол бүртгэгдэж байгаа төдийгүй сүүлийн жилүүдэд өсөн нэмэгдэх хандлагатай байлаа. (Зураг 1)



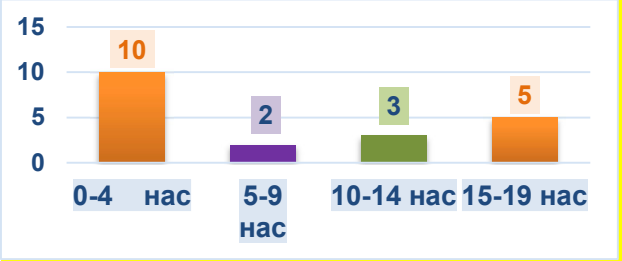
Зураг 1. Хүүхдийн хорт хавдрын өвчлөл, нас баралт (2014-2021 он)

Тайлангийн хугацаанд оношилогдсон хүүхдийн хорт хавдрын нийт 20 тохиолдлын 40% цус, тунгалагийн эрхтэн тогтолцооны, 25% тархи, нүдний, мөн адил 25% яс мөгөөрс, зөөлөн эдийн гаралтай хорт хавдрууд эзэлж байна. (Зураг 2)

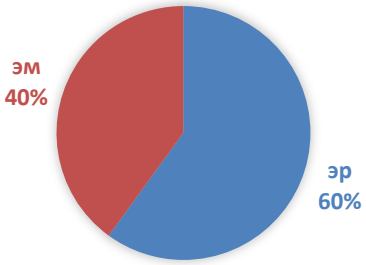


Зураг 2. Зонхилон тохиолдож буй хорт хавдрын бүтэц

Нийт судалгаанд хамрагдсан 20 хүүхдийг насны бүлэг, хүйсээр нь авч үзвэл 60% эр хүйсэнд тохиолдож, 50% нь 0-4 насны бүлэг, 25% нь 15-19 насны бүлэг буюу нийт тохиолдлын 75 хувь нь хүүхдийн хамгийн их ба бага насны бүлгийн хүүхдүүд хорт хавдарт өртөж байгаа нь анхаарал татахуйц асуудал байлаа. (Зураг 3, 4)



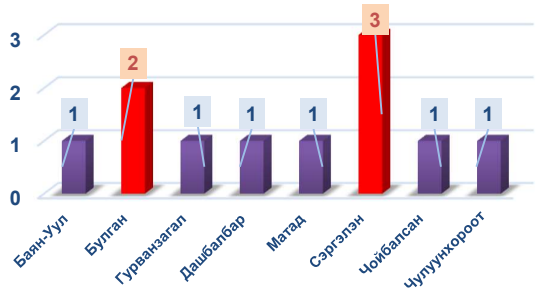
Зураг 3. Насны бүлэг



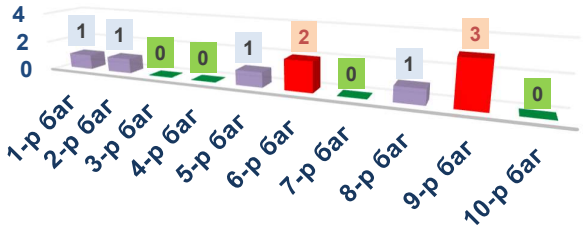
Зураг 4. Хүйс

Хүүхдийн хавдрын өвчлөлийг оршин суугаа газар зүйн байршилтай холбон судлахад нийт тохиолдлын 55% сумын хүүхдүүдэд тохиолдсоны 45.5% Сэргэлэн, Булган сумдад бүртгэгдсэнээс лимфолейкоз 27.3%, тархины хавдар 18.2% байгаа нь тулгамдсан асуудал гэдгийг илэрхийлж байна.

Мөн аймгийн төвийн 10 багаар харьцуулан үзвэл 9-р багт 3 буюу хамгийн олон, 6-р багт 2 тохиолдол, 1, 2, 5, 8-р багуудад тус бүр 1 тохиолдол бүртгэгдсэн байлаа. (Зураг 5, 6)

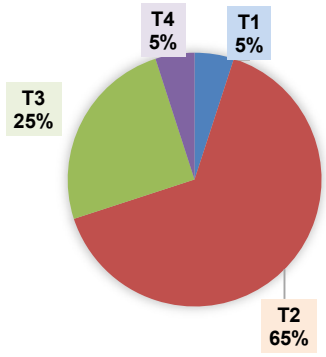


Зураг 5. Хэрлэн сумын багууд

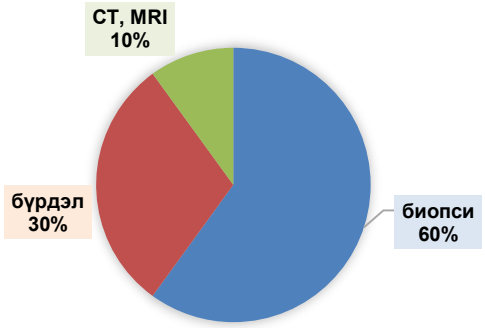


Зураг 6. Хөдөө сумд

Зарим эрсдэлт хүчин зүйлийг Каплан мейер аргаар харьцуулан судлахад эцэг, эхийн боловсрол P>0.490, эзэмшсэн мэргэжил P>0.274, ажил хөдөлмөрийн онцлог P>0.309 буюу хамааралгүй байхад эцэг, эхийн удмын түүхийг тодруулахад 71.4% эхийн, 28.6% эцгийн талын хамааралтай буюу P>0.056 байгаа нь удмын түүхтэй холбоотой болохыг илэрхийлж байна.



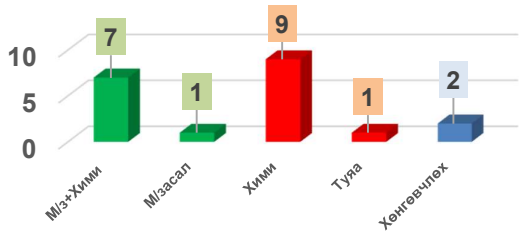
Зураг 7. Хорт хавдрын үе шат



Зураг 8. Онош баталсан шинжилгээ

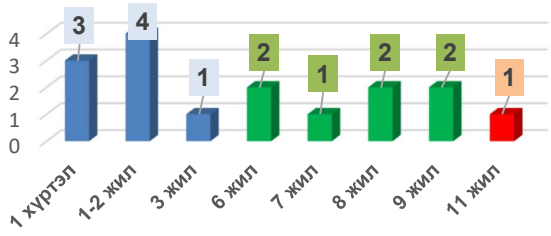
Тайлангийн хугацаанд оношилогдсон хүүхдийн хорт хавдрыг онош баталсан шинжилгээ, үе шатаар харьцуулан судлахад эд эсээр 60%, ясны хэмээр 30% онош төгс батлагдаж, 70% эрт үедээ оношилогдсон байна. (Зураг 7, 8)

Хүүхдийн хорт хавдрыг 2-р үе шатанд нь оношийг баталсан шинжилгээ болон хийгдсэн эмчилгээний төрөлтэй нь холбон судлахад 46.2% ясны хэмийн бүрдэл шинжилгээгээр оношлогдож хими эмчилгээнд, 53.8% эд эсийн шинжилгээгээр оношилогдож мэс засал+хими, хими, туяа зэрэг хавдрын эсрэг эмчилгээнд 100% хамрагдсанаар 84.6% одоог хүртэл амьдарч байгаа нь хорт хавдрыг хэдийчинээ эрт оношилно төдийчинээ амьдрах хугацаа уртсах боломжтойг харуулж байна. Харин нийт тохиолдлын 10% хожуу үедээ оношлогдож хөнгөвчлөх тусламж үйлчилгээнд хамрагдан 1 жил хүртэлх хугацаанд амьдарсан байна. (Зураг 9)



Зураг 9. Хийгдсэн эмчилгээний төрөл

Дорнод аймгийн хүн амын дундах хорт хавдрын өвчлөл, нас баралтын 2021 оны жилийн эцсийн тайланд нийт 628 хүн хорт хавдрын хяналтанд байгаагаас 254 буюу 40.4% нь 5-аас дээш жил амьдарч байгаагийн 3.1% нь 0-19 насны хүүхдүүд эзэлж байгаагаас 1 хүүхэд 11 жил амьдарч байлаа.[vii] (Зураг 10)



Зураг 10. Оношилогдсоноос хойш амьдарч буй хугацаа

ХЭЛЦЭМЖ:

МҮҮСХ, ЭМХТ, ХСҮТ хамтарсан “Хорт хавдрын өвчлөл, нас баралтын сүүлийн 10 жилийн баримтын судалгаа”-нд Хүүхдийн хорт хавдрын нийт өвчлөлийн 55.7% (64) хөвгүүд, 44.3% (51) охид буюу өвчлөлийн бүтцэд лейкеми 37%, тархи мэдрэлийн 15%, яс мөгөөрсний 6%, Ходжкины бус лимфома 3%, өндгөвчний хорт хавдар 3%-ийг эзэлж байна гэжээ.

Бидний судалгаагаар хүүхдийн нийт өвчлөлийн 60% (12) хөвгүүд, 40% (8) охид буюу өвчлөлийн бүтцэд лейкеми 30%, тархи мэдрэлийн 15% эзэлж байгаа нь улсын дундажтай ойролцоо боловч яс мөгөөрсний 15%, Ходжкины бус лимфома 10%, нөхөн үржихүйн эрхтний хорт хавдар 10% буюу улсын дунджаас 3 дахин өндөр байгаа нь анхаарал татаж байна.

Мөн 2021 оны эцэст хяналтанд байгаа нийт 24141 хүнээс 0-19 насны 456 (нийт хяналтын 1.9 хувь) хүүхэд буюу 263 (57.7%) хөвгүүд, 193 (42.3%) охид эзэлж байна гэжээ.[viii] Манай судалгаагаар Дорнод аймагт 2021 оны эцэст 628 хүн хорт хавдрын хяналтанд байгаагаас 0-19 насны 16 (2.5%) хүүхэд буюу улсын дунджаас 0.6% өндөр байгаа ба хүйсийн хувьд дундажтай ойролцоо байлаа.

ДҮГНЭЛТ

Нийт судалгаанд хамрагдсан 20 хүүхдийг насны бүлэг, хүйс болон хорт хавдрын бүтцээр нь харьцуулан судлахад нийт тохиолдлын 31.6 хувь нь зөвхөн 0-4 насны хөвгүүдэд тохиолдсоноос 83.3 хувь нь цус, тунгалагийн эрхтэн тогтолцооны хорт хавдраар өвдсөн байна.

Хүүхдийн хавдрын өвчлөлийг харъяалал болон орчны хүчин зүйлстэй холбон судлахад сумдын нийт тохиолдлын 36.4 хувь нь уул уурхай, цацрагийн эрсдэл ихтэй Дашбалбар, Сэргэлэн сумдын хүүхдэд тохиолдсоны ¾ буюу 75 хувь нь Лимфолейкоз оношлогдсон төдийгүй судалгаанд хамрагдсан нийт

хүүхдүүдийн 35 хувь нь эцэг, эхийн удмын өгүүлэмжтэй байлаа.

Хүүхдийн хорт хавдрын үе шатыг оношлогдсон баталсан шинжилгээ, хийгдсэн эмчилгээний төрөлтэй нь холбон судлахад 3 хүүхэд тутмын 2 нь хорт хавдрын II үедээ эд, эсийн шинжилгээгээр оношлогдож, нийт тохиолдлын 90 хувь нь хавдрын эсрэг өвөрмөц стандарт эмчилгээнд хамрагдсанаар хяналтын хүүхдүүдийн ½ нь 5 ба түүнээс дээш жил амьдарч байна.

САНАЛ ЗӨВЛӨМЖ:

Нийт хүн амд эрүүл мэндийн боловсрол олгох, эрүүл аж төрөх ёсыг хэвшүүлэх хорт хавдрын эсрэг сургалт сурталчилгааг орон нутгийн хэвлэл мэдлээллийн хэрэгслээр тогтмол зохион байгуулж байх

Зорилтот бүлэгт чиглэсэн хүүхдийн хорт хавдраас урьдчилан сэргийлэх, эрт илрүүлэлгийн үзлэг оношлогоог тогтомол зохион байгуулан, хүүхдийн суурь эмгэг өвчлөлийг эрт илрүүлэн төгс эмчлэх удирдамж хөтөлбөрийг боловсруулан хэрэгжүүлэх

Аймгийн хүн амын дундах генийн мутацийг илрүүлэх, дархлааны хариу урвалыг тодорхойлох удмын судалгааг захиалгаар хийлгэх

Хавдар үүсгэх эрсдэл бүхий хими, физикийн канцерогены түвшин тогтоох хүрээлэн буй орчны нийгмийн эрүүл мэндийн судалгааг мэргэжлийн багт хүсэлт гарган яаралтай зохион байгуулах

НОМ ЗҮЙ

1. https://gco.iarc.fr/today/, үзсэн 2022.04.21
2. ЭМХТ, Эрүүл мэндийн статистикийн боть-I
3. ЭМХТ, Эрүүл мэндийн статистикийн боть- II
4. ЭМХТ, Эрүүл мэндийн статистикийн боть- III
5. МУ-ын Үндэсний статистик, ЭМХТ, Хорт хавдрын өвчлөл, нас баралт, Сүүлийн 10 жилийн баримтын судалгаа, 2020
6. МУ-ын ҮСХ, статистикийн мэдээллийн нэгдсэн сан, үзсэн 2022.04.23
7. О.Чимэдсүрэн., “Эпидемиологи” 2 дахь хэвлэл, УБ., 2008
8. Дорнод аймгийн Хорт хавдрын өвчлөл, нас баралтын 2021 оны тайлан
9. ХСҮТ, Хавдрын бүртгэл тандалт эрт илрүүлгийн алба, 2021 оны тайлан
10. Авива Петре, Каролине Сабин, Г.Баясгалан, Анагаахын статистик, 2016
11. АШУҮИС, Диссертаци бичих үлгэрчилсэн загвар, УБ, 2017
12. ДЭМБ, ЭМЯ, Анагаах ухааны ёс зүй, УБ, 2011
13. Д.Одонтуяа., Өмөнтэй хүүхдийн өвдөлт ба Хөнгөвчлөх эмчилгээ, УБ, 2003
14. Д.Оюунчимэг., Амьдрах хугацааны судалгаа хийх аргачлал, УБ, 2012
15. Ц.Хашдорж, Э.Баатархүү., Хүүхдийн хорт хавдар, УБ., 2001

ӨВӨРХАНГАЙ АЙМГИЙН БОЭТӨВИЙН ХӨНГӨВЧЛӨХ ТАСАГТ ХЭВТЭН ЭМЧЛҮҮЛЭГЧДИЙН ӨВДӨЛТ НАМДААХ ЭМИЙН ХЭРЭГЛЭЭГ СУДАЛСАН НЬ

Б.Батхүү[1]
[1]Өвөрхангай БОЭТ, Хавдар, хөнгөвчлөхийн тасаг

ҮНДЭСЛЭЛ

Хавдар нь нийгмийн эрүүл мэндийн тулгамдсан асуудал юм. Хавдарын үед өвдөлт намдаах эмчилгээ хангалтгүй байх нь амьдралын чанарт маш хүчтэй нөлөөлдөг тодийгүй өвчтөн болон түүний гэр бүлд сэтгэл зүйн асар том цохилт болдог [1] Хавдарын өвдөлт намдаах ДЭМБ-н зааварчилгааны дагуу суурь эмийн эмчилгээ нь опийн гаралтай эмийн эмчилгээг опийн бус эмтэй хавсран хэрэглэх юм. [2]. Кортикостеройд болон таталтын эмрэг коаналгетик эмнүүд нь өвдөлт намдаах үйлдлийг дэмжих бөгөөд нейропатик өвдөлт бүхий тохиолдолуудад тохиромтой байдаг. Өвдөлт намдаах эмчилгээний анхдагч зорилго нь хамгийн боломжит байдлаар өвдөлтийг намдааж амьдралын чанарыг хадгалж байхад оршино. [2] Оновчтой эмчилгээ нь өвдөлт байгаа эсэх, өвдөлтийн эрчим, шинж чанар, өвдөлтийн байдал, өвдөлт хамааралт өвчлөл зэргийн үнэлгээ зөв хийгдсэнээс эхлэнэ. [3]

ЗОРИЛГО

Хөнгөвчлөх тасагт хэвтэн эмчлүүлэгчдийн өвдөлт намдаах эмийн хэрэглээг судлах

МАТЕРИАЛ, АРГА ЗҮЙ

2018-2020 оны хооронд ӨВ-БОЭТөвийн Хөнгөвчлөх тасагт хэвтэн эмчлүүлэгдсээс ретроспектив болон түүвэрлэлтийн судалгааны аргыг ашиглан нийт 157 үйлчлүүлэгчдийг хамруулан SPSS-21 программыг ашиглан боловсруулав.

ҮР ДҮН

Судалгаанд 2018-2020 оны хооронд ӨВ.БОЭТ-н Хөнгөвчлөх тасагт хэвтэн эмчлүүлсэн нийт 157 эмчлүүлэгчдийн өвчтөний түүхийг түүвэрлэсэн.

Судалгаанд хамрагсдын 70(44.6%) эрэгтэй, 87(55.4%) эмэгтэй ба насны ангилалаар авч үзвэл 40-49 насны 26 (16.6%), 50-59 насны 33(21%), 60-69 насны 50 буюу (31.8%, 70-79 насны 33 (21%), 80-с дээш 15 буюу (9.6%) байна. Нийт үйлчлүүлэгчдийн дунд элэгний хавдар зонхилон тохиолдсон 67 (42.7%) буюу хамгийн их байгаа бөгөөд ходоодны хавдар 23 (14.6%), умайн хүзүүний хавдар 15 буюу (9.6 %) байна. (Хүснэгт 1) . Хавдарын үе шатын хувьд IV үеийн хавдар 79 (50.3%) , III үе 59 буюу (37.6%) эзэлж байна.

Өвдөлт намдаах эмийн хэрэглээ опийн бүлгийн эмнээс Трамадол 50 мг буюу уухаар 22.9% , опийн бус өвдөлт намдаах эм Кетанол 15.3% хамгийн их хэрэглэгдсэн ба нийт үйлчлүүлэгчдийн 12.1% өвдөлт намдаах эм хэрэглээгүй байна.

Харин Морфиныг 10.2% хэрэглэсэн нь Фиффен [4] болон Сакрдот[5] нарын судалгаатай харьцуулахад бага байна. Энэ нь нийт судалгаанд оролцогчдийн тоотой хамааралтай байж болох юм. Хавдарын үе шатыг хэрэглэсэн эмтэй харьцуулахад IV шатанд Морфин 13 (8.3%) болон Трамадол 38 (24.2%) хэрэглэсэн III үе шатанд Диколденк 12 (7.6%) болон Кетанол 15 (9.6 %) хэрэглэсэн байна.

ДҮГНЭЛТ

Судалгаанд хамрагсдын 70 (44.6%) эрэгтэй 87 (55.4%) эмэгтэй, IV үеийн хавдар 79 (50.3%) , 、III үе 59 буюу (37.6%) эзэлж байна.

Элэгний хавдар 67 (42.7%) буюу хамгийн их тохиолдсон нь уг хавдрын эрт илрүүлэг нэн шаардлагатай байгааг илтгэж байна.

Хавдарын IV шатанд Морфин 13 (8.3%) болон Трамадол 38 (24.2%) хэрэглэсэн III үе шатанд Диколденк 12 (7.6%) болон Кетанол 15 (9.6 %) голчлон хэрэглэсэн нь ДЭМБ-н Өвдөлт намдаах зөвлөмжийн дагуу эмийн эмчилгээ хийгдэж байгааг харуулж байна.

НОМ ЗҮЙ

1. Lara-Solares, A., et al., Latin-American guidelines for cancer pain management. Pain Manag, 2017. 7(4): p. 287-298.
2. Steins, M.B., et al., [Pain Management in Palliative Care]. Pneumologie, 2017. 71(5): p. 297-306.
3. Malec, M. and J.W. Shega, Pain management in the elderly. Med Clin North Am, 2015. 99(2): p. 337-50.
4. Wiffen, P.J., et al., Opioids for cancer pain - an overview of Cochrane reviews. Cochrane Database Syst Rev, 2017. 7: p. CD012592.
5. Sacerdote, P., et al., The effects of tramadol and morphine on immune responses and pain after surgery in cancer patients. Anesth Analg, 2000. 90(6): p. 1411-4.
6. www.who.int/news/item/27-08-2019-who-revision-of-pain-management-guidelines

BLOOD AND FLUID TRANSFUSION MANAGEMENT DURING LIVER TRANSPLANTATION IN NATIONAL CANCER CENTER OF MONGOLIA

Batkhuu Ch[1], Khurelsukh.S[1], Khurel-Ochir. N[1], Bilegmaa. D[1], Chinbat.L[1], Oyunchimeg.N[1] Batbileg.T[1], Solongo.M[1], Odkhuu.E[2]

[1]NCC of Mongolia, [2]MNUMS

Abstract

Background: The hemostatic imbalance associated with end stage of liver dysfunction, is increasing significant bleeding during liver transplantation (LT). It is requiring associated with multiple blood product transfusion.

Rotational thromboelastometry (ROTEM) is a point-of-care device that has been used to monitor coagulation during LT, it reduces unnecessary blood transfusion and prevent risk of bleeding.

Aim: We aim to evaluate transfusion management guided by ROTEM during LT.

Method: Twenty-two patient who underwent to LT from 2018 to 2020 at National Cancer Center of Mongolia, were included in this study. Thromboelastography (TEG) evaluated by ROTEM parameters (EXTEM, INTEM and FIBTEM). Blood and fluid transfusion evaluated in PREAN, AN, and POSTAN hepatic phase.

Result: The average age (47.7±8.3), MELD (17.6±6.8), platelet (71.3±39.04), hemoglobin (11.18±1.7mg/dl), fibrinogen (1.5±0.6g/l), INR(1.63±0.4), and aPPT (51.8±21.9) were measured all subject.

There was no cases with combined hemostatic abnormality in preanhepatic phase, and it has increase (27.5%,n=6) in anhepatic phase. The 13.6%(n=3/22) cases got blood transfusion in preanhepatic phase, it has

increased in anhepatic phase (40.9%,n=9/22) and postanhepatic phase (77.2%,n=17/22).

The average crystalloid (3577.2±1392.1ml) and colloid(806.8±298.1ml) transfusion was higher in preanhepatic phase, and lower in anhepatic phase (crystalloid 1796.8±927.4,colloid 444.4±27.5).

Conclusion: Use of ROTEM during liver transplant may reduce the need for intraoperative transfusion and coagulation products.

BREAST MRI TECHNIQUE AND OPTIONAL PROTOCOLS: EXPERIENCE IN HOSPITAL

Д.Баярсайхан[1], У. Ойдов[1], Д. Энх-Амгалан[1], Б. Ариунтунгалаг[1],
[1]Дүрс оношилгооны тасаг, Хавдар Судлалын Үндэсний Төв

ЗОРИЛГО

Хөхний MRI (соронзон резонансын дүрслэл) нь хөхний болон эргэн тойрны эд эсийн зургийг бүтээхэд хүчирхэг соронз, радио долгион ашигладаг дүрслэлийн шинжилгээ юм. Энэ нь цацраг туяа (рентген туяа) ашигладаггүй.

2022 оны 4-р сараас 2022 оны 8-р сарын хооронд 1.5T сканнераар хөхний MRI-д шилжүүлсэн цочмог шарлалттай өвчтөнүүдийн бүтцийн үр дүнг үнэлэх.

АРГА ЗҮЙ

Siemens 1.5T (Нидерланд) компанид хөхний MRI-г цочмог шарласан, 5 цаг гаруй мацаг барисан өвчтөнүүдэд хийсэн. MR протоколууд нь T2 тэнхлэг, өөх тосоор ханасан T2, хос T2coronal, T1_Vibe_Dynamic дарааллыг агуулдаг. Зургуудыг эргэн харж, SPSS 21.0 ашиглан мэдээлэлд дүн шинжилгээ хийсэн.

ҮР ДҮН

MRCP-ийн 43 тохиолдлоос 35 өвчтөний зургийг дүрслэлийн мэдээллийн сангаас гаргаж авсан. Дундаж нас 52.1±12.3 жил байна. 35 тохиолдлын 10 нь өмнө нь Сликон мэс засал хийлгэсэн, 3/35 нь шохойжилт, 2/35 нь уйланхай, 20/35 нь хөхний хорт хавдар, MTS сэжигтэй байсан.

ДҮГНЭЛТ

Монголд MRI сканнерын тоо нэмэгдэж байгаатай холбогдуулан хөхний MRI нь Монголд хүртээмжтэй болсон. Хөхний MRI нь зарим хүмүүст хөхний хорт хавдрыг илрүүлэх скринингийн хэрэгсэл болгон маммографитай хамт хэрэглэж болно. Үүнд хөхний хорт хавдраар өвчлөх өндөр эрсдэлтэй, гэр бүлийнхэн нь хөхний хорт хавдраар өвчилсөн эсвэл хөхний хорт хавдрын генийн удамшлын өөрчлөлттэй эмэгтэйчүүд орно.

ABSTRACT

Goal: A breast MRI (magnetic resonance imaging) scan is an imaging test that uses powerful magnets and radio waves to create pictures of the breast and surrounding tissue. It does not use radiation (X-ray). To assess the structural findings in acute jaundice onset patients referred to Breast MRI at 1.5T scanner between April 2022 and August 2022.

Methods: Breast MRI at Siemens 1.5T (Netherlands) was performed in patients' who presented with acute onset of jaundice and have fasted over 5 hours. MR protocols included T2 axial, fat-saturated T2, dual T2coronal, T1_Vibe_Dynamic sequences. The images were retrospectively revised and data were analyzed using SPSS 21.0

Results: From 43 MRCP cases, images of 35 patients had been retrieved from the imaging database. The average age was 52.1±12.3 years. Ten of 35 cases had previous silicone surgery, Calcification in 3/35, Cyst 2/35, Breast cancer and MTS were suspected 20/35.

Conclusions: With an increasing number of available high-field MRI scanners in Mongolia, breast MRI became accessible in Mongolia. Breast MRI also may be used with mammography as a screening tool for detecting breast cancer in some people. This includes women with a high risk of breast cancer, who have a strong family history of breast cancer, or who have hereditary breast cancer gene changes.

ХОЖУУ ҮЕ ШАТНЫ ӨНДГӨВЧНИЙ ХОРТ ХАВДРЫН БЕВАЦИЗУМАБ ЭМЧИЛГЭЭНИЙ ҮЕД ӨВЧНИЙ ДААМЖРАЛГҮЙ АМЬДАРСАН ХУГАЦААГ ТООЦСОН ҮР ДҮН

RESULTS OF AVASTIN TREATMENT IN ADVANCED-STAGE OVARIAN CANCER

Tsolmontuya Ts.[1], Ariunaa Kh.[1], Zambalgarav Ya[1],
Altantsetseg D[1], Naran D[1],
Saikhantsetseg E[1], Orkhon N[1], Udval S[1], Saranchuluun M[1]
[1]Chemotherapy department, NCCM

Abstract

The vascular endothelial growth factor VEGF is the main factor that determines the vascular process. Bevacizumab, or Avastin, is a monoclonal antibody against this VEGF receptor and is utilized in many types of advanced-stage cancer. Bevacizumab treatment has only recently been introduced into clinical practice in Mongolia, and its use was very limited before March 2021. The clinical usage of Bevacizumab therapy has increased due to changes in health insurance funding and newly approved targeted treatment guidelines, especially in advanced-stage ovarian cancer. Therefore, we aim to compare the results of Bevacizumab treatment with traditional chemotherapy.

A total of 218 ovarian cancer patients treated at the Chemotherapy Department of NCCM between 2020 and 2022 over the past year were divided into two main groups, Bevacizumab targeted therapy group and the traditional cytotoxic chemotherapy group. The Bevacizumab treatment group included 113 patients and the chemotherapy group included 101 patients, all of whom had stage IIIb-IV ovarian cancer, had the incomplete debulking surgery, or unresectable disease.

In both treatment groups, outcomes were assessed according to the RECIST criteria, Progression free survival (PFS) and in the Bevacizumab treatment group, the reduction in tumor size and plasma CA 125 markers was greater than in the chemotherapy group alone. PFS is longer than targeted therapy group (12.4 months) compared to chemotherapy group (9.6 months). There were no statistically significant differences between the two treatment groups in terms of side effects and complications. In the future, it is necessary to continue this study and estimate the p overall survival and compare its results with other international studies.

Keywords: Bevacizumab, advanced ovarian cancer, target therapy, chemotherapy, VEGF/VEGFR

Ц.Цолмонтуяа[1], Х.Ариунаа[1], Д.Наран[1], Н.Орхон[1],
Э.Сайханцэцэг[1],
С.Удвал[1], Я.Замбалгарав[1], Д.Алтанцэцэг[1],
М.Саранчулуун[1]
[1]Хими эмчилгээний тасаг, ХСҮТ

ТОВЧ ХУРААНГУЙ

Судасны ханын эндотель эсийн өсөлтийн хүчин зүйл бол судасжилтын процессыг нөхцөлдүүлэгч хамгийн гол хүчин зүйл юм. Бевацизумаб буюу авастин нь энэхүү судасны ханын эндотель эсийн өсөлтийн хүчин зүйлийн рецепторын эсрэг моноклон эсрэгбие ба олон эрхтний хорт хавдрын хожуу үе шатанд хэрэглэгдэж байна. Монгол улсад авастин эмчилгээ эмнэлзүйн практикт нэвтрээд удаагүй байгаа төдийгүй 2021 оны 03 сараас өмнө хэрэглээ маш хязгаарлагдмал байсан. Эрүүл мэндийн даатгалын санхүүжилтийн өөрчлөлт болон шинээр батлагдсан бай эмчилгээний журмын дагуу авастин эмчилгээний хэрэглээ нэмэгдсэн бөгөөд ялангуяа өндгөвчний хорт хавдрын хожуу үе шатанд хамгийн түгээмэл хэрэглэгдэж байна. Иймд бид энэхүү эмчилгээний үр дүнг уламжлалт хими эмчилгээтай харьцуулан тооцохыг зорьлоо.

2020-2022 оны хооронд буюу сүүлийн хоёр жилийн хугацаанд ХСҮТ-ийн Хими эмчилгээний тасагт эмчлүүлсэн нийт 218 өндгөвчний хорт хавдартай хүмүүсийг авастин бай эмчилгээ хийсэн болон уламжлалт цитотоксик хими эмчилгээ хийлгэсэн үндсэн хоёр бүлэгт ангилан үр дүнг харьцуулан судлав. Бевацизумаб эмчилгээний бүлэгт 116 хүн, хими эмчилгээний бүлэгт 102 хүн хамраглсан ба бүгд IIIb-IV үе шатны өндгөвчний хорт хавдартай, төгс бус мэс засал хийлгэсэн ба мэс засал эмчилгээнд хамрагдаагүй хүмүүс байлаа. Бид өмнөх судалгаагаараа эмчилгээний хоёр бүлэгт үр дүнг RECIST шалгуурын дагуу үнэлсэн ба уг судалгаагаар нэмж өвчний даамжиралгүй амьдарсан хугацааг тодорхойлоыг зорьлоо. Бидний судалгаагаар Бевацизумаб эмчилгээний бүлэгт хавдрын хэмжээ болон сийвэнгийн маркер буурсан, өвчний даамжиралгүй амьдарсан хугацаа хими эмчилгээний бүлэгтэй харьцуулахад илүү байв. Эмчилгээний хоёр бүлэгт гаж нөлөө болон хүндрэлийн хувьд статистикийн хувьд үнэн магадтай ялгаа гараагүй. Цаашид энэхүү судалгааг үргэлжлүүлэн даамжралгүй амьдарсан хугацаа үргэлжлүүлэн тодорхойлж, нэмэлтээр 2 ба 5 жил амьдарсан хувийг

мөн тодорхойлж олон улсын бусад судалгаатай харьцуулах шаардлагатай байна.

Түлхүүр үгс: Бевацизумаб, өндгөвчний хорт хавдар, бай эмчилгээ, хими эмчилгээ, VEGF/VEGFR

ҮНДЭСЛЭЛ

Глобокан 2020 хавдрын статистик бүртгэлийн мэдээллээр дэлхий даяар нийт 313,959 өндгөвчний хорт хавдрын шинэ тохиолдол ба 207,252 нас баралт бүртгэгдсэн нь хорт хавдрын шалтгаант нас баралтын эхний 5 байранд орж байна.[1] АНУ-д жилд дунджаар 15,000 гаруй өндгөвчний хорт хавдрын нас баралт бүртгэгддэг байна[2]. Монгол улсад бүртгэгдэж байгаа нийт хорт хавдрын дотор өндгөвчний хорт хавдар 2.6% эзэлж байна[3]. Өндгөвчний хорт хавдрын нас баралтын түвшин дэлхий даяар өндөр байгаа нь анх оношлогдож буй үе шат хожуу буюу III, IV ба хүртээмжтэй системийн эмчилгээ хийгдэхгүй байдагтай холбоотой[1].

Манай улсад мөн адил шинээр оношлогдож буй нийт өндгөвчний хорт хавдрын дийлэнх хувь нь хожуу үе шатандаа байна. Өндгөвчний хавдар даамжирахад хавдрын судасжилт чухал үүрэгтэй ба үүнийг нөхцөлдүүлэгч гол хүчин зүйл нь VEGF/VEGFR буюу судасны ханын эндотель эсийн өсөлтийн хүчин зүйл ба түүний рецепторын үйл ажиллагаа юм. Судасжилт ба VEGF аль аль нь өвчний даамжралгүй амьдарсан хугацаа, өвчтөний нийт амьдарсан хугацаатай шууд хамааралтай буюу тавилан тодорхойлогч хүчин зүйл гэдэг нь тогтоогдсон[4-10]. Судасны ханын эндотель эсийн өсөлтийн хүчин зүйлийн рецепторын эсрэг моноклон эсрэгбие болох Бевацизумаб нь тухайн рецептортой холбогдож үйл ажиллагааг дарангуйлснаар хавдрын тэжээгч судасжилтийг бууруулж хавдрын эсрэг үйлдэл үзүүлдэг. Бевацизумаб эмчилгээний үр дүнг дангаар болон химийн эмчилгээтэй хавсруулан II, III шатны эмнэлзүйн туршилтат судалгаанууд олон улсад хийгдэж үр дүн нь батлагдсан[4-10]. Монгол улсад бай эмчилгээг эмнэлзүйн практикт нэвтрүүлээд удаагүй, өргөн хүрээнд судлагдаагүй, эмчилгээний үр дүн, гаж нөлөө болон цаашдын хэрэгцээг тодорхойлсон эмнэлзүйн судалгаа хомс байгаа нь бидний судалгаа хийх үндэслэл боллоо.

ЗОРИЛГО

IIIb-IV үе шатны өндгөвчний хорт хавдрын үед бай эмчилгээ Бевацизумабыг хими эмчилгээтэй хавсруулан хэрэглэж, хими эмчилгээ дангаар хэрэглэсэн тохиолдолтой өвчний даамжралгүй амьдарсан хугацааг харьцуулан судлах

Эмчилгээний бүлэг хооронд гаж нөлөө болон хүндрэлийн хувьд ялгаа байгаа эсэхийг тогтоох

СУДАЛГААНЫ АРГА ЗҮЙ

ХСҮТ-ийн Хими эмчилгээний тасагт 2020 оны 10 сараас 2022 оны эхний 8 сарын байдлаар хэвтэн эмчлүүлсэн, IIIb-IV үе шатны өндгөвчний хорт хавдартай нийт 218 өвчтөнийг сонгон авч судалгаанд хамруулаа. Эдгээр өвчтнүүд төгс бус мэс засал эмчилгээ хийлгэсэн болон мэс засал хийх боломжгүй, өмнө нь хими эмчилгээ хийлгэж байгаад хавдар дахисан, анх оношлогдсон хожуу үеийн хавдар зэрэг өгүүлэмжтэй өндгөвчний, хэвлийн хөндийн болон фаллопийн гуурсны хорт хавдар оноштой байсан. Үр хөврөлийн гаралтай, эрт үеийн болон заагийн өндгөвчний хорт хавдартай тохиолдлуудыг хамруулаагүй. Бай эмчилгээний бүлэг болон хими эмчилгээний бүлгийг сонгохдоо өвчний үе шатаар ижилсүүлэн Хими эмчилгээний тасагт үйлчлүүлсэн тохиолдлуудыг бүртгэн авсан.

Судалгааны загвар: Судалгааг тохиолдол-хяналтын судалгааны загвараар нийт 218 өвчтөнийг авастин хийгдсэн буюу бай эмчилгээний бүлэг, уламжлалт хими эмчилгээний бүлэг болгон хоёр ангилж эмчилгээний үр дүнг RECIST шалгуурын дагуу, өвчний даамжиралгүй амьдарсан хугацаа (PFS)-г Каплан Майер аргаар харьцуулан тооцсон. Бай эмчилгээний бүлэгт Бевацизумаб 400 мг тунгаар химийн эмчилгээтэй хавсруулан хэрэглэсэн тохиолдлууд орсон ба хими эмчилгээний бүлэгт стандарт схемүүд паклитаксел 175 мг/м2, платин суурьтай хими буюу цисплатин 40 мг/м2, карбоплатин 450 AUC, гемситабин 1250 мг/м2 эмчилгээ хийгдсэн өвчтнүүд хамрагдсан. Бай болон хими эмчилгээний бүлэг тус бүрт өвчин даамжирсан, хүнд зэргийн гаж нөлөө илэрсэн тохиолдолд эмчилгээг зогсоосон ба бай эмчилгээний бүлэгт нийт 2-23 курс, хими эмчилгээний бүлэгт нийт 2-26 курс эмчилгээнд хамрагдсан хүмүүс оролцов. Судалгаанд хамрагдсан нийт 218 хүнийг эмчилгээ эхлэхийн өмнө ба дараа сийвэнгийн маркер CA-125 хэмжээ, хэвлийн болон бага аарцгийн тодосгогч бодистой компьютер томографи шинжилгээгээр хавдрын хэмжээ байрлал, тунгалагийн булчирхайн үсэрхийлэл, алсын үсэрхийллийн тоо, хэмжээг гаргаж, эмнэлзүйн үзлэг хийж хими эмчилгээний эсрэг зааltгүй буюу ECOG 0,1,2 оноотой өвчтнүүдийг хамруулсан. Эмчилгээний явцын хяналтыг өвчний даамжралгүй бол 3,6,9,12,15,18,21,24 дахь курс эмчилгээний дараа тус тус компьютер томографи шинжилгээгээр хийж RECIST шалгууraар бүрэн намжсан буюу арилсан CR (complete response), хавдрын хэмжээ 30-80% багассан буюу PR (partial response), хавдар бага зэрэг жижгэрсэн буюу MR (minimal response), өөрчлөлтгүй буюу SD (stable disease), даамжирсан буюу DP (disease progression) гэсэн үндсэн 5 бүлэгт хувааж эмчилгээний хоёр бүлэгт үр дүнг харьцуулж тооцсон. Сийвэнгийн маркер CA125 хэмжээ болон эмнэлзүйн үзлэг ECOG 0,1,2 оноог курс эмчилгээ бүрийн өмнө давтан тодорхойлж байсан. Эмчилгээний үед илэрсэн гаж нөлөөг CTCAE 4.0 үнэлгээний дагуу хөнгөн G1, дунд G2, хүнд G3, маш хүнд G4 гэсэн 4 бүлэгт ангилан үнэлсэн.

Статистик боловсруулалт: Судалгааны ажлын статистик боловсруулалтыг SPSS 26 програм ашиглан хийсэн. Судалгаанд хамрагдагсдын дундаж насны бүтцийг mean, median, minimum, maximum тооцон эмчилгээний хоёр бүлэгт харьцуулж гаргасан. Өвчний даамжиралгүй амьдарсан хугацаа (PFS)-г Каплан Майер аргаар харьцуулан тооцсон. Эмчилгээний үр дүнг RECIST шалгууraар болон CA125 түвшингээр үнэлж бүлэг хоорондын ялгааг Chi-Squire ХИ-квадратын аргаар тооцож CI 95%, гаж

нөлөөний үнэлгээг хоёр бүлэгт Fisher-exact тестээр тус тус үнэлсэн.

ҮР ДҮН

Манай судалгаанд 2020 оны 10 сараас 2022 оны 8 сарын хооронд буюу сүүлийн нэг жилийн хугацаанд ХСҮТ-ийн Хими эмчилгээний тасагт эмчлүүлсэн IIIb-IV үе шатны өндгөвчний хорт хавдартай нийт 218 өвчтөн хамрагдсан. Эдгээрээс бай эмчилгээний бүлэгт 3 хүн, хими эмчилгээний бүлэгт 1 хүн эхний курс эмчилгээний дараагаас эмчилгээнээс татгалзсан тул курс эмчилгээг үргэлжлүүлсэн 214 өвчтөнг судалгаанд хамруулж авастин бай эмчилгээ хими эмчилгээтэй хавсран хийсэн бүлэг 113 өвчтөн, уламжлалт хими эмчилгээ хийлгэсэн 101 өвчтөн гэсэн үндсэн хоёр бүлэгт ангилан үр дүнг харьцуулан судлав.

Хүснэгт 1. Судалгаанд хамрагдсан хоёр бүлгийн насны үзүүлэлт

Эмчилгээний бүлэг	Дундаж	N	Стандарт хазайлт	Хамгийн залуу нас	Хамгийн өндөр нас	Медиан
Хими бүлэг	51.98	113	13.963	16	79	53.56
Бевацизумаб бүлэг	58.42	101	9.658	35	81	58.75
Нийт	55.21	214	12.764	16	81	56.23

Тайлбар: Хүснэгт 1-д үзүүлснээр 16-81 насны нийт 218 хүний эмчилгээний хоёр бүлэгт дундаж нас ойролцоо буюу хими эмчилгээний бүлэгт 51.98, бай эмчилгээний бүлэгт 58.42, судалгаанд хамрагдагсдын нийт дунджа нас 55.21 байлаа.

Хүснэгт 2. Судалгаанд хамрагдагсдын эмчилгээний үндсэн мэдээллүүд

Үзүүлэлтүүд	Бай+хими эмчилгээний бүлэг N=113 (%)		Хими эмчилгээний Бүлэг N=101 (%)	
Нас				
Дундаж	58.42		51.98	
Далайц	35-81		16-79	
ECOG				
0	56 (49.55%)		54 (53.9%)	
1	47 (41.59%)		42 (40.7%)	
2	10 (8.84%)		5 (4.9%)	
Үе шат				
IIIB	32 (28.31%)		35 (34.65%)	
IV	81 (71.68%)		66 (65.34%)	
Патологи				
Serous carcinoma	81 (71.68%)		84 (83.16%)	
Endometroid	1 (0.88%)		1 (0.99%)	
Clear cell	3 (2.65%)		4 (3.96%)	
Mucinous	15 (13.27%)		8 (7.92%)	
бусад	13 (11.50%)		4 (3.96%)	
Ялгарал G				
Ялгаралгүй G4	4 (3.53%)		5 (4.95%)	
Муу ялгаралтай G3	87 (76.99%)		72 (71.28%)	
Дунд ялгаралтай G 2	16 (14.15%)		21 (20.79%)	
Өндөр ялгаралтай G 1	6 (5.30%)		3 (2.97%)	
Сийвэнгийн дундаж CA125	Өмнө	Дараа	Өмнө	Дараа
U/ml	1457.95	416.34	1108.45	873.38
Төгс бус мэс засал	Хийгдсэн	Хийгдээгүй	Хийгдсэн	Хийгдээгүй
	90 (79.64%)	23 (20.35%)	78 (77.22%)	24 (23.76%)

Тайлбар: Хүснэгт 2-д судалгаанд хамрагдсан нийт 214 өвчтний үндсэн мэдээллийг эмчилгээний хоёр бүлгээр ангилан харуулав. Үүнд: хавдрын үе шат, патологи ангилал ба ялгарал, эмчилгээний үнэлгээний өмнөх болон дараах CA125 хэмжээ, төгс бус мэс засал эмчилгээнд хамрагдсан байдал зэргийг харуулав.

Хүснэгт 2-ээс харахад CA125 маркерийн хэмжээ бай эмчилгээний бүлэгт 3.51 дахин буурсан бол хими эмчилгээний бүлэгт 1.26 дахин буурсан байна. IV үе шатны хавдар нийт өвчтний дийлэнх хувийг эзэлж байгаа ч эмчилгээний хоёр бүлгийн өвчтөнүүд мэс засал эмчилгээнд хамрагдсан хувь өндөр байна (бай эмчилгээний бүлэгт 79.64%, хими эмчилгээний бүлэгт 77.22%).

Хүснэгт 3. Судалгаанд хамрагдагсдын эмчилгээний үр дүнг RECIST шалгууураар үнэлсэн байдал

	CR %	PR %	MR %	SD %	DP %
Бевацизумаб бүлэг	11.23	64.45	13.76	5.78	4.78
Хими бүлэг	5.97	60.35	8.64	15.12	9.92

Тайлбар: Бай болон хими эмчилгээний бүлгийн үр дүнг RECIST шалгууураар үнэлэн 5 бүлэг болгон ангилж үр дүнг харьцуулж үзүүлэв.

*Target - Бай+Хими эмчилгээ хавсарсан бүлэг (N=113)

*Chemo – Хими эмчилгээний бүлэг (N=101)

*CR - (complete response) бүрэн намжсан буюу хавдар арилсан

*PR - (partial response) хавдрын хэмжээ 30-80% багассан

*MR - (minimal response) хавдар бага зэрэг жижгэрсэн буюу 30%-аас бага

*SD - (stable disease) буюу өөрчлөлтгүй

*DP - (disease progression) буюу өвчин даамжирсан

CR, PR, MR гэж үнэлэгдсэн тохиолдолд эмчилгээнд үр дүнг өгсөн гэж үзэх ба SD, DP гэж үнэлэгдвэл эмчилгээнд үр дүнгүй байсан гэж тооцсон. Хүснэгт 3-т харуулж буйгаар бай эмчилгээний бүлэгт 89.44%-д үр дүнтэй, хими эмчилгээний бүлэгт 74.96%-д эмчилгээ тус тус үр дүнтэй байсан. Бүлэг хооронд харьцуулахад бай эмчилгээний бүлэгт статистикийн хувьд үнэн магадтай буюу CI 95%, P<0.05 үед эмчилгээний үр дүн илүү байна.

Өвчний даамжралгүй амьдарсан хугацааг 2020 оны 12 сараас хойш нийт 22 сарын турш дагуулан үнэлэхэд Бевацизумаб бүлэгт дунджаар 12.4 сар, хими эмчилгээний бүлэгт 9.6 сар байв ([HR=0.81 [95% CI, 0.70–0.98]). Бай эмчилгээ хийлгэсэн бүлэгт хими эмчилгээний бүлэгтэй харьцуулахад өвчний даамжралгүй амьдарсан хугацаа 2.8 сараар илүү байсан.

Эмчилгээний явцад илэрсэн түгээмэл гаж нөлөөг бүртгэн CTCAE 4.0 шалгууураар үнэлсэн ба үр дүнг хүснэгт 4-т нэгтгэн харуулав. Эмчилгээний хоёр бүлэгт хамгийн түгээмэл илэрч буй гаж нөлөө нь өмнөх жилийн үр дүнтэй ойролцоо буюу дотор муухайрах, бөөлжих ба нейтропени байв.

Хүснэгт 3. Судалгаанд хамрагдагсдын эмчилгээний гаж нөлөө

Түгээмэл илэрсэн гаж нөлөө	Бай+Хими эмчилгээний бүлэг N=113 (%)	Хими эмчилгээний бүлэг N=101 (%)	P утга
Өвдөлт	53 (46.90%)	40 (39.60%)	0.81
Артерийн даралт ихсэлт	24 (21.23%)	17 (16.83%)	0.76
Дотор муухайрах, бөөлжих	93 (82.30%)	81 (80.19%)	0.59
Нейтропени	70 (61.94%)	57 (56.43%)	0.81
Тромбоцитопени	24 (21.23%)	20 (19.80%)	0.83
Захын невропати	59 (52.21%)	50 (49.50%)	0.71
Амны салстын үрэвсэл	3 (2.65%)	2 (1.98%)	0.05

Тайлбар:
*Эмчилгээний гаж нөлөөг нийт 2-26 курсын туршид нэг л удаа илрэхэд гаж нөлөөнд тооцон бүртгэж авсан болно.
*Артерийн даралт ихсэлтийг эмчилгээний өмнө хэвийн байсан хүмүүс 140/90 мм муб-аас илүү болсон тохиолдлын тооцож бүртгэсэн.
*Өвдөлтөнд 1-3 зэргийн бүх өвдөлт хамаарсан
*Нейтропени ба тромбоцитопенид 2 ба түүнээс дээш зэргийн хүндрэлийг тус тус тооцсон.

Өвдөлт болон захын мэдрэлийн невропати судалгааны хоёр бүлэгт 3 ба 4-р байранд орох түгээмэл гаж нөлөө байсан ба үр дүн ойролцоо байв. Харин артерийн даралт ихсэлт, тромбоцитопени цөөн боловч бүртгэгдсэн. Амны салстын үрэвсэл бай эмчилгээний бүлэгт 3 тохиолдолд, хими эмчилгээний бүлэгт 2 тохиолдолд тус тус бүртгэгдсэн. Эдгээр гаж нөлөөг үзүүлэлт тус бүрээр эмчилгээний хоёр бүлэгт харьцуулахад статистикийн хувьд үнэн магадтай ялгаа гараагүй.

ДҮГНЭЛТ

IIIb-IV үе шатны өндгөвчний хорт хавдрын үед бай эмчилгээ Бевацизумабыг хими эмчилгээтэй хавсруулан хэрэглэхэд статистикийн хувьд үнэн магадтай эмчилгээний үр дүн илүү байв. RECIST шалгууураар үнэлэхэд бай эмчилгээний бүлэгт 89.44%-д үр дүнтэй, хими эмчилгээний бүлэгт 74.96%-д эмчилгээ тус тус үр дүнтэй байсан. Сийвэнгийн CA125 маркер бай эмчилгээний бүлэгт 3.51 дахин, хими эмчилгээний бүлэгт 1.26 дахин буурсан нь мөн статистикийн хувьд үнэн магадтайгаар бай эмчилгээнд илүү үр дүнтэй байгааг харуулж байна (CI 95%, P<0.05).

Өвчний даамжралгүй амьдарсан хугацаа Бевацизумаб бүлэгт дунджаар 12.4 сар, хими эмчилгээний бүлэгт 9.6 сар байгаад бай эмчилгээ өвчин даамжирах хугацааг 2.8 сараар хойшлуулж байна гэж үзэв.Эмчилгээний бүлэг хооронд гаж нөлөө болон хүндрэлийн хувьд ялгаа байгаа эсэхийг

тогтоох зорилгоор хамгийн түгээмэл илэрч буй долоон гаж нөлөөг эмчилгээний бүлэг тус бүрээр үнэлэхэд хүндрэл болон гаж нөлөө ойролцоо буюу статистикийн хувьд ялгаагүй гарсан. Эндээс нэгтгэн дүгнэхэд бай эмчилгээг хими эмчилгээтэй хавсруулан эмчилэхэд өвчтөнүүдэд үр дүнгээр илүү боловч гаж нөлөө, хүндрэлийн хувьд дан хими эмчилгээнээс ялгаагүй байна.

ХЭЛЦЭМЖ

Бай эмчилгээ Монгол улсад эмчилгээний практикт нэвтрээд удаагүй ч энэхүү дэвшилтэт аргыг хүмүүст эмчилгээний шинэ сонголтыг бий болгож цаашлаад амьдралыг уртасгах зорилгоор 2021 оноос эхлэн эрүүл мэндийн даатгалын хөнгөлөлтөнд хамруулснаар хожуу үе шатны хорт хавдартай хүмүүст хэрэглэж эхэлсэн. Бид энэхүү судалгаагаараа ХСҮТ-ийн Хими эмчилгээний тасагт хамгийн түгээмэл хэрэглэгдэж буй бай эмчилгээ болох Бевацизумабын үр дүнг хожуу үе шатны өндгөвчний хорт хавдартай хүмүүст үнэлж хавдрын хэмжээг бууруулж, уламжлалт хими эмчилгээтэй харьцуулахад илүү үр дүнтэй байгааг нотоллоо. Бидний судалгааны үр дүн олон улсад хийгдсэн бусад судалгаатай[4-13] харьцуулахад ойролцоо байгаа төдийгүй өвчний даамжралгүй амьдарсан хугацаа бай бүлэгт химийн бүлгээс 2.8 сараар илүү байлаа. Гэвч бидний энэ үр дүн өндгөвчний хорт хавдрын үед хийгдсэн олон улсын бусад судалгаатай харьцуулахад 3-4 сараар богино байгаа нь анх оношлогдож буй хорт хавдарт IV үе шатны хавдрын эзлэх хувь олон улстай харьцуулахад илүү байгаатай холбоотой гэж үзэж байна. Энэхүү судалгааг цаашлаад нийт амьдарсан хугацаа, өвчтөний амьдралын чанарт хэрхэн нөлөөлж буйтай харьцуулан судлаж жил бүр үр дүнгээ нэгтгэн улам өргөжүүлэх шаардлагатай. Олон улсад хийгдсэн судалгаанууд нь удаан хугацаанд когорт загвараар хийгддэг учир хорт хавдар өвчний тавилангийн хүчин зүйлүүд болох даамжралгүй амьдарсан хугацаа (16.3 сар[4]), нийт амьдарсан хугацааг (17.4 сар[4]) тодорхойлсон байдаг. Бид энэхүү судалгаагаараа зөвхөн 22 сарын хугацаанд илрэх үр дүнг хэмжиж болохуйц хавдарт буюу IIIb-IV үе шатанд RECIST шалгуур болон CA125 маркерийн түвшин, өвчний даамжралгүй амьдарсан хугацаагаар үнэллээ. Иймд цаашид олон улсын түвшинд судалгаагаа өргөжүүлж урт хугацааны үр дүнг үргэлжлүүлэн судлах шаардлагатай гэж үзэв. Манай судалгааны хоёр бүлэгт эмчилгээ үр дүнтэй байгаа бүлэг нь давамгайлж байгаа боловч бай эмчилгээний бүлэгт эрт үеийн үр дүн илүү байгаа нь олон улсад хийгдсэн бусад эмнэлзүйн туршилт судалгаатай дүйж байна.[6-9] Бевацизумаб эмчилгээний үед ходоод гэдэсний замаас илрэх гаж нөлөө өндгөвч төдийгүй бусад байрлалын хорт хавдруудын үед бүртгэгддэг. Эдгээрээс амь насанд аюултай нь амны салстын үрэвсэл ба түүний хүндрэл, ходоод гэдэсний замын цооролт юм. Судлаач Burger RA, Brady MF, Bookman MA нарын судалгаагаар авастин эмчилгээний хоол боловсруулах тогтолцооны зүгээс илрэх гаж нөлөөг үнэлэхэд амны салстын гэмтэл 3.4% ба 1.7% байгаа нь бидний судалгааны үр дүнтэй ойролцоо байна. Ходоод гэдэсний замын цооролт нь олон судалгааны үр дүнд 3%-иас бага тохиолддог болох нь олон улсад хийгдэж буй эмнэлзүйн туршилтат судалгааны үр дүнгээр гарсан байна [4,11]. Харин манай судалгаанд энэ төрлийн хүндрэл бүртгэгдээгүй ба энэ нь бай эмчилгээний тунтай холбоотой гэж үзэж байна. Учир нь стандарт авастин эмчилгээг 15 мг/кг тунгаар тооцон хийдэг бол бид даатгалын санхүүжилтийн хязгаарлалтаас болж дийлэнх өвчтөнд 400 мг тунгаар хийж байна. Олон улсад хорт хавдрын хожуу үе шатны эмчилгээний стандарт болж буй бай эмчилгээг монголд нутагшуулж эхний үр дүнг гарган авсан нь дэвшилттэй боловч цаашид бай эмийн хүртээмж, төрлийг нэмэгдүүлэх олон төвт эмнэлзүйн туршилтат судалгаанд оролцох, судалгаа шинжилгээний ажлыг эрчимжүүлэх шаардлагатай байна.

НОМ ЗҮЙ

1. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries Hyuna Sung, PhD [1]; Jacques Ferlay, MSc, ME[2]; Rebecca L. Siegel, MPH [1]; Mathieu Laversanne, MSc[2]; Isabelle Soerjomataram, MD, MSc, PhD[2]; Ahmedin Jemal, DMV, PhD[1]; Freddie Bray, BSc, MSc, PhD[2] CA CANCER J CLIN 2021;71:209–249
2. Burger RA, Brady MF, Bookman MA, Fleming GF, Monk BJ, Huang H, Mannel RS, Homesley HD, Fowler J, Greer BE, Boente M, Birrer MJ, Liang SX; Gynecologic Oncology Group. Incorporation of bevacizumab in the primary treatment of ovarian cancer. N Engl J Med. 2011 Dec 29;365(26):2473-83.
3. Хорт хавдрын статистик бүртгэлийн мэдээлэл 2020 он ХСҮТ
4. Perren TJ, Swart AM, Pfisterer J, Ledermann JA, Pujade-Lauraine E, Kristensen G, Carey MS, Beale P, Cervantes A, Kurzeder C, du Bois A, Sehouli J, Kimmig R, Stähle A, Collinson F, Essapen S, Gourley C, Lortholary A, Selle F, Mirza MR, Leminen A, Plante M, Stark D, Qian W, Parmar MK, Oza AM; ICON7 Investigators. A phase 3 trial of bevacizumab in ovarian cancer. N Engl J Med. 2011 Dec 29;365(26):2484-96.
5. Oza AM, Cook AD, Pfisterer J, Embleton A, Ledermann JA, Pujade-Lauraine E, Kristensen G, Carey MS, Beale P, Cervantes A, Park-Simon TW, Rustin G, Joly F, Mirza MR, Plante M, Quinn M, Poveda A, Jayson GC, Stark D, Swart AM, Farrelly L, Kaplan R, Parmar MK, Perren TJ; ICON7 trial investigators. Standard chemotherapy with or without bevacizumab for women with newly diagnosed ovarian cancer (ICON7): overall survival results of a phase 3 randomised trial. Lancet Oncol. 2015 Aug;16(8):928-36.
6. Ferriss JS, Java JJ, Bookman MA, Fleming GF, Monk BJ, Walker JL, Homesley HD, Fowler J, Greer

BE, Boente MP, Burger RA. Ascites predicts treatment benefit of bevacizumab in front-line therapy of advanced epithelial ovarian, fallopian tube and peritoneal cancers: an NRG Oncology/GOG study. Gynecol Oncol. 2015 Oct;139(1):17-22.
7. Tewari KS, Burger RA, Enserro D, Norquist BM, Swisher EM, Brady MF, Bookman MA, Fleming GF, Huang H, Homesley HD, Fowler JM, Greer BE, Boente M, Liang SX, Ye C, Bais C, Randall LM, Chan JK, Ferriss JS, Coleman RL, Aghajanian C, Herzog TJ, DiSaia PJ, Copeland LJ, Mannel RS, Birrer MJ, Monk BJ. Final Overall Survival of a Randomized Trial of Bevacizumab for Primary Treatment of Ovarian Cancer. J Clin Oncol. 2019 Sep 10;37(26):2317-2328.
8. Thomas M, Thatcher N, Goldschmidt J, Ohe Y, McBride HJ, Hanes V. Totality of evidence in the development of ABP 215, an approved bevacizumab biosimilar. Immunotherapy. 2019 Oct;11(15):1337-1351.
9. Stark D, Nankivell M, Pujade-Lauraine E, Kristensen G, Elit L, Stockler M, Hilpert F, Cervantes A, Brown J, Lanceley A, Velikova G, Sabate E, Pfisterer J, Carey MS, Beale P, Qian W, Swart AM, Oza A, Perren T. Standard chemotherapy with or without bevacizumab in advanced ovarian cancer: quality-of-life outcomes from the International Collaboration on Ovarian Neoplasms (ICON7) phase 3 randomised trial. Lancet Oncol. 2013 Mar;14(3):236-43.
10. Monk BJ, Huang HQ, Burger RA, Mannel RS, Homesley HD, Fowler J, Greer BE, Boente M, Liang SX, Wenzel L. Patient reported outcomes of a randomized, placebo-controlled trial of bevacizumab in the front-line treatment of ovarian cancer: a Gynecologic Oncology Group Study. Gynecol Oncol. 2013 Mar;128(3):573-8.
11. Burger RA, Brady MF, Bookman MA, Monk BJ, Walker JL, Homesley HD, Fowler J, Greer BE, Boente M, Fleming GF, Lim PC, Rubin SC, Katsumata N, Liang SX. Risk factors for GI adverse events in a phase III randomized trial of bevacizumab in first-line therapy of advanced ovarian cancer: A Gynecologic Oncology Group Study. J Clin Oncol. 2014 Apr 20;32(12):1210-7.
12. González Martín A, Oza AM, Embleton AC, Pfisterer J, Ledermann JA, Pujade-Lauraine E, Kristensen G, Bertrand MA, Beale P, Cervantes A, Kent E, Kaplan RS, Parmar MKB, Scotto N, Perren TJ; ICON7 investigators. Exploratory outcome analyses according to stage and/or residual disease in the ICON7 trial of carboplatin and paclitaxel with or without bevacizumab for newly diagnosed ovarian cancer. Gynecol Oncol. 2019 Jan;152(1):53-60.
13. Seo N, Polozova A, Zhang M, Yates Z, Cao S, Li H, Kuhns S, Maher G, McBride HJ, Liu J. Analytical and functional similarity of Amgen biosimilar ABP 215 to bevacizumab. MAbs. 2018 May/Jun;10(4):678-691.

ХОДООДНЫ ХОРТ ХАВДРЫН ҮЕИЙН HER2 ГЕНИЙН ИЛРЭЛИЙГ ТОДОРХОЙЛСОН ДҮН

THE RESULTS OF DETERMINING HER2 GENE EXPRESSION IN GASTRIC CANCER

Oyunchimeg N [1], Suvd S[3], Lkhagva-Ochir T[2], Enkhjargal B[2]
1. National Cancer Center, Department of Anesthesia and Surgery
2. National Cancer Center, Department of Laboratory
3. National Cancer Center, Department of ICU

Introduction: The gastric cancer is one of the most common cancers in the world and is diagnosed at a late stage with a poor prognosis. The gastric cancer has a different prevalence among the population of each region, depending on many risk factors such as age, alcohol, overweight, excessive salt consumption, H.pylori infection, and genetic characteristics of the population. The surgery is the main treatment for gastric cancer, but if it is diagnosed at a late stage, the treatment is ineffective and chemotherapy is possible, but the survival rate is only 6-11 months, and the treatment success rate is 20-40%. However, the development of tumor molecular genetics has made it possible to introduce targeted therapy in the treatment of late-stage cancers. Trastuzumab, sunitinib and bevacizumab are currently used as target therapies in gastric cancer cells to inhibit HER2 and VERGF. The targeted therapy has not yet found its way into cancer treatment in Mongolia, as it requires high costs and molecular genetic analysis. Therefore, we conducted this study to determine the necessity of introducing treatment to inhibit gene mutations and hyperactivity to identify molecular genetic alterations in gastric cancer patients in Mongolia.

Method: The study included 43 patients who underwent surgery for gastric cancer were admitted to the General Surgery Department between May 2019 and October 2019. The study was conducted using a hospital-based descriptive method.

Result: The HER2 gene was determined in 43 gastric cancer patients included in the study, of whom 6.9% had high expression, 21% low expression and 72.1% low expression. There can be seen that 40% of patients with gastric cancer require treatment with trastizumab, 15% to 30% require treatment with bevacizumab, sunitinib and sorafenib. Taking into account the differentiation of gastric tumor cells, HER2 gene activity in poorly differentiated gastric tumor cells was in 11.5% high, in 23% medium, and in 42% low. While tumor cell differentiation is high, HER2 gene activity is moderate at 11.2% and low at 7.6%, which is inversely proportional to the degree of cell differentiation.

Conclusion: Determining the expression of genes predominant in Gaster intestinal cancer will be important to optimize the treatment of cancer patients and improve quality of life.

Н.Оюунчимэг[1], С.Сувд[3] , Т.Лхагва-Очир[2], Б.Энхжаргал[2]
1. Хавдар судлалын үндэсний төв, Мэдээгүйжүүлэг, хагалгааны тасаг
2.Хавдар судлалын үндэсний төв, Нэгдсэн лабораторийн тасаг
3. Хавдар судлалын үндэсний төв, Эрчимт эмчилгээний тасаг

ҮНДЭСЛЭЛ

Ходоодны хорт хавдар нь дэлхийн хүн амын дунд түгээмэл тохиолддог ба хожуу шатандаа оношлогддог тавилан муутай хорт хавдруудын нэг билээ. Ходоодны хорт хавдар нь нас, архи, тамхи, илүүдэл жин, давсны хэт хэрэглээ, ядуурал, хелико бактерийн халдвар болон тухайн хүн амын генийн онцлог зэрэг олон эрсдэл хүчин зүйлээс хамаарч бүс нутаг тус бүрийн хүн амын дунд харилцан адилгүй тархалттай байна.

Мэс засал эмчилгээ нь ходоодны хавдрын үндсэн эмчилгээ боловч хожуу үедээ оношлогдсон тохиолдолд эмчилгээ үр дүнгүй ба хими эмчилгээг хийх боломжтой боловч амьдрах хугацааг зөвхөн 6-11 сараар уртасгаж эмчилгээний үр дүн 20-40%-тай байдаг.

Харин орчин үед хавдрын молекул генетикийн судалгаа хөгжсөнөөр хожуу үеийн хавдруудын эмчилгээнд бай эмчилгээг нэвтрүүлэх боломжтой болсон. Одоогоор ходоодны хорт хавдрын эсэд идэвхижсэн HER2 болон VERGFийг саатуулах үйлдэлтэй бай эмчилгээ болох Trastuzumab, Sunitinib, Bevacizumab эмчилгээг хэрэглэж байна.

Бай эмчилгээ нь өндөр өртөг болон молекул генетикийн шинжилгээг шаарддаг тул манай улсад хорт хавдрын эмчилгээнд хараахан нэвтрээгүй байна. Иймд бид Монгол улсад ходоодны хорт хавдартай өвчтөнүүдэд молекул генетикийн өөрчлөлтийг тодорхойлох генийн мутаци болон хэт идэвхижилийг дарангуйлах бай эмчилгээг нэвтрүүлэх хэрэгцээ шаардлагыг тодорхойлох зорилгоор энэхүү судалгааг хийсэн болно.

АРГА, АРГАЧЛАЛ

Судалгааг эмнэлэгт суурилсан нэг агшингийн судалгааны загвараар гүйцэтгэсэн. 2019 оны 05 сараас 2019 оны 10 сарын хооронд ХСҮТ-ийн ЕМЗ-ын тасагт ходоодны хорт хавдар оношоор мэс засал эмчилгээ хийлгэхээр хэвтэн эмчлүүлэгчдийг санамсаргүй түүврийн аргаар сонгож, таниулсан зөвшөөрлийн хуудсаар нийт 43 өвчтөнг хамруулсан.

ҮР ДҮН

Судалгаанд хамрагдсан нийт 43 ходоодны хавдартай өвчтөнүүдэд HER2 генийн идэвхижилийг тодорхойлоход өндөр илрэлтэй 6.9% дунд илрэлтэй 21% бага илрэлтэй 72.1% байна.

Үүнээс харахад нийт ходоодны хавдартай өвчтөнүүдийн 40%-д нь trastizumab, 15%-30% -д нь bevacizumab, sunitinib, sorafenib эмчилгээг хийх шаардлагатай байна.

Ходоодны хавдрын эсийн ялгаралаар авч үзвэл бага ялгаралтай ходоодны хавдрын эсэд HER2 генийн идэвхижил 11.5%д нь өндөр, 23%д нь дунд, 42%д нь бага идэвхижилтэй байна. Хавдрын эсийн ялгарал өндөр байхад HER2 генийн идэвхижил 11.2%д дунд, 7.6% д нь бага идэвхижилтэй байгаа нь тухайн генийн идэвхижил эсийн ялгаралын зэрэгтэй урвуу хамааралтай байна.

ДҮГНЭЛТ

ХБЗ-ын хорт хавдруудын үеийн зонхилон тохиолдох генийн илрэлийг тодорхойлох нь хавдартай өвчтөнүүдийн эмчилгээг оновчтой болгох, амьдрах хугацаа амьдралын чанарыг дээшлүүлэхэд чухал ач холбогдолтой болно.

ХАВДАР СУДЛАЛЫН ҮНДЭСНИЙ ТӨВИЙН ХЭВТЭН ЭМЧЛҮҮЛЭГЧДИЙН АСРАН ХАЛАМЖЛАГЧИЙН АЧААЛЛЫГ ҮНЭЛЭХ НЬ

Удирдагч: Л.Энхээ[1]
Судлаач: П. Дуламсүрэн[1], Ц.Анхбаяр[1], Б.Шайрийбуу[1]
[1]ХСҮТ-ийн ҮДА

Abstract

Assess the stress of the caregiver of clients who are hospitalized in the National Center for Mongolian Cancer, Liver Pancreatic Surgery, and Facilitation Treatment

Introduction

23278 cases of cancer registered in 2020 in Mongolia. However, the year in which cancer was first diagnosed and controlled, 28 percent for up to 1 year, 1-2 years 10 percent, 2-3 years 9 percent, 3-4 years 8 percent, 4-5 years 6 percent, more than 5 years, 39 percent, respectively. From the time he heard the diagnosis of the spring, he received significant psychological, economic, and physical loads for his family to take care of him for a long time. The rationale for this study was based on the need to assess the burden of the guardian and identify the issues they face.

Materials and methods

The survey was used by a quantitative survey questionnaire and asked to assess Zarit's guardian's load. The collection of research data included caregivers who met the criteria for the study during the hospitalization period.

Results

As for caregivers, 69.6% (49) would like to transfer the role of caregiver to someone else or are neglecting their role. In the future, if the caregiving period lasts longer, the conditions for caregiving are less likely. This is especially true for caregivers who care for a caregiver for 2 months or more, and because caring for a client with a cancer diagnosis creates a significant financial burden on the family, they may refuse or leave long-term caregiving.

Судалгааны хураангуй

Архаг удаан явцтай хүнд өвчнөөр өвдсөн хүмүүсийн амьдралын чанар нь түүний асран халамжлагчдын асаргаа, харилцаа, зан төлөв, хандлагаас шууд хамааралтай байдаг билээ. Тиймээс хүнд өвчтөнд чиглэсэн үйл ажиллагааны зайлшгүй нэг тал нь түүний асран халамжлагч юм. Энэхүү судалгааг ХСҮТ-ийн ЕМЗТ, ЦХМЗ, ЭЦНБМЗТ, ХөЭТ-ийн хэвтэн эмчлүүлэгчдийн сахиур буюу асран халамжлагчдаас 56 хүнийг оролцуулан хийлээ. Судалгааны мэдээллийг асран халамжлагчийн ачааллыг үнэлэх Стивен Заритын үнэлгээний асуумжийг ашиглан цуглуулсан бөгөөд нийт хариулагчдын 71,4% (n=40) нь эмэгтэй, хамгийн зонхилох буюу 26,5% (n=15) нь 41-50 насныхан, 37,5% (n=21) нь ХөЭТ-ийнх, ихэнх нь буюу 76,8% (n=43) нь асруулагчаа 7-29 хоногийн хугацаанд асарч байгаа асран халамжлагчид байна.

Судалгааны үр дүнд асруулагчтай холбоотой олон хүчин зүйлс асран халамжлагчийн нийгмийн харилцаанд таагүй сөрөг нөлөө үзүүлдэг нь ажиглагдсан. Тухайлбал, асран халамжлагчийг найз нөхөд, ойр дотныхонтойгоо уулзахад нь асруулагч, түүний гэр бүлийн гишүүд таагүй хандах, асран халамжлагч ажил мэргэжлээсээ хөндийрөх, өөрийгөө үл хайхрах байдлууд нэмэгддэг байна.

Түүнчлэн асруулагчийн зан авир болон түүнийг ямар ирээдүй хүлээж байгаа бол хэмээх асран хамгаалагчийн бодол түүний ачаалалд хамгийн ихээр нөлөөлж буй хүчин зүйлсийн нэг болж байна.Тиймээс асран халамжлагчийг хамгаалах, түүний нийгмийн харилцааны хэвийн байдлыг хадгалахад чиглэсэн үйл ажиллагаануудыг хэрэгжүүлэх нь асруулагчийн эрүүл мэнд, сэтгэл санаа, амьдралын чанарт илүү таатай үр дүнгүүдийг авчирдгийг олон улсад зөвлөмж болгож байна.

ҮНДЭСЛЭЛ

Монгол Улсад сүүлийн 10 жилийн дунджаар 16.5 мянган нас баралтын тохиолдол бүртгэгдсэнээс 24.3% нь хавдрын шалтгаантай байна. 2021 оны жилийн эцсийн байдлаар аймаг, дүүргийн хавдар судлаач эмчийн хяналтад 24141 хүн байгаа бөгөөд хяналтад авснаас хойш амьдарч буй хугацааг нь тооцоход 26 хувь нь 1 жил хүртэл, 10 хувь нь 1-2 жил, 41 хувь нь 5-аас дээш амьдарч байна. Хавдрын оношийг сонссон цагаас эхлэн тухайн өвчтөнд төдийгүй түүний гэр бүлийнхэнд нь эмчилгээ үйлчилгээ, асран халамжлахтай холбоотой сэтгэл зүй, эдийн засаг, биемахбодийн ихээхэн ачааллууд үүсч эхэлдэг. Мөн хүнд өвчний улмаас тавилангүй болж амьдралын төгсгөлийн шатанд орсон үйлчлүүлэгчийг асарч буй ар гэрийн гишүүд, асран халамжлагчдад бухимдал, хайртай хүнээ алдах гэж байгаа хүний айдас түгшүүр, бие махбодын ядаргаа, сэтгэл зүйн тогтворгүй шинж тэмдгүүд түгээмэл тохиолддог байна. Эмчийн зөвлөгөө, эмнэлгийн тусламж үйлчилгээг үр дүнтэй байлгах, өвчтний нөхцөл байдлыг сайжруулах, амьдралын чанарыг нэмэгдүүлэхэд зөвхөн өвчтөн төдийгүй түүний асран халамжлагчид тулгамдаж буй асуудал, хэрэгцээг тодорхойлох, үнэлэх, туслан дэмжих хэрэгцээ нэн чухал юм. Иймээс асран хамгаалагчийн ачааллыг үнэлэх, тэдэнд тулгамдаж буй асуудлыг тодорхойлох шаардлагын үндсэн дээр энэхүү судалгааг гүйцэтгэсэн.

ЗОРИЛГО

ХСҮТ-ийн ЕМЗТ, ЦХМЗТ, ЭЦНБМЗТ, Хөнгөвчлөх эмчилгээний тасагт хэвтэн эмчлүүлэгчдийн асран халамжлагчийн ачааллыг үнэлэх

ЗОРИЛТ

- ХСҮТ-ийн ЕМЗТ, ЦХМЗТ, ЭЦНБМЗТ, Хөнгөвчлөх эмчилгээний тасагт хэвтэн эмчлүүлэгчдийн асран халамжлагчийн ачааллын түвшинг Заритийн сорилоор үнэлэх
- Асран халамжлагчийн ачаалалд нөлөөлж буй хүчин зүйлсийн хамаарлыг тодорхойлох
- Асран халамжлагчийг туслан дэмжих үр дүнтэй зөвлөмжийг санал болгох

ПРАКТИК АЧ ХОЛБОГДОЛ

Хүнд өвчтнийг асрах хугацаанд асран халамжлагчид тулгамддаг асуудлууд, онцлог хэрэгцээг тодорхойлсноор асран халамжлагчийг туслан дэмжих үр дүнтэй арга замуудыг санал болгож улмаар хүнд өвчтний амьдралын чанарыг сайжруулахад туслах ач холбогдолтой.

СУДАЛГААНЫ АРГАЧЛАЛ, МЭДЭЭЛЭЛ ЦУГЛУУЛСАН АРГА

Судалгааны түүвэрт 2022 оны 9-р сарын 1-15-ны хугацаанд Хавдар судлалын үндэсний төвийн ЕМЗТ, ЦХМЗТ, ЭЦНБМЗТ, Хөнгөвчлөх эмчилгээний тасгуудад хэвтэн эмчлүүлэгчдийн асран халамжлагч 56 хүнийг хамрууллаа. Судалгаанд хамрагдагчдаас ерөнхий шинж байдлын 7 асуулт, 0-4 оноогоор үнэлэх 22 асуулт бүхий Заритийн асуумж нийт 29 асуулттай асуумж ашиглан мэдээлэл цуглуулж мэдээллийг SPSS26.0 программд оруулан үр дүнг боловсруулсан.

<u>Асран халамжлагчийн ачааллыг үнэлэх Заритийн асуумж</u>

Энэхүү асуумжийг 1983 онд Стивен Зарит боловсруулсан ба 1985 онд олон улсад хүлээн зөвшөөрөгджээ. Уг асуумжийг ашиглан манай улсад оюуны хомсдолтой үйлчлүүлэгчийн асран хамгаалагчийн ачааллыг үнэлэх судалгаа, ахмад настны бие даах чадвар, ачааллыг үнэлэх судалгаануудыг хийсэн. Заритийн асуумж нь асран халамжлагчийн нийгэм сэтгэл зүй, биемахбодид үзүүлж буй таагүй хүчин зүйлсийн нөлөө, ачааллыг тодорхойлох зорилготой 22 асуултаас бүрдэх бөгөөд асуулт бүрийг 0-4 оноогоор үнэлэн үр дүнг тодорхойлдог. Хариултын харгалзах оноо:

Огт үгүй	Бага зэрэг	Заримдаа	Нилээд	Маш их
0 оноо	1 оноо	2 оноо	3 оноо	4 оноо

Нийт онооны нийлбэрээр ачааллыг доорх байдлаар үнэлдэг.
0-20 оноо- Огт ачаалалгүй
21-40 оноо- Бага зэргийн ачаалалтай
41-60 оноо- Заримдаа ачаалалтай
61-88 оноо- Маш их ачаалалтай

СУДАЛГААНЫ ҮР ДҮН

<u>Ерөнхий шинж байдал</u>

Судалгаанд асруулагчаа 7 болон түүнээс дээш хоногоор асарч байгаа 56 асран халамжлагчийг хамруулсан бөгөөд нийт оролцогчийн 71,4% (n=40) нь эмэгтэй, насны бүлгээр харвал хамгийн их хувийг дунд насныхан буюу 30,4% (n=17) нь 31-40 насныхан, 26,5% (n=15) нь 41-50 насныхан, хамгийн бага хувийг 23-30 насныхан 8,9% (n=5), 61-ээс дээш насныхан 10,7% (n=6) эзэлж байна.

Хүснэгт 1. Судалгаанд оролцогчдын хүйсийг насны бүлгээр харьцуулсан нь

	23-30		31-40		41-50		51-60		61-ээс их		Бүгд	
	тоо	*хувь*	*тоо*	*хувь*	*тоо*	*хувь*	*тоо*	*хувь*	*тоо*	*хувь*	*тоо*	*хувь*
Эрэгтэй	2	3,6	6	10,7	3	5,4	2	3,6	3	5,4	16	28,6
Эмэгтэй	3	5,4	11	19,6	12	21,4	11	19,6	3	5,4	40	71,4
Бүгд	5	9,0	17	30,3	15	26,8	13	23,2	6	10,8	56	100

Түүнчлэн судалгаанд хамрагдсан асран халамжлагчдын 37,5% (n=21) нь дээд боловсролтой бөгөөд ажил эрхэлдэг асран халамжлагчдын 55,3 хувийг эзэлж байна. Харин нийт хариулагчдын 16,1% (n=9) нь өндөр насны тэтгэвэрт, мөн 16,1% (n=9) нь ажилгүй байна. Мөн судалгаанд хамрагдагсдын ихэнх нь буюу 76,8% (n=43) нь асруулагчаа 7-29хоногийн хугацаанд асарч байгаа бол хамгийн урт хугацаагаар буюу 1,5-3 жилийн хугацаанд асарч буй тохиолдол 3,6%(n=2) байна.

Хүснэгт 2. Асран халамжилж буй хугацааг хувиар харуулбал

7-29 хоног	1-3 сар	4-6 сар	7-9 сар	10-12 сар	1жил, дээш
43	8	2	1	0	2
76,8%	14,3%	3,6%	1,8%	0	3,6%

Мөн асран хамгаалагчдын 25%(14) эмчлүүлэгчийн ээж, 21,4% (n=12) нь нөхөр, 12,5% (n=7) нь эхнэр бол 1,8% (n=1) нь хадам, мөн 1,8%(n=1) нь асрагч байна.

Судалгаанд хамрагдсан асран халамжлагчдын хамгийн их буюу 37,5% (n=21) нь ХөЭТ-ийнх, хамгийн цөөн буюу 8,9%(n=5) нь ЦХМЗ-ын тасгийн эмчлүүлэгчийнх байна.

Хүснэгт 3. Асран халамжлагчийн тоо, тасгаар

ЕМЗТ	ЦХМЗТ	ЭЦНБМЗТ	ХөЭТ
14	5	16	21
25%	8,9%	28,6%	37,5%

Асран халамжлагчийн ачаалал

Ойр дотны хүн нь хавдрын онош сонссон цагаас эхлэн гэр бүлийн гишүүдэд удаан хугацаанд сэтгэл зүй, бие махбод, эдийн засгийн хувьд тодорхой хугацаа заагдаагүй ачааллууд ирдэг. Үүнийг дараах үр дүнгээс харж болно.

Судалгаанд хариулагчдын 46,4%(n=26) нь бага зэргийн ачаалалтай гэсэн бол 39,3%(n=22) нь дунд зэргийн ачаалалтай байна.

Хүснэгт 4. Асран халамжлагчдын ачааллын түвшин

Ачаалалгүй	Бага зэргийн ачаалал	Дунд зэргийн ачаалал	Их ачаалал
4	26	22	4
7,1%	46,4%	39,3%	7,1%

Түүнчлэн ачаалалтай байдлыг асруулагчийг асарч байгаа хугацаатай нь харьцуулбал 1 сар хүртэлх хугацаанд асарч байгаа тохиолдолд ачаалалтай гэсэн үзүүлэлтүүд хамгийн өндөр байлаа.

Асран хамгаалагч нь халамжилж буй хүнтэйгээ ихэнх цагийг өнгөрөөх түүнийг нийгэм сэтгэл зүйн талаас дэмжиж өөрийн бүх хүч чадлаа дайчилдаг эсэхийг тодорхойлоход судалгаанд оролцогчдын 87% нь зөвхөн асран халамжилж буй хүнийхээ төлөө өөрийн бүх хүч чадлаа дайчилдаг гэсэн үр дүн гарсан. Асран хамгаалагч халамжилж буй хүндээ зориулж ихэнх цагийг өнгөрөөх нь тухайн хүн өөрөө нийгмийн амьдралаас тусгаарлагдах нийгэм сэтгэл зүйн хувьд асуудлууд үүсэх эрсдэлийг бий болгож байна.

Асран хамгаалагчдын ачааллыг тодорхойлоход эрэгтэйчүүдийн хувьд боловсролын байдлаасаа үл хамааран ачаалалд өртөх нь бага буюу 60% (12) ачаалалгүй, бага зэргийн ачаалалтай үлдсэн 40% буюу (8) хүний хувьд маш их ачаалалтай байна. Эмэгтэй асран хамгаалагчдын хувьд ачаалалгүй болон бага зэргийн ачаалалтай 14.2% буюу (7), дунд зэргийн 51% буюу (25), маш их ачаалалтай 35% буюу (17) байгаа нь асран хамгаалагчийн ачаалал хүйсийн байдлаас хамааран өөр байгааг харж болно.

Хүснэгт 5. Асран хамгаалагчийн ачааллын түвшин, хүйсээр

Оноо	Ачааллын түвшин	Эрэгтэй	Эмэгтэй
0-20	Ачаалалгүй	2	4
21-40	Бага зэрэг ачаалалтай	10	3
41-60	Дунд зэргийн ачаалалтай	1	25
61-88	Маш их ачаалалтай	7	17

Эрэгтэйчүүдийн хувьд ачаалалд өртөх байдал бага байгаа нь ачаалал даах чадвар болон өөрийн сэтгэл зүйн байдлаа нээлттэй илэрхийлдэггүйтэй холбоотой байх магадлалтай. Ачаалалд бага өртсөн байдал нь асран халамжилсан хоногоос хамаараагүй.

Асруулагчийн зан авир нь асран хамгаалагчид сөрөг сэтгэгдэл үүсгэдэг ба үүнээс шалтгаалан асран хамгаалагч асруулагчаасаа төвөгшөөх байдал гардаг байна.

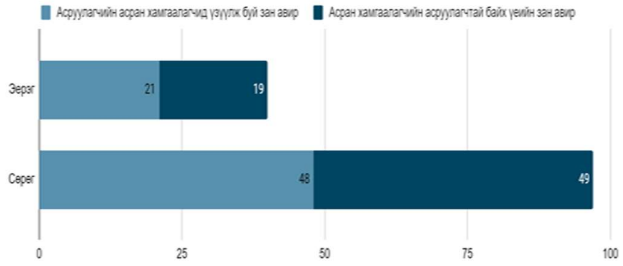


График 1. Асруулагчийн зан авир, асран хамгаалагчийн зан авирын хамаарал

Асран хамгаалагчийн өдөр тутамдаа хийж буй зүйлс нь зөвхөн асруулагч болон гэрийн ажилдаа зориулагддаг ба үүнтэй холбоотойгоор асран хамгаалагчийн нийгмийн амьдрал, хувийн амьдрал, эрүүл мэндийн асуудлууд тулгамдсан асуудал хэвээр байна. Асруулагчийн хувьд асран хамгаалагчаа өөрийг нь асрах цорын ганц хүн гэж боддог учраас түүнийг найз нөхөдтэйгөө уулзах, өөртөө цаг гаргах зэрэгт ихэвчлэн сөрөг хандлага гаргадаг гэж асран хамгаалагчдын 50-аас дээш хувь нь үзэж байна. Асран халамжлагчдын нийгмийн харилцаанд олон төрлийн өөрчлөлтүүд гарч байгаагийн зарим нь асруулагчтай холбоотой шалтгаанууд эзэлж байна. Тухайлбал:

- Найз нөхөдтэйгөө уулзахаар төлөвлөх үед асруулагч болон гэр бүлийн бусад гишүүд дургүйцэх
- Ажил, мэргэжлээсээ хөндийрөх
- Гэрийн ажил болон асрах ажилдаа ихэнх цагийг өнгөрөөснөөр өөрийгөө үл хайхрах гэх мэт байна.

Асран хамгаалагчийн хувьд 69.6% (49) нь асрагчийн үүргээ өөр хэн нэгэнд шилжүүлэх хүсэлтэй буюу өөрийн гүйцэтгэж буй үүргээсээ халширч байна.

Цаашид асруулагчаа халамжлах хугацаа удаан үргэлжилбэл халамжлах нөхцөл боломж бага байна. Энэ нь асруулагчийг 2 ба түүнээс дээш сар асарсан асран хамгаалагчийн хувьд илүү ихээр тулгарч байгаа ба хавдрын оноштой үйлчлүүлэгчийг асрах нь гэр бүлийнхний хувьд мөнгө санхүү эдийн засагт томоохон ачаалал үүсгэдгээс шалтгаалж тэд асруулагчаа удаан хугацаанд халамжлахаас татгалзах буюу халширч байна.

Хүснэгт 6. Асрагчийн үүргээсээ халширч буй байдал

	Эрэгтэй	Эмэгтэй
Хэн нэгэнд үүргээ шилжүүлэх	11	37
Өөрөө цаашид асран хамгаалах	9	12

ДҮГНЭЛТ

Асран хамгаалагчийн ачаалалд хамгийн ихээр нөлөөлж буй хүчин зүйл нь асруулагчийн зан авир болон түүнийг ямар ирээдүй хүлээж байгаа бол хэмээх асран хамгаалагчийн бодол юм. Энэхүү судалгаанд оролцсон асран хамгаалагчдын дотор түгээмэл тохиолдож буй гол ойлголтууд нь тэтгэвэрт гарсан гэр бүлийн гишүүн эсвэл тодорхой ажил эрхэлдэггүй гэр бүлийн гишүүддээ асран хамгаалагчийн үүргийг оногдуулах хандлага ажиглагдлаа. Гэр бүл, ойр дотны хэн нэгэн хавдрын онош сонсоход тухайн айл өрх бүгдээрээ тэр оношийг хүлээж авдаг боловч асруулагчийг асрах ажил зөвхөн нэг хүний нуруун дээр ирдгийг судалгааны үр дүн үзүүлж байна.

НОМ ЗҮЙ

1. Эрүүл мэндийн хөгжлийн төв, ДЭМБ, Эрүүл мэндийн үзүүлэлт, 2020.
2. AlptekinS, Gonullu G, Yucel I, Yaris F, Characteristics and quality of life analysis of caregivers of cancer patients. Med Oncol. 2010;27:607-617
3. Grov EK, Dahl AA, Moum T, Fossa SD. Anxiety, depression, and quality of life in caregivers of patients with cancer in late palliative phase. Ann Oncol. 2005; 7:1185-91
4. What are the palliative care needs of older people and how might they be met? WHO Regional Office for Europe’s Health Evidence Network. 2010.
5. Siegel K, Raveis VH, Houts P, et al: Caregiver burden and unmet patient needs. Cancer 68:1131-1140

ЭЛЭГ ШИЛЖҮҮЛЭН СУУЛГАХ МЭС ЗАСЛЫН ДАРААХ ЭМЧЛҮҮЛЭГЧДИЙН ХООЛЛОЛТЫН БАЙДЛЫН СУДАЛГАА

(*Хавдар судлалын үндэсний төвд элэг шилжүүлэн суулгах мэс засалд хамрагдсан үйлчлүүлэгчдийн жишээн дээр*)

Удирдагч: Л.Энхээ [1]
Судлаачид: Б.Шайрийбуу[1], Ц.Анхбаяр[2,] П.Дуламсүрэн[2]
Хавдар судлалын үндэсний төвийн ҮДА[1],
[1] shairiibuu@cancer-center.gov.mn

Хураангуй

Судалгаанд ХСҮТөвд 2018-2022 онд элэг шилжүүлэн суулгуулсан 43 эмчлүүлэгчийг хамруулж тэдний хооллолт, хоол хүнсний хэрэглээг давтамжийн аргаар тодорхойлж, шим тэжээлийн талаарх мэдлэгийг үнэлэв.

Судалгаагаар эмчлүүлэгчдэд мэс заслын дараа хооллолтын дадал зуршилаа өөрчилж, хоолны дэглэм баримтлах нь тэдэнд маш бэрхшээлтэй төдийгүй сэтгэл зүйн хувьд таагүй сөрөг байдлыг үүсгэдэг тухай дурдагджээ. Түүнчлэн судалгаанд хамрагдагсдын дунд эрхтэн шилжүүлэн суулгах хагалгаа хийлгэсэн боловч мэс заслын дараа гадуур хооллолт, тамхи татах гэх мэт эрсдэлт дадал зуршил байсаар байна. Хоол хүнсний хэрэглээний давтамжаас харахад мах махан бүтээгдэхүүн, өөх тос, энгийн нүүс ус ихээр агуулсан үр тарианы хүнсний хэрэглээ харьцангуй ихээр зонхилж, илчлэгийн эх үүсвэрийг бүрдүүлж байна. Хүнсний ногоо, жимс жимсгэний хэрэглээ хангалтгүй, бичил шим тэжээлийн дутагдал үүсэх магадлалтай байна.

Биеийн жингийн индексийг тодорхойлоход эрэгтэйчүүдийн БЖИ-ийн дундаж 23.7±3.07, эмэгтэйчүүд 21.9±3.6 байна. Эрэгтэйчүүдийн дунд БЖИ өндөр 48.7% нь илүүдэл жинтэй, таргалалтын 1-р зэрэгтэй байна. Эмэгтэйчүүдийн дунд БЖИ 18.5 доош 4 эмчлүүлэгч байна. Үүнээс харахад

эмчлүүлэгчдийн 30.2%(n=13) нь шим тэжээлийн илүүдэл ба дутлын эмгэгтэй байна.

***Түлхүүр үг*:** элэг шилжүүлэн суулгах мэс засал, шим тэжээл, хооллолтын дадал, хүнсний хэрэглээ

ҮНДЭСЛЭЛ

2014 оноос Монгол улсад элэг шилжүүлэн суулгах мэс заслыг УНТЭ-ийн эрхтэн шилжүүлэн суулгах мэс заслын тасагт хийж эхэлсэн бол, 2018 оноос ХСҮТөвд элэгний хавдартай өвчтөнд элэг шилжүүлэн суулгах мэс заслыг нутагшуулан хийж эхэлснээс хойш эдүгээ 64 удаа энэ төрлийн эмчилгээг хийсэн байна. Элэгний архаг өвчнүүд нь голдуу хоол тэжээлийн дутагдалтай холбоотой байдаг. Булчингийн масс эрчимтэй алдах, бодисын солилцооны эрчим нь хоол тэжээлийн байдлын чухал үзүүлэлт бөгөөд эдгээр шим тэжээлийн доройтлыг эмчлэхгүй байх нь мэс заслын үеийн цус алдалт, эрчимт эмчилгээний хугацааг уртасгах, халдвар, эмчилгээний зардал, нас баралтад шууд нөлөөлдөг. Иймд ЭШС мэс заслын өмнөх ба дараах хоол шим тэжээлийн эмчилгээ нь эрхтэн шилжүүлэн суулгах эмчилгээний чухал хэсэг юм [1,2]. Элэг шилжүүлэн суулгах багт мэс заслын эмч, гепатологи эмч, хяналтын эмч, сэтгэцийн эмч, сэтгэлзүйч, хоолзүйч, сэргээн заслын эмч, нийгмийн ажилтан, эм зүйч гэсэн олон мэргэжилтнүүд хамтран ажиллаж байна [5].

Мэс заслын эмчилгээний дараах үед таргалалт, чихрийн шижин, ясны сийрэгжилт, даралт ихсэлт хоол тэжээлийн дутагдал болон илүүдэл гэх мэт хооллолтын байдалтай холбоотой олон асуудлууд үүсч эмчилгээний үр нөлөөг бууруулах эрсдэлтэй тул хоол хүнсний хэрэглээ, хоолны дэглэмийг сайтар хянах нь эдгээр эрсдэлийг хянахад тусална [5]. Монгол улсад эрхтэн шилжүүлэн суулгах мэс заслын өмнөх ба дараах үеийн Хоол-шим тэжээлийн тухай судалгаа одоогоор байхгүй байна [3].

ЗОРИЛГО

Элэг шилжүүлэн суулгасан эмчлүүлэгчдийн мэс заслын дараах хоол тэжээлийн байдлыг үнэлэх

ЗОРИЛТ

Үйлчлүүлэгчдийн хооллолтын дадал, хүнсний хэрэглээг судлах

Хоол шим тэжээлийн доройтол үнэлэх

Элэг шилжүүлэх суулгах мэс заслын дараах хооллолтын зөвлөмж боловсруулах

Судалгааны түүвэрлэлт

Судалгааны түүвэрт ХСҮТөвд 2018-2022 онд элэг шилжүүлэн суулгах мэс засалд орсон 43 үйлчлүүлэгч хамрагдсанаас 34.9% (n=15) эрэгтэй, 65.1% (n=28) нь эмэгтэй байв. Судалгаанд хамрагдсан эмчлүүлэгчдийн дундаж нас 49.5±7.7 байв. Насны бүлгээр авч үзвэд 33-44насны 34.9%(n=15), 45-54 насны 34.9%(n=15), 55-65 насны 30.2%(n=13)-ны эмчлүүлэгч хамрагдсан байна.

Хүснэгт 1. Судалгаанд хамрагдсан үйлчлүүлэгчдийн тоо ба дундаж наслалт

	Тоо	Нас
Эрэгтэй	15 (34.9%)	49±7.06
Эмэгтэй	28 (65.1%)	50±8.2

II.1 Судалгааны аргачлал, мэдээлэл цуглуулсан арга

Судалгааны мэдээллийг 24 асуулт бүхий асуумжаар авч нийт 43 үйлчлүүлэгчээс мэдээлэл цуглуулсан.

Судалгааны асуумжид хооллолтын дадлын тухай 6, хүнсний хэрэглээний тухай 8, шим тэжээлийн мэдлэгийг үнэлэх 10 асуултыг тус тус багтаасан. Шим тэжээлийн мэдлэгийн асуултад шимт бодисын эх үүсвэрүүдийг асууж, хоол хүнсний хэрэглээг давтамжийн аргаар хүнсний 7 бүлгийг хамруулан тодорхойллоо. Tanita аппарат ашиглан үйлчлүүлэгчийн биеийн биеийн бүтэц найрлагыг тодорхойлсон.

II.2 Мэдээлэл боловсруулалт

Судалгааны мэдээлэлд Excel 2010 программ ашиглан боловсруулалт хийж үр дүнг гаргасан.

Судалгааны үр дүн

Судалгаанд хамрагдсан үйлчлүүлэгчдийн хооллолтын дадлыг үнэлэхэд 86% (n=37) нь өглөөний цайгаа тогтмол уудаг, 53.5% (n=23) нь дасгал хөдөлгөөн хийдэггүй, 41.9% (n=18)нь гадуур хооллодог, 2.3% (n=1) нь тамхи татдаг, 100% (n=43) нь өдөрт 2 ба түүнээс дээш удаа махан хоол иддэг, 88,4% (n=38) нь цагаар хооллодог, 84% (n=36) нь хоолны дэглэм барих нь хэцүү төвөгтэй санагддаг гэсэн хариулт өгсөн байна.

Хүснэгт 2. ЭШС-сан эмчлүүлэгчдийн хооллолтын дадал, зуршил

№	Асуумж	Тийм	Үгүй
1	Өглөө цай тогтмол уудаг уу? /өдөр бүр/	86%(n=37)	14%(n=6)
2	Гадуур хооллодог уу?	41.9%(n=18)	58.1%(n=25)
3	Дасгал хөдөлгөөн хийдэг үү?	46.5%(n=20)	53.5%(n=23)
4	Мэс заслын дараа тамхи татсан уу?	2.3%(n=1)	97.7%(n=42)
5	Өдөрт 2 ба түүнээс дээш махан хоол иддэг	83.7%(n=36)	16.3%(n=7)
6	Та цагаар хооллодог уу?	88.4%(n=38)	11.6%(n=5)
7	Мэс заслын дараа хооллолтын байдлаа өөрчлөх, хоолны дэглэм барих нь таньд хэцүү байна уу?	76.7%(n=33)	23.3%(n=10)

Судалгаанд хамрагсдын хоол хүнсний хэрэглээг давтамжийн аргаар үнэлэхэд үр тариа, мах, өөх тосны хэрэглээ өндөр, хүнсний ногоо жимс жимсгэний хэрэглээ бага байна. 74.4% (n=32) нь 7 хоног бүр амттанг хэрэглэж байна. Эмэгтэйчүүдийн 78.6% (n=34), эрэгтэйчүүдийн 66.6% (n=28) нь амттан 7 хоног бүр хэрэглэж байна. Чихэр, шоколад амттаны төрлийн хүнс энгийн сахарын агууламж өндөр байдаг бөгөөд энэ нь хүний биед үрэвсэл үүсгэх гол шалтгаан төдийгүй илүүдэл жин, таргалалтыг үүсгэдэг юм.

Судалгаанд хамрагсдын хүнсний хэрэглээнд мах тэр дундаа улаан махны хэрэглээ өндөр байна. Улаан мах нь ханасан тосны агууламж өндөртэй, төмрөөр баялаг хүнс юм. Элэг шилжүүлэн суулгах мэс заслын дараах хооллолтын дэглэмд ханасан өөх тосыг хязгаартай хэрэглэхийг зөвлөсөн байдаг.

Хүснэгт 3. Хүнсний хэрэглээний давтамж

Хүнсний нэр төрөл	*Хүнсний хэрэглээний давтамж /7 хоногоор*		
	Өдөр бүр	*1-2 өдөр*	*3-4өдөр*
Үр тарианы төрлийн хүнс	100%(n=43)		
Улаан мах	51.2%(n=22)	16.3% (n=7)	32.5%(n=14)
Цагаан мах		90.7%(n=39)	9.3%(n=4)
Шош, вандуй, эрдэнэшиш, сэвэг зарам		32.5%(n=14)	
Сүү цагаан идээ	23.2%(n=10)	58.2%(n=25)	18.6%n=8)
Өөх тос /оливын тос, ургамлын тос г.м/	100%(n=43)		
Жимс, жимсгэнэ /алим, банана, лийр, хааяа шийгуа, манго/	39.5%(n=17)	51.2%(n=22)	9.3%(n=4)
Хүнсний ногоо /Төмс, лууван, байцаа, манжин, сонгино/	100%(n=43)		
Ногоон ногоо	16.3%(n=7)	41.9%(n=18)	
Амттан /шоколадтай печень, чихэр, шоколад/		51.2%(n=22)	23.2%(n=10)

Судалгаанд хамрагсдын биеийн жингийн индексийг тодорхойлоход эрэгтэйчүүдийн БЖИ-ийн дундаж 23.7±3.07, эмэгтэйчүүдийх 21.9±3.6 байна. Эрэгтэйчүүдийн БЖИ-ийн үзүүлэлт хэвийн-53.4% (n=8), илүүдэл жин, таргалалттай-46.6% (n=7), эмэгтэйчүүдийн БЖИ хэвийн-64.3% (n=18), тураалтай-14.3% (n=4), таргалалттай-7% (n=2) байна. Эрэгтэйчүүдэд БЖИ 18.5-аас доош тураалын зэрэгтэй эмчлүүлэгч байхгүй харин эрэгтэчүүдийн дунд БЖИ өндөр 48.7% нь илүүдэл жинтэй, таргалалтын 1-р зэрэгтэй байна. Эрэгтэйчүүдэд булчингийн массын хатингаршил үүсэх магадлалтай байна. Эмэгтэйчүүдийн дунд БЖИ 18.5 доош 4 эмчлүүлэгч байна. Үүнээс харахад эмчлүүлэгчдийн 30.2%(n=13) нь шим тэжээлийн илүүдэл ба дутлын эмгэгтэй байна

Хүснэгт 4. Антропометрийн хэмжилт

№	Үзүүлэлт	Эр	Эм
1	Өндөр /см/	171±5.9	160±7.7
2	Одоогийн биеийн жин (кг)	69±9.8	56.±9.9
3	Биеийн жингийн индекс (кг/м²)	23.7±3.07	21.9±3.6

Хүснэгт 5. БЖИ-ийн үзүүлэлт

№	Үзүүлэлт	Эр	Эм
1	Тураалтай <18.5		4(14.3%)
2	Хэвийн /18.6-23.5/	8(53.4%)	18(64.3%)
3	Илүүдэл жин /23.6-24.9/	2(13.3%)	4(14.4%)
4	Таргалалт-I /25-29.9/	5(33.3%)	1(3.5%)
5	Таргалалт-II 30<		1(3.5%)

Судалгаанд хамрагдсан эмчлүүлэгчдийн шим тэжээлийн мэдлэгийг 10асуумжаар үнэлэхэд 10 асуумжид 51.2% (n=22) нь зөв хариулсан байна. Асуумжийн уураг, нүүрс усны эх үүсвэр, кальцийн эх

үүсвэртэй холбоотой асуултуудад 83.7-93% нь зөв хариулт өгсөн бол эрдэс, аминдэмтэй холбооотой асуултад 11.6-39.6% нь зөв хариулсан байна. Шим тэжээлийн мэдлэг дунд байна. Хүнсний хэрэглээний давтамж дээр оливын тос түгээмэл хэрэглэдэг гэсэн үр дүн гарсан. Харин шим тэжээлийн мэдлэгийн асуумж дээр амьтны гаралтай хүнс нь ханасан өөх тосоор баялаг хүнс гэдэгт 23.3% нь зөв хариулжээ. Эдгээр үр дүн нь эмчлүүлэгчдийн хооллолт, шим тэжээлийн талаарх зөв мэдлэг хангалтгүй байгааг илтгэж байна.

Хүснэгт 6. Шим тэжээлийн мэдлэгийн үр дүн

№	*Асуултууд*	*Зөв хариулсан тоо, %*
1	Мах , өндөг, шош нь бидний биед шаардлагатай уургаар баялаг хүнс юм	90.7%(n=39)
2	Гурил, будаа, төмс нь нүүрс ус юм.	83.7%(n=36)
3	Оливын тос, маалингын үрийн тос нь өөх тосоор баялаг хүнс юм	60.5%(n=26)
4	Кальци, төмөр нь аминдэм юм	32.5%(n=14)
5	Ханасан өөх тос нь мах, махан бүтээгдэхүүнд/амьтны гаралтай хүнсэнд их агуулагддаг.	23.3%(n=10)
6	Сүү цагаан идээ нь кальцийн эх үүсвэр юм	93%(n=40)
7	Улаан мах нь төмрөөр баялаг хүнсюм	39.5%(n=17)
8	Амин дэм, эрдэс нь энергийн эх үүсвэр болдог.	11.6%(n=5)
9	Улаан мах нь төмрийн эх үүсвэр юм.	19%(n=8)
10	Би мэс заслын дараа хоолны дэглэм барихгүй бол надад ЧШӨ, даралт ихсэлт, ясны сийрэгжилт г.м хүндрэл үүснэ.	60.5%(n=26)

ДҮГНЭЛТ

Эмчлүүлэгчдэд элэг шилжүүлэн суулгах мэс заслын дараа хооллолтын дадал зуршлаа өөрчлөх, хоолны дэглэм баримтлах нь төвөгтэй сэтгэлзүйд таагүй сөрөг байдлыг үүсгэдэг байна. Мэс заслын дараа гадуур хооллолт, тамхи татах, дасгал хөдөлгөөн хийхгүй байх гэх мэт өмнөх амьдралын хэв маяг үргэлжилсээр байна.

Хоол хүнсний хэрэглээний давтамжаас харахад мах махан бүтээгдэхүүн, өөх тос, энгийн нүүс ус ихээр агуулсан үр тарианы хүнсний хэрэглээ харьцангуй ихээр зонхилж, илчлэгийн эх үүсвэрийг бүрдүүлж байна. Энгийн нүүрс усны хэрэглээ нь хүний биед өөхний хувь, холестрины түвшинг нэмэгдүүлэх, дархлааг бууруулах, үрэвслийн процессийг нэмэгдүүлдэг. Хүнсний ногоо, жимс жимсгэний хэрэглээ хангалтгүй байна. Энэ нь бичил шим тэжээлийн дутагдал үүсэх магадлалтайг харуулж байна. Иймд хоол хүнсний нэр төрлийг нэмэгдүүлэх шаардлагатай.

Биеийн жингийн индексийг тодорхойлоход эрэгтэйчүүдийн БЖИ-ийн дундаж 23.7±3.07, эмэгтэйчүүд 21.9±3.6 байна. эрэгтэйчүүдийн дунд БЖИ өндөр 48.7% нь илүүдэл жинтэй, таргалалтын 1-р зэрэгтэй бол эмэгтэйчүүдийн дунд БЖИ 18.5 доош буюу тураалтай үзүүлэлт 14.3% (n=4) байна. Эндээс үзэхэд судалгаанд хамрагдагсдын 30.2%(n=13) нь шим тэжээлийн илүүдэл ба дутлын эмгэгтэй байна

Шим тэжээлийн мэдлэгийг 10 асуумжаар үнэлэхэд 51.2% нь зөв хариулсан нь шим тэжээлийн талаарх мэдлэгийн түвшин хангалтгүй байгааг харуулж байна.

ЗӨВЛӨМЖ

- Цаашид элэг шилжүүлэн суулгах мэс засал хийлгэсэн эмчлүүлэгчид, асран халамжлагч нарт зориулан эмнэлэгт хэвтэх хугацаанд нь хооллолтын шинэ дадал зуршлыг төлөвшүүлэх зорилготой хооллох зан үйлийн сургалтын тусгай хөтөлбөрийг боловсруулан хэрэгжүүлэх
- Эмчлүүлэгч, асран халамжлагчдын хооллолт, шим тэжээлийн мэдлэгийг дээшлүүлэх, хүнсний сонголтоо зөв хийх, улмаар мэс заслын дараах хооллолтын дадал зуршлаа өөрчлөхөд нь туслах бүлгийн болон ганцаарчилсан уулзалт, дэмжих бүлгийн уулзалт, сургалт, зөвлөгөө зэргийг олон хэлбэрээр идэвхитэй зохион байгуулах
- Элэг шилжүүлэн суулгах мэс заслын өмнөх ба дараах хоол тэжээлийн байдлыг үргэлжлүүлэн судлаж хоол шим тэжээлийн зөвлөмж, удирдамж, стандартыг боловсруулах шаардлагатай байна.

НОМ ЗҮЙ

1. Lautz H, Selberg O, Korber M, Muller M. Protein-calorie lnutrition in liver cirrhosis. Clin Invest 1992; 70: 478.
2. Mendenhall CL, Moritz TE, Roselle GA, et al. Protein energy malnutrition in severe alcoholic hepatitis: diagnosis and response to treatment. The VA Cooperative Study Group :275. JPEN 1995; 19 (4): 25
3. Хавдар судлал сэтгүүл 2018 он
4. Michela Giusto, Barbara Lattanzi, Vincenza Di Gregorio, Va-lerio Giannelli, Cristina Lucidi, Manuela Merli, II Gastroente-rologia, Dipartimento di Medicina Clinica, “Sapienza” Universitàdi Roma. *Changes in nutritional status after liver transplantation*.
5. Элэг шилжүүлэн суулгах мэс заслын дараах гарын авлага УБ хот 2018 он

АЖЛЫН СЭТГЭЛ ХАНАМЖИЙГ БИЕ ХҮНИЙ СТРЕССИЙГ ДАВАН ТУУЛАХ ЧАДВАРТАЙ ХАРЬЦУУЛСАН НЬ

Удирдагч: Л.Энхээ [1]
Судлаач: Ц.Анхбаяр[1], М.Мишээл[2], П.Дуламсүрэн[1], Б.Шайрийбуу[1]
Хавдар судлалын үндэсний төвийн ҮДА[1],
МУБИС-ийн сэтгэл судлалын ангийн дадлагжигч оюутан[2]

Судалгааны хураангуй

Ажлын байранд сэтгэл ханамжийн байдлыг бие хүний стрессийг даван туулах чадвартай нь харьцуулсан асуумж судалгаанд ХСҮТ-ийн 217 ажилтныг хамруулаа. Судалгааны мэдээллийг ажлын байрны сэтгэл ханамжийг 1-5 оноогоор үнэлэх В.А Разоновагийн сорил, Стрессийг даван туулах бие хүний чадварыг 1-5 оноогоор үнэлэх Н.В Киршева Н.В Рябчикова нарын сорилыг ашиглан асуумжийн аргаар цуглуулсан. Судалгаагаар нийт хариулагчдын дийлэнх нь эрүүл мэндийн салбарт, тус байгууллагад ажиллаж байгаадаа болон өөрийн хийж буй ажилдаа өндөр сэтгэл ханамжтай гэж хариулсан боловч сэтгэл ханамжгүй гэсэн хариултын хамгийн өндөр хувь нь цалин хөлс хангалтгүй байгаатай холбоотой байна. Мөн тус төвийн ажилчдын стрессийг даван туулах бие хүний чадварын түвшин харьцангуй сайн байгаа боловч энэ нь нас, хүйс, мэргэжлийн хувьд төдийлөн хамааралгүй байна. Түүнчлэн эрүүл мэнд сайнгүй байсан ч ажлаа хийхийг хичээдэг гэсэн хариулт нилээн өндөр хувьтай байгаа нь ажлын байрны хатуу бодлого, хүний нөөцийн хангалтгүй байдалтай холбоотой байх боломжтой байна.

ҮНДЭСЛЭЛ

Ажилтны ажлын гүйцэтгэл, бүтээмж, чанар нь түүний ажлын сэтгэл ханамжаас ихээхэн хамаардаг. Эмнэлгийн ажлын онцлог, шаардлага, ачаалал болон ажлын байран дах хүн хоорондын харилцаа, хандлага зэргээс шалтгаалан эмнэлгийн ажилтнуудад архаг стресс, ажлаас халшрах хам шинж үүсэх эрсдэл өндөр байдаг. Тиймээс эмнэлгийн ажилчдын бие хүний стрессийг даван туулах чадварыг эмнэлгийн ажилтнуудын нас, хүйс, эрхэлж буй ажил, албан тушаалтай нь харьцуулан судлаж, ажлын сэтгэл ханамжийн түвшин нь бие хүний стрессийг даван туулах чадвар нөлөөлдөг тодорхойлох, ажлын байрны стрессийг бууруулахад нэн тулгамдаж буй асуудлууд болон авч хэрэгжүүлэх арга хэмжээний талаар үр дүнтэй санал зөвлөмжийг боловсруулах шаардлагатай байна.

СУДАЛГААНЫ ЗОРИЛГО

ХСҮТ-ийн ажилчдын ажлын байрны сэтгэл ханамжийг бие хүний стрессийг даван туулах чадвартай нь харьцуулан тодорхойлох зорилготой.

Зорилтууд:

- ХСҮТ-ийн ажилчдын ажлын байрны сэтгэл ханамжийн байдлыг тогтоох
- ХСҮТ-ийн ажилчдын стрессийг даван туулах чадварыг тестийн аргаар үнэлэх
- Ажлын байрны стрессийг бууруулахын тулд авч хэрэгжүүлэх арга хэмжээний талаар зөвлөмж боловсруулах

Судалгааны хамрах хүрээ, түүвэрлэлт, түүвэрлэлтийн хэмжээ

Судалгаанд ХСҮТ-ийн нийт 560 гаруй ажилчдын 38.8% буюу 217 хүнийг хамруулсан ба судалгаанд хамрагдагсдын 81%(n=176) нь эмэгтэй, 19%(n=4) нь эрэгтэй *ажилчид* байна. Мөн мэргэжлээр нь авч үзвэл 28% (n=61) нь эмч, 27% (n=58) нь сувилагч, 6%(n=13) нь үйлчилгээний ажилтан, 7%(n=15) нь инженер техникийн ажилтан байсан бол 32% (n=70) нь эмнэлгийн бусад мэргэжилтэн байна. Судалгаанд хамрагдагсдыг насны 5-н бүлгээр авч үзвэл ерөнхийдөө ойролцоо тоотой бөгөөд хамгийн их буюу 32% (n=71)-ийг 30-39 насныхан эзэлж байна.

Судалгаанд хамрагдагсдыг насны бүлгээр авч үзвэл

Насны бүлэг	Эзлэх хувь, тоо
20-29 нас	21,6% (n=47)
30-39 нас	32,7% (n=71)
40-49 нас	32,7% (n=64)
50-59 нас	19,4% (n=42)
60-аас дээш нас	1,8% (n=4)

Судалгааны арга зүй, мэдээлэл цуглуулсан байдал

Судалгааны мэдээллийг В.А Разонова- гийн боловсруулсан “Ажлын сэтгэл ханамжийг үнэлэх сорил” буюу 1-5 оноо бүхий 1 хариулттай 14 асуулттай асуумж, Н.В Киршева Н.В Рябчикова нарын боловсруулсан “Бие хүний стрессийг даван туулах чадварыг тодорхойлох” 1-3 оноо бүхий 1 хариулттай 18 асуумж гэсэн 2 төрлийн асуумжийг ашиглан цуглуулсан.

В.А Разонова- гийн “Ажлын сэтгэл ханамжийг үнэлэх сорил”

Авсан онооны нийлбэр	Стрессийг тэсвэрлэх түвшин
5-20	Маш сэтгэл хангалуун
21-32	Сэтгэл хангалуун
33-44	Тийм ч сэтгэл хангалуун биш
45-60	Сэтгэл хангалуун биш
60 аас дээш	Огт сэтгэл хангалуун биш

Н.В Киршева Н.В Рябчикова нарын “Бие хүний стрессийг даван туулах чадварыг тодорхойлох” сорил

Авсан онооны нийлбэр	Стрессийг тэсвэрлэх түвшин
22-29	Доогуур
30-37	Дундаас доогуур
38-41	Дундаж
42-49	Дундаас дээгүүр
50-54	Доогуур

Судалгааны мэдээллийг SPSS 25 программд оруулан тоон баримтыг харьцуулан үр дүнг боловсруулсан болно.

ҮР ДҮН

Нэг. Ажлын сэтгэл ханамжийг үнэлсэн үр дүн

Судалгаагаар нийт судалгаанд хамрагдагсдын дийлэнх нь (60%, n=139) ажилдаа сэтгэл хангалуун болон маш хангалуун байна. Тэдний 11%(n=25) нь ажилдаа маш сэтгэл хангалуун бол 49%(n=114) сэтгэл хангалуун гэж үнэлжээ. Харин судалгаанд нийт хамрагдагсдын 40%(n=92) нь ажилдаа сэтгэл хангалуун биш байна. Тэдний 34%(n=79) нь тийм ч сэтгэл хангалуун биш, 5%(n=11) нь сэтгэл хангалуун биш бол 1%(n=2) нь огт сэтгэл хангалуун биш байна.



Судалгаанд хамрагдагсдын ажлын сэтгэл ханамжийг ажил мэргэжлээр нь харьцуулан үзэхэд эмч нарын 57%(n=35) нь ажилдаа сэтгэл хангалуунаас дээш түвшинд байгаа бол сувилагч нарын дунд энэ үзүүлэлт 55%(n=32), үйлчилгээний ажилтнуудын дунд 85%(n=11), инженер техникч нарын дунд 66%(n=10), эмнэлгийн бусад мэргэжилтний дунд 60%(n=42)-тай байна.

Харин ажилдаа тийм ч сэтгэл хангалуун бишээс огт сэтгэл хангалуун биш гэсэн хариултыг эмч нарын 43%(n=26), сувилагч нарын 45%(n=26), үйлчилгээний ажилчдын 15%(n=2), инженер техникч нарын 34%(n=5), эмнэлгийн бусад мэргэжилтнүүдийн 40%(n=28) нь өгчээ.

Ажлын сэтгэл ханамжыг мэргэжлээр нь авч үзсэн нь

	Маш сэтгэл хангалуун		Сэтгэл хангалуун		Тийм ч сэтгэл хангалуун биш		Сэтгэл хангалуун биш		Огт сэтгэл хангалуун биш	
Эмч	5	8%	30	49%	23	38%	3	5%	0	
Сувилагч	6	10%	26	45%	23	40%	3	5%	0	
Үйлчилгээний ажилтан	6	46%	5	39%	2	15%	0	0	0	
Инженер технигч	1	6%	9	60%	4	27%	1	7%	0	
Эмнэлгийн бусад мэргэжилтэн	4	6%	38	54%	23	33%	4	6%	1	1%

Ажлын сэтгэл ханамжийг насны ангилалтай нь харьцуулан үзэхэд ажилдаа маш сэтгэл хангалуун гэсэн хариулт 40-49 насныхны дунд хамгийн өндөр буюу 19%(n=12) байгаа бол ажилдаа огт сэтгэл хангалуун биш үзүүлэлт 30-39 насныхны дунд хамгийн өндөр буюу 3%(n=2)-тай гарчээ.

Ажлын сэтгэл ханамжийг насны ангилалаар авч үзвэл



Сорилын онооны тайлбар: Маш сэтгэл хангалуун-1 оноо, сэтгэл хангалуун-2 оноо, тийм ч сэтгэл хангалуун биш-3 оноо, сэтгэл хангалуун биш-4 оноо, огт сэтгэл хангалуун биш-5 оноогоо дүгнэгдсэн. Бага оноотой байх тусам сайн гэж үнэлэгдэнэ.

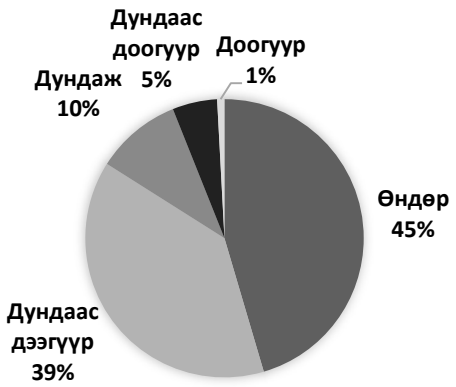
Асуумжийн асуултуудаас “Ажиллаж байгаа байгууллага салбартаа” маш сэтгэл хангалуун 24% нь, сэтгэл хангалуун гэж 61.1% нь хариулсан нь хамгийн өндөр үзүүлэлттэй байна. Түүнчлэн “Өөрийн хийж байгаа ажилдаа” маш сэтгэл хангалуун гэж 26.5% нь, сэтгэл хангалуун гэж 63.8% нь хариулсан нь мөн өндөр үзүүлэлт юм. Харин сэтгэл хангалуун биш гэсэн хариултуудаас 10.6% нь “Ажлын гүйцэтгэлээр өгч байгаа цалин хөлсөнд”, 14.6% нь “Олгож байгаа цалин хөлсний хэмжээг ижил түвшний байгууллагуудтай харьцуулахад” сэтгэл хангалуун биш байна.

Хоёр. Бие хүний стрессийг даван туулах чадварыг үнэлсэн үр дүн

Бие хүний стрессийг даван туулах чадварыг тодорхойлоход судалгаанд хамрагдагсдын 45%(n=105) нь стрессийг даван туулах чадвар өндөр гарсан бол 39%(n=89) нь дунджаас дээгүүр түвшин, 10%(n=23) нь дундаж, 5%(n=12) дундаас доогуур үлдсэн 1%(n=2) нь стрессийг даван туулах чадвар доогуур байна.

Судалгаанд хамрагдсан үйлчилгээний ажилчдын 69%(n=90), инженер техникийн ажилчдын 46%(n=7), эмнэлэгийн бусад мэргэжилтнүүдийн 56%(n=3) нь тус тус стрессийг даван туулах чадвар өндөр байгаа бол эмч нарын 10%(n=6)-д стрессийг даван туулах чадвар үзүүлэлт дундаас доогуур байна.

СТРЕССИЙГ ДАВАН ТУУЛАХ ЧАДВАР

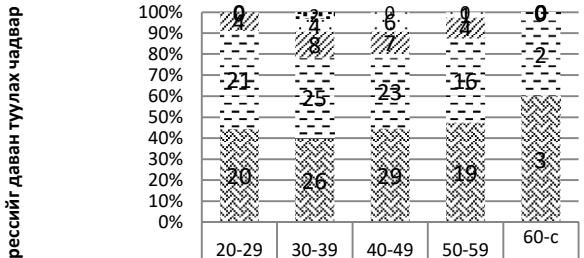


Стрессийг даван туулах чадварыг мэргэжлээр нь авч үзвэл

		Өндөр	Дундаас дээгүүр		Дундаж		Дундаас доогуур	Доогуур
Эмч	24	39%	23	38%	8	13%	6	10%	0
Сувилагч	20	35%	28	48%	8	14%	2	3%	0
Үйлчилгээний ажилтан	9	69%	3	23%	1	8%	0	0	0
Инженер технигч	7	46%	7	47%	1	7%	0	0	0
Эмнэлгийн бусад мэргэжилтэн	39	56%	23	33%	5	7%	3	4%	0

Стрессийг даван туулах бие хүний чадварын түвшинг насны ангиллаар нь авч үзвэл 50-59 насны ажилчдын 47%(n=20) нь, 20-29 насныхны 44%(n=21), 40-49 насныхны 43%(n=27) нь тус тус чадварын түвшин өндөр байна.

Стрессийг даван туулах чадварыг насаар нь авч үзвэл



Бие хүний стрессийг даван туулах чадварыг үнэлсэн асуултуудаас “Би түрэмгий догшин байдалтай байдаг” гэх асуултад 71.1% нь, “Өөрийн нэр дээр ирсэн шүүмжлэлийг тэсвэрлэж чаддаггүй, эсэргүүцдэг” гэсэн асуултад 62.6% нь тус тус Маш ховор гэж хариулсан байна.

Харин судалгаанд хамрагдагсдаас “Эрүүл мэндийн байдал сайнгүй байсан ч гэсэн ажилласаар байхыг хичээдэг” гэсэн асуултад 37.1% нь “Ихэвчлэн” хэмээн хариулжээ.

Судалгаанаас харахад ажилчдын ажлын сэтгэл ханамж болон стрессийг даван туулах бие хүний чадвар хоорондоо хамааралтай байна.

Харин үр дүнгүүдийг хооронд нь нарийвчлан харьцуулахад тухалбал, стрессийг даван туулах бие хүний чадварыг судалгаанд хамрагдагсдын нас болон мэргэжилтэй нь харьцуулан корреляцийн харьцаа буюу харилцан хамаарлыг үзэхэд тус бүрдээ сул харилцан хамааралтай байна.

Эндээс стрессийг даван туулах бие хүний чадвар нь ажлын сэтгэл ханамжид нөлөөлдөг хэдий ч нас, хүйс, ажил мэргэжлийн ялгаа нь хувь хүний стрессийг давах чадвар болон ажлын байрны сэтгэл ханамжид төдийлөн ач холбогдол үзүүлдэггүй нь харагдаж байна.

Ажлын сэтгэл ханамж болон стрессийг даван туулах бие хүний чадвар хоорондын харилцан хамаарал

		Ажлын сэтгэл ханамж	Стресс
Ажлын сэтгэл ханамж	Pearson Correlation	1	.395**
	Sig. (2-tailed)		0
	N	231	230
Стрессийг даван туулах чадвар	Pearson Correlation	.395**	1
	Sig. (2-tailed)	0	
	N	230	230

ДҮГНЭЛТ

Судалгаанд хамрагдагсдын дийлэнх нь (60%) ажлын сэтгэл ханамж сайн гэсэн боловч сэтгэл хангалуун биш гэж хариулагсдаас хол давуу байж чадахгүй байна. Энэ цаашид ажилчдын сэтгэл ханамжыг улам сайжруулах хэрэгцээ байгааг харуулж байна.

Ажлын сэтгэл ханамжийг ажил мэргэжлээр харьцуулан үзэхэд эмч нарын 60%(n=30) нь ажилдаа сэтгэл хангалуун, сувилагчдын 55%(n=26) нь сэтгэл хангалуун боловч эмч нарын 40%(n=23), сувилагч нарын 45%(n=26), эмнэлгийн бусад мэргэжилтний 40%(n=28) нь ажилдаа тийм ч сэтгэл хангалуун биш гэсэн онцлох дүн гарсан байна.

Судалгаанд хамрагдагсдын 84%(n=194) нь бие хүний стрессийг даван туулах чадварын түвшингээрээ дунджаас дээгүүр байна. Ө.х тус байгууллагын ажилчдын хувь хүн талаасаа асуудлыг даван туулах чадвар илүү сайн байж болох юм.

Стрессийг даван туулах чадвар нь ахимаг насны бүлгүүдэд илүү сайн байна. Тухайлбал энэ үзүүлэлт 20-29 насны бүлгийн 44%-д, 40-49 насны бүлгийн 43%-д, 50-59 насны бүлэгт 47%-д өндөр гарчээ.

Судалгаагаар ажлын сэтгэл ханамж болон стрессийг даван туулах бие хүний чадвар хоорондоо хамааралтай байна. Гэвч нас, хүйс, ажил мэргэжлийн ялгаа нь бие хүний стрессийг давах чадвар болон ажлын байрны сэтгэл ханамжид төдийлөн ач холбогдолгүй байна.

Судалгаанд хамрагдагсдын дийлэнх буюу 85.1% нь “Ажиллаж байгаа байгууллага салбартаа”, 90,3% нь “Өөрийн хийж байгаа ажилдаа” сэтгэл хангалуун болон маш сэтгэл хангалуун байна.

Судалгааны үр дүнгээс ажилчдын сэтгэл ханамж доогуур байгаа асуудлыг гаргаж ирсэн ба цаашдаа шийдвэрлэх боломж байна. Эмнэлгийн ажилчид бусад салбартай харьцуулахад илүү стресстэй хүнд нөхцөлд ажилладаг хэдий ч цалин хөлсний хувьд хангаллтай биш байгаа нь тус судалгаан дээр харагдаж байна. Судалгаанд хамрагдагсдын цөөнх буюу 10.6% нь “Ажлын гүйцэтгэлээр өгч байгаа цалин хөлсөнд”, 14.6% нь “Олгож байгаа цалин хөлсний хэмжээг ижил түвшний байгууллагуудтай харьцуулахад” сэтгэл хангалуун биш гэжээ. Иймд эмнэлгийн ажилчдын цалин хөлсний бодлого дээр илүү анхаарч судалгаа үнэлгээг хийх зайлшгүй шаардлагатай байна.

Судалгаанд хамрагдагсдын бие хүний стрессийг даван туулах чадварын түвшин харьцангуй сайн байна. Тухайлбал, “Би түрэмгий догшин байдалтай байдаг” гэх асуултад 71.1%, “Өөрийн нэр дээр ирсэн шүүмжлэлийг тэсвэрлэж чаддэггүй, эсэргүүцдэг”гэх асуултад 62.6% нь ийм байдалд орох нь Маш ховор гэж хариулжээ.

Мөн эмнэлгийн нөхцөлд ажилчид өөрсдийн эрүүл мэндэд асуудал тулгарсан ч түүнээсээ үл хамааран ажиллахыг эрмэлздэг гэдэг үзүүлэлт өндөр байгаа нь хүний нөөцийн хангалтгүй байдал, хатуу бодлогыг харуулж байна. Судалгаанд нийт хариулагчдын 37.1% нь Ихэвчлэн “Эрүүл мэндийн байдал сайнгүй байсан ч гэсэн ажилласаар байхыг хичээдэг” ажээ.

Судалгааны явцад ажилчдын ачаалалтай ажлаас шалтгаалан судалгаанд хариулах цаг боломж хомс байх, судалгаанд хариулахаас татгалзах, зайлсхийх болон авах боломжгүй байсан бол урьд урьдын байгууллагаас явуулсан судалгаатай харьцуулах боломжгүй байдал зэрэг хүндрэл гарсан.

ЗӨВЛӨМЖ

Аливаа байгууллагын үнэ цэнэ байгууллагын ажилчдаас хамаардаг тул тэдний эрүүл мэндийг сахин хамгаалах, ажлын байранд эрүүл мэндийг дэмжих чиглэлд урт хугацааны цогц үйл хөтөлбөрийг хэрэгжүүлэх

Стрессгүй ажлын байрыг бий болгох, дэмжих орчныг бүрдүүлэх

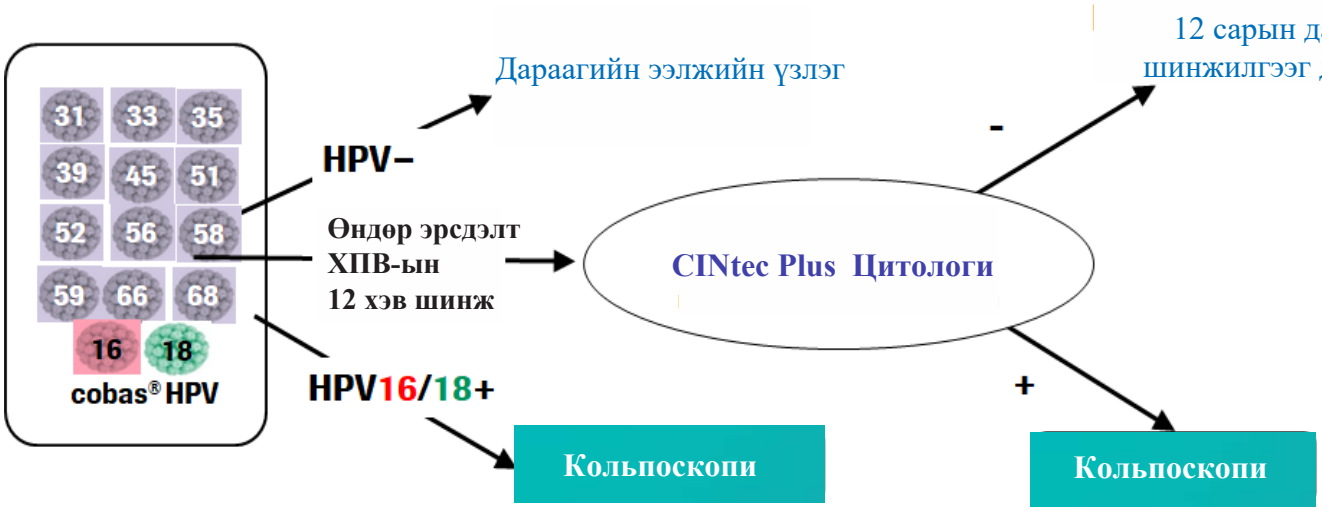
Ажлын байрны стресс менежментийн чиглэлээр сургалт, уулзалт, ярилцлага, судалгаа зэрэг олон талт арга хэмжээг тасралтгүй хэрэгжүүлэх

setunari
reimagine reliability

Умайн хүзүүний хорт хавдрын эрт илрүүлэг

Roche

Roche Алгоритм



Roche умайн хүзүүний эрт илрүүлгийн багц нь дараах давуу талуудыг санал болгож байна

1. **Cobas HPV шинжилгээгээр эрсдэлт бүлгийн эмэгтэйчүүдийг оновчтойгоор илрүүлэх**
   Шинжилгээний сорьцыг үйлчлүүлэгч эмэгтэйчүүд өөрөө авах боломжтой болсноор шинжилгээнд хамрагдагсдын тоог нэмэгдүүлэх*
2. **CINtec® PLUS Cytology нь p16 болон Ki-67 уургуудыг нэгэн зэрэг илрүүлэх хосолмол- био -маркерын технологийг ашигладаг**
3. **CINtec® Гистологи- p16 дэвшилтэт биомаркерийг ашигладаг.**

1. Cobas® HPV тест

Урвалын дотоод хяналт	Эрсдэлийн үнэлгээ хийх боломжтой 1 шинжилгээнд 3 үр дүн		
β-globin	HPV 16	HPV 18	өндөр эрсдэлт 12 төрлийн HPV хэв шинжийн багц шинжилгээ
	16	18	31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66, 68

Чанар болон аюулгүй байдлын онцлог шинж чанар:

Урвалын дотоод хяналт: Урвал болгонд хүний эсийн ß-глобин генийг хяналтаар давхар шинжилдэг. ß-глобин сөрөг үед ХПВ-ын сорьцыг хүчингүй гэж тэмдэглэдэг ингэснээр хуурамч сөрөг хариу гарахаас сэргийлдэг.
AmpErase ферментийн хэрэглээ: ХПВ урвалж бүр нь AmpErase ферментийг агуулдаг бөгөөд боломжит нуклейн хүчлийн бохирдлоос сэргийлснээр хуурамч эерэг хариу гарах эрсдэлийг бууруулдаг.

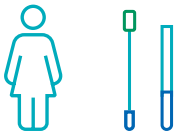
*https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7226191/

"Roche" ХПВ-ийн шинжилгээний сорьцийг өөрөөсөө авах

Үйлчлүүлэгч нь өөрөөсөө Roche ХПВ-н сорьцыг хэрхэн авдаг вэ?

Сорьц цуглуулахаас эхлээд шинжилгээний үр дүн хүртэлх 4 энгийн алхам

1. Сорьц цуглуулах



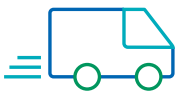
Үйлчлүүлэгч нь үйлдвэрлэгчийн зааврын дагуу **өөрийн үтрээнээс арчдасыг авч,** эрүүл мэндийн ажилтанд өгнө.

2.Сорьцыг уусмалд хийх



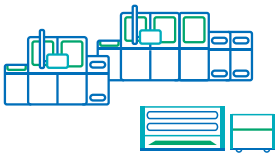
Эрүүл мэндийн ажилтан үйлчлүүлэгчийн сорьцыг зааврын дагуу 20 мл Roche Эс цуглуулах уусмал (PreservCyt®) эсвэл ThinPrep® уусмалд хийнэ

3. Сорьц тээвэрлэлт



Савтай сорьцоо цаашдын шинжилгээнд зориулж **лабораторид хүргүүлнэ**

4. Сорьц шинжлэх

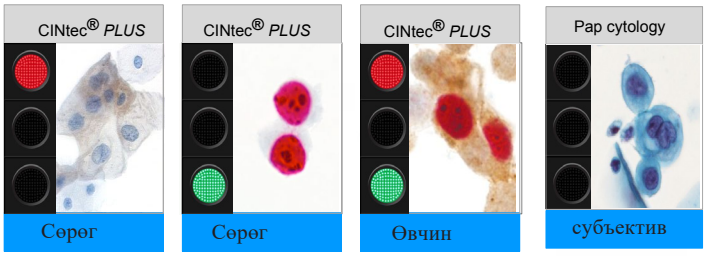


Сорьцыг cobas® 4800 эсвэл **cobas®** 6800/8800 системүүд дээр ХПВ-ийн шинжилгээ хийж үр дүнг лабораторийн дотоод хариу олгох журмыг дагуу олгоно.

---

2. CINtec Plus Cytology

Уламжлалт Pap цитологи нь эсийн морфологийн өөрчлөлтөд үнэлгээ өгдөг бол CINtec цитологи нь p16 болон ki67 уургийн ялгаралтыг илрүүлдэг. Нэг эс доторх p16 болон ki67 уураг зэрэг илрэх нь умайн хүзүүний эсийг хавдрын эсэд шилжиж байгааг илтгэнэ.



P16-ийн (бор) экспресс нь эсийн хуваагдал зогссоныг илэрхийлнэ	ki67 (улаан) экспресс нь эсийн хуваагдал явагдаж байгааг илэрхийлнэ	p16 болон ki67-ийн (бор, улаан)нэг эсэд зэрэг илрэх нь умайн хүзүүний хавдрын урьтал эмгэг байгааг илэрхийлнэ	зөвхөн эсийн морфологийн өөрчлөлтийг үнэлдэг

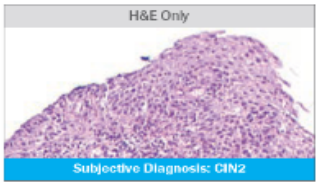
3. CINtec Histology:

P16 дэвшилтэт биомаркерийн технологийн тусламжтайгаар хавдрын урьтал эмгэг байгаа эсэхийг нүдээр харж баталгаатай оношилно.



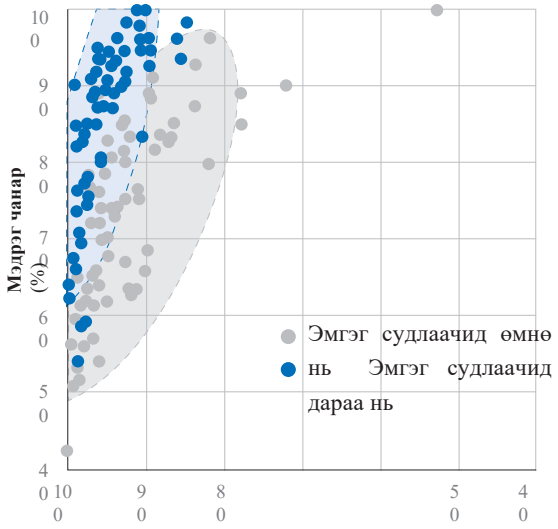


эд дотор p16-ийн хэт ялгарал (Бор) нь CIN өөрчлөлт байгааг илтгэнэ





CERTAIN судалгаа Гематоксилин эозин + CINtec®Гистологи



"Certain" иммуногистохимийн судалгаанд оролцсон эмгэг судлаачид CINtec® Hystology бүх умайн хүзүүний биопсид хэрэглэх үед оношилгооны мэдрэг байдал, өвөрмөц байдал мэдэгдэхүйц сайжирсныг онцолсон*.

*** Stoler et al. Am J Surg Path. 2018;42(8):1001-1009**

VENTANA BenchMark GX

Бүрэн автомат IHC/ISH слайд будагч систем

Будгийн тавиур
- 25 будгийн байрлалтай

Будгийн суурь
- Ажиллах талбарыг оновчтой болгох
- Салдаг

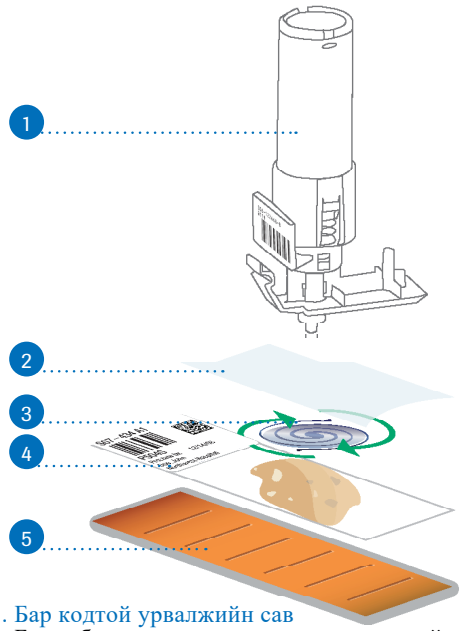
20 слайдын багтаамж
- 6 цагийн дотор 40 хүртэлх слайд, нэг шөнийн дотор нэмэлтээр 20 слайд будна

Эвхэгддэг ажлын талбай
- Урвалжийг ачаалахад тохиромжтой

Том савалгаатай урвалж, уусмал
- 60 хүртэлх слайдыг будах хүчин чадалтай хэрэглэхэд хялбар том савалагаа



Түвшин мэдрэгчтэй хаягдал гадагшлуулагч



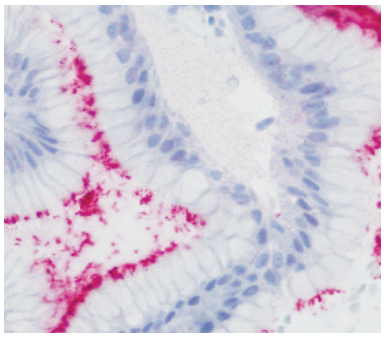
1. **Бар кодтой урвалжийн сав**
   Будаг болон урвалж уусмалын мэдээллийг агуулсан бар кодтой системийг хурдан ачаалуулах, хянах боломжийг олгодог

2. **Шингэн бүрхүүл**
   Слайд бүрийн гадаргуу дээр урвалын бүрхүүл үүсгэж, ууршилтыг хянаж, эд эсийн бүрэн бүтэн байдлыг хамгаалж, ашиглах урвалжийн хэмжээг багасгадаг.

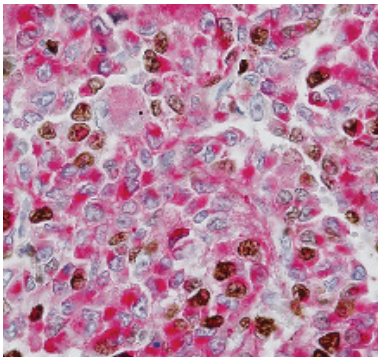
3. **Агаарын эргүүлгэн холигч**
   Шингэн бүрхүүлийн доорх будаг ба урвалжуудыг хольж, слайдын бүх гадаргуу дээр жигд бүрхэх кинетик урвалыг хангана.

4. **Слайдын тусгай шошго**
   слайдыг ямар протоколоор будахыг тодорхойлох, эхлүүлэх үйлчлүүлэгчийн мэдээлэл болон үр дүнг шууд дамжуулах боломжийг олгодог.

5. **Слайд халаагч суурь**
   Халаагч суурийн температурын өгөгдлийг 95 градус хүртэл нарийн тохируулах боломжтой. Ингэснээр денатураци болон гибриджүүлэх тохиромжтой нөхцөлийг хадгална.



Single Color IHC *Helicobactor pylori* (Polyclonal) with *ultra*View Universal AP Red detection Gastric tissue *20x magni ication. Ходоодны эд*



HER2 Dual ISH INFORM HER2 Dual ISH DNA Probe Cocktail with *ultra*View SISH DNP Detection kit and *ultra*View Red ISH DIG Detection kit. Хөхний хавдар

setunari
reimagine reliability

cobas® 5800 Систем

Молекул биологийн шинэ загварын бүрэн автомат анализатор

Roche

1 цагт 24 хүртэлх сорьцод 6 өөр төрлийн шинжилгээ хийх буюу 8 цагийн ээлжээр, нэг ээлжид 144 хүртэлх сорьц шинжлэх хүчин чадалтай.

Шинжилгээний үзүүлэлтүүд

Донорын илрүүлэг	Халдварт өвчин	Бэлгийн эрүүл мэнд	Эрхтэн шилжүүлэн суулгах	Амьсгалын замын халдвар	Антибиотик тэсвэржилт
MPX	HIV-1†	HPV**	CMV	SARS-CoV-2^	MTB-RIF/ INH*
WNV	HBV	CT/NG	EBV	SARS-CoV-2 +	MG эсэргүүцэл
DPX HEV*	HCV	TV/MG	BKV	Infl uenza A/B^	GC эсэргүүцэл
CHIKV/DENV*	HIV-1/2 Qual			MAI* MTB*	
Zika Babesia				MPLX амьсгалын систем	
Malaria					

cobas omni Utility Channel

Эхлэх үед Эхэлсний дараа — Үйлдвэрлэгдэж байгаа — АНУ-д байхгүй — ** өөрөөсөө сорьц авах нь үйлвэрлэгдэж бйгаа — †Мөн Плазм карттай cobas® тусгаарлагч хэрэглэнэ — CE-IVD ^FDA EUA +

Онцлог

Автоматжуулалт

- Сорьц ачаалах,бэлтгэх, олшруулах, илрүүлэх, үр дүнгийн анализ хийх, шинжилгээний хариуг лабораторийн дотоод сүлжээнд илгээх зэрэг бүх процессыг бүрэн автоматжуулсан тул ажлын бүтээмжийг дээшлүүлж, алдаа гарах боломжийг бууруулсан.
- Яаралтай шинжилгээг ялган, түрүүлж шинжлэх чадвартай.



Стандартчилал

- Дараагийн загварууд болох Cobas 6800,8800 адил шинжилгээний үзүүлэлт болон урвалжуудыг ашигладаг тул операторын сургалт дахин шаардахгүй

Нэгдмэл байдал

- Сорьцод нэмэлт шинжилгээ хийх шаардлагатай үед сорьцын байршлыг тодорхойлох бүрэн боломжтой

Баталгаажуулалт

- cobas® 5800 систем нь cobas® 6800/8800 системтэй ижил шинжилгээний үзүүлэлттэй
- Мөн 6800-тай адил Cobas omni Utility Channel ашигладаг тул IVD болон LDT шинжилгээг зэрэг шинжлэх чадвартай.



Шинжилгээний үзүүлэлтүүд болон хүчин чадлыг өөрчлөлгүйгээр зай талбайг багасгасан.
Эзлэх талбай: 134см X 79 см буюу 1,1м2

3.

ТОХИОЛДЛЫН ТАНИЛЦУУЛГА

БӨӨРНИЙ ДЭЭД БУЛЧИРХАЙН ЛЕЙОМИОСАРКОМА

П.Баттулга[1], Х.Ариунаа[1], Д.Жаргалсайхан[2], Я.Эрдэнэ-Очир[2], Р.Ганбаатар[2],
Э.Эрхэмбаяр[2], Ч.Бат-Оргил[2], Б.Халиунаа[2],
Я.Энх-Амар[3]
[1] АШУҮИС, АУС, Хавдар судлалын тэнхим
[2] ХСҮТ, Ерөнхий мэс заслын тасаг
[3] ХСҮТ, Эмгэг судлалын тасаг
battulga.p@mnums.edu.mn

ЭМНЭЛЗҮЙН ТОХИОЛДЛЫН ТАНИЛЦУУЛГА

Лейомиосаркома (ЛМС) нь гөлгөр булчингийн гаралтай хортой хавдар юм. Бөөрний дээд булчирхайн ЛМС нь маш ховор тохиолдох хорт хавдар бөгөөд хэвлэлд нийтлэгдсэн 40-50 тохиолдол бүртгэгдсэн байна. Насанд хүрэгчдийн хэвлийн хөндийн зөөлөн эдийн гаралтай хорт хавдрын 0,1-0,2% эзэлдэг. Энэхүү хорт хавдар нь бөөрний дээд булчирхайн вен болон түүний салаанаас ихэвчлэн үүсдэг.

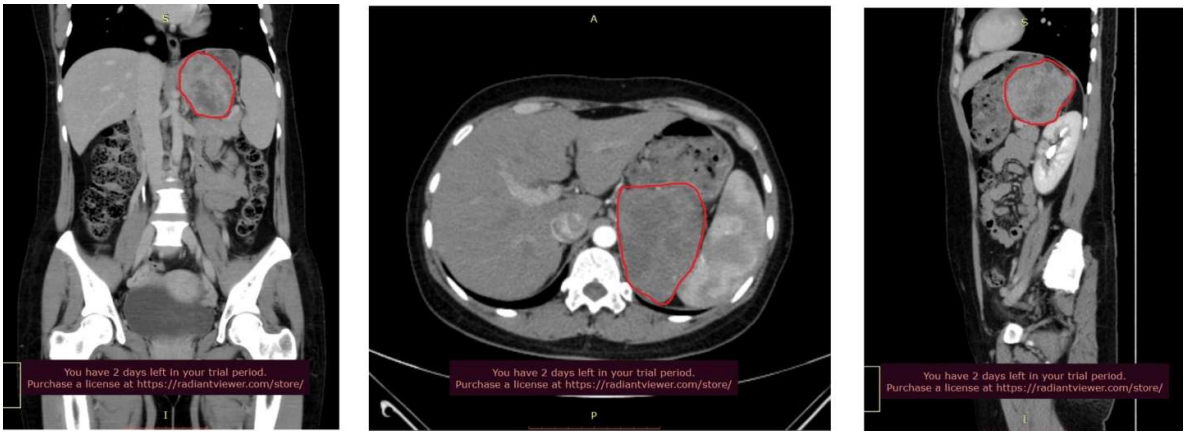
Бөөрний дээд булчирхайн ЛМС нь өвөрмөц шинж тэмдэг болон багажийн шинжилгээнд илрэх өөрчлөлтгүй байдаг. Иймээс ихэнх тохиолдолд мэс заслын дараах эд эсийн шинжилгээгээр батлагдах нь элбэг. Бид 36 настай эмэгтэйн бөөрний дээд булчирхайн ЛМС оношилогдсон ховор тохиолдлыг танилцуулж байна.

Тохиолдол:

36 настай эмэгтэй 1 сарын өмнөөс ар нуруу, зүүн талаар өвдсөн гэсэн зовиуртай эмнэлэгт хандсан.

Бодит үзлэгт: Биеийн ерөнхий байдал дунд, арьс салст чийглэг, халуураагүй, хөхрөлтгүй. Артерийн даралт 100/70мм.муб, зүрхний хэм жигд, 76/минут, зүрхний авиа тод эмгэг шуугиангүй. Захын цусан дахь хүчилтөрөгчийн агууламж 96%, уушиг хоёр талд цулцангийн амьсгалтай. Захын хавангүй. Хэвлийн өнгөц болон гүн тэмтрэлтээр өвдөлтгүй байв.

Цээжний рентгенд эмгэг өөрчлөлтгүй, уушгины зураглал хэвийн, синусууд нээлттэй. Цусны шинжилгээнд онцын өөрчлөлт илрээгүй.



Зураг-1:

Компьютер томографийн тодосгогчтой шинжилгээнд ходоодны карди, их бие хэсгийн ар ханатай нягт хиллэсэн, ходоодыг урагш шахсан, зүүн талын бөөрний дээд булчирхайн гадна хөлийг дотогш шахсан, доош дэлүүний венийн судас хүртэл үргэлжилсэн, lesser sac-д байрласан, дотроо жижиг шохойжилт агуулсан, 9×6,4×8 см хэмжээтэй cystic degeneration бүхий precontrast фазад (+29) – (+39) HU нягтралтай, артерийн фазад (+38) - (+52) HU нягтралтай холимог үүсгэвэр тодорхойлогдоно.

АРГА ЗҮЙ

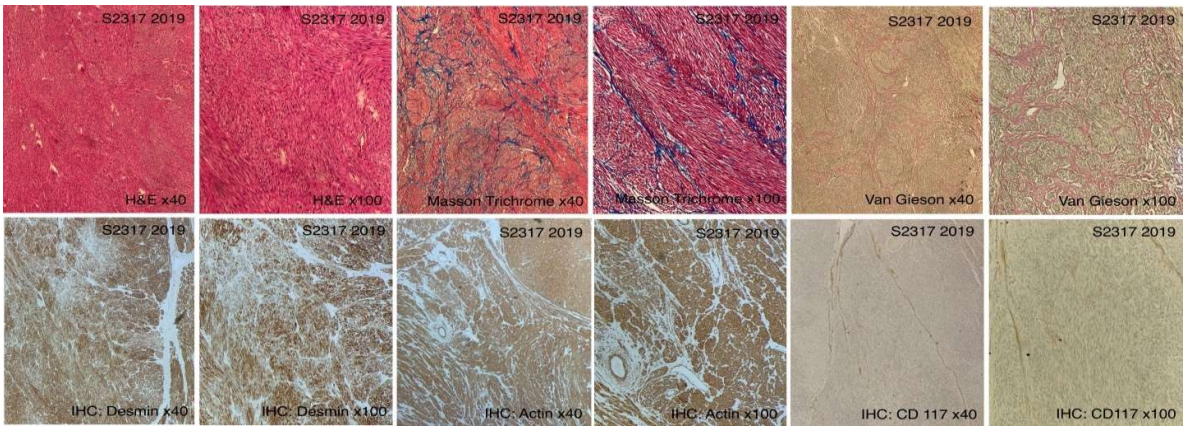
Мэс заслыг төлөвлөгөөт журмаар, ерөнхий унтуулгын дор, нээлттэй аргаар хийхээр болсон. Өвчүүний бүдэрхийнээс хүйс давсан хэвлийн голын зүслэг хийхэд зүүн бөөрний дээд булчирхайн гаралтай, нимгэн цайвар бүрхүүлтэй, 7×7×6 см орчим хэмжээтэй хатуу үүсгэвэр байв. Уг үүсгэвэр ходоод, дэлүү, зүүн бөөрний дунд байрласан бөгөөд эдгээр эрхтнүүд рүү нэвчилт үгүй байв.

Мөн хэвлий болон бага аарцагт хавдрын үсэрхийлэл, асцит үгүй байсан. Улмаар уг үүсгэврийг орчны эдээс болгоомжтой салган авч, хэвлийн хөндийг 4л нэрмэл усаар угааж, хэвлийн зүүн талд гуурс гарган, шархыг үечлэн хаав. Хагалгааны үед болон дараа гарсан хүндрэл үгүй.

Үйлчлүүлэгч хагалгаанаас хойш 7 хоноод эмнэлгээс гарсан. Уг үүсгэвэр эмгэг судлалын шинжилгээр зүүн талын бөөрний дээд булчирхайн ЛМС болох нь батлагдав.



Зураг-2: Дундуур нь зүссэн гадуураа нимгэн капсултай, овон товон цайвар биерхэг 6.5×5.5 см, зүслэгт хирсэнлэг, ширхэглэг цайвар, жигд бүтэцтэй.



Зураг-3:

Нилэнхүйдээ ширхэглэг бүтэцтэй, гадуураа өөхөн эд-сийрэг холбогч эд-судсууд бүхий нарийн хүрээ капсултай, ширхэглэг эд нь эсээр баялаг бөгөөд эсүүд жигддүү зуйван дугуй гонзгой бөөмт боловч ховор 2-3 бөөмт болон плеоморфизм бүхий бөөмт эсүүд харагдана. Эмгэг митоз дунджаар 5/10 HPF илрэх бөгөөд /2-10 митоз/ 2 зүсмэгт үхжил болсон эс-эдийн контур мэдэгдэх төдий ягаан талбайнууд харагдана. Ван Гиззон болон Массон будгуудаар эдэд зурвас нарийн холбогч эдэн сүлжилдсэн таславчуудтай. Эдэд – зүсмэгүүдэд бөөрний дээд булчирхайн эд харагдахгүй.

Иммуногистохимийн шинжилгээний дүн:

SMActin: Тархмал тод сийвэнгийн эерэг урвал +

Desmin: Тархмал тод сийвэнгийн эерэг урвал +

CD117: Сөрөг бөгөөд маш ховор энд тэнд цөөхөн нэг нэг эсүүдийн сийвэн будагдсан харагдана /≤1%/

Ki67: 40-50% эерэг бөөмийн урвал

ОНОШ: WELL DIFFERENTIATED LEIOMYOSARCOMA

pT2bNxMx /AJCC/ UICC TNM, 7th edition

ХЭЛЦЭМЖ

Бөөрний дээд булчирхайн ЛМС нь насанд хүрэгчдэд ховор тохиолдох өвчин юм. Хамгийн анх 1981 онд эрдэмтэн Choi болон Liu нар бичиж тэмдэглэсэн байдаг [1]. Бөөрний дээд булчирхайн вен болон түүний салаанаас үүсдэг [2]. Уг өвчний шалтгаан болон эмгэг жам тодорхой бус байдаг. Зарим өвчтөнүүдэд HIV болон Epstein-Varr вирус илэрсэн байдаг. [3,4,9]. Хэт авиан шинжилгээ, компьютер томографыг ашиглан оношилдог. Үндсэн оношийг эдийн шинжилгээ болон иммуногистохимийн шинжилгээгээр батлах бөгөөд actin 90-95%, desmin 70-90%-д нь эерэг гардаг байна [14]. Гол эмчилгээ нь мэс засал бөгөөд зэргэлдээх эрхтэн рүү нэвчсэн эсвэл алсын үсэрхийлэл өгсөн байвал тавилан муутай байдаг [6]. Мэс засал эмчилгээний дараа

хими болон туяа эмчилгээ зөвлөдөг ч эдгээр эмчилгээ үр дүн сайтай эсэхийг бүрэн батлаагүй байна.

ДҮГНЭЛТ

Бид клиник патологийн онцлог шинж чанартай бөөрний дээд булчирхайн анхдагч лейомиосаркомын ховор тохиолдлыг танилцуулав. Дүрс оношилгоо, гистологийн шинж чанар, десмин, SMA, виментины иммуногистохимийн шинжилгээ нь бөөрний дээд булчирхайн анхдагч лейомиосаркомын оношлогоо, ялган оношлогоонд чухал ач холбогдолтой. Өнөөдрийн байдлаар үндсэн эмчилгээ нь мэс засал эмчилгээ байна.

НОМ ЗҮЙ

1. Choi SH, Liu K. Leiomyosarcoma of the adrenal gland and its angiographic features: a case report. *J Surg Oncol.* 1981;16:145–8.
2. Lack EE, Graham CW, Azumi N, Bitterman P, Runsnock EJ, O’brien W, Lynch JH. Primary leiomyosarcoma of adrenal gland. Case report with immunohistochemical and ultrastructural study. *Am J Surg Pathol.* 1991;15:899–905.
3. Zetler PJ, Filipenko JD, Bilbey JH, Schmidt N. Primary adrenal leiomyosarcoma in a man with acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). Further evidence for an increase in smooth muscle tumors related to Epstein-Barr infection in AIDS. *Arch Pathol Lab Med*. 1995;119:1164–7.
4. Boman F, Gultekin H, Dickman PS. Latent Epstein-Barr virus infection demonstrated in low-grade leiomyosarcomas of adults with acquired immunodeficiency syndrome, but not in adjacent Kaposi’s lesion or smooth muscle tumors in immunocompetent patients. *Arch Pathol Lab Med.* 1997;121:834–838.
5. Etten B, van Ijken MG, Mooi WJ, Oudkerk M, van Geel AN. Primary leiomyosarcoma of the adrenal gland. *Sarcoma.* 2001;5:95–9.
6. Matsui Y, Fujikawa K, Oka H, Fukuzawa S, Takeuchi H. Adrenal leiomyosarcoma extending into the right atrium. *Int J Urol.* 2002;9:54–6.
7. Lujan MG, Hoang MP. Pleomorphic leiomyosarcoma of the adrenal gland. *Arch Pathol Lab Med.* 2003;127:e32–5.
8. Thamboo TP, Liew LC, Raju GC. Adrenal leiomyosarcoma: a case report and literature review. *Pathology.* 2003;35:47–9.
9. Linos D, Kiriakopoulos AC, Tsakayannis DE, Theodoridou M, Chrousos G. Laparoscopic excision of bilateral primary adrenal leiomyosarcoma in a 14-year old girl with acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) *Surgery.* 2004;136:1098–1100.
10. Kato T, Kato T, Sakamoto S, Kobayashi T, Ikeda R, Nakamura T, Akakura K, Hikage T, Inoue T. Primary adrenal leiomyosarcoma with inferior vena cava thrombosis. *Int J Clin Oncol.* 2004;9:189–192.
11. Wong C, Von Oppell UO, Scott-Coombes D. Cold feet from adrenal leiomyosarcoma. *J R Soc Med.* 2005;98:418–20.
12. Candanedo-Gonzalez FA, Vela Chavez T, Cerbulo-Vazquez A. Pleomorphic leiomyosarcoma of the adrenal gland with osteoclast-like giant cells. *Endocr Pathol.* 2005;16:75–81.
13. Lee CW, Tsang YM, Liu KL. Primary adrenal leiomyosarcoma. *Abdom Imaging.* 2006;31:123–4.
14. Mohanty SK, Balani JP, Parwani AV. Pleomorphic leiomyosarcoma of the adrenal gland: case report and review of the literature. *Urology.* 2007;70:591, e5–7.
15. Wang TS, Ocal IT, Salem RR, Elefteriades J, Sosa JA. Leiomyosarcoma of the adrenal vein: a novel approach to surgical resection. *World J Surg Oncol.* 2007;5:109.

ЭРЭГТЭЙ ХӨХНИЙ ХАВДАР-ТОХИОЛДОЛ ХЭЛЭЛЦҮҮЛЭГ

Д.Саранзаяа[1], Б.Одбаяр[1], Б.Баярт-Үйлс[2]
[1]Хавдар судлалын үндэсний төв, Хөхний төв
[2]Хавдар судлалын үндэсний төв, Эмгэг судлалын тасаг
Холбоо барих утас: 94014481
Цахим хаяг: swan.saraa@gmail.com

ҮНДЭСЛЭЛ

Эрэгтэйчүүдэд хөхний хорт хавдар нь ховор тохиолддог ба нийт эрэгтэй хүйсэд тохиолддог хорт хавдрын нэгээс бага хувийг эзэлдэг. АНУ болон Их Британид эрэгтэй хөхний хорт хавдар нь жил бүр оношилогддог нийт хавдрын 0.5-1 хувийг эзэлдэг ба АНУ-д эрэгтэй хөхний хорт хавдар нь эрэгтэй хүйсэд оношилогдож буй нийт хорт хавдрын 0.5 хүрэхгүй хувийг эзэлдэг. Харин Танзани болон Төв Африкийн бүс нутагт эрэгтэй хөхний хорт хавдар нийт хөхний хорт хавдрын 6 хүртэлх хувийг эзэлж байна. Эмэгтэйчүүдийн нэгэн адил эрэгтэйчүүдэд хөхний хорт хавдрын өвчлөл нас ахих тусам нэмэгддэг бөгөөд оношилогдох үед эрэгтэйчүүд эмэгтэйчүүдээс ойролцоогоор 5-10 насаар ахимаг насанд оношлогддог.

Эрэгтэй хөхний хавдар нь 60-70 насны хооронд илэрдэг ба оргил үе нь 67 насанд хамгийн их тохиолддог.

Эрэгтэйчүүдэд хөхний хорт хавдрын өвчлөл жил ирэх тусам нэмэгдэж байна; National Cancer Institute Surveillance, Epidemiology, and End Results 1973-1998 оны мэдээллийн санг ашигласан насны түвшинг, өвчлөлийн түвшинтэй харьцуулсан судалгаагаар эрэгтэй хөхний хорт хавдрын өвчлөл 26 хувиар өссөн байна. Эрэгтэй хөхний хорт хавдрыг эмэгтэй хөхний хорт хавдартай харьцуулахад илүү хожуу үе шатанд

оношлогддог нь эрэгтэйчүүд хөхний хорт хавдраар өвчилж болохыг мэддэггүй, тогтмол үзлэг шинжилгээнд хамрагдаагүйгээс шалтгаалж байна.

Түлхүүр үгс: Эрэгтэй хөхний хавдар, эдийн шинжилгээ, иммуногистохими, маммографи

ЭМНЭЛЗҮЙН ТОХИОЛДЛЫН ТАНИЛЦУУЛГА

Үйлчлүүлэгч Д.У нь 41 настай, эрэгтэй.

Өвчний түүх: 2021 оноос баруун хөхөндөө бэрсүү тэмтрэгдэж эхэлсэн.

2022 оны 4 сараас баруун хөхний бэрсүү хэмжээгээр томорч, өвдөж эхэлсэн тул 2022 оны 6 сарын 29-нд хөхний ЭХО-д харуулан BIRADS-4 үнэлгээтэй өөрчлөлт гарсан тул ХСҮТ-д үзүүлэхийг зөвлөсөн.

2022 оны 7 сарын 5-нд ХСҮТ-д үзүүлэн баруун хөхний голомтоос CNB хийж, шингэн хэсгээс нь цитологи авсан.

2022 оны 7 сарын 18-нд биопси хариу хөхний хорт хавдар гаран онош батлагдсан.

Амьдралын түүх: Хорт зуршил \+\ Тамхи 20 жил татсан.

Удамшил \+\ Эзж, хоёр нагац эгч нь хөхний хорт хавдраар нас барсан.

Архаг хууч өвчин – Тулай

Бодит үзлэгт: Биеийн ерөнхий байдал дунд, ухаан саруул, орчиндоо харьцаатай. Арьс салст цэвэр чийглэг, зүрхний авиа тод хэм жигд артерийн даралт 120\80 мм.муб, пульс минутад 68 удаа. Уушги 2 талд цулцангийн амьсгалтай. Хэвлий зөөлөн эмзэглэлгүй. Шээсний гарц хэвийн. Захад ил хавангүй.

Хөхний үзлэгт: Арьсны өөрчлөлтгүй, баруун хөхний толгойноос цусархаг шингэн гарна. Баруун хөхний толгойн ард баруун хөхийг бүхэлд нь хамарсан 4см орчим хатуу, хөдөлгөөнгүй, эмзэглэлтэй үүсгэвэр тэмтрэгдэнэ.

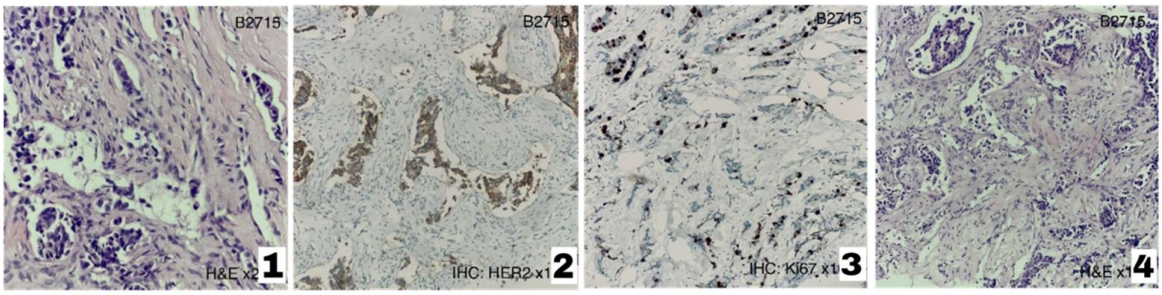
Лабораторийн болон багажийн шинжилгээнд:

Цусны дэлгэрэнгүй шинжилгээ, биохими болон шээсний ерөнхий шинжилгээнд өөрчлөлтгүй. Хавдрын маркер Ca15-3 /20.74/

Эсийн шинжилгээ: Suspicious for malignancy, atypical cells with papillary featured

Эдийн шинжилгээ: Invasive Carcinoma of the Right Breast

Иммуногистохими: ER/+/, PR/+/, HER2 3+, Ki67 /61-70%/ Luminal B \Зураг1,2,3,4\.

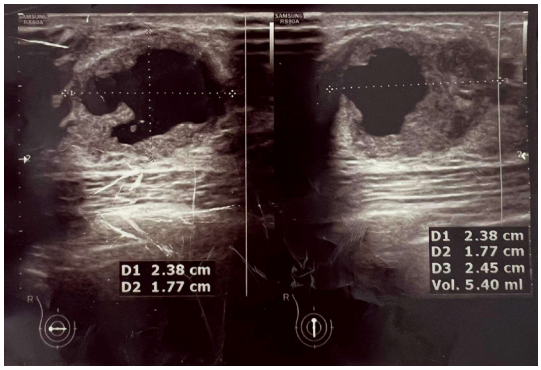


Зураг 12,3,4. Иммуногистохимийн шинжилгээ

Хөхний ЭХО: /2022.06.29/

Баруун хөхний толгойн араар, арьснаас дооших зөөлөн эдэд зузаан ханатай, дотроо анэхоген шингэн агууламжтай, өнгөт допплерт ханын судасжилт ихэссэн үүсгэвэртэй.

Зүүн хөхөндөө нэвчдэст болон голомтот өөрчлөлтгүй \Зураг 5\.

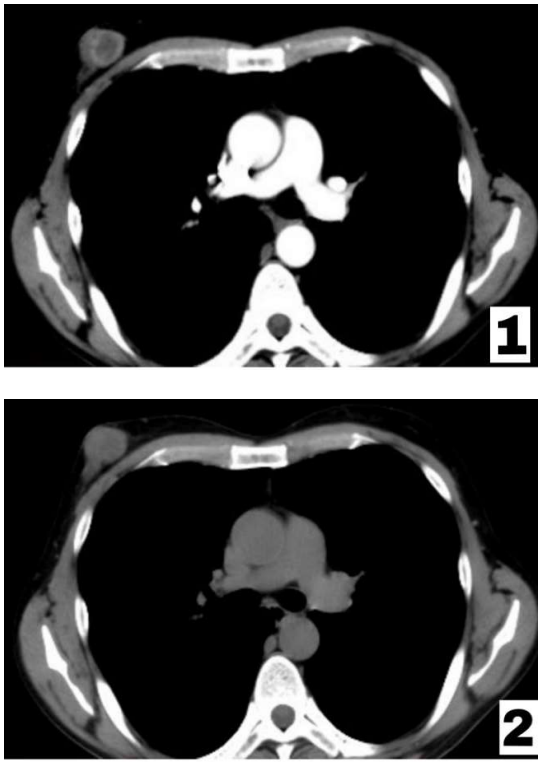


Зураг 5. Хөхний хэт авиан шинжилгээ (ЭХО)

Цээжний тодосгогчтой компьютер томографийн шинжилгээ: /2022.07.21/

Баруун талын хөхний товчны харалдаа зэргэлдээ байрлалтай 3,0*2,5*3,1 см 1,9*1,2*1,0 см хэмжээтэй зах ирмэг жигд бус, тодосгогч бодист тодрол авсан, эргэн тойрон бага зэргийн нэвчдэстэй масс өөрчлөлт тодорхойлогдоно. Тодосгогч бодисгүй фазад +29HU - +36HU нягттай масс тодорхойлогдоно.

Дүгнэлт: Irregular margined enhancing mass lesions at right breast area with surrounding fat tissue infiltration \Зураг 6\.

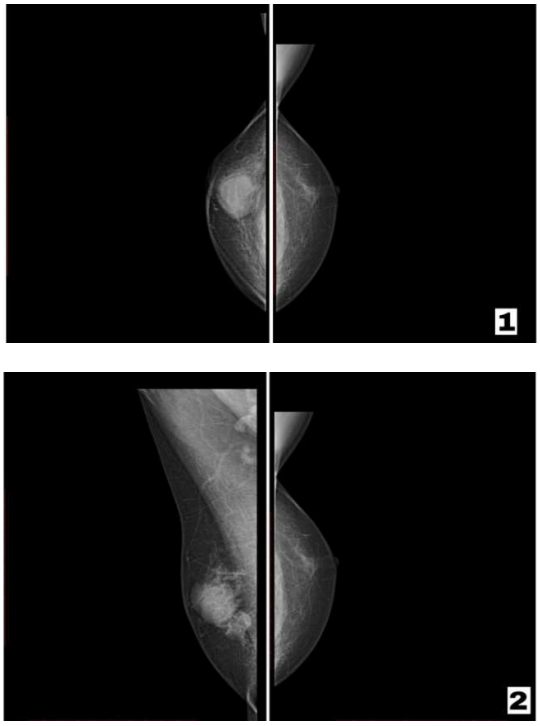


Зураг 6. Цээжний КТГ

Маммографи: /2022.08.10/ Зүүн талын хөхөн голомтот өөрчлөлт үгүй.

Баруун талын хөхөнд 3,0*2,5 см хүртэл хэмжээтэй хөхний эдтэй ижил нягттай зах ирмэг жигд бус төвдөө жижиг 2 тооны цэгчилсэн шохойжилт агуулсан масс тодорхойлогдоно.

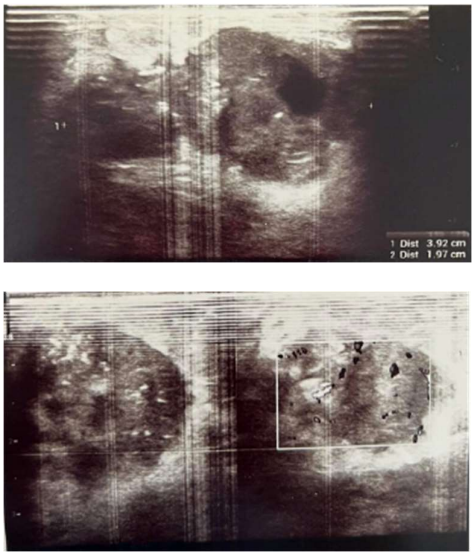
Баруун суганд бүтэц алдагдсан ойролцоогоор 0,6*0,3 см булчирхай тодорхойлогдоно. BI-RADS Category IVa \Зураг 7\.

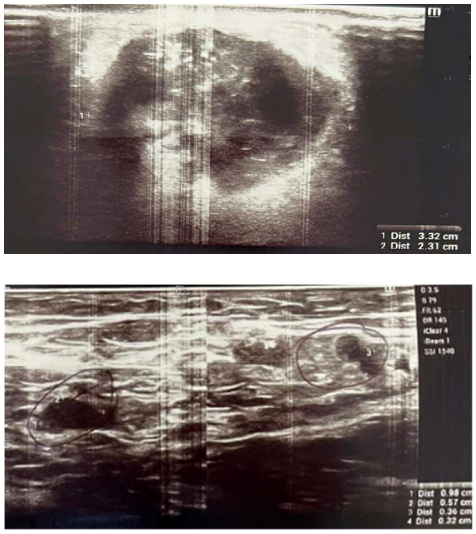


Зураг 7. Маммаграфи

Хөхний ЭХО: /2022.08.10 ХСҮТ/ Баруун хөхөнд ойролцоогоор 3,9*1,1 см хэмжээтэй, судасжилт ихтэй, зөв бус цэгэн шохойжилтуудтай, дотроо гипоэхоген шингэн төст сувагт байж болохоор ЭХО холимог голомттой. BI-RADS Category VI

Баруун суганд бүтэц алдагдсан байж болохоор ойролцоогоор 0,6*0,3 см cortex ойролцоогоор 0,4 см хүртэл зузаарсан MTS булчирхай тодорхойлогдоно \Зураг 8\.





Зураг 8. Хөхний хэт авиан давтан шинжилгээ (ЭХО)

Өвчтөний өгүүлэмж, бодит үзлэг, лаборатори болон багажийн шинжилгээнд илэрсэн өөрчлөлтүүдэд үндэслэн дараах эмнэлзүйн оношийг тавьсан.

Эмнэлзүйн онош: Male right breast cancer Luminal B subtype T2N2Mx Stage IIIA

Эмчилгээ: 2022 оны 8 сарын 10 төлөвлөгөөт журмаар ерөнхий унтуулгатай Modified Radical Mastectomy of the right breast мэс засал хийгдсэн. Эмчилгээний эхний өдрөөс антибиотик, өвдөлт намдаах, цус тогтоох, хордлого тайлах эмийн эмчилгээг 3 хоног венийн судсаар хийсэн. Нэмэлтээр бусад эмчилгээнд - Ариун боолт.

ҮР ДҮН

Мэс заслын дараах эдийн шинжилгээний хариу: 2022 оны 8 сарын 24 \Зураг8\. Хүлээж авсан дээж:

Бүтэн тайрагдсан баруун хөх

Суганы нэг болон хоёрдугаар түвшний ялгаж авсан булчирхай

Histologic Type: Invasive carcinoma, NST (male) - Histologic Grade (Nottingham Histologic Score): Overall score-6, Grade-2 Glandular (Acinar) / Tubular Differentiation: Score 2 Nuclear Pleomorphism: Score 2 Mitotic Rate: Score 2

Tumor Size: 2.5*2.0*1.5 cm

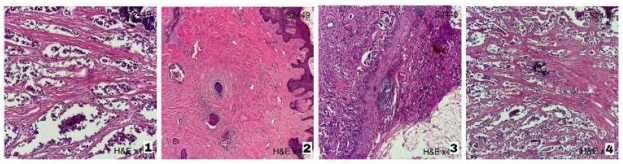
Tumor extent:

Skin: invasive carcinoma directly invades into the dermis without skin ulceration

Nipple: negative

Skeletal muscle: cannot be determined

Regional Lymph nodes: Right axillary I,II level LN: 10/29, ENE /+/ PATHOLOGIC STAGE CLASSIFICATION (pTNM, AJCC 8th Edition, 2022): pT4aN3aMx



Зураг 8. Эдийн шинжилгээ

Эцсийн онош: Male Invasive Carcinoma of the Right Breast pT4aN3aMx

ХЭЛЦЭМЖ

Хөхний хавдар эрэгтэйчүүдэд ховор тохиолддог боловч сүүлийн жилүүдэд тохиолдлын тоо нэмэгдэх хандлагатай байна. Эмэгтэй хөхний хорт хавдрын адил гэр бүлийн 1-р үеийн хамаатан садан нь хөхний хорт хавдартай байсан нь эрэгтэйчүүдэд хөхний хорт хавдраар өвдөх эрсдэл болдог. Хөхний хорт хавдартай эрэгтэйчүүдийн ойролцоогоор 15-20 хувь нь удамшлын асуумжтай байдаг. Эмэгтэйчүүдийн хувьд хөх/өндгөвчний хорт хавдар үүсгэдэг BRCA1 ба BRCA2 ген нь аутосомын доминантаар удамшдаг. Эрэгтэйчүүдэд хөхний хорт хавдраар өвчлөх эрсдэл нь BRCA1 мутациас илүү BRCA2 мутаци илүү өндөр байдаг. Амьдралынхаа туршид хөхний хорт хавдраар өвдөх эрсдэл BRCA1 генийн мутацитай эрчүүдэд ойролцоогоор 1%, BRCA2 генийн мутацитай эрчүүдэд 7-8% байдаг бол нийт хүн амын дунд эрэгтэйчүүдэд 0.1% байдаг.

Хөхний хорт хавдраар өвдсөн эрэгтэйчүүдийн 14 хүртэлх хувь нь BRCA2 генийн хортой мутацитай байдаг. Эстроген дааврын хэт их өдөөлт нь дааврын эмчилгээ (жишээлбэл, эстроген агуулсан бэлдмэл эсвэл тестостерон), элэгний үйл ажиллагааны алдагдал, таргалалт, марихуан хэрэглэх, бамбай булчирхайн өвчин, эсвэл Клайнфелтерийн хам шинж зэрэг удамшлын эмгэгтэй холбоотой байж болно. Эрэгтэй хөхний хорт хавдар нь ихэвчлэн сулареол хэсэгт өвдөлтгүй, хатуу үүсгэвэр байдаг ба 40-50 хувьд хөхний толгойг гэмтээдэг. Зүүн хөх нь баруунаас арай илүү тохиолддог бөгөөд тохиолдлын 1-ээс бага хувь нь хоёр хөхөнд тохиолддог.

Эмгэг судлалын хувьд эмэгтэйчүүдэд ажиглагддаг хөхний хорт хавдрын ихэнх гистологийн дэд хэвшинжүүд эрэгтэйчүүдэд байдаг ч хөхний хорт хавдартай эрэгтэйчүүдэд lobular carcinoma ховор оношлогддог. Эрэгтэйчүүдийн хөхний хорт хавдрын 85-90 хувь нь invasive ductal carcinoma байдаг. 2000 эрэгтэйг хамруулсан нэг судалгаанд Lobular carcinoma нь нийт тохиолдлын 1.5 хувийг, өөр нэг судалгаанд ердөө 0.5 хувийг эзэлж байсан бол эмэгтэйчүүдийн дунд нийт тохиолдлын 15 хүртэлх хувийг lobular carcinoma эзэлдэг. Эрэгтэйчүүдэд DCIS нь хожуу насанд тохиолдох хандлагатай байдаг ба ихэвчлэн суваг доторх папилляр хэлбэрээр илэрдэг. Пажетын өвчин, хөхний үрэвсэлт хорт хавдар нь эрэгтэйчүүдэд ховор тохиолддог.

Хөхний хорт хавдрын дэд төрлөөр нь цэвэршилтийн дараах эмэгтэйчүүдийн нэгэн адил эрэгтэйчүүдэд хөхний хорт хавдрын хамгийн түгээмэл дэд хэлбэр нь

гормоны рецептор эерэг байдаг. Хөхний хорт хавдартай 1500 эрэгтэй өвчтөний эд эсийг авч шинж чанарыг ретроспектив байдлаар үнэлэхэд: 99 хувь нь эстрогений рецептор эерэг, 81 хувь нь прогестерон рецептор эерэг, 97 хувь нь андроген рецептор эерэг болохыг тогтоожээ.

Энэ судалгааны иммуногистохимийн үнэлгээгээр 42 хувь нь Luminal A, мөн адил 42 хувь нь Luminal B-тэй, 8.7 хувь нь хүний эпидермисийн өсөлтийн хүчин зүйл рецептор 2 (HER2) эерэг, 0.3 хувь нь triple negative байсан. Хөхний анхдагч хорт хавдартай 829 эрэгтэйг хамруулсан судалгаагаар гормоны рецептор эерэг/HER2 сөрөг тохиолдлын 82% , HER2 эерэг тохиолдол 15%, triple negative хөхний хорт хавдар нийт тохиолдлын 4%-д тус тус илэрсэн байна. Залуу өвчтөнүүдэд HER2-эерэг хавдар илрэх магадлал өндөр байна.

Хөхний хорт хавдартай эрчүүдийн 80-90 хувьд маммографид хэвийн бус өөрчлөлт бүрэн тодорхойлогдох бөгөөд хорт хавдар, гинекомасти хоёрыг ялгах бүрэн боломжтой. Нэгэн судалгаагаар эрэгтэй хөхний хорт хавдарт маммографийн мэдрэг чанар 92%, өвөрмөц байдлын түвшин 90% байсан.

Эрэгтэйчүүдэд хөхний хорт хавдрыг оношлох үнэлгээ, үе шатыг тодорхойлох систем нь хөхний хорт хавдартай эмэгтэйчүүдийнхтэй ижил байдаг.

ДҮГНЭЛТ

Эрэгтэйчүүдэд хөхний хорт хавдраар өвчлөх тохиолдол эмэгтэйчүүдтэй харьцуулахад харьцангуй цөөн байдаг тул эрэгтэйчүүдийн хөхний хорт хавдрын талаар тусгайлан чиглэсэн мэдээлэл, судалгаа бага байдаг. Үүний үр дүнд эрэгтэй хөхний хорт хавдрыг эмчлэх шийдвэр нь ихэвчлэн эмэгтэйчүүдийн хөхний хорт хавдрын судалгаанд тулгуурладаг. Мөн эрэгтэй хөхний хорт хавдрын тохиолдол бага байдагтай холбоотой хөхний хавдрын талаарх мэдээлэл, тусламжийн ихэнх эх үүсвэрийг эмэгтэйчүүдэд тусгайлан зориулсан байдаг тул эрэгтэйчүүдэд хөхний хорт хавдар ихэвчлэн хожуу оношлогддог.

Иймээс хөхний хорт хавдартай гэж оношлогдсон бүх эрчүүдэд генетикийн зөвлөгөө өгөх, хөхний хорт хавдраар өвдөх эрсдэл өндөр эрэгтэйчүүд генийн мутаци тодорхойлох, генетикийн шинжилгээ өгөхийг зөвлөх.

Мөн хөхний хорт хавдрын удамшлын асуумжтай болон генийн мутаци тодорхойлогдсон эрэгтэйчүүдэд урьдчилан сэргийлэх маммографи болон ЭХО шинжилгээнд жилдээ 1-2 удаа хамрагдах, хөхний хавдрын оношилгоо эмчилгээний удирдамжид эрэгтэй хөхний хавдрын талаар тусгаж, олон нийтэд эрэгтэй хөхний хавдрын талаар мэдээлэл хүргэх шаардлагатай.

НОМ ЗҮЙ

1. https://www.uptodate.com/contents/breast-cancer-in-men?search=Breast%20cancer%20in%20men&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
2. https://www.uptodate.com/contents/cancer-risks-and-management-of-brca1-2-carriers-without-cancer?sectionName=Male%20breast%20cancer&topicRef=779&anchor=H2243367678&source=see_link#H2243367678
3. https://www.breastcancer.org/types/male-breast-cancer?gclid=CjwKCAjw7eSZBhB8EiwA60kCW5Jv74LzgbbJW103y2v2x82ca2pL6EBIWQjINP1KNKCas9h0k7K6axoCRi8QAvD_BwE
4. https://www.uptodate.com/contents/breast-cancer-in-men/abstract/4,9-14
5. https://www.uptodate.com/contents/breast-cancer-in-men/abstract/15

ӨНДГӨВЧИЙН ХОРТ ХАВДРЫН МЭС ЗАСЛЫН ДАРААХ ГЯЛТАНГИЙН ҮСЭРХИЙЛЭЛД ХИЙСЭН ХИМИ ЭМЧИЛГЭЭНИЙ ҮР ДҮНГ КОМПЬЮТЕРТ ТОМОГРАФИЙН ШИНЖИЛГЭЭГЭЭР ХЯНАСАН НЬ

Б.Цэрэндорж[1], Д.Энх-Амгалан[1], О.Даваадулам[2] ,
Э.Хишигдорж[2], А.Дашмаа[2], М.Тэргэл[2], Б.Ариунтунгалаг[2],
С.Мөнхзаяа[2] , Я.Замбалгарав[3]
[1-2] Дүрс оношилгооны тасаг, ХСҮТ
[3] Хими эмчилгээний тасаг, ХСҮТ
btserendorj5@gmail.com

RESULTS OF CHEMOTHERAPY DONE IN PERITONEAL CARCINOMATOSIS AFTER SURGERY FOR OVARIAN CANCER BY COMPUTERT TOMOGRAPHY

Tserendorj.B [1], Enkh-Amgalan.D [1] , Davaadulam.O [2] ,
Khishigdorj.E [2], Dashmaa.A [2], Tergel.M[2], Ariuntungalag.B[2],
Munkhzaya.S[2], Zambalgarav.Ya [3]

[1-2] Department of Radiology, National cancer center of mongolia
[3] Department of Chemotherapy, National cancer center of Mongolia
btserendorj5@gmail.com

Abstract

Description: Ovarian cancer is one of the most common causes of death in women. Approximately 70% of patients have peritoneal metastasis when first diagnosed.

Causes and pathogenesis: Ovarian cancer often metastasis to the peritoneal at advanced stage, and peritoneal carcinomatosis occurs as a result of ascites.

Histology: The histological classification of ovarian tumors by the World Health Organization (WHO) is based on histogenetic principles, and this classification categorizes ovarian tumors with regard to their derivation from coelomic surface epithelial cells, germ cells, and mesenchyme (the stroma and the sex cord). Epithelial ovarian tumors, which are the majority of malignant ovarian tumors, are further grouped into histological types as follows: serous, mucinous, endometrioid, clear cell, transitional cell tumors (Brenner tumors), carcinosarcoma, mixed epithelial tumor, undifferentiated carcinoma, and others.

Clinical symptoms: Early cancers about 75% of the ovaries often cause no symptoms, and in the advanced stages, symptoms may include pain in the lower abdomen or pelvic, urinary symptoms (urgency and frequency), and painful intercourse. As the stage of ovarian cancer progresses, symptoms such as weight loss, fatigue, shortness of breath, and decreased appetite appear.

Clinical cases: A patient L. R is 68 years old, female.

A.morbi: She started lower abdominal pain, frequent urination, constipation, fatigue, nausea, and decreased appetite since January 2021.

Life history: Heredity - No history of ovarian cancer, mother died of liver cancer, father died of stomach cancer. There were 6 pregnancies, 2 miscarriages and 4 births. Hormonal contraceptives were used.

Examination: Physical condition is normal, mind is clear. She has pale skin and appearing anxious, pain level 4, emaciated. Palpation reveals a firm, immobile mass in the lower pelvis. Pulse 110 beats/min. Blood pressure is 140/90 mmHg. 20 breaths per minute. Temperature 36.7 C.

Laboratory test: Marker: CA125 - 80.7U/mL

Diagnoses:

Laboratory examination: Biochemistry, complete blood count, immunologic test

Instrumental examination: Ultrasound, contrast abdominal CT, PET-CT

Histological diagnosis: Tubal endometroid adenocarcinoma

Pathological TNM stage (AJCC8th, 2017): pT3aNxM1 /Tubo-Ovarian/

FIGO stage: IIIB

Treatment:

Surgery - subtotal hysterectomy with bilateral salpingo-oophorectomy

Chemotherapy and combination chemotherapy

Discussion: Compared to the results of research in other countries, chemotherapy and combination chemotherapy were effective in the case of tubal endometrioid adenocarcinoma in our country.

Conclusion: Computed tomography monitoring of chemotherapy and combination chemotherapy in ovarian cancer is important to estimate the frequency, outcome of chemotherapy and combination chemotherapy.

Тодорхойлолт

Өндгөвчийн хорт хавдар нь эмэгтэйчүүдийн хорт хавдрын улмаас нас баралтын хамгийн түгээмэл төлөөллийн нэг юм. Анх оношлогдох үед

өвчтөнүүдийн 70 орчим хувьд гялтангийн үсэрхийлэл илэрдэг.

Шалтгаан, эмгэг жам: Өндгөвчийн хорт хавдар нь ихэвчлэн хожуу үедээ гялтанруу үсэрхийлдэг, гялтангийн карциноматоз нь гялтангийн шингэний урсгалын үр дүнд үүсдэг. Энэ нь өрцнөөс эхлээд бага аарцагны хөндийн аль ч хэсгийн гялтан хальсанд сууж байрладаг.

Гистологи: Өндгөвчийн хорт хавдрыг Дэлхийн Эрүүл Мэндийн Байгууллагын гистологийн ангилал нь гистогенетикийн зарчмууд дээр суурилдаг бөгөөд энэ ангилал нь өндгөвчийн хавдрыг целом гадаргуугийн хучуур эд, үр хөврөлийн эс, мезенхим (стром ба бэлгийн эсийн багана) -аас гаралтай байдлаар нь ангилдаг. ӨНДГӨВЧИЙН хучуурын хавдруудыг гистологийн төрлөөр нь сероз, салст, эндометроид, тунгалаг эс, шилжилтийн эсийн хавдар (Бреннерийн хавдар), карциносаркома, холимог хучуур эдийн хавдар, ялгаралгүй хавдар, бусад гэж ангилдаг.

Эмнэлзүйн шинж тэмдэг: Өндгөвчийн хорт хавдар эрт үедээ 75% орчимд нь шинж тэмдэг өгдөггүй бөгөөд хожуу шатандаа хэвлийн доод хэсэг болон бага аарцгаар өвдөх, ойр ойрхон шээх, бэлгийн харьцаанд ороход өвдөх шинж тэмдэг илэрдэг. ӨНДГӨВЧИЙН хорт хавдрын үе шат даамжрах тусам биеийн жин хаях, ядрах, амьсгал давчдах, хоолны дуршил буурах зовиурууд илэрнэ.

Лабораторын шинжилгээ: Цусад өндгөвчийн хорт хавдрын маркер СА125-н түвшин өндөр байх нь өндгөвчийн хавдар тэр тусмаа өндгөвний хучуурын эсийн хавдрыг илрүүлэх болон өвчний тархалтыг хянах ач холбогдолтой. Мөн зарим тохиолдолд эндометриоз болон бага аарцгийн үрэвсэлт эмгэгүүдийн үед түвшин нь нэмэгдэж болдог. Зарим үр хөврөлийн эсийн хорт хавдар нь хүний хорион гонадотропин (HCG), альфа-фетопротеин (AFP) эсвэл лактат дегидрогеназа (LDH) зэрэг хавдрын маркеруудын цусан дахь түвшинг ихэсгэдэг. Мөн зарим ӨНДГӨВЧИЙН стромын хавдар нь цусан дахь ингибин гэх бодис, эстроген, тестостерон зэрэг дааврын түвшинг бас нэмэгдүүлдэг байна.

Багажийн шинжилгээ: Компьютерт томографи (СТ) -т эдгээр үсэрхийлсэн өөрчлөлтийг илрүүлэхэд ашиглах бөгөөд тэдгээр нь милиар эсвэл том хэмжээтэй мөн зөөлөн эд эсвэл нягтрал багатай масс хэлбэрээр тодорхойлогдоно. Ялангуяа өрц, их, бага сэмж, параколик зай, гэдэс болон бага аарцгийн гялтангийн гадаргууд суусан жижиг, 2 см болон түүнээс дээших хэмжээтэй гялтангийн үсэрхийллийн голомтуудыг хэвлий, бага аарцгийн Компьютерт томографи-аар оношлох боломжтой.

Эмчилгээ болон тавилан: Өндгөвчийн хорт хавдартай хүний 5 жилийн тавилан нь үе шатаас хамаарна, III үе шатанд 15-20%, IV үе шатанд ердөө 5% байдаг байна. Эдгээр өвчтнүүдийн ихэнх нь гялтангийн үсэрхийллийн улмаас нас бардаг. ӨНДГӨВЧИЙН хавдрын стандарт эмчилгээний арга нь радикал мэс засал, хими болон бай эмчилгээ хийдэг.

ЭМНЭЛЗҮЙН ТОХИОЛДОЛ

Өвчтөн Л овогтой Р, 68 настай, эмэгтэй. 2021 оны 1 сараас хэвлийн доод хэсгээр өвдөх, ойр ойрхон шээх, өтгөн хатах, ядрах, дотор муухай болох, хоолны дуршил буурах зовиурууд илэрч байсан.

Амьдарлын түүх: Удамшил - ӨНДГӨВЧИЙН хавдрын өгүүлэмжгүй, ээж нь элэгний хорт хавдар, аав нь ходоодны хорт хавдраар нас барсан өгүүлэмжтэй. Нийт 6 удаа жирэмслэж, 2 удаа зулбаж, 4 удаа төрөх замаар төрсөн. Жирэмслэлтээс хамгаалах дааврын эм хэрэглэдэг байсан.

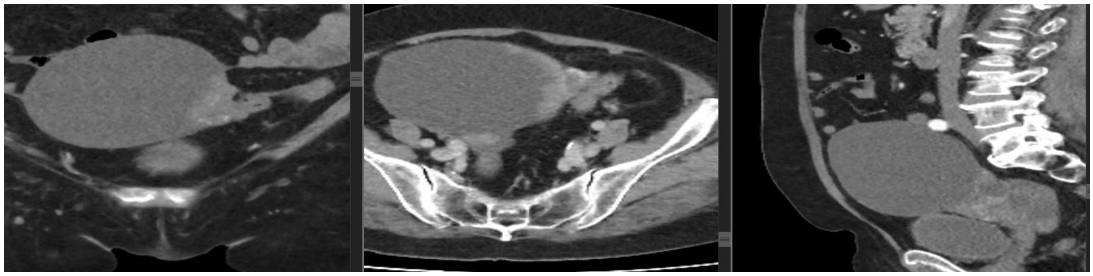
Бодит үзлэгт: биеийн ерөнхий байдал дунд, ухаан санаа саруул, орчиндоо харьцаатай, биеийн байрлал албадмал бус. Царай цонхигор, шаналангуй, өвдөлтийн зэрэг 4, туранхайвтар. Тэмтрэлтээр бага аарцагт хатуувтар, хөдөлгөөнгүй үүсгэвэр тэмтрэгдэнэ. Пульс 110 удаа/мин. Артерийн даралт 140/90 мм.муб. Амьсгалын тоо-20 удаа/мин. Биеийн температур 36.7 градус.

Лабораторийн шинжилгээ: ЦЕШ: Улаан эс - 4.8 *10^12/л, Гемоглобин 13.9 г/дл, Цагаан эс - 6.8 *10^9/л. Биохими: Асат - 14.7 нэгж/л, Алат - 17.2 нэгж/л, Нийт уураг - 71.9 г/л, Креатинин – 66 ммоль/л.

Хавдрын маркер: СА125 - 80.7U/mL

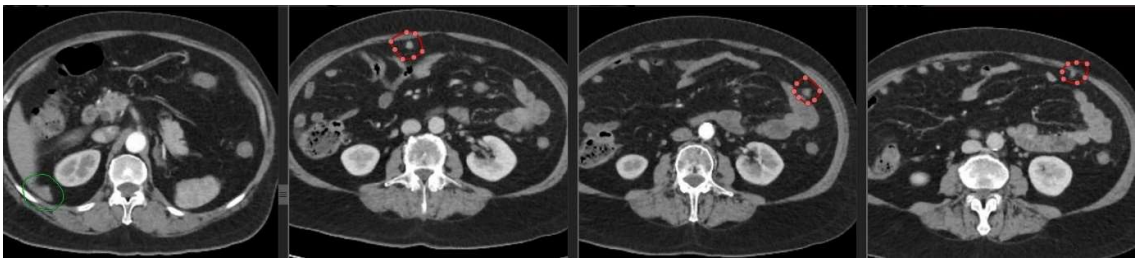
Хэт авиан шинжилгээнд: Бага аарцгийн хөндийд баруун ӨНДГӨВЧИЙН байрлалд 5.5х5.7см, зүүн ӨНДГӨВЧИЙН байрлалд 12.6х8.9см хэмжээстэй, нимгэн ханатай, дотроо таславчтай, мөн эдэрхэг бүтэц агуулсан анэхогенный уйланхайлаг үүсгэвэр.

Компьютерт томографийн шинжилгээнд: Бага аарцгийн хөндийд зүүн талын ӨНДГӨВЧИЙН байрлалд 13.0х10.2 см хэмжээстэй, дотор ханандаа тодосгогч бодисын шингээлт авсан эдэрхэг бүтэц агуулсан, +10-+13HU нягттай, уйланхайлаг үүсгэвэртэй, баруун талын ӨНДГӨВЧИЙН байрлалд 6.1х5.7 см хэмжээстэй дотроо олон тооны зузаан таславч болон тодосгогч бодисын шингээлт авсан эдэрхэг бүтэц агуулсан голомтот өөрчлөлтүүд тодорхойлогдоно. (Зураг 1)



Зураг 1. Solid component multilocular cystic tumor in the both ovary → Highly suspected ovarian cancer.

Бүдүүн гэдэсний элэгний булангийн гялтанд 1.8х2.6см, их сэмжинд суусан 0.8х0.8см, 1.3х0.8см хүртэл, хэвлийн өмнөд гялтанд 0.7х0.7см хүртэл хэмжээстэй, тодосгогч бодисын шингээлт авсан голомтууд тодорхойлогдоно. (Зураг 2)



Зураг 2. Multiple peritoneal implants in the greater omentum and hepatic flexure of colon → Peritoneal metastases

Эдгээр шинжилгээнд үндэслэж: “Баруун болон зүүн өндгөвчийн хавдар, хожуу шат, III үе” гэсэн эмнэлзүйн оношгой 2021.02.25-нд төлөвлөгөөт мэс засалд орж, “Subtotal hysterectomy with bilateral salpingo-oophorectomy, partial omentectomy irrigation and drainage of abdominal cavity” мэс засал хийгдсэн.

Макро тэмдэглэл: Баруун дайвар: өндгөвч хөхөлбий, саарал, гадаргуу барзгар, зүслэгт хана нимгэн, хөндийд тунгалаг шингэн агууламжтай, цэцэгт байцаа төст үүсгэвэртэй. Зүүн талын дайвар: капсул задарсан, хана нимгэн, хананд наалдсан цэцэгт байцаа төст өөрчлөлттэй.

Гистологийн онош: Tubal endometroid adenocarcinoma

Pathological TNM stage (AJCC8th, 2017): pT3aNxM1 /Tubo-Ovarian/

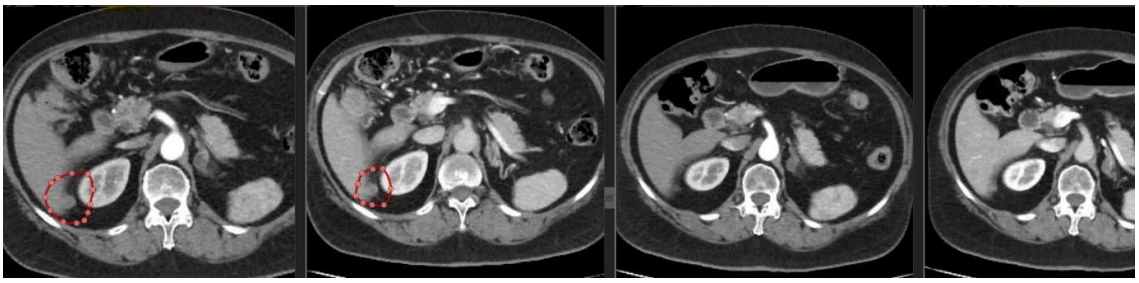
FIGO stage: IIIB

Хагалгааны дараах хими эмчилгээ: Эхний сонголтын эмчилгээ болох Carboplatin, Gemcitabine-ны хослол эмчилгээг гурван долоо хоног тутамд нэг удаа 4 курс хийгдсэн.

Дөрвөн удаагийн курс хими эмчилгээний дараах хяналтын КТ-н шинжилгээнд гялтан болон их сэмжинд суусан голомтууд хэмжээгээр багассан. Өмнөх КТ шинжилгээтэй харьцуулахад: Бүдүүн гэдэсний элэгний булангийн гялтанд суусан голомт 1.3х1.0см, их сэмжинд суусан голомт 0.5х0.4см, 0.9х0.7см хэмжээстэй болж тус тус хэмжээгээр багассан. (Зураг 3)

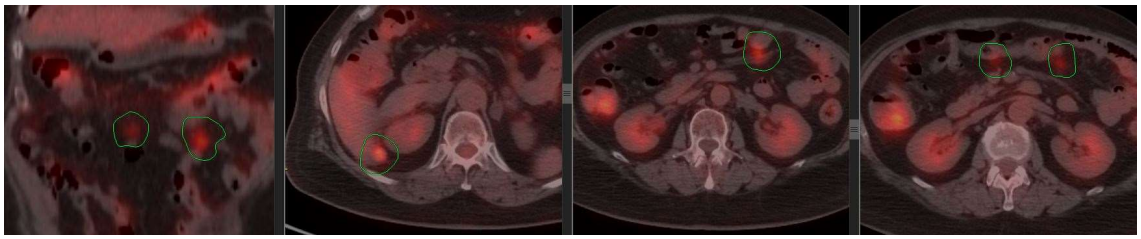
Хими эмчилгээний үеийн лабораторийн шинжилгээнд:

ЦЕШ: Улаан эс 3.8*10^12/л, Гемоглобин 11.9 г/дл, Цагаан эс 3.3*10^9/л. Биохими: Асат - 58.1 нэгж/л, Алат - 72.7 нэгж/л Нийт уураг - 59.8 г/л, Креатинин - 66 ммоль/л. Хавдрын маркер CA125 - 19U/mL.



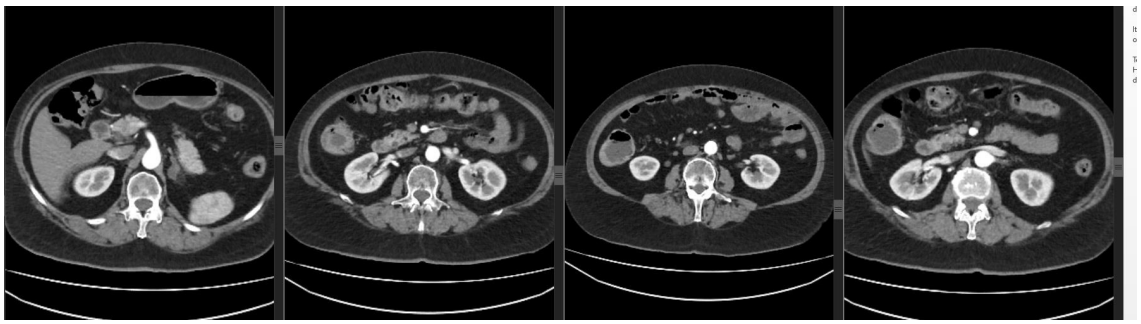
Зураг 3. Contrast-enhancement lesions in the peritoneal wall of the hepatic flexure of colon and greater omentum regions → Peritoneal metastatic implants → /decreased sized in compared with previous study/

Хяналтын КТ шинжилгээнд гарсан голомтуудыг батлах зорилгоор PET-CT шинжилгээ хийгдсэн (Зураг 4).



Зураг 4. PET шинжилгээний дүгнэлт: R/O LN metastasis to Lt.medial external iliac, Rt.retrorenal and Lt, mesenteric areas, Suggest of recactive LAPs in both hilar area

Хяналтын КТ болон PET шинжилгээнд үндэслэн хоёрдугаар сонголтоор хими /taxol/ болон бай /avastin/ 4 курс хийсэн бөгөөд хяналтын давтан КТ шинжилгээнд хавдрын голомт тодорхойлогдохгүй байгаа тул 2 курс нэмэлт хими эмчилгээ хийж хяналтанд авсан. (Зураг 5)



Зураг 5: Хими болон бай эмчилгээний дараах хяналтын КТГ-ийн дүгнэлт: Done radical subtotal hysterectomy with bilateral salpingo-oophorectomy → Зурагт хими бай эмчилгээний үр дүнд гялтан болон их сэмжинд үсэрхийлсэн голомтууд бүрэн алга болсныг зургаар харууллаа.

ХЭЛЦЭМЖ

Манай улсад тохиолдож буй “Tubal endometroid adenocarcinoma” төрлийн өндгөвчийн хорт хавдарт хими болон бай хавсарсан эмчилгээ бусад орны судалгааны үр дүнтэй харьцуулахад ижил байна.

өндгөвчийн хорт хавдрын оношилгоо болон эмчилгээний дараах хяналтанд компьютерт томографийн шинжилгээ өндөр ач холбогдолтой байна.

ДҮГНЭЛТ

Өндгөвчийн хорт хавдрын хими болон бай эмчилгээг компьютерт томографийн шинжилгээгээр хянах нь хими болон бай эмчилгээ хоорондын давтамж, үр дүнг тооцож, үйлчлүүлэгчийн амьдарлын чанарыг сайжруулахад чухал ач холбогдолтой байна.

НОМ ЗҮЙ

1. Alexey Privalov, Andrey Vazenin, Ludmila Chernova, Tatiana Gubaydulina Journal of Clinical Oncology 35, DOI: 10.1200/JCO.2017.35.15_suppl.e17040 no. 15_suppl Published online May 30, 2017.
2. Harpreet K. Pannu, Robert E. Bristow, Multidetector CT of Peritoneal Carcinomatosis from Ovarian Cancer, Published Online:May 1 2003
3. Erickson BK, Martin JY, Shah MM, et al.. Reasons for failure to deliver National Comprehensive Cancer Network (NCCN)-adherent care in the treatment of epithelial ovarian cancer at an NCCN cancer center. Gynecol Oncol 2014;133:142–146.
4. Juliette O A M van Baal 1, Cornelis J F van Noorden 2, Rienk Nieuwland 3, Koen K Van de Vijver 4, Auguste Sturk 5, Willemien J van Driel 1, Gemma G Kenter 1, Christianne Development of Peritoneal Carcinomatosis in Epithelial Ovarian Cancer A PMID: 29164988 PMCID: PMC5794203 DOI: 10.1369/0022155417742897
5. Хавдар судлалын үндэсний төвийн статистик
6. Ozols RF, Schwartz PE, Eifel PJ. Ovarian cancer,fallopian tube carcinoma, and peritoneal carci-noma. In: DeVita VT, Hellman S, Rosenberg SA,eds. Cancer: principles and practice of oncology.6th ed. Philadelphia, Pa: Lippincott Williams &Wilkins, 2001; 1597–1632.2.
7. National Cancer Institute. Available at:http://www.nci.nih.gov. Accessed April 2001.3.
8. Bristow RE, Duska LR, Lambrou NC, et al. Amodel for predicting surgical outcome in patientswith advanced ovarian carcinoma using computedtomography. Cancer 2000; 89:1532–1540.4.
9. NIH consensus conference. Ovarian cancer:screening, treatment, and follow-up. JAMA 1995;273:491–497.5.

НАРИЙН ГЭДЭСНИЙ СТРОМЫН ХАВДРЫН ШАЛТГААНТ НАРИЙН ГЭДЭСНИЙ ЧИХЭЛДЭЛТ ТҮГЖРЭЛ

Халиунаа.Б[1], Жаргалсайхан.Д[1], Баттулга.П [2], Эрдэнэ-Очир.Я[1], Ганбаатар.Р[1],
Бат-Оргил.Ч[1], Эрхэмбаяр.Э[1], Чинзориг.М[1], Баатархуяг.О[1], Баямурат.Д[1], Базарбидрэн.Б[1], Саруулбаяр.О[1], Янжинлхам.Г[2]
[1]Ерөнхий мэс заслын тасаг, Хавдар судлалын үндэсний төв
[2]АШУҮИСургууль, Япон-Монголын эмнэлэг
haku.uuka@gmail.com

ҮНДЭСЛЭЛ

Ходоод-нарийн гэдэсний стромын хавдар (GIST) нь ховор тохиолддог хоол боловсруулах замын мезенхимийн хавдар юм. Хоол боловсруулах замын нийт хавдрын тохиолдлын 1-2 хувийг эзэлдэг. GIST нь ихэвчлэн ходоод, нарийн гэдэсний хананаас буюу субэпителийн гаралтай байдаг хэдий ч хоол боловсруулах замын аль ч хэсгээс үүсч болдог, жишээ нь: сэмж, чацархай болон гялтангаас гаралтай байж болно. Ихэнхи GISTs нь KIT эсвэл тромбоцитын өсөлтийн хүчин зүйлийн рецептор-альпагийн (PDGFRA) мутацаас шалтгаалан үүсдэг ба цөөн тохиолдолд сукцинат дегидрогеназа (SDH) болон бусад генийн мутацаас үүссэн байдаг. GIST нь ихэвчлэн насанд хүрэгсдэд тохиолддог бөгөөд дундаж оношлогдсон нас 65-69 насанд элбэг байдаг ба 40-өөс доош насныханд харьцангуй бага тохиолддог. Хүүхдийн практикт тохиолдол цөөн буюу нийт тохиолдлын 0.4-2 хувийг эзэлдэг. Оношлогдсон нийт өвчтөнүүдийн 10-20 хувьд хавдар үсэрхийлэл үүссэн байдаг ба ихэвчлэн элэг, гялтан хальс, чацархай болон хэвлийн тунгалгийн булчирхайд үсэрхийлэлтэй байна.

Ихэвчлэн өвчтөнд шинж тэмдэггүй байдаг ба хэмжээ томорсноор дарагдлын болон түгжрэлийн зовиур илрэн оношлогдсон байдаг. Эмчилгээний үндсэн арга нь мэс засал болон химийн эмчилгээ (иматиниб) юм.

Насанд хүрэгчдийн гэдэсний чихэлдэлт түгжрэл нь цөөн тохиолддог ба нийт түгжрэлийн шалтгааны 1-5 хувийг эзэлдэг. Хавдар судлалын үндэсний төвийн Ерөнхий мэс заслын тасагт Стромын хаввдрын шалтгаант нарийн гэдэсний чихэлдэлт түгжрэлийн тохиолдол ховор байдаг бөгөөд, сүүлийн 3 жилийн хугацаанд 2 тохиолдол оношилогдсон. Стромын хавдрын шалтгаант гэдэсний чихэлдэлт түгжрэлийн гол эмчилгээний арга нь мэс засал бөгөөд хавдар бүхий нарийн гэдсийг сегментээр нь тайрах мэс засал хийдэг.

ТОХИОЛДЛЫН ТАНИЛЦУУЛГА

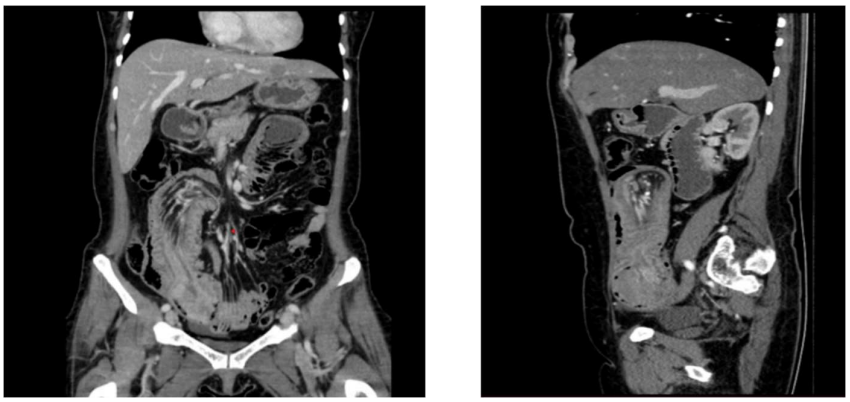
Үйлчлүүлэгч 55 настай эмэгтэй, ХСҮТ-ЕМЗТасагт DS: Нарийн гэдэсний хавдрын шалтгаант чихэлдэлт түгжрэл оношоор мэс засалд орсон.

Зовиур: Бөөлжинө, хэвлийн дээд хэсгээр мушгирч өвдөнө, цанхайна, гэдэс дүүрнэ.

Бодит үзлэгт: БЕБ хүндэвтэр, ухаан саруул, орчиндоо харьцаатай, байрлал албадмал, арьс салст цайвар, цонхигор, амьсгал-гемодинамик тогтвортой, ЗЦТ-95, АД 90/55, хэвлий цардгар, эмзэглэлтэй, хүйснээс дээш өвдөлт ихтэй. БЖИ-17.4

Шинжилгээний өөрчлөлт: WBC-13, RBC-3.3, HGB-9.0, PLT-664, ALB-21.5, Total protein- 49.8, K-2.94, Na-133

Ходоодны дуран: Ходоод болон дээд гэдсэнд хавдрын эмгэг голомтгүй.

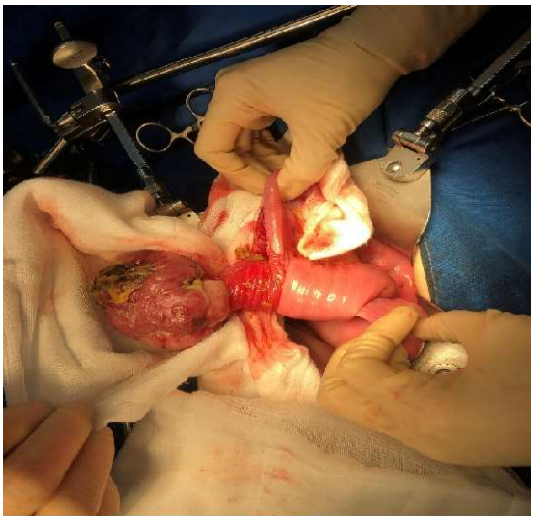


Зураг 1: Хэвлийн тодосгогчтой томографид, өлөн гэдэсний проксимал хэсэгт артерийн фазад тодрол авсан, судасжилт бүхий үүсгэвэртэй, үүсгэврээс шалтгаалсан хэвлийн баруун талд нарийн гэдэс, нарийн гэдэсрүү чихэгдэж орсон.

Өвчтөн төлөвлөгөөт журмаар 2021.01.14нд мэс засалд орсон. Хэвлийг нээж шалгахад Трейтцийн холбооespecially цааш 20см-т буюу өлөн гэдэсний эхлэл хэсэгт нарийн гэдэс нарийн гэдэсрүү 20см орчим уртаар чихэгдэж орсон байдалтай байсан бөгөөд нарийн гэдсийг болгоомжтой татан, чөлөөлөн шалгахад нарийн гэдэсний 6 см орчим стромын хавдар төст үүсгэвэртэй, тус үүсгэврээс шалтгаалан гэдэс гүрвэлзэх хөдөлгөөнөөр чихэгдэж орсон байдалтай, чихэгдсэн гэдэс хаван ихтэй, дарагдлын шинж үүссэн байв. Мэс заслын баг ярилцан хавдар бүхий нарийн гэдсийг эрүүл хэсэгрүү тус бүр 5,7см зайд тайралт хийн, нарийн гэдэсний чацархайн булчирхайг түүн, гэдсийг төгсгөл хажуугаар цагираг оёгч аппаратаар оён, чацархайн дефектийг битүүлэн оёв.

ҮР ДҮН

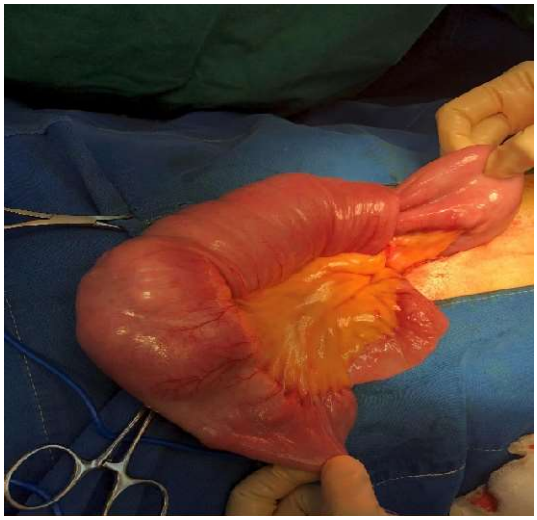
Өвчтөнд мэс заслын дараа хүндрэлгүй, 9 дэхь өдөр эмнэлгээс гарсан бөгөөд мэс заслын дараах хяналтын хугацаанд элэгний үсэрхийлэл илэрсэн. Мэс заслын дараа өвчтөний эдийн шинжилгээгээр Стромын хавдар батлагдсан тул Глеевек эмчилгээ хийгдэж байсан.



Зураг 2: Нарийн гэдэсний хавдраас чихэлдэж түгжрэн, үрэвсэж чинэрсэн нарийн гэдэс

ХЭЛЦЭМЖ

Нарийн гэдэсний чихэлдэлт түгжрэл нь насанд хүрэгчдэд цөөн тохиолддог. Өвөрмөц эмнэлзүйн шинж тэмдэггүй бөгөөд нарийн гэдэсний түгжрэлийн шинжээр илэрдэг. Чихэлдэлт түгжрэл нь архаг явцтай Мэс заслын дараах эдийн шинжилгээний хариу: DS: Нарийн гэдэсний стромын хавдар /GIST/



Зураг 3: Чихэлдэлт түгжрэл үүсгэсэн нарийн гэдэсний стромын хавдрын байдал

байдаг. Мэс заслын өмнөх хэвлийн томографи шинжилгээгээр бүрэн оношлох боломжтой. Хортой хавдрын шалтгаант чихэлдэлт түгжрэлийн гол эмчилгээ нь хавдар бүхий нарийн гэдсийг сегментээр нь тайрах, булчирхай түүх мэс засал юм.

НОМ ЗҮЙ

1. The diagnosis and treatment of adult intussusception Kunio Takeuchi 1, Yasushi Tsuzuki, Tetsu Ando, Masao Sekihara, Takashi Hara, Takayuki Kori, Hiroyuki Kuwano PMID: 12488701 https://doi.org/10.1097/00004836-200301000-00007
2. Adult Intussusception due to Gastrointestinal Stromal Tumor: A Rare Case Report, Comprehensive Literature Review, and Diagnostic Challenges in Low-Resource Countries Paddy Ssentongo [1], Mark Egan [2], Temitope E Arkorful [3], Theodore Dorvlo [3], Oneka Scott [4], John S Oh [5], Forster Amponsah-Manu [3] PMID: **30159192** DOI: 10.1155/2018/1395230
3. Gastrointestinal stromal tumor causing ileo-ileal intussusception in an adult patient a rare presentation with review of literature Amit Gupta [1], Sweety Gupta, Ashutosh Tandon, Mrinalini Kotru, Sunil Kumar PMID: **22121438** PMCID: PMC3201593 DOI: 10.4314/pamj.v8i1.71086

БАМБАЙ БУЛЧИРХАЙН АНАПЛАСТИК ХОРТ ХАВДРЫН ТОХИОЛДЛЫН ТАНИЛЦУУЛГА

О.Дарьцэцэг[1], Ц.Одонтунгалаг[1], М.Энхтуул[1], Б.Баярт-Үйлс[2], Г.Ганчимэг[2]
[1.] ХСҮТ-ийн Толгой хүзүү нөхөн сэргээх мэс заслын тасаг
[2.] ХСҮТ, Эмгэг судлалын тасаг
daria@cancer-center.gov.mn

ҮНДЭСЛЭЛ

Бамбай булчирхайн анапластик хорт хавдрыг өөрөөр ялгаралгүй хорт хавдар гэж нэрлэдэг бөгөөд бамбай булчирхайн нийт хавдрын 2-3% -ийг эзэлдэг, маш хурдан явцтай хорт хавдар юм.[1] Анапластик бамбайн хорт хавдар нь нийт хавдрын өвчлөлийн дотроос хамгийн хурдан явцтай, тавилан муутай байдгаараа дэлхий даяар хамгийн аюултай өвчний нэгд тооцогддог.[1] Тус хавдраар өвчлөгсдийн 80 хувь нь оношлогдох үедээ хүзүүний булчирхайн үсэрхийлэл мөн алсын эрхтэний үсэрхийлэлтэй байдаг бөгөөд 5 жилийн амьдрах чадвар 5 хувиас бага, 95 хувь нь оношлогдсоноос хойш 6 сарын дотор амьсгалын замын бөглөрөл, саадын улмаас нас бардаг байна.[2] Шалтгааныг тодруулбал, хүзүү болон цээжний хэсэгт цацраг туяаны нөлөөнд өртөж байсан, иод дутагдлын бүс нутагт амьдардаг, том хэмжээний бамбай булчирхай зэрэг нь тус хавдрын шалтгаан болж байна. Судалгаанаас харахад нийт өвчтөнүүдийн 30 орчим хувь нь бамбай булчирхайн ялгарал сайтай хорт хавдрын түүхтэй байдаг ба ялгарал сайтай хорт хавдраас анапластик хорт хавдарт шилжих үйл явцад p53, генийн мутаци, эсвэл идэвхгүй байдал, BRAF генийн мутаци чухал нөлөөтэй байдаг. Тус хорт хавдар нь уушги (80%), тархи (23%), ясанд (17%) үсэрхийлдэг.[3]

ТОХИОЛДЛЫН ТАНИЛЦУУЛГА

Өвчтөн: 65 настай, эмэгтэй 2022 оны 8 сарын 16-нд ХСҮТ-ийн Яаралтай тусламжийн тасагт ирж, шар эрэмбээр ангилагдсан.

Зовиур: Амьсгал бачуурна, ханиалгана, хүзүүний урд шарх эдгэхгүй, шүүс гарна, ядарна, тамирдана, бие зарайна, халуурна гэсэн зовиуртай. 7 сарын эхээр гэнэт хүзүүний урд овойж, хавдаж, улайж, халуурсан.

Амьдралын түүх: 10 жилийн өмнө өндгөвчний хорт хавдрын улмаас мэс засал, хими эмчилгээ хийлгэж байсан өгүүлэмжтэй.

Өвчний түүх: Аймгийн нэгдсэн эмнэлэгт эмийн эмчилгээ хийлгэсэн боловч зовиур арилаагүй тул УКТЭ-д илгээгдсэн. Улмаар 7 дугаар сарын 20-нд бамбайн буглаа оношоор ерөнхий мэдээ алдуулалттай буглаа нээх мэс засал хийлгэсэн.

Мэс заслын эдийн шинжилгээний хариу: 2022-07-21, Б:10708

1. Буглааны хана хаягтай эд: Голомтот идээт буглаа, зөөлөн эдийн архаг идээт тархмал үрэвсэл, хавдрын сэжиг бүхий голомтлог цөөн эсүүд,
2. Буглааны хөдийгөөс авсан эд: Задарсан идээт, үхжилт, хорт хавдрын сэжиг бүхий эд.

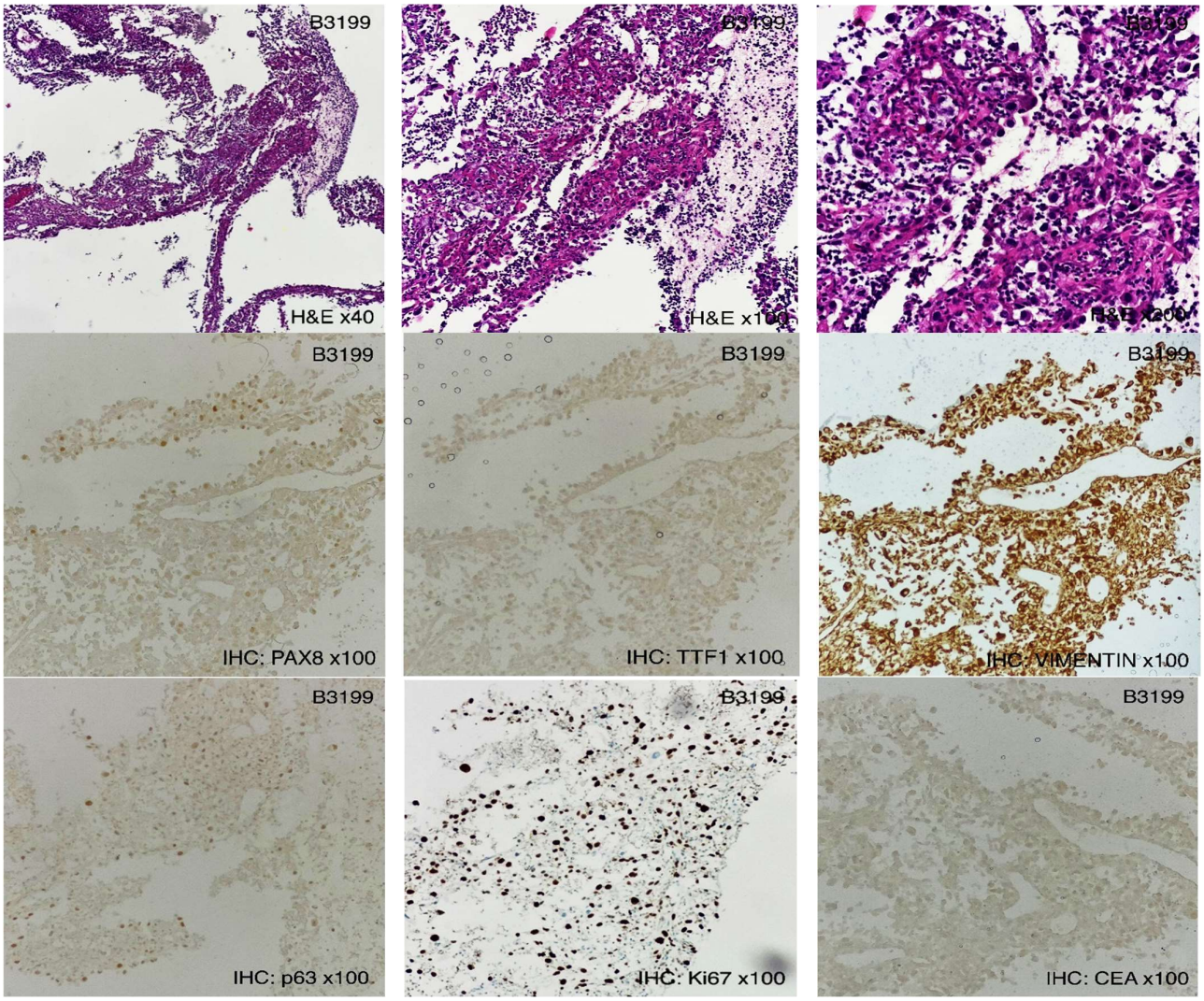
Мэс заслын дараа биеийн байдал сайжрахгүй, шарх эдгэхгүй байсан тул УКТЭ 8 дугаар сарын 15-ны өдөр эмнэлгээс гарган, ХСҮТ-рүү илгээсэн болно.

Толгой хүзүүний мэс заслын эмч үзлэгээр: Хүзүүний урд овгор хатуу, нэвчдэстэй, 5*6 см орчим хэмжээтэй, эмзэглэл ихтэй, мэс заслын зүслэг эдгээгүй, үүгээр бохир идээрхэг ялгадастай.

Хүзүүний эхо үзлэгээр: Хүзүүний хоёр талд зөв дугуй хэлбэртэй, 1,5 см орчим хэмжээний эхо ойлт ихэссэн олон тооны тунгалагийн булчирхайтай. Бамбай булчирхай хэмжээгээр томорсон эхо ойлт буурсан, хүзүүвч хэсгээр илэрхий томорсон, нилэнхүйдээ TR-V зураглалтай, буглаа нэвчдэсний зураглал үгүй байв. Төвөнхийн дуранд дууны хөвчийн хөдөлгөөн хэвийн байв. Улмаар эхо хяналтан дор бамбайн хүзүүвч хэсэг, хүзүүний баруун III түвшнөөс эсийн шинжилгээ авч, цусны дэлгэрэнгүй, биохими, бамбайн үйл ажиллагааны шинжилгээ авч лабораторид илгээв. 8 сарын 16-ны шинжилгээний хариуг хүснэгтээр харуулав. Өвчтөний биеийн байдал болон шинжилгээний хариуг үндэслэн 8 дугаар сарын 18-нд Толгой хүзүү, нөхөн сэргээх мэс заслын тасагт хэвтүүлэв. Оношийг бүрэн батлах зорилгоор бамбайн үүсгэврээс нарийн зүүний хатгалт хийж, иммуногистохимийн шинжилгээ хийсэн ба хариу: B-3199; 2022-08-23

Final diagnosis: ANAPLASTIC THYROID CARCINOMA

PAX, P63- Patchy positive for immunoreactive tumor cells
TTF1, CEA- negative for immunoreactive tumor cells
Vimentin- Positive for immunoreactive tumor cells
Ki67- Percentage of positive nuclei 91-100%



Зураг №1. Иммуногистохимийн шинжилгээний зураг

Хүснэгт №1. Эмнэлэгт хэвтэх үеийн шинжилгээний үзүүлэлт

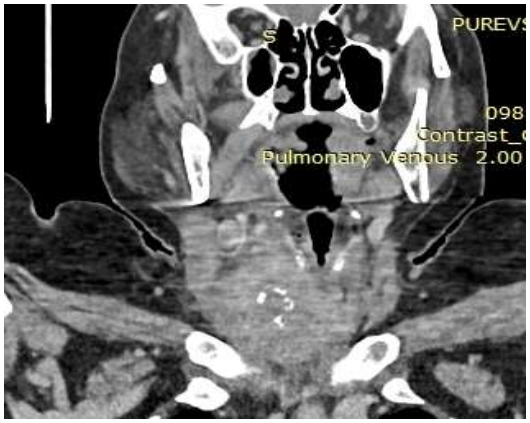
	Биохими		Цусны дэлгэрэнгүй шинжилгээ	
1	Альбумин	32,4 г/л	Цагаан эс	28,9 10*9/л
2	Мочевин	10,0 ммоль/л	Гранулоцит	23,0 10*9/л
3	Нийт уураг	64,7 г/л	Бусад үзүүлэлтүүд	хэвийн
4	Шүлтлэг фосфатаза	212 нэгж/л	Эсийн шинжилгээ	
5	Креатинин	121 ммоль/л	Ц-1640:Cervical lymph node	Positive for
6	Кали	3,28 ммоль/л	Ц-1641: Thyroid isthmus	malignancy
Бамбайн үйл ажиллагаа				
1	TF4	13.11 пг/мл		
2	FT3	2.52 пг/мл		
3	TSH	22.53 mikrolU/ml		

Цээжний хөндийн тодосгогч бодистой КТГ: 2022.08.12 Бамбайн булчирхайн баруун дэлбэнгээс гаралтай 83х65 мм, хүзүүвч хэсэгт 34х25мм тус тус орчим хэмжээний +46 +60HU нягтрал бүхий, зах хүрээ тод жигд бус тодосгогч бодисын жигд бус шингээлт бүхий үүсгэвэр өөрчлөлттэй ба тус өөрчлөлтийн эргэн тойрондоо бага зэргийн хавантай ба мэс заслын дараах жижиг агаартай. Баруун дэлбэн дэх өөрчлөлт дотор ар хэсэгт 37х30мм орчим хэмжээний зөв дугуй хэлбэрийн жигд бус шохойжсон хана бүхий уйланхайлаг өөрчлөлттэй. Уг үүсгэвэр өөрчлөлтийн улмаас улаанхоолой болон цагаан

мөгөөрсөн хоолой зүүн тийш түлхэгдсэн 2 талын уушгины том нь 36х34мм орчим хэмжээний зах тод жигд бус тодосогч бодисын жигд бус шингээлт бүхий олон тооны үүсгэвэр өөрчлөлтүүдтэй. 2 талын плеврт зузаан хэсэгтээ 20мм хэмжээний чөлөөт шингэнтэй. Цагаан мөгөөрсөн хоолой болон гуурсан хоолойд эмгэг өөрчлөлтгүй, хөндий чөлөөтэй, хана жигд Хоёр талын гялтан хальс зузааралтгүй, голомтот өөрчлөлтгүй Зүрхний хэмжээ хэвийн. Үнхэлцгийн хөндийд шингэнгүй, үнхэлцгэн хальсны зузааралгүй Голтод эмгэг өөрчлөлтгүй, хүзүүний 2 талын болон цээжний хөндийн паратрахеал парааортик тунгалгын булчирхайнууд 20мм хүртэл томорсон. Улаан хоолой хэвийн, хана зузааралгүй. Гол судасны хэмжээ хэвийн, хана жигд, шохойжилтгүй Уушгины артерийн багана өргөссөн буюу 48мм хэмжээтэй.

Эмнэлзүйн онош: Anaplastic thyroid carcinoma, and compressed trachea and esophagus, metastasis into neck lymph node and lung. $cT_{4b}N_1M_1$







Зураг №2. КТГ, бамбайн зураглал





Зураг №3. Хүзүүний задарсан хавдар

ХЭЛЦЭМЖ

Анапластик бамбайн хорт хавдар нь нийт хавдрын өвчлөлийн дотроос хамгийн хурдан явцтай, тавилан муутай байдгаараа дэлхий даяар хамгийн аюултай өвчний нэгд тооцогддог. Тус хавдраар өвчлөгсдийн 80 хувь нь оношлогдох үедээ хүзүүний булчирхайн үсэрхийлэл мөн алсын эрхтэний үсэрхийлэлтэй байдаг бөгөөд 5 жилийн амьдрах чадвар 5 хувиас бага, 95 хувь нь оношлогдсоноос хойш 6 сарын дотор амьсгалын замын бөглөрөл, саадын улмаас нас бардаг.

Тус төвийн толгой хүзүүний мэс заслын тасагт хамгийн сүүлийн байдлаар 2019 онд анапластик бамбайн хорт хавдрын тохиолдол илэрч, мэс засал эмчилгээ хийсэн боловч 1 сарын дотор нас барсан байна. Хавдрын шалтгаан Анапластик хорт хавдрын харьцангуй сайн тавиланг тодорхойлох үзүүлэлтийг зарим судалгааны өгүүлэлд оношлогдох үедээ ойролцоох эд эрхтэн рүү нэвчээгүй, 60 –аас доош насны, хүзүүний тунгалагийн булчирхай болон алсын эрхтэний үсэрхийлэлгүй байх хэмээн бичсэн байдаг бол, зарим өгүүлэлд зөвхөн 60 наснаас доош настай байх нь сайн тавиланг илтгэнэ хэмээн тэмдэглэсэн байна.[4] Энэхүү тохиолдолд сайн тавиланг тодорхойлох үзүүлэлт байхгүй ч өвчтөн одоог хүртэл амьд байна.

Эмчилгээний менежментийн хувьд 1990 он хүртэл жижиг хэмжээний хавдрын үед мэс засал, хавдрын хэмжээ том, мэс заслаар бүрэн авагдах боломжгүй ч

алсын эрхтэний үсэрхийлэлгүй үед зайн туяа эмчилгээ, алсын эрхтэний үсэрхийлэлтэй үед хими, туяа эмчилгээ зэрэг эмчилгээний тактикийн баримталдаг байсан бол сүүлийн 20 жилд бай эм, шугаман хурдасгуур туяа эмчилгээ, стериотактик туяа эмчилгээ хийгдэж байна.[5] Хавдрыг мэс заслаар бүрэн авах нь эмчилгээний хамгийн төгс арга болдог байна. Дээрх тохиолдолд хими, туяа эмчилгээ заалттай байсан ч өвчтөний зүрх бөөрний үйл ажиллагааны алдагдлын улмаас эмчилгээ хийх эсрэг заалт үүссэнээр хөнгөвчлөх эмчилгээнд шилжүүлсэн юм.

Анапластик хавдрын үед өвөрмөц тохиолддог эмнэлзүйн шинж нь үрэвслийн шалтгаангүйгээр цагаан эсийн тоо хурдацтайгаар нэмэгдэж 70,000 –д хүрдэг нь интерлейкин-1 ихээр ялгардагтай холбоотой байна.[6] Анапластик хавдрыг бамбайн хавтгай хучуур эсийн өмөн, лимфома, саркома, ялгарал муутай хавдраас тус тус заавал ялган оношлох ба PAX, P63,TTF1, CEA, Vimentin, Ki67 зэрэг иммуногистохимийн урвалж бодисыг ашигладаг.[7]

ДҮГНЭЛТ

Бамбай булчирхайн анапластик хорт хавдрын тохиолдол хэдий ховор ч ихэвчлэн хожуу шатандаа оношлогддог, тавилан муу, нас баралт өндөр байдгыг үндэслэн орон нутгийн эрт илрүүлгийн тогтолцоог сайжруулах шаардлагатай. Манай улсын хувьд бай эм, шугаман хурдасгуур туяа эмчилгээ зэрэг эмчилгээний дэвшилт гарч байгаа боловч тусламж үйлчилгээний хүлээгдэл, эрүүл мэндийн даатгалын системтэй холбоотой зарим нэг асуудлууд ховор тохиолддог хурдан явцтай хорт хавдрыг эмчлэхэд хязгаарлагдмал байдалтай байна. Мөн түүнчлэн мэс засал хийхээс өмнө заавал эд эсийн шинжилгээ хийх нь дараагийн шатны оношилгоо, эмчилгээг хурдасгах чухал алхам болж байна.

НОМ ЗҮЙ

1. Smallridge RC, Ain KB, Asa SL, et al. 2012 American Thyroid Association guidelines for management of patients with anaplastic thyroid cancer. Thyroid 22:1104–1139.
2. Lim H, Devesa SS, Sosa JA, et al. 2017 Trends in thyroid cancer incidence and mortality in the United States, 1974– 2013. JAMA 317:1338–1348.
3. Smallridge RC, Copland JA 2010 Anaplastic thyroid carcinoma: pathogenesis and emerging therapies. Clin Oncol 22:486–497.
4. Passler C, Scheuba C, Prager G, et al. 1999 Anaplastic (undifferentiated) thyroid carcinoma (ATC). A retrospective analysis. Langenbecks Arch Surg 384:284–293.
5. Dijkstra B, Prichard RS, Lee A, et al. 2007 Changing patterns of thyroid carcinoma. Ir J Med Sci 176:87–90.
6. Atkins D, Best D, Briss PA, et al. 2004 Grading quality of evidence and strength of recommendations. BMJ 328: 1490–1494. 7. Andrews JC
7. Munich Cancer Registry. Survival ICD-10 C73: Anaplastic thyroid ca. [Internet]. 2022 [updated 2022 Apr 15; cited 2022 Jun 1]

MADELUNG’ ӨВЧНИЙ ҮЕИЙН ДҮРСЛЭЛИЙН ӨВӨРМӨЦ ШИНЖ ЧАНАР: ТОХИОЛДЛЫН ТАНИЛЦУУЛГА

А.Дашмаа, Б.Цэрэндорж, М.Тэргэл, Д.Энх-Амгалан
Дүрс оношилгооны тасаг, ХСҮТ
dashmaa.dr11@gmail.com

Abstract

Madelung’s disease, or benign symmetric lipomatosis, is an uncommon disorder that is characterized by massive symmetrical deposits of adipose tissue in the upper trunk, neck and head, and is usually associated with alcohol abuse; as such, patients usually complain of cosmetic issues.

Historically, Madelung’s disease is usually occured in men between 30 and 60 years of age. In this case study, we describe a rare case of Madelung’s disease, in a Mongolian patient who presented with symmetrically located bilateral masses in the anterior neck, which grew progressively larger over a period of three years.

Түлхүүр үг: Madelung’s disease; хоргүй тэгш хэмт өөхний хуримтлал; архины хэрэглээ; Компьютер томографи (CT)

ОРШИЛ

Madelung-н өвчин буюу хоргүй тэгш хэмтэй, липоматоз нь гол төлөв их бие, хүзүү, толгойн дээд хэсгийг хамарсан их хэмжээний тэгш хэмтэй өөхөн эдийн хуримтлалаар илэрдэг ховор эмгэг юм.[1] Энэ өвчин нь ихэвчлэн Газар дундын тэнгисийн гаралтай, 30-60 насны, архи хэтрүүлэн хэрэглэдэг эрэгтэйчүүдэд тохиолддог бөгөөд гоо зүйн талаас зохимжгүйгээс гадна залгих үйл ажиллагаа, толгой эргүүлэх хөдөлгөөн хүндрэлтэй байдаг бөгөөд хүзүүгээр өвдөх болон амьсгаадах, голтын эрхтнүүдийн үйл ажиллагаатай холбоотой шинж тэмдэг илэрдэг.[2]

Ихэнхи өвчтөнүүдэд элэгний хатуурал, элэгний өөхөн эдийн хуримлал зэрэг элэгний эмгэгээр илэрдэг.[3]

Манай орны хувьд Madelung-н өвчинтэй холбоотой CT ба MRI-ийн дүрслэлийн талаар мэдээлэл хараахан олдоогүй ба бид сүүлийн 3 жилийн хугацаанд аажмаар хүзүүний өмнөд болон арын хэсэг томорсон, тэгш хэмт байрлалтай хоёр талын масс өөрчлөлттэй өвчтөний тохиолдлыг танилцуулж байна. Энэхүү тохиолдол мэс заслын болон дүрс оношилгоо, эмнэлзүйн хувьд батлагдсан болно.

ТОХИОЛДОЛЫН ТАНИЛЦУУЛГА

58 настай эрэгтэй сүүлийн 3 жилийн хугацаанд хүзүүний хоёр талын өмнөд болон арын хэсэгт аажмаар томорсон гэх овгор масс өөрчлөлттэй ирсэн. Өвчтөний асуумжаас 20 жилийн хугацаанд согтууруулах ундаа хэтрүүлэн хэрэглэдэг байсан бөгөөд ямар нэгэн эмийн бодис хэрэглэдэггүй, энэ оны 8 сард Бөөрний аяганцар тэвшинцэрийн цочмог үрэвсэл оношоор хэвтэн эмчлүүлсэн, бусад асуумжид онцын өөрчлөлтгүй байсан.

Эмнэлзүйн зовиураас хүзүүнд овгор зүйл гарч томорно, баруун гар дагаж өвдөнө гэсэн өгүүлэмжтэй. Эмнэлэгт хэвтэхэд түүний өндөр 155 см, жин нь 68.8 кг (BMI = 28.6, таргалалт) байв. Бодит үзлэгээр хүзүү ба их биеийн өмнөд хэсэгт хатуу том хэмжээний тэгш хэмтэй овгор зүйл тэмтрэгдэх ба системийн хавангийн шинж тэмдэг илрээгүй (Зураг 1 хагалгааны дараах өөрчлөлт багассан зураг).

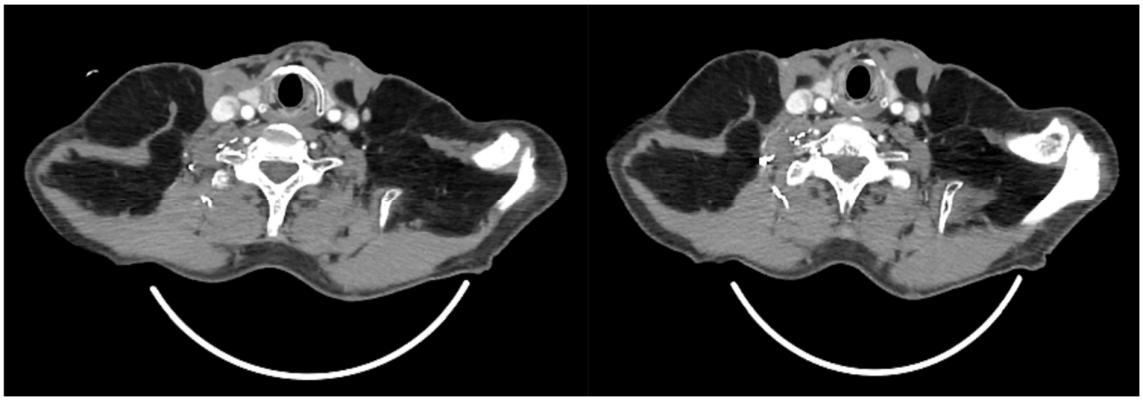
Цээж, хэвлийн хэсэгт эмзэглэл, тэмтрэгдэх өөрчлөлтгүй. Өвчтөнд өөр мэдрэлийн эмгэг илрээгүй. Түүний лабораторийн шинжилгээний үр дүнд цусны цагаан эсийн хэмжээ (WBC) 6.87x10^3/uL (хэвийн; 3.0-12.0x10^{3}uL), аминотрансфераза (AST) 15.4IU/л (хэвийн;10-41 IU/L)

ба аланин трансфераза (ALT) 10 IU/L (хэвийн; 0-41 IU L); хэвийн байв.

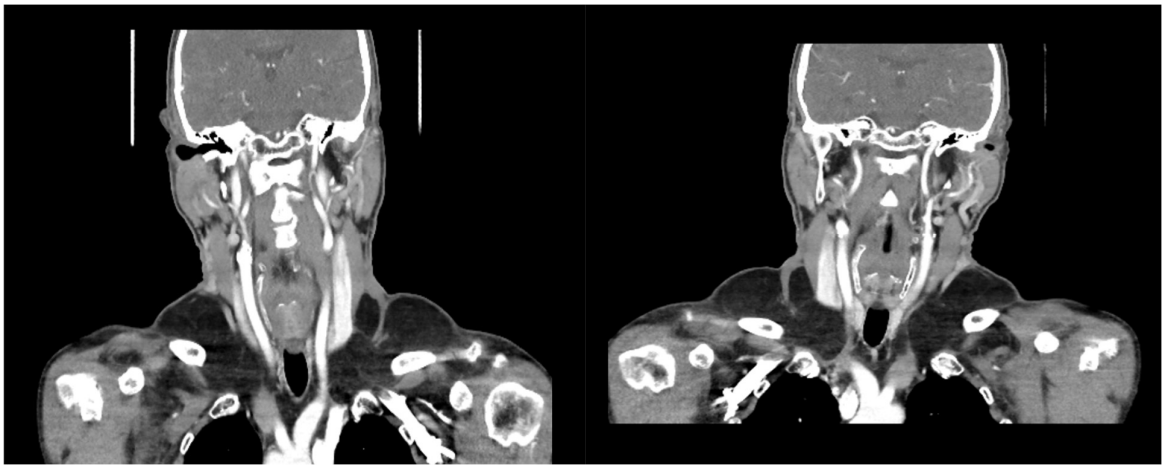
Бусад лабораторийн мэдээлэл өөрчлөлтгүй байв. Өвчтөний гадаад төрх нь том тэгш хэмтэй мөртэй, өмнөд хэсэгт овойсон өөрчлөлт хоёр талын supraclavicular түвшинд харагдаж байсан ба мэс заслын өмнөх зураг хавсаргагдаагүй болно. (Зураг 1)



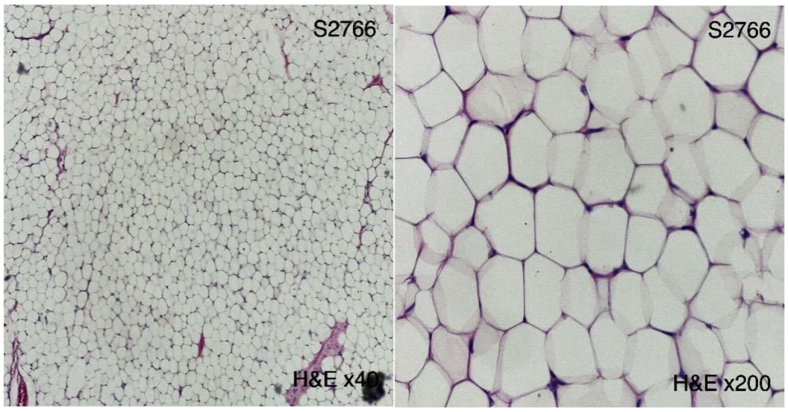
Зураг 1. Өвчтөний гадна харагдах байдал: *Мэс заслын дараах хоёр талын supraclavicular түвшний овгор өөрчлөлт засагдсан зураг.*



Зураг 2. Аксиал тэнхлэгийн КТ зураг: *Хоёр талын supraclavicular хэсгийг хамарсан, арьсан доорх өөхний давхаргад байрлах тэгш хэмт гиподенсив өөрчлөлт*



Зураг 3. Корональ тэнхлэгийн КТ зураг: *Уг өвөрчлөлт нь арьсан доорх өвхний хэвийн давхаргатай хиллэж байрласан, өвхний эдийн нягтрал ижил нягтралтай, зэргэлдээх бүтцүүдийг шахсан дүрслэлтэй харагдана.*



Зураг 4. *Гематоксилин ба эозин × 40, ×200) тархмал хэвийн өвхний эдийн пролифераци*

Уг өвчтөний 2022.07.26-ны КТ-ийн шинжилгээнд хүзүү болон цээжний өмнөд дээд хэсэгт хоёр талын supraclavicular түвшинг түлхүү хамарсан, арьсан доорх өөхөн эдийн давхаргад байрлалтай тархмал гиподенсив өөхний нягтралтай өөрчлөлт тодорхойлогдоно.

Эдгээр өөрчлөлт нь зэргэлдээ хэвийн өөхний эдтэй ижил нягтралтай, арьсан доорх өөхөн эдийн хэвийн давхаргаас тусгаарлагдаагүй, мөн тухайн масс өөрчлөлтийн дотор нягтрал ихэссэн шингээлт авсан өөрчлөлтгүй ба зөвхөн хэвийн судасны бүтэц болон өнгөц фасци уг өөрчлөлтийн дотор дайран өнгөрч байсан.

Мөн зэргэлдээх хэвийн бүтцүүдийг түлхэхээс гадна гадагшаа түрж ургах хандлагатай, зах хүрээ болон капсулгүй, тархмал арьсан доорх өөхний тэлэгдэл шиг харагдаж байсан.

Энэхүү өөрчлөлт нь гоо сайхны асуудлаас болон эмнэлзүйн зовиурын улмаас уг өөрчлөлтийг мэс заслын аргаар тайруулсан. Микроскопийн хувьд өөрчлөлт нь хэвийн өөхний эд харагдсан ба, хорт өөрчлөлт болон atypical spindle cells тодорхойлогдоогүй, липома гэж оношлогдсон юм. Бид Madelung-н өвчнийг клиник, КТ-ийн өвөрмөц шинжид үндэслэн таамагласан ба мэс заслын дараах эмгэг судлалын шинжилгээгээр батлагдсан болно.

ХЭЛЦЭМЖ

Madelung-н өвчнийг анх 1846 онд илрүүлсэн ба Отто Маделунг 1888 онд энэ өвчтэй хэд хэдэн өвчтөнүүдийн талаар мэдээлсэн байна.[4] Энэхүү өвчин нь их биеийн дээд хэсэгт хүзүү ба толгойн хэсэгт өөхний эдийн тэгш хэмтэй хуримтлал их хэмжээгээр үүсдэг. Түүхэнд Madelung-н өвчин ихэвчлэн эрэгтэйчүүдэд тохиолддог байсан (эрэгтэй, эмэгтэй хүний харьцаа = 15:1) ба 30-аас 60 насны хооронд Газар дундын тэнгисийн хүн амын дунд илүү тархсан байдаг.[5] Хэдийгээр түүний эмгэг физиологи нь тодорхойгүй хэвээр байгаа ч согтууруулах ундаа хэтрүүлэн хэрэглэх ялангуяа улаан дарсны хэрэглээтэй холбоотой байсан ч манай өвчтөнд дарсны хэрэглээтэй холбоотой түүх байгаагүй. Нэг судалгаагаар есөн өвчтөнөөс зөвхөн хоёр нь архи хэтрүүлэн хэрэглэхтэй холбоотой байсан тухай

дурьджээ.[6] Мөн Madelung-н өвчин нь катехоламинаас үүдэлтэй хэсэг газрын липолиз байж болно гэж үзэж байна.[7] Өөр хэд хэдэн судалгаагаар зарим өвчтөнд mtDNA –н делецийн үйл ажиллагаааны алдагдлын улмаас митохондрийн амьсгалын гинжин урвалын гажиг байж болно гэж тэмдэглэгджээ.[8,9]

Madelung-н өвчин нь хоёр эмнэлзүйн фенотиптэй байдаг. I төрөл нь эрэгтэй хүйсийг хамарсан, хүзүү, supracalvicular, deltoid хэсэгт өөхөн эдийн хуримтлал үүсэх ба II хэлбэрийн хувьд 2 хүйсд тохиолдон биеийн ихэнх хэсгийг хамарч ялангуяа өгзөг гуяны хэсгийг хамарсан өөхөн эдийн хуримтлал үүсдэг байна. Манай өвчтөн I хэлбэрийн эмнэлзүйн фенотип байх боломжтой байсан. Хэдийгээр Madelung-н өвчин Азийн хүн амын дунд ховор тохиолддог боловч үүнийг зөв оношлох нь тийм ч хэцүү биш, учир нь эмнэлзүйн түүх, ялангуяа холбоотой архины хэрэглээтэй холбоотой асуумж болон КТ болон MRI шинжилгээгээр тэгш хэмтэй өөхөн эдийн хуримтлал арьсан дор тодорхойлогддог байна.

Манай тохиолдлын хувьд 20 жилийн турш архины өндөр хэрэглээтэй байсан авч элэгний үйл ажиллагааны үзүүлэлт хэвийн байсан нь анхаарал татаж байсан юм. КТ шинжилгээг мэс заслын өмнө зайлшгүй хийгдэх бөгөөд өөхөн эдийн тархалт болон байрлал мөн толгой ба хүзүүний гол судаснууд, цагаан мөгөөрсөн хоолой, улаан хоолой зэрэг зэргэлдээх бүтцүүдийг шахсан түвшин зэрэгт үнэлгээ өгөх мөн энэхүү өвчнийг бусад зөөлөн эдийн хавдраас ялган оношлох нэн ач холбогдолтой байна.[10]

Madelung-н өвчний эмчилгээнд архинаас татгалзах болон мэс заслын эмчилгээ, lipectomy болон liposuction эмчилгээ хийгддэг бөгөөд архины хэрэглээ буурсны дараа липоматозын хэмжээ бага зэрэг буурсан байдаг байна.[11] Мэс заслын эмчилгээ нь амьсгалын замын амьсгаадалт болон амьсгал давчдах зэрэг шинж тэмдгийг арилгах зорилготой. Учир нь Madelung-н өвчний өөхний хуримтлал нь капсулгүй, эргэн тойрны булчин болон судасны бүтцэд нэвчих хандлагатай байдаг учраас бүрэн тайрахад хэцүү бөгөөд дахилтын хувь өндөр байна.[3] Хэдийгээр Маделунгийн өвчин нь дүрслэлийн онцлог шинж чанартай байдаг боловч гэр бүлийн олон липоматоз (FML) өвчнөөс ялган оношлох шаардагатай байдаг. Эмнэлзүйн хувьд FML нь салангид липомоор тодорхойлогддог, мөчид давамгайлдаг бөгөөд ерөнхийдөө хүзүү болон мөрөнд бага тохиолддог ихэнхдээ удамшлын шинж чанартай байна.[12]

Эцэст нь дүгнэхэд Азийн хүн амын дунд ховор тохиолддог, 2 талд тархмал тэгш хэмтэй, supraclavicular хэсгийг хамарсан, өөхөн эдийн хуримтлал бүхий өвөрмөц тохиолдол ба энэ өвчин нь харьцангуй хурдан явцтай, заримдаа урьдчилан таамаглах боломжгүй төлөв байдалтай байдаг тул зөв оношлох шаардлагатай цаашид зөвхөн гоо зүйн шалтгаанаар төдийгүй үйл ажиллагааны болон заримдаа амь насанд аюултай үр дагаварт хүргэдэг тул анхаарч үзэх нь зайлшгүй шаардлагатай болно.

НОМ ЗҮЙ

1. Bulum T, Duvnjak L, Car N, Metelko Z. Madelung's disease: case report and review of the literature. Diabetologia Croatica 2007;36:25-30
2. Milisavljevic D, Zivic M, Radovanovic Z, Stankovic P. Severe dyspnea as atypical presenting symptom of Madelung's disease. Hippokratia 2010;14:133-135
3. Brea-Garcia B, Cameselle-Teijeiro J, Couto-Gonzalez I, Taboada-Suarez A, Gonzalez-Alvarez E. Madelung's disease: comorbidities, fatty mass distribution, and response to treatment of 22 patients. Aesthetic Plast Surg 2013;37:409-416
4. Landis MS, Etemad-Rezai R, Shetty K, Goldszmidt M. Case 143: Madelung disease. Radiology 2009;250:951-954
5. Ruzicka T, Vieluf D, Landthaler M, Braun-Falco O. Benign symmetric lipomatosis Launois-Bensaude. Report of ten cases and review of the literature. J Am Acad Dermatol 1987;17:663-674
6. Becker-Wegerich P, Steuber M, Olbrisch R, Ruzicka , Auburger G, Hofhaus G. Defects of mitochondrial respiratory chain in multiple symmetric lipomatosis. Arch Dermatol Res 1998;290:652-655
7. Yeh NC, Yang CY, Chou CW, Yen FC, Lee SY, Tien KJ. Madelung's disease. J Clin Endocrinol Metab 2012;97:3012- 3013
8. Klopstock T, Naumann M, Schalke B, et al. Multiple symmetric lipomatosis: abnormalities in complex IV and multiple deletions in mitochondrial DNA. Neurology 1994;44:862-866
9. Berkovic SF, Andermann F, Shoubridge EA, et al. Mitochondrial dysfunction in multiple symmetrical lipomatosis. Ann Neurol 1991;29:566-569
10. Zhang XY, Li NY, Xiao WL. Madelung disease: manifestations of CT and MR imaging. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2008;105:e57-64
11. Smith PD, Stadelmann WK, Wassermann RJ, Kearney RE. Benign symmetric lipomatosis (Madelung's disease). Ann Plast Surg 1998;41:671-673
12. Gologorsky Y, Gologorsky D, Yarygina AS, Surti U, Zirwas MJ. Familial multiple lipomatosis: report of a new familCutis 2007;79:227-232

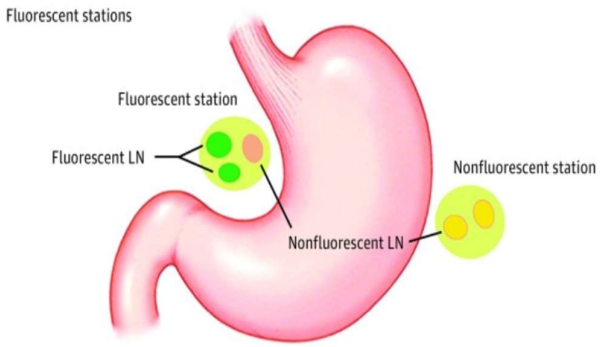
ФЛЮРЕСЦЕНТ АШИГЛАН ДУРАНГИЙН АРГААР ХОДООДНЫ ГАРАХ ХЭСГИЙН ХОРТ ХАВДРЫГ ТАЙРАН, Д2 БУЛЧИРХАЙ ТҮҮЛТ ХИЙСЭН ТОХИОЛДЛЫН ТАНИЛЦУУЛГА

Бат-Оргил.Ч, Халиунаа.Б, Ганбаатар.Р, Саруулбаяр.О, Жаргалсайхан.Д, Баттулга.П[2], Эрдэнэ-Очир.Я, Эрхэмбаяр.Э, Чинзориг.М, Баатархуяг.О, Баямурат.Д, Эрдэнэбулган.Б, Базарбидрэн.Б, Баярбат[3]
[1]Ерөнхий мэс заслын тасаг, ХСҮТ
[2]АШУҮИС, Япон-Монголын эмнэлэг
[3]Мэс заслын тасаг, Орхон аймгийн Нэгдсэн эмнэлэг
haku.uuka@gmail.com

ТОДОРХОЙЛОЛТ

Мэс засал эмчилгээ нь ходоодны хорт хавдрын гол эмчилгээ юм.

Ходоодны хорт хавдрын төгс мэс засал нь алсын үсэрхийлэлгүй өвчтөний ходоодыг хавдраас чөлөөтэй тайралт хийх, харуул булчирхай түүх мэс засал хийгддэг бол хожуу шатны хавдрын үед Д-2 (ходоодыг тэжээдэг үндсэн судасны орчмын бүх булчирхайг түүх) түвшний булчирхай түүлт хийх шаардлагатай байдаг, харин эрт үеийн хавдрын үед Д1+ буюу Д2с бага түвшний буюу ходоод орчмын булчирхай түүх мэс засал хийх заалттай байдаг.



Мэс заслын дараах өвчтөний амьдралын хугацааг уртасгахын тулд хавдрын үе шатнаас хамаарсан хангалттай булчирхай түүлт хийх шаардлагатай. TNM үнэлгээний системээр, булчирхайн ангилал нь нийт түүгдсэн булчирхай нь 15-аас дээш байх тохиолдолд л үндэслэлтэй байдаг.

Үүнээс үзэхэд, авсан хавдрын эдээс түүсэн булчирхайн тоо нь булчирхайн үе шатны буюу N ангилалаар ангилахад маш чухал юм. Ходоодны хавдрын мэс заслын дараа хангалтгүй тооны булчирхай түүх нь өвчтөний амьдрах хугацааг бууруулдаг.

Орчин үед нэвтэрсэн арга буюу хавдар орчим индиоцианин ногоон флюресцент бодис тарьснаар мэс заслын эмчид хавдрын лимфийн анатомийг бүрэн тодорхойлоход тусалдаг.

Дээрх бодис нь маш бага хэмжээгээр хэрэглэсэн ч мэдрэг чанар өндөр бөгөөд богино хугацаанд лимфийн урсгалыг тодорхойлон, бүх булчирхайг ялгахад дөхөм болдог.

Бид доорхи тохиолдолд, мэс заслаас 12 цагийн өмнө ходоодны дурангаар хавдрын 4 талд тохиромжтой хэмжээгээр тарин, ходоодны гарах хэсгийг тайрах мэс заслын үед флюресцентийн тусламжтайгаар булчирхай түүлт хийх, ходоодны тайрах талбайг үнэлэх мөн мэс заслын дараа ходоод-гэдэсний Билрот II залгалтын ходоод-гэдэсний цусан хангамжийг үнэлэх мэс засал хийсэн.

ТОХИОЛДЛЫН ТАНИЛЦУУЛГА

Өвчтөн, 44 эрэгтэй,

DS: Cancer of gastric antrum, regional LN mts, cT3N1Mx st IIIa оношоор ХСҮТ-ийн Ерөнхий мэс заслын тасагт хэвтэн, төлөвлөгөөт журмаар мэс заслын эмчилгээ хийлгэсэн.

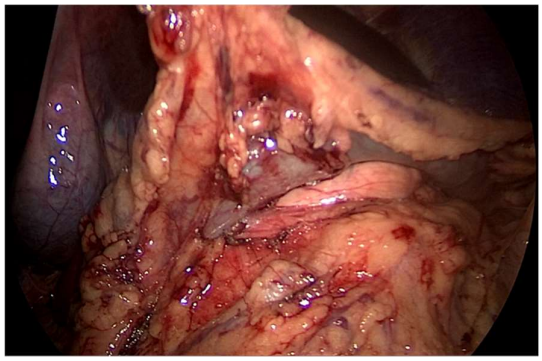
Operation: Fluorescence guided laparoscopic assisted distal gastrectomy by Billroth II with D2 LND мэс засал хийгдсэн.

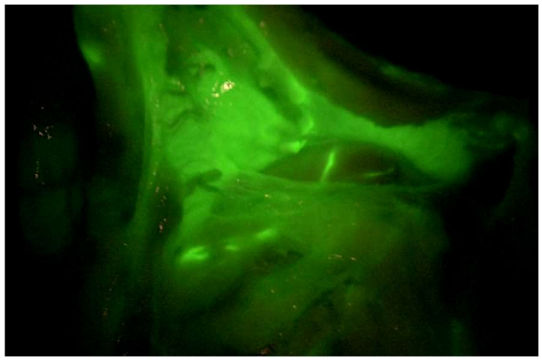
Мэс заслаас 12 цагийн өмнө индиоцианин ногоон бодисыг эндоскопоор ходоодны гарах хэсгийн хавдрын 4-н талд тарьсан.

Мэс заслын үргэлжилсэн хугацаа-200мин. Мэс заслын үеийн алдсан цусны хэмжээ-150мл. Мэс заслын баг-Ч.Бат-Оргил, Б.Халиунаа, Д.Саруулбаяр. Мэс заслын үед болон дараа гарсан хүндрэлгүй, өвчтөн мэс заслын дараах 8 дахь хоногт эмнэлгээс гарсан.

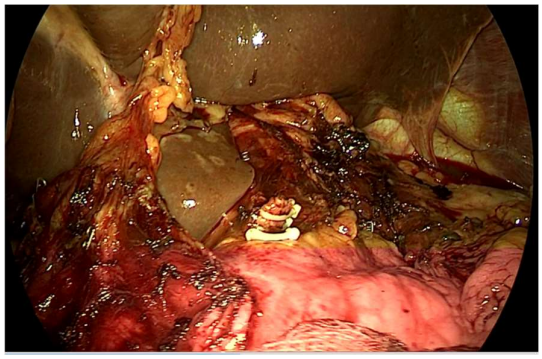
Мэс заслын дараах эдийн шинжилгээний хариу: DS: Advanced cancer of gastric antrum pT2N2Mx

Зураг 1: Флюресцент бодис ходоод орчмын булчирхайд тодрол өгч буй байдал. Флюресцентээр тодорсон булчирхай нь тусгай камераар ногоон өнгийн тодрол өгч харагддаг.



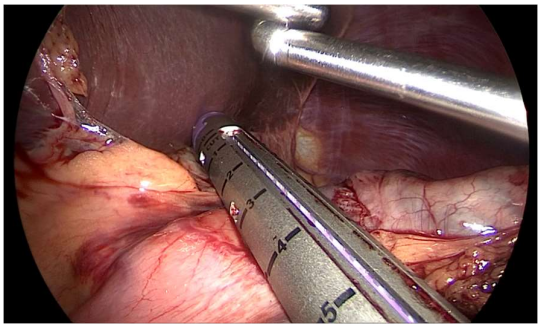


Зураг 2: Ходоодны орчмын харуул булчирхайн флюресцент бодисоор тодорч буй байдал

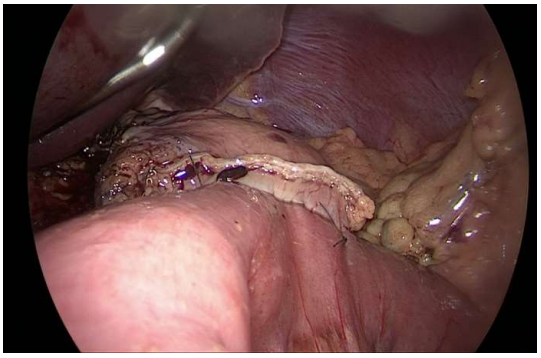


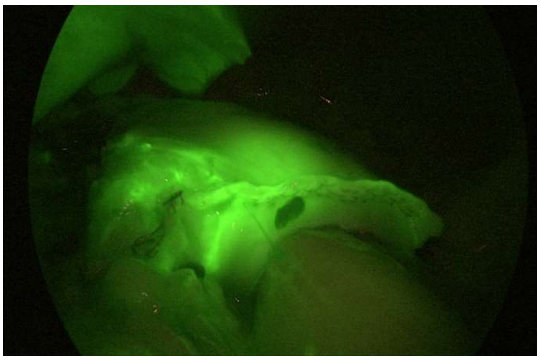


Зураг 3-4: 9, 11р бүлгийн булчирхайн флюресцент бодисоор тодорч буй байдал



Зураг 5: Ходоодны гарах хэсгийг оёгч аппаратаар тайрч буй байдал





Зураг 6-7: Ходоодны гарах хэсгийг тайрах Билрот 2 мэс заслын дараах ходоод гэдэсний залгалтын цусан хангамжийг үнэлэх нь

ХЭЛЦЭМЖ

Ходоодны хавдрын үе флюресцент лимфографийг мэс заслаас 1 өдрийн өмнө дурангаар хавдрын орчимд тарих нь хавдрын тунгалгийн урсгалыг тодруулснаар, мэс заслын үеийн булчирхай түүх үр дүнг нэмэгдүүлж байна. Флюресцентгүй мэс засалтай харьцуулахад түүх булчирхайн тоо нь харьцангуй их байна. Бид ходоодны тунгалгийн урсгалын анатомийн дагуу булчирхай түүлт хийдэг хэдий ч флюресцент хэрэглэснээр их хэмжээний өөхний эд дунд байрлаж байгаа хавдрын булчирхайг ч илрүүлэн, энгийн нүдээр харах боломжгүй булчирхайг түүх боломж бүрддэг. Мөн мэс заслын

үед тунгалгийн урсгалыг бүрэн үнэлснээр тунгалгийн судасны гэмтлээс сэргийлэн, хавдрын эсийн хэвлийд тархахаас сэргийлэх онкологийн ач холбогдолтой. Мөн түүнчлэн мэс заслын үеийн тайралтын цар хүрээг шийдэх, мэс заслын залгалт хийсний дараа цусан хангамжийг үнэлэх зэрэг ач холбогдолтой. Бид цаашид флюресцент ашиглан дурангийн аргаар ходоод тайрах мэс заслын тоог нэмэгдүүлэн, судлах шаардлагатай байна.

НОМ ЗҮЙ

1. Kwon IG, Son T, Kim HI, Hyung WJ. Fluorescent Lymphography-Guided Lymphadenectomy During Robotic Radical Gastrectomy for Gastric Cancer. JAMA Surg. 2019 Feb 1;154(2):150-158. doi: 10.1001/jamasurg.2018.4267. PMID: 30427990; PMCID: PMC6439673.
2. Narihiro S, Yoshida M, Ohdaira H, Takeuchi H, Kamada T, Marukuchi R, Suzuki N, Hoshimoto S, Sato T, Suzuki Y. Near-infrared fluorescent clip guided gastrectomy: Report of 2 cases (Case reports). Ann Med Surg (Lond). 2020 May 11;55:49-52. doi: 10.1016/j.amsu.2020.04.026. PMID: 32461802; PMCID: PMC7240282.
3. WJ Hyung, MD, PhD Fluorescence-guided gastric surgery | WebSurg, the online university of IRCAD
4. Doden K, Watanabe T, Yoshimura T, Shibata S, Yamagishi Y, Kimura K, Iwaki Y, Kawaguchi M, Kato H, Inaki N. Indocyanine green fluorescence imaging-guided laparoscopy-assisted distal gastrectomy for early gastric cancer in a patient with situs inversus totalis: A case report with video. Asian J Endosc Surg. 2022 Jul 7. doi: 10.1111/ases.13105. Epub ahead of print. PMID: 35799403.
5. Nimura H., Narimiya N., Mitsumori N., Yamazaki Y., Yanaga K., Urashima M. Infrared ray electronic endoscopy combined with indocyanine green injection for detection of sentinel nodes of patients with gastric cancer. *Br. J. Surg.* 2004;91:575–579

ЭЛЭГ ШИЛЖҮҮЛЭН СУУЛГАХ МЭС ЗАСЛЫН ДАРААХ ЭРТ ҮЕИЙН ЭЛЭГНИЙ АРТЕРИЙН ТРОМБОЗ: ТОХИОЛДЛЫН ТАНИЛЦУУЛГА

Б.Энхжаргал[1], М.Солонго[1], С.Сувд[1], Т.Батбилэг[2], Н.Оюунчимэг[2], Т.Хулан[2]
[1]Эрчимт эмчилгээний тасаг, Хавдар судлалын үндэсний төв
[2]Хагалгаа мэдээгүйжүүлгийн нэгдсэн тасаг, Хавдар судлалын үндэсний төв
enkhjargalb0511@gmail.com

Тойм

Үндэслэл: Элэг шилжүүлэн суулгах мэс заслын дараах хамгийн ноцтой судасны хүндрэл нь элэгний артерийн тромбоз (ЭАТ) бөгөөд хамгийн түгээмэл илрэл нь элэгний үйл ажиллагааны ферментүүдийн өсөлт юм. Иймээс элэгний артерийн тромбозыг оношилж, цаг алдалгүй арга хэмжээ авах шаардлагатай.

ТОХИОЛДЛЫН ТАНИЛЦУУЛГА:

Энэ тохиолдлын тайланд бид элэг шилжүүлэн суулгах хагалгааг амжилттай хийлгэж, улмаар мэс заслын дараах 6 дахь хоногт элэгний артерийн тромбоз болсон элэгний B, D вирусийн шалтгаант элэгний хатууралтай, эрт үеийн хавдар оношлогдсон 48 настай эмэгтэйд элэг шилжүүлэн суулгах мэс засал орсон тохиолдлыг танилцуулж байна. Үүнээс хамгийн чухал нь элэгний артерийн тромбоз юм. Бид давтан мэс засалд орж, тромб бүхий хэсэг газарт алтеплаза 5мг-аар хийсний дараагаар дахин судасжилт хийсэн. Хяналтын доплер шинжилгээнд элэгний баруун болон зүүн артерийн урсгал тодорхойлогдож байсан.

Дүгнэлт: Элэг шилжүүлэн суулгах мэс засал хийлгэсний дараа элэгний артерийн тромбозыг эрт илрүүлж, хүндрэлээс урьдчилан сэргийлэхэд анхаарах хэрэгтэй. Оношийг тогтоосны дараа ангиограмм хийх, дахин судасжуулах, шилжүүлэн суулгах зэрэг яаралтай арга хэмжээ авах шаардлагатай.

Түлхүүр үг: Элэг шилжүүлэн суулгах мэс засал, элэгний артерийн тромбоз, дахин судасжилт

Үндэслэл

Элэг шилжүүлэн суулгах мэс заслын дараа эрт болон хожуу үеийн хүндрэлүүд тохиолддог ба эрт үеийн хүндрэлд суулгасан элэгний үйл ажиллагааны алдагдал, ховхрол, мэс заслын техниктэй холбоотой хүндрэлүүд, халдварууд ба эрхтэн системийн талаас гарах бусад хүндрэлүүд багтдаг.[1]

Элэг шилжүүлэн суулгах мэс заслын дараах судасны хүндрэлүүдийн нэг нь элэгний артерийн тромбоз юм. Элэг шилжүүлэн суулгасны дараах эхний 21 хоногт элэгний артерийн тромбоз оношлогдох нь эрт үеийн (ЭҮЭАТ), элэг шилжүүлэн суулгаснаас хойш 21 хоногийн дараа оношлогдсон тохиолдолд элэгний артерийн хожуу үеийн тромбоз

(ХҮЭАТ) гэж ангилдаг. ХҮЭАТ нь коллатериал артерийн судасжилтын улмаас эмнэлзүйн хувьд илүү далд явцтай байдаг. Элэгний артерийн тромбоз нь нийт тохиолдлын 2%-9%, амьд донороос элэг шилжүүлэн суулгах мэс заслын дараа 0-10% хүртэл тохиолддог байна.[2]

Эрт үеийн ЭАТ-ын нас баралтын түвшин 33.3% байна.[4] ЭАТ-ийг үүсэхэд нөлөөлдөг хэд хэдэн эрсдэлт хүчин зүйлийг тодорхойлсон байдаг. Үүнд гиперкоагуляцийн байдал, V-р хүчин зүйлийн буюу Лейдений мутац, цитомегаловирусийн халдвар, ABO үл нийцэл, мэс заслын болон хүйтэн ишемийн хугацаа урт байх, цочмог ховхрол, мэс засалчийн техник, артерийн диаметрийн зөрүү, артерийн анастомозын тоо, цус цусан бүтээгдэхүүний сэлбэлт зэрэг байдаг.(4-7)

ТОХИОЛДЛЫН ТАНИЛЦУУЛГА

Өвчтөн 48 настай эмэгтэй, архаг гепатит B, D-ийн хоёрдогч элэгний хатууралтай, эрт үеийн элэгний хавдартай. Өмнө хэвлийн чинэрсэн асцит суллах ажилбарт орж байсан. Тэрээр элэг шилжүүлэн суулгахаас өмнө 6 сарын турш Энтекавир 0,5мг уухаар хэрэглэж байсан. Процедурын өмнө HBV ДНХ-ийн идэвхжилийг тодорхойлуулахад идэвхгүй хэлбэрт байсан .

2022/09/15-нд өвчтөнд гепатэктоми, элэг шилжүүлэн суулгах мэс засал хийгдсэн. Хүлээн авагч болон донорын судас, цөсний замын залгаасыг хийхэд гарсан хүндрэлгүй. Хагалгааны явцад ойролцоогоор 9 литр асцитийн шингэн гадагшлуулсан, 3.7 литр цус алдсан. ЦЭДУБ-7 нэгж (1574мл), ЦЭХШС-2 нэгж (400мл), Крио-6 нэгж (90мл) тус тус сэлбэсэн. Элэг шилжүүлэн суулгах мэс заслаас өмнө ШХС-2 нэгж хийсэн, хагалгааны дараа мөн ШХС-2 нэгж хийсэн.

Гепатит B-ийн иммуноглобулиныг (HBIg) удирдамжын дагуу тарьсан. Такролимусын түвшинг хянаж, тунг тохируулсан. Судас тэлэх үйлдэлтэй эмийн бодисуудыг (XPGE1-1200мкг, XPGE1200мкг) тунгаар, антикоагулянт үйлдэлтэй эмийн бодисуудыг (XNAFA5-12мг/ц, Fragmini 120iu/ц, Анти-тромбин III 500мг х 24 цагаар) тус, тус элэгний артерийн тромбозыг оношлох хүртэл шахуургаар үргэлжилж байсан.

Цусны дэлгэрэнгүй, биохими, бүлэгнэлтийн шинжилгээг өдөр бүр давтсан. Доплер хэт авиан шинжилгээгээр шилжүүлэн суулгасан элэг, цусны урсцын байдлыг POD#5 хүртэл тогтмол үнэлсэн.

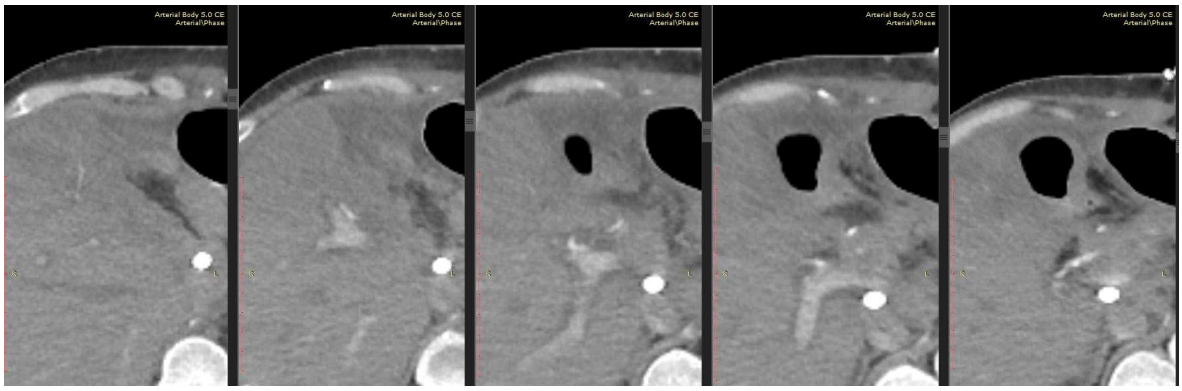
Мэс заслын дараах POD#5 хүртэл өвчтөний шинжилгээний үзүүлэлтүүд харьцангуй засралтай байсан боловч POD#6 өдрөөс ACAT, АЛАТ, СРБ өсч эхэлсэн.

Бид дархлаа дарангуйлах эмчилгээ хийгдэж буйтай холбоотойгоор халдвар сэжиглэж TORCH шинжилгээ авахад IgM хэвийн, IgG-4,6 (0-2au/ml) байсан. POD#7,8 хоногуудад ACAT, АЛАТ, СРБ үргэлжилсэн байдлаар нэмэгдсэн (Хүснэгт 1).

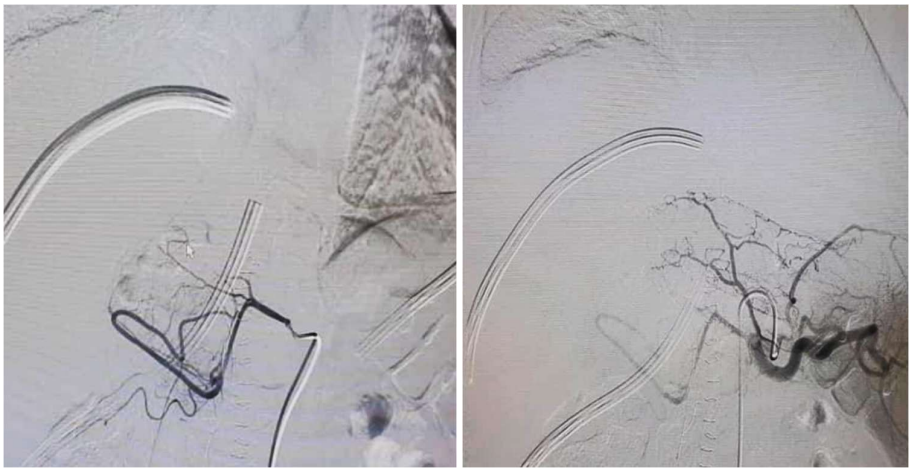
Иймд бид эрт үеийн ховхрол, элэгний артерийн тромб сэжиглэж тодосгогч бодистой хэвлийн КТГ шинжилгээ хийж hepatic artery-н тромбозыг илрүүлсэн (Зураг 1), доплер хэт авиан шинжилгээгээр элэгний доторх артерийн урсгал үнэлэгдэхгүй тул өвчтөнд ангиограммийн ажилбар хийж артерийн судсыг сэтгүүрдэх оролдлого хийсэн (Зураг 2) боловч залгааснаас нааш хүлээн авагч талд тромбоор бөглөрсөн тул элэг шилжүүлэн суулгах багийн гишүүд хуралдаж яаралтай дахин судасны залгаас хийхээр шийдвэрлэсэн. Давтан мэс заслаар тромбоор бөглөрсөн hepatic artery-т Sol.Alteplase 5мг/5мл болусдаж, ходоодны right gastroepiploic artery салааг ялган реанастомоз хийсэн. Элэгний доторх жижиг артериолуудад бүлэн үүссэн байхыг үгүйсгэхгүй тул цус алдалтын үзүүлэлтүүдийг сайтар хянаж Sol.Alteplase 5мг/цагаар үргэлжилсэн байдлаар эхлүүлсэн.

Эмчилгээ 3 дахь цагтаа үргэлжилж байх үеэс өвчтөний хэвлийн хяналтын гуурсуудаар цэвэр цус нийт 1080мл гарсан. Хяналтын цусны дэлгэрэнгүй шинжилгээнд Hgb: 10.4~7.5г/дл болж буурсан тул бүлэн хайлуулах эмчилгээг зогсоож, ижил бүлгийн ЦЭДУБ-ыг Hgb хяналттайгаар нийт 10 нэгжийг сэлбэсэн. XPGE1 96мкг/ц, XNAFA5 12мг/ц, Deltaparin 120IU/ц, Anti-Thrombin III 500U/8 цагаар эхлүүлсэн. Мэс заслын дараах өдрүүдэд цусны багц шинжилгээг 6 цаг тутам давтсан ба элэгний фермент, элэгний үйл ажиллагааны шинжилгээ аажмаар буурч, хэвийн болсон. Доплер хэт авиан шинжилгээгээр элэгний артерийн урсгал чөлөөтэй тодорхойлогдож байсан (Зураг 3). Хэвлийн тодосгогч бодистой КТГ элэгний артерийн салаа саадгүй болсон (Зураг 4).





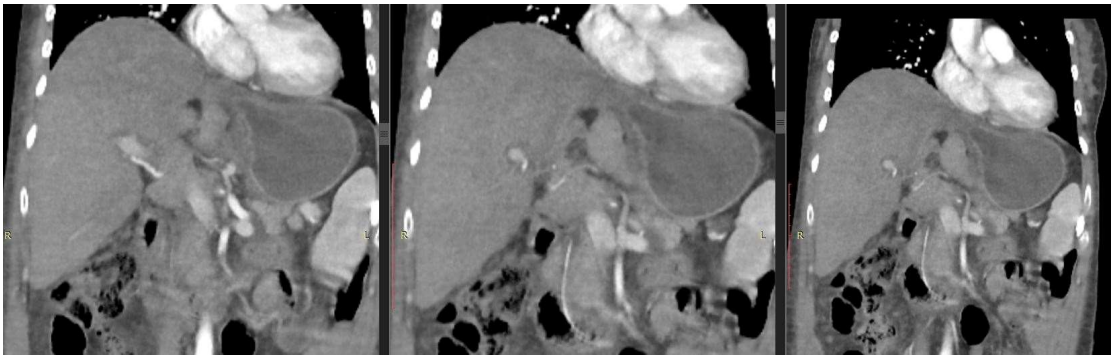
Зураг 1: Хэвлийн тодосгогч бодистой КТГ 2022/09/23 (Celiac artery-ийн салаа болон common hepatic artery-ын урсгал тодорхойлогдох боловч proper hepatic artery-с цааш артерийн цусны урсгал тодорхойлогдохгүй)



Зураг 2: Ангиографи 2022/09/23 (Right gastric artery-с цааш hepatic artery-ын урсгал тодорхойлогдохгүй)



Зураг 3: Доплер 2022/09/24 (Hepatic artery-ын урсгал тодорхойлогдоно Ri: 0.58)



Зураг 4: Хэвлийн тодосгогч бодистой КТГ 2022/09/26
(Celiac artery-с салаалсан common hepatic artery болон proper hepatic artery нь portal vein-н хамтаар элэгний үүдээр саадгүй орж элэгний сегментрүү саадгүй дамжиж байна)

Хүснэгт 1. Өөрчлөлттэй шинжилгээний үзүүлэлтүүд

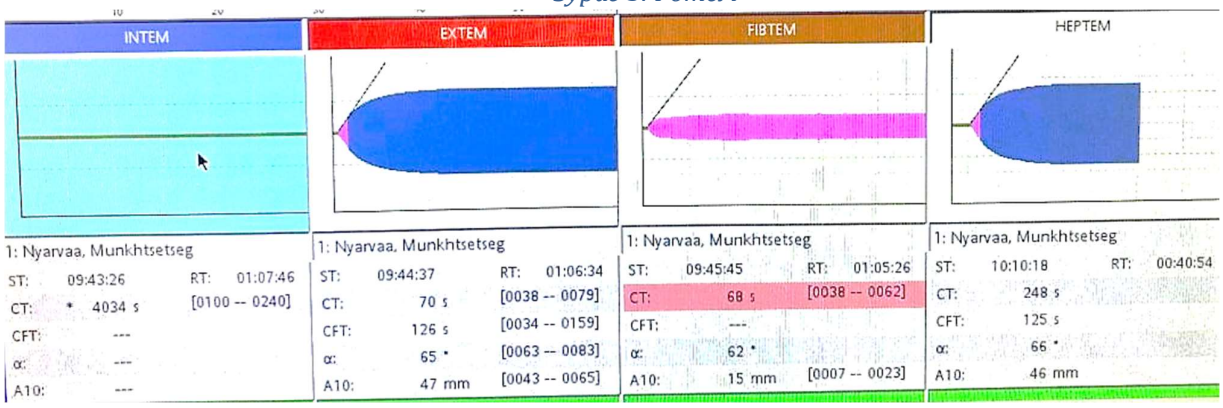
Үзүүлэлт	#1	#2	#3	#4	#5	#6	#7	#8	#9	#10	#11
АСАТ (0-41 нэгж/л)	438	502	299	114	35	181	278	370	180	150	56
АЛАТ (0-41 нэгж/л)	625	793	541	245	167	308	544	688	430	350	203
СРБ (0-5.1мг/л)	38	49	23	15	9	70.5	169	205	124	63	53
Анти-Тромбин (20-150%)		67,7			88,7	71,0	82,0		90		
INR (0.9-1.1)	1.7	1.8	1.5	1.4	1.3	1.5	1.2	1.6	1.6	1.45	1.54
D-dimer (0.1-9 ОУН/мл)		3,0			3,8				10,02		4.48

УР ДҮН

Энэ тохиолдолд элэгний ферментүүдийн гэнэтийн ихсэлт нь эрт үеийн ЭАТ-ийн илрэл байв. Яаралтай эрт оношилж, дахин судасжилтийг цаг алдалгүй хийсэн нь эдийн эргэшгүй өөрчлөлт, түүнтэй холбоотой үүсэх хүндрэлүүдээс сэргийлж чадсан. Бид хэсэг газарт эдийн плазминоген идэвхжүүлэгч хүчин зүйлийг хэрэглэснээр үүссэн байсан тромбыг хайлуулаад зогсохгүй, дахин тромб үүсэх эрсдэлээс урьдчилан сэргийлсэн.

Давтан мэс заслын дараа антикоагулянт эмчилгээг үргэлжилсэн байдлаар шахуургаар хийж , тунгийн тооцоолол, үр дүнг үнэлэх зорилгоор Ротем шинжилгээ хийхэд INTEM: CT-4034s (100-240s), HEPTEM: CT-248s байгаа нь антикоагулянт эмчилгээний тун тохирсон гэж үзсэн (Зураг 5)

Зураг 5: Ротем



ХЭЛЦЭМЖ

Элэг шилжүүлэн суулгасны дараах элэгний артерийн тромбоз нь нас баралтын тэргүүлэх шалтгаан болдог. ЭАТ нь ихэвчлэн мэс заслын дараах эрт үед тохиолддог. ЭАТ-ийн эмнэлзүйн илрэл нь өөр өөр байдаг. Эрт үед шинж тэмдгүүд бага байж болох ба сийвэнгийн аминотрансфераза болон билирубиний түвшин бага зэрэг нэмэгддэг. Шилжүүлэн суулгасны дараа хожуу үед тромбоз үүсч болох бөгөөд энэ нь ихэвчлэн ишемийн шалтгаант цөсний гэмтэлтэй холбоотой байдаг ба холангит, цөсний сувгийн нарийсал, цөс гоожих, элэгний буглаа зэргээр илэрдэг. [8] Энэ тохиолдолд элэгний ферментүүдийн гэнэтийн ихсэлт нь эрт үеийн ЭАТ-ийн илрэл байв.

ЭАТ-д үүсэх нэг хүчин зүйл бол шилжүүлэн суулгах явцад олон удаа цус сэлбэсэн явдал юм. Өвчтөн коагулопатитай байсан тул янз бүрийн цус, цусан бүтээгдэхүүн сэлбэх шаардлагатай болсон. VII хүчин зүйлийн эмчилгээ хийснээр цус алдалтын тохиолдлыг багасгаж, цус сэлбэх хэрэгцээг бууруулж болно. Хагалгааны үед ДУБ/ШХС сэлбэх хэрэгцээ нэмэгдэж байгаа нь ЭАТ-үүсэхтэй холбоотой. [9]

Мэс заслын дараах өдрүүдэд антикоагулянт эмчилгээ нь ЭАТ-ийн тохиолдлыг бууруулах, залгаас алдагдахаас сэргийлэх чухал хэрэгсэл юм .[10]

Судас яаралтай шилжүүлэн суулгах нь амьд үлдэх түвшинг 30-50% сайжруулдаг . Гэхдээ энэ процедур нь аль аль эрхтний хүртээмжээр хязгаарлагддаг бөгөөд өвчтөний ерөнхий нөхцөл байдлаас ихээхэн хамаардаг. [11]

ДҮГНЭЛТ

Элэг шилжүүлэн суулгасны дараа ЭАТ-аас урьдчилан сэргийлэхэд антиагрегант ба антикоагулянтуудыг хэрэглэх нь чухал ч бүлэгнэлтийн шинжилгээний үзүүлэлтүүдийг ямар түвшинд барих нь тромб үүсэх эрсдэлээс сэргийлж чадах эсэх нь эргэлзээтэй байна. Иймд цаашид судалгаа хийж удирдамж боловсруулах шаардлагатай байна. Мөн АСТ-ыг эмнэлзүйн практикт хэрэглэх өртөг багатайгаас гадна, цаг хугацаа хэмнэх, гепарин эмчилгээний тунг титрлэх удирдамжтай гэх зэрэг олон давуу талтай.

НОМ ЗҮЙ

1. Rosalba Moreno, Marina Berenguer “Post-liver transplantation medical complications”; Annals of Hepatology 2006; 5(2): April-June: 77-85.
2. Authors:Ronald W. Busuttil and Göran B.G. Klintmalm “Transplantation of the liver” second edition: page 457
3. Mourad M, Liossis C, Gunson B, Mergental H, Isaac J, et al. (2014) Etiology and management of hepatic artery thrombosis after adult liver transplantation. Liver Transpl 20: 713-23.
4. Bekker J, Ploem S, de Jong KP. Early hepatic artery thrombosis after liver transplantation: A systematic review of the incidence, outcome and risk factors. Am J Transplant. 2009;9:746-57.
5. Abdelaziz O, Hosny K, Amin A, Emadeldin S, Uemoto S, Mostafa M. Endovascular management of early hepatic artery thrombosis after living donor liver transplantation.Transpl Int. 2012;25:847-56.
6. Tanyel FC, Ocal T, Balkanci F, Cekirge S, Senocak ME, Buyukpamukcu N, et al. The factor V Leiden mutation: a possible contributor to the hepatic artery thrombosis encountered after liver transplantation in a child. J Pediatr Surg. 2000;35:607-9.
7. Pastacaldi S, Teixeira R, Montalto P, Rolles K, Burroughs AK. Hepatic artery thrombosis after orthotopic liver transplantation: a review of nonsurgical causes. Liver Transpl.2001;7:75-81.
8. Authors:Ronald W. Busuttil and Göran B.G. Klintmalm “Transplantation of the liver” second edition: page 458
9. Yi Yang, Zhao J, Yan LN, Ma YK, Huang B, et al. (2014) Risk Factors Associated with Early and Late HAT after Adult Liver Transplantation. World J Gastroenterol 20: 10545-10552.
10. Abdullah AA, Moustafa MM, Simon RB (2015) Anticoagulation and antiplatelets as prophylaxis for hepatic artery thrombosis after liver transplantation. World J Hepatol 7: 1238-1243.
11. Angeles García Criado, Rosa Gilabert, Carlos Nicolau, Isabel Real, Pedro Arguis, et al. (2001) Early Detection of Hepatic Artery Thrombosis After Liver Transplantation by Doppler Ultrasonography. J Ultrasound Med 20: 51-58.

ДООД УРУУЛЫН СОГОГИЙГ ЧӨЛӨӨТ ДАЛБАНГААР НӨХӨН СЭРГЭЭСЭН ТОХИОЛДОЛ

Э.Өнөболд, С.Денис, Б.Батцэнгэл, Г.Ган-Эрдэнэ, Д.Мөнхцэцэг,
М.Энхтуул, Г.Ариунбаатар, Ц.Одонтунгалаг, Г.Пүрэвдорж
ХСҮТ, Толгой хүзүү, нөхөн сэргээх мэс заслын тасаг
susano0912@gmail.com

Доод уруулын согогийн үед анатомийн хувьд хоол идэх болон ярих гоо зүйн үйл ажиллагааны талаас үзэхэд нөхөн сэргээх мэс заслыг хийхэд туйлын хэцүү боловч орчин үеийн нөхөн сэргээх мэс заслын давшингуй хөгжиж буй энэ үед нүүрний согогийг нөхөн сэргээх олон арга бий болсон.

Учир нь хавдрын мэс заслын баг болон нөхөн сэргээх мэс заслын баг нэгэн зэрэг ажиллах боломжтой.

Толгой хүзүүний байрлалтай согогийг нөхөн сэргээхэд өргөн хэрэглэгддэг далбангийн нэг юм.

Шууны чөлөөт далбанг хамгийн анх 1978 онд Хятадад хэрэглэж эхэлсхэн. Энэхүү далбанг 1981 онд Yang, 1982 онд Song нарын хамтаар 100 гаруй удаа амжилттай хийгдсэн далбан шилжүүлэх мэс заслаас үндэслэн “Хятад далбан” хэмээн нэрлэсээр ирсэн байна.

Шууны чөлөөт далбан нь толгой, хүзүүний байрлалд ялангуяа амны хөндийд нимгэн, уян хатан, үс багатай зэргээс үүдэн нөхөн сэргээлтэд түгээмэл ашиглагддаг.

Судасны диаметрийн хувьд артери 2-3 мм, cephalic вен 3-4 мм, гүний вен 1-3 мм, судасны урт, далбангийн перфузын хувьсах чанараас анастомоз хийхэд хамгийн тохиромжтой гэж үздэг. Гэвч сул талууд бас бий.

Шууны чөлөөт далбан нь донор хэсэгт далбан босгохын тулд шууны артерийг бүр мөсөн тасалдаг. Шууны болон богтосны артерууд нь хүний хувьсах хөгжлийн явцад одоог хүртэл хадгалагдсаар ирсэн гарыг цусан хангамжаар хангах доминант судсууд юм.

Эрхий болон долоовор хуруугны цусан хангамж нь шууны артераас шууд хамаарна.

Хагалгааны дараа гарт ишеми үүсэхээс урьдчилан сэргийлэхийн тулд Аллены тестийг хийж шалгана.

Өөр нэг томоохон сул тал нь донор хэсэг бол гоо зүйн хувьд ил байрладаг. Түүнчлэн донор хэсгийн эдгэрэлтийн явцад гарын хүч, сунгалт буурах, шууны өнгөц мэдрэлийн салаа гэмтснээс мэдрэхүй алдагдах, хүйтнийг хэт мэдрэх зэрэг хүндрэлүүд мөн гарна.

ТОХИЛДЛЫН ТАНИЛЦУУЛГА:

62 настай эрэгтэй.

Ирэх үеийн зовиур: Доод уруулын шарх эдгэхгүй, шархнаас шүүс гарна.

Үзлэгт: Доод уруулын хэлбэр болон бүтэц нилэнхүйдээ алдагдсан, барзгар гадаргуутай, 2см * 4см хэмжээтэй хавдартай, уг хавдар задарч шүүс гарсан, эвгүй үнэртэй. Хүзүүнд тэмтрэгдэх булчирхай үгүй, алсын эрхтэнд үсэрхийлэл үгүй.

Эдийн шинжилгээнд: SCC, keratinizing type.

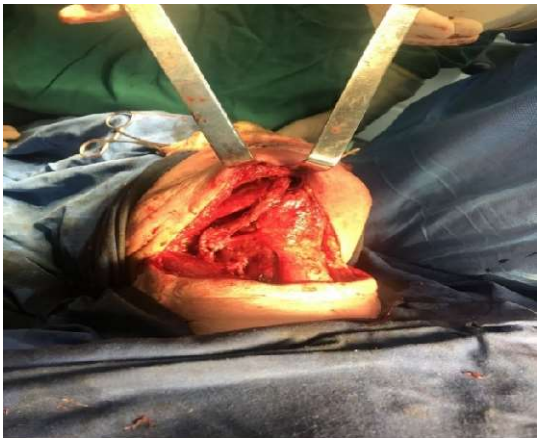
Хийгдсэн мэс заслын эмчилгээ: Тодорхой бэлтгэлийн дараа ерөнхий мэдээ алдуулалтын доор доод уруулын хавдрыг тайрах, хүзүүг хоёр талд өвчих, үүссэн дефектийг шууны чөлөөт далбангаар нөхөн сэргээх дэс дараалалтай томоохон мэс заслыг хамтарсан багууд хийж гүйцэтгэсэн.

Тухайлбал: Хавдрын баг доод уруулыг тайрах үед нөхөн сэргээх мэс заслын баг шууны чөлөөт далбан босгох, судас ялгах үйл ажиллагааг нэгэн зэрэг явуулсан нь мэс заслын үргэлжлэх хугацааг хэд дахин богиносгох нөхцөл бүрдүүлсэн юм.

Шууны чөлөөт далбанг дефект дээр бэхэлсний дараа тэжээгч судсыг хүзүүрүү эрүүний гадна ялтас бэлдсэн жимийн дагуу гаргаж, донор болох артери (superior thyroid artery) ба вентэй (vena jugularis interna) микроскоп ба микро мэс заслын багаж, 8/0 мэс заслын утас ашиглан артери, венийн судсуудад микро-анастмоз хийв.

Дараа нь донор хэсэг ба хүзүүний шархыг анхдагчаар үечлэн оёсон.



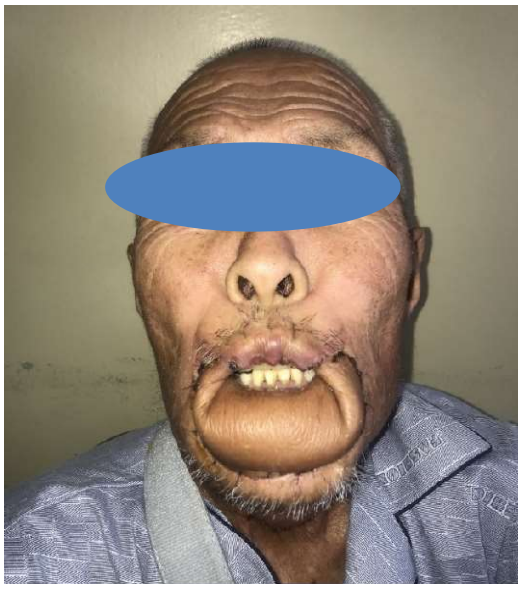



















ДҮГНЭЛТ

Хавдар авагдсаны дараа энэ байрлалтай дефект амны хөндийтэй шууд харьцдаг учраас бохир орчинтой гэж үздэг ба нөхөн сэргээх мэс засал хийхгүй тохиолдолд шархны эдгэрэлтийн процесс маш удаан явагдахаас гадна хоёрдогч халдварт өртөж, өвчтөн хүндрэх нөхцөл бүрддэг. Энэ хэсгийн дефектийг нөхөн сэргээх хэд хэдэн арга бий. Үүнд: (karapandzic flap) (abbe-estlander flap) (pedicled flaps), болон тэжээгч судастай чөлөөт далбанг ашигладаг (microvascular free flaps).

Доод уруулын дефектийг шууны чөлөөт далбангаар нөхөн сэргээснээр бусад төрлийн хэсэг газын далбантай харьцуулхад хагалгааны цаг урт боловч үйл ажиллагаа болон амны хайрцагны хэмжээ мөн хэсэг газрын хүндрэл учрах эрсдэл бага. Үйл ажиллагааг хэвийн хадгалдаг.

Энэ далбангийн арьсны хэмжээ хангалттай, тэжээгч судасны хөл хүзүүний реципиент судас хүртэл хүрэлцээтэй урт, хангалттай зузаан учраас 3 хэмжээст дефектийг сэргээхэд хамгийн тохиромжтой байсан.

LOWER LIP RECONSTRUCTION WITH FREE FLAP TECHNIQUE: CASE REPORT

Unubold.E [1] Denis.S[2] Battsengel.B[3] Gan-Erdene.G[4] Munkhtsetseg.D [5] Enkhtuul.M[6] Ariunbaatar.G [7] Odontungalag.Ts[8] Purevdorj.G[9]

National Cancer Center of Mongolia, Head and Neck, Reconstrictive surgery Department

Lower lip defects with chewing, speaking, aesthetic problems can pose formidable challenges during reconstructive surgery, but several reconstruction methods have been introduced in which a defect in the lower lip.

Radial forearm free flap is frequently used technique in this type of case.

Forearm free flap is first introduced in 1978 China and therefore is called as “Chinese flap” based on over 100 surgical series from 1981 (Yang at al.,) to 1982 (Song at al.,).

The radial forearm flap is the preferred choice because of factors such as thin, elasticity and non-hairy composite. It is most suitable flap anastomosis due to the average diameter of artery, cephalic vein and deep vein of the vessel of the radial forearm flap was 2-3 mm, 3-4 mm, 1-3 mm respectively and perfusion capability.
The disadvantages of the radial forearm flap include the sacrifice of radial artery of the limb. Radial and ulnar arteries are dominant vessels of the hand. The *radial artery* provides blood supply to the thumb and index finger. Allen test is used for post-surgical prevention of ischemic change. Another mayor disadvantage is its aesthetic appearance. Stiffness and reduced strength, reduced superficial radial nerve sensation and cold intolerance also reported.

Case report

62 year-old male presented National Cancer Center of Mongolia with discomfort of lower lip non-healing wound discharge. Oral examination revealed irregular dysmorphic 2x4 cm sized mass lesion with degeneration and abnormal foul-smelling discharge. There is no palpable nodes and metastasis.

Pathologic results: SCC, keratinizing type.

After preparation for surgery excision of lower lip tumor and reconstruction by forearm free flap procedures was done.

The two-*team* approach—one to remove the *cancer* and the other to *simultaneously* harvest the *free flap*—can reduce surgical duration.

Anastomosis of the vascular pedicle was performed with the facial vessels through the superior thyroid artery and vena jugularis interna with help of microscopic evaluation. 8/0 surgical suture was used for anastomosis. Both wounds closed primarily.

Conclusion

Open wound of this location without reconstructive procedure is high risk of infection due to direct mouth contact. Several reconstructive methods such as Karapandzic flap, abbe-estlander flap, pedicled flaps and microvascular free flaps are used in this area.

Although reconstructive surgery duration for lower lip by forearm free flap longer than local flap surgery, but advantageous for complication rate and functional recovery. Functional recovery, skin coverage, pedicle length and thickness is suitable for reconstruction of 3D defects.

НОМЗҮЙ

1. Reconstructive Microsurgery - K. Malizos (2003)
2. Craniomaxillofacial Reconstr., Corrective Bone Surgery - A. Greenberg, J. Prein (Springer, 2002) .
3. Day TA, Oral Cavity Reconstruction. 2006
4. Facial Plastic and reconstructive surgery.
5. Serafin D, Atlas of Microsurgical CompositeTissue Transplantation. 1996
6. Weerda H, Reconstructive Facial Plastic Surgery. 2001
7. Wolff KD, Raising of Microvascular Flaps. 2005
8. Janboogiin nom

ХОНШООРЫН ХОРТОЙ ХАВДРЫГ МЭС ЗАСЛЫН АРГААР ТАЙРЧ, НӨХӨН СЭРГЭЭСЭН ТОХИОЛДОЛ

Ц.Одонтунгалаг[1], С.Денис[1], Э.Өнөболд[1], Д.Батболд[2], Э.Итгэлт[2], А.Чанцалдулам[2]
[1] ХСҮТ-ТХМЗ-ын эмч
[2] ХСҮТ – ТХМЗ-ын феллов эмч

ҮНДЭСЛЭЛ

Хамар дайвар хөндийн хавдрууд нь толгой хүзүүнд байрлалтай нийт хавдруудын 3% орчимд тохиолдоно. Эдгээр хавдруудын дийлэнх нь хоншоор хөндийгөөс үлдсэн хэсэг нь элхэг хөндийгөөс эхэлдэг. Суурийн болон духны хөндийд маш ховор тохиолддог. Ажлын нөхцөл, модны тоос, формальдегид зэрэг химийн бодис, агаарын бохирдол, тамхи таталт, хүний хөхөнцөр вирус /HPV/, Эпштейн-Барр вирус (EBV) зэрэг эрсдэлт хүчин зүйлс болдог.

ТОХИОЛДЛЫН ТАНИЛЦУУЛГА

Амьдралын түүх: Эмчлүүлэгч Б, 53 настай, эрэгтэй. 1969 онд Дорнод аймагт төрсөн, хувиараа ажил эрхэлдэг. УБ хот Чингэлтэй дүүрэгт амьдардаг. Тамхи 30 жил татсан.

Хэвтэх үеийн зовиур: Зүүн хацарт хавдсан, зүслэгийн шархтай, шархаар цустай шүүс гарч эдгэрэхгүй байгаа. Үе үе лугшиж өвддөг. Хамар битүүрнэ.

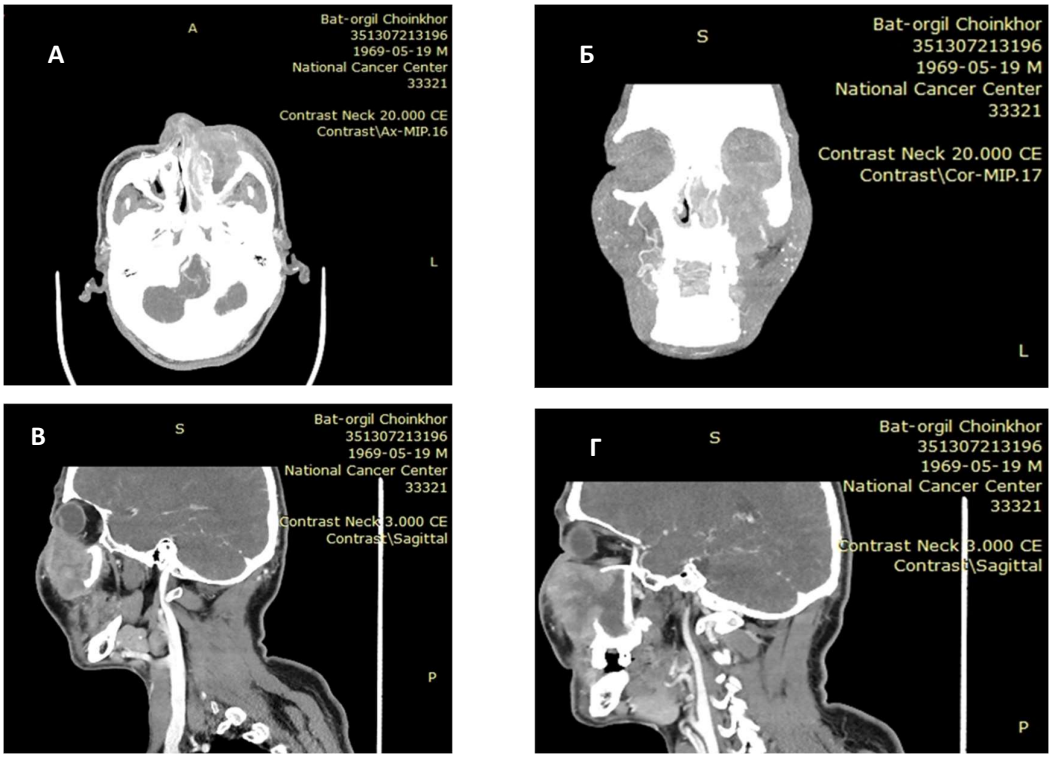
Өвчний түүх: 2022-07 сараас нүд хацарт гэнэт хавдаж хавагнасан. Тухайн үед УНТЭ-д үзүүлж хацарт жижиг зүслэг хийлгэсэн. Хавдар сайн багасахгүй ХСҮТ-ТХМЗ-д 2022-08-17-нд үзүүлж эсийн шинжилгээ өгч, КТ зураг авахуулж оношлогдсон.

Үзлэгээр: Хацрын зүүн талд зүслэгийн шархтай, бохир шүүс гарна. Хацар зовхи орчим овойж хавдсан. Ам ангайлт хэвийн, зүүн талын шилжих нугалаас овойж томорсон. Хүзүүний эслэгт III, IV түвшинд хэд хэдэн жижиг тунгалагийн зангилаануудтай. Нүдний алимны хөдөлгөөн зүүн талд хоцорно.

Эсийн шинжилгээнд: Ц-1705 /2022-08-24/ Positive for malignancy, possibility from SCC



***Зураг 1**: А Мэс заслаас өмнө авагдсан фото зурагт эмчлүүлэгчийн гадаад төрх, ухархайн зүүн доод талд хийгдсэн зүслэгийн шарх, хацрын арьс улайж хавагнасан харагдана.*



Зураг 2: *А аксиаль, Б корональ, В, Г сагиталь зүслэгийн СТ зургуудад зүүн талын хоншоорын хөдийн дотор болон ухархайн доод ханыг деструкци болгосон, хана 4,3 см жигд бус зузаарч контраст шингээсэн үүсвэрт өөрчлөлттэй. Ухархайн хөндий, хамрын хөндий, элхэг хөндийд нэвчсэн, ясны бүтцийг алдагдуулсан, дээд уруул, завьж, хацрын өмнөд арьсан доорхи зөөлөн эд рүү түрсэн том хэмжээний масс өөрчлөлттэй. Хоншоорын хөндийд шингэний агууламжтай харагдана.*

Эмнэлзүйн онош: Maxillary cancer T3N1Mx

Дүгнэлт: ЕМА-н доор “Total maxillectomy with orbital exenteration, SND left level I-III and submandibulectomy. Reconstruction by ALTFF” төлөвлөгөөт мэс засал хийгдсэн.



А



Зураг 3: *А Арьсны зүслэгийн загвар. Б – Хоншоорыг, ухархайн агууламжтай хамт бүтэн тайрч авсны дараах фото зураг, үүссэн дефектийг харуулж байна.*



Зураг 5: Мэс заслаас хойш 10 өдрийн дараах шархны эдгэрэлт, далбангийн тогтцыг харуулсан эмнэл зүйн ф*ото зураг*





Зураг 4: *А – Нөхөн сэргээх донор хэсэг, зүүн талын гуя. Б – Гуяны чөлөөт далбангаар хоншоорт үүссэн дефектийг нөхөн сэргээсэн байдал.*

АРЬСНЫ ХАВДРЫГ ТАЙРАХ МЭС ЗАСЛЫН ДАРАА ҮҮССЭН ДЕФЕКТИЙГ ДЕЛЬТОПЕКТОРАЛ ДАЛБАНГААР НӨХӨН СЭРГЭЭСЭН ТОХИОЛДОЛ

Ц.Одонтунгалаг[1], А.Чанцалдулам[2]
1,2- Толгой хүзүү, нөхөн сэргээх мэс заслын тасаг, ХСҮТ

Үндэслэл

Хавтгай хучуур эсийн өмөнгийн үед арьсны эпидермис давхарга дээр гэмтэлтэй кератиноцит эсүүд замбараагүй үрждэг.[1]

Ихэнхи тохиолдолд биеийн наранд ил гардаг хэсгүүд болох чих, нүүр, хуйх, хүзүү болон гар дээр үүсдэг.

Хавтгай хучуур эсийн өмөн нь нарны хэт ягаан туяаны нөлөө болон бие шарах төхөөрөмжнөөс болж үүсдэг байна.[2]

Мөн түүнчлэн наснаас хамаарч тохиолдлын тоо нэмэгддэг ба 75-аас дээш насныханд хавдар үүсэх эрсдэл 5-10 дахин нэмэгддэг байна.[3] Уг хавдар нь арьсны хавдрын хоёр дахь түгээмэл төрөлд ордог.[4]

АНУ-д жилд 1.8 сая гаруй хүн энэ төрлийн хавдартай гэж оношлогддог байна. Эрт үед нь оношилж, эмчлээгүй тохиолдолд түргэн хугацаанд үсэрхийлэх аюултай байдаг.

Эмнэлзүйн тохиолдлын танилцуулга

Эмчлүүлэгч Д. 72 настай, эмэгтэй

Хэвтэх үеийн зовиур: хүзүү рүү хөшиж өвдөнө, дотор муухайрна.

Өвчний түүх: хэдэн жилийн өмнөөс зүүн талын хацар, шанаа орчим жижиг тав гараад эдгээд, буцаж гараад байдаг байсан.

2 жилийн өмнөөс тав нь шархлаад эдгэхгүй, цус гарч, аажим томроод байсан.

2022.03.01-ны өдөр Арьсны өвчин судлалын төвд үзүүлж эдийн шинжилгээ өгсөн DS: SCC гарч ХСҮТ-ийн ТХМЗ-д ирж үзүүлж 2022.04.13-ны өдөр DS: Skin cancer metastasized into parotid gland and neck lymph node cT_4N_1Mx оношоор

Op: Tumor resection, total parotidectomy, SND, reconstruction with FTSG мэс заслын эмчилгээ хийлгэсэн.

Status localis: чамархайн зүүн талд мэс заслын арьс нөхсөн сорвитой, өнгө бордуу. Ам ангайлт хэвийн, салстад өөрчлөлтгүй. Доод уруул зүүн талд саажилттай. Зүүнд ’’Ковтунович’’ зүслэгийн сорвитой, хүзүүний зүүн Vb түвшинд арьснаас дээш товойсон 3-3.5 см хатуу, наалдацтай тунгалгийн зангилаа тэмтрэгдэнэ, бага зэрэг улайсан, эмзэглэлгүй.

Шинжилгээний өөрчлөлт:

Биопси S1113: Squamous cell carcinoma, keratinization of the skin

ЦЕШ: Гемоглобин буурсан, гематокрит буурсан, тромбоцитоз, нейтрофилез, лимфоцитопения

Иммунологи: HCV /+/

Онош: Skin cancer metastasized into lymph node cT_4N_1Mx

Хийгдсэн мэс засал: SND level IV, V of the neck and reconstruction by deltopectoral flap.

Мэс заслын явц:

Хүзүүний доод хөндлөн нугалаасаар арьс уруу нэвчин багцарсан үүсвэрийг тойруулан хөндлөн зүслэг хийн арьс булчингийн далбан босгосон. Зүүн SCM булчингийн ар ирмэгээс өмнөх мэс заслын сорвиноос доош үргэлжлүүлэн 5-р түвшний эслэг, булчирхайг доош багцарсан үүсвэр уруу өвчин доошилж, багцарсан үүсвэрийг дээд талын арьстай нь хамт цахилгаан хутгаар тойруулан зүсэж, арьсны шархны ирмэгээс экспресс шинжилгээ явуулсан.

Атипийн эсүүдтэй гэж гарсан учир ирмэгийг дахин тал бүрт 5 мм томсгон скальпелаар авч дахин экспресс шинжилгээ явуулсан ба ирмэг сөрөг гэж гарсан тул мэс заслыг үргэлжлүүлэн дотор хураагуур судаснаас өөхөн эслэг ба булчирхайг ялган доошилж хурц ба мохоо аргаар ялган салгаж авч эдийн шинжилгээнд илгээсэн.

11-р мэдрэлийг ялган үлдээж, хүзүүний 5-р хальсны дээгүүр салган тунгалгийн цоргыг боож хүзүүний хөндлөн тараагуурыг мөн хавдар уруу наалдан нэвчсэн тул боож тасалсан.

Үүссэн арьсны согогийг дельтопекторал булчингийн хальс-арьсны орчны далбан босгон хаалаа.





Зураг 1. Мэс заслын өмнөх зураг



Зураг 2. Үүсвэрийг авсаны дараа үүссэн дефект



Зураг 3. Дельта-пекторал далбан босгож дефектийг хаасан байдал



Зураг 4. Мэс заслын дараах 14 дэхь хоног

НОМ ЗҮЙ

1. Que, S., Zwald, F. O., & Schmults, C. D. (2018). Cutaneous squamous cell carcinoma: Incidence, risk factors, diagnosis, and staging. *Journal of the American Academy of Dermatology*, *78*(2), 237–247. https://doi.org/10.1016/j.jaad.2017.08.059
2. Armstrong, B. K., & Kricker, A. (2001). The epidemiology of UV induced skin cancer. *Journal of photochemistry and photobiology. B, Biology*, *63*(1-3), 8–18. https://doi.org/10.1016/s1011-1344(01)00198-1
3. Christenson, L. J., Borrowman, T. A., Vachon, C. M., Tollefson, M. M., Otley, C. C., Weaver, A. L., & Roenigk, R. K. (2005). Incidence of basal cell and squamous cell carcinomas in a population younger than 40 years. *JAMA*, *294*(6), 681–690. https://doi.org/10.1001/jama.294.6.681
4. Nuño-González, A., Vicente-Martín, F. J., Pinedo-Moraleda, F., & López-Estebaranz, J. L. (2012). High-risk cutaneous squamous cell carcinoma. *Actas dermo-sifiliograficas*, *103*(7), 567–578. https://doi.org/10.1016/j.ad.2011.09.005

УМАЙН САЛСТЫН ӨМӨНГИЙН БУЛЧИРХАЙН ҮСЭРХИЙЛЭЛИЙГ ИНДОЦИАНИН НОГООН БОДИСЫГ АШИГЛАН ФЛУРОСЦЕНТ АРГААР ИЛРҮҮЛЭХ НЬ

[1]Д.Жаргал, [2]Э.Амарсанаа, [2]Г.Ням-Од, [2]Х.Цэрэнчимэд, [2]Г.Лхагвадорж
[1,2]ХСҮТ-ийн Эмэгтэйчүүдийн мэс заслын тасаг

Үндэслэл

Хорт хавдрын эсийн үсэрхийлэлийн зүй тогтлын дагуу хавдрын голомтоос хавдрын эс тунгалагийн замаар дамжин байршсан анхны тунгалагийн булчирхайг “харуул булчирхай” гэдэг. Хавдрын эс анхдагч байрлалаас харуул булчирхайд үсэрхийлдэг учир харуул булчирхайнаас авсан эдийн шинжилгээгээр хавдрын тархалт, үсэрхийллийг тогтоох боломж олгодог ач холбогдолтой юм. Харуул булчирхайд хийгдэх мэс заслын хувьд олон давуу талууд байдаг.

Хамгийн чухал нэг давуу тал нь шаардлагагүй тунгалагийн булчирхайг ялгах мэс засал хийгдэхгүй. Энэ нь хамгийн түгээмэл тохиолддог хүндрэл болох тунгалагийн уйланхай үүсэх эрдэлийг багасгадаг. Хавдрын үсэрхийлэлтэй байх гэж үзсэн булчирхайг ялгаж шинжилж байгаа тул илүү анхааралтай шинжилгээ хийгддэг бөгөөд бичил үсэрхийлэлийг ч илрүүлж чадсанаар хавдрын үе шатыг нарийн тогтоож, улмаар эмчилгээг өөрчилж болдог.

Харуул булчирхайг тодорхойлоход 99Technetium radiocolloid (99Tc)-г дангаар болон хөх өнгийн будагчтай хамт хавсран хэрэглэдэг. Манай орны эмэгтэйтэйчүүдийн байрлалын хавдрын практикт хөх өнгийн будагч бодисыг (1% метилен хөхийн спиртэн уусмал) өмнө нь өргөн ашиглаж ирсэн билээ. Уг

бодисыг хэрэглэх явцад гаж нөлөө зарим нэг хүндрэл тохиолддог байлаа.

Хөх өнгийн будагч бодис нь арьс болон шээсний өнгийг өөрчлөх, пульсоксиметрийн үзүүлэлтүүдийг буруулах болон хүнд хэлбэрийн харшил үүсгэж болно. Сүүлийн үед Индоцианин ногоон (ИЦН)-г харуул булчирхайг тодорхойлоход үр дүнтэй ашиглаж байна.

Сүүлийн үед Индоцианин ногоон (ИЦН)-г умайн хүзүүний болон умайн салстын хортой хавдрын үед харуул булчирхайг тодорхойлоход үр дүнтэй ашиглаж байна.

Индоцианин ногоон (ИЦН) нь уламжлалт бусад аргатай харьцуулахд харьцангуй хялбар хэрэглэгдэг тул сүүлийн үед өргөн хэрэглэж байна. Индоцианин ногоон (ИЦН) нь аарцгийн 2 талд харуул булчирхайг илрүүрлэх 93%-100% байдаг. Харуул булчирхайд хавдрын үсэрхийлэл илэрсэн ба харуул булчирхай тодорхойлох аргын мэдрэмтгий чанар ба сөрөг дүйсэн чанар нь 98.5% ба 98% байдаг.

Дэлхий дахинд шинээр оношлогдож буй хорт хавдрын 12% нь эмэгтэйчүүдийн байрлалын эрхтэний гаралтай байдаг. Умайн салстын өмөн (УСӨ) нь АНУ-д 2021 онд 60050 шинэ тохиолдол бүртгэгдэж тухайн жилд 10470 нас барсан байна. МУ-ын хэмжээнд зонхилон тохиолдох хорт хавдрын 15-т (0.8%), эмэгтэйчүүдийн байрлалын эрхтэний хорт хавдрын 4-т ордог. Умайн салстын өмөнгийн нийт тохиолдлын 70-80%-ийг эндометриоид гаралтай өмөн эзэлдэг.

2021 онд нийт умайн их биеийн өмөн 45 тохиолдол бүртгэгдсэн ба өмөнгийн 60% нь I-II үе шатанд оношлогдож, нас баралтын түвшин нь 100 000 эмэгтэй хүн ам тутамд 0.6 тохиолдол байна. УСӨ-гийн оношлогоо, эмчилгээний үед аарцаг хэвлийн гол судас дагуух харуул булчирхайд хавдрын үсэрхийлэлийг илрүүлэх нь хавдрын үе шат, тавилан болон цаашдын эмчилгээг төлөвлөхөд онцгой ач холбогдолтой. Аарцаг, хэвлийн гол судас дагуух тунгалагийн булчирхайд хавдрын үсэрхийлэл илэрсэн тохиолдолд 5 жил амьдрах хугацаа 44-52% байдаг.

Өнөөгийн хавдар судлалын практикт нэвтэрч байгаа шинэлэг аргуудыг нэгтгэн авч үзвэл, харуул булчирхайг индоцианин ногоон бодисын тусламжтай флуоресцент дүрслэлээр илэрхийлэн, мэс заслын явцад түүн авч, эдийн шинжилгээгээр хавдрын үсэрхийлэлийг бүрэн тогтоох боломж нээлттэй байна.

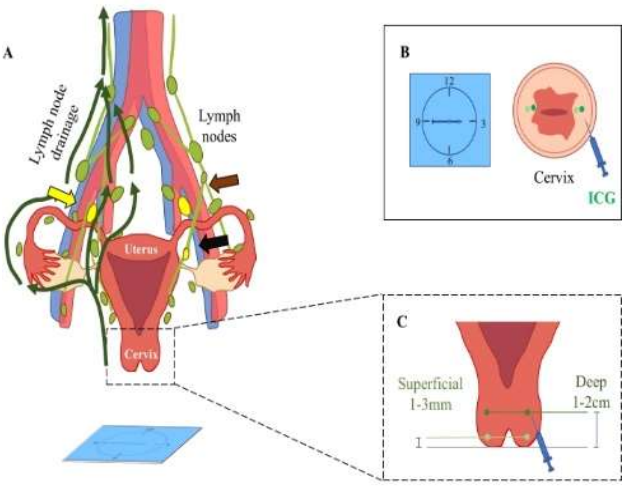
Монгол улсын хэмжээнд УСӨ-ийн оношлогоо, эмчилгээнд дэвшил гаргах үүднээс мэс заслын явцад индоцианин ногооныг ашиглан харуул булчирхайд үнэлгээ өгч хавдрын үе шат ба тавиланг тогтоох, цаашдын эмчилгээний удирдамжийг боловсруулах хэрэгцээ гарч ирсэн нь энэхүү судалгааны үндэслэл болж байна.

Арга, аргачлал:

Умайн салстын өмөн оноштой эмэгтэйтэйд ерөнхий унтуулгын дараа мэс засал эхэлэхээс өмнө 15-20 минутын өмнө умайн хүзүүний 3 болон 9 цагуудын байрлалд Индоцианин ногоон (ИЦН) бодисыг 20 мл физиологийн уусмалаар найруулан 1.25мг/мл шингэлж умайн хүзүүнд тус бүр 1мл, 1мл тарьж хэрэглэнэ.

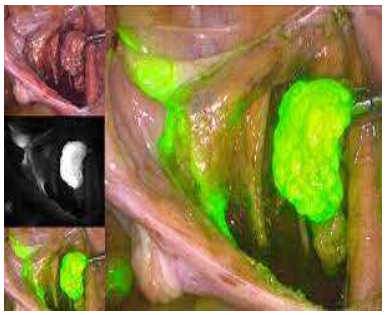
Индоцианин ногоон (ИЦН) бодисыг флюресценд аргад суурилсан мэс засал:

Карл Шторцийн дурангийн системд флюресценд дүрслэл өгч буй харуул булчирхайг авахын өмнө болон тайралтын явцад тодорхойлно. Индоцианин ногоон (ИЦН)-г тарьсны дараа мэс заслын талбайд уг бодисын шингээлтийг авч тодорсон харуул булчирхайнуудыг хэт улаан туяаны нөлөөн дор флюресценсийн дохиог хүлээн авна. Флюресцент дохио нь нээлттэй мэс заслын үед болон дурангийн мэс заслын үед тусгай дүрслэлийн тусламжтайгаар дэлгэц дээр шууд байдлаар тодорч харагддаг.



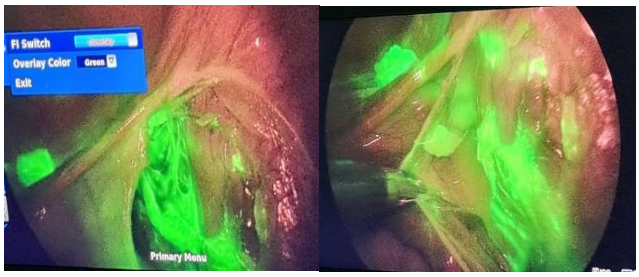
Зураг-1. Индоцианин ногоон бодисыг ашиглах арга аргалчал





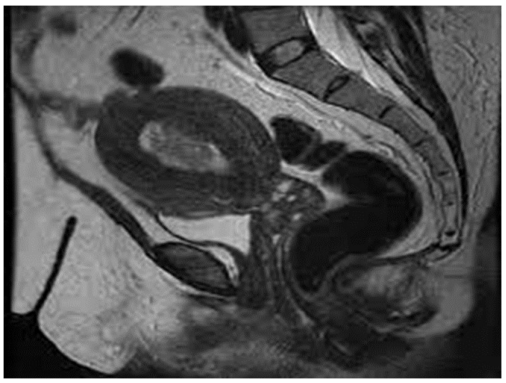
Зураг-2. Индоцианин ногоон (ИЦН)-г тарьсны дараа мэс заслын талбайд уг бодисын шингээлтийг авч тодорсон харуул булчирхайнуудыг хэт улаан туяаны нөлөөн дор флюресценсийн дохиог хүлээн авсан байдал.

ҮР ДҮН





Зураг-3. Хэвлийн дурангаар умайг бүхэлд нь авах, индоцианин ногоон бодисыг ашиглан аарцгийн тунгалагийн булчирхайг авах мэс заслын явц



Зураг-4. Соронзон резонанст Томографи



Зураг-5. Мэс заслаар авсан умай бүхэлдээ



Зураг-6. Мэс заслаар авсан аарцгийн тунгалагийн булчирхай

ХЭЛЦЭМЖ

Итали улсын судлаач Ehrisman J нарын судлаачид УСӨ оноштой, 36 эмэгтэйг судалгаандаа хамруулжээ. Судалгааны дүнг авч үзэхэд хэвлийн дурангийн мэс засалд 16 эмчлүүлэгчдэд метилен хөх бодисыг (МХБ), роботын тусламжтай индоцианин ногоо бодисыг (ИНБ) ашиглан харуул булчирхайг тодруулахад илрүүлэлтийн давтамж (ИД) 83%, аарцгийн хоёр талын булчирхайн 56%, гол судас дагуух булчирхайн тодрол авсан байдал 3% байжээ. Харуул булчирхайн илрэлтийн үр дүнтэй байдал МХБ-д 75%, ИНБ-д 90%-тай гарчээ.

Мэс заслын явцад энэхүү аргыг ашиглахад өвчтөний 95%-д аарцгийн тунгалагийн булчирхай 2 талдаа, 5% нь аль нэг талдаа тодосгогч бодисын шингээлт авч тодорч харагдана. Харуул булчирхайн байрлал зүйг авч үзэхэд хэвлийн гол судасны салаалалтын түвшинд 46%, ташааны дотор судас орчимд 28%, ташааны гадна талд 13%, сүүжний нүхний мэдрэл дагууд 5% тус тус байсан. Хэвлийн гол судас дагуух тунгалагийн булчирхайд тодрол илрээгүй.

ИНБ-ыг ашиглан хийгдэх флуоресцент арга нь УСӨ оноштой эмэгтэйчүүдийн 99%-д харуул булчирхайг илрүүлэх боломжийг олгодог.

Мэс заслын дараах эдзүйн шинжилгээний хариунд харуул булчирхайд хавдрын үсэрхийлэл илрээгүй өвчтөн 89%-ийг эзлэж байсан ба эдгээр эмэгтэйчүүдэд бусад булчирхайд эмгэг өөрчлөлт оношлогдоогүй. Харуул булчирхайг илрүүлэх энэхүү аргын мэдрэг чанар 100%, өвөрмөц чанар 93%, тодорхой байдал нь 93%, тодрол авах чадвар нь 99%, хуурамч сөрөг хариу гарах давтамж нь тэг хувь байна.

Хавдрын үсэрхийлэлтэй байж болох өндөр эрсдэлтэй эмэгтэйчүүдийн бүлэгт мэс заслын дараах эмгэг судлалын шинжилгээний 6%-д хавдрын бус өөрчлөлт илэрсэн байхад тэдгээр 4 тохиолдолд буюу булчирхайн хавдрын үсэрхийлэл илэрчээ. Завсрын болон бага эрсдэлт бүлгийн эмэгтэйчүүдийн 5%-д нь харуул булчирхайд хавдрын үсэрхийлэл илэрсэн ба бусад булчирхайд хавдрын үсэрхийлэл илрээгүй.

Умайг дайврын хамт авах төгс мэс заслаар аарцаг, хэвлийн гол судас дагуух тунгалагийн булчирхайг авч эдийн шинжилгээгээр хавдрын үсэрхийлэл илэрсэн бол өвчтөний амьдрах хугацааг уртасгаж байгаа болох нь зарим судлаачид нотолсон байна. Мэс заслын явцад тунгалагийн булчирхайг түүж авсан өвчтөнүүдийн 80%-иас дээш тохиолдолд хавдрын үсэрхийлэл илэрдэггүй тул хагалгааны цар хүрээг өргөтгөх эсэх асуудалд хянамгай хандах нь зүйтэй.

ДҮГНЭЛТ

Тунгалагийн булчирхайг түүж авах мэс засал нь зөвхөн оношилогооны зорилгоор хийгддэг бол УСӨ-ийн өндөр эрсдэлтэй эмэгтэйчүүдэд харуул булчирхайг илрүүлж, адъювант хими эмчилгээг төлөвлөх нь хангалттай эмчилгээний арга юм. Харуул булчирхайг илрүүлэх нь тунгалагийн булчирхайг түүж авах мэс заслын хүндрэлийн зэргийг бууруулахаас гадна заалтгүй хийгдэх адъювант хими эмчилгээнээс улбаалсан урт хугацааны гаж нөлөөнөөс сэргийлж чадна.

Энэхүү аргыг хэрэглэснээр өмөнгийн үе шатыг тогтоох, мэс заслын эрсдэл, хүндрэлээс сэрийглэх, цаашдын эмчилгээг төлөвлөх, өмөн дахих эрсдэлийг таамаглах болон амьдрах хугацааг уртасгах гэх мэт өндөр ач холбогдолтой юм.

НОМ ЗҮЙ

1. Collarino A., Vidal-Sicart S., Perotti G. et al. The sentinel node approach in gynaecological malignancies. Clin Transl Imaging 2016;4:411–20. DOI: doi.org/10.1007/s40336-016-0187-6. PMID: 27738629
2. Хавдар судлалын үндэсний төвийн Тандалт судалгааны албаны тайлан мэдээ
3. Ehrisman J., Secord A.A., Berchuck A. et al. Performance of sentinel lymph node biopsy in high-risk endometrial cancer. Gynecologic Oncology Reports 2016;17:69–71. DOI: 10.1016/j.gore.2016.04.002. PMID: 27453926.
4. Амарсанаа Э. Дүүрэнбилэг А. Умайн салстын өмөн. Мөнхийн үсэг.2013
5. M.Bedynska, G.Szewczyk, T.Klepacka et al. Sentinel lymph node mapping using indocyanine green in patients with uterine and cervical neoplasms: restriction of method. Archives Gynecology and Obstetrics (2019) 299;1373-1384
6. Salvo G, ramirez PT, Levenback CF et al (2017) Sensivity and negative predictive value for sentinel lymph node biopsy in women with early-stage cervical cancer.Gynecol Oncol 145:96-101
7. Halloway RW, Abu-Rustum NR, Backes FJ et al (2017) Sentinel lymph node mapping and staging in endometrial cancer:a Society of Gynecologic Oncology literature review with consensus recommendations. Gynecol Oncol 146:405-415
8. NCCN clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines) Uterine neoplasms version 1.2022-October 17
9. Bodurtha Smith AJ,Fader AN,Tanner EJ (2017) Sentinel lymph node assessment in endometrial cancer: a systematic review and meta-analysis. Am J Obstet Gynecol 216:459-476.e10
10. Lennox GK, Covens A (2016) Can sentinel lymph node biopsy replace pelvic lymph nodal staging of uterine cervix cancer: a systematic review and meta-analysis of the pertinent literature.eur j Surg Oncol 41:1-20
11. Kang S,Yoo HJ, Hwang JH, Lim MC et al. Sentinel lymph node biopsy in endometrial cancer:meta-analysis of 26 studies.Gynecol Oncol. 2011; 123 (3):522-527

4.

СУВИЛАХУЙ

УЛААНБААТАР ХОТЫН ЭМЭГТЭЙЧҮҮДИЙН ХӨХНИЙ ХОРТ ХАВДРЫН ЭРТ ИЛРҮҮЛЭГТЭЙ ХОЛБООТОЙ МЭДЛЭГ БА ТУРШЛАГА

KNOWLEDGE AND PRACTICES RELATED TO EARLY SCREENING FOR BREAST CANCER AMONG WOMEN IN ULAANBAATAR CITY

Bolor-Oyun S[1], Oyundari Ts[2], Enkhjargal Ya[3]
[1] NCCM, Radiotherapy department
[2] International University of Ulaanbaatar
[3] MNUMS, School of Public Health
boloroosurenhuu@ gmail.com

Abstract

Background: New breast cancer incidence rate in Ulaanbaatar city is 8.3 per 100.000 people which is higher than national average by 4. Early diagnosis with rapid initiation of treatment reduces breast cancer mortality. Therefore awareness of breast cancer risk and a willingness to undergo screening are essential. The study is based on the need for early detection of breast cancer and the need to improve women's health education.

Aim: This study was to assess the knowledge and practices relating to early screening for breast cancer among women in Ulaanbaatar city.

Methods: Cross-sectional survey model was used. 3 group, 45 questionnaire (KAP, BCRAS) were collected from 174 out-patients National Cancer Center. Assessment of knowledge and practice score measured as minimum <14, maximum <30.

Results: of knowledge breast cancer <14 score (19.4%), <15-20 score (43%), >21 score (19.4%). Practice: Although women are aware of how to self-examine their breasts for early detection of breast cancer, but they are not routinely examining their breasts. Respondents' age, education having a problem in breast cancer and practices of breast self-examinations were significantly associated ($p<0.05$) with the knowledge scores in different aspects of breast cancer.

Conclusion: The findings of this study indicate that there is a need increase for knowledge among women regarding risk factors and methods for early detection of breast cancer.

Keywords: Breast Cancer, knowledge, Risk factor.

Түлхүүр үг: Хөхний хорт хавдар, мэдлэг, эрсдэлт хүчин зүйлс.

С.Болор-Оюун[1], Ц.Оюундарь[2], Я.Энхжаргал [3]
[1]ХСҮТ, Туяа эмчилгээний тасаг
[2]Олон улсын Улаанбаатар Их Сургууль
[3]АШУҮИС, Нийгмийн Эрүүл Мэндийн Сургууль
boloroosurenhuu@ gmail.com

Хураангуй

Үндэслэл: Улаанбаатар хотод хөхний хорт хавдрын шинэ тохиолдол 100.000 хүн амд 8.3 байгаа нь улсын дунджаас 4 промиль өндөр үзүүлэлттэй байна. Хөхний хорт хавдрын эмчилгээг эрт, хурдан эхлүүлж оношилох нь нас баралтыг бууруулдаг. Иймээс хөхний хорт хавдрын эрсдэлт хүчин зүйлийг мэдэж, урьдчилан сэргийлэх үзлэгт хамрагдах нь чухал юм. Хөхний хорт хавдрын урьдчилан сэргийлэлт эрт илрүүлэгтэй холбоотой эмэгтэйчүүдийн эрүүл мэндийн мэдлэгийг сайжруулах шаардлага урган гарч байгаа нь энэхүү судалгааны үндэслэл боллоо.

Судалгааны зорилго: Улаанбаатар хотын эмэгтэйчүүдийн хөхний хорт хавдрын тухай мэдлэг, эрт илрүүлэг хийх дадал туршлагыг үнэлэхэд оршино.

Арга, аргачлал: Судалгааг гүйцэтгэхдээ агшингийн судалгааны аргыг ашиглалаа. Судалгаанд оролцогчдоос 3 бүлэг 45 асуулттай, хөхний өмөнгийн эрсдлийн мэдлэгийг үнэлэх KAP (Stager·s Comprehensive Breast Cancer Knowledge) асуулга, хөхний өмөнгийн эрт илрүүлгийн мэдлэгийг тодорхойлох (Breast Cancer Risk Assessment Service BCRAS) хөтөлбөрийн асуумжаар судалгааг гүйцэтгэлээ. Хавдар судлалын үндэсний төвийн амбулаториор үйлчлүүлж байсан 174 эмэгтэйчүүд хамрагдсан. Хөхний хорт хавдрын эрт илрүүлэгтэй холбоотой мэдлэгийн оноог зөв хариултуудын нийлбэр дүнгээр тооцож, хамгийн бага оноо 0- 14, дээд тал нь 33 оноо гэж үнэлсэн.

Үр дүн: Мэдлэгийн түвшин нь <14 оноо (19,4%) <15-20 оноо (43%), >21 оноо (19,4%) гэж тодорхойлогдов. Туршлага: Эмэгтэйчүүд хөхний хорт хавдрыг эрт илрүүлэхийн тулд хөхөө өөрөө шалгах аргын талаар мэдээлэлтэй байсан ч тогтмол шалгаж үздэггүй байна. Судалгаанд хамрагсдын нас, боловсролын байдал хөхний хорт хавдрын шинж тэмдэг, эрсдэлт хүчин зүйл, хөхөө өөрөө шалгах арга зэрэг нь хөхний хорт хавдрын мэдлэгийн оноотой ихээхэн хамааралтай байсан ($P<0.05$).

Дүгнэлт: Судалгааны дүнгээс үзэхэд эмэгтэйчүүдийн дунд хөхний хорт хавдрыг эрт илрүүлэх эрсдэлт хүчин зүйлс, аргуудын талаарх мэдлэгийг дээшлүүлэх шаардлагатай байгааг харуулж байна.

УМАЙН ХҮЗҮҮНИЙ ХОРТ ХАВДРААС УРЬДЧИЛАН СЭРГИЙЛЭХ ЭМЭГТЭЙЧҮҮДИЙН МЭДЛЭГИЙН ЭХ СУРВАЛЖИЙГ ҮНЭЛЭХ

EVALUATION WOMEN'S SOURCES OF KNOWLEDGE IN CERVICAL CANCER PREVENTION

Myagmarsuren D[1], Enkhjargal Ya[2], Oyundari Ts[3]
[1]NCCM, Radiotherapy department
[2]International University Of Ulaanbaatar
[3]MNUMS, School of Public Health
mm0508405@gmail.com

Abstract

Background: 90 percent of Cervical Cancer patients are in developing and lower than middle-income countries. The more knowledge about cervical cancer women earns, the more they commit to preventive medical checks and care for their health through various sources. Social and other factors and equal access to healthcare services influence women's knowledge and attitude towards the prevention of cervical cancer which depends on the support from family and individuals. Therefore, improving knowledge about the prevention of cervical cancer among women, mothers, and teachers who work closely with students, will also improve the attitude, action, and good practices to prevent and detect cervical cancer at an earlier stage.

Research purpose: This research is to evaluate women's knowledge about cervical cancer and its preventive actions.

Research method: The research is based on a descriptive research method and questionnaire (CCKP-64) by questioning highly educated 84 women of Bayanzurkh district. Their questionnaire was evaluated by Yes or No responses.

Result: 73 (84%) of them do not have enough knowledge about symptoms of cervical cancer, 76 (87%) of them have lower knowledge about earlier detection or PAP examination of cervical cancer, and 79 (93%) of them lacks understanding of vaccines against cervical cancer.

Among the researched women, 41.9% replied that they earn cervical cancer knowledge from the internet, 25.6% source from hospitals and doctors, 12.8% take information from TV, 3.5% source from advertisements (flyers), 2.5% earn knowledge from their families and 13.7% replied that they earn from other types of sources.

Conclusion: Most women lack of understanding and knowledge about preventive actions against cervical cancer and its risks. Additionally, most of them gather information from the internet.

Keywords: Cervical cancer, risk factors, preventive actions.

Д.Мягмарсүрэн[1], Я.Энхжаргал[2], Ц.Оюундарь[3]
[1]ХСҮТ, Туяа эмчилгээний тасаг
[2]Олон улсын Улаанбаатар Их Сургууль
[3]АШУҮИС, Нийгмийн Эрүүл Мэндийн Сургууль
mm0508405@gmail.com

Хураангуй

Үндэслэл: Умайн хүзүүний хорт хавдрын 90 хувь нь бага болон дундаас доогуур орлоготой оронд өндөр тархалттай байдаг. Умайн хүзүүний хорт хавдраас эмэгтэйчүүдийн мэдлэг хэдий чинээ сайн байна төдий чинээ урьдчилан сэргийлэх үзлэгт хамрагдах хүсэл эрмэлзэлтэй байдаг. Умайн хүзүүний хорт хавдраас сэргийлэх, эрт илрүүлэх талаарх эмэгтэйчүүдийн мэдлэг, хандлагад нөлөөлдөг нийгэм, хүн ам зүйн хүчин зүйлс, эрүүл мэндийн үйлчилгээний хүртээмж зэрэг нь эрт ирүүлгийн үзлэг шинжилгээнд хамрагдалт, хувь хүн, гэр бүлийн дэмжлэгээс хамаардаг. Тиймээс эмэгтэйчүүдийн умайн хүзүүний хорт хавдраас сэргийлэх мэдлэгийг нэмэгдүүлснээр хавдрыг эрт илрүүлэх, урьдчилан сэргийлэхтэй холбоотой хандлага, зан үйл, дадлыг дээшлүүлдэг байна.

Судалгааны арга зорилго: Умайн хүзүүний хорт хавдрын талаарх ойлголт болон урьдчилан сэргийлэх эмэгтэйчүүдийн мэдлэгийг үнэлэхэд оршино.

Судалгааны арга аргачлал: Судалгааг нэг агшингийн дескриптив тоон судалгааны (ССКР-64) асуумжийн аргаар Баянзүрх дүүргийн дээд боловсролтой 130 эмэгтэйчүүдээс ёс зүйн зөвшөөрөлтэйгээр хамруулан авч, 84 эмэгтэйг хамруулсан. Судалгаанд оролцогчдын мэдлэгийг тус асуумжаар үнэлэхдээ Cervical-Cancer-Knowledge-Prevention Prevention-64 асуумжийг англи хэлнээс орчуулан ашигласан ба асуулт бүрийг тийм, үгүй гэсэн хариултаар үнэлсэн.

Үр дүн: Судалгаанд оролцогчдоос умайн хүзүүний хорт хавдар болон түүнтэй холбоотой мэдээллийг хаанаас, ямар эх сурвалжаас авдаг талаар тодруулахад дийлэнх нь буюу 41,9% нь интернетээс, 25,6 % нь эмнэлэг болон эмчээс, 12,8% нь телевизээс, 3,5% нь хэвлэмэл сурталчилгааны материал, 2,5% нь гэр бүлээс, үлдсэн 13.7% нь бусад гэсэн хариултыг өгсөн байна. Судалгаанд оролцсон эмэгтэйчүүдийн умайн хүзүүний хорт хавдрын шинж тэмдгүүдийн талаар ерөнхий мэдлэгийг авч үзэхэд мэдлэг хангалтгүй 73 (84%), умайн хүзүүний хорт хавдрын эрт илрүүлэг, ПАП шинжилгээний талаарх мэдлэг 76 (87%)-д хангалтгүй, умайн хүзүүний хорт хавдраас сэргийлэх вакцины талаарх мэдлэг 79 (93%)-д тус тус хангалтгүй байлаа.

Дүгнэлт: Эмэгтэйчүүдийн умайн хүзүүний хорт хавдраас урьдчилан сэргийлэх талаар мэдлэг хангалтгүй, мэдээллийн эх сурвалж нь зөвхөн цахим орчноос авч байна.

Түлхүүр үгс: Умайн хүзүүний хорт хавдар, эрсдэлт хүчин зүйлс урьчилан сэргийлэх

5.

ЛЕКЦ, ТОЙМ

МОНГОЛ УЛСАД ХЭРЭГЖИЖ БУЙ УМАЙН ХҮЗҮҮНИЙ ХОРТ ХАВДРЫН ЭРТ ИЛРҮҮЛЭГТ ХҮНИЙ ПАПИЛЛОМА ВИРУСТ СУУРИЛСАН ШИНЖИЛГЭЭГ НЭВТРҮҮЛЭХ НЬ

Ц.Туул, Т.Ундармаа, Ж.Уранболор
ХСҮТ-ийн Бүртгэл, тандалт, эрт илрүүлгийн алба
tuul@cancer-center.gov.mn

Монгол улсад 2012 онд умайн хүзүүний хорт хавдрын эрт илрүүлгийг үндэсний хэмжээнд Монголын Мянганы Сорилтын сангийн Эрүүл мэндийн төслийн санхүүгийн болон техникийн тусламжтайгаар анх Хавдар судлалын үндэсний төв (ХСҮТ)-ийг түшиглэн эхлүүлсэн бөгөөд өнгөрсөн 10 жилийн хугацаанд илрүүлгийн үйл ажиллагаа үргэлжилж байгаа боловч зорилтот насны эмэгтэйчүүдийн хамрагдалтын хувь төлөвлөсөн хэмжээнд хүрэхгүй байсаар байна.

Монгол улс 2017 онд Дэлхийн эрүүл мэндийн байгууллага (ДЭМБ)-ын зөвлөмжийн дагуу умайн хүзүүний хорт хавдар (УХХХ)-аас сэргийлэх, хянах чиглэлээр Глобал хамтарсан хөтөлбөрт нэгдсэн 17 улс орны нэг болж сонгогдсон ба хөтөлбөр нь УХХХ-ын өвчлөлд Хүний папиллома вирус (ХПВ)-ийн өндөр эрсдэлт хэв шинжийн нөлөөллийг танилцуулах ажлаас эхэлсэн.

Түс хөтөлбөрийн хүрээнд ХСҮТ-д түшиглэн Нэгдүгээрт ХПВ-ийн тархалтын судалгааг 35 ба 45 настай эмэгтэйчүүдийн дунд ХПВ-ын өндөр эрсдэлт 14 хэв шинжийг илрүүлэх шинжилгээг эсийн шинжилгээний аргатай хавсран хийх, Хоёрдугаарт Шинжилгээний хүлээн зөвшөөрөгдөх байдлыг үнэлэх нь гэсэн судалгааг түс түс хийсэн.

Судалгаагаар үндэсний хэмжээнд УХХХ-ын илрүүлэгт ХПВ-ийн өндөр эрсдэлт хэв шинжийг илрүүлэх шинжилгээний аргад шилжих, ингэснээр манай улсад түс хавдраас сэргийлэх, хянах үйл ажиллагаанд тодорхой ахиц гарах, мөн манай орны газар зүйн онцлогоос шалтгаалан ХПВ-ийн шинжилгээний сорьцыг алслагдсан орон нутгаас тээвэрлэн, нэг газар төвлөрүүлэн хийх боломжтойг нотолсон.

Мөн үүнтэй зэрэгцэн УХХХ-ын эмнэл зүйн цогц зааврыг шинэчлэн батлуулж, уг зааварт ДЭМБ-аас гаргасан умайн хүзүүний цогц хяналтын C4GEP удирдамжаас түсган оруулсан.

Түлхүүр үгс: УХХХ, эрт илрүүлэг, ХПВ

МАММОГРАФИЙН ЗУРАГ АВАХ НЭМЭЛТ БОЛОН ӨВӨРМӨЦ БАЙРЛАЛЫН АРГАЧЛАЛ

Д.Баярсайхан[1], А.Болорчимэг[2] Б.Ариунтунгалаг[1], Д.Энх-Амгалан[1]
[1]Дүрс оношилгооны тасаг, ХСҮТ
[2]Онош зүйн тасаг,Сүхбаатар аймгийн Нэгдсэн эмнэлэг
bayaraancc@gmail.com

ЗОРИЛГО

Зарим тохиолдолд хүний анатомийн бүтцийн онцлог болон бие дэх нэмэлт төхөөрөмжөөс шалтгаалан стандарт байрлалаар зураг авах техник нь өвчтөний талаар хангалттай мэдээллийн өгч чаддаггүй. Энэ тохиолдолд нэмэлт болон өвөрмөц байрлалын зураг авах шаардлагатай болдог.

Хавдар судлалын үндэсний төвд жилд нийт 3720-5280 маммографийн зураг авагддаг ба үүнээс 10% орчим нь эрэгтэй, 90% орчим нь эмэгтэй байдаг.

Нийт тохиолдлын 20 орчим хувьд нь нэмэлт, өвөрмөц байрлалаар зураг авах шаардлагатай байдаг .

ДҮГНЭЛТ

Стандарт байрлалын зураг дээр голомтын байршил тодорхой бус буюу эргэлзээтэй тохиолдолд түүнийг нарийвчлан тодорхойлохын тулд нэмэлт өвөрмөц байрлалаар зураг авах нь үнэн зөв, нарийвчлалтай мэдээлэл өгөхөд чухал ач холбогдолтой.

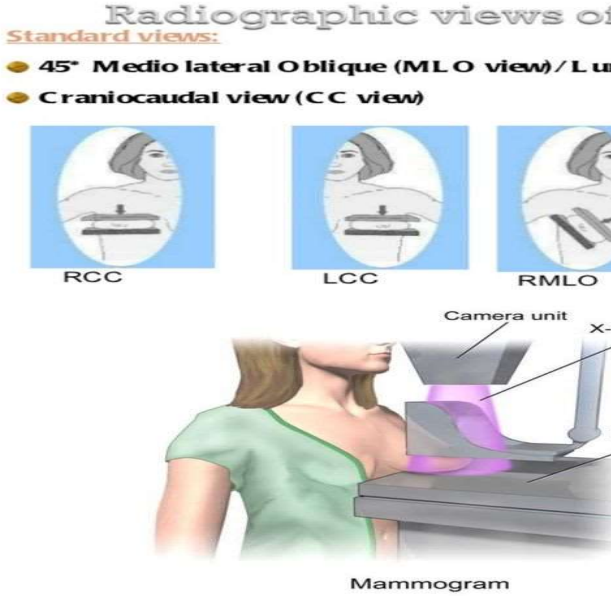
Purpose: In some cases because of human anatomical types and body devices can make the standard position imaging techniques are insufficient to get detailed information about the patient.

That instance provided to additional and unique position imaging technique.

A total 3720-5280 mammograms are taken per year in National Cancer Center of Mongolia.

Of this, about 10% are male, about 90% are female, and about 20% cases need to process with additional, unique position imaging technique.

Conclusion: In cases with interested area is unclear or doubtful on the standard position imaging, proceeding mammogram with an additional unique position is significant for give the accurate and precise information of interested area.



Mammogram

Тэмдэглэл

Тэмдэглэл

PERJETA®
pertuzumab

Herceptin® SC
trastuzumab

Roche

PERJETA

Breast cancer HER2+

Patients with HER2-positive mBC, centrally confirmed (N =808)

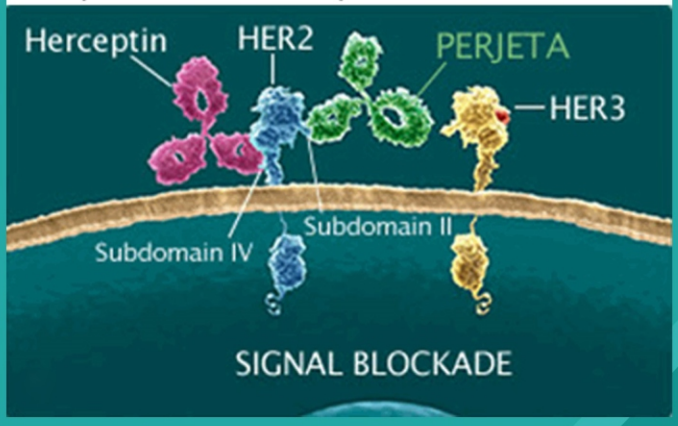
1:1 R

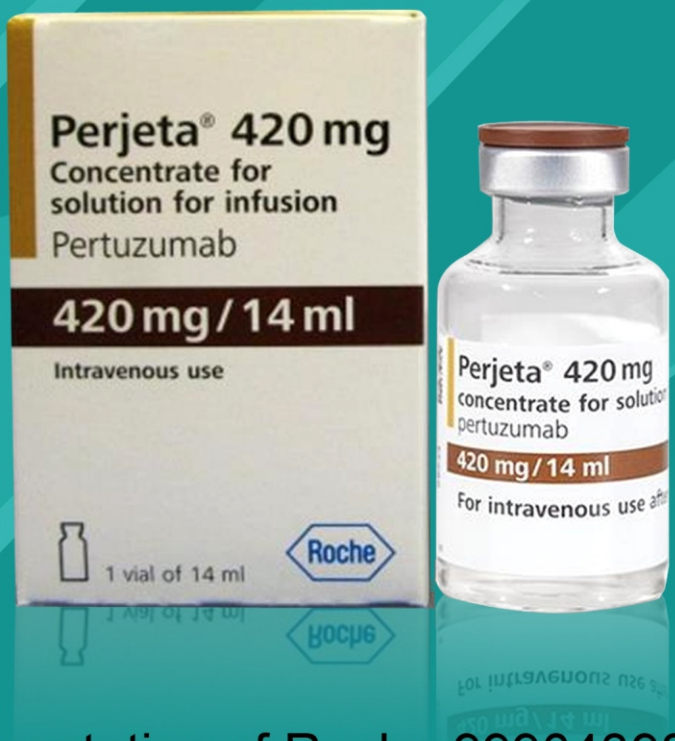
n = 406
- Placebo + trastuzumab
- Docetaxel >6 cycles recommended

n = 402
- Pertuzumab + trastuzumab
- Docetaxel >6 cycles recommended

Pertuzumab (Perjeta®) - MoA

4. Pertuzumab and trastuzumab combination provides a more comprehensive block





Medical Representative of Roche 99904398

TECENTRIQ®

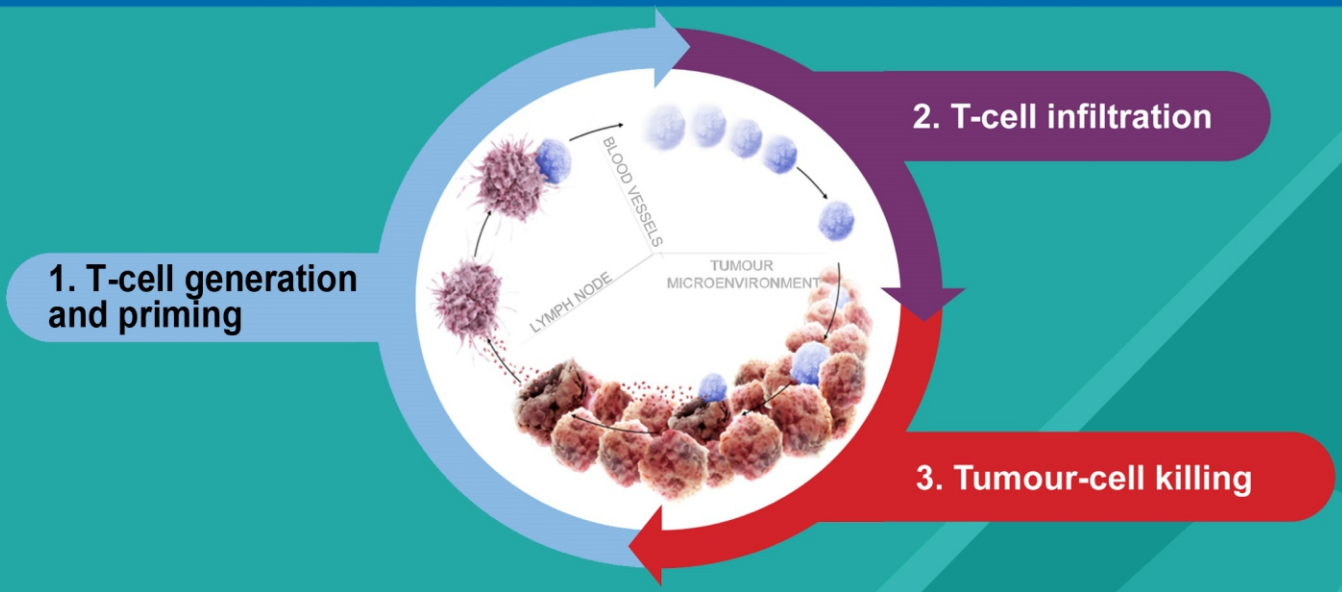
atezolizumab

840 mg | 1200 mg
INJECTION FOR IV USE

Roche

A robust anticancer immune response comprises three key activities

These activities must be initiated and allowed to proceed and expand iteratively to lead to effective killing of cancer cells



840mg,1200 mg, Immunotherapy PDL-1

1. Liver cancer
2. Triple-negative breast cancer (TNBC)
3. Small cell lung cancer (SCLC)
4. Non-small cell lung cancer (NSCLC)
5. Urothelial cancer, which is a type of bladder and urinary tract cancer
6. Melanoma



Medical Representative of Roche 99904398