

Бурма

АНАГААХ УХААН

ЭРҮҮЛИЙГ ХАМГААЛАХЫН ЗОХИОН БАЙГУУЛАЛТ



СУДАЛГАА ШИНЖИЛГЭЭ



МЭРГЭЖЛИЙН ЗӨВЛӨГӨӨ, ЛЕКЦ, ТОЙМ



ТУРШЛАГА СОЛИЛЦЬЁ



ХОВОР ТОХИОЛДОЛ



ЭРДЭМТДИЙН ДҮГНЭЛТ ЗӨВЛӨМЖ



ГАДААД ОРНУУДАД

1

Индекс 14550

1987

АНАГААХ УХААН

18 дахь жилдээ № 1(61) 1987 он

АГУУЛГА

Эрүүлийг хамгаалах 1987 онд 3

ЭРҮҮЛИЙГ ХАМГААЛАХЫН ЗОХИОН БАЙГУУЛАЛТ

Ж. Раднаабазар — Нийт хүн амыг үе шаттайгаар диспансерчлах асуудал 6
Ц. Гомбо — Архидан согтуурахтай тэмцэхэд эмнэлгийн байгууллагаас зохиох ажил 10

СУДАЛГАА ШИНЖИЛГЭЭ

Ш. Чадраабал, П. Янсан — Малчдын өвчлөл, хооллолтын зарим асуудал 13
Ж. Цогнэмэх, Д. Сэлэнгэ, Я. Шархүү — Анабазиныг клиникт хэрэглэсэн дүн 17
С. Ядмаа — Эмэгтэйчүүдийн архаг үрэвсэл өвчнийг оношлох, түүний байгалийн цогцолбор эмчилгээний үр дүн 19
С. Раднаабазар — Холын зайд гүйгчдэд хийсэн эмнэлэг хяналтын зарим ажиглалт 22

МЭРГЭЖЛИЙН ЗӨВЛӨГӨӨ, ЛЕКЦ, ТОЙМ

Т. Дэлгэр Н. Жанцан, Б. Байгаль, — Вируст гепатит 26
П. Нямдаваа — Дархлалын олдмол дутлын хамшинж 37
— Цусны даралт ихсэх өвчний орчин үеийн эмчилгээний зарим асуудал 46
Д. Баасанжав — Тархины судасны өвчнүүдийн эхний хэлбэрүүд, тархины цусны эргэлтийн түр почмог өөрчлөлт 52
Д. Цэгээнжав, Ц. Бундан — Зүрхний титмийн цус тасалдах өвчнийг оношлоход титмийн ангиографийн ач холбогдол 54
Ө. Жүгдэр Б. Шижирбаатар, Д. Ичинхорлоо, — Кардиотокографийг эх барихын практикт хэрэглэх нь 58
Ю. З. Розенблюм, В. С. Лапушкин — БНМАУ-д суралцаж байгаа зөвлөлтийн сурагчдын нүдний хараа муудахаас урьдчилан сэргийлэх асуудал 62

ТУРШЛАГА СОЛИЛЦЪЕ

Э. Довдон, Р. Нямаа — Филатов-Кальфийн эластотометрийн хэмжилтийн таблицыг хэрэглэсэн туршлага 66

ХОВОР ТОХИОЛДОЛ

Н. Нямаа — Үхрийн арьсны гуур 72

ЭРДЭМТДИЙН ДҮГНЭЛТ, ЗӨВЛӨМЖ

П. Батхүү — Хотын хүүхдэд үзүүлэх амбулатори-поликлиникоор үзүүлэх тусламжийн хэмжээ, хэрэгцээ 74
Ш. Дуламсүрэн — Цусны даралт ихсэх өвчний явцад цаг агаарын зарим хүчин зүйлийн нөлөө 7

МЭДЭЭ

СОДЕРЖАНИЕ

Здравоохранение в 1987 году 3

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Ж. Раднабазар — К вопросу организации этапной диспансеризации
всего населения 6
Ц. Гомбо — Работа лечебно-профилактических учреждений по борьбе с
пьянством 10

КЛИНИКО-ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Ш. Чадрабал, П. Янсан — Некоторые вопросы заболеваемости и пи-
тания животноводов 13
Ж. Цогнэмэх, Д. Сэлэнгэ, Я. Шарху — Клиническое испытание
таблеток анабазина 17
С. Ялма — Результаты диагностики и лечения хронических воспали-
тельных заболеваний женской половой сферы 19
С. Раднабазар — Некоторые наблюдения медицинского контроля бегу-
нов длинных дистанций 22

ОБЗОРЫ, ЛЕКЦИЙ, КОНСУЛЬТАЦИИ

Т. Дэлгэр Н. Жанцан, Б. Байгаль, — Вирусный гепатит 29
П. Нямдава — Синдром приобретенного иммунодефицита 37
— Современная терапия артериальной гипертензии 46
Д. Басанжав — Начальные формы патологии сосудов и острое наруше-
ния мозгового кровообращения 52
Д. Цэгэнжав, Ц. Бундан — Коронарная ангиография в диагностике
ишемической болезни сердца 54
Ө. Жүгдэр Б. Шижирбатдор, Д. Ичинхорло, — Применение кардио-
токографии в акушерской практике 58
Ю. З. Розенблюм, В. С. Лапушкин — Профилактика нарушения зре-
ния у советских школьников, учащихся в МНР 62

ОБМЕН ОПЫТОМ

Э. Довдон — Опыт применения калибровочных таблиц для эластотоно-
метра Филатова-Кальфа 66

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ

Н. Няма — Гиподерма 72

ДИССЕРТАЦИОННЫЕ ВЫВОДЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ УЧЁНЫХ

П. Батху — Объем и потребность в амбулаторно-поликлинической по-
мощи городскому детскому населению 74
Ш. Дуламсурен — Влияние некоторых метеорологических факторов на
течение гипертонической болезни в г. Улан-Батора 76

ХРОНИКА

ЭРҮҮЛИЙГ ХАМГААЛАХ 1987 ОНД

БНМАУ-ын Ардын Их Хурлын II дэх удаагийн II чуулган „БНМАУ-ын эдийн засаг, нийгмийг 1986—1990 онд болон 1987 онд хөгжүүлэх улсын төлөвлөгөө, улсын нэгдсэн төсвийг хуульчлан баталж намын XIX их хурлын шийдвэрийг хэрэгжүүлэх ажлыг эрчимжүүлэх талаар нийт байгууллага, хөдөлмөрчид, тухайлбал эрүүлийг хамгаалах салбарын өмнө тулгарч байгаа зорилтыг тодорхойлов.

МАХН-ын Төв Хорооны II бүгд хурал, АИХ-ын ээлжит чуулганаас ард түмний аж амьдралын нөхцөлийг сайжруулах, хүн амын бодит орлогыг нэмэгдүүлэхэд чиглэгдсэн олон тооны чухал арга хэмжээ авахаар заалаа. Эрүүлийг хамгаалах салбарыг хөгжүүлэх, түүний материаллаг баазыг бэхжүүлэх, боловсон хүчний хангамжийг сайжруулах болно.

Тус салбарт VIII таван жилд хагас миллиард хөрөнгө оруулалт оруулахаар төлөвлөжээ. Таван жилд эмнэлгийн 4,1 мянган орны багтаамжтай, ээлжинд 7 мянган хүн үзэх эмнэлэг үйлчилгээний барилга байгууламж барьж ашиглалтанд оруулна. Эмнэлгийн дээд, тусгай дунд боловсролтой 8,2 мянган мэргэжилтэн бэлтгэнэ. Энэ арга хэмжээ нь хүн амд үзүүлэх эмнэлгийн тусламжийн хүрэлцээ чанарыг дээшлүүлэх боломжийг бүрэлдүүлж байна.

1987 онд Эрүүлийг хамгаалах, биеийн тамирын арга хэмжээг санхүүжүүлэхэд 524,3 сая төгрөг зарцуулна. Улаанбаатар хотод эх нялхсын нэгдсэн төвийн иж бүрэн барилга, Ажилчин, Сүхбаатарын районд тус бүр ээлжинд 500 хүүхэд үзэх поликлиник, Дарханд төрөх газар, Улаангом, Ховдод халдвартын больниц зэрэг арав гаруй барилгыг ашиглалтанд оруулснаар салбарын үндсэн фонд 69 сая төгрөгөөр больницын орны тоог 5,5 хувиар нэмэгдүүлнэ. Сум дундын нэгдсэн эмнэлэг, сумын эмнэлгийг шинэ бүтэц, зохион байгуулалтаар ажиллуулж эхлэх ба 10 гаруй сумдад Ариун цэвэр халдвар судлалын салбар станц, групп байгуулж ажиллагаанд оруулна.

Дээд, дунд мэргэжлийн 1800 гаруй мэргэжилтэн бэлтгэн гаргах бөгөөд тэдгээрийн ихэнх нь хөдөөгийн эмнэлэг болон хүүхдийн эмнэлгийн байгууллагад ажиллах болно. Эрүүлийг хамгаалах салбарт шинжлэх ухаан техникийн ололт түргэн явцтай нэвтрэх юм. Эмнэлгийн тоног төхөөрөмжийн хангамж сайжирна. Компьктерийн томограф, электрон микроскоп, электрон тооцоолон бодох техник, төрөл бүрийн эхограф, гаммакамер зэрэг орчин үеийн өндөр хүчин чадалтай аппарат техникийг ашиглаж эхлэх бөгөөд эдгээрийн үр дүнд өвчтөний онош шинжилгээний чанар, үр дүн дээшилж эмчилгээ үйлчилгээнд чухал нөлөө үзүүлэх юм.

Эрүүлийг хамгаалахын урьдчилан сэргийлэх ажлын хүрээ өргөжиж хүн амыг диспансерчлах ажил улам гүнзгий нэвтэрнэ. 1987 онд бараг 900 шахам эмч, эмнэлгийн дунд мэргэжилтний мэргэжил дээшлүүлнэ. Эм, эмийн зүйл, төрөл бүрийн тарилга үйлдвэрлэх хэмжээ 24 сая төгрөгт хүрч өсөх ба хөдөлмөрчдийн эмийн үйлчилгээ өргөжнө. Эмийн гүйлгээ 130 сая төгрөгт хүрнэ. 20 гаруй төрлийн эмийн шинэ бүтээгдэхүүн үйлдвэрлэж, үйлчилгээнд нэвтрүүлэх бөгөөд эмийн үйлдвэрийн хэд хэдэн дамжлагад механикжуулалт, автоматжуулалтын шугам тавьж ашиглалтанд оруулна. Эмнэлэг үйлчилгээний ажлын чанар, шинжилгээний түвшинг дээшлүүлэх, хүндрэлийг багасгах, ажлыг хөнгөвчлөхөд чиглэгдсэн хэд хэдэн тэргүүн туршлагыг 180 байгууллага, тасаг, нэгж, 500 гаруй ажилтанд эзэмшүүлэхээр төлөвлөж байна.

Эд материалын нөөц, зардлыг хэмнэх улсын даалгавартай ажиллах бөгөөд байгууллага бүр бензин шатахуун, ус, уур, эрчим хүч хэмнэх, үйлдвэр, аж ахуйн газрууд тодорхой төрлийн түүхий эд материал

хэмнэх үүрэгтэй ажиллана. 30 шахам нэр төрлийн эмийн ургамал, жимсгэнэ түүж бэлтгэх бөгөөд заримыг экспортод гаргах болно.

Эрүүлийг хамгаалах Яамнаас батлан гаргасан хүн амыг диспансерчлах аргыг нийт эмнэлгийн ажилтнууд нарийвчлан судалж, эзэмшиж хэрэгжүүлэх болно. Эмнэлгийн үйлчилгээний чухал үндсэн үзүүлэлт болсон хүн амыг диспансерчлах хувь хэмжээг өсгөх, урьдчилан сэргийлэх үзлэгийн тоо хэмжээг нэмэгдүүлэх, чанаржуулах, амбулатори-поликлиникийн үйлчилгээнд улам олон хүнийг хамарч, стационарын тусламжийн хүрээ өргөжинө. Урьдын адил амбулаториср үнэ төлбөргүй эм олгож эмчлэх хүрээ өргөн байх бөгөөд хүн амын дунд зонхилж байгаа өвчлөлийг бууруулахад гол анхаарлаа чиглүүлэх болно. Нэн ялангуяа бага насны хүүхэд, жирэмсэн эмэгтэйчүүдийн өвчлөл, эндэгдлийг аль болохоор түргэн хугацаанд бууруулах зорилт тулгарч байна. Хүүхдийн хэсгийн тоог 441-д хүргэнэ. Эх хүүхдийн эндэгдлийг тогтмол бага хэмжээнд байлгаж байгаа аймаг, сумдын туршлагыг өргөн судлан сурталчлах шаардлага тавигдаж байна. 1987 оныг эрүүлийг хамгаалах салбарын ажлыг эрчимжүүлэх, намын их хурал дээр шүүмжлэгдсэн дутагдлыг үндсэнд нь арилгах он болговол зохино.

Эрүүлийг хамгаалах салбарт ажлын үр ашиг, чанарыг дээшлүүлэхэд чиглэгдсэн хөдөлмөр зохион байгуулалт, урамшууллын бригадын хэлбэрийг өргөн нэвтрүүлэх шаардлага тавигдаж байна. Энэ талаар зарим эмнэлэг дээр туршсан дүн ашигтай болох нь харагдлаа. Ийм бригад байгуулах ач холбогдлыг хамт олны дунд өргөн сурталчлах хэрэгтэй байна.

Тус салбарт 1986 онд эхэлсэн ажлын эрч хүчийг бууруулахгүй, ажилдаа шүүмжлэлтэй хандаж, ажлын чанарыг дээшлүүлэх явдал чухал байна. Байгууллага бүр, хүн бүр 1987 онд нэг шинэ зүйлийг сэдэн, шинэ сэтгэлгээгээр ажиллахыг нам шаардаж байна. Бүх шатны боловсон хүчний бие даасан ажиллагаа, санаачилгыг дээшлүүлж тэдэнд тавих зарчимч шаардлагыг өндөржүүлэх хэрэгтэй байна. Салбарын боловсон хүчний мэдлэг мэргэжлийг дээшлүүлэх системтэй ажил зохион байгуулах, гаргасан шийдвэр, төлөвлөгөө, уралдааны үүргээ биелүүлэхэд тавих хамтын ажлыг эрчимжүүлвэл зохино. Социалист уралдаан зохион байгуулж байгаа арга хэлбэрийг улам боловсронгуй болгох, нэн ялангуяа дүгнэх явдлыг тогтмолжуулах, хүний хүчин зүйлийн ролийг өндөржүүлэх хэрэгтэй байна.

Салбарын нөөц бололцоог илрүүлэн ашиглах явдал юу юунаас чухал болж байна. Тус салбарт материал, санхүү, боловсон хүчний их нөөц байна. Боловсон хүчнийг зөв хуваарилан байршуулж дүүрэн ашиглах явдал мэргэжлийн төдийгүй эдийн засгийн чухал асуудал юм. Тус салбарын өмнө тавигдсан зорилтыг хэрэгжүүлэхэд юуны өмнө социалист аж төрөх ёсыг хэвшүүлэх нь нэн чухал рольтой билээ. Иймээс салбарын нийт албан хаагчид эрүүл ахуйн сурталчилгааг шинэ агуулгаар баяжуулж оновчтой хэлбэр, аргыг сонгон авч явуулах хэрэгтэй байна.

Хөдөлмөрчдийн зүгээс эмнэлэг үйлчилгээний талаар гарч байгаа санал гомдолд халамж анхаарал тавьж, шуурхай барагдуулах арга хэмжээ авч ажиллах нь чухал байна.

МАХН-ын II бүгд хурлын шийдвэрийн дагуу эмнэлгийн дэргэдэх намын анхан шатны байгууллагын дайчин чадвар, нэн ялангуяа коммунистуудын манлайллыг өндөржүүлэн, намын байгууллагын ажиллагааг эмнэлэг үйлчилгээний гүнд чиглүүлж, эмнэлэг хөдөлмөрчдийн холбоог бэхжүүлэхэд ихээхэн анхаарвал зохино. Амбулатори-поликлиникийн тусламжийг өргөгөх, урьдчилан сэргийлэх ажлын далайц, өгөөжийг дээшлүүлэхэд намын байгууллага ажлаа чиглүүлэх хэрэгтэй юм. Амбулатори-поликлиникт хийгдэх үзлэг шинжилгээг иж бүрнээр хийж хөдөлмөрчдийг олон дахин ирүүлдэг явдлыг эрс багасгах, диспансерийн

хяналтыг оновчтой болгох зохион байгуулалтын арга хэмжээ авч ажиллах, суурилагдсан ба олгосон тоног төхөөрөмж, автомашины ашиглалтыг эрс сайжруулж, шаардлагатай бол ээлжийн ажиллагаанд оруулах, сум аймгийн төвд хийгдэж байгаа шинжилгээ оношлогооны түвшинг хотын хэмжээнд ойртуулах, энэ зорилгоор эмч мэргэжилтэнг бэлтгэж тогтвор суурьшилтай ажиллуулвал үр өгөөж нь өндөр байх болно.

Хөдөлмөрчдийн өмнө ажлаа тайлагнаж, ажилдаа үнэлэлт дүгнэлт авч ажиллах шаардлагатай байна. Үйлчилгээний чанарыг сайжруулах асуудлыг юуны өмнө хүний төлөө тавих анхаарал халамж, хүний сэтгэл санаанд бүрэн нийцүүлэхэд чиглүүлж ажлын чанарыг төлөвлөх үнэлэх үзүүлэлтийг байгууллага бүр дээр тогтоож мөрдүүлэх, чанарын асуудлыг эмч ажилтан бүрийн ажлын хэмжүүр болгож тодорхой үр дүнд хүрсэн байх зорилтыг 1987 онд дэвшүүлэн тавьж байна.

ӨГҮҮЛЭЛ БИЧИГЧДИЙН АНХААРАЛД

Тус сэтгүүлд ирүүлэх материал нь доорх шаардлагыг бүрэн хангасан байх хэрэгтэй. Үүнд:

1. Сэтгүүлд ирүүлэх материал нь эрдэм шинжилгээний хүрээлэн албан байгууллагаас хэвлүүлэхийг зөвшөөрсөн албан бичигтэй байна.

2. Өгүүлэл нь 21 мөрөөр машиндсан өнгөн хувь байна.

3. Өгүүллийн хэмжээ нь зураг, ашигласан хэвлэлийн жагсаалт, хүснэгт, резюме (товчлол)-г оруулаад машинаар цохисон 10 хуудаснаас илүүгүй байна.

4. Өгүүллийн эхэнд зохиогчийн овог, нэр, ажиллаж буй албан байгууллагын нэрийг бичсэн байна.

5. Өгүүллийн эцэст зохиогч гарын үсгээ заавал зурна. Хамтын бүтээл бол бүх зохиогч гарын үсгээ зурна. Мөн редакциас зохиогчтой харилцах хаяг, утасны дугаарыг бичнэ.

6. Өгүүлэл нь товч, тодорхой, үг үсэг, найруулгын алдаагүй, засваргүй байна.

7. Өгүүлэлд орсон нэр томъёог сайтар шалгасан байна.

8. Судалгааны өгүүллийг судалгааны үндэслэл, арга, үр дүн, шүүмж ба дүгнэлт гэсэн дэс дарааллаар бичнэ.

9. Өгүүлэлд орсон шинэ үг тоо баримтыг эх материалтай тулгасан, ямар ч зөрөөгүй байх ёстой.

10. Ишлэл татсан эх зохиолын жагсаалтыг өгүүллийн эцэст ишлэл татсан дарааллын дагуу хийж, дугаарыг өгүүлэл дотор ишлэлийн ар талд хаалтанд бичнэ. Ишлэл татсан эх зохиолыг өгүүллийн эцэст зохиогч, ном, сэтгүүл, өгүүллийн нэр, хэвлэгдсэн он, дугаар, хаана хэвлэгдсэн, хуудасны дугаар оруулсан машиндсан эхийг авна.

11. Өгүүлэлд зураг, диаграмм оруулбал тэдгээр нь хэвлэлийн шаардлага хангасан, маш тод өнгийн хар тушээр зургийн цаасан дээр зурсан, ард нь зохиогчийн нэр, зургийн дугаар, хаана оруулахыг тодорхой зааж бичсэн байна. Зургийн тайлбарыг өгүүлэл дотор (зургийн нэр, үсэг, муруй шугам зэрэг тэмдгийн тайлбар) бичнэ.

12. Өгүүлэлд орсон томъёог сайтар шалгаж хар өнгийн бэхээр бичнэ. Латин үсгийг цэнхэр бэхээр, грек үсгийг улаан бэхээр бичнэ.

13. Өгүүлэлд орсон хүснэгтийг машиндсан, товч тодорхой нэр, дугаартай хэмжээ нүсэр биш, тоо баримтыг шалгаж, статистикийн аргаар боловсруулсан байх шаардлагатай.

14. Өгүүллийн товчлол (резюме)-г орос хэлээр өгүүллийн нэр, зохиогчийн нэр, товч утга гэсэн дарааллаар бичсэн байна.

15. Ирүүлэх материал нь урьд өмнө хэвлэгдээгүй буюу хэвлүүлэхээр өөр хэвлэлд өгөөгүй байх шаардлагатай.

16. Редакци нь хэвлүүлэхээр ирүүлсэн өгүүллийг товчлох, засварлах, түүнчлэн зохиогч зөвшөөрвөл товч мэдээлэл хэлбэрээр хэвлэх эрхтэй.

17. Дээрх шаардлагыг бүрэн хангаагүй өгүүллийг редакцид хүлээн авахгүй.

18. Хэвлэгдээгүй материалыг буцаахгүй, өгүүллийг "Улаанбаатар. 48. Эрүүлийг хамгаалах Яам, Эмнэлгийн хэвлэлийн нэгдсэн редакци" хаягаар ирүүлнэ.

ЭРҮҮЛИЙГ ХАМГААЛАХЫН ЗОХИОН БАЙГУУЛАЛТ

Ж. РАДНААБАЗАР (Эрүүдийг хамгаалах Яам)

НИЙТ ХҮН АМЫГ ҮЕ ШАТТАЙГААР ДИСПАНСЕРЧЛАХ АСУУДАЛД

Нийт хүн амыг шатлан диспансерчлах ажилд шилжих тухай МАХН-ын XIX их хурал эрүүдийг хамгаалахын зарчмын шинэ зорилт дэвшүүллээ.

Нийт хүн амыг диспансерчлах нь хөгжингүй социализмын үеийн эрүүдийг хамгаалахын үндсэн агуулга болон төлөвшиж байна. Одоо ЗХУ-д дунджаар нийт хүн амын 60 гаруй хувийг жилд нэг удаа диспансерийн үзлэгт оруулж, цаашдаа нийт хүн амыг диспансерчлах ажилд шийдвэртэй ороод байна. Ах дүү социалист орнууд 1995 он хүртэлх хугацаанд нийт хүн амыг диспансерчлах ажлыг дуусгах бодлого баримталж байна.

Бүх нийтийн диспансерчлалын ажлыг явуулах амбулатори-поликликийн тусламжийг боловсронгуй болгон урьдчилан сэргийлэх ажлын нэгдлийг давамгайлан хөгжүүлж, эмнэлгийн боловсон хүчин, материаллаг баазыг бэхжүүлсний үндсэн дээр хийж байгааг ах дүү социалист орнуудын эрүүдийг хамгаалахын практик баталж байна.

ЗХУ болон ах дүү социалист орнуудад хүн амыг диспансерчлах, ялангуяа нийт хүн амыг эмнэлгийн идэвхтэй хяналтад авах анхны шат нь олон хүн амыг хамарсан эмч нарын бүрдмэл үзлэг гэж үзэж байна. Диспансерчлалд поликлиник, дотрын хэсгийн эмч чухал үүрэгтэй. Диспансерын хяналтын нийт хүмүүсийн 60 шахам хувийг насанд хүрэгчдийн дэвсгэр нутгийн поликлиникт, тэдний 44,4—58,5 % нь дотрын хэсгийн эмчид тус тус ногдог аж (1).

В. С. Преображенскаягийн судалгаагаар (1985) диспансерийн хяналтын архаг өвчний 55—70 % нь цусны эргэлтийн систем, хоол боловсруулах эрхтэний ба амьсгалын замын өвчин байжээ. Орчин үед судлаачдын анхаарал татаж байгаа эмзэг асуудлын нэг бол цочмог өвчнөөр өвчлөгсдийг диспансерийн хяналтад авах аргыг өргөтгөх явдал юм. Учир нь төрөл бүрийн шалтгаанаар олон хурц өвчин клиникийн бүдэг явцтай, архагших хандлагатай болж байна. Жишээлбэл: Уушгины цочмог хатгалгааны өвчний 68—85 % архагшиж байна (4).

БНМАУ-ын эдийн засаг, нийгмийг 1986—1990 онд хөгжүүлэх үндсэн чиглэлд хүн амыг өвчлөлөөс урьдчилан сэргийлэх, диспансерийн хяналтад авах, хөдөөгийн хүн амд үзүүлэх эмнэлгийн нарийн мэргэжлийн тусламжийг нэмэгдүүлэх арга хэмжээг өргөжүүлэх сум дундын зарим эмнэлгийг нэгдсэн эмнэлэг болгон өргөтгөхийн хамт сум суурин газруудын эмнэлэгт хүүхэд, эмэгтэйчүүд, шүдний эмчийн хүрэлцээг сайжруулах, аймгийн нэгдсэн эмнэлэг, улсын хэмжээний үйлчилгээ бүхий нарийн мэргэжлийн төв диспансер, клиникийн эмнэлгээс хөдөөгийн хөдөлмөрчдөд газар дээр нь үзүүлэх эмнэлгийн үйлчилгээг өргөтгөхөөр заалаа.

Хүн амыг өвчлөхөөс урьдчилан сэргийлэх, аливаа өвчнийг эрт илрүүлэх, диспансерийн хяналтад авч, хөдөлмөр ахуйн нөхцөлтэй нь холбон төгс эрүүлжүүлэх замаар өвчлөл, нас баралт, хөдөлмөрийн чадвар түр алдалт, тахир дутуу болох явдлыг бууруулж чадсанаар

хөдөлмөрийн нөөцийг нэмэгдүүлж, нийгэм эдийн засгийн хөгжлийг түргэтгэхэд эрүүлийг хамгаалахын үр ашиг гардаг.

Тайлангийн материалаас үзэхэд манай улсын нийт хүн амын 15 орчим хувь, бодит судалгаагаар зарим хот, аймаг, район, сумын хүн амын 20 гаруй хувийг диспансерийн хяналтад авсан байна. Хүн амын өвчлөлийн байдалтай харьцуулбал архаг өвчнөөр өвчлөгсдийн гуравны нэг орчмыг эмнэлгийн идэвхтэй хяналтад авч байна. Гурав хүртэлх насны хүүхэд, жирэмсэн ба нялх биетэй эх, уул уурхай мэт хүнд үйлдвэрийн ажилчид, үйлдвэр, соёл, шинжлэх ухааны тэргүүний хүмүүс диспансерийн бүрэн хяналтад оржээ. Тус улсын хүн амын диспансерчлалын одоогийн бодит байдлын энэ тоон үзүүлэлт дээр дүгнэлт хийж цаашдын төлвийг боловсруулсан байна.

Нийт хүн амыг зохих үе шаттайгаар диспансерчлахад шилжих ажил хоцрогдож байгааг МАХН-ын XIX их хурал тэмдэглэсэн билээ. Эрүүлийг хамгаалах Яам тус улсын нийт хүн амыг диспансерчлах ажлыг зохих үе шатаар эхэлж 1996—2000 онд дуусгах хэтийг чиглэл бодлогыг боловсруулав.

Диспансерийн хяналт нь өвчний учир хяналтад авсан хүн бүрийг жил тутам лаборатори, рентген, үйл оношийн шинжилгээгээр, үндсэн гурваас доошгүй мэргэжлийн эмч нар үзэж өвчтөнийг хяналтад авсан эмч нар улирал бүр хянагчдыг нэгээс дээш удаа үзэж өвчний дахилт, сэдэрлтийн эсрэг системтэй эмчилгээ хийж эмнэлэг-нийгмийн эрүүлжилтийн идэвхтэй арга хэмжээг зохион байгуулахыг хэлнэ. Диспансерийн хяналтад авсан эрүүл хүмүүст энэ тодорхойлолтын эхний үзлэг, шинжилгээг хийж, эрүүл мэндийн талаар тусгайлан тогтоосон бүлгийн үнэлгээ өгч эгзэгтэй, өртөмтгий байдлыг арилгах арга хэмжээ авч хянах болно.

1981—1985 онд БНМАУ-ын хүн амын нийт өвчлөлийн дундаж төвшин бүтцийг нарийн судлан тогтоож, улмаар 1986—1990 онд тус улсын эх нялхас, ажиллагсдыг үе шаттайгаар диспансерчлах зохион байгуулалтын хэлбэр, арга зүй, хот хөдөөгийн хүн амд үзүүлэх эмнэлгийн тусламжийн ялгаварт нормативыг боловсруулсны үр дүнд БНМАУ-ын нийт хүн амыг 2000 он гэхэд бүрэн диспансерчлах зорилго тавьж байна. Диспансерчлах ажлыг гурван шаттай явуулна.

1-р үе буюу 1986—1990 онд хүн амыг олноор диспансерчлах бэлтгэл ажлыг хангах (материаллаг бааз, боловсон хүчнийг бэхжүүлэх, зохион байгуулалтын арга хэлбэрийг боловсронгуй болгох, чанаржуулах) болно. 1986—1990 онд 0—3 насны болон 7 настай бүх хүүхэд, жирэмсэн эхчүүд, үйлдвэрийн ажилчид, малчид, хөдөө аж ахуйн механикжуулагчид өсвөр үеийг (16—18 насны) нийтээр диспансерчлах ажилд шилжих юм. Энэ үед амбулатори-поликлиникийн тусламжийн зохион байгуулалтын одоогийн арга, үйлчилгээний хэлбэрийг өөрчилж урьдчилан сэргийлэх үзлэгийн тасаг бүхий дэвсгэр нутгийн томоохон поликлиник байгуулах асуудалд гол анхаарлаа хандуулах нь зүйтэй.

Диспансерчлал бол нийгмийн асуудал мөн. Диспансерийн хяналтад юуны өмнө ажиллагсдыг авч тэдний хөдөлмөрийн чадварын урт ба түр хугацааны алдагдлыг сэргээх, эрүүл мэндийг бэхжүүлэх ажлыг нэн тэргүүний зорилт болгодог. Иймээс юуны өмнө ажиллагсдыг диспансерчлах асуудлыг эрүүлийг хамгаалахын онолын судалгаа, практик арга хэмжээний тэргүүн шугам болгож байна.

1991—1995 онд диспансерчлалын хүрээг өргөтгөж чанар, үр дүнг дээшлүүлж тус улсын нийт хүн амын 60—80 хувийг жил бүр диспансерийн буюу эмч нарын бүрдмэл үзлэгт оруулах юм.

1996—2000 онд манай улсын нийт хүн ам үндсэндээ диспансерийн хяналтад хамрагдах болно.

Диспансерчлалын түвшин, хамааралтыг тогтмол өргөсгөн нэмэгдүүлж, байнгын хяналтыг эмч нарын бүрдмэл болон урьдчилан сэргий-

Нийт хүн амыг диспансерчлах үе шатлал

I (1986—1990)

Бэлтгэл үе

Материаллаг
баазБоловсон
хүчинЗохион
байгуулалтАрга
зүй

Эхлэл

Эх нялхас, үйлдвэрийн ажилчид, өсвөр үе

II (1991—1995)

Хэрэгжилт
(Өргөжилт, чанар, үр ашиг)Бүх хүн амыг жилд нэг удаа диспансерийн
үзлэгт оруулна

Хүн амын 60—80 %

III (1995—2000)

Хэрэгжиж дуусах

Бүх хүн амыг үндсэнд нь диспансерчлэх

лэх үзлэгээр хийж, үр ашгийг тооцон практик ажиллагаанд нэвтрүүлэх талаар Эрүүлийг хамгаалах Яамнаас 1986 онд тусгай тушаал гарган хүн амыг диспансерчлэх аргачлалыг шинэчлэн боловсрууллаа. Одоогийн нөхцөл байдлаас судлан үзэхэд нэг эмчид хяналтад эрүүл болон өвчтэй хүмүүсийн тооны доод хэмжээг ихэсгэн, диспансерийн хяналтад 230 өвчтөнийг (насанд хүрэгсдийн 130, хүүхдийн 70) нэршлийн жагсаалтаар хянахаар тогтов.

Хүснэгт 2

Хүн амыг диспансерчлэх шинэ аргачлалын бүтэц

Өвчлөгсдийг илрүүлэх	— Урьдчилан сэргийлэх үзлэг (урьдчилан байнгын зориудын) — Эмч нарын бүрдмэл үзлэг — Амбулатори, стационарын өвчтөлөөс
Динамик ажиглалт	— Эрүүл хүмүүс (жилд 1—2) — Өвчтэй хүмүүс (үзлэг, шинжилгээ, эмчилгээний арга өвчний нэршлээр —230)
Үр дүнг тооцох	— Эмнэлгийн үр ашиг — Нийгмийн үр ашиг — Эдийн засгийн үр ашиг

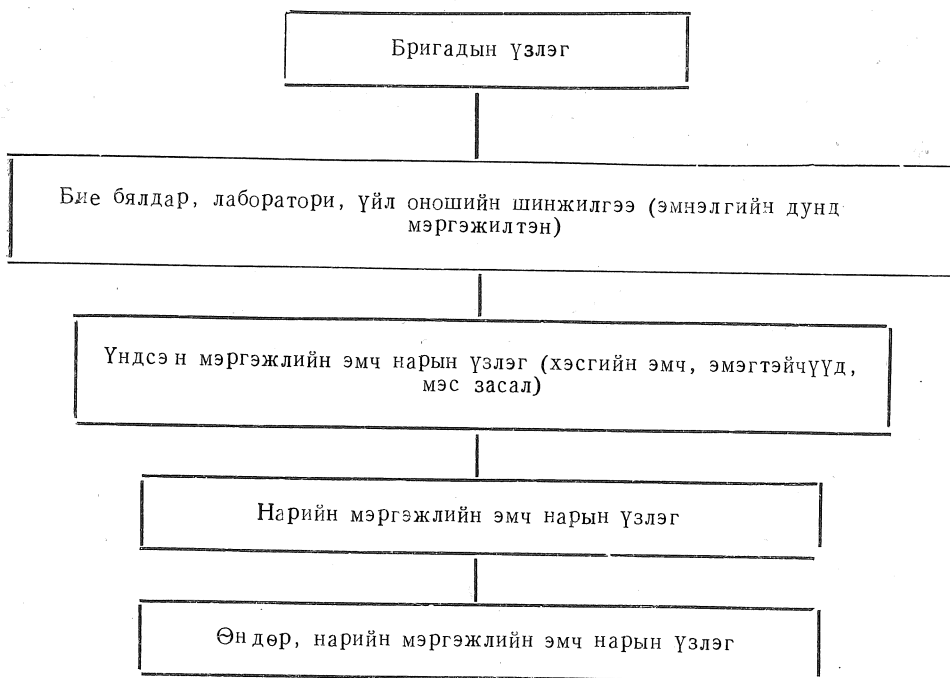
Диспансерчлал бол амбулатори-поликлиникийн „үйлдвэрийн бүтээгдэхүүн“ байдаг учраас орчин үед хүн амын өвчлөлд 70 гаруй хувийг эзэлж байгаа амьсгал, зүрх судас, мэдрэл ба мэдрэхүйн эрхтэн, хоол боловсруулах ба ялгах эрхтний өвчнийг эмчлэх, сэргийлэх ажилд поликлиникийн үүрэг ихээхэн өслөө.

Дэвсгэр нутгийн зарчим бол поликлиникийн үйлчилгээний үндэс юм (3).

Диспансерийн хяналтыг өргөсгөх анхны үе шат бол өвчнийг аль болох эрт илрүүлэх асуудал мөн. Орчин үеийн шаардлагын үүднээс авч үзвэл амбулатори-поликлиникийн эмч нар дэвсгэр нутгийн үйлчилгээний хүн амд жил бүр эмч нарын бүрдмэл үзлэг хийж өвчтэй хүмүүсийг хяналтад авах, мөн больницод хэвтсэн, амбулаторид үзүүлсэн хүмүүсээс диспансерийн хяналтын хүмүүсийг сонгон авах, эмч нарын бүрдмэл үзлэг хийж диспансерийн хяналтыг өргөсгөнө (2).

Хүснэгт 3

Поликлиникийн эмч нарын бригадын үзлэг



ДУҮГНЭЛТ: Нийт хүн амыг зохих үе шаттай диспансерчлах ажлыг идэвхтэй, жигд зохион байгуулан, урьдчилан сэргийлэх ажлыг давамгайлан хөгжүүлэх, амбулатори-поликлиникийн тусламжийг зөв зохистойгоор зохион байгуулах, эрүүлийг хамгаалахын байгаа нөөц бололцоог зөв зохистой ашиглан эмнэлэг үйлчилгээг чанарын шинэ шатанд гаргах явдал эрүүлийг хамгаалахын чухал зорилт мөн.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Г. А. Новгородцев и др — Диспансеризация населения СССР. М. 1985.
2. П. П. Петров и др — Организация динамического наблюдения в условиях диспансеризации. Сов. здравоохран. 1986 10.
3. Л. Ф. Серенко и др. — Основы организации амбулаторно-поликлинической помощи. М. 1976.
4. Н. В. Эльштейн — Терапевт и специализации медицины. М. 1979, Таллин

Редакцид ирсэн 1986. 11. 25

АРХИДАН СОГТУУРАХТАЙ ТЭМЦЭХЭД ЭМНЭЛГИЙН БАЙГУУЛЛАГААС ЗОХИОХ АЖИЛ

Ариун цэвэр гэгээрлийн сурталчилгааны чухал хэсэг нь архидалттай хийх тэмцэл мөн. Архидалтын эсрэг сурталчилгааг ямар ч ажил мэргэжил, албан тушаалын хүмүүс, ахмад, залуу үе явуулж болно. Гэвч эмч, эмнэлгийн ажилтан нар хүний эрүүл мэндийг гардан хариуцаж, ажил амьдралын аливаа нарийн асуудлын гүнд нэвтэрдэг учраас тэдний хийсэн ухуулга сурталчилгаа илүү үр дүнтэй байх ёстой. Учир нь архи, төрөл бүрийн мансууруулах ундаа эд эрхтэнд яаж нөлөөлдөг, ямар хор хохирол учруулдгийг эмч хүн бусад мэргэжлийн хүмүүсээс сайн мэддэг, тайлбарлан ойлгуулах чадвартай юм. Гагцхүү эмч хүн мэргэжлийнхээ үүднээс асуудлын эв дүйгийг нь олж зөв ойлгуулж итгүүлэх урлаг, сэтгэхүйг эзэмдэх чадварыг өөрөө эзэмших нь чухал.

Архидалттай тэмцэх талаар гарсан МАХН-ын Төв Хорооны 1985 оны 08 тоот албан даалгавар, БНМАУ-ын Ардын Их Хурлын Тэргүүлэгчдийн 1985 оны 126 дугаар зарлиг, ууж согтуурахтай тэмцэх ажлыг хүчтэй болгох тухай Эрүүлийг хамгаалах Яамны сайдын 1985 оны 115 дугаар тушаалын заалтыг биелүүлэгч жинхэнэ эзэн нь эмнэлгийн ажилтан байх нь тодорхой.

Эдгээр албан даалгавар, зарлиг тушаалыг хэрэгжүүлэх нь зөвхөн хэв журмын зөрчлөөс сэргийлэх төдийгүй архидалттай холбоотойгоор үүсдэг сэтгэхүйн хямрал, солиорол, төрөл бүрийн гэмтэл, элэг цөс, хоол боловсруулах замын эрхтэний үрэвсэл, сүрьеэ, зүрх судасны өвчин, архаг эмгэгт нэрвэгдэгчдийн тоог үлэмж багасгах боломжтой юм. Өөрөөр хэлбэл архидан согтуурахыг арилгаснаар хүн амын эрүүл мэнд сайжирч, эмнэлгийн байгууллагуудын ажлын ачаалал багасах юм.

Хэнтий аймагт 1985 онд тахир дутуугийн группэд орсон 240 хүний материалтай танилцаж, өөрсөдтэй нь уулзаж ярилцахад тэдний 37 хувь нь архидалттай холбоотой байв.

Улаанбаатар хотын Гэмтэл согогийн эмнэлгийн 1985, 1986 оны эхний гурван улирлын дүн бүртгэлийн мэдээг харьцуулан үзэхэд согтуурлаас шалтгаалсан гэмтлийн эзлэх хувь нэг түвшинд байлаа.

Архидан согтуурах явдалтай эмнэлгийн байгууллагаас хийх тэмцэл нь нэгдүгээрт ухуулга сурталчилгаа, хоёрдугаарт архаг архичдад хийх архинаас гаргах эмчилгээ юм.

Архидалтын эсрэг хийх сурталчилгаа.

Архидалттай тэмцэхэд эмнэлгийн байгууллагаас зохиох ажлын гол хэлбэр нь ухуулга сурталчилгаа юм. Ухуулгыг хүмүүсийн нас, ажил мэргэжил, архи хэрэглэдэг эсэхийг харгалзан төрөлжүүлж хийх нь үр дүнтэй байдаг. Архи хааяа уудаг цаашид ууж болзошгүй хүмүүст архины хорыг тодорхой жишээгээр тайлбарлан цаашид архиийг даамжруулан уухгүй байх талаар сурталчилгаа хийвэл зохино.

Нэгэнт архичин болсон хүмүүст бол архины хор нөлөөг өөрт нь байгаа эмгэг өөрчлөлттэй холбон тайлбарлаж архинаас өөрөө гарах эрмэлзэл төрүүлэх нь чухал. Тийм хүмүүст архинаас гарч эрүүлжин ажил амьдралаа үргэлжлүүлэн хийж байгаа хүмүүсийн жишээ татаж ойлгуулах нь чухал.

Залуучууд өсвөр үеийнхэнд хийх сурталчилгаанд архи хүний эрүүл мэндийг хохироож эрдэм боловсрол, эрхэлсэн хөдөлмөргүй болгож,

айл гэрийн амьдралыг бусниулан, амь насыг алдагдуулдгийг тайлбарлаж ойлгуулах нь зүйтэй.

Эх эцэг, эмэгтэйчүүд, гэрийн ажилтай хүмүүст архидалттай тэмцэх талаар хийх ухуулга сурталчилгааны гол нь гэр орондоо архидах боломж, нөхцөлийг бүрдүүлэхгүй байх, зочноо зөв, архигүй зочлох, хүүхэд залуучуудыг багаас нь архинаас хол байлгахад чиглэгдвэл зохино.

Наркологийн тусламж

Архидалттай тэмцэх талаар эрүүлийг хамгаалах байгууллагаас хийвэл зохих ажлын нэг чухал хэсэг нь наркологийн тусламжийн асуудал юм.

Архаг архичинг эмчилж хордлогыг нь тайлж, архи жигшээх бүрдмэл арга хэмжээг наркологийн тусламж гэж нэрлэдэг.

Архичдыг эмчилж ажил амьдралд нь буцааж оруулан, эрүүл мэндийг нь анхаарах талаар Эрүүлийг хамгаалах Яамны системийн байгууллагууд олон чухал арга хэмжээ авч хэрэгжүүлж байна.

Хүн амд үзүүлэх наркологийн тусламжийг өргөтгөн чанаржуулах зарим арга хэмжээний талаар гарсан Эрүүлийг хамгаалах Яамны сайдын 1986 оны 108 дугаар тушаалд сэтгэл мэдрэлийн өвчнийг эмчлэх улсын клиникийн эмнэлгийн наркологийн тасгийг эмчилгээний 80 ортой, 3—4 их эмчтэй ажиллуулах, сэтгэл мэдрэлийн улсын диспансерийн наркологийн кабинетыг архины эсрэг эмчилгээ хийж, үр дүнг нь хянан, архины хорын эсрэг сурталчилгааны ажил зохиодог "Наркологийн зөвлөгөө өгөх төв" болгон 10—15 ортой өдрийн эмчилгээний газар байгуулсан билээ. Мөн тушаалаар хүн амын дунд согтууруулах ундааны зүйлийг хэтрүүлж хэрэглэгчид, архаг архичдыг илрүүлэх үзлэгийг жилд 2 удаа зохион явуулж тэднийг архинаас гаргах, эмчлэх ажлыг тогтмолжуулах, Ховд, Архангай, Дорнод аймаг, Дархан хот, Улаанбаатар хотын райодын амбулатори-поликлиникт наркологийн кабинетыг нээх, нарколог эмчийн мэргэжил олгох курсыг 1986 онд улсын хэмжээгээр анх удаа зохион байгуулж хийлгэх, сэтгэл мэдрэлийн эмч нарын мэргэжил дээшлүүлэх курсын программыг наркологийн чиглэлээр өргөжүүлэх зэрэг арга хэмжээнүүдийг авч хэрэгжүүлж эхлээд байна.

Эмнэлгийн байгууллагад архичин байх ёсгүй

Архи хүний эрүүл мэндэд, ажил амьдралд ямар их хохирол учруулдагийг сайн мэддэг, архидалттай тэмцэх ажлыг зохион явуулдаг гол байгууллагын хувьд эмнэлгийн аль ч салбарт архи уудаг хүн байх ёсгүй. Энэ талаар үлгэр жишээ байгууллага байх ёстой юм. Гэтэл 1986 оны эхний хагас жилд эрүүлийг хамгаалах байгууллагын хэмжээгээр бүртгэгдсэн 122 хэрэг зөрчлийн 52 (45 хувь) нь архидалттай холбоотой байгаа нь зохиож байгаа ажил хангалтгүйг харуулж байна.

Эрүүлийг хамгаалах Яамны сайдын 1985 оны 115 дугаар тушаалд "Эрүүлийг хамгаалахын ажилтан ажилчид архи уух ёсгүй" сэдэвт гэгээрлийн хурал хийж, архи уудаггүй байгууллага, цех, тасаг, кабинет, салбар, анги, хэсэг болох хөдөлгөөнийг хамт олны дунд өрнүүлэх, үүрэг амлалт авахуулах гэсэн заалтыг эмнэлгийн байгууллага бүр хэрэгжүүлэх ажлыг эрчимжүүлэх шаардлагатай байна.

1985 онд Анагаах ухааны дээд сургууль, Улсын хүүхдийн клиникийн төв эмнэлгийн хамт олноос архи уудаггүй хамт олон болохоор нийт эмнэлэг, урьдчилан сэргийлэх байгууллагыг уриалж авсан үүрэгт архидан согтуурах явдалтай хийх тэмцлийн талаар гарсан МАХН-ын Төв Хорооны албан даалгавар, Ардын Их Хурлын тэргүүлэгчдийн зарлигийн дагуу хөтөлбөр гарган эмч, ажилчдад хичээл заах, согтуурах

ундааны зүйл хэрэглэж болзошгүй хүмүүсийн судалгаа гаргаж тэдэнд халамжлан хүмүүжүүлэгчийг томилж ажиллуулах, хэвтэж эмчлүүлэгчдэд тухайн сэдвээр хичээл заах, ажилчдын чөлөөт цагийг зөв боловсон өнгөрүүлэхэд эмнэлгийн нам, захиргаа, олон нийтийн байгууллагууд биечлэн оролцох зэрэг олон чухал ажлыг хийхээр амлалт авсан билээ.

Энэ уриалгыг хэрэгжүүлэх талаар эмнэлгийн байгууллага бүр санаачилга гарган ажиллах нь чухал байна.

Редакцид ирсэн 1986. 09. 18.

Ш. ЧАДРААБАЛ, П. ЯНСАН (Анагаах ухааны хүрээлэн)

МАЛЧДЫН ӨВЧЛӨЛ, ХООЛЛОЛТЫН ЗАРИМ АСУУДАЛ

Хүн амын эрүүл мэнд, ялангуяа өвчин эмгэг нь тэдний орчин ахуй, дадал заншил, хоол тэжээлтэй ихээхэн холбоотой байдаг. Ялангуяа хоолны найрлага, хүнсний хэрэглээний бүтэц нь хүн амын эрүүл мэндэд нөлөөлдөг чухал хүчин зүйлийн нэг юм. МАХН-ын нийгэм эдийн засгийн бодлогын нэг чухал бүрэлдүүн хэсэг нь хөдөөний хүн амын аж байдал, соёл ахуйн нөхцлийг сайжруулах явдал мөнийг хөдөө аж ахуйг хөгжүүлэх, хүн амын хүнсний хангамжийг сайжруулах зорилтот программаар тодорхойлон заасан билээ. (5).

Манай орны мал аж ахуйн үйлдвэрлэлд 112,6 мянга гаруй хүн ажиллаж байна.

Тус улсын байгаль газар зүйн янз бүрийн бүсийн бэлчээрийн мал аж ахуй эрхэлдэг малчдын хөдөлмөр ахуй нөхцөл, эмнэлэг үйлчилгээг сайжруулах асуудлыг иж бүрнээр судлах даалгаврын дагуу Анагаах ухааны хүрээлэнгээс Өмнөговь аймгийн Ханхонгор, Булган аймгийн Орхон, Хэнтий аймгийн Дархан сумын малчдын эрүүл мэнд, хооллолтын бодит байдлыг судалсан юм.

Судалгааны зорилго нь: Малчдын эрүүл мэнд юуны өмнө өвчлөлтийн түвшин, бүтэц, хоол тэжээлийн бодит байдлыг судлан тогтоох, хүн амыг эрүүлжүүлэх, хүнсний хангамжийг сайжруулах арга хэмжээг боловсруулах явдал байв.

Бид малчдын өвчлөлийг орчин үеийн нийгмийн эрүүл ахуйн ухааны сонгомол 2 арга болох эмнэлэгт үзүүлсэн байдлыг болон эмч нарын бүрдмэл үзлэгийн материалаар, хоол тэжээлийн бодит байдлыг хавар, намрын улиралд анкет судалгааны аргаар тус тус судлав. Судас хатуурах, зүрх судасны ба хоол боловсруулах эрхтэний өвчин эмгэгийн ихэнх нь хоол тэжээлтэй шууд холбоотой байдаг.

Манай улсын малчдын нийт өвчлөл 1000 хүн амд 1245,5 байна. Өвчлөлийн түвшин, бүтцэнд хоол боловсруулах эрхтэний өвчин зонхилох суурийг эзлэж байна. Малчдын нийт өвчлөл дотор хоол боловсруулах эрхтэний өвчин 22,6 хувь буюу (298,1%) хоёрдугаарт орж байна. Гэтэл эмч нарын бүрдмэл үзлэгээр илэрсэн нийт өвчлөлийн 40 гаруй хувийг нь эзэлж байна.

Хоол боловсруулах эрхтэний өвчний дотроос ходоод 12 хуруу гэдэсний төрөл бүрийн үрэвсэл, гэдэс ходоодны хямрал, элэг цэсний замын үрэвсэлт өвчин зонхилон тохиолдож байна.

Хооллох дэглэмийг зөв баримтлаагүйгээс ихэвчлэн ходоодны архаг үрэвсэл үүсч байна. Тухайлбал удаан хугацаагаар өлсөх, хэт хурц хоол идэх, хэтэрхий халуун хоол унд хэрэглэх, цаг баримжаагүй хооллох, яаруу сандруу идэж уух зэрэг орно. Энэ өвчнийг эмчлэхэд өвчний үе шатыг харгалзан хоолыг зөв тохируулах нь шийдвэрлэх ач холбогдолтойг зөвлөлтийн эрдэмтэд (М. А. Самсонов, А. А. Покровский 1971) судлан тогтоосон байна. Эмнэлэгт үзүүлсэн материалаар бүртгэгдсэн ходоод, 12 хуруу гэдэсний үрэвсэлт өвчин хоол боловс-

**Хоол боловсруулах эрхтэний өвчин
(эмч нарын бүрдмэл үзлэгээр)
илэрсэн нийт өвчин**

Сумдын нэр	1000 хүн амд ногдох өвчлөл	нийт өвчлөлд эзлэх хувь %
Ханхонгор	595,5	43,1
Орхон	462,2	41,0
2 сумаар	528,8	42,0

**Хоол боловсруулах эрхтэний өвчлөл
(1000 хүн амд)**

Өвчний нэр	эмнэлэгт үзүүлэлтээр	эмч нарын үзлэгээр шинээр илэрсэн	нийт өвчлөл
Бүх өвчлөл	84,0	214,1	298,1
Үүнээс: гастрит дуоденит	35,9	31,3	67,2
Ходоод гэдэсний хурц хямрал	8,2	6,5	14,7
Элэг цэсний өвчин	17,2	9,8	27,0

руулах эрхтэний нийт өвчлөлийн 41,7 хувийг, гэдэс ходоодны хямрал 21,6 хувийг тус тус эзэлж байна.

Эмч нарын бүрдмэл үзлэгийн материалаар хоол боловсруулах эрхтэний өвчин нэгдүгээрт байгаа нь шүд, амны хөндийн өвчин үзлэгээр их хэмжээтэй илэрдэг, нөгөө талаар энэ ангиллын архаг өвчин нэлээд оношлогдсонтой холбоотой байна. Шүд, амны хөндийн хурц өвчин 1000 хүнд 395,5% илэрсэн байна. Ходоод 12 хуруу гэдэсний үрэвсэл нь 30—39 (358,5%), 40—49 (350,0%), 50—59 (388,4%) насанд зонхилон илэрсэн байна.

**Малчдын хоол боловсруулах эрхтэний нийт өвчнийг
ЗХУ-ын судалгааны материалтай харьцуулбал**

Судалгаа хийсэн газар, зохиогч, он	1000 хүнд ногдох интенсив үзүүлэлт
1. З(өвлөлт Казах улсын малчид С. Х. Душманов 1979)	120,6
2. Зөвлөлт Дагестаны малчид (Н. Х. Джангишиев 1976)	211,9
3. БНМАУ-ын малчид (1984 он)	281,1

Манайд хоол боловсруулах эрхтэний өвчлөл Зөвлөлт Казак улсын малчдын өвчлөлөөс 2 гаруй дахин их байна. (1). Үүнийг манай малчдын хоол тэжээл, түүний дэглэм, дадал заншилтай ихээхэн холбоотой гэж үзнэ.

Манай хөдөөний хүн ам, ялангуяа малчид хоол хүнсэндээ их хэмжээний мах хэрэглэж ногоо жимс бараг хэрэглэхгүй, цайг халуунаар ихээр уудаг, хооллох тодорхой дэглэмгүй, хоногийн хоолны ихэнхийг орой хэрэглэдэг зэрэг онцлог, ахуйн заншлаас ходоод гэдэсний архаг өвчин харьцангуй их тохиолддог байна (4). Ходоодны архаг үрэвсэлтэй өвчтөний 87% нь дэглэмгүй хооллодог, 70% нь хурц өөх тостой шарсан хоол хэрэглэдэг байна (3).

Хүснэгт 4

Малчдын хоногийн хоолны найрлага, илчлэг
(M±m)

Хоногийн хоолны найрлага	Булган аймгийн Орхон сум	Хэнтий аймгийн Дархан сум	Өмнөговь аймгийн Ханхонгор сум
Уураг, г	128,63±1,1	131,18±1,93	121,89±1,70
Өөх тос, г	114,67±3,7	105,09±2,76	75,59±2,18
Нүүрс ус, г	422,95±4,8	369,8 ±8,16	518,90±8,74
Илчлэг ккал	3321,1±41,4	3121,86±18,6	3329±40,3

Хүснэгт 4-өөс үзэхэд малчдын хоногийн хоолны илчлэг нь физиологийн шаардлагыг хангаж байна. Харин Ханхонгор сумын хувьд хоолны найрлаганд өөх тос харьцангуй бага байна.

Хүснэгт 5

Малчдын хоногийн хоолны илчлэгийн хуваарилалт
(M±m)

Илчлэгийн үзүүлэлт	Булган аймгийн Орхон сум	Хэнтий аймгийн Дархан сум	Өмнөговь аймгийн Ханхонгор сум
Өглөөний хоолны илчлэг	26,56±0,85	30,0±1,1	23,14±1,08
Өдрийн хоолны илчлэг	33,90±0,88	32,0±1,1	40,0±1,1
Оройн хоолны илчлэг	39,64±0,83	37,3±1,1	36,0±1,56

Хооллох дэглэмийн нэг чухал үзүүлэлт болох хоногийн хоолны илчлэгийн хуваарилалтыг авч үзэхэд нийт илчлэгийн 23,14±1,08—30,0±1,1 хувийг өглөө, 32,0±1,1—40,0±1,1 хувийг өдөр, 36,0±1,56—39,64±0,89 хувийг орой тус тус хэрэглэж байна. Энэ нь хоногийн хоолны илчлэгийн ихэнх нь буюу 50-иас дээш хувь нь оройн хоолонд ногдог байсан заншилд аажмаар нааштай өөрчлөлт гарч байгааг харуулж байна. Гэвч тодорхой цаг баримтлан хооллох асуудал малчдын хувьд хангалтгүй байна.

Үндсэн шимт бодисууд болох уураг, өөх тос, нүүрс усны хангамжийн харьцаа 1:1:3—1:1:3,3 байгаа ба хоногийн хоолны нийт илчлэгт тэдгээрийн өгч байгаа илчлэгийн эзлэх хувийн жингийн харьцаа 17:32:51 байгаа нь манай хүн амын хоолны найрлагын тохирооны онцлогийг харуулж байна.

Малчдын хоол тэжээлийн найрлаганд байгаа уургийн 60-аас илүү хувийг амьтны гаралтай сайн чанарын уураг эзлэж байна.

Малчдын хоолны найрлаганд $869,25 \pm 31,6$ — $1038,09 \pm 44,07$ мг кальц, $1668,29 \pm 37,2$ — $1675,66 \pm 23,36$ мг фосфор агуулагдаж байгаа нь эрүүл ахуйн шаардлагын үүднээс авч үзэхэд хангалттай хэмжээ юм. Гэвч малчдын хоолны найрлаганд байгаа С витаминий хэмжээ ялангуяа хаврын улиралд шаардлагатай хэмжээнээс ихээхэн доогуур байлаа. Энэ нь малчдын хоол тэжээлд С витаминаар баялаг төрөл бүрийн хүнсний ногоо бараг хэрэглэгдэхгүй байгаатай холбоотой юм. Ер нь малчдын хоол хүнсний нэр төрөл цөөн мах, гурил, сүү зэрэг цөөн бүтээгдэхүүн өдөр тутам давтан хэрэглэгдэж байна.

Хөдөө орон нутгийн нөхцөлд хамгийн их бололцоотой сүүний хэрэглээний хэмжээ аль ч улиралд шаардлагат хэмжээнд хүрэхгүй байна. Энэ бүгд нь хөдөөгийн хүн амын хүнсний хэрэглээний бүтэцийг сайжруулах шаардлагатайг харуулж байна.

Бид дээрх шаардлагыг харгалзан үзэж дурдсан сумдын хүн амын хүнсний хангамжийг сайжруулах арга хэмжээний тухай зөвлөмж боловсруулж тус тусын сум нэгдэлд шилжүүлсэн нь эдгээр сумдын хүнсний программын эрүүл ахуйн үндэслэл болж байна. Малчдын дунд цусны даралт ихсэх өвчин 62,1%, атеросклероз 21,6% тус тус илэрсэн байна. Энэ нь малчид давстай цай их хэрэглэдэг, өөх тос ихтэй хоол иддэгтэй холбоотой байж болно.

Малчдын дунд ходоод гэдэсний ба элэг цэсний архаг өвчин зонхилон тохиолдож байгаа нь тэднээс амралт, рашаан, хоолны сувилалд явах шаардлагатайг харуулж байгаа юм. Ховд аймагт хийсэн судалгаанаас 1000 өвчтөн тутамд 214,9 нь рашаан сувилалд явах шаардлагатай байна (4). Гэтэл амралт, рашаан сувилалд жилдээ хөдөө аж ахуйн ажилчдын дөнгөж 10 хүрэхгүй хувь нь сувилуулж байна. Жанчивлангийн улсын рашаан сувилалд сүүлийн 10 жил сувилуулагчдын 72,6% нь ходоодны архаг үрэвсэлтэй (Б. Амар 1985), Хужиртад сувилуулсан цусны даралт ихтэй хүмүүсийн гуравны хоёр хувь нь даралт хэвийн байдалд орсон (Н. Дашлахвага, Т. Сүхбаатар 1985) зэргээс үзэхэд малчдын дунд зонхилж байгаа дээр дурдсан өвчнийг рашаан сувилалд эмчлэн сувилал шаардлагатай байна. (4).

ДҮГНЭЛТ: 1. Малчдын нийт өвчлөлийн дотор хоол боловсруулах эрхтэний өвчин 1000 хүнд 298,1% буюу хоёрдугаарт байна. Малчдын дунд хооллох дэглэмтэй ихээхэн холбоотой ходоод, 12 хуруу гэдэсний үрэвсэл, ходоод гэдэсний хямрал, элэг цэсний үрэвсэлт өвчин, цусны даралт ихсэх, судас хатуурах зэрэг өвчин зонхилон тохиолдож байна.

2. Малчдын хооллолтын байдлыг судалсан дүнгээс үзэхэд тэдний хоногийн хоолны найрлаганд $121,89 \pm 1,70$ — $131,18 \pm 1,93$ г уураг, $114,67 \pm 3,7$ г хүртэл өөх тос агуулагдаж байгаа нь манай хүн амын хоолны найрлага уураглаг-тослог чанартайг нотлон харуулж байгаа ба хоногийн хоолны илчлэг нь физиологийн шаардлагыг үндсэнд нь хангаж байна.

Гэвч малчдын хоол тэжээлд мах, гурил голлож, витамин, эрдэс бодис элбэгтэй төмс, хүнсний ногоо, жимс, жимсгэнэ маш хангалтгүй, нөгөө талаар хоолны хэм хэмжээ, дэглэм мөрдөгдөхгүй байна. Энэ нь тэдний хоолны найрлагын тохироог бие махбодын физиологийн шаардлагын хэмжээнд ойртуулан сайжруулах шаардлагатайг харуулж байна.

3. Малчдын физиологийн шаардлагат хэмжээнд хүрэхгүй байгаа хүнсний бүтээгдэхүүний хэмжээг 5 жил тутам тодорхой хувиар нэмэгдүүлж 2000 он гэхэд хэрэгцээт шаардлагыг хангах зорилт тавих, үүний тулд ЭХЯ-ны сайдын 1984 оны 192 тоот тушаалаар батлагдсан эдгээр сумдын хүн амын хүнсний хангамжийг сайжруулах тухай зөвлөмж, 1981 оны 205 тоот тушаалаар батлагдсан—„БНМАУ-ын хүн

амын хоол тэжээлийн физиологийн норм" зэргийг хэрэгжүүлэх нь зүйтэй юм.

4. Улсын амралт. рашаан, хоолны сувилалд малчдын амрах хяналтын тоог ихэсгэх, одоогоор дөнгөж 19 байгаа нэгдэл дундын амралт, рашаан сувилалын тоог нэмэх, хүчин чадлыг нь ихэсгэх аж ахуй дундын ба хоршоолол, нэгдлийн биеэ даасан амралт, хоолны газар буй болгох хэрэгтэй.

Малчдын хүүхдийн хөдөлмөр амралтын зуслан лагерь, сувилал байгуулах, хөдөө аж ахуйн кампанит ажил эхлэхийн өмнө ба дууссаны дараа малчдыг бөөнөөр нь зохион байгуулалттай амрааж сувилуулах нь чухал байна.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. С. Х. Душманов—Особенности заболеваемости и медицинское обслуживание населения района отгонного животноводства., 1979, 9—11.
2. Н. Х. Джангишиев—Здарвоохр. Российск. Федерации. 1975. 3,25—28.
3. Ш. Чадраалбал, Д. Баянбилэг—Материалы научно-практической конференции НИИМ, УБ. 1984. 12—13.
4. Ш. Чадраалбал, Д. Эржен—Актуальные вопросы курортологии в МНР. УБ. 1985. 36—37.

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ПИТАНИЯ ЖИВОТНОВОДОВ.

Ш. ЧАДРАБАЛ, П. ЯНСАН

В статье представлены фактическое состояние здоровья и питания животноводов, изученные авторами в трех экспериментальных сомонах страны.

Наибольшая частота заболеваемости хроническими болезнями приходится на болезни органов пищеварения 298,1%. В данном классе болезней наиболее частыми являются гастриты дуодениты 67,2% и функциональные расстройства желудка и кишечника 14,7%, болезни печени и желчного пузыря 27,0%. Наибольшую частоту болезней органов пищеварения авторы связывают со своеобразным режимом и характерам питания животноводов.

Редакцид ирсэн 1986.01.21

Ж. ЦОГНЭМЭХ, Я. ШАРХҮҮ (Анагаах ухааны дээд сургууль)
Д. СЭЛЭНГЭ (Химийн хүрээлэн)

АНАБАЗИНЫГ КЛИНИКТ ХЭРЭГЛЭСЭН ДҮН

Тамхийг тогтмол хэрэглэх нь хүний эрүүл мэндэд муугаар нөлөөлж бүх эрхтэн системийн үйл ажиллагааг аажмаар хордуулж нас богиносгох ноцтой хүчин зүйлийн нэг болно (4). Тамхины утаанд агуулагдах хүчтэй хоруудын дотор „никотин“ (тамхины ургамлын гол алкалоид) голлох байрыг эзэлнэ. Тамхинд дасах нь гагцхүү түүний өвөрмөц амт, үнэртэй никотиноос хамаардаг (4, 5) байна. Хэрэв никотиныг нь ялган цэвэрлэвэл тамхи ямарч амт үнэргүй байхаас гадна хүний төв мэдрэлийн системд үзүүлэх өвөрмөц (тааламжтай, аятайхан) нөлөө байхгүй болно. Иймд архаг тамхичдыг тамхинаас гаргах хэд хэдэн аргын дотор никотиныг түүнтэй төстэй өөр бодисоор орлуулах аргыг сүүлийн үед хэрэглэх (3) болжээ. Никотиныг орлох бодисын тоонд лобелин, цитизин, анабазин зэрэг фармакологийн ойролцоо нөлөө бүхий алкалоидыг хэрэглэж байна.

Монголын Шинжлэх ухааны академийн Химийн хүрээлэн эх орны нэг зүйл ургамал болох „баглуураас“ цэвэр анабазин ялган авч клиникийн судалгаанд зориулан цөөн тоогоор шахмал эм бэлтгэн гаргажээ. Анабазин-фармакологийн үйлчилгээний хувьд никотинтой төстэй тул архаг тамхичдыг тамхинаас гаргах зорилгоор хэрэглэх бүрэн үндэстэй болох нь харагдлаа.

Фармакологийн бүлгийн хувьд анабазин алкалоид нь никотин, лобелины нэгэн адил (5, 1) төвийн ба захын холин рецептор, уртавтартархин дахь амьсгалын төвийг сэргээх сонгомол нөлөөтэй бөгөөд анагаах ухааны практикт лобелин гидрохлорид, цититон (1, 2) зэргийг амьсгалын төв ямар нэг шалтгаанаар суларсан үед сэргээх зорилгоор хэрэглэнэ. Харин анабазиныг хөдөө аж ахуйд хортон шавьж устгахад хэрэглэнэ. Сүүлийн жилүүдэд никотиныг анабазин, лобелин зэргээр орлуулан архаг тамхичдыг тамхинаас гаргахын тулд (1, 2, 3) янз бүрийн хэлбэрээр (уух, жажлах, тарих) хэрэглэх болов.

Улсын клиникийн төв эмнэлгийн мэдрэлийн тасагт цөөн тооны архаг тамхичинд анабазиныг уулгаж судалгаа хийв.

Хүснэгт 1

Анабазины үйлчилгээний үр дүн

Асуулт	Анабазин хэрэглэсэн бүх хүн	Тамхинаас гарсан	Тамхинаас гараагүй
I хэвтэж эмчлүүлсэн	27	22	5
II Амбулаториор эмчлүүлсэн	10	6	4
Бүгд	37	28	9

Хүснэгт 2

Анабазин хэрэглэсэн хүмүүсийг насаар ангилбал

Асуулт	19 хүртэл	20—25	26—30	31—35	36—40	41—45	46—50	51 дээш
Хэвтэж эмчлүүлсэн	2	5	7	3	4	2	2	2
Амбулаториор	1	3	1	4	1	—	—	—

Хүснэгт 3

Тамхи хэрэглэсэн хугацаагаар (жилээр) авч үзвэл

5 хүртэлх	6—10	11—20	21-ээс дээш
4	7	15	1
1	5	4	—

Больницод хэвтэж эмчлүүлээд эдгэрч байгаа 27, амбулаторийн нөхцөлд гэрээр эмчлүүлж буй 10, (сайн дурын үндсэн дээр) бүгд 37 хүнд анабазин өгч ажиглав.

Судалгаанаас үзэхэд хэвтэж эмчлүүлсэн (нэгдүгээр хүснэгт) 27 хүнд анабазиныг өдөрт 6—8 удаа уулгахад 22 нь (81,5%) тамхинаас бүрэн гарч 5-д нь (18,5%) үр дүн өгөөгүй.

Амбулаториор (гэрээр) анабазин хэрэглэсэн 10 хүний 6 нь (60%) тамхинаас гарч 4 нь (40%) тамхинаас гарч чадсангүй.

Анабазинаар эмчилсэн хүмүүсийг тамхи хэрэглэсэн хугацаагаар ангилахад 6—10 жил тамхи татсан 12 хүний 2 нь, 11—20 жил тамхи татсан 19 хүний 6 нь, 21-ээс дээш жил тамхи хэрэглэсэн 2 хүний нэг нь тамхинаас гараагүй байна.

Анабазин хэрэглэсэн хүмүүсийг насаар нь ангилахад тамхинаас гараагүй 9 хүний 7 нь 31-ээс дээш насны хүмүүс байв.

Дүгнэлт: 1. Эмчийн өдөр тутмын хяналтын дор анабазиныг клиникт хэрэглэхэд тамхинаас гаргах үр дүн 81,5% байв.

2. Гэрээр (эмчийн байнгын хяналтгүй) анабазиныг хэрэглэхэд архаг тамхичдын 60% нь тамхинаас гарч байв.

3. Анабазины тусламжаар тамхинаас гаргахад архаг тамхичдын нас, тамхи хэрэглэсэн хугацаа ихээхэн хамааралтай байна.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. С. В. Аничков, М. Л. Беленький—Учебник фармакологии. М. 1955. 54
2. Г. К. Батрак—Фармакология. Киев, 1980, 391
3. А. Н. Кудрин—Фармакология с основами патофизиологии М. 1977. 258
4. Ф. Н. Петров, А. Ф. Серенко—Популярная медицинская энциклопедия М. 1968. 513.
5. Д. А. Харкевич—Фармакология М. 1980, 86.

КЛИНИЧЕСКОЕ ИСПЫТАНИЕ ТАБЛЕТОК АНАБАЗИНА

М. Цогнэмэх, Д. Сэлэнгэ, Н. Шарху

Фармакологическим советам при Министерстве здравоохранения МНР в качестве средства против курения рекомендовано применение анабазина. Анабазин в виде таблеток, назначается внутрь, 4—6 раз в день.

Полученный результат применения анабазина показывает, что из 37 курильщиков 28 прекратили курить, что составляет 81,5%.

Таким образом, анабазин оказался хорошим, эффективным средством в борьбе с курением.

При применении анабазин внутрь, у курильщиков не наблюдались какого либо токсического действия и побочных явлений.

Редакцид ирсэн 1985. 07. 06

С. ЯДМАА (Хужирт рашаан сувилал)

ЭМЭГТЭЙЧҮҮДИЙН АРХАГ ҮРЭВСЭЛ ӨВЧНИЙГ ОНОШЛОХ, ТҮҮНИЙ БАЙГАЛИЙН ЦОГЦОЛБОР ЭМЧИЛГЭЭНИЙ ҮР ДҮН

Бид, Хужиртын рашаан шаврын цогцолбор эмчилгээнд эмэгтэйчүүдийн бэлиг эрхтэний архаг үрэвсэл өвчний үед бичил цусан хангамжинд яаж нөлөөлдөгийг судлах зорилт тавьсан юм. Үрэвслийн голомтын бичил цусан хангамж нэгдүгээрт артерийн хялгасан судас түр хугацаагаар нарийсах, хоёрдугаарт хялгасан судас тэлж бүдүүрэх (үрэвслийн идэвхтэй улайлтын үе), гуравдугаарт цус тунгалаг тогтонгиших (үрэвслийн тогтонгишлын буюу венийн дүүрэлтийн үе), дөрөвдүгээрт цусны бичил эргэлт зогсох байдлаар хямардаг (1.2).

Умайн хүзүү, үтрээний хана, хүнхэр нь дотор бэлиг эрхтэний эрүүл, эмгэг эсэхийг гэрчилдэг. Дотор бэлиг эрхтэний архаг үрэвслийн улмаас мэдрэл судасны ажиллагаанд тэжээлийн болон органик өөрчлөлт гарах нь олонтоо байдаг. (5,7). Иймээс дотор бэлиг эрхтэний архаг үрэвслийг захын эрхтэний цусны бичил эргэлтийн шинжээр баттай оношлож болно. (5,7).

Хумсны толионы хялгасан судасны бичил эргэлтийн шинжээр зарим өвчний хөдлөл зүйг тогтоосонд үндэслэн энэхүү аргыг эмнэлзүй, физиологийн чухал шинжилгээ (3, 5, 7) гэж баталжээ.

Умайн хүзүү, үтрээн хүнхэр, үтрээн хананы дээд гуравны нэг нь умайн артерийн уруудах салааны цусаар хангагддаг (4, 6). Энэ нь бидний, гадна бэлиг эрхтэний бичил цусан хангамжийн үзүүлэлтээр дотор бэлиг эрхтэний архаг үрэвсэлт өвчний онош тогтоох, эмчилгээний үр дүнг шалгах анатоми, физиологийн үндэслэл болж байгаа юм.

Аргачлал. Хужирт рашаан сувилалд БНПАУ-ын „КЛР—21“ хэмээх 7 өнгөөр харж болох 300 дахин өсгөдөг хоёр нүдний кольпоскопыг өргөн ашиглаж байна.

Кольпоскопоор шинжлэх дараалал. Шинжлүүлэгчийг үзлэгийн орон дээр салтаа, хэвлийн булчин нь физиологийн дундаж байрлалд байхаар байрлуулна. Кольпоскопоо гүйдэлд залгана. Үтрээнд тохирох хэмжээний өөрөө тогтдог толь тавина. Ямар өнгөнд харахаа гэрэл шүүвч ашиглан сонгож авна. Багаас өсгөн, хоёр нүдээр зэрэг шинжлэнэ.

Кольпоскопын шинжилгээгээр умайн хүзүү, үтрээн хүнхэр, үтрээн хананы хялгасан судасны цусны бичил эргэлтийг:

1. Ягаан, улаан, хөхөвтөр, цайвар, бүүдгээрээр салстын дэвсгэр өнгөний байдал.

2. Харагдах хялгасан судасны тоо түүний цус дүүрэлт

3. Агчил, атонийн шинжээр хялгасан судасны хүчдэл

4. Артерийн хялгасан судаснаас венид шилжилтийн гогцоондох цус дүүрэлтийн шинж

5. Жигд тасалданги, лугшсан, буцаж урсаж байгаа эсэхээр цусны бичил эргэлт

6. Хэвийн, хурдассан, түргэссэн, алгуурхан, түр тасалдах, зогсолтоор цус урсах хурд.

7. Хялгасан судасны гогцоорох хэсэгт бүдүүрэх, цүлхийлт байгаа эсэх,

8. Хялгасан судаснаас нэвчилт байгаа эсэх, түүний хэмжээ. Эдгээр 8 үзүүлэлтийг зовиур шаналгаа, эмнэлзүйн шинж тэмдэг, эмнэлзүй, биохимийн шинжилгээний дүнтэй харьцуулан онош тогтоосон болно.

Кольпоскопын шинжилгээг цогцолбор эмчилгээний өмнө, нэг удаагийн эмчилгээ дууссаны дараахан, 2 цаг өнгөрсний дараагаар хийж дүнг нэгтгэн статистикийн боловсруулалт хийв. (11).

Хужирт рашаан сувилалын цогцолбор эмчилгээ

1. Эмчилгээний хоол

2. Өвчтөний гам

3. Хөдөлгөөний дэглэм

4. Гидрокарбонат, карбонат, натри, сулавтар радон, цахиурын хүчил, фтор бүхий азотын хий давамгайлсан нийлмэл найрлагатай рашаанд орох.

5. Шавар эмчилгээг „гуявч“, „хөхөвч“ хэлбэрээр 40—42 градусар 15 минутаар өнжөөд эсвэл хоёр өдөр дараалан тавьж, 3 дахь өдөр өнжих юм уу эсвэл рашаан онгоцонд оруулна.

6. Шулуун гэдэс үтрээний аль нэгээр 40—42 градусын халуун шавраар хоёр өдөр дараалан 20 минут шаврын чихээс хийх буюу эсвэл өнжөөд гадуур шавар эмчилгээ хийхдээ нэг өдөр хийнэ.

7. Эмчилгээний биеийн тамир.

Бид, судалгаандаа 22—45 насны 204 эмэгтэйг авч эмчилгээний үр дүнгээс хамааруулан хоёр бүлэгт хуваав.

Нэгдүгээр бүлэгт умай түүний дайврын архаг үрэвсэл нь 2—3 ээлж эмчилгээнд эрүүлжсэн бөгөөд өвчтөний өгүүлэл, эмнэлзүй, кольпоскопын шинжилгээгээр илэрхий байсан өвчтөнийг авав.

Хоёрдугаар бүлэгт архаг эмгэг нь дөрвөөс дээш ээлж эмчилгээнд сайжраагүй байгаа өвчтөнийг оруулав. Судалгааны үр дүнг харьцуулах зорилгоор хяналтын бүлэгт 22—45 насны жирэмсэн бус эрүүл 25 хүн хамруулж дээрх шинжилгээг нэгэн адил хийсэн болно.

Судалгааны дүн

Нэгдүгээр бүлэгт хамрагдсан 174 эмэгтэйд цогцолбор эмчилгээний өмнө кольпоскопын шинжилгээ хийхэд үтрээн хана, умайн хүзүү, хүнхэрийн салст бүрхүүлийн өнгө нэлэнхүйдээ тод ягаан, ганц хоёрын зэрэг хялгасан судас, багахан хэмжээний салс харагдаж байв.

Рашаанд оруулан үтрээн угаалга хийснээс хойш 2 цагийн дараа дээрх хүмүүст умайн хүзүү, үтрээн хана, хүнхэрийн хялгасан судас тэлэн өргөсөж урсгал нь жигд хурдассан байв. Салст бүрхүүлийн өнгө улам ягаарч тодорсон, хялгасан судсууд жигдхэн өргөссөн, венийн сүлжээ төдийлөн тодроогүй, салст эмчилгээний өмнөхтэй ижил хэмжээтэй байв.

Шавар „гуявч“, үтрээ, шулуун гэдэсний аль нэгээр шавар чихээс хийх эмчилгээний явцад умайн хүзүү, хүнхэр, үтрээн хананы салст бүрхүүл тодрон ягаарч, хялгасан судасны сүлжээ ихсэж, цусны урсгал нь хурдассан байлаа. Салстын өнгө тод ягаан болсон байв.

Эмчилгээний өмнөх болон дараах хувирлын зөрүү нь статистикийн үнэн магад ($P < 0,05$)-тай байлаа.

Хоёрдугаар бүлэгт хамруулсан 30 эмэгтэйд эмчилгээний өмнө кольпоскопоор харахад салст бүрхүүл улаан өнгөтэй, хялгасан судас нь ончрон зангирч жигд бус тэлсэн, цусны урсгал удааширсан, салст ихтэй байв. Энэ бүлэгт орсон эмэгтэйчүүдэд рашаан шаврын цогцолбор эмчилгээний дараах судасны хариу урвал нэгдүгээр бүлгийнхтэй харьцуулахад рашаан шаврын аль алинд тэр даруйдаа эрс тод биш харин хоёр цаг өнгөрсний дараа тодорхой илэрч байв. Үүнийг бид үрэвслийн голомтод тараах, хураах хялгасан судас нэг хэсэгтээ нарийсаж нөгөө хэсэгтээ бүдүүрч ончрон цусны урсгал зогсох болтлоо удаашрах, тасалдах, цусны дүрст элемент нэвчин гарч байгаа, мөн ийм голомтын бүлэн, уургийн бүлэгнүүлэгч нь мэдрэл булчингийн судасны аппаратад цогцолбор эмчилгээнд илрэх хариу урвалыг бууруулах саатал, заримдаг саажил үүсгэсэн байдгаар тайлбарлаж байна.

Судас мэдрэлийн хариу урвалын энэ зөрүү статистикийн үнэн магад ($P < 0,05$)-тай байв.

Хяналтын бүлэгт кольпоскопоор эмчилгээний өмнөх өөрчлөлт нэгдүгээр бүлгийнхтэй ойролцоо байсан боловч эмчилгээний дараа хоёр цагийн хойнох хариу урвал тун сул илэрч байв.

Дүгнэлт. 1. Хужиртын гидрокарбонат карбонат натри, гидросульфид, сулавтар, радонт цахиурын хүчил, фторт, азотын нийлмэл найрлагатай рашаанаар эмэгтэйчүүдийн архаг үрэвсэл өвчнийг эмчлэхэд мэдрэл цусан хангамжийн илэрхий хариу урвал эмчилгээнээс хойш 2 цагийн дараа тодорхой илэрч байна.

2. Эмчилгээний шавраар гадуур болон дотуур (үтрээ, шулуун гэдэсний чихээс) эмчилгээ хийхэд мэдрэл цусан хангамжийн хариу урвал тэр даруйдаа маш хүчтэй илэрч байв. Эмчилгээний өмнөх, хойнох судасны өөрчлөлтийг шинжлэхэд кольпоскопын шинжилгээ үр дүнтэй арга болох нь батлагдлаа.

3. Умай, дайврын архаг үрэвсэл нь эмчилгээ авахгүй байгаа хүмүүст мэдрэл, цусан хангамжийн урвал муу байв.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. А. Д. Адо—Акуш и гин. 1970, 6. 10—15
2. А. Д. Адо—Акуш и гин. 1971, 3, 20—25
3. Н. С. Бакшеев, В. Я. Голота и др—В кн; Акуш и гин. Киев. 1971, 1, 110—122.
4. Г. Ф. Иванов—Основы нормальной анатомии человека. М, 1959, 495—508.
5. В. Н. Компаниец—Лечение гинекологических больных на курорте Сергеевка. Кишинев, 176. 4—23.
6. О. К. Никончик—Артериальные кровоснабжения матки и придатков женщины. 1962. 61—69.
7. А. А. Тирана—Кольпо и капилляроскопические изменение до и во время, и после гинекологических бальнеопело процедур. Вопр, курортологии. Рига. 1970, 215—218.
8. Геохимия подземных минеральных вод МНР изд второе исправ допол. Новосибирск 1980. 53—63.
9. Ж. Дугаржав—Анагаах ухааны статистикийн сурах. УБ. 1976.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕНСКОЙ ПОЛОВОЙ СФЕРЫ

С. Ялма

После применения Хужиртинских гидрокарбонатно карбонатно натриевых гидросульфидных слабо радоновых кремнистых и фтористых ванн у больных женщин с воспалительными заболеваниями матки и придатков, выраженная ответная реакция со стороны капиллярного кровообращения половой сферы наступает через два часа после бальнеопроцедур.

А после применения грязевых аппликации в виде трусов и вагинальных, а также ректальных тампонов наибольшая местная ответная реакция капиллярного кровообращения наступает сразу же во время применения пело процедур.

У женщин с затяжными течениями воспаления матки и придатков с усиленными выделениями из цервикального канала, ответная реакция капиллярных сосудов шейки матки и стенка влагалища после пелобальнео процедуры менее выражена.

Редакцид ирсэн 1985-05-18

С. РАДНААБАЗАР (Рашаан эмчилгээний туршлага шинжилгээний төв)

ХОЛЫН ЗАЙД ГҮЙГЧДЭД ХИЙСЭН ЭМНЭЛЭГ ХЯНАЛТЫН ЗАРИМ АЖИГЛАЛТ

Манай оронд нийтийн биеийн тамир, хол ойрын явган, дугуйтай, цанатай аялал эрчимтэй хөгжиж нийт хөдөлмөрчин олон түмэн, ялангуяа залуусын дуртай зүйл, бие махбодыг өлчиржүүлж чийрэгжүүлэх арга, тэсвэр хатуужил, эр зориг олгох хэрэгсэл болж байна (3).

Харин холын зайд явган аялах, гүйх, цана, тэшүүр, дугуйгаар явах тамирчдад хийсэн эмнэлэг хяналтын ажиглалт дутмаг байна.

Бид энэ удаагийн судалгаандаа 1275 км зайг өртөөчилөн гүйсэн тамирчдад хийсэн эмнэлэг хяналтын ажиглалтын материалыг ашиглав. Олон хоногийн гүйлтэнд 19—46 насны 21 эрэгтэй тамирчин оролцсоны дотор хөнгөн атлетикийн спортын мастер I, I зэрэгтэй тамирчин 6, II зэрэгтэй тамирчин 14 байв. Эдгээр тамирчид олон хоногийн гүйлтийн өмнө 20—45 хоногийн тусгай бэлтгэл хийжээ. Өртөөчилсөн гүйлтийн явцад хоног тутам нэг тамирчин дунджаар 25—50 км зайг 2,8—3,3 м/сек-ийн хурдтай туулж байлаа.

Бид эмнэлэг хяналтын үзлэгээ олон хоногийн гүйлтийн туршид бие махбодын ерөнхий хэмжилт, үзүүлэлтэнд тулгуурлан цусны даралт, судасны лугшилт, амьсгалын тоо, биеийн жинг хэмжих байдлаар хийлээ.

Бидний ажиглалтын зорилго нь холын зайд гүйгчдийн бэлтгэл хангалт, гүйлтийн явцад тамирчдын биеийн байдалд гарч болох өөрчлөлт, цуцалт ядралтаас сэргийлэх боломжийг судлахад эмнэлэг хяналтын үүргийг тодорхой болгоход чиглэгдэв. Ажиглалтыг тодотгох зорилгоор гүйлтэнд оролцоогүй ч аялалд хамтран явсан 21—56 насны 20 хүнд эмнэлгийн үзлэг, хэмжилт хийсэн болно.

Хэмжилт, ажиглалт

1. Судасны лугшилт хүний бие махбодын физиологийн чухал үзүүлэлт, тамирчдын бэлтгэл хангалтын тодорхой хэмжигдэхүүн юм (1.2). Бид судасны лугшилтыг өглөө, оройд тамирчдыг тайван байгаа үед, өдөр 15—25 км зайд гүйсний дараа хэмжиж байв.

Бидний ажиглалтаар өглөө нойрноос сэрсэн тамирчдын судасны лугшилт минутанд 50—60, орой амралт, усан сэргээлтийн хойно минутанд 60—64, биеийн их ачааллын үед (15—25 км гүйсэн) 130—210 байв.

Гэтэл биеийн тамираар хичээллэдэггүй хүмүүст судасны лугшилт өглөө, оройд адил 72—80 байлаа.

2. Артерийн даралт. Тамирчдад биеийн ачаалал тохирсон бэлтгэл хангасан, зөв дасгалжсан тохиолдолд зах хязгаарын судасны эсэргүүцэл багассантай холбогдон артерийн даралт буурдаг (1.2). Бидний хэмжиж буй тамирчдын артерийн даралт дунджаар өглөө 90/60 муб, орой 110/70 муб, өдөр их ачааллын үед 130/90—170/90 муб хүрч байв. Харин харьцуулсан хяналтын хүмүүсийн даралт тогтмол 120/80—130/90 муб байлаа.

3. Амьсгал. Өглөө, оройд тамирчдын амьсгал минутад 14—17, өдөр их ачааллын үед 30—60 болж байсан ба энгийн хүмүүст амьсгал минутад 18—20 байв.

4. Зовиур. Гүйлтийн явцад шөрмөс татах, булчин зангирах, толгой эргэх, толгой өвдөх, дотор давчдах, амьсгаадах, тавхай, өсгий өвдөх, ходоод цанхайх, суулгах зэрэг зовиур ажиглагдав.

Эдгээр зовиур нь гүйлтийн үед кальци, фосфор, магни, кали зэрэг эрдсийн бодисын хэрэгцээ, шаардлага нэмэгдэхийн зэрэгцээ тэдгээр бодис хөлсөөр дамжин алдагдах нь эрс ихэсдэг (4) зэргээс болж цусны даралт, судасны лугшилт, амьсгал зэрэг физиологын гол үзүүлэлтүүдэд өөрчлөлт явагддаг.

Жишээ нь: Тамирчин М. 29 настай, эрэгтэй, спортын I зэрэгтэй. Спортоор 10 гаруй жил хичээллэж байгаа. Зовиур шаналгаагүй, бодит үзлэгээр эмгэг өөрчлөлт илрэхгүй байсан боловч гүйлтийн эхний хоногт өглөө тайван үед судасны лугшилт минутад 72—80, а/д 120/80—130/90 муб, амьсгал минутад 16—18 байсан бөгөөд гүйлтийн үед их хөлөрч, 3 дахь хоногт өглөө гүйж эхлэнгүүт (7 орчим минут) хүйтэн хөлс асгарч, дотор давчдан, толгой эргэх зовиуртай байв. Бодит үзлэгээр: арьс салст цайвар, их хөлөрсөн, зүрхний авиа тод жигд, түргэссэн. а/д 120/80 муб, судасны лугшилт минутад 216, уушги жигд цулцангийн амьсгалтай, амьсгал минутад 60, хоёр шилбэндээ бага зэрэг хавантай байв.

Тамирчныг амрааж, зүрхний булчингийн үйл ажиллагааг дэмжих болон ерөнхий тамир тэнхээ нэмэх эм уулгаж, хоол ундны харьцаа ачааллын хэмжээг тохируулсны дараа (3—4 хоног) хэвийн байдалд эргэн орж олон хоногийн гүйлтийг дуустал дахин зовиур илрээгүй болно. Гүйлтийн явцад үүнтэй төстэй тохиолдол хэд хэд ажиглагдав. Ер нь их цуцах гол шалтгаан нь хөдөлгөөний болон дотоод эрхтний хэвийн үйл ажиллагаа түр хугацаанд алдагдахаар тайлбарлагддаг.

Тамирчин С. 28 настай, эрэгтэй. Спортын II зэрэгтэй. Биеийн тамир спортоор II жил хичээллэсэн. Оройн үзлэгээр зовиур шаналгаагүй, арьс салст цайвар ягаан, өөхөн эд, булчингийн хөгжил сайн, үе мөчний хөдөлгөөн хэвийн, зүрхний авиа тод, жигд бус, I минутанд 1—2 ээлжийн бус агшилт сонсогдоно. Зүрхэнд шуугиангүй. а/д 130/90 муб, судасны лугшилт 96, хүчдэл дүүрэлт сайн, уушги цулцангийн амьсгалтай, хэржигнүүргүй, амьсгал минутад 18, хэвийн зөөлөн, хөндүүргүй, элэг дэлүү тэмтрэгдэхгүй. Мэдрэлийн эрхтэний талаас эмгэг өөрчлөлт идрээгүй. Дараа өдрийн өглөөний үзлэгээр: зовиур шаналгаагүй. Зүрхний авиа тод, жигд, шуугиангүй. а/д 110/70 муб, судасны лугшилт минутанд 68, амьсгал 16, байсан ба багийн бүрэлдэхүүнд оруулан 20 км явуулахад а/д 120/80 муб, судасны лугшилт 72, амьсгал 24, зүрхний цохилт жигд бус болж I минутанд 2—3 удаа ээлжийн бус агшилт сонсогдож байв. 3 хоног амрааж, эмчилгээ хоол тэжээлийн сэргээлт хийсний дараа өглөөний үзлэгээр зовиур шаналгаагүй байв. а/д 120/80 муб, судасны лугшилт 72, амьсгал 18 ба зүрхний авиа тод, жигд байв. Мөн багийн бүрэлдэхүүнд оруулан бага хурдтайгаар 10 км гүйлгээд үзэхэд а/д 140/100 муб, судасны лугшилт 76, амьсгал 24 уд/мин болж зүрхний авиа тод, жигд, шуугиангүй байв. Уг тамирчин нийт 25 км гүйсний дараа толгой өвдөнө, хамар битүүрнэ гэж зовиурлав. Тэр үед а/д 140/100 муб, судасны лугшилт 64 удаа/мин, амьсгал 18 уд/мин, зүрхний авиа тод, жигд бус, агшилт сонсогдож байлаа.

Уг тамирчныг цаашид гүйлтэнд оролцуулаагүй болно. Ийм тохиолдол өөр нэг тамирчинд ажиглагдсан боловч тодорхой хугацааны амралт, сэргээлтийн дараа хэвийн байдалдаа эргэн оров. Эдгээр жишээнээс тамирчин бүрт бэлтгэл сургуулийн явцад шаардлагатай бүх шинжилгээ, үзлэгүүдийг хийж байх хэрэгтэй болох нь тодорхой байна.

Дүгнэлт. Бидний ажиглалтаас үзэхэд зөв дасгалжсан тамирчдад артерийн даралт тайван үед 90/60, 100/60 муб, судасны лугшилт 50—60 уд/мин, амьсгал 14—16 уд/мин байхад дасгалжаагүй хүмүүст артерийн даралт 120/80 муб, судасны лугшилт 72—80 уд/мин, амьсгал 18—20 уд/мин байна.

Бүх төрлийн спортын уралдаан тэмцээнд оролцох тамирчдын бэлтгэл сургуулилтанд эмч, эмнэлгийн мэргэжилтнүүд дасгалжуулагчидтай хамтран ажиллах нь тамирчны спортын амжилтанд нөлөөлөхөөс (1) гадна тэдний эрүүл мэндийг хамгаалахад чухал үүрэг гүйцэтгэх болно.

Олон хоногийн гүйлтийн явцад тамирчдын амралт усан сэргээлт эмийн дэмжлэг, хоол тэжээлийн талаар улам нарийвчилсан судалгаа явуулах шаардлагатай юм.

Нийтийг хамарсан урт, богино хугацааны хол, ойрын аялал, бусад спорт, биеийн тамирын уралдаан тэмцээнд оролцогчдын эрүүл мэндийн байдлыг тодорхойлж, уралдаан тэмцээний явцад зарим лабораторийн шинжилгээ хийх зайлшгүй шаардлагатай болох нь судалгаанаас харагдаж байна.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. А. А. Бутченко, М. С. Кушаковский, Н. Б. Журавлева—„Дистрофия миокарда у спортсменов“ М. 1980
2. Р. Сваншвили — „Некоторые методы функционального исследования спортсменов“. Тбилиси 1984.
3. Э. Донгиндоо — „Спортын физиологийн онцлогууд“ УБ. 1969.
4. Ш. Чадраабал — „Тамирчдын хоолны найрлагын тохиромж асуудалд“ „Анагаах ухаан“, 1984. №1. 42—44

НЕКОТОРЫЕ НАБЛЮДЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО КОНТРОЛЯ БЕГУНОВ ДЛИННЫХ ДИСТАНЦИЙ

С. Раднабазар

Проведено врачебно-контрольное наблюдение у 21 бегуна в возрасте 19—4 лет дистанцию 1275 км. В сутки они пробежали дистанцию в 35—30 км со скоростью 2.8—3.3 м/сек.

Наблюдение показало, что утром у бегунов пульс 50—60 удар/мин, артериальное давление 90/60 мм.рт.ст.дыхание 14—17 раз/мин, в пике нагрузки соответственно 130—210 уд/мин, 130/90—170/90 мм.рт.ст. 30—60 раз/мин, вечером соответственно 60—64 уд/мин, А/Д 110/70 мм.рт.ст., дыхание 14—17 раз/мин. А также был сделан сравнительный анализ режима питания, физического восстановления и жалобы. С объективными данными. Результат наблюдения показывает что у тренированных бегунов в покое отмечалось А/Д 90/60—100/60 мм.рт.ст. пульс 50—60 удар/мин, дыхание 14—16 раз/мин, а у не тренированных А/Д 120/80 мм.рт.ст. пульс 72—80 уд/мин, дыхание 18—20 раз мин.

Редакцид ирсэн 1985. 10. 11

СЭТГҮҮЛ ҮҮДИЙН 1986 ОНЫ ТЭРГҮҮН БИЧЛЭГИЙН ШАГНАЛ ОЛГОЛОО

Нэгдүгээр шагналыг „Эрүүл мэнд“ сэтгүүлд „Хүний экологийн тухай ойлголт, орчин үеийн шийдвэрлэх асуудлууд“, „Хүний боломж потенциалыг хөгжүүлэх асуудалд“ өгүүлэл бичсэн Анагаах ухааны дээд сургуулийн багш А. Дамдинсүрэн, „Анагаах ухаан“ сэтгүүлд „Анагаах ухааны эрдэм шинжилгээний ажлын байдал, цаашдын зорилт“ тэргүүн өгүүлэл, „Оюуны хөдөлмөрийн хүмүүсийн физиологийн зарим үзүүлэлт ба биологийн хэмнэл“ судалгааны өгүүлэл бичсэн Эрүүлийг хамгаалах Яамны ажилтан Б. Лхагва нарт;

Хоёрдугаар шагналыг „Эрүүл мэнд“ сэтгүүлд „Анд нөхдийн дунд зэрэг тэмдэглэл бичиж „Хүн, гэр бүл, хамт олон“ цуврал орчуулга хийсэн ЭХНР-ийн утга зохиолын ажилтан Г. Цэрэнжигмэд; „Анагаах ухаан“ сэтгүүлд „Оношийн үнэний асуудал, оношлогооны алдааны танин мэдэхүйн шалтгаан“ өгүүлэл бичиж зарим орчуулга хийсэн Эрүүл ахуй, халдвар нян судлалын улсын институтийн эрдэм шинжилгээний ажилтан С. Цоодол нарт;

Гуравдугаар шагналыг „Эрүүл мэнд“ сэтгүүлд „Хараа хайрласан ачтан“, „Бригадын бага эмч“ зэрэг сурвалжлага тэмдэглэл бичсэн Хэнтий аймгийн нэгдсэн эмнэлгийн ерөнхий эмч Н. Лувсанжамба; „Анагаах ухаан“ сэтгүүлд „Вирус судлалын аргаар ялган оношлосон цочмог гепатитын үндсэн хэлбэрүүдийн клиник биохимийн төрх“ судалгааны өгүүлэл бичиж зарим орчуулга хийсэн Эрүүл ахуй халдвар нян судлалын Улсын институтийн эрдэм шинжилгээний ажилтан М. Алтанхүү нарт тус тус олголоо.

ЭМНЭЛГИЙН ХЭВЛЭЛИЙН НЭГДСЭН РЕДАКЦИ

Т. ДЭЛГЭР (Халдварт өвчнийг анагаах клиникийн эмнэлэг)
Н. ЖАНЦАН, Б. БАЙГАЛЬ, (Анагаах ухааны дээд сургууль)

ВИРУСТ ГЕПАТИТ

1970-аад оноос хойш вирус гепатит өвчнийг судлах талаар ЗХУ болон бусад социалист орнуудад ихээхэн амжилт оллоо.

"Австрал эсрэг төрөгч" ийлдэст гепатитын үүсгэгчтэй шууд холбоотой болох тухай 1964 онд В. Блумбергийн дэвшүүлсэн таамаглал төгс батлагдаж, В. Блумберг энэ ажлаараа Нобелийн шагнал хүртсэн юм. Австрал эсрэг төрөгчийн цэвэр бэлдмэлийг ЗХУ-д анх гарган авч өвчтөний цусанд эсрэг бодисуудыг илрүүлэн тогтоов.

Орчин үед энэхүү эсрэг төрөгч, түүний олон хувилбарыг илрүүлэн тогтоох шинжилгээний нарийн аргуудыг практикт нэвтрүүлэн хүний бие махбод, өвчин үүсгэгч вирус хоёрын харилцан үйлчилгээний нарийн механизм зохих төвшинд шийдвэрлэгдээд байна.

Вирус гепатит дэлхийн олон оронд түгээмэл тарж дэлгэрсэн бөгөөд олон хүнийг хамарч өвчлүүлдгийн хувьд томуугийн дараа ордог халдварт өвчин юм. Вирус гепатитын шалтгаан, эмчилгээ, урьдчилан сэргийлэхтэй холбогдсон олон талт асуудлыг бүрэн төгс шийдвэрлэж чадаагүйгээр үл барам уг өвчин хүндрэх, элдэв үлдэц тогтох, ойр болон алсын тавилан муу байх, архаг хэлбэрт шилжих зэргэт нөлөөлөх хүчин зүйл, шалтгаан нөхцөлийг судлах ажил хангалтгүй байна. Ийм учраас вирус гепатит (ВГ) нь зөвхөн халдвартын эмч төдийгүй анагаах ухааны бусад салбарын эмч мэргэжилтний анхаарлыг зүй ёсоор татаж байгаа юм. Орчин үед ДЭХБ-ын болон улс орнуудын Эрүүлийг хамгаалах байгууллагын өмнө ВГ-тай тэмцэх асуудал хурцаар тавигдаж байгаа нь:

1. ВГ нь дэлхийн улс орснд өргөн тархсан халдвар
2. Өвчилсэн хүн удаан хугацаагаар хөдөлмөрийн чадвар алддаг
3. Өвчний ойрын болон алсын тавилан цэвэр биш тохиолдолд муу байдаг.
4. Эрт оношлох оношлогсоны өвөрмөц арга хараахан бүрэн төгөлдөржиж чадаагүй
5. Өвөрмөц эмчилгээ байхгүй
6. Найдвартай урьдчилан сэргийлэх өвөрмөц арга сдоогоор олдоогүй зэргээр тодорхойлогдож байна.

ВГ бол зөвхөн хүнд тусдаг, дэлхийн олон улс орноср нэлээд түгээмэл тархсан, гол төлөв хоол хүнсний зүйлээр, мөн арьс салст бүрхүүл гэмтэхэд цусаар дамжин халдварладаг, элэгний ретикулогистиоцит тогтолцоо болон парепхемийг илэрхийгээр гэмтээж ерөнхий хордлогын байдлаар илэрдэг цочмог халдварт өвчин юм. Зарим судлаачид энэ өвчин агаар дуслын замаар халдан тархдагийг үгүйсгэхгүй байна.

Элэгний үрэвсэл үүсэхэд эмнэлзүйн халуурах, шархлах бусад шинж тэмдэг илрэхийн зэрэгцээгээр далд ба шарлахгүй хэлбэр бас цөөнгүй үзэгддэг.

Орчин үед ВГ өвчний үүсгэгч хоорондоо эсрэг төрөгч чанараараа ялгаатай хоёр янзын вирус болох нь вирус судлал ба иммун судлалын шинжилгээгээр нэгэнт батлагдсан бөгөөд сүүлийн жилүүдэд

дээрх хоёр төрлийн вирусээс гадна дстроо наад зах нь 2-оос доошгүй хувилбар бүхий "С" бүлгийн вирус бас байдаг нь нотлогдож байна. Энэ өвчнийг тахалт гепатит, паренхиматоз гепатит, халдварт шар, вируст гепатит, ийлдэст гепатит гэх мэт янз бүрээр нэрлэдэг нь уг өвчнийг нэгдмэл нэг нэр томъёоны дор ойлгоход бэрхшээлтэй болгож байна. Ийм учраас 1953 онд Дэлхийн эрүүлийг хамгаалах байгууллагын экспертийн хороо уг өвчний нэр томъёог шинэчлэн тогтоож ходоод гэдэсний замаар тархдаг нууц үе нь богино, А вирусээр үүсдэг "халдварт гепатит", парентерал замаар дамждаг нууц үе нь урт В вирусээр үүсдэг "ийлдэст гепатит" гэж 2 хэлбэр болгон хувааж, улмаар 1973 онд уг өвчний нэрийг олсон улсын нэгдсэн нэр томъёонд оруулж ерөнхийд нь вируст гепатит (ВГ) гэж нэрлээд халдварт гепатитыг вируст гепатит А (ВГА) ийлдэст гепатитыг вируст гепатит В (ВГВ) гэж тус тус нэрлэв.

Сүүлийн үед өөрийн шинж чанараар В вирус тэй төстэй боловч зөвхөн цус юүлэх үед цусаар дамжин халдварлаж болдог С вирус үүсэгчтэй "А ч биш В ч биш" гепатит гэж бас ялгадаг.

ВГА ба ВГВ гэж ялган оношлох боломжгүй нөхцөлд ВГ гэсэн ерөнхий нэрээр өвчинг нэрлэнэ.

Шалтгаан. ВГА-ийн үүсгэгч вирус нь рибонуклеин хүчил бөгөөд хүрээ өвөрмөц чанартай. Тэр нь 25—28 нм диаметр тэй, физик химийн шинж чанараараа энтервирустэй төстэй, халдварын процессын үед цусны ийлдэс, цэс, ялгадас болон элэгний эсийн цитоплазмд байрласан байна. А вирус нь хүйтэнд тэсвэртэй, 60 градус халаахад 30 минутын дараа идэвхгүйжүүлэгдэнэ. Харин буцалгахад 1 минутын дотор сөнөнө.

Одоо үед А вирус нь хүчтэй эсрэг төрөгчтэй бөгөөд, халдварын эхний 10 хоногоос эхлэн, халдварын бүх явцад бие махбодод эсрэг төрөгчийн эсрэг бодис бий болно. Өвчний хурц үед igM -ийн ангид хамаарагдах эсрэг бодис үүсдэг бол өвчний 30 дахь хоногоос igG -ангийн эсрэг бодис нэмэгдэж ирнэ. Европ болон америк тивийн олон оронд хийсэн имун судлалын шинжилгээ нийт хүн амын 40—70 хувьд гепатит А-гийн эсрэг төрөгчийн эсрэг бодис цусанд илэрч байсныг нотолжээ.

ВГВ. ВГВ үүсгэгч-вирусийн судалгаа нь Австрал тивийн уугуул нутгийн хүн амын цусанд шинэ эсрэг төрөгч байхыг олж тогтоосноор эхлэв. Энэхүү эсрэг төрөгчийг "Австрал антиген" гэнэ.

Хожим нь Дейн 1970 онд ВГВ-гийн вирус нээж, түүний эсрэг төрөгчийн бүтцийг шинжлээд Блксмберггийн бүр 1964 онд олж нээсэн австрал антиген нь уг вирусын зөвхөн гадна талын буюу гадаргийн липопротеин бүрхүүл байсныг тогтоожээ.

ВГВ үүсгэгч вирус нь нарийн бүтэц, зохион байгуулалттай 42 нм диаметр тэй Дейгийн биенцэр юм. Тэр нь 28 нм хэмжээний электрон нягт зүрхэвтэй, 7 нм зузаан бүрхүүлээр гадна талаараа бүрхэгдсэн, найрлагандаа хсёр гинжин ороомог бүхий дезоксирибонуклеин хүчил болон ДНХ-полимераз гэгдэх вирусын өргийн ферменттэй байна.

Одоо үед В вирус нь эсрэг төрөгчийнхөө шинж чанараар хоорондоо ялгагддаг вирус-өвөрмөц 3 төрлийн эсрэг төрөгч нэмэгджээ. Энэ бол:

1. Гадаргын антиген (HB_sAg). Энэ антиген нь химийн бүтэцээрээ липопротеид бөгөөд бие махбодод тэр нь нэвтрэн ороход түүний хариуд нарийн өвөрмөц чанартай эсрэг бодис (анти HB_sAg) бий болно. Хурц халдварын үед HB_sAg нь өвчний клиник шинж илрэхээс 2—8 долоо хоногийн өмнө тодорхойлогдож байгаад шарлах шинж эхлэснээс хойш 1—3 долоо хоногийн дараа алга болно. Зарим үед өвчин эдгэрснээс хойш ч үргэлжлэн биед хадгалагдаж болно. Гэтэл эсрэг бодис Анти- HB_sAg нь гол төлөв өвчний дараа үүсч бий болдог

бөгөөд, тэр нь өвчин эдгэрсэн, бие махбодод дархлалт үүссэнийг харуулах үзүүлэлт болно.

2. **Цөмийн антиген (HBc-ag).** Тэр нь В гепатитын вирусын цөм дотор оршдог, нуклеокапсид юм. Халдварын процессын үед цөмийн антиген Дейнийн биенцрээс гадна бол зөвхөн элэгний гепатоцит эсэнд л олдож болно. Ийм учраас уг антигенийг илрүүлэх шинжилгээг цус, ийлдсэнд хийх шаардлагагүй. Харин халдварын үед HBc-ag нь өөрийн эсрэг бодис анти HBc-ag их хэмжээгээр үүсгэдэг тул энэхүү эсрэг бодисыг шинжилж, өвчний онош тавихад ашиглана. Хэрэв энэхүү эсрэг бодис анти HBc-ag нь IgM ангид хамаарагдах бол ВГВ-ээр өвчилж байна гэж болно. Хэрэв IgG ангийн бол халдвар авч өнгөрсний тэмдэг болно.

3. **Халдварлах чанарын антиген (HBe-ag).** Энэ антиген Дейнийн биенцрийн цөмд байрладаг, бүтцэндээ уурагт бодистой. HBe-ag нь цөмийн антигенээс (HBc-ag) ялгагдах тал нь гэвэл HBe-ag нь халдварын үед цусанд чөлөөт байдлаар юмуу, эсвэл иммуноглобулинтай холбоот байдлаар олддог, цусны халдварлах чанар буюу цусанд вирус байгааг заагч үзүүлэлт болж өгнө. Харин түүний эсрэг бодис анти HBe-ag нь ийм чанар хадгалдаггүй. Иймд цусанд вирус байгааг заадаг үзүүлэлтийн хувьд HBe-антиген нь гадаргын (HBs-ag) антигений хамт бие махбодод тодорхойлогдвол нэг бол өвчний тавилан муугаар төгсөх, эсвэл өвчин архаг явцтай болсныг гэрчлэх шинж мөн.

Антиген тодорхойлох онош зүйн ач холбогдол. Өвчин үүсгэгчийн антигенуудыг тодорхойлох нь цочмог ВГ-ийг оношлох өвөрмөц арга мөн. В гепатитын үед өвчтөний цусны ийлдсэнд гадаргын (HBs-ag) ба халдварлах чанарын (HBe-ag) антигенуудыг, А гепатитын үед баас ялгагдсанд А вирусын антигенийг тус тус тодорхойлдог. Тодорхойлж байгаа аргаас шалтгаалж гадаргын антиген (HBs-ag) В гепатитын үед 30—90 хувьд олддог. Уг антиген нь Гелийн тэжээлт орчинд тундасжуулах урвалаар (РПГ) 30—40 хувьд, иммуноэлектрофорез, хавсрага холбох, цус наалдуулах шууд бус урвал зэрэг аргаар 60—70 хувьд, харин радиоиммун судлалын аргаар бол 90 хувьд илэрдэг. Гадаргын антиген илэрсэн тохиолдол бүрийг цочмог В гепатит гэж үзэж болохгүй. Олонх судлаачдын мэдээгээр хүн амын дунд 3—6 хувьд HBs-антиген тээгч эрүүл хүмүүс байдаг.

Өвчтөн юм уу, антиген тээгч эрүүл хүмүүс үү гэдгийг ялган салгахын тулд антиген тодорхойлох шинжилгээг давтан хийж шийдвэрлэнэ. Хэрэв өвчний улмаас антиген илэрсэн бол сүүлчийн шинжилгээгээр тэр нь тодорхойлогдохгүй. Тэрчлэн бусад антиген ба түүний эсрэг бодисыг тодорхойлох замаар ч онош тогтоож болно.

Шинжилгээнд HBs-антигенээс гадна цөмийн антигений эсрэг бодис (Анти HBc-ag) илэрвэл энэ тохиолдолд цочмог В гепатит байжээ гэж үзнэ. Хэрэв В гепатитаар өвчилсөн хүмүүст HBs-ag ерөөс илрэхгүй бол (ийм хүмүүс 10 хувьд байна) өвөрмөц серо урвалыг дараах тактик баримтлан хийнэ.

Үүнд: 1. HBs-ag-г нарийн өвөрмөц аргаар давтан тодорхойлох

2. Цусны ийлдсэнд анти HBs ба анти HBe эсрэг бодисыг илрүүлэх шинжилгээ хийх.

Өвчний эдгэрэлтийн үед Анти-HBs бодис илрэн гарч ирэх юмуу, түүний титрийн өсөлт 4 дахин их болж нэмэгдсэн бол оношийн холбогдолтой гэж үзэх,

3. Анти HBs ба Анти-HBe бодис тодорхойлогдохгүй үед анти HBc бодисыг илрүүлэх шинжилгээ хийх, хэрэв Ig M ангид хамаарагдах түүний титр ихэссэн бол тухайн үед цочмог ВГВ-ээр өвчилж байгаа гэж, IgG-ийн анти-HBc бодис ихэссэн бол халдвар аваад өнгөрсөн гэж үзнэ. Энд бас антигенемитэй явагдаж байдаг архаг гепатитыг ялган оношлох явдал гардаг.

Халдвар судлал, А гепатит. Ердийн үед вирус гепатитаар зөвхөн хүн өвчилдөг. Иймд халдварын эх уурхай нь хүн байна. Өвчний шарлахгүй далд, балархай хэлбэрээр өвчилсөн хүмүүс халдвар тараах хамгийн их асултай. Өвчний хамгийн халдвартай цаг нь өвчний нууц үеийн сүүлч, шарлахын өмнөх үе юм. Шарлах шинж тэмдэг илэрч гарснаас хойш халдварын аюул эрс багасдаг. Вирус нь өвчний анхны шинж тэмдэг илрэхээс 2—10 хоногийн өмнө цусанд олдож дараа нь шарлаж эхлэхэд цуснаас алга болдог. Хөхний сүүнд вирус ордоггүй тул хөхний сүүгээр халдвар тархдаггүй гэж үзэж болно. Халдвар ихэвчлэн амаар, ус, хүнсний бүтээгдэхүүнээр дамжин халдварлана. Халдвар тараахад бөхир гар, өвчтөний хэрэглэж байсан эд юмс багагүй үүрэгтэй.

Хүн ВГА-аар их өвчлөмтгий чанартай байдаг. Сүүлчийн үед ВГА-г агаар дуслын замаар тархдаг халдварт өвчин гэж ч үздэг ойлголт гарав. ВГА-аар гол төлөв хүүхэд өвчилдөг, өвчний эхний үед амьсгалын замын эрхтэний гэмтлийн шинж их байдаг, уг өвчин богино хугацаанд олон хүнийг хамарч өвчлүүлдэг, гэдэсний халдварын үед авдаг урьдчилан сэргийлэх арга хэмжээ үр дүн муутай байдаг, эрүүл хүний цусанд А вирусын эсрэг бодис (бүх хүн амын 60—70 хувьд) олонхидоо үүсчихсэн байдаг зэрэг нь ингэж ойлгох үндэс болж байна.

ВГА-гийн халдвар судлалын онцлог.

— 3—15 хүртэлх насны хүүхэд, залуу хүмүүсийн дунд өвчлөл их байдаг.

— Өвчлөл 3—5 жилийн үечлэлтэйгээр ихсэх хандлагатай

— Намар, өвлийн улиралд ихэсдэг

— Вирус хадгалагч үүсдэггүй

— Өвчилсний дараа биед удаан хугацаагаар дархлал тогтдог ба дахин өвчлөх нь маш ховор

— Гаммаглобулинаар урьдчилан сэргийлэхэд үр дүнтэй байдаг.

В Гепатит. Халдвар тараагч эх уурхай нь вирус хадгалагч хүмүүс, цочмог В гепатитын янз бүрийн хэлбэрээр өвчлөгсөд, мөн вирусын гаралтай архаг гепатиттай хүмүүс юм. Гол төлөв цус сийвэн сэлбэх, мэс засал, шүд, эмэгтэйчүүдийн эмчилгээ, янз бүрийн тариа, урьдчилан сэргийлэх тарилга хийх, шинжилгээ авах үед энтерал бус (парентераль) замаар халдана. Цус, ялангуяа улаан эсийн сэлбэлт нь халдвар тараах асултай. Эхсээр дамжин урагт халдах боломжтой гэж үздэг тал бий. Удаан хугацаагаар дархлал тогтоно. Сүүлийн үед ВГВ нь энтерал замаар хоол хүнсний зүйлийн хамт вирус орж халдвар тарааж байгааг үгүйсгэж байна. Мөн янз бүрийн тарилга мэс засал хийлгээгүй ч гэсэн арьс салст бүрхүүлийн жижиг шархлаагаар халдвар дамжин орж байгааг олон судлаачид мэдээлж, ингэж халдвар дамжих замыг гэр ахуйн хавьталын зам гэнэ.

ВГВ-гийн халдвар судлалын онцлог.

— Гол төлөв нэг хүртэлх насны хүүхэд, өндөр настан өвчилдөг.

— тодорхой улиралчлал байхгүй

— эмч, сувилагч, лаборантууд өвчтөний цустай илүү их ойртож ажилладаг мэргэжлийн хүмүүс өвчлөх нь их

— өвчлөгчдөөс вирус тээгчид болох нь цөөнгүй

— гаммаглобулинаар урьдчилан сэргийлэхэд үр дүн гардаггүй.

А ч биш В ч биш гепатит халдвар судлалын хувьд В гепатиттай төсөөтэй бөгөөд эмнэл зүйн шинж байдлаар дээрх 2 гепатитын дундаж байрыг эзэлдэг.

ВГ-ын клиникийн ангилал.

1965 онд Москва хотноо хуралдсан олон улсын симпозиум хүлээн зөвшөөрсөн доорхи ангиллыг баталжээ.

А. Үүсгэгч, халдвар судлалын шинжээр нь:

а) халдварт гепатит

- б) ийлдэст гепатит
- в) вируст гепатит
- Б. Эмнэл зүйн илрэлийн байдлаар нь:
 - а) Субклиник хэлбэр (клиникийн шинж тэмдэггүй)
 - б) клиник хэлбэр (шарлалтат, шарлалтгүй, далд, балархай)
- В. Өвчний явцаар нь.
 - а) хурц
 - б) ужиг 1. цөсний тогтонгошилтой
 - 2. цөсний тогтонгошилгүй
 - в) архаг
- Г. Хүнд хөнгөнөөр нь:
 - а) хөнгөн
 - б) дунд
 - в) хүнд
- Д. Хүндрэлүүд:
 - а) элэгний цочмог ба цочмогдуу гепадистрофи
 - б) цөсний замын үрэвсэлт өвчнүүд
 - в) дахилт ба сэдрэлт
 - г) бусад
- Е. Төгсгөл ба уршиг
 - а) үлдэц шинж
 - б) гепатитын дараах хам шинж
 - в) үйл ажиллагааны гипербилирубинемия
 - г) цөсний замын дискинези
 - д) холецистит ба холецистохолонгитүүд
 - е) архаг гепатитууд
 - ж) элэгний цирроз

Эмгэг жам. Одоо хүртэл вируст гепатитын эмгэг жамын асуудал бүрэн судлагдаагүй байна. ЗХУ-ын эрдэмтэн А. Ф. Блюгер ВГ-ийн эмгэг жамын явцыг 7 үед тоймчлон хувааж байна. ҮҮНД:

1. Халдвар нэвтрэн орох үе
2. Гэдэс ходоодны хана гэмтэх үе
3. Тунгалгийн булчирхайн үрэвсэх үе
4. Халдварын анхны түгэлт буюу вирус цусаар түгэх эхний үе
5. Цул эрхтэнүүдээр түгээмэл тархах үе элэг дэлүү зэрэг эрхтэн гэмтэнэ.
6. Халдвар дахин түгэх буюу вирус цусаар дахин бие махбодоор тархах
7. Дархлал үүсэх, бие махбод халдвараас чөлөөлөгдөх үе

А вирус амаар нэвтэрч ороод нарийн гэдэсний булчирхай эпителийн эс, ханын лимфийн эдэнд тохинож тэндээ үржиж олширно. Энэ үе нь өвчний нууц хугацаатай тохирч байдаг бөгөөд чухамхүү энэ цагаас эхлэн баасаар вирус гадагш ялгаран гарна. Энэ үеийг энтерал үе гэж нэрлэх ба зөвхөн А гепатит өвчинд өвөрмөц үзэгдэнэ.

Харин В гепатитын үед бол эмгэг жамын 2-р үеэс эхэлнэ. Вирус тунгалгийн булчирхайд нэвтрэн ороод тэндээ үржинэ. Ялангуяа энэ үед тунгалгийн булчирхайн ретикуляр эсэд өөрчлөлт гарна. Энд х эснүүд үхжиж, уг үхсэн эсийн уураг нь аутоантиген чанартай болдог. Үүний хариуд бие махбодод ретикул эсийн эсрэг бодис (противоретикулярные антитела) бий болно. Цаашилбал вирус нь тунгалгийн хоригийг нэвтрэн давж гарсны дараа цусанд орж, улмаар цусны улаан бээмийг гэмтээнэ.

Гэмтсэн цусны улаан бөөм нь аутоантиген чанартай болж, улмаар өөрийн эсрэг бодис (противоэритроцитарные антитела) үүсэхэд хүргэнэ. Цаашид эмгэг процесс даамжирахын хэрээр цул эрхтэнүүдээр вирус тарж, элэг дэлүү илүүтэй гэмтэнэ. Анхандаа элэгний эсийн гепатоцит гэмтэл гэл тэлэв хоёрдогч өөрчлөлтийн нөлөөнөөс болж үүс-

дэг. Энэ үед вирусын гэмтээх шууд нөлөө бага байдаг. Элэгний эс гэмтэхэд юуны түрүүнд эсийн мембраны нэвчих чанар ихсэж, эсийн дотор байрлалтай индикатор ферментүүд, тухайлбал трансаминазууд ялангуяа уураг задлах чанартай эсийн лизосомын ферментүүд цус руу шүүрэн гардаг. Иммуно тогтолцооны хангалтгүй ажиллагаанаас эмгэгийн процесс цаашид ихсэж элэгний өөрийн эс гепатоцит өвчин үүсгэгч вирусээр гэмтээгдэж эхлэнэ. Гэмтлийн хэмжээ, байрлал нь хоёр гепатитын үед өөр байдаг. Гол төлөв гэмтэл нь А гепатитын үед элэгний хэсэгхэний захгаар, В гепатитын үед бол төвөөр болсон байдаг. Үхжил нь голомтлог, тархмал шинж байдалтайгаас гадна элэгийг нэлэнхүйд нь хямарч болдог.

Элэгний эс гэмтэж үхжихэд бие махбодын иммуно эсүүдийн үүрэг их ач холбогдолтой байна. Өвчний ид үед иммуно хариу урвалыг зохицуулах үүрэгтэй лимфоцитын Т- супрессор эс сул үйл ажиллагаатай байснаас Т-киллер эсүүд идэвхжиж элэгний эсийг илүү түргэн үхүүлнэ.

Энэ үед үхэжсэн эсийн уураг өөрийн биед харш антиген чанартай болж бие махбодод үйлчилснээс элэгний эсийг гэмтээх үйлчилгээтэй аутоантителаг үүсгэхэд хүргэнэ. ВГ өвчний хүнд хэлбэр, гепатодистрофийн үед элэгний морфолог хамгийн их өөрчлөгдөж элэгний үйл ажиллагаа бүрэн хямрана. Элэгний хэмжээ, жин ахар богино хугацааны дотор багасах элэг „хайлах“ шалтгааныг аутоаллерги, аутоантител үүссэнтэй холбоотой гэж үзэж байна.

Вируст гепатитын үед элэг зонхилон гэмтдэгээс пигментийн солилцоо хямарч билирубин цусанд ихэсч уул өвчний үндсэн шинжийн нэг болох арьс, салст бүрхүүл шарлана. Эрүүл элэг гемоглобины эцсийн бүтээгдэхүүний хоргүй болгож цэсний хамт гадагш нь ялгаруулан гаргадаг. Цусанд билирубин хэрхэн үүсдэгийг гүйцэд судлаагүй боловч задарсан эритроцитын гемоглобиноос үүсдэг нь батлагдаж байна.

Гемоглобин нь „албаа өнгөрөөсөн“ эритроцитоос үүсдэг нь тодорхой. Насанд хүрсэн хүмүүсийн 100 мл цусанд 15 грамм гемоглобин буюу 5 мл цусанд 750 гр гемоглобин байна. Өдөр бүр 7,5 гр гемоглобин задарч байдаг. 1 гр гемоглобиноос 35 мг билирубин үүсдэг ба хоногт 260 мг буюу 5,1—19 мкмоль/л билирубин үүснэ. Энэ процесс бие махбодын ретикул-эндотелийн эсүүдэд явагдана.

Билирубин нь шууд бус чөлөөтэй-гемобилирубин, шууд холбоотой холебилирубин гэж 2 янз байдаг. Гемоглобин задарсны дараахан үүссэн гемобилирубин нь цусанд уурагтай нийлж коллойд уусмал байдалтай байна. Гемобилирубин элгэнд очиж түүний 80 хувь нь глюкуронойдтой, 20 хувь нь сульфат давстай нэгдэлд орж шууд билирубин буюу холебилирубиныг үүсгэдэг. Энэхүү элгэнд нэгдэлжих урвал явагдсаны эцэст эд эсэнд ихэд хортой зөвхөн тосонд уусдаг шууд бус билирубин нь усанд уусах чанартай бөөрний шүүлтийг нэвтрэн шээсэнд орж чаддаг хор багатай холебилирубин болж хувирна. Билирубины нэг молекул глюкуроны хүчлийн 1 буюу 2 молекултай нэгдэлд орж болох тул моноглюкуронид ба диглюкуронид гэж ялгана. Цэсөөр гадагш ялгаруулж байгаа пигментийн 75—80 хувь нь диглюкуронид байдаг. Хүний биед хортой гемобилирубиныг хоргүйжүүлэх үйл ажиллагаа элгэнд 3 үе шатаар явагдана.

1. Элэгний гепатоцит эс нь цусан дахь гемобилирубиныг тогтоон барьж шүүж авна.

2. Гемобилирубин элгэнд нэгджих урвалд (конюгаци) орж холебилирубин үүснэ. Энэ процесс элэгний ямар эсэнд явагддагийг нь одоо болтол бүрэн тогтоогоогүй. Элэгний гепатоцит эсэнд энэ ажиллагаа явагддаг гэсэн ойлголт байгаа боловч элэгний нэлэнхи үхжлийн улмаас гепатоцит бүрэн задарч, үхэжсэн үед цусанд холебили-

рубин ихэсдэг шалтгааныг тайлбарлаж болохгүй байна. Сүүлийн үед Глуксуроны хүчилтэй нэгдэлд орох билирубины ажиллагаа куферийн эсэнд явагддаг гэж үздэг.

3. Элэг бол нэгдэлд орсон холебилирубиныг бие махбодоос зайлуулах, цөсний хамт гадагш ялгаруулах үндсэн үүргийг гүйцэтгэдэг. Холебилирубин буюу шууд билирубин цөсний хамт гэдсэнд орж тэнд уробилиноген, стеркобилиноген болж задарна. Уробилиноген нарийн гэдэсний дээд хэсэгт хаалган венд шимэгдэн дахин элгэнд очно. Тэнд исэлдэх урвалд орж пропентдопент болж эргэж нарийн гэдсэнд очдог. Зөвхөн I хувь нь цусанд орж бөөрөөр дамжин шээсээр гадагш ялгаран гарна. Вируст гепатит туссан анхны өдрөөс элэг гэмтэхэд билирубиныг гадагш ялгаруулах элэгний үйл ажиллагаа алдагдаж цусанд шууд билирубин ихэсдэг. Түүнчлэн энэ өвчний эхний үеэс эдгэрэх хүртэл өвчний бүх явцад шээсэнд цөсний пигмент (холебилирубин) олно. Харин уробилиноген шээсэнд зөвхөн өвчний эхэн ба эдгэрэлтийн үед гарч ирдэг. Вируст гепатитын холестатик хэлбэрийн үед шарлалт үүсэхэд механик хүчин зүйл нөлөөтэй байдаг.

ЭМНЭЛ ЗҮЙ.

ВГ нь үндсэн 3 хэлбэрээр явагдана. Энэ нь эмнэл зүйн тодорхой шинж тэмдгээр илрэх шарлалттай ба шарлалтгүй хэлбэр, эмнэл зүйн ямарч шинж тэмдэггүй зөвхөн цусны энзимийн идэвхийн өөрчлөлтөөр явагдах субк. линик хэлбэр болно.

ВГ-ИЙН ШАРЛАЛТТАЙ ХЭЛБЭР

1. А гепатит (халдварт гепатит). Өвчний нууц хугацаа дунджаар 2—6 долоо хоног үргэлжилнэ. Шарлахын өмнөх үе 5—7 хоног байдаг. Энэ хугацаанд эмнэл зүйн олон янзын шинжүүд илэрнэ. Ямар шинж тэмдэг давамгайлан гарч байгаагаас шалтгаалж өвчин эхлэх үед хэд хэдэн хам шинж болгон ялгаж болдог.

Томуу төст хам шинж. Хурц эхэлнэ. 38° ба түүнээс дээш халуурна, толгой булчин өвдөж амьсгалын дээд замын улайх үрэвслийн шинж илэрнэ.

— Хоол боловсруулах замын хямралын шинж. Хоолонд дургүй болох, баруун хавирга доогуур мөн а. улхай орчим унжирч өвдөнө. Бөөлжис цутгах, бөөлжих, суулгах, эсвэл өтгөн хатах, гэдэс дүүрэх, ам гашуун оргих зэрэг шинж тэмдгээр эхэлнэ.

— Мэдрэл сульдалын хам шинж. Бие сулрах, амархан ядрах, тамирдах, хөлрөх, цочромтгой кмуу, эсвэл ноомой болох, нойр хямрах зэрэг шинж үзэгдэнэ.

— Үе мөчний өвдөлт. Гол төлөв том үе мөн яс булчингаар өвдөнө. Өвдөлт хүчтэй биш байдаг. Дээрх шинж тэмдгүүд хавсран ямар нэгэн байдлаар илрэх явдал цөөнгүй. Иймд энэ байдлыг өвчин эхлэлтийн полиморфизм гэх нь ч бий. Бас хааяа өвчтөнд ямар ч шаналгаа зовиур байхгүй, мэдэгдэх шинж илрэхгүйгээр шууд нүд, арьс нь шарлаж эхэлж болно.

А гепатит ихэнхдээ гэдэс ходоодны хямрал юм уу, эсвэл томуу төст шинжээр илэрдэг. Өвчний шарлах үе 7—15 хоног үргэлжилнэ. Эхлээд халуурч, бөөлжиж байгаад шээс хүрэн өнгөтэй болж улмаар нэг мэдэхэд нүдний уурагт бүрхэвч шар туяатай болно. Үүний сацуу олонх өвчтөнд шарлахын өмнөх үед ажиглагдаж байсан хордлогын шинж тэмдгүүд багасах юм уу бүрмөсөн алга болно. Арьс нүдний шар түргэн хугацаанд нэмэгдэж эхний 7—10 хоногийн дотор дээд хэмжээндээ хүрч, хэсэг хугацаа өнгөрсний дараа мөн хурдан багасаж эхлэнэ. Шар өнгө эхлээд салст бүрхэвчинд гарч дараа нь их бие үе мөчөөр ажиглагдана. Шар өнгө арилахдаа ч дээрхийн эсрэг дарааллаар явагдана. Баасны өнгө цайрна. Зүрхний цохилт цөөрнө. Элэг заримдаа дэлүү томроно. Элэгний гадаргуу тэгш, зөөлөвтөр, ялимгүй эмзэг

байдаг. Цусанд цагаан цогцосны тоо цөөрч, УЦТУ хэвийн юмуу удааширсан байна. Өвчний энэ хэлбэр олонх тохиолдолд хөнгөн явцтай байдаг учраас өвчний эдгэрэх үе хурдан эхлэнэ. Энэ үед өвчтөний зовиур шаналгаа эмнэл зүйн бусад шинж тэмдгүүд арилж биохимийн шинжилгээний үзүүлэлтүүд хэвийн болно. Гол төлөв өвчин тавилан сайтай байдаг.

2. В гепатит (ийлдэст гепатит). Нууц хугацаа нь 1,5—6 сар үргэлжилнэ. Шарлахын өмнөх үе нь 10—12 хоног түүнээс ч илүү үргэлжилнэ. Өвчин ихэнхдээ аажим эхлэнэ. Хоол боловсруулах замын хямрал, мэдрэл сульдал, ялангуяа үе мөчний хам шинжүүд шарлахын өмнөх үед А гепатитыг бодвол илүү их тохиолдоно. Өвчтөний 10 орчим хувьд бие загатнах, арьсан дээр тууралт үүснэ. Хордлогын шинж тэмдэг шарлахын өмнөх үед аажим аажмаар нэмэгдэх юм уу, эсвэл сул илэрч шардалтын үеэс эхлэн нэмэгдэж ирнэ. Шарлах үе нь урт, 2—3 долоо хоногийн дараа шар хамгийн их хэмжээндээ хүрнэ. Зарим өвчтөнд үе мөчөөр нь өвдөж халуурна. Баруун хавирганы доогуур хөндүүрлэнэ. Эдгэрэх үе удаан үргэлжилнэ. В гепатит хүнд хэлбэрээр явагдаж, архаг явцад орох нь элбэг байдаг. Элэгний хурц экцефалопати (ЭХЭ) зөвхөн В гепатитын үед тохиолддог гэж ихэнх судлаачид үзэж байна.

Эмнэл зүйн шинж тэмдгийн илрэл, лабораторийн шинжилгээний үзүүлэлтийг харгалзан ВГ-ийн хүнд, хөнгөн явцыг тогтооно. Эдгээрийн алин ч гэсэн биеэ даасан ач холбогдолгүй боловч өвчний хүнд хөнгөнийг үнэлэхдээ бие махбодын хордлогын ерөнхий шинж тухайлбал бие сул байх, толгой эргэх, огиулж бөөлжих, нойрмоглох, зан сэтгэхүйд нь өөрчлөлт гарах зэргийг илүү харгалзан үзэх ёстой. Ийм учраас өвчтөний биеийг өвчний анхны өдрөөс эхлэн байнга ажиглаж байх нь чухал.

Хөнгөн хэлбэр. Өвчний хөнгөн хэлбэрийн үед хордлогын шинж үд ялих тодрох буюу, эсвэл огт илрэхгүй ч байна. Биеийн арьс салслагын шар бага, элэг ялимгүй томорсон байж болно. Цусан дахь билирубины хэмжээ 85 мкмоль/л-ээс доош, аминотрансферазын идэвх хэвийн хэмжээнээс 2—4 дахин нэмэгдэнэ. Протромбин ба сулемагийн сорил хэвийн. Энэ хэлбэр 2—3 долоо хоног үргэлжилнэ. Хүндрэхгүй, өвчин ужиг болох нь ч ховор.

Дунд хэлбэр. Энэ хэлбэрт биеийн хордлогын шинж тод илэрч хоолонд дургүй болох, огиулах, бөөлжис цутгах, толгой өвдөх, аюулхайгаа хөндүүрлэнэ. Биеийн арьс салслагын шар тод, элэг нь томорсон байна. Заримдаа хамраас цус гарах, бие загатнах, 38°—38,5° хүртэл халуурч болно. Нойр гажуудах, бие сулрах нь энэ үед цөөнгүй байдаг. Судасны лугшилт удааширч, зүрхний авиа бүдгэрэх, артерийн даралт буурахын зэрэгцээ цусны улаан, цагаан эсийн тоо цөөрч, эозинофил, лимфоцитын тоо олширч эхлэнэ. Цусан дахь билирубины хэмжээ 170 мкмоль/л хүртэл нэмэгдэж, трансаминазын идэвх хэвийн хэмжээнээс 3—5 дахин, түүнээс ч дээш ихсэнэ. АлАТ 5,5—6 мкмоль/ч. л, АсАТ 3,5—4 мкмоль/ч. л. Протромбин бага зэрэг багасч, сулема 1,5 мл хүртэл буурна. Өвчний энэ хэлбэр дунджаар 5—6 долоо хоног, шар нь ойролцоогоор 30 хоног үргэлжилнэ.

Хүнд хэлбэр. Хүнд хэлбэрийн үед илрэх үндсэн шинж бол хордлого мөн. Энэ үед элэгний эд эсийн үхжил явагдаж бусад эрхтэн систем, ялангуяа төв мэдрэлийн системийн хордлого үүсдэг учраас юуны өмнө энэ хордлогын шинж тод байна. Шар илрэхийн өмнөх үед бий болсон шинж тэмдгүүд хоолонд дургүй болох, бөөлжис цутгах, ядрах, залхуу хүрэх нь намдахгүйгээр барахгүй шарлалтын үед улам нэмэгдэнэ. Халуурч хамраас цус гарах шинж нэмэгдэнэ. Өвчний эхний өдрөөс өвчтөн сул, нойрмог байхаас гадна шар маш ихтэйгээс арьс улаавтар шар, түүний нугалаануудад жижигхэн цус харвалтууд гарсан

байна. Гэхдээ хүнд үед арьсны шар заавал их байх албагүй. Мөн толгой эргэх ба өвдөх, өдөр нойрмоглож шөнө унтахгүй байх, өвчтөн цочромтгой болох зэрэг шинж үзэгдэнэ. Энэ үед судасны цохилт олширч хэл өнгөртөнө. Элэг томрохгүй. Зарим үед томорсон элэг багасах, тэмтрэхэд тэр нь зөөлөн, хөндүүрлэнэ. Энэ үеэс шээсний гарц мэдэгдэхүйц ховорддог. Шар ихтэй, хордлогын шинж тод илэрсэн мөртөө элэг бага байх нь өвчин хүндэрч болохын дохио мөн. Хүнд үед билирубины хэмжээ 171—342 мкмоль/л-ээс илүү, протромбины индекс багасаж, сулема 1,2—0,9 мл хүртэл буурна. Өвчний хүнд хэлбэр дунджаар 45—50-иас дээш хоног үргэлжилнэ. Трансаминазын идэвх АлАТ 6—7 ммоль/ч. л, АсАТ 4,5—5 ммоль/ч. л өндөр байна. Цаашид элэгний үйл ажиллагааны хурц дутагдал эхэлбэл энэ хэмжээ хурдан багасаж ирнэ. Өвчний 6—7 дахь долоо хоногоос шар арилж, шар буурахын хэрээр элэгний хэмжээ аажмаар хэвийн байдалд орно.

ВИРУС ГЕПАТИТЫН ГАЖ ХЭЛБЭРҮҮД.

1. Шарлалтгүй хэлбэр. ВГ-ийн шарлалтгүй хэлбэрээр хүүхэд олондоо өвчилнө. Шарлахгүй, билирубины хэмжээ ихсэхгүй, өтгөн шээсний өнгө хэвийн байдгаараа энэ өвчин шарлалттай хэлбэрээс ялгаатай.

2. Балархай хэлбэр. Эмнэл зүйн шинж тэмдгүүд нь маш бүдэг илэрдэг тул практикт бараг оношлогддоггүй боловч халдвар тараах акултай. Биохимийн шинжилгээний үзүүлэлтүүд өөрчлөгдөж трансаминазын идэвх ихэссэн байдаг. Мөн халдвар судлалын мэдүүлэг онош тавихад тусална.

3. Шинж тэмдэггүй хэлбэр. Эмнэл зүйн ямар ч шинж тэмдэг илрэхгүй. ВГ гарсан голомтонд биохимийн шинжилгээ хийж энэ хэлбэрийг илрүүлдэг.

4. Эрүүл антиген тээгч. Эмнэл зүйн шинж тэмдэг, биохимийн шинжилгээний өөрчлөлтгүй. Зөвхөн цусанд HBsAg илэрсэн, иммун шинжилгээний бусад өөрчлөлттэй байна. Ийм хүмүүс донор байж болохгүй.

5. Цөсний сувгийн үрэвсэлт (холангиолит) хэлбэр. Гол төлөв залуу хүмүүст тохиолдоно. Шарлахын өмнөх үед халуурах, туурах, үе мөч өвдөх, загатнах шинжүүд ажиглагдана. Шар ихтэй, явц удаан (2—4 сар). Элэг том, хөндүүр байна. Цусанд цагаан эс олширч улаан эсийн тунах урвал (УЭТУ) түргэснэ. Аминотрансферазын идэвх бага зэрэг ихэссэн байна.

6. Цөс зогсонгишсон хэлбэр. Ихэвчлэн настай хүмүүст тохиолдоно. Ерөнхий хордлогын шинж тэмдэг сул илэрсэн юм уу огт байхгүй байхад шар их хэмжээтэй удаан хугацаагаар үргэлжлэх, бие загатнах, цусанд билирубин, холестерин, беталипопротеидын хэмжээ их, шүлтлэг фосфатазын идэвх өндөр байх онцлогтой. Явц нь ужиг. Харин элэг томрохгүй, трансаминазын идэвх ихэнхдээ хэвийн байдгаараа холангиолит хэлбэрээс ялгагдана.

Зарим хүмүүст тохиолдох ВГ-ийн онцлог.

1. Настай хүнд тохиолдох ВГ нь аажим эхлэнэ. Удаан явцтай. Шарлахын өмнөх үед хоол боловсруулах замын үйл ажиллагааны хямралын шинж илүүтэй үзэгдэнэ. Шарлах үе урт, элэг удаан агшина. Механик шарлалттай төстэйгээр цөс зогсонгишилтой явагдах онцлогтой. Цөсний суваг ба хүүдий, нойрын булчирхай, ходоодны үрэвсэл зэрэг бусад архаг өвчнийг сэдэрэх нь олонтоо байдаг.

2. Жирэмсэн үед ВГ-ээр өвчлөх нь гол төлөв В гепатит байна. Жирэмслэлт нь ВГ-ын явцад муугаар нөлөөлж хүндрэл үүсгэж болохоос гадна өвчин ужгирах, архагшихад дөхөм үзүүлнэ. Төрөлхийн үйл ажиллагааны сулрал үүсэх, цус алдах зэрэг төрөхийн хүндрэл тохиолддог. Хүнд явцтай үед жирэмслэлтийг таслан зогсоох үйлдэл өвчинг хүндрүүлэх хүчин зүйл болно.

3. Хүүхдэд тохиолдох ВГ-ийн явц. ВГ нь ямар ч насны хүүхдийг өвчлүүлэх боловч 3-аас дээш насны хүүхдийн дунд илүүтэй байна. Нэг нас хүртэлх хүүхдэд ихэнхдээ В гепатитээр өвчилдөг. Ийм учраас өвчний хүндрэл ихтэй байдаг. ВГ хүүхдэд тусахдаа зарим онцлогтой байна.

— Шарлахын өмнөх үеийн шинж тэмдэг бүдэг, ихэвчлэн хоолонд дургүй болох, хөхнөөс гарах юмуу хөхөө барьж тавиад байх, огиулах, бөөлжих, уцаарлах, ноомой болох, түрүүлгээ харж хэвтэх гэж оролдох, гэдсээ дарж уйлах, суулгах, нойр нь муудах зэрэг шинжүүд ажиглагдана. Үүнээс гадна ханиад томуугийн шинжээр эхлэх нь ч цөөнгүй байдаг. Шарлахын өмнөх үеийн үргэлжлэх хугацаа түргэн байна.

— Цусан дахь билирубины хэмжээ их байхад арьс, нүүрний шар тийм ч тод биш мэт ажиглагддаг.

— Элэг нь насанд хүрсэн хүмүүсийг бодвол илүү том болж, удаан хугацаагаар хэвийн хэмжээнд орохгүй, хүндрэл үүсэх үед ч гэсэн элэг тэр бүр багасахгүй байдаг.

— Дэлүү том болох нь илүү.

— Хүнд явцтай, хүндрэл үүсэх нь элбэг.

4. Хорт хэлбэрийн ВГ. В гепатитаар өвчилсөн зарим тохиолдолд өвчний анхны өдрөөс хүнд байж дороо хүндрэх явдал тохиолдоно. Энэ үед ТМС-ийн хордлого илэрч, хүүхэд цочромтгой болж хөдөлгөөн нь нэмэгдэх, унтаж эхэлснээ гэнэт уйлж босч ирэх, гулгиж бөөлжиж эхлэнэ. Цаашид биеийн халуун ихсэж татах шинж ажиглагдана. Гар хөлөө савчих, тайван биш болох мөн гэдэс дүүрнэ. Элэг төдийлэн том биш шар заавал их байх албагүй. Хөөрлийн байдал удахгүй намдаж, хүүхэд хөдөлгөөнгүй унтаа болж гадны цочролыг мэдэхээ болино. Тарилга хийхэд зөвхөн орилж хашгирна. Хүүхэн хараа нарийсч, гэрлийн урвал суларна. Татах нь нэмэгдэж, цусархагийн хам шинж илэрнэ. Зүрхний цохилт олширч амьсгаадна. Элэг зөөлрөх юмуу хэмжээ нь багасаад тэмтрэгдэхгүй болж 1—3 хоногийн дотор гүн оврогын байдалд орж нас бардаг. Заримдаа хөөрлийн тодорхой шинжүүд тод илэрч амжилгүй шууд гүн оворгод орох явдал байдаг. Биохимийн шинжилгээнд билирубин-ферментийн зөрөө тод ажиглагдаж сулема буурна.

Хүндрэл. ВГ-ийн үед дараах хүндрэл тохиолдоно. Үүнд:

— Элэгний хурц энцефалопати (ЭХЭ)

— Хаван усжилтын хам шинжит хэлбэр

— Цөс ялгаруулах замын үрэвсэл зэрэг хамаарна.

Элэгний хурц энцефалопати нь ВГ-ийн акултай хүндрэлийн нэг юм. Элэгний хурц энцефалопати-ээр хүндрэхэд нөлөөлөх зарим хүчин зүйлс байдаг. Үүнд:

— жирэмсэн, хөхүүл үе, шилжилтийн насанд бие махбодод гарсан физиологийн өөрчлөлт

— өвчлөхийн өмнө ба өвчин туссан үедээ элгэнд хортой нөлөө бүхий эм хэрэглэсэн байх.

— үйлдвэр, ахуйн хорт нөхцөл

— архаг архидалт юм уу өвчлөхийн өмнө архи уух

— хурц хоол хэрэглэх

— өвчлөхийн өмнө биеийн тамирын хүнд дасгал, сургууль хийх, уралдаан тэмцээнд орох, биеийн хүнд хүчир ажил хийх, даарч хөрөх

— санаа сэтгэлийн хямрал дарамттай байх

— халдварт өвчнөөр өвчлөх

— зүрх судас, уушги, бөөр, хоол боловсруулах замын архаг өвчнөөр өвчлөх,

Эмнэл зүй. Элэгний хурц энцефалопати-ийн явцыг 4 үе бүр үе зэрэг болгосн хуваана. 1 зэрэг (оврогын урьдалын 1-р үе). Энэ үед ВГ-ийн хүнд ялцад илрэх шинж тэмдгийн зэрэгцээгээр сэтгэхүйн тогтворгүй.

тэл болж фмнаас айж цочих, сэтгэлийн гутралд орох юм уу эсвэл хөөрлийн байдал ажиглагдана, заримдаа уйламтгай болох, эвцээх, санаа алдах, хөлрөх, толгой эргэх, нойрны хэм алдагдах, зүрх дэлсэж, дотор бачимдах, гар салганах, элэгний орчим өвдөх зэрэг шинж байдал илэрч шар улам нэмэгдэн элэгний хэмжээ багасна. „Элэгний үнэр“ ханхлана. Шинжилгээ хийхэд цусанд цагаан эс олширч билирубины хэмжээ ихэссээр атал ферментийн идэвх буурах хандлагатай болно.

Альбумин, беталипопротеид, фибриноген багасч протромбины заалт, сулема буурна.

II зэрэг (оврогын урьдалын 2-р үе). Ухаан балартан орон зай, цаг хугацааны баримжаа алдагдана. Асуултанд хариулж чадахгүй юм уу буруу, эсвэл нэг л янзаар хариулна. Нэг үе хөөрлийн байдалтай байснаа гүн сааталд орно. Үе үе өвчтөн орноосоо босон харайж хашгичин орилж чарлана. Энэ үед ажиглагдах өөр нэг шинж бол „гарын дэвэх салгалалт“ юм. Өвчтөний нүдийг аниулж байгаад 2 гарыг нь урагш сунгуулж, шуу сарвууны үеэр нугалуулан хуруунуудыг нь сарвайлгахад шулуу далавчаа дэвэх мэт хөдөлгөөн хийдэг. Шөрмөсний рефлекс ихсэнэ. Элэгний хэмжээ улам багасна. Шинжилгээнд билирубин-ферментийн зөрөө тод илрэнэ. Альбумин, протромбины заалт, сулема эрс буурч шээсний хэмжээ багасдаг.

III зэрэг (оврогын 1-р үе). Ухаан алдана. Тарилга хийх зэрэг хүчтэй цочролд зөвхөн ёолох байдлаар хариулдаг. Үе үе ёолж хашгирна, үе мөчний булчингийн хүчдэл ихсэж эмгэг рефлексүүд бий болдог. Хүүхэн хараа нарийсдаг, зүрхний цохилт эрс олширч судасны дүүрэлт багасдаг. Хамар, хоол боловсруулах эрхтэний замаас цус алдах, арьс салстад цусан харвалт үүсэх нь олонтоо. Бор хүрэн өнгийн зүйлээр бөөлжинө. Цус алдалт нь ЭХЭ-ийн үед өвчтөн нас барах гол шалтгааны нэг болдог. Элэгний хэмжээ улам багасна. Өвчтөн дороо бие засна. Шинжилгээнд дээр дурдсан өөрчлөлтийн зэрэгцээгээр бодисын солилцооны хямралын шинж (ялангуяа үлдэгдэл азотаммиак ихсэх) гарна.

IV зэрэг (оврогын 2-р үе). Өвчтөн ямарч цочролд хариулт өгөхгүй, хүүхэн хараа өргөсч рефлексүүд суларсаар бүр үгүй болдог. Амьсгал гүнзгий шуугиантай (кусмаулын амьсгал) болж, зүрхний цохилт эрс түргэсч, судасны дүүрэлт суларсаар мэдэгдэх төдий болно. Тархи уушги хавагналтын шинж гарч өвчтөн нас барна.

СЭДРЭЛТ БА ДАХИЛТ

Эмгэг процесс бүрмөсөн дуусаагүй бодовч эдгэрэлтийн үе эхэлсний дараа хурц үеийн эмнэл зүй, биохимийн шинжүүд дахин гарч ирэхийг сэдэрлэлт гэнэ. Эмнэл зүй биохимийн бүрэн эдгэрэлтээс хойш ямар нэгэн хугацааны дараа хурц үеийн шинжүүд давтан илэрвэл дахилт гэж үздэг. Хоолны болон ажил хөдөлмөрийн дэглэм зөрчих, сэтгэл санааны хурц хямралд орох, өөр өвчнөөр өвчлөх юм уу архаг өвчин хурцдах, удаан хугацаагаар гормон хэрэглэсэн, архи уусан үед ВГ сэдэрэж, дахиж, түүнд нөлөөлөх шалтгаан болно.

ВИРУСТ ГЕПАТИТЫН ТӨГСГӨЛ (ТАВИЛАН)

1. Эдгэрэлт. Ихэнх өвчтөн эмнэлгээс гарсны дараа, эхний хэдэн сар жилийн дотор бүрэн эдгэрнэ.

2. Үлдэц шинж.

а) Ужиг эдгэрэлт (3 сар хүртэл) энэ үед ферментийн идэвх бага зэрэг их, тимол өндөр байх ба зарим зовиур, өвчний шинж тэмдэг ажиглагдаж болно.

б) Элэг том байх. Өвчтөнд зовиур шаналгаа байхгүй, биохимийн шинжилгээний үзүүлэлт хэвийн байна. Тэмтрэхэд элэг ерийн хэмжээнээсээ том, хатуу биш байна.

в) Билирубины хэмжээ, их байх. Зарим өвчтөнд эмнэлгээс гарсны дараа хэсэг хугацаанд билирубины шууд бүлэг давамгайлж нийт билирубины хэмжээ их хэвээр байдаг. Энэ үед мэдэгдэх өвчний өөр шинж тэмдэг байхгүй.

3. Удаан хугацаагаар үргэлжлэн явагдах эмгэг.

а) Ужиг гепатит. Энэ үед идэвхтэй процесс 3—6 сар үргэлжилнэ. Элэгний хэмжээ том, аминотрансферазын идэвх өндөр байна. Энэ нь ихэнхдээ эдгэрэх боловч заримдаа архаг гепатитад шилжинэ.

б) HBsAg үргэлжлэн илрэх. В гепатитын дараа ажиглагдана. Эмнэл зүй биохимийн өөрчлөлт гарахгүй. Зөвхөн цуснаас HBs Ag удаан хугацаагаар олдсоор байна.

в) Идэвхгүй архаг гепатит. Вируст гепатитаар 6 сараас доош хугацаагаар өвчилсөн үед оношлогдоно. Эмнэл зүйн өөрчлөлт их биш, биохимийн шинжилгээнүүдэд бага зэргийн өөрчлөлттэй байна. Тавилан сайн, элэгний хатуурал үүсэхгүй.

г) Архаг идэвхтэй гепатит. Энэ нь хэдийгээр цөөн тохиолдох боловч хүнд явцтай тавилан муутай юм. Цаашдаа элэгний хатуурал үүснэ. Үүнийг сүүлийн үед системийн өвчин гэж үзэх явдал бий. Эмнэл зүйн хувьд мэдрэл сульдалын, ходоод гэдэсний хямралын шинжээс гадна алга улайх „судсан цацраг“ тууралт гарах нь элбэг. Үе мөч өвдөх, туурах, халуурах, дэлүү томрох нь энэ хэлбэрийн онцлог шинж юм. Биохимийн шинжилгээнд аминотрансферазын идэвх тогтмол өндөр байх ба альбумин багасаж гаммаглобулин ихэснэ. Тундаст сорилууд эрс өөрчлөгдөнө.

д) Элэгний цирроз. Энэ нь ихэнхдээ архаг идэвхтэй гепатитын суурь дээр үүснэ. Архаг гепатитаас ялгагдах гол шинж нь хаалган венийн даралт нэмэгдсэний улмаас үүсэх шинж илрэх явдал мөн. Цусархаг хам шинж, судсан цацраг тууралт гарах, алга улайх, уургийн солилцооны хямрал үүсэх зэрэг элэгний үйл ажиллагааны өөрчлөлтийн бусад шинжүүд илүү тохиолдоно. Морфологийн хувьд элэгний хэлтэнцэрийн зохион байгуулалт алдагдаж холбогч эд нөхөн төлжинө.

(Үргэлжлэл нь дараагийн дугаарт.)

Редакцид ирсэн 1986. 05.31.

П. НИМДАВАА (Эрүүл ахуй, халдвар, нян судлалын улсын институт)

ДАРХЛАЛЫН ОЛДМОЛ ДУТЛЫН ХАМШИНЖ

Идэр насны гомосекс (ижил хүйсийн хүнтэй хурьцах гаж арацшинтай) эрчүүдийн эсийн дархлал ихэд суларснаас болзолт эмгэг төрөх чадвартай зарим эгэл биетэн, мөөгөнцөр, вирусын түгээмэл (генерализированный) халдвар, зарим хорт хавдраар үхлүүт өвчилсөн тохиолдлыг 1981 онд америкийн хэсэг эмч нар бичсэн (19, 20, 23) нь дархлалын олдмол дутлын хамшинж (Acquired immunodeficiency syndrome—AIDS синдром приобретенного иммунодефицита—СПИД) нэр авчээ.

Дархлалын олдмол дутлын хамшинж (ДОДХ) нь эмчилгээ муу авдаг учраас онош тавьснаас хойш нэг жилийн дотор өвчтөний 50% нь, хоёр жилийн дотор бараг бүгд нас барж байсан хийгээд халдвартай, 6—8 сар тутам оношлосон тохиолдол 2 дахин ихэсч байсан тул

тэр дорoo АНУ болон барууны орнуудад ихээхэн шуугиан дэгдээсэн юм.

Анх зөвхөн АНУ-д нутагшмал (эндемик) юм шиг байсан энэ эмгэг нь бусад оронд ч тохиолддог, зөвхөн бэлгийн замаар бус, мөн нягт хавьтал, цус, цусан бүгээгдэхүүнээр болон эмнэлгийн ажилла-баруудын үед (В гепатиттай төстэй замаар) халдвар тархаж болох нь цаашдын судалгаагаар илэрхий болсноор дэлхий нийтийн анхаарлыг татах болсон тул ДЭХБ 1983 оноос эхлэн хэд хэдэн тусгай зөвлөлгөөн, лавлагаа төвүүд зохиол байгуулж, 1983 оны 5 дугаар сард хуралдсан ДЭХБ-ын 39 дүгээр Ассамблейгаас ДОДХ-той тэмцэх ДЭХБ-ын тусгай программ нээсэн юм (1, 3, 24, 25, 27, 28).

Манай улсын олон талын харьцаа өдөр ирэх тутам өргөжиж буй нөхцөлд манай эмч нар энэхүү "шинэ" төвөгтэй эмгэгийн тухай тодорхой мэдлэгтэй байх шаардлагатай юм.

1. **Үүсгэгч:** Парис дахь Пастерын институтын хэсэг судлаачид лимфаденопати бүхий өвчтөнөөс 1983 онд ялгаж, лимфаденопатийн вирус (Lymphadenopathy-associated virus—LAV) гэж нэрлэсэн омог (5), АНУ-ын Хавдар судлалын үндэсний хүрээлэнгийн эрдэмтэд ДОДХ бүхий өвчтөнөөс 1984 онд ялгаж, хүний Т лимфоцитын вирус-ын 3 дугаар хэвшинж (Human T—Lymphotropic virus Type—III—HTLVIII) гэж нэрлэсэн омог нь (21) ДОДХ-ыг үүсгэгч нэг вирусын 2 омог гэдгийг одоо нийтээр хүлээн зөвшөөрсөн (1, 4, 6, 22, 25, 26, 31) бөгөөд вирусын таксономын олон улсын хорооноос энэ вирусыг хүний дархлалын дуглын вирус (Human immunodeficiency virus) гэж нэрлэхээр 1986 онд шийдвэрлэлээ (30). Энэ вирус нь 100 нм орчим хөндлөн огтлолтой бөмбөлөг хэлбэртэй, суперкапсидтай, эсээс нахиа-лах хэлбэрээр үрждэг, ревертаза фермент агуулдаг, нэг мушгиатай шулуун РНХ агуулдаг зэрэг үндсэн төрхөөрөө ретровирусын овогт хамаарах нь баттай тогтоогдсон боловч чухам аль дэд овог, төрөлд хамааруулахыг бүрэн шийдээгүй байна. Хүний дархлалын дуглын вирус (ХДДВ)-ын ревертаза фермент нь магнийн нөлөөгөөр идэвхждэг, капсидын 2 уураг: ларгагтин, нугагтины эхний 20—30 аминхүчлийн дарзалал нь ижил зэргээрээ С хэвшинжийн онковирусын нэг төлөөлөгч болох үхрийн лейкозын вирус (BLV)-тэй төстэй. Гэвч ревертаза фермент нь харьцангуй өндөр молекул жинтэй (100 орчим килодальтон), мөн пролгагтин гэж тэмдэглэдэг пролиноор баялаг фосфоржсон уураг, эсийн гаралтай онкоген агуулдаггүйгээрээ болон капсидын гол уураг ларгагтины эсрэгтөрөгчийн шинжээрээ хүний Т—лимфоцитын вирусын бусад омог HLTVI, HLTVII-той илүү төстэй боловч HLTVI, HLTVII-нь in vitro нөхцөлд Т-лимфоцитыг хавдрын трансформацид оруулдаг бол ХДДВ нь эс гэмтээх үйлчилгээ үзүүлдгээрээ ялгардаг. ХДДВ нь харьцангуй том (120 килодальтон) суперкапсидын гол полипептид (суренвин)-тэй, тэр нь олон (20 ба дээш) байрлалд сахаржсан, илүү хувьсамхай чанартай зэргээрээ бусад бүх ретровирусээс ялгаатай юм. Харин үржлийн зарим онцлог, нуклеотидын дарааллын гомолог зэргээрээ ХДДВ нь лентивирусын дэд овгийн төлөөлөгчидтэй илүү ойр байна.

ХДДВ нь туслагч Т лимфоцит (Т—helper) буюу ОКТ4 (Лей ЗА) маркертай Т лимфоцитод л үржих чадвартай.

2. **Эмгэг жам:** ДОДХ үүсэх эмгэгжамын механизм бүрэн гүйцэд тайлагдаагүй байгаа боловч хүний дархлалын дуглын вирус (ХДДВ) нь туслагч Т—лимфоцитын ОКТ 4 рецепторт бэхлэгдэж, дотор нь орж үржээд эцэст нь хайлуулах тул лимфоцитын Т4 популяци яваандаа үгүй болсноос эсийн дархлал ажиллагаагүй болж, эсийн дархлалд илүү өртөгдөмтгий болзолт эмгэг төрөгчид идэвхжсэнээр энэ эмгэг илрэнэ гэж үзэж байна (1, 2, 3). Харин ихэнх тохиолдолд В лимфоцит гэмтэхгүй тул эсрэг бие ялгаруулах чадвар хэвээр байдаг нь

Тун хэмжээ

Даралт бууруулах эмийн тун хэмжээг шилж авахад эмч нараас цөхрөлтгүй оролдлого, эв дүй, тэвчээр шаардана. Бага зэргийн даралт ихсэх үеийн эмчилгээг бага тунгаар эхлэх бөгөөд дараа нь аажмаар үр дүн өгтөл ихэсгэж, аль болохуйц асуул багатай гаж нөлөөгүй хамгийн бага тунгаар удаан хугацаанд эмчлэх нь чухал юм. Зарим даралт бууруулах эмийг их тунгаар хэрэглэхэд тодорхой антерогенность өгдгийг анхаарах хэрэгтэй. Тун хэмжээ ихэсгэх явцыг эмийн түргэн үйлчилгээ, бие махбодиос түүний ялгарч гарах хугацаа хоёрыг харгалзан тогтооно.

Өвчтөнтэй холбоо тогтоох онцлог. Өвчтөний эмчид итгэсэн, итгэл, өвчтөн эмч хоёрын хооронд тогтсон сайн харилцаа нь артерийн даралт ихсэх өвчнийг үр дүнтэй эмчлэх урьдчилсан нөхцөл болдог. Ийм холбоо харилцаа тогтоох нь өвчтөний хувийн онцлогоос болж хүндрэлтэй байж болно. Өвчтөн, нэг эмчийн хяналтанд байх нь эмчилгээнд хандах дэс дарааллыг сахихад чухал ач холбогдолтой юм. Өвчтөндөө эмийн бус эмчилгээ зайлшгүй чухал гэдгийг ойлгуулах нь чухал юм. Гэр орны болон ажилтай уялдан ажил, амрах хэлбэр өөрчлөгдөх тохиолдолд өвчтөн түүнээс татгалзвал ятгаж үнэмшүүлэх эсвэл харилцан буулт хийх зэргээр өвчтөнд зөв дэглэм баримтлах боломж олгож байх хэрэгтэй.

Удаан хугацаагаар эмчлүүлэх тохиолдолд, өөрийнх нь өвчний тухай, тодорхой үе шаттай эмчилгээ хийнэ гэдгийг өвчтөнд сайн ойлгуулсан байх нь ач холбогдолтой юм. Эмийн тун хэмжээг сонгож авах үед танаас тэсвэр, цөхрөлтгүй оролдлого шаардана, таны бие аажмаар сайжрана гэдгийг урьдчилан сайн ойлгуулах хэрэгтэй. Хэрэв артерийн даралтаа өвчтөн өөрөө бууруу оёр хавийн хүн хэмжиж үздэг бол хоногийн хэлбэлзлийг хэт үнэлэх зэргээс сэргэмжилбэл зохино. Эм өгөхдөө гарч болзошгүй хүндрэлийн тухай (өвчтөн эмийн тухай уншсан бол) өвчтөнд урьдчилан сануулах, эмийн гаж нөлөө (сулрах, ам хатах)-г тэсвэрлэх, эдгээр нь системтэй эмчилгээний явцад яваандаа арилна гэдгийг зориуд хэлэх нь зүйтэй юм. Өвчтөнд тэр ч байтугай их хэмжээгээр даралт бууруулах эм хэрэглэхэд бэлгийн ажиллагаа алдагдах ноцтой хүндрэл ч илэрч болдгийг сайн ойлгуулах хэрэгтэй. Өвчтөнтэй, итгэж найдах харьцааг батжуулах нь эмчээс цаг хугацаа шаардагдах нь дамжиггүй. Ийм цаг хугацаа зарах нь замбараагүй эмчилгээний алдсан цагаас хожоотой байх болно.

Артерийн даралт ихсэх өвчний хүнд хэлбэрийг эмчлэх. Артерийн даралт ихсэхийн хортой хэлбэр буюу даралт ихсэхтэй холбогдон гарч ирсэн яаралтай тусламж шаардлагатай өвчтөнд хийх эмчилгээ нь дээр өгүүлсэн эмчилгээнүүдээс зарчмын ялгаатай юм. Тийм өвчтөнийг заавал хэвтүүлж эмчлэх хэрэгтэй. Ийм өвчтөнд артерийн даралтыг буулгахын тулд (ядахдаа хэдэн өдөр ч гэсэн) түргэн үйлчилгээтэй, үр дүн сайн өгөх тун хэмжээгээр, тариануудыг (лазикс, дибазол, симпатолитик, зарим ганглиоблокатор, нитропруссид натр) хийж даралтыг нь байнга хянаж, үр дүн өгсөн үед уух эмэнд аажмаар шилжүүлэх хэрэгтэй.

Дүгнэлт. Даралт бууруулах эмчилгээг ерөнхийд нь биелүүлж дагахад олонхи өвчтөний артерийн даралт буурах ба түүний тэнхээ тамырыг хэвийн байдалд барьж тогтоож болно. Артерийн даралт ихсэх өвчний эмчилгээг сайн үр дүнд хүргэхийн тулд цаг хугацаанд идэвхтэй илрүүлэх нь чухал. Үүний тулд:

1. Тайлбарлан таниулах өвөрмөц ажлыг аль болохуйц өргөн хүрээтэй зохиож, эмчилгээнд хандах өвчтөний ухамсрыг дээшлүүлэх.
2. Артерийн даралт ихсэхийг бууруулахад чиглэгдсэн заслын ерөнхий журмыг даган мөрдөх нь тэргүүн зэргийн зорилт мөн гэдэгт өвчтөн эмч хоёрын анхаарлыг хандуулах.

3. Даралт бууруулах эмийн эмчилгээний зарчмыг эмч нар ягштал, дэс дараатай сахиж мөрдөх нь өвчтөнийг диспансерчлахад чухал.

4. Янз бүрийн хэмжээ, хэлбэрийн даралт бууруулах эмээр тогтмол хангах нь чухал юм.

Ингэж даралт бууруулах эмийн үр дүнг дээшлүүлэх, хэтийн төлөв, эмчилгээний шинэ арга, шинэ эм бий болгох, системт эмчилгээний зохион байгуулалтыг боловсронгуй болгох нь зүйтэй байна.

„Клиническая медицина“ сэтгүүлийн 1986 оны нэгдүгээрээс их эмч Ц. Чойжинхорлоо орчуулав.

Редакцид ирсэн 1986.06.10

Д. БААСАНЖАВ (Анагаах ухааны хүрээлэн)

ТАРХИНЫ СУДАСНЫ ӨВЧНҮҮДИЙН ЭХНИЙ ХЭЛБЭРҮҮД, ТАРХИНЫ ЦУСНЫ ЭРГЭЛТИЙН ТҮР ЦОЧМОГ ӨӨРЧЛӨЛТ

Тархины инсультаг (тархинд цус харвах, тархинд цус тасалдаж үхжил үүсэх) үүсгэгч шалтгаан, тэдгээрийн эмгэг жам, эмнэлзүй ба эмчилгээний аргуудыг боловсруулах судалгаа шинжилгээний ажлын үр дүнд уг салбарт ихээхэн ахиц гарсан боловч учир дутагдалтай хэвээр байна. Зүрхний инфаркт өвчнөөр өвчилсөн бүх өвчтөний 80% нь, сайжирч хөдөлмөрийн чадвартай болж байхад хүнд инсультээр өвчилсөн бүх өвчтөний 80 орчим хувь нь тахир дутуу болж байна. Иймээс тархины инсультээс урьдчилан сэргийлэх нь эмнэлгийн болон нийгэм эдийн засгийн онцгой ач холбогдолтой юм.

Тархины судасны өвчнүүдийн эхний хэлбэр нь тархины инсульт үүсэхийн урьтал үе болдог нь цөөнгүй. Иймээс тархины судасны өвчнүүдийн эхний хэлбэр үүсэх шалтгаан, тэдгээрийн эмгэг жам, эмнэлзүй, урьдчилан сэргийлэх ба эмчлэх аргуудыг гүнзгийрүүлэн судлах шаардлагатай байна. Ийм судалгаа 1981—1985 онд ЭЗХТЗ-ийн хүрээнд хийгдлээ. Судалгааны ажилд БНБАУ, БНКУ, БНМАУ, ЗХУ, БНСЧСУ-ын эрдэм шинжилгээний хамтлагууд оролцов. Судалгааны Төв зохицуулагч байгууллагын үүргийг ЗХУ-ын Анагаах Ухааны Академийн мэдрэл-судлалын хүрээлэн гүйцэтгэж байна.

Судалгааны үр дүнд тархины цусан хангамжийн бүрэн бусын эхний илрэлүүд (ТЦХБЭИ) буюу тархины цусны эргэлтийн далд дутагдлын тухай анх бүхэл бүтэн ойлголттой болгов. Сэтгэхүйн болон биеийн хүчний хэт ачааллын үед үйл ажиллагааны тэрхүү өсөн нэмэгдэж байгаа шаардлагыг өвчтөний тархины цусан хангамж хангаж чадахгүй болох нь нотлогдов. Энэ байдал толгой өвдөх, чих шуугих, анхаарал, ажлын чадвар, ой ухаан сулрах, нойргүй болох зэрэг шинжээр илэрдэг. Тархины цусны эргэлтийн түр цочмог өөрчлөлтөөс ялгаатай нь ТЦХБЭИ бүхий өвчтөний өгүүлэлд нэг удаа, эсвэл олон дахин давтагдах байдлаар мэдрэлийн голомтолсон шинж тэмдэг илэрч байсан тухай бодит баримт байдаггүй.

ТЦХБЭИ нь тархины судасны өвчний эзэнэгшилтэй байгаа үе юм. Гэхдээ энэ эзэнэгшил нь тогтвортой биш, тархинд цус болон бусад чухал шаардлагатай бодисын хэрэгцээ нэмэгдэх үед тархины цусны эргэлтийн зохицуулалт алдагддаг. ТЦХБЭИ-ийн эмгэг жамд нийт

тархины болон түүний тодорхой хэсгийн цусны гүйдлийн түвшин буурч цусан хангамжийн эгзэгтэй байдал үүсгэх, судас нарийсахаас гадна гемореологийн, мөн зарим нейротрансмиттерийн идэвхт байдлын өөрчлөлтүүд нөлөөлдөг.

Судалгаанд оролцсон орнуудад явуулсан хүн амын үзлэг судалгаагаар цусны даралт ихсэх өвчин ТЦХБЭИ өвчнийг үүсгэхэд нөлөөлөх гол хүчин зүйл болохыг тогтоов. Зарим оронд 40 хүртэлх насны эмэгтэйчүүдэд тархины цусны эргэлтийн өөрчлөлтийн шалтгаанд үр тогтолтын эсрэг гормоны эмүүдийг хэрэглэдэг нь зохих ёсоор холбоотой байна.

Хамтын судалгааны үр дүнд ТЦХБЭИ эмгэгийн шинж тэмдэг, хам шинж, оношийн хэмжүүрүүдийг тодотголоо. Тархины цусны эргэлтийн далд дутагдлыг хүн амын үзлэгээр илрүүлэхэд тустай хүснэгтийн аргыг боловсруулав.

Тархины цусны эргэлтийн далд дутагдлын үед нүд, чихний талаас илрэх мэдрэлийн шинжүүдийг ялган тодотгосон нь оношийг бодитой болгоход чухал ач холбогдолтой юм. ТЦХБЭИ-ийг оношлоход клиник, лабораторийн болон тусгай багаж аппаратын иж бүрэн аргуудыг (рео-электроэнцефалографи, хэт авианы доплерографи г.м) боловсруулсан бөгөөд тэдгээр нь хүн амд үзлэг хийхэд илүү ашигтай болох нь харагдав.

Духны термографи, хэт авианы доплерографийн аргуудыг хослон хэрэглэх нь толгойны магистраль артеруудын болон Виллизиевийн цагираг судасны үйл байдлын тухай баялаг мэдээлэл өгдгийг илрүүлэв. Эдгээр арга нь хүн амын үзлэгийн үед ТЦХБЭИ эмгэг оношийг батлахад илүү зохимжтой бодит арга юм.

Энэхүү хамтын эрдэм шинжилгээний ажлын үр дүнд тархины судасны эмгэгийн эхний хэлбэрүүдийг болон цусны эргэлтийн түр цочмог өөрчлөлтийг эмгэг жамын зарчмаар эмчлэх, тухайлбал артерийн даралтыг хэвийн болгох, тархины цусны гүйдэл, метоболизм, цусны реологийн шинж чанар зэргийг сайжруулах эмийн бодисыг оролцуулсан эмчилгээний иж бүрэн бүдүүвчийг боловсруулав. Бага тунгийн аспириныг дипиридамом ба ноотропын төрлийн эмүүдтэй хавсран хэрэглэхэд эмчилгээний сайн үр дүнтэй байна. Антиагрегант, ноотропын эмүүдээр эмчлэх нь тархины цусны эргэлтийн түр өөрчлөлтийн давтагдалтыг цөөрүүлж, инсульт үүсэхийг багасгаж байна. Тархины цусны эргэлтийн түр цочмог өөрчлөлттэй өвчтөний нойр ба хүзүү-нугаламын артер судсууд нарийссан үед мэс заслын эмчилгээ хийж болох заалтад тохирох өвчтөнийг зөв сонгож авбал уг эмчилгээ үр дүнтэй болно.

ЭЗХТЗ-ийн хүрээнд хамтран явуулсан энэхүү судалгаа-шинжилгээний ажлаар боловсруулсан нэлээд зүйлийг манай эрүүлийг хамгаалахын практикт шууд хэрэглэх боломж байна. Тухайлбал „Хүн амын үзлэгийн үед инсультээс урьдчилан сэргийлэх зорилгоор өвчтөнийг илрүүлэх ба сонгох арга“, „Тархины цусны эргэлтийн далд болон түр өөрчлөлтийг оношлох, эмчлэх, урьдчилан сэргийлэх аргачилсан заалт“ гэсэн зөвлөмжүүд практик ач холбогдолтой болох нь маргаангүй.

Эрдэм шинжилгээний ажлын үр дүнд оношлогооны шинэ багажуудыг зохион бүтээв. Үүнд, мэдрэлийн өвчнийг хянах монитор, стереотаксийн мэс заслын аргаар судасны бүлхэнд клипс тавих аппарат, компьютертэй томографийн шинжилгээний аппаратын үйлдвэрлэлийг эхэлсэн зэрэг болно.

ЭЗХТЗ-ийн хүрээнд дэх эрдэм шинжилгээний хамтын ажиллагаа өргөжин гүнзгийрсээр байна. Тархины судасны өвчнүүдээс урьдчилан сэргийлэх, эмчлэх чиглэлээр 1986—1990 онд явуулах эрдэм шинжилгээний ажлын программыг дээрх орнуудын зэрэгцээгээр социалист

бусад орнуудын эрдэм шинжилгээний хамт олны оролцоотойгоор боловсруулж байна.

Эрүүлийг хамгаалахын энэ чухал шийдвэрлэх асуудлаар ЭЗХТЗ-ийн хүрэн дэх эрдэм шинжилгээний цаашдын хамтын ажиллагаа ин-сультын өвчлөл, нас баралт, дутуу тахир болох үзүүлэлтүүдийг бууруулах үр дүнд хүрэх юм.

Редакцид ирсэн 1986. 09. 26

Д. ЦЭГЭЭНЖАВ (аспирант)
Ц. БУНДАН (Анагаах ухааны хүрээлэн)

ЗҮРХНИЙ ТИТМИЙН ЦУС ТАСАЛДАХ ӨВЧНИЙГ ОНОШЛОХОД ТИТМИЙН АНГИОГРАФИЙН АЧ ХОЛБОГДОЛ

Сүүлийн үед зүрх судасны өвчний дотроос зүрхний титмийн цус тасалдах (ишеми) өвчин дэлхийн ихэнх орнуудад ихсэж, ДЭХБ-ын мэдээгээр зүрх судасны өвчний дотор 53%-ийг эзлэх боллоо (2,14).

Манай гаригийн нийт хүн амын 3,5% нь зүрх судасны өвчнөөр өвчилж байгаагийн дотор зүрхний булчингийн шигдээс, титмийн цус тасалдах өвчнөөр жил бүр 2 сая орчим хүн нас барж байна. Энэ өвчнийг оношлох, эмчлэх, урьдчилан сэргийлэх талаар тодорхой үр дүнд хүрч байгаа боловч төгс оношлох, эмчлэх талаар шийдэгдээгүй асуудал цөөнгүй байна.

Ишеми өвчний үед титмийн артер ямар нэг хэмжээгээр нарийсах буюу бүрэн ба бүрэн бус бөглөрсөн байх учраас зүрхний булчингийн хүчилтөрөгчийн хэрэгцээ, очиж байгаа артерийн цусны хэмжээ хоёрын хооронд зөрөө гарч, зүрхний булчингийн исэлдэн ангижрах процесс хүчилтөрөгч багатай (анаэроб) орчинд явагдаж пировиноградын, сүүний, өөхний хүчлүүд хуримтлагдан эдгээр бодисын нөлөөгөөр зүрхний булчингийн эсийн мембран гэмтэж кали алдах процесс ихсэнэ. Дээрх процесс титэм судасны өөрчлөлттэй холбоотой учраас титмийн эмгэгийн байршил, нарийслыг тогтоох зайлшгүй шаардлагатай юм.

Одоогоор ишеми өвчнийг оношлоход хэрэглэж байгаа зүрхний цахилгаан бичлэг (ЗЦБ), Велозргометрийн сорил (ВЭМ), цусанд гарах биохимийн болон ферментийн өөрчлөлтүүд нь уг өвчнийг таних, эмчилгээний аргыг боловсруулахад шийдвэрлэх нөлөөтэй боловч титмийн артерийн эмгэгийн байршлыг зөв тогтоож эцсийн оношийг зөв тавихад учир дутагдалтай юм. Ийм нөхцөлд титмийн ангиографийн шинжилгээ онцгой рольтой.

Судлаачид титмийн артерийг тодруулах оролдлогыг эхний үед туршилтын амьтанд (Rousthui—1933) улмаар хүнд (Radneu—1945) амжилттай хийсэн нь титмийн ангиографийн шинжилгээ хөгжих эхлэл болсон байна (1, 6, 11). Цаашид дээрх арга улам боловсронгуй болж 1958 онд Sopes титмийн артерийн амсарт тодотгогч бодис шахаж зураг авснаар титмийн артерийг сонгомлоор тодруулах эхлэл болсон юм (1,11).

1967 онд Judkins баруун ба зүүн титмийн артерийг ээлжлэн сонгомлоор тодруулахад зориулагдсан сэтгүүр бүтээж хэрэглэсэн нь хам-

гийн боловсронгуй арга техник байсан учраас Judkins-ийн арга нэрээр одоо өргөн хэрэглэгдэж байна (13).

ЗХУ-д титмийн ангиографийн шинжилгээг П. Н. Мазаев (1949) Ю. С. Березов, В. В. Зарецкий (1949), Ю. С. Петросян (1962) Л. С. Зингерман (1963, 1964), Ю. Е. Березов (1964) нар хийж, одоо ЗХУ-ын зүрх судасны төвүүдэд амжилттай хийж онол практикийн ихээхэн туршлага хуримтлуулжээ.

Манай оронд титмийн ангиографийн шинжилгээг сүүлийн үед зүрхний титмийн эмгэг өвчтэй хүмүүст хийж, зүүн ховдлыг сэтгүүрдэн агшилтын ба сулралтын эцсийн даралтыг (КСД, КДД) хэмжин зүүн ховдлын ангиографи хийж байгаа нь ишеми өвчний эцсийн оношийг зөв тогтоож, бусад өвчнөөс ялгах, шигдээс өвчний дараах зүрхний булчингийн агших чадварт анализ хийхэд үр ашгаа өгч байна.

1. Ишеми өвчний үед гарах титэм судасны өөрчлөлт

Титэм судсанд гарах өөрчлөлтөнд дүгнэлт хийхэд титмийн анатомын бүтэц, цусан хангамжийн онцлогийг сайтар мэдэх шаардлагатай.

Зүрх нь гол судасны хагас сар хэлбэртэй хавхлагын дээхэн хэсгээс гарч байгаа баруун ба зүүн титмийн артериар тэжээгдэнэ. Зүүн титмийн артер (ЗТА) нь гол судаснаас гарч 2—4 см яваад ховдол хоорондын урд салаа (ХХУС), тойрох салаа (ТС) гэсэн хоёр үндсэн салаа өгнө. Дээрх салаанууд нь зүрхний зүүн ховдол, ховдол хоорондын таславчийн 2/3, баруун ховдлын ар ханын зарим хэсгийг тэжээнэ.

Баруун титмийн артер (БТА) нь зүрхний баруун хэсгийг цусаар хангахаас гадна зүүн ховдлын ар ханын хэсэг, ховдол хоорондын таславчийн доод арын 1/3-ийг тэжээнэ. Зүрхний ЗТА, БТА тэдгээрийн салаанууд нь булчингийн бүх давхаргад жижиг салаануудаар сүлжилдэн холбогдож коллатерали үүсгэн зүрхний булчинг жигд цусаар тэжээнэ. Титмийн аль нэг артер, түүний салаа зүрхний булчингийн тодорхой нэг хэсгийг тэжээж байгаа учраас зүрхний булчингийн шигдээс, титмийн цус тасалдах өвчний үед зөвхөн нэг хэсэг газарт тэжээл дутагдах (ишеми), үхжил (некроз) үүсэх процесс явагдана.

Зүрхний ишеми өвчний үүслийн шалтгааны 85—90% нь титэм судасны хатууралтай холбоотой байдаг (7,9). Ийм учраас титмийн ангиографийн шинжилгээгээр ишеми өвчнийг 80—100% оношилно. Энэ өвчний үед илрэх зовиур, клиникийн шинж тэмдэг, ЗЦБ-ийн өөрчлөлт, ачаалалттай бичлэгийн үзүүлэлт нь титэм судсанд гарсан өөрчлөлтөөс шууд хамаарна. Гэхдээ титмийн хичнээн судас аль хэсэгтэй өөрчлөлттэй байгаа, бөглөрсөн эсэхээс шалтгаална (10).

Ишеми өвчний үед титмийн судас харилцан адилгүй өөрчлөлттэй байдаг. Хамгийн нөлөөтэй, ихээр гэмтдэг судас бол ЗТА-ийн ХХУС юм. Энэ салаа нь зүрхний зүүн ховдлын булчингийн 70—80%-ийг цусаар тэжээдэг. Иймд энэ судас нарийсах, бөглөрөх үед өвчний явц хүнд байдаг. (Н. С. Бусленко, Л. М. Григорьева 1984). БТА, ТС хоёр харьцангуй бага өөрчлөлтөнд орно. Ер нь нэг судасны дагнасан өөрчлөлт ховор ихэвчлэн хоёр буку түүнээс дээш байна (5,13). Хичнээн олон судас өөрчлөлттэй байна, өвчний явц хүнд, хүндрэл, нас баралт их байдаг.

Титмийн дээд эхлэл хэсэг 50%-иас дээш нарийсч 2—3 судас хамарсан байвал ихэвчлэн хурц шигдээс үүсдэг. (5). Шигдээсийн үед ямар судас бөглөрснөөс үхжлийн байрлал, хэмжээ янз бүр байна. ЗТА-ийн ХХУС-н бөглөрлийн үед зүүн ховдлын урд хана, оройн хэсэгт, ТС-н бөглөрөлийн үед зүүн ховдлын хатуу хана үхэжсэн байх ба зүүн ховдлын урд болон ар ханын хэсгийг хамарч болно (3).

БТА-ийн бөглөрлийн үед баруун ба зүүн ховдлын ар ханыг хамарсан үхжил үүснэ. Зарим тохиолдолд титмийн томоохон судас дээгүүр

бөглөрснөөс үхжил их талбайг хамарч улмаар зүрхний булчин задрах, цүлхэн үүсэх хүндрэл гардаг байна.

Судалгааны материалаас үзэхэд титэм судасны 50% хүртэлх нарийслын үед клиникийн шинж тэмдэг бараг илэрдэггүй. Иймд аль болох эрт титмийн ангиографийн шинжилгээ хийх нь өвчнийг эрт оношлож эмчилгээний тактикийг зөв боловсруулахад ач холбогдолтой юм.

2. Титмийн ангиографи хийх заалт

1950-иад оны эцэс 60-аад оны эхээр титмийн ангиографийн шинжилгээг зөвхөн титмийн дутагдлын үед мэс засал хийх зорилгоор хийж байлаа. (J. L. Favuikant 1959. A. M. Bilgutay 1962, W. H. Sewell 1963) (1,11).

Сүүлийн үед титмийн ангиографийн шинжилгээний арга техник улам боловсронгуй болж оношлогооны чанар сайжирсаар зөвхөн мэс засал хийх зорилгоор биш, онош батлах, титмийн эмгэгийн байршлыг зөв оношлох бусад өвчнөөс ялгах, цаашдын эмчилгээний хэлбэр, хөдөлмөр зохицуулалтыг шийдэх зорилгоор хийх болсон байна (9,16).

Титмийн ангиографийн шинжилгээг эхний үед төлөвлөгөөт байдлаар хийж байв. Одоо яаралтай журмаар буюу өвчний хурц үед (шигдээс үүссэний дараа эхний 6—8 цагийн дотор) буюу шигдээс үүссэнээс хойш 3—6 долоо хоногийн дараа хийж байна (12, 9, 16)

Титмийн ангиографийн шинжилгээг дараах нөхцөлүүдэд хийж болно (8, 9, 13, 15).

1. Ишеми өвчний онош эргэлзээгүй тохиолдолд титмийн артерийн өөрчлөлтийн тархалт, байрлал, нарийслын зэргийг тогтоож, өвчний явцад дүгнэлт өгөх, цаашдын эмчилгээний хэлбэрийг сонгох, хөдөлмөрлөх чадварыг нь дүгнэх зорилгоор хийнэ. Ялангуяа тайван буюу шөнийн үед зүрхээр байнга өвддөг, үл ялих сэтгэлийн хямрал, биеийн хүчний ачааллын үед өвддөг хүнд хэлбэрийн ишеми өвчний үед зайлшгүй хийх шаардлагатай.

2. Клиникийн шинж тэмдгээрээ ишеми өвчин болох нь тодорхой боловч ЗЦБ, ачаалалтай бичлэг (велооргометри)-т тодорхой өөрчлөлтгүй тохиолдолд оношийг батлах зорилгоор хийнэ. Зарим өвчтөнд ЗЦБ-т „ST“-ийн хазайлт, „T“ шүдний өөрчлөлт бүхий боловч клиникт тодорхой шинж тэмдэггүй байдаг.

И. К. Шхвацабая (1973 он) ишеми өвчний тодорхой шинж тэмдэг бүхий өвчтөнд (500) титмийн ангиографийн шинжилгээ хийхэд 90% нь титмийн хэд хэдэн артерийн нарийсалтай байжээ.

3. Ишеми өвчнийг бусад өвчнөөс ялгах зорилгоор хийнэ. Үүнд: Зүрхний гаралтай сэтгэлийн хямрал, шалтгаан тодорхойгүй кардиомиопати, климаксийн үеийн кардиомиопати, остеохондроз, радикулит, ходоод гэдэсний зарим өвчин (цөсний чулуу, ходоод 12 нугалаа гэдэсний шархлаа), уушгины зүүн доод хэсгийн үрэвсэл зэрэг өвчний үед зүрх рүү өвдөж байгаа юм шиг өвддөг. Дээрх өвчнүүдийн үед ч ЗЦБ өөрчлөгдөж болно. Иймд онош тодруулахын тулд ачаалалтай бичлэг, титмийн ангиографийн шинжилгээ хийнэ.

4. Ишеми өвчнөөр олон жил өвчилсөн, ялангуяа шигдээсийн дараах байдалд байгаа өвчтөнд мэс засал хийх зорилгоор хийнэ.

Титмийн ангиографийн шинжилгээг ишеми өвчний бүх үеүдэд хийх боловч хийж болохгүй тохиолдлууд бий. (4, 11, 12). Үүнд: Үндсэн өвчний улмаас амьдралын чухал эрхтэнд (элэг, бөөр, уушги) гүнзгий өөрчлөлт орсон, зүрхний хүнд хэлбэрийн хэм алдагдал, зүрхний дутагдлын хүнд хэлбэр, тархины цусны эргэлтийн хурц өөрчлөлт, тодотгогч бодист хэт мэдрэг байгаа зэрэг тохиолдолд хийж болохгүй.

3. Титмийн ангиографийн шинжилгээ хийх ерөнхий зарчим

Юуны урьд өвчтөнөө сонгож зүрх судасны мэс заслын тасагт хэвтүүлэн бүх төрлийн шинжилгээ хийнэ. Үүнд:

Зүрхний цахилгаан бичлэг (хэрэв өвдөлттэй бол шинжилгээнд орохын урьд өдөр ба өглөө), ачаалалтай бичлэг цусны бүлэгнэлт—протромбины индекс, биохимийн шинжилгээнд сахар, холестерин, липидийн солилцоо, зарим фермент (КФК, ЛДГ) тодорхойлж цээжний хөндийн эрхтэнг гэрэлд харах, бусад шинжилгээ хийсэн байна (12, 15).

Шинжилгээнд орохын өмнө өвчтөнд сэтгэл санааны болон эмийн бэлтгэл хийнэ. Шинжилгээнд орохын урьд шөнө, өглөөгүүр тайвшруулах, өвчин намдаах эм уулгана. Өвчтөнг шинжилгээнд тэргэнцэрээр хүргэнэ. Тодотгогч бодисын сорил үзсэн байна, Ангиографийн шинжилгээг хэсгийн мэдээ алдуулалтаар буюу өнгөц унталтын байдалд хийнэ (13).

Титмийн ангиографийн шинжилгээг титэм судсыг сонгомлоор (титэм судасны амсарт тодотгогч бодис шахах) ба сонгомол бусаар (гол судасны өгсөх хэсэгт титэм судасны амсарын ойролцоо) тодруулах хоёр хэлбэрээр хийдэг.

Сонгомол аргаар хийхэд Judkins-ийн аргыг баримтална (1, 9, 14). Үүний тулд Сельдингерийн аргаар гуяны аль нэг талын артерт хатгаж Judkins-ийн сэтгүүрийг зөөлөн залуурын хамт дээшлүүлэн гол судасны өгсөх хэсэгт аваачин зөөлөн залуураа сугалан авч бүлэн үүсэхээс урьдчилан сэргийлж гепарин 25—50 мг шахаж сэтгүүрээ титмийн артерийн амсарт тулган 1—3 мл тодотгогч бодисыг шахаж телевизийн дэлгэцнээ харахад титмийн судсанд тодотгогч бодис орсон бол титмийн зураглал гарна, мөн сэтгүүр зүрхний агшилтын аясаар хөдөлнө. Энэ нөхцөлд автомат шприцээс 5—8 мл тодотгогч бодисыг шахаж секундэд 4—6 зургийг эгц ба хажуу проекцоор авна. Хэрэв киноаппараттай бол секундэд 60—80 зураг авна (11, 15). Дээрх арга нь баруун ба зүүн титмийн артерийг ээлжлэн сэтгүүрдэхэд зарчмын хувьд ижил боловч техникийн онцлог бий.

Шинжилгээ хийсний дараа сэтгүүрээ сугалан авч гуяны артерийг 20—25 минут дарж цус гарахгүй болсны дараа дарж бооно. Өвчтөн 24 цаг хэвтрийн дэглэм сахина. Онц хүндрэлгүй бол 5 хоногийн дараа эмнэлгээс гаргана.

Шинжилгээний явцад өвчтөний биеийн байдлыг ЗЦБ-ээр тогтмол хянаж, артерийн даралт хэмжин, өвчтөний биеийн байдлыг өөрөөс нь асууж зүрхний орчимд өвдвөл нитроглицерин хэлэн доор нь тавьж шаардлагатай бол бусад арга хэмжээ авна.

4. Титмийн ангиографийн шинжилгээнд хийх дүгнэлт

Уг шинжилгээгээр гарсан титэм судасны өөрчлөлтөд дүгнэлт өгөхдөө ДЭХБ-ын баримталж байгаа Ю. С. Петросян, Л. С. Зингерманы (1974) ангиллыг баримтална (4, 11, 14, 15).

I. Зүрхний цусан хангамжийн анатомын хэлбэрийг тогтооно.

— Зүрхний цусан хангамжинд титмийн аль артер илүү оролцож байгаагаар нь:

а) зүүн хэлбэрийн цусан хангамжтай

б) баруун хэлбэрийн цусан хангамжтай

в) баруун ба зүүн артер зүрхний цусан хангамжинд оролцсон байвал жигд цусан хангамжтай гэж үзнэ.

2. Титэм судсанд байгаа эмгэгийн байршлаар

а) зүүн титмийн артер (ЗТА)

б) ЗТА-ийн ховдол хоорондын урд салаа (ХХУС)

в) ЗТА-ийн тойрох салаа (ТС)

г) баруун титмийн артер (БТА)

3. Эмгэг процессын тархалтаар:

а) титмийн артерийн дээд хэсэг (дээд 1/3)

б) титмийн артерийн дунд хэсэг (дунд 1/3)

в) титмийн артерийн төгсгөл хэсэг (доод 1/3)

4. Титэм судасны нарийслыг зэрэг болгон дүгнэнэ.

I зэргийн нарийсалт—50% хүртэл нарийссан

II зэргийн нарийсалт—50—75% хүртэл нарийссан

III зэргийн нарийсалт—75%-иас дээш нарийссан

IV зэргийн нарийсалт—титмийн артерийн хөндий бөглөрсөн байна.

Огт нарийсаагүй бол нуль зэрэг гэнэ.

5. Титмийн артер тэдгээрийн салаануудын коллатерали үүсгэсэн байдалд дүгнэлт өгнө.

Дээрх ангиллаар титэм судасны ангиограммд дүгнэлт хийж оношид зөв тусгаснаар титмийн ямарч эмгэгийг бодит үндэслэлтэй оношлож болох юм.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Н. М. Амосов, Я. А. Бендет—,Терапевтические аспекты кардиохирургии“ Хирургическое лечение ишемической болезни сердца. 1981. 181—191.
2. Н. С. Бусленко—Клиника, диагностика ишемической болезни сердца и принципы отбора больных для операции аорто коронарного шунтирования. Док. дис, 1974.
3. А. М. Вихерт, В. С. Жданов—Кальциноз коронарных артерий сердца Кардиология. 1975. 3, 102—108.
4. В. С. Гасилин, Б. А. Сидоренко—,Стенокардия“ М. 1981.
5. Р. Горлин—,Болезни коронарных артерий“ перевод с английского. М. 1980
6. В. Н. Дзяк, И. И. Крыжановская, З. К. Алексеенко, И. К. Следзевская, Г. В. Яновский—,Ишемическая болезнь сердца“. Киев 1977.
7. Д. Г. Иоселиани—,Ишемическая болезнь сердца в аспекте хирургического лечения“ Док. дис. 1979.
8. М. Д. Князев, А. А. Кириченко—,Показания к хирургическому лечению при ишемической болезни сердца“, “Кардиология“ 1982. 6. 5—8.
9. В. И. Колесов—Хирургия венечных артерий сердца“ Ленинград, 1977
10. Б. В. Петровский, М. Д. Князев, Б. В. Шабалкин—,Хирургия хронической ишемической болезни сердца“ М. 1978.
11. Ю. С. Петросян, Л. С. Зингерман—,Коронарография “Медицина. 1974.
12. П. Х. Рабкин, А. М. Абугов, И. С. Аслибекян, А. И. Боровков—Коронарография при острой недостаточности коронарного кровообращения, “Кардиология“ 1975. 8. 14—18
13. А. В. Сумароков, В. С. Монсеев—Клиническая кардиология. Ишемическая болезнь сердца. М 1986. 5—70.
14. Диагностика и хирургическое лечение ишемической болезни сердца. Методические рекомендации“ И. С. С. Х им Букулева А. Н. АМН СССР М. 1985.
15. Современные рентгеноконтрастные методы диагностики ишемической болезни сердца. „Лекции“ М. 1982.
16. Под ред. Проф В. Г. Шершнева—Новые направления в диагностике и лечении ишемической болезни сердца“ М. 1983.

Редакцид ирсэн 1986. 09. 01

Ө. ЖУГДЭР (Эх нялхсыг хамгаалах эрдэм шинжилгээний хүрээлэн)

Б. ШИЖИРБААТАР, Д. ИЧИНХОРЛОО (Анагаах ухааны дээд сургууль)

КАРДИОТОКОГРАФИЙГ ЭХ БАРИХЫН ПРАКТИКТ ХЭРЭГЛЭХ НЬ

Манай оройд сүүлийн жилүүдэд эх барих эмэгтэйчүүдийн практикт оношлогооны өндөр хүчин чадал бүхий орчин үеийн аппаратуудыг хэрэглэх боллоо. Клиникийн I амаржих газарт Анагаах ухааны

дээд сургуулийн эх барих эмэгтэйчүүдийн өвчин судлалын тэнхимийн багш нар, Эх нялхсыг хамгаалах эрдэм шинжилгээний хүрээлэнгийн эх барих эмэгтэйчүүдийн өвчин судлалын секторын эрдэм шинжилгээний ажилтнууд тус амаржих газрын эх барих эмэгтэйчүүдийн эмч нар хамтран кардиотокографи, Микро-Аструп, электроаналгези, хэт дууны авиагаар оношлох аппарат зэрэг багаж аппаратуудыг эрдэм шинжилгээ судалгааны ажил болон практикт ашиглаж байна. Цаашид улам өргөжүүлж бусад хот аймгуудад ашиглах шаардлагатай байна.

Сүүлийн жилүүдэд хэвлий дэх ургийн хүчилтөрөгчийн дутагдлыг эрт илрүүлэхэд түүний зүрхний цохилтыг хянаж байх мониторинг аргыг хэрэглэж байна.

Кардиомониторын аппаратыг хэрэглэснээр умайн доторхи даралтын өөрчлөлт ба төрөх үйл ажиллагааны явцад ургийн зүрхний цохилтын хэм яаж өөрчлөгдөж байгаад тасралтгүй хяналт тавих явдал юм.

Мөн кардиомониторын дамжуулагчийн тусламжаар умайн агших чадварыг ашиглаж төрөлтийн явцыг хянаж байна.

Эх барих эмэгтэйчүүдийн практикт ашиглаж байгаа багаж аппаратуудын дотроос кардиотокографийг юуны өмнө эх барихын практикт аймаг, хотуудын төрөх газруудад өргөн ашиглаж жирэмслэлт төрөлтийн хүндрэлээс сэргийлэх нь перинаталь эндэгдлийг буур уулахад ач холбогдолтой юм.

Эрдэм шинжилгээ судалгаа практик ажиллагаанд төрөлтийн явцыг хянахаас гадна, ургийн байдлыг хянахад дотор залгадаг электродтой аппаратууд илүү ашигтай юм. Уг аппаратанд ургийн зүрхний цохилт, умайн бэлэлт (агшилтын хүч)-ыг цаасан дээр бичихийн зэрэгцээ, ургийн зүрхний цохилт дэлгэцэн дээр бичигдэж авиа дуу нь тод сонсогдоно. Мөн эхийн ЭКГ-г хамт бичиж болдог.

Ургийн зүрхний цохилтын бичлэг хийх энэхүү шинжилгээг эрдэмтэн Coldeygo-Bageia (1968), Нон (1969) нар эх барихын практикт ашиглаж, ЗХУ-д В. С. Цвигун, В. Н. Демидов (1976) нар, манай оронд 1979 оноос эх барихын практикт нэвтэрч байна.

Кардиотокографийн шинжилгээгээр ургийн байдлыг үнэлэхдээ тусгай схемийг ашиглаж болно. Үүнд:

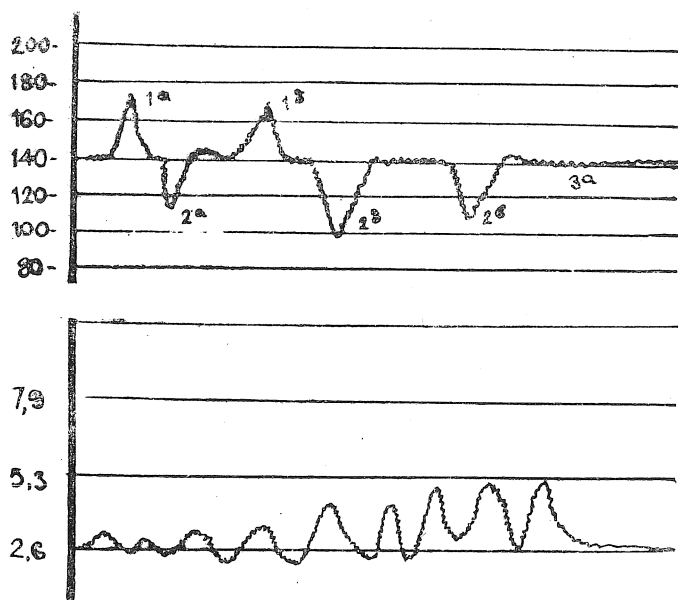
Жирэмсэн үеийн кардиотокограммд эмнэл зүйн үнэлэлт өгөхдөө үндсэн 5 үзүүлэлт (ургийн зүрхний цохилтын дундаж тоо, осцилляцын хэлбэлзлийн өндөр, нуль (0)-шугамыг осцилляцын минутанд огтлох тоо болон ургийн зүрхний бичлэгийн өөрчлөлт, акцелларац, децелларацыг) авч баллын системээр дүгнэнэ. Энэ нь Апгарын (1953) схемтэй ойролцоо юм. Эхний 3 нь үндсэн үзүүлэлт бөгөөд 10 минутын бичлэгээр дүгнэж болно. Сүүлчийн 2 нь нарийвчлан харах ёстой өөрчлөлт учир 30-аас доошгүй минутын бичлэг шаардлагатай.

Дээрх үзүүлэлтээр 8—10 балл авбал ураг хэвийн, ямар ч эмгэг өөрчлөлтгүй; 5—7 балл авбал ураг ямар нэг эмгэгт өртөж буй шинжийн нэг тул нэмэлт шинжилгээ, онцгой хяналтаар онош тодруулах, 4-өөс доош балл авбал эх барихын яаралтай арга хэмжээ авах шаардлагатай.

Ургийн зүрхний цохилт 1 минутанд 120—160 байвал хэвийн гэж үзнэ. Хэрэв 1 минутанд 160—180 хүрч түргэсвэл ургийн зүрхний цохилт олширч эхэлж байна. 180—200 байвал олширсон (тахикарди) гэж үзнэ.

Хэрэв ургийн зүрхний цохилт 1 минутанд 119—100 байвал ургийн зүрхний цохилт удааширч эхэлж байна. 100-аас доош бол удааширсан (брадикарди) гэж үзнэ.

Кардиотокографээр шууд ба шууд бус гэсэн 2 аргаар бичлэг хийдэг.



Ургийн зүрхний цохилтын цаасан дээр бичигдэж байгаа дундаж шугамыг цахилгаан саармаг шугамнаас дээш шүд өндөрсөж гарахыг акцелераци, доош уртсаж буй шүдийг децелераци гэнэ. Энэ бүгд нь эмгэг өөрчлөлтийг харуулж байгаа бичлэгийн хэлбэрүүд юм.

Хэрэв эмгэг өөрчлөлт илрээгүй, ургийн зүрхний цохилт хэвийн үед бичлэгт акцелераци, децелераци илрэхгүй, шүднүүд цахилгаан саармаг шугамын дагуу жигдхэн ойролцоо түвшинд бичигдэх ёстой.

Ийм үед хугацаа, шүднүүдийн тоогоор эмгэг илрэлийг тогтоож болно. Тухайлбал: шүднүүдийн тоо 1 минутанд 10—25 удаа давтагдаж байвал эмгэг өөрчлөлтгүй хэвийн, харин 25-аас дээш, 10-аас доош өөрчлөгдөж байвал ямар нэг эмгэг илэрч байна гэж хугацаагаар нь тодорхойлж болно. Хэрэв цахилгаан саармаг шугамнаас дээш, доош гарсан шүдний тоо 1 минутанд 12 байвал хэвийн, 4—11 бол рисктэй гэж үзнэ. Иймд кардиотокографаар ургийн зүрхний цохилт умайн базлалтын өчүүхэн өөрчлөлтийг тогтоож болох учир эх барихын практикт жи-рэмслэлт, төрөлтийн хүндрэлээс сэргийлж өргөн хэрэглэх нь ашиг-тай байна.

Редакцид ирсэн 1985.10.03

Ю. З. РОЗЕНБЛЮМ, В. С. ЛАПУШКИН

БНМАУ-Д СУРАЛЦАЖ БАЙГАА ЗӨВЛӨЛТИЙН СУРАГЧДЫН НҮДНИЙ ХАРАА МУУДАХААС УРЬДЧИЛАН СЭРГИЙЛЭХ АСУУДАЛД

Нүдний харах чадвар муудахын үндсэн шалтгаан нь гэрэл хуга-лах үйл ажиллагааны гажиг өөрчлөлт, түүний дотор холын хараа муу-дах явдал юм.

БНМАУ нь эрс тэс уур амьсгалтай бөгөөд энэ бүс нутагт өвөл зуны сарууд болон хоногийн дундаж температурын зөрүү их, жилд унах тундасны хэмжээ бага, уулархаг байдалтай холбоотойгоор атмосферын даралт бага байх зэрэг цаг уурын онцлогтой. Эдгээр тохиромжгүй хүчин зүйл нь өсөж яваа, дасан зохицох чадвар муутай хүүхдийн бие махбодод нөлөөлснөөс зарим эрхтэн системийн ачаалал ихсэж, үйл ажиллагаа нь алдагдаж элдэв төрлийн өвчин эмгэг үүсэхэд хүргэдэг. Тухайлбал эдгээр нөлөөллийн улмаас нүдний харааг зохицуулах аппаратын хөгжил саатаж болох юм.

Хэдийгээр БНМАУ-ын нутаг дэвсгэрт нарны гэрэлтэй байх хугацаа жилд 2600—3000 цаг үргэлжлэх боловч хүүхдийн бие махбод нь хүрэлцэхүйц хэмжээний хэт ягаан туяаг авч чадахгүй байна. Энэ нь цаг агаарын эрс ширүүн уур амьсгал, зөвлөлтийн иргэдээс гадаад оршин суух амьдралын өвөрмөц байдалтай холбоотой. Хүүхдийн бие махбод сулрахад хоол тэжээлийн байдал багагүй үүрэгтэй. Тухайлбал хүнсний бүтээгдэхүүнд А, В, С-ийн төрлийн витаминууд, түүнчлэн ундны усанд зарим бичил элементүүдийн агуулагдах хэмжээ бага байгааг тэмдэглэх хэрэгтэй. Үүнээс гадна гадаад оршин сууж буй зөвлөлтийн иргэдийн амьдралын нөхцөл нь нэлээд хэмжээгээр суурин болж төвлөрсөн байдалтай байдгаас хүүхдүүд агаарт гарах, биеийн хөдөлмөр эрхлэх нь багасч, хөдөлгөөний идэвх буурах хандлагатай болдог. Дээр дурдсан хүчин зүйлүүд нь нүдний харааг зохицуулах аппаратын үйл ажиллагааг сулруулахад нөлөөлдөг.

Нэг талаас биохимийн дасан зохицох процесстэй холбоо бүхий хараа зохицуулах чадвар буурах, нөгөө талаас хөдөлгөөн багассантай холбоотойгоор харааны ачаалал нэмэгдэх нь сурагчдын холын хараа муудахад хүргэдэг байна. Энэ дүгнэлт нь Москвагийн Гельмгольцын нэрэмжит нүдний өвчин судлалын эрдэм шинжилгээний институтээс холын хараа муудах өвчний шалтгааныг тайлбарлаж буй ойлголттой тохирч байгаа юм.

Сурагчдын нүдний хараа муудах үндсэн шалтгаан нь холын хараа муудах явдал гэж үзэж нүдний харааг хамгаалах ажлыг үүнд чиглүүлэх хэрэгтэй байна. Эдгээр арга хэмжээний үндсэн зорилго нь хүүхдийн бие махбодод нөлөөлөх байгаль цаг уурын тохиромжгүй хүчин зүйлийн нөлөөг багасгахад оршино.

Сургуулийн өмнөх наснаас эхлэн хүүхдийн хөдөлгөөн багасах үзэгдэлтэй идэвхтэй тэмцэж, хүүхдийн бие бялдрын үв тэгш хөгжлийг хангах ерөнхий арга хэмжээг авах хэрэгтэй.

Цэцэрлэгт хүүхдийг байнга хөдөлгөөнт тоглоомоор тоглуулж, биеийн тамирын дасгал хийлгэж, цэвэр агаарт байх хугацааг уртасгах шаардлагатай. Нөхцөл бололцоог ашиглан хүүхдийг хэт ягаан туяагаар шарах ажлыг зохион байгуулж одоо мөрдөж байгаа зааврыг баримтлан хоолыг витаминжуулж байгаа байдалд хяналт тавих нь чухал байна.

Сургуулийн насанд хүүхдийн холын хараа муудахаас урьдчилан сэргийлэхэд гол анхаарлаа хандуулах хэрэгтэй байна. Бусад арга хэмжээг хөдөлгөөн багасах үзэгдэлтэй тэмцэхэд чиглүүлнэ. Энэ ажилд биеийн тамирын төрөл бүрийн бүлгэм, дугуйлангуудыг удирдан хичээллүүлдэг биеийн тамирын багш, пионерийн ордны ажилтнууд их үүрэгтэй. Биеийн тамирын хичээлээр бүх сурагчдын хөдөлгөөний идэвхийг жигд дээд зэргээр өрнүүлэх шаардлагатай. Биеийн тамирын хичээлгүй өдрүүдэд 3 дугаар цагийн хичээлийн дараа 10 минут гимнастик хийж биеийн чилээг гаргах нь чухал. Сурагчид гэртээ байх хугацаандаа биеийн тамирын дасгал, хөдөлгөөн сайн хийж байхыг чанд мөрдүүлэх хэрэгтэй. Амралтын өдрүүдэд хүүхдүүдийг хотоос гадна аялал зугаалгаар явуулах нь булчингийн системийн үйл ажиллагааг сайжруулах хүчин зүйлийн нэг юм.

Гельмгольцын нэрэмжит нүдний өвчин судлалын эрдэм шинжилгээний институтээс боловсруулсан нүдний дасгал нь холын хараа муудахаас урьдчилан сэргийлэхэд чухал ач холбогдолтой. Энэ дасгал нь бие махбодыг чийрэгжүүлэн түүний үйл ажиллагааг идэвхжүүлэхээс гадна нүдний алимын булчигнуудыг бэхжүүлж, дасан зохицох чадварыг сайжруулдаг. Ийм дасгалыг хичээл бүрийн дунд 2—3 минутын турш хийвэл зохино. Дасгалыг багш юмуу эсвэл тусгай бэлтгэлтэй сурагч удирдан хийлгэж болно.

Нүд чилэх, холын хараа муудахаас урьдчилан сэргийлэх зорилгоор сургууль дээр хичээлийн

үед хийх биеийн тамирын дасгал (Э. С. Аветисов, 1982)

1. Бэлтгэх байдал—Партаа налан сууж гүнгий амьсгаа авна. Урагш бөхийж амьсгалаа гаргана. Дасгалыг 5—6 удаа хийнэ.
2. Бэлтгэх байдал—Партаа налж суусан байна. Зовхио буулгаж нүдээ аних, нээх дасгалыг 5 удаа хийнэ.
3. Бэлтгэх байдал—Гараа ташаандаа авч суусан байна. Толгойгоо баруун тийш эргүүлж баруун гарын тохойг харна. Дараа нь зүүн тийш эргүүлж зүүн гарын тохойг хараад эхний байдалд орно. Ийм дасгалыг 5 удаа хийнэ.
4. Бэлтгэх байдал—Суугаа байдалтай байна. Ангийн самбарыг 2—3 минутын турш харна. Хуруугаа нүднээсээ 15—20 см-ийн зайнд байрлуулан хараагаа түүн дээр шилжүүлэн 3—5 секунд хараад гараа буулгана. 5 удаа давтана.
5. Бэлтгэх байдал—Суугаа байдалтай. Нүдээ дээш харж цагийн зүүний эсрэг чиглэлээр дараа нь цагийн зүүний дагуу чиглэлээр нүдний алимыг эргэлдүүлнэ. Дасгалыг 5 удаа хийнэ.
6. Бэлтгэх байдал—Гараа урагш сунгаж суусан байна. Толгойгоо өргөлгүйгээр гараа дээш өргөж амьсгаагаа аваад гараа буулгаж амьсгалаа гаргана. 5 удаа давтана.
7. Бэлтгэх байдал—Суугаа байдалд 30 секундын турш нүдээ аньж заагч хурууны үзүүрээр иллэг хийнэ.

Сургуулийн эмч, багш нар анги, танхимын гэрэлтүүлгийн норм, сурагчид парт, ширээнд зөв сууж байгаа эсэхэд хяналт тавина. Хүүхдийн амралт, ахуйн нөхцлийг зөв зүйтэй зохион байгуулах, өдрийн дэглэмдээ хичээллэх, идэвхтэй амрах зэргийг зөв хослуулах, өрөө тасалгааны эрүүл ахуйн нөхцлийг сайжруулах, хичээллэх, амрах, байрны гэрэлтүүлгийг хангаж өгөх нь холын хараа муудахаас урьдчилан сэргийлэхэд чухал ач холбогдолтой.

Гэрийн даалгавар хийхдээ нүдний дасгалыг хийх нь ашигтай. Холын хараа муудах, даамжрахаас урьдчилан сэргийлэх өвөрмөц арга хэмжээг авч хэрэгжүүлнэ.

Хичээлийн жилийн эхэнд эмнэлгийн ажилтнуудын хүчээр нийт ангийн сурагчдын нүдний харааг шалгаад, хараа муутай сурагчдыг нүдний кабинетын хяналтанд оруулна. Дараа нь эдгээр сурагчдыг нүдний кабинет буюу эсвэл сургуулийн тусгайлан тоногдсон өрөөнд нүдний нарийн мэргэжлийн эмч үзэж, холын хараа муутай болон холын хараа нь муудах хандлагатай сурагчдыг тодорхойлно. Холын хараа муудах хандлагатай хүүхдүүдэд аккомодаци нь багассан, эцэг эх нь ойрын хараатай хүүхдүүд, хуурамч миопитэй, түүнчлэн 1,0 дптр-тэй тэнцэх астигматизмтай болон 2 үзлэгийн хооронд гэрэл хугалах чадвар нь 2,0 дптр-оос илүү нэмэгддэг хүүхдүүдийг хамааруулна. Эдгээр сурагчдыг хараа сайжруулах дасгалаар хичээллүүлнэ. Хараа зохицуулалтын хамгийн сайн дасгал нь солих линзтэй дасгал байдаг. Солих линз (шил) бүхий хараа зохицуулах дасгалын аргачлал. (Э. С. Аветисов, К. А. Мац 1971).

Өөрөөс нь 33 см зайнд байрлуулсан ямар нэг номноос уншуулж ердийн аргаар (дүрмээр) харьцангуй аккомодацийн эерэг ба сөрөг

хэсгийг урьдчилан тодорхойлно. Уншиж болох хамгийн их нэмэх, хамгийн бага хасах шилний хэмжээнээс 0,5—1,0 дптр-ийг хасахад гарсан хэмжээ нь цагираг булчингуудын субмаксималь ачааллыг илтгэнэ. Миопийг (холын хараа муудах гажгийг) тохирох шилээр зассаны дараа 0,5 дптр-тэй хасах шил зүүлгэж уншуулж эхэлнэ. Шилний хүчийг 0,5 дптр-ээс 1,0 дптр-ээр аккомодацийн эерэг хэсгийн субмаксималь хэмжээнд хүртэл нэмэгдүүлнэ. Шинэ шил зүүлгэх тутамд 3—5 минут уншуулна. Дараа нь сүүлчийн хасах шилний хэмжээг аажмаар хооронд нь 1 минутын зайтайгаар 1,0 дптр хүртэл бууруулна. Ингэсний дараа нэмэх шил тавьж эхэлнэ. Нэмэх шилний хүчийг харьцангуй аккомодацийн сөрөг хэсгийн субмаксималь хэмжээ хүртэл аажим нэмэгдүүлнэ. Шинээр шил нэмэх бүрд 3 минут уншуулна. Эхний 3 өдөр дээр дурдсан дасгалыг өдөрт 1 удаа, үлдсэн өдрүүдэд 2 удаа хийнэ. Субмаксималь ачааллын түвшинг тодотгохын тулд харьцангуй аккомодацийн хэмжээг 3 өдөр дараалан тодорхойлно. Нэг курс дасгалжуулалт нь 15—20 дасгалаас бүрдэнэ.

Дасгалжуулалтын үр дүнг эргографийн үр дүнгээр буюу эсвэл харьцангуй аккомодацийн нөөцийг хэмжих замаар тодорхойлно. Уншуулж байгаа сэдэв нь сонирхолтой байхаас гадна тасралтгүй уншуулах нь дасгалыг зөв хийх нэг нөхцөл байдаг.

Хэрэв эхний курс дасгал хийгээд цагираг булчингийн ажиллах чадвар сайжрахгүй бол 1 сарын зайтайгаар уг курсыг дахин давтан хийх хэрэгтэй. Дасгалын үр дүнг сайжруулах зорилгоор буюу линзийн тусламжтайгаар дасгал хийх боломжгүй нөхцөлд гэртээ удаан хугацаагаар дасгалаа хийх нь чухал.

Дасгалыг тусгай бэлтгэл сургууль хийсэн эмнэлгийн сувилагч, багш, хүмүүжүүлэгч, лаборант, пионерийн удирдагч зэрэг хүмүүс зориуд бэлтгэсэн өрөөнд удирдан хийлгэнэ. Нэг удаа 20 сурагч зэрэг хичээллэж болно.

Гэрийн нөхцөлд хийж болох нэлээд энгийн, хүртээмжтэй дасгал нь „Шилэн дээр тэмдэглэх“ дасгал юм.

«Шилэн дээр тэмдэглэх дасгалын аргачлал (Э.С.Аветисов, 1969)

Холын харааны шилтэй хүүхдийг цонхны ойролцоо, цонхноос 20—25 см зайтай зогсооно. Цонхны шилэн дээр хүүхдийн нүдний харалдаа 3—5 мм-ийн диаметртэй цагариг тэмдэг тавина. Цонхны шилэн дээр байрлуулсан цагирагийн дундуур цонхоор гадагш ямар нэг зүйлийг олж тогтоон харна. Дараа нь гаднах зүйл шилэн дээрх цагираг 2-ыг ээлжлэн харна. Дасгалыг өдөрт 2 удаа 15—20 хоног хийнэ. Хэрэв хараа сайжрах төлөв ажиглагдахгүй бол 10—15 өдөр завсарлаад дахин үргэлжлүүлж хийнэ.

Эхний 3 өдөр дасгалыг 3 минут, дараагийн 3 өдөр 5 минут, үлдсэн өдрүүдэд 7 минут хийнэ. Энэ аргыг хэрэглэснээр БНМАУ-д оршин суудаг зөвлөлтийн сурагчдын холын хараа муудахаас урьдчилан сэргийлж түүний даамжралтыг 2,5—3 дахин бууруулсан юм.

Ойр хараатай бүх сурагчдыг диспансерийн хяналтанд оруулж жилд 2-оос доошгүй удаа нарийн мэргэжлийн эмч нараар үзүүлэх шаардлагатай. Харааны ачааллыг багасгах, нүдээ амраах, хараагаа засахын тулд тохирсон шил зүүж эмчийн зааврыг ягштал биелүүлэх, нүдний дасгал хийх, хүүхдийн идэвхтэй хөдөлгөөнийг нэмэгдүүлэх зэрэг нь холын хараа муудах, даамжрахаас урьдчилан сэргийлж болох гол арга юм гэдгийг ариун цэвэр гэгээрлийн суртал ухуулгын ажлаар дамжуулан холын хараа муутай хүүхдүүд, эцэг, эхчүүдэд сайтар ойлгуулах нь их ач холбогдолтой.

Э. ДОВДОН, Р. НЯМАА

(Улсын нэгдсэн тусгай эмнэлэг)
(Анагаах ухааны дээд сургууль)

ФИЛАТОВ—КАЛЬФЫН ЭЛАСТОТОНОМЕТРИЙН ХЭМЖИЛТИЙН ТАБЛИЦЫГ ХЭРЭГЛЭСЭН ТУРШЛАГА

Нүдний даралт ихсэх (глауком) өвчнийг оношлох үндсэн аргын нэг нь нүдний даралт хэмжих арга юм. Тонометрээр нүдний даралт үзсэний шууд үр дүн нь тонометрийн дардас бөгөөд түүнд тохирсон даралтын холбогдлыг тойруу замаар Полякын шугамаар тодорхойлдог.

Нүдний даралтыг үзсэн тонометрийн дардасыг Полякын шугамаар хэмжиж даралтыг олох аргыг алдаа ихтэй, даралтны зарим шинжилгээг хийхэд бэрхшээлтэй байгааг харгалзан А. П. Нестеров, М. Б. Вургафт нар тонометрийн дардасны диаметрийн хэмжээгээр нь нүдний тонометрийн ба дотоод бодит даралтыг олох таблицыг зохиож гаргасан юм (3). Энэ таблицыг ашиглан А. И. Нестеров нүдний шингэний урсгалын коэффициентын хурдацыг тодорхойлох тонографийн хялбарчилсан шинжилгээг гаргасан билээ.

Бид нүдний даралтыг хэмжих калибровкын аргыг хэрэглэж эхэлсэн боловч бидний хэмжилтээр нүдний даралт өгсөж гарах хандлагатай байснаас түүний шалтгааныг тодруулах зорилгоор шинжилгээ өөрсдийн боловсруулсан аргаар хийж үр дүнгийг нь тооцож үзсэн юм.

Шинжилгээ хийсэн арга:

1. Нүдний даралт үзэх шинжилгээг хийхдээ хэвтээ байдалд 0,5%-ийн дикайны уусмалыг 3 удаа дусаав.

2. Нүдний алимыг тогтвортой байлгах, даралтны хэмжилтийг яг эвэрлэгийн төз дээр хийхийн тулд хөдөлгөөнтэй, цахилгаан хараа тогтоогчийг нүднээс 40 см-т байрлуулав.

3. Даралт үзэх үед тонометрийн бариулыг тонометрийн голыг дагуулан 3—4 мм дооршуулж тонометрийн жингээр нүдэн дээр байлгах хугацааг 3 секундээр тогтоосон болно.

4. Тонометрийн дардасны диаметрийг анхны хэсэгчилсэн шинжилгээнд микрометрээр хэмжиж дараагийн хэсэгчилсэн шинжилгээнд Полякын шугамаар хэмжив.

5. Бүх тохиолдолд нүдний даралтыг Маклаковын тонометрийн 5,10 граммын туухайгаар үзэв.

Уул аргаар хийсэн шинжилгээний дүн нь тонометрийн дардасны диаметрийг микрометрээр хэмжиж нүдний даралтны дундаж холбогдлыг А. П. Нестеров, М. Б. Вургафтын таблицаар гаргахад манайд 40-өөс дээш насны эрүүл хүмүүсийн нүдний даралтны статистикийн дундаж нь зөвлөлтийн ба олон улсын судлаачдын дунджаас 3—4 мм М. У. Б даралтаар илүү байна гэсэн дүгнэлт хийхэд хүргэсэн юм (6).

Учир нь бидний хийсэн шинжилгээнд тонометрийн дардасны диаметрийн дундаж хэмжээ нь зөвлөлтийн судлаачдын дунджаас 0,25—0,36 мм-ээр бага байв. (2). Үүнээс үндэслэн нүдний даралтыг үзэж байгаа бидний арга буруу байж болохыг шалгах зорилгоор тонометрийн дардасыг Полякын шугамаар хэмжсэн 5,10 граммын тонометрийн даралтнаас нүдний дотоод бодит даралтыг олох Москва хотын Гельмо-

гольцын нэрэмжит институтээс боловсруулсан тусгай хүснэгтийг (5) ашиглан нүдний дотоод бодит даралт (P_0)-ыг олж статистикийн боловсруулалт хийхэд P_0 нь 16,1 мм М.У.Б. даралттай тэнцүү буюу олон улсын дундажтай тохирч байв (5,6). Гэвч тонометрийн дардасны диаметрийг Полякын шугамаар хэмжихэд А.П. Нестеровын аргаар нүдний шингэний урсгалын хурдацын коэффициентийг тодорхойлох, аль ч тонометрээр үзсэн нүдний дотоод бодит даралтыг олж болохгүй учир шинжилгээ нь хязгаарлагдмал болохын хамт Полякын шугамыг ашигласнаар нарийн шинжилгээ хийхэд бас алдаа гарч болзошгүй. байлаа. Үүнээс үндэслэн нүдний даралтыг хэмжих аргын онолын зарим асуудалтай ямар нэг хэмжээгээр танилцах шаардлага гарсан юм.

М.Б. Вургафт (1971) Маклаковын тонометрээр даралтыг үзэх онолын асуудлыг хөгжүүлэн тонометрийн жингээс дардасны хэмжээ яаж хамаардагийг доорхи тэгшитгэлээр илэрхийлжээ (1).

$$lgw_2 - lgw_1 = (D_2 - D_1) \cdot K; w_2, w_1 - \text{тонометрийн жин.}$$

D_2, D_1 -жин тус бүрийн дардасны диаметрийн хэмжээ. K -Нүдний даралт хэвийн байх үед 0,25, нүдний даралт ихсэх глауком өвчний үед 0,22-тай тэнцүү тогтмол тоо. Дээрх тэгшитгэлийн байрыг сольж дараах тэгшитгэлийг гаргажээ. $lgw_1 = lgw_2 - (D_2 - D_1) \cdot K$

Эрдэмтэн Гольдман нүдний эвэрлэг дээр тонометрээр дарахад дардасны диаметр нь 3,06 мм хүртэл хэмжээтэй байх үед тонометрийн даралт (P_t) ба бодит даралт (P_0) нь хоорондоо тэнцдэг болохыг тогтоож нүдний дотоод бодит даралт (P_0)-ыг олох тохиромжтой нөхцөл бүрдэнэ гэж үзсэн байна. Үүнд 3,06 мм дардас үүсгэж байгаа тонометрийн граммын жинг 10-аар үржүүлэхэд нүдний дотоод бодит даралтны хэмжээ гарна гэж тогтоожээ (1).

М.Б. Вургафт Маклаковын тонометрээр нүдний даралт үзэх үед тонометрийн будаг нулимсанд угаагдаж эвэрлэгийн хавтгайралтаас үүссэн дардасны хэмжээ 0,4 мм-аар ихэснэ гэж үзсэн байна. Ингээд М.Б. Вургафт нь нүдний даралтыг Маклаковын тонометрээр үзэх үед Гольдманы нүдний дотоод бодит даралт нь тонометрийн даралттай тэнцүү болох үеийн 3,06 мм-ын дардасны хэмжээн дээр 0,4 мм-ийг нэмж 3,46 мм болгоод тонометрийн жин нь хэдэн грамм байхад 3,46 мм-ийн диаметртэй дардас үүсгэхийг олж улмаар нүдний даралтыг (P_0) олсон байна. Үүнчлэн тонометрийн дардасны диаметрийн байж болох бүх хэмжээнд тохирох тонометрийн жингүүдийг тодорхойлж 10-аар үржүүлж нүдний дотоод бодит даралт P_0 -ыг олох тусгай таблицыг гаргажээ.

Нүдний тонометрийн даралтыг олох тэгшитгэлийг эрдэмтэн Фриденвальд (1937) гаргасан байна (3). $lgP_t = lgP_0 + EV_c$. P_t -нүдний тонометрийн даралт P_0 -нүдний дотоод бодит даралт (М.Б. Вургафтын тэгшитгэлээр олно.) E -нь нүдний уян хатан чанар.

Нестеровын тодорхойлсноор тэр нь 0,0200 (1). V_c - даралт үзэх үед үүсэх камерын шингэний шилжилтийн багтаамж (3). Эрдэмтдийн хийсэн дээрх бүтээлүүдийг ашиглан эрүүл хүмүүсийн нүдэнд эластотонометрийн шинжилгээ хийж тонометрийн жин тус бүрийн дардасны диаметрийн дундажийг статистикийн аргаар гаргаж М.Б. Вургафтын (1) хийсэн судалгаатай харьцуулж үзэв.

Бидний хийсэн шинжилгээгээр эластотонометрийн дардасны диаметрийн хэмжээ М.Б. Вургафтын эластотонометрийн дардасны диаметрийн хэмжээнээс 0,35 мм-ээр бага байгаагаас бид нулимсны цагирагийг дунджаар 0,05 мм байна гэж үзээд нүдний тонометрийн даралт нь нүдний дотоод бодит даралттай тэнцэх үеийн тонометрийн дардасны хэмжээг Гольдманы олсон 3,06 мм дээр 0,05-ийг нэмж $D_1 = 3,11$ мм гэж үзсэн юм.

Нүдний даралт үзэх үед үүсдэг нулимсны цагираг нь бидний шинжилгээнд 0,05 мм буюу маш бага хэмжээтэй байгаагаас нүдний даралт

Эрүүл хүмүүсийн нүдэнд хийсэн эластотонетрийн шинжилгээний тонометрийн дардасны диаметрийн статистикийн дундаж, -даралтны холбогдлыг М.Б. Вургафтын судалгаатай харьцуулбал:

	М.Б. Вургафтын судалгааны дүн				Бидний хийсэн судалгааны дүн			
	5,0	7,5	10,0	15,0	5,0	7,5	10,0	15,0
Тонометрийн жин. гр.	5,0	7,5	10,0	15,0	5,0	7,5	10,0	15,0
Дардасны дундаж хэмжээ мм	5,35	6,05	6,55	7,25	$\frac{5,04}{5,05}$	$\frac{5,7}{6,2}$	$\frac{6,35}{6,2}$	$\frac{6,85}{6,2}$
б-мм	0,31	0,30	0,31	0,32	0,34	0,35	0,27	0,31
Нүдний дотоод бодит даралт	16,8	16,8	16,9	17,0	$\frac{16,4}{16,3}$	16,8	$\frac{15,4}{16,9}$	17,8
Хэсэгчлэн хийсэн шинжилгээнд хамрагдсан нүдний тоо	700	600	685	700	766	—	848	—
	—	73	85	85	106	103	104	106
P ₀ -ийн байж болох хязгаар					13,3—20,0	14,1—21,2	14,1—20,0	14,1—20,0
P _t -ийн байж болох хязгаар					15,4—21,7	18,1—24,3	20,0—25,2	25,7—29,8

тыг тонометрийн дардасны диаметрийн хэмжээгээр илэрхийлэхэд зохиулагдсан А.П. Нестеров, М.Б. Вургафтын хэмжилтийн (калибровка) таблицыг ашиглахад манайд нүдний даралт хэвийн хэмжээнээс ихсэж байна гэж үзэв. Уул таблицыг шууд хэрэглэх боломжгүй нь тодорхой болсноос бид өөрийн хийсэн шинжилгээнд тулгуурлан нүдний дотоод бодит даралт (P₀)-ыг олох М.Б. Вургафтын тэгшитгэл, нүдний тонометрийн даралтыг олох Фриденвальдын тэгшитгэлүүдийг ашиглан А.П. Нестеров, М.Б. Вургафтын нүдний тонометрийн ба бодит даралтыг олоход зориулсан таблицтай төстэй таблицыг хийхийн хамт тонографийн шинжилгээний үзүүлэлтүүдийг шинэчлэн бодож тусгай таблиц болгон гаргав. (Таблиц 2.3,4)*

Бид А.П. Нестеровын аргаар 15 граммын тонометрээр тонографийн шинжилгээг 40-өөс дээш насны 30 хүний 59 нүдэнд хийж үзэхэд нүдэнд шахалт үзүүлэхийн өмнөх тонометрийн дардасны статистикийн дундаж $M=6,8$ мм. $\sigma=\pm 0,29$ $m=\pm 0,038$ байв. Нүдэнд шахалт үзүүлсний дараах 15 граммын тонометрын дардасны дундаж $M=7,4$ мм

Хүснэгт 2
Тонометрийн даралт (мм МУБ)

Δ	ТОНОМЕТРИЙН ЖИН / ГР/			
	5	7.5	10	15
3.2	47.8			
3.3	45.3			
3.4	42.9	64.4		
3.5	40.6	66.8		
3.6	38.2	57.6		
3.7	36.3	54.4	72.6	
3.8	34.4	51.6	68.8	
3.9	32.7	49.7	65.3	
4.0	30.9	46.4	61.9	
4.1	29.3	44.0	58.7	
4.2	27.8	41.7	55.7	
4.3	26.3	39.5	52.8	
4.4	25.0	37.5	50.1	
4.5	23.9	35.5	40.7	71.7
4.6	22.7	34.1	45.5	68.3
4.7	21.7	32.4	43.3	65.0
4.8	20.7	30.9	41.3	61.9
4.9	19.6	29.5	39.3	59.0
5.0	18.7	28.1	37.5	56.2
5.1	17.7	27.1	35.7	52.7
5.2	17.2	25.4	33.9	51.0
5.3	16.1	24.3	32.4	48.6
5.4	15.4	23.2	30.7	46.5
5.5	14.8	22.8	29.8	44.5
5.6	14.2	21.3	28.5	42.8
5.7	13.5	20.4	27.2	41.0
5.8	13.1	19.7	26.3	39.4
5.9	12.8	18.9	25.2	37.9
6.0		18.1	24.3	36.5
6.1		17.6	23.4	35.1
6.2		16.9	22.7	33.9
6.3		16.4	21.9	32.8
6.4		15.8	21.2	31.9
6.5		15.3	20.4	30.7
6.6		14.9	20.0	29.8
6.7			19.3	28.8
6.8			18.4	28.1
6.9			18.3	27.6
7.0			17.9	26.9
7.1			17.6	26.4
7.2				25.7
7.3				25.4
7.4				24.7
7.5				24.3
7.6				23.9
7.7				23.5
7.8				22.9

Хүснэгт 3
Нүдний дотоод бодит даралт(мм. МУБ)

Δ	ТОНОМЕТРИЙН ЖИН / ГР/			
	5	7.5	10	15
3.2	47.4			
3.3	44.7			
3.4	42.2	63.3		
3.5	39.9	59.8		
3.6	37.6	56.4		
3.7	35.5	53.3	71.1	
3.8	33.3	50.3	67.1	
4.9	31.7	47.5	63.3	
4.0	29.9	44.8	59.8	
4.1	28.2	42.3	56.4	
4.2	26.6	39.9	53.3	
4.3	25.1	37.6	50.3	
4.4	23.7	35.6	47.5	71.2
4.5	22.4	33.6	44.8	67.3
4.6	21.1	31.7	42.3	63.5
4.7	20.0	29.9	39.9	59.9
4.8	18.9	28.3	37.7	56.6
4.9	17.8	26.7	35.6	53.4
5.0	16.8	25.2	33.6	50.4
5.1	15.0	23.3	31.7	47.6
5.2	15.0	22.4	29.9	44.9
5.3	14.1	21.2	28.3	42.4
5.4	13.3	20.0	26.4	40.0
5.5	12.2	18.9	25.2	37.8
5.6	11.9	17.8	23.8	35.7
5.7	11.2	16.8	22.4	33.7
5.8	10.6	15.9	21.2	31.8
5.9	10.2	15.0	20.0	30.0
6.0		14.1	18.8	28.3
6.1		13.4	17.8	26.7
6.2		12.6	16.9	25.2
6.3		11.9	15.9	23.8
6.4		11.2	15.0	22.5
6.5		10.6	14.1	21.2
6.6		10.0	13.4	20.0
6.7			12.6	18.8
6.8			11.9	17.8
6.9			11.2	16.9
7.0			10.6	15.9
7.1			10.0	15.0
7.2				14.1
7.3				13.4
7.4				12.6
7.5				12.2
7.6				11.9
7.7				10.6
7.8				10.0

$\sigma = \pm 0,44$, $m = \pm 0,05$ байв. Энэ дунжийг бидний гаргасан хүснэгтээр тооцож үзэхэд тонографийн шинжилгээний үзүүлэлт нь:

$P_0 = 17,8$, $C = 0,27 \text{ мм}^3$, $F = 2,1 \text{ мм}^3$ Беккерын коэффициент -65. Энэ шинжилгээрий дүн нь бидний (Японы Тос-ЕЕ-0,13) электрон аппаратаар 40-өөс дээш насны 41 эрүүл хүний 82 нүдэнд хийсэн нүдний шингэний урсгалын хурдацын коэффициент (УХК) $C = 0,28 \text{ мм}^2$ байсантай үндсэн-дээ тохирч байна (7). А.П. Нестеровынхаар (4) УХК нь $0,29 \text{ мм}^3$ бай-жээ.

ДҮГНЭЛТ

1. А.П. Нестеров, М.Б. Вургафт нарын нүдний даралтыг хэмжихэд зориулж гаргасан калибровкын арга нь нүдний даралтны бүх төрлийн шинжилгээг үнэн зөв хийх боломж олгож байгаа боловч бидний хийсэн шинжилгээнд тонометрийн дардасны хэмжээ эрс бага байгаа-гаас уг таблицыг шууд хэрэглэх боломжгүй байна.

2. Бидний дээр дурдсан аргаар шинжилгээг явуулахад А.П. Нестеров, М.Б. Вургафт (3) зэрэг эрдэмтний үзсэнээр нүдний даралтыг үзэхэд алдаа гаргах гол эх үүсвэр нь болсон нулимсны цагирагийг тонометрийн бүх жинд ижил хэмжээгээр багасгаж байгаа болохоор түүнд тохирсон таблицыг зохих үндэслэлтэйгээр гаргах нь зүйтэй гэж үзлээ.

Эрдэмтдийн хийж гүйцэтгэсэн бэлэн материалд тулгуурлан бидний гүйцэтгэсэн энэ өчүүхэн ажлын шалгуур нь практик үйл ажиллагаа учраас энэ талаар эрдэмтэд, эмч мэргэжилтнүүд саналаа ирүүлнэ гэдэгт найдаж байна.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. М.Б. Вургафт—Офтальмол. Журн. 1971. 3. 342
2. Г.А. Киселев, Л.Б. Таняшина—В.О. 1972. 2. 25
3. А.П. Нестеров, М.Б. Вургафт—Вест офтальмол. 1972.
4. А.П. Нестеров—Первичная глаукома 1982. М. Медицина. 70.
5. Министерства здравоохранения РСФСР. „Организация активного выявления и ранней диагностики глаукомы“ 1978. 21.
6. Э. Довдон—40-өөс дээш насны хүмүүсийн нүдний тонометрийн ба жинхэнэ даралтын дундаж. Анагаах ухаан. 1982. 3. 34.
7. Э. Довдон—Глауком өвчтэй ба эрүүл хүмүүсийн нүдэнд хийсэн электро-тонографийн шинжилгээний дүн. Анагаах ухаан. 1985. 2.

Н. НЯМАА, Д. ГОМБОЖАВ

(Завхан аймгийн нэгдсэн эмнэлэг)
(Завхан аймгийн мал эмнэлгийг удирдах газар)

ҮХРИЙН АРСНЫ ГУУР

Завхан аймгийн Улиастай хотын харъяат Б.Г. 8 настай, эрэгтэй. сургуулийн сурагч. Зуныхаа амралтаар хөдөө амарч мал аж ахуйн ажилд тусалдаг байсан.

Хүүхэд сэргэлэн цовоо, бие бялдарын өсөлт хөгжилт насандаа тохирсон. Хүүхэд өгүүлэхдээ, амраад ирсний дараахан улан дээр гүвдрүү маягийн юм гарч, дараа нь цавь, сүвээ, эрүүний орчим овойж, түрүүчийнх нь арилж байсан гэв. Дарж үзэхэд хөндүүргүй, арьсны өнгө хэвийн байв. Удалгүй дагзны ар хэсэгт гүвдрүү гарч хөндүүрлэн буглаж нүх гарч цоороод, нүхээр нь шүүслэг шингэн ялгарч, өт шиг юм цухуйж, түүнийг ээж нь сугалж авчээ. Ингээд хүүхдийн эмчид үзүүлж, мал эмнэлгийн лабораторт шинжилгээ өгснөөр үхрийн гуурын авгалдай I үелбэр гэсэн хариу гарчээ. Түрүүчийн гүвдрүү гарсан газрын дээд хэсэг мөн овойж буглан жижиг сүв гарч түүнээс нь идээлэг шүүс гарсан байна. Түүнийг нь зүслэг хийхэд бага зэргийн цайвар өнгийн шүүс, өт мэт зүйлийг авав. Энэ нь 0,6 см урттай, эржгэр үе бүхий зүйл байв. Шинжлүүлэхэд III үелбэрийн үхрийн гуурын авгалдай гэсэн хариу гарав.

Иймээс хүүхдэд харшил намдаах, биеийн эсэргүүцлийг сайжруулах, цус бүлэгнэлтийг идэвхжүүлэх эмчилгээг 21 хоног гэрээр хийж ажиглахад хүүхдийн арьс, толгойн хэсэгт гүвдрүү дахин гаралгүй, биеийн байдал сайжирсан болно.

Гиподермийн авгалдайнүүд хүнийг гууртуулах нь цөөнгүй тохиолдог ажээ. Гиподермийн ихэнх авгалдай хүний толгойд нэвтрэн ордог нь санамсаргүй тохиолдол биш юм. Эдгээр нь үхэрт яргадгийнхаа нэгэн адил дээш яргадаг учраас толгойд ордог байна. Авгалдай арьсан дор нэвтрэн орсны дараа бие махбодоор 7—8 сарын турш яргана. Хүний арьсанд улаавтар буюу хөхөвтөр өнгөтэй хавдар үүссэнээр авгалдай арьсан дор байрласны анхны шинж тэмдэг илэрнэ. Анхны хавдар арилахад түүний дээд талд шинэ хавдар үүсэж байр нь олон дахин солигдоно. Өвчний эцсийн шатанд хүний бие сульдаж толгой өвдөх, байр байр халуурах, цусны улаан бөөм цөөрч, цагаан бөөм олширно.

Энэ үед хавдар нь хатиг маягтай болж хувирдаг байна.

Редакцид ирсэн 1986.01.29

1986 ОНД АНАГААХ УХААНЫ ДЭД ЭРДЭМТНИЙ
ЗЭРЭГ ХАМГААЛСАН ЭРДЭМТЭЛ

Рагчаагийн Бямбаа (Говь—Алтай аймгийн Эрүүлийг хамгаалах газрын дарга)

Зэрэг хамгаалсан сэдэв: „БНМАУ-ын хөдөөгийн хүн амд үзүүлэх эх барих тусламжийн зохион байгуулалтын зарим асуудлууд“

Хамгаалсан газар, он сар, өдөр: Улаанбаатар, 1986 оны 12 дугаар сарын 11.

н. Бямбаа энэхүү нэг сэдэвт бүтээлдээ манай улсын хөдөөгийн хүн амд үзүүлэх эх барихын тусламжийн зохион байгуулалтыг боловсронгуй болгоход чиглэсэн шинжлэх ухааны үндэслэлийг судлан тогтоожээ.

Намжилын Даваацэрэн (Анагаах ухааны дээд сургуулийн мэс заслын тэнхимийн багш).

Зэрэг хамгаалсан сэдэв: „Хүний шохойжсон бэтгийн эмнэл зүй, оношлогоо, эмчилгээ“

Хамгаалсан газар, он, сар, өдөр: Улаанбаатар, 1986 оны 6 сарын 19.

н. Даваацэрэн энэхүү нэг сэдэвт бүтээлдээ хүний шохойжсон бэтгийн эмнэл зүй, оношлогооны арга болон мэс заслын эмчилгээний орчин үеийн арга барилыг тусгасан нь практикийн эмч нарт ашиг тустай бүтээл болсон байна.

Цэрэндоржийн Содномпил (Эрүүлийг хамгаалах Яамны ажилтан)
Зэрэг хамгаалсан сэдэв: „БНМАУ-ын Эрүүлийг хамгаалахын удирдах байгууллагуудын ажлын зохион байгуулалт, түүнийг боловсронгуй болгох арга зам“

Хамгаалсан газар, он, сар, өдөр: Москва, 1986 оны 10 сарын 21.

н. Содномпил энэхүү нэг сэдэвт бүтээлдээ шинжлэх ухаан техникийн дэвшил эрчимтэй явагдаж буй орчин үед эрүүлийг хамгаалахын удирдлагыг боловсронгуй болгох асуудал нэн чухал юм. Энэ судалгааны ажлаар эрүүлийг хамгаалахын удирдах системийг шинжлэх ухааны үндэстэй, системт судалгааны аргаар судлаж, уг системийг боловсронгуй болгох арга замыг тодорхойлжээ. Эрүүлийг хамгаалахын удирдлагыг боловсронгуй болгоход тооцоолон бодох техник нэвтрүүлэх явдал зайлшгүй чухал болохыг тогтоож, түүнийг БНМАУ-ын Эрүүлийг хамгаалахад нэвтрүүлэх үндсэн чиглэл, арга замыг тодорхойлсон байна.

Мөн эрүүлийг хамгаалахын удирдах системд хяналтын автомат систем (ХАС) нэвтрүүлэх асуудлыг боловсруулсан байна.

Мунтагийн Сүхбаатар (Анагаах ухааны дээд сургуулийн хүүхдийн өвчин судлалын тэнхимийн багш)

Зэрэг хамгаалсан сэдэв: „Хүүхдийн уушгины цочмог үрэвслийн үеийн цус бүлэгнэлт, ялтсан эсийн өөрчлөлт“.

Хамгаалсан газар, он, сар, өдөр: Ленинград, 1986. 06. 18.

н. Сүхбаатар энэхүү нэг сэдэвт бүтээлдээ хүүхдийн уушгины цочмог үрэвслийн нийт цус бүлэгнэлтийн өөрчлөлтийг өвчний явц, үе шат, хүндрэл зэргээс шалтгаалан өөрчлөгддөг болохыг тогтоон эмчилгээний зарчим боловсруулжээ. Түүнчлэн уг өвчний үед ялтсан эсийн өөрчлөлтийг судлан тогтоожээ. Уушгины цочмог үрэвслийн үеийн цусны

бичил эргэлтийн хямралыг зохицуулахын тулд гепарин эмчилгээг, ялтсан эсийн өөрчлөлтийг засахад аспирин эмчилгээг хэрэглэсэн нь өвчин хүндрэхээс сэргийлэх арга хэмжээ болсон байна. Хүүхдийн уушгины цочмог үрэвслийн үеийн судасны дотор тод цус нэлэнхүй бүлэгнэх үйл ажиллагааг тогтоосон нь онолын төдийгүй эмнэл зүй, эмчилгээний чухал ач холбогдолтой ажил болжээ.

Галсан-Ёндонгийн Сүхбат (Анагаах ухааны дээд сургуулийн физиологийн тэнхимийн багш)

Зэрэг хамгаалсан сэдэв: „Дельта-сон пептид сөрөг сэтгэл хөдлөлийн төвийн механизмд“

Хамгаалсан газар, он, сар, өдөр: Москва, 1986 оны 5 сарын 21.

н. Сүхбат энэхүү нэг сэдэвт бүтээлдээ „Дельта-сон пептид“ хэмээн нэрлэгддэг нейропептид нь сөрөг сэтгэл хөдлөлийн үед харааны доод төвгөр болон тархины торлог байгууламжаас их тархины гадарт үзүүлэх өгсөх, идэвхжүүлэх нөлөө, тэрчлэн сөрөг сэтгэл хөдлөлийн үед илрэх вегетатив өөрчлөлтүүдийг дарангуйлдаг болохыг судлан тогтоожээ.

Дондоогийн Тамжидмаа. (Улсын шүүх эмнэлгийн магадлах товчоо)
Зэрэг хамгаалсан сэдэв: “АВО ба Левисийн системийн эсрэг төрөгчийг шинжилснээр ялгаруулагчийн шалгуурыг тогтоох нь”

Хамгаалсан газар, он, сар, өдөр: Москва, 1986 оны 10 сарын 27.

н. Тамжидмаа энэхүү нэг сэдэвт бүтээлдээ шүүх эмнэлгийн хянан магадалгааны боломжийг нэмэгдүүлэх зорилгоор ялгаруулагчийн зэргийг тодорхойлох оношийн шинэ сорилуудыг үндэслэжээ. Ялгаруулагчийн зэргийг тодорхойлох эдгээр аргачлалууд нь ихээхэн үр дүнтэй болсон байна.

П. БАТХҮҮ (Анагаах ухааны дээд сургууль)

ХОТЫН ХҮҮХДЭД АМБУЛАТОРИ-ПОЛИКЛИНИКООР ҮЗҮҮЛЭХ ТУСЛАМЖИЙН ХЭМЖЭЭ, ХЭРЭГЦЭЭ

Дүгнэлт: 1. Хүүхдэд амбулатори-поликлиникоор үзүүлж байгаа тусламжийг райончилон зохион байгуулсан болговч поликлиник, хэсгийн эмнэлэг, стационарын үйл ажиллагаа салангид байна.

2. Улаанбаатар хотын 0—15 насны хүүхдийн ерөнхий өвчлөлийн түвшин эмнэлгийн тусламж эрэлтээр 1000 хүүхэд тутамд 1017,8 байгааг насны бүлгээр тодорхойлоход 1 хүртэлх насанд хамгийн өндөр (6726,8) дараа нь 1—2 насанд (2506,4) тохиолдож байгаа бөгөөд 3-аас дээш насанд хүүхдийн өвчлөл алгуур буурч байна.

3. Амьсгалын эрхтэний (600,9), хоол боловсруулах эрхтэний (180,6), бодисын солилцооны (65,0) халдварт ба паразитын (50,9), чих, хамар хоолойн (47,3), нярайн өвчнүүд (25,9) хамгийн элбэг тохиолдож, өвчлөлийн бүтцэнд эхний зургаад байгаа буюу зөвхөн амьсгалын эрхтэний өвчнүүдийн эзлэх хувийн жин (59,0%), хоол боловсруулах эрхтэний өвчнүүдийн эзлэх хувийн жин (17,7%) нийлээд нийт өвчлөлийн 76,7%-ийг эзэлж байна.

4. Бүх насны хүүхдэд чих, хамар хоолойн өвчин элбэг тохиолдож байгаагийн дотор зонхилох нь дунд чихний хурц ба архаг явцтай улайх, идээт үрэвслүүд (5,7—30,3), хамрын салстын үрэвсэл (3,4—87,3) байна.

5. Хоёр хүртэлх насны хүүхэд халдварт өвчнөөр хамгийн элбэг (188,7) өвчилж байгаа бөгөөд энэ насанд салхин цэцэг, томуу, цусан суулга, менингококкын халдварууд, 3—7 насанд томуу, менингококк-

кын халдвар, салхин цэцэг, цусан суулга тус тус зонхилон тохиолдож байгаа боловч, 0—7 насны хүүхдэд тохиолдож байгаа халдварт өвчний бүтцэнд халдварт гепатит тэргүүн байранд орж байна. Харин сургуулийн насны хүүхдэд томуу, томуу төст өвчин, халдварт гепатит, менингококкын халдвар давамгайлан тохиолдож байна.

6. Нярайн өвчлөл 1000 нярай тутамд 335,6 байгаагийн зонхилохыг хүйсний үрэвсэл (192,0), нярайн үжил (135,0) эзэлж байна.

7. Судалгаанд хамрагдсан 0—15 насны хүүхдэд эмгэг байдал 1000,0-д 996 байснаас шинээр илэрсэн далд хэлбэрийн өвчнүүд 713,3 байгаа нь Улаанбаатар хотын 0—15 насны хүүхдийн ерөнхий өвчлөлийн түвшин 1000 хүүхэд тутамд 1731,1 байгааг харуулж байна.

8.3—7 насны хүүхдийн эмгэг байдал өндөр (1513,5) байгаа нь эцэг эхийн асаргаа, эмнэлгийн тусламж авах байдал, 3 хүртэлх насны хүүхдэд нэлээд сайн, 3 наснаас эхлэн суларч байгаатай холбоотой байна. Сургуулийн өмнөх насны хүүхдэд хөнгөн ба далд хэлбэрийн өвчнүүд элбэг тохиолдож байна.

9. 1000 хүүхэд тутмаас 119,3 нь эмнэлэгт хэвтэж эмчлүүлж байгааг насны бүлгээр тодорхойлоход 1 хүртэлх насанд хамгийн өндөр 588,7; дараа нь 1—2 насанд 191,1 байна.

10. Хүүхдийн поликлиник, хэсгийн эмч нар ажлын цагийн 77,8%—83,9%-ийг үр бүтээлт хөдөлмөрт, үүнээс нарийн мэргэжлийн эмч нар 66,3%-ийг, хэсгийн эмч нар 49,4%-ийг өвчтөн үзэж, оношлох, эмчлэхэд зарцуулж байгаа нь эмч нар эмнэлгийн бичиг баримт хөтлөхөд их цаг (25,2%—43,2%) зарцуулж байгаатай холбоотой байна.

11. Хүүхдийн эмч нар үр бүтээлтэй хөдөлмөрт зарцуулсан цагийн нэлээд хэсгийг (26,7%—27,4%) эмчилгээ оношлогооны бус ажилд зарцуулж байна. Үүний 16,7%—75,0%-ийг хурал, цуглаан, олон нийтийн ажилд зарцуулсан буюу үр бүтээлтэй бус хөдөлмөрт ажлын цагийн 16,1%—22,2%-ийг зарцуулж байгаагийн ихэнх нь өвчтөн хүлээхтэй холбоотой байсан нь эмчийн хөдөлмөр зохион байгуулалт буруу байгааг харуулж байна.

12. Нэг өвчтөн үзэхэд нарийн мэргэжлийн эмч дунджаар $3,62 \pm 0,13$ минут, хэсгийн эмч $2,07 \pm 0,05$ минут тус тус зарцуулсан байхад бичиг баримтын хөтлөлтөнд үүнээс илүү хугацаа ногдож байгаа нь өвчтөнийг бүрэн үзэж шинжлэхэд бага хугацаа зарцуулж байгааг харуулж байна.

Зөвлөмж: 1.3 хүртэлх насны хүүхдийн өвчлөлийг бууруулах асуудал амбулатори-поликлиникт ажиллаж байгаа хүүхдийн эмч нарын гол зорилт тул эрүүл ахуйч, халдвартын эмч мэргэжилтнүүдтэй хамтран өвчлөл эндэгдлийн зонхилох шалтгаан болж байгаа өвчнүүдээс сэргийлэх, бууруулах нэгдмэл аргачлал боловсруулж мөрдөх.

2.0—15 насны хүүхдийн өвчлөлийг тууштай бууруулах, тэдэнд амбулатори поликлиникоор үзүүлэх тусламжийн чанарыг сайжруулахын тулд хариуцлагатай, дадлага туршлагатай, хүүхдийн эмч нарыг хэсэг, поликлиникт ажиллуулж, хэсгийн эмнэлгийн хүчин чадал, эмчийн ажлын ачааллыг зөв зохицуулахын зэрэгцээ районы поликлиникиг урьдчилан сэргийлж оношлон эмчлэх, улсын хүүхдийн төв поликлиникиг оношлон эмчлэх зөвлөх поликлиникийн түвшинд ажиллуулах, эмчийн хөдөлмөрийг шинжлэх ухааны үндэстэй зохион байгуулах шаардлагатай байна.

ЦУСНЫ ДАРАЛТ ИХДЭХ ӨВЧНИЙ ЯВЦАД ЦАГ АГААРЫН ЗАРИМ ХҮЧИН ЗҮЙЛИЙН НӨЛӨӨ

Дүгнэлт: 1. Цусны даралт ихдэх өвчтэй хүмүүс бусад өвчин эмгэгтэй хүмүүстэй харьцуулахад цаг агаарын хэлбэлзлийг илүүтэй мэдрэн өвчин нь сэдэрдэг болох нь Улаанбаатар хотын түргэн тусламжийн станцын олон жилийн үйл ажиллагааны байдлаас харагдав.

Цусны даралт ихдэх өвчтэй хүмүүсийн 72% нь цаг агаарын хэлбэлзлийг мэдрэн ямар нэг байдлаар хариу урвал үзүүлж байна.

2. Цусны даралт ихдэх өвчний ноцтой хүндрэл (криз, инсультүүд) цаг агаарын хүчин зүйлүүдийн хэлбэлзэл ихтэй хаврын улиралд илэрхий элбэгшиж байв.

3. Цусны даралт ихдэх өвчний явц хүндэрснээс эмнэлэгт хэвтэх тохиолдол өвөл, хаврын улиралд ихсэж байгаа бөгөөд өвчний I, II үед буй хүмүүс хавар, III үед буй хүмүүс өвлийн улиралд олонтгоо хэвтэж байна.

4. Цаг агаарын зарим хүчин зүйлийн хэлбэлзлийг цусны даралт ихдэх өвчтэй хүмүүсийн хөдөлмөрийн чадвар алдаж байгаа тохиолдолтой харьцуулан ажиглахад агаарын даралтын хэлбэлзэл бусдаас илүүтэй нөлөөлж байгаа нь батлагдаж байна.

5. Цаг агаарын хүчин зүйлүүдийн хэлбэлзэл ихэсдэг үеийг угтуулан цусны даралт бууруулах эмчилгээг сэргийлэх чиглэлээр явуулах нь цусны даралт ихдэх өвчтэй хүмүүсийн хөдөлмөрийн чадвар алдах тохиолдлыг цөөрүүлэх, улмаар өвчний ноцтой хүндрэлүүдээс сэргийлэхэд ач тусаа өгч байна.

6. Оюуны хөдөлмөр эрхэлдэг насанд хүрсэн хүмүүсийн дотор цусны даралт ихдэлт 17,9%-д тохиолдож байна.

7. Цусны даралт ихдэх өвчний үе шатыг тогтоох болон тархины цусан хангамжийн байдлыг тодорхойлоход тархины цахилгаан бичлэг (РЭГ) болон цусны даралт ихдэх өвчний гемодинамикийн төрлийг тогтоож эмчилгээг сонгон явуулахад зүрхний эзэлхүүн, захын судасны эсэргүүцлийг илэрхийлэх интеграль реографийн шинжилгээ ихээхэн ач холбогдолтой байв.

Зөвлөмж: 1. Цусны даралт ихдэх өвчтэй хүмүүст цаг агаарын хэлбэлзлийг мэдрэх чадвар өндөр байгааг харгалзан үзэж цаг агаарын хүчин зүйлүү-(агаарын даралт, салхи, температур)-дийн хэлбэлзэл ихтэй байдаг өвөл, хаврын улиралд сэргийлэх зорилгоор даралт бууруулах эмчилгээг тасралтгүй явуулах шаардлагатай байна.

1. Цусны даралт ихдэх өвчтэй хүмүүст цаг агаарын хүчин зүйлийн хэлбэлзэл илэрхий муугаар нөлөөлж буй учир цаашид эмчлэн сэргийлэх ажлыг энэ чиглэлээр өргөн хүрээтэй зохион явуулах нь зүйтэй байна.

3. Оюуны хөдөлмөр эрхэлдэг хүмүүсийн дотор цусны даралт ихдэх өвчний тохиолдол элбэг байгааг харгалзан үзэж тэдний дунд зохиох урьдчилан сэргийлэх ажлыг улам сайжруулах шаардлагатай байна.

МАХН-ЫН ХИХ ИХ ХУРЛЫН ШИЙДВЭР АМЬДРАЛД

ҮНДЭСНИЙ БАГА ХУРАЛ

МАХН-ын ХИХ их хурлаас эрүүлийг хамгаалах салбарын одоогийн байдалд гүн гүнзгий дүн шинжилгээ хийж, шинэ зорилтуудыг дэвшүүлэн тавьсан билээ. Дэвшүүлсэн зорилтыг амьдралд бүтээлчээр хэрэгжүүлэх зорилгоор Эрүүлийг хамгаалах Яамнаас „МАХН-ын ХИХ их хурлаас Эрүүлийг хамгаалах талаар дэвшүүлсэн зорилтыг хэрэгжүүлэх арга зам“, сэдэвт онол практикийн бага хурал, ДЭХБ-ын Зүүн Өмнөд Азийн бүсийн Хороотой хамтран „Амбулатори поликлиникийн тусламж, диспансерчлал“ сэдэвт үндэсний бага хурал хийв.

Бага хуралд МАХН-ын Төв Хорооны нарийн бичгийн дарга Ц. Балхаажав, хэлтсийн эрхлэгч З. Дашзэвэг, ЭХЯ-ны сайд Ч. Цэрэннадмид нар болон аймаг, хотын эрүүлийг хамгаалах газрын дарга, эмч, мэргэжилтэн, эрдэм шинжилгээний ажилтанууд оролцлоо.

Тус хуралд ЭХЯ-ны сайд Ч. Цэрэннадмид „МАХН-ын ХИХ их хурлын шийдвэрийг хэрэгжүүлэхэд эрүүлийг хамгаалах байгууллагын үндсэн зорилт“ гэсэн илтгэл тавив. Ч. Цэрэннадмид тавьсан илтгэлдээ: „Социалист эрүүлийг хамгаалахын үндсэн зорилт бол хүн амыг аливаа өвчнөөс сэргийлэх чиглэл юм. Урьдчилан сэргийлэх ажлын гол шалгарсан арга бол хүн амыг зохих үе шаттайгаар диспансерчлах явдал мөн. Энэ зорилт нь эрүүлийг хамгаалах хөгжлийн шинэ үе шат юм“ гэж цохон тэмдэглэв.

Үндэсний бага хурал „Хүн амд үзүүлэх амбулатори, поликлиникийн тусламж, зохион байгуулалтыг боловсролгүй болгох нь“, „Хүн амыг диспансерчлахад нам, улс, олон нийтийн байгууллагын гүйцэтгэх үүрэг“, „Хүн амыг бүх нийтээр диспансерчлахын онолын үндэс, практик ач холбогдол“, „Хүн амын эрүүл мэндийг бэхжүүлэхэд амралт, рашаал сувиллын гүйцэтгэх үүрэг“ зэрэг 10 гаруй сэдвээр илтгэл хэлэлцлээ.

МАХН-ын ХИХ их хурлын шийдвэрийг хэрэгжүүлэн урьдчилан сэргийлэх ажлыг давамгайлж хөгжүүлж, бүх нийтийг үе шаттайгаар диспансерчлах ажилд шилжих томоохон зорилт дэвшүүлж байгааг үндэсний бага хурал дээр онцлон тэмдэглээд энэ таван жилд районуудад томоохон нэгдсэн поликлиник, орон сууц, гудамжны хороодод нэгдсэн хэсэг зохион байгуулж оношлогоо эмчилгээний аппарат, багаж төхөөрөмжөөр амбулатори, поликлиникийг давуутай ханган, амбулатори поликлиникийг уртасгасан, ээлжийн үйлчилгээтэй болгож өндөр мэргэжилтэй, дадлага туршлагатай эмч нарыг ажиллуулах арга хэмжээ авах болсныг тэмдэглэв.

Манай сурвалжлагч*

ЗХУ-ЫН ЭРҮҮЛИЙГ ХАМГААЛАХЫН ӨДРҮҮДЭД

ЭНХИЙН ҮЙЛСЭД ЗОРИЛГО НЭГ

Монгол Зөвлөлтийн найрамдлын 35 дахь сарын хүрээнд зохиогдсон ажлын нэг чухал хэсэг нь ЗХУ-ын эрүүлийг хамгаалахын өдрүүд юм.

Манай оронд эрүүлийг хамгаалах байгууллага үүсч хөгжихөд аугаа их Зөвлөлтийн ард түмний ах дүүгийн интернационалч тусламж шийдвэрлэх үүрэг гүйцэтгэсэн билээ. БНМАУ, ЗСБНХУ-ын эрүүлийг хамгаалах салбар дахь хамтын ажиллагаа бүх талаар хөгжин, зөвлөлтийн ард түмнээс үзүүлж байгаа тусламж жилээс жилд нэмэгдэж байна.

ЗХУ-ын Эрүүлийг хамгаалах өдрүүдийн ажиллагааг нээж ЭХЯ-ны нэгдүгээр орлогч сайд Г. Жамба хэлсэн үгэндээ „ЗХУ-ын эрүүлийг хамгаалахын өдрүүд нь Монгол Зөвлөлтийн ард түмний хамтын ажиллагааны нэг тод жишээ юм“ гэж тэмдэглэв.

ЗХУ-ын эрүүлийг хамгаалахын өдрүүдэд ЗСБНХУ-ын Анагаах ухааны академийн академич, доктор профессор В. И. Покровский тэргүүтэй зөвлөлтийн анагаах ухааны өндөр, нарийн мэргэжлийн эмч, эрдэмтэд оролцлоо.

Манай хоёр орны эрдэмтэн, эмч нар монголын эх нялхсын эрүүл мэндийг хамгаалах программаар хамтран ажиллаж байгаа бөгөөд түүнийг хэрэгжүүлэхэд Зөвлөлтийн эрүүлийг хамгаалахын өдрүүд ач тусаа өглөө. ЗСБНХУ-ын хүүхдийн өвчин судлал, мэс заслын институтын захирал, Анагаах ухааны академийн сурвалжлагч гишүүн Ю. Е. Вельтишев, профессор Р. М. Деметьева нар эх, нялхсыг хамгаалах эрдэм шинжилгээний хүрээлэнгийн эрдэм шинжилгээний ажилтан, хүүхдийн эмч нартай уулзаж туршлагаа солилцов. Тэдгээр эрдэмтэд Хүүхдийн клиникийн төв эмнэлэг, Улаанбаатар хотын Ажилчин, Сүхбаатарын районы хүүхдийн нэгдсэн эмнэлгийн ажилтай танилцаж, эмч нарт зөвлөлгөө өгч, онол практикийн бага хуралд оролцов. Зөвлөлтийн эрдэмтэд бага насны хүүхдийг диспансерчлах, бөөр шээсний замын өвчин, амьсгалын замын өвчнийг оношлох, эмчлэх зэрэг тулгамдсан асуудлаар хамтран ажиллаж байгаа үйл ажиллагаагаа улам бэхжүүлэхэд анхаарлаа төвлөрүүлэх нь зүйтэй гэж үзэв.

Гэмтэл согогийн эмнэлгийн эмч мэргэжилтэн нар олон жил хамтран ажилласан Курган мужийн гэмтэл согогийн эрдэм шинжилгээний хүрээлэнгийн тасгийн эрхлэгч анагаах ухааны доктор С. И. Шведтэй уулзаж туршлагаа харилцан ярилцав. Эрдэмтэн С. И. Швед өвчтөнийг амбулаторид хэрхэн үздэг арга ажиллагаагаа үзүүлж эмч нартай дугуй ширээний яриа хийж, мэс засал хамтран хийв.

Г. А. Илизаровын туршлагыг манай эмч нар амжилттай эзэмшиж байгааг С. И. Швед өндөр үнэлэв. Москвагийн стоматологийн институтын тэнхимийн эрхлэгч Л. П. Воробьев, В. А. Ольхин, анагаах ухааны хоёрдугаар дээд сургуулийн багш доцент И. Г. Мясникова нар анагаах ухааны дээд сургуулийн эрдэмтэн, багш, оюутнуудад баялаг туршлагаасаа ярьж, сонирхолтой сэдвээр лекц уншлаа.

Зөвлөлтийн эрдэмтэд Анагаах ухааны дээд сургуулийн дотрын өвчний онош зүй, эмчилгээний болон стоматологийн тэнхимийн сургалт хүмүүжил, эрдэм шинжилгээний ажилтай танилцав.

А. Герциний нэрэмжит хавдар судлалын эрдэм шинжилгээний хүрээлэнгийн захирал, профессор В. И. Чисов Хавдар судлалын нэгдсэн төвийн мэс засал, эмэгтэйчүүд, хими туяа эмчилгээний тасгийн ажилтай танилцаж, манай эмч нартай хамтран өвчтөн үзэж, эмчилгээний чанарыг сайжруулах, хавдар судлалын эрдэм шинжилгээний ажлаар хамтран ажиллах талаар үнэтэй санал дэвшүүлэв.

Үүний зэрэгцээ эдгээр эрдэмтэд Дорнод, Архангай аймаг, Дархан хотын эрүүдийг хамгаалах байгууллагын үйл ажиллагаатай танилцаж, орон нутгийн эмнэлгийн байгууллагуудад арвин баялаг туршлагаасаа нэвтрүүлэв.

ЗХУ-ын Эрүүлийг хамгаалахын өдрүүдийн төгсгөлд эрдэмтэн зочидтой уулзалт зохиов. Уулзалтанд Эрүүлийг хамгаалах Яамны ажилтнууд, эрдэмтэд, ерөнхий мэргэжилтнүүд оролцлоо.

Ю. Е. Вельтишев ЗСБНХОУ-ын Эрүүлийг хамгаалах Яамны харъяа хүүхдийн өвчин судлал, мэс заслын институтын захирал, сурвалжлагч гишүүн;

Бид энэ өдрүүдэд Эх нялхсыг хамгаалах эрдэм шинжилгээний хүрээлэн, Улсын хүүхдийн клиникийн төв эмнэлэг, Сүхбаатар, Ажилчны районы хүүхдийн эмнэлэг, сувилал ясли зэрэг эмнэлгүүдийн ажилтай танилцлаа. Эх нялхсыг хамгаалах эрдэм шинжилгээний хүрээлэнтэй 1986—1990 онд хамтран ажиллах сэдвийн чиглэл хэлэлцээрийн талаар санал тохиролцон хоёр талын Эрүүлийг хамгаалах яамар батлуулах бэлтгэлийг хангав.

Бид хүүхдийн эмч нартай хүүхдийн харшил судлал, иммун судлал, орчин үеийн оношлогоо, эмчилгээний аргууд, нярайн уушгины үрэвслийн эмчилгээний тактик, ураг хамгааллын асуудлаар чөлөөг ярилцлага явууллаа. Энэ цөөхөн хоногийн дотор зохиогдсон хамтын ажиллагаа монголын эх нялхсын эрүүлийг хамгаалах ажилд бага ч болсон хувь нэмэр болох боловч уу гэж найдаж байна.

Бид дараахь зүйл дээр анхаарлаа төвлөрүүлэх нь зүйтэй гэж үзэж байна.

Хүүхдийн эрүүл мэндэд тавих анхаарал халамжийг ураг нярайн үеэс нь эхлэх хэрэгтэй. Өвчтэй эхээс өвчтэй хүүхэд төрдөг нь бараг зуун хувь нотлогдсон асуудал билээ. Иймээс жирэмсэн эхчүүдийг диспансерчлах, цаг алдалгүй эрт хэвтүүлж эмчийн хяналтад байлгах явдал чухал.

— Өндөр үнэтэй аппарат, багаж шаардагдах лабораторийн шинжилгээ явуулах оношлогооны төвлөрсөн лаборатори байгуулах нь эдийн засгийн хувьд ач холбогдолтой.

— Нярайн эрүүл мэндийг хамгаалах ажилд гол асуудлыг төвлөрүүлэх нь зүйтэй байна. Манай орны амаржих газруудад дутуу болон эмгэгтэй төрсөн нярайн тасаг нээж ажиллуулснаар тодорхой амжилтанд хүрч байгаа юм. Үүний зэрэгцээ дутуу нярайн идэвхт сэхээн амьдруулах эмчилгээний явуулын бригадыг зохионо аппарат, тоног төхөөрөмжтэйгээр зохионо байгуулах;

— Хүүхдийн эмч нарын сургалтын чанарыг сайжруулбал зохино. Одоогийн н байдлаар багш нарын тоо дутуугаас болж нэг группэд хэт олон (15—16 хүртэл) оюутан байгаа нь ялангуяа клиникийн сургалт явуулахад хүндрэлтэй байгаа нь би-

дэнд харагдлаа. Энэ бүхэн ирээдүйн эмч нарын чанарт муу нөлөө үзүүлж болох юм. Докторантураар хүүхдийн мэргэжлийн эмчийг яаралтай бэлтгэх, мэргэжил дээшлүүлэх факультетийг тусад нь гаргаж тусгай тэнхимтэй болгох;

Хүүхдийн арчилгаа сувилгааны чанарыг сайжруулахад дунд мэргэжлийн ажилтнуудын мэргэжил мэдлэг, чухал шийдвэрлэх рольтой юм. Иймд тусгай курс зохиож болох юм.

Хүүхдийг багаас нь эхлэн эрүүл ахуйн дадал заншил эзэмшүүлэн, хөдөлмөрдийн ариун цэвэр, эрүүл ахуйн мэдлэгийг өндөржүүлэх, эрүүл аж төрөх ёсыг хэвшүүлэхэд ном, товхимол, гарын авлага, үзүүлэн таниулах материалыг өргөнөөр гаргаж ашиглах нь зүйтэй гэж үзэж байна.

В. И. Чисов — Москва хотын Герцений нэрэмжит хавдар судлалын эрдэм шинжилгээний хүрээлэнгийн захирал, профессор;

— Хорт хавдрыг эрт илрүүлэх, ялангуяа шинжлэх ухааны үндэслэлтэй судалгааны ажил явуулах, цаашдын оношлогоо, эмчилгээндээ хэрэглэх явдал чухал байна. Иймээс аймаг, хот, райодын нэгдсэн эмнэлгийн дэргэд онкохирург, онкогинеколог эмч нарын бүрэлдүүнтэй хавдар судлалын кабинет байгуулах хэрэгтэй юм. Ингэснээр:

— Ердийн эмнэлгүүдээс өөр өөрсдийн үйлчлэх хүрээний хүн амын дунд хавдартай тэмцэх ажлыг зохион явуулах удирдлагаар хангаж, эмчилгээ оношлогооны зөвлөмж сайжирснаар хорт хавдрыг эрт илрүүлэх нөхцөлийг бүрэлдүүлнэ.

— Хаана, ямар эрхтэний өмөн ихэсж буюу багасаж байгаа судалгаатай болсноор хавдартай тэмцэх ажлын шинжлэх ухааны үндэслэл сайжирч эмч нарын хариуцлага дээшлэн онош хожимдох явдал буурна.

— Сум болгонд оношлогооны лаборатори байгуулах боломжгүй нь мэдээж. Тэх дээ хэд хэдэн сумдын дунд юмуу аймаг, хот, райодад циталогийн төвлөрсөн лаборатори, флюорографийн кабинет байгуулж тоног төхөөрөмжөөр тоноглох явдал чухал байна. Энэ нь зөвхөн хавдар төдийгүй бусад өвчнийг эрт илрүүлэхэд ач холбогдолтой. Рентген радиологийн оношийн зарим аппаратыг орчин үеийн шинэ төхөөрөмжөөр солих хэрэгтэй.

— Анагаах ухааны дээд сургуульд хавдар судлалын тэнхим байгуулах замаар дипломын өмнөх ба дараах сургалтыг сайжруулах.

— Одоогийн байдлаар хавдар судлалын нэг эмчид 25 өвчтөн ногдож байгаа нь хүнд өвчтөнд эмчийн зүгээс үйлчлэх үйлчилгээнд муугаар нөлөөлж байгаа тул 1 эмчид 15-аас илүүгүй өвчтөн байхаар бодож нормативт өөрчлөлт оруулах;

— Анагаах ухааны хүрээлэнгийн хавдар судлалын сектор энэ чиглэлийн асуудлыг бүрэн шийдвэрлэж чадахгүй учир хавдар судлалын төвийн бүрэлдэхүүнд эрдэм шинжилгээний сектор байгуулах нь зүйтэй санагдана.

В. А. Воробьев—Москва хотын шүдний эмчийн дээд сургуулийн дотрын өвчин судлалын тэнхимийн эрхлэгч, профессор;

— Одоогийн практик аймгийн нэгдсэн эмнэлэгт оношлогооны асуудлыг кардиолог эмч нар хариуцаж байна. Үйл оношлогооны кабинетыг тусад нь нээж ажиллуулах хэрэгтэй. Ингэснээр сум дундын больницод төлөвлөгөөтэйгээр явуулын бригад ажиллуулж үзлэг хийж байх.

— Нэг өвчтөнд хэтэрхий олон, заримдаа 10-аад нэр төрлийн эм өгч байгаа явдал тааралдлаа. Энэ нь клиникийн фармакологийг цаашид хөгжүүлэх шаардлагатай байгааг харуулж байна.

— Анагаах ухааны дээд сургуулийн материаллаг бааз, ажлын нөхцөл сайн байна. Гэвч цаашид анхаарвал зохих зүйл байна. Тухайлбал:

— Тус сургуулийн VI курсийн сургалтын зохион байгуулалтыг ЗХУ-ын Анагаах ухааны дээд сургуулиудын субординатурын сургалттай ойртуулан боловсруулж болгох,

— Оюутнуудыг өөрийн гараар, бие даан эмчилж сувилах практик бэлтгэлийг сайн хангах хэрэгтэй. Үүний тулд сургууль өөрийн клиниктэй болох, клиникийн ажиллагааг сургалтанд, клиникийн эмнэлгүүдийг сургалтын ортой болгох зэрэг арга хэмжээ авах, багш нарын клиникт ажиллах цагийг ихэсгэх нэг группэд хичээллэх оюутны тоог 8-аас ихгүй байлгах.

— Мэргэжил дээшлүүлэх, олгох курсуудын ялгааг гарган тусад нь салгаж сургалтын чанарыг сайжруулах талаар тодорхой ажил зохиох хэрэгтэй юм.

И. Г. Мясникова — Москвагийн II Анагаах ухааны дээд сургуулийн эх барих, эмэгтэйчүүдийн өвчин судлалын тэнхимийн багш, доцент:

— Сургалтын явцад хамгийн гол анхаарал хандуулах зүйл бол оюутнуудын дадлагын хичээл юм. Ирээдүйн эмч нар өөрсдөө эх барьж чаддаг байх хэрэгтэй.

— Зарим амаржих газарт, жишээлбэл, Дарханд өвчтэй, төрөх эмэгтэйчүүдийг хэвтүүлж эмчлэх тасаг байхгүй, гистологийн шинжилгээ явуулдаггүй тал байна. Монголчуудад резус хүчин зүйл бага ч гэсэн цус задрах өвчтэй хүүхдийг төрүүлэхээс урьдчилан сэргийлэх явдал эмч нарын байнгын анхаарлын төвд байх ёстой.

— Өвчтөн үзэх явцад жирэмсний хожуу үеийн хүнд хордлоготой хүн тааралдаж байлаа. Иймээс хүнд, хортой нөхцөлд ажилладаг жирэмсэн эхчүүдийг ялангуяа жирэмсний сүүлийн хагаст нь ажлаас чөлөөлж, эмчилж сувилах арга хэмжээ авах шаардлагатай юм.

В. М. Козлов—Москва хотын нүдний бичил мэс заслын эрдэм шинжилгээний хүрээлэнгийн тасгийн эрхлэгч, доктор;

— Улсын клиникийн төв эмнэлэг дээр 50 ортой нүдний тасаг ажиллаж байна. Энэ бол 2 сая хүн амтай улсын хэмжээнд авч үзвэл маш бага юм.

Тоног төхөөрөмжийн хувьд орчин үеийн түвшинд хүрэхгүй байна. Нүдний даралт ихсэх өвчтэй хүмүүсийг маш удаан, заримыг нь 10 гаруй жил эмчилж байна. Эмчилгээний тактикаа өөрчлөх хэрэгтэй.

Шиллэг биений мэс заслыг нэвтрүүлэх, холын харалганы мэс заслын бэлтгэл хийх, орчин үеийн микроскоп болон нүдний мэс заслын бусад нарийн багажтай болох хэрэгтэй.

— Цаашдаа нүдний өвчин анагаах бие даасан эмнэлэгтэй болох нь зүйтэй. Аймаг болгонд нүдний эмнэлэг байгуулж хүчээ тарамдах хэрэггүй, харин улсын хэмжээгээр нэг том, 200—300 ортой эмнэлэг байгуулах нь илүү ашигтай юм.

С. И. Швед—Курганы Гэмтэл-согогийн эрдэм шинжилгээний хүрээлэнгийн тасгийн эрхлэгч, профессор;

— Осол гэмтэл жилээс жилд буурахгүй байгаа нь харамсалтай юм. Ялангуяа авто замын болон хүүхдийн гэмтэл хааяагүй их байна.

— Осол гэмтэлд орсон өвчтөн бүрд эмнэлгийн анхны тусламж хүрэхээр зохион байгуулах явдал чухал. Үүний тулд аймагт гэхэд гэмтэл согогийн эмч наад зах нь 2 хүн ажиллаж, нэг нь гэмтэл согогийн үйлчилгээний зохион байгуулалтыг хариуцах хэрэгтэй.

— Дархан Эрдэнэтийн нэгдсэн эмнэлэгт жишээлбэл, гэмтлийн 20—40 ор байна. Хэд хэдэн аймгийн дунд нийлүүлж гэмтлийн тасаг гаргах нь чанарын хувьд дээр баймаар санагдана.

— Гэмтэл согогийн нарийн мэргэжлийн эмч бэлтгэх талаар төлөвлөгөөтэй ажиллах явдал чухал байна.

Ярилцлагыг тэмдэглэсэн Ц. Цэндэм

ОНОЛ ПРАКТИКИЙН БАГА ХУРАЛ

Монгол-Зөвлөлтийн найрамдлын 35 дахь сарын ажлын үеэр зохиогдсон Зөвлөлтийн эрүүлийг хамгаалах өдрүүдийг тохиолдуулан Эх нялхсыг хамгаалах эрдэм шинжилгээний хүрээлэнгээс онол практикийн бага хурал хийв.

Хуралд ЭХЯ-ны орлогч сайд Д. Мөнхөө, ЗХУ-ын Анагаах Ухааны Академийн сурвалжлагч гишүүн, РСФСР-ийн Эрүүлийг хамгаалах Яамны хүүхдийн өвчин судлал, мэс заслын хүрээлэнгийн захирал, анагаах ухааны доктор, профессор Ю. Е. Вельтицев, мөн хүрээлэнгийн гүйцэд ба дутуу нярайн эмгэг ба физиологийн клиникийн удирдагч, анагаах ухааны доктор, профессор Г. М. Дементьева нар болон Эх нялхсыг хамгаалах эрдэм шинжилгээний хүрээлэнгийн эрдэмтэн, эрдэм шинжилгээний ажилтнууд, Анагаах ухааны дээд сургуулийн хүүхдийн өвчин судлалын тэнхимийн эрдэмтэн багш, эмч нар оролцов.

Хуралд доктор, профессор Ю. Е. Вельтицев „Хүүхдийн бөөр судлалын орчин үеийн онолын үндэслэл“, доктор, профессор Г. М. Дементьева „Клиникийн неонатологийн тулгамдсан асуудлууд“, Эх нялхсыг хамгаалах эрдэм шинжилгээний хүрээлэнгийн захирал, доцент Э. Лувсандарва „БНМАУ-ын хүүхдийн бөөр, шээсний замын өвчний бүтэц, тархалт“, АУДЭС-ийн хүүхдийн өвчин судлалын тэнхимийн эрхлэгч, доцент Н. Гэндэнжамц, багш Д. Одонтуяа нар „Уушгины стафилококкийн үүсэлтэй анхдагч үрэвслийн эмчилгээнд гепарин хэрэглэсэн нь“ зэрэг сонирхолтой илтгэл тавилаа.

Ю. Е. Вельтицев илтгэлдээ, орчин үед өвчний эмгэг жам, онош, эмчилгээний асуудал, ялангуяа дархлал судлалын болон биохимийн шинэ шинэ онолын үндэслэлүүдээр улам бүр баяжиж байгааг онцлон тэмдэглэв.

Г. М. Дементьева эрүүл эхээс эрүүл хүүхэд төрүүлж, нярай үед нь онцгой анхаарал тавих, эхийн эрүүл мэндийн байдал хүүхдийн бие бялдар, эрүүл мэндэд хэрхэн нөлөөлдөг талаар онцлон ярих.

Профессор Ю. Е. Вельтицев, Г. М. Дементьева нарын илтгэл нь хүүхдийн өвчин судлалын талаар явуулах эрдэм шинжилгээний ажлын чиглэл, хаядлагыг зааж, арга зүйн үндэс болох ач холбогдолтой боллоо.

Үг хэлсэн хүмүүс эрдэм шинжилгээний ажлын практик өгөөжийг улам өндөржүүлэх, практикаас урган гарч буй тулгамдсан асуудлыг шийдвэрлэхэд ажлаа чиглүүлэх, эрдэм шинжилгээ судалгааны ажилд практикийн эмч нарыг өргөн оролцуулах, тэднийг судалгаа шинжилгээний ажлын арга зүйд сургах талаар эрдэм шинжилгээ, сургалтын байгууллагын эрдэмтэн, багш нар байнга анхаарах талаар чухал санал гаргаж ЗХУ-ын Анагаах ухааны ололтоос суралцахын чухлыг онцлон тэмдэглэлээ.

Г. Оросоо, Д. Энэбиш

ЗӨВЛӨЛГӨӨН, ҮЗҮҮЛЭХ СУРГУУЛЬ БОЛОВ

МАХН-ын XIX их хурлаас өсвөр залуу үеийнхний эрүүл мэндийг улам бэхжүүлэх, эх, хүүхдийн өвчлөл эндэгдлийг бууруулах зорилгоор „БНМАУ-д 2000 он хүртэлх хугацаанд эх хүүхдийн эрүүл мэндийг сахин хамгаалах асуудлаар цогцлоор-зорилтот программ боловсруулж нэвтрүүлэх“ онцгой чухал зорилтыг холбогдох яам, хороо, эрдэм шинжилгээний байгууллагын өмнө дэвшүүлэн тавьсан билээ.

Намын их хурлын шийдвэрийг амьдралд хэрэгжүүлэх зорилгоор БНМАУ-ын Эрүүлийг хамгаалах Яам, ДЭХБ-ын байнгын төлөөлөгчийн газар, Эх нялхсыг хамгаалах эрдэм шинжилгээний хүрээлэн, Эрдэнэт хотын Эрүүлийг хамгаалах газар хамтран Эрдэнэт хотод „Нялхсын өвчлөл эндэгдлийн шалтгаан, бууруулах арга зам“ сэдвээр улсын чанартай Үзүүлэх сургууль, онол практикийн бага хурал, мэргэжил дээшлүүлэх семинар, туршлага солилцох зөвлөлгөөн, дугуй ширээний ярилцлага зохион байгуулж явуулав.

ҮЗҮҮЛЭХ СУРГУУЛЬ. Орчин үеийн анагаах ухааны ололт амжилт, эрдэм шинжилгээний ажлын Үр дүнг эх нялхсын байгууллагын практикт нэвтрүүлж арга ажиллагааны тэргүүн туршлагыг нийтийн хүртээл болгох зорилгоор уг Үзүүлэх сургуулийг бэлтгэн хийв.

Тус үйл ажиллагаанд МАХН-ын Төв Хорооны ажилтан Б. Аюуш, Эрүүлийг хамгаалах Яамны орлогч сайд Д. Мөнхөө, ЭХЯ-ны хүүхдийн ерөнхий мэргэжилтэн Э. Лувсандагва, эх барих эмэгтэйчүүдийн ерөнхий мэргэжилтэн Б. Шижирбаатар, БНМАУ-ын хүний гавьяат эмч Н. Гэндэнжамц, Цэрэндорж, Эх нялхсыг хамгаалах эрдэм шинжилгээний хүрээлэнгийн эрдэм шинжилгээний ажилтнууд, аймаг, хотын Эрүүлийг хамгаалах газрын дарга, эх нялхсын байцаагч мэргэжилтэн, эмч нар болон Зөвлөлтийн мэргэжилтнүүд оролцов. Мөн Эрдэнэт хотын Намын Хороо, АДХ-ын Гүйцэтгэх Захиргааны хариуцлагатай ажилтнууд оролцлоо.

Үзүүлэх сургуулийг тус хотын нэгдсэн эмнэлэг, хүүхдийн больниц, хүүхдийн нэгдсэн хэсэг, эмэгтэйчүүдэд зөвлөлгөө өгөх газар, 4 дүгээр ясли, хүүхдийн сувилалд хийв.

ОНОЛ ПРАКТИКИЙН БАГА ХУРАЛ. Үзүүлэх сургуулийн үеэр “Эх нялхсын өвчлөл эндэгдлийг бууруулах нийгэм-эрүүл ахуйн асуудал” сэдвээр онол практикийн бага хурал болж МАХН-ын XIX их хурлын шийдвэрийг хэрэгжүүлэхэд эх, нялхсын байгууллагын зорилт (Д. Мөнхөө), Нялхсын эндэгдлийн шалтгаан бууруулах арга зам (Э. Лувсандагва), Нялхсын эндэгдлийг судлах арга зүй, бууруулах арга хэмжээг боловсруулах (С. Я. Сарычева), Бага насны хүүхдийн амьсгалын эрхтэний өвчний оношлогоо, эмчилгээний асуудал (Н. Гэндэнжамц), Эхийн эндэгдлийн шалтгаан, бууруулах арга зам (Б. Шижирбаатар) Эрдэнэт хотын хүүхдийн өвчлөлийн байдал, бууруулах арга зам (Ч. Жигжидсүрэн) зэрэг 15 илтгэл хэлэлцэв.

Тус бага хурал нь эх нялхсын өвчлөл эндэгдлийн шалтгаан түүнийг бууруулах арга замыг цаашид гүнзгийрүүлэн судлах, хэтийн төлөвийг тодорхойлох арга ажиллагааг боловсронгуй болгон чанаржуулахад чухал Үр дүнтэй боллоо.

МЭРГЭЖИЛ ДЭЭШЛҮҮЛЭХ СЕМИНАР. Эрүүлийг хамгаалах Яамны ерөнхий мэргэжилтэн, эрдэм шинжилгээний ажилтан, эрүүлийг хамгаалахын зохион байгуулагч, эрдэмтэн багш нар гурван өдрийн семинар өгөв.

Тус семинар нь эх хүүхдийн өвчлөл, судлал, диспансерчлалын онол, аргачлал, практикийн байгууллагын тэргүүн туршлага, жишээнд тулгуурлан өгөгдсөн нь эмч мэргэжилтний мэргэжил мэдлэгээ дээшлүүлэх, урьдчилан сэргийлэх арга ажиллагааг өргөжүүлэх, эмчилгээ үйлчилгээнд орчин үеийн анагаах ухааны оношлогоо эмчилгээний арга барилыг нэвтрүүлэх, эх нялхаст Үзүүлэх эмнэлгийн тусламжийн зохион байгуулалт, арга зүйг боловсронгуй болгоход бүрэн чиглэгдэв.

ЭХ НЯЛХСЫН ЭРҮҮЛ МЭНД-ШБОС ТЭРГҮҮН ТУРШЛАГА гэсэн үзэсгэлэн ажиллав.

Үзэсгэлэнд Архангай, Баян-Өлгий, Сэлэнгэ, Завхан, Өмнөговь, Сүхбаатар, Эрдэнэт, Улаанбаатар зэрэг аймаг, хотын эх нялхсын байгууллагын 200 гаруй үзмэр тавигдсан нь нийтийн хүртээл болохуйц тэргүүн туршлага учраас практик ажилд нэвтрүүлэх нь эх нялхсын байгууллагын нэн тэргүүний зорилт мөн.

Үзүүлэх сургуулийн үеэр „ЭХ НЯЛХСЫН ЭРҮҮЛ МЭНД БҮХ НИЙТИЙН ҮЙЛ ХЭРЭГ“, сэдвээр дугуй ширээний ярилцлага хийв.

МАХН-ын Төв Хороо, Сайд нарын Зөвлөлийн 1979 оны 21 дүгээр тогтоолд эх хүүхдийн эрүүл мэндийг хамгаалах ажлыг цаашид сайжруулах явдлыг улс нийгмийн нэн чухал зорилт гэж үзэж орон нутгийн нам улс, олон нийт, хоршооллын байгууллагын нийт хөдөлмөрчдийн бүтээлч идэвх санаачилгыг түүнд чиглүүлэн бүх нийтийн үйл хэрэг болгон өрнүүлэхээр заасан билээ.

Орон нутагт эх хүүхдийн эрүүл мэндийг хамгаалах ажилд тус хотын Намын Хороо, АДХ-ын Гүйцэтгэх Захиргаа болон орон нутгийн нам улс, хоршооллын байгууллагууд бодит туслалцаа үзүүлж байдгийг тус ярилцлагад оролцсон хүмүүсийн яриа харууллаа.

Ярилцлагад Эрдэнэт хотын нам, улс, олон нийтийн байгууллагын ажилтнууд бусад аймаг, хотын Намын Хороо, АДХГЗ-ны эмнэлгийн ажил эрхэлсэн дарга нар, хөдөлмөрчдийн төлөөлөгчид оролцож эрдэмтэн, мэргэжилтнүүдээс асуулт асууж, харилцан ярилцаж санал бодлоо солилцов.

Үзүүлэх сургуулийн төгсгөлд „МАХН-ын XIX их хурлын шийдвэрийг хэрэгжүүлэхэд эх нялхсын байгууллагын зорилт“ сэдвээр зөвлөлгөөн боллоо.

Зөвлөлгөөнөөс МАХН-ын их хурлын шийдвэрийг хэрэгжүүлж, эх нялхсын байгууллагын тэргүүн туршлагад тулгуурлан эх нялхсын эрүүл мэндийг хамгаалах ажилд чанарын ахиц гаргах, эх нялхаст үзүүлэх эмнэлгийн тусламжийн зохион байгуулалт, арга зүйг боловсронгуй болгох, эх нялхсын өвчлөл эндэгдлийн шалтгааныг судалж бууруулах арга хэмжээг боловсруулж хэрэгжүүлэх ажлыг улам эрчимжүүлэх зорилгоор эрүүлийг хамгаалах, эх нялхсын байгууллагын эмч мэргэжилтэн, ажилтан ажилчдад хандаж зөвлөмж гаргав.

Зөвлөлгөөнд оролцогчид үзүүлэх сургуулиар танилцсан байгууллага газруудын туршлагаас өөрсдийн ажилд бүтээлчээр хэрэгжүүлэх зорилт дэвшүүлэв.

Ц. Алтанцэцэг

УНШИГЧДЫН БАГА ХУРАЛ БОЛОВ

Эмнэлгийн хэвлэлийн нэгдсэн редакци, „Анагаах ухаан“ сэтгүүлийн уншигчдын бага хурлыг Хөвсгөл, Хэнтий, Завхан, Эрдэнэт, Улаанбаатар зэрэг аймаг, хотод хийж өнгөрсөн онд тус редакциас хэвлэл нийтлэлийн талаар хийсэн ажлаа тайлагнав.

Хуралд аймаг, хотуудын эмч, эрдэм шинжилгээний ажилтан, идэвхтэн бичигчид оролцов.

Тус хурлаар „Анагаах ухаан сэтгүүлийн агуулга, чанарыг сайжруулъя“ гэсэн илтгэл хэлэлцүүлж, сэтгүүлийн агуулга чанар, өнгө үзэмж, хэвлэл нийтлэлийн талаар санал бодлоо солилцож сонирхсон зүйлээ асууж харилцан ярилцав.

Уншигчдын бага хурлаас сэтгүүлд нийтэлж буй өгүүлийн ялангуяа „Эрдэм шинжилгээ, судалгаа“, „Мэргэжлийн зөвлөлгөө“ буланд нийтлэгдэж буй өгүүлийн шинжлэх ухааны үндэслэлийг сайжруулах, судалгаа шинжилгээний дорвитой бүтээл гаргах, тэдгээрийн тоог олшруулах, чанарыг эрс сайжруулах, ЗХУ-ын анагаах ухааны эмчилгээ оношлогоонд гарч буй шинэ сэргэж зүйлийг түргэн шуурхай мэдээлэх, эрүүлийг хамгаалахын өмнө тулгамдсан асуудлыг шийдвэрлэхэд туслах өгүүлэл нийтлэх, эмч нарт гарын авлага болохуйц өгүүлэл зэргийг ихэсгэх зорилт дэвшүүлэв.

Үүний хамт тус редакцийн зөвлөлөөс сэтгүүлийн хэвлэл нийтлэлийн ажилд Анагаах ухааны хүрээлэн, Анагаах ухааны дээд сургууль, Эрүүл ахуй халдвар нян судлалын улсын институт, Эх нялхсыг хамгаалах эрдэм шинжилгээний хүрээлэнгийн эрдэм шинжилгээний ажилтан багш нар идэвхтэй оролцож байгааг тэмдэглэж ялангуяа хөдөө, орон нутагт ажиллаж байгаа эмч нар хэвлэл нийтлэлийн ажилд идэвх муутай, оролцохгүй байгааг анхааруулав.

Ц. Алтанцэцэг

ЭРҮҮЛИЙГ ХАМГААЛАХ АЖЛЫГ ҮНЭЛЭХ, ТӨЛӨВЛӨХ ТУХАЙ

МАХН-ын XIX их хурлаас хүн амын эмнэлгийн үйлчилгээний хүрээг өргөтгөж, чанарыг сайжруулах талаар томоохон зорилт дэвшүүлсэн билээ.

Хүний эрүүл мэнд гэдэг бол өргөн цар хүрээтэй, гүнзгий утга агуулгатай ойлголт юм. Эрүүл энх байна гэдэг юуны өмнө хүний аз жаргал бөгөөд хөдөлмөрийн өндөр бүтээл гаргах чадвартай, сайн сайхан амьдарч аж төрөхийн нэг нөхцөл байдаг. НҮБ-ын хүний эрхийн дүрэм, ДЭХБ-ын дүрэмд „Эрүүл мэнд бол энэ ертөнцийн хүн бүрийн эдэлбэл захих“ эрх гэж заасан байдаг.

Нийгмийн хөгжлийг шийдвэрлэх хүч нь хүн өөрөө болохоор хүний эрүүл мэндийн тухай, хүний эрүүл байх эрхийн тухай асуудал бүх л нийгмийн гол гогцоо асуудал байсаар ирсэн бөгөөд энэ нь зөвхөн социалист нийгэмд л жинхэнэ ёсоор шийдвэрлэгддэг юм. Капиталист нийгэмд хэдий хэмжээтэй мөнгө төлсний нь хэрээр өвчтөнийг эмчилдэг бол социализмд өвчтөнийг ямар ч үнэ төлбөргүй бүрэн эдгэрч тэнхэртэл нь эмчилдэг. Ингэхлээр социалист нийгмийн эмч, эмнэлгийн ажилтны ёс суртахуун бол тухайн нийгмийн ёс суртахууны бүрэлдэхүүн хэсэг болж байдаг.

Тэхдээ эмнэлгийн үйл ажиллагааны үр дүн нь хувь хүний үйл ажиллагааны мөн чанараас өөрөөр хэлбэл, хүний хүчин зүйлээс ихээхэн шалтгаална. Эмч хүн өндөр мэдлэгтэй, бие бялдар, оюун санааны асар их тэвчээр хатуужилтай, зохион байгуулах чадвартай байхаас гадна сэтгэл зүйч, уран зураач, багш, сурган хүмүүжүүлэгч байхыг шаарддаг өвөрмөц мэргэжил юм.

Хүний биологийн болон нийгмийн нууцыг хадгалж хүмүүст хүндлүүлж явдаг онцгой мэргэжил.

Зөвлөлтийн нэрт эмч Молчанов „Өвчтөнтэй харьцахдаа генералтай харьцаж байгаа юм шиг байж, өвчтөнийг эмчлэхдээ цэрэгтэй харьцаж байгаа шиг байх хэрэгтэй“ гэж хэлсэн байдаг.

Ер нь эмч хүнийг мэдлэг мэргэжлийн ур чадвар, идэвх санаачлага, дадлага туршлага, ёс суртахуун, хүмүүжил, ажлын хариуцлага, сахилга батын талаас нь олон түмэн үнэлдэг бөгөөд тэр үнэлэлт хэдий чинээ өндөр байж нэр хүнд нь тэр хэмжээгээр өснө. Ийм нэр хүндтэй эмчийг ард түмэн хүндэлж, нам засаг хайрлан ивээж байдаг билээ. Дээрх үзүүлэлт нь эмч хүний хувийн шинж чанарыг харуулдаг учраас залуу эмч нарыг тэдгээр үзүүлэлтээр байнга үнэлж, тэд эмч хүний ямар чанарыг нь эзэмшсэн, ямар талаас нь туслах шаардлагатайг тодорхойлон, чиглэсэн зорилготой ажил зохиох талаар эмнэлгийн захиргаа, нам олон нийтийн байгууллага анхаарч ажиллавал зүйтэй санагддаг.

Эмч нарыг мэргэжилтний нь хувьд хэрхэн үнэлэх талаар товч ярилаа. Гэтэл тэдний үйл ажиллагааг хэрхэн төлөвлөх, ямар үзүүлэлтээр үнэлэх нь нэлээд нарийн төвөгтэй юм. Нийгэмд хэр ашиг тустай, хөгжил дэвшилд ямар нөлөө үзүүлснээр нь анхиаа хөдөлмөрийг үнэлдэг. Гэтэл одоогийн практикт ор хоног, өдөр, сар, жил дүрээ хүний тоо гэх зэрэг үзүүлэлт хэрэглэж байгаа нь эмчийн хөдөлмөрийн эцсийн дүн болох, өвчтөн эдгэрсэн эсэх, өвчлөлт буурсан зэргийг бүрэн харуулж чадахгүй байна. Эмчийн үйл ажиллагааг үнэлж дүгнэхдээ эрхэлж байгаа ажлын онцлогтой нь заавал холбох ёстой.

Амбулатори-поликлиник, хэсгийн эмнэлэгт ажиллаж буй эмч нарын ажлыг үнэлэх үзүүлэлт нь үйлчлэх хүрээний хүн амын өвчлөлийг бууруулах явдал юм. Үүний тулд тэд үйлчлэх хүрээний хүн амыг урьдчилан сэргийлэх үзлэгт бүрэн хамруулан диспансерчлах, ихээр тархаж байгаа өвчлөлийг бууруулах, томуу ба томуу төст өвчин, гүйлсэн булчирхайн үрэвсэл, шүдний өвчтэй хүмүүсийг эрүүлжүүлэх зэрэг системтэй ажил зохиох л чухал юм. Мөн түүнчлэн хөдөлмөрийн чадварыг түр алдагдуулж байгаа зонхилох өвчин болох хэрэх, зүрхний гажигтай, ходоод гэдэс, амьсгалын замын архаг өвчинтэй хүмүүсийг амбулатори ба хэсгээр эрт оношлон илрүүлж холбогдох эмчилгээг хийж, шаардлагатай Үед нь эмнэлэгт хэвтүүлэн эмчилж, эмнэлгээс гарах үед нь хяналтандаа авч ажиллах нь хэсгийн эмч нарын идэвх санаачлагыг өндөржүүлэхэд нөлөөлөх ач холбогдолтой юм. Хэсгийн эмч нарын ажлыг үйлчлэх хүрээний хүн амын өвчлөл хэр зэрэг буурсан эсэхээр үнэлдэг журамд шилжвэл хөдөлмөрчдийн дунд явуулах эрүүл аж төрөх ёсны сурталчилгааны ажил, эмч нараас харьяа үйлдвэр, аж ахуйн газрын эрүүл ахуйн нөхцөлд тавих хяналт сайжрахад түлхэц өгнө.

Больниц, стационарт ажиллаж байгаа эмч нарын ажлыг, орны эргэлтийг хурдасгасан байдал, оношлолт эдгэрэлтийн хувь зэргээр үнэлж болох юм. Энэ нөхцөлд стационарын эмч шаардлагатай бүх эмчилгээг цаг адалгүй хийж өвчтөнийг эдгэрүүлж гаргахдаа амбулатори, хэсгийн эмчийн хяналтанд хүлээлгэн өгч, цаашдын эмчилгээний талаар зөвлөгөө өгдөг журам аяндаа хэвшихэд нөлөөлнө. Үйлд-

вэрийн ажилчин хүн 21 хоног больницод эмчлүүлэхэд, тухайн хугацаанд бүтээгдэхүүний алдагдал, эмчилгээний зардал, тэтгэмж нийлээд улсад зургаан мянга шахам төгрөгний хохирол учирдаг байна. Үүнээс гадна өвчилсөн хүний оюун санаа, биеийн хүчний байдалд тодорхой хугацаанд өөрчлөлт гарч хөдөлмөрийн бүтээмжид сөрөг нөлөө үзүүлдгийг бодолцвол бүр ч их хохирол тооцогдох болно. Иймээс цаашид өвчлөлийг бууруулсан, өвчтөнийг богино хугацаанд эмчлэн эдгэрүүлсэн, ор хоног тутамд ногдох зардлыг хямруулснаас гарах нийгэм-эдийн засгийн асар их ач холбогдлыг харгалзан эмч, эмнэлгийн ажилтныг урамшуулдаг системийг бий болгох нь зүйтэй байна. Эмнэлгийн байгууллага, эмч нарт ч ийм үзүүлэлтээр төлөвлөгөөт даалгаврыг өгдөг журамд шилжмээр байна.

Ард түмний эрүүл мэндийг сахин хамгаалах үйл хэрэгт орон нутгийн төрийн захиргааны байгууллага, үйлдвэр аж ахуйн газрын захиргаа чухал үүрэгтэй.

БНМАУ-ын Эрүүлийг хамгаалах хуульд „Аймаг, хот, сум (хот) район, хороо, сангийн аж ахуй, хөдөө аж ахуйн нэгдэл болон үйлдвэр, албан газар, байгууллага нь хөдөлмөрчид, хамт олны хөдөлмөр, амралт, ахуйн нөхцлийг сайжруулах, эрүүл мэндийг хамгаалах, тэдэнд ариун цэвэр, эрүүл ахуйн мэдэгдэхүүн олгох, орчныг бохирдлоос хамгаалах асуудлаар жил бүр нэгдсэн төлөвлөгөө зохиож, АДХ-ын Чуулган, хамт олны хурлаар баталж ажиллана“ гэж заасан байдаг. Үйлдвэр аж ахуйн байгууллагын захиргаа, Үйлдвэрчний эвлэл, Эмнэлгийн байгууллага, хамтарч өвчлөл бууруулах төлөвлөгөөг жил, сарын хугацаатай гаргаж тодорхой ажил зохиовол зохих нөлөө Үзүүлднэ. Ганц жишээг дурьдахад томууг багасгаж чадвал амьсгалын замын өвчин, гүйлсэн булчирхайн үрэвсэл, уушгины хатгалгаа, дунд чихний үрэвслийг багасгах ба улмаар хүнийг тахир дутуу болгодог хэрэх өвчин, зүрхний гажиг, Үе мөчний бусад хүнд өвчний гаралтыг багасгах юм. Үйлдвэрлэлээс ажилчдыг хөндийрүүлэхгүйгээр эрүүлжүүлж, чийрэгжүүлэх, урьдчилан сэргийлэх арга хэмжээ авах зорилгоор үйлдвэрийн дэргэд сувилал, амралтын газар байгуулах, үйлдвэр цехийн хэсгийн эмнэлгийг тогтмол ажиллагаатай байлгах, ажилчдыг цай хоолоор үйлчлэх зэрэг хамтын хүчээр өвчлөлтийг бууруулж хөдөлмөрийн бүтээмжийг дээшлүүлэх бодит боломж байна. ЗХУ-ын Чилибинск хотын В. И. Лениний нэрэмжит тракторын заводын туршлагаар Улаанбаатар хотын 3 дугаар цахилгаан станцын нам захиргааны байгууллага 1982 оноос Ажилчны районы нэгдсэн эмнэлгийн эмч нарын бүрэлдэхүүнтэй „эмч, инженерийн нэгдсэн бригад“ гаргаж ажилчдын хөдөлмөрийн аятай нөхцөлийг бүрдүүлэхэд эмч нар туслаж үйлдвэрийн газрын бүх өрөө тасалгааны агааржуулалт, гэрэлтүүлэг, дуу чимээнд хэмжилт хийн ариун цэвэр, эрүүл ахуйн нөхцөлийг сайжруулж ажилчин, албан хаагчдыг диспансеригн хяналтад бүрэн хамруулсан байна.

Мөн эрүүл ахуй, ариун цэвэр, урьдчилан сэргийлэх арга хэмжээг багтаасан эрүүлжүүлэх программ боловсруулж ажиллажээ. Эдгээр арга хэмжээний үр дүнд 1983 оныг 1981 онтой харьцуулбал хөдөлмөрийн чадвар түр алдалт зуун (100) ажилчинд таван тохиолдлоор өвчлөл 120 хоногоор буурчээ.

Хэдийгээр ийм туршлага байгаа боловч орон нутаг, үйлдвэрийн газрын хэмжээнд өвчлөлийг бууруулах талаар тодорхой арга хэмжээ авах ажил тэдгээрийн удирдах ажилтнуудын идэвх санаачлагаас шалтгаалж жигд бус зохиогдож байна.

Үүнээс үзвэл, өвчлөл бууруулах төлөвлөгөөт даалгаварыг эмнэлгийн байгууллага, эмч нарт төдийгүй орон нутагт төрийн захиргааны нэгж, үйлдвэр аж ахуйн газар, байгууллагын захиргаанд жил бүр өгдөг болох нь зүйтэй байна.

Энэ нь эдийн засгийн ач холбогдолтой төдийгүй хүн амыг цаашилбал улс орны үйлдвэрлэл, ахуйн соёлын түвшинг нийтэд нь өөд татах механизм болно гэж үзэж байна.

Их эмч С. Цэрэннадмид

УДАМШЛЫН ТУХАЙ УНШИХ ГЭЭД УРАМ ХУГАРСАН МИНЬ

Өргөн мэдлэгээ уншигч бидэнтэйгээ хуваалцаж шинжлэх ухааны ололт амжилтаас сонин, хэвлэлд сурталчилж байдаг эрдэмтэд судлаачдын бичсэнийг бид байнга шимтэн уншдаг билээ. Гэтэл уншсан зарим зүйлийн дотор эргэлзээтэй, тэр ч битгий хэл эндүү гэмээр бичигдсэн зүйл заримдаа тааралдах юм.

Үүнийг удамшлын тухай хэвлэлд бичсэн зүйлээр жишээ татан авч үзье.

“Үнэн” сонины 1985 оны 276 дугаарт анагаах ухааны дэд эрдэмтэн Ц. Мухарын “Удамшил, эрүүл мэнд” гэсэн өгүүлэл нийтлэгдсэн билээ. Зохиогч удамшил гэдэг ойлголтыг тайлбарлахдаа хүүхэд эцэг эхээ давтан төрөхийг хэлнэ гэжээ. Ийм тайлбар нь удамшлын ухааны хувьд ч диалектикийн зүй тогтлын үүднээс ч алдаатай ойлголт юм. Ном зохиолд ч ингэж ойлгож болохгүй гэж бичсэн байна. Жишээ нь “Анагаах ухааны генетикийн үндэс” номонд “Хромосом доторх генүүдийн шинэ хоршил үүсч энэ эсээр үр тогтож шинээр төрөх удам эцэг эхийн шууд хуулбар биш, харин эцэг эхээс авсан генүүдийн шинэ хоршлын дүнд үүсэж бий болсон, чанарын хувьд цоо шинэ өөрийн гэсэн өвөрмөц давтагдашгүй шинжтэй бие махбод юм...” (27-р тал) гэж бичжээ.

Эцэг эхээс үр хүүхдэд дамжиж байгаа удамшлын мэдээлэл нь хромосом ба генийн түвшинд шинэ шинэ хоршил найрлыг үүсгэж генетикийн нийлбэр мэдээлэл өөрчлөгддөг учир хүүхэд эцэг эхтэйгээ адилхан байх төдийгүй олон шинжээр тэднээс ялгарч байдгийг бид мэдэх билээ.

Мөн энэ өгүүлэлд удамшлын 2000 орчим эмгэг байгааг дурьдаад “...түүний дотор судас хатуурах, цусны даралт ихсэх болон зарим хорт хавдрууд... мэт удамшилд өртөмтгий олон өвчин байдаг” гэж эндүү бичжээ. Учир нь орчин үед мэдэгдэж байгаа 2000 гаруй удамшлын өвчин бол тодорхой нэг генээр үүсдэг (моногонийн) эмгэгүүд юм. Харин зохиогчийн “удамшилд өртөмтгий” гэж нэрлээд байгаа эмгэгүүд үүсэхэд хувь хүний удамшлын бүтэц нөлөөтэй боловч гол нь орчны нөлөөнөөс шалтгаалж үүсдэг. Ийм эмгэгүүд нэг гэр бүлд удамших хандлагатай байхад өөр тохиолдолд огт удамшихгүй ч байж болдог. Иймд эдгээр бүлэг өвчнийг дээр дурьдсан удамшлын гэгдэх 2000 өвчний тоонд оруулдаггүй билээ.

Мөн цааш нь “Бие махбодын онцлог ДНХ-ийн молекулын хэсгүүдэд агуулагдана” гэж ямарч утгагүй, ойлгомжгүй төдийгүй буруу ташаа бичээд “Үүнийг ген гэнэ” гэж тайлбарласан нь даанч болхи болжээ.

Энэ мэтчилэн зохиогч маань өөрөө сайн ойлгоогүй юмаа бичээд байгаа юмуу даа гэсэн бодол уг өгүүллийг цаашид унших тутам өөрийн эрхгүй төрөхөөр байна. Энэ эрдэмтний бичсэн “Удамшлын өвчин” гэсэн хоёр дахь (Үнэн, 1986 № 210) өгүүлэлд алдаа ташаа зүйл бүр ч ихэсч ойлгоход бэрх, болхи хэллэг, буруу томъёолол олон байгаа нь уншихад урам хугарахаар болжээ. Жишээ нь “Мутаци болсон бэлгийн хромосомын өвчтэй” ген үр хөврөлд оролцож үүргээ биелүүлж чадахгүй болсноос генийн өвчин үүсдэг гэж бичжээ. Генийн өвчин үүсэх жамыг ингэж тайлбарлаж болохгүйн дээр зохиогч бэлгийн эс, бэлгийн хромосом хоёроо хооронд нь андуурч будилаад байгаа нь илт

байна. Цааш нь „Удамшлын өвчний эх уурхай болсон хромосомын ба генийн гажигийн давамгайлах сулруулах чадвараас болж өвчтэй эцэг эхээс төрсөн хүүхдийн тэн хагас нь юмуу эсвэл дөрөвний нэг нь өвчтэй байх зарим тохиолдолд үе алгасан удамших зэрэг тодорхой хэм хэмжээтэй үйлчилдэг. Үүнийг удамшлын хууль гэнэ гэж бичжээ. Энэ өгүүлбэр ямар нэг тодорхой утга санаа илэрхийлэх чадваргүй, хэллэг бүтэцийн хувьд дэндүү болхи болсныг эс тооцёе гэхэд удамшлын хуулийн тухай ингэж тодорхойлно гэхэд боломжгүй санагдана. Дунд сургуулийн сурахаас уншсан ч энэ тухай ойлгомжтой бичсэн байгаа. Түүнээс гадна „Удамшлын өвчний эх уурхай болсон хромосомын ба генийг гажиг . . .“ гэж юу яриад байна вэ?

Мөн зохиогч маань хромосомын гажгийг Менделийн хуулийн дагуу удамшдаг гэсэн буруу ойлголттой байгаа бололтой. Хромосомын эмгэгийг хэдийгээр генетикийн өвчинд хамааруулж үзэх боловч ховорхон хэдэн тохиолдлоос бусад хромосомын өвчин ерөөсөө удамшдаггүй билээ. Удам дамжиж болох тэр цөөхөн тохиолдол нь генийн эмгэгийн удамших зүй тогтолоос өөр байдаг.

Тэрчлэн өвчтэй эцэг эхээс төрөх хүүхдийн тэн хагас нь юмуу дөрөвний нэг нь өвчтэй байна гэж баталж хэлээд байгаа нь үнэнд огт нийцэхгүй. „Тэн хагас“, „дөрөвний нэг“ гэж генетикийн номонд бичиж байгаа нь ийм байх боломжтой гэсэн үг болохоос биш хүүхдийн төдөн хувь нь заавал өвчтэй байна гэсэн үг бишээ. Түүнээс гадна удамшлын өвчтэй хүүхэд заавал өвчтэй эцэг эхээс төрөх албагүй харин ихэнх тохиолдолд эмгэг генийг далд хадгалж яваа эрүүл хүмүүсээс өвчтэй хүүхэд төрдөг гэдгийг зохиогч мартсан бололтой.

Эрдэмтэн Ц. Мухар бодисын солилцооны удамшлийн өвчнийг тайлбарлахыг оролдох явцдаа „Үүнээс болсон юмуу“ нэг ген-нэг фермент“ гэсэн хэллэг байдаг“ гэж ихэд эргэлзэнгүй бичсэнээрээ генийн тухай бодисын солилцооны удамших эмгэг яагаад үүсдэг талаар тун ч нимгэн мэдлэгтэй байгаагаа өөрөө зөвшөөрчээ.

„Нэг ген-нэг фермент“, „нэг ген-нэг полипептид“ гэдэг нь зохиогчийн ойлгосон шиг зүгээр нэг хэллэг төдий зүйл биш бөгөөд молекулын төвшинд үүсэх генийн өвчний мөн чанарыг тайлбарласан онол билээ. Энэ онолыг үндэслэгчид 1958 онд Нобелийн шагнал хүртсэн нь уг нээлт молекулын генетикт чухал хувь нэмэр болсныг гэрчлэх бөгөөд удамшлын тухай сонирхон судлаж байгаа хэн боловч түүнийг мэдсэн байх ёстойсон.

Зохиогч энэ өгүүллийнхээ эцэст хүйс даган удамшсан цус хайлах эмгэгийн тухай бичсэн нь эргэлзээ төрүүлж байна. Цус хайлах эмгэг (гемолитическая болезнь) маш олон янз байж болох боловч тэдгээрийн аль ч хүйс дагаж удамшдаггүй билээ. Харин зохиогч маань цусны бүлэгнэх чанар алдагддаг өвчнийг (гемофилия) цус хайлах өвчин гэж ташаарсан байж магадгүй юм. Учир нь гемофилийг үүсгэдэг ген Х-хромосомд байдаг учраас түүгээр эрэгтэйчүүд өвчилнө.

Анагаах ухааны генетик нь шинэ тутам залуу шинжлэх ухаан учир ялангуяа манай оронд мэргэжлийн боловсон хүчин дутагдалтай тал байдаг бизээ. Гэвч энэ нь алдаатай буруу зөрүү зүйл бичиж ярихыг зөвтгөх шалтаг болох ёсгүй.

„Эрүүл мэнд“ сэтгүүлийн 1986 оны 5 дугаарт анагаах ухааны дэд эрдэмтэн С. Лхүндэв „Арьсны удамшлын өвчин“ гэсэн өгүүлэл хэвлүүлсэн байна. Энэ өгүүлэлд эхний өгүүлбэрээсээ өгсүүлээд алдаа ташаа зүйл олон байна.

Зохиогч удамшлын өвчин гэдэг тодорхойлолтыг „Өвчтэй эцэг эхээс үр хүүхдэд нь дамжсан өвчнийг хэлнэ“ гэж уншигчдад буруу ойлголт өгөхөд хүрчээ.

Удамшлын өвчтэй хүүхэд заавал өвчтэй эцэг эхээс төрж байх албагүй гэдгийг С. Лхүндэв, Ц. Мухарын нэгэн адил мартаад байгаа бололтой. Удамших хэлбэрээсээ хамаараад эрүүл эцэг эхээс өвчтэй хүүхэд төрөх явдал удамшлын өвчний дотор ихэнх хувийг эзэлдэг. Мөн генийн шинээр үүсэх мутац (хувьслын) -ийн улмаас хэзээ ч энэ удамд байгаагүй өвчин гэнэт илэрч болдог.

Тэрчлэн эцэг эхэд байгаа өвчин хүүхдэд илрэх нь заавал удамшилтай ч холбоогүй. Зарим халдварт өвчнийг хүүхэд эхээсээ авч төрж болно. Тэхээр удамшлын өвчин гэдгийг орчин үеийн ном зохиолд бичиж байгаагийн дагуу зөв тодорхойлох хэрэгтэй байжээ.

Цааш нь „Удамшлын бүх өвчнийг моноген, полиген, хромосомын хэлбэрүүд гэж 3 хэсэгт хуваадаг боловч ДЭХБ-ын мэдээгээр бүх удамшлын өвчний гуравны нэг нь арьсны удамшлын өвчин байна. Үүнийг дотор нь Фенкопийн, генокопийн өвчнүүд гэж хуваана“ гэж бичсэн байх юм.

Генетикийн өвчнийг ерөнхийд нь генийн ба хромосомын гэж хоёр том бүлэг болгон ангилах бөгөөд тэр нь цаашдаа нарийвчлан хуваагдаг билээ.

Сүүлийн жилүүдэд хэвлэгдсэн номонд бичсэнээр бол арьсны удамшлын биеэ даасан эмгэгүүд 250 орчим бүртгэгджээ. Удамшлын нийт эмгэгийг 2000 орчим гэж үзвэл түүний гуравны нэг нь арьсны удамшлын өвчин байж чадахгүй болох нь харагдаж байна. Тэгэхээр зохиогчийн иш татсан эх материал алдаатай байсан юмуу хэт хуучирсан тоо байсан бололтой.

„Арьсны удамшлын өвчнийг дотор нь фенкопийн, генокипийн өвчин гэж хуваадаг“ гэсэн нь бүр ч ташаа зүйл болжээ. Орчны хүчин зүйлийн нөлөөгөөр үүссэн өвчний илрэл генээр үүссэн өвчний шинж тэмдгээс ялгарахгүй байх тохиолдолд фенкопи гэдэг нэр томъёог хэрэглэдэг нь уг өвчний үед удамшил ямарч хамаагүй гэсэн санааг илэрхийлж байгаа юм. Харин генокопи гэдэг нэр томъёог өөр өөр генийн нөлөөгөөр нэг ижил шинж тэмдэг (өвчин) нөхцөлдөн үүсэх үед ихэвчлэн хэрэглэдэг.

Цааш нь „...түүнийг үр хөврөлийн ба их биеийн гаралтай гэж 2 хуваана“ гэж бичсэн байх юм. Хэрэв удамших эмгэгийн тухай ярьж байгаа бол үр хөврөлийн эмгэг (эмбриопати) удамшлын биш шалтгаантай байдаг шүү дээ. Гэтэл зохиогч маань „Үр хөврөлийн гаралтай арьсны удамшлын өвчин...“ гэж байн байн яриад байгаа нь арьсны төрөлхийн өвчин удамшлын өвчин хоёрыг хольж хутгаад байгаа нь илт байна.

Арьс өнгөний эмч нарын генетикийн мэдлэг сул байсан үед төрөлхийн өвчин удамшлын өвчин хоёрыг адилтган ойлгодог байсан ташаарлын тухай „Арьсны удамшлын өвчин“ „Наследственные дерматозы“ (номыг зохиогчид) К. Н. Суварова, А. А. Антоньев цохон тэмдэглэсэн байна. (Уг номын 50 дугаар тал).

Генетикийн ухаан төдийлөн хөгжөөгүй байсан үед ийм алдааг уучилж болохсон. Харин ямарч мэргэжлийн эмчид генетикийн тодорхой мэдлэг гарцаагүй шаардлагатай болсон өнөө үед ийм энгийн зүйл дээр эмч хүн тэр дундаа эрдэмтэн хүмүүс будилах нь зохисгүй хэрэгээ.

Эдгээр зүйлийг уншихад тун элбэг тааралдаж байгаа буруу ташаа зүйлс нь хэвлэлийн бук у санамсаргүй алдаа биш харин зохиогчдын генетикийн мэдлэгийн түвшинтэй шууд холбоотой гарсан алдаанууд байгаа нь илт байна.

Шинжлэх ухааны ололтыг олон түмэнд сурталчилахыг зорьсон нь сайшаалтай боловч хэн бүхний мэдэх энгийн зүйл дээр алдаж уншигчдад эндүү ташаа ойлголт өгөхөд хүрчээ.

Эцэст жирийн оюутан бид эрдэмтэн ах нартайгаа шөргөөцөлдөх гэсэн муу эчнээ бодол агуулаагүй гэдгээ хэлэхийн далимд хэвлэлийн материалын чанар чансаа, өгөөж, үр нөлөөг сайжруулах, эмч нарын генетикийн мэдлэгийг дээшлүүлэх талаар холбогдох газрууд улам анхаарах хэрэгтэй байгааг дурьдах нь зүйтэй бизээ.

Анагаах ухааны дээд сургуулийн оюутан

Р. Отгонбаяр
Ц. Мягмарцэрэн

ЭМНЭЛГИЙН ХЭВЛЭЛИЙН НЭГДСЭН РЕДАКЦИЙН ЗӨВЛӨЛ

Ж. Раднаабазар (Эрхлэгч) Л. Буджав, Ш. Ванчаарай (Хариуцлагатай нарийн бичгийн дарга) Б. Гоош, Б. Дэмбэрэл, Г. Дашзэвэг, Ч. Долгор Ш. Жигжид сүрэн, Т. Зориг, Ж. Купул, Э. Лувсандагва, П. Нямдаваа Б. Рагчаа, Г. Цагаанхүү, Б. Шижирбаатар, Н. Шура

Техник редактор Б. Болат Хянагч Д. Ундармаа

Өрөлтөнд 1987 оны 1 сарын 7-нд орж 3497 ш хэвлэв
Цаасны хэмжээ 70X108 I/16. Хэвлэлийн хуудас 5,5
х.н.х. 7,7 А—94975. Зах № С—III

Д. Сүхбаатарын нэрэмжит Улсын Хэвлэлийн Комбинатад
Хэвлэв. Д. Сүхбаатарын талбай-6

ГЛИВЕНОЛ



Фармакологийн үйлдэл: Гливенол үрэвсэл, өвдөлт намдаах төдийгүй анафилаксын эсрэг үйлчилгээтэй. Мөн венийн судасны чангарлыг ихэсгэх, венийн цусны зогсонгыг багасгах, цусны бичил эргэлтийг сайжруулах, судасны ханын нэвчимтгий чанарыг бууруулна. Эдгээр үйлдлийн механизм бүрэн тайлбарлагдаагүй. Гэвч эмгэг процесс үүсэхэд оролцдог брадикинин болон бусад биоидэвхт бодисуудын (гистамин, серотонин) эсрэг нөлөөлдөг болох нь батлагджээ.

Хэрэглэх заалт: Венийн цусны эргэлтийн өөрчлөлт, хөл хавагнах, хөндүүрлэх, флебит, венийн судасны бүдүүрэл, шамбрам, венийн зогсонгоос шалтгаалсан арьсны тэжээлийн өөрчлөлт зэрэгт хэрэглэнэ.

Хэрэглэх арга, тун: Гливенолыг ууж хэрэглэнэ. Холбогийн дундаж тун 0,6—0,8—0,12 (өдөрт 3 удаа ууна). Бүрээстэй нунтгийг хоол идэх үед буюу хоолны дараа зажлахгүй залгина. Ээлж эмчилгээ нэлээд хэдэн долоо хоног үргэлжилнэ. Гливенолыг бусад бэлдмэлүүдтэй хавсран хэрэглэж болно.

Хориглох үе, гаж нөлөө: 3 хүртэлх сартай жирэмсэн эмэгтэйчүүд хэрэглэж болохгүй. Бэлдмэлийг хэрэглэж байхад бөөлжис хүрэх, бөөлжих, арьсаар туурах, загатнах зэрэг гаж нөлөө ажиглагдаж болох бөгөөд ийм үед эмчилгээг зогсооно.

Эмийн хэлбэр, савлалт: 0,4 г-ийн бүрээстэй нунтаг, 0,2 г-ийн шахмалаар үйлдвэрлэнэ. Гливенолыг ХБНҮОУ-д үйлдвэрлэх бөгөөд БНПАУ-д «Польфавенил», ЗХУ-д «Трибенозид» нэртэй үйлдвэрлэнэ. Улсын эм хангамж үйлдвэрлэлийн газрын мэдээлэл технологийн тасаг.



М. Ариунболд ХОРТ ХАВДРААС СЭРГИЙЛЬЕ

Энэ номд хорт хавдар өвчний тухай ойлголт, уг өвчнөөс хэрхэн сэргийлэх, хамгийн эрт мэдэгддэг шинж тэмдгийн талаар өгүүлнэ. Энэ номыг жирийн уншигчдаас гадна эмч, эмнэлгийн ажилтан, тэрчлэн ухуулагч, суртал нэвтрүүлэгчдэд зориулжээ.

Хамтын бүтээл. ВИРУСТ ГЕПАТИТ

Эл номыг зохиогчид халдварт, ийлдэст гепатитын талаар тус улсад хийсэн судалгаа, шинжилгээний ажил, 1979—1980 онд ажилласан Зөвлөлт-Монголын экспедицийн хийсэн ажлыг нэгтгэн дүгнэж шалтгаан, тархал судлал, эмнэлзүй, онош, сэргийлэлтийн асуудлыг шинжлэх ухааны сүүлийн ололт амжилтанд тулгуурлан орчин үеийн төвшинд уншигчдад толилуулах зорилт тавьжээ.

Хамтын бүтээл. БНМАУ-ЫН ЭРҮҮЛИЙГ ХАМГААЛАХЫН ХӨГЖИЛТ

Энэхүү ном нь 1976, 1977 онд орос, монгол хэлээр хэвлэгдсэн «БНМАУ-ын Эрүүлийг хамгаалахын 55 жил» номын үргэлжлэл юм. Уг номд тус улсын эрүүлийг хамгаалахын үндсэн албад, нарийн мэргэжлийн тусламжийн хөгжил, өнөө үеийн гол зорилт, шинжилгээ судалгааны ажлын үр дүн, тэргүүний арга барил, туршлага, практикийн асуудлуудыг тусгажээ.

Номыг нийт эмч, эмнэлгийн ажилтан, оюутан сурагчид, нам улсын удирдах ажилтан, эрүүлийг хамгаалахын зохион байгуулагчид, анагаах ухааны болон БНМАУ-ын шинэхэн үеийн түүх судлагч нарт зориулсан байна.