

4 1985

# АНАГААХ УХААН

ЭРҮҮЛИЙГ  
ХАМГАЛЛАХЫН  
ЗОХИОН  
БАЙГУУЛАЛТ

---

СУДАЛГАА ШИНЖИЛГЭЭ

---

МЭРГЭЖЛИЙН  
ЗӨВЛӨЛГӨӨ  
ЛЕКЦ, ТОЙМ

---

ТУРШЛАГА СОЛИЛЦЬЕ

---

ХОВОР ТОХИОЛДОЛ

---

ГАДААД ОРНУУДАД

---

... ТУС ОРОНД ЖИНХЭНЭ СОЁЛЫН  
ХУВЬСГАЛ БОЛЖ АРДЫН БОЛОВСРОЛ.  
ЭРҮҮЛИЙГ ХАМГААЛАХ, ШИНЖЛЭХ  
УХААНЫ ХӨГЖИЛД ТОМООХОН АМЖИЛТ  
ОЛЛОО.

ОРЧИН ҮЕИЙН АНАГААХ УХААН ХҮН  
АМЫН ЭРҮҮЛ МЭНДИЙГ САХИН ХАМ-  
ГААЛАХ ҮЙЛСЭД ҮЙЛЧИЛЖ БАЙНА.

БНМАУ, ЗСБНХУ-ЫН ЭДИЙН ЗАСАГ, ШИНЖ-  
ЛЭХ УХААН-ТЕХНИКИЙН ХАМТЫН АЖИЛЛА-  
ГААГ 2000 ОН ХҮРТЭЛ ХӨГЖҮҮЛЭХ УРТ  
ХУГАЦААНЫ ПРОГРАММЫН «ХАМТЫН  
АЖИЛЛАГААНЫ ГОЛ ҮР ДҮН» ГЭСЭН ХЭС-  
ГЭЭС

АГУУЛГА

Зорилтот программ, эрүүлийг хамгаалах . . . . .	3
<i>Б. Лхагважав, С. Цоодол</i> — Ухамсартай сахилга хүнийг захирч удирдана (эчнээ бага хурлын үргэлжлэл) . . . . .	5
<i>Е. И. Чазов</i> — Шинжлэх ухаан, мэргэн бодлоор бахархана . . . . .	10

ЭРҮҮЛИЙГ ХАМГААЛАХЫН ЗОХИОН БАЙГУУЛАЛТ

<i>Ц. Содномпил</i> — Тооцоолон бодох техник математик аргыг хэрэглэх нь эрүүлийг хамгаалахын удирдлагыг боловсронгуй болгох хүчин зүйл мөн . . . . .	14
---	----

СУДАЛГАА ШИНЖИЛГЭЭ

<i>М. Вүхбаатар, Н. А. Аксенов</i> — Хүүхдийн уушгины үрэвслийн үеийн цусны реолог чанарын өөрчлөлт . . . . .	18
<i>Н. Мөнхтүвшин</i> — Гуурсан хоолойн багтраа иммуны өвчин . . . . .	22
<i>Г. Пүрэвсүрэн, Б. Шижирбаатар</i> — Зүрхний эмгэгтэй жирэмсэн эмэгтэйчүүдийн төрөх явцын онцлог . . . . .	27
<i>Я. Дагвадорж</i> — Хүүхдийн архаг гепатитын шалтгааныг судлах асуудалд . . . . .	31
<i>П. Янсан</i> — Малчдын өвчлөл, эрүүлжүүлэх асуудал . . . . .	33
<i>З. Мэндсайхан, В. Р. Зиц</i> — Залуу хүмүүст тохиолдож байгаа шүүдэст плевритын зарим онцлог . . . . .	36

МЭРГЭЖЛИЙН ЗӨВЛӨЛГӨӨ, ЛЕКЦ, ТОЙМ

<i>Г. Дэмид О. Батсүх</i> — Тархи тулгуур эрхтэний хавсарсан хүнд гэмтлийн үед мэс засал хийх асуудалд . . . . .	40
<i>Б. Гомбо</i> — Хүүхдийн уушги-гуурсан хоолойн өвөрмөц бус цочмог үрэвслийн шинэ ангиллын практик ач холбогдол . . . . .	42
<i>Г. Гэндэнжсамц</i> — Порфирины өвчин . . . . .	46
<i>Д. Лунтан</i> — Бага насны хүүхдийн цочмог бронхитын эмчилгээ . . . . .	49
<i>Б. Болдсайхан</i> — Мэдрэлийн эс . . . . .	53
<i>Б. Нина</i> Панкисиныг найруулан бэлтгэх, хэрэглэх . . . . .	56
<i>Б. Жав</i> — Ургийн усны эмболи . . . . .	58

ТУРШЛАГА СОЛИЛЦЪЁ

<i>В. Е. Лапушкин</i> — Сургуулийн хүүхдийг ойрын харалган, түүний даамжралаас сэргийлэх . . . . .	63
<i>Б. Рагчаа, Ц. Ишханд</i> — Элэгний цирроз өвчний лабораторийн шинж тэмдгүүд . . . . .	65
<i>В. Ичинхорлоо, Б. Гоош, К. Анаргүл</i> — Мухар олгойн хурц үрэвслийг эрт оношлох шинэ шинж тэмдэг . . . . .	67

ХОВОР ТОХИОЛДОЛ

<i>Д. Малчинхүү, Т. Оюунбилэг</i> — Мөгөөрс төлжилгүйдэх өвчний нэгэн тохиолдол . . . . .	70
<i>Н. Баасанжав, Т. Дулмаа</i> — Чацархайн судасны түгжрэл . . . . .	71

ГАДААД ОРНУУДАД

Шинжлэх ухаан эрэл хайгуулаа үргэлжлүүлж байна . . . . .	73
МЭДЭЭ . . . . .	78

### СОДЕРЖАНИЕ

Целевая программа и здравоохранение . . . . .	3.
<i>Б. Лхагважав, С. Цоодол</i> — Сознательная дисциплина правит и руководит человеком (Заочная конференция читателей) . . . . .	5.
<i>Е. И. Чазов</i> — Наука гордится мудростью . . . . .	10.

### ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

<i>Ц. Содномпил</i> — Использование вычислительной техники и математических методов — главный фактор совершенствования управления здравоохранения . . . . .	14.
---	-----

### ИССЛЕДОВАНИЯ

<i>М. Сухэ-Батор, Н. А. Аксенов</i> — Реологические свойства крови при острой пневмонии у детей . . . . .	18.
<i>Н. Мунхтүвшин</i> — Бронхиальная астма — иммунное заболевание . . . . .	22.
<i>Г. Пурвасурэн, Б. Шижирбатор</i> — Особенности течения родов у рожениц с сердечной патологией . . . . .	27.
<i>Я. Дагвадорж</i> — К вопросу изучения этиологических факторов хронического гепатита у детей . . . . .	31.
<i>П. Янсан</i> — Вопросы заболеваемости скотоводов и меры по оздоровлению . . . . .	33.
<i>Э. Мэндсайхан, В. Р. Зиц</i> — К вопросу изучения экссудативных плевритов у молодых . . . . .	36.

### ОБЗОРЫ, ЛЕКЦИИ, КОНСУЛЬТАЦИИ

<i>Г. Дэmid, О. Батсук</i> — К вопросу оперативных методов лечения больных комбинированной тяжелой травмой черепа и опорных органов . . . . .	40.
<i>Б. Гомбо</i> — Практическое значение новой классификации неспецифических бронхолегочных заболеваний у детей . . . . .	42.
<i>Г. Гэндэнжамц</i> — Порфириновая болезнь . . . . .	46.
<i>Д. Лунтан</i> — Лечение острого бронхита у детей раннего возраста . . . . .	49.
<i>Б. Болдсайхан</i> — Нервные клетки . . . . .	53.
<i>Б. Нина</i> — Приготовление и применение панкипсина . . . . .	56.
<i>Б. Жав</i> — Эмболия околоплодными водами . . . . .	58.

### ОБМЕН ОПЫТОМ

<i>В. Е. Лапушкин</i> — Профилактика менингита и её прогрессирования у школьников . . . . .	63.
<i>Б. Рагча, Ц. Ишханд</i> — Лабораторные признаки цирроза печени . . . . .	65.
<i>В. Ичинхорлоо, Б. Гоош, К. Анаргул</i> — Новый симптом раннего диагностирования острого аппендицита . . . . .	67.

### РЕДКИЙ СЛУЧАЙ

<i>Д. Малчивху, Т. Оюунбилэг</i> — Один случай ахондроплазии у детей . . . . .	70.
<i>Н. Висаньяль, Т. Дулма</i> — Непроходимость брыжеечного сосуда . . . . .	71.

### ЗА РУБЕЖОМ

Наука продолжает поиск . . . . .	73.
----------------------------------	-----

ХРОНИКА . . . . .	78.
-------------------	-----

## ЗОРИЛТОТ ПРОГРАММ, ЭРҮҮЛИЙГ ХАМГААЛАХ

МАХН-ын Төв Хорооны Х бүгд хурал хөдөө аж ахуйн болон хүнсний аж үйлдвэр, түүнтэй холбоо бүхий бусад салбарын хөгжлийн өнөөгийн байдалд дүн шинжилгээ хийж, хүн амын хүнсний хангамжийг сайжруулах зорилтот программ батлан гаргалаа.

Хөдөө аж ахуйг хөгжүүлэх, хүн амын хүнсний хангамжийг сайжруулах зорилтот программ нь МАХН-ын нийгэм эдийн засгийн бодлогын бүрэлдэхүүн хэсэг бөгөөд уг программын үндсэн агуулга нь ард түмний байнга өсөн нэмэгдэж байгаа хэрэгцээг улэм бүрэн дүүрэн хангах явдал юм. Үүнд л хөдөө аж ахуйг хөгжүүлэх, хүн амын хүнсний хангамжийг сайжруулах зорилтот программын эдийн засаг, нийгэм улс төрийн ач холбогдол оршиж байгаа юм.

Хөдөө аж ахуйг хөгжүүлэх, хүн амын хүнсний хангамжийг сайжруулах зорилтот программд хөдөө аж ахуйг хөгжүүлж түүний үр ашгийг нь дээшлүүлэх, аж үйлдвэрийг түүхий эдээр, хүн амыг хүнсний зүйлээр найдвартай хангах зорилтыг нийгмийн асуудалтай (нийтийн ахуйн үйлчилгээ, эрүүлийг хамгаалах, ардын боловсрол гэх мэт) нягт уялдаатай шийдвэрлэхээр тусгасан байна. Энэхүү программын заалтыг хэрэгжүүлэх зорилгоор МАХН-ын Төв Хороо, БНМАУ-ын Сайд нарын Зөвлөл хэд хэдэн тогтоол гаргасны нэг нь „Хөдөөний хүн амын орон сууцны нөхцөл, соёл ахуйн үйлчилгээг сайжруулах зарим арга хэмжээний тухай“ тогтоол юм.

Энэ тогтоолд „...Хөдөөний хүн ам малчдыг цаашид эмнэлгийн урьдчилан сэргийлэх арга хэмжээнд бүрэн хамардаг болох, эмнэлгийн нарийн мэргэжлийн тусламжийг тэдэнд ойртуулах, үйлчилгээний чанарыг сайжруулах зорилгоор сум дундын зарим эмнэлгийг сум дундын нэгдсэн эмнэлэг болгох, сумдын их эмчийн салбарыг сумын эмнэлэг болгон өргөтгөн зохион байгуулах арга хэмжээг жил, таван жилийн төлөвлөгөөнд тусган хэрэгжүүлэх, аймгийн нэгдсэн эмнэлгийг нүүдлийн амбулаторийн тусгай тоноглогдсон автомашинаар хангах, хүн эмнэлгийн урьдчилан сэргийлэх ажилд малчид, орон нутгийн хүн амыг аль болохоор бүрэн хамрах, ариун цэвэр, ахуйн соёлын түвшинг дээшлүүлэхийн тулд хөдөөний нэгдсэн болон сумын эмнэлэгт ариун цэвэр, халдвар судлалын станц группийг VIII таван жилээс эхлэн байгуулан ажиллуулах, эмнэлгийн түргэн тусламжийн үйлчилгээнд зайлшгүй тохиолдолд нисэх онгоц ашигладаг болох“-ыг тусгаж заалаа.

Хөдөөний хүн амын эмнэлгийн үйлчилгээг сайжруулах арга хэмжээг хэрэгжүүлэх зорилгоор VIII таван жилээс эхлэн 2000 он хүртэл сум дундын 16 эмнэлгийг 75—100 ортой хөдөөний нэгдсэн эмнэлэг болгон өргөтгөн зохион байгуулж, тэнд нарийн мэргэжлийн тасаг кабинет байгуулж, чих, хамар хоолой, халдварт, арьс өнгө, нүд, эмгэг анатомын зэрэг нарийн мэргэжлийн эмч нар ажиллуулж тойргийн сумдад нь үйлчлүүрснээр хөдөөний хөдөлмөрчид, малчид тариаланчдад үзүүлэх эмнэлгийн тусламжийн төрөл, хэлбэр олширч хүртээмж нь сайжрах юм. Үүнтэй уялдуулан сум дундын нэгдсэн эмнэлгүүдэд ариун цэврийн их, бага эмч, лаборант, ариутгагч бүхий Ариун цэвэр халдвар судлалын салбар станц байгуулан ажиллуулах юм. Ин-

гэснээр ариун цэвэр халдвар судлалын тусламж хөдөөний хүн амд улам бүр ойртож, халдварт өвчний голомтод авах арга хэмжээ сайжирч, улс, олон нийтийн ариун цэврийн хяналтын ажил, хөдөлмөрчдийн дунд зохиох ариун цэвэр гэгээрлийн сурталчилгааны ажлын чанар, үр нөлөө дээшлэх юм.

Говийн бүсийн сумд болон 2500-аас дээш хүн амтай Хангайн бүсийн сумдын их эмчийн салбарыг 50 хүртэл ортой сумын эмнэлэг болгож, дотор, хүүхэд, эх барих эмэгтэйчүүд, шүдний эмч ажиллуулна. 1986—2000 онд нийтдээ их эмчийн 120 салбарыг сумын эмнэлэг болгож өргөтгөн зохион байгуулна. Үүнтэй уялдуулан сум дундын нэгдсэн эмнэлэг, сумын эмнэлгийн барилгын нэг маягийн зургийг шинэчлэн гаргаж зориулалтын барилгаар хангах арга хэмжээ авах юм. Үүний зэрэгцээ сумын хүний их эмчийн салбарыг VIII, IX таван жилд багтаан 2—3 их эмчтэй болгох арга хэмжээ авч хэрэгжүүлэх юм.

Сумын эмнэлгүүдэд ариун цэврийн их, бага эмч, ариутгагч бүхий ариун цэвэр халдвар судлалын групп ажиллуулна. VIII таван жилд багтаан бүх аймгийг нүүдлийн амбулаторийн машинаар хангаж ажиллуулснаар хөдөөний хөдөлмөрчид, малчид тариаланчид, бригад суурь, хэсэг дээрээ лаборатори рентгений шинжилгээ хийлгэж, мэс засал, эх барих эмэгтэйчүүд, шүд, дотор, хүүхэд зэрэг үндсэн мэргэжлийн тусламж авах бодит нөхцөлөөр хангагдах юм. Эдгээр арга хэмжээний зэрэгцээ эмнэлгийн түргэн тусламжийн үйлчилгээнд зориулалтын тоног төхөөрөмж бүхий нисэх онгоц, нисдэг тэргийг өргөнөөр ашиглах болно.

Хөдөө аж ахуйг хөгжүүлэх хүн амын хүнсний хангамжийг сайжруулах зорилтот программд тусгагдсан дээрх арга хэмжээг хэрэгжүүлснээр хөдөөний хүн амын эмнэлгийн үйлчилгээ улам бүр сайжирч, эмнэлгийн үндсэн нарийн мэргэжлийн тусламжийн хүртээмж аймгийн төв, хотын хүн амын үйлчилгээний түвшинтэй адил хэмжээнд хүрэх юм. Хүн амын хүнсний хангамжийг сайжруулахад эмнэлгийн байгууллагууд ч чухал үүрэг гүйцэтгэх болно. Манай хот, хөдөөний эмнэлгийн байгууллагууд туслах аж ахуй хүн амын хөгжүүлж өвчтөн, яслийн хүүхдийн хоолны материалын нэгээхэн хэсгийг туслах аж ахуйгаасаа хангаж байгаа ажлын дэвшилтэт хэлбэрүүд олон байна.

1984 оны жилийн эцсийн байдлаар Эрүүлийг хамгаалах салбарын 200 гаруй эмнэлэг, урьдчилан сэргийлэх байгууллагууд туслах аж ахуй хөгжүүлж 2,5 мянган толгой мал, 500 гаруй гахай өсгөж, 84,5 га талбайд төмс, хүнсний ногоо тариалж 14,6 тонн мах, 237 тонн төмс, хүнсний ногоо, 70,4 тонн сүүг туслах аж ахуйгаасаа авч ашигласан нь 150 ортой нэгдсэн эмнэлгийн жилийн хэрэгцээг улсын төвлөрсөн бэлтгэлээс авахгүйгээр хангасантай адил юм. Энэ баримт бол эмнэлгийн туслах аж ахуй хүн амын хүнсний хангамжийг нэмэгдүүлэхэд зохих үр дүнгээ өгч байгаагийн тод жишээ юм.

Цаашид эмнэлгийн байгууллагууд ажилчдынхаа болон өвчтөний хоолны хэрэгцээт материалын дийлэнх хэсгийг туслах аж ахуйгаасаа хангах зорилт тавин ажиллах шаардлага зүй ёсоор гарч байна. Ялангуяа гал тогоо бүхий эмнэлгүүд өвчтөний хоолыг амт чанар сайтай хийж хаягдлыг багасгах, хоолны үлдэгдэл гарах шалтгааныг таслан зогсоох арга хэмжээ авч өвчтөний хоолны хаягдлыг гахай тэжээх зэргээр зохистой ашиглахад анхаармаар байна.

Практикаас авч үзэхэд өвчтөний хоолны үлдэгдэл гарах хоёр үндсэн шалтгаан байна. Нэг талаас өвчтөний хоолны нэр төрөлцөөн, түүнийг амт чанар муутай хийдгээс, нөгөө талаас өвчтөний ар гэрээс тэдэнд эргэлт их ирж байгаагаас эмнэлэгт хоолны үлдэгдэл их гарч байна. Иймээс эмнэлгийн газрууд хүнсний нарийн ногоо тариалах, гахай шувуу үржүүлж туслах аж ахуйгаас авсан бүтээгдэхүү-

нийг өвчлүүлэх

Үүн урьдчил захиалг хаягдал нар сай хүнсний гүй юм.

Эмч дүнгээ

Ийм

хотын

ахуй ба

Үүний

жимсгэн

бал зох

Сүү

байг али

хэрэглэ

туршлан

хал бай

асуудлы

даалган

хино.

УХАМ

Ма

хам ху

Ан

мэргэж

ажилла

залуун

Хү

сонгос

лэн эр

Алтай

сумын

н. Ган

Эр

мүүжл

дын хө

лэхийн

Эр

эмч, м

нийг өвчтөний хоолонд өргөн ашиглаж нэр төрөл, амт чанарыг дээшлүүлэх нь эн тэргүүний зорилт болж байна.

Үүний зэрэгцээ амралт баяр ёслолын өдрүүдэд өвчтөнүүдээс урьдчилан саналыг нь авч эргэлт ирэх өвчтөнүүдийн хоолыг хоолны захиалганд оруулахгүй тооцож өвчтөний хоолыг бэлтгэвэл хоолны хаягдал эрс багасах бодит боломж байна. Өвчтөний хоолны амт чанар сайжирснаар хоолны хаягдал багасна. Энэ бүхэн нь хүн амын хүнсний хангамжийг сайжруулахад зохих үр дүнгээ өгөх нь дамжиггүй юм.

Эмнэлэг дундын нэгдсэн туслах аж ахуй байгуулсан туршлага үр дүнгээ өгч байна.

Иймээс аймаг, хотын эрүүлийг хамгаалах газрууд, аймгийн төв, хотын эмнэлэг, яслийн туслах аж ахуйг нэгтгэн нэгдсэн туслах аж ахуй байгуулан төрөлжсөн хэлбэрээр ажиллуулах нь чухал байна. Үүний зэрэгцээ эмч, эмнэлгийн ажилчдаар төмс, хүнсний ногоо, жимс, жимсгэнэ тариулж ашиглуулах талаар тодорхой ажил зохион байгуулбал зохино.

Сүүлийн жилүүдэд жимс жимсгэнэ, мөөг, халиар, сонгино зэрэг байгалийн өгөөж баялгийг түүж яслийн хүүхэд, өвчтөний хоолонд хэрэглэх, зуны цагт цагаан идээ бэлтгэн ашигладаг сайхан туршлага аймаг, орон нутагт гарч байгааг улам өргөжүүлэх нь чухал байна. Үүнтэй уялдуулж туслах аж ахуйн төлөвлөлт, тайлагнах асуудлыг боловсронгуй болгож, байгалийн өгөөж баялаг ашиглах даалгавар, төлөвлөгөө өгч биелэлтийг дүгнэх журманд шилжвэл зохино.

## УХАМСАРТАЙ САХИЛГА ХҮНИЙГ ЗАХИРЧ УДИР ДАНА (эчнээ бага хурлын үргэлжлэл)

### ЗАЛУУ ЭМЧ, МЭРГЭЖИЛТЭН

Манай улсын эрүүлийг хамгаалах салбарт ажиллагсдын 80 шахам хувийг залуучууд эзэлж байна.

Анагаах ухааны дээд, дунд сургуулийг жил бүр 1300 гаруй эмч, мэргэжилтэн төгсөж төв хөдөөний эмнэлгийн байгууллагуудад очиж ажиллаж байгаа нь эрүүлийг хамгаалах салбарт ажиллагсад улам залуужсаар байгааг харуулж байна.

Хүнлэг, ачлалт сайхан чанарыг нь бахархаж эмнэлгийн мэргэжил сонгосон залуу эмч, мэргэжилтнүүд их, бага эмчийн салбараас эхлэн эрүүлийг хамгаалахын бүх цэг салбарт ажиллаж байна. Говь-Алтай аймгийн Тонхил сумын их эмч И. Шижээ, Дундговь аймгийн Хулд сумын их эмч С. Орсоо, Хүүхдийн клиникийн төв эмнэлгийн их эмч н. Гансүх нарын зэрэг тэргүүний залуу эмч, мэргэжилтэн олон байна.

Эрүүлийг хамгаалах Яам залуу эмч, мэргэжилтний мэргэжил хүмүүжлийг төлөвшүүлэх, ажил дээр нь дадлагажуулан сургах, ахмадын хөдөлмөрч уламжлал, эмнэлгийн ажилтны ёс суртахуун эзэмшүүлэхийн тулд нилээд ажил зохиож байна.

Эрүүлийг хамгаалах байгууллагын удирдах албан тушаалд залуу эмч, мэргэжилтнийг томилж ажиллуулахдаа урьдаар ахмад туршлага-

тай зохион байгуулагч нарыг тодорхой хугацаагаар дагалдуулан ажиллуулж газар дээр нь зааж зөвлөн, сургаж дадлагажуулж байна.

Төв, хөдөөний эмнэлгийн байгууллагууд шинэ залуу эмч, мэргэжилтнийг аймаг, орон нутгийн ажил амьдралтай танилцуулж, юуг анхаарах, яаж ажиллавал зохихыг зааж зөвлөдөг.

Булган аймгийн эрүүлийг хамгаалах газар шинээр очсон эмч, мэргэжилтнийг аймгийн нэгдсэн эмнэлэгт дадлага хийлгэсний дараа уг ажиллах газарт нь томилдог байхад улсын клиникийн төв эмнэлэг залуу эмч, мэргэжилтнийг нарийн мэргэжлийн тасгуудад ээлжлэн ажиллуулж эмнэлгийнхээ аль ч тасагт бие даан ажиллах дадлагатай болсон үед нь мэргэжил дээр нь ажиллуулдаг байна.

Говь-Алтай аймгийн Эрүүлийг хамгаалах газар ажил, мэргэжлийн дадлага, туршлага суугаагүй эмч, мэргэжилтнийг аймгийн нэгдсэн эмнэлэгт сургах ажил хийж байна. Уг хүнд мэргэжлийн ямар дадлага дутаж байгаа чиглэлээр төлөвлөгөө гарган эх барих, судас тариа хийх зэрэг эмчийн хийх ёстой зарим ажилбарыг гардан хийх дадлага эзэмшүүлдэд шалгалт авч ажил дээр нь гаргадаг байна.

Тус аймгийн энэ туршлагыг бусад аймаг, хотод дэлгэрүүлэх нь зүйтэй юм

Дорноговь аймгийн Эрүүлийг хамгаалах газар эмч нарт нарийн мэргэжил эзэмшүүлэх талаар анхаарч, сургууль төгсөөд 3-аас дээш жил тус аймагт ажиллаж байгаа эмч нарт нарийн мэргэжил эзэмшүүлсэн нь тэдний тогтвор суурьшил сайжрах, мэргэжлийн ур чадвар өсөх, ажлын үр бүтээл гаргахад сайнаар нөлөөлж байна.

Залуу эмч, мэргэжилтнийг ажлаа бүрэн эзэмших сонирхлыг нь бадрааж ажлын амтанд оруулах явдал хамт олны чухал үүрэг юм. Эмнэлэг үйлчилгээний ажлыг зохион байгуулах, өвчнийг таньж мэдэх, зөв оношлох, эмчлэх дадлага эзэмших, ажлын хариуцлага, ёс суртахууны хүмүүжлийг дээшлүүлэхэд ахмад эмч, мэргэжилтний зөвлөмж, туршлага их хэрэгтэй.

Эрүүлийг хамгаалах Яам жил тутам аймаг, хотын эрүүлийг хамгаалах байгууллагуудад ахмад ажилтны зөвлөн туслах үзлэг хийж шалгаж зааварлах, зөвлөн сургах ажлыг зохион байгуулж байна. Ийм үзлэг Улаанбаатар, Дархан, Эрдэнэт хот, Баянхонгор, Хөвсгөл аймгийн Эрүүлийг хамгаалах байгууллагуудад хийсэн бөгөөд үзлэг угтаж эмнэлгүүд тусгай төлөвлөгөө гарган, ажлынхаа амжилтыг ахмадууддаа рапортладаг уламжлал тогтлоо. Ахмад болон залуу эмч, мэргэжилтнийг ухаалгаар хослон ажиллуулах, дагалдуулан сургах явдал эмчилгээ үйлчилгээний ажлын чанар, үр дүнг сайжруулахад чухал ач холбогдолтой. Ийм ч учраас эмнэлгийн байгууллагуудад залуу эмч, ажилчдыг халамжлан хүмүүжүүлэх зөвлөл, хэсэг байгуулан тэдний ажиллах журмыг яамнаас батлан мөрдүүлж байна.

Анагаах ухааны дээд, дунд сургуулийн багш, орон нутагт ажиллаж байгаа эмч, мэргэжилтний хооронд багш-шавийн уулзалтыг жил бүр зохиож байгаа нь багш хүн сургаж хүмүүжүүлсэн эмч мэргэжилтнийхээ ажилтай танилцан, хүн бүрийн ажилд үнэлэлт дүгнэлт өгч цаашид юу хийхийг нь зөвлөж өгдгөөрөө багшийн сэтгэлийг хөдөлгөж, шавийн урмыг сэргээсэн ажил болдог.

Багш хүн, хүний амьдралын турш багш хэвээрээ байдаг болохоор амьдралын цээнд хүрсэн үедээ ч гэсэн багшдаа шалгуулж дүгнүүлнэ гэдэг багш, шавь аль алинд нь их хариуцлага ногддог.

Зарим ахмад эмч, мэргэжилтэнд Эрүүлийг хамгаалах Яамны сайд мэргэжлийн залуу халаа бэлтгэх яамны хүндэт даалгавар гардуулсан юм. Энэ бол эмнэлгийн ахмад үеийнхний нийгмийн өмнө хүлээсэн гавьяат үүрэг болохоор ийм хүндэт даалгавар авсан эмч, эрдэмтэд маань өндөр мэргэжлийн боловсон хүчин бэлтгэх үйлст бүтээлч хувь нэмрээ оруулахаа илэрхийлсэн юм.



Энэ бол ахмадын залуу халааг бэлтгэх, ажил мэргэжлийн холбоог бэхжүүлэх ахмад үеийнхнийхээ мэдлэг, дадлагыг өвлөн авч үлдэх чухал ач холбогдолтой арга хэмжээ юм.

Эмнэлгийн байгууллагуудад ийм ажлыг өргөнөөр зохиох шаардлагатай. Залуу эмч, мэргэжилтнийг амьдралд төлөвшүүлж ажил дээр нь сургахад эмнэлгийн хамт олны үлгэр жишээ, нөлөө, тус дэмжлэг ус агаар шиг хэрэгтэй. Хамт олныг итгэл найдварыг нэр төртэй биелүүлэх өндөр эрмэлзлэл залуу хүн бүрт байдаг болохоор тэдэнд тодорхой ажил даалган ололт амжилтыг нь дүгнэх, тогтмол зөвлөж байх нь амьдралд байр сууриа олж нэр хүндтэй ажиллах гол түшиг болно. Гэвч эмнэлгийн байгууллага бүр залуу эмч, мэргэжилтэн нартай жигд сайн ажиллаж чадахгүй байна.

Зарим эмнэлгийн байгууллагад „сургууль төгссөн хойно ажиллах ёстой“, „юм бүхнийг мэддэг, чаддаг байх ёстой“ гэсэн хөшүүн байдлаар залуу эмч, мэргэжилтэнд ханддаг байна. Энэ нь тэднийг тогтвор суурьшилтай ажиллахын оронд ажилдаа дургүй болгох, алдаа дутагдал гаргахад хүргэж байна.

Залуу үеийнхээ төлөө анхаарал халамж тавьж эмнэлгийн бахархах үйлсийг нэр төртэй залгамжлагчид болгон ажил амьдралд төлөвшүүлэх явдал эрүүлийг хамгаалахын ахмад үе, хамт олны нэртөрийн хэрэг нийгэмд хүлээсэн үүрэг бөгөөд энэ үүргээ хэрхэн биелүүлж байгаагаар байгууллага хамт олны ажил дүгнэгдэх учиртай.

Эмч мэргэжилтэн нарын бүтэц ихээхэн залуужиж шинэ арга барилаар ажиллахыг шаардаж байгааг эрүүлийг хамгаалахын зохион байгуулагч бүр ухамсарлаж ажлынхаа арга барилыг өөрчлөх ёстой. Ахмад үеийн хувьсгалт дайчин хөдөлмөрч уламжлалаар хүмүүжүүлэхэд цаг ямагт санаа тавьж эмнэлгүүдийн дэргэдэх ахмадын зөвлөл, халамжлан хүмүүжүүлэгчдийн ажлыг тодорхой үр нөлөөтэй болгоход анхаарч, залуу эмч, мэргэжилтнийг хөдөлмөрт хатуужуулж, амьдралд зохих байр суурь олоход нь тусалдаг хүч болгох хэрэгтэй. Залуу эмч мэргэжилтний зөвлөлгөөн семинарыг үе үе зохиож тэдний санал, эрэлт хүсэлтийг авч тодорхой ажил зохион байгуулж байх хэрэгтэй.

Залуу эмч, мэргэжилтэн өчүүхэн алдаа дутагдал гаргасан даруйд хамт олноор хүмүүжүүлэхийн оронд элдвээр сүржигнэн буруутгах түүнтэй ажиллахаас ямар нэг байдлаар зайлсхийх, хөндий байх илрэл хандлага нь тэдний урам зоригийг хугалах төдийгүй ажил амьдралд нь ноцтой хохирол учруулдгийг эмнэлгийн удирдлага ямагт анхаарч ажиллах ёстой. Манай ард түмний „Урмыг нь хугалахаар ууцыг нь...“ гэдэг сайхан зүйр үгийг удирдах зохион байгуулагчдын санаж байвал зохих сайхан үг юм.

Эмнэлгийн байгууллагын ажилтан, ажилчид, цаашид улам залуужих учраас залуу эмч, мэргэжилтэн бүртэй ажиллах ажиллагааг шинэ шатанд гарган сургаж хүмүүжүүлэх явдал эрүүлийг хамгаалах байгууллагын чухал зорилт бэлж байна.

Эрүүлийг хамгаалах Яамны бэлгэсэн хүчин захиргааны газрын дарга Б. ЛХАГВАЖАВ.

## ЭМЧИЙН ЁС СУРТАХУУН, ОРЧИН ҮЕ.

Манай ардын эрүүлийг хамгаалахын хөгжлийн өнөөгийн цар хэмжээ нь нам засгаас ард түмнийхээ сайн сайхны төлөө тавьж байдаг байнгын анхаарал халамж, тус орны социалист байгуулалтын гайхамшигт ололтын нэг тод илрэл болж байна.

Социалист нийгмийн харилцааны хөгжлийн өнөөгийн шатанд эмнэлгийн ажилтны зан байдал, ёс суртахууны үүрэг, ач холбогдол үлэмж өсөж, социалист энэрэнгүй үзэлд тулгуурласан эмчийн ёс суртахууны зарчмыг эмчлэх, урьдчилан сэргийлэх практик ажиллагаанд бүрэн хэрэгжүүлэх нь эмнэлгийн үйлчилгээний чанар, үр ашгийг дээшлүүлэх нэн чухал хүчин зүйл боллоо.

Эмчийн хөдөлмөрийн нийгмийн зохион байгуулалтын хэлбэр, түүний материаллаг хэрэгцээг хангаж байгаа арга нь эмчийн мэргэжлийн ёс суртахууныг тодорхойлогч бодиг нөхцөл бөгөөд тухайн нийгэмд ноёрхож буй үйлдвэрлэлийн харилцаа, эдийн засаг улс төрийн бодлого, үзэл суртал нь түүхэн тодорхой үе дэх эмчийн ёс суртахуунд тусгалаа олж, онцлог шинжийн объектив үндэс болдог.

Хөрөнгөтний нийгэмд эмч нар нь өвчтөнд эрүүл мэндийг нь худалдаж, түүнийг өндөр ашигтай өвөрмөц хэлбэрийн таваар болгогч жижиг худалдаачин, мөлжигчид байдаг. Хүний эрүүл мэндэд хувийн ашиг орлого олох, шан харамж авах, баяжих уг сурвалж болгох үүднээс хандагаас анагаах ухаан нь өвчтөний хөлс төлөх чадвараас хэмжээ, чанар нь хамаардаг үйлчилгээний хүрээ болон хувирч, анагаах ухааны нийгэм-ёс суртахууны агуулга зөрчилд орж, хүнлэг энэрэнгүй үзэл санаа нь алдагдаж, мэргэжлийн ур чадвараа худалдаж байгаа эмчийн хувийн ашиг сонирхолд өвчтөний эрх ашиг дарагддаг явдал нь капиталист орнууд дахь хувийн эмнэлэг, эмч нарын үйл ажиллагааны мөн чанар юм.

Нийгмийн шинэ харилцаанд үндэслэн мэргэжлийн ёс суртахууны үүрэг, мэргэжлийн нэр төрөө мэдрэх мэдрэмж социализмын үед шинэ агуулгатай болж, дээд зэргийн хүндэг зорилгсо хэрэгжүүлэх бүрэн бололцоо эмч нарын өмнө нээгддэг. Социалист эдийн засаг, улс төрийн харилцаа эмч нарт мэргэжлийн үүргээ ухааргахад нь нөлөөлж, эмчийн ёс суртахууны зарчим, хэм хэмжээний үйлчлэх хүрээг өргөсгөж, дэвшилтэт агуулгаар баяжуулж, эмчийн үйл ажиллагааг идэвхжүүлж ажлын хариуцлага, ухамсарт хандлагыг өндөржүүлж, хөдөлмөрт коммунист ёсоор хандах явдлыг төлөвшүүлэх чухал хүчин зүйл болж байна.

Эмчийн ёс суртахууны нүүр царайг илэрхийлэгч гол хэмжүүр бол өвчтөнтэй харьцах харьцаа юм. Өвчтөн, эмчид эрүүл мэнд амь насаа даатгахдаа ёс суртахууны дээд чанарыг хүсэн хүлээж, эмчийг хүнлэг сайн үйлийн төвлөрөл, энэрэнгүй өрөвч үзэлтэн, шударга, сахилга баттай, авхаалж самбаатай, ажил хэрэгтээ үнэнч хандагч гэж итгэж байдаг. Эмчийн нэр төр, итгэн үнэмшүүлэх хүч нь өвчтөнд ямар ч бэрхшээл саадыг давах хатуужлыг өгдөг. Үүний тулд эмчээс өвчтөнд хандахдаа түүнийг сэтгэл санааны давтагдашгүй ертөнц бүхий хувь хүн, бодьгал чанар гэж үзэж, мэргэжлийн өндөр мэдлэг, эмчлэх ур чадвар, эв дүйн хүчээр өвчтөний сэтгэл санаа, зан байдлын онцлогийг олж илрүүлэн түүнд нөлөөлөх ёс суртахуун, сэтгэл зүйн харилцааны хэлбэр, арга барилыг эмчлэх зорилго чиглэлийг хангах үүднээс сонгон, сэтгэл санааг нь эзэмдэж, зан харьцааны харилцан ашигтай холбоог тогтоох шаардлагатай. Эмч өвчтөний олон талт харилцаанд эмчийн хэлсэн үг онцгой ач холбогдолтой. Тухайн өвчтөний хувийн онцлог, зан араншинд тохируулалгүй хайхрамжгүй, болгоомжгүй хэлсэн ганц үг ч өвчтөнийг өөрөөсөө хөндийрүүлж, анагаах ухаан, эмнэлэгт үл итгэх байдалд оруулж, эмнэлгийн байгууллага, эмч нарын нэр хүндийг сэвтээх, өвчтөний эрүүл мэндийг хохироох, тэрээр эрүүл мэндээ "бариачийн авралд" даатгах байдалд хүргэж болох юм.

Эмчийн ёс суртахууны хувиран өөрчлөгдөшгүй зарчим, шаардлагуудын зэрэгцээ нийгмийн дэвшил, анагаах ухааны хөгжлийн тодорхой шатны онцлогоор нөхцөлдсөн шинэ шаардлагууд дэвшигдэн гарч байдаг байна. Анагаах ухаан, түүний практикийн томоохон ололт бүхэн анагаахын ёс зүйн шинэ шаардлагыг төрүүлж, эмчийн мэргэжлийн болоод нийгмийн идэвх нь анагаах ухааны хөгжлийг даган урагшилж байдгаас шинжлэх ухаан, ёс суртахууны холбоо улам бэхжиж, эмчийн зан суртахууны хэм хэмжээг шинжлэх ухааны үүднээс үндэслэж, анагаах ухааны мэдлэгийн өндөр төвшинг ёс суртахууны шаардлагаар баяжуулан дэмжих үйл явц өнөөгийн онцлог болж байна.

Орчин үед эмч нар ард түмний материаллаг аж байдал, соёл, боловсролын төвшин эрс дээшилсэн, анагаах ухаан, эрүүлийг хамгаалах байгууллагаас нийгмийн амьдрал, хөгжил дэвшилд гүйцэтгэх үүрэг өссөн, эмнэлгийн байгууллагын нэр хүнд, үйлчилгээний чанар үр нөлөөг үнэлэхэд эмч, ажилтны соёлч боловсон байдал, зан суртахууны төлөв нь нэн чухал үзүүлэлт болж, эмчийн мэргэжил олон төрлөөр ялгаран нарийсч анагаах ухаан хурдан явцтай өсөж байгаа нөхцөлд ажиллаж байна. Энэ байдал нь эмчийн хөдөлмөрийн агуулга хэлбэрт нөлөөлж, мэргэжлийн ёс суртахууны шинэ шаардлагыг дэвшүүлж байна.

Анагаах ухааны ялгаран төрөлжилт, техникжилт нь хөгжлийн зүй ёсны гарцаагүй үр дүн, орчин үеийн онцлог нь мөн юм. Үүнтэй холбоотой тодорхой нарийн мэргэжлийн эмч, ямар ч өвчнөөр өвчилсөн өвчтөнд эмнэлгийн зохих тусламжийг цаг хугацаанд нь үзүүлж байх мэргэжил ёс суртахууны шаардлага чухлаар тавигдаж байна. Түүнчлэн аливаа нарийн мэргэжлийн эмч өвчтөнийг үзэхдээ зөвхөн өөрийн мэргэжлийн хүрээнд явцууран, хүний биеийн „нэг хэсэгт“ бий болсон эмгэг өөрчлөлтийг бүхэл бүтэн бие махбод, тодорхой хувь хүнээс „таслан“ авч онцгойлон анхаараад бие махбод, түүний үйл ажиллагааны түгээмэл хэлхээ холбоо, бүхэл нэгдмэл чанарыг мартаж болохгүй. Мэргэжил ялгаран нарийссанаас эмчийн хувьд өвчтөнд үйлчлэх үүрэг нь олон нарийн мэргэжилтний дунд уусан тодорхой эзэнгүйдэх, эсвэл өвчтөнийг бие биерүүгээ түлхэх байдлаар чирэгдүүлэн хохироож, цаг алдсанаас өвчний тавиланд хортойгоор нөлөөлөх байдалд хүрвэл энэ нь эмчийн ёс суртахуун, нийгмийн өмнө хүлээсэн үүргээ ноцтой зөрчсөн хэрэг болох юм. Эмчийн мэргэжил ялгаран нарийссанаас өвчтөний хувь заяаны төлөө хүлээх хариуцлагыг олон мэргэжлийн эмч нар хуваах ёстой мэт ойлголт гарч, хариуцлагыг хамт олонд тохох нь эмчийн хувийн хариуцлагыг буруу үнэлэх ноцтой хор уршигт хүргэнэ.

Орчин үед анагаах ухаанд өвчтөнийг шинжлэн судлах, эмчлэхэд техник аппарат хэрэгсэл өргөн нэвтэрч байгаа нь эмнэлгийн практикт лаборатори, техник шинжилгээний үүргийг хэт туйлшруулан үзэж, өвчтөнийг элдэв аппаратын тусламжтайгаар гарган авсан математик үзүүлэлтүүдийн механик нэгдэл мэт үзэх хандлагад хүргэх ёсгүй. Өвчтөнийг тодорхой хувь хүний хувьд тухайлан үзэх, нэг бүрчлэн анхаарах сонгодог уламжлал, өвчний эмнэл зүйн явц хүмүүст өвөрмөц байдлаар илрэх онцлогийг тооцох, хамгийн гол нь өвчтөнтэйгээ харилцан ярилцаж, зовлон шаналгааг нь хуваалцаж, сэтгэл санааны дэмжлэг үзүүлэх, зайлшгүй биечлэн үйлчлэх ажиллагааны ач холбогдлыг бууруулж болохгүй юм.

Социалист эрүүлийг хамгаалахын жанжин шугам, гол зарчим урьдчилан сэргийлэх чиглэлийн ач холбогдол ихээхэн өсөж байна.

МАХН-ын XVIII их хурлаас ард түмний эрүүл мэндийг хамгаалах чухал арга болсон урьдчилан сэргийлэх ажлыг хүчтэй болгохыг эрүүлийг хамгаалах салбарын гол зорилт гэж заасан билээ. Намын энэ заалтыг хэрэгжүүлэх гол зам нь нийт хүн амд эрүүл аж төрөх ёсыг хэвшүүлэх, анхдагч урьдчилан сэргийллийг өрнүүлэх явдал бөгөөд

үүнтэй холбоотой өвчтөн төдийгүй эрүүл хүмүүс эрүүлжүүлэн сэргийлэх ажиллагааны объект болж байна. Энэ учраас урьдчилан сэргийлэх үйл ажиллагаа аль ч мэргэжлийн эмчийн ёс суртахууны агуулга болж ирлээ. Түүнчлэн эмчийн мэргэжлийн үйлчилгээний хүрээнд тодорхой өвчтөн, эрүүл хүн төдийгүй нийгэм бүхэлдээ хамрагдах явц өрнөж байна. Нийгэм-экологийн эрүүл саруул нөхцөлийн төлөө эмчийн тэмцэл нь үүгээр нөхцөлдөнө. Эмч анагаах ухааны нийгмийн асуудалд ухамсартай хандаж энэ үндсэн дээр мэргэжил ёс суртахууны үүргээ биелүүлэх нь эмчээс нийгэмд хандах хандлагын чиг шугам мөн.

Орчин үед эмнэлгийн ажилтнуудын хоорондын харилцааг зохицуулдаг үндсэн зарчим-хамтач ёсны роль өсөн нэмэгдэж байна. Энэ бол өвчтөний эрүүл мэндийг сэргээж, бэхжүүлэхийн төлөө тэмцэлд хамтран ажиллаж, нэгдмэл байх, өвчтөний ашиг сонирхлын үүднээс бие биеэ хүндэтгэх, нөхөрсгөөр хамтран ажиллах явдалд үндэслэдэг.

Нэр алдар хөөцөлдөх, мэргэжил нэгт нөхдийн зөвлөлгөөг үл сонсох, өвчтөний дэргэд нөхдийн нэр хүндэд харш байдал гаргах, нөхрийн алдааны талаар дуугүй өнгөрөх зэрэг хамтач ёсны гажуудлын илрэлийг ёс суртахууны үүднээс шүүмжлэн эвлэршгүй тэмцэж, тухай бүр арилгаж байх ёстой. Хамтач ёсны зарчим нь анагаах ухааны техникжилт эрчимжиж, эмчийн мэргэжил ялгаран нарийссанаар үүсэж буй зарим сөрөг үр дагавартай амжилттай тэмцэж, мэргэжлийн алдаанаас сэргийлэх хамгийн чухал хэрэгсэл юм.

Империализмын буруугаар дайны аюул өсөн нэмэгдэж байгаа орчин үед хүний амь нас, эрүүл мэндийг хамгаалахад чиглэсэн хамгийн хүнлэг энэрэнгүй мэргэжлийн төлөөлөгчид болохын хувьд эмч нар дайны аюулын эсрэг тэмцлийн тэргүүн эгнээнд байж, шинжлэх ухааны мэдээ баримтыг ашиглан зэвсэглэлээр хөөцөлдөх цөм, хими, бактериологийн зэвсгийг бүтээх явдалтай холбогдон хүмүүсийн амь нас, эрүүл мэндэд заналхийлж байгаа бодит аюулыг илчлэн харуулахын төлөө тэмцэх явдал бол эмчийн энэрэнгүй үзэл, ёс суртахууны чанарын зайлшгүй шаардлага болон тавигдаж байна. Түүнчлэн хөрөнгөтний нийгмийн захиалгаар төрөн гарч байгаа хүнлэг бус, арьс өнгөөр ялгаварлан гадуурхах үзэл, дайнч номнол, хөрөнгөтний нийгмийн ялзрал, мөхлийг хаацайлах зорилгодоо биолог, анагаах ухаан, генетикийн шинжлэх ухааныг ашиглахыг санаархсан үзэл суртлын хорлон сүйтгэх ажиллагааг илчлэн, няцаахад эмч нарын оруулах хувь нэмэр чухал байрыг эзэлж байна.

Улсын ариун цэвэр, халдвар судлалыг байцаан шалгах газрын ажилтан С. ЦООДОЛ

## ШИНЖЛЭХ УХААН, МЭРГЭН БОДЛООР БАХАРХАНА

АКАДЕМИЧ Е. И ЧАЗОВ

Шинжлэх ухаан гэдэг бол өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх, эмчлэх арга хэргэслийг аяндаа бий болгож байдаг эд шид биш. Шинжлэх ухаан гэдэг нь хөдөлмөр, тэр тусмаа олон үеийн эрдэмтдийн уйгагүй, нөр их хөдөлмөр билээ. Нэг шинэ эм буюу энгийн хийцтэй хирнээ оношлогооны зориулалттай шинэ аппаратын цаана, маш олон эрдэмтэн, эмч нарын хөдөлмөр байгаа юм гэдгийг уншигчид маань ойлгоосой. Тэдгээр хүмүүсийн амьдралын зам дандаа сарнай цэцгээр бүрхмэл байдаггүй гэж итгэгтүн.

Зарим нэг хүн хэдийгээр үл итгэх байдлаар ханддаг ч гэсэн анагаах ухааны ололт, амжилт маргашгүй юм. Энэ бол хэдэн арван зуун мянгаар аврагдсан амь нас, энэ бол эмнэлэг эрүүл мэндийг нь эргүүлж өгсний ачаар нийгэмдээ дахин

хөдөлмөрлөж, хувь нэмрээ оруулах боломжтой бэлсэл түм буман хүний баяр жаргал билээ.

Гэвч харамсалтай нь зарим өвчний эмчилгээнд бид хүчин мөхөсдөж байгаагаар эрүүл мэндээ, зарим үед амь насаа аврахын төлөө өвчтөн өөрөө юмуу төрөл төрөгсдөөс нь бүхнийг хийх гэсэн зүй есны эрмэлзлэл нь зарим хүнийг "уламжлалт бус эмчилгээний аргын" төлөөлөгчид гэгддэгчдэд очиход хүргэж байна. Үүний цаана чухам юу нуугдаж байдгийг хэн ч мэдэхгүй. Янз бүрийн бариац алганы хээгээр мэрэглэгчид, цус гаргалгүйгээр мээ засал хийгчид, төрөл бүрийн домч зэрэг элдэв мэхлэгчид "уламжлалт бус арга" гэдгээр бамбай хийж байна.

Иймэрхүү төрлийн "оточ" нартай би нэг бус удаа тааралдаж байсан бөгөөд харин бидний хүчин мөхөсдөх үе, зарим эмч нарын гаргасан алдаа юмуу өвчтөний хувь заяанд хайхрамжгүй хандсан цалгар назгай байдлыг тун овжин ашиглаж чаддаг нь надад ямагт гайхаш төрүүлдэг байлаа. "Уламжлалт бус аргыг" ихэнх төлөөлөгчид өвчтэй хүний сэтгэл зүйг маш сайн эзэмдэж өөрийнхөө зорилгод чадамгай ашиглаж сурсан байдаг. Гэвч хэзээ нэг цагт бид жишээ нь хорт хавдар, судас хатууралт, сэтгэл мэдрэлийн зарим өвчинтэй найдвэртай тэмцэж чадах сайн зүйл олсон хойно "уламжлалт бус эмчилгээний арга" уй мөргүй арилдаггүй юмаа гэхэд үндэс ёзоороороо өгөрч гандана гэдэгт эргэлзэх зүйл үй.

Ид шидтэй бурхны хөрөг, "гэгээн" хүч чадал, "ариун" булаг шалд, элдэв швишлэгэнд хүмүүс итгэн шүтсээр л байсан. Энэ шүтлэг хүмүүст тэдгээрийн үгээр бол тус нэмэр болж байсныг түүх шашидраас ч олж мэдэж болно.

Үүнтэй холбоотойгоор 1964—65 оны үед гарсан "соронзон"-гийн ид шидийн тухай шуугиан над санагдаж байна. Ялангуяа японы соронзонт бугуйвчууд бараг л өвчин бүхнээс анагаах ид шидтэй мэт цуурхаж байв. Намайг дотор өвчин судлалын хүрээлэнгийн захирал байх үед Японы соронзонт бугуйч үйлдвэрлэдэг пүүсний эзэн нэг удаа уулзаж билээ. Цахилгааны ердийн механикийн мэргэжилтэй гэр хүн бугуйвчны үйлдвэрлэлээс бага зэрэг хөрөнгөжиж чаджээ. XVII зууны сүүлчээр тэр үед нэлээд нэрд гарсан эмч Месмер гэгч амьтны соронзон зүйн тухай өөрийн онолоо гаргасан боловч соронзонгийн ид шидийн талаархи шуугиан эдүгээ нэгэнт үеэ өнгөрөөсөн гэдгийг би түүнд хэлж улам хөрөнгөжихөөр горьдож байсан урмыг нь хугалсан юм.

Ихэнх эрдэмтэд, эмч нар Месмерийн онолыг няцаасан ч гэсэн түүний алдар цуу өргөн тархаж сэтгэл мэдрэлийн хямрал, ядаргаатай өч төчнөөн хүн Европын өнцөг булан бүрээс тусламж эрэлхийлэн түүнрүү тэмүүлж байжээ. Месмерийг ивээгчид түүнийг бүр Мюнхений академийн гишүүнээр сонгож амжжээ. Энэ дашрамд хэлэхэд, соронзонгийн ид шидийг байдгаараа талархан дэмжигчдийн нөлөөг би болон бусад эрдэмтэд биеэрээ мэдэрсэн билээ. Тухайлбал "шинэ дэвшилт чиглэлийг дэмжих", "прээдүйн эмчилгээний үндсийг судлах" гэх мэт эрмэлзэлтэй хүмүүс энэ талаар багагүй ярьдаг байсан бөгөөд тэдгээрийг өнөөгийн анагаах ухааны төлөөлөгчид бид хэдийгээр анагаах ухаанд олон зүйл тодорхойгүй байгаа ч гэсэн хүлээн зөвшөөрч чадаагүй юм.

Одоо соронзонт бугуйвчны тухай бүр дурсахаа больжээ. Гэвч түүх дэвчдэсээр байна. Нэг янзын төөрөгдлийн халааг нөгөө нь залган авч байна. Эмийн ургамал, "ардын эмнэлэг" гэдэг нэрийн дор элдэв хууран мэхлэгчид багагүй дөвчигнөх боллоо. Нөгөө талаар, анагаах ухаан төрөл бүрийн ургамал, өвснөөс ялгаж авсан олон янзын бодисыг эмчилгээнд өргөн хэрэглэдэг тухай бодит баримтыг санаатай буюу санамсаргүйгээр бүрхэгдүүлэх хандлага их байна. Гэтэл бүх эмийн бэлдмэлийн 40 орчим хувийг ургамлын гаралтай түүхий эдээр үйлдвэрлэж байна. Түүнчлэн ургамлын эмчилгээний чанарыг судлах үүрэг бүхий олон арван тэнхим, лаборатори хийгээд эмийн ургамал судлалын бүх холбоотын хүрээлэн манайд ажиллаж байна. Дээр дурдсан хэрэг явдал бас ёс суртахууны талтайг хэлэх хэрэгтэй. Яагаад ч юм, эмийн ургамал буюу ардын эмнэлгийн нэр цуугаар алдар нэр олж авсан хүмүүсээс, мөнхий л мэдсэн сонсоноор бол нэг нь ч эрдэмт дэд хандаж: над ийм ер бусын өвсний цуглуулга байна, та нар шинжилж судалж үзээч, хэрэв үнэхээр сайн эм байх юм бол хүмүүсийн сайн сайхны тулд үйлчлэг гэх мэтээр хэлж байсангүй.

"Мөнхөд залуужуулах, шингэн", "хандмал", "цуглуулга", "рашаан" гэх мэт янз бүрийн нэр томъёо бүхий зүйлүүдэд наймаа арилжааны өндөр үнэд хүргэжээ. "Огонёк" сэтгүүлийн 1980 оны долдугаарт Сочи хотын оршин суугч С. Е. Чернышовын санаачилсан шинэ эм "Чиссесор" хэмээх шидэт шингэний тухай тэмдгэлэл нийтлэгдсэн. Олон зуун хүн түүнээс тусламж эрэлхийлэх болж, тэр ч дуртай нь аргагүй тусалж байжээ. Энэ шидэт эм 120 рублийн үнэтэй нэгэн янзын булингартай шингэн л байсан гэнэ. Асуудлын гол нь энэ луйварчин этгээд өвчинд шаналсан олон хүнээс рублийг мянга мянгаар нь авснаар зогсохгүй, тэдний эрүүл мэндийг хохироосон байлаа. Бөөр орлогч аппарат залгахаар бэлтгэж байсан Светланаг бөөрний тасгаас авч гарахыг Чернышев бидэнд ятгасан. Эмч нар ихээхэн дургүйцэж байсан ч гэсэн түүний хэлснээр бид охиноо гаргаж авсан юм. Үүний дараа Чернышов бидэнд нэг жижгэвтэр шилтэй шингэнийг хэрэглэх зааврын хамт өгч 100 рубль болон бэлэг сэлт авсан. Нөгөө шингэнийг бүтэн сарын турш охиндоо өгсөн боловч огт сайжирсангүй харин бие нь бүр муудаж ирлээ. Аргаа бараад уйлан хайлан байж охиноо дахин эмнэлэгт хэвтүүлсэн боловч нэгэнт оройт-

сон байлаа." гэж арван есхөн настай охины эхийн бичсэн захидлыг хэн ч тайван унших аргагүй биз. Хэвлэлд хэт хөөргөж бичсэн ид шидтэй шингэн нь үнэн чанартаа мацестын рашаан, дарсны спирт, түүхий шохой, хоолны давсны холимог байсан бөгөөд түүнийг архи нэрдэг аппаратаар нэрж хотой өвсний хандмалаар өнгийг нь хувиргажээ. Өөрийгөө „ард олныг эмчлэгч“ (демопат) гэж нэрлэсэн энэхүү залт этгээд шүүхээр шийтгэгдсэн юм.

Тийм тохиолдолд анагаах ухааны төлөөлөгчид болох биднийг ч зэмлэх нь зүйд нийцнэ гэнэ. „Ард олныг эмчлэгч“ домч нарын тухай мэдэх мөртөө биднийг амаа жимийсээр байна гэлцэнэ.

Тэр бүү хэл чи үхширсэн заншил дуурнагч, ардын саруул мэргэн ухааныг үл тоомсорлон „Ардын эмнэлгийн“ хөгжилд саад тотгор хийгч этгээд гэж буруушаахыг нь яана. Би ташаарч ч байж болох юм. Гэвч огт хэрэггүй болох нь хожим анагаах ухаан болон практикаар нотлогдсон эмчилгээний „шинэ аргуудын“ талаар сонинд няцаалт өгч өгүүлэл нийтэлж байсныг ердөө санахгүй байна.

Мөнөөхөн „оточ“ нар анагаах ухааны цагаан толбыг ашиглан эмчилгээний уламжлалт бус арга гэдгээ шинжлэх ухааны үндэс суурьтай болгохыг оролдож байгаа нь намайг, бусад эрдэмтдийн адил онцгой түгшээн зовоодог юм. Харамсалтай нь өнөө хүртэл бид хүний бие махбодын нөөц боломжийг бүрэн мэдэхгүй байна.

Гэвч эрдэмтэд өөрсдийн хүч, мэдлэгийг дайчлан, уураг, тархины нууцыг тайлах, бие махбодын нарийн үйл ажиллагааны жамыг бүрэн илрүүлэхийг хичээж байтал, хүний биенийг цаглашгүй нөөц боломжийн тухай шинжлэх ухааны нээлтүүд болон олон үеийн туршид дамжин ирсэн „далдын“ хүчинд бишрэх явдлыг овжин ашиглагч хүмүүс бий болсоор л байна.

Месмер эмчилгээгээ хийх үед баян хуур хөгжмөөр тоглодог байсныг орчин үеийн „шидэт“ бариагчид дуурнахгүй нь мэдээж хэрэг. Тэд өөрсдийн сонирхолд зохицуулан физик, биологи, философийн шинжлэх ухааныг ашиглахыг оролдон, „Шинжлэх ухааны нэлээд өндөр түвшинд“ ажиллах болжээ. Үнэндээ тэд шинжлэх ухааныг ч биш, зөвхөн түүний нэр хүнд, шинжлэх ухааны төлөөлөгчдийн нэр төрийг л ашиглахыг эрмэлзэж байна. „Ер бусын бариагчдын“ хувьд харамсалтай нь, тэдний биенд ямар нэгэн ер бусын цахилгаан гүйдэл байгааг орчлон ертөнцийн эрчим хүчний маш өчүүхэл хэлбэлзлийг ч андахгүй мэдрэх чадалтай орчин үеийн нэг ч аргаар илрүүлээгүй байна.

Тархи, зүрхний эсүүд өөрийн „гүйдэлтэй“, өөрийн цахилгаан чадавхитай байдаг нь аль хэдийнээ нэгэнт тогтоогдсон учир тэр үзэнийг дахин нээхийн хэрэг юу байх билээ. Өнөөдөр бид эсний цахилгаан чадавхийн хэмжээг төдийгүй түүний үүсэх жамыг сайн мэддэг боллоо. Тархи, зүрхний цахилгаан бичлэг зэрэг оношлогооны сонгодог аргууд ч үүн дээр үндэслэгдэн бий болсон юм. Цаашдаа магад хүний бие махбодын, ялангуяа уураг тархины физик химийн цоо шинэ үзэгдэлүүд нээгдэх болно. Гэтэл ер бусын бариагчид, хорт хавдар, зүрхний шигдээс зэрэг олон төрлийн ноцтой өвчнийг өөрийн гараараа эмчилж чадаж байгаа мэтээр өөрсдөө төдийгүй, зарим сэтгүүлчид, тэрч байтугай эрдэмтэд батлах гэж оролдог нь шинжлэх ухаанд харш төдийгүй гэмт хэрэг үйлдэхэд дөхөж очиж байгаа явдал юм. Үүний уршгаар, элдэв тус горилсон зарим өвчтөн өөрт нь хийж буй эмчилгээний аргын мөн чанарыг сайтар ухааралгүй эмчилгээгээ хаяж, улмаар юм мэдэхгүй мөртлөө хомхой санааны үү, ээс „оточ“ болсон үл бүтэх хүмүүсийн урхинд орж хөрөнгө мөнгө төдийгүй, эрүүл мэнд, амь наснаа золосонд гаргах явдал байна.

Москвагийн нэг томоохон дээд сургуулийн захирал бөөрний нь ажиллагаа муудаж „хиймэл бөөр“ гэдэг аппарат залгах эмчилгээ хийлгэж байсныг би санаж байна. Тэгтэл түүнийг „шидэт бариагч“ ятгаж айх юмгүй, эмчилгээний өвөрмөц аргаар бөөрний тань ажиллагааг сэргээж чадна гэж амлажээ. Үүнд нь өвчтөн итгэж, „хиймэл бөөрний“ тусламжтайгаар хийлгэх ээлжит эмчилгээ ээ тасалсан байна. Шөнө нь өвчтөнийг авчрахад ухаан алдчихсан, юу ч хийгээд нэмэргүй болсон байв. Элдэв төрлийн „—оточ“ нар өвчтэй хүний хувь заяанд туйлын харууцлагатай хайхрамжгүй хандаж, зүйрлэн хэлвээс, түүний амьдралаар тоглож байдаг нь миний сэтгэлийг ямагт цочоодог. Баяжихын их хүсэлт, өөрийн үйл ажиллагааг „гоц зүйл“ гэж зарлан тунхаглах гэсэн зарим хүмүүсийн цадиггүй тэмүүлэл нь чиний өмнө хүн байна, чи түүний амь насыг харууцах ёстой гэсэн амьд ухамсрыг нь алж орхидог бололтой. Зарим өвчтөний сэтгэл зүйн тал нь ч их хачирхалтай санагддаг. Мөнөөхөн „шидэт“ бариагчийн эмчилгээ өөрт нь тус болохгүйгээр барахгүй хор болчихоор биднээс тусламж эрэлхийлж ирсэн хэн ч болов бариагчдаа зөвүүцдэггүй байлаа. Тэд бариагчид очсоноо аль болохоор мэлзэж нууна. Хэрэв тиймэрхүү байдал эмнэлгийн газарт гарсан бол бидний тухай хичнээл гашуун үг урсгах байсан бол оо!

Гэлээ ч гэсэн би өвчтэй хүмүүсийг хамгийн багаар буруутгах болно. Яагаад вэ гэвэл, тэд аврал тус л эрсэн хүмүүс. Харин аврал горилсон хүний итгэлийг хортойгоор ашиглана гэдэг бол хүний зовлон зүдгүүр, юм мэдэхгүй байдалым даламдуулан ашиг олох гэсэн ердийн ойлголтоор хязгаарлагдахгүй бөгөөд бүр хамгийн багаар бодоход туйлын ёс бусын хэрэг мөн.

Хилеры буюу гараараа цусгүй хагалгаа хийдэг хүмүүс „нүцгэн гараараа цус гаргахгүйгээр мэс заслын хагалгаа хийдэг гэгддэг хүмүүсийг Филиппинд хилерууд гэж нэрлэдэг байна“ гэж чухам хэн болох талаар „Литературная газета“ сонинны асуултанд ЗСБНХУ-ын ардын жүжигчин, алдарт илбэчин А. Акоюнны өгсөн харну миний сэтгэлд их нийцдэг юм. Дашрамд хэлэхэд, сдоо шидэт бариагчдыг хүрээлж байгаа шиг, нэг хэсэг хугацаанд хилеруудыг хүрээлсэн хамгийн чадагч дагдлыг „уламжлалт бус“ эмнэлгийн алдар хүнд бий болж, ердийн эмч эмчилж, чадахгүй өвчнийг л эмчилж чадна гэж цуурхаж байлаа.

Хилерүүдийн тухай жуулчдын авсан кино зургийг сэтгүүлчид болон Москвагийн их сургуулийн багш, оюутнуудад үзүүлжээ. Гэтэл зарим үзэгчид хилеруудыг тухай шинжлэх ухааны эрүүл саруул байр суурьнаас дүгнэж үг хэлсэн эмч, анагаах ухааны эрдэмтдийг „нөмрөгнийхөө нэр төгийг“ хамгаалахыг эрмэлзсэн, хуучныг баримтлагсад гэж зөмлөн буруушаажээ. За тэгээд А. Акоюн олон улсын уралдаанд нэг илбэчин үзэгчдийн нүдэн дээр туслагч хүүхнээ цахилгаан хөрөөгөөр хоёр таллан хуваахад „цус“ нь наймдугаар эгнээ хүртэл үсэрч, дараа нь хоёр хэсгийг нийлүүлэхэд хүүхэн босоод явчихаж байсан тухай яриад хилеруудын ажиллагаа гэгч нь сайн илбэчин хийчих тийм л нэг илбэ юм гэж билээ. Харамсалтай нь хүн бүр А. Акоюн шиг бодохгүй юм даа.

Гэвч энэ бол анагаах ухааны бас нэг сул талыг харуулж байгаа юм. Ерөөсөө бидний хүчин мөхөсдөж, тодорхой үр дүнд хүрч чадахгүй юм уу хэн нэгэн эмчийн мэдлэг чадвар дутах, эсвэл цалгар назгай байдлаар, заримдаа эмч хүний өвчтөнд хандах зөв хандлага дутаснаас өвчтөн анагаах ухаанд итгэл алдаж, хомхой зальтай „оточ“ нарын гарт амархан орчихож болох тул бид тухай бүрд нь учрыг яв цав олж байх ёстой.

Иймд янз бүрийн эмч, домч, хууран мэхлэгчидтэй тэмцэх хамгийн сайн хэрэгсэл бол анагаах ухааны ололт амжилт мөн. Мэдээж зурхний шигдээс өвчний хурц үед юм уу уушгины үрэвсэлтэй өвчтөн юуны өмнө бариагчид очих болов уу даа. Ийм тохиолдолд зөвхөн эмч ба эм тус болно гэдгийг бүгд мэднэ.

Анагаах ухаан гэдэг бол зөвхөн зааврын дагуу сохроор ажиллаж бодоггүйгээрээ бусдаас ялгаатай. Тийм шинжлэх ухаан, тийм мэргэжил юм. Харин техникт бол хялбар бөгөөд инженер хүн шинжлэх ухаанаар боловсруулсан технологийн загвар, зааврыг яг баримтлан ажилласнаар онцгой үр дүнд хүрч чадна. Гэвч анагаах ухаанд ийм боломжгүй бөгөөд яагаад вэ? гэвэл, түүний үндсэн зарчим нь өвчин биш өвчтэй хүнээс шалтгаалдагт оршино. Хэрвээ өнөөдөр анагаах ухаанд өвчин арван мянга орчим, өвчилсний шинж тэмдгүүд зуун мянга орчим мэдэгдээд байгааг тооцоолоод үзвэл нэг өвчний үе дэх эмчилгээний нарийн загварыг олон зуу, мянган хувилбараар боловсруулчих ямар ч боломжгүй билээ. Энд гагцхүү анагаах ухааны бүх ололтыг ашиглаж чадах, тэхдээ бүр тодорхой нэгэн өвчтөнд тааруулан хэрэглэж чадах эмч хүний мэргэжлийн үр чадвар илэрч байх учиртай. Ийм учраас тусгай программаар хөдөлдөг хиймэл хүн-аппарат лугаа адил зөвхөн заавраар ажил хийдэг дууриан тоглогч болсон эмчээс илүү аймшигтай юм анагаах ухааны хувьд, өвчтэй хүний хувьд байхгүй билээ.

Анагаах ухаан бол ер бусын мэргэжил бөгөөд эмчид хүн өөрийн хамгийн үнэтэй, нандин зүйл болох амь нас, эрүүл мэндээ даатгадаг билээ. Энд зөвхөн өвчтөн төдийгүй түүний ойр дотныхны хувь заяаны асуудал хамаарагдах нь олонтоо байдаг. Өвчтөн өөрийнхөө хувь заяаг даатгасан тэр хүндээ л итгэж найдах ёстой. Харин таны зовлон шаналгаанд хайнга хандаж, таны өвчний учир зүйг олох талаар ямар ч арга хэмжээ авахгүй байгаа, таны дургүйцлийг хүргэсэн эмчид та хувь заяагаа даатгах уу даа.

Хэрэв энэ асуудал өөрөөс тань шалтгаалах бол тийм эмчид очихгүй байхыг эрхэмлэх нь зөв. Мэдлэгийн хажуугаар эмч хүнд зохих зан араншин, авъяас дүй чухал юм. Хэрэв анагаах ухааныг эхнээсээ эцэстээ хүртэл зөвхөн загвар, заавраар хийх ажил гэж үздэг эмчтэй хувь тавилан тань учруулж, таны зовлон шаналгаа тэр эмчийн хувьд ямар ч нэдгүй байх юм бол мэдээжээр та анагаах ухаанд итгэл алдаж, улмаар эмчтэйгээ түр тар хийх болно.

Тодорхой бус шалтгаанаар өвчтэй хүн физикчдийн гарт орох өдөр ирж болох юм. Физикчид өвчтөнөөс юуны ч тухай асуухгүйгээр шууд цус авч, ямар нэг тогтмол хэмжигдхүүнүүд гаргаж, нэгийг нь нөгөөгөөр үржүүлж, дараа нь логарифмын таблицтай харьцуулж үзээд цогын ганц үрэл өгч эмчлэх болно. Гэлээ ч гэсэн хэрэв би өвдөх юм бол нүдгийн настай хашир ямар нэгэн эмчид л очих болно. Тэрээр нүднийхээ булангаар намайг ажиглаж, гэдсийг минь дарж үзэж, нусны хуучивтар алчуураа далан тушаа минь тавьж чагнаж үзэх болно. Тэгээд матигар гаансаа зууж хангалган байж эрүүгээ арчих зуугаа надруу дөlgөөнөөр мишээн харахад нь өвчин минь намдаад ирэх шиг болно.... Мэдээж хэрэг; би шинжлэх ухааныг шагшин магтана. Цэцэн мэргэн ухааныг ч бас бахархана гэж А.Сент-Экзюперн, эмчийн тухай гайхамшигтай сайхнаар дүрслэн хэлснийг онцлон тэмдэглэхийг хүсч байна.

„Медицинская газета“ сонинны 1984 оны хорин дөрөвдүгээрээс Б. Оргил орчуулав.

Ц. СОДНОМПИЛ

ТООЦООЛОН БОДОХ ТЕХНИК МАТЕМАТИК  
АРГЫГ ХЭРЭГЛЭХ НЬ ЭРҮҮЛИЙГ ХАМГААЛАХЫН  
УДИРДЛАГЫГ БОЛОВСРОНГУЙ БОЛГОХ  
ХҮЧИН ЗҮЙЛ МӨН

АСПИРИНТ

Орчин үед удирдлага гэдэг нь нийгэм, эдийн засаг, хууль эрх, сэтгэл зүй, техник технологийн болон бусад асуудлуудыг багтаасан олон талтай, иж бүрэн ойлголт юм.

Иймээс удирдлагад тооцоолон бодох электрон машин (ТБЭМ), эдийн засаг-математикийн болон загварчлалын аргыг өргөн хэрэглэх техник-зохион байгуулалтын дорвитой арга хэмжээ авч хэрэгжүүлэх, эдийн засгийн төрөл бүрийн хөшүүргийг чадамгай ашиглах явдал шаардлагатай болжээ.

Тус оронд социализмын материал техникийн баазыг амжилттай байгуулж, улс ардын аж ахуйн төрөл бүрийн салбар эрчимтэй хөгжиж байгаа өнөөгийн нөхцөлд эрүүлийг хамгаалахын удирдлагын системийг боловсронгуй олгох асуудал нэн чухал байна.

ЗХУ болон бусад орны эрдэмтдийн (В. В. Венедиктов 1982; П. И. Калью 1975; В. И. Кант 1982; Е. Н. Шиган 1982; В. М. Тимошин 1978; 1983; Г. Гаргов 1983 гэх мэт) үзэж байгаагаар орчин үед шинжлэх ухаан-техникийн дэвшил болон үйлдвэржилт, материаллаг болоод соёлын амьдрал төвлөрөх процесс эрчимтэй хөгжиж, үүнтэй хамт өндөр нарийн мэргэжлийн тусламж үзүүлэх эмнэлэг-урьдчилан сэргийлэх байгууллагуудын тоо үлэмж өсч байгаа нь хүн амд үзүүлэх эмнэлгийн тусламж, түүний материаллаг баазыг бэхжүүлэхэд чухал ач холбогдолтой хүчин зүйл болохын зэрэгцээ эрүүлийг хамгаалах байгууллагуудын өмнө шинэ шинэ зорилтууд урган гарч, тэдгээр зорилтыг амжилттай шийдвэрлэхэд орчин үеийн тооцоолон бодох техник, эдийн засаг-математикийн аргыг өргөн хэрэглэх явдал зайлшгүй шаардлагатай болжээ. Тооцоолон бодох электрон машиныг (ТБЭМ) ашиглах, хөгжүүлэх асуудал Кибернетикийн шинжлэх ухааны хөгжилтэй салшгүй холбоотой юм.

ЗХУ-ын эрдэмтэн А. И. Бергийн (1972) тодорхойлсноор кибернетик гэдэг нь тодорхой зорилготой, зөв удирдах (юуны өмнө нарийн зохион байгуулалтай, динамик системийн) тухай шинжэх ухаан юм.

Кибернетикийн шинжлэх ухааны тусламжтайгаар судалдаг тэрхүү системүүдэд дараах ерөнхий зүй тогтол зайлшгүй байх ёстой. Үүнд:

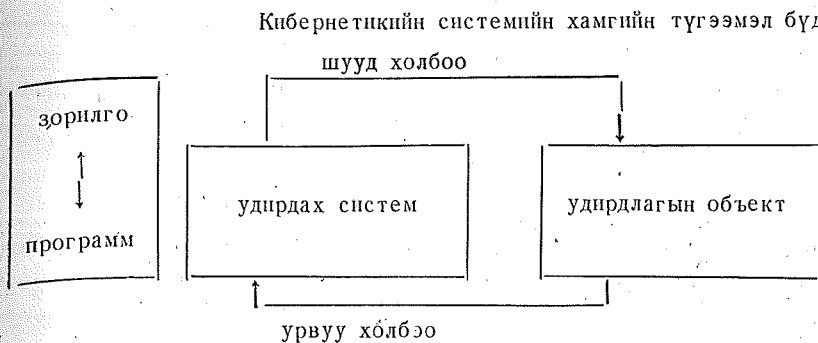
1. Юуны өмнө судалж буй процессын тухай анхны баримт сэлттэй байх бөгөөд түүнийг хамгийн ерөнхий байдлаар томъёолон „мэдээлэл“ гэж нэрлэдэг байна. Ямар нэгэн системийг удирдахад мэдээлэл зайлшгүй чухал. Ийнхүү мэдээлэл гэдэг бол кибернетикийн шинжлэх ухааны хамгийн чухал, үндсэн гол ойлголтуудын нэг юм.

2. Удирдлагын ямар ч шатанд мэдээллийг хүлээж авч, дамжуулах, хадгалах, боловсруулах асуудал зайлшгүй байна. Кибернетикийн системийн үйл ажиллагааны үндэс нь дараах элементүүдийн харилцан үйлчлэл юм. Үүнд:



Зорилго ба программ, удирдах систем ба удирдлагын объект, тэдгээрийн динамик холбоо (шууд ба урвуу) эдгээр болно. Бид дараах зургаар кибернетикийн системийн хамгийн түгээмэл бүдүүвч харууллаа.

Зураг—1



Үүнээс үзэхэд тус орны эрүүлийг хамгаалахын удирдах систем нь кибернетикийн нийтлэг систем мөн. Кибернетикийн шинжлэх ухаан төрөл бүрийн системийг судлахдаа мэдээллийн онол, өндөр хүчин чадалтай тооцоолон бодох электрон машины онол, өөрийгөө зохицуулах онол (теория саморегуляций)-уудад тулгуурлаж иржээ.

Аливаа системийг кибернетикийн шинжлэх ухааны үүднээс судлана гэдэг нь эцсийн эцэст уг системийн үйл ажиллагааг хамгийн зохистой удирдаж, зохион байгуулна гэсэн үг юм. Кибернетикийн шинжлэх ухаан нь мэдээллийг боловсруулахдаа математик аргуудыг өргөн ашигладаг бөгөөд түүний үр дүнд өндөр хүчин чадалтай тооцоолон бодох электрон машины тусламжтайгаар уг мэдээллийг боловсруулах ажлыг автоматжуулах боломжтой болдог байна.

Орчин үед эрүүлийг хамгаалахын удирдлагад математик аргыг өргөн ашиглаж байна. Математик арга гэдэг нь аливаа юмс үзэгдлийг судлахад математикийн төрөл бүрийн тэгшитгэлийн тусламжтайгаар уг юмс үзэгдлийн мөн чанарыг загварлан томъёолохыг хэлдэг байна.

Ер нь Эрүүлийг хамгаалахын зохион байгуулалт удирдлага төлөвлөлтөд хэрэглэгдэж байгаа математик аргуудыг дотор нь:

1. Зохистой төлөвлөлтийн аргууд

2. Үзэгдэл юмсын үнэн магадтайг онолын талаас нотлох аргууд гэж ангилдаг байна.

—Зохистой төлөвлөлтийн аргуудад шугаман болон динамик программачлалын аргууд ордог байна.

—Үнэн магадтай нотлох аргуудад төрөл бүрийн математик загварчлалын аргууд (ижилтгэн загварчлал, статистик туршилт, ажилбар судлал гэх мэт) ордог байна. Эдгээр аргыг эрүүлийг хамгаалахын практикт өргөн нэвтрүүлэхэд математикийн мэргэжлийн боловсон хүчний туслалцаа зайлшгүй шаардлагатай бөгөөд эрүүлийг хамгаалахын зохион байгуулагч, математикч нар хамтран ажилласнаар амжилттай хэрэглэх боломжтой юм.

Ийнхүү эрүүлийг хамгаалахын удирдах системийг боловсронгуй болгох хамгийн шинэ, гол үндсэн хандлага бол өндөр хүчин чадалтай математик аппарат бүхий ТБЭМ хэрэглэх, удирдах системийн мэдээллийн хангамжийг сайжруулах асуудал бөгөөд эдгээрийн үндсэн дээр удирдлагын автомат систем (УАС) боловсруулах явдал мөн. Гэвч УАС байгуулах гэдэг нь маш нарийн, үлэмж нүсэр ажил юм. Иймээс УАС байгуулах ажлыг юуны өмнө одоо хэрэглэгдэж байгаа удирдлагын арга мэдээллийн байдал, удирдлагын системийг шинжлэх

ухааны үндэслэлтэй судлах ажлаас эхлэх нь зүйтэй юм. Мөн уг системд хүнд хүчир ажлыг механикжуулах талаар ямар хахиц олсон зэргийг системийн онолын үүднээс нарийн судалсан байх шаардлагатай юм. Энэ талаар зөвлөлтийн эрдэмтэн О. В. Козлова, С. А. Ленская (1971) нар удирдлагыг механикжуулах, автоматжуулах асуудлыг 3 шаттайгаар боловсруулсан нь манай нөхцөлд тохируулан судалж хэрэглүүштэй юм. Энэхүү зарчим нь:

1. Эхний шат-бүртгэх, тооцох ажлыг төрөл бүрийн жижиг тооны машиныг ашиглах замаар хэсэгчлэн механикжуулах,

Энэ шат нь мэдээллийг шуурхай боловсруулах ажлыг цаашид боловсронгуй болгоход чухал үүрэг гүйцэтгэдэг байна.

2. 2 дахь шат-удирдлагыг нэлээд өргөн хэмжээгээр механикжуулах. Энэ шатанд бүртгэлийн ажлыг механикжуулахын зэрэгцээ норматив-төлөвлөлтийн асуудлыг хэсэгчлэн механикжуулж, энэ ажилд тоолох-шивэх машиныг ашиглахаас гадна ТБЭМ ашигладаг байна. Энэ шат нь цаашид удирдлагын техникийн баазыг боловсронгуй болгох үндсийг тавьдаг байна.

Эдгээр хоёр шат нь манай орны эрүүлийг хамгаалахын удирдлагын практикт ямар нэгэн хэмжээгээр нэвтэрч байгаа гэж үзэж болох юм.

3. 3 дахь шат-удирдлагыг иж бүрэн механикжуулах ажлыг автоматчилахтай хослуулах ба удирдлагын автомат систем (УАС) байгуулах зэрэг болно.

ЗХУ-болон социалист бусад орнуудад одоо энэхүү 3 дахь шатны асуудлыг амжилттай шийдвэрлэж байна. Жнь; ЗХУ-ын эрүүлийг хамгаалах яаманд „Медстат“-Эрүүлийг хамгаалахын статистик үзүүлэлт тайлангийн удирдлагын автомат системд (УАС) оруулсан, „Сан эпид“ ариун цэвэр, халдвар судлалын асуудлыг шийдвэрлэх УАС-д „ГАПУ“ Эм хангамж, түүний хуваарилалт, зарцуулалт нөөцийн асуудлыг зохицуулах УАС „Планфин“-төлөвлөгөө-санхүүгийн талаархи УАС „Кадр“-боловсон хүчний талаархи УАС, „АСКИД“-тогтоол шийдвэрийн биелэлтэнд хяналт тавих УАС зэргийг амжилттай нэвтрүүлж байна.

Удирдлагын автомат систем гэдэг нь удирдлагын үйл ажиллагааг хамгийн үр дүнтэй гүйцэтгэх нөхцөлийг хангаж байгаа техник хэрэгсэл ба онол арга зүйн нийлбэр цогц юм. Дээр өгүүлсэн онол, арга зүйн зарим асуудлууд болон тус орны эрүүлийг хамгаалахын удирдах систем, түүний мэдээллийн хангамжийн байдлыг судалсны үндсэн дээр орчин үеийн тооцоолон бодох машин, математик аргыг хэрэглэж, эрүүлийг хамгаалахын удирдлагын боловсронгуй болгоход зохион байгуулалтын дараах зарчмуудыг баримталж болох юм гэж бид санал болгож байна. Үүнд:

1. Эрүүлийг хамгаалахын бүх алба, байгууллагуудын удирдлагын үйл ажиллагааг нэгэн зэрэг автоматчилах шаардлагагүй бөгөөд (тиймч боломжгүй юм) эхлээд хамгийн чухал шаардлагатай, тэгэхдээ удирдлагын автомат систем нэвтрүүлэхэд хөрөнгө хүч болон техникийн талаар нэмэлт арга хэмжээ төдийлөн шаардахгүй тийм салбарыг сонгох хэрэгтэй юм.

Тухайлбал Эрүүлийг хамгаалах яаманд гүйцэтгэлийн хяналт шалгалтыг сайжруулах, хүмүүсийн хариуцлагыг дээшлүүлэх, гаргаж байгаа шийдвэрийг боловсронгуй болгох зорилгоор хяналт шалгалтын автомат систем нэвтрүүлж болох юм. ЗХУ-ын туршлагаас үзэхэд энэ системийг нэвтрүүлэхэд зохион байгуулалт, техникийн баазын талаар нэмэлт арга хэмжээ төдийлөн шаардахгүйгээр одоо гүйцэтгэж байгаа хяналтын системийг төгс боловсронгуй болгохын зэрэгцээ удирдлагын үйл ажиллагааг хөнгөн шуурхай болгох үр дүнтэй нь нотлогджээ.

2. Автоматчиллыг эрүүлийг хамгаалахын удирдах төв байгууллагад (Эрүүлийг хамгаалах яамны түвшинд) орон нутгийн байгууллагууд

(аймаг, хотын эрүүлийг хамгаалах газрын түвшинд) нэвтрүүлэх дарааллын асуудлыг өөрийн орны эрүүлийг хамгаалахын болон орон нутгийн онцлогийг сайтар судалж, холбогдох байгууллагуудтай тохиролцсоны үндсэн дээр шийдвэрлэх.

3. Автоматчиллыг заавал ТБЭМ-тай болсон нөхцөлд нэвтрүүлнэ гэхгүйгээр эрүүлийг хамгаалахын тулгамдсан зорилтыг шийдвэрлэх үндсэн дээр бусад байгууллагуудын ТБЭМ-ийг хамтарч ашиглах зарчмыг баримтлах. Жнь: Эрүүлийг хамгаалах УАС-ийг нэвтрүүлэхэд статистикийн төв газар, Улсын төлөвлөгөөний комисс, ус цаг уурыг удирдах газар зэрэг ТБЭЛЛ-тай байгууллагуудтай гэрээ хийх журмаар хамтарч ашиглаж болох юм.

4. Автоматчиллыг эрүүлийг хамгаалахад нэвтрүүлэхдээ улс ардын аж ахуйн бусад салбар, социалист бусад орнуудад УАС-ийг нэвтрүүлж байгаа арга туршлагыг судалж, өөрийн орны нөхцөлд хэрэгжүүлэх.

5. УАС-ийг нэвтрүүлж байгаа эхний үед инженер-техникийн боловсон хүчин, мэргэжлийн байгууллагуудын туслалцааг дээд зэргээр ашиглахын зэрэгцээ өөрийн боловсон хүчнийг идэвхтэй бэлтгэж эрүүлийг хамгаалахын ажилтнуудыг тооцоолон бодох техникийн үндсийг эзэмшүүлэх ажлыг шуурхай зохион байгуулах. Эдгээр зарчмыг бид хараахан төгс боловсруулахад үндэс болох болов уу гэж үзэж байна. Бид цаашид энэ зарчмыг улам боловсронгуй болгох зорилт тавьж байна.

М. СУХБААТАР, Н. А. АКСЕНОВ

## ХҮҮХДИЙН УУШГИНЫ ЦОЧМОГ ҮРЭВСЛИЙН ҮЕИЙН ЦУСНЫ РЕОЛОГ ЧАНАРЫН ӨӨРЧЛӨЛТ

ЛЕНИНГРАД ХОТЫН ХӨДӨЛМӨРИЙН ГАВЬЯАНЫ УЛААН ТУГИЙН  
ОДОНТ ХҮҮХДИЙН АНАГААХ УХААНЫ ДЭЭД СУРГУУЛЬ

Уушги нь цус бүлэгнэхэд оролцох хүчин, мөн түүний эсрэг хүчин, бүлэн задлах бодисоор баялаг (3,4,10,11) төдийгүй гепарин нөөцлөгдөх, (12) серотонин, адреналин, норадреналин, гистамин зэрэг биологийн идэвхт бодисуудын хэмжээг тохируулах (7) гол үүрэгтэй.

Уушгины цочмог үрэвслийн үед хялгасан судас тэлж өргөсөх, түүний нэвчилт ихсэх (13), цусны урсгал удааширч стаз болох зэрэг өөрчлөлт нь зүрхний ачааллыг ихэсгэдэг. Мөн периспирац замаар халуурах, амьсгаадах зэрэг шингэн алдсанаас цус өтгөрнө.

Цусан дахь хүчилтөрөгчийн хэмжээ буурч, нүүрсхүчлийн хэмжээ ихэссэн (8), хүчил шүлтийн тэнцвэрт байдал, ус эрдсийн солилцоо өөрчлөгдөх нь (10) цусны реолог чанар, бичил эргэлтэнд нөлөөлдөг (5,18).

А. С. Еремеева, И. А. Чернявская (1978), Н. Д. Ширяев, Л. С. Ходасевич (1978) нар, уушгины цочмог үрэвслээр хүндэрч нас барсан хүүхдүүдэд эмнэлзүй-эмгэгбүтцийн харьцуулсан судалгаа хийхэд (14) судсанд бүлэгнэлт ихсэх, бүлэн үүсэх, цусархаг хам шинж гарах, реологийн өөрчлөлт нь ихэвчлэн далд байгааг анхаарч цаашид гүнзгийрүүлэн судлах хэрэгтэйг тэмдэглэжээ.

Уушгины цочмог үрэвслийн үед уургийн харьцаа алдагдан альбумин багасч, глобулин (5), фибриноген (6) зэрэг том молекулт уураг ихсэх нь цусны реолог чанар, бичил эргэлтэнд нөлөөлөх нэг шалтгаан болно. Түүнчлэн захын цусанд ялтсан эсийн тоо багасах, түүний адгез, агрегац чанар өөрчлөгдөх нь бичил эргэлт болон цус бүлэгнэхэд чухал ач холбогдолтой (9,16) юм.

Бид цусны реолог чанарыг судлах зорилгоор уушгины цочмог үрэвсэлтэй 45 хүүхдэд динамик ажиглалт хийлээ. Бүх өвчтөний 28 нь голомтот болон сегментийн гуурс уушгины, 17 нь уушги гялтангийн үрэвсэлтэй байсныг нас хүйсээр нь ангилбал ой хүртэлх 7, 1—3 настай 14, 4—7 настай 11, 7-оос дээш настай 13, эрэгтэй 27, эмэгтэй 18 байв.

Өвчтөний онош, зовиур зэрэг нь бодит үзлэг, туслах шинжилгээгээр батлагдсан. Шинжилгээг хэвтэх үед (1—2 хоногт), явц дунд (10—14 хоногт) болон эдгэрэх үед хийсэн.

Бүх өвчтөнд цус, биохимийн үзүүлэлтээс (нийт уураг, уургийн бүлэг, С—реактив уураг, сиаловын хүчил, В—липопротеин) гадна цусны фибриногеныг Р. А. Рутбергийн (1966) аргаар, захын цусанд ялтсан эсийн тоог Брехерийн аргыг засварласан Г. А. Одессовагийн (1971) аргаар Фазова-контрастны микроскоп дээр тодорхойлсон. Өвчтөнд динамикт нь электрокоагулограмм хийж гарсан үзүүлэлтүүдийг хэвийн үзүүлэлттэй (2, 5, 15) харьцуулав.

Уушгины цочмэг үрэвсэлтэй хүүхдийн биохимийн үзүүлэлт

Хүснэгт I

Үзүүлэлтүүд	Хэвийн үед $M_0 \pm m_0$	Хэвтэх үед $M_1 \pm m_1$	P 0—1	Явц дунд $M_2 \pm m_2$	Гарах үед $M_3 \pm m_3$
Ажиглалтанд авсан хүүхдийн тоо=П		45		45	45
Нийт уураг (г/л)	70,4±3,8	67,73±0,82		70,63±0,91	71,0±0,85
Альбумин	50,0±2,15	43,10±0,83	<0,2	47,15±0,54	49,11±0,44
Альфа—1 глобулин	6,0±1,15	8,17±0,22	<0,7	7,11±0,19	6,42±0,14
Альфа—2 глобулин	12,1±1,4	17,02±0,42	<0,5	14,75±0,46	13,29±0,29
Бета-глобулин	13,0±1,6	13,14±0,18		13,10±0,23	13,02±0,26
Гамма-глобулин	19,0±1,4	18,52±0,48		18,00±0,52	18,26±0,43
C—реактив уураг (мм)	1,0	2,05±0,12	<0,01	1,52±0,09	1,35±0,04
Сналовын хүчл (ед)	20,0±2,1	35,30±1,06	<0,001	26,91±0,62	23,55±0,46
В—липопротеин (ед)	30—40	57,80±1,36	<0,001	46,30±1,27	38,61±1,28

Уушги, гялтангийн цочмог үрэвсэлтэй хүүхдийн биохимийн үзүүлэлт

Хүснэгт 2

Үзүүлэлтүүд	Хэвийн Үед $M_0 \pm m_0$	Хэвтэх Үед $M_1 \pm m_1$	P 0—1	Явц дунд $M_2 \pm m_2$	Гарах Үед $M_3 \pm m_3$
Өвчтөний тоо=П		17		17	17
Нийт уураг (г/л)	70,4±3,8	64,70±1,09		69,62±0,66	71,90±0,43
Уургийн бүлэг (%)	Альбумин	50,0±2,15	<0,001	42,79±1,18	46,82±0,43
	альфа—1 глобулин	6,0±1,15	<0,5	7,31±0,28	6,84±0,09
	альфа—2 глобулин	12,1±4,4	<0,001	15,00±0,69	13,69±0,21
	Бета-глобулин	13,0±1,6		13,22±0,25	13,32±0,15
	Гамма-глобулин	19,0±1,4	19,64±1,09		18,76±0,67
C—реактив уураг (мм)	1,0	2,64±0,19	<0,001	1,6±0,13	1,6±0,04
Сиаловын хүчил (ед)	20,0±2,1	37,1±2,43	<0,001	26,5±0,76	24,5±0,50
В—липопротеин (ед)	30—40	62,76±3,71	<0,001	48,00±1,14	41,85±1,69

Хүснэгт 1-ээс харахад уушгины цочмог үрэвсэлтэй хүүхдэд хэвтэх үед альбумин багасч ( $P < 0,2$ ), альфа—1 ( $P < 0,7$ ), альфа—2 глобулин ( $P < 0,5$ ), С—реактив уураг ( $P < 0,01$ ), сиаловын хүчил, В—липопротеин ( $P < 0,001$ ) ихсэж байна.

Биохимийн өөрчлөлт нь өвчний хэлбэр, өвчтөний хүнд, хөнгөнөөс шууд хамаарч байв. Ялангуяа хэвтэх үед биеийн байдал хүнд байсан уушги гялтангийн үрэвсэлтэй 17 өвчтөнд энэ хэлбийлт тодорхой илэрч байсныг хүснэгт 2-г харуулав.

Хүснэгт 2-оос үзэхэд биохимийн үзүүлэлтээс альбумин багасч ( $P < 0,001$ ), альфа—1 ( $P < 0,5$ ), альфа—2 глобулин, С реактив уураг, сиаловын хүчил, В—липопротеин ( $P < 0,001$ ) тод, тогтвортой ихсэж байна.

Уушгины цочмог үрэвсэлтэй өвчтөний цусанд фибриноген ихсэж ( $P < 0,1$ ), захын цусанд ялтсан эсийн тоо багасаж ( $P < 0,001$ ), электрокоагулограммд  $T_1$ ,  $T_2$ , Т үзүүлэлт богиносч ( $P < 0,01$ ),  $T_{рф}$  ( $P < 0,001$ ) уртсаж байв.

Өвчтөний цусны шинжилгээнд цагаан цогцос 31,4% ихсэж, цагаан цогцсын томьёоны хэлбийлт зүүн тийшээ (42,5%, улаан цогцсын тунах хурд 89%) ихэссэн байна.

**Дүгнэлт:** 1. Уушгины цочмог үрэвслийн үед биохимийн үзүүлэлтээс альбумин багасах, альфа—1, альфа—2 глобулин, С—реактив уураг, сиаловын хүчил, В—липопротеин ихсэх нь өвчний хэлбэр, өвчтөний хүнд хөнгөнөөс хамаарч эрт илрэх өөрчлөлтийн нэг юм.

2. Эдгээр өөрчлөлтөөс гадна цусанд фибриноген ихсэж, захын цусанд ялтсан эсийн тоо цөөрөх, электрокоагулограммд  $T_1$ ,  $T_2$ , Т үзүүлэлт богиносч,  $T_{рф}$  уртсах нь цусны бичил эргэлтийн хямрал цус бүлэгнэлтийн ихсэлтийг харуулах гол үзүүлэлт юм.

#### АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Актуальные вопросы бронхолегочной патологии у взрослых и детей. Чита, 1978.
2. Н. А. Алексеев, Н. А. Аксенов и др. Функциональная активность тромбоцитов у здоровых детей. ВОРД, 1975, 6, 12—16.
3. Г. В. Андреевко Фибринолиз (биохимия, физиология, патология) М. Медицина, 1979.
4. В. П. Балуда и др. Лабораторные методы исследования системы гемостаза. Томск, 1980.
5. Г. М. Воронка, и др. Изменение реологических свойств крови при пневмонии. В кн: О пневмониях у детей раннего возраста. Кишинев, 1976.
6. В. В. Гецеул Изменение свертывания крови при острых бронхолегочных заболеваниях у детей раннего возраста. Пед, 1981, 11, 59—60.
7. О. А. Гомазков и др. Механизмы повреждения, резистентности, адаптации и компенсации. Ташкент, 1979, ч. 1.
8. Диагностика нарушений микроциркуляторного кровообращения и методы их коррекции у больных с заболеваниями легких. Метод. рекомендац, 1982.
9. А. П. Зильбер Клиническая физиология в анестезиологии и реаниматологии. М. 1984.
10. А. П. Зильбер Клиническая физиология для анестезиолога. М. 1976.
11. Д. М. Зубайров Биохимия свертывания крови. М, 1978.
12. В. П. Казначеев, А. А. Дзизинский Физиология и патология трансклаплярного обмена. М, 1975.
13. М. Б. Коган Сердечно-сосудистые расстройства при острой пневмонии у детей и их патогенетическая терапия. Док. дисс. 1980.
14. В. И. Лысенко Гемокоагуляционные нарушения и методы их коррекции. Автореферат на соиск. канд. мед. наук, Харьков, 1981.
15. В. А. Макович. Некоторые показатели свертывающей и антисвертывающей системы крови острых пневмониях у детей раннего возраста. Челябинск. 1973.
16. А. В. Папаян, Н. П. Шабалов Геморрагические диатезы у детей. Л, 1982.
17. Современн. методы диагностики, лечения и профилактики острых и хронических неспецифических заболеваний легких. Всеросс. науч. практ. конф. Красноярск, 1979.
18. А. М. Чернух и др. Микроциркуляция. М, 1975.

## РЕОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА КРОВИ ПРИ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ

М. Сухэ-Батор, Н. А. Аксенов

В динамике у 45 детей больных острой пневмонией (у 25 вирусной и вирусно-бактериальной и у 20 бактериальной этиологии) в возрасте от 3 месяцев до 14 лет проводились биохимические исследования и изучение некоторых показателей гемокоагуляции. Исследования проводились при поступлении (1—2 день), в динамике (10—14 день), и перед выпиской (реконвалесценция).

В результате исследований отмечалось, что при любых формах пневмонии имеются явления диспротеинемии, приводящие к относительному увеличению содержания в плазме макромолекулярных белков и относительно уменьшению содержания альбуминов на фоне нормальных и субнормальных цифр общего белка. Так же увеличивается содержание (статическая достоверность  $P < 0,001$ ) С реактивных белков, сialовых кислот и В Липопротеинов.

Выявлена прямая зависимость сдвига биохимических показателей от формы и степени тяжести пневмонии, особенно при плевропневмонии.

Кроме того исследования показали, что в остром периоде, особенно при плевропневмонии, уровень фибриногена ( $P < 0,01$ ) повышается, а количество тромбцитов снижается ( $P < 0,001$ ). При электрокоагулографических исследованиях обнаружены увеличение коагулирующей (показатели  $T_1, T_2, T$ , ускорены,  $P < 0,001$ ) способности крови и депрессия фибринолиза (показатель  $T_{рф}$ ,  $P < 0,001$ ).

### Н. МӨНХТҮВШИН

## ГУУРСАН ХООЛОЙН БАГТРАА ИММУНЫ ӨВЧИН

### АНАГААХ УХААНЫ ДЭЭД БУРГУУЛЬ

Гуурсан хоолойн багтраа (ГХБ) өвчин хангалттай судлагдсан гэх боловч энэ өвчний шалтгаан, эмгэг жам, илрэх шинж тэмдгийг бүрэн тусгасан нэгэн мөр тодорхойлолт өнөө хэр алга байна.

Энэ өвчний мөн чанар бол уушгины амьсгалын жижиг гуурсууд нарийсдаг явдал юм. Харин чухамхүү яагаад ингэж нарийсдагийг бид одоо болтол бүрэн тайлбарлаж чадаагүй байгаа юм.

Дархлал судлаачид гуурсан хоолойн багтрааг иммуны өвчин, тухайлбал, харшлын огцом хэлбэрийн улмаас шигүү мөхлөгт эсийн (ШМЭ) ялгагдуулсан гистамин мэтийн биоидэвхт бодисууд (медиаторууд) амьсгалын гуурсыг нарийсгадаг гэж нотлодог. (6,11)

Эмгэг физиологчид вегетатив мэдрэлийн системийн тэнэмэл мэдрүүл, холинд мэдрэг (холинэрг) хүлээн авуурыг тогтмол цочроож амьсгалын гуурсын гилгэр булчинг байнгын ажилтанд оруулснаас болдог гэж үздэг.

1948 онд Оолквист (7), гуурсын гилгэр булчингийн мембран дээр  $\alpha$  ба  $\beta$  адренд мэдрэг (адренэрг) хүлээн авуур нээсний дараахан Шентивани (12) энэхүү  $\beta$ -адренэрг хүлээн авуурын тогтолцоонд хориг үүсэх нь гуурсан хоолойн багтраа үүсэх нөхцөл мөн гэсэн онолыг дэвшүүлжээ.

Гуурсан хоолойн багтрааны шалтгаан олон янз бөгөөд амьсгалын замын халдварт өвчнүүд, ургамлын тоос, амьтны гаралтай бүтээгдэхүүн, эмийн бодис, нийлэг эдлэл, хоол хүнсний зүйл, энгэсэг үнэртэн, үсний будаг мэт харшил төрүүлэх чанар нь нотлогдсон шалтгаанаас үүсэж байна гэж үзэхээс гадна нар, сэлхи, хүйтэн агаар, биеийн хүчний хөдөлмөр, химийн бодис, үйлдвэрийн утаа, сэтгэл санаа хямрах, заримдаа уурлаж уцаарлахад хүртэл өөрөөр хэлбэл ердийн физик, хими, сэтгэл санааны хүчин зүйлийн нөлөөгөөр багтраа хөдөлдөг нь түүний тухай цэгцтэй ойлголт боловч руулахад бэрхшээлтэй болгож байгаа юм. Энэ байдлаас үүдэж зарим эрдэмтэд, жишээ нь, нэрт эмгэг физиологч, академич А. Д. Адо (2) "Иммуны бус гуурсан хоолойн багтраа" гэсэн нэр томъёо гаргасан. Иймээс гуурсан хоолойн багтраа бол нэг онол баримталж тайлбарлах аргагүй биологийн олон механизм оролцдог эмнэл зүйн туйлын нарийн нийлмэл үзэгдэл бололтой.

Клиникийн онцлог байдлаар, атопийн (этгээд харшлын), хэлбэртэй, халдвар-харшлын хэлбэртэй гэж хоёр хуваадаг. Атопийн хэлбэр нь тодор-



хой харшил төрүүлэгчтэй холбоотой хөдлөх ба энэ хэлбэрийн үед бие махбодод харшилын огцом хэт мэдрэг урвал, өөрөөр хэлбэл иммуны нэг төрлийн эмгэг урвал явагддаг нь эргэлзээгүй нотлогдсон юм. Иммуны үндсэн 4 төрлийн эмгэг урвал байдаг. (8).

1. Анафилаксийн буюу атопийн урвал
2. Эс хордуулах буюу эс хайлуулах урвал
3. Иммунокомплексийн дархан бүрдлийн өвчин
4. Иммуны эсүүд хэт мэдрэгжих урвал

Нэгдүгээр төрлийн иммуны эмгэг урвалын үед хүний биед харшил төрүүлэгч ороход түүний хариуд өөрийн эд эс дээр суумтгай шинжтэй  $IgE$ ,  $IgG_4$  бүлгийн эсрэг биеийн молекул үүсдэг байна.  $IgE$  (реагин),  $IgG_4$  бүлгийн молекулууд нь шигүү мөхлөгт эс (ШМЭ), суурьсаг (базофил) эсүүд дээр суумтгай чанартай юм. Эдгээр эс уушги, амьсгалын, замын эрхтнүүдийн холбогч эдэд хангалттай их хэмжээгээр агуулагдаж байдаг.

Харшил төрүүлэгч (ХТ) дахин нэвтрэхэд эсрэг биеийн молекул түүнтэй нэгдэх боловч энэ процесс эсийн гадаргууд явагдах учраас эсийн мембраны бүтэц, ферментийн систем хүчтэй гэмтэж түүний мөхлөг дотор агуулагдаж байсан гистамин, гепарин, МРС—А (аажим сэдээгч бодис—А), ЭХФ—А (эозинофил мөхлүүлэгч фактор—А) серотонин, ацетилхолин мэтийн медиаторууд их хэмжээгээр ялгаран цусанд орж тэдгээр нь богино хугацаанд амьсгалын гуурсыг агшаах, цусны судас тэлүүлж хаван үүсгэх, салс ялгаруулах нөлөө үзүүлж багтраа үүсгэдэг байна. (Хүснэгт 1).

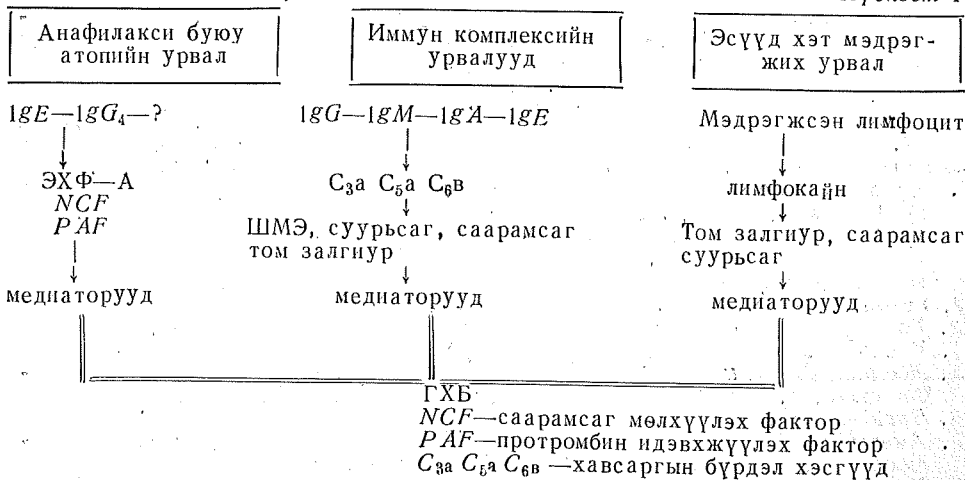
Халдвар-харшилын хэлбэртэй уушгины багтрааны үед реакинүүд биш харин ердийн хамгаалагч эсрэг биес үүсдэг. Тийм учраас энэ хэлбэрийн багтраа болоход иммуны эмгэг урвал онцын ач холбогдолгүй харин парасимпатик мэдрэл голлох үүрэгтэй гэсэн ойлголт нэлээд дэлгэрсэн байна.

Гэвч эдгээр эсрэгбиес иммуно-комплекс (дархан бүрдэл) үүсгэдэг билээ. Иммуны комплексийг том залгиур эсүүд залгиж уусган задалж биеэс цэвэрлэж байдаг. Харшил өвчтэй хүмүүст энэ процесс алдагдаж иммуны комплексууд цусны хялгасан судасны хананд шүүгдэн сууж улмаар хавсаргын тогтолцоог идэвхжүүлж тэр нь мөнөөх л эд эс гэмтээгч медиатор ихээр ялгарч иммуны эмгэг урвал үүсгэдэг байна.

Янз бүрийн ХТ-ийн хариуд дээрх эсрэгбиесээс гадна бас харшилын аажим хэт мэдрэг урвал өөрөөр хэлбэл иммуны эсүүд хэт мэдрэгжих урвал үүсдэг нь мөн нотлогдсон билээ. Хэт мэдрэгжсэн лимфоцитүүд иммуны бусад эс тухайлбал, том залгиур эсийг идэвхжүүлэгч бодисууд (лимфокайн) ялгаруулдаг ба тэр нь цаашид саармсаг болон суурилаг эсийг цочроож медиаторыг их ялгаруулдаг байна. Эдгээр баримт бол гуурсан хоолдйн багтрааны 70—80%-ийг эзэлдэг халдвар-харшилын хэлбэрийг иммунопатологийн 2, 3, 4-р төрлийн урвалууд нөхцөлдүүлж буйн нотолгоо даруй мөн. (Хүснэгт 1).

Вегетатив мэдрэлийн тогтолцоо ямар нэг үүрэггүй болж байна уу? гэсэн асуулт аяндаа гарч байна. Вегетатив мэдрэлийн симпатик, парасимпатик хоёр хэсгийн хүлээн авуур, ШМЭ ба уушгины амьсгалын гуурсын гилгэр булчингийн эс дээр аль алинд нь байдаг байна.

Хүснэгт 1



Симпатик мэдрэлийн адрендэрг хүлээн авуурыг  $\beta$ -гэж тэмдэглэх ба тэр нь химийн бүтцийн хувьд аденилциклаза фермент ажээ. Мембраны энэ фермент адреналины нөлөөгөөр идэвхжихдээ эсийн доторх АТФ хүчлээс цАМФ (цагираг аденозин монофосфат) үүсэх урвалыг түргэсгэдэг байна. цАМФ-нь

хоёр суурьт катионууд  $\text{Ca}^{++}$ ,  $\text{Mg}^{++}$ -ийн оролцоотойгоор ШМЭ дотор бол медиатор ялгарахыг багасгах, гөлгөр булчингийн эс дотор бол түүний агшилтыг сулруулах үйлчилгээтэй ажээ. цАМФ цаашдаа аденилфосфодиэстэразын нөлөөнд идэвхгүй 5—АМФ болж хувирдаг байна.

Парасимпатик мэдрэлийн холинэрг хүлээн авуурыг үгээж тэмдэглэх ба тэр нь химийн бүтцийн хувьд гуанилциклаза фермент ажээ. Энэ фермент ацетилхолины нөлөөгөөр идэвхжихдээ ГТФ (гуанозинтри фосфат)-ыг цГМФ (цагираг гуанозин монофосфат) болгож хувиргадаг байна. цГМФ нь ШМЭ дотор бол медиатор ялгарахыг ихэсгэдэг, гилгэр булчингийн эс дотор бол түүний агшилтыг нэмэгдүүлэх үйлчилгээтэй юм. цГМФ дарга нь гуанилфосфодиэстэразын нөлөөнд идэвхгүй 5—ГМФ болж хувирдаг байна.

Эрүүл хүмүүст энэ хоёр мэдрэлийн харилцан тэнцвэртэй байдал ШМЭ-ийн медиатор ялгарах ба гуурсан хоолойн агшилтыг хэвийн байдалд тохируулж байдаг гол хүчин зүйл юм.

Гэтэл иммуны эмгэг урвалын дүнд үүссэн медиаторууд нэг талаас шууд гилгэр булчинг агшаах, хаван үүсгэж багтраа болгохоос гадна, нөгөө талаас энэ хоёр мэдрүүлийн тэнцвэртэй байдлыг алдагдуулж тухайлбал,  $\beta$ -адренэрг тогтолцооны үйл ажиллагаанд хориг саад учруулдаг байна, Ялангуяа удмын шинжээрээ харшил өвчинд нэмүү өртөх хүмүүст ингэж багтрааны хоёрдахь механизм-вегетатив мэдрэл, дотоод шүүрлийн тохируулга алдагдах механизм-вегетатив мэдрэл, дооод шүүрлийн тохируулга алдагдах механизм-вегетатив мэдрэл орхидогт иммуны эмгэг урвалуудын бас нэг хорттой тал оршино. Нэгэнт тэнцвэртэй байдал эвдэрсэн нөхцөлд парасимпатик мэдрэл давуутай идэвхжиж харшилын болоод харшилын бус элдэв нөлөөнд ихээхэн цочромтгой болдог байна. Нар салхи, халуун хүйтэн агаар, утаа ба бусад физик химийн шалтгаан, сэтгэл санаа догдлохоос багтраа хөдөлдөг нь үүгээр тайлбарлагдана.

Иммунопатологийн медиаторууд ба вегетатив мэдрэлийн тохируулгын өөрчлөлтөөс болж уушгины эд гэмтэхээс гадна хүний биеийн шингэний зохицуулгын бусад систем идэвхжиж өвчнийг улам даамжруулна. Эдгээр уургийн бодисууд дотроос хавсаргын тогтолцоо, цус бүлэгнүүлэх систем, фибрин хайлуулах систем, кинины системийн харилцан үйлчлэхийн учрыг эмчилгээний тактик боловсруулахдаа сайтар бодолцох хэрэгтэй. Чухам ямар медиатор, шингэний зохицуулгын аль систем илүү хямарсныг баримталж ангилах оролдлого саяхан гарав. Гэвч өвчний шинж тэмдэг, хэлбэр, үе шатыг харгалзан А. Д. Адо, П. К. Булатов (1969) нарын хоёр хуваадаг ангиллыг баримтлах боломжтой гэж үзнэ

Уг ангилалд багтрааны атопийн хэлбэр (А), халдвар-харшилын хэлбэр (И) хоёрыг тус бүр хоёр шат: үгдрэлийн шат (I), багтраалын байдал (II) гэж, үгдрэлийн шатыг хөнгөн, дунд, хүнд гэж гурван үе болгон  $IA_{123}$ ,  $II_{123}$  гэж тэмдэглэдэг. Бас багтрааны урьдал үе-предакта (Б) гэж тусгайлах нь бий. (шуухинаа, хамар битүүрэх, нус нулимс гоожих, гуурсан хоолойн цэцмог архаг үрэвсэл, амьсгаа бачуурах маягтай цочмог, архаг хатгалгаа, цусанд ба цэрэнд эозинофил олширох г. м.).

Өвчний клиник шинж тэмдгийн хувьд гэвэл багтраа ид хөдөлж байгаа үед оношлоход төвөгтэй биш билээ. Харин чухам юунаас болсон, ямар хэлбэрийн багтраа болохыг оношлоход ихээхэн төвөгтэй. Тэр тусмаа үүнийг тодорхой оношлохгүй бол таамгаар хагас дутуу эмнэх болно. Үүнээс үндэслэн дотрын эмч нар ГХБ-ны дархдалын механизмын талаар зохих мэдлэг эзэмших шаардлага урган гарч байгаа юм.

## ИММУНЫ ОНОШ ЗҮЙ,

1. Онош зүйн хамгийн эртний уламжлалт арга-асууж мэдэх (анамнез) арга багтрааны иммуны онош зүйд чухал ач холбогдолтой.

1. Гэр бүл, удам төрөлд байсан харшил өвчин.

- а) Аав, авга ах, эгч, өвөө, эмээ нарт
- б) Ээж, нагац ах, эгч, өвөө, эмээ нарт
- в) Төрсөн ах, эгч дүү нарт
- г) Хүүхдүүдэд нь

2. Үүний өмнө харшилын өвчин тусаж байсан эсэх

3. Тарилга хийлгэхэд урвал өгдөг эсэх (хэзээ? хэдийд? ямар тарианд)

4. Таарч тохирдоггүй эм, тариа (ямар эм хэзээнээс таарахаа больсон)

5. Жилийн аль улирал, байгаль, цаг зурын ямар нөхцөлд багтраа хөдөлдөг (өвөл, зун, хавар, намар, халуун, хүйтэн, хуурай, чийглэг)

6. Биеийн хүчний хөдөлмөр, сэтгэл санааны нөлөө

7. Амьсгалын цэцмог халдварт өвчинтэй (томуу, гүйлсэн булчирхайн үрэвсэл, ханиад, хатгаа гэх мэт) холбоотой эсэх.

8. Сарын тэмдэг, хүүхэд хөхүүлэх, жирэмслэх, төрөхтэй холбоотой эсэх

9. Голдуу хэзээ, хаана хөдөлдөг буюу хүндэрдэг (өдөр, шэнэ, гэртээ, ажил дээрээ, гудамжинд, хотод, ой модонд, хээр гадаа, г. м.).

10. Таарч тохирдоггүй хоол унд (талх, ногоо, жимс, загас, сүү тараг, мах, өндөг, самар, бал, чихэр, бялуу, архи дарс, шар айраг, ундаа гм)

11. Таардаггүй оо энгэсэг, ус, тос түрхлэг, шороо тоос, цэцэг навч, ногооны үнэр
12. Гэр орны байдал (гэрийн тавилга, ор дэр дэвсгэр ямар хийцтэй, хивстэй эсэх, муур нохсй, загас тэжээдэг эсэх).
13. Ажлын нөхцөл, амьдралын туршид түүний өөрчлөгдсөн байдал зэргийг сайтар лавлан асуух хэрэгтэй.

**II. Арьсны сорил.** Шууны алга талын арьсыг өнгөц зүсч (скарификация) таамнаж буй ХТ-ийг дусаагаад 20 минут, 12, 24, 48, 72 цагийн дараа харж оношилно. Энэ аргаар атопийн хэлбэрийн багтрааны шалтгааны бараг 90%-ийг оношилж болно.

### III. Иммунологийн лабораторийн шинжилгээ.

#### а. Иммуны өөрчлөлтийг илрүүлэх ерөнхий шинжилгээ

1. Цусны ийлдсийн иммуноглобулины бүлгүүдийн хэмжээг тсдорхойлох,
2. Гуурсан хоолойн угаадаг доторхи IдА-ийн хэмжээ
3. Гуурсан хоолойн угаадаг доторхи том залгиурын идэвх
4. Е—РОК (Т—лимфоцитын тоог олох)
5. ЕАС—РОК (В—лимфоцитын тоог олох)
6. Иммуны комплексийг илрүүлэх
7. Серотонин, ацетилхолин, гистамин, кинин, калликрейн, простогландины хэмжээг тодорхойлох.

#### б. Иммуны өөрчлөлтийг илрүүлэх тусгай шинжилгээнүүд

1. Суурьсаг эсийн мөхлөг задрах урвал
2. Саарамсаг эс гэмтэх урвал
3. Прауснитц-Кюстнерийн сорил
4. Шеллийн сорил
5. Хавсарга холбох урвал
6. Шууд бус цус наалдуулах урвал
7. Том залгиурын мөлхөлтийг саатуулах (МИФ) сорил
8. Бласттрансформацийн урвал
9. IдЕ-гийн хэмжээг радиоиммун аргаар тодорхойлох
10. РАСТ (радио-иммуно-аллергсорбцийн тест)
11. Харшлын маркерыг шинжилж тогтоох

Шинжлэх ухааны хэгжлийн хэрээр улам өргөжиж байгаа иммунологийн лабораторийн шинжилгээнүүд, өвчтөний биеийн байдлыг хянах, багтрааны харшлын мөн чанарыг танин мэдэх, эмчилгээний арга боловсруулахад үнэтэй хувь нэмэр өгч байна. (1. 3. 4. 9. 10).

Иммуны ямар ч шинжилгээ хийгээд харшлын шалтгаан нь олддоггүй багтрааны тийм тохиолдол ховор боловч байдаг. Жишээ нь: хүүхдэд туссан вирусин халдвар (томуу г. м.)-ын үед зарим бөхчүүдэд барилдах үед хөдөлдөг багтрааны учрыг бүрэн тайлбарлаж чадаагүй л байна.

Ер нь аахилсан болгон багтраа биш, бараг 25 өвчний үед багтрааны шинж тэмдэг гардаг гэдгийг ГХБ гэсэн онош тавих болбол үргэлж санаж байгууштай.

### ИММУН ЭМЧИЛГЭЭ

ГХБ үүсч хөгжихөд иммун механизм ихээхэн үүрэгтэй тул түүний эмчилгээнд иммун эмчилгээ чухал үүрэгтэй.

1. Зайлуулж эмнэх. Харшил үүсгэгч хүчин зүйлийг өвчтэй хүний орчноос зайлуулах, хэрэв боломжгүй бол нутаг солих.

2. Хэт мэдрэгжлийг бууруулах. ХТ-ийг ялган авч ариутгаад бага тунгаас өсгөн уг хүнд зориуд тарьж эхлэхэд өвчин хөдлөхийн оронд харин тэсвэрлэх чанартай болдог.

3. Халдварыг эмнэх. Ам хамар залгиур, шүдний архаг өвчин, залгиур, мөгөөрс, гуурсан хоолойн архаг үрэвсэл, уушгины архаг үрэвслийг эмнэх (антибиотик, сульфаниламидын бүлэг).

#### 4. Холинолитик, (холин тайлах) эмүүд

Атропин	Платифиллин
Астматол	Солутан
Белладонна (гуа хатан)	Фубромеган

#### 5. Симптомиметик (симпнатик төст үйлчилгээтэй) эмүүд

Адреналин	Оксипренилин
Эфэдрин	Изоэтарин
Изопренилин	Гексапренилин г. м.

#### 6. Гистамины эсрэг эмүүд

Тавежил	Гистаглобулин
Диазолин	Димедрол
Супрастин	Пипольфен

#### 7. Адреналины агонист эмүүд

Алупент (астмопент)	Сальбутамол
---------------------	-------------

- |   |  |
|---|--|
| <i>Изадрин (новодрин)</i><br><i>эуспиран</i>  | <i>Изопротеренол</i>   |
| <i>Бриканил</i><br><i>Метапрел</i>  | <i>Простогландин</i><br><i>Простогландин</i>   |
| <b>8. Медиатор ялгарахыг зогсоох</b><br><i>Теофиллин</i>  | <b>Эмүүд</b><br><i>ДНХГ (динатрий хромогликат)-ин-<br/>тал, ломудал, кромолин натрий</i><br><i>Тиоксантен (доксантразол)</i><br><i>Оксоксантен (АН 77 25)</i><br><i>Нитроиндандион (нивимедон)</i><br><i>Задитен (кетотифен)-бензоцикло-<br/>гептатиофен</i> |
| <i>Простогландин</i><br><i>Преднизолон</i><br><i>Диэтилкарбамазин</i><br><i>Дифторофосфат, цито-<br/>халазин, колхицин</i>  |  |
| <b>9. Теофиллин, ШМЭ дотор аденилфосфодиэстеразын идэвхийг даран-<br/>гуйлж цАМФ-ын хэмжээг нэмэгдүүлдэг.</b>   |  |
| <b>10. Агшилт тавиулах эмүүд</b><br><i>Эуфиллин</i><br><i>Антастман</i><br><i>теофиллин</i>   | <i>Но-шпа</i><br><i>Папаверин</i>  |
| <b>11. Иммуныг дарангуйлах эмүүд</b><br><i>Делагил</i><br><i>Индометацин</i><br><i>Плаквенил</i>  | <i>Преднизолон</i><br><i>Имуран</i><br><i>Азатиоприн</i>   |
| <b>12. Иммун заслын (иммунокоррекция) эмүүд</b><br><i>Левамизол (декарис)</i><br><i>Тимактивин</i><br><br><i>Диуцифон</i><br><i>Нуклейнат натрий</i><br><i>Цус соруулах (гемосорбция) арга</i><br><i>Плазмофорезийн арга</i><br><i>Лимфоцитофорезийн арга</i> | <i>Метилурацил</i><br><i>Продигиозан</i><br><br><i>Пирогенал</i><br><i>Сальмозан</i>   |
| <b>13. Кинины эсрэг эмүүд</b><br><i>Трасилол</i><br><i>Контрикал</i>  | <i>Аминокaproны хүчил</i><br><i>Продектин</i>  |
| <b>14. Простогландины эсрэг эмүүд</b><br><i>Аспирин</i>   | <i>Индометацин</i>   |
| <b>15. Серотонин, гистаминь саатуулуур (ингибитор)</b><br><i>Фенкарол</i><br><i>Гомокломин</i><br><i>Сандостен</i>  | <i>Стуггерон</i><br><i>Бикарфен</i><br><i>Ахонон</i>   |
| <b>16. Цэр ховхлох эм</b><br><i>Калии иод, натрий иод</i><br><i>Бромгексин</i><br><i>Бисолвон</i><br><i>Содын утлага</i>  | <i>Трипсин</i><br><i>Химотрипсин</i><br><i>Дезоксирибонуклеаз г. м.</i><br><i>Ферментээр утах юмуу хөвүүлж<br/>угаах (даваж)</i>   |
| <b>17. Эмийн бус эмчилгээ</b><br><i>Нил ягаан туяа ба<br/>импульс шарлага</i><br><i>Биеийн тамир эмчилгээ</i><br><i>Цахилгаан хэт дууны<br/>давтамж</i><br><i>Рашаан сувилал</i>  | <i>Зүү: шу-фу R27 сюань-ци I21</i><br><i>гэ-шу V17 цзу-сань-ли E36</i><br><i>шэнь-тан V44 пи-шу V20</i><br><i>да-чжуй T14 шан-лянь G19</i><br><i>Хэ-Гу G14 шуй-ту E10</i><br><i>Фэй-шу V13 синь-шу V15</i><br><i>(их эмч Д. Билэгтийнхээр)</i>               |
| <b>18. Бусад: сэтгэл санаа засал, бумба, бигнүүр, шингэн, тайвшруулах,<br/>гепарин, инсулин, хаван хээх, хүчил шүлтний тэнцвэр барих, гуур-<br/>сан хоолойг хэвүүлж угаах, унтуулах, зүрх судасны дутагдлыг эм-<br/>нэх, зохиомол амьсгал г. м.</b>           |  |

Өвчний ямар үед эмчилгээний ямар арга сонгож авахыг эмч тухай бүр шийдэх бөгөөд эмч өвчтэн хоёрын бүтээлч холбооноос үр дүн шууд хамаарах юм.

#### АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. В. Н. Абросимов. «Бронхиальная астма и реактивность бронхов» Тер. архив. 1981. 4. 135.
2. А. Д. Адо. Г. «Патофизиология бронхиальной астмы» Клин. Мед. 1984. 6. 5.
3. В. П. Сильвестров, А. В. Караулов. «Антибактериальная и иммуномодулирующая терапия заболеланий органов дыхания» Тер. архив 1983. 3.
4. Я. О. Ольшанский. «Некоторые иммунологические показатели у больных инфекционно-аллергической бронхиальной астмой» Тер. архив. 1983 3. 10.

5. Г. Б. Федосеев. «Клинические аспекты бронхиальной астмы» Новые аспекты бронхиальной астмы. Симпозиум. Москва, 1981.
6. М. А. Юнусов. «Иммунология и бронхиальная астма» Знание. Серия медицина 1983. № 11.
7. Ahqvist R. P. «A study of the adrenotropic receptors» Am. J. Physiol. 1948 v 153, p. 586.
8. Coombs R. R. A. Geil P. G. H. «The classification of allergic reactions underlying disease» —Clinical aspects of immunology. Blackwell Scient. Publ. Oxford, 1963, p. 317.
9. Craps L. «Ketotifen in the oral prophylaxis of bronchial asthma» a review—Pharmatherapeutica, 1981, v. 3, p. 18—35.
10. Jaeger L. «Лекарственная терапия бронхиальной астмы»—Новые аспекты бронхиальной астмы. Симпозиум. Москва, Сандоз 1981.
11. Oeijing A. «Иммунологические аспекты патогенеза бронхиальной астмы»—Новые аспекты бронхиальной астмы. Симпозиум Москва, Сандоз 1981.
12. Szentivanyi A. «The beta adrenergic therapy of the atopic abnormality in bronchial asthma» J. of Allergy. 1968. v. 42, p. 203.

## ■ БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА-ИММУННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ

Н. Мунхтувшин

В статье представлены успехи, достигнутые за последние годы в изучении иммунологических механизмов бронхиальной астмы; анализирован взаимосвязи нейрогуморальных и иммунологических механизмов нарушения регуляции выработки медиаторов тучными клетками и регуляции бронхиального тонуса; приводится новое в диагностике и лечении бронхиальной астмы.

Г. ПҮРЭВСҮРЭН Б. ШИЖИРБААТАР

## ЗҮРХНИЙ ЭМГЭГТЭЙ ЖИРЭМСЭН ЭМЭГТЭЙЧҮҮДИЙН ТӨРӨХ ЯВЦЫН ОНЦЛОГ

ЭХ НЯЛХСЫГ ХАМГААЛАХ ЭРДЭМ ШИНЖИЛГЭЭНИЙ ХҮРЭЭЛЭН  
АНАГААХ УХААНЫ ДЭЭД СУРГУУЛЬ

Зүрх судасны өвчтэй эмэгтэйчүүдийн жирэмсний болон төрөх үед гарч болох хүндрэл, эх хүүхдийн өвчлөл эндэгдлээс урьдчилан сэргийлэхэд зүрхний өвчний хэлбэр, цусны эргэлтийн алдагдлын хүнд хөнгөний байдал, хэрлэг өвчний идэвхжлийн зэргийг зөв оношлох нь онцгой ач холбогдолтой юм. (2).

Эрдэмтдийн судалгаанаас үзэхэд жирэмсэн эмэгтэйчүүдийн дотор бэлиг эрхтний бус (экстрагениталь) өвчин 0,5—10% тохиолдож, энэ өвчний үед перинаталь эндэгдэл 55,3% хүрч байгаа ба 62,2%-ийг зүрх судасны өвчин эзэлдэг ажээ. (5). Ялангуяа цусны эргэлтийн II, III зэргийн алдагдал бүхий хэрлэгийн гаралтай зүрхний олдмол гажигтай эмэгтэйчүүдийн ургийн 32% нь перинаталь үедээ энддэг нь онцгой анхаарал татаж байна. (2).

Бид зүрх судасны өвчтэй жирэмсэн эмэгтэйчүүдийн төрөх явцын онцлог, нярайн байдлыг төрсний дараах 7 хоногт судаллаа. Судалгаанд зүрх судасны өвчтэй 67 эхчүүд хамрагдсан бөгөөд тулгар эх 24(35,8%), давтан төрөгч 43(64,2%) байлаа.

Судалгаанд хамрагдсан эмэгтэйчүүдийн 32,8% нь ревмокардит ба миокардит, 32,9% нь зүрхний олдмол гажиг, 23,9% нь төрөлхийн гажиг, 10,4% нь зүрхний хагалгаа хийлгэсэн эмэгтэйчүүд байлаа.

Судалгаанд хамрагдсан эмэгтэйчүүдийн 19/28,3%) -д нь цусны эргэлтийн алдагдал илэрсний 5/7,4%) нь зүрхний хэрлэг өвчний идэвхжилтэй байсан юм.

Зүрхний өвчтэй эмэгтэйчүүдийн төрөх явцыг удирдахдаа эх барихын талаас хавсарсан эмгэг бэйгаа эсэхийг сайтар анхаарч төрүү-

Жирэмсэн эмэгтэйчүүдийн зүрхний өвчний бүтэц

Хүснэгт I

Зүрхний өвчнүүд		Тоо	Хувь %
Ревмокардит	идэвхжилтэй	4	5,9
	идэвхжилгүй	14	20,9
Мнокардит	идэвхжилтэй	1	1,5
	идэвхжилгүй	3	4,5
Олдмол гажууд	Хоёр хавтаст хавхлагын дутмагшил	7	10,5
	Зүүн тосгуур ховдлын нүхний нарийсал	8	11,9
	Гол судасны хавхлагын дутмагшил	3	4,5
	Гол судасны нүхний нарийсал	1	1,5
	Хоёр хавтаст хавхлага, гол судасны хавхлагын хавсарсан гажиг	3	4,5
Төрөлхийн гажууд	Тосгуур хоорондын таславчийн цоорхой	10	14,9
	Ховдол хоорондын таславчийн цоорхой	2	3,0
	Артерийн битүүрээгүй цорго	3	4,5
	Уушгины артерийн нарийсал	1	1,5
Зүрхний хагалгааны байдал	Хоёр хавтаст хавхлагын нүхний нарийслыг томруулах хагалгаа	4	5,9
	Артерийн битүүрээгүй цоргыг боох хагалгаа	2	3,0
	Ховдол хоорондын таславчийн цоорхой оёх хагалгаа	1	1,5
Бүгд		67	100 %

лэх төлөвлөгөө зохиов. Хоёрдугаар хүснэгтэд судалгаанд хамрагдсан эхчүүдийн зүрхний өвчинтэй хавсарсан эх барихын эмгэгүүдийг үзүүлэв.

Цусны эргэлтийн алдагдал, хэрлэгийн идэвхжил, тэдгээрийн хүнд хөнгөний байдлаас, бид зүрхний өвчтэй жирэмсэн эмэгтэйчүүдийг 6 бүлэгт хуваан, бүлэг тус бүрд тохируулан төлөвлөгөө зохиож төрөлтийг удирдав (3). I бүлэгт зүрхний хэрлэг өвчний идэвхжилгүй, цус-

## Зүрхний өвчинтэй хавсарсан эх барихын эмгэгүүд

Эх барихын эмгэгүүд	Тохiolдoл	хувь %
Төрө х хүчний сулрал	6	8,9
Ургийн ус цагаас өмнө ба эрт гарах	9	13,4
Нефропати	11	16,4
Эклямпи	1	1,5
Уйтан аарцаг	5	7,4
Илүү тээлт	4	5,9
Өгзөг түрүүлэлт	2	2,9
Дутуу тээлт	5	7,4
Бүгд	43	63,8

ны эргэлтийн алдагдалгүй зүрхний ээнэгшсэн гажигтай 36(57,7 %), II бүлэгт цусны эргэлтийн  $H_1-H_{11a}$  зэргийн алдагдалтай боловч жирэмсний үед хийсэн бэлтгэл эмчилгээнд сайжирсан 17(25,7 %), III бүлэгт цусны эргэлтийн  $H_1-H_{11a}$  зэргийн алдагдалтай, хэрлэгийн  $A_1$  зэргийн идэвхжилтэй, зүрхний булчинд гэжээлийн (дистрофи) өөрчлөлт гарсан 10(14,9 %), IV бүлэгт цусны эргэлтийн  $H_1-H_{11a}-H_{16}$  зэргийн алдагдалтай хэрлэгийн  $A_1-A_{11}$  идэвхжил бүхий зүрх судасны дутагдалд орж байсан 3(4,5 %), V бүлэгт цусны эргэлтийн  $H_{116}-H_6$  зэргийн алдагдалтай, уушги хавагнаж байсан 1(1,5 %) VI бүлэгт зүрх судасны үйл ажиллагааны цочмог дутагдлын улмаас уушги хавагнасан эмэгтэйчүүдийг хамааруулсан боловч ийм өвчтөн байгаагүй.

Зүрх судасны эмгэгтэй эмэгтэйчүүдийг жирэмсний 37—38 долоо хоногтой үед нь төрөх тасагт хэвтүүлж бэлтгэл эмчилгээ хийж, төлөвлөгөө зохион түүний дагуу төрөлтийг удирдан явууллаа.

Төрөх үед цусны эргэлтийн дутагдал гүнзгийрэхээс сэргийлэх үндсэн аргуудын нэг нь төрөлтийг өвчингүй болгох явдал юм. Энэ зорилгоор дроперидол 0,25 %-ийн 2,0—4,0 (биеийн 1 кг жинд 0,1—0,13 мг) мөн 1 %-ийн промедолын уусмалыг 1,0—1,5, төрөлтийн нэгдүгээр үед тус тус тарьж шаардлагатай үед 4 цагийн дараа давтан хийлээ. Цахилгаанаар өвчин намдаах (электро-анальгези) аргыг 10 тохиолдолд хэрэглэв. Төрөлтийн II үед төрөх замын булчингийн эсэргүүцлийг сулруулах, өвдөлтийг намдаах зорилгоор бүх тохиолдолд (Pudendus-m) уусмалаар хэсгийн мэдээ алдуулалт (новакаины) хийлээ.

Зүрхний эмгэг бүхий эмэгтэйчүүдийн төрөлтийн нэг онцлог нь эх ургийн талаас гарах хүндрэлтэй холбоотой элдэв төрлийн эмчилгээ, гардах туслалцаа, мэс ажилбарыг байнга шаарддаг болох нь харагдлаа. Судалгаанд хамрагдсан 67 эмэгтэйд ямар нэг эмийн эмчилгээ, хийсний гадна 36 тохиолдолд эх барихын ажилбар, гардах туслалцаа үзүүлсэн байна. Үүнд: Эх барихын хавчуур—24(35,8 %), вакуумэкстракци—1(1,5 %), кесарево хагалгаа 2 (2,9 %), ургийг хөднөөс нь татаж төрүүлэх ажилбар 2(2,9 %) эмэгтэйд тус тус хийсэн ба бүх эмэгтэйн 2,9 %-д ураг эвдэх ажилбар хийж, 7,5 %-д умайн хөндийг гараар шалгах, ихсийг гардах ажиллагаа хийлээ.

Эдгээрээс гүйцэд 62(93,9 %), дутуу 4(6,1 %) хүүхэд төрсөн ба амьгүй төрөлт 2, ихэр төрөлт 2 байлаа.

Бид ургийг төрмөгц, мөн төрсний дараах 5 минутад АПГАР-аар үнэлж тэдгээр нь эхийн цусны эргэлтийн дутагдалтай хэрхэн уялдаж байгааг авч үзэв. (Хүснэгт 3).

Хүснэгтээс үзэхэд I бүлэгт хамаарагдах эмэгтэйчүүдээс төрсөн 36(91,6), II бүлгийн 17 нярайгаас 9(52,9 %)-ийг 8—10 баллаар үнэлсэн байхад III, IV, V бүлгийн эмэгтэйчүүдээс төрсөн нярайн ихэнхийг

Хүснэгт 3

Эхийн цусны эргэлтийн алдагдал, нярайн АПГАР-ын үнэлгээний хамаарал

Бүлэг	тоо	Төрөх үеийн АПГАР-ын үнэлгээ				5 минутын дараах үнэлгээ			
		1—3	4—5	6—7	8—10	1—3	4—5	6—7	8—10
I	36	1	—	2	33	—	1	—	35
II	17	—	—	8	9	—	—	2	15
III	9	—	4	5	—	—	—	4	5
IV	3	3	—	—	—	—	—	3	—
V	1	—	1	—	—	—	—	1	—
VI	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Бүгд	66	4	5	15	42	—	1	10	55

1—3 ба 4—6 баллаар үнэлсэн байна. Өөрөөр хэлбэл эхийн цусны эргэлтийн гажуудал гүнзгийрэх тутам хүүхдийн биеийн байдал хүндэрдэг болох нь харагдаж байна.

### ДҮГНЭЛТ

1. Зүрхний өвчтэй жирэмсэн эмэгтэйчүүдийн дотор халдварт-харшлын үүсэлтэй зүрхний үрэвсэлт өвчнүүд (ревмокардит, миокардит) түүнээс үүссэн олдмол гажиг 65,7 % тохиолдож байгаа нь эдгээр өвчний шалтгааныг судлан аль болохоор эрт илрүүлж төгс эмчлэн, хэрэв жирэмсэлбэл түүнийг үргэлжлүүлэх тухай асуудлыг цаг тухайд нь шийдвэрлэж байх шаардлагатай байна.

2. Зүрхний өвчтэй эмэгтэйчүүдийн дотор жирэмсний болон төрөлтийн хүндрэл 63,8 % тохиолдож байгаа нь эрүүл хүмүүсийнхээс 23,8 %-иар их байна.

3. Цусны эргэлтийн алдагдлын зэрэг, хэрлэг өвчний идэвхжил ихсэх тусам ургийн АПГАР-ын үнэлгээний нийлбэр багасч байгаа нь дээрх тохиолдолд ургийн хүчилтөрөгчийн арга дутагдлын эсрэг, умай ихсийн цусны эргэлтийг сайжруулах бүрдмэл (комплекс) эмчилгээг хийх шаардлагатай болохыг гэрчилж байна.

4. Цаашид амаржих газрын дэргэдэх зүрх судасны кабинетийн ажиллагааг өргөтгөн зүрх судасны мэргэжлийн эмч, аппарат тоног төхөөрөмжөөр ханган оношлогоог төгөлдөржүүлж төрөлтийг удирдах аргыг улам боловсронгуй болгох нь чухал.

5. Клиникийн I амаржих газрын нөхцөлд зүрх судасны хүнд өвчтэй хүмүүсийг төрүүлэхэд зориулсан мэдээ алдуулалт, эрчимт эмчилгээний бүрэн үйлчилгээтэй оношлогооны нарийн аппаратаар тоноглогдсон төрөх өрөөг бий болгох шаардлагатай байна.

### АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. А. З. Валентинова. Риск беременности и родов у больных с митральным пороком сердца. Дисс. канд. мед. наук М. 1974

2. И. А. Генык Н. И. Генык. И. Д. Лановой. Течение беременности, родов и состояние новорожденных у женщин с пороками сердца. Вопр. охр. мат. и детс. 1984. № 9 48—49

3. А. А. Мингалеев, Г. Н. Дмитриева, В. А. Копылова. Течение беременности, родов и послеродового периода при ревматических пороках сердца. Методические рекомендации Казань 1976. 40.

4. Г. С. Самойлова, С. С. Павлова—Использование дроперидола и промедола во время родов у больных с пороками сердца. Вопр. охр. мат. и детс. 1973 № 2 16—20

5. Особенности организации медицинской помощи роженицам с выраженной сердечной недостаточностью. В кн: Организация акушерско-гинекологической помощи в РСФСР М. 1980. 46—50.



## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РОДОВ У РОЖЕНИЦ С СЕРДЕЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Г. Пурэвсүрэн, Б. Шижирбатор

Авторами проведены анализ течения родов у 67 рожениц с сердечной патологией. Из патологий сердца наиболее часто встречаются такие заболевания инфекционно-аллергической этиологии как ревмокардит, миокардит и приобретенные пороки сердца. У 63,8 % сердечных больных беременность сопровождается с той или иной акушерской патологией. У 53,7 % больных во время родов были использованы различные акушерские операции и пособия.

Я. ДАГВАДОРЖ

### ХҮҮХДИЙН АРХАГ ГЕПАТИТЫН ШАЛТГААНЫ АСУУДАЛД

#### АСПИРАНТ

Австраль эсрэг төрөгчийг (HB<sub>s</sub> Ag) илрүүлж (8) В-гепатитын вирустэй холбоотой болохыг тогтоосон нь (9, 11) энэ талын судалгаанд шинэ хуудсыг нээсэн билээ.

HB<sub>s</sub> Ag тээгч (клиникийн хувьд эрүүл хүмүүс) одоо дэлхийд 200 сая орчим байгаа ба Ази, Африк, газрын дундад тэнгисийн эрэг орчмын хүн амын дунд харьцангуй олон байна. (12) Манай судлаачдын материалаар, шинжилгээний мэдрэг байдлаас шалтгаалж вирус тээгчид 9,8—21,6% буюу өндөр түвшинд байжээ. (1.7).

В-гепатитаас шалтгаалсан элэгний архаг өвчнүүд нь HB<sub>s</sub> Ag бие махбодод байгаа эсэхээс хамаарч өвчний явц, эмнэл зүй, эмчилгээ эрс ялгаатай болохыг тогтоолоо (2, 3).

Зарим судлаачид „эрүүл“ вирус тээгчдэд дархлааны өөрчлөлт (4), морфолог өөрчлөлт (5) гардаг зүй тогтолтойг зааж байна. Мөн HB<sub>s</sub> Ag тээгчид ихтэй бүс нутагт (Ази, Африк, Газрын дундад тэнгисийн эрэг орчмын улс орнууд) элэгний анхдагч өмөнгөөр өвчлөх нь мэдэгдэхүйц олон байгаа зэрэгт тулгуурлан В-гепатитын вирус элэгний анхдагч өмөн хоёр холбоотой гэж үзэж байна. (6).

В-гепатит хурц эхэлснээс хойш таван долоо хоногоос HB<sub>s</sub> Ag -арилахгүй бол архагших хандлагатай байдаг ажээ. (10).

Ийнхүү HB<sub>s</sub> Ag -ыг судлах нь элэгний янз бүрийн өвчнийг ялган оношлох, эмчлэх төдийгүй нийт хүн амын дунд элэгний өвчинд өртөмтгий хүмүүсийг тогтооход практикийн чухал ач холбогдолтой юм.

**Судалгааны арга ба материал:** Хурц хэлбэрийн вируст гепатитаар өвчлөөд диспансерын хяналтанд болон гэрээр байгаа бас биохимийн шинжилгээ нь өөрчлөлттэй 1—16 насны 220 хүүхдийн ийлдсэнд HB<sub>s</sub> Ag -ыг угтвар цахилгаан ялгалтын ба гель тунадасжуулах аргаар Анагаах ухааны дээд сургуулийн эрдэм шинжилгээний төв лабораторид тодорхойлсон юм. Үүнийг мэдрэг чадвар багатай боловч, хуурамч дүн гаргахгүй найдвартай арга гэж үздэг билээ. Шинжилгээнд хамрагдсан өвчтөнийг өвчин эхэлснээс хойших хугацаагаар авч үзвэл 6 сар хүртэл 99; 6 сараас 1 жил хүртэл 55; нэг жилээс илүү хугацаатай 66 хүүхэд байв.

Ихэнх судлаачид үрэвсэлт өвчин 6 сар үргэлжилбэл архагшдаг гэдэг боловч зарим нь 3 сар, зарим нь 1 жил болж архагшдаг гэж үздэг. Хэрэв нэг жил болоход клиник-биохимийн өөрчлөлт засраагүй бол архаг гепатит гэж үзэх бүрэн үндэстэй.

	бүх хүүхэд	HBs Ag (+)	HBs Ag (+) хүүхдийн хувийн жин
6 сар хүртэл	99	38	38%
6 сараас 1 жил хүртэл	55	35	64%
1 жилээс дээш	66	54	81%

Бидний судалгаанаас үзвэл үрэвсэлт процесс 1 жилээс дээш үргэлжилж байгаа буюу элэгний архаг үрэвсэлтэй, диспансерын хяналтанд байгаа, биеийн ерөнхий байдал харьцангуй хөнгөн хүүхдийн 81% нь В-гепатитын вирус агуулж байгаа буюу түүнээс шалтгаалж өвчилсөн байна.

Бидний шинжилгээний аргын мэдрэг чадвар хэдийгээр бага боловч манай нөхцөлд хүүхдийн элэгний архаг үрэвсэл үндсэндээ В-гепатиттай холбоотой байж болох тал харагдаж байна.

А-ч биш В-ч биш вирусээр үүсгэгддэг гепатит их архагших хандлагатай (40—50%-д) (13) байдаг баримт, хүн амын дунд HBs Ag агуулагч 20% гаруй байгаа судалгааны материал зэргийг харьцуулан үзвэл, хүүхдийн дунд манай нөхцөлд А-ч биш В-ч биш гепатитын өвчлөл их биш байна. Гэхдээ гепатит үүсгэгч хоёр вирус хоёулаа хамт агуулагдах тохиолдол байж болох юм.

#### АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Р. Арслан. Автореф. дисс. канд. УБ. 1978.
2. А. Ф. Блюгер, Х. М. Векслер. Советская медицина. 1973. 8. 79—85.
3. А. Ф. Блюгер. Вирусный гепатит. Рига. 1978.
4. Т. В. Голосова. Вкн: Медицинская вирусология. М. 1977.
5. О. Я. Карташова, Л. А. Салдава, В. К. Залцмане, Л. А. Терентьева, Е. В. Низгольд, Л. П. Брнедел. Вкн: Вирусные гепатиты. Рига. 1981. 114—117.
6. Л. Дж. Мельник, Ф. Б. Холлингер Г. Дрисман Вкн: Вирусные гепатиты. М. 1978. 12—17
7. Л. И. Трофимова, Э. Пурездава, С. О. Вязов. Вкн: Итоги и перспективы изучения вирусных гепатитов в МНР. Улан-Батор. 1980. 54—59.
8. B. S. Blumberg, N. M. Ridell, J. Clin. Invest 1963. 42. 367—375
9. B. S. Blumberg, B. J. S. Gertsley, D. A. Hungerford, London. W. T. Sutnick A. J. Ann. Int. med. 1977. 66. 924—931
10. Careoda F, De Franchis R, D. Aminto Monforte A, Vecchi M, Rossi E, Primignani M, Pajia M, Dioguardi N, Lancet 8. 14. 1982. 358—360.
11. Prince A. M. Proc. Nat. Acad. Sei. 1968. 60. 814
12. Viral vaccines and antiviral drugs. Technical Report Series 693. World Hlth. Org. Geneva. 1983.
13. Zuckerman A. J. Bull. World. Hlth. Org. 56. 1. 1—20

#### К ВОПРОСУ ИЗУЧЕНИЯ ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА У ДЕТЕЙ

Я. Дагвадорж

У 220 детей, находящихся под наблюдением гепатологического диспансера, с изменениями клинико-биохимических показателей, исследовано HBs Ag по методом двойной иммунодиффузии в геле по Уохтерлонн и встречного иммуоэлектрореза. По сроку давности перенесения острого гепатита больные разделены на 3 группы:

1. до 6 месяцев 99 детей
2. от 6 месяцев до года 55 детей
3. свыше года 66 детей

В 1-й группе из 99 детей у 38 (38%) во 2-й у 35 (64%) в 3-й у 54 ребенка (81%) наблюдался положительный результат HBs Ag.

Учитывая малую чувствительность и высокую специфичность методов исследования, основным этиологическим фактором хронического гепатита у детей в условиях МНР является вирусный гепатит В.

Авторы также указывают на возможную ситуацию низкой заболеваемости детей гепатитом ни А—ни В в нашей стране.

п. ЯНСАН

## МАЛЧДЫН ӨВЧЛӨЛ, ЭРҮҮЛЖҮҮЛЭХ АСУУДАЛ

### АНАГААХ УХААНЫ ХҮРЭЭЛЭН

ЗХУ-ын Н. А. Семашкогийн нэрэмжит Бүх Холбоотын нийгмийн эрүүл ахуй, эрүүлийг хамгаалахын зохион байгуулалтын институттэй хамтран Анагаах ухааны хүрээлэнгээс тус улсын хүн амын өвчлөл, байгаль цаг уурын янз бүрийн бүс дэх малчдын хөдөлмөр ахуй нөхцөл, эрүүл мэндийг судлан эмнэлэг үйлчилгээг боловсронгуй болгох асуудлаар эрдэм шинжилгээний хамтын судалгаа хийж байна. Судалгаанд 6 аймаг, 17 сум хамрагдлаа,

**Судалгааны зорилго:** Тус улсын хүн амын өвчлөлийг байгаль цаг уурын бүс, эмнэлэг үйлчилгээний шатлалаар тогтоон эмнэлгийн хэрэгцээний хэтийн норматив боловсруулах, малчдын эмнэлэг үйлчилгээний арга хэлбэрийг боловсронгуй болгох, тэднийг эрүүлжүүлэх арга хэмжээг боловсруулах юм.

**Судалсан байдал:** Энэ зорилгыг хэрэгжүүлэхэд сум, аймгийн хүн амын өвчлөлийг эмнэлэгт үзүүлсэн байдлаар, эмч нарын бүрдмэл үзлэгийн материалаар тус тус судлав.

Хөдөөний хүн амын эмнэлэгт үзүүлсэн байдлыг нэг жилд эмнэлгийн анхан шатны бичиг баримтаар бүртгэсэн материалаас үзэхэд 1000 хүн амд дунджаар 576,0—710,0 өвчлөл ногдож байна. Өвчлөл судлалын II шатны ажил болох эмч нарын бүрдмэл үзлэгийг судалгааны бааз газруудад 13 мэргэжлийн эмч, лаборатори, флюор, зүрхний бичлэг, нүдний ба цусны даралт, бие бялдрын хөгжилт, нийгэм эрүүл ахуйн судалгаагаар явууллаа.

Хүснэгт I

Судалгааны бааз, зарим сумын хүн амын ерөнхий өвчлөлийг эмч нарын бүрдмэл үзлэгийн материалаар тооцож үзвэл

№	Сумын нэр	Үзлэгт хамрагдсан хүний тоо	1000 хүн амд ногдох ерөнхий өвчлөл
1	Хэнтий Дархан (1981)	1273	1482,1
2	Булганы Орхон (1982)	1923	1112,0
3	Өмнөговийн Ханхонгор (1983) БҮГД	2000 5196	1360,0 1294,4*

\*Үзлэгээр илэрсэн хурц ба архаг өвчнийг нэгтгэж тооцов. Өвчлөлийг эмч нарын бүрдмэл үзлэгийн материалаар судлах нь хүн амын „жинхэнэ“ буюу „нуугдмал“ өвчлөлийг тодорхойлох боломжтой юм. Өөрөөр хэлбэл эмнэлэгт үзүүлэх үед илрээгүй өвчинг илрүүлнэ. Тийм өвчлөлд анализ хийж „илрүүлэлтийн зэрэг“ гэсэн үзүүлэлт гаргана (1). Хүн амыг эмнэлэгт үзүүлснээр бүртгэсэн буюу эмч нарын

бүрдмэл үзлэгээр илэрсэн нийт өвчлөлийг тооцож гаргана. Хүснэгт 1-ээс үзэхэд эдгээр сумын хүн амын ерөнхий өвчлөл эмч нарын бүрдмэл үзлэгийн материалаар үндсэндээ ойролцоо (1000 хүн амд 1112,0—1482,6) байна. Энэ нь Зөвлөлт казак улсын Урал мужийн мал аж ахуй эрхэлдэг Тайпак районы хүн амын өвчлөлтэй нэг түвшинд (Душманов С. Х. 1000 хүн амд 1222,6. 1979) (Б. Дэмбэрэл, П. Янсан 1000 хүн амд 1294,4 1983) байгааг харуулж байна.

Эмч нарын бүрдмэл үзлэгт Эрүүлийг хамгаалах Яам, Улаанбаатар хот, улсын чанартай эмнэлгүүдийн ерөнхий мэргэжилтэн, зөвлөх эмч, эрдэмтэд, нарийн мэргэжлийн эмч нар оролцож, клиник-биохими, скриннинг шинжилгээ, флюор, ЭКГ-аар онош тодруулснаар өвчлөлийг үнэн зөв, бүрэн тогтоох бололцоо олголоо. Үзлэгт орсон нэг хүнд дунджаар 1,3 өвчний тохиолдол ногдож байгаа нь өвчлөл бүрэн илэрснийг харуулж байна.

Эмч нарын аливаа урьдчилан сэргийлэх үзлэг нь өвчлөлийг илрүүлэхийн зэрэгцээ, эрүүлжүүлэх арга хэмжээг хэрэгжүүлэх өргөн утга агуулгатай нэгдмэл цогцолбор зорилттой байна.

Сүүлийн жилүүдэд анагаах ухааны эрдэм шинжилгээний байгууллага, диспансер төв, клиникийн ба аймаг хотын эмнэлгүүдээс хүн амд хийж байгаа урьдчилан сэргийлэх, бүрдмэл, зориудын үзлэг ихэссэн боловч, төв орон нутгийн эмнэлгийн байгууллагаас үзлэгээр илэрсэн өвчлөлийг эрүүлжүүлэх ажил хангалтгүй учраас өвчлөл тодорхой буурахгүй, улмаар түүний нийгэм эдийн засаг, эрүүлийг хамгаалахын үр ашгийг тооцоход бэрхшээлтэй байна.

Хүснэгт 2

Үзлэгийн үед эрүүлжүүлэх талаар авсан зарим арга хэмжээ

Сумын нэр	Үзлэгт орсон хүний тоо	газар дээр нь авсан арга хэмжээ								Тайлбар
		эмнэлэгт хэвгүүлэн эмчилсэн хүний тоо	амбулаторийн хэлбэрээр гардан эмчилсэн хүний тоо	эмчилгээ зааж зөвлөлтөө өгсөн хүний тоо	хяналтанд авч сумын эмнэлэгт хүлээлгэн өгсөн хүний тоо	рецептээр газар дээр нь өгсөн эм (тегрөгөөр)	хийж өгсөн нүдний шил	УБ хот явуулж эмчлүүлэх, шинжлүүлэхээр шийдсэн хүний тоо	аймгийн нэгдсэн эмнэлэгт эмчлүүлэх хүний тоо	
1. Хэнтий Дархан	1273	16	123	1196	55	12,585	=	34	32	нүдний-шилний үйлчилгээ очоогүй, шил хийлгэх шаардлагатай хүн 187 байв.
2. Булганы Орхон	1923	13	84	1623	105	4000	96	24	55	
3. Өмнөговийн Ханхонгор	2000	27	190	1596	234	3500	182	25	30	
БҮГД	5196	56	397	4415	394	20085	278	83	117	
Хувь	86,3	1,0	7,6	84,9	7,5	=	8,9	1,5	2,2	

Бид өвчлөл илрүүлэлтийн зэрэгцээ хүн амын эрүүлжилтийн ажлыг сум орон нутагт хэрхэн зохион байгуулах асуудлаар зарим практик арга хэмжээ авч, цаашид боловсронгуй болгох, үр дүнг тооцох зорилт тавьж байна. Бүрдмэл үзлэгийн мөрөөр сумын хүн амыг эрүүлжүүлэх арга хэмжээг үзлэгийн үед, үзлэгийн дараа гэсэн хоёр шатаар зохион байгуулж байна. Нэг суманд бүрдмэл үзлэгийг дунджаар 14—15 хоногт багтаан хийж байв.

Сумын нийт хүн амаас ажил сургууль, цэрэгт яваа хүмүүсийг хасч тооцвол үзлэгт хамрагдсан 90%, үүнээс эмчилгээ, зөвлөлгөө заасан 84,9%, газар дээр нь эмчилсэн 7,6% байна. Шүд амны хөндийн хурц үрэвсэл, арьсны идээт хурц үрэвсэл, жижиг шарх буглаа, эмэгтэйчүүдийн савны хүзүүний улайлт, төрөл бүрийн кольпит зэрэг өвчнийг гол төлөв тус газар нь эмчлэн эрүүлжүүлж байна. Үзлэгийн дараах эрүүлжүүлэх арга хэмжээг сумын, аймгийн, улс хотын эмнэлгийн хүрээнд эмчлэх гэсэн гурван хэсгээр зохион байгуулж байна. Гурван сумын хүн амын үзлэгээс үзэхэд 1000 хүнээс 320 орчим буюу  $\frac{1}{3}$  хувь нь эмчилгээ зайлшгүй хийлгэх шаардлагатай байв. Үүнээс 70 гаруй хувь нь сумын, 20 шахам хувь нь аймгийн, 10 орчим хувь нь улс хотын эмнэлгийн хүрээнд эмчлүүлэх хүмүүс байлаа.

Зүрхний төрөлхийн ба олдмол гажиг, хавдар, гэмтлийн дараах зарим байдал, засал хийж эмчлэх боломжтой гаж буруу хөгжилт зэрэг өвчин эмгэгийг улс хотын холбогдох нарийн мэргэжлийн эмнэлэгт эмчлүүлэхээр, мэс заслын эмчилгээ шаардагдах төрөл бүрийн евэрхий, мухар олгой, геморрой, фибромиом, киста, гүйлсэн булчирхайн үрэвсэл, ходоодны шархлаа, элэгний цирроз, бөөрний үрэвсэл зэрэг өвчнийг аймгийн нэгдсэн эмнэлэгт эмчлүүлэхээр тус тус заалт гаргав.

Судалгаанаас үзвэл сум, орон нутагт хамгийн элбэг тохиолдож байгаа шүд, амны хөндийн үрэвсэл, гүйлсэн булчирхайн үрэвсэл, хүүхдийн хялгасан хорхой, эмэгтэйчүүдийн савны хүзүүний улайлт, төрөл бүрийн гаралтай кольпит, чихний архаг идээт буглаа зэрэг өвчнийг эмчлэх, холбогдох мэргэжлийн эмчийн бүрэлдэхүүнтэй эрүүлжүүлэх бригад үзлэгийн дараа аймгаас газар дээр ирэх нь чухал байна.

Хэнтий аймгийн Дархан (1981), Булган аймгийн Орхон суманд (1982) хийсэн эмч нарын бүрдмэл үзлэгээр өвчтэй илэрсэн хүмүүсийг эмчлэх талаар авсан арга хэмжээ, түүний үр дүнг газар дээр нь шалгаж үзэхэд (1983) Дархан суманд эмчлүүлэх хүмүүсийн 76% Орхон сумын хүмүүсийн 60 гаруй хувь нь эмчилгээнд орсон боловч, энэ хоёр сумаас Улаанбаатар, аймаг явж эмчлүүлэх ёстой 145 хүнээс 56 нь яваагүй, мөн сумын эмнэлэгт эмчлүүлэх хүмүүс нь эмчилгээ хяналтанд бүрэн ороогүй байлаа. Энэ нь тухайн сум нэгдэл, эмнэлгээс өвчтэй хүмүүсийн ажил хөдөлмөрийг зохицуулан, туслалцаа үзүүлж зохион байгуулалттай явуулж эмчлүүлэх талаар арга хэмжээ аваагүйтэй холбоотой байв. Нөгөө талаар явж эмчлүүлсэн хүмүүсийн бүртгэл тооцоо, эдгэрэлтэнд тавих хяналт шалгалт хангалтгүй байна. Хэнтий аймгийн эрүүлийг хамгаалах газар Дархан суманд 2 жилийн дотор нэг ч эрүүлжүүлэх эмч мэргэжилтэн явуулаагүй байна. Ийм байдлаар хүн амын эрүүл мэндэд хандаж болохгүй нь мэдээж билээ.

Бид бүрдмэл үзлэг хийсэн нарийн мэргэжлийн эмч бүрээр тухайн мэргэжлийн тусламжийг хэрхэн зохион байгуулах, хүн амыг эрүүлжүүлэх тухай албан ёсны зааварчилгаа бичүүлж сумдын эмч нарт өгсөн нь чухал ач холбогдолтой боллоо.

#### ДҮГНЭЛТ

1. Малчдын эмнэлэг үйлчилгээ эрүүл мэндийг онцгой анхаарч, өвчлөлийг бууруулах, эрүүлжүүлэх явдал чухал байна.

2. Нарийн мэргэжлийн тусламжийн эмнэлэг мэргэжилтний хүрэлцээ, байршил, өвчин эмгэгийн байдлаас болж хүн амын өвчлөлийг эрүүлжүүлэх ажлыг сүм, аймаг, хотын эмнэлгийн хүрээнд гурван шатаар зохион байгуулав.

3. Хүн амыг ажил үйлдвэрлэлээс нь хөндийрүүлэхгүй, чирэгдэл зардлыг багасгахын тулд үзлэгээр өвчтэй илэрсэн хүн амыг газар дээр нь эмчлэн эрүүлжүүлэх, эмч мэргэжилтнийг аймгаас жилд 2-оос доошгүй явуулах шаардлагатай байна.

Эмч нарын үзлэгийн мөрөөр хүн амыг эрүүлжүүлэх арга хэмжээний төлөвлөгөөг сүм нэгдэл, аймгийн эрүүлийг хамгаалах газар сумдын эмнэлэг хамтран 3-5 жилийн хугацаагаар хийж, жилээс дээш хугацаагаар эмчлүүлэх хүн бүрт „эмчлэн эрүүлжүүлэх төлөвлөгөө“ зохиож хяналт эмчилгээг заалтын дагуу чанартай хийж „эрүүлжилтийн тайланг“ жил бүр гарган үр дүнг тооцдог зорилтыг хэрэгжүүлэх нь чухал байна.

5. Сүм бүр хүн амдаа бригадын бага эмч, сумын их эмч, аймгийн мэргэжлийн эмч нарын гурван шатны үзлэгийг 1985 онд багтаан явуулж, өвчлөлийг тогтоон эмчилгээ хяналтыг зохион байгуулах нь зүйтэй.

#### АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. С. Х. Душманов. Особенности заболеваемости медицинское обслуживание населения района отгонного животноводства. М. 1979.

#### ВОПРОСЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СКОТОВОДОВ И МЕРЫ ПО ОЗДРОВЛЕНИЮ

П. Янсан

Приведены некоторые данные изучения заболеваемости населения трех самонов (5196 человек).

Результаты исследования показали, что общая заболеваемость по данным обращаемости населения сомонов 576,0—710,0 на 1000 населения заболеваемость населения сомонов по данным медицинских осмотров 1112,0—1482,6 на 1000 населения.

В статье изложены некоторые предложения по улучшению здоровья скотоводов, разработки оздоровительных мероприятий. Оздоровительные мероприятия проводятся по двум этапам за период комплексного медицинского осмотра и после осмотра.

З.МЭНДСАЙХАН, В.Р.ЗИЦ

#### ЗАЛУУ ХҮМҮҮЕСТ ТОХИОЛДОЖ БАЙГАА ШҮҮДЭСТ ПЛЕВРИТЫН ЗАРИМ ОНЦЛОГ ЦЭРГИЙН КЛИНИКИЙН ТӨВ ЭМНЭЛЭГ

Цээжний гялтангийн үрэвслийн эмгэг жам, үүсэх шалтгааны тухай орчин үед эмч мэргэжилтнүүдийн мэдлэг өргөжсөн ч зарим нэг нь энэ өвчний нэлээд хувийг бие даасан өвчин мэтээр ойлгох буюу гялтангийн хуурай үрэвслийг төдийлөн анзаарахгүй өнгөрөөснөөс цаашдаа цээжний хөндийд наалдац үүсдэг.

Шүүдэст плевритын эмнэл зүйн зарим онцлог, үүсгэх шалтгааныг судлан улмаар уг өвчнийг зөв оношлох нь чухал.

Судлаачдын үзэж байгаагаар, шүүдэст плеврит нь халдвар, харшлын механизм бүхий хоёрдогч өвчин бөгөөд шалтгааны 70—80%-д нь сүрьеэ өвчин (ил далд хэлбэрээр), үлдсэн хувьд нь дотор эрхтний

янз бүрийн гаралтай эмгэгүүд тохиолдож байна. Манай орны нөхцөлд тохиолдож байгаа шүүдэст плевритын шалтгаан, эмнэл зүйн зарим онцлогийг судлахаар сүрьеэ, дотор, гэмтлийн нарийн мэргэжлийн тасагт сүүлийн хэдэн жилд хэвтсэн 230 өвчтөний өвчний түүхэнд судалгаа хийлээ. Судалгаанд хамрагдсан өвчтөний 80% нь харьцангуйгаар ажил амьдралын ижил төстэй нөхцөлд байгаа 18—28 насны эрэгтэйчүүд, үлдсэн 20%-д янз бүрийн ажил мэргэжил, насны хүмүүс байв.

Шүүдэст плеврит бүхий өвчтөний эзлэх хувь (тасгуудаар)

Хүснэгт 1

Тасгууд	Судалгаа хамарсан он	Судалгаанд хамарсан өвчтөн	Үүнээс шүүдэст плеврит бүхий өвчтөн	
			абсолют тоогоор	%-иар
Дотор Сүрьеэ Гэмтэл	1982, 1983	1624	72	4,4%
	1980, 1982, 1983	724	157	21,6%
	1983	190	1	0,52%

Хүснэгтээс үзэхэд шүүдэст плеврит бүхий өвчтөнүүд голдуу сүрьеэ дотрын тасагт эмчлүүлж байгаа ба сүрьеэгийн өвчтөний 21,6%-ийг, дотрын өвчтөний 4,4%-ийг эзэлж байна. Гэвч уг өвчний илрэл бүхий нийт өвчтөнд рентген болон бусад нарийвчилсан шинжилгээ хийхэд илэрхий сүрьеэ 24,7%, уушгины цочмог үрэвсэл 23,04%, амьсгалын замын архаг өвчнүүд 3,4%, уушги болон бусад эрхтний хавдар 0,86%, хэрлэг ба чоно яр зэрэг системийн өвчин 4,34%, үлдсэн 42,6%-д нь өвчний тодорхой шалтгааныг илрүүлж чадалгүй „шүүдэст плеврит“ оношоор эмчилсэн хүмүүс байлаа. Сүүдчийн энэ бүлэг хүмүүсийг голдуу сүрьеэгийн эсрэг эмээр эмчлэв. Тухайн тохиолдолд эмчилгээний тактик зөв гэж үзэж болох боловч сүрьеэгийн эмээр эмчлүүлэгчдийн 1/2 нь бүрэн эдгэрч, үлдсэн хүмүүсийн 2/3-д янз бүрийн хэмжээний наалдац үүсч, 1/3-д нь „ус“ бүрэн шимэгдээгүй гарсан нь эмчилгээний зарчмыг хангалтгүй баримталжээ гэж үзэхүйц байлаа. Ийнхүү „цэвэр“ шүүдэст плевритыг сүрьеэгийн эмээр эмчлэхэд үр дүн нь харилцан адилгүй байна.

Өвчтөний нас болон эрхэлсэн ажил төрлийн онцлог өвчлөлд хэрхэн нөлөөлсөнийг судлахаар бүх өвчтөнийг 2 бүлэгт хуваасан юм. 1-р бүлэгт ажил, амьдралын ойролцоо нөхцөлд байгаа (18—28) насны эрэгтэй 185, 2-р бүлэгт—ажил, мэргэжил, амьдралын янз бүрийн нөхцөлд байсан 30—60 насны эрэгтэй 45.

Хүснэгт 2

Шүүдэст плевритэд хүргэсэн шалтгааныг бүлэг тус бүрээр ялгаж үзүүлбэл

Бүлэг	Өвчтөний тоо	Сүрьеэ		Уушгины цочмог үрэвсэл		Уушгины архаг үрэвсэл		Хавдар		Системийн өвчнүүд		Гэмтэл		Шалтгаан тодорхойлогдоогүй	
		тоо	%	тоо	%	тоо	%	тоо	%	тоо	%	тоо	%	тоо	%
1-БҮЛЭГ	185	37	20	44	23	6	3,4	—	—	8	4,3	2	1,08	88	4,75
2-БҮЛЭГ	45	20	44,4	9	20	2	4,4	2	4,4	2	4,4	—	—	10	2,22
ДҮН	230	57	24,7	53	23	8	4,4	2	0,86	10	4,3	2	0,86	98	4,26

Хүснэгтээс үзэхэд нийт 230 өвчтөнөөс „дотрын өвчинд хамааруулсан плеврит 30,8%, үлдсэн 70%-д сүрьеэ болон шалтгаан нь тодорхой бус плеврит орж байна. „Дотрын“ плевритын зонхилох хэсгийг уушгины цочмог үрэвслийн үе дэх плеврит эзэлж байна. 1 бүлгийн өвчтөнд плеврит олонтоо тохиолдож, илэрхий сүрьеэгийн үүсгэвэр бага, харин шалтгаан нь тодорхой биш шүүдэст плеврит хяналтын бүлгийнхээс их байгаа нь нас ахих тутам сүрьеэгийн плеврит илүү тод илэрдэг болов уу гэлтэй байна. Залуу насны эрэгтэйчүүдэд энэ өвчин илүү (80%) тохиолдож байгаа, „дотрын“ гаралтай плеврит гадаадын судлаачдынхаас харьцангуй их байгаа нь судалгаа хийсэн эмнэлгийн үйлчлэх хүрээний онцлогоор тайлбарлагдах боловч, яг сүрьеэгийн гаралтай өвчин 24,7%, „шүүдэст плеврит“ оноштой өвчтөн 42,6% байна.

Судалгааны явцад, шалтгаан нь тодорхой бус, сунжруу явцтай плеврит бүхий 3 өвчтөний цээжний хөндийг анх удаа Японы „Олимпас“ фирмийн фибробронхоскопоор дурандаж шинжилгээ хийж, цээжний хөндийн гялтангийн үрэвслийн байдлыг тодорхойлон зураг авч мөн шингэнийг соруулж, бололцоотой үед үүсч буй нарийн наалдцуудыг салгаж, ихээхэн өөрчлөлттэй хэсгээс гистологийн шинжилгээ авлаа.

Уг өвчтөнүүдэд шинжилгээтэй холбоотой ойрын болон цаашдын хүндрэлүүд ажиглагдаагүй, эмчилгээний үр дүн сайн байсан. Бид цээжний хөндийгөөс авсан „усны“ шинжилгээг үндэслэн 145 өвчтөний гялтангийн шингэний байдлыг тодорхойлсон юм.

Хүснэгт 3

Янз бүрийн шалтгаан бүхий плевритуудын гялтангийн шингэний байдал (тохиолдлыг тоогоор)

Шингэний шинж байдал ба байрлал	Сүрьеэ	Уушгины цочмог үрэвсэл	Уушгины архаг үрэвсэл	Хавдрын системийн өвчин	Гэмтэл	Шалтгаан тодорхойгүй	Бүгд		
							Тоо	%	
Хуурай	8	9	1	—	1	—	4	23	15,8
Тунгалаг шар	16	28	2	—	7	1	53	107	73,7
Цусархаг	2	1	—	—	—	1	5	9	6,1
Булингартай	1	—	—	—	—	—	1	2	1,3
2 талын (серозон)	3	—	—	—	1	—	—	4	3,1
ДҮН %-оор	30/20,7	38/ 25,5	3/20,7	—	9/61%	2/13%	63/43,4%	145	100%

Хүснэгтээс үзэхэд плевритын шингэн голдуу сероз ба өнгөрт шинж бүхий байна. Цусархаг ба булингартай шингэн цөөн байв. Идээрхэг шингэн голдуу олон удаа „цээжнээс ус авахуулсан“ хүмүүст, цусархаг шингэн сүрьеэ болон хавдрын үед, харин цээж 2 талдаа устах нь сүрьеэ ба системийн өвчний үед тохиолджээ. Харин 40 өвчтөн эмнэлэгт ирэхдээ плевритын хөндийд нь ямар нэг хэмжээний наалдац үүсэх үедээ байв.



## ДУГНЭЛТ:

1. Шүүдэст плеврит бүхий өвчтөнүүд харьцангуй элбэг тохиолдож сүрьеэгийн тасгийн өвчтөнүүдийн 21%, дотрын 4,4%-ийг эзэлж байна.
2. Шалтгаан тодорхой плевритын эхний байранд сүрьеэ (24,7%), хоёрдугаарт уушгины цочмог үрэвсэл (23%) орж байна.
3. Нийт плевритын бараг тал хувь нь (42,6%) анхдагч өвчин нь мэдэгдээгүй "шүүдэст плеврит" оношоор, голцуу сүрьеэгийн эсрэг бэлдмэлүүдээр эмчлүүлсэн байна.
4. Хөдөлмөр ахуйн ойролцоо нөхцөлд амьдарч байгаа идэр залуу эрэгтэйчүүдэд уг өвчний бараг тал хувь (47,5%) "цэвэр" шүүдэст плеврит байдлаар, үлдсэн хувь нь уушгины цочмог үрэвсэл (23%), сүрьеэгийн (20%) гаралтай байна.
5. Плевритээр голцуу залуучууд өвчилж байгаа нь янз бүрийн халдвар харшлын үйлчилгээнд үзүүлж байгаа залуу бие махбодын урвалж чанарын онцлог бололтой.
6. Плеврийн шингэн ихэнхдээ тунгалаг шаравтар өнгөтэй, нэг талд байрласан байна. Нэлээд тохиолдолд плевритууд цээжний хөндийд ямар нэгэн хэмжээний наалдац үүсгэн эдгэрч байна.
7. Фибробронхоскопыг плевроскоп болгон ашиглах нь морфолог шинжилгээгээр онош батлах бололцоо олгож болох юм.
8. Дээрхээс үзэхэд шүүдэст плевритуудын онош, эмчилгээг улам боловсронгуй болгох, энэ талаар нарийвчилсан судалгаа шаардлагатайг харуулж байна.

## АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. М.Г.Алябина и соавт Журн. Сов. мед. 1971 № 8. 53—56
2. Г.И.Лукомский ба бусад "Бронхопульмонология" 1982.

226—227

## К ВОПРОСУ ИЗУЧЕНИЯ ЭКССУДАТИВНЫХ ПЛЕВРИТОВ У МОЛОДЫХ

З.Мэндсайхан, В.Р.Зиц

Авторами изучены частоты, этиологический структур и некоторые клинические особенности проявления экссудативных плевритов у 230 больных, преимущественно молодого возраста, леченных в терапевтическом, туберкулезном и травматологическом отделениях. Отмечены, высокий удельный вес не уточненной этиологии плевритов а среди уточненных, главные места занимали туберкулезии острые плевриты и пр. Также авторами приведена сообщение об успешной проведенни торакоскопия—фибробронхоскопом типа "Олимпас" Японской фирмы.

Авторы пришли к выводу, что больные с экссудативным плевритом в условиях МНР, по видимому встречаются довольно часто, а лечатся они, не очень качественно. Ввиду чего предлагается усовершенствования лечебно—диагностической работы и необходимость углубленного изучения в этом направлении.

## ТАРХИ ТУЛГУУР ЭРХТЭНИЙ ХАВСАРСАН ХҮНД ГЭМТЛИЙН ҮЕД МЭС ЗАСАЛ ХИЙХ АСУУДАЛД

Орчин үед хүн төрөлхтөн шинжлэх ухаан техникийн хувьсгалын ирмүүн хөгжлийн үед амьдарч нийгмийн ахуй хангамж, ажлын нөхцөл нь тасралтгүй дээшилж байгаагийн зэрэгцээ хүн амын дунд осол гэмтлийн улмаас нас барах нь жилээс жилд өсөн нэмэгдсээр байна.

Гэмтэл согогийн эмнэлгийн сүүлийн жилүүдийн судалгаагаар төрөл бүрийн гэмтлийн тохиолдол буурахгүй байгаа нь үүний нотолгоо юм. Хүнд хэлбэрийн гэмтлүүдийн дотор гавал тархины гэмтэл дээгүүр байр эзэлж байна. 1979—1983 онд гэмтэл согогийн эмнэлгийн сэхээн амьдруулах, эрчимт эмчилгээнд бүгд 1312 өвчтөн ирснээс 623 буюу 47,5% нь гавал тархины гэмтэлтэй өвчтөн байсны 37,2% нь гавал тархи, хөдлөх тулах эрхтэний хавсарсан гэмтэл байлаа. Мөн хугацаанд хөдөө орон нутагт дуудлагаар нарийн мэргэжлийн тусламж үзүүлэхэд бүх өвчтөний 44,3% нь гавал тархины гэмтэлтэй байлаа. Ийм учраас гавал тархины хавсарсан хүнд гэмтлийн үед гавлын дотуур цус хуралдаж мэс заслын эмчилгээ зайлшгүй шаардагдах үед илрэх үндсэн шинж тэмдгүүд болон нарийн мэргэжлийн эмч дуудах шаардлагыг бодолцон энэ зөвлөмжийг бичив.

Гавал тархины битүү гэмтлүүдийг уул гэмтлийн зэрэг явцыг харгалзан хуваана.

1. Тархи доргих 2. Тархины няцралын хөнгөн, хүндэвтэр, хүнд хэлбэр, 3. Тархи дарагдах.

Эдгээр гэмтлүүдийн дотроос тархи дарагдсан үед яаралтай мэс засал хийх шаардлага гардаг. Харин тархи дарагдаагүй цөөхөн тохиолдолд мэс заслын эмчилгээ хийнэ. Тухайлбал тархи нугасны шингэн зогсолтгүй гоожих, суурь ясны хугарлын улмаас цус алдах, тархи хавагнах үед хагалгаа хийдэг. Тархи дарагдах үед мэс заслын эмчилгээг доорхи үндсэн 4 тохиолдолд хийнэ.

1. Гавлын доторхи цус хуралт
2. Гавлын яс цөмөрч тархи дарах
3. Уураг тархины аль нэг хэсгийн хэт няцралт
4. Хатуу хальсны доор тархи нугасны шингэний хязгаарлагдмал хуралдалт (гидром)

Хэвлэлийн тоймоос үзэхэд тархи дарагдалтын 64% цус хуралтаас, 15% нь гавлын яс цөмөрснөөс, 15% нь уураг тархины хэт няцралт, 6% нь нугасны шингэний хуралтаас үүсч байна гэж үзсэн байна (3).

Эрдэмтдийн үзэж байгаагаар гэмтлийн улмаас гавлын доторхи цус хуралт нь эхний үед болдог. Цаашид тархины түрэгдэлт, хавагнашил давамгайлна. Ийм учраас 3 цагийн дотор мэс засал хийж хуралдсан цусыг авч, цус тогтоовол эмчилгээний сайн үр дүнд хүрнэ гэжээ. [1]

Гавлын доторхи цус хуралтыг оношлоход, мэдрэлийн иж бүрэн үзлэг хийхийн зэрэгцээ эхоэнцефалография (ЭхоЭГ), гавал ясны рентген зураг нугасны шингэний сорилт, шаардлагатай үед гүрээний артерт тодруулагч бодис хийж зураг авах (каротидная ангиография) зэрэг шинжилгээний аргуудыг хэрэглэнэ.

Гавлын ясны доторхи цус хуралтын үед хүүхэн хараа нь цус хуралттай талдаа өргөсөж, эсрэг талын биений мөчний саажилт үүсдэг. Мөн судасны лугшилт удааширч, голомтот таталдаг уналт илэрнэ.

Эхний 3 цагт дээрх шинжүүд ажиглагдвал гавлын доторхи цус хуралт гэж сэжиглэх хэрэгтэй. Харин тархины гэмтэлтэй өвчтөн гэмтэл авснаас хойш хэдэн цаг, хоногийн дараа, толгойн өвдөлт гэнэт ихсэж огиулж бөөлжих, хөдөлгөөн нь ихсэж ухаан нь балартан уналт таталт өгч эхэлбэл гавал тархины доторхи хажуу цус хуралтын шинж гэж үзэх нь зүйтэй.

Нүдний хүүхэн хараа өргөсөх шинж нь нүдний болон цээж хэвлийн гэмтлийн үед илрэх ч байдаг. Нүдний алим гэмтсэнээс хүүхэн хараа өргөсөж болно. Ийм гэмтлийн үед нүдний алимд цус хуралдах хавагнах шинж ажиглагдаж, хараа муудна. Гэмтсэн нүдний хүүхэн хараа гэрлийн урвалгүй байхад, эрүүл талын нүдний гэрлийн урвал хэвээр байна. Гэмтлийн шок, цээж хэвлийн хүнд гэмтлийн үед нэг талын хүүхэн хараа өргөсөж болох боловч, өвчин намжаах, шокийн эсрэг арга хэмжээ авах явцад (анизокория) засардаг байна.

Ихэнх тохиолдолд оношийг батлах, тодруулах зорилгоор эхоэнцефалография (ЭхоЭг) ашигладаг юм. Энэ нь өндөр давтамжит долгион ашиглан онош тогтоодог аппарат бөгөөд, хийхэд хялбар, энгийн, ямар нэг хүндрэл өгдөггүй, хортой нөлөөгүйгээрээ сайн талтай.

Онош эргэлзээтэй үед гүрээний артерид тодруулагч бодис хийж рентген зургийг (каротидную ангиографию) авч болох юм. Гэвч ангиографийг гавал тархины хүнд хэлбэрийн няцралт дунд ба уртавтарт тархи давамгайлан гэмтсэн, амьсгал, зүрх судасны дутагдлын үед хийж болохгүй. Онош эргэлзээтэй буюу хуралдсан цусны байрлалыг тодруулахын тулд гавлын ясыг цоолж оношлох аргыг хэрэглэнэ. Цоолдолтыг ихэвчлэн цус хуралт үүсдэг чамархайн хэсэгт хийдэг юм. Хэрэв шаардлагатай гэж үзвэл, тах хэлбэрээр байршуулсан 3—5 цэгт нүх гарган уул нүхнүүдийг холбон ясыг сөхөөд хуралдсан цусыг авах хагалгаа хийнэ. Хэрэв хатуу хальсны гадна цус хуралт үгүй бол хатуу хальсыг нээж хатуу хальсны доогуур шалган үзнэ. Тархины эд овойх хөөнгөтөн лугшилт нь мэдэгдэхгүй болсон тохиолдолд тархины доторхи цус хуралтыг тодруулах зорилгоор хатгалт хийх хэрэгтэй. Үүнийг тусгай (игла Кушинга) зүүгээр хийнэ. Тархи ихээр хавагнашсан үед нэг буюу хоёр талын чамархайн ясыг сөхөж, гавлын багтаамжийг ихэсгэнэ.

Гавлын яс хагарч цөмөрсөн сэжиг бүхий үед, рентген зургийг 2—4 чиглэлээр авна. Рентген зурагт гавлын яс 2 см-ээс илүү талбайд 1 см-ээс гүнзгий цөмөрсөн байвал мэс засал хийж, цөмөрсөн ясыг авна.

Харин гавлын яс нь бага хэмжээгээр хагарч, цөмөрсөн үед төв мэдрэлийн ерөнхий болон голомтот шинжүүд илрэхгүй бол мэс заслын эмчилгээ хийх шаардлагагүй юм.

Эмчилгээ ба оношлогооны зорилгоор нугасны ус авах шинжилгээг гавал тархины гэмтэл бүхий бүх хүнд хийнэ. Үүгээр хатуу хальсны доорхи цус харвалт, тархи нугасны шингэний даралтыг тодорхойлно. Тархины хэт няцарсан буюу дарагдсан тохиолдолд тархины доторхи даралтын их бага, тархины түрэгдэлтээс (дислокац) хамаарахгүйгээр мэс засал хийх шаардлагатай байдаг. Тархины даралт ихсэх, тархи түрэгдэх үед эмийн эрчимт эмчилгээ хийгээд, үр дүн өгөхгүй үед л мэс заслын эмчилгээ хийж даралтыг багасгах заалт байдаг. Тархины няцралтыг оношлохдоо, голомтод шинж тэмдгүүд, болон ЭхоЭг, гүрээний артерид тодруулагч бодис хийж зураг авах аргуудыг хэрэглэнэ. Тархины няцралтын үед, бусад гэмтлээс ялгах нэг онцлог шинж бол нугасны усан дахь уургийн хэмжээ эрс ихэсдэг юм.

Гэмтлийн улмаас хатуу хальсны доор шингэний хязгаарлагдмал хуралдалт нь тархины зөөлөн хальс хагарсны улмаас үүсдэг ба цус хуралтаас ялгаатай нь гэмтлийн дараа олон цаг, хоног өнгөрсний хойно үүсч бий болдог. Үүнийг эрдэмтэд хавхалгийн (клапаны) механизмаар тайлбарладаг.

Гавал тархины шингэний хуралтын үед мэдрэлийн талаас гарах шинж тэмдгүүд ЭхоЭг ба ангиографийн шинжилгээнүүд нь цус хуралттай адилхан бөгөөд гарах өөрчлөлт, шинж тэмдгүүд нь аажмаар бүдэг илэрдэг. Эмчилгээний тактик нь цус хуралтыг эхний цагт авдаг бол шингэний хуралтыг аажимдаа, хэдэн хоногийн дараа мэс засал хийж болно.

Ийм учраас гавал тархины хавсарсан хүнд гэмтэлтэй өвчтөнд шокийн эсрэг эрчимт эмчилгээг үргэлжлүүлэн хийх явцад артерийн даралт 70 мм-ээс доош буурахгүй боловч сопор комын байдлаас гарахгүй, хүүхэн хараа өргөсөх (анизокория) шинж эрс илэрч, аажимдаа ихсэх, нэг талын биеийн мөчний саажилт илрэх, голомтог таталтат уналт байх судасны дугшилт удаашрах, рентген зурагт гавлын яс нь 1 см-ээс илүү цөмөрч ЭхоЭг-ийн бичлэгт шилжилт нь 6 мм-ээс их байгаа үедэд яаралтай мэс засал хийх буюу нарийн мэргэжлийн эмчийг яаралтай дуудах нь зүйтэй юм.

Дэд эрдэмтэн Г. ДЭМИД  
Их эмч О. БАТСҮХ

#### АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Вестник хирургии. 1983. №6, 1984. №7.

Б. ГОМБО

## ХҮҮХДИЙН УУШГИ—ГУУРСАН ХООЛОЙН ӨВӨРМӨЦ БУС ЦОЧМОГ ҮРЭВСЛИЙН ШИНЭ АНГИЛЛЫН ПРАКТИК АЧ ХОЛБОГДОЛ

ЭХ НЯЛХСЫГ ХАМГААЛАХ ЭРДЭМ ШИНЖИЛГЭЭНИЙ ХҮРЭЭЛЭН

Хүүхдийн уушги-гуурсан хоолойн өвөрмөц бус цочмог өвчний ангилал олон бөгөөд удаа дараагийн ангиллууд цаг тухайдаа уул өвчний эмгэг жам, эмнэл зүй, явц, эмчилгээ, хүндрэлийг шинжлэх ухааны үндэстэйгээр шийдвэрлэж байсан билээ. Сүүлийн жилүүдэд хүүхдийн амьсгалын эрхтний цочмог өвчний үүсгэгчийн бүрэлдэхүүн, өвчний илрэл явцад нэлээд өөрчлөлт гарсны дээр онош, эмчилгээнд шинэ арга барил нэвтэрч буй байдлууд нь энэ өвчнийг нэгтгэн дүгнэхийг хүүхдийн өвчин судлагчдаас зүй ёсоор шаардаж байгааг харгалзан ЗХУ-д шинээр ангилал боловсруулсан юм. Энэхүү шинэ ангиллыг ЗХУ-ын хүүхдийн эмч нарын нийгэмлэгийн бүгд хурал ба анагаах ухааны академийн тэргүүлэгчдийн дэргэдэх хүүхдийн өвчин судлалын эрдмийн зөвлөлийн хурлаар 1978 онд баталжээ.

Имунофлюоресцентийн аргаар үүсгэгчийг түргэн илрүүлэх боломжтой болсноос амьсгалын эрхтний цочмог үрэвслийн 70%-ийг гуурсан хоолойн вирусээр үүссэн үрэвсэл эзэлж байгааг нотолж байна.

Вирус ба нянгийн төрөл бүрийн омог, түүгээр үүссэн амьсгалын эрхтний өвчний хэлбэрийн хооронд эмгэг жам, эмнэл зүйн тодорхой шүтэлцээтэй тал ч байдаг.

Гуурсан хоолойн ба уушгины үрэвслийн хэлбэрүүдийг нарийн ялгах нь эрчимт эмчилгээг зөв хийж эндэгдлийг багасгах онцгой ач холбогдолтой юм. Зөвхөн ганц баримтыг дурдахад гуурсан хоолойн цочмог үрэвслийн үед 15—20%-д цэрээр бөглөрснөөс амьсгалын дутагдалд орж эндсэн нь бидний судалгаагаар ажиглагдлаа. Цэрээр бөглөрсөн үед утлага, иллэг тогшилт, цэр соруулах, гуурсан хоолой угаах, хүүхдийг зөв байрлуулах нь эрчимт эмчилгээний гол арга хэмжээ юм.

Манай орны хот хөдөөгийн хүүхдийн эмнэлэг, урьдчилан сэргийлэх байгууллагын тайлангаар хүүхдийн амьсгалын эрхтний цочмог өвчний 75—80%-ийг „пневмония“ онош эзэлж байна. Гэтэл энэ өвчинд хандах хандлага бусад оронд нилээд өөр болсныг анхаарч 1983—1984 онд судалгааны түшиц эмнэлгүүдэд (Архангай аймгийн нэгдсэн эмнэлэг, хүүхдийн нэгдсэн II эмнэлэг) уушги-гуурсан хоолойн өвөрмөц бус цочмог өвчнийг 1978 оны ангиллын хүрээнд хамтын судалгааг явууллаа.

Юуны өмнө хэрэглэсэн ангилал, оношилгооны критерийг дурдах нь зүйтэй.

### Хүүхдийн уушги-гуурсан хоолойн өвөрмөц бус цочмог үрэвслийн ангилал

#### Гуурсан хоолойн үрэвсэл:

1. Гуурсан хоолойн цочмог үрэвсэл
2. Гуурсан хоолойн бөглөрөөт цочмог үрэвсэл
3. Нарийн гуурсан хоолойн цочмог үрэвсэл

өвчний явц

цочмог  
удааширсан

#### Уушгины үрэвсэл:

1. Голомтот (нэвчилтэт) үрэвсэл
2. Сегментийн үрэвсэл
3. Цусан хаггалгаа
4. Завсар эдийн үрэвсэл

Өвчний байдал нь: өвчний эмнэл зүйн илрэл буюу хүндрэлээр тодорхойлогдоно.

**Хүндрэл:** Амьсгалын дутагдал, уушгины авчилт, гуурсан хоолойн бөглөрөлт, хордлого (мэдрэл хордлого, зүрх судасны тогтолцооны хямрал, уушгины хаваншилт, ходоод гэдэсний өөрчлөлт) уушги-гялтангийн: (уушгины үхжил, буглаа, гялтангийн үрэвсэл, идээлэлт ба цооролт), уушгины бус хүндрэл: дунд чихний үрэвсэл, мэнэн, зүрхний булчингийн үрэвсэл г. м.

Энэ ангилал нь эмнэл зүй, эмгэг анатомын шинжтэй бөгөөд уул өвчний үед зайлшгүй илрэх зарим шинжийг (амьсгалын дутагдал, гуурсан хоолойн бөглөрөлт, зүрх судасны хямрал, хордлого г. м.) хүндрэл гэж үзсэн нь амьсгалын эрхтний цочмог өвчнийг аль болохоор эрт оношилж эмчилж чадвал хүндрэл гаргахгүй байж болно гэсэн санааг агуулсан юм. Тус ангиллын хэлбэр бүр өөртөө үүсгэгч, эмгэг жам өвчний явц, байршил, хүндрэлийн ба эмчилгээний онцлогийг хадгалж буй учир ангиллыг дэлгэрүүлэн нарийн судлах шаардлагатай юм. Энэхүү ангиллын дагууд уушги-гуурсан хоолойн цочмог өвчний хэлбэрүүдийг ялган оношлоход юуны өмнө хүүхдийн, гэрлийн, эмгэг анатомч эмч нарын хамтын ажиллагаа, нэг чигийн ойлголт чухал. Олон жил гуурсан хоолойн цочмог үрэвслийг уушгины үрэвслээр оношилж эмчилж байсан арга барилаас ангижрахад тийм ч хялбархан бус нь практикаас харагдаж байна.

Амьсгалын эрхтний өвөрмөц бус цочмог үрэвслийн хэлбэрүүдийг шинэ ангиллын дагууд ялган оношлоход дөхөм болгож тусгай критерийг боловсруулж (Б. Гомбо, С. Дуламсүрэн) ажилласан нь оношийг тавихад тойм өгөх чухал ач холбогдолтой юм. Энэхүү критерийг ашиглахад өвчтөний өвчилсөн хугацаа, бодит үзлэгийг сайн хийх нь маш чухал. Жишээлбэл; гуурсан хоолойн ба уушгины голомтот үрэвсэл цөөн хоногийн урьдчилсан ханиалгалт, нусгай шуухнаагүйгээр эхэлдэггүй байхад цусан хатгалгаа гэнэт үүсдэг онцлогтой. Гуурсан хоолойн ямар ч хэлбэрийн үрэвслийн үед өвчний 2—3 хоногт цусны нейтрофилын бодит тоо хэвийн хэмжээнээс 2 дахин буюу түүнээс дээш нэмэгдэх нь хэвэр байдаг. Гэтэл уушгины үрэвслийн үед өвчний эхний өдрүүдэд 2-оос дээш дахин нэмэгдэнэ. Өөрөөр хэлбэл өвчилсөн хугацааг цусны шинжилгээний үзүүлэлттэй нягт уялдуулах хэрэгтэй. Тогшилтын дүлий дуу, хэржигнүүрийн байршилсан (локализованные) хэлбэрийг өвчтөнийг ганц нэг үзсэнээр тогтоож тэр болгон болдоггүй учир хэд хэдэн удаа үзэж энэ шинж тэмдгийг гуурсан хоолойн буюу уушгины үрэвслийн алин болохыг нотлох нь ялган оношлоход ач холбогдолтой.

Хүснэгт 1

Уушги-гуурсан хоолойг өвөрмөц бус цочмог үрэвслийг оношилсон байдал

(Хувнар 1984)

№	Судалгаа явуулсан газар	Судалгаанд хамрагдсан хүүхдийн тоо	Гуурсан хоолойн бүх хэлбэрийн үрэвсэл	Уушгины бүх хэлбэрийн үрэвсэл
1	Улаанбаатар хотын хүүхдийн II нэгдсэн эмнэлэг	4019	56,8	43,2
2	Архангай аймгийн нэгдсэн эмнэлгийн хүүхдийн тасаг	721	82,0	18,0
3	ЭНХЭШ Хүрээлэнгийн хүүхдийн сектор	148	57,5	42,5
	ДҮН (дундаж)	4888	65,5	34,5

Туршилтын хугацаанд түшиц эмнэлгүүдэд уушги-гуурсан хоолойн үрэвслийг ялган оношлох нь ихээхэн сайжирсан бөгөөд 1982 онд бүх хэлбэрийн гуурсан хоолойн үрэвслийн зөвхөн 8—27,2%-ийг зөв оношилж байсан бол одоо 3—4 дахин нэмэгдсэн юм. Үүний гол нөхцөлийн нэг нь уул өвчний ялган оношлолт, эмчилгээний талаар хичээл заасны дээр эмч нарын идэвхтэй ажиллагаа байв. Оношилгооны зөв эсэхийг эмнэл зүй, гэрлийн шинжилгээ, өвчний эдгэрэлтийн хугацаа болон эндсэн тохиолдолд эмгэг анатомын шинжилгээгээр нотолж байлаа.

Гуурсан хоолойн хүнд үрэвслийг гэрлийн ба эмгэг анатомын шинжилгээгээр уушгины үрэвсэл гэж ташаа дүгнэх явдал „пневмония“ оношийг хэтрүүлэн тавих томоохон шалтгааны нэг болж буйг анхаарах нь чухал.

Судалгаанаас үзэхэд ялангуяа гуурсан хоолойн бөглөрөөт үрэвслийн үед уушгины цусны эргэлтийн хямралаас судас цусаар дүүрч

эдэд хаван үүсэх, гуурсан хоолойн бөглөрөлт янз бүрийн хэмжээний авчилтын голомт үүссэнээс уушгины талбай бүдэгших буюу жижиг голомтот сүүдэр мэт зүйл гардгийг уушгины үрэвсэл гэж андуурах нь олонтой. Гуурсан хоолойн үрэвслийн үед уушгины угийн тунгалгийн будчирхай томрох мөн том судаснуудын цус дүүрэлтээс „прикорневая пневмония“ (одоо үед ийм хэлбэрийн үрэвсэл байдаггүй гэж үздэг) гэсэн дүгнэлтийг гэрлийн шинжилгээгээр хийж байгаа нь уушгины үрэвсэл оношийг „нэмэгдүүлэх“ нэг шалтгаан болж байна.

Түшиц эмнэлгүүдэд хийсэн судалгаагаар хүүхдийн уушги-гуурсан хоолойн цочмог үрэвслийн хэлбэрүүдийг эмнэл зүйгээр нь тогтоожээ.

Хүснэгт 2

Уушги-гуурсан хоолойн цочмог үрэвслийн хэлбэрүүд (%)

Гуурсан хоолойн үрэвслийн хэлбэрүүд				Уушгины үрэвслийн хэлбэрүүд			
Цочмог	Бөглөрөөт	Нарийн гуурсны	Дахилтат	Голомтот (нэвчилтэт хэлбэрийн хамт)	Сегментийн	Цусан хаггалга	Завсар эдийн
33,0	13,6	8,9	5,0	27,3	5,8	3,4	3,0

Судалгаанаас үзэхэд хот хөдөөгийн эмнэлгийн салбаруудад энэхүү өвчний хэлбэрүүдийн эзлэх хувийг харилцан адилгүйгээр гаргаж байгаа нь юуны өмнө оношилгооны арга барилыг жигд эзэмшиж чадаагүйтэй холбоотой. Хүүхдийн эндэгдэлд уушги-гуурсан хоолойн үрэвслийн хэлбэрүүдийн эзлэх хувь адилгүйн дээр зонхилж буй хэлбэрийг эмгэг анатомын судалгаагаар гаргалаа.

Хүснэгт 3

Эндэгдлийн шалтгаанд уушги-гуурсан хоолойн үрэвслийн хэлбэрүүдийн эзлэх хувь

Гуурсан хоолойн цочмог үрэвсэл	Бөглөрөөт үрэвсэл	Нарийн гуурсан хоолойн үрэвсэл	Гуурсан хоолойн дахилтат үрэвсэл	Уушгины голомтот үрэвсэл	Сегментийн үрэвсэл	Цусан хаггалгаа	Завсар эдийн үрэвсэл
3,0	6,0	18,1	3,9	60,0	6,0	3,0	=

Байдлаас үзэхэд амьсгалын эрхтний цочмог үрэвслээр эндэх нь бүх нас баралтын 70%-ийг эзэлж байгаагаас гуурсан хоолойн үрэвслийн шууд хүндрэл болсон уушгины голомтот үрэвслийн хүнд хэлбэрийн нэг нэвчилтэт үрэвсэл давамгайлж байна. Үүнд дүн шинжилгээ хийхэд голомтот үрэвслийн 60—70% нь больницын дотоод халдвар буюу „стационарная пневмония“ байлаа. Сүүлчийн энэ хэлбэр их хувьтай байгаа нь гуурсан хоолойн үрэвсэлтэй хүүхдийг уушгины үрэвслээр оношилж эмнэлэгт удаан хугацаагаар хэвтүүлдсэнтэй холбоотой. Хавсарсан өвчингүй, гуурсан хоолойн цочмог үрэвсэлтэй хүүхдийг бид 6—7 хонуулаад гэрийн эмчилгээнд гаргаснаар уушги үрэвсэж хүндрэхийг багасгалаа. Хүүхдийн биеийн онцлогоос шалтгаалж эмчил-

гээний ор хонь хирлцан адилгүй байх нь мэдээж. Гэвч гуурсан хоолойн үрэвсэлтэй хүүхдийг уушгины голомтот үрэвслээр хүндрэхээс сэргийлэх асуудал чухал байна.

Хүүхдийн уушги-гуурсан хоолойн өвөрмөц бус цочмог үрэвслийн энэхүү ангиллыг практик үйл ажиллагаанд нэвтрүүлснээр:

1. Хүүхдийн амьсгалын эрхтний өвөрмөц бус цочмог үрэвслийн хэлбэрүүдийг ялган оношилж эмчилгээг зөв хийх талаар хүүхдийн эмч нарын мэргэжил мэдлэгийг дээшлүүлэх.

2. Гуурсан хоолойн цочмог үрэвслийг ялган оношилсноор больничод эмчлэх хугацааг зөв тогтоож улмаар больницын орны эргэлт хүрэлцээг нэмэгдүүлнэ.

3. Амьсгалын эрхтний цочмог өвчний үеийн сэхээн амьдруулах ба эрчимт эмчилгээний арга барил сайжирч (утах, гуурсан хоолой угаах, тогшилтот иллэг хийх, хүүхдийг зөв байрлуулах зэрэг) үр дүнгээ өгч байна.

4. Уушги-гуурсан хоолойн үрэвслийн эмчилгээний зарим талын үргүй зардал багасаж төсвийн ба эмийн хүрэлцээнд сайн нөлөө үзүүлж байна.

5. Гуурсан хоолойн цочмог үрэвслийн эмчилгээний арга барилыг зөв хийж чадсанаар голомтот үрэвслээр хүндрэх явдлыг 40% хүртэл бууруулж байна.

## ПОРФИРИНЫ ӨВЧИН

Порфирины өвчин гэдэг нь цусны гемоглобины порфирины солилцооны өөрчлөлтийн дүнд үүсдэг эмгэг юм.

Порфирин-бор гэсэн утгатай үг.

Порфирины солилцоо нь цусны гемоглобинд байдаг уургийн нэгдэл бүхий пигментийн солилцоо юм. Порфиринууд нь гемоглобин, миоглобин, каталаз, цитохромуудын биосинтезийн дүнд үүсч бий болдог. Геминпротейд, гемопротейдуудын завсрын бодисуудыг порфирин гэнэ. Порфирины солилцоо нь завсрын буюу дагалдах шатандаа өөрчлөгддөг. Анхдагч нь (урьдал бодис) порфин юм. Сүүлийн үед дараах порфиринуудыг нээгээд байна. Протопорфирин-IX, мезопорфирин-IX, дейтропорфирин IX, копропорфирин I, III, уропорфирин-I, III зэргийг олжээ.

Протопорфирины урьдал бодис нь порфобилиноген бөгөөд өвчтэй хүний шээсэндэх уробилиногенээс олджээ. Хүний биеийн махбодын дотор олон янзын порфирины нийлмэг байдаг. Тэдгээр нь нөсөөний солилцоонд оролцдог байна. Порфирин нь цус, ялгадас, эд эсийн дотор ямар нэгэн хэмжээгээр байдаг. Тухайлбал, цусанд 12—15 мг/100 мл, цөсөнд 30 мг (хоногт, өтгөнд 300 мг шээсэнд 100 мг) тус тус байна.

Порфирин нь эрүүл хүний өтгөн болон шээсэнд маш бага хэмжээтэй байна. Цусан дахь порфириныг нийтэд нь гемотопорфирин гэж нэрлэжээ.

Порфирины өвчний гемоглобины биосинтез алдагдсанаас эд эрхтэнд порфирин хуралдаж үүсдэг. Бөөрний дутагдлын үед альбуминури болоход шээсэнд порфирин багасдаг. Шээсний порфирин нь хүчиллэг зүйл хэрэглэхэд ихсэж, шүлтлэг хоол унд хэрэглэхэд багасна.

Наранд удаан шарах, рентген туяанд шаруулах мөн өөх, тос архи хэрэглэсний дараа порфирин шээсэнд ихсэнэ. Мөн халдварт өвчин, арьс цусны зарим өвчин (хорт цус багадалт, цус задралын анемий)



элэгний өвчнүүд, гепатитууд, сорвижлууд (вакцин, сывортик тарих, зарим эмийн бодист хордох (веронал, паральдегид, барьбитурат, мышьжийн төрөл, фосфор, хүнд металл) үед өвчин үүсч шээсэнд ихэсдэг. Порфирин буй болохыг гемоглобины синтезтэй холбож үзэх бөгөөд чухам элэг, ясны чөмөг хэмэнд байдаг эритробластууд юм гэж үздэг байна. Порфирины солилцоо алдсанаас уг өвчин үүсдэг бөгөөд тэр нь арьсны, хэвлийн, мэдрэлийн шинжээр болон порфирин ихсэх байдлаар илэрдэг.

Порфирины өөрчлөлт нь чөмөг хэмэнд (эритропозийн шатанд) түүний үүслийг тохируулагч ферментын өөрчлөлтөөс хамаарна. Үүнд: Трикарбоксылын цагираг идэвхтэй хувьсан, хүчлийн катализыг сайжруулж улмаар дельтааминолевулины хүчлийг үүсгэдэг байна.

— Дельтааминолевулины хүчил нь хувирч портопорфирин болдог.

— Ферментийн нөлөөгөөр профобилиноген нь протопорфирин болж хувирдаг.

Порфирины өвчнийг төрөлхийн ба олдмол гэж 2 хуваадаг. Төрөлхийнх нь ховор тохиолддог, оношлоход ч хэцүү байдаг. Төрөлхийн порфирин нь генээр дамжин удамших шинжтэй. Төрөлхийн порфириныг Гюнтерийн өвчин гэдэг.

Олдмол порфирины өвчнийг дараах хэлбэрт хуваана.

**1. Арьсны хэлбэр.** Нарны хэт ягаан туяаны нөлөөгөөр арьс нь улайж, жижиг цэврүүнүүд нүүр, гарын ил хэсгээр гарч, тэр нь амархан шалбарч, хоёрдогч халдвар орж болохын хамт эдгэрсний дараа арьс нөсөөдөх эсвэл нөлөөгүй байдлаар үлдэнэ. Шарх сорви ч тогтох явдал байдаг.

**2. Мэдрэлийн хэлбэр.** Төвийн ба захын мэдрэлийн шинжээр илэрнэ. Мэдрэл сэтгэлийн согогтой, цочромтгой, аймтгай, эмзэгшил ихтэй, заримдаа дэмийрэх, истерийн шинж илрэх, өгсөх паралич Ландри болох, амьсгалын паралич үүсч болно. Зарим үед комд ч орж болно. Нурууны дагуу, давсаг цавины орчим хатгаж өвдөнө. Цэс бөөрний чулууны хатгалгаа гэж оношлох явдал ч байдаг.

**3. Хэвлийн хэлбэр.** Хэвлийн хөндийн эрхтэний хатгалгаат хэлбэр гэдэг. Хэвлийгээр хүчтэй хатгаж өвдөх бөгөөд энэ нь хэвлий зөөлөн, дүүрэнг, булчингийн агшилтгүй, хатах, эсвэл үе үе суулгах, порфирины (приступ) өвдөлтийн үед өвчтөн турж, булчин суларч хатангирших, гэдэс удаан хугацаагаар агших ба гэрэлд харахад 12 хуруу гэдэс нарийн гэдэсний дээд хэсгүүд тэлэгдсэн, чөлөөлөгдөх нь удааширсан байдаг. Шээсний дотор порфирин их гардагаас өнгө нь улаан болдог боловч заримдаа өнгөгүй тунгалаг байх нь ч бий. Шээсийг удаан байлгахад өнгө нь хувирч улаан болдог. Шээсний бусад будагч бодисуудын үед өнгө нь хувирдгийг санах хэрэгтэй.

**4. Элэгний архаг буюу холимог хэлбэр.** Гепатитууд, цирроз, мөн түүнээс гадна элэгний эсийн гэмтэл цочмог атрофи, элэгний өмөн, механик шарлалтын үед порфирин шээсэнд ихэсдэг.

**5. Шалтгаан нь мэдэгдээгүй хурц, хордлого бүхий хэлбэр.**

**6. Архаг хэлбэр.** Гол шинж нь наранд явсны дараа арьс улайж цэврүүтнэ. Гэдсээр хатгаж өвдөх, элэгний ажиллагаа алдагдах, энэ үед порфирин цэсөөр гарах нь багассанаас болдог гэж Р. Хегглин үздэг. Уул архаг хэлбэр гол төлөв архи уусны дараа тохиолддог. Шээсний дотор гол төлөв уропорфирин олддоно. Хоёрдогч порфиринурин үед (сульфаниламидууд, цагаан тугалганы хордлого, хорт ба цус задралын анемий, механик шарлалт, гемаррагийн дараа, элэгний өвчнүүд, зарим халдварт өвчин) шээсэнд зөвхөн копропорфирин тодорхойлогдоно.

Порфирины өвчин үүсгэдэг нэг гол зүйл бол этил бүхий бензин юм. Энэ өвчний лабораторийн шинж нь шээсэн дотор порфирины нөсөө тодорхойлох явдал юм. Эрүүл хүний шээсэнд порфирин 0,03—0,035 мг

байдаг бол энэ өвчний үед ихэснэ. Шээсэнд гемотопорфирин буй болох нь энэ өвчнөөс гадна эмийн хордлого, тугалга, мөнгөн усны хордлого, хорт ба цус задралын анемий, элэгний өвчнүүдийн үед ихэснэ. Шээсэнд порфирин тодорхойлоход Сальковскийн сорилыг хэрэглэнэ. Энэ нь уг өвчтөний шээсэнд боритов хольцыг тундас үүстэл нэмж дараа нь түүнийгээ шүүж, гарсан тундсаа усаар, спиртээр угааж дээр нь 5—8 дусал давсны хүчил нэмж, дахин шүүгээд уг уусмалаа спекторд оруулж судална.

Лавровскийн арга нь цусыг авч хүчтэй хүхрийн буюу давсны хүчлээр шингэлэхэд гемотопорфирин үүсэх бөгөөд түүнийгээ спекраль шинжилгээнд оруулна. Төрөлхийн порфиринаас ялгаатай нь үргэлж порфобилиноген, уропорфирин бүхий байдаг.

Порфобилиноген тодорхойлох (Watson-Schwartz)-ын арга:

Эрлийн реактив (2 хувь аминобензальгидыг 20 хувийн давсны хүчлийн уусмалд) найруулан 5 дусал авч дээр нь 5 дусал шээс нэмэхэд улаан өнгөтэй болох ба 5 мл хлорформ нэмээд сэгсрэн тавихад хлорформд ууссан стерко ба уробилиноген хуруу шилний доод хэсэгт ялгаран улаан өнгө илэрнэ. Улаан өнгө дээд хэсэгт илрэх нь порфобилиноген юм. Энэ сорил янз бүрийн порфириныг ялгана.

Элэгний хэлбэрийг элэгнээс биопси авч кварцын гэрэлд юмуу туйсанд барихад улаан ягаан өнгөтэй болдгоор онош тогтоож болно. Арьсны хэлбэрийн үед хумс хөндийрөн нүүж унаж болдог. Порфирин өвчний үед цусны ийлдэс, шээсийг нь наранд тавихад ягаан улаан өнгөтэй болдог байна. Өвчтөн өвлийн цагт нартай өдөр цасан дээр шээхэд тод улаан ягаан өнгө үүсдэг байна.

#### Эмчилгээ:

1. Сэтгэл мэдрэлийн талаар тайван байлгах, химийн бодисын нөлөөнөөс хамгаалах, өвчтэй эрхтэн арьс, элэг зэргийг механик цочрол, хими, эмийн хорт нөлөөнөөс хамгаалах, төв мэдрэлийн системийг тайвшруулах, нойрыг уртасгах, (нойрны эмгүйгээр) барьбитурат бол энэ өвчнийг үүсгэх нэг шалтгаан тул хэрэглэхгүй, рефлексийн буюу цахилгаан нойрсуулалтыг хийх хэрэгтэй. Химийн цочрол өгөх бодис хэрэглэж болохгүй.

2. Эмийн эмчилгээнээс элэгний бэлдмэлүүд (сирепар, комполон, репазон) витамин эмчилгээ хийнэ. Харшлын эсрэг эм, мэдрэлийн хориг эмүүдээс хэрэглэнэ. АКГГ кортикостероидуудаас хэрэглэнэ. Өвдөлт ихтэй үед өвчин намдаах эм хэрэглэнэ. Цус авч, сэлбэж эмчлэх нь сайн үр дүнтэй ба үгдрэл, дахилтыг 3—5 жил, зарим өвчтөнд 10 жилээр ч бууруулж байна.

Цус авч эмчлэх арга нь өвчтөн хэвтсэний дараагийн 7 хоногт 500,0, хоёрдугаар долоо хоногт 500,0, гуравдугаар долоо хоногт 500,0, дөрөвдүгээр долоо хоногт 500,0, эхний сард бүгд 2000,0, дараагийн сард хоёр долоо хоногт 500,0, дөрөвдүгээр долоо хоногт 500,0, амбулаториор бүгд 1000,0, дараагийн 3-р сард эцэст нь 500,0 цус тус тус авах аргаар эмчилж бүгд 3500,0 цусыг авснаар нарны гэрэлд нэрвэгдсэн гемоглобин өөрчлөгдсөн эритроцитуудыг сольдог. Энэ нь сайн үр дүнтэй. Мөн өвчтөний байдлаас болж дахих юмуу цус багасах шинж илэрвэл цус сэлбэнэ,

#### СЭРГИЙЛЭХ АРГУУД:

1. Порфирины өвчин нь этил бүхий бензины нөлөөнөөс үүсдэг тул түүнийг амаар сорох, хамаагүй асгаж ууршуулахаас болгоомжлох хэрэгтэй. Энэ нь жолооч, техникийн мэргэжлийн хүмүүст их тохиолддог.

2. Архины зүйлийг хэрэглэхгүй байх.

3. Наранд удаан явснаас зарим хүмүүст үүсдэг учир нарны гэрлээс хамгаалж явах нь чухал (цагаан малгай, бээлий өмсөх, тос түрхэх г. м)

4. Хоол унданд хлорфил багатай ногооны зүйл цагаан идээ, витамин их хэрэглэх нь чухал.

5. Мах болон хүчил багатай хоол унд хэрэглэх нь энэ өвчнөөс сэргийлэх нэг гол арга юм.

Их эмч Г. ГЭНДЭНЖАМЦ

Д. ЛУНТАН

## БАГА НАСНЫ ХҮҮХДИЙН ЦОЧМОГ БРОНХИТЫН ЭМЧИЛГЭЭ

### ЭХ НЯЛХСЫГ ХАМГААЛАХ ЭРДЭМ ШИНЖИЛГЭЭНИЙ ХҮРЭЭЛЭН

Одоогийн байдлаар манай хот хөдөөгийн эмч нарын практик ажиллагаанд амьсгалын замын өвөрмөц бус цочмог үрэвслийн шинж тэмдгийг дутуу үнэлэх, оношлогооны шалгуурыг бүрэн сайн эзэмшээгүйн улмаас онош болоод эмчилгээнд ихээхэн дутагдал оршиж байна.

Энэ байдлыг арилган амьсгалын замын цочмог өвчний шинэ ангиллын дагуу зөв оношлох, эмчлэх, илэрч буй хам шинжийн дагуу оновчтой шуурхай арга хэмжээ авахад голлон анхаарах хэрэгтэй.

Бага насны хүүхдийн амьсгалын эрхтэний өвөрмөц бус цочмог халдварын шалтгаан ихэнхдээ вирусн халдварын гаралтай учраас хүнд явцтай, хүндрэл ихтэй байдаг. Вирусн хоруу чанараас өвчний хэлбэр, эмнэлзүй, өвчний явц, хүндрэлийн байдал, эмчилгээ шалтгаална. Архаг халдвар (хамар, хоолойн) уул өвчнийг үүсгэх буюу үрэвсэлт процессыг даамжруулдаг.

Бронхитын энгийн хэлбэрийн үед хамар залгиурын архаг үрэвслийн эсрэг эмчилгээ хийхийн хамт гуурсан хоолойн салст бүрхэвчийн үрэвслийг намдаах, бронхын агшилтыг багасгах, шүүрэл салсыг ба хаванг бууруулах, хүчтэй ханиалгыг намдаах зорилгоор шинж тэмдгийн эмчилгээ-цэр шингэлэх ба зайлуулах, тайвшруулах, ханиалгыг багасгах кальцийн бэлдмэл, салицилат, аскорбины хүчил В-групын витамин хэрэглэнэ.

Цэр ялгарахыг сайжруулах ба төвөнх нарийсах үед цэр хуурайшилтаас хамгаалж байрны чийглэгийг 90—100% хүртэл байлгаж утлага хийнэ. Утлаганд ямар эмийн бэлдмэл хэрэглэхийг өвчтөний хувийн онцлог өвчний хэлбэрт тохируулан сонгоно. (4-р зүйлд үз). Түүнчлэн займруулах эмчилгээ (гич, бумба тавих, гичтэй халуун усанд хөлийг нь дүрэх) хийнэ. Хүүхдийн байрлалыг сольж хэвтүүлж байх, өрөө тасалгаандаа цэвэр агаар оруулж байх нь чухал. Хүүхдийг тайван унтуулахын тулд эмчилгээний ванны усны градусыг аажмаар нэмж 38°—40°C хүртэл усанд оруулах, 1%-ийн натри бромын уусмал уулгана. Хуурай ханиаж цэр ховхоргүй байгаа үед цэр ховхлох (алтай, термопис, стеллериафитин, чигатуссин зэрэг) эмийг насны тунгаар зааврын дагуу хэрэглэнэ. Цэр их ялгарч буй тохиолдолд ханиалга намдаах бэлдмэл (ялангуяа кодеины төрлийн) хэрэглэх нь хориотой. Хүчтэй хуурай ханиалгаж байгаа үед өвчтөний шаналгааг хөнгөвчлөхийн тулд үүнийг хязгаартай хэрэглэнэ.

Биений байдал сайжирсан үед 3—4 дахь өдрөөс нь физик эмчилгээ УВЧ, солукс, электрофорез, биений тамир, иллэг, амьсгалын дасгал хийнэ. Эдгээрийн хамт биений эсэргүүцлийг дээшлүүлэх, архаг

халдварыг арилгах, чийрэгжүүлэх болон витамин засал хийнэ. Энгийн бронхитын үед өвчтөнийг гэрт нь хэвтрийн дэглэм сахиулах ба даарч хөрөхөөс болгоомжлон витамин элбэгтэй чанарлаг хоол өгч хүүхдийн асаргаа сувилгаанд голлон анхаарах бөгөөд антибиотик эмчилгээ хэрэглэхгүй. Харин хоёрдогч нянгаар өвчилсөн үед бие султай бага насны хүүхдэд антибиотик хэрэглэж болно.

**Обструктивний бронхит ба бронхиолитийн үед** бронхийн бөглөрөлтийг арилгаж амьсгалын дугагдлаас гаргах эрчимт эмчилгээ чухал. Үүний тулд юуны өмнө

1. Амьсгалын замын цэр салсыг соруулж чөлөөтэй амьсгалах боломжоор хангах. Цэр салсыг соруулах гуурсан хоолойг цэвэрлэх эмчилгээ хийнэ. Энд янз бүрийн арга хэрэглэж болно. Нарийн гуурсаар цахилгаан сорогчоор соруулах, резин баллон ашиглах, хэлний угийг цочроож цэрээр бөөлжүүлэх зэрэг аргуудын аль боломжтойг хэрэглэнэ.

Хүүхдийг түрүүлгээ харуулж цээжин биеийг гүдайлган зөөлөн тогшилт хийж цэр ховхлох заслыг өдөр бүр ялангуяа өглөө хүүхэд сэрсний дараа хийх нь ашигтай. Дернажийн байрлалыг доргилтод (вибрационный массаж) иллэгтэй хослуулах эмчилгээний дасгал зэрэг нь уул өвчний эмчилгээний гол аргын нэг болно.

2. Хамрын амьсгалыг бэйнга чөлөөтэй байлгахын тулд физиологийн уусмалаар цэвэрлэх, 2%—3%-ийн эфедрин болон содын уусмалтай дусаалга, интерферон, 8% аминокaproновийн хүчлийн уусмалыг хамарт өдөрт 2—4 дусаана.

3. Хүчилтөрөгчийн 40%-ийн агаартай хольж чийглэж гуурсаар, амьсгалын аппаратаар өгнө. Хүчилтөрөгчийг 15—20 минутаас доошгүй хугацаатайгаар хоногт 5 — 8 удаа өгөх ба уушги хаванших шинжтэй үед спирттэй холимгоор хүчилтөрөгчөө гүйлгэнэ.

4- Цэрийг шингэлэхийн тулд шүлтлэг, давслаг уусмалаар халуун бүлээн утлага хийх нь ашигтай. Утлага хийхэд цэрийг шингэлж зайлуулахад бие махбодод гаж нөлөө үзүүлдэггүй эмийг сонгож авах нь зүйтэй. Орчин үед утлаганд өргөнөөр хэрэглэж байсан антибиотик, фермент, 0,9 %-ийн хлорт натрийн уусмалыг хэрэглэх явдлыг шүүмжлэлтэй ханддаг болсныг анхаарвал зохино. Харин 0,45 % хлорт натри (гипоточеский) уусмал, 1—2% сод, 8% аминокaproновын хүчлийн уусмал, ацетилцистеин, шүлтлэг радикал давамгайлсан мениралын уусмалаар (брожом) утах нь илүү үр дүнтэй гэж үзэж байна. Цэр их ялгарч байгаа үед бронхийн салстын хэт шүүрлийг багасгах зорилгоор нэрмэл ус 50,0, демидрэл 0,2; витамин С 5% — 2,0 зэргээр утах. Бронхийн агшилт давамгайлж байгаа үед нэрмэл ус 50,0 эуфиллин 0,3; эфедрин 0,2-оор утах, цэр нь өтгөрсөн цэр ховхролт муу үед 0,45%-ийн натри хлоридын уусмал 5—10 мл, брожом буюу содын 2%-ийн 5—10 мл уусмалаар утна. Бронхийн салстын хавагнашил, бронхийн салстын хэт шүүрэл ба агшилт хавсран илэрч байгаа үед дээрх утлагаар салаавчлан утна. Шаардлагатай үед мөгөөрсөн хоолойг дурандаж гуурс тавьж цэвэрлэж болох боловч сүүлийн үед энэ аргыг хэрэглэх нь төдийлөн сайнгүй гэж үзэж байна. Цэр соруулах, цэвэрлэх ажиллагааг эхний үед цаг тутам 30 секундээс илүүгүй хугацаагаар дараа нь давтан 10—15 секундээр гэхмэт соруулах ба хүчилтөрөгчөөр амьсгалуулна. Утлагыг ердийн аргаар ч мөн утлагын аппаратаар ч утаж болох боловч чухам ямар хэмжээтэй гуурсан хоолойн хэсэгт бөглөрсөн зэргээс хамаарч хэрэглэх утлагын аппарат түүний үр дүн ялгаатай байна. Тухайлбал уушгины захын жижиг гуурсан хоолой (бронхиол) бөглөрсөн үед ердийн утлагын аппарат үр дүн муутай бөгөөд эмийн бодисыг гүн хэсэгт хүргэхэд ультр утлагын аппарат (TUR—40, 50, 70) түүнтэй төстэй аппарат сайн үйлчилгээтэй байдгийг анхаарч ялгавартай хандах хэрэгтэй. Шаардлагатай бол утлагыг өдөрт 2—3 удаа давтаж болно.

5. Бронхийн агшилтыг багасгах, хаванг бууруулж, харшил ба салстын хэт шүүрлийг намдаахын тулд эуфиллин, эфедрин, димедрол оролцсон холимгийг тохирсон тунгаар өгнө. 2,4%-ийн эуфиллиныг глюкозтой хамт судсанд таривал түргэн үйлчилнэ. Тунг нэг хүртэлх насны хүүхдэд 1 мл, 1—3 насанд нас тутамд 1 мл-ээр бодож намдогт 3—4 удаа судсанд, дуслаар ч хийж болно. Харин харшил намдаах бэлдмэлүүдийг тун болгоомжтой хэрэглэх хэрэгтэй. Учир нь эдгээр эм нь салст бүрхүүлийг хуурайшуулдаг учир зөвхөн цэр ялгарч байгаа үед хэрэглэх нь зохимжтой.

6. Дааврын бэлдмэл (преднизолон, гидрокортизон бусад) ба тайвшруулах (седуксин, проперидол, ГОМК) эмүүдийг хордлоготой хүнд үед зохих тунгаар тарина. Коллапс, шок, бөөрний дээд булчирхайн дутагдлын шинж илэрсэн үед дааврын бэлдмэлийг судсаар тарьж цөөн хоног хэрэглэж болно.

7. Амьсгал дутмагшин гүнзгийрч хүчил шүлтийн тэнцвэр алдагдаж хүчилжилтийн шинж илрэх үед 4%-ийн сод, 2%-ийн глютамын хүчил судсаар тарина. Мөн кокорбоксилаз, АТФ, витамин С, В бүлгийг хэрэглэнэ.

8. Амьсгал хэт олширсноос шингэнээ алддаг, шингэн алдалтын хордлого хавсарсан үед шингэнийг хоногт 50 мл-ээр биеийн жин тутамд бодож судсанд дуслаар хийх буюу давслаг, чихэр, шүлт агуулсан уусмал (оралит) уулгана. Найрлага нь: глюкоз 20,0; хлорт натри 3,5; хлорт кали 1,5; сод 2,5-ийг 1 литр усанд найруулна. Энэ тохиолдолд шээсний гарцыг анхаарах хэрэгтэй. Шээсний гарц бага, уушги, тархины хавагнашлын шинж илэрвэл хийх шингэний хэмжээг багасгана.

9. Мэдрэл хордлогын үед таталт намдаах, халуун бууруулах, хэт амьсгаадалтын эсрэг, тархи, уушгины хаванг арилгах, микроциркуляцыг сайжруулах хам шинжийн дагуу арга хэмжээг зохих зааврын дагуу өвчтөний биеийн байдал, нас, өвчний онцлог байдалд тохируулан авна. Таталтын үед люминал нас тутамд 0,01-ээр, седуксин нас тутамд 0,1-ээр физиологийн уусмалаар шингэлж судсанд юмуу булчинд тарина. Мөн проперидолыг 0,15—0,2 мл-ыг биеийн жингийн 1 кг тутамд бодож тарина. Хэрэв дээрх эмүүд үр дүн муутай байвал ГОМК 100 мг 1 кг жинд 10% глюкозтой судсанд, дуслаар ч тарьж болно. Эсвэл нугасны ус авна. Хүүхдийг аль болохоор тайван байлгахыг хичээх хэрэгтэй.

Хэт халуурах нь захын, төвийн холимог хэлбэрээр тохиолддог бөгөөд авах арга хэмжээ нь ялгаатай тул юуны өмнө хэт их халуурахын эсрэг эмчилгээ хийх нь чухал. Үүний тулд өвчтөний арьсны ба шулуун гэдэсний халууныг хэмжинэ. Хэвийн тохиолдолд арьсны халуунаас шулуун гэдэсний халуун нь 0,5°C-аас 1 градусаар их байдаг бөгөөд хэт их халуурах үед энэ харьцаа алдагдана. Шулуун гэдэсний ба арьсны халууны зөрөө багасах нь арьсны цусны эргэлт хямарсаны буюу захын судас нарийссанаас болж бие махбодын дулаан дамжуулах процесс алдагдсаныг нотолж байгаа тул үүнийг захын халууралт (цайрах халууралт) гэнэ. Энэ үед захын судсыг өргөсгөх дибазол, эуфиллин, микроциркуляцыг сайжруулах гепарин, эписилон-капроновын хүчил, аминазин гэх мэт эм хэрэглэх буюу спиртийн арчилт хийх арга хэрэглэнэ. Захын гаралтай халууралтын үед механик эрчимт эмчилгээ хийх нь захын судсыг улам агшааж дулаан дамжуулах процессыг алдагдуулж хэт халуурах нь ихэвчлэн улмаар бодисын солилцооны хямралыг даамжруулна. Хэрэв шулуун гэдэсний ба арьсны халууны зөрөө хэвийн хэмжээнээс ихэссэн байвал төвийн гаралтай (улайрах халууралт) гэж үзэж бие махбодын дулаан үүсэх процесс төв мэдрэлийн системийн цочирлоос болж алдагдаж хэвийн хэмжээнээс ихэссэн гэж үзэж дулаан зохицуулгын тэвд үйлчлэх,

аналгин, аминазин, амидоприны уусмалыг тохирох тунгаар тарихаас гадна механик хөргөлтийн аргыг хэрэглэнэ. Тархины хавагнашлыг арилгахын тулд өтгөрүүлсэн сийвэнг 50—30 мл 10%-ийн глүкоз инсулинтэй, манитол (0,5 г-ийг кг биеийн жинд) лазикс (2—3 мг 1 кг) альбумин зэргийг судсанд тарих буюу диакарбыг 1 кг биеийн жинд 5—6 мг-аар бодож уулгана.

10. Зүрхний үйл ажиллагааны цочмог дутагдлын үед зүрхний глюкозидыг хэрэглэнэ. 0,05% строфантины уусмалыг хүүхдийн биеийн 1 кг-д 0,01-ээс 0,015 эсвэл 0,06%-ийн коргликоныг биеийн 1 кг тутамд 0,015—0,02 мл-ээр бодож глүкозын уусмалтай хольж венийн судсанд аажим тарина. Глюкозид хэрэглэж байгаа үед тун ихдэж хордлогод орох, калийн давс дутагдах зэргээс сэргийлж калийн бэлдмэл уулгах буюу панангиныг хоногт биеийн жингийн нэг кг-д 0,5—1 мл уулгах буюу тарина. Судасны цочмог дутагдлын үед цусны хэмжээг тохируулах зорилгоор сийвэн, түүнийг сэрлэх шингэн, альбумин хийсний дараа 10—20%-ийн глүкозыг олон ионт уусмал, мөн рингер, физиологийн уусмал зэргийг хүүхдийн биеийн 1 кг-д 10—15 мл-ээр тооцож венийн судсанд дулаар тарина. Зүрх судасны дутагдал хавсарсан үед артерийн даралтыг ихэсгэж хордлого арилгах, эрдсийн тэнцвэрт байдлыг хангах зорилгоор тайвшруулах хольцыг хэрэглэнэ. Мөн төвийн венийн даралт, артерийн даралт зүрхний агшилтын тоо цусны зуурмаг, эргэлдэх цусны хэмжээний өөрчлөлт зэрэг зүрхний дутагдлыг ялгавартай шислэж эмчлэх нь практикийн ач холбогдолтой.

11. Амьсгал зогсох, түүний хэм алдагдах, амьсгалд туслах булчин хүчтэй оролдож зүрхний цохилт түргэсч тайван бус болох, татах, хөхрөх, ухаан алдах шинж илэрвэл зохиомол амьсгал хийнэ.

12. Цочмог бронхитын үед хам шинжийг зөв оношлож түүний дагуу арга хэмжээ авч чадвал уушгины үрэвсэл үүсээгүй үед 70% хүртэл антибиотикгүй эмчилж болно. [2].

Дараах тохиолдолд антибиотик хэрэглэнэ. Үүнд:

— Хүүхдийн нас бага, биеийн байдал хүнд, уушгины үрэвслээс ялгаж танихад бэрхтэй байвал,

— 3-аас дээш хоног халуурсан, хордлого ихтэй, тархины гипоксийн шинжтэй байвал.

— Уушгины үрэвсэл байгаа нь эргэлзээтэй байвал

— Дутуу төрсөн, ихэр хүүхэд, рисктэй тохиолдолд

— Бие султай, суурь өвчтэй байвал

— Бие махбодод архаг үрэвслийн голомттой байвал

Уушгины үрэвсэлгүй бронхиттой хүүхэд бүрт антибиотик үр ашиггүй хэрэглэдэг буруу практикийг хянан үзэх нь зүйтэй. Илэрч буй эмнэлзүйн шинж, анамнез, цусны ерөнхий шинжилгээ, гэрлийн шинжилгээ, бодит үзлэгээр (тогших, чагнах) илэрч байгаа өөрчлөлтөнд тулгуурлан уушгины үрэвслийг гуурс-мегеерсен хоолойн үрэвслээс ялган оношлох боломжийг сайн ашиглавал зохино.

#### АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Т. Н. Никонова. Пневмония у детей раннего возраста. Алма-Ата „Казахстан“ 1984.

2. В. К. Таточенко, С. В. Рачинский, О. А. Споров. Острые заболевания органов дыхания у детей Москва. 1981.

## МЭДРЭЛИЙН ЭС

Мэдрэлийн эс нь бусад эсийн адил бүрэлдэхүүн хэсэгтэй бөгөөд ген, биохимийн аппарат, бүтэц, зохион байгуулалтаараа өөр ямар ч эстэй адилгүй онцлог шинжтэй.

Хүний уураг тархийг  $10^{11}$  мэдрэлийн эсээс бүтдэг гэж үздэг бол ойролцоогоор манай галактикт мөн төдий тооны од байна гэсэн тооцоолол байдаг.

Зөвхөн мэдрэлийн хоёр эсийг л харьцуулахад бүтэц үйл ажиллагаа нь яг адилгүй байдаг ба тэдгээрийн хэлбэрийг зарим бүтцийн онцлогоор нь гурван хэсэгт хуваадаг. Тэр нь, мэдрэлийн эсийн их бие, богино, урт сэртэнгүүд юм. Мэдрэлийн эс нь бие гүйцсэн амьтдад солигдож өөрчлөгдөхгүй насан туршид нь хадгалагдана. Энэ нь мэдрэлийн эсийн хэсгүүдийг дахин сэргээж байх механизмыг зайлшгүй шаарддаг. Иймд эс нь фермент болон бусад нийлмэл молекулыг нийлэгжүүлэх ба тэр нь зөвхөн эсийн бөөм орчим, мэдрэлийн эсийн их биед явагдана.

Мэдрэлийн эсийн урт сэртэнд цэлцэгнүүр маягийн шингэн-аксоплазм байдаг. Энэ нь мэдрэлийн эсийн их бие түүний урт сэртэнгийн хооронд молекулын хөдөлгөөн хийх гол зам бэлж, уураг болон бусад бүрэлдэхүүн хэсгүүдийг дамжуулдаг. Мэдрэлийн сэрэл богино сэртэнгээр дамжин эсийн их биед очоод урт сэртэнгээр гадагшлах чиглэлээр явна.

Мэдрэлийн эс нь нэгээс нөгөөд синапсаар (эвцэл) мэдээллийг дамжуулдаг. Мэдрэлийн нэг эс нь 1000-аас 100000 хүртэл синапстай байж болох бөгөөд бусад 1000 мэдрэлийн эсээс мэдээллийг дамжуулах чадвартай. Синапсаар мэдээлэл дамжихдаа цахилгаан ба химийн хоёр дохиотой байна.

Нэг эсийн урт сэртэн нөгөө эсийн богино сэртэнд холбогдсон уулзвар газарт синапс үүсгэнэ. Мөн урт сэртэнгүүд, богино сэртэнгүүдийн хооронд, урт сэртэн эсийн их биетэй холбогдох синапс холбоо байдаг.

Синапс нь хоёр хэсгээс тогтоно. Үүнд: Урт сэртэнгийн төгсгөлд орших булцуу хэлбэрийн өргөсөлтэй хэсэг нь синапсийн өмнөх мембранаар тусгаарлагддаг. Нөгөө мэдрэлийн эсийн хүлээн авагч (рецептор) хэсэг нь синапсийн дараах мембранаар зааглагддаг. Энэ хоёр мембраны хооронд 200 ангстрем (сантиметрийг 200 сая хуваасны нэг нь, нэг ангстрем) зай байгааг „синапсийн завсар“ гэнэ. Урт сэртэнгийн төгсгөл дэх булцуу хэлбэрийн зүйлийг „синапсийн цэврүү“ гэх ба 1000 орчим синапсийн цэврүү нэг ийм төгсгөлд оршдог.

Синапсийн цэврүү бүр 10000—100000 медиаторын молекулыг агуулдаг. Медиатор нь мэдрэлийн эсийн цахилгаан байдлыг өөрчилж, сэрэл тархалтыг ихэсгэх, багасгах нөхцөлийг бүрдүүлдэг. Мэдрэлийн сэрэл үүсэхэд урт сэртэнгийн төгсгөлөөс „синапсийн завсарт“ олон тооны медиаторын молекул чөлөөлөгдөн ирдэг.

Медиаторын молекул нь синапсийн завсардах шингэнд орж ирснээр синапсийн дараах мембраны рецептортой харилцан үйлчилдэг. Эдгээр рецептор нь эсийн мембранд живсэн шингэсэн уургийн том молекулууд юм.

Синапсийн дараах мембраны рецепторын уураг нь синапсийн завсарт орж ирсэн медиаторын молекултай зохицдог байна. Иймд синапсийн дамжуулалтыг жолоодоход химийн медиаторууд зохицуулах төв нь болж рецепторын орчин ба ионы суваг хоорондын харилцан үйлчлэлээр гүйцэтгэн, үүсч буй медиаторын потенциалаас ионы шилжилтийн хөдөлгөөний чиглэл хамаарч сэрэл саатал үүснэ.

Энэ бүх тохиолдолд рецептор нь физиологийн өвөрмөц урвалд орж, медиаторын молекулын бүтцээр мэдээлэл дамжуулна. Медиато-

рууд нь үндсэн 2 рецептортой. Түргэн үйлчилдэг рецептор нь мэдээлэл дамжуулахыг нөхцөлдүүлж, эсийн мембраны ионы сүвээр нэвтрэх чанарыг зохицуулдаг. Удаан нь хоёрдогч зохицуулагчийн үүргийг гүйцэтгэдэг. Маш сул дохиогоор медиаторууд рецептортой харилцан үйлчилсний дүнд (цикладенозинмонсфосфат) цАМФ-ийн үүсгэлүүд идэвхжин хүчтэй болдог. Ингэснээр цАМФ нь эсийн биохимийн аппаратад үйлчилж, өгөгдсөн медиаторт физиологийн урвал өгнө. Олонхи медиатор хоёр болон түүнээс дээш рецепторын хэлбэртэй.

Медиаторын молекул нь зөвхөн өөрийн рецептортай холбогдож түргэн идэвхжих шаардлагатай бөгөөд үүгийг хянах системтэй. Синапсийн дараах мембран өөрийн тайвны потенциалаа миллсекундыг хэд хуваасан хугацаанд сэргээдэг. Энэ үед секундэд мэдрэлийн ширхэг хэдэн зуун сэрлийг дамжуулах чадвартай юм.

Синапсийн завсарт зарим медиаторууд ферментүүдийг идэвхгүй болгодог. Жишээ нь: ацетилхолин-ацетилхолинэстраза ферментийг задлахдаа секундэд 25000 медиаторын молекулыг задалдаг.

Синапст норадреналин нь өөр механизмаар идэвхгүй болдог. Мэдрэлийн урт сэртэнгийн төгсгөлөөс ялгарч байгаа норадреналин эргээд энэ төгсгөлдөө шингэдэг. Ингэснээр катехол-о-метилтрансфераза (КОМТ) ба моноаминоксидаз (МАО) ферментийг задалдаг. Эсвэл синапсийн цэврүүнд буцаж ирнэ. Бусад медиаторууд-дофамин, серотонин ба ГАМК зэрэгт зориулагдан сүүлийн механизм нь буцаж цуглардаг. Ферментийг задлаад буцах нь медиаторын мелукулын нэлээд хэдэн эргэлтийн турш хадгалагдан ялгарна.

Сүүн тэжээлтний мэдрэхүйн системийг судалж үзсэн Д. Хьюбел, Т. Визель нарын бичсэнээр зэргэлдээ мэдрэлийн эсийн хооронд санаанд орохооргүй чухал ялгаа гарсан байна. Энэ баримттай холбоотой мэдрэлийн эс нь бие биеэсээ хамаарахгүй, биеэ даасан шинжтэй юу, эс хоорондын синапс холбоо нь өөр эсэд давтагдахгүй юу гэсэн асуудал зүй ёсоор тавигдана.

Физиологч нар сээр нуруугүй амьтны тодорхой [эсүүдтэй харьцуулан судалж үнэхээр мэдрэлийн эс нь ямагт нэг янзын, мөн нэг хэлбэрээр бусад эстэй холбоо үүсгэдэг болох нь тодорчээ. Энэ нь зөвхөн эс хоорондын холбоонд байгаа онцлог төдийгүй, сэрэл саатлын ажиллагаанд мэдрэлийн нэг эс нөгөөгөөсөө ялгагдах "тэмдэг" нь болж байна.

Энэ асуудлыг ул суурьтай судлах нь мэдрэлийн эсүүдийн "ялгах тэмдэг" нь химийн ямар процесст болж байгааг тогтооно. Энэ нь их бэрхшээлтэй асуудал юм.

Гэвч энэ талаар 60-аад оны үед багагүй амжилт олсон байна. Энэ нь тархины эдийг сахарозын уусмалд хийж нэг төрлийн бодис гаргаж задлан "тусгаарласан мэдрэлийн эсийг" гаргасан нь нейрхимичдэд синапсийн дамжуулах механизмыг хуруун шилэнд судлах боломжийг нээжээ. Тэдний нотолсноор медиатор нь тархины бүх эдэд нэвчин тархахгүй. Харин хязгаарлагдсан төв замуудад байрладаг гэжээ.

Медиаторууд нь тархины эсэд хуваарилагдахдаа мэдрэлийн эсийн онцлог хэсгүүдэд байрлан, тархины дээд төрөлжсөн хэсгүүдтэй урт сэртэнгүүдээр дамжин холбогддог. Одоогоор медиаторын төрлийн 30 орчим бодис мэдэгдээд байна.

Бүх медиатор нь нэг амингруппээс бүрддэг моноаминууд гэж нэрлэгдэх-норадреналин, дофамин, серотонин зэрэг нь нэлээд судлагдсан медиатор юм. Дээрх медиаторуудад формальдегид буюу глиоксильн хүчлээр үйлчлэхэд тэдгээр нь задрахдаа флуоресценц (гэрэлтэх үзэгдэл) ногоон буюу шар өнгийг өгч байв. Энэ ажиглалтаар тархины багана хэсэгт норадреналины эсийн хуримтлал их байгааг тодорхойлсон.



Энэ медиаторыг агуулсан мэдрэлийн эсийн урт сэртэнгүүд өмнөд тархи, гипоталамусын янз бүрийн хэсэгт их салаалжээ.

Сэргэлэн цовоо байдал, нойрсох, сэтгэл хөдлөл зэргийг мэдрэлийн эсийн норадреналин зохицуулдаг. Мэдрэлийн эсийн моноаминдофамины бүрэлдэхүүнтэй бүлэг эс, дунд тархинд хуримтлагдсаныг тогтоожээ. Сэтгэл хөдлөлийн урвалыг зохицуулахад хуралдсан бүлэг эсээс урт сэртэнгээр дофамин илгээгддэг. Дофамины өөр ширхгүүд стриатумын орчимд төгсдөг. Энд дофамин нийлмэл хөдөлгөөнийг зохицуулахад гол үүрэг гүйцэтгэдэг байна.

Энэ хэсгийн дофамины ширхэгт өөрчлөлт ороход шилэн хүзүүний булчин татах, салгалах зэрэг паркинсоны өвчний тодорхой шинжүүд илэрдэг. Сүүлийн үеийн мэдээгээр шизофрени өвчин нь дофамины илүүдэл хуримтлалаас буюу тархины тодорхой хэсэгт медиаторын хэтэрсэн урвалж чанар үүссэнээс болж байна гэжээ. Өөр нэг медиатор болох моноамин серотонин нь тархины багана хэсэгт хуралддагийг тодорхойлжээ.

Серотониныг агуулсан мэдрэлийн эсийн энэ төв нь гипоталамус, таламус болон бусад олон хэсэгтэй холбогдон дулаан зохицуулах, ойлгон мэдрэх, нойрсох зэрэгт оролцдог. Жишээ нь:

Глутамин ба аспаргин ихэнх мэдрэлийн эсэд сэрлийн үйлчилгээ үзүүлж байхад глицин нь нугасанд саатуулах медиатор болдог. Гэтэл уургийн бүрэлдэхүүнд ордоггүй ГАМК (гамма-амин-маслын хүчил) нь тархины эсийн хоорондох сэрлийн процессыг саатуулснаар тайвшруулах нөлөө үзүүлдэг медиаторын үүргийг гүйцэтгэнэ. Тооцоолсон баримтаас үзэхэд тархины гуравдагч синапс бүр ГАМК-медиаторыг хэрэглэдэг байна.

ГАМК-медиатороос химийн нэг группээр ялгагддаг глутамины хүчил сэргээх нөлөө үзүүлж байгаа нь медиаторуудын молекул бүтцийн энэ ялимгүй ялгаа маш олон янзын физиологийн үйлийг нөхцөлдүүлж болохыг харуулж байна. Нейрохимичид янз бүрийн медиатор тархины эсүүдэд хуваарилагдах молекулын бүтцийг тайлбарлаад зогсохгүй, синапсийн дамжуулалтанд оролцдог биохимийн процессын дүнд чухам юу үүсч буйг тогтооход их амжилт олж байна.

Олонх нейробиологуудын үзэж байгаагаар хүн бүрийн мэдрэх, бодох, санах чадварыг мэдрэлийн эсүүд холбогддог синапсийн торлосон холбооны нарийн зохион байгуулалттай ажиллагаагаар тайлбарлах болов.

Орчин үед нейробиологийн шинжлэх ухааны (нейроанатом, нейрофизиолог, нейрохими, нейропсихолог) салбарууд нь мэдрэлийн эсийн нарийн бүтэц, үйл ажиллагааг улам гүнзгийрүүлэн тодруулсаар байна.

Эрдэм шинжилгээний ажилтан Б. БОЛДСАЙХАН

#### АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. П. Г. Костюк, О. А. Крышталь. Механизмы электрической возбудимости нервной клетки. М. 1981.
2. Д. Жюбел, Ч. Стигенс и др. Мозг. М. 1982.
3. Д. Ж. Шаде, Д. Форд. Основы неврологии М. 1976.

## ПАНКИПСИНЫГ НАЙРУУЛАН БЭЛТГЭХ, ХЭРЭГЛЭХ

Мах комбинатын Энзимологи, микробиологийн үйлдвэрлэл туршлага шинжилгээний төвийн үйлдвэрлэсэн „ПАНКИПСИН“ нь түлэнхий, идээт шархыг анагаах зориулалттай фермент юм. Харин маш бага тунгаар хэрэглэдэг.

Гэтэл үйлдвэрээс эмчилгээний 100—200 тунг нэг шилэнд савласан нь практикт нэг удаа хэрэглэхэд ферментийн ариун чанар алдагдаж улмаар хорогдол үрэгдэл гарах явдал их байна. Ийм учраас панкипсиныг эмийн сан, эмнэлэг урьдчилан сэргийлэх байгууллага бүрт эмчилгээнд бүрэн хэрэглэж чадахгүй байна.

Ийнхүү панкипсины жорыг найруулан бэлтгэх, хэрэглэх аргачлалыг гаргав.

### НЭГ. Үнэ, савлах

Нэг шил панкипсин нь 5 грамм бөгөөд 810 төгрөгийн үнэтэй. ЗХУ-д үйлдвэрлэсэн трипсин, химеотрипсин 5 грамм нь 2000 төгрөг бөгөөд манай үйлдвэрийн панкипсин нь 2,4 дахин хямд байна. Тодруулбал ЗХУ-ын 10 мг химеотрипсин 4 төгрөгийн үнэтэй байхад панкипсин 10 мг нь 1 төгрөг 62 мөнгө байна.

Энэ нь үнэ ихтэй гэдэг дутмаг ойлголтын буруу болохыг нотолж байгаа юм.

Эмийн санд 5 грамм панкипсиныг эмчилгээний тунд шилжүүлэхдээ дараах журмыг баримтлана. Үүнд:

1. 100—200 ширхэг пенициллиний шил, бөглөөг шил угаах технологийн дагуу угааж, хатаах шүүгээнд хуурай болтол ариутгаж хатаана. Хэрэв шилний дотор талд чийгтэй байвал панкипсин нь бөөгнөрч улмаар чанараа алдана.

2. Дараа нь тарилгын уусмал бэлтгэх өрөөнд буюу асептик нөхцөлд 25—50 мг-аар (0,025 0,05) тугнан 100—200 ширхэг ариутгасан пенициллиний хуурай шилэнд савлана. Шилний амыг пергаментын цаасар даруулж бооно.

3. Савласан панкипсины сигнатурт тухайн савласан панкипсины серийн дугаар, хадгалах хугацаа, тун савласан сар өдөр, савласан найруулагчийн хувийн дугаар зэргийг бичиж хөргөгчийн хамгийн доод хэсэгт хадгална.

Панкипсиныг эмчилгээний нэг удаагийн тунгаар савласнаар ферментийн ариун чанар алдагдах, хорогдол гарахгүй байх сайн талтай юм.

### ХОЁР. Хэрэглэх арга.

ЗХУ-д трипсин, химеотрипсиныг гадуур буюу судсаар тарьж хэрэглэхээр үйлдвэрлэдэг. Манай үйлдвэрийн панкипсин нь зөвхөн гадуур хэрэглэхэд зориулагдсан байдгийг анхаарах хэрэгтэй.

Панкипсиныг цацах, угаах, утах зэрэг 3 аргаар хэрэглэнэ.

1. Цацаж хэрэглэх. Нэг удаагийн тун нь 10. 25, 50 мг (0.01 0,025 0.05) бөгөөд энэ нь шархны идээ, үхжлийн их, бага байгаагаас шалтгаална. Хуурайгаар цацахын өмнө шархыг цэвэрлээд панкипсиныг жигд маш нимгэн цацна. Хэрэв шилэндээ бөөгнөрсөн байвал ариутгасан марль дээр цацаж няцлан сайтар нунтаг болгосны дараа шархандаа цацах буюу эм бүхий марлиа тавьж бооно.

2. Угаах хэрэглэхэд 25—50 мг панкипсиныг 0.9%-ын натрийн хлоридын ариун уусмалд уусгаад гуурсаар шприцын тусламжтайгаар угаах ба эсвэл ариутгасан тампонд шингээгээд шархны гүн хэсэгт чихээс хийнэ. Чихээс хийхийн өмнө уг уусмалаар шархыг хэд дахин угаана. Харин угаах уусмалын эзлэхүүн нь шархны идээний их, багаас шалтгаалан 10—100 мл хүртэл янз бүр байна.

3. Уталганд хэрэглэх панкипсиныг 10 мл 0.9%-ийн натрийн хлоридын уусмалд уусгана. Уг уусмалыг уушгины цагаан мөгөөрсөн хоолойг дурандах дуран, уталгын аппаратын тусламжтайгаар утна.

Энэ аргаар өггөн цэрийг шингэрүүлэх, ховхлох зорилгоор мэс заслын дараа сэхээн амьдруулах практикт хэрэглэхэд тохиромжтой.

### ГУРАВ. Жорыг найруулан бэлтгэх технологи

Панкипсиныг уусмал, нунтаг, тосон түрхэц хэлбэрээр хэрэглэнэ. Эдгээр хэлбэрийн жорыг бичих журам, найруулан бэлтгэх технологийг тус бүрээр нь тайлбарлая.

ЖОР №1 <i>Pancypsi</i>	0,05
<i>Anaesthesini</i>	1,0
<i>ol. Yaselini</i>	3,0
<i>Janolini</i>	6,5
<i>Aquae destill</i>	10,0
<i>M. f. Ing.</i>	

*S* түлэнхий, идээт шарханд өдөрт 1 удаа түрхэж хэрэглэнэ.

Энзимологи, микробиологийн үйлдвэрлэл шинжилгээний институтээс гаргасан зааварт панкипсины тун, найруулан бэлтгэх технологийг буруу тооцсоныг энэ жоронд залруулан гаргав.

Эхлээд анестезин 1 граммыг хэмжиж аваад ууранд хийж нунтаглаад дээр нь 3 грамм шингэн вазелиныг бага багаар хийж анестезиныг уустал нухна. Мөн 50 мг панкипсиныг 5 мл усанд уусгана. Уусгах үед хөөсрөх ба шилэн савхаар уустал нь хутгана. Дараа нь 6,5 грамм ланолиныг өөр нэгэн ууранд хийж панкипсин уусгасан уусмалаас бага багаар хийж хутгуураар нэг тийш нь эргүүлэн хутгаж ланолины суурийг гаргаж авна.

Ланолины суурь дээр анестезин уусгасан шингэн тосыг бага багаар хийж нэг төрлийн болтол хутгана. Хамгийн сүүлд үлдсэн 5 мл нэрмэл усаар панкипсин уусгасан цилиндрээ зайлж зайлсан нэрмэл усыг бага багаар шингэтэл нь нэг тийш нь хутгана. Үүний эцэст шаргал өнгийн өтгөвтөр тосон түрхэц үүснэ.

Хүрэн өнгийн шилэн банканд буюу пергаментын цаасанд боож олгоно. Тосон түрхцийг сэрүүн газар юм уу хөргөгчид хадгална. Тосон түрхцийг өдөр бүр дахин давтан хэрэглэхийн өмнө шархыг сайтар цэвэрлэсэн байх хэрэгтэй. Энэ тосон түрхэц нь нунтаг, уусмал байдлаар хэрэглэснээс илүү үр дүнтэй бөгөөд удаан хугацаагаар хадгалах, хэрэглэхэд чанараа алдахгүй байна.

ЖОР №2 *Ing Pancypsi*  
0,25%—100,0

*S.* Идээт шарханд түрхэж хэрэглэнэ.

Үүнд ланолин, нэрмэл ус тус бүрийг тэнцүү хэмжээгээр авч (ланолин 50 мг, нэрмэл ус 50 мл) жор №1-ийн найруулан бэлтгэх технологийг баримтлана. Харин зуурамтгай чанарыг багасгахын тулд шингэн вазелин, загасан тосны аль нэгнээс бага зэргийг хийнэ.

ЖОР №3 *Sol Natrii chloridi*

0,9%—10,0

*Pancypsi* 0,025 (0,05)

*S.* Хамрын хөндийн идээт үрэвсэл-ясны идээт үрэвсэл, өтгөрсөн ногоон цэрийг ховхлох, шингэлэх зэрэгт өдөрт 1 удаа угааж хэрэглэнэ.

Жорыг бэлтгэхдээ натрийн хлоридын 0,9%-ын 10 мл уусмалд панкипсиныг уусгана. Уусмалыг шүүхгүй, сэрүүн газар хадгална. Уусмал нь цэхэр өнгөтэй байх бөгөөд хэрэглэхийн өмнө зайлна. Фермент нь усан уусмалд тогтвор муутай, чанараа амархан алддаг учир 3 хоногос илүү хугацаагаар хадгалахыг хориглоно.

ЖОР №4 *Pancypsi* 0,025 (0,05)

*D. t. d. N5 fl*

*S.* Идээт шарханд цацаж хэрэглэнэ.

Уг жорыг асептик нөхцөлд урьдчилан савласнаас шууд бэлнээр олгоно. Уг жорыг уусмалаар хэрэглэх шаардлага тохиолдвол хамрын хөндий, нулимсны цорго угаахад 0,9%-ын натрийн хлоридын 10 мл уусмал хийж уусгаад хэрэглэж болно. Харин ил шарханд хэрэглэх бол 0,9%-ын натрийн хлоридын ариун уусмалаар найруулах нь зүйтэй.

Панкипсины жорыг дээр дурдсан байдлаар бичихээс гадна өвчтөнд антибиотикийн мэдрэг чанарыг тодорхойлсны дараа мэдрэмтгий антибиотикийн хамт хэрэглэх нь үр дүнтэй байна. Иймд эмч нар жорыг өөрчлөн бичиж болох бөгөөд панкипсины тун, орцын хэмжээг тооцож бичихээ мартуузай!

#### ДӨРӨВ. Хэрэглэх үед анхаарах зүйл

1. Зөвхөн гадуур хэрэглэнэ.
2. Хэвлийн хөндийн гүн шарханд хэрэглэхэд тохиромжгүй.
3. Хэрэглэхийн өмнө шархыг сайтар цэвэрлэх шаардлагатай.
4. Цусны судсанд ойролцоо шарханд хэрэглэж болохгүй.
5. Панкипсин нь онцгой наалдамтгай учир цацаж хэрэглэхэд бөөн бөөнөөр унаж шархнаас цус алдах, түлэх зэрэг хүндрэл өгч болно. Иймд энэ үед маш болоомжтой хэрэглэх хэрэгтэй.
6. Панкипсиныг хэрэглэж байх үед бага зэрэг цус гарах, хорсох, улайх зэрэг шинж илрэх бөгөөд тун хэтэрвэл дээрх гаж нөлөөнүүд нэмэгдэж болно. Энэ үед хэрэглэхийг зогсоох буюу тунг багасгах хэрэгтэй.

Эм зүйч Б. НИНА

## УРГИЙН УСНЫ ЭМБОЛИ

Эх барихын практикт өвчтөнийг шокод оруулдаг нэн аюултай шалтгааны нэг нь ургийн усны эмболи юм. Энэ өвчний тухай анх 1926 онд Меуеч бичжээ. Залуу эмэгтэй төрөхийн улмаас гэнэт нас барж задлан шинжилгээ хийхэд уушгины судаснаас ургийн гаралтай органик бодис олджээ. 1947 онд Steiner, Lushbansh нар ургийн усны эмболи болж эндсэн 8 эхийн тухай тодорхой бичээд, энэ өвчнийг бие даасан өвчин хэмээн үзжээ. Уг өвчин маш ховор буюу 1400—3700 төрөлтөнд 1 удаа тохиолдоно.

Ургийн усны эмболи өвчин маш цочмог эхлэнэ. Ихэвчлэн төрөлтийн I, II үед олон тохиолдох бөгөөд харин төрөлтийн III үе, төрсний дараах үед ховор тохиолдоно. Ургийн ус эхийн цусанд орж судас бөглөрөхөд дараах шинж тэмдэг илэрнэ. Үүнд: даарсан мэт чичирч дагжих, хүчтэй хөлрөх, нэн цочромтгой болох, ханиах, бөөлжих, татах гэх мэт шинж эхлэн мэдэгдэнэ. Дараа нь өвчний үндсэн шинж болох өвчүүний цаана хүчтэй өвдөх, арьс хөхрөх, зүрх судасны цочмог дугагдал үүсэх, цус алдах, ухаан алдах гэх мэт шинж илэрнэ. Төвийн венийн даралт хэт ихсэж, зүрхний баруун хэсэгт цусны зогсонги байдал үүссэнээр *cor pulmonale*-гийн шинж тэмдэг илэрч хүзүүний венийн судсууд чинэрч, цусны бага эргэлтэд зогсонги үүснэ. Эдгээр шинж нь уушгины артерийн судас ургийн усаар бөглөрч улмаар уушгины гаралтай даралт ихсэх, цочмог *cor pulmonale* ба зүрхний баруун ховдлын дугагдалд орсныг гэрчилнэ. Зүрхний зүүн ховдолд орох цусны хэмжээ хомсдсоноос минутын эзлэхүүн багасаж шок үүснэ.

Хэрэв шокийг өвчтөн давж чадвал дараагийн 30 минут, зарим тохиолдолд 8—9 цагийн дараа цус бүлэгнэлтийн хямрал гарна. Энэ өөрчлөлт ихэвчлэн умайн хөндийг чөлөөлж, цэвэрлэсний дараа умайн

агшилтын судралтай хосолж гардаг, Ургийн усны эмболи өвчний энэ шатанд буйлнаас болон зүү хатгасан газраас цус гоожихыг чацуу биенд цус хуралтын толбууд үүснэ.

Нэлээд тохиолдолд зүрхний хэм алдагдах, цус алдалтын шокоос өвчтөн 2—4 цагийн дотор нас барна.

Ийнхүү ургийн эмболийн үед судсуудад цус түгээмлээр бүлэгнэхийн механизм нь зүрх судасны дутагдал, хүчилтөрөгчийн дутмагшил, гемостазын тогтолцоонд ургийн усны тромбопластин нөлөөлсөнтэй холбоотой.

Энэ үед цус бүлэгнэлтийн хүчин зүйлс, эсүүдийн идэвхжил хурдсан их хэмжээний тромбин богино хугацаанд үүсэж фибриноген фибринд шилжинэ. Ингэж амин чухал эрхтэнүүдийн цусны фибринжих процесс нь хүчилтөрөгчийн дутмагшил, шокийн байдлыг улам гүнзгийрүүлнэ. Фибрин-фибриногенийг саармагжуулах бүтээгдэхүүний концентрац ихсэх нь фибриний нөж олшрох дарааллыг алдагдуулж тромбоцитийн агрегацлах-(наалдах) чадавхийг бууруулна. Судсанд тромбоцит агрегацлах нь багасах, тромбоцитопати болох нь цус архаг эмзэгшил үүсэх нэн хүчтэй хүчин зүйлс мөн. Ил шарханд цус бүлэгнэх, коагулопати, тромбоцитопати үүсэх нь цус алдах, шокт орох өвчтөнг үхэлд хүргэх шалтгаан юм.

Маш нарийвчилсан аутопсийн шинжилгээгээр ургийн ус эхийн цусны урсгалд орсон замыг тогтооно. Ихэнх тохиолдолд эхэс ургийн ус нэвтрэх үүд хаалга болно. Ийм тохиолдолд умай урагдах, эхэс түрүүдэх, урьтаж ховхрох, заримдаа кесарев огтлолын үед гарч болно. Ургийн ус эрт гарах болон төрөх хүч хямарсан үед умайн хүзүүний сувгийн венийн судасны бүтэн байдал өөрчлөгдөх нь эмболи үүсэх хүчин зүйлс болдог. Сав хэт хүчтэй базлах, окситоцины төрлийн эмээр төрөлтийг сэдээх, ургийн усанд зунгаг гарах, амниоцентез, ихэр ураг тээсэн, ураг эхийн хэвлийд эндэх зэрэг нь ургийн усаар бөглөрөхөд хүргэж болох хүчин зүйл юм.

Ургийн усаар бөглөрөх хүндрэлийг умай урагдах, уушгины артерийн тромбоэмболи, манас таталт, ихэс урьтаж ховхрох, цус их алдсанаас үүсэх шок, Мендельсоны хам шинж, зүрхний бүлчингийн шигдээс, үжлийн, гаралтай шок, эмийн харшил, тос, хийн эмболи зэргээс ялгаж оношлоно.

Гагцхүү өвчний эмнэл зүйг нягтлан судалж, эмгэг-физиологийн өөрчлөлтөнд бодит үнэлгээ өгсний үндсэн дээр уг өвчинг оношлоно. Чээжийг гэрлээр шинжлэх, гемостазийн тогтолцооны өөрчлөлтөнд динамик үнэлгээ зайлшгүй өгнө.

Ургийн ус нь эмболийн үед туслах чанарын шинжилгээ, эрчимт эмчилгээг үр дүнтэй болгохын гол сурвалж бол гемостазийн тогтолцоог шинжлэх арга юм.

Ургийн усны эмболийн эмнэл зүйн эхний шинж илрэх мөчид гемостазийн тогтолцоог нарийвчлан шинжилж, гиперкоагуляци, тромбоцитын гиперагергаци, цус түгээмлээр бүлэгнэх хам шинжийн нэгдүгээр үеийг илрүүлж болно. Цусны бүлэгнэлтийн хугацааг Ли-Уайтын аргаар тодорхойлоход эсвэл богиноссон (5 минутаас бага) эсвэл нормдоо (5-10 минут), фибриногены төвшин (цусны бүлэгнэлтийн үндсэн субстрат) нэлээд ихэссэн (450мг %-иас их), тромбопластины хугацааны идэвхижил богиносох (25 секундээс бага) буюу VII ба XIII хүчин зүйлээс бусад цусны бүлэгнэлтийн үндсэн хүчин зүйлсийн байдлыг харуулна. Энэ үед чанарын сорилт тухайлбал этанол, протамин сульфатын сорил зэрэг гарах нь цус түгээмлээр бүлэгнэхийн хам шинж үүсч байгааг илтгэнэ.

Нэгэн зэрэг фибрин-фибриногенийг саармагжуулах бүтээгдэхүүний хэмжээ ихэснэ.

Ургийн усны эмболийн эхний шатанд антитромбин III эрс багасаж харин тромбоцитын урвал үүсгэх чанар ихэснэ. Тромбоэластограммд гиперкоагуляцийн шинж илэрнэ. Энэ үед цус судсуудад түгээмлээр бүлэгнэх хам шинж маш цочмог илрэх учраас нэгдүгээр шатанд тэр бүр танин оношлох боломж багатай.

Цус харвах эмзэгшлийн эмнэл зүйн шинж илрэхээс өмнө коллапс шок болон эдгээрийг (коллапс, шок) таслан зогсоосны дараах тодорхой хугацаанд хэрэглээний коагулопати, тромбоцитопатитай холбоотойгоор гемостазын тогтолцоонд гиокоагуляцийн үзэгдлүүд гарна. Ийнхүү ургийн усны эмболийн үеийн гипокоагуляцийн шинж тэмдэг нь фибриногенеми, тромбоцитопени, тромбопластины хугацааны идэвхжил уртсах, мөн цусны бүлэгнэлтийн хугацаа удаашрах байдлаар илрэнэ. Энэ бүхэн цусны бүлэгнэлтийн ийлдэсний хүчин зүйлс, эсийн доторхи бичил нөж их хэмжээгээр хэрэгцээнд зарцуулагдсантай холбоотой юм. Ийм тохиолдолд тромбоэластограммд хронометрийн болон бүтцийн гипокоагуляцийн шинж тод гарна. Ийм нөхцөлд Равугийн аргаар „шилжүүлэх сорил“ хийхэд тромбоэластографт хэрэглээний коагулопатиыг тогтоож болно.

Цус бүлэгнэлтийн ийлдэсний бүтцийн өөрчлөлтийн сацуу гемостазийн тогтолцооны тромбоцит ба эсийн хэсэгт эмгэг буй болно. Далд хэлбэрийн гиперкоагуляци гиперагрегацийн үед эмчилгээнд гепарин, антиагрегант хэрэглэж болно.

Хэрэглээний коагулопати, „тромбоцитопати“-ийн шатанд антитромбин III, плазминоген хэмжээ эрс багадаж, фибрин-фибриногенийг саармагжуулах бүтээгдэхүүн (нормдоо 2 мкг) мл хүртэл байдаг бол 300 мкг (мл түүнээс дээш) хэмжээ нэн ихэснэ. Энэ бүхэн нь нэн их хэмжээний бичил бүлэгнэлт явагдаж, бичил эргэлт блокаданд орон амин чухал эрхтэнүүдэд гэмтэл үүссэнийг гэрчилнэ.

Орчин үед фибрин-фибриногенийг саармагжуулах бүтээгдэхүүн умайн агшихад дарангуйлах үйлчилгээ үзүүлдэг болох нь хөдөлбөргүй нотлогджээ. Энэ нь судсуудад цус түгээмлээр бүлэгнэх, умайн агшилт сулрах хоёр хоорондоо холбоотойг гэрчилж байна.

Ургийн усны эмболитой өвчтөнд хэрэглээний тромбоцитопати болон коагуляпати үүсэхээс өмнө цус түгээмлээр бүлэгнэх хам шинжийн эмнэл зүй улам гүнзгийрч цус харвах эмзэгшилд хүргэнэ. Ийнхүү ургийн усаар бөглөрөх үед цус алдах, цус гоожих нь цус түгээмлээр бүлэгнэх хам шинжтэй нягт уялдсан байдаг.

Гемостазийн тогтолцоо нь фибрин уусгах хэсгийн эрс идэвхжил нь их хэмжээтэй цус алдах, түгээмлээр цус харвахын шалтгаан болно. Энэ үед фибриний нөжөөс гадна эргэлтэнд байгаа цусны бүлэгнэлтийн хүчин зүйлс задарч уусна.

Ийнхүү ургийн усаар бөглөрөхөд гемостазийн тогтолцоонд тодорхой өөрчлөлт гарах буюу тромбо уусалтын дэс дараалсан байдал үүснэ. Үүнд: Нэгдүгээр шатанд цус түгээмлээр бүлэгнэх хам шинжийн гиперкоагуляци, гиперагрегаци, II шатанд хэрэглээний коагулопати-тромбоцитопати, заримдаа III шатанд СЦТБ-ийн хам шинжийн гиперфибринолиз болох өөрчлөлт тус тус гарна.

Ургийн усны эмболийн СЦТБ-ийн хам шинжийн I шатанд их хэмжээний тромбо үүснэ. Харин II ба III шатанд бичил эргэлт дэх фибриний бүлэгнэлт, тромбоцитын агрегацийн зэрэгцээ цус алдах, цус харвах шинж илэрнэ. Ийм нөхцөлд юуны өмнө эмчилгээг эрт эхэлснээс эмчилгээний үр дүн хамаарна. Өвчтөний бие махбодын үйл

ажиллагааны мониторинг хяналт, эмнэл зүй-лабораторийн шинжилгээний үзүүлэлтүүдэд үндэслэн эмчилгээг хийнэ.

Өвчтөний мониторинг хяналтын үзүүлэлтэнд артери, төв венийн даралт, цагт ялгарч гарах шээс, гемокрит, гемоглобин, гемостазийн үндсэн үзүүлэлтүүд, эргэлтэнд байгаа цусны эзлэхүүн, цусны минутын эзлэхүүн, хүчилтөрөгчийн шатлуур (градиент), цусны хүчил шүлтийн байдал хамаарагдана.

Эмчилгээний үндсэн зорилт нь амьсгалын дутагдалтай тэмцэх шокоос гаргах, мөн цус алдалтын хүндрэлээс сэргийлэхэд оршино. Энд хүчилтөрөгч эмчилгээ чухал үүрэг гүйцэтгэнэ. Хүчилтөрөгч эмчилгээг хийх явцдаа цусны хийн найрлага, хүчил-шүлтийн байдлыг сайтар хянана. Ингэснээр интубац тавих эсвэл өвчгөнг зохиомлоор амьсгалуулах асуудлыг зөв шийдвэрлэх боломжтой юм.

Трахеид интубац тавихдаа: 1) уушгины амьсгалын багтаамж 15 мл/кг-аас бага байх; 2) амьсгал авах хүч 25 мөнгөн усны баганы өндрөөс багадаа, 3) хүчилтөрөгчийн парциаль даралт (Pa) маскаар хүчилтөрөгч өгч амьсгалуулахад 70 мм мө. усны баганы өндрөөс бага байх, 4) хүчилтөрөгчөөр 100 % амьсгалуулахад альвеол-артериалын хүчилтөрөгчийн хүчдэлийн шатлуур 350 мм мө. усны баганы өндрөөс дээш ихэсвэл, 5)  $CO_2$ -ын Pa 55 мм мө, усны баганы өндрөөс дээш байвал, 6) үхмэл зайн вентиляци ихсэх-коэффициент  $V_d/V_t$  0,6-аас их байгаа эсэхийг тус тус харгалзана. Эмчилгээний нэг чухал хэсэг бол инфузионы эмчилгээ байдаг. Энэ эмчилгээнд электролитын уусмал реополиглюкиний төрлийн ийлдэс орлох бэлдмэл глюкоз, хлорт кали, инсулин, туйлшрах холимгууд, хатаасан ба консерваторосон ийлдэс альбуцины уусмал зэрэг орно. Дээрх эмчилгээтэй зэрэгцүүлж агчлыг арилгах (но-шпа, папаверин, компламин, эуфиллин), зүрхний ажиллагааг сайжруулах (кордиамин, камфор, сульфокамфокаин, коргликон) бэлдмэлүүд, стероид ындааврууд (преднизолон, гидрокортизон, дексаметазон) хэрэглэнэ. Гидрокортизон эсвэл преднизолонг заавал мегатунгаар венийн судсанд (гидрокортизон 1000 мг, преднизолон 300—400 мг) тарина. Гематокритын хэмжээ 25—30 %-иас багасвал цус сэлбэх эмчилгээ хийнэ. Шинэхэн бэлдсэн ижил бүлгийн бүлээн цус сэлбэх нь нэн ашигтай.

Шокийн эхний шатанд цус алдах, цус харвахаас өмнө венийн судсанд дуслуар гепарин 500—700 нэгж тунг цагийн турш аажим тарина. Гепариныг реополиглюкин глүкозтой хамт тарьж болно. Хүндрэлийн үед гепариныг арьсан дор тарихын хэрэггүй. Даамжрах явцтай цус түгээмлээр бүлэгнэх хам шинж, хэрэглээний коагулопати, тромбоцитопатийн үүсэлтэй цус алдах үед цус алдахын шалтгаан болж байгаа умайг авах мэс заслыг цус сэлбэх эмчилгээтэй хослуульж хийнэ.

Тромбоцит, фибриноген, VIII, V, VII, X, XIII хүчин зүйлс, антитромбин III, плазминоген гэх мэт цусны бүлэгнэлтэнд зайлшгүй хэрэгцээтэй цусны элементүүд хомсдсон байх учраас шинэхэн бэлдсэн донорын цус цитратжуулсан цус, хөргөөж бэлдсэн ийлдэс хэрэглэх нэн ашигтай.

Шархнаас цус алдах аюултай учир умайг авах мэс ажилбар хийхээс өмнө, хойно 3—4 цагт гепарин эмчилгээ хийж болохгүй. Цаашдаа мэс заслын дараах үед ялангуяа цус сэлбэх эмчилгээ хийх явцад хэрэв шокоос бүрэн гарсан бол гепариныг (цагт 500 нэгж) венийн судсанд дуслуар 10 өдөр тарьж болно. Агчил арилгах эм, бага молекултай декстрантай хамт гепарин хэрэглэхэд эмчилгээний үр нөлөө сайжирна. Гепарин эмчилгээг гагцхүү лабораторийн шинжилгээтэй хийнэ. Цусны бүлэгнэлтийн өөрчлөлтийн хүнд хэлбэрийн үед трасилэк эсвэл контрикал 250,000—500,000 нэгжийг венийн судсанд

нэг удаа тариад цаашид цагт 100 000—200 000 нэгжийг дараачийн цагуудад дулаар тарина.

Фибрин уусгахын эсрэг үйлчилгээтэй нийллэг E—аминокапроны хүчлийн төрлийн эмийг эмчилгээнд хэрэглэж болохгүй. Энэ эмийн нөлөөгөөр бичил цусны эргэлтэнд үүссэн өөрчлөлт гүнзгийрч судсан дахь тромбо батжих талтай. Хэрэв шок болон гемастазийн өөрчлөлтийн хүнд үеийг давж чадвал цаашид бөөрний цочмог дутагдал идээт үжлийн хүндрэл, тархины цусны эргэлтийн алдагдал зэргээс сэргийлэх арга хэмжээг авч хэрэгжүүлнэ.

Ургийн усны эмболийн үхлийн хувь нэн өндөр (80 % хүртэл). Бие барсан эхийн цогцост шинжилгээ хийхэд голдуу зүрхний баруун ховдол өргөсөх, уушгинд хаван үүсч, цус харвасан байна. Бөглөрсөн тэр хэсэгт эс эдийн шинжилгээ хийхэд ургийн арьсны хавтгай хайрс, үр хөврөлийн шар үс, өөхлөгийн хэсгүүд, зунгаг саалиа илэрнэ.

Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн Б. ЖАВ



В. Е. ЛАПУШКИН

## СУРГУУЛИЙН ХҮҮХДИЙГ ОЙРЫН ХАРАЛГАН, ТҮҮНИЙ ДААМЖРАЛААС СЭРГИЙЛЭХ

ДЭХБ-ын мэдээгээр ойрын харалган нь харааны эмгэгийн дотор хамгийн өргөн тархсан хэлбэр бөгөөд сүүлийн жилүүдэд өсөх хандлагатай байна. Ойрын харалган болох түүний даамжрахад нүдний харааг тохируулах аппаратын (аккомдацийн) чадвар ба харааны ачаалал хоёрын тохироо алдагдах явдал гол болохыг зөвлөлтийн судлаачдын бүтээлүүдэд тэмдэглэсэн байна. Нүдний хараа тохируулах аппаратын чадвар сулрахад архаг халдварт өвчнөөр өвчлөх, нүдний шингэний эргэлт хямрах, хөдөлгөөн, биеийн хүчний идэвх буурах зэрэг олон хүчин зүйл нөлөөлдөг.

Иймээс сургуулийн хүүхдийг ойрын харалган болохоос урьдчилан сэргийлэхэд хөдөлгөөний идэвхийг аль болох өндөр байлгах явдал онцгой ач холбогдолтой. Үүний тулд нүдний цусан хангамж, хараа тохируулах аппаратын чадварыг сайжруулахад чиглэсэн биеийн тамирын тусгай дасгалыг сургуулийн хичээлийн явц дунд хийлгэж байх журамд оруулах нь чухал юм. (А. С. Аветисов, 1982). Ойрын харалган болохоос урьдчилан сэргийлэхийн тулд харалган болж болзошгүй хүүхдүүдийг тусгайлан ялгаж авах хэрэгтэй бөгөөд үнд нүдний харааг зохицуулах аппаратын чадвар нь буурсан, ойрын харалган эцэг, эхээс төрсөн, хуурамч харалган, астагматизм 1,0-ээс өндөр байгаа зэрэг хүүхдүүдийг оруулна.

Ийм хүүхдүүдийг тусгай анги болгон ялгаж, хөдөлгөөний идэвх биеийн тамирын өргөтгөсөн сургалтын аргаар хичээллүүлэх хэрэгтэй юм.

Энэ хэсгийн хүүхдүүдэд ойрын харалганыг нь эмчлэх үндсэн хэрэгсэл нь хараа зохицуулах аппаратын чадварыг сайжруулах дасгалыг системтэйгээр хийлгэх явдал болно. Түүнчлэн хараа сайжруулах ээлжийн шилийг ашиглан дасгал хийлгэх нь ойрын харалган болох түүний хүндрэлээс сэргийлэхэд өндөр үр дүнтэй байгааг судлаачид (Э. С. Аветисов, К. М. Мац 1971) тогтоогоод байна.

Ойрын харалган болохоос хамгаалах эдгээр арга хэмжээний үр дүн нь харааг зохицуулах аппаратын чадвар боломж сайжрах, ойрын харалганы хүндрэл удаашрах буюу зогсохоор үнэлэгдэнэ.

Хараа зохицуулах аппаратын чадварт нөлөөлөх хамгийн хялбар бөгөөд гэр орны нөхцөлд хийхэд боломжтой арга бол „Хараа тохируулах дасгал“ гэж үзэж байна. (Ю. З. Розенблюм, К. А. Мац, Н. И. Локтина 1975).

БНМАУ-д байгаа зөвлөлтийн сургуулийн сурагчдын дотор ойрын харалганыг хүндрэлээс сэргийлэх зорилгоор бид хараа тохируулах аппаратын чадварыг сайжруулан, тогтворжуулах дасгалыг „Шилэн дээр тэмдэглэх“ гэж нэрлэгддэг аргаар гэрийн нөхцөлд хийсэн юм.

Ажиглалт хийхийн тулд 2—10 дугаар ангийн, сул болоод дунд зэргийн ойрын харалган 377 хүүхдийг сонгон авав. Эдгээрийн 206 нь дасгалыг 1—3 жилийн туршид хийсэн ба үлдсэн 171 нь дасгалыг хийгээгүй юм.

Ажиглалтын дүнг хүснэгтэд үзүүлэв.

Нүдний хараа тохируулах аппаратад нөлөөлөх дасгалыг шилэн дээр тэмдэглэх аргаар хийсэн үр дүн

Бүлэг	ажиглалтын эхний жил		ажиглалтын 2 дахь жил		ажиглалтын 3 дахь жил	
	хүүхдийн тоо	ойрын харалганы даамжралт (дптр)	хүүхдийн тоо	ойрын харалганы даамжралт (дптр)	хүүхдийн тоо	ойрын харалганы даамжралт (дптр)
Туршилтын	206	0,3	41	0,8	11	1,1
Хяналтын	171	0,9	62	2,0	28	2,6

Хүснэгтээс үзэхэд дасгал хийсэн хүүхдүүдэд ойрын харалганы хүндрэл эхний 1 жилд дунджаар 0,3 дптр байхад хяналтын хэсгийн хүүхдэд 0,9 дптр, дасгалыг 2 жил хийсэн хүүхдэд 0,8, хяналтын хэсэгт 2,0, дасгалыг 3 жил хийсэн хүүхдэд 1,1 хяналтын бүлэгт 2,6 дптр тус тус байна.

Бидний судалгаа нь хараа тохируулах аппаратын тогтворжуулах дасгалыг гэрээр хийх нь сургуулийн сурагчдад ойрын харалган нь нэмэгдэхээс сэргийлэхэд ихээхэн үр дүнтэй болохыг харуулж байна.

Ойрын харалган өвчний эмгэг жамд хараа тохируулах аппаратын чадвар судрах явдал гол үүрэгтэй байдгийг харгалзан үзвэл сургуулийн сурагчдаас ойрын харалган болж болзошгүй урьдчилсан нөхцөл бүхий хүүхдүүдийг тусгай бүлэг болгон авч хараа тогтворжуулах дасгалыг хийлгэх нь энэ өвчнөөс сэргийлэхэд тэргүүн зэргийн ач холбогдолтой төдийгүй нийт сургуулиудад хичээл дээр нүдний харааг хамгаалах тусгай дасгал хийж байх системийг боловсруулан нэвтрүүлж ч болох үндэстэй байна.

#### АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Э.С. Аветисов, К. А. Мац Тренировка цилиарной мышцы. Метод. рекомендации.—М., 1974.
2. Э. С. Аветисов —О патогенезе миопии и некоторых новых возможностях её профилактики и лечения. В кн. Тезисы докладов III Всерос. съезда офтальмологов. —М. 1975. т. II, 5—16.
3. Э. С. Аветисов Об актуальных вопросах профилактики близорукости, её прогрессирования и осложнений. — В кн. Охрана зрения детей и подростков. —М. 1984, 9—15.
4. Э. С. Аветисов, Ю. З. Розенблюм, Н. Я. Зельцер, К. А. Мац и др. Профилактика нарушений зрения у школьников в районах Крайнего Севера: Метод. рекомендации. —М, 1984.
5. Н. И. Лохтина Тренировочные упражнения аккомодации у детей с начальной миопией, —В кн. Тезисы докладов III Всерос. съезда офтальмологов, —М. 1975, т. II, 72—73.
6. К. А. Мац, Н. И. Лохтина Результаты домашних тренировочных упражнений для цилиарной мышцы при слабой миопии. —В кн. Миопия: Сб. научн. работ. —М. 1974, 109—112.

#### ПРОФИЛАКТИКА МИОПИИ И ЕЁ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ У ШКОЛЬНИКОВ

В. Е. Лапушкин

Работами советских офтальмологов в 70-х годах установлена ведущая роль ослабленной аккомодации в патогенезе миопии. С целью профилактики миопии её прогрессирования успешно применяются в практике физические методы воздействия на аккомодационный аппарат глаза. Существует несколько методик упражнений для тренировки аккомодации.

Наблюдения показывают, что применение в домашних условиях упражнений для цилиарной мышцы „метка на стекле“ является доступным и эффективным методом, позволяющим во многих случаях замедлить скорость прогрессирования близорукости у школьников.

## ЭЛЭГНИЙ ЦИРРОЗ ӨВЧНИЙ ЛАБОРАТОРИЙН ШИНЖ ТЭМДГҮҮД

### АНАГААХ УХААНЫ ДЭЭД СУРГУУЛЬ

Элэгний цирроз өвчний лабораторийн шинж тэмдгийг бид клиник лабораторийн, биохимийн, иммунологийн шинж тэмдэг гэж хуваадаг.

Энэ өгүүлэлд бид элэгний циррозоор өвчилсөн 100 өвчтөний клиникийн ерөнхий шинжилгээний дүн, мөн биохимийн шинжилгээний дүнд илэрсэн шинж тэмдгүүдийг бичлээ.

#### 1. Өвчтөний нас, хүйсний байдал:

16—20 насны эрэгтэй	1	эмэгтэй	1	бүгд	2
21—30 —" —	—" —	1	—" —	1	2
31—40 —" —	—" —	8	—" —	11	19
41—50 —" —	—" —	21	—" —	9	30
51—60 —" —	—" —	23	—" —	1	24
61—70 —" —	—" —	14	—" —	6	20
71-ээс дээш	—" —	3	—" —	0	3
Бүгд				29	100

2. Эмнэлэгт ирсэн улирлаар үзвэл: 1-р улиралд 25, 2-р улиралд 37, 3-р улиралд 30, 4-р улиралд 17 хүн иржээ.

20 хүртэл хоног хэвтсэн өвчтөн 40

30 —" — —" — —" — —" — 47

40 —" — —" — —" — —" — 11

50 —" — —" — —" — —" — 2 байв.

3. Субъектив зовиураас элэг өвдөх нь 66, бие сулрах нь 65, гэдэс дүүрдэг 56, эцэж турах (жин буурах) 38, хамраас цус гоожих 31, хоолонд дургүй болох шинж 24 өвчтөнд тус тус илэрчээ.

4. 100 өвчтөнөөс 73 нь урьд өмнө элэгний халдварт үрэвслээр өвчилж байсан байна. Үүнээс 5 жилийн өмнө өвчилсөн 36 өвчтөн байснаас үзэхэд элэгний цирроз нь элэгний цочмог үрэвсэлтэй холбоотой нь харагдаж байна.

5. Объектив шинжүүдээс арьс харлах 86, судсан толбо 52, гарын алга улайх 52, нүд шарлах 37, арьс шарлах 28, асцит 33, венийн судас тэлэгдэх нь 23 өвчтөнд тус тус тохиолджээ.

6. Элэг тэмтрэгдэх нь 64, элэг хатуурах 44, элэг өвчтэй байх нь 41, дэлүү томрох нь 21%-д тус тус байжээ.

#### 1. Цусны ерөнхий шинжилгээний талаас илэрсэн шинжүүд:

а) Гемоглобины хэмжээ 62 өвчтөнд буурсан байв.

Үүнээс үзэхэд улаан бөөмийн тоо цөөрч, өнгө идтгэгч буурах шинжтэй болж цус багасана.

б) Улаан бөөмийн тундас 65 өвчтөнд хэвийн хэмжээнээс дээш болсон байв. Эритроцитийн тунах урвал өндөр болох нь олон шалтгаантай боловч элэгний циррозын үед уургийн солилцоо алдагдаж цусанд альбумин болон бусад уураг багассантай холбоотой.

в) Цагаан цогцсын буурах шинж 65 хүнд тохиолджээ.

г) Цагаан цогцсын дүрсийн талаас хэсэг цөмт цөөрөх шинж 41 өвчтөнд, 39 хүнд хэвийн, 31 өвчтөнд савхан цөмт багассан, 33 өвчтөнд хэвийн, 12 өвчтөнд тус тус ихэссэн байна. Эозирил буурсан 17, ихэссэн 10, хэвийн 17 байв.

Моноцитын тоо буурсан 62, ихэссэн 9, хэвийн 9 хүн байлаа.

Лимфоцитын тоо ихэссэн 66, хэвийн 15, буурсан 12 өвчтөн байв. Тромбоцит 26 өвчтөнд буурчээ.

## 2. Шээсний ерөнхий шинжилгээгээр илэрсэн шинжүүд:

а) өөрчлөлтгүй 53, уураг ихтэй 6, цилиндр ихтэй 2, лейкоцит ихтэй 31 хүн тус тус байсан нь бөөрний талаас дагалдах өвчтэй байснаар тайлбарлагдана.

б) шээсэнд цэсний будаг буюу нөсөө 72 өвчтөнд нэмэх гарсан нь элэгний сорвижлын үед гипербилиурбинемид буюу цусанд цэсний нөсөө, цэсний хүчил хэвийн хэмжээнээс их байдгийг харуулж байна.

## 3. Биохимийн шинжилгээгээр илэрсэн шинжүүд:

а) Цусанд билирубиний хэмжээ 67 өвчтөнд хэвийн, 15 өвчтөнд их, 2 өвчтөнд бага, 14 хүнд тодорхойлогдоогүй байна.

б) Тимол сорил 75 өвчтөнд их, 19 өвчтөнд хэвийн, 6 өвчтөнд хийгдээгүй байв.

в) Цусны ерөнхий уураг 52 өвчтөнд хэвийн, 18 өвчтөнд их, 16 өвчтөнд бага, 14 өвчтөнд тодорхойлоогүй байна.

г) Альбумин 83 өвчтөнд бага, 17 өвчтөнд хэвийн байжээ.

д) Альфглобулин 52 өвчтөнд их, 35 өвчтөнд хэвийн, 13 өвчтөнд хийгдээгүй байв.

Бетта глобулин 65 өвчтөнд их, 37 өвчтөнд хэвийн хэмжээтэй.

Гамма-глобулин 60 өвчтөнд их, 33 өвчтөнд хэвийн хэмжээтэй байв.

е) холестерин цусанд 46 өвчтөнд хэвийн, 8 хүнд их байжээ. Ерөнхий липид 38 өвчтөнд хэвийн, 9 өвчтөнд их, 6 өвчтөнд бага байжээ.

ж) альфа-фета протейн 59 өвчтөнд хасах, 2 өвчтөнд нэмэх буюу их гарчээ.

з) австрааль-антиген 58 өвчтөнд хасах, 6 өвчтөнд нэмэх буюу их гарсан байна.

Элэгний циррозтой 100 өвчтөнд хийсэн лабораторийн шинжилгээний дүнд доорхи дүгнэлтийг хийж байна. Үүнд:

1. Элэгний цирроз өвчний үед гемоглобин 52 өвчтөнд буурсан нь цус багадаа өвчний шинж юм.

2. Улаан бөөмийн тундас 65 өвчтөнд хэвийн хэмжээнээс дээш болсон нь уг өвчний нэг онцлог шинж мөн.

3. Цагаан цогцсын тоо 55 хүнд буурсан лейкопенийн шинж бол цирроз өвчний нэг шинж юм.

4. Лимфоцитын тоо 6 өвчтөнд их байсан нь уг өвчин иммунологийн үзэгдэл бүхий байдагтай холбоотой.

5. Моноцитын тоо 62 өвчтөнд буурсан нь бас онцлог байна.

6. Шээсний шинжилгээнд 53 өвчтөнд онцын өөрчлөлтгүй байжээ. Цэсний нөсөө 72 өвчтөнд нэмэх байлаа.

7. Биохимийн талаас ерөнхий уураг 52%-д хэвийн, альбулин 83 өвчтөнд бага, альфглобулин 52%-д их, бетта глобулин 65%-д их гамма-глобулин 60%-д тус тус байсан нь уг өвчний онцлог шинжүүд болж байна.

8. Холестерин 46% хэвийн хэмжээтэй байжээ.

9. Цирроз өвчний клиник лабораторийн болон биохимийн лабораторийн шинжийг манай орны нөхцөлд тодорхой судлаагүй байгааг анхаарах нь чухал.

10. Элэгний эмгэг судлах эрдэм шинжилгээний байгууллагатай болох явдал ойрын үед шаардагдаж байна.

## АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. А. Л. Мясников—Болезни печени. М. 1949.
2. З. А. Бондарь—Клиническая гематология. М. 1970
3. Е. В. Крутских—Цирроз печени. М. 1976.

## МУХАР ОЛГОЙН ХУРЦ ҮРЭВСЛИЙГ ЭРТ ОНОШЛОХ ШИНЭ ШИНЖ ТЭМДЭГ

### АНАГААХ УХААНЫ ДЭЭД СУРГУУЛЬ

Мухар олгойн хурц үрэвслийн клиник шинж их судлагдсан ч өвөрмөц хэлбэрээр болон хүндэрсэн тохиолдолд оношлоход төвөгтэй байдаг. Эмч нар олон жилийн турш энэ өвчний гол шинж тэмдгийг илрүүлэх оролдлого хийж байна. Одоогоор мухар олгойн хурц үрэвслийн 100 орчим шинж тэмдэг илэрсний (10) голлох байрыг өвдөлтийн шинж эзэлдэг.

Судлаачдын материалаас үзэхэд мухар олгойн үрэвслийн оношлолтонд голцуу өвчтөний зовиур, өвчний түүх, өвчний үед илэрч буй шинж, лаборатор болон бусад шинжилгээ, тэдгээрийн нийлбэр үзүүлэлтийг харгалздаг ажээ [1—9].

Манай судалгаагаар мухар олгойн хурц үрэвслийн үе дэх клиникийн өвөрмөц илрэл нь үрэвслийн үе шат, үргэлжилсэн хугацаа, морфолог өөрчлөлт, мухар олгойн байрлал, хүндрэл зэргээс шалтгаалж байна.

Мухар олгойн хурц үрэвслийн клиник шинжүүд (6, 12, 24, 48, 72 цагт) өвчлөлийн хугацаанаас хамаардгийг дараах хүснэгтээс үзэж болно.

Хүснэгтээс үзэхэд өвчний эрт үед (6 цаг хүртэл) судасны лугшилтын тоо олшрох нь өвчлөлийн хожуу үеийнхээс (24 цагаас дээш) илүү тод байна.

( $t=16,7$ ;  $P<0,001$ ). Ингээд бид мухар олгойн хурц үрэвслийг эрт оношлоход хамааралтай шинж тэмдэг шинээр илрүүллээ. Үүнд мухар олгойн байрлах хэвлийн баруун хэсэгт тэмтрэхэд судасны лугшилтын тоо хэвлийг тэмтрэхээс өмнөх үеийнхээс минутанд 10—15 ба түүнээс ч их нэмэгдэнэ. Бид энэ шинжийн үйлчлэлийг хэвлийн баруун хэсэгт гүнзгий тэмтрэхэд өвдөлтийн сэрэл висцерал мэдрүүлийг цочроосноор төв мэдрэлийн системд хүрч хариу эмгэг сэрлийг зүрх судасны системд өгч түр хугацааны судасны лугшилтын тоог ихэсгэдэг гэж үзэж байна. Энэ шинжийг мухар олгойн хурц үрэвсэлтэй 196 өвчтөнд илрүүлсний 85%-д улайж үрэвссэн, 15% нь идээлсэн өөрчлөлтэй мухар олгой байсныг хагалгааны дараа баталсан.

Бидний илрүүлсэн дээрх шинж тэмдэг мухар олгойн хурц үрэвслийг эрт оношлоход нэмэр болно гэж үзэж байна. Мөн Меккелийн цүлхэн, мухар гэдэсний хавдар, Кронийн өвчин зэргээс мухар олгойн хурц үрэвслийг ялган оношлоход тус дөхөм үзүүлнэ. Ер нь мухар олгойн хурц үрэвслийг өвчтөний зовиур, өвчний түүх, клиник шинжүүд, лаборатор болон бусад шинжилгээний тусламжтайгаар сая бүрэн гүйцэд оношлох юм.

ДҮГНЭЛТ Өвчтөнөөс бүрэн гүйцэд анамнез цуглуулж, анхааралтай үзсэнээр мухар олгойн хурц үрэвслийг эрт онслож, уул өвчний хүндрэлээс урьдчилан сэргийлэхэд бидний илрүүлсэн „Судасны лугшилтын тоо ихсэх“ шинж хамаарна.

Мухар олгойг хурц үрэвслийн клиник шинж  
 өвчлөлийн хугацаанаас хамаарсан байдал

Өвчлөлийн хугацаа (цагаар)	6		12		24		48		72	
	Бодит тоо	%	Бодит тоо	%	Бодит тоо	%	Бодит тоо	%	Бодит тоо	%
Нийт өвчтөний тоо	204	100,0	146	100,0	108	100,0	86	100,0	68	100,0
Клиник шинжүүд										
Хэвлийн өвдөлт	176	86,3	100	68,5	98	90,7	86	100,0	68	100,0
Огих, бөөлжих	24	11,8	104	71,2	108	100,0	86	100,0	68	100,0
Халуурах	22	10,8	29	19,9	38	35,2	72	83,7	68	100,0
Тахикардия	14	6,9	48	32,9	64	59,3	74	86,0	56	82,3
Хэл өнгөрдөх	—	—	4	2,7	8	7,4	81	94,2	62	91,1
Хэл хуурайших	—	—	2	1,4	48	44,4	5	5,8	4	5,9
Хэл хэвийн	204	100,0	140	95,9	52	48,1	—	—	—	—
Хэвлийн баруун хэсэгт тэмтрэлтээр өвдөлт нэмэгдэх	174	85,3	126	86,3	99	91,7	86	100,0	68	100,0
Коупын шинж	49	24,0	72	49,3	68	63,0	64	74,4	10	14,7
Воскресенскийн шинж	68	33,3	69	47,3	89	82,4	71	82,5	2	3,0
Ситковскийн шинж	86	42,2	82	56,2	101	93,5	74	86,0	4	5,9
Хэвлийн булчингийн чангарал	—	—	2	1,4	54	50,0	69	80,2	68	100,0
Шеткин-Блюмберийн шинж	—	—	2	1,4	14	13,0	74	86,0	68	100,0
Хэвлийн хэсэгт гэдэсний гүрвэлзэх хөдөлгөөн багасаж сонсогдохгүй болох шинж	—	—	—	—	2	1,9	6	7,0	62	91,1
Судасны лугшилтын тоо ихсэх шинж	196	96,0	98	67,1	26	24,0	—	—	—	—

## АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. С. С. Акперов оглы. Сравнительная оценка симптомов острого аппендицита. М., дисс. к.м.н 1983.
2. Б. И. Альперович, М. М. Соловьев. Острый аппендицит. В кн. Очерки неотложной хирургии живота. Томск, 1975, 5—25.
3. Т. Я. Аръез, С. Б. Телета, Аппендицит. В кн. Острый аппендицит тромбозов и некоторые вопросы пластической хирургии. Куйбышев, 1956, 28.
4. В. Р. Брайцев Острый аппендицит. М., 1946, 14.
5. Ю. Ю. Джанелидзе, М. В. Красносельский и И. М. Рохкинд. О диагностике острых заболеваний органов брюшной полости в условиях внебольничной сети. Л., 1937, 29.
6. Д. И. Егоров, П. И. Харин, С. М. Маркова и др. К вопросу о снижении количества необоснованных хирургических вмешательств по поводу острого аппендицита. Пермь, 1969, 82—84.
7. В. И. Колесов. Острый аппендицит. Л., 1972, 112.
8. И. Д. Корабельников Парадоксы острого аппендицита истинные и кажущиеся. Вестник хирургии, 1970, № 3, 46—48.
9. В. И. Русаков, В. Н. Черчоз, Перспективы улучшения результатов лечения больных аппендицитом. Клиническая хирургия. 1973, № 5 12—16.
10. В. М. Удод, А. М. Антонов. К диагностике острого аппендицита у лиц старше 60 лет. Здоровоохр. Белоруссии. 1970, № 6, 27—29.

### НОВЫЙ СИМПТОМ РАННЕГО ДИАГНОСТИРОВАНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

В. ИЧИНХОРЛО, Б. ГООШ, К. АНАРГУЛ

Клиническая картина острого аппендицита достаточно хорошо изучена, но нередко многообразная атипичная симптоматика в значительной степени усложняет диагностику. В настоящее время насчитывается более 100 описанных симптомов острого аппендицита, среди которых ведущее место занимает болевой симптом.

Нами разработан новый симптом острого аппендицита, который выявляется в ранней стадии этого заболевания.

Суть этого симптома заключается в том, что при пальпации в правой подвздошной области выявляется учащение пульса по сравнению с проверкой до данного симптома ( $t=16,7$ ;  $P<0,001$ ).

Д. МАЛЧИНХҮҮ, Т. ОЮУНБИЛЭГ

## МӨГӨӨРС ТӨЛЖИЛГҮЙДЭХ ӨВЧНИЙ НЭГЭН ТОХИОЛДОЛ

### АНАГААХ УХААНЫ ДЭЭД СУРГУУЛЬ УЛСЫН ХҮҮХДИЙН КЛИНИКИЙН ТӨВ ЭМНЭЛЭГ

Мөгөөрс төлжилгүйдэх өвчнийг анх Кауймана хондродистрофия гэдэг нэрээр бичжээ. Хондродистрофи нь ясны мөгөөрс төлжин өсөх процесс алдагдсанаас хэвийн ясжилт өөрчлөгддөг, ясны тогтолцооны удамшлын өвчин юм.

Үр хөврөлийн хөгжлийн яс үүсвэрийн үед ясны булуу хэсгийн мөгөөрс өсөлтийн бүсэд мөгөөрсний эсүүд эмх замбараагүй байршин, түүний өсөлт саатсанаас юмуу зогссоноос яс уртаашаа өсөхөө болино. Харин ясны хальсан доорхи ясжилт, яс зузаан болох нь онц өөрчлөгддөггүй учраас мөчний яснууд бүдүүрэх процесс хэвийн байна. Иймээс хөл гарын яс богино, бүдүүн, нуруу баганы яс хэвийн өсөлттэй байна. Ингэж биеийн өсөлтийн харьцаа хэм алдагдах боловч хүүхдийн мэдрэл-сэтгэхүй, дотоод шүүрлийн булчирхайн хөгжилт хэвийн байдгаараа онцлог юм. Эмнэлзүйн онцлогийг дараах өвчний түүхээс авч үзье.

Өвчтөн И. И. 15 настай, охин, хүүхдийн клиникийн төв эмнэлэгт 1982 оны 11 сард хэвтсэн.

Амьдралын түүх. 1967 оны 6 сарын 25-нд төрсөн. Хүүхэд бүтэлтэй төрсөн ба төрөх үедээ хоёр хөл нь тэнийхгүй, атийсан байдал нь ойндoo хүртэл хэвээрээ байсан. Хүүхдийн бие бялдрын хөгжилт удаан 6 сартай толгойгоо дааж, ой өнгөрөөд сууж, 3 нас орчимтойдоо явж эхэлсэн. Эцгийн гэрчилснээр, хүүхдийн өсөлт 8—12 насны хооронд нэлээд эрчимтэй байжээ. 12 настайгаас нь бэлгийн хоёрдогч шинжүүд илэрсэн. Ой ухааны хөгжилт хэвийн байсан. Мөчнүүд харьцангуй богино байснаас сургуульд ороход нь тусгай зориулалтын сандал, ширээ шаардагдсан. Хүүхэд сэргэлэн, ухаалаг, 7-р анги хүртлээ сайн суралцаж, богино хэмжээний шүлэг зохиодог.

**Өвчлөлийн түүх.** Эцгийн өгүүлснээр хүүхэд 5 нас хүртлээ амьсгалын эрхтний өвчнөөр жилд нэгээс хоёр удаа өвчилдөг байжээ. Улаанбурхан, хөхүүл ханиад, элэгний халдварт үрэвсэл, цусан суулга зэрэг халдварт өвчнөөр өвчилсөн байна.

Өвчтөнийг үзэхэд биеийн харьцаа зөв биш, толгой том, дух хүнхэр, нуруу бүсэлхий орчмоор их хотгор, мөчнүүд богино, мөчний яснууд үзүүр хэсэг рүүгээ бүдүүрч өөрчлөгдсөн. Харин их биеийн урт хэвийн учраас хүүхэд гараа унжуулж зогсоход гарын хурууны үзүүр цавины нугалаас орчимд (эрүүл хүүхдэд гуяны дунд) байна.

Хүчнэгтээс үзэхэд хүүхдийн толгой харьцангуй том, нурууны урт, цээжний тойрог, биеийн жин бараг хэвийн хэмжээнд байхад гар, хөлийн урт 30—40 см-ээр, богино учраас хүүхдийн ерөнхий өндөр 38 см-ээр бага байна.

Ясны зурагт хөл гарын яс мурий, ясны өсөлтийн бүс хаагдсан, доод эрүү харьцангуй том, дагзны нүх хэмжээнээсээ жижиг байсан. Лабораторийн бусад шинжилгээнүүдэд эмгэг өөрчлөлт байгаагүй.



## Хүүхдийн биеийн хэмжээ

Хэмжээ	Байх ёстой хэмжээ	Өвчтөний үзүүлэлт	Хэлбийлт	
1	Биеийн өндөр	153+6 см	115 см	-22- -38 см
2	Нуруу баганы урт	81-80 см	80 см	-1- -2 см
3	Биеийн жин	45+6,8 кг	38 кг	барэг хэвийн
4	Бугалга шууны урт	66,2 см	36 см	-30 см дутуу
5	Гуя, шилбэний урт	87,2 см	47 см	-40 см дутуу
6	Цээжний тойрог	76,4-4 см	70 см	-2 см
7	Толгойн тойрог	52-53 см	54,5 см	+1,5 см

Энэ өвчнийг эрт оношлож, согог-заслын эмчилгээ хийх нь чухал юм.

## АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. И. Андреев, И. Ванцаров „Дифференциальная диагностика важнейших симптомов детских болезней“. Пловдив, 1977.
2. М. С. Маслов. Лекции по факультетской педиатрии, М. 1960.
3. Многоотомное руководство по педиатрии. Том 11. М. 1961.

## ОДИН СЛУЧАЙ АХОНДРОПАЗИИ У ДЕТЕЙ

Д. Малчинху, Т. Оюунбилэг

В работе сообщается об одном случае редкой наследственной болезни костной системы-ахондроплазии. У больной ахондроплазией отмечаются короткие ноги и руки при нормальном росте позвоночника, вследствие врожденного нарушения эндохряльной пролиферации окостенения трубчатых костей. При этом не страдает нервно-психическое развитие ребенка.

## ЧАЦАРХАЙН СУДАСНЫ ТҮГЖРЭЛ

Чацархайн судас бөглөрөх нь гэдэсний цочмог түгжрэлийн хамгийн хүнд хэлбэр бөгөөд үхэл ихтэй байдаг.

Сүүлийн үед гадаадын нэлээд эрдэмтэд бие даасан өвчин гэж үзэж байна. [1, 3]

Чацархайн артерийн бөглөрлийн шалтгааны 79,1% нь судас хатуурах, түүнчлэн даралт ихсэх өвчин, эндоартерийтэй холбоотой ба периаартерийт, васкулит, рак, цирроз, спленомегалия болон гэмтэл, мөн мэс заслын дараа ч үүсдэг. [3]. Судасны бөглөрөл нь дан артерийн, венийн мөн хавсарсан байдлаар байна.

**Артерийн судасны бөглөрөл**—Энэ нь нэг ба хэд хэдэн газарт бөглөрч болно. Байрлалаар нь: чацархайн дээд артерийн ба доод артерийн гэж хуваана. Бөглөрөл нь артерийн 1-р сегментэд үүсвэл нарийн гэдэсний бүх гогцоо, бүдүүн гэдэсний баруун талын өгсөх ба мухар хэсгийг хамарна. Харин чацархайн дээд артерийн салаанд байрлавал нарийн гэдсэнд хязгаарлагдмал өөрчлөлтүүд ажиглагдана. Чацархайн доод артерийн салаа бөглөрсөн үед бүдүүн гэдэсний зүүн талд гэмтэл үүснэ.

**Велийн судасны бөглөрөл.** Энэ нь ховор тохиолдоно. Эхлээд захын жижиг вени-д үүсч улмаар том салаанд бөглөрдөг. Хаалган ба дэлүүний венийн тромбо уруудах замаар чацархайн венийг бөглөдөг. Венийн бөглөрөл нь хэвлийн хөндийн гэмтэл, мэс засал, цочмог идээт үрэвслийн дараа үүснэ. Чацархайн венийн бөглөрлийн 85% нь дээд хэсэгт үүсдэг.

**Шинж тэмдэг.** Өвчин гэнэт эхлэн маш хүчтэй өвдөнө. Өвдөлтөөс өвчтөн шок-д ордог. Өвчтөний царай цонхигор, хүйтэн хөлд нь цутгана. Арьс нь цайвар, үнсэн саарал ба хөхөвтөр туяатай байх нь олонтой. Өвчний эхний үед огиж, бөөлжинө. Хэл чийглэг байснаа хожуу үед хуурайшин өнгөр сууж саарал өнгөтэй болно. Өвчин нь даамжирахад түгжрэл гялтангийн үрэвслийн шинж тодорхой болж, судасны бөглөрлийн үед цусны хольцтой өтгөнөөр юмуу цусаар суулгадаг. Гэрлийн тойм харалтаар клейборийн аяганцрын шинж илэрнэ.

**Лабораторийн шинжилгээгээр:** лейкоцитын тоо нэмэгддэг. НВ-эхний үед нэмэгдэн 16,5—17 г% хүрч аажмаар буурдаг. Тромбоцитын тоо нэмэгдэхээс гадна, протромбины индекс ихсэнэ. Нийт уураг өвчний эхний үед  $7,16 \pm 0,57$ -аас  $8,28 \pm 0,21$  мг%, дунд үед  $6,77 \pm 0,14$  г% хүрч, хожуу гялтангийн үрэвслийн үед  $5,9 \pm 0,89$  г% боитлоо багасна.

**Эмчилгээ**—Өвчний эхний үед цус бүлэгнэлтийн эсрэг (антикоагулянтная) эмчилгээг системтэй хийж үр дүн өгөхгүй буюу түгжрэлийн шинж илэрмэгц мэс засал хийх нь зүйтэй.

Нэгэн жишээ авъя:

Өвчтөн Д. 72 настай эмэгтэй. 3-р эмнэлгийн дотрын 3-р тасагт цусны даралт ихсэх өвчний улмаас түргэн тусламжаар ирж 3 хоногийн өмнө хэвтсэн. Цусны даралт ихсэх өвчнөөр 10 жил өвчилсөн. Хэвтсэний маргаашаас нь гэдэс өвдөж, бөөлжис цутган, бие суларч, цусархаг зүйлээр нэг удаа гүйлгэлээ гэсэн зовиуртай байснаа шаналгаа нь даамжирч өвдөх нь улам хүчтэй болж эвгүй үнэртэй зүйлээр бөөлжин хий ба баас нь бүрэн хаагдсан. Үзлэгээр: царай нь цонхийн хордлогонд орж, гэдэсний механик түгжрэлийн шинж бүрэн илэрч, цусны шинжилгээнд, протромбины индекс 120%-д хүрч, хэвлийг гэрэлд харахад клейборийн аяганцрууд олон тоотой байсан тул судасны түгжрэл оноштойгоор яаралтай хагалгаа хийв. Ерөнхий мэдээ алдуулалтын дор хагалгааг хийсэн. Хэвлийг нээхэд цусархаг, муухай үнэртэй шингэн гарсан. Нарийн гэдэсний гогцоонууд нийтдээ хар хүрэн өнгөтэй болж үхжин судас нь лугшихгүй болсон, чацархайн дээд артерийн эхлэх хэсэгт 3 см хиртэй урт тромбо үүсч судасныхаа ханыг бүрэн бөглөсөн байв. Тромбыг авч хэвлийг угааж антибиотик хийв. Мэс заслын дараа 6 цаг болоод өвчтөн нас барсан.

Дүгнэлт:

1. Судасны хатуурал, цусны даралт ихсэх өвчин нь чацархайн судасны тромбо үүсгэх үндсэн шалтгаан болж байна.
2. Чацархайн судасны түгжрэлийг эрт оношлоход дээрх клиникээс гадна цусанд тромбоцит, протромбины индексийг тодорхойлох нь чухал ач холбогдолтой.
3. Чацархайн судасны түгжрэлийг хожуу оношлон, эмчлэхэд хүндэрч байна.

Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн Н. БААСАНЖАВ  
Их эмч Г. ДУЛМАА

#### АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. А. С. Альтшуль „Механическая непроходимость кишечника“ 1962.
2. Ю. М. Лубенский „Интенсивная терапия в неотложной абдоминальной хирургии“ 1981.
3. В. С. Савельев, И. В. Спиридонов „Острые нарушения мезентерального кровообращения“ 1979.
4. Д. П. Чухриенко „Непроходимость кишечника“ 1958
5. Ю. Н. Шанин, Ю. Н. Волков „Послеоперационная интенсивная терапия“ 1978.

## ШИНЖЛЭХ УХААН ЭРЭЛ ХАЙГУУЛАА ҮРГЭЛЖЛҮҮЛЖ БАЙНА

### БИЕ МАХБОДОД НЭВТРЭН ОРСОН ГАДНЫН БИЕТИЙГ ТАНИХАД ОРОЛЦДОГ ШИНЭ УУРАГ

Бидний бие организмыг гаднын биет-эсрэгтөрөгчөөс хамгаалагч цусны цагаан цогцсын хоёр үндсэн төрөл Т ба В лимфоцитын хооронд өвөрмөц онцлогтой хөдөлмөрийн хуваарь байдаг. Ямар ч В лимфоцит нь эсрэг бие нийлэгжүүлэгч аппаратаар зэвсэглэж, тодорхой дайсныг шууд устгах үүрэгтэй байлдагч юм. Т лимфоцитын ихэнх нь удирдагчийн үүрэг гүйцэтгэнэ. Тэд зөвхөн дайсныг ялган таньж В лимфоцитод ажиллаж эхлэх дохио өгдөг.

Т лимфоцитын эсрэгтөрөгчийг тэмтрэн ялгаж таньдаг рецепторыг олж илрүүлэх нь орчин үеийн дархлал судлалын шинжлэх ухааны гол асуудлын нэг байлаа. В лимфоцит гадарга дээрээ байрласан эсрэг биеийн тусламжтайгаар дайснаа таньдаг. Харин Т лимфоцит нь эсрэг бие үүсгэдэггүй. Түүний гадарга дээрээс эсрэгбиетэй төстэй зүйлийг илрүүлэх оролдлого амжилтанд хүрдэггүй байв. Гэвч эсрэгбие бол эсрэгтөрөгчийг таньж чадах ганц боломжтой зүйл гэж үзсээр байлаа. Зөвхөн өнгөрсөн онд л судлаачдын 2 бүлэг бие биенээсээ үл хамааран нэгэн зэрэг нэг нь Торонтод, нөгөө нь Калифорнид тэр нууц рецептор болох 45 мянган дальтон молекулаг жинтэй 2 хэлхээ уургийг тодорхойлж чаджээ. Үүний тулд молекулаг биологийн сүүлийн жилүүдэд гарсан бараг бүх шинэхэн ололтыг ашиглахад хүрсэн байна.

Т лимфоцитэд үйлчлэн түүний идэвхийг сонгон саатуулж чадах моноклон эсрэгбиеийг гарган авч чадсан нь нэг бүлгийн амжилтын үндэс болжээ. Моноклон эсрэгбиетэй үйлчлэлцэж байсан молекул нь дээр дурдсан уураг байв. Судлаачдын нөгөө бүлэг нь генийн инженерчлэлийн аргыг хэрэглэсэн ховорхон туршилтаар энэ уургийн ач холбогдлыг баталж чаджээ.

Судлаачдын энэ бүлэг Т лимфоцитын удамшлын материалаас мэдээллийн рибонуклейн хүчил РНХ-г ялгаж, түүнээсээ хуулбарлаж дезоксирибонуклейн ДНХ-г бий болгож чаджээ. Энэ ДНХ нийлэгшлийг нь нууцалбарлаж чадах уургийн молекулаг жин нь таамаглаж байгаа рецепторын молекулаг жинтэй бараг адилхан байв. Таамаглаж байгаа рецептор уургийн нэг хэлхээнийх нь анхдагч бүтэц эсрэгбиеийн пептидийн хэлхээний бүтэцтэй ихээхэн төстэй байв. Гэвч яг адилхан биш. Энэ нь зөвхөн олон арван жил эрсэн уураг олдсон хэрэг биш бөгөөд эсрэгбиетэй төстэй боловч эволюц хөгжлийн хувьд түүнээс урьд үүссэн байж магадгүй, эсрэгтөрөгчийг таних урьд нь мэдэгдээгүй систем байгааг баталж өгчээ.

Ж. ОЮУНБИЛЭГ

## ГЕРПЕСТ ХАЛДВАРТАЙ ТЭМЦЭЖ БАЙНА

Вирусын өвчнүүд дотроос герпест халдвар чухал байр эзэлдэг. Энэ нь ерийн герпесийн вирус элдэв замаар тархдагтай холбоотой. Герпест халдварууд тархины үрэвсэл (энцефалит), тархи нугасны үрэвсэл (энцефаламиелит) зэрэг төв мэдрэлийн системийн, нүдний эвэрлэг бүрхэвчийн үрэвсэл (кератит) эвэрлэг-салст бүрхэвчийн үрэвсэл (керато-конъюнктивит) зэрэг нүдний өвчин болон насанд хүрэгчдийн ба нярайн элэгний архаг үрэвсэл, экзем, цэврүүт туурдас зэрэг арьсны эмгэг үүсгэнэ. Одоогоор умайн хүзүүний өмөнгийн эмгэг жамд ч герпесийн вирус үүрэгтэй болох нь магадтай боллоо. Дэлхийн эрүүлийг хамгаалах байгууллагын мэдээгээр герпест халдварын өвчнүүд үхлийн шалтгаан болох нь вирусын өвчний дотроос томуугийн дараа хоёрдугаарт орж байна.

Эх хүүхдийн эрүүл мэндэд үзүүлэх энэ өвчний хор уршгийн талаар өнөө үед нилээд судлаад байна.

Явуут болон хэвтэж эмчлүүлж байгаа өвчтөний тоо ч их байна. Тухайлбал ганц жишээ авч үзэхэд эвэрлэг бүрхэвчийн эмгэгийн 60%-ийг нүдний болрын болон эвэрлэгийн герпест үрэвсэл эзэлж байна.

Энэ бүхнээс үзэхэд герпест өвчний дахилт, хүндрэлээс сэргийлэх нь чухал юм.

ЗХУ-ын Шинжлэх ухааны академийн дэргэдэх Д. И. Ивановскийн нэрэмжит вирусологийн институт сүүлийн 20 жилд герпесийн вирус, нүд, арьс, амны хөндийн өвчний шалтгаан болох тухай бусад институттэй хамтран олон талт судалгаа хийсэн байна. Энэ ажлыг ЗХУ-ын Шинжлэх ухааны академийн сурвалжлагч гишүүн А. К. Шубладзе удирдаж, уул вирусын 300 гаруй омог (штамм) ялгаж, вирусын биологийн болон антигенны чанарыг судалж, түргэвчилсэн аргаар онош тогтоох серолог, иммуноморфологийн аргыг хэд хэдэн йммуны сийвэн бэлдэв. Герпест халдвар дахихаас сэргийлэх фармолинаар идэвхгүйжүүлсэн вакцин бэлтгэв. Вирусын эсрэг бие их байгаа нөхцөлд уг өвчин дахидаг нь мэдээж болсон юм. Өнөө үед герпест өвчний хүнд хэлбэрийн үед поливакцин хэрэглэх талаар нилээд туршлагажжээ. Вакциныг арьсанд курсээр тарьдаг. Зөвлөлтийн судлаачид уг бэлдмэлийг өвчин дахихаас сэргийлж хурц бус үед нь хэрэглэж байна.

2—3 өдрийн зайтай 3 удаа арьсанд тарих нь нэг курс гэж үзэж, жилд 2-оос доошгүй удаа курс эмчилгээ хийхэд: нүдний өвчтөний 63% дахилтгүй, 27% тун цөөн дахиж, зөвхөн 6% нь хэвээр үлджээ. Арьсны өвчтөний 90 хувьд нь вакцин сайн нөлөө үзүүлжээ. Бэлгийн замын герпест өвчинд хийсэн 10 жилийн ажиглалтаас үзэхэд тэдний 60% нь тогтвортой засал авч, 25% нь дахиагүй байна.

Уг вакцин харш нөлөө, хүндрэл өгөхгүй байна. Арьс, нүд амны хөндийн герпест өвчний хүнд хэлбэрийн үед уг вакциныг хэрэглэх зориулалттай. Энэ вакцин одоогоор хэрэглэж байгаа АНУ, ХБНГУ, Английн вакцинуудаас дутахгүй юм. Герпест өвчнүүдийг эмчлэх түүний хүндрэлээс сэргийлэхэд химийн бэлдмэлүүд чухал үүрэгтэй.

Нуклеозидийн бэлдмэлүүдийг нилээд сайнд тооцож байна. Гер-

песийн вирусын үрэвслийн механизмыг судалснаар уг эмүүдийг клиникийн нөхцөлд туршин хэрэглэх боломжтой болсон юм.

Гадаадын хэвлэлийн мэдээлж байгаагаар Керецид (5-йод-2 дезоксиуридин), трифтор-метилдез оксиуридин гэдэг 2 бэлдмэлийг нилээд хэрэглэж байгаа бөгөөд эдгээрийг нүд, арьс, бэлгийн герпест өвчнүүдийн үед дуслaar хэрэглэдэг.

Герпесийн шалтгаантай энцефалитийг эмчлэхэд Видарабин (аденинарабинозид)-ыг судсанд, вирусын эсрэг нилээд өргөн хэрэгтэй үйлчлэх рибавирин (виразал)-ыг хэд хэдэн герпест өвчний үед ялангуяа бүслүүр үлдийг эмчлэхэд хэрэглэж байна.

Манай оронд синтез нуклеозидийн герпесийн эсрэг үйлчлэлийг системтэй судалж байна. Нуклеозидээс нүдний герпест өвчнүүдийг эмчлэх дусал, нүдний хучаас (пленок) бэлдмэл гаргаж авлаа.

Флонераль, теброфен гэдэг эмүүдийг практикт хэрэглэж байна.

Туршин судлаачид ба клиникийн эмч нар интерферон болон түүний индукторт их анхаарал тавьж байна.

Нүдний герпест өвчний хүнд хэлбэрийг эмчлэхэд байгалийн ба синтез интерфероны индуктор сайн үйлчилж байгааг тогтоолоо. Тэдгээрийг уг өвчний хурц үед хэрэглэхэд өвчтөний 60—70%, даамжирсан явцтай, архаг хэлбэрт хэрэглэхэд бараг тал хувь нь эдгэржээ.

### ШИНЭ АРГА, ТҮҮНИЙ БОЛОМЖ

Клиникийн анагаах ухаанд цоо шинэ чиглэл бол рентгений тусалцаатай судас сэтгүүрдэх мэс ажилбар (рентгеноэндоваскуляриная хирургия) юм.

Уг арга нь онош, эмчилгээний ач холбогдолтой. Энэ аргыг хэрэглэхэд өвчтөнд зовиур шаналгаа бага, эд эсийг бага гэмтээдэг зэрэг олон талын ашигтай. Өвчтөний хэвтэж эмчлүүлэх хугацааг хэмнэж, тэдний хөдөлмөрийн чадвар алдах цагийг богиносгон, эмчилгээний идэвх нь 70—80% хүрч байна.

Бүх холбоотын болон холбооны бүгд найрамдах улс, муж хязгаарын ангиографийн төвүүдийг бэхжүүлсний үр дүнд уг аргыг өргөн хэрэглэх боломжтой болж, одоо ангиографийн 120 төвд жилд 100000 илүү шинжилгээ хийж, судас сэтгүүрдэх мэс ажилбарыг 40 гаруй эмнэлэгт хэрэглэж, жилд ойролцоогоор 2,500 хагалгаа хийж байна. Одоогоос 5 жилийн өмнө судас сэтгүүрдэх мэс ажилбарыг судас бөглөх эмболизаци зэрэгт хэрэглэж байсан бол одоо зүрхний титмийн болон доод мөч, бөөрний судас сэтгүүрдэхэд хэрэглэж байна.

Клиникийн практикт тодорхой тохиолдолд уг арга уламжлалт аргуудаас сайн талтай юм. Тухайлбал үүнийг, ходоодноос цус алдах үед цус тогтоох, зүрх судаснаас контраст бодисын гаралтай гадна биетийг авах зэрэгт хэрэглэнэ.

Мөн өвчтөний байдлаас хүнд хагалгаа хийх боломжгүй тохиолдолд өвчтөний зовиурыг багасгах, эд эрхтэнийг бага гэмтээх, цус бага гаргах мэс ажилбарыг хийхэд ашиглаж байна.

Цаашилбал уг аргыг эмчилгээний зорилгоор судас бөглөх, хуурамч бүлэн (тромб) үүсгэх, электрокоагуляци хийх, судасны цүлхэнг (аневризм) эмчлэх, хорт хавдрын орчны цус хангамжийг зогсоох, бөөр, дэлүү зэрэг эрхтэний ажиллагааг сэдээх зэрэгт ашиглаж байна.

## САНСАР ДАХЬ АНАГААХ УХААН

1963 оны сүүлээр ЗХУ-ын Эрүүлийг хамгаалах яамны дэргэд эмнэлэг-биологийн асуудал эрхэлсэн институт байгуулагдсан билээ. Уг институтийг байгуулж, хөгжүүлэх үйлсэд академич Н. М. Сикасян, В. Н. Черноговский, эрүүлийг хамгаалахын нэрт зохион байгуулагч А. Н. Бурназян, мөн институтийн анхны захирал, академич А. В. Лебединский болон академич В. В. Парин нар үлэмж үүрэг гүйцэтгэв.

Тус институтийг байгуулах үед ЗХУ-ын зургаан нисгэгч сансарт ниссэн бөгөөд тэдний нислэгийн хугацаа 5 хоногоос хэтрэхгүй байв. Өнөөдөр ЗХУ-ын анагаах ухаан нэг нь 2—3 удаа ниссэн 50 гаруй нисгэгч оролцсон 10 шахам нислэгийг бэлдсэн арвин туршлага хуримтлуулжээ.

Нислэгийн үргэлжлэх хугацаа хагас жил түүнээс илүү болж уртаслаа. Тус институтын олон лабораторт сансрын нислэг хүний бие махбодод хэрхэн нөлөөлөхийг судалж, нисгэгчдийн ажлын чадварыг зохих түвшинд байлгах, тэдний эрүүл мэндийг хамгаалах, аюулгүй байдлыг хангах зорилт тавьж байна.

Хүн сансарт ниссэн эхний үед эмнэлгийн хяналтыг гол нь хүний эрүүл мэнд, түүний орчны хувирлыг тогтоох, нислэгийг уртасгах боломжийг судалж байсан бол одоо урт хугацааны нислэгийн үед сансрын нисгэгчдийн эрүүл мэндийн талаар мэдээлэл авах тэдний эрүүл мэндэд хяналт тавих, прогноз боловсруулах, өвчлөлөөс сэргийлэх ажлууд хийж байна.

Хүлээж авсан мэдээллийн үндсэн дээр экипажийнхны газраас тасрах үеэс эх дэлхийд буцах хүртэлх хугацааны өдрийн болон, хоол хүнсний дэглэм биеийн тамирын дасгал хийх журам, эмчлэн эрүүлжүүлэх, сэргийлэх журам, ажлын чадвар, эрүүл мэндийн байдлын прогноз боловсруулдаг.

Нисгэгчдийн эрүүл мэндийн байдлыг судлах боломж улам бүр нээгдэж байна.

Өнөөдөр тойрог замын станцын бүхээгт хүний олон эрхтэн системийн үйл ажиллагааг судлах багаж хэрэгслүүд байрлуулж, зүрх судасны үйл ажиллагаа, харааны ба тэнцвэрийн эрхтнүүд, ус-давс, хүчилтөрөгчийн солилцоог судалж байна. Космос хэмээх биодагуул дээр явуулж байгаа иж бүрдмэл судалгааны ажилд биологийн олон объект ашиглаж, тэдний үржил хөгжлийг судалж байна.

Энэ био-дагуул дээрх судалгааны ажил нь сансрын экспедицийнхний эмнэлэг-биологийн нөхцөлийг боловсронгуй болгох арга зам боловсруулах боломж бий болгож байна. Өнөөдөр эрдэмтэд жингүйдлийн нөхцөлд хүний биед гарах өөрчлөлт, түүний учир шалтгааны талаар ихийг тайлж мэдлээ. Гэвч шийдэгдээгүй асуудал нэлээд байна.

Тэнцвэрийн эрхтний хямрал, ус-давсны баланс алдагдах, цусанд гарах өөрчлөлтийн учир шалтгааныг лавшруулж судлах ажил үргэлжилж байна.

Удаан хугацааны нислэгийг улам бүр боловсронгуй болгохын тулд сансрын туяаны хүнд хэсгийн биологийн үйлчлэлийг бүрэн тайлах, сансарт хүн амьдрах боломжийг дээшлүүлэх, сэтгэл зүйн зарим бэрхшээлийг шийдэх явдал шаардлагатай байгаа учир тус институтийн хамт олон энэ зорилтуудыг шийдвэрлэхийн тулд шургуу хөдөлмөрлөж байна.

Сансрын анагаах ухааны ололтыг эрүүлийг хамгаалахын практикт өргөн хэрэглэж байна. Сансрын нисгэгчдийг бэлдэх физиолог, психологийн аргыг эх дэлхий дээрх мэргэжлийн ажлын зарим хамт олныг бэлдэхэд туршилтын журмаар хэрэглэж байна.

Зүрх судасны болон тэнцвэрийн эрхтэн, ус давсны солилцоог судлах аргыг клиникт өргөн ашиглаж байна. Сансрын нисэгчдийн судалгааны багаж эмнэлгийн аппарат хэрэгсэл, тэдний ариун цэврийн бараа эх дэлхийн амьдралд нэвтэрч байна.

Медицина\* сэтгүүлийн гуравдугаараас орчуулсан Г. ЦЭРЭНЖИГМЭД

### ТОМОГРАФ

«Томограф» хэмээх тооцоолон бодох төхөөрөмж амьд бие махбод, түүн дотроос уураг тархины эд эсийг хөндөхгүйгээр судлах боломж олгож байна. ЗХУ-ын Киев хотын реле ба автоматик нэгдэл анхны томографыг одноор үйлдвэрлэн гаргаж эхэллээ. Энэ тухай тус нэгдлийн захирал ЗХУ-ын төрийн шагналт В. Пономарев «Тооцоолон бодох томографын бүтээх нөхцөлийг шинжлэх ухаан техникийн өнөөгийн хөгжил дэвшил олгож байгаа юм» гэж мэдэгдээд «Энэ багажийг электроник, нарийн механик, математик хангамж, онц тогтворшилтой рентген техник зэрэгт үндэслэн бүтээсэн юм» гэжээ.

Телевизийн дэлгэцнээ (дисплейн) гарах томограмм нь биетийг нарийн багц рентген цацрагаар шинжлэх явцад үүснэ. ЗХУ-ын хамгийн сүүлийн загварын энэхүү томограф нь ажиллагааныхаа хурдаар зүй ёсоор дэлхийд хосгүйд тооцогдоно. Өөрөөр хэлбэл өвчтөнийг шинжлэснээс хойш секунд хүрэхгүй хугацаанд уураг тархины төлөв байдлын тухай мэдээлэл телевизийн дэлгэцнээ гардаг. Тэгвэл ЗХУ-ын хамгийн анхны загварын томографын хувьд энэ хугацаа 120 секунд байжээ. Киев хотын уураг тархины мэс заслын эрдэм шинжилгээний институт ийм шинэ загварын томограф хоёрыг ашиглаж эхлэв. Уг институтын захирал ЗХУ-ын анагаах ухааны академийн жинхэнэ гишүүн ЗХУ-ын социалист хөдөлмөрийн баатар А. Ромоданов «Тооцоолон бодох томограф ашиглаж байгаа нь анагаах ухааны хувьд нэг төрлийн хувьсгал юм. Хүний бие махбодод харш нөлөө үзүүлэхгүйгээр уураг тархины төлөв байдлын тухай мэдээлэл хүлээн авах боллоо.

Томограф нь эмч нарт мэс засал хийхээс өмнө ба хийсний дараа уураг тархин дахь үйлдлийг хянах дүгнэлт өгөх боломж олгож байна» гэж мэдэгджээ.

«Неделя» сэтгүүлийн 1985 оны 22-дугаараас орчуулсан Ж. ӨЛЗИЙТ

## ДЭЛХИЙН ЭРҮҮЛИЙГ ХАМГААЛАХ БАЙГУУЛЛАГЫН ХХХVIII ЧУУЛГАН

Энэ онд Дэлхийн Эрүүлийг Хамгаалах Байгууллагын ХХХVIII чуулган Женевт болж өнгөрлөө.

Тус чуулганаар 34 сэдвийг хамарсан 40 гаруй асуудлыг хэлэлцэж холбогдох тогтоолууд гаргав.

БНМАУ-ын төлөөлөгчдийн тэргүүн, Эрүүлийг хамгаалах Яамны сайд Д. Ням-Осор тус чуулган дээр үг хэлж «ХХХVIII чуулган, фашизм, милитаризмыг ялсны 40 жил, НҮБ-ын 40 жилийн ойн жил ялангуяа цөмийн дайны аюул заналыг сэрэмжлэн зайлуулах эрхэм чухал асуудлыг шийдвэрлэх өндөр хариуцлага тулгарч буй үед болж байна гэдгийг цохон тэмдэглээд түүхийн ахар богино хугацаа болон энх тайвны 40 жилд хүн төрөлхтөн урьд өмнө, бүтээгээгүй ихийг бүтээсэн, энэ их ололт амжилтыг тодорхойлогч нэн чухал үзүүлэлтийн салшгүй хэсэг нь дэлхийн хүн амын эрүүл мэндийн өнөөгийн түвшин юм. Энэ зууны эцэст манай гаригийн нийт хүн ам, хүн бүр эрүүл байх үндсэн эрхээ бүрэн дүүрэн эдлэх, нийгэм улс төр, эдийн засгийн бодит боломжоор хангагдсан байх ёстой гэдгийг тэмдэглэв. «ДЭХБ-д олон улсаас иргэдийг авч ажиллуулах тухай» асуудлыг хэлэлцэхэд манай төлөөлөгч үг хэлж БНМАУ-аас оруулж буй тогтоолын төсөл, түүний үндсэн ач холбогдлыг тайлбарлав.

Германы фашизм, японы милитаризмыг ялсны 40 жилийн ойтой холбогдуулан дайны хор уршиг, эрүүл мэндэд учруулах хохирлыг сурталчлах талаар социалист орнуудаас тавьсан зорилт амжилттай хэрэгжив.

Африк, Латин Америкийн зарим орнуудын талаар гарсан улс төрийн ач холбогдол бүхий тогтоолууд социалист лагерийн орнуудын баримталж буй бодлогын дагуу батлагдлаа.

Африкийн хөгжиж буй орнууд, Никарагуагийн талаар явуулж буй АНУ, Израилын бодлого ганцаардмал байдалд орж байгаа нь эдгээр орнуудын талаар гарсан тогтоолуудын санал хураалтаар тодорхой харагдав.

## ЭМНЭЛГИЙН БАГАЖ, ТОНОГ ТӨХӨӨРӨМЖ, ЭМИЙН ҮЗЭСГЭЛЭН

Манай эх орны нийслэлд ЗСБНХУ-ын Бүх Холбоотын «Мед-экспорт» нэгдэл эмнэлгийн багаж, тоног төхөөрөмж, эмийн үзэсгэлэн нээгдэв.

Улс хоорондын эдийн засгийн хамтын ажиллагааг хөгжүүлэн бэхжүүлэхэд оруулсан хувь нэмрийг нь өндрөөр үнэлж олон улсын «Алтан меркурий» шагналаар тус нэгдлийг шагнажээ.



«Медэкспорт» нэгдэл нь дэлхийн 90 гаруй орны гадаад худалдааны 400 гаруй байгууллагатай холбоотой ажиллан тэдгээрт хамгийн орчин үеийн эм, эмнэлгийн багаж төхөөрөмжийг нийлүүлдэг. Манай орны хот, хөдөөний бүх эмнэлэг, урьдчилан сэргийлэх байгууллагад зөвлөлтийн орчин үеийн эмнэлгийн техник, тоног төхөөрөмж, багаж хэрэгсэл, эмийг өргөн хэрэглэж байна. Мөн ЗХУ-д үйлдвэрлэсэн эмчилгээний өндөр идэвхтэй эмүүдийг манай орны эмнэлгийн ажилтнууд хөдөлмөрчид өндрөөр үнэлдэг билээ.

Манай гадаадаас худалдан авч байгаа нийт эм, эмнэлгийн тоног төхөөрөмж багаж хэрэгслийн 70 гаруй хувийг «Медэкспорт» нэгдэл нийлүүлэн хангаж байгаа юм.

«Медэкспорт» нэгдэл нь жил бүр олон улсын үзэсгэлэн яармагт 6—8 удаа оролцож, 8—12 удаа төрөлжсөн үзэсгэлэн зохион байгуулдаг юм.

Тус үзэсгэлэнд тавигдсан нэг ортой барокамер, өвчтөний биеийн байдалд олон төрлийн шинжилгээ, бичлэг хийх полиграф, зөөврийн болон суурин рентген аппарат манай эмч мэргэжилтнүүдийн анхаарлыг ихэд татлаа. Мөн эх нялхсын болон бөөрний зэрэг нэлээд өвчнийг анагаах хэт авианы олон төрлийн аппарат, дотор эрхтэн дурандах эндоскопийн аппаратууд, мэс засал, чих, хамар, хоолойн төрөл бүрийн багажийг үзэгч олон өндрөөр үнэллээ. Орчин үеийн өндөр идэвхтэй эмүүд эмч, эм зүйчдийн сонирхлыг татлаа.

Үзэсгэлэнгийн үеэр зөвлөлтийн анагаах ухааны ололт амжилт, эмнэлгийн багаж, тоног төхөөрөмжийн тухай кино үзүүлж, монгол зөвлөлтийн эмч мэргэжилтнүүд уулзаж санал бодол, туршлагаа өргөнөөр солилцов.

МАНАЙ СУРВАЛЖЛАГЧ

## ЭМЧИЛГЭЭ ҮЙЛЧИЛГЭЭНИЙ ТЭРГҮҮН ТУРШЛАГА

Улсын нэгдсэн тусгай эмнэлгийн сэхээн амьдруулах тасгийн хамт олон, эмчилгээ, үйлчилгээндээ анагаах ухааны сүүлийн үеийн ололтыг ашиглан шинийг санаачлан ажиллаж байна.

Бронхийн багтраа өвчин болон бусад эмгэгийн байдлаас амьсгалын дутагдалд орсон өвчтөнүүдэд зохиомол амьсгалын аппаратаар эмчилгээ хийж, уушгины эмгэгийн үед бронхофиброскопийн тусламжтайгаар гуурсан хоолойг угаах буюу зүрхний шигдээс өвчний үед кардиомонитор аппарат ажиглаж эмчилгээ хийх зэрэг орчин үеийн аргуудыг эмчилгээнд нэвтрүүлж үр дүнд хүрч байна.

Сэхээн амьдруулахын ерөнхий эмч Д. Нэргүй болон их эмч Ухнаа, Ж. Адъяабазар нар нь олон хүний амь нас аварч, олны талархал хүлээж байна. Асрагч Ц. Должинг ачтан гэж ярих нь олонтой. Тэрхөнгөн шуурхай үйлчилгээ, эелдэг зөөлөн аашаараа олны хайр хүлээсэн хүн юм.

Ө. Гүнд

## ДОРЖИЙН РАВДАНДОРЖ



Анагаах ухааны дээд сургуулийн мэдрэл сэтгэц гэм судлалын тэнхимийн эрхлэгч, Монголын мэдрэлийн эмч нарын нийгэмлэгийн дарга, ерөнхий мэргэжилтэн, дэд эрдэмтэн доцент Доржийн Равдандорж хүндээр өвчилж байгаад 1985 оны 9 дүгээр сард нас нөгчив.

Д. Равдандорж 1933 онд Архангай аймгийг Цэнхэр сумын нутагт ард Доржийн гэр бүлд төрж, бага, дунд сургууль болон Монгол улсын их сургуулийн хүн эмнэлгийн факультетэд суралцан, хүний их эмчийн мэргэжил эзэмшсэн бөгөөд 1956 оноос Хэнтий, Дорнод аймагт эмч, мэдрэлийн эмчээр ажиллаж, 1962 оноос Анагаах ухааны дээд

Сургуульд багш, тэнхимийн эрхлэгч зэрэг хариуцлагатай ажил хийж байв. Д. Равдандорж 1957 онд МАХН-ын гишүүнд элсчээ.

Д. Равдандорж 1971 онд „Тархины бүрхүүл судасны өвөрмөц үрэвслийн эмнэл-зүй, эмчилгээ“ сэдвээр анагаах ухааны дэд эрдэмтний зэргийг амжилттай хамгаалж, 1978 онд доцент цол хүртсэн бөгөөд эрдэм шинжилгээний 40 гаруй бүтээл туурвисны дотор сурах бичиг, сургалтын гарын авлага бичиж хэвлүүлсэн юм.

Д. Равдандорж эх орондоо эмнэлгийн дээд боловсролтой мэргэжилтэн бэлтгэх үйлсэд 20 гаруй жил хүчин зүтгэсэн бөгөөд түүний шууд удирдлага, оролцоотойгоор мэдрэлийн эмчийн нарийн мэргэжил эзэмшүүлэх болон дээшлүүлэх курсээр 100 гаруй нарийн мэргэжлийн эмч мэргэжилтнүүд төгсөн гарч, манай эх орны хот, хөдөөд амжилттай ажиллаж байна.

Д. Равдандорж өндөр мэргэжлийн зөвлөх эмч, эрдэмтэн, туршлагатай сурган хүмүүжүүлэгч төдийгүй, авьяаслаг зохион байгуулагч байв. Тэрээр Клиникийн нэгдсэн III эмнэлэг, Улсын клиникийн төв эмнэлэг, Клиникийн нэгдсэн II тусгай эмнэлэг зэрэг газруудад зөвлөх эмчээр ажиллаж байлаа.

Д. Равдандоржийн хөдөлмөрийг нам, засаг өндөр үнэлж, „Хөдөлмөрийн хүндэт медаль“, Ардын хувьсгалын 50 жилийн ойн медаль, „Эмнэлгийн сайчууд“ тэмдгээр шагнажээ.

Д. Равдандорж ажилч хичээнгүй, үнэнч шударга, энгийн даруу төлөв зантай, хамт олны дунд өндөр нэр хүндтэй, шилдэг сурган хүмүүжүүлэгч, коммунистын нэг байлаа.

Д. Равдандоржийн уйгагүй хөдөлмөрч, ажил хэрэгч, энгийн даруу төлөв зан чанар нь мэргэжил нэгт нөхөд, түүний хүмүүжүүлсэн мянга мянган шавь нарт эрхэм дууриал болсоор байх болно.

ЭРҮҮЛИЙГ ХАМГААЛАХ ЯАМ.  
АНАГААХ УХААНЫ ДЭЭД СУРГУУЛЬ

ЭМНЭЛГИЙН ХЭВЛЭЛИЙН НЭГДСЭН РЕДАКЦИЙН ЗӨВЛӨЛ

Ж. Раднаабазар (Эрхлэгч) Л. Буджав, Ш. Ванчаарай (Хариуцлагатай нарийн бичгийн дарга) Б. Гоош, Б. Дэмтэрэл, Г. Дашээгэг, Ч. Дөлгөр, Ш. Жигжидсүрэн, Т. Зориг, Ж. Купул, Э. Лувсандэглэ, П. Нямдаваа, Б. Рагчаа, Г. Цагаанхүү, Б. Шижирбаатар, Н. Шура

---

Техник редактор О. Тулгалаг, Хягагч Ж. Сосорбарам

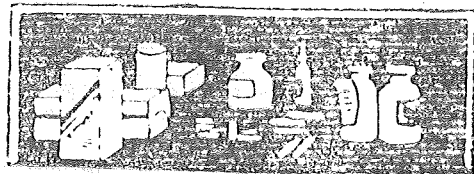
---

Өрөлтөлд 1985 оны 9 сарын 25 нд орж 2203 ш хэвлэв.

Цаасны хэмжээ 70x108 1/16. Хэвлэлийн хуудас 5,0

х. н. х. 5,6 Зах №С—112

Д. Сүхбаатарын нэрэмжит Улсын хэвлэлийн комбинатад хэвлэв. Д. Сүхбаатарын талбэй—6



## ШИНЭ ЭМ

### ГЕМИТОН (БНАГУ-д үйлдвэрлэв)

**Фармакологийн үйлдэт:** Гемитон нь илгизин фенгэлзингтай адил адрен идэвхт системд нөлөөлөх бэлэвт цусны даралт бууруулагч өвөрмөц онцлогтой. Бэлдмэлийг хэрэглэсний дараа альфи адренрецептор сэргэснээс цусны даралт түр зуур ихсээд дараа нь тогтвортой буурна.

Гемитон тархины торлог байгууламжинд нөлөөлсөнөөс тайвшруулах үйлдэл үзүүлнэ. Мөн нүдний даралтыг бууруулна.

**Хэрэглэх заавар:** Гипертонийн янз бүрийн хэлбэр ялцгуяа бөөрний архаг дутагдлаас шалтгаалсан гипертоний үед хэрэглэнэ. Бусад бэлдмэлүүдээс ялгаатай нь тогтвортой гипертонийн үед үр нөлөө сайтай.

**Хэрэглэх арга, тун:** Гемитоны хэрэглэх тунг өвчтөний өвөрмөц байдлыг харгалзан тогтооно. Ер нь хамгийн бага тун нь илүү нөлөөтэй. 0,075 мг-аар өдөрт 2—4 удаа ууна. Хэрэв даралт бууруулах үр нөлөө хангалтгүй байвал нэг удаагийн тунг 1—2 өдөрт 0,0375 мг-аар (0,075 мг-ийн 1/2 шахмал) нэмэгдүүлэн 0,15—0,3 мг-д (өдөр 2—4 удаа) хүргэнэ. Хоногийн тун 0,3—0,45 мг заримдаа 1,2—1,3 мг байна. Хоногт 0,45—0,6 мг тунгаар хэрэглэхэд үр нөлөө хангалтгүй байвал шээс хөөх эм, резерпин, альфи, метилдофа октадин буюу бусад цусны даралт бууруулах бэлдмэлтэй хамт хэрэглэнэ.

Дунд зэргийг буюу ахмад насны ялангуяа тархины судасны хатуурлын нэрлэлтэй, энэ бэлдмэлд хэт мэдрэг хүмүүст эмчилгээг 0,0375 мг (1/2 шахмал)-аар эхэлнэ. Ээлжит эмчилгээг 1—2 сар хийх бөгөөд зайлшгүй шаардлагатай үед 6—12 сар түүнээс дээш хугацаагаар үргэлжлүүлж болно.

Гемитоны эмчилгээний үед өвчтөний цусны даралтыг хэвтээ, босоо байдалд тогтмол хэмжиж бийх хэрэгтэй. Эмчилгээг гэнэт зогсоож болохгүй, тунг 7—10 өдрийн турш аажим бууруулж эмчилгээг зогсооно.

**Цээрлэх үе:** Жолооч зэрэг нарийн анхаарал шаардагдах ажилтай хүмүүс ажлын цагаар хэрэглэж болохгүй. Эмчилгээний үед согтууруулах ундаа, нойрсуулах бг нейродентикийн бүлгийн эм хэрэглэхгүй.

**Гаж нөлөө:** Ам ангах, өтгөн хатах, ядрах, бие сулрах, сэтгэл хөөрөх, тайвн биш болох, судсанд тарих үед цусны даралт ихсэх гаж нөлөө гарч болно.

**Эмийн хэлбэр, савлах:** 0,075 мг, 0,3 мг, 0,015 мг шахмалыг 30 буюу 50 ширхгээр савлана.

### СЕРПИН (Энэтхэг улсад үйлдвэрлэв)

**Найрлага:** Нэг шахмалд раувольфин гэдэг ургамлын шийлбэр алкалоид 4 мг орсон байна.

**Фармакологийн үйлдэл:** Тайвшруулах, цусны даралт бууруулах үйлчилгээтэй. Энэ бэлдмэлд раувольфин үндсэнд агуулагдах 21 төрлийн алкалоид бүгд орсон тул цусны даралт бууруулахад резерпингээс илүү юм. Серпиныг шээс хөөх, вегетатив мэдрэлийн зангилаанд хориг үүсгэдэг бэлдмэлүүдтэй хамт хэрэглэхэд тэдгээрийн үйлдлийн хүчийг нэмэгдүүлж хортой гаж нөлөө гарахыг багасгана. Энэ нь хорт явцтай гипертоний өвчнийг эмчлэхэд ашигтай.

**Хэрэглэх заавар:** Зүрх судас ба бөөрний гаралтай гипертоний, цусны даралт ихэссэнээс зүрхний ажиллагаа тасалагдах, истери, насанд хүрэгсэд ба хүүхдийн мэдрэлийн хүчдэл, цочромтгой байдал, ангица, судас хатуурлын солнорол, бэлгийн дур буурах, психосоматик өөрчлөлт, тиреотоксикоз зэргийн үед хэрэглэнэ. Мөн загатнаат дерматозын үед хэрэглэж болно.

**Хэрэглэх арга, тун:** Гипертонийн хөнгөн хэлбэрийн үед өдөрт 1/2-ээс 1 шахмалаар 2—3 удаа, хүнд хэлбэрийн үед 2 шахмалаар 3 удаа тус тус ууна. Истерийн үед 1—3 шахмалаар өдөрт 3 удаа тайвшруулах зорилгоор хэрэглэнэ.

**Гаж нөлөө:** Серпиныг удаан хугацаагаар хэрэглэхэд хамар битүүрэх, зүрхний ритм удаашрах, ходоодны ажиллагаа хямрах, (бага зэрэг) нойрмоглох, бие сулрах зэрэг гаж нөлөө гарч болно.

**Эмийн хэлбэр, савлах:** Шахмал хэлбэрээр үйлдвэрлэж 50 буюу 100 ширхгээр савласан байна.

УЛСЫН ЭМ ХАНГАМЖ ҮЙЛДВЭРЛЭЛИЙН ГАЗРЫН  
МЭДЭЭЛЭЛ ТЕХНОЛОГИЙН ТАСАГ