

шшч



Анагаах Ужид



ЭМНЭЛГИЙН ХЭВЛЭЛИЙН НЭГДСЭН РЕДАКЦИЙН
ЗӨВЛӨЛ

- Ж. Раднаабазар* (Эрхлэгч, доцент)
Л. Буджав (Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн)
Б. Гоош (Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн)
Ж. Дашдаваа (Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн)
Б. Дэмбэрэл (Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн)
Г. Дашзэвэг (Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн)
Ч. Долгор (Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн, профессор)
Ж. Купул (Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн)
Э. Лувсандагва (Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн)
А. Ламжав (Эм зүйн ухааны дэд эрдэмтэн)
Т. Хүрэлбаатар (Хариуцлагатай нарийн бичгийн дарга)
П. Нямдаваа (Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн)
Б. Рагчаа (Анагаах ухааны доктор, профессор)
Г. Цагаанхүү (Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн)
Б. Шижирбаатар (Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн)
Н. Шура

Техник редактор **О. Тунгалаг**

Хянагч **Д. Болд**

Өрөлтөнд 1984 оны 4 сарын 3-нд орж, 2403 ш хэвлэв.
Цаасны хэмжээ 70X108 1/16. Хэвлэлийн хуудас 5.0
х. н. х. 5, 6. А— Зах № С—110
Д. Сүхбаатарын нэрэмжит Улсын Хэвлэлийн Комбинатад
хэвлэв. Д. Сүхбаатарын талбай—6

АНАГААХ УХААН

ЭРҮҮЛИЙГ ХАМГААЛАХ ЯАМ

15 дахь жилдээ

№ 2 (50)

1984 он

Эрдэм шинжилгээ практикийн улирал тутмын сэтгүүл

АГУУЛГА

Эмчилгээ үйлчилгээ, намын анхан шатны байгууллага	3
Энх тайвныг хамгаалахад улаан загалмайн хөдөлгөөний оруулах хувь нэмэр	7
Арвилан хэмнэхэд анхаарлаа төвлөрүүлсе	10
Ухамсартай сахилга хүнийг захирч удирдана (эчнээ бага хурал)	13
ЭРҮҮЛИЙГ ХАМГААЛАХЫН ЗОХИОН БАЙГУУЛАЛТ	
Л. Буджав, Р. Батсуурь—Хүүхдэд үзүүлж буй эмнэлгийн тусламжийн одоогийн байдал, түүний төлөвлөлтийг боловсронгуй болгох асуудалд	17
Б. Чүлтэмсүрэн—Бөөр, шээсний замын эрхтэний эмгэг судлалын хөгжилт	20
ЭХ НЯЛХСЫН ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН АСУУДЛААР ХИЙХ УЛСЫН ЗӨВЛӨЛГӨӨНИЙ ӨМНӨ	
Мо. Шагдарсүрэн—Эх нялхсын байгууллагын хөгжлийн ирээдүйн төлөв	24
Д. Дариймаа, Н. Мөнхтүвшин—Жирэмсний зарим хүндрэлийн үед захын цусан дахь Т ба В тунгалаг эсийн хэмжээний өөрчлөлт	29
Г. Самбуудолгор, Б. Шижирбаатар—Жирэмслэлтийг хожуу хугацаанд таслах арга	33
СУДАЛГАА ШИНЖИЛГЭЭ	
Э. Довдон—Нүдний даралт ихсэх өвчний клиник явцын зарим онцлог шинж	35
Ё. Думаа, Ш. Чадраавал—Хүнсний ногооны „С“ витамини хэмжээ боловсруулалтын аргаас хамаарах нь	38
Б. Бүргэд-Очир, Т. Пүрэвжав—Уушгины архаг үрэвслийн рентген оношлол	41
МЭРГЭЖЛИЙН ЗӨВЛӨЛГӨӨ, ЛЕКЦ, ТОЙМ	
П. Нямдаваа, Г. Цагаанхүү—Полиомиелит (хэвлэлийн тойм)	44
Л. Мягмар, Г. Чойжамц—Зүрхний гликозидыг эмчилгээнд хэрэглэх нь	55
Д. Бямбадорж—Хүүхдийн гуурсан хоолойн болон уушгины үрэвслийн үед цахилгаан эмчилгээ хийх нь	60
Д. Бурмаа—Лабораторийн шинжилгээнд өвчтөн бэлтгэх журам	61
ТУРШЛАГА СОЛИЛЦЪЕ	
Х. Тэрбиш—Бөөрний өвчнийг сувиллаар эмчлэх	65
Д. Авирмэд, Н. Адъяа—Хүүхдийн эрчимт эмчилгээний практикт	70
Д. Цэвээндорж—Арьсны зарим архаг өвчний үед хүхэр устөрөгчийн рашааныг хэрэглэх нь	73
ХОВОР ТОХИОЛДОЛ	
Ц. Бундан—Цээжний дотор байрласан бамбай булчирхайг мэс заслаар эмчилсэн нь	75
ГА ДААД ОРНУУДАД	
ЗСБНХУ-ын эрүүлийг хамгаалах: эмнэлгийн тусламжийн чанарыг сайжруулах арга зам	77

МЭДЭЭ

МЕДИЦИНА

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Выходит с 1970 г.

№ 2 (50)

1984 г

Научно-практический ежеквартальный журнал

СОДЕРЖАНИЕ

Медицинская помощь и первичная партийная организация
Вклад красно-крестного движения в защиту мира
Больше внимания вопросам экономии и бережливости
Сознательная дисциплина правит и руководит человеком (Заочная конференция читателей)

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Л. Буджав, Р. Батсурь—Современное состояние медицинской помощи детям и усовершенствование ее планирования 40

Б. Чүлтэмсурен—Развитие нефрологической и урологической службы

К РЕСПУБЛИКАНСКОМУ СОВЕЩАНИЮ ПО ВОПРОСАМ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И РЕБЁНКА

Мо. Шагдарсурен—Перспективы развития системы охраны материнства и детства

Д. Дарима, Н. Мунхтувшин—Количественное изменение субпопуляции Т и В лимфоцитов периферической крови при некоторых осложнениях беременности

Т. Самбудолгор, Б. Шижи рбатор—Прерывание беременности поздних сроков по методу Абурела

ИССЛЕДОВАНИЯ

Э. Довдон—Некоторые особенности клиники первичной глаукомы

Ё. Дума, Ш. Чадрвал—Содержание витамина С в овощах в зависимости от метода кулинарной обработки

Б. Бүргэд-Очир, Т. Пүрэвжав—Рентгенодиагностика хронических болезней легких

ОБЗОРЫ, ЛЕКЦИИ, КОНСУЛЬТАЦИЙ

П. Нямдава, Г. Цаганху—Полномиелит

Л. Мягмар, Г. Чойжамц—К вопросу применения сердечных гликозидов в клинике

Д. Бямбадорж—Физиотерапевтическое лечение детей при пневмонии и бронхитах

Д. Бурма—Порядок подготовки больных [к лабораторному исследованию]

ОБМЕН ОПЫТОМ

Х. Тэрбиш—Курортное лечение почечных больных

Д. Авирмэд, Н. Адвяа—Из практики интенсивного лечения детей

Д. Цэвэндорж—Применение сероводородных ванн при хронических кожных заболеваниях

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ

Ц. Бундан—Хроническое течение зоба, локализованного в переднем средостении

ЗА РУБЕЖОМ

Здравоохранение СССР; Пути улучшения качества медицинской помощи

ХРОНИКА

ЭМЧИЛГЭЭ ҮЙЛЧИЛГЭЭ, НАМЫН АНХАН ШАТНЫ БАЙГУУЛЛАГА

Манай орны социалист байгуулалтын хөгжлийн өнөө үеийн хурдац, хүн амын тасралтгүй өсөн нэмэгдэж байгаа хэрэгцээтэй уялдан эмнэлгийн үйлчилгээг илүү хөнгөн шуурхай, соёлч, оновчтой болгож, эмч, эмнэлгийн ажилтнуудын улс төрийн боловсрол, ёс суртахууны хүмүүжил, мэргэжлийн түвшин, ажлын хариуцлага, хөдөлмөрийн сахилга, ухамсрыг ямагт өндөр байлгахыг амьдрал зүй ёсоор шаардаж байна.

Дээрх шаардлагын бодит биелэл нь эмнэлгийн хамт олны дунд зохиох улс төр, үзэл суртал, зохион байгуулалтын ажлын чанар, далайц, тогтмолжилтоос ихээхэн хамаарна. Энэ ажлыг зангидан хөтлөгч хүч нь эмнэлгийн дэргэдэх намын анхан шатны байгууллага мөн.

МАХН-ын Төв Хорооны VII (1983) бүгд хурал дээр нөхөр Ю. Цэдэнбал хэлсэн үгэндээ „Олон түмний гүнд ажилладаг бөгөөд хөдөлмөрийн хамт олны улс төрийн гол хүч болсон намын анхан шатны байгууллагын дайчин чадварыг эрс дээшлүүлэх, хөдөлмөрчдийн дунд тэдгээрийн зохиож байгаа үзэл суртал-хүмүүжил, улс төр-зохион байгуулалтын ажлыг шинэ шатанд гаргах шаардлага дээрхээс урган гарч байгаа юм“ гэж онцлон заасан билээ.

Эмнэлгийн дэргэдэх намын байгууллага бүхэн энэ чухал зорилтыг тэр болгон хангаж чадахгүй байна.

1983 оны сүүлчээр МАХН-ын Төв Хорооноос эмнэлгийн ажилтны хариуцлага, сахилгын байдалд хийсэн шалгалтаар илэрсэн дутагдал нь эмнэлгийн намын байгууллагын ажил хангалтгүй байгаатай шууд холбоотой юм.

Эмчилгээ үйлчилгээ, урьдчилан сэргийлэх ажлын хувь заяаг гардан хөтлөгч хүч болсон эмнэлгийн зарим байгууллага, ажилтны хариуцлага, сахилгагүй байдлыг богино хугацаанд арилгах явдлыг юуны өмнө эмнэлгийн дэргэдэх намын анхан шатны байгууллагын ажлыг сайжруулахаас эхлэх ёстой.

Эмнэлгийн дэргэдэх намын анхан шатны байгууллага бүр зохиож байгаа улс төр, үзэл суртал, зохион байгуулалтын ажлынхаа чанарын түвшин, үр нөлөөг иж бүрэн шалгуур үзүүлэлтээр дүгнэн цэгнэж, намын ажлын төлөвлөлтийг оновчтой боловсронгуй болгоход анхаарвал зохино. Улаанбаатар хотын намын хороо 1983 онд намын анхан шатны байгууллагын ажлын түвшинг тогтоох шалгуурыг боловсруулан гаргасныг мөрдөх хэрэгтэй. Намын үүрийн бүх гишүүдийн хурлын ажил хэрэгч байдал, үр нөлөөг дээшлүүлж оновчтой шийдвэр гаргаж нэгэнт гарсан шийдвэрийг заавал ажил хэрэг болгоход бүтээлч хандах нь чухал. Намын хурлыг нээлттэй өргөтгөсөн хэлбэрээр хийж, нам бусчуудын санаа бодлыг сонсож, санаа авах, тэднийг намын олон талт ажилд аль болохоор өргөн оролцуулж байх хэрэгтэй.

Эмнэлгийн дэргэдэх намын анхан шагнаы байгууллагын гол зорилт нь эмчилгээ оношлогоо, урьдчилан сэргийлэх ажлын чанарыг дээшлүүлэх явдал мөн.

Тухайн байгууллагын ажлыг бүхэлд нь харуулах буюу салбар нэгжийн үйлчилгээний онцлогт тохирсон мэдээ, судалгааг намын байгууллага бүхэн системтэйгээр авч судлан анализ хийж байх нь ажлын чухал хэрэглүүр болно. Ингэхгүйгээр цохилт өгөх гол цэгийг олж чадахгүй. Иймээс намын анхан шатны байгууллага хаанаас хэдий хугацаанд ямар мэдээ, мэдээлэл авахыг өөрийн онцлогт тохируулан тогтоож хэрэглэх нь ашигтай.

Эмчилгээ үйлчилгээ, урьдчилан сэргийлэх ажлыг сайжруулах асуудлаар идэвхтний хурал, зөвлөлгөөн, ярилцлага, семинар зохиодог аргыг нэвтрүүлэх нь зүйтэй юм. Мөн энэ чиглэлээр үйлчлэгч үйлчлүүлэгчдийн уулзалт, нээлттэй захидлын өдөрлөгийг тогтмол зохиох нь үр дүнгээ өгнө.

Эмнэлгийн дэргэдэх намын анхан шатны байгууллага нь түшиглэсэн байгууллагын хөгжлийн хэтийн төлөвлөгөөг (5—10—15 жил) судалж зохих чиглэл өгч байхын хамт жил, таван жилийн төлөвлөгөөг бүх гишүүдийн болон товчооны хурлаар хэлэлцэж сайтар шүүж бодитой болгосны дараа удирдах дээд байгууллагуудад оруулдаг журмыг эзэмшиж хэвшүүлэх хэрэгтэй. Байгууллагаа хөгжүүдэх төлөвлөгөөнд ингэж хандахгүй байгаа нь төлөвлөлтийг сайжруулах, шинжлэх ухаан-техникийн дэвшил нэвтрэх явцыг удаашруулж, байвал зохих нэгж буй болохгүй, тэдгээрт ажиллах хүч, хөрөнгө, ачаалал зөв тэнцвэртэй хуваарилагдахгүйд хүргэдэгт дүгнэлт хийвэл зохино.

Харьяа нэгж бүрийн ажлыг зөв үнэлж амьдралд нийцэж, ажилд нөлөөлөхүйц арга хэлбэр нэвтрүүлэхэд эмнэлгийн дэргэдэх намын анхан шатны байгууллага цаг ямагт шинийг сэдэж олон түмнээ хошуучлах үүрэгтэй.

Хөдөлмөрийн хамт олныг идэвхжүүлж, амжилт бүтээлийг арвижуулах түлхүүр болсон социалист уралдааныг улам боловсронгуй болгож, түүнийг удирдаж байгаа одоогийн арга барилыг өөрчлөх явдал чухлаар шаардагдаж байна. Социалист уралдаанд дайчин шахуу бүтээлч үүрэг авахуулах, үүргийн хамгаалалт хийлгэх явдлыг ажил хэрэгчээр зохион байгуулах нь туйлын чухал юм.

Социалист уралдааныг зохион байгуулахдаа тэргүүний тасаг, кабинет, ээлж, он улирлын болон ажил мэргэжлийн аварга, түүхт ой, гавьяат үйлстний нэрэмжит хаягтан, долоо, арав хонogiйн тэргүүн, шинийг санаачлагч, сахилга хэв журмын зөрчилгүй хамт олон, ажил үйлчилгээний мастер, алтан чагнуурын эзэн шалгаруулах ээрэг олон арга хэлбэрийг өргөн хэрэглэж, түрүүлэгчдэд олгох материалын болон ёс суртахууны урамшууллыг зохистой хослуулж ололтыг нь тогтворжуулахад байнга тусалж, хамт олны дунд алдаршуулан, арга туршлагыг нь нийтийн хүртээл болгож байх хэрэгтэй юм.

Эмнэлгийн дэргэдэх намын анхан шатны байгууллага тэргүүн туршлага, шинжлэх ухаан-техникийн ололтыг эмчилгээ үйлчилгээнд нэвтрүүлэхдээ яамны төлөвлөгөөгөөр тухайн жилд нэвтрүүлэх буюу үр дүнг нь тооцох туршлагын төлөвлөгөөг хангуулах явцыг хянахаас гадна өөрийн байгууллагын өвөрмөц онцлогоор нэвтрүүлэх туршлагын бэлтгэл, нэвтрэлт, үр дүн, дараа нэвтрүүлэх туршлагын сан хир зэрэг байгааг хянаж зохион байгуулахад илүү анхаарах хэрэгтэй.

Эмнэлгийн үйлчилгээг сайжруулах өөр нэг нөөц бол захиргааны ажилд хяналт тавих намын комиссыг үр дүнтэй ажиллуулах явдал юм. Хяналтын комиссыг эмчилгээний чанар, оноц тогтоолт, эмнэлгийн акт, магадлагааны олголт, баримт бичгийн хөтлөлт, хөдөлмөр зохион байгуулалт, цаг ашиглалт, эмнэлгийн дотоод дэглэм, дүрмийн биелэлтийг сайжруулахад чиглүүлэн байгуулж ажиллуулбал зохино.

Нөгөө талаар эмчилгээ үйлчилгээ, урьдчилан сэргийлэх ажилд намын үүрийн товчооны, намын гишүүдийн, идэвхтний үзлэгийг ээлж

дараатайгаар хийж байх хэрэгтэй. Өвчтөн, тэдгээрийн ар гэрийнхний санал шүүмжлэл, эрэлт хүсэлтийг хайрцаг, дэвтэр, социологийн судалгааны хүснэгтээр авч судалж дүгнэлт хийж байхын зэрэгцээ, захиргаанаас хөдөлмөрчдийн болон хэвлэлийн шүүмжлэл, саналыг хэрхэн барагдуулж байгааг тогтмол хянаж байх нь зүйтэй юм.

Эмнэлгийн дэргэдэх намын анхан шатны байгууллагаас боловсон хүчин бүртэй тодорхой ажиллах нь нам, улс, хөдөлмөрийн сахилгыг бүх талаар бэхжүүлэх үндэс мөн. Хамт олны бүрэлдэхүүнийг судлан, намын гишүүд, боловсон хүчнийг зөв байршуулж, ахмад, залуу үеийг зохистой хослуулан ажиллуулах нь амин чухал юм.

Боловсон хүчний механик хөдөлгөөнийг эрс багасгаж, тэдний тогтвор суурьшлыг намын байгууллага байнга хараа хяналтандаа байлгах хэрэгтэй.

Хүн бүрийн ажлын ачааллыг зөв тогтоох, эрх үүргийн нэгдлийг хангах, хариуцах ажлыг тодорхой зааглаж өгөх, ажил дүгнэх шалгуур, түүний үнэлгээ, доод түвшинг гаргаж биелэлтийг нь хянаж байх нь үр дүнгээ өгнө.

Ажилчин, албан хаагч бүрийг өөрөө өөртөө дүгнэлт хийж, ололт дутагдлаа намч, зарчимч байр сууринаас олж харж, арилгаж чаддаг, ажил хэрэгч шүүмжлэл өрнүүлдэг болгох нь ахин дэвшихийн үндэс болно.

Хамт олон, ялангуяа намын гишүүд, эмч мэргэжилтэн бүрийн манлайллыг богино хугацаанд дүгнэж, хамт олноор нь хэлэлцүүлж бүх шатны хурал зөвлөлгөөнөөр сонсож өндөр шаардлага тавьж байвал зохино.

Эмнэлгийн дэргэдэх намын үүр өөрийн шууд мэдлийн (тасаг, кабинетын эрхлэгч мэт) албан тушаалыг албан ёсоор тогтоож түүнд нөөц боловсон хүчнийг судалж бэлтгэж байх хэрэгтэй.

Эмч, эмнэлгийн дунд мэргэжилтнүүдэд бүтээлч, ажил үйлдвэрлэлийн чиглэсэн зорилготой, эцэст нь үр дүнг нь тооцож болох даалгавар өгч, заавал биелүүлдэг, гүйцэтгэсэнээ эргэж илтгэдэг, сахилгад сургах нь намын байгууллагын ажлын хэвшүүлэх арга юм.

Хамт олны гишүүн нэг бүрт мэргэжил, боловсрол, албан тушаалын байдлаар ялгавартай хандаж, онол улс төр, мэргэжил, гадаад хэл, хууль эрх, эдийн засаг, техникийн мэдлэгийн байдлыг тогтмол шалгаж байх нь хувь хүн бие дааж өөрийгөө боловсруулан мэргэжил боловсролоороо шат ахих шаардлагыг өөртөө тавьдаг, „өөрийгөө таньдаг“ болгоход нөлөөлнө.

Боловсон хүчин, ялангуяа дээд мэргэжлийн сэхээтэн эмч бүр 2—5 жилийн хугацаатай өөрийгөө боловсруулах төлөвлөгөөтэй ажиллах ёстой. Гэтэл одоо энэ төлөвлөгөөг хүнд үзүүлэх төдий оромдон хийдэг, түүний боловсруулалт биелэлтийг эмнэлгийн дэргэдэх намын анхан шатны байгууллага хянахгүй зөнд нь орхиж байгаа дутагдлыг нэн даруй арилгах хэрэгтэй.

Нийт намын байгууллагуудад сүүлийн үед нэвтэрч байгаа „сахилгын хяналтын өдөр“-ийг сайтар бэлтгэж, үзэл суртал, зохион байгуулалтын өндөр хэмжээнд сар бүр зохион байгуулж байвал зохино.

Их, бага эмч, сувилагч, эмнэлгийн дунд мэргэжилтэн бүрийг хагас бүтэн жилд хийсэн ажлаар нь тайлан хамгаалалт хийлгэж ажилд нь үнэлэлт дүгнэлт өгдөг аргыг нэвтрүүлэх нь тэдний даалгасан ажилд эзэн болох хариуцлагыг дээшлүүлэхэд чухал шижим болно.

Эмнэлгийн ажилтантай ажиллахад боловсон хүчний байцаагч, тасгийн эрхлэгч, ерөнхий болон ахлах сувилагчдын хүчийг бүрэн ашиглаж тэдний хариуцлагыг тусгайлан дүгнэж байх хэрэгтэй.

Эмнэлгийн захиргаа, тасаг нэгжээс боловсон хүчинтэйгээ хэрхэн ажиллаж байгааг байнга хянаж захиргаа, нэгжийн удирдлагаас хүнтэй ажиллах хариуцлагыг эрс дээшлүүлэх хэрэгтэй. Байгууллагын

тэргүүний болон доголдолтой хүмүүсийг судан хоцрогчгүй хамт олон болох, ахмадаас сурах, халамжлан хүмүүжүүлэх, залуу халаа бэлтгэх ажлыг байнга зохиож, мэргэжил, ёс суртахуунаар доголдон хариуцлага, сахилга алдаж хамт олны ариун алдрыг хөсөрдүүлдэг ганц нэг хүмүүсийг эгнээндээ орогнуулдаггүй байхад эмнэлгийн дэргэдэх намын анхан шатны байгууллага онцгой анхаарах ёстой.

Эмнэлгийн дэргэдэх намын анхан шатны байгууллага өмчийн сахилгыг бэхжүүлж, материал санхүүгийн нөөцийг зөв зохистой ашиглаж, социалист өмчийн тухай намын лоозонг хэрэгжүүлэхэд байнга анхаарч байх үүрэгтэй. Энд юуны өмнө эмнэлгийн машин техник, тоног төхөөрөмжийн эзэмшилт, эвдрэл сааталд хяналт тавьж бүрэн хүч чадлаар нь зориулалтын дагуу ашиглаж байгаа эсэхэд хатуу хяналт тавихын зэрэгцээ хамт олны эдийн засаг, техникийн боловсролыг дээшлүүлэхэд анхаарлаа төвлөрүүлэх хэрэгтэй. Техник-эдийн засгийн кабинет, зөвлөл байгуулж түүгээр дамжуулан хяналт, сургалт тогтмол хийлгэж байвал зохино.

Байгууллагын төсвийн төлөвлөлт, зарцуулалт, жил улирлын тайлан балансад гишүүд идэвхтний хүчээр эдийн засгийн судалгаа дүгнэлт хийж дүнг намын үүрийн товчооны өргөтгөсөн хурлаар хэлэлцэж зохих үнэлэлт чиглэл өгч байх хэрэгтэй.

Өмчийн байдалд намын үүрийн товчоо, гишүүдийн үзлэг тогтмол хийдэг, нярав эд хариуцагчдын ажлыг тодорхой дүгнэдэг, тэдгээрт намын гишүүдийг томилон ажиллуулдаг туршлагыг өргөн нэвтрүүлэх нь зүйтэй юм.

Нүдлэн хамгаалах штаб, засан сэлбэх идэвхтэн, групп ажиллуулах нь илүү үр дүнтэй. Материал, түүхий эд, түлш эрчим хүч, ялангуяа эм, хүнсний материалын зарцуулалт, өвчтөний хоолны чанарт тавих намын хяналтыг тогтмолжуулах хэрэгтэй. Эмнэлгээс ихээхэн хэмжээгээр гардаг шил, цаас, даавуу, зургийн хальс, хор зэрэг үнэт хоёрдогч түүхий эдийн бэлтгэл, ашиглалтыг намын байгууллага үе үе шалгаж, энэ талаар гарсан нам, засгийн тогтоолын биелэлтийг хангуулж байвал зохино.

Дээр дурдсан ажлыг хэрэгжүүлж, үр дүнд хүрэх, нам, улс, хөдөлмөрийн сахилгыг бэхжүүлэх үндсийн үндэс нь эмнэлгийн дэргэдэх намын анхан шатны байгууллагаас зохиох улс төр, үзэл суртлын ажлыг тогтмолжуулан чанаржуулах явдал юм.

Эмнэлгийн ажилтан, албан хаагчдын дунд зохиох улс төр, үзэл суртлын ажлыг хамт олны мэргэжил, боловсрол, нас, ажил, албан тушаалын онцлогийг харгалзан ялгавартай хандаж намын бусад байгууллагын туршлагаар хэтийн ба жилийн иж бүрэн төлөвлөгөөний үндсэн дээр явуулах хэрэгтэй.

Улс төрийн мэдээлэл, лекцийн суртал нэвтрүүлгийг нийт дунд нь ерөнхийлөн явуулдгийг зогсоож хүмүүсийг хэсэгчлэн хуваарилж, мэдээлэл, лекцийг чиглэсэн зорилготой, цуврал хэлбэрээр явуулж байх нь зүйтэй. Үүний тулд өөрийн мэргэжсэн мэдээлэгч, лектор-лекторын групптэй болж, бусдын гар харж суртал ухуулгыг тааралдсан хүнээр дурын сэдвээр хийлгэдгээс зайлсхийвэл зохино.

Шаардлагатай тохиолдолд суртал ухуулгыг хаягийн болон ганцаарчилсан хэлбэрээр зохиож байх хэрэгтэй.

Ажилчдын дунд өөрийн онцлогийг харгалзан аймаг, хот, районы намын байгууллагаас зохих чиглэл зөвлөмж авч, улс төрийн нэгдсэн өдөрлөгийг онцлог сэдэв хэлбэрээр тогтоосон графикаар хийж байх нь зүйтэй.

Эмнэлгийн ээлжийн үйлчилгээтэй онцлогийг харгалзан бүх эмч, ажилчдыг мэдээлэл, лекц, өдөрлөг, улс төрийн сургуульд бүрэн жигд

оролцуулах боломжийг тогтоож хэд хэдэн өдөр, өөр өөр цагт зохиож байх журмыг боловсруулж мөрдөх шаардлагатай байна.

Гадаад дотоодын онол, улс төрийн болон мэргэжлийн тогтмол хэвлэлийн захиалга, тэдгээрийн ашиглалт, онол, улс төр, уран зохиолын ном унших явдалд хяналт тавьж ярилцлага, харилцан мэдээлэл хийх, уншлагын өдөр зохиох, ном хэвлэлийн мэдээллийн ханын самбар ажиллуулах, номын сан, булан байгуулах зэргээр бүх эмч ажилчдыг ном хэвлэлийн байнгын нөхөр болох хөдөлгөөнийг өрнүүлэх хэрэгтэй.

Ажилчин, албан хаагчдын дунд биеийн тамир, спортын тэмцээн, аялал, идэвхтэй амралт зохиох, зохион байгуулалттай үзвэр үзэх, сайн дурын уран сайхны хамтлаг байгуулах зэргээр тэдний бие бялдар, гоо зүйн хүмүүжлийн түвшинг байнга дээшлүүлж байх хэрэгтэй.

Эмч нарын гадаад хэл, ялангуяа орос хэлний мэдлэгийн түвшинг тогтоож төрөлжсөн хичээл явуулах, дугуйлан байгуулах, бие дааж судлах, бие биенээсээ сурах, бичлэг, орчуулга хийх, шалгалт шүүлэг авах зэргээр хэл сурах бүхий л боломжийг бүрэн ашиглах ажлыг намын байгууллага сайтар зохион, намын улс төр, үзэл суртлын ажилд олон нийтийн бусад байгууллагын хүчийг бүрэн дайчилж үр нөлөөтэй ажиллуулах нь чухал юм.

Ажлынхаа дайчин чадварыг байнга дээшлүүлэх улмаар эмч, эмнэлгийн ажилтнуудын нам, улс, хөдөлмөрийн сахилгыг дээшлүүлж, тэдэнд социалист аж төрөх ёсыг гүн бат эзэмшүүлэн хэвшүүлж хүн ардынхаа эрүүл мэндийг улам бүр бат найдвартай хамгаалахад жинтэй хувь нэмэр оруулах явдал эмнэлгийн дэргэдэх намын анхан шатны байгууллагын хойшлуулшгүй зорилт болж байна.

Ж. ЛУВСАН

ЭНХ ТАЙВНЫГ ХАМГААЛАХАД УЛААН ЗАГАЛМАЙН ХӨДӨЛГӨӨНИЙ ОРУУЛАХ ХУВЬ НЭМЭР

МОНГОЛЫН УЛААН ЗАГАЛМАЙН НИЙГЭМЛЭГИЙН ГҮЙЦЭТГЭХ ХОРОО

ЗХУ тэргүүтэй ах дүү социалист орнуудын үндэсний УЗН-үүдийн идэвхтэй хүчин чармайлтаар энх тайвныг хамгаалах үйл хэрэгт олон улсын улаан загалмайн хөдөлгөөнийг татан оролцуулах ажиллагаа сүүлийн жилүүдэд нилээд идэвхжиж байна.

1975 онд Бельград хотод хуралдсан энхтайвны асуудлаарх дэлхийн улаан загалмайн анхдугаар бага хурлаар „Улаан загалмай энх тайвны хүчин зүйл“ гэсэн үйл ажиллагааны программ-ыг гаргасан билээ. Энэ программын удиртгал хэсэгт энх тайвны асуудалд хандах тус хөдөлгөөний үзэл санааг „...Улаан загалмай энх тайвныг ердөө л дайнгүй байх явдал гэж үзэхээсээ илүүгээр ард түмнүүдийн хэрэгцээг хангахын тул нөөц бололцоог шударга, тэгш байдлаар хуваарилах болон эрх чөлөө, биеэ даасан байдал, тэгш эрх, үндэсний тусгаар тогтнол, хүний эрхийг хүндэтгэх явдал дээр үндэслэсэн улс гүрэн, ард түмнүүдийн хоорондын хамтын ажиллагааны эрчимтэй үйл явц юм“ гэж тодорхойлсон билээ.

Хамтын ажиллагааны энэ эрчимтэй үйл явц дэлхийн улаан загалмайн өнөр гэр бүлийн дотор, үндэсний нийгэмлэгүүдийн хооронд харилцан бие биеэ ойлгож туслан, хамтран ажиллах уур амьсгалыг бү-

Рэлдүүлж ингэснээрээ ард түмнүүдийн хооронд найрамдал, нөхөрлөлийн үзэл санааг үүсгэн хөгжүүлж энх тайвныг хамгаалах үйлст улаан загалмайн оруулах шууд бус хувь нэмрийг бий болгож байна гэж тус хөдөлгөөний хэмжээнд үзэх болов.

Бельградын бага хурлаас гаргасан дээрх үйл ажиллагааны программын үндсэн санааг хөгжүүлэн 1977 онд хуралдсан олон улсын улаан загалмайн XXIII бага хурлаар баталсан УЗН-үүдийн Холбооны шинэ үндсэн хуульд „хүнлэг үзлээр энх тайванд хүрье“ гэсэн уриаг шинээр нэмж оруулсан юм.

Энх тайвныг хамгаалахад улаан загалмайн оруулах хувь нэмрийг шууд ба шууд бус гэж хуваадаг. Олон улсын улаан загалмайн хөдөлгөөний гаргаж байгаа хүчин чармайлт нь бүхэлдээ шууд бус хувь нэмэрт хамаарч байгаа юм. Тус хөдөлгөөний түүхэн үүрэг нь зовлон гамшигт нэрвэгдсэн хүмүүс, хамт олныг учирсан зовлонгоос нь ангижруулан туслах явдал юм. Энэ түүхэн үүрэгт хандах тус хөдөлгөөний хандлага өөрчлөгдсөөр иржээ. Зовлонд нэрвэгдсэн хүмүүст туслах явдал зөвхөн сэтгэл санааны хэрэг байснаа больж туслах ёстойг ухаарсан ёс суртахууны асуудал болж, энэ хөдөлгөөний хүрээнд улам бүр дэмжигдсээр байна. Өөрөөр хэлбэл өглөг өгөх уламжлал сэтгэл зүйн хувьд туслах үүргээр халж солигдсоор байна. Энэ нь тус хөдөлгөөний үндсэн зарчмын нэг болох эв нэгдлийн зарчмыг шинэ утга санаагаар баяжуулж байна. Улаан загалмайн олон улсын хөдөлгөөн үзүүлж байгаа тусламжаараа гамшигт нэрвэгдсэн улс орнуудын хүн амын дунд найрамдлын үзэл санааг хүргэж, дайн гарах сэтгэл зүйн үндсийн нэг болох дайсагналцах явдлыг зөөлрүүлж, энх тайвныг хамгаалахад оруулах шууд бус хувь нэмэртээ, түлхэц өгч байна. Үүгээрээ улаан загалмай энх тайвны хүчин зүйл болох үндсээ бүрэлдүүлж байна.

Улаан загалмай нийгэмлэгүүдийн Холбооны үндсэн хуулинд „Улаан загалмай нийгэмлэгүүдийн Холбооны үндсэн зорилт нь хүний зовлон гамшгийг урьдчилан сэргийлж, хөнгөвчлөх зорилгоор үндэсний нийгэмлэгүүдээс явуулж байгаа хүнлэг үйл ажиллагаануудын бүх хэлбэрт ямагт, шинэ хүч өгч, зоригжуулан дэмжиж урагш хөгжүүлэхэд орших ба үүгээрээ манай гариг дээр энх тайвныг сахиулан дэмжихэд хувь нэмрээ оруулах явдал юм“ гэж тодорхойлсон байдаг.

Улаан загалмайн олон улсын хөдөлгөөний бүрэлдэхүүн хэсгүүдийн аль нь ч байгалийн гамшгийн болон зэвсэгт мөргөлдөөний үед хэлмэгдсэн хүмүүст эмнэлэг - нийгмийн тусламж үзүүлэх талаар баялаг туршлага хуримтлуулсан юм. Үүнээс гадна дээрх байдалд эмнэлгийн анхны тусламжийг үзүүлэхэд тохиолддог бүх л бэрхшээлийг чухамхүү олон улсын энэ хөдөлгөөн, бусад аль ч олон улсын байгууллагуудаас илүү сайн мэдэх бүрэн үндэстэй юм.

Газар хөдлөх, хүчтэй бороо орсноос болж үер буух, удаан хугацаагаар их хэмжээний газар нутгийг хамарсан ган болох, хар салхи гарах зэрэг хүн төрөлхтөний хяналтад өнөө хүртэл ороогүй байгаа байгалийн гамшгийн улмаас үүссэн хохирол, зарим тохиолдолд тухайн улс орны үндэсний нөөц, хүчин чадлаас давж болзошгүй тийм хэмжээгээр тохиолдох үе гарч болзошгүй байдаг. Гэвч энэ байдал хүн төрөлхтөнийг цөмийн сүйрэлд түлхэн оруулах аюулыг бодитой болгож, АНУ-ын дунд тусгалын цөмийн пуужингуудыг Өрнөд Европын зарим оронд байрлуулж байгаагаас шалтгаалан үүсэн гарч болох цөмийн дайны хохиролтой харьцуулахад өчүүхэн бага юм.

Эрдэмтдийн тооцоолж байгаагаар, манай гаригийг хамарсан цөмийн сүйрлийн үед хүн төрөлхтөний 1/3 нь шууд хөнөөгдөхөөс гадна тэрбум гаруй хүн гэмтэл авна гэж үзэж байна.

Эмнэлгийн анхны тусламж үзүүлэх мэргэжлийн хүмүүс, хэрэглэх дэвэр материалгүй болсноос шалтгаалж гэмтэл авсан эдгээр хүмүүст туслах ямар ч боломжгүй болох ажээ.

Иймд дайнд хэлмэгдсэн хүмүүст үүсэн байгуулагдсан үеэсээ эхлэн эмнэлгийн анхны тусламж үзүүлсээр ирсэн түүхэн үүргээ олон улсын улаан загалмайн хөдөлгөөн биелүүлэх боломжоо алдана гэсэн үг болж байна. Ингэхлээр тус хөдөлгөөн цөмийн дайны аюулыг зайлуулах нийтийн тэмцэлд оролцохоос өөр арга зам үгүй болж байгааг социалист орнуудын үндэсний нийгэмлэгүүд, нийгэмлэгүүдийнхээ олон сая гишүүн, идэвхтэнийхээ өмнөөс олон улсын улаан загалмайн чуулга, уулзалтуудад албан ёсоор мэдэгдэж, ажил хэрэгчээр хэлэлцэхийг уриалж байгаа юм. Гэтэл олон улсын улаан загалмайн хөдөлгөөний удирдлага, цөмийн дайныг эсэргүүцсэн нийтийн хөдөлгөөнд оролцох нь тус хөдөлгөөний төвийг сахих зарчимд харшилна гэж үзээд, энх тайвныг хамгаалах талаар олон улсын улаан загалмайн хөдөлгөөний оруулах хувь нэмрийг эрчимжүүлэх талаар зохистой арга замыг эрэн сүвэгчилж, бодит хүчин чармайлт гаргахын оронд элдвийн саад бэрхшээл тоочиж байгаа билээ.

Өнгөрсөн оны 10 дугаар сард Женевт хуралдсан Улаан загалмайн нийгэмлэгүүдийн Холбооны ерөнхий ассамблейн II чуулганд ЗХУ-ын Улаан загалмай нийгэмлэгийн төлөөлөгчид Цөмийн дайны аюулыг арилгахад Улаан загалмайн нийгэмлэгүүдийн Холбооны оруулах хувь „нэмрийн тухай“ тогтоолын төсөл оруулж хэлэлцүүлсэн юм. Энэ тогтоолын төслийг социалист орны үндэсний нийгэмлэгүүд дэмжсэний гадна энх тайвны асуудлаар болох дэлхийн Улаан загалмайн II бага хурлыг өндөр түвшинд, өргөн бүрэлдэхүүнтэй хийх нэгдмэл байр суурийг баримталж ажиллав. 1981 оны 3 дугаар сард Америкийн Виргинад хуралдсан „Цөмийн дайны аюулыг урьдчилан сэргийлэх, олон улсын эмч нарын анхдугаар их хуралд оролцогсод, цөмийн болзошгүй дайны улмаас үүсэх эмнэлгийн хор уршгийг“... Цөмийн туяанд цохиулж, түлэгдэн амьд үлдсэн тэр хүмүүс, эмнэлгийн үр ашигтай тусламж ч үгүй, идэх хоол, уух ус ч үгүй тэсвэрлэхийн аргагүй хүнд нөхцөлтэй тулгарах болно... „Амьд үлдэгсэд, үхэгсдээрээ атаархах болно“ гэж тодорхойлсон билээ. Дэлхийн эмч нарт хандаж гаргасан уриалгандаа дээрх тодорхойлолтоо үндэс болгон цөмийн дайны энэ аюулын өмнө нэг ч хүн амарлинггүй байж болохгүй гэж өгүүлсэн юм.

Олон улсын нэрт эрдэмтэд, эмч нарын цөмийн дайны хор уршгийн талаар хийсэн шинжлэх ухааны гүн үндэслэлтэй материалыг үндэсний нийгэмлэгүүдийн хамт олонд хүргэж, цөмийн дайны эсрэг улаан загалмайн олон нийтийн санаа бодлыг олон улсын улаан загалмайн хөдөлгөөний хүрээнд бүрэлдүүлэн тогтоох талаар Улаан загалмайн олон улсын хороо, Улаан загалмайн нийгэмлэгүүдийн Холбоог өөрсдөөсөө шалтгаалах бүхнийг хийхийг социалист орнуудын үндэсний нийгэмлэгүүд уриалж байгаа юм.

Улаан загалмай хүний амь нас, эрүүл мэндийг хамгаалах үйл ажиллагаанд, олон улсын болон үндэсний хүрээнд идэвхтэй өргөн оролцох ёстой. Эрүүл мэндийг хамгаалах нь хүмүүсийн өөрсдийн нь хэрэг мэт харагдах боловч нийгмийн чанартай үйл ажиллагааг зайлшгүй шаардах энэрэнгүй үйл ажиллагаа болдог билээ.

Олон улсын улаан загалмайн хөдөлгөөн зөвхөн дайнд нэрвэгдсэн хүмүүст эмнэлгийн анхны тусламж үзүүлээд зогсохгүй, тайван цагт манай гаригийн бүх хүмүүст эмнэлгийн анхны тусламжийн мэдлэг эзэмшүүлэх ажлыг үндсэн үйл ажиллагаагаа болгож байна.

Зэвсэглэлд гаргаж байгаа асар их хөрөнгийг өнөө болтол шийдвэрлэж чадахгүй байгааг дэлхийн хүн амын эрүүл мэндийг хамгаалахад зориулж зарцуулахыг Олон улсын улаан загалмайн хөдөлгөөн, хүнлэг үзлийнхээ үүднээс хатуу шаардах ёстой. Энэ нь дайныг хүн төрөлх-

төний амьдралаас эгнэгт зайлуулах, энх тайвныг хамгаалах үйл хэрэгт олон улсын улаан загалмайн хөдөлгөөнийг татан оролцуулах нэг чухал зүйл юм. Олон улсын улаан загалмайн өдрийг Энх тайван, улаан загалмай сэдвээр тэмдэглэн өнгөрүүлэх гэж байгаа энэ онд, энх тайвныг хамгаалах талаар гишүүн үндэсний нийгэмлэгүүдээс гаргаж байгаа хүчин чармайлтуудыг хөхиүлэн дэмжиж, өргөн хамтын ажиллагааг Олон улсын улаан загалмайн хөдөлгөөнд өрнүүлэхийг социалист орнуудын үндэсний нийгэмлэгүүд тус хөдөлгөөний удирдлагаас улам эрч хүчтэй шаардаж байна.

Энэ оны 9 дүгээр сарын эхээр Стокгольм хотод энх тайвны асуудлаар болох дэлхийн Улаан загалмайн II бага хурлыг өндөр түвшинд, дэлхийн олон нийтэд нээлттэй хийж, олон улсын улаан загалмайн хөдөлгөөнийг энх тайвныг хамгаалах үйл хэрэгт идэвхтэй татан оролцуулах талаар тус хөдөлгөөний өмнө тулгарч байгаа амин чухал асуудалд бодитой хандан, ухаалаг зөв шийдвэр гаргаж, тодорхой амжилтад хүрнэ гэдэгт МУЗН-ийн гишүүд, идэвхтэн нар найдан хүлээж байна.

Д. ДАВАА

АРВИЛАН ХЭМНЭХЭД АНХААРЛАА ТӨВЛӨРҮҮЛБЕ

ЭРҮҮЛИЙГ ХАМГААЛАХ ЯАМ

Манай нам, засгаас ард түмний эрүүл мэндийг хамгаалахын тулд зүйл бүрийн арга хэмжээ авч байгаагийн дотор эрүүлийг хамгаалах салбарт зориулан олгож байгаа төсөвт зардал жил тутам өсөн нэмэгдэж, материаллаг бааз нь бэхжиж боловсон хүчнээр хангагдаж байна. Одоо манай улсын 10 мянган хүнд 109 ор, 23 их эмч, 79 дунд мэргэжилтэн ногдож, эрүүлийг хамгаалах зардал 367 сая төгрөгт хүрч, манай улсын нэг иргэнд эрүүлийг хамгаалах төсвөөс 192 төгрөг зарцуулж байна.

Энэхүү ихээхэн хүч, хөрөнгө материал, санхүүгийн нөөцийг үр ашигтай, арвилан хэмнэлттэй зарцуулахад анхаарлаа төвлөрүүлэх явдал эрүүлийг хамгаалах байгууллага, ажилтан ажилчдын чухал зорилт болж байна.

МАХН-ын XVIII их хурлаас дэвшүүлсэн намын эдийн засгийн бодлогыг хэрэгжүүлж, намаас дэвшүүлсэн зарчмын лоозон, уриаг биелүүлэхэд эрүүлийг хамгаалах байгууллага, хамт олон чухал ажил гүйцэтгэж байна.

Эрүүлийг хамгаалах салбарт зориулан олгож байгаа үндсэн хөрөнгө, материалын үнэт зүйл, төсөвт зардлыг оновчтой, арвилан хэмнэлттэй ашиглах явдал байгууллага хүмүүсийн анхаарлын төвд байх ёстой. Энэ зорилтыг хэрэгжүүлэхээр тус салбарын хамт олон аж ахуйн ажиллагааг хэвшүүлэх, тэргүүний арга ажиллагааг дэмжин дэлгэрүүлэх, социалист өмчийн хадгалалт, зарцуулалтын байдалд үзлэг шалгалтыг үе шаттай явуулах, нүдлэн хамгаалах групп пост ажиллуулан, үзүүлэх сургууль, семинар зөвлөлгөөн зохиож, туршлага солилцох, машин, тоног төхөөрөмжийн ашиглалтыг сайжруулах зэрэг ажил зохиож байгаа нь үр дүнгээ өгч байна.

Тус салбарын хэмжээнд социалист өмчийг нүдлэн хамгаалах 600 гаруй групп пост, 3300 гаруй гишүүдтэй ажиллаж 1983 онд 1769 удаа үзлэг шалгалт явуулж, 29 мянган хүнийг хамарчээ. Үзлэг шалгалтаар 2,1 сая төгрөгийн зөрчил, дутагдал илрүүлж 2 сая төгрөгийг хураан барагдуулжээ. Үүний хамт 2 сая 40 мянган төгрөгийн үндсэн хөрөнгө, автомашин тоног төхөөрөмжийг засч ашиглалтад оруулсан байна.

Арвилан хэмнэлт гэдэг нь хамгийн бага зардлаар аль болох их үр дүнд хүрэх нөхцөлийг хангах арга учир хэмнэлтийн журмыг чанд сахиж, өөрийн мэдэлд байгаа хөдөлмөр хүч, санхүүгийн нөөц бололцоог дээд зэргээр оновчтой, арвич, гамтай зарцуулахад анхаарлаа төвлөрүүлж, нарийн бодож боловсруулсан төлөвлөгөө тооцоотой ажиллах шаардлагатай байна.

Эрүүлийг хамгаалах салбарын хэмжээнд байгаа нөөц бололцоог бүрэн дүүрэн ашиглах, хөрөнгө мөнгөнд аль болохоор арвич хямгач хандах, хэмнэлтийн журам, ач холбогдлыг хамт олонд сурталчлах, аж ахуйч биш байдал, элдэв үргүй зардал гаргахыг таслан зогсоох тэмцлийг хүчтэй болгох хэрэгтэй.

Арвилан хэмнэлтийн журмыг хэрэгжүүлэх ажил нь түр зуурын ажил биш, бүх хүмүүст тавих байнгын шаардлага байх ёстой. Иймд энэ ажлыг өдөр тутмын үйл ажиллагаа болгох хэрэгтэй.

Эрүүлийг хамгаалах байгууллагууд арвилан хэмнэлтийн журмыг хэрэгжүүлэх талаар гарсан нам, засгийн тогтоол шийдвэрийг биелүүлэх зохион байгуулалтын арга хэмжээ авч ажилласны үр дүнд арвилан хэмнэлтийн даалгавар биелэгдэж байна.

Төсөвт зардлын төгрөг тутмаас 1—3 мөнгө хэмнэх зорилт тавьж, зарцуулж байгаа уур ус, материал, түүхий эд, эрчим хүчийг хэмнэх, түүнд тавих хяналтыг сайжруулах, хэмжих хянах хэрэгсэл тавих, аж ахуйн гэрээний үүрэг хариуцлагыг өндөржүүлэх, туслах аж ахуй хөгжүүлэх, төмс хүнсний ногоо тариалах зэрэг арга хэмжээг олонх газар амжилттай хэрэгжүүлж байна.

Яамны шууд харьяа улсын төсөвт байгууллагууд 1983 оны арвилан хэмнэлтийн даалгаврыг 159,9 хувиар давуулан биелүүлж 319,5 мянган төгрөг, орон нутгийн төсөвт байгууллагууд 522,6 мянган төгрөг хэмнэх даалгаврыг 107,2 хувиар давуулан биелүүлж 560,7 мянган төгрөг хэмнэсэн байна.

Эмнэлэг, ариун цэврийн байгууллагууд ажилтан ажилчдын ажил үүргийн хуваарийг хянан үзэж, тодорхой болгох замаар аппаратын давхардсан шат дамжлага, орон тоог арилгаж, зарим жижиг байгууллагуудыг нэгтгэн төвлөрүүлж, хүчин чадлыг нь нэмэгдүүлэх, захиргааны зардлыг хорогдуулах, эмнэлгийн тоног төхөөрөмжийн хүчин чадлын ашиглалтыг сайжруулах, аж ахуйч бус байдлыг арилгаж, аж ахуйн гэрээний үүрэг хариуцлагыг өндөржүүлэх, аливаа хүү торгууль төлөх зэрэг үргүй зардал гаргах явдлыг таслан зогсоож, зардал төсвийг хэмнэх явдал байгууллага, ажилтан бүрийн чухал зорилтын нэг юм.

Эрүүлийг хамгаалах салбарын төсвийг нэг хувиар хэмнэхэд 3,6 сая төгрөг хэмнэх боломжтой юм. Энэ хөрөнгөөр 50 ортой яслийн барилга 7-г барьж болох байна.

Арвилан хэмнэх ажлыг зохион байгуулахдаа эмнэлэг урьдчилан сэргийлэх ажлын чанарыг дээшлүүлж, нэг ор, нэг ор хоногийн дундаж зардлыг ашигтайгаар бууруулах, орны эргэцийг түргэсгэх, төсвийн норм, нормативыг хянан үзэж боловсронгуй болгох нь чухал юм.

МАХН-ын XVIII их хурлаас „Бүх төрлийн түүхий эд, материал, түлш цахилгаан дулааныг хэмнэх, үр ашигтай хэрэглэх, түүхий эд, материал бэлэн бүтээгдэхүүний чанарыг дээшлүүлэх явдал VII таван жилийн эдийн засаг, нийгмийн хөгжлийн зорилтыг хэрэгжүүлэх чухал нөхцөл

болно" гэж заасан юм. Энэ заалтыг хэрэгжүүлэхийн тулд эмнэлэг, урьдчилан сэргийлэх байгууллагууд материал, түүхий эд, түлш, эрчим хүч хэмнэх, тэдгээрийг хэрэглэх зарцуулахад тавих хяналт, гүйцэтгэлийн шалгалтыг тогтмолжуулах, тооцоо бүртгэлийг эрс сайжруулах, үйлдвэрлэл үйлчилгээний ямар хэсэг, аль тасаг кабинет хэмнэлтийн журмыг хэрхэн биелүүлж, хэдий хэмжээний эрчим хүч, уур ус зарцуулж байгааг нарийн тооцсоны үндсэнд тэдгээрийг хэмнэх арга замыг илрүүлэх ёстой.

Намын Төв Хорооны сүүлчийн бүгд хурлуудын шийдвэрийг хэрэгжүүлэх, арвилан хэмнэх журмыг нэвтрүүлэх талаар зохиох ажил жигд биш, шаардлагын хэмжээнд хүрэхгүй байна.

Аймаг, хотын Эрүүлийг хамгаалах газруудад системийн хэмжээгээр арвилан хэмнэх, дотоод нөөц бололцоог илрүүлэн ашиглах тодорхой төлөвлөгөө, нарийвчилсан судалгаа тооцоо хангалтгүй, уг ажлыг урсгалын байдлаар явуулдаг дутагдал илэрч байна.

Батлагдсан төсөв, өгөгдсөн хөрөнгийг үр ашиггүй зарцуулах, хэтрүүлэх, зарцуулбал зохих хөрөнгийг зарахгүй үлдээх зэрэг дутагдал байсаар байна. Салбар нэгжид өвчтөний цагаан хэрэглэл хүрэлцээгүй байхад өгөгдсөн хөрөнгийг бүрэн ашиглахгүй явдал ихэнх газруудад харагдаж байна. Энэ нь дотоодын хяналт шалгалт хангалтгүй, эмнэлэг үйлчилгээний ажлыг тасралтгүй санхүүжүүлэх зарчмыг зөрчиж, түүнд анхаарал тавихгүй байгаатай холбоотой байна.

Дархан, Улаанбаатар хотын Эрүүлийг хамгаалах газрууд 1983 оны арвилан хэмнэлтийн даалгаврыг 20—30 мянган төгрөгөөр тасалсан байна.

Эмнэлэг ариун цэврийн байгууллагуудаас эм, барааны зарцуулалтад тавих мэргэжлийн болон санхүүгийн хяналт шалгалт нэн хангалтгүй, эмчилгээний тактикийг зөв сонгох, антибиотик эмийг зөв зохистой хэрэглэх, эмийн бус эмчилгээг өргөжүүлэх замаар эмийн зардлыг хэмнэх үр дүнг нь тооцож судлах явдал сул байгаагаас эмийн зардал хэтрүүлэх явдал ихэнх байгууллагад арилаагүй байна.

Хоол, хүнсний материалын хангамж, амт чанарыг сайжруулах явдалд байнгын анхаарал тавихгүй, хоолны үлдэгдэл хаягдал ихээр гаргах, түүнд тооцоо судалгаа хийж зохих арга хэмжээ авахгүй, эмнэлгийн багаж аппарат төхөөрөмжийн хүчин чадлыг дүүрэн ашиглахгүй, эм тариа, урвалж бодисыг хайр гамгүй, тооцоо муутай зарцуулах, эм бараа, элдэв төрлийн тарилгын зүйлийн захиалгыг эдийн засгийн судалгаа үндэслэл багатай хийж шаардлагагүй нөөц хуримтлуулах, үргүй зардал гаргах зэргээр социалист өмчийг их бага хэмжээгээр үрэгдүүлж байгаатай тууштай тэмцэхгүй байна. Энэ нь нөөц бололцоог ашиглахгүй, арвилан хэмнэх ихээхэн бололцоог алдаж байгаа явдал мөн.

Эмнэлэг, ариун цэврийн байгууллага, түүний ажилтан ажилчид, арвилан хэмнэлтийн журмыг хэрэгжүүлэхэд дараахь зүйлд анхаарлаа төвлөрүүлбэл зохино.

— Намаас дэвшүүлсэн зарчмын чухал лоозон, уриа, түүнийг утга учир, арвилан хэмнэлт гаргах, дотоод нөөцөө илрүүлэн ашиглах талаар гарсан тогтоол шийдвэр, заавар журмыг нарийвчлан судлах замаар нийт хүмүүсийн эдийн засгийн мэдлэг, боловсрол, хүмүүжлийг дээшлүүлэх ажлыг системтэй зохиож, үр дүнг тооцож ажиллах.

— Төсөвт зардлын төгрөг тутмаас 1—3 мөнгө хэмнэх төлөвлөгөө, тооцоо, судалгаа гаргаж хамт олноороо хэлэлцэж тэдний идэвх хөдөлгөөнийг өрнүүлэх.

— Хүмүүсийн ажил үүргийн хуваарийг нягтруулах, илүү шат дамжлагыг арилгах зэргээр захиргааны орон тоо хэмнэх, ажил мэргэжил хослуулах, хавсран ажиллуулах явдлыг өргөжүүлж илүү цагаар ажиллуулахыг багасгаж цалингийн фондыг хэмнэх.

— Машин, тоног төхөөрөмжийн хүчин чадлыг бүрэн ашиглах, ажлын цаг ашиглалтыг сайжруулж бага цагт их зүйлийг бүтээх.

— Эрүүлийг хамгаалах Яамны сайдын 1982 оны 10 дугаар тушаалаар батлагдсан үзлэг явуулах удирдамж, социалист өмчийн байдалд тавих дотоодын хяналтын системийг хэрэгжүүлж үзлэг шалгалтыг графикт хугацаанд явуулж аливаа үргүй зардал, алдагдлыг арилгах.

— Эм барааны зарцуулалтад тавих хяналтыг сайжруулж, нэг орхоногт ногдох нормыг хэтрүүлэх явдлыг таслан зогсоох, эм барааны гадаад захиалга, хуваарилалтын судалгаа, үндэслэлийг дээшлүүлэх, нэгэнт захиалан авсан эм, урвалж бодисыг нарийн тооцоо хяналттай зарцуулахад онцлон анхаарах.

— Хэрэгцээ шаардлага багатай үндсэн хөрөнгө, бараа материалын судалгаа гаргаж худалдан борлуулах, тэгшитгэх, албан томилолтын тоо хоногийг цөөрүүлэх, чанарыг сайжруулах, өр авлагыг барагдуулах, түүнээс урьдчилан сэргийлэх замаар зардал төсвийг хэмнэх.

— Цахилгаан эрчим хүч, уур ус, халаалт, түлш, нүүрс, материалын зарцуулалтад хатуу хяналт тогтоож, норм нормативыг хянах, тэдгээрийн ашиглалтыг сайжруулах, цахилгаан гэрэл, ус дулаан зарцуулалтын хэмжих хэрэгслийг тавих зэрэг ажлыг системтэй зохиох.

— Төсөвт хөрөнгийг үр ашигтай, зохих зүйлд нь бүрэн зөв зарцуулах, аж ахуйч, арвигч нямбай ажиллагааг цэг салбар, тасаг, кабинет, хүн бүрийн ажилд хэвшил болгох, тэдний дунд арвилан хэмнэлтийн аян, богино хугацаатай уралдаан зохиож, урамшил сайшаал үзүүлэх, байр эзлүүлэх, эвдэрч хэмхэрсэн, ажилгүй болсон нэг ч зүйлгүй болсон байх зэрэг шинэ хэлбэрийн ажлыг санаачлан зохиож, үр дүнг хэлэлцэж байх.

— Байгууллага бүр аж ахуйн гэрээ байгуулах, дүгнэх үүрэг хариуцлагыг өндөржүүлж „Дуслыг хураавал тонныг хэмнэнэ“ гэсэн уриан дор өөрийн байгууллага, хүмүүсийн ажиллагаанд зарчмын дүгнэлт хийж оршиж байгаа дутагдлыг бүрэн арилгах арга хэмжээ авч ажиллавал зохино.

Манай сэтгүүлийн эцнээ бага хурал

УХАМСАРТАЙ САХИЛГА ХҮНИЙГ ЗАХИРЧ УДИРДАНА

Э. ЛУВСАНДАГВА (Эх нялхсыг хамгаалах эрдэм шинжилгээний хүрээлэнгийн захирал, БНМАУ-ын Ардын их хурлын депутат, анагаах ухааны дэд эрдэмтэн)

МАХН-ын Төв Хорооны VI бүгд хурал дээр нөхөр Ю. Цэдэнбал хэлсэн үгэндээ: нам, улс, төлөвлөгөөний болон хөдөлмөрийн сахилгыг бэхжүүлэхэд төв, орон нутагт зарим арга хэмжээ авч байгаа боловч ухамсартай сахилгын төлөө тэмцэл газар сайгүй жинхэнэ бүх нийтийн болж чадаагүй байгааг цохон тэмдэглэж сахилгыг бэхжүүлэх явдал бол түр зуурын компани биш байнгын нөр хичээнгүй ажил мөн. Сахилга дэг журмыг бэхжүүлэх, зохион байгуулалтыг өндөржүүлэхэд хөдөлмөрийн хамт олны ролийг хүчтэй болгож, хамт олон бүрт нэг нэгэндээ зарчимч шаардлага тавих, сахилга зөрчих аливаа илрэлтэй влэршгүй байх уур амьсгал бий болгох явдал чухал байна. „Ухамсартай сахилга хүнийг захирч удирдана“ гэсэн журмыг газар сайгүй дирдлага болгох ёстой гэж заасан билээ.

Ухамсартай сахилгыг төлөвшүүлэн бэхжүүлэхэд юуны өмнө албан байгууллагын дотоод зохион байгуулалт, журам дэглэмийг эрс сайжруулж төрөөс тогтоосон хууль дүрэм, журам зааврыг хүн нэг бүр ягштал сахиж хэрэгжүүлэх, захиргааны гүйцэтгэх үүрэг ролийг хүчтэй болгох нь чухал байна. Энэ талаар эх нялхсыг хамгаалах эрдэм шинжилгээний хүрээлэн, байгууллагын үндсэн нэгж болох сектор тасгийн гүйцэтгэх үүрэг ролийг өндөржүүлж, хувь хүмүүстэй нэг бүрчлэн ажиллаж байна.

Сахилгын зөрчил гаргагчдыг албан байгууллага өөрийн эрхийн хүрээнд шат дараалан хүмүүжүүлэхийн оронд тэднээс салахыг урьдал болгож ажлаас халах юмуу, өөр газар шилжүүлдгээс тэр хүмүүс одигтой засарч хүмүүжихгүй явдал цөөнгүй байна.

Манай хамт олон ахмад үеийнхний хувьсгалт дайчин уламжлал, хөдөлмөрч чанар, гүйцэтгэгч өндөр хариуцлагаас суралцахад залуучууд, залуу үеийнхэнд туслах үүрэг бүхий халамжлан хүмүүжүүлэх ахмадын зөвлөлийг байгуулан ажиллаж байна.

Манай тэргүүний хүмүүсийн шилдэг сайхан чанар нь өндөр боловсрол, өргөн мэдлэг, амьдралын арвин баялаг туршлагыг өдөр тутмын уйгагүй хөдөлмөр зүтгэлээрээ сурч эзэмшиж байдаг оршино.

Хувь хүний сахилга, хариуцлага, зохион байгуулалт тодорхой үйл ажиллагаагаар илрэхдээ өөрийн үйл ажиллагаанд хэр зэрэг хандахаас үр дүн нь нийгэм, хамт олны ажил үйлсэд нөлөө үзүүлж байдаг. Хувь хүний сахилга, хариуцлага, зохион байгуулалтыг дээшлүүлэхэд хүмүүсийн ажил үүргийн хуваарийг нарийвчлан боловсруулах нь чухал ач холбогдолтой бөгөөд ажил үүргийн хуваарийг боловсруулахад нэгж хугацаанд гүйцэтгэх ажлын хэмжээ, чанарт тавих шаардлага, эцсийн үр дүнгийн талаас хүлээх хариуцлага, цалин хөлс зэргийг харгалзан үзэж ажлын ачааллыг жигд тогтоох нь чухал байна. Ухамсартай сахилгыг бэхжүүлэхэд хамт олны дунд зохиох үзэл суртал, хүмүүжлийн ажлын агуулга, арга хэлбэр, үр нөлөөг дээшлүүлэх нь чухал ач холбогдолтой юм. Энэ талаар зохиох ажил нь юуны өмнө нийгмийн гишүүдийг ариун цагаан хөдөлмөрийг эрхэмлэдэг үзлээр хүмүүжүүлэх, хөдөлмөр, сахилгын нийгэм эдийн засгийн ач холбогдлыг хүмүүст бүрэн ойлгуулахад чиглэсэн байх ёстой. Хөдөлмөр бол хүмүүжлийн эх булаг мөн. Гагцхүү нийгэмд ашиг тустай, бүтээлч хөдөлмөрийн явцад хүний оюун ухаан, авьяас чадвар нээгдэн мэргэжил мэдлэгээ дээшлүүлэх, шинийг санаачлах, сурч мэдэх зэрэг хүний шилдэг шинж чанар бүрэлдэн төлөвшдөг. Сахилгыг бэхжүүлэхэд чиглэсэн хүмүүжлийн ажлын үр дүнг дээшлүүлэх нэг нөхцөл бол сахилгын зөрчил гарч буй нөхцөл шалтгаан, илрэлийг тодорхой судалж, түүний үндсэн дээр үзэл суртал зохион байгуулалтын ажлыг хүмүүсийн онцлогт тохируулан ялгавартай, чиглэсэн зорилготой явуулах явдал юм.

Манай хамт олон ухамсартай сахилгыг бэхжүүлэн, ажлаар хоцрогчгүй, сахилга, ёс суртахууны зөрчил гаргагчгүй хамт олон болох зорилтыг 1984 онд дэвшүүлэн ажиллаж байна.

М. ОРОСОО (Өмнөговь аймгийн Цогт-Овоо сумын хүний их эмчийн салбарын бага эмч)

Эмнэлгийн үйлчилгээ, эмчийн ажил нь цаг мөчтэй уралдан урьдаж мэдэх, өрсөж анагаах, мэргэжлийн өндөр ур чадвар, авьяас нягт нямбай туйлын хариуцлагатай үйл ажиллагааг шаарддаг. Эрүүлийг хамгаалах байгууллагын бүх цэг салбарт нам, улс, хөдөлмөрийн болон гүйцэтгэлийн сахилгыг хүчтэй болгох, ажлын дэг журам зохион байгуулалтыг чангатгах, эмч эмнэлгийн ажилтан нарын хүний эрүүл мэн.

дийн төлөө тавих хайр халамж нь бүтээлч санаачилга, хариуцлагаар илрэх ёстой.

Манай сумын хүний их эмчийн салбар 1983 оны ажлын үзүүлэлтээр төлөвлөгөөт зорилтоо 105—157% биелүүлж системийнхээ байгууллагад 1 дүгээр байр эзэллээ. 1 хүртэлх настай хүүхдийн эндэгдлийг сүүлийн 3 жил дараалан эрс бууруулж байна. Энэ нь манай салбарын эмч, ажилчдын хөдөлмөрийн сахилга, хариуцлага, жигд сайжирсантай холбоотой гэж би боддог.

Социалист уралдаанд авсан үүргээ хүн бүр биелүүлж, эмнэлгийн тусламжийг хөдөөгийн хөдөлмөрчдөд үзүүлэхдээ урьдчилан сэргийлэх арга хэмжээг урьдал болгон төл бойжилтын үед эргэх графиктайгаар ажиллаж 1 хүртэлх настай хүүхдийн эргэлтийг Улаанбаатар хотын хэсгийн эмч Д. Цэцэгдэмбэрэлийн туршлагаар график зохион эргэж зөвлөлгөө өгч жирэмсэн эхчүүдийг эхний 3 сард нь илрүүлэн хяналтад авч 1 хүртэлх насны онцгой хяналтын хүүхэд, хүндрэлтэй төрдөг, нас ахимаг, хавсарсан өвчтэй, жирэмсэн эхэд онцгой хяналт тогтоон зохих арга хэмжээг авч байна. Жирэмсэн эхчүүдийг хяналтандаа бүрэн авч эмнэлэгт 100% төрүүлэн, малчин жирэмсэн бүх эхийг төрөхийн өмнөх байраар үйлчилж байна. Манай салбарын хамт олон хөдөлмөрчдийн эрэлт хүсэлтийг судлан, байгууллагынхаа болон хүн бүр өөрийнхөө ажилд намч зарчимч дүгнэлт хийж, оршиж буй дутагдлыг арилгах, мэдлэг боловсролоо дээшлүүлэх, эмчилгээ үйлчилгээг сайжруулах төлөвлөгөө боловсруулан түүнийг амьдралд хэрэгжүүлж байна.

Хүн амын соёлын хэмжээ дээшилж байгааг өнөө үед эмч, эмнэлгийн ажилтан бид мэргэжил мэдлэгээ байнга дээшлүүлж, орчин үеийн шинжлэх ухаан техникийн ололтоос байнга суралцаж, тэргүүн туршлага, дэвшилтэт хэлбэр, шинэ санаачилга гарган онол практиктайгаа хослуулан эмнэлэг үйлчилгээндээ нэвтрүүлж ажиллах, хөдөлмөрийн социалист сахилгыг газар сайгүй бэхжүүлж, сахилга, дэг журмын аливаа зохисгүй илрэлтэй эвлэршгүй тэмцэж өөртөө байнга зарчимт шүүмжлэлтэй хандаж ажиллах хэрэгтэй юм.

Үүний тулд:

— Хөдөлмөрийн цаг ашиглалтыг бүрэн дүүрэн ашиглаж юу хийсэн тухайгаа өөртөө тооцоотой ажиллах;

— Хүний төлөө үйлчлэхэд хамгийн хүнлэг чанар, эмчийн ариун цагаан сэтгэлээр хандаж өвчтөнийг үзээд нэг удаа аргалахдаа биш уг өвчнийг бүрэн эмчилж эдгэрүүлэх талаас нь эмчлэх, үйлчлэх ажлыг эмч, эмнэлгийн ажилтан бүр чармайн ажиллах нь чухал юм гэж би бодож байна.

Д. БАТ-ӨЛЗИЙ (Архангай аймгийн Цэнхэр сумын Орхон бригадын бага эмчийн салбарын эрхлэгч)

Хөдөлмөрийн ямар ч салбарт сахилга, хариуцлага өндөр түвшинд байж гэмээн дээд амжилтад хүрэх нь тодорхой. Тэр тусмаа эмч, эмнэлгийн ажилчдын сахилга, хариуцлагын түвшин бүхнээс өндөр байх ёстой. Өвчин эмгэгт бие сэтгэлээрээ шаналсан хүмүүстэй цаг ямагт харьцаж эрдэм мэдлэг, авьяас чадвар, энэрэнгүй хүнлэг сэтгэл, эмчийн ариун тунгалаг ёс суртахуунаар тэдний өвчин шаналгааг арилгаж байх хүмүүс хөдөлмөрийн сахилга зөрчинө гэдэг хамгийн байж болшгүй тэвчишгүй алдаа, эмч эмнэлгийн ажилчдын нэр төр, ёс суртахуунд харш зүйл юм.

Эмч, эмнэлгийн ажилчид өвчтөнийхөө төлөө зөвхөн ажлын цагт санаа тавьж эмчилж, асарч сувилдаг биш амрах үедээ ч тэднийхээ төлөө санаа тавьж байх ёстой. Гэтэл өвчтөний төлөө зориулах үнэт цагаа үр ашиггүй өнгөрөөх нь өвчтөний эдгэрэлтэд муугаар нөлөөлөх

төдийгүй нийгмийн хөдөлмөрийн баялгаас төдий чинээ завшина гэсэн үг.

Зөвлөлтийн нэг хэвлэлд: «Эмчийг өрөөнд орж ирэхэд миний өвчин шаналгаа арилж, эрүүл болчих шиг санагддаг» гэж нэг өвчтөн бичсэн байсныг санаж байна. Өвчтөн маань биднийг ингэж хүсэн хүлээж байдаг ажээ.

Бидний ажлын үр дүн улсын төлөвлөгөөт үзүүлэлтээр дүгнэгдэхээс гадна олон түмнээр үнэлэгдэж дүгнэгддэгээрээ онцлог юм. Тэгвэл эмнэлгийн байгууллага, эмч, эмнэлгийн ажилчдын сахилга, хариуцлагын нэг гол хэмжүүр нь ард түмнээс өгөх үнэлгээ гэж үзэж болох юм.

Манай Цэнхэр сумын Орхон бригадын хүний бага эмчийн салбар 1983 онд төрөхийн 2 ортой байгуулагдаж, бага эмч, эх баригч, асрагчийн орон тоотойгоор ажиллаж байна. Орхон бригад нь сумын төвөөс 120 гаруй километр зайтай, хавар намрын цөөн хэдэн сараас бусад үед цас, шавар, намаг, хад бартаанд боогдон бараг ямар ч унаагаар хүрэх аргагүй алслагдсан нутаг юм. Эх, хүүхдийн эндэгдэл өндөр, жилийн ихэнх үед төв, суурин газартай зам харилцаа бараг тасардаг, алслагдсан тэр газарт очиж хүний эрүүл энхийн төлөө хүчээ үзэх сэтгэл надад төрсөн юм. Энэ саналыг маань манай аймгийн Эрүүлийг хамгаалах газар дэмжин, энд ирээд ажиллаж байна. Шинэ ажилд томилогдоод хамгийн гол нь хүүхдийн өвчлөл эндэгдлийг бууруулах ажлыг ажлын сахилга, хариуцлагаас эхлэх нь зүйтэй гэж бодсон юм. Ингээд бригадын 3 хүртэлх насны хүүхэд, төрөх насны эмгэ-тэйчүүдийг бүрэн хяналтад авч эцэг эхчүүдтэй ойр дотно байнгын холбоо тогтоов. Бага насны хүүхдийг тогтмол эргэж, эргэх хугацаа болоогүй ч гэсэн бригад сумаас айлаар явах хүмүүст захиж, тэдний талаар ойр ойрхон мэдээ, эцэг эхчүүдээс санал хүсэлтийг авч байна. Нярай хүүхдийг эх баригчийн хяналтад өгч эргэлт сувилгааг нарийн тооцдог болов. Эцэг эхчүүдтэй тогтоосон холбоо хүүхдийн эрүүл чийрэг өсч торниход их үүрэгтэй байдаг. Өөрөөсөө эхлээд ажилчиддаа хөдөлмөрийн сахилга хариуцлагын шаардлагыг тавьж хэвшүүлсэн нь орчныхондоо, тэр ч байтугай бригадын удирдлага, бусад хүмүүст нөлөөлж тэр нь манай салбарын ажилд үр дүнгээ өгч байна. Хаана хэний хүүхэд өвчилсөн байна, хэний хүүхдийг асарч бойжуулахад илүү анхаарахыг тэд хэлнэ. Ер нь хавь ойр ажилладаг хүмүүс маань тэр ч байтугай бригадын малчид ч өөрсдийгөө бага насны хүүхдийн эрүүл мэндийг хамгаалах ажилтай холбоотой гэж бодох болсон юм. Үүний үр дүнд эх, хүүхдийн эндэгдэл гэрийн төрөлт гарсангүй. Эмч, тэр тусмаа бригадын эмч хүнд ажлын бус цаг гэж бараг үгүй. Шөнө оройд хэзээ ч дуудлага ирж болно. Эмчийг дуудаж ирэхэд юуны өмнө за одоохон очъё гэж эхэлж хэлэх нь зүйтэй санагддаг. Эндээс л хүмүүсийн эмчид итгэх итгэл эхэлнэ. Өвчтөнг эмч өөртөө итгүүлж чадна гэдэг эмчилгээний тэн хагастай тэнцэх эм юм. Эмч ард түмэнд итгэгдэхийн үндэс нь ажлын хариуцлага, сахилга, ёс суртахууны өндөр түвшин гэж боддог. Хүний өндөр сахилга хариуцлага ойр орчиндоо нөлөөлж, тэр нь эргээд ажилд түлхэц болно.

Л. БУДЖАВ, Р. БАТСУУРЬ

ХҮҮХДЭД ҮЗҮҮЛЖ БУЙ ЭМНЭЛГИЙН ТУСЛАМЖИЙН ОДООГИЙН БАЙДАЛ, ТҮҮНИЙ ТӨЛӨВЛӨЛТИЙГ БОЛОВСРОНГУЙ БОЛГОХ АСУУДАЛД

ЭРҮҮЛИЙГ ХАМГААЛАХ ЯАМ

Манай жаргалант ирээдүй-хүүхэд багачуудын эрүүл мэндийг сахин хамгаалах, тэднийг эрүүл саруул бие бялдартай, оюун санааны өв тэгш хүмүүжилтэй иргэн болгон хүмүүжүүлэх асуудал нам, засгийн анхаарлын төвд байсаар ирсэн бөгөөд үүнд их хэмжээний хөрөнгө хүч зарцуулсаар байгаагийн үр дүнд зөвхөн сүүлийн нэг жилийн дотор хүүхдийн ор 7,1 хувиар, эмч 9,4 хувиар, хэсгийн эмнэлэг 5 хувиар тус тус өслөө.

Одоо манай улсын 1000 хүүхэд тутамд 3200 буюу жилд 2,5 сая үзлэг хийж байна. 1982 оны тайлангаар 0—16 насны бүх хүүхдийн 22,5 хувь буюу 181,7 мянган хүүхэд эмнэлэгт хэвтэн эмчлүүлжээ. 1983 оны байдлаар 7,8 мянган ор, мянга гаруй эмч зөвхөн хүүхдийн эмнэлэг үйлчилгээнд ажиллаж байна. Энэ нь нормативт хэмжээний 71 хувийг хангаж байна.

МАХН-ын Төв Хорооноос 1983 оны эцсээр эрүүлийг хамгаалах салбарын ажилд хийсэн үзлэг шалгалтаар хүн амын бараг тэн хагас хувийг эзэлж буй 0—16 насны хүүхдэд эмнэлгийн тусламж үзүүлж байгаа хүүхдийн эмч, орны тоо насанд хүрэгчдийнхээс харьцангуй бага байгааг цохон тэмдэглэсэн нь тус салбарын төлөвлөлтийн арга барилын доголдлыг илрүүлж улмаар уул асуудлыг боловсронгуй болгоход ихээхэн түлхэц боллоо.

Хүүхдэд үзүүлэх эмнэлгийн тусламжийн төлөвлөлтийг сайжруулан боловсронгуй болгох ажил эрүүлийг хамгаалах салбарын гол зорилтуудын нэг болж байна.

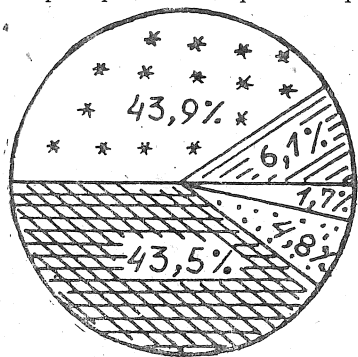
Төлөвлөлтийг боловсронгуй болгоход юуны өмнө хөгжлийн одоогийн түвшинд гүнзгий анализ, дүгнэлт хийж цаашдын зорилтыг зөвөөр тодорхойлох ажлаас эхлэх ёстой. Эдгээр байдлаас үндэслэн бид манай оронд хүүхдэд үзүүлж буй эмнэлгийн тусламжийн байдал тухайлбал хүүхдийн эмч, орны хүрэлцээ, хангамжийн байдалд зарим судалгаа дүгнэлт хийлээ. Хүүхдэд үзүүлж буй эмнэлгийн тусламжийн хүрэлцээ, хангамжийг тодорхойлохдоо юуны өмнө үзүүлэлтийг хэрхэн тооцох аргыг нэг мөр болгож нарийн үндэслэлтэй тодорхойлох нь нэн чухал юм. Энэ үзүүлэлтийг тооцохдоо зөвхөн хүүхдийн больниц, тасгийн ор, тэнд ажилладаг болон хэсгийн эмчийн тоог авах нь өрөөсгөл талтай дүгнэлтэд хүргэх юм.

Улсын хэмжээний бүх эмнэлгүүдээс зөвхөн хүүхдийн больницууд төдийгүй сум дундын эмнэлэг, сумын их эмчийн салбар, аймгийн нэгдсэн эмнэлгийн нарийн мэргэжлийн тасаг, кабинет, арьс өнгө, сүрьеэгийн диспансер, тусгай мэргэжлийн эмнэлгүүд нарийн мэргэжлийн чиглэлээр хүүхдэд эмнэлгийн тусламж үзүүлдэг нь хэн бүхэнд тодорхой билээ.

Ийм ч учраас тухайн эмнэлгүүдээс хүүхдэд үйлчилсэн ор, эмчийн тоог хүүхдийн ор, эмчийн тоонд оруулж тооцох нь зүйтэй бөгөөд ингэж тооцсон нөхцөлд хангамжийн үзүүлэлт нь бодит байдалд нийцэх болно.

Өнгөрсөн онд хэвтэж эмчлүүлсэн нийт өвчтөний 32,4 хувь, 0—16 насны хүүхэд байв. Үүнийг эмнэлэг тус бүрээр авч үзвэл нэгдсэн эмнэлэгт 9,7 хувь, сүрьеэгийн диспансерт 6,5 хувь; арьс өнгөний диспансерт 19,3 хувь; сум дундын эмнэлэгт 41,7 хувь, их эмчийн салбарт 44,4 хувь нь тус тус 0—16 насны хүүхэд байжээ. 1982 онд хэвтэж эмчлүүлсэн нийт хүүхдийн 43,9 хувь нь хүүхдийн болниуудад, 12,3 хувь нь сум дундын эмнэлэгт, 31,2 хувь нь их эмчийн салбарт, 6,1 хувь нь нэгдсэн эмнэлэгт, 1,5 хувь нь арьс өнгөний диспансерт хэвтэж эмчлүүлсэн байна. (зураг 1)

1982 онд БНМАУ-д хэвтэж эмчлүүлсэн хүүхдийг эмнэлгийн төрлөөр харуулсан бүтцийн үзүүлэлт (хувиар)



ТАНИХ ТЭМДЭГ

- * * * - ХҮҮХДИЙН БОЛНИЦ
- ▨ - ИХ ЭМЧИЙН САЛБАР, СУМ ДУНДЫН ЭМНЭЛЭГ
- ▧ - НЭГДСЭН ЭМНЭЛЭГ
- ⋯ - СҮРЬЭЭ, АРЬС ӨНГӨНИЙ ДИСПАНСЕР
- - БУСАД ЭМНЭЛЭГ

Дээрх баримтаас үзэхэд зөвхөн хүүхдийн болниуын орны тоогоор хүүхдийн орны хангамжийг тооцоход нийт хэвтэж эмчлүүлсэн хүүхдийн зөвхөн 43,9 хувьд нь үйлчилсэн ороор хангамжийн үзүүлэлт илэрхийлэгдэх тул буруу дүгнэлтэд хүрэх болно. Гэтэл нийт хэвтэж эмчлүүлсэн хүүхдийн 43,5 хувь нь буюу улсын хэмжээний хүүхдийн бүх болниуудад хэвтэж эмчлүүлсэн хүүхэдтэй тэнцүү хэмжээний хүүхэд сум дунд, их эмчийн салбарт эмчлүүлсэн байна.

Байдал ийм байхад сум дунд, их эмчийн салбар, бусад эмнэлгүүдэд хэвтэн эмчлүүлсэн хүүхдэд үйлчилсэн орыг хүүхдийн орны тоонд оруулж тооцдог аргыг цаашид нэг мөр болгон дагаж мөрдөх хэрэгтэй юм.

Хүүхдийн орны хангамжийг зөвхөн хүүхдийн эмнэлгийн ороор тооцон гаргахад улсын хэмжээний эмнэлгийн нийт орны дөнгөж 25 орчим хувь байхад бусад эмнэлгүүдэд хэвтэн эмчлүүлсэн хүүхдэд үйлчилсэн орыг нэмж тооцоход нийт орны 40,7 хувь болж байна.

1983 оны 1 дүгээр сарын 1-ний байдлаар насанд хүрсэн 10 000 хүн амд 118 ор, 10 000 хүүхдэд 95,4 ор тус тус ногдож байна. ЗХУ-д 10 000 хүүхдэд 128 ор ногдож байгаа нь манай орныхоос 25,5 хувиар их байна. Нийт хүн амын 46 хувийг эзэлж буй хүүхдэд нийт орны 40,7 хувь, хүн амын 54 хувь болох насанд хүрэгчдэд нийт орны 59,3 хувь нь ногдож байгаагаас үзэхэд хүүхдийн ор дутагдалтай байгаа нь харагдаж байна. Өөрөөр хэлбэл 104 хүүхдэд хүүхдийн ор 1 ногдож байхад насанд хүрсэн 84 хүнд 1 ор ногдож байгаа бөгөөд хүүхдийн ор, насанд хүрэгчдийнхээс даруй 19,6 хувиар доогуур байна.

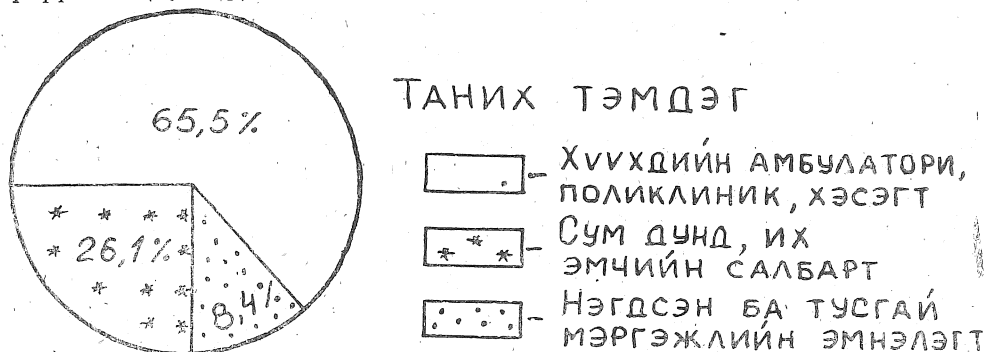
Аймгуудад хүүхдийн ор насанд хүрэгчдийнхээс доогуур байгаагийн зэрэгцээ улсын дунджаас доогуур байгаа аймгууд ч олон байна. Тухайлбал: 10 000 хүүхдэд ногдож буй ор улсын дунджаар 95,4 байхад Баян-Өлгий аймаг энэ дунджаас 39,5 хувиар, бусад 13 аймаг 1,9—

25,7 хувиар дээрх дунджаас доогуур байгаа нь хүүхдийн орны хангамж тухайн аймгуудад эрс дутагдалтай байгааг харуулж байгаа бөгөөд үүнд Эрүүлийг Хамгаалах Яам болон аймаг, хотын Эрүүлийг хамгаалах газрууд анхаарч жил бүрийн төлөвлөгөөгөөр зохицуулах нь чухал байна. Үүний тулд өөрсдийн аймаг, хотын хүүхдийн өвчлөлийг нарийвчлан судалж, сум, район, хотоор орны хэрэгцээг гарган хэрэгжүүлэх шаардлагатай байна.

Хүүхдийн орны төлөвлөлт, санхүүжилтийн үндэслэлийг сайжруулах зорилгоор сумын их эмчийн салбарын орны бүтцийн нормыг Эрүүлийг хамгаалах Яамны сайдын 1983 оны 317 тоот тушаалаар батлан гаргасан нь хүүхдийн орыг их эмчийн салбарт тусгайлан бий болгож тайлан гаргаж цаашид хангамжийн үзүүлэлтийг тооцох, орны төрөлжилтийг сайжруулахад чиглэгдсэн юм. Хүүхдийн орны хангамжийг дээр дурдсаны дагуу тооцохын зэрэгцээ эмчийн хангамжийг мөн нэгэн адил тооцох нь зүйтэй юм.

Зөвхөн хүүхдийн больниц, хэсэгт ажиллаж буй хүүхдийн эмчээр хангамжийн үзүүлэлтийг тооцох нь буруу юм. Эмнэлэгт үзүүлсэн нийт хүүхдийн 65,5 хувь нь хүүхдийн амбулатори-поликлиник, хэсгийн эмнэлэгт үзүүлсэн ба үлдэх 34,5 хувь нь буюу 893 мянган хүүхэд бусад эмнэлгүүдэд тухайлбал 26,1 хувь сум дундын эмнэлэг, их эмчийн салбарт, 8,4 хувь нь нэгдсэн ба тусгай мэргэжлийн эмнэлгийн чих, хамар хоолой, нүд, шүд, халдварт, арьс өнгө, сүрьеэ зэрэг мэргэжлийн эмчид үзүүлсэн байна. (Зураг 2)

Эмнэлэгт үзүүлэн хүүхдийг эмнэлгийг төрлөөр харуулсан бүтцийн үзүүлэлт (хувиар)



Дээрх зургаас үзэхэд зөвхөн хүүхдийн больниц хэсгийн эмчийн тоогоор хүүхдэд үзүүлж буй эмнэлгийн тусламжид үйлчилж байгаа нийт эмчийн хангамжийг тодорхойлж болохгүй нь тодорхой харагдаж байна. Хэрэв хүүхдийн больниц хэсэгт ажилласан эмчээр хангамжийг тооцвол хүүхдэд үйлчилсэн нийт эмчийн 65 хувь нь хамрагдаж бусад нь орхигдох болно. Зөвхөн 1982 оны байдлаар сум дундын эмнэлэгт нийт үзүүлэгчдийн 19,7 хувь, их эмчийн салбарт 20 хувь нь, арьс өнгө, сүрьеэгийн диспансерт 7,6 хувь нь, нэгдсэн эмнэлэгт 3,5 хувь нь 0—16 насны хүүхэд байв. Ийм хэмжээний үзлэгийг дээрх эмнэлгүүдийн нийт 134 эмч нэг жилийн дотор гүйцэтгэж чадах юм.

Тэгвэл дээрх 134 эмчийг хүүхдийн эмчийн тоон дээр нэмж хүүхдэд үйлчилсэн нийт эмчийг гаргаж хангамжийн үзүүлэлтийг тооцвол бодит үзүүлэлт болох юм.

Хүүхдийн больниц, хэсгийн эмнэлэгт ажилладаг эмчээр хангамжийн үзүүлэлтийг тооцоход нийт эмч нарын 19,7 хувь нь ногдож байхад хүүхдэд үйлчилсэн нийт эмчийг оруулан тооцоход нийт эмч нарын 25,3 хувийг хүүхдийн эмч эзэлж байна. Одоо улсын хэмжээгээр 10 000 хүн амд 22,9 эмч ногдож байгааг хүүхэд, насанд хүрэгчдээр ангилан тооцоход 0—16 насны 10 000 хүүхдэд 12,7 эмч 16-аас дээш насны 10 000 хүн амд 32,0 эмч, өөрөөр хэлбэл 787 хүүхдэд, на-

санд хүрсэн 312 хүнд тус бүр нэг эмч ногдож байгаагаас үзэхэд нэг эмчид ногдох хүүхдийн тоо насанд хүрэгчдийнхээс 2 дахин их байгаа нь хүүхдийн эмч нэлээд дутагдалтай байгааг харуулж байна. ЗХУ-д 10 000 хүүхдэд 20,7 эмч, нэг эмчид 483 хүүхэд ногдож байгаа нь манайхаас 38,6 хувиар бага байна.

Аймаг тус бүрээр хүүхдийн эмчийн хангамжийг судлан үзэхэд нийт эмч нарын 15—32 хувь нь хүүхдэд үйлчилж байна. Энэ нь нормативт хэмжээнээс 10,1—42 хувиар доогуур байна.

Хүүхдийн эмчийн хангамжийг насанд хүрэгчдийн хангамжийн үзүүлэлтэд ойртуулна гэж үзэхэд 400 гаруй эмч нэмж шаардагдах бөгөөд Анагаах ухааны дээд сургуулийн сүүлийн 2 жилийн төгсөгчдийн 50—60 хувийг хүүхдийн чиглэлээр төгсгөхөд дээрх хэрэгцээг хангаж чадах юм.

Үүний зэрэгцээ их эмчийн салбарыг хүүхдийн эмчээр хангах явдал чухал байна. 1983 онд бүх их эмчийн салбарын 29,4 хувь нь хүүхдийн эмчтэй байгааг 1984 онд 41 хувьд хүргэхээр улс ардын аж ахуй, соёлыг хөгжүүлэх төлөвлөгөөгөөр шийдвэрлээд байна. Цаашид жил бүрийн төлөвлөгөөгөөр зохицуулах замаар бүх их эмчийн салбарыг хүүхдийн эмчтэй болговол хүүхдийн эмчийн хангамж эрс сайжрах юм.

Эрүүлийг хамгаалах Яам хүүхдэд үзүүлэх эмнэлгийн тусламжийн хүрэлцээ, хангамжийн эдгээр доголдолтой байдлыг улам гүнзгий судлан тусгай чиглэл боловсруулан цаашид хэрэгжүүлэх төлөвлөлтийн ажлыг улам төгөлдөржүүлэх нь нэн чухал байна. Энэ ажилд Эх нялхсыг хамгаалах эрдэм шинжилгээний хүрээлэн, Улсын хүүхдийн клиникийн төв эмнэлэг шийдвэрлэх үүрэг гүйцэтгэх бөгөөд хүүхдэд үзүүлэх эмнэлгийн тусламжийн хэрэгцээг тодорхойлох, хангамжийг сайжруулах арга замыг боловсронгуй болгоход бодитой туслалцаа үзүүлэх шаардлагатай байна.

ДҮГНЭЛТ: Эх нялхаст үзүүлж байгаа эмнэлгийн тусламжийн хүрэлцээ хангамжид хийж байгаа судалгаанд нэгдсэн аргачлалыг цаашид баримтлах нь зүйтэй.

Одоогийн байдлаар 0—16 насны 10 000 хүүхдэд хүүхдийн 95,4 ор, 12,7 их эмч ногдож байна.

Хүүхдийн эмч нарын хүрэлцээ нэн ялангуяа орон нутагт хангалтгүй байгаа байдлыг ойрын үед арилгах зорилгоор 1984 оноос эхлэн хүүхдийн эмчийн төгсөлтийг нэмэгдүүлж, хуваарилалтыг сайжруулах явдал чухал гэж үзэв.

Б. ЧУЛТЭМСҮРЭН

БӨӨР, ШЭЭСНИЙ ЗАМЫН ЭРХТЭНИЙ ЭМГЭГ СУДЛАЛЫН ХӨГЖИЛТ

АНАГААХ УХААНЫ ДЭЭД СУРГУУЛЬ

1957 оны 9 сарын 15-д Улсын нэгдсэн 1 дүгээр эмнэлгийн амбулаторид бөөрний (уролог) нарийн мэргэжлийн кабинетыг нээж ажиллуулсан билээ. Манай анхны үндэсний эмч нарын нэг БНМАУ-ын гавьяат эмч н. Лувсанбалдан бөөрний кабинетын анхны эмчээр ажиллаж байв.

Бөөрний нарийн мэргэжлийн эх суурийг тавьж, үндэсний мэргэжилтэн бэлтгэж сургах ажил үйлсэд ЗХУ-ын олон мэргэжилтэн сэт-

гэл харамгүй тусламж үзүүлж байсны дотор анх удаа бөөрний нарийн мэргэжлийн эмчээр Л. А. Осолов 1959 онд П. Н. Шастины нэрэмжит Улаанбаатар хотын III нэгдсэн эмнэлэгт уригдан ирж ажилласан юм. Л. А. Осоловыг их эмч Н. Лувсанбалдан, Санжаа нар дагалдан ажиллаж, мэс заслын тасгийн дэргэд 5—10 ортой бөөр шээсний замын эрхтэний өвчин эмгэгтэй өвчтөнийг хэвтүүлэн больницын нөхцөлд нарийн мэргэжлийн тусламжийг үзүүлж байжээ.

Энэ үед өвчтөнийг шинжлэх арга барил, мэс заслын эмчилгээний нэр төрөл цөөн байсан боловч давсаг шээсний замын эрхтнийг дурандах (пистоконии) бөөрний үйл ажиллагааг шалгаж үзэх арга (хромочистоскопии), бөөр сойх, шээсний сүвлээний нарийсалтаас болж шээс хаагдах үед зарим мэс заслыг амжилттай хийж эхэлсэн байна.

1951 онд МУИС-ийн анагаах ухааны факультетийг төгссөн манай авьяаслаг их эмч нарын нэг Т. Жамсран 1959 онд ЗХУ-д явж бөөрний нарийн мэргэжлийн курсэд суралцаж ирээд бөөр шээсний замын эрхтний өвчин эмгэгийн үед үзүүлэх эмнэлгийн нарийн мэргэжлийн тусламжийг улам боловсронгуй болгох, шинжилгээ эмчилгээний арга барилыг сайжруулах, өргөтгөн хөгжүүлэх саналыг ЭХЯ-нд танилцуулж, 1961 оноос нэгдсэн III эмнэлгийн мэс заслын тасгийн дэргэдэх бөөрний (уролог) тасаг нь 30 ортойгоор ажиллажээ. 1961—1964 онд бөөрний (уролог) тасгийн их эмч Н. Лувсанбалдан, Т. Жамсран, Б. Чүлтэмсүрэн нар ажиллан Улаанбаатар хот, улсын хэмжээний үйлчилгээг хариуцан гүйцэтгэж хот хөдөөний эмнэлгийн өвчтөнд үзүүлэх бөөрний нарийн мэргэжлийн зөвлөлгөөн өгч, эмчилгээ оношлогооны арга барил нь сайжирч боловсронгуй болж хэвтэж эмчлүүлэгсдийн тоо нь жилээс жилд нэмэгдэж байсантай уялдан 30 ортой бөөрний (уролог) тасгийг 1964 онд ЭХЯ-ны сайдын тушаалаар 50 ортой тасаг болгон Улсын нэгдсэн III эмнэлгийн харьяанд өргөтгөн байгуулж, амбулаторид бүрэн үзлэгтэй кабинетыг нээн ажиллуулсан байна.

Тус тасагт 1964 онд Н. Лувсанбалдан, Т. Жамсран 1964—1972, Б. Чүлтэмсүрэн, Д. Янжин, Д. Ядам 1964—1972 он, Х. Тэрбиш нар ажиллаж байсны гадна Улсын нэгдсэн тусгай эмнэлэгт ЗХУ-аас бөөрний нарийн мэргэжлийн эмч А. В. Беляев 1963—1965 онд уригдан ирж ажиллахдаа их эмч Ө. Бямбааг бөөрний нарийн мэргэжилд дагалдуулан сургаж бөөрний кабинетыг нээж, бөөр сойх, бөөр авах зэрэг мэс заслыг хийж байсан байжээ.

1964 оноос бөөрний тасагт хийх нарийн шинжилгээний чанар сайжирч, нэр төрөл олширч, бөөр, давсаг, сүвлээний чулуу, бөөрний сүрьеэ төмс дайврын сүрьеэ, бөөр давсаг, бэлиг эрхтний хавдар зэрэг бөөр шээсний замын эрхтэний 100 гаруй нэр төрлийн өвчнийг амжилттай оношлон, эмчилж жилдээ 20 орчим нэр төрлийн 150 гаруй мэс засал хийж байсан юм.

1967—1969 онд ЗХУ-аас манай оронд уригдан ирж нэгдсэн III эмнэлгийн бөөрний тасагт ажиллаж байсан анагаах ухааны дэд эрдэмтэн Е. А. Ткачев нь үндэсний эмч мэргэжилтний мэдлэг мэргэжлийг дээшлүүлэх, ард түмэнд үзүүлэх бөөрний нарийн мэргэжлийн тусламжийг улам боловсронгуй болгоход үнэтэй хувь нэр оруулсан билээ.

Манай нам, засгаас эмч, эмнэлгийн ажилтны мэргэжил мэдлэгийг дээшлүүлэх явдлыг цаг ямагт анхаарч байдгийн үр дүнд тус тасгийн олон эмч нар ЗХУ болон ах дүү социалист бусад оронд урт богино хугацаагаар явж суралцан мэдлэг мэргэжлээ дээшлүүлсэн байна.

Сүүлийн 10-аад жилийн дотор бөөрний тасагт бөөр, давсаг сүвлээний зураг авах 10 гаруй шинэ арга, 1979 оноос бөөрний ангиографи, 1976 оноос бөөрөнд радионизотопыг өргөн хэрэглэж бөөрний

зурагтай хослуулан харьцуулан дүгнэж онош тодруулах, шээсийг бактериоскопын болон бактериологийн аргаар шинжлэх, хамгийн сүүлийн үеийн шинэ Нечиперенко Гамбургийн аргыг нэвтрүүлсний гадна шаардлагатай өвчтөнд Преднизолоны сэдрээх сорилт хийж шээсийг шинжлэх, 2 бөөрөнд шээлэнцрийн нарийн катетер тавьж бөөрний шээсийг тус тусад нь шинжлэх, бөөрний үйл ажиллагааны дутагдлыг нарийн тогтоохын тулд цусанд үлдэгдэл азот, мочевины креатинин үзэх, цусанд электролит, натри, кали, магни зэргийг тодорхойлох, бөөрний бөөгөнцөр, сувганцрын үйл ажиллагааг Роберга-Тараев аргаар тодорхойлох зэрэг орчин үеийн шинжилгээний арга барилыг бөөрний тасгийн үйл ажиллагаанд нэвтрүүлснээс гадна, ЗХУ-ын эрдэмтэн А. П. Фрумкин, Ц. Д. Грунд нарын туршлагаар бөөрний сүрьеэ, бөөрний чулуу зэрэг өвчний үед бөөрийг тайрах мэс засал, бөөрний тэвшинцрийг хасч, шээлэнцэр нь нарийсах бөглөрсөн тохиолдолд тэр хэсгийг тайрч тэвшинцэрт нь шинээр суулгах (пластик) хагалгаа, ЗХУ-ын Киев хотын бөөр шээсний замын эрхтэний өвчнийг шинжлэн судлах эрдэм шинжилгээний институтийн эрдэмтдийн туршлагаар түрүү булчирхай авах мэс заслын шинэ арга, мөн түрүү булчирхайн (аденома) хоргүй хавдрын улмаас болж хурц ба архаг шээс хаагдах үед БНУАУ-ын бөөрний мэргэжлийн эмч эрдэмтдийн туршлагаар түрүү булчирхайг авах зэрэг 20 гаруй ШБОС-ыг бөөрний тасгийн үйл ажиллагаанд нэвтрүүлсэн байна.

Улаанбаатар хотын клиникийн III эмнэлгийн дэргэд 1959 онд нээгдэж үндсэн суурь нь тавигдсан (уролог) бөөрний тасаг нь 1976 онд ЭХЯ-ны шийдвэрээр Улсын клиникийн төв эмнэлгийн харьяанд шилжин ажиллаж, улсын хэмжээний үйлчилгээтэй 60 ортой тасаг болон өргөжин, хөдөө орон нутгаас өвчтөн ирж эмчлүүлэх болон хот хөдөөний эмнэлгийн байгууллагад манай эмч нар тогтмол мэргэжлийн зөвлөлгөө өгөх буюу зарим мэс заслын эмчилгээг орон нутагт нь очин хийж, эмнэлгийн тусламж үзүүлж байна.

Сүүлийн 7 жилд 1976—1983 онд тус тасагт нийт 7 500 гаруй өвчтөн хэвтэж эмчлүүлснээс 30 гаруй нэр төрлийн 1 600 гаруй мэс заслын эмчилгээг хийсэн нь хэвтэж эмчлүүлэгсдийн 20—25 %-ийг эзэлж байна. VI таван жилд амбулаторийн үйлчилгээгээр нийт 50 000 гаруй өвчтөнг үзэж эмчилгээ зөвлөлгөөн өгч амбулаторийн үзлэгийн төлөвлөгөө нь 105—110 %-иар биелүүлсэн юм.

Хэвтэж эмчлүүлэгсдийн дундаж ор хоног 23,5 байгаа нь ЗХУ болон социалист бусад орны бөөр, шээсний өвчнийг эмчлэх тасгийн дундаж ор хоногтой ойролцоо байна. Гэвч хэвтэж эмчлүүлэгсдийн орны хүртээмж, бөөрний мэргэжлийн эмч нарын хүрэлцээ хангалтгүй байсаар байна.

Бид (1980) бөөрний тасагт хэвтэж эмчлүүлэгсдийн өвчлөлийн байдлыг сүүлийн 5 жил (1976—1980)-ийн байдлаар судалж үзэхэд, бөөр шээсний замын эрхтэний үрэвсэлт өвчин 1-рт, хурц ба архаг шээс хаагдалтыг үүсгэдэг шээсний сүвлээ давсаг түрүү булчирхайн өвчин 2-рт бөөр, давсаг, төмсөг, дайврын сүрьеэ 3-рт тус тус орж байна.

Бөөрний тасагт онош зүй эмчилгээ, сувилгаа, урьдчилан сэргийлэх ажил мэргэжлийн зөвлөлгөөн өгөхийн зэрэгцээ анагаах ухааны дээд, дунд сургуулийн оюутны сургалтын бааз, эмч нарын мэргэжил эзэмших практик дадлагын газар, эрдэм шинжилгээний судалгааны ажлыг явуулах төв болтлоо өргөжин бэхэжсэн байна.

Тус тасгийн эмч мэргэжилтэн нар нь 20 гаруй жилийн хугацаанд эрдэм шинжилгээ судалгааны ажиглалт хийж, өөрийн орны болон ЗХУ-ын эмч нарын эрдэм шинжилгээ онол практикийн хуралд олон илтгэл тавьж онол практикийн хувьд зохих үнэлэлт авч байсны гадна нэлээд тооны ном, товхимол, шинжилгээ судалгааны ажил, санамж,

зөвлөлгөөнийг өөрийн эх орны болон социалист бусад орны хэвлэлд нийтлүүлсэн байна.

Тус тасгийн эмч, эрдэмтэд өнгөрсөн хугацаанд эрдэм шинжилгээ, судалгааны болон мэргэжлийн 50 гаруй өгүүлэл, ном, товхимол нийтлүүлээ.

Одоо тус бөөрний тасагт БНМАУ-ын гавьяат эмч 1, анагаах ухааны дэд эрдэмтэн 1, зэрэгтэй эмч 2, нарийн мэргэжил дээшлүүлсэн эмч 5, мэргэжил эзэмшиж байгаа залуу эмч 2 тус тус ажиллаж эх орон ард түмнийхээ өмнө хүлээсэн, хүний эрүүл мэндийг сахин хамгаалах эрүүл энхийн манаанд хүч чадал, авьяас билэг, мэдлэг оюунаа дайчлан ажиллаж байна.

Үүнээс гадна улсын нэгдсэн тусгай эмнэлэг, армийн төв эмнэлэгт бөөрний нарийн мэргэжлийн эмч нар ажиллаж байна.

Манай эрүүлийг хамгаалахын гол зорилтын нэг бол хот, хөдөөний хүн амд нарийн мэргэжлийн тусламжийг улам ойртуулах явдал юм. Энэ таван жилд аймаг, хот бүрд бөөрний нарийн мэргэжлийн эмчийг бэлтгэх зорилт тавьж уро-нефрологийн нарийн мэргэжил олгох анхны курсийг хийж, Баян-Өлгий, Завхан, Дархан, Эрдэнэт, Өвөрхангай, Сэлэнгэ зэрэг аймаг, хотод бөөрний нарийн мэргэжлийн 10 гаруй их эмч ажиллаж байна.

Улсын нэгдсэн төв эмнэлгийн бөөрний тасгаас салбарлан хүүхдийн бөөрний 15—30 ортой жижиг тасаг 1962 онд, мөн 1976 онд бөөрний зарим өвчнийг эмийн болон бөөрний үйл ажиллагаа нь алдагдах үед тодорхой хугацаанд нөхөн орлож ажиллах орчин үеийн аппарат багаж, хэрэгслийн тусламжтайгаар эмчлэх (нефрологийн) дотрын 2-р тасгийг 45 ортойгоор Улсын клиникийн Төв эмнэлгийн харьяанд нээж ажиллуулсан юм.

Нефрологийн шинэ тасгийг нээж ажиллуулах ба олон түмэнд алдаршиж нэршсэн „Хиймэл бөөрний аппарат“-ыг анх ажиллуулахад ЗХУ-ын мэргэжилтэн, анагаах ухааны дэд эрдэмтэн А. А. Трикашин (1975—1977 он) их туслалцаа үзүүлсэн юм.

1977 оноос эхлэн бөөрний зарим өвчнийг сувиллаар эмчлэх улирлын чанартай, 1 ээлжинд 50 өвчтөнийг (зөвхөн зуны улиралд 2 ээлжээр) үнэ төлбөргүй амруулж эмчлэх сувиллын газар нээгдэн ажиллаж байна.

Ийнхүү бөөр, шээсний замын эрхтэний эмгэг судлалын тусламж өнгөрсөн цөөхөн жилийн дотор манай нам, засгаас авсан удаа дараагийн оновчтой арга хэмжээ, ЗХУ болон ах дүү социалист орны мэргэжил нэгтэй нөхдийн гар бие оролцсон тусламж тэдний олон арван жилийн баялаг туршлага дээр түшиглэн амжилттай хөгжиж байна.

ЭХ НЯЛХСЫН ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН АСУУДЛААР ХИЙХ УЛСЫН ЗӨВЛӨЛГӨӨНИЙ ӨМНӨ

МО. ШАГДАРСҮРЭН

ЭХ НЯЛХСЫН БАЙГУУЛЛАГЫН ХӨГЖЛИЙН ИРЭЭДҮЙН ТӨЛӨВ

ЭХ НЯЛХСЫГ ХАМГААЛАХ ЭРДЭМ ШИНЖИЛГЭЭНИЙ ХҮРЭЭЛЭН

МАХН-ын программ, намын XVIII их хурал, БНМАУ-ын Эрүүлийг хамгаалах хууль, Намын Төв Хороо, Сайд нарын Зөвлөлийн „Эх, хүүхдийн эрүүл мэндийг хамгаалах ажлыг цаашид сайжруулах арга хэмжээний тухай» 1979 оны 21 дүгээр тогтоол, Намын Төв Хорооны Улс төрийн Товчооноос эрдэм шинжилгээний байгууллагын ажлын талаар гаргасан 1980 оны 361, 1981 оны 459, „Зорилтот цогцолбор программ боловсруулах тухай“ 1981 оны 395 дугаар тогтоолын заалтын дагуу хүн амын эрүүл мэндийг хамгаалах шинжлэх ухааны үндэслэлтэй зорилтот цогцолбор программ боловсруулж хэрэгжүүлэх зорилт тавигдаж байна.

Зорилтот цогцолбор программ нь социалист эрүүлийг хамгаалахын үндсэн зарчим, орчин үеийн шинжлэх ухаан техникийн дэвшил, анагаах ухааны ололт амжилт, ЗХУ ах дүү социалист бусад орны тэргүүн туршлагад тулгуурлан, эх, хүүхдийн эрүүл мэндийг хамгаалах системийг улам боловсронгуй болгож төгөлдөржүүлэх, эх, хүүхдийг диспансерчлах шинжлэх ухааны үндэслэлтэй системийг боловсруулж хэрэгжүүлэх, эх нялхсын байгууллагын материаллаг баазыг бэхжүүлэх, мэргэжлийн боловсон хүчнээр хангах, эх нялхсын эрүүл мэнд, өвчлөл, эндэгдлийн байдалд нөлөөлж байгаа хүчин зүйл, тулгамдсан асуудлыг судалж шийдвэрлэх замаар тэдний эрүүл мэндийг бэхжүүлэх, өвчлөл эндэгдлийг тууштай бууруулах, эх нялхсын байгууллагын нийгэм, эдийн засаг, анагаах ухааны үр ашгийг дээшлүүлэх цогцолбор арга хэмжээ мөн.

БНМАУ-ын хүн амын 1979 оны тооллогын материалаар 15-аас дээш насны эмэгтэйчүүд хүн амын 27,1%, 16 хүртэлх насны хүүхэд 46,7%-ийг эзэлж байна. Хүн амын прогнозоор энэ үзүүлэлт 1985 онд (27,2, 46,0), 1990 онд 27,5; 44,9), 1995 онд (26,49;44,4) 2000 онд (27,4 44,7) хувь болж, тус улсын хүн амын нас, хүйсний бүтэцээ үзэхэд эмэгтэйчүүд, эх, хүүхэд нь цаашид хүн амын зонхилох хэсэг хэвээр байх хандлагатай байна. Иймээс эх, хүүхдийн эрүүл мэндийг хамгаалах асуудал монголын анагаах ухаан, эрүүлийг хамгаалахын удирдлага зохион байгуулалтын нэн тэргүүн шийдвэрлэвэл зохих тулгамдсан асуудал юм.

Эх, хүүхдийн эрүүл мэндийг хамгаалах зорилтот цогцолбор программ боловсруулахтай холбогдуулан манай улсын эх нялхсын байгууллагын 1973—1982 онд үйл ажиллагааны судалгаат тайланд анализ дүгнэлт хийж, хүн амын прогнозын материалд тулгуурлан эх нялхаст үзүүлэх эмнэлгийн тусламжийн хэрэгцээ шаардлагыг гаргаж, эх, хүүхдийн эрүүл мэнд, эх нялхсын байгууллагын үндсэн үзүүлэлтийн өсөлт, бууралтын динамик байдлыг өнгөрсөн 10 жилийн дунджаар хэтийн төлөв байдлыг тодорхойлов.

Эх, хүүхдэд үзүүлэх эмнэлгийн тусламжийн үндсэн асуудал болох эх барих эмэгтэйчүүд, хүүхдийн эмч нарын тоо, эх барих эмэгтэйчүүд, хүүхдийн хэсгийн тоо, эх барих, эмэгтэйчүүд, хүүхдийн орны хэрэгцээ шаардлагыг прогнозын үе шатаар тодорхойлов. 2000 оныг 1980 онтой харьцуулж үзэхэд эх барих эмэгтэйчүүдийн эмч 72,7 хувь, хүүхдийн эмч 67,5 хувь, эх барихын ор 44,8 хувь, эмэгтэйчүүдийн ор 71,4 хувь, хүүхдийн ор 53,2 хувиар тус тус нэмэгдэх төлөвтэй байна.

Эх, хүүхдийн эрүүл мэндийг хамгаалах зорилтот цогцолбор программыг боловсруулахдаа БНМАУ-ын үйлдвэрлэх хүчний хөгжил байршлын ерөнхий схем, эрүүлийг хамгаалах байгууллагыг хөгжүүлэх хэтийн төлөвлөгөөний үндсэн чиглэл, ЗХУ-ын эрдэм шинжилгээний байгууллагаас зорилтот цогцолбор программ боловсруулж байгаа туршлагад тулгуурлав.

Эх, хүүхдийн эрүүл мэндийг хамгаалах асуудлаар 2000 он хүртэл гүйцэтгэх зорилтот цогцолбор программын үндсэн чиглэл (стратеги) нь эмэгтэйчүүд, эх хүүхдэд үзүүлэх эмнэлгийн тусламжийн хэрэгцээ, шаардлагыг бүрэн хангах, эх хүүхдийг нийтээр диспансерчлах ажлыг үе шатчилан хэрэгжүүлэх, эх нялхсын эрүүл мэндийг хамгаалах тусламжийн хүртээмж, тэдгээрийн эрүүл мэндийн үндсэн үзүүлэлтээр дэлхийн социалист хамтын нөхөрлөлийн орнуудын өнөөгийн дундаж түвшинд хүрэх зорилт мөн.

Эх, хүүхдийн эрүүл мэндийг хамгаалах зорилтот цогцолбор программын зорилтыг хэрэгжүүлэх арга хэмжээ (тактик) нь:

— Тус улсын хүн амын нас, хүйсний бүтцийн онцлогийг харгалзан эрүүлийг хамгаалах байгууллагын үйл ажиллагаанд эх, хүүхдийн эрүүл мэндийг хамгаалах ажлыг давамгайлан хөгжүүлэх явдлыг удирдлага, зохион байгуулалт, төлөвлөлтийн гол зарчим болгох;

— Эх, хүүхдийн эрүүл мэндийг хамгаалах эрдэм шинжилгээний төвийг (эх нялхсыг хамгаалах эрдэм шинжилгээний хүрээлэн, эх барих-эмэгтэйчүүдийн төв клиник, хүүхдийн төв клиниктэй) байгуулж эх, хүүхдийн тусламжийн удирдлага, зохион байгуулалт, арга зүй, эрдэм шинжилгээ, сургалт, төрөлжсөн ба нарийн мэргэжлийн улсын төв болгон ажиллуулах;

— Төрөлжсөн ба өндөр нарийн мэргэжлийн тусламжийг хөдөөний эх, хүүхдэд ойртуулж, хүртээмжийг сайжруулахын тулд тус орны баруун зүүн хэсэгт (Ховд, Дорнод) аймаг дундын төвийг байгуулж, Дархан, Эрдэнэт хот болон аймгийн төвүүдэд эмэгтэйчүүдэд зөвлөлгөө өгөх газар, хүүхдийн амбулатори-поликлиникийг өргөжүүлэн байгуулах замаар эх, хүүхдэд үзүүлэх төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн тусламжийг эрчимтэй хөгжүүлэх;

— Эх нялхсын системийн удирдлага зохион байгуулалт, ангилал, нэршил, зэрэглэл, норм нормативыг боловсронгуй болгож үйл ажиллагаанд мөрдүүлэх;

— Хот, хөдөөд эмнэлэг үйлчилгээний хэрэгцээний нормативын дагуу эх барих эмэгтэйчүүд, хүүхдийн хэсгийн үйлчилгээг бүрэн нэвтрүүлж, эх нялхсын байгууллагын ажиллагаанд нэгдмэл үйл ажиллагааны зарчим шаардлагыг эмнэлэг үйлчилгээний бүх шатлалд мөрдлөг болгож тууштай хэрэгжүүлэх;

— Хөдөөний эх, хүүхдэд, эх барих эмэгтэйчүүд, хүүхдийн эмнэлгийн төрөлжсөн, өндөр нарийн мэргэжлийн ба яаралтай тусламжийг цаг үед нь шуурхай үзүүлэхийн тулд явуулын эмнэлэг үйлчилгээний хэлбэр (нүүдлийн амбулатори, бригад), нисэх онгоцны үйлчилгээгээр хангах;

— Хөдөөний хүн амд үзүүлэх эмнэлгийн тусламжийг давамгайлан хөгжүүлж, хот, хөдөөний эмэгтэйчүүд, эх хүүхдэд үзүүлэх эмнэлгийн тусламжийн хангамжийн түвшинг ойртуулан жигдрүүлэх;

— Одоогийн хийж байгаа хүн амын ерөнхий өвчлөлийн судалгааны материалд тулгуурлан эх, хүүхдэд үзүүлэх эмнэлгийн тусламжийн өвөрмөц хэрэгцээ шаардлагыг тодорхойлж эх нялхсын байгууллагын төлөвлөлтийн практикт нэвтрүүлэх;

— Манай орны нөхцөл байдалд тохиромжтой эмнэлэг үйлчилгээний дэвшилтэт хэлбэр болох жирэмсэн ба нялх биетэй эхчүүдийн амрах байрны материаллаг баазыг бэхжүүлэх, ашиглалтыг сайжруулан үйлчилгээний хүрээг өргөтгөх, төрөлтийн үед ба тухайн жирэмслэлтийн үед хүндрэлтэй эхчүүдийг нарийн мэргэжлийн эмчийн хяналтад амаржуулахын тулд аймгийн төв, сумдын эмнэлэг бүхий сумдад нэгдэл дундын эхчүүдийн амрах байрыг хоршооллын байгууллагын санаачилгаар байгуулах;

— Хот, район, аймгийн төв, төвлөрсөн суурин газруудын үйлчлэх хүрээний хүн амын тоо, насны бүрэлдэхүүнд хүүхдийн эзлэх хувийн жинг харгалзан хүүхдийн эмнэлэг, үйлчилгээний системийг боловсронгуй болгож, үндсэн ба төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн тусламж бүхий хүүхдийн поликлиник, үндсэн нарийн мэргэжлийн үзлэг, шинжилгээний кабинет, лаборатори бүхий амбулатори зэрэглэлийн дагуу байгуулж, боловсон хүчин, тоног төхөөрөмжөөр хангах;

— Жирэмсэн эхчүүдийг эмнэлгийн хяналтад эрт үед нь бүрэн хамруулж, эмнэлэгт 100 хувь хамарч амаржуулах, жирэмсэн ба төрөх үед үзүүлэх эмнэлгийн тусламжийг чанаржуулах;

— Хот, хөдөөд нярай хүүхдийн эмнэлэг үйлчилгээний системийг боловсронгуй болгож, хот, аймгийн төв, төвлөрсөн суурин газруудад дутуу, нярай хүүхдийг торниулах орчин үеийн ажиллагааг өргөтгөж чанаржуулах, боловсон хүчин, тоног төхөөрөмжөөр хангах;

— Аймгийн төв, төвлөрсөн суурин газруудад хүүхдийн яаралтай тусламжийг төрөлжүүлж, хүүхдийн эмнэлэгт хэвтэхээс өмнөх ба дараах үеийн яаралтай тусламжийг зөв зохион байгуулж, эх нялхсын байгууллагад сэхээн амьдруулах, эрчимтэй эмчилгээний тасаг, палат байгуулан шаардлагатай боловсон хүчин, техник төхөөрөмжөөр хангах;

— Эх, хүүхдийн эмнэлэг үйлчилгээнд реабилитацын албыг хөгжүүлэн эмийн биш эмчилгээ, чийрэгжүүлэх, борогшуулах, биеийн тамир, физик эмчилгээ, нөхөн сэргээх арга барил, байгалийн ашигтай нөлөөллийг өргөн хэрэглэх;

— Эх нялхаст үзүүлэх эмнэлгийн тусламжийн хүртээмжийг ийнхүү өргөжүүлж байгаатай холбогдуулан анагаах ухааны дээд, дунд, сувилагчийн сургуульд их, бага эмч, сувилагч нарыг эх нялхсын мэргэжлээр давамгайлан бэлтгэх арга хэмжээ төлөвлөн хэрэгжүүлэхийн гадна эх нялхсын байгууллагад ажиллаж байгаа бүх шатны боловсон хүчний ажлын хариуцлага, хөдөлмөрийн сахилга, үндсэн мэргэжил, онол улс төр, гадаад хэлний мэдлэгийг байнга дээшлүүлж, тэдний идэвх санаачилга бүтээлч үйл ажиллагааг өрнүүлэх;

— Эх барих эмэгтэйчүүд, хүүхдэд больницоор үзүүлэх тусламжийг өргөжүүлэн эмэгтэйчүүд, эх хүүхдийн сувиллын байгууллагыг хөгжүүлэх;

— Эх нялхсын байгууллагын эмч ажилтан нарын үйл ажиллагаанд шинжлэх ухааны үндэслэлтэй хөдөлмөр зохион байгуулалтын дэвшилт арга барилыг нэвтрүүлэх, үйлчилгээг аль болохоор механикжуулах, автоматжуулах замаар тэдний хөдөлмөр зохион байгуулалт, мэдээллийн системийг боловсронгуй болгож, электрон тооцоолон бодох ажиллагааг нэвтрүүлэх;

— Эх нялхсын эрүүл мэндийг хамгаалах талаар зохиох ариун цэвэр, гэгээрлийн ажлын зохион байгуулалт, агуулга хэлбэр, арга барил, үр нөлөөг сайжруулж эцэг эхчүүдэд хүүхдээ шинжлэх ухааны үндэслэлтэйгээр арчилж сувилах, хооллох, аливаа өвчин эмгэгээс

урьдчилан сэргийлэх арга барилыг системтэй эзэмшүүлэх шаардлагатай байна.

МАХН-ын XVIII их хурлаас эх, хүүхдийн эрүүл мэндийг хамгаалах амин чухал асуудал болох жирэмсэн эмэгтэйчүүд, бага насны хүүхдийг энэ таван жилд диспансерийн хяналтад бүрэн хамруулахаар заасан билээ.

Энэ нь эх, хүүхдийн эрүүл мэндийг хамгаалах, аливаа өвчин эмгэгээс урьдчилан сэргийлэх, эрүүлжүүлэх, тэдний өвчлөл, эндэгдлийг тууштай бууруулахад шийдвэрлэх хүчин зүйлийн нэг юм.

МАХН-ын XVIII их хурлын заалтын дагуу 1981—1985 онд жирэмсэн эмэгтэйчүүд, бага насны хүүхэд, цаашид 1986—1990 онд төрөх (15—49) насны эмэгтэйчүүд, сургуулийн өмнөх насны хүүхэд, 1990—2000 онд эмэгтэйчүүд, эх, хүүхдийг нийтээр диспансерчлах ажлыг бүрэн шийдвэрлэх;

— Үүнтэй холбогдуулан Улаанбаатар хот, Өвөрхангай аймгийн зарим дэвсгэр нутагт үе шатчилан явуулж байгаа жирэмсэн эмэгтэйчүүд, бага насны хүүхдийг диспансерчлах эрдэм шинжилгээ-практикийн гоцолбор судалгааны ажилд эрдэм шинжилгээ, практикийн байгууллага, эрдэмтэд, эмч мэргэжилтний хүч анхаарлыг төвлөрүүлж, эмэгтэйчүүдийн өвчтэй болон жирэмсэн эмэгтэйчүүд, бага насны хүүхдийг диспансерчлах нэгдсэн аргачлал, эрүүл хүүхдэд зөвлөлгөө өгөх кабинетын ажиллагааны зааврыг практикт тууштай нэвтүүлэх;

— Хот, хөдөөний эх нялхсын байгууллагыг зэрэглэлийн дагуу нэг загварын зураг төслөөр барилгажуулж, мебель, зөөлөн эдлэлээр стандартын дагуу хангах, эмнэлгийн болон техникийн тоног төхөөрөмж, эмнэлэг үйлчилгээний автомашинаар хүрэлцээтэй хангаж, эх нялхсын байгууллагын материал-техникийн баазыг хэлбэрэлтгүй бэхжүүлэх юм. Эрүүлийг хамгаалах байгууллагын хөгжлийн хэтийн төлөвлөгөөний дагуу эх нялхсын байгууллагад боловсон хүчин, тоног төхөөрөмж, хөрөнгө зардлыг зонхилон төвлөрүүлж, эрүүлийг хамгаалах системийн хөрөнгө оруулалтын 60-аад хувийг зарцуулахаар төлөвлөж байна.

Хүүхдийн хоолны зорилтот программын үндсэн чиглэлийг хэрэгжүүлснээр хоол боловсруулах эрхтэний өвчин, тэжээлийн доройтолт, сульдаа шүүдэст эмгэгшил, хоёрдогч цус багадалт зэрэг суурь өвчнүүдээс урьдчилан сэргийлэх гол хүчин зүйлийн нэг болох хоол тэжээлийн асуудлыг шийдвэрлэх тодорхой үе шат болно.

2000 он хүртэл хүүхдийн хоолны материаллаг баазыг бэхжүүлэхийн тулд дараах үндсэн чиглэлийг баримтлах хөгжлийн хэтийн төлөвийг боловсруулж байна. Тухайлбал:

— Сум нэгдэл, сангийн аж ахуй, бусад суурин газруудад улсын хөрөнгө оруулалтаар хүүхдийн сүүний газрыг барьж байгуулах;

— Эх орны хүнсний үйлдвэрүүдийн материаллаг баазыг бэхжүүлэх, шинээр бий болгон цаашид өргөтгөх замаар хүүхдийн хоолны үйлдвэрлэлийг хөгжүүлэх;

1985—2000 онд хүүхдийн хоолны мэргэжлийн эмч болон хоол судлалын талаар эрдэм шинжилгээний ажилтан бэлтгэх;

Эх нялхсын эрүүл мэнд, түүнд нөлөөлж байгаа нийгэм, биолог, анагаах ухааны хүчин зүйлийг судалж тулгамдсан асуудлыг шийдвэрлэхийн тулд:

— Эх, хүүхдийн эрүүл мэндийг хамгаалах асуудлаар явуулах эрдэм шинжилгээ, судалгааны ажлыг өргөжүүлэн, дараах тулгамдсан асуудлыг шийдвэрлэх;

— Эмэгтэйчүүд, эх хүүхдийн эрүүл мэндийг хамгаалах шинжлэх ухааны үндэслэлийг боловсруулж хэрэгжүүлэх.

— Тус улсын хүн амын төрөлтийн зүй тогтол, хандлагыг судалж, прогнозыг боловсруулах;

Эх ургийн уялдаа холбоог судалж, илүү өртөмтгий байдлыг орчин үеийн түвшинд оношилж, эмчлэн эрүүлжүүлэх цогцолбор арга хэмжээг хэрэгжүүлэн, тэдний эрүүл мэндийн потенциал, индексийг хэлбэрэлтгүй дээшлүүлэх;

— Төрөх насны эмэгтэйчүүдийн физиологи, эмгэг байдал, жирэмсэн төрөх, төрсний дараах үеийн хүндрэл, эхийн эндэгдлийн шалтгааныг судалж, бууруулах арга хэмжээг боловсруулж хэрэгжүүлэх;

— Эмэгтэйчүүдийн өвчний тархалт, шалтгааныг судалж, бууруулах арга хэмжээг боловсруулж хэрэгжүүлэх;

— Хүүхдийн физиологи, эрүүл мэндийн байдалд эхийн хэвлий дэх үеэс эхлэн тасралтгүй динамик ажиглалтыг тогтоож, хэвийн өсөлт хөгжилтийг хангах, физиологи, эрүүл мэндийн индекс, норм стандартыг тодорхойлж практикт нэвтрүүлэх;

Эх, хүүхдэд үзүүлэх эмнэлгийн тусламжийн удирдлага зохион байгуулалт, төлөвлөлт үйл ажиллагааг боловсронгуй болгох чиглэлээр туршилт сорилын ажлыг явуулж, эх барих эмэгтэйчүүд, хүүхдийн эмнэлгийн байгууллагын зэрэглэл, норматив, эмнэлгийн тусламжийн өвөрмөц хэрэгцээ шаардлага, нийгэм эдийн засаг, анагаах ухааны үр ашгийг тодорхойлж, зорилтот цогцолбор программыг прогнозын үе шаатаар боловсронгуй болгох зорилт тавигдаж байна.

Эх, хүүхдийн эрүүл мэндийг хамгаалах зорилтот цогцолбор программыг хэрэгжүүлэх үндэс, урьдчилсан нөхцөл бололцоо гэвэл:

— МАХН, ардын засгаас хүн амын зүй, эрүүл мэндийн асуудлаар явуулж байгаа мэргэн бодлого, түүнийг хэрэгжүүлэх олон талт, өргөн хүрээтэй, системтэй арга хэмжээ;

— Манай орны социалист өөрчлөн байгуулалтын дагуу нийгэм, эдийн засаг, улс төр, соёл боловсрол, хүмүүсийн оюун санаа, аж байдалд гарсан гүн гүнзгий өөрчлөлт;

— Ардын эрүүлийг хамгаалах социалист систем, түүний эх нялхсыг хамгаалах боловсронгуй салбар бий болж, орчин үеийн анагаах ухаан эрчимтэй хөгжиж, хүн амын эмнэлэг үйлчилгээний хүртээмж, чанар соёлын түвшин дээшилсэн;

— БНМАУ-ын хүн амын 2000 он хүртэлх прогноз, үйлдвэрлэх хүчний хөгжил байршлын ерөнхий схем, эрүүлийг хамгаалах байгууллагыг хөгжүүлэх хэтийн төлөвлөгөө;

— Эх нялхсын байгууллагыг 2000 он хүртэл хөгжүүлэх хэтийн төлөвлөгөөний дагуу хангах боловсон хүчин, материал техник төхөөрөмж, хөрөнгө санхүүгийн нөөц бололцоо;

ЗХУ болон ах дүү социалист бусад оронтой интеграцийн дагуу эрүүлийг хамгаалах салбарт өргөжин хөгжиж байгаа тал бүрийн хамтын ажиллагаа зэрэг болно.

Манай орны эрүүлийг хамгаалах салбарт орчин үеийн шинжлэх ухаан техник, анагаах ухааны ололт амжилт, ЗХУ болон ах дүү социалист бусад орны тэргүүн туршлага, эмнэлэг үйлчилгээнд оношлогоо, эмчилгээ, урьдчилан сэргийлэлтийн дэвшилтэт арга барил өргөн нэвтэрч, эх нялхсын байгууллагын удирдлага, зохион байгуулалт, сургалт эрдэм шинжилгээний ажил боловсронгуй болж байгаа явдал зорилтот цогцолбор программыг хэрэгжүүлэх үндэс нөхцөл бололцоо болж байна.

Эх нялхсын байгууллагын хөгжлийн хэтийн төлөвийн асуудлаар 1984 оны эхээр эрүүлийг хамгаалахын зохион байгуулагчид, эх нялхсын системийн багш, эрдэмтэд, практикийн эмч нарын хүрээнд зохион явуулсан эрдэм шинжилгээ-практикийн бага хуралд оролцогчдоос гаргасан санал зөвлөмжийн дагуу эх, хүүхдийн эрүүл мэндийг хамгаалах асуудлаар 2000 он хүртэл гүйцэтгэх зорилтот цогцолбор программыг

улам боловсронгуй болгох, түүний техник эдийн засгийн үндэслэл, хэрэгжүүлэх арга замыг тодорхойлох явдал эрүүлийг хамгаалах яам, харьяа сургалт эрдэм шинжилгээний байгууллага, багш эрдэмтдийн нэн тэргүүн зорилт болж байна.

1984 оны IV улиралд эх, хүүхдийн эрүүл мэндийг хамгаалах асуудлаар болох улсын зөвлөлгөөн эх нялхсын эрүүл мэндийг хамгаалах талаар манай орны нам, улс, олон нийт, хоршоолол, үйлдвэр аж ахуй, соёл, эрүүлийг хамгаалах, эх нялхсын байгууллагаас зохиож байгаа ажлын үр дүн, тэргүүн туршлагыг нэгтгэн дүгнэж эх нялхсыг хамгаалах ажлыг бүх нийтийн үйл хэрэг болгож өрнүүлэх, эх хүүхдэд үзүүлэх эмнэлгийн тусламжийг чанарын шинэ шатанд гаргах чиг төлөвийг тодорхойлох юм.

Ийнхүү улсын зөвлөлгөөний шийдвэр, эх хүүхдийн эрүүл мэндийг хамгаалах зорилтот цогцолбор программыг хэрэгжүүлэн, эх нялхсыг хамгаалах ажлыг бүх нийтийн үйл хэрэг болгон эрчимтэй өрнүүлж, урьдчилан сэргийлэх, эрүүлжүүлэх ажлыг чанарын шинэ шатанд гаргаснаар эх, хүүхдэд үзүүлэх эмнэлгийн тусламжийн хүртээмж, эх нялхсын эрүүл мэндийн үндсэн үзүүлэлтээр социалист хамтын нөхөрлөлийн орнуудын өнөөгийн дундаж түвшинд хүрч, хүн амын нөхөн өсөх процесс, хөдөлмөрийн чадвар, дундаж наслалт, үйлдвэрлэх хүчний өсөлт, улс нийгмийн хөгжил цэцэглэлтэнд бодитойгоор нөлөөлж чадах болно.

Д. ДАРИЙМАА, Н. МӨНХТҮВШИН

ЖИРЭМСНИЙ ЗАРИМ ХҮНДРЭЛИЙН ҮЕД ЗАХЫН ЦУСАН ДАХЬ Т БА В ТУНГАЛАГ ЭСИЙН ХЭМЖЭЭНИЙ ӨӨРЧЛӨЛТ

ЭХ НЯЛХСЫГ ХАМГААЛАХ ЭРДЭМ ШИНЖИЛГЭЭНИЙ ХҮРЭЭЛЭН

АНАГААХ УХААНЫ ДЭЭД СУРГУУЛЬ

Орчин үеийн дархлал судлалын шинжлэх ухаанд жирэмсэн эхийн умайд бүрэлдэн тогтсон үр хөврөлийг шилжүүлэн суулгасан эрхтэний адил үзэж үр хөврөлийн өвөрмөц эсрэгтөрөгчийн хариуд эхийн бие махбод дотор дархлалын хариу урвал үүсэх ёстой [3] гэж үзэж байна. Гэвч эхийн дархлалын системийн довтолгооноос ургийг хамгаалдаг хэд хэдэн механизм ажилладгаас эх үрийн хооронд дархлалын зөрчил гардаггүй. (2, 4, 6). Харин эдгээр механизмын алдагдлаас болж эмгэг үүсэх нь олонтоо тохиолддог. Үүний илэрхий жишээ нь резус эсрэг төрөгчийн үл нийцлээс болдог нярайн цус задрах өвчин юм.

Сүүлийн жилүүдэд ургийн төрөл бүрийн эсрэгтөрөгчийн хариуд эхийн биед дархлалын урвал үүсч үр аяндаа зулбах, жирэмсний эрт ба хожуу хордлого болох, дутуу төрөх, нярайн цагаан цогцос цөөрөх, ургийн гажиг хөгжил үүсэх зэрэг олон хэлбэрийн эмгэг үүсдэг тухай мэдээлэх боллоо. (1,5)

Эхийн дархлалын урвал чанар, өөрчлөлтийг судлахын тулд захын цусны Т, В тунгалаг эс тоолох аргыг өргөн ашиглаж байна.

Бид үр аяндаа зулбалт оноштой эмэгтэйчүүдийн захын цусны тунгалаг эсийн тооны үзүүлэлтийг судлах зорилго тавьсан юм.

Судалгааны арга

1. Тунгалаг эсийг ялгах. 1 мл-тээ 50 нэгж гепарин агуулсан хуруу шилэнд шинжлэх хүний захын цуснаас 5—6 мл-ийг авч адил хэмжээний Хенксийн уусмалтай холиод, энэ шингэрүүлсэн цуснаасаа 5 мл-ийг авч 1077 хувийн жинтэй 3 мл Фиколл-Пакийн (Farmacia, Sweden) уусмал дээр болгоомжтой үелүүлэн хийж 1500 эргэлтэнд 20 минут эргүүлэв. Үүний дүнд улаан бөөм ёроолд нь сууж дээрх Фиколл-Пакийн уусмал ийлдсийн уусмалын хооронд 1 мм хирийн зузаан дан тунгалаг эсийн үе (интерфаз) үүссэн болно. Нарийн гуурсаар тунгалаг эсийн үеийг соруулан авч 1 мл-т 5×10^6 эс байхаар хенксийн уусмалаар шингэлж тунгалаг эсийн хөвмөг бэлтгэнэ.

II. Хонины улаан эс бэлтгэх. Нас бие гүйцсэн эр хонины гүрээний хураагуур судаснаас бүдүүн зүүгээр ханаж ариутгасан колбонд 100—150 мл цус авсан ба нөжрүүлэхгүйн тулд колбо дотроо жижиг шилэн бөмбөлгүүд хийж тасралтгүй сэгсэрч байв. Дараа нь ариутгасан хоёр давхар марлиар хонины цусаа шүүж фибрин, шилэн бөмбөлгөөс нь салгаад хөргөгчийн доод давхарт хадгална. Ингэж бэлдсэн хонины цусыг 1 сарын дотор ашиглахад чанар нь муудахгүй байлаа. Шинжилгээ хийх өдрөө 1 мл хонины цус авч /ФДУ/ фосфоржуулсан давсны уусмалаар гурав дахин угаагаад сүүлчийн удаа 1%-ийн хөвмөг бэлтгэж ашиглав.

III. Т—тунгалаг эсийг тоолох. Тунгалаг эсийг тоолохдоо Е—РЖК аргыг (Waller, Maclean) хэрэглэсэн. Энэ арга Т—тунгалаг эсийн гадаргуу дээр байдаг е—рецептор, хонины улаан бөөмийг наалдуулдаг өвөрмөц үзэгдэл дээр тулгуурласан юм.

ХИЙХ АРГА:

1. Бэлтгэсэн тунгалаг эсийн хөвмөгөөс 0,2 мл авч цэвэр хуруу шилэнд хийж дээрээс нь 1% хонины улаан эсийн хөвмөг 0,2 мл, тугалын ийлдэс 0,2 мл-ийг тус тус нэмж холиод 37°C халуун тогтоогуурт 10 минут тавина.

3. Үүссэн тундаснаас нарийн шилэн гуурсаар соруулж тавиур шил дээр дусаагаад бүрхүүл шилээр хучиж, захаар нь дэвэрсэн шингэнийг шүүлтийн цаасаар соруулаад хоёр нүдний дуран авайн 40×10 өсгөлтөөр харахад голдоо бөгжний шигтгээ шиг орших Т—тунгалаг эсийг хонины улаан эсүүд сарнай цэцэг шиг тойрч наалдан (3-аас дээш улаан эс наалдсаныг тооцов) тор үүсгэсэн байлаа. Тооцохдоо дуран авайн харах талбайд тор үүсгэсэн ба сул орших бүх тунгалаг эсийг тоолох бөгөөд нийт 100 эс тоолж хувиар гаргасан.

IV. В—тунгалаг эсийг тоолох. Бусад тунгалаг эсээс ялгаатай нь В тунгалаг эсийн гадаргуу дээр иммуноглобулины молекул шигүү оршдог учраас түүнийг илрүүлэхийн тулд флюоресцентэй нэгдүүлсэн хүний иммуноглобулины эсрэг ийлдсээр (ФНХИЭИ) үйлчилж люминесценцийн дуран авайгаар харж тодорхойлно.

ХИЙХ АРГА:

1. Ялгаж авсан тунгалаг эсийн хөвмөгөө бүлээн (37°C) ФДУ-аар гурав дахин угааж (1500 эргэлтэнд минутанд тус бүр 10 минут эргүүлж угаана) сүүлчийн удаа $2-4 \times 10^6$ эс бүхий 0,2 мл байхаар тохируулан хөвмөг бэлтгээд, 1 : 5 шингэлсэн 0,2 мл ФНХИЭИ-тэй (Nordis immunologicals, Holland) хольж, дээрээс нь 0,02%-ийн 0,2 мл азид натри нэмж мөсөн ваннд 30 минут байлгана.

2. ФДУ-аар 3 дахин угааж сүүлчийн угаалтын дараа тунарсан эсээ хоёр дусал ФДУ-д хөвүүлж аваад тавиур шил дээр тарааж түрхэн хатаана.

3. Түрхэц дээрээ төвшрүүлэгтэй хольсон глицерол дусааж люминесценцийн (люмам Р 1, ЗХУ) дуран авайн 100×10 өсгөлтөөр харж нийт

100 эс тоолсон ба үүнээс захаараа гэрэлтэн буй эсийг в тунгалаг эсэд тооцож хувиар гаргасан.

Судалгааны үр дүн. Энэ удаагийн судалгаанд үр аяндаа зулбасан 90, зуршсан зулбалт болдог 42, хэвийн жирэмсэн 50 хүний захын цусны тунгалаг эсийн субпопуляцийг тодорхойлов. Шалтгаан нь тодорхойлогдсон үр зулбалт оноштой хүмүүсийг судалгааны материалаас хассан. Судалгаанд хамрагдсан хүмүүсийн ихэнх нь 26—35 насны эмэгтэйчүүд байлаа.

Судалгааны үр дүнг харьцуулах зорилгоор хяналтын бүлэгт мөн шинжилгээ хийсэн. Хяналтын бүлэгт 22—30 насны жирэмсэн биш эрүүл 31 хүн хамрагдсан болно.

Эрүүл эмэгтэйчүүд, хэвийн жирэмсэн эмэгтэйчүүдийн захын цусны Т—В тунгалаг эсийн хэмжээг судалсан дүнг хүснэгт 1-д үзүүлэв.

Хүснэгт 1

Эрүүл эмэгтэйчүүд, хэвийн жирэмсэн эмэгтэйчүүдийн захын цусан дахь Т ба В тунгалаг эсийн хэмжээ

№	Судалгааны бүлэг	Судалсан хүний тоо	Захын судсан дахь тунгалаг эсийн хэмжээ		
			Т	В	Р
I	Эрүүл эмэгтэйчүүд	31	64,2±3,2	25,9±1,2	
II	Хэвийн жирэмсэн эмэгтэйчүүд:				
	12 д.х	28	47,2±2,6	26,8±2,7	
	13—18 д.х	16	60,2±2,8	27,5±3,8	P ₁ —2
	18 д.х дээш	6	58,6±3,5	24,3±4,0	<0,05

Хүснэгт 1-ээс үзэхэд жирэмсний 12 долоо хоног хүртэл хугацаанд захын цусны Т тунгалаг эсийн тоо эрүүл эмэгтэйчүүдийн Т—тунгалаг эсийн тоо хэмжээнээс харьцангуй цөөн байна. Эрүүл жирэмсэн эмэгтэйчүүдийн захын цусны Т тунгалаг эсийн дундаж үзүүлэлт 64,2±3,2 байхад 12 долоо хоног хүртэл хугацаатай хэвийн жирэмсэн эмэгтэйчүүдийн Т тунгалаг эсийн дундаж үзүүлэлт 47,2±2,6 байна. Т—тунгалаг эсийн үзүүлэлтийн зөрүү, статистикийн үнэн магадтай ($P < 0,05$) байв. Жирэмсний эрт үед Т—тунгалаг эсийн харьцангуй цөөрөлт болж байгаа нь эсийн нүүдэл, тархалтын өөрчлөлтөөр нөхцөлдсөн дасан зохицох дархлалын урвал бололтой. Жирэмсний эрт үед сэрээ булчирхайн эдийн хөгжилт, өсөлт саатал болж тимозин гормоны хэмжээ багасдаг болохыг тогтоосон Нелсоны (1964) ажиглалт бидний судалгааны үр дүнг тойруу утгаараа баталж байна.

Жирэмсний хэвийн явцад өөрчлөлт гарсан эмэгтэйчүүдийн эсийн дархлалын урвал чанарыг судалж үзэхэд ихээхэн сонирхолтой үзэгдэл ажиглагдсаныг хүснэгт 2-оос харж болно.

Жирэмсний 12 долоо хоног хүртэл хугацаа бүхий үр аяндаа зулбалттай эмэгтэйчүүдэд хэвийн жирэмсэн хүмүүст ажиглагдсаны нэгэн адил харьцангуй Т—тунгалаг эсийн цөөрөлт болохгүй байна.

Зуршмал зулбалт оноштой эмэгтэйчүүдэд жирэмсний 12 долоо хоног хүртэл хугацаатай байхад захын цусны Т—тунгалаг эсийн тооны үзүүлэлт 59,4±5,1 байв. Энэ бол умайн хөндийн ураг хэвийн өсөж хөгжихөд шаардлагатай нөхцөлийн нэгж гэж бидний үзэж байгаа тунгалаг

Үр аяндаа зулбасан, зуршмал зулбалтын үед захын цусан дахь Т ба В тунгалаг эсийн хэмжээ

УДИХТ 2

Судалгааны бүлэг	Судалсан хүний тоо	Захын судсан дахь тунгалаг эсийн хэмжээ	
		Т	В
III. Үр аяндаа зулбасан			
12 д. х. хүртэл	45	62,8±2,4	23,7±7,2
13—18 д.х	30	58,8±3,0	26,8±4,6
18 д.х. дээш	15	62,4±3,6	23,4±2,5
IV. Зуршсан зулбалт			
12 д. х. хүртэл	25	59,4±4,1	24,2±4,6
13—18 д.х	11	56,9±2,8	25,6±3,6
18 д.х дээш	6	60,7±5,5	27,1±5,7

эс харьцангуй цөөрөх зохицол зуршмал зулбалтын үед мөн алдагддагийг харуулж байна.

Хяналтын бүлэгтэй харьцуулахад үр зулбалт эмэгтэйчүүдийн захын цусны В—тунгалаг эсийн тооны үзүүлэлтэд мэдэгдэхүйц ялгаа ажиглагдсангүй.

ДҮГНЭЛТ. 1. Хэвийн жирэмсний эрт үед харьцангуй Т—тунгалаг эс цөөрөх зохицол явагддаг байна.

2. Үр аяндаа зулбалт, зуршмал зулбалтын эрт үед харьцангуй Т—тунгалаг эс цөөрөх зохицол явагдахгүй байна.

3. Жирэмсний хэвийн явц өөрчлөгдөх нь В—тунгалаг эсийн тооны үзүүлэлтэд нөлөөлөхгүй байна.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Вербицкий М. Ш. и др. Профилактика гемолитической болезни новорожденных (обзор литературы). Акуш. и гинек., 1970, 7, 8—13.
2. Вербицкий М. Ш. Изоантигенная несовместимость организмов матери и плода. Минск. „Белорусь“, 1979.
3. N. Pace Faulk „Immunology of the materno-foetal relationship“ In: Immunology 80, ed., by M. Fougereou, J. Dausset Aced. Piess, 1093, 1980.
4. W. R. Jones „The use of antibodies developed by infectile women to identify relevant antigens“ In: Karolinska Symposia on Research Methods in Reproductive Endocrinology: 7th Symposium. Geneva, 1974, 376.
5. L. S. Scott, W. R. Jones „Immunology of Human Reproduction“ Acad. Press, London No. 41976.
6. P. V. Medawar „Some Immunological and endocrinological problems raised by the evolution of viviparity in vertebrates“ Sym. Soc. exp. Biol. 1953, No. 7, p. 320—338.
7. C. A. Waller, I. C. M. Maclean „Analysis of lymphocytes in blood and tissuss“ In: Techniques in clinical Immunology, ed. by R. A. Thompson p. 170—195. Oxford, 1979.

КОЛИЧЕСТВЕННОЕ ИЗМЕНЕНИЕ СУБПОПУЛЯЦИЙ Т—И В—ЛИМФОЦИТОВ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ПРИ НЕКОТОРЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ БЕРЕМЕННОСТИ

Д. Дарима
Н. Мунхтувшин

На основании полученных данных установлено, что у женщин с нормальным течением беременности в сроки до 12 недель отмечаются относительная Т—лимфоцитопения (47,3±2,6) по сравнению с количеством субпопуляции Т—лимфоцитов в крови здоро-

вых небеременных женщин ($64,2 \pm 3,2$). Разница была статистически достоверной ($P < 0,05$).

В группе больных с привычными выкидышами и спонтанными абортами наступающими в сроки до 12 нед. беременности, количество Т—лимфоцитов в периферической крови составило $59,4 \pm 4,1$, что свидетельствует об отсутствии адаптивной Т—лимфоцитопении, являющейся, по нашему мнению, одним из существенных компонентов создания адекватных условий для нормального развития плода в утробе матери.

По сравнению с контрольной группой не выявлено количественного отклонения субпопуляций В—лимфоцитов в периферической крови женщин, страдающих невынашиванием беременности.

Т. САМБУУДОЛГОР Б. ШИЖИРБААТАР

ЖИРЭМСЛЭЛТИЙГ ХОЖУУ ХУГАЦААНД ТАСЛАХ АРГА

III АМАРЖИХ ГАЗАР АНАГААХ УХААНЫ ДЭЭД СУРГУУЛЬ

Жирэмслэлтийг хожуу хугацаанд таслан зогсоох (зулбуулах) аргууд нь үр дүн муутай, ихэнхдээ эмэгтэйн амь насанд аюултай хүндрэл учруулдаг.

Иймээс амьдралын зайлшгүй шаардлагатай үед эмнэлгийн заалтаар жирэмсний хожуу хугацаанд ураг хөнддөг юм. 1925 онд Румыны эрдэмтэн Абузелын санаачилсан гипертоник уусмалыг амионы хөндийд хийж зулбуулах аргыг орчин үед нэлээд өргөн хэрэглэж байна. Доц. М. Дамбадорж 1970 онд клиникийн I-р амаржих газрын практикт анх удаа хэрэглэснээс хойш манай орны эх нялхсын байгууллагын практикт нэвтэрсэн байна.

Жирэмслэлтийг хожуу хугацаанд зулбуулахын тулд бүх төрлийн шинжилгээ (цус, шээс, биохими, цусны бүлэгнэлт, бүлэг тодорхойлох шинжилгээ, цээж гэрэлд харах, зүрхний цахилгаан бичлэг, үтрээний цэвэршилт) заавал хийж мэс ажилбарын бэлтгэл ажиллагааг сайтар хангах шаардлагатай.

Бид нийслэлийн III амаржих газар 1976—1981 онд жирэмсний хожуу хугацаанд Абузелын аргаар үр хөндөлт хийсэн 116 тохиолдолд судалгаа хийлээ. Үүнээс 100 эмэгтэйд амионы хөндийн хатгалтыг (амниофункци) умайн хүзүүний сувгаар, 16 эмэгтэйд арын хүнхрээгээр хийсэн байна. Анхны жирэмсэн 23 (25,8%), давтан жирэмсэн 93 (74,2%) байлаа.

Жирэмслэлтийг таслахад хүргэсэн шалтгааныг авч үзвэл: Зүрх судасны өвчин 30 (25,9%), мэдрэл сэтгэцийн өвчин 28 (24,1%), эмэгтэйчүүдийн өвчин 18 (15,5%) элэг цөс, шээс бэлгийн замын өвчин ба насанд хүрээгүй жирэмслэлт тус бүр 10, (8,6%) амьсгалын замын өвчин 6 (5,2) төрөл бүрийн хавдар 5 (4,3%) ясны эмгэг, өөрчлөлт 3 (2,7%), дотоод шүүрлийн булчирхай 2 (1,7%) ба бусад эмгэгүүд 4 (3,4%) тус тус байна.

Хүснэгт 1-ээс үзэхэд жирэмсний хожуу хугацаанд ураг хөндүүлсэн эмэгтэйчүүдийн олонх нь 20—34 насны (60/53,7%) эмэгтэйчүүд байгаа ба зулбалт дунджаар 41,6 цаг үргэлжилж, 756,8 г ураг зулбасан байна. Бид жирэмсний ямар хугацаанд Абузелын аргаар ураг хөндөхөд илүү үр дүнтэй байгааг судлах зорилт тавин, жирэмсний хугацаа тус бүрд үргэлжилсэн хугацааг авч үзэхэд доорх байдал ажиглагдлаа. Үүнд: жирэмсэн 16—20 долоо хэногтой хугацаанд 43

Жирэмсэн эмэгтэйн нас, зулбалт үргэлжилсэн хугацаа, ургийн дундаж жинг үзүүлбэл

Асуулт насны ангилал	Жирэмсэн эмэгтэйн тоо хувь	Хожуу зулбалт үргэлжилсэн хугацаа (цаг)	Ургийн дундаж жин (г)
19	16; 13,8	42	784
20—24	21; 18,1	37	804
25—29	27; 23,3	37	786
30—34	20; 17,3	52	807
35—39	17; 14,6	34	688
40	15; 12,9	48	672

тохиолдол, зулбалт үргэлжилсэн хугацаа 41 цаг, 21—24 долоо хоногтой хугацаанд 53 тохиолдол, зулбалт үргэлжилсэн хугацаа 38 цаг, 25-аас дээш долоо хоногтой хугацаанд 20, зулбалт 57 цаг үргэлжилж байгаагаас үзэхэд, хамгийн тохиромжтой хугацаа нь 21—24 долоо хоногтой жирэмсэн болох нь тодорхой байна.

Жирэмсний хожуу хугацаанд Абузелын аргаар ураг хөндүүлсэн бүх тохиолдлоос умайн ханын үрэвсэлт өвчин 7 (6%), үжил 4 (3,4%) хүндэрсэн тохиолдол 11 (9,4%), нас баралт 1,7% байгаагаас үзэхэд жирэмсний хожуу хугацааны үр хөндөлтийг, эмнэлгийн нөхцөлд бэлтгэл ажиллагааг сайтар хангасны үндсэн дээр маш анхааралтай, туршлагатай эмч нар хийх шаардлагатай болох нь харагдаж байна. Энэ арга нь жирэмснийг хожуу хугацаанд зулбуулах аргуудын дотроос харьцангуй хүндэрэл багатай аргад тооцогддог юм.

ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПОЗДНИХ СРОКОВ
ПО МЕТОДУ АБУРЕЛА

Т. Самбудолгор, Б. Шижирбатор

Авторами проведено прерывание беременности поздних сроков методом Абу-рела у 116 беременных. Из всех случаев у 100 беременных оно было произведено трансцервикальным путём, у 16—через задний свод. Наиболее оптимальным сроком для использования, этого метода является срок в 21—24 недели.

Прерывание беременности в 7 случаях осложнилось эндометритом, в 4—сепсисом. Летальный исход был у 2 (1,7%) беременных.

Метод Абурела нужно применять по строгим показаниям, после тщательной подготовки и обследования беременных и только высококвалифицированным врачом.

Э. ДОВДОН

НҮДНИЙ ДАРАЛТ ИХСЭХ ӨВЧНИЙ КЛИНИК ЯВЦЫН ЗАРИМ ОНЦЛОГ ШИНЖ

УЛСЫН НЭГДСЭН ТУСГАЙ ЭМНЭЛЭГ

Бид хяналтад эмчлүүлж байгаа өвчтөнүүдээс 82 өвчтөний солонгон бүрхүүлд орсон дистрофын өөрчлөлтийг насны байдлаар ойролцоо 89 эрүүл хүмүүсийн насны өөрчлөлтэй харьцуулан судлав. (хүснэгт 1.2)

Бидний ажиглалтаас үзэхэд нүдний даралт ихсэх өвчтэй хүмүүсийн бүгд 164 нүдний 87-д хүүхэн харааны бүсэд, 19-д нь сормос биеийн бүсэд дистрофын өөрчлөлт гарч, нийтдээ 64,6%-ийг эзэлж байсан ба ихэвчлэн зогсонги хэлбэрийн даралт ихтэй өвчтөний нүдэнд ажиглагдаж байсан хээ, зураг нь арилж гөлгөр болсон тохиолдол 36, энгийн хэлбэрт ажиглагдсан флокулын пигмент нь нүүж шилжсэн тохиолдол 7 байлаа.

Нүдний даралттай хүмүүсийн нүдэнд үүсч байгаа дистрофын өөрчлөлт нь даралт ихсэх өвчний үед байж болох шинж мөн эсэхийг шалгах зорилгоор үзсэн эрүүл хүмүүсийн нүдэнд дистрофын өөрчлөлт зөвхөн 15,1%-ийг эзэлж байгаагаас үзэхэд уг өөрчлөлт нь нүдний даралт ихсэх өвчний үед ихэсдэг болох нь тогтрогдов.

Судалгааны явцад бидэнд ажиглагдсан нэг зүйл бол нүдний даралт ихсэх өвчтэй хүмүүсийн нүдний дистрофын өөрчлөлт нэлээд тодорхой үүссэн тохиолдолд нүдний даралт нь эмийн эмчилгээнд гүйцэд тэнцвэрийн байдалд орох буюу тэнцвэрээ бага зэрэг алдаж байлаа ч гэсэн өвчний явц тогтвортой, давших хандлагагүй байлаа. Харин нүдний өмнө хэсэгт дистрофын өөрчлөлт огт гарахгүй байгаа даралт ихсэх өвчний үед эмийн эмчилгээнд нүдний даралт хэвийн хэмжээнд орохгүй байсан төдийгүй даралт ихэвчлэн өндөр байсны улмаас харааны үйл ажиллагаа муудаж харааны мэдрэлийн хатангишил үүсч, захын хараа нарийсан өвчний явц даамжрах хандлагатай байв.

Гольдманы (1961) тэгшитгэлээс ($P_0 = FxR + R$) үндэслэн эрдэмтдийн үзэж байгаагаар шингэний гадагш урсах дренажийн системийн урсгалын эсэргүүцэл (R) нэмэгдэх тусам сормуус биенээс шүүрэлтээр үүсэх шингэний хэмжээ багасах ба хэрэв сормуус биеэс үүсэн гарах шүүрэлт (F) нь ихэсвэл дренажийн системийн эсэргүүцэл багасч нүдний дотоод даралт P_0 ердийн байдалд ойролцоо нэгэн түвшинд байдаг гомеостатик механизм нь зарим эрдэмтдийнхээр бол нүдний даралт ихсэх өвчний үед ч үйлчилж байна гэж бичжээ (1).

Нэгэнт дренажийн системд органик өөрчлөлт орж урсгалын коэффициент эрс багассан буюу эсэргүүцэл (R) нэмэгдсэн болохоор сормуус биенээс үүсэн гарах (F)-ийн хэмжээ нь гомеостатик механизмын үүднээс авч үзвэл багассан байх ёстой боловч чухамдаа дистрофын өөрчлөлтгүй, нүдний даралт нь эмийн эмчилгээнд хэвийн байдалд орохгүй, өвчний явц давших хандлагатай байсан тухайн тохиолдолд (E)-ийн хэмжээ багасахгүй байгаагаас л нүдний даралт тогтмол өн-

дөр байх хандлагатай байна гэж бид үзсэн юм. Ийм үед сормуус бие-нээс гарч байгаа шингэний шүүрэлтийг багасгах зорилгоор карбан-гидразын эмүүд (фонурит, диакарб, диурамид)-ийг өвчтөнд уулгахад нүдний даралт нь тогтмол багасч байв. Гомеостатик механизмын тухайн тохиолдолд үйлчлэхгүй байгаагийн шалтгаан нь нүдний сормуус бие, солонгон бүрхүүлийн цусан хангамж уул хүмүүсийн хувьд ерөөсөө өөрчлөлтгүй байсан учраас нүдний даралт их байсан ч гэсэн солонгон бүрхүүлд дистрофын өөрчлөлт үүссэнгүй, бас сормуус биеийн шингэнийг ялгаруулах үйл ажиллагаа ч саараагүй байна гэж дүгнэхэд хүргэж байна.

Нүдний даралт ихсэх өвчний үед ялангуяа энгийн хэлбэрийн даралт ихсэх өвчний үед солонгон бүрхүүлд дистрофын өөрчлөлт илүү их ажиглагдах хандлагатайг харуулсан бидний судалгаа нь (хүснэгт 3) зарим эрдэмтдийн судалгаатай [2—4] үндсэндээ тохирч байна.

ДҮГНЭЛТ: 1. Солонгон бүрхүүлд уул хэсгийн цусан хангамжийн дутагдлаас болж үүсч байгаа дистрофын өөрчлөлт нь хэрэв нүдний даралт ихсэх өвчний бусад шинж тэмдэгтэй хосолж байвал оношийг бататгах нэг үндэслэл гэж үзэж болох байна.

2. Нүдний даралт ихсэх өвчний үед даралт нь ихэссэний улмаас нүдний өмнө хэсгийн цусан хангамжийн дутагдал амархан илэрч болох нөхцөл нь бүрдсэн тохиолдолд дистрофын өөрчлөлт нь солонгон бүрхүүлд, ялангуяа хүүхэн харааны орчмоор илүү тод гардаг байна.

3. Дээрх байдлаас үндэслэн нүдний даралт ихсэх өвчинг онош тогтооход солонгон бүрхүүлд ямар нэг хэмжээгээр илэрч болох дистрофын өөрчлөлтийг харгалзан үзэхийн зэрэгцээ ердийн биомикроскопын шинжилгээнд солонгон бүрхүүлд дистрофын өөрчлөлт илэрч байвал нүдний даралт ихсэх өвчний бусад шинж байгаа эсэхийг нарийн үзэх шаардлагатай юм.

Хүснэгт 1

**Анхдагч нүдний даралт ихсэх өвчтэй хүмүүсийн нүдний
солонгон бүрхүүлд үүссэн дистрофын өөрчлөлт**

(нарийн өвцөгт 27, өргөн өвцөгт 55)

нас	эрэгтэй	эмэгтэй	нүдний тоо	хүүхэн харааны орчмд үүссэн дистрофын өөрчлөлттэй нүдний тоо	сормуус биеийн бүсэд үүссэн дистрофын өөрчлөлттэй нүдний тоо	дистрофын өөрчлөлттэй нүдний нийлбэр дүн	тухайн насны нийт тоонд эзлэх хувийн жин (хувьд)
40—44	1	—	2	—	—	—	—
45—49	2	7	18	3	—	3	16,6%
50—54	4	5	18	8	—	8	44,4%
55—59	6	15	42	18	6	24	57,1%
60—64	9	6	30	21	5	26	86,6%
65—69	8	7	30	19	7	26	86,6%
50—74	7	2	18	14	—	14	77,7%
77-аас дээш бүгд	1	2	6	4	1	5	83,3
	38	44	164	87	19	106	64,6%

Эрүүл хүмүүсийн нүдэнд үүссэн дистрофын өөрчлөлт
(хяналтын хэсэг)

нас	эрэгтэй	эмэгтэй	нүдний тоо	хүүхэн харааны орчинд үүссэн дистрофын өөрч- лөлттэй нүдний тоо	солонгон бүрхүү- лийн сормуус би- еийн бүсэд үүс- сэн дистрофын өөрчлөлттэй нүд- ний тоо	дистрофын өөрч- лөлттэй нүдний нийлбэр дүн	тухайн насны нийт тоонд эзлэх хувь
40—44	10	4	28	—	—	—	—
45—49	12	4	32	—	—	—	—
50—54	11	9	40	3	—	3	7,5
55—59	10	6	32	9	—	9	28,1
60—64	6	1	14	4	1	5	85,7
65—69	5	4	18	4	2	6	83,3
70—74	4	—	8	2	2	4	50,0
75-аас дээш бүгд	1	2	6	—	—	—	—
	59	30	178	22	5	27	15,1

Анхдагч нүдний даралт ихсэх өвчний үе дэх солонгон бүрхүүлийн
өөрчлөлтийн талаар судлаачдын гаргасан судалгааг харьцуулан
үзвэл:

№ Судлаачид	өвчтөний тоо	Даралт ихсэх хэлбэр		Шинжилгээ хийсэн нүдний тоо	Ажигласан хугацаа (эзлэх жинг хувиар)				Дистрофын өөрч-лөлттэй байсан нүдний тоо	Дистрофын өөрч-лөлттэй нүдний эзлэх жинг (хувиар)
		нарийн өнцөгт	өргөн өнцөгт		1—3 жил	4—6 жил	7—10 жил	10-аас дээш жил		
Л. Д. Данчева										
В. Н. Жукова (1974)	72	—	—	118	47,2	15,3	25	12,3	101	85,6
Л. Т. Кашенцева										
Л. С. Мельник (1974)	100	13	87	197	—	—	—	—	86	43,65
Г. Я. Чернявский										
А. В. Супрун										
Л. П. Козлова										
С. М. Федорова (1974)	1391	315	1076	2152	нэгээс 20 жил хүртэл			2001	93 (өргөн өнцөгт)	64,6
Бидний судалгаа (1982)	82	27	55	164	58,5	24,3	12,1	4,8	149	

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. А. П. Нестеров Офт жур. 1966. 3. 206
2. Л. Т. Кашенцева, Л. С. Мельник Офт. жур. 1974. 2. 86
3. Л. Д. Данчева, В. Н. Жукова Офт. жур. 1974. 2. 83
4. Г. Я. Чернявский, А. В. Супрун, Л. П. Козлова, С. М. Федорова Офт. жур. 1972. 4. 92

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ ПЕРВИЧНОЙ ГЛАУКОМЫ

Э. Довдон.

Проведено биомикроскопическое исследование переднего отдела увеального тракта у 82 больных с первичной глаукомой и у 89 здоровых лиц. Обнаружены дистрофические изменения радужки, расположенные преимущественно в зрачковой зоне в 64,6% у больных первичной глаукомой и в 15,1% случаев у здоровых лиц, имеющих изменения возрастного характера.

Считаем, что подтверждающим фактором в пользу глаукомы является наличие дистрофических изменений радужки в сочетании с другими симптомами первичной глаукомы. Дистрофические изменения радужки возникают более выражено в тех случаях, когда имеется определенная предрасположенность к ишемии переднего увеального тракта в случае повышении внутриглазного давления.

Е. ДУМАА, Ш. ЧАДРААВАЛ

ХҮНСНИЙ НОГООНЫ „С“ ВИТАМИНЫ ХЭМЖЭЭ БОЛОВСРУУЛАЛТЫН АРГААС ХАМААРАХ НЬ

АНАГААХ УХААНЫ ХҮРЭЭЛЭН

Төрөл бүрийн хүнсний ногоо, байгалийн жимс жимсгэнэ нь түүхий байхдаа „С“ витаминийг зохих хэмжээгээр агуулж байдаг. Эдгээр нь боловсруулах аргаасаа хамаарч „С“ витаминаа харилцан адилгүй алдана. [1,5—6] Энэ талаар тодорхой судалсан судалгаа одоогоор манайд байхгүй байна.

Судалгааны арга зүй:

Хүнсний ногоонд агуулагдах „С“ витамин хэмжээг түүнийг боловсруулах технологи арга ажиллагаатай холбон судлах нь бэлэн хоол болон хагас бэлэн бүтээгдэхүүний шимт чанарыг үнэлэхэд чухал ач холбогдолтой билээ.

Иймээс бид хүнсний ногооны „С“ витамин боловсруулах арга ажиллагаанаас болж хэрхэн өөрчлөгдөж байгааг судлах зорилт тавилаа.

Бид судалгаандаа байцаа, төмс, шар ба цагаан манжин, шар лууванг авч хавар намрын 2 улиралд түүхий байгаа үед нь болон хүйтэн ба буцалж байгаа усанд хийж 15 минут чанасан ногоо, уураар жигнэж болгосон ба тосонд шарж боловсруулсан, бэлтгэх цехээс хальсыг нь арилгаж нийтийн хоолны газруудад ирээд 1—3 хоносон ногооны „С“ витаминийг тус бүр 10 дээжинд (2 улиралд нийт 100 дээжинд) тодорхойлж, харьцуулан үзэв.

Судалгааны дүн:

1. Хамгийн өргөн хэрэглэдэг байцаа, цагаан ба шар манжин, төмс, шар лууван зэрэг ногооны „С“ витаминийг хавар намрын улирлаар (түүхий байхад нь) тодорхойлж гадаадын болон өөрийн орны зарим судлаачдын судалгаатай харьцуулан үзэхэд үндсэндээ тохирч байна.

Түүхий ногоонд байгаа „С“ витамин хэмжээ
(100 г-д мг %)

Хүснэгт 1

№	Хүнсний ногооны нэр	Бидний судалгаагаар (1981—1982)		Ж. Жамсран (1957) намар	В.И. Астафеев (1960—1962) намар
		намар $M \pm m$	хавар $M \pm m$		
1	Цагаан манжин	68,5 ± 1,5	59,3 ± 0,8	63,6	50,3—65,0
2	Шар манжин	38,8 ± 0,9	32,8 ± 1,14	39,12	28,0—36,6
3	Байцаа	44,0 ± 1,12	5,6 ± 0,21	52,18	30,0—50,0
4	Төмс	15,0 ± 1,13	1,6 ± 0,09	11,32	6,0—16,4
5	Шар лууван	9,25 ± 0,08	2,13 ± 0,16	4,86	2,6—11,6

Хүснэгт 1-ээс үзэхэд хүнсний ногоон дахь „С“ витаминь хэмжээ цаг агаар, газар орны байдлаас болж тодорхой тооны ялгаатай байна. Намар 9 сараас хавар 5 сар хүртэл ногоог 8 сар орчим хадгалахад түүний найрлага дахь „С“ витаминь 15—83 хувь алдагдсан нь харагдаж байна.

2. Судалж байгаа ногоог хүйтэн усанд шууд хийж 15 минут чанаж хөргөн „С“ витаминь тодорхойлов.

Хүснэгт 2
Хүнсний ногоог хүйтэн усанд шууд хийж 15 минут чанахад „С“ витаминь өөрчлөлт (100 г-д мг %)

№	Хүнсний ногооны нэр	Түүхий үеийнх		Хүйтэн усанд 15 минут чанахад		Алдагдлын хувь	Р
		намар M±m	хавар M±m	намар M±m	хавар M±m		
1	Цагаан манжин	68,5±1,1	59,3±1,5	34,3±0,08	28,2±1,3	47,5—50	< 0,01
2	Шар манжин	38,5±0,94	32,8±1,14	20,3±0,39	19,1±0,37	52,5—58,4	< 0,01
3	Байцаа	44,0±0,93	5,6±0,21	15,33±1,24	0,85±0,15	65,2—67	< 0,05
4	Төмс	15,33±0,15	1,6±0,09	11,99±0,23	0,88±0,06	22,5—45,5	< 0,01
5	Шар лууван	9,25±0,10	2,13±0,16	6,27±0,05	0,75±0,06	32,5—64,8	< 0,01

Хүснэгт 2-т хүнсний ногоог хүйтэн усанд хийж чанахад „С“ витаминь алдагдал 22,5—67% байгааг харуулж байна. Гэхдээ эдгээр хүнсний ногооноос төмсэнд агуулагдаж буй „С“ витаминь алдагдал харьцангуй бага байна. Энэ нь түүний найрлага дахь цардуулын зуурамтгай чанартай холбоотой юм.

3. Хүнсний ногоог 15 минут уураар жигнэх, халуун тосонд түлэлгүйгээр шарах, 97°C—100°C-ийн температуртай буцалж буй усанд шууд хийж чанахад „С“ витаминь өөрчлөлт ямар байгааг тодорхойлон үзүүлэв.

Хүснэгт 3
Хүнсний ногоог уураар жигнэх, тосонд шарах 97°C—100°C-ийн температуртай буцалж буй усанд 15 минут чанах үеийн „С“ витаминь өөрчлөлт (100 г-д мг%)

Хаврын улирлын байдлаар

№	Хүнсний ногоо	Түүхий үеийнх	Жигнэхэд		Шарахад		97—100°C		Хүйтэн усанд чанахад	Алдагдлын хувь
			С-вита- мин	алдагд-лын хувь	С-вита- мин	алдагд-лын хувь	С-вита- мин	алдагд-лын хувь		
1	Цагаан манжин	53,3	47,5	10,9%	40,3	24,4%	46,7	21,2%	28,2	52,4%
2	Шар манжин	32,8	25,9	21,1%	23,4	28,7%	25,4	22,6%	20,6	38,8%
3	Байцаа	5,6	4,9	8,7%	—	—	1,85	33%	0,80	67%
4	Төмс	1,6	1,41	11,9%	1,43	10,7%	1,3	18,7%	0,98	22%
5	Шар лууван	2,13	1,97	7,5%	—	—	1,90	10,3%	0,75	64,8%

Хүйтэн усанд ногоог чанаж боловсруулахад „С“ витаминь алдагдал их байгаа нь харагдаж байна. (22.—67%) Харин ногоог жигнэж боловсруулахад „С“ витаминь алдагдал хамгийн бага (7,5—21,1%)

байна. Энэ нь уг хүнсний бүтээгдэхүүнийг боловсруулах явцад „С“ витаминийг задлагч ферментийн үйлчилгээ үзүүлэхгүй байгаатай холбоотой. Учир нь бүх төрлийн фермент 37°—40°С-ийн температурт үйлчилдэг. Өөрөөр хэлбэл халуун уур, буцалж буй ус, халуун тос бол хэт өндөр температуртай байгаа учраас ферментийн үйлчлэлийг саатуулж байна гэсэн үг юм. Харин хүйтэн усанд ногоо чанахад „С“ витаминийг задлагч фермент усыг 37—40 градусын температуртай болоод ирэхийн үед үйлчилж байгаа учраас энэ тохиолдолд витамин ихээр алдагдаж байна.

4. Нийтийн хоолны газрын ажилчдын хөдөлмөрийг хөнгөвчлөх зорилгоор бэлтгэх цехээс хальсыг арилгаж нийтийн хоолны газруудад ирсэн түүхий төмсний „С“ витаминийг хальстай түүхий төмстэй харьцуулан үзлээ.

Хүснэгт 4

Бэлтгэх цехээс хальсыг нь арилгаж 1—3 хоног усанд хийж байлгасан төмсний С витаминийг хальстай төмсний үзүүлэлттэй харьцуулсан нь (100 г-д мг %)

№	Витамин	Хальстай түүхий төмс $M \pm m$	Бэлтгэх цехээс хальсыг нь арилгаж усанд хийж 1 хоног төмс $M \pm m$	Бэлтгэх цехээс хальсыг нь арилгаж усанд хийж 3 хоног төмс $M \pm m$
	„С“ витамин (мг %)	15,02 ± 0,61	14,43 ± 0,33 P < 0,05	9,60 ± 0,03 P < 0,01

Хүснэгт 4-өөс үзэхэд бэлтгэх цехээс хальсыг арилгаж нийтийн хоолны газруудад түгээгдэж байгаа ногоо нь хэрэглэгчдэд очтолоо удах тусам „С“ витаминаа их хэмжээгээр алдаж байна. Мөн судалгаа хийж байх хугацаанд ажиглахад хальсыг нь арилгасан ногоог усанд хийж удаах нь витамин алдагдлыг ихэсгээд зогсохгүй цардуулыг их хэмжээгээр алдагдуулж байгаа тал харагдлаа.

ДҮГНЭЛТ: 1. Хүнсний ногоог хүйтэн усанд хийж чанахад „С“ витамин нь ихээр алдагдаж байна. Иймээс буцалж буй усанд хийж чанах ба уураар жигнэх, түлэлгүйгээр шарж боловсруулахад түүний найрлага дахь „С“ витамин алдагдал бага байна.

2. Нийтийн хоолны газрын ажилчдын хөдөлмөрийг хөнгөвчлөх зорилгоор бэлтгэх цехээс хальсыг арилгаж ирсэн ногоог өдөрт нь ба нэг хоногос хэтрүүлэхгүй хэрэглэх нь тэдгээрийн найрлага дахь «С» витамин их хэмжээтэй алдагдахаас сэргийлэх ач холбогдолтой байна.

3. Түүхийгээр нь хэрэглэх боломжтой манжин, лууван, байцаа, зэрэг ногоог түүхийгээр нь хүйтэн зууш бэлтгэж хэрэглэвэл тэдгээрийн витаминлаг чанарыг алдагдуулахгүйгээр ашиглах боломж олгоно.

4. Бэлэн хоолны ба хагас бэлэн бүтээгдэхүүний шимт чанарыг үнэлэхдээ уг бүрэлдэхүүнийг ямар технологи хэрэглэн боловсруулсан гэдгийг харгалзан үзэж байх нь зарчмын чухал ач холбогдолтой юм.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. В. И. Астафьев „Совет по домоводству“ Минск. 1979. 22—23
2. В. С. Баранов „Технология производства продуктов общественного питания“ М. 1,47.
3. А. Д. Игнатъев, Т. А. Кожомкулов „Питание наука и практика“ Фрунзе. 1980.
4. Ю. Н. Жванко и др. „Аналитическая химия и технологический контроль в общественном питании“ М. 1980.
5. Элизабет Вилох. „Овощи всегда полезны“ М. 1979. 31—32
6. „Лабораторные работы по технологии производства продуктов общественного питания“ М. 1981.
7. Ж. Жамсран „Монголын зарим ургамлын С—витамин“ УБ. 1957

**СОДЕРЖАНИЕ ВИТАМИНА С В ОВОЦАХ В
ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕТОДА КУЛИНАРНОЙ
ОБРАБОТКИ**

Ё. Дулма, Ш. Чадравал

Содержание витамина „С“ в широко используемых в рационе питания населения овощей (картофель, капуста, морковь, свекла и т. д.) определялось методом Тильманса.

Установлено что при опускании овощей в холодную воду с последующей варкой, содержание витамина „С“ снижалось до 22—67%, при опускании овощей в кипящую воду с последующей варкой, а также при жарении и приготовлении на пару до 7,5—21,1%.

Д. БҮРГЭД-ОЧИР, Т. ПҮРЭВЖАВ

**УУШГИНЫ АРХАГ ҮРЭВСЛИЙН РЕНТГЕН
ОНОШЛОЛ**

УЛСЫН КЛИНИКИЙН ТӨВ ЭМНЭЛЭГ

Бид уушгины архаг үрэвслийн клиник рентген шинжүүдийг судлах зорилт тавьж онош нь батлагдсан 40 өвчтөнд дараах судалгааг хийв.

Уушгины архаг үрэвсэлтэй өвчтөн (нас, хүйсээр)

Хүснэгт 1

нас хүйс	16—20	21—30	31—40	41—50	51—60	60-аас дээш	Бүгд
	Эмэгтэй	2	1	3	2	3	4
Эрэгтэй	4	2	4	3	2	10	25

Хүснэгт 2

Уушгины архаг үрэвслийн үед гарах зовирууд

Нийт өвчтөний тоо	Хуурай ханиалга	Ханиалгаж хөө- сөрхөг цайвар, идэрхэг цэр гарах	Цустай цэр гарах	Цээжээр хатгаж өвдөх	Тайван байхад амьсгаадах	Ачааллыг үед амьсгаадах	Халуун 36—38	39-өөс дээш халуун	Судалгааг хийсэн хүмүүс
429	60	369	74	257	80	264	—	—	Н. О. Молчановын- хаар (I) Бидний судалгаагаар
40	6	34	10	32	22	11	34	6	

Хүснэгт 2-оос үзэхэд клиникт илэрч байгаа зовиур нь гадаадын судлаачдынхтай [1] ерөнхийдөө тохирч байна. Уушгины архаг үрэвсэлтэй өвчтөний шаналгаа нь ханиалгах, үрэвссэн талдаа хатгаж өвдөх, цустай цэр гарах, заримдаа цэвэр цусаар ханиалгах явдал ч ажиглагдаж байна. Өвчин намдах үед ханиалгах нь ихсэж голдуу идэрхэг цэр гарч, цэрний хэмжээ ихсэж байна. Чагнахад амьсгал сул-

рах, ширүүсэх, бронхийн амьсгалтай болох, үрэвссэн өвчилсөн орчиндоо хуурай нойтон хэржигнүүр сонсогдох шинжүүд илэрч байв. Бидний ажиглалт хийсэн өвчтөний дотор 60-аас дээш насны өвчтөнүүдэд хатгаа нь хүнд ужиг явцтай, олон дахисан ба рентген шинжилгээнд уушгины завсрын эдийн түгээмэл нягтралын шинж илэрч, амьсгал зүрх судасны ажиллагааны дутмагшил илэрсэн байв. Харин цээжээр өвдөх цустай цэр гарах нь залуу хүмүүстэй харьцуулахад цөөн, ханиалгах идээтэй цэр гарах нь илүүтэй байлаа. Ажиглалт хийсэн өвчтөнүүдийн эмчилгээний өмнө, дараа нь рентген зураг авч шаардлагатай үед томограф, бронхограф, бронхоскопийн шинжилгээ хийж өвчний морфолог өөрчлөлтийг ажиглав.

Хүснэгт 3

Архаг хатгааны дахисан үед илрэх рентген шинж

Рентген шинж Уушгины аль хэсэг	Сүүдэржилт				Дэлбээний сорвижилт	Сигментүүдийн сорвижилт	Бронхографын шинжилгээнд гарсан хэсэг газрын архаг бронхит	Мөгөөрсөн хоолойн тэлэлт	Уушгины зураглалын өөрчлөлт
	уушгины бүтэн	дэлбээний сүүдэржилт	сигментүүдийн	түгээмэл сорвижилт					
Баруун уушгийг бүрэн хамарсан	1	—	—	—	2	—	—	—	—
Зүүн уушгийг бүрэн хамарсан	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Хоёр уушги	—	—	—	3	—	—	—	—	19
Баруун уушгины дээд дэлбээ	—	—	2	—	—	—	—	—	—
Баруун уушгины доод дэлбээ	—	3	23	—	5	20	11	7	16
Баруун уушгины дунд дэлбээ	—	1	—	—	1	—	—	—	1
Зүүн уушгины дээд дэлбээ	—	2	1	—	2	2	—	—	—
Зүүн уушгины доод дэлбээ	—	2	4	—	1	4	—	2	4
Дүн	2	8	30	3	11	26	11	9	40

Судалгаанаас үзэхэд рентген шинжилгээгээр архаг хатгаа дахисан үед хэсэг орчны сорвижсон өөрчлөлтийн суурин дээр хэлбэр, хэмжээ бүтэц, нягт сийргийн хувьд адилгүй өөр хоорондоо нийлэх хандлагатай нэвчдэс бүхий голомттой сүүдэр харагдана. Энэ сүүдэр нь хэд хэдэн сигмент, заримдаа дэлбэн, бүтэн нэг талыг уушгийг хамарсан байдаг.

Сүүдэр нь рентген зурагт бүтцийн хувьд толбот, торлог цоохор байдалтай байна. Рентген шинжилгээнд уушгины дэлбээнүүдийн сигментүүд зарим нь үрэвсэж зарим нь гэмтээгүй шинж илэрвэл архаг хатгаа хавдраас ялгарах нэг шинж болно. Баруун уушгины доод дэлбээнд архаг хатгаатай байна гэж бодвол түүний 6, 9, 10 дугаар сигмент өвчилсөн байх юмуу эсвэл доод дэлбээний 1—2 сегментийн үрэвсэл, дээд, дунд дэлбээний зарим сегментийн гэмтэлтэй хамт байж болно.

Цээжний гялтангийн хөндийд шингэн хуралдах, наалдац үүсэх, их хэмжээний нэвчдэстэй тохиолдолд архаг хатгааны үед жигд тод сүүдэржилт рентгенд илэрч болно.

Бидний ажиглалтаар 2 хүнд ийм тод сүүдэржилт рентгенд гарсан юм. Архаг хатгааны үед оношийг баттай тогтоох зорилгоор эргэлзээтэй үед бронхограф, бронхоскоп, томографийн шинжилгээг хийнэ.

Эдгээр шинжилгээгээр тодорхойгүй үед шинжилгээний ажиглалтаар шийдвэрлэж болно. Өвчтэй хүмүүст уушгины хэсэг газрын өөрчлөлтүүдээс гадна насны байдлаас болж түгээмэл сорвижилтын ба уушгины тэлэлтийн рентген шинж илэрч байлаа. Бид 20 өвчтөнд бронхографийн шинжилгээ хийхэд 11 өвчтөний уушгины хэсэгхэн газрын бүтцийн өөрчлөлт бүхий гуурсан хоолойн архаг үрэвсэл илрэв. Ийм өөрчлөлтүүд нь голдуу баруун уушгины 8, 9, 10 дугаар сегментээс илэрч байв.

Гуурсан хоолойн өргөсөлт бүхий 9 тохиолдлын 2 нь зүүн уушгины зүрхний ойролцоох сегментүүдэд, 7 нь баруун уушгины доод дэлбээнд байлаа. Бронхографийн өөрчлөлтүүдийг бронхоскопийн шинжилгээгээр давхар батлав. Мөгөөрсөн хоолойн өргөсөлт, түүний хэлбэрийн өөрчлөлт их байх тутам клиник рентген шинж төдий чинээ их тод байна. 14—30 хоног эмчилгээ хийсний дараа авсан рентген зурагт нэвчдэс бүхий голомт сүүдэр нь бараг арилж, харин сорвижилт, уушгины зураглалын өөрчлөлт, гялтангийн наалданги зэрэг өөрчлөлт үлдсэн байлаа. Иймд архаг хатгааны намжилтын үеийн рентген шинж нь үрэвслийн улмаас үүссэн хэсэг орчны сорвижилт, наалданги хэлбэрийн өөрчлөлт бүхий гуурсан хоолойн архаг үрэвсэл болох нь тохирч байна.

Бид дээрх ажиглалтаас дараах дүгнэлт хийв.

1. Эрс тэс уур амьсгалтай манай нөхцөлд хатгаа өвчин харьцангуй элбэг, түүний архаг хэлбэр цөөнгүй тул энэ чиглэлээр судалгаа хийх нь манай орны эрүүлийг хамгаалах практикт ач холбогдолтой байна.

2. Архаг хатгааг оношлоход клиник, рентген бронхологийн хам шинжилгээ чухал ач холбогдолтой юм.

3. Уушгины өөрчлөлтөд динамик ажиглалт хийх нь архаг хатгааг оновчтой бүрэн төгс, сайн эмчлэхэд шийдвэрлэх үүрэгтэй байна.

4. 60-аас дээш насны хүмүүст архаг хатгаа клиник шинжийн хувьд хүнд, рентген шинжилгээнд уушгины эд эсийн сорвижилтын суурин дээр архаг хатгааны өөрчлөлт илэрч байна.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Н. С. Молчанов „Хроническая пневмония“ 1977 г. , 14—98

П. НЯМДАВАА, Г. ЦАГААНХҮҮ

ПОЛИОМИЕЛИТ (Хэвлэлийн тойм)

ЭРҮҮЛ АХУЙ, ХАЛДВАР, НЯН СУДЛАЛЫН УЛСЫН ИНСТИТУТ
АНАГААХ УХААНЫ ДЭЭД СУРГУУЛЬ

Полиомиелит бол пикорнавирусын овгийн энтеровирусын төрлийн вирусээр үүсгэгддэг, эмнэлзүйн тод хэлбэр нь тархи нугасны хөдөлгөөний эсүүд гэмтсэн шинжээр илэрдэг, ихэвчлэн ходоод гэдэсний замаар дамжин тархдаг, хүүхдийн насны хурц халдварт өвчин юм.

Энэ өвчин 1940-өөд оны сүүлч, 1950-иад оны эхээр Европ, хойт Америкийн олон оронд тахал хэлбэрээр тархаж байгаад 1950-иад оны дунд үеэс идэвхгүйжүүлсэн вакциныг, 1960-аад оны эхнээс амьд вакциныг хэрэглэх болсноор сэрүүн бүсийн нэлээд оронд устах шатнаа орж өвчлөлийн нийт хэмжээ буурсан юм. (Хүснэгт 1) Гэвч дэлхийн дулаан бүсийн олон оронд өвчлөл өсөх хандлагатай байна. Тухайлбал, 1981 онд дэлхийн нийт хүн амын 78% нь оршин суудаг 118 орон ДЭХБ-д полиомиелитын өвчлөлийн мэдээгээ өгснөөс 77 оронд нийт 33870 тохиолдол бүртгэгдсэн байна (82). Энэ нь мэдээгээ өгсөн орнуудын 100000 хүн ам тутамд дунджаар 1,0 өвчлөл ногдож байна гэсэн үг бөгөөд өмнөх 15 жилийн дундаж үзүүлэлтээс ихэссэн байна. Түүнээс гадна тодорхой нөхцөл бүрдсэн үед полиовакцины вирус нь саажилт өвчин үүсгэж болох нь батлагдсан (17,83) хийгээд полиомиелитын вакцинжуулалт харьцангуй сайн зохион байгуулагдсан хэд хэдэн оронд, түүний дотор манай оронд олон жилийн эпидемиологийн тайван байдлын дараа полиомиелитын томоохон дэгдэлт гарсан (44, 70, 51, 80, 81) нь манай эмч мэргэжилтнүүдийн анхааралд полиомиелитын тухай судалгааны сүүлийн үеийн материалыг нэгтгэн толилуулах санааг зохиолгод төрүүлсэн юм.

Нэг. Үүсгэгч: Полиомиелитын үүсгэгч нь полиовирус бөгөөд вирусийн орчин үеийн ангиллаар пикорнавирусын овгийн энтеровирусын төрөлд багтдаг зүйл болно (63).

Полиовирус нь 27—28 нм диаметр бүхий бөмбөлөг хэлбэртэй вирус бөгөөд гадуураа нэмэлт бүрхүүл (судеркапсид) байхгүй. Капсид нь шоо тэгш хэмтэй, 60 капсомерээс тогтоно. Хлорт цезийн уусмалд нягтшил нь 1,34 г/мл, молекул масс нь $8,5 \times 10^6$ дальтон. Бүрэлдэхүүний 70% нь уураг, 30% нь РНХ юм. Ихэнх судлаачдын бичсэнээр тослог бодис (липид), нүүрс-ус агуулахгүй.

Вирионы найрлаганд нь 4 төрлийн полипептид орох (хүснэгт 2) бөгөөд 1 вирионд энэ 4 төрлийн уургийн молекул тус бүр 60 ширхэг ордог ажээ. Үүнээс гадна зарим тохиолдолд 1 вирионд 1—2 ширхэг УРО (Е) гэж тэмдэглэгддэг 43×10^3 дальтон уураг олддог. УР1, УР2, УР3, УР4 нь вирионы үржих явцад NSYPOO гэж тэмдэглэдэг 1 уургаас үүсдэг байна.

Вирусын геном нь 7500 ± 200 нуклеотидоос тогтсон $2,6 \pm 0,2 \times 10^6$ дальтон молекул жинтэй нэг утаслаг, цагираг бус РНХ байна. Вирионы РНХ нь шууд рибосоомор „уншигдах“ чадвартай тул зарим ном зохиолд (+) РНХ буюу „халдварт“ РНХ гэж бичсэн байдаг. Полиовирусын РНХ нь эукариот эсэд трансляцид ордог ихэнх РНХ шиг

Полиомелитын өвчлөлийн дэлхийн тойм
ДЭХБ-ын мэдээгээр (80, 81, 82)

ДЭХБ-ын бүсүүд	Өвчлөлийн мэдээ өг-сөн улс	Хүн амын тоо (сая-аар)	Жилийн дундаж өвчлөл			
			1951—1955 он	1966—1970 он	1976—1980 он	
Америк	37	450,2	46593	3185	3740	
Африк	31	289,8	2647	3629	4431	
Газар дундын тэнгисийн зүүн эрэг	9	67,2	1369	2321	2335	
Европ	27	512,7	27363	2277	786	
Зүүн өмнөд ази	3	191,5	468	666	1140	
Номхон далайн баруун эрэг	17	241,9	5566	798	1719	
Бүгд	Бодит тоо	124	1753,3	84006	12876	14151
	Өвчлөл 100000 хүнд			4,8	0,7	0,8

Хүснэгт 2

Полиовирусын уургийн найрлага

Полипептидүүд	Молекул жин ($\times 10^3$)	Изоэлек-трик цэг	N—төгсгөлийн амин хүчил	C—төгсгөлийн амин хүчил
УР1 (α)	35,5±1,5	8,1	глицин	лейцин буюу глютамин
УР2 (β)	30,0±1,0	6,4	аспаргины хүчил	глицин буюу глютамин
УР3 (γ)	25,0±2,0	6,0	серин	лейцин буюу глютамин
УР4 (δ)	8,0±2,0	7,3		аланин

Хүснэгт 3

Полиовирусын олон улсын эх омгууд

	Зэрлэг омог	Вакцины омог
Полиовирус I хэв шинж	Mahoney, Brunhiede	LSc
Полиовирус II хэв шинж	Lansing	P-712
Полиовирус III хэв шинж	Leon	Leon-970

3'—төгсгөлдөө 15—20 адениний үлдэгдлээс тогтсон полиаденил дэс дараалалттай мөртлөө, 5'—төгсгөлдөө „малгай“ („сар“ буюу пирофосфат холбоогоор дараах нуклеотидоосоо тусгаарлагдсан гуанозины үлдэгдэлгүйгээрээ онцлог байдаг.

Эсрэгтөрөгчийн шинжээр нь полиовирусyг 3 хэв шинж болгон хуваадаг (Хүснэгт 3).

Хэв шинж—өвөрмөц эсрэгтөрөгчийг N (Native—эх буюу D), H (Heated—халаасан буюу C) гэж хоёр ангилдаг. Бүтэн вирион нь N—эсрэгтөрөгчийн шиижийг үзүүлэх бөгөөд вирионыг халаах буюу шээг, гуанидинаар үйлчлэхэд H—эсрэгтөрөгчийн шинж гарч ирдэг. Вирионыг халаахад бүтцийн уургуудаас YP4 алга болдог дээр үндэслээд зарим судлаачид N—эсрэгтөрөгчийн гол детерминант нь YP4 дээр байрлана гэсэн дүгнэлт хийж байсан (49). Гэтэл цаашдын судалгаа нь YP4 нь вирионы гүнд байрлах уураг гэдгийг баталсан бөгөөд саармагжуулах эсрэг бие үүсгэх гол детерминантууд нь YP1, YP3 полипептид дээр байрлана гэж үзэх болж байна (47, 53, 57, 69). Нэг хэв шинжийн дотор вакцины омгийг зэрлэг омгоос, зэрлэг омгуудыг өөр хооронд нь ийлдэс судлалын тусгай аргуудыг (64, 78, 79) хэрэглэн ялгаж болдог. Тиймээс шинээр ялгасан полиовирусyн омгийг ялгасан нутаг орон, оныг оруулсан шифр хэрэглэн тэмдэглэх зарчмыг ДЭХБ-ын экспертийн бүлгээс 1981 онд зөвлөмж болгосон юм (8). Үүнд, 1982 онд БНМАУ-д ялгасан лабораторийн дугаар 15 бүхий полиовирусyн I хэв шинжийн омгийг полиовирус P1 (Монгол) 15/82 гэж тэмдэглэх юм. Энэчлэн полиовирусyн II хэв шинжийг PII, III хэв шинжийг PIII гэж тэмдэглэнэ.

Полиовирусyн омгуудыг өөр хооронд нь ялгахад эсрэгтөрөгчийн шинжээс нь гадна удамшлын маркеруудыг ашигладаг. Үүнээс хамгийн өргөн хэрэглэдэг нь N (мэдрэл хоруу чанар буюу сармагчинд саажил үүсгэх чадвар), MS (M. raras сармагчны бөөрний эсийн мэдрэг чадвар), d (бикарбонат натри бага—0,11—0,07% агуулсан агарын үеийн дор үржих чадвар), rct₄₀ (40°C-т үржих чадвар) болно.

Зэрлэг омог нь N⁺, MS⁺, d⁺, rct₄₀⁺, вакцины омог N⁻, MS⁻, d⁻, rct₄₀⁻ байна. Гэвч зарим маркер нь энэ төсөөлөлтэй тохирохгүй байх буюу завсарын шинжтэй омог ялгарах тохиолдол байдаг. Жишээ нь 1965—1975 онд ЗХУ-д саа, саажил бүхий өвчтөнөөс ялгасан, сармагчинд N⁺ полиовирусyн I хэв шинжийн омгуудын 54%, II хэв шинжийн омгуудын 50% нь rct₄₀⁺ шинж тэмдэг үзүүлж байжээ. (16). Мөн 1982 онд БНМАУ-д гарсан эпидемийн үед ялгасан полиовирусyүүдээс 7 омгийг rct₄₀ маркераар шалгахад 3 нь rct₄₀⁺, 3 нь rct₄₀⁻, I нь rct₄₀[±] байсан ба rct₄₀⁺ нэг омог, rct₄₀⁻ нэг омгийн сармагчинд мэдрэл хоруу чанарыг шалгахад хоёулаа N⁺ байв (23). Иймээс өвчтөнөөс ялгасан полиовирусyн омгийн зэрлэг буюу вакцины гаралтайн алин болохыг тогтоохын тулд вирусyн РНХ-г T₁-фагийн рибонуклеазаар задалж, хоёр тийш нь электрофорезлох аргыг илүү найдвартай гэж сүүлийн үед үзэх болж байна (8, 62, 68, 71, 85).

Полиовирус нь физик, химийн хүчин зүйлийн үйлчлэлд харьцангуй тэсвэр сайтай, тасалгааны температурт 70 хоног хүртэл, 4°C-т хэдэн сараар, —70°C-т 10 хүртэл жил халдварлуулах чадвараа хадгална. 50°—55°C-т 30 минутанд идэвхээ алдах боловч хадгалах орчинд нь I MMgCl нэмбэл энэ температурт идэвхээ хадгалах хугацаа нь уртасдаг. Харин нарны гэрэл, хэт нил туяа, буцалгалт нь полиовирусyг 1—5 минутын дотор идэвхгүйжүүлдэг. Мөн хуурайшуулахад (лиофилизаци хийхэд) идэвхээ их хэмжээгээр алддаг.

Спирт, эфир, дезоксихолат натри зэрэг өөх тослог бодисыг уусгагч нь полиовируст нөлөөлөхгүй.

Лизол, Фенол, формалин болон хлорт нэгдлүүд нь вирионы бүтцэд нөлөөлөхгүйгээр полиовирусyг идэвхгүйжүүлэх боловч, идэвхгүй-

жүүлэхийн тулд харьцангуй удаан хугацаагаар үйлчлэх хэрэгтэй болдог. Шээг, гуанидин нь полиовирусын капсидыг задлан идэвхгүйжүүлдэг.

Байгалийн нөхцөлд полиовирус нь зөвхөн хүнийг өвчлүүлдэг. Туршлагын нөхцөлд полиовирусын зэрлэг омог нь хэд хэдэн зүйлийн сармагчин, харх, цагаан хулганад саа, саажил үүсгэж болдог. Полиовирусын хэв шинжүүдийн дотроос 1 хэв шинж нь эмгэг төрх идэвх илүүтэй гэж үздэг бөгөөд тахалт (эпидемик) өвчлөлийн 80—85%-ийг полиовирусын 1 хэвшинжийн вирус үүсгэдэг байна.

Хоёр. Эмгэг жам, эмгэг анатомийн өөрчлөлт. дархлал

Полиомиелитийн эмгэг жам нь харьцангуй сайн судлагджээ. (9, 12, 13, 20, 36, 37, 38, 47, 55, 59, 72). Полиовирус организмд амаар орж, хөөмий, гэдэсний салст бүрхэвчийн эсэд байх өвөрмөц рецепторт бэхлэгддэг. Полиовирусын рецепторыг хариуцсан ген нь хүний 19 дүгээр хромсом дээр байрладаг (67). Цаашид полиовирусын халдвар нь дараах үе шатыг дамжин хөгжинө.

1. Вирус бэхлэгдсэн газраа, өөрөөр хэлбэл хөөмийн болон гэдэсний ханын эсэд нэвтрэн орж үржинэ.

2. Вирус гүйлсэн булчирхай, хүзүүний болон чацархайн тунгалгийн зангилаануудад нэвтрэн очиж үржинэ.

3. Вирус цусанд нэвтрэн орж (бага вирусемид) элэг, дэлүү, чөмөг захын тунгалгийн зангилаа зэрэг мэдрэг эрхтэнүүдэд очиж үржинэ.

4. Вирус дээрх эрхтэнүүдээс их хэмжээгээр цусны урсгалд орно (их вирусемид).

5. Вирус төв мэдрэлийн системд нэвтрэн орж хөдөлгөөний эсүүдийг сонгон гэмтээнэ.

Эмгэг жамын I, II үе нь эмнэл зүйн хувьд нууц үетэй тохирох бөгөөд дунджаар 7—12 хоног үргэлжилдэг. Бүх тохиолдлын 90—95%-д нь полиовирусын халдвар энэ шатнаа зогсоно. Бие махбодын хамгаалах тогтолцоо вирусын үржлийг энэ шатанд нь таслан зогсоож чадахгүй бол эмгэг жамын III шат эхлэх бөгөөд энэ нь эмнэлзүйн урьдал үе, саагийн өмнөх үетэй тохирно. Энэ үе нь дунджаар 4—6 хоног үргэлжлэх бөгөөд бүх тохиолдлын 4—8%-д полиовирусын халдвар энэ шатнаа тасалддаг. Бүх тохиолдлын 1—2%-д нь л эмгэг жамын IV, V шат ажиглагдах бөгөөд энэ нь эмнэлзүйн саажилтын үетэй тохирно.

Туршлагын халдварлуулалт хийсэн сармагчин дээр хийсэн судалгаанаас үзэхэд өвчний хурц үед нугас, уртагтар тархины хөдөлгөөний эсүүд, зарим үед торлог байгууламж, бага тархинд эмгэг анатомийн өөрчлөлт орсон байдаг бол үлдэц үед нугасны өмнөт эвэр сорвижиж, тэгш хэм нь алдагдах, булчин хатингаржих шинж тэмдэг гардаг байна. (9, 28). Полиомиелитээр нас барсан хүмүүсийн цогцост эмгэг анатомын үзлэг хийхэд төв мэдрэлийн системд нүднээ харагдах өөрчлөлт тун бага бөгөөд нугасыг хөндлөн огтолж үзвэл бор бодисын зураглал бүдгэрч, багассан буюу цөөн тохиолдолд цус түрсэн байна. Харин гистологийн шинжилгээгээр өвчний үе бүхэнд тохирсон өвөрмөц өөрчлөлт илэрдэг (29).

Саагийн өмнөх үед нугасны өмнөт эврийн судас нь тодрон, улаан эс нэвчсэн байх ба эсийн цөм багасаж нугасны зөөлөн бүрхэвчинд цус түрсэн байдаг. Саагийн үед нугас, уртагтар тархины хөдөлгөөний эсүүдийн цөмд өвөрмөц оршихуун бий болох юмуу үхжиж, глийн эсээр солигдсон, цагаан эсээр нэвчсэн байна. Тархины дээд хэсгүүдээс торлог бодис, завсрын тархины бор бодис, их тархины гадрын төвийн урд нугалаа (4 дүгээр талбай)-нд мэдрэлийн эр үхжсэн, нейрофагийн зангилаа бий болсон байх нь тохиолддог. Үлдэц үед нугасны бор бодист глийн эсээс тогтсон сорвижилт үүсэх, үхжсэн эсүүдийн оронд заримдаа жижиг хөндий үүссэн байдаг. Мөн хөндлөн судалт

булчин, тунгалгийн эд, ходоод гэдэсний салст бүрхэвчинд өвчлөлийн үе шатанд тохирсон өөрчлөлтүүд гардаг.

Полиомиелитээр өвчилсний дараа хэвшинж өвөрмөц, тогтвортой дархлал үүсэх бөгөөд энэ нь эсийн болон шингэний дархлалын нарийн уялдаатай явц болно (9, 19, 59). Мөн шингэний идэвхгүй дархлал нь эхээс ихсээр дамжин урагт очиж, амьдралын эхний саруудад өвчнөөс хамгаалах чадвартай байна.

Харин вакцинаар үүсэх дархлал нь полиовирусын хэвшинж тус бүрийн биологийн онцлогоос хамааран харилцан адилгүй хурдацтай хөгжих бөгөөд III хэв шинжийн вирус нь дархан төрөх идэвх харьцангуй султай юм (32, 40).

Полиовирусын эсрэг байгалийн болон үүсмэл дархлал бүрэлдэхэд хөөмийн тунгалгийн эд их үүрэгтэй байдаг нь практикийн ихээхэн ач холбогдолтой. Тиймээс гүйлсэн булчирхай буюу аденойд булчирхай мэс заслаар авахуулсан хүмүүст полиомиелитийн явц хүнд байх буюу вакцины дараах дархлал нь сул байдаг.

Түүнчилэн хөөмийн тунгалгийн эдэд хүрэлцэл ихтэй полиомиелитийн шингэн амьд вакцин нь дархлал үүсгэх идэвхээрээ үрлэн вакцинаас их байдаг байна (4, 15, 32).

Гурав. Өвчний эмнэлзүйн төрх: Полиомиелитийг эмнэлзүйн төрхөөр нь дараах маягаар ангилдаг (20, 37).

I. Мэдрэлийн системийг гэмтээдэггүй хэлбэр

1. Эмнэлзүйн далд хэлбэр (вирус хадгалагч): вирус хөөмий, гэдэсний бүрхүүл эс, тунгалгийн зангилгаанд орсноор өвчний явц тодорхой шинж тэмдэггүйгээр төгсөнө, биед тогтвортой дархлал үүснэ.

2. Абортив хэлбэр (бага өвчин): вирус цусны урсгалд нэвтрэн орж, ерөнхий халдвар, хордлогын шинжийг өгснөөр өвчний явц төгсөж, биед тогтвортой дархлал үүснэ.

II. Мэдрэлийн системийг гэмтээдэг хэлбэр

A. Саажилтгүй хэлбэр (мэнэн хэлбэр): вирус цуснаас мэдрэлийн системд нэвтрэн орж тархины зөөлөн бүрхүүлийг гэмтээх учир ерөнхий халдвар, хордлого, шүүдэст мэнэнгийн болон өвдөлтийн шинж тэмдэг хурцаар илэрнэ. Мөчинд саажилт үүсэхгүй, биед дархлал тогтооно.

Б. Саажилт хэлбэр: вирус мэдрэлийн системд нэвтрэн орж хөдөлгөөний эсүүдийг янз бүрийн түвшинд гэмтээнэ. Булчинд сул саажилтын шинж гүнзгий илэрнэ.

1. Нугасны (хүзүүний, цээжний, бүсэлхийн) нэг голомтот буюу олон голомтот хэлбэр: хөл, гарт гүнзгий саа, саажил үүснэ. Хүзүү, нуруу, хэвлий зэрэг их биеийн булчингийн саажилттай хавсран тохиолдож болно.

1. Уртавтар тархины хэлбэр: амьсгал, зүрх судасны ажиллагаа хямрах, дуу хоолой бүдгэрэх, залгилт алдагдах зэрэг IX, X мэдрүүлийн гэмтлийн шинж зонхилно.

3. Уртавтар тархи-нугасны хэлбэр: IX, X мэдрүүлийн гэмтлийн шинж, гар, хөлийн саажилттай хавсарна.

4. Гүүрний хэлбэр: нүүр, нүдний алимыг хөдөлгөгч булчингууд саажих зэрэг VII, VI мэдрүүлийн гэмтлийн шинжээр илэрнэ.

5. Гүүр-нугасны хэлбэр: нүүрний булчингийн саа, гар, хөлийн саажилттай хавсарч тохиолдоно.

6. Гүүр-уртавтар тархи-нугасны хэлбэр: нугас болон тархины багана хэсгийн бор эдийн гэмтлийн шинжээр хавсран илрэх хамгийн хүнд тохиолдлууд орно.

7. Полиоэнцефаломиелит хэлбэр: Тархи, нугасны бор эдийн олон голомтот, түгээмэл гэмтлийн шинжээр илрэх тохиолдол хамаарна.

Өвчний явц, үе шат. Полиомиелитийн эмнэлзүйн явцыг 1) нууц үе, 2) урьдал үе, 3) саажилтын өмнөх үе, 4) саажилтын үе, 5) сэргэлтийн үе, 6) үлдэц үе гэж хуваана (5, 9, 12, 20, 37, 38, 22).

Нууц үе нь дунджаар 7—12 хоног үргэлжлэх боловч зарим тохиолдолд 5—7 хоног хүртэл богиносгох буюу 40—45 хоног хүртэл уртасч болно (38, 52). Нууц үеийн хугацаа халдварласан вирусын хоруу чанар, түүнд бие махбодын хариулах урвалаас ихээхэн шалтгаална. Энэ шатанд өвчний шинж тэмдэг илрэхгүй.

Урьдал үед вирусын үржил идэвхтэй явагдаж, үрэвслийн өөрчлөлт гарч эхлэх учир халуурах, чичрэх, хамар, хөөмийн салст үрэвсэх, гэдэсний үйл ажиллагаа хямрах зэрэг ерөнхий халдварын шинж тод илэрнэ. Урьдал үеийн тохиолдол 22,2—54% (36, 37), зарим дэгдэлтийн үед 70% хүртэл ч ажиглагдана (55).

Саажилтын өмнөх үед өвчний шинж тэмдэг улам гүнзгийрч, нуруу, үе-мөчөөр өвдөх, захын мэдрэлүүд дээр дарахад их эмзэглэх, цочромтгой болох, Ласег, Кернигийн төрлийн шинжүүд илэрдэг учир нэлээд тохиолдолд шүүдэст мэнэнтэй төсөөтэй явцын байдал хэсэг хугацаанд ажиглагддаг байна. Хүнд тохиолдолд эдгээр шинж тэмдэг улам гүнзгийрнэ.

Саажилтын үед хөл, гарт (ихэвчлэн хөлд) сул саа үүсч, рефлекс арилах, булчингийн хөвчрөл сулрах, булчин хатингарших, гавал-гархины зарим мэдрүүлийн эмгэг, тухайлбал, ихэнх тохиолдолд нүүрний мэдрүүлийн саажилт үүсдэг. Саажилтын үед өвдөлтийн шинж үргэлжилж болно. Мөчний саажилтын гүнзгийрэл 7—10 дахь хоногоос тогтворжиж үйл ажиллагаа аажмаар сэргэж эхэлнэ.

Сэргэлтийн үе мөчний 12—14 дэх өдрөөс эхэлж, удаан хугацаагаар үргэлжилнэ. Мөчний үйл ажиллагааны сэргэлтийг үргэлжлэх хугацаагаар нь 1) үрэвслийн үзэгдлийн намжилтын үе, 2) вирусын үйлчлэлтэй хавсран явагдах нугас, тархины цусан хамгамж ба тэжээлийн хямралын эргэн зохицох үе гэж хоёр хуваана. Сэргэлтийн эхний үе харьцангуй хурдан 1,5—2 сарын дотор явагдах боловч сэргэлтийн хоёр дахь үе олон сар, бүр хэдэн жилээр ч үргэлжилнэ. Гэхдээ үйл ажиллагааны сэргэлт бие махбодын урвалж чанар, түүнд нөлөөлөх эмчилгээний идэвхтэй арга хэмжээнээс үлэмж шалтгаална.

Үлдэц үе нь тогтвортой саа, саажлын шинж эргэлтгүй үлдсэн байдгаар тодорхойлогдоно.

Өвчний аль ч үеийн шинж тэмдгийн онцлог, үргэлжлэх хугацаа нь эцсийн дүнд вирусын үйлчлэл, түүнд хариулах бие махбодын урвал, хэвийн дархлал тогтцын байдлаас үндсэндээ шалтгаална.

Эмнэл зүйн ерөнхий шинж тэмдэг

Хурц полиомиелитийн үед урьдал болон хурц үеийн шинж тэмдгүүд тод илрэхийн зэрэгцээ өвчний үе шат бүрийн онцлогийг тусгасан шинжүүд ажиглагдана.

Өвчний ерөнхий шинжүүдийн дотроос халууралт, амьсгалын дээд замын үрэвсэл, бөөлжилт, ходоод гэдэсний хямрал, өвдөлт, вегетатив судасны өөрчлөлт зэрэг хурц шинж тэмдгүүд онцгой анхаарал татна.

Халууралт нь хурц полиомиелитийн өвөрмөц шинж мөн. Д.С. Фуртерийн 476 өвчтөнд хийсэн ажиглалтаар зөвхөн 6%-ийн тохиолдолд халуурах шинж илрээгүй байна (34). Бидний 1982 оны судалгаагаар 78 өвчтөний 71,8%-д халуурах шинж тэмдэг илрэв (39.) Халууралт нь дунджаар 4—7 хоног үргэлжилнэ. Харин 10—12%-ийн өвчтөнд халууралт нь амьсгалын зам болон бусад эрхтэний талаас гарах хүндрэлтэй холбоотойгоор 15—20 хоног, түүнээс ч олон хоногоор үргэлжилж болох юм.

Хурц полиомиелитийн нэг өвөрмөц шинж бол «хоёр үет» халууралтын шинж бөгөөд энэ нь дунджаар өвчтөний 35%-д тохиолдоно.

Томоохон дэгдэлтийн үед ийм тохиолдлын тоо олширно.

Бидний 1982 оны ажиглалтаар бүх халуурсан өвчтөний 37,5%-д «хоёр үет» халууралтын шинж ажиглагдав (39). Ихэнх тохиолдолд нэг дэх халууралтын үе 1—4 хоног үргэлжлээд 2—3 өдрийн завсартайгаар хоёр дахь халууралтын үе эхэлдэг.

Амьсгалын дээд замын үрэвслийн шинж өвчтөний 40%-д илэрдэг бөгөөд бидний судалгаагаар энэ шинж ажиглалтын 51,1%-д илрэв (39). Хамар, хөөмий салст улайж үрэвсэх нь эхний үед томуу, томуу төст өвчин гэж үзэж ташаарсан дүгнэлт хийхэд хүргэдэг.

Бөөлжилт нь олонтоо тохиолдох шинжийн нэг. Ялангуяа өвчний явцад мэнэнгийн шинж тод илэрч байгаа нөхцөлд бөөлжилт олон давтагдана. Бидний судалсан бүх өвчтөний 21,7%-д бөөлжих шинж ажиглагдав. (39).

Ходоод-гэдэсний хямрал бага насны хүүхдэд зонхилон тохиолдох бөгөөд суулгах буюу өтгөн хатах шинжээр илэрнэ. Зарим тохиолдолд гэдэс хүчтэй өвдөх шинж өгнө. 1982 оны бидний судалгаагаар суулгах, өтгөн хатах шинж тохиолдлын 52,5%-д ажиглагдав (39).

Өтгөн, шингэн ялгадсыг гаргах хуниасны ажиллагаа алдагдах явдал дунджаар өвчтөний 7—8%-д тохиолддог (36,37). Бидний 1982 оны ажиглалтаар насанд хүрсэн 3 өвчтөнд шээс хаагдах шинж өвчний эхний үед ажиглагдсан бөгөөд түр зуурын шинж чанартай байв (39). Ялгадсыг гаргах хуниасны ажиллагаа алдагдах нь нугасны эмнэлзүйн хүнд хэлбэрийн эхний хурц үед тохиолдоно.

Вегатив-судасны өөрчлөлт нь полиомиелитийн өвөрмөц шинж болохыг Петте цохон тэмдэглэсэн байна (72). Бие хөлрөх, ялангуяа толгой, нүүрний орчим их хөлрөх үзэгдэл бараг бүх өвчтөнд илэрнэ.

Цусны даралт ихсэх шинж уртавтар тархины эмнэлзүйн хэлбэрийн үед тохиолддог тухай судлаачид бичжээ. Вегатив өөрчлөлтийн илрэн гарах механизм нь полиомиелитийн үед төвийн ба захын вегатив тогтцуудад бүтцийн гүнзгий өөрчлөлт гарсан байдгаар тайлбарлагдана.

Өвдөлтийн шинж нь эмнэлзүйн үндсэн шинжүүд илрэхээс өмнө өвчний урьдал үед зонхилон ажиглагдана. И. М. Сысоевагийн судалгаагаар өвдөлт нь саажилтын дараа орох хоёр дахь үндсэн шинж бөгөөд түүний ажиглалтаар өвчтөний 60 хувьд илэрсэн байна (30). Түүний бичсэнээр гар, хөлийн өвдөлт 90%, хүзүү, нурууны өвдөлт 30%, хэвлий гэдэсний орчмын өвдөлт 10%-ийн харьцаагаар тохиолдож байжээ. Тэгэхдээ тохиолдлын 50%-д өвдөлт эхний халууралтын үед, 4%-д халуун буусан завсрын үед, 16%-д халууралтын хоёр дахь үед илэрсэн байна. Бидний 1982 оны ажиглалтаар саажилтын өмнөх үед гар, хөл, нурууны орчимд өвдөх шинж өвчтөний 37,2%-д илэрсэн бөгөөд саажилт үүссэний дараа ихэнх тохиолдолд үндсэндээ арилж байв (39).

Полиомиелитийн үед мэдрэхүйн алдагдал илэрдэггүй. Харин захын мэдрүүлүүдийн дагуу дарахад илэрхий эмзэг өвчтэй, өвчний эхний үеэс өвдөлтийн шинж үүссэнтэй холбоотойгоор Ласег, Кернигийн төрлийн болон дагзны булчин чангарах шинж гарна. Зарим нэг тохиолдолд хэвлийн гүнд хүчтэй өвдөж, хурц мухар олгойн үрэвсэл гэсэн оношийг ташааран тавихад хүрэх бөгөөд Шнейдер полиомиелитийн үе дэх «Хэвлийн хам шинжийн тухай» тодорхой бичжээ (12).

Өвдөлтийн хам шинжийн гарал, үүслийг тайлбарлах асуудал маргаантай байв. Орчин үед полиомиелитийн явцад симпатикийн зангилаа болон нугасны бүрхүүлд бүтцийн өөрчлөлт гардгийг олж тогтоосноор өвдөлтийн мөн чанарыг зөв тайлбарлах боллоо. Нугасны ёзоор-мэдрүүллийн цочрогдол ба булчингийн өвдөлтийн хам шинж нь хөдөлгөөний алдагдалтай харьцуулахад түр зуурын шинж чанартай учир өвчний хурц үе өнгөрсний дараа хурдан арилна.

Харин өвдөлтийн хам шинжийг авч үзэхдээ Коксакийн вирусээр үүсгэгдсэн өвчний үед булчингийн өвдөлт нийтийг хамарсан байдлаар тохиолддогийг (булчингийн тахал өвдөлт) анхаарч үзвэл зохино.

Орчин үед урьдал үеийн ерөнхий шинж тэмдгүүд нь полиомиелитийн үндсэн халдвартай холбоотой болохыг зөвхөн халдвар судлал, эмнэлзүйн хэмжүүрээр батлаад зогссонгүй, туршин шинжлэл, вирус судлалын шинжилгээгээр гарцаагүй нотлов.

Полиомиелитийн абортив хэлбэр. Полиомиелитийн абортив хэлбэр нь эмнэлзүйн тодорхой шинжгүйн учир түүний эзлэх хувийг яв цав тогтооход төвөгтэй байсан боловч вирус судлалын шинжилгээ боловсронгуй болсноор энэ асуудалд тодорхой хариулт өгч чадсан юм.

Абортив хэлбэр нь эмнэлзүйн явцын хувьд ерөнхий халдварын шинжээр хурц халууран эхэлж, амьсгалын дээд замын улайх үрэвслийн үзэгдэл, ходоод гэдэсний хямралын шинжүүдтэй хавсрах буюу аль нэг нь давамгайлах байдлаар илэрнэ. Нэлээд тохиолдолд тархи-нугасны шингэнд эсийн тоо бага зэрэг олшрох, чихрийн хэмжээ ихсэх шинж ажиглагдана. Абортив хэлбэрийн явц хөнгөн, 5—7 дахь хоноогоор эдгэрнэ.

Ихэнх судлаачдын үзэж байгаагаар абортив хэлбэрийг оношлоход дараах хүчин зүйлүүдийг харгалзан үзвэл зохино (20, 34, 36, 37, 56);

1. Өвчний улирлын шинж чанартай дэгдэлт гарсан байх (голом-толсон халдварлалт, хавьтлын байдлыг анхаарах).

3. Халууралт, толгойн өвдөлт, хөөмийн үрэвсэл, ходоод гэдэсний хямрал, бөөлжилт, гэдэс өвдөлт зэрэг ерөнхий халдварын шинжүүд илрэх;

3. Хөдөлгөөний идэвх багасах, хоолонд дургүй болох;

4. Толгой, нүүрний орчмоор их хөлрөх, чичрэх зэрэг вегетатив өөрчлөлтүүд гарах;

Абортив хэлбэр нь томуу, түүний төст өвчин, мөн ЕСНО, коксакийн вирусээр үүсгэгдсэн халдваруудтай эмнэлзүйн хувьд адил байх учир эцсийн оношийг вирус судлалын шинжилгээгээр батална.

Полиомиелитийн саажилтгүй хэлбэр. Энэ нь тархи нугасны бүрхүүлийн шинж тэмдэг, ёзоорын мэдрүүлүүдийн өвдөлтийн шинжтэй хавсран илэрч, шүүдэст мэнэнгийн хэлбэрээр явагдана. Н. Ф. Борисовагийн судалгаагаар полиомиелитийн үед мэнэнгийн шинж тэмдэг 60% хүртэл тохиолддог байна (7).

1982 оны дэгдэлтийн үед бидний судалсан тохиолдлын 33,3%-д мэнэнгийн шинж ажиглагдав. (39).

Мэнэн хэлбэрийн үед 38—39° хүртэл халуурч урьдал үеийн ерөнхий халдварын шинж илрэхийн хамт толгой өвдөх, бөөлжих, хүзүүний булчин чангарах, Кернинг, Ласегийн төрлийн өвдөлтийн шинжүүд үлэмж тод үзэгдэнэ. Зарим тохиолдолд «хоёр үет» халууралтын явцтай ч байж болно.

Фанкони (55, 56), Дебре, Тиффри (52) нар өвдөлтийн шинжийг чухамдаа мэнэн хэлбэрийн эмнэлзүйн явцыг илтгэн харуулагч үндсэн шинж гэж үзэж байлаа.

Өвдөлтийн шинж нурууны орчимд буюу аль нэгэн мөчинд давамгайлан илрэх учир өвдөлтийн хөдөлгөөн үлэмж хязгаарлагдана. Нурууны хоёр талаар дагуулж дарах, захын мэдрүүлийн цэгүүд дээр тэмтрэхэд өвдөлт ихтэй, ялангуяа бага насны хүүхдийн гар, хөлийг ялимгүй хөдөлгөхөд эмзэглэж уйлна.

Тархи-нугасны шингэнд эсийн тоо 100—200 хүрч олшрох (лимфоцит + нейтрофилл) бөгөөд уургийн хэмжээ өвчний явцад алгуур нэмэгдэнэ.

Мэнэн хэлбэр нь ихэнх тохиолдолд харьцангуй хөнгөн явцтай, 10—14 хоногийн дотор тархи-нугасны шингэнд гарсан өөрчлөлт арилж эдгэрэлтээр төгсөнө. Харин мэнэнгийн шинжүүд нь саажилтын урь-

дал үеийг илтгэн харуулж байгаа тийм тохиолдолд тэдгээр нь нэн удалгүй саажилтын гүнзгий голомтот шинжээр солигдоно. Оношийг тогтооход бэрхшээлтэй нөхдөлд вирус судлалын шинжилгээний үзүүлэлтийг үндэслэн бусад мөнэнгээс ялган оношилно.

Полиомиелитийн саажилтын хэлбэр. Полиомиелитийн дэгдэлт гарсан нөхцөлд саажилт хэлбэрийг дээр дурдсан эмнэлзүйн бусад хувилбартай нь харьцуулан үзэхэд тооны хувьд хэд дахин цөөн тохиолдох боловч хөдөлгөөний ажиллагааг гүнзгий алдагдуулдагаараа эрүүл мэнд, нийгэмд учруулах хор хөнөөл нь нэн их юм. Саажилт хэлбэрүүдийн дотор хамгийн олон тохиолдох нь нугасны саа бөгөөд дараагийн байранд гүүр, уртавтар тархины гэмтэл нугасны саажилттай их бага ямар нэг хэмжээгээр хослох байдлаар тохиолддоно.

Нугасны хэлбэр. Полиомиелитийн саажилт хэлбэрүүдийн дотроос нугасны саа нь эмнэлзүйн хувьд нэлээд сайн судлагдсан, өвөрмөц хэв шинжит хэлбэрийн нэг юм. Саа, саажлын шинж тэмдэг ихэвчлэн өвчний 3—6 дахь хоногт үүснэ. Л.М. Поповагийн ажиглалтаар судалсан бүх тохиолдлын 79,9%-д нь хөдөлгөөний алдагдал эхний 6 хоногт үүссэний дотор 3—6 дахь өдрийн хооронд өвчтөний 52%-д нь саажилт үүссэн байна (24,25). Бидний 1982 оны судалгаагаар саа саажилтын шинж өвчний эхний 6 хоногт бүх өвчтөний 82%-д үүссэн байв (39). Өвчний 10—14 дэх хоногоос цааш хугацаанд үүсэх нь тун ховор үзэгдэл юм.

Урьдал үеийн өвдөлтийн шинж тэмдэгтэй зэрэгцэн саажилт үүсвэл өвдөлт, булчингийн чангарал улам нэмэгдэж, мөчинд буруу байрлал үүсэх үндсэн хүчин зүйл болдог (30). Урьдчилсан тодорхой шинж тэмдэг илрэхгүйгээр саажилт үүсэх нь тийм ч ховор биш тохиолдоно. Хэрэв өвчний явц „хөөр үет“ халууралтын байдлаар үүсч эхэлсэн саажилтын цаашдын гүнзгийрэл богино хугацаанд, тухайлбал, хэдхэн цагийн дотор буюу 1—2 хоногийн дотор явагдана. (20). Статистикийн тоо баримтаас үзэхэд доод мөчний саажилт сүүлийн жилүүдэд улам давамгайлан тохиолдох боллоо. 1960-аад оны үеийн судалгаагаар (25) доод мөчний саажилт бүх тохиолдлын 40 гаруй хувийг эзэлж байсан бол 1970-аад онд тийм саа нь бүх тохиолдлын 80—93%-ийг эзлэх болсон байна. (33,70). Манайд 1982 онд гарсан дэгдэлтийн үед судалсан бүх өвчтөний 70,5% нь доод мөчний саатай байв. (23,39).

Олонх тохиолдолд хязгаарлагдмал голомтот саажилт үүсэх бөгөөд гар, хөл, их биеийн булчинг хамран гэмтээсэн түгээмэл олон голомтот саа үүсэх нь нэлээд ховор юм. Полиомиелитийн үеийн саажилтын шинж нь мөчний угийн их бие талын хэсгийг давамгайлан гэмтээх ба саажсан мөчүүд хүнд хөнгөний хувьд харилцан адилгүй гэмтсэн байдгаараа бусад өвчний үеийн саажилтаас ялгагдах нэг өвөрмөц онцлогтой. Иймээс дээд мөчний саажилтын үед мөр-дал-бугалганы хүрээний булчингууд, доод мөчний саагийн үед аарцаг-гуяны хүрээний булчингууд илүү гэмтдэг. Зарим тохиолдолд хүзүү, нуруу, хэвлийн булчингийн саажил, мөчний саатай хавсран илрэх ч явдал бий.

Хүзүүний булчин суларснаас толгой унжих шинж 2—3%-ийн тохиолдолд (36,37) илэрдэг бөгөөд бидний 1982 оны ажиглалтаар тухайн шинж 7,7%-ийн тохиолдолд түр зуурын шинж чанартай ажиглагдав (39). Харин нэг өвчтөнд дээд мөчний саа, хүзүүний булчингийн хүнд гэмтэлтэй хавсарсан учир толгой урагш унжих тогтвортой шинж өвчилснөөс хойших нэг жилийн турш ажиглагдаж байна. Нурууны урт булчин суларснаас гэдийг зогсох буюу бөгтөр болох, хазгай зогсох шинжүүд гарна. Хэвлийн булчин хэсэгчилсэн байдлаар сулрах үед хэвлийн хана нэг хэсэг газартаа бөмбөлөг мэт цүлхийж гарах бөгөөд бидний судалгаагаар энэ шинж 9%-д ажиглагдав.

Нугасны хүзүүний үеллийн дээд хэсэг ба цээжний үелэл гэмтвэл өрцний болон хавирга хоорондын булчингууд суларч амьсгалын ажил-

лагаа гүнзгий хямарна. Дээр дурдсан саажилтын шинж нь нугасны өмнөт эврийн хөдөлгөөний эсүүдийн гэмтэлтэй холбоотой учир булчингийн хөвчрөл сулрах, рефлекс арилгах, булчин хатингарших шинж тэмдэг ямагт гарна. Ийм саажилтыг полиомиелитийн хэв шинжит сул саажилт гэдэг. Полиомиелитийн үед нугасны цагаан бодис гэмтэж болохыг зарим судлаачдын (12.68,44) баримт харуулж байгаа боловч энэ тохиолдолд илрэн гарах хөдөлгөөний замын гэмтлийн шинж нь түр зуурын шинж чанартай байна.

Судлаачдын үзэж байгаагаар полиомиелитийн үед ажиглагддаг хөдөлтийн шинж, саажсан мөч хүйтэн байх, арьсны өнгө өөрчлөгдөх зэрэг вегетатив үзэгдэл нь нугасны хажуугийн эвэр дэх симпатикийн эсүүд гэмтсэнтэй холбоотой (31). Саажилт үүссэнээс 8—10 хоногийн дараагаар мөчний хөдөлгөөн аажмаар сэргэж эхлэх бөгөөд эхний 1—2 сард хамгийн идэвхтэй явагдаж, 1,5—2 жилийн турш үргэлжилнэ. Хөдөлгөөний сэргэлт нь нугасны бор бодисын гэмтлийн хэмжээ, шинж чанар болон эмчилгээний арга хэмжээг аль хир эрт эхэлж зөв явуулсан зэргээс хамаарна.

Туршин шинжлэл, эмнэлзүй-морфологи, эмгэг физиологийн судалгааны баримтаас (31,35) үзэхэд саажилт үүсэх нь хэдийгээр хөдөлгөөний эсүүдийн гэмтэлтэй шууд холбоотой боловч бас өвчний хурц үед үүсэх эсийн үйл ажиллагааны саатал, хариу урвалын хаван, цус хангамжийн өөрчлөлт, хүчилтөрөгчийн дутагдал зэрэг хүчин зүйлээс үлэмж хамаарна. Иймээс полиомиелитийн үед үүсэх саажилтын шинжийг ганц анатомийн хүчин зүйлээр тайлбарлаж болохгүй.

Хөдөлгөөний сэргэлт нь булчингийн хир зэрэг гүн саажсанаас шалтгаалдаг гэсэн Лассены дүгнэлтийг Дебре, Тиффи нар үндэс болгон дараах дүгнэлтийг гаргав (52).

1. Өвчний хурц үед булчин бүрэн саажсан (0 балл) тохиолдолд хөдөлгөөн бараг сэргэхгүй.

2. Булчинд нэлээд гүн саа үүссэн нөхцөлд (1—2 балл) тохиолдлын 50%-д өвчний хурц үеийн дараа хөдөлгөөн сэргэх ажиллагаа эхлэн явагдана.

3. Булчин дунд зэрэг саажсан бол (3 балл) тохиолдлын 90%-д хөдөлгөөн бараг бүрэн сэргэнэ.

4. Булчин хагас саажсан нөхцөлд ойролцоогоор тохиолдлын 12,5 хувьд хөдөлгөөн сэргэхгүй.

5. Хөдөлгөөний үйл ажиллагааны сэргэлт өвчтөний 75%-д эхний жилд, 25%-д хоёр дахь жилд, 5%-д гурав дахь жилд үргэлжлэн явагдана.

Хөдөлгөөний үйл ажиллагааны сэргэлтэд гэмтээгүй үлдсэн булчингийн нөхөн зохицолтын ажиллагаа шийдвэрлэх үр нөлөөтэй.

Гүүр-уртавтар тархи-нугасны хэлбэр. Энэ нь ихэнх судлаачдын үзэж байгаагаар полиомиелитийн саажилт хэлбэрийн дотор 20—30%-ийг эзэлдэг. Эмнэлзүйн шинж тэмдгийн давамгайлсан байдлаар нь гүүрний уртавтар тархины хэлбэр гэж ангилах боловч эдгээрийн ганц буюу олон голомтот гэмтлийн шинж нугасны саатай хавсарч тохиолдох нь тийм ч ховор биш. Иймээс ч тархины баганын чухам аль хэсэг гэмтсэнээс хамааран өвчин хөнгөн буюу хүнд явцтай байна.

Гүүрийн хэлбэр. Энэ тохиолдолд тархины гүүрийн гүнд орших VII мэдрүүлийн цөм дангаар гэмтсэнээс нүүрний булчин суларна. Энэ асуудал полиомиелитийн тухай анхны судалгааны баримт бичгүүдэд тодорхой тэмдэглэгдсэн бөгөөд гүүрийн хэлбэр нь полиомиелитийн саажилт хэлбэрийн дотор 15—20%-ар тохиолддог болохыг цаашдын судалгаа (24,25,27) харуулав. Винтерийн судалгаагаар хурц полиомиелитээр өвчилсөн 57 өвчтөний 30%-д нүүрний мэдрүүлийн дагнасан саа илэрсэн байна (84). Ширмен, Кимельблот нар полиомиелитийн саажилт хэлбэр

рийн үед нүүрний мэдрүүлийн гэмтэл 12,7%-д хавсарч тохиолдсон тухай бичсэн байдаг (77).

Нүүрний мэдрүүлийн саа ихэвчлэн нүүрний нэг талд илрэх бөгөөд саажсан талд духны атираа алга болж, өвчтөн нүдээ аниж чадахгүй, ам эрүүл тийш мурийсан байна. Нүүрний булчингийн саа үүсэхийн өмнө ихэнх тохиолдолд халуурах, ханиад хүрэх, бөөлжих, ходоод гэдэсний ажиллагаа хямрах зэрэг полиомиелитийн урьдал үеийн ерөнхий шинжүүд ажиглагдана.

Өвчтөний 5—7%-д нүүрний мэдрүүлийн саа, нүдийг гадагш эргүүлэгч мэдрүүлийн саатай хавсран тохиолдохоос гадна нүдний алиманд чичигнэлт илэрч болох тухай хэвлэлд бичсэн байдаг (44).

Мөн нэлээд тохиолдолд нүүрний мэдрүүлийн саа, гар буюу хөлийн хөнгөн саатай хавсарч тохиолдоно. Бидний 1982 оны судалгаагаар нүүрний мэдрүүл дангаар гэмтсэн тохиолдол 2 настай нэг хүүхдэд ажиглагдсан бөгөөд нүүрний булчингийн саа үүсэхээс өмнө өвчтөнд халуурах, бөөлжих, суулгах, амьсгалын дээд замын хурц үрэвслийн шинж ажиглагдав. Үүний зэрэгцээ нүүрний ба нүдийг гадагш эргүүлэгч мэдрүүлийн гэмтэл, мөчний саатай хавсарсан тохиолдол бүх өвчтөний 6,4%-д ажиглагдлаа (39).

Оношийг тогтоохдоо дэгдэлт гарсан байдал, өвчний хурц эхлэл, вирус судлалын шинжилгээ зэргийг баримтална.

Нүүрний мэдрүүлийн хөнгөн саагийн үед нүүрний булчингийн ажиллагаа 2—3 долоо хоногийн дотор сэргэх боловч 8—10%-ийн тохиолдолд гүнзгий өөрчлөлт үлдэнэ.

Уртавтар тархины хэлбэр. Уртавтар тархинд орших IX, X мэдрүүлийн цөм гэмтэхэд залгих, дуугарах ажиллагаа өөрчлөгдөөд зогсохгүй зарим тохиолдолд амьсгал, зүрх судасны ажиллагаа алдагддаг учир уртавтар тархины хэлбэр нь полиомиелитийн хамгийн хүнд хэлбэр мөн. Гэвч уртавтар тархины хөнгөн гэмтэл, нугасны саатай хавсрах явдал зонхилон тохиолдоно.

Бидний 1982 оны судалгаагаар уртавтар тархины хөнгөн гэмтэл нугасны саатай хавсарсан тохиолдол өвчтөний 3,8%-д ажиглагдсан бөгөөд онцлог нь 3—5 хоногийн дотор уртавтар тархины гэмтлийн шинж бүрэн арилж байв (39).

Уртавтар тархины хэлбэрийн үед өвчин хурц халууран эхэлж, богино хугацаанд IX, X мэдрүүлийн цөм гэмтсэн шинж илрэн, залгих, дуугарах ажиллагаа алдагдана. Хүнд тохиолдлын үед амьсгал, зүрх судасны үйл ажиллагаа хямарна. Залгих, дуугарах ажиллагаа алдагдах нь ихэвчлэн хавсарч тохиолдох бөгөөд Джобын ажиглалтаар 42% өвчтөний дөнгөж 2%-д залгилт дагнасан хэлбэрээр алдагдсан байна. Уртавтар тархины саажилт зөвхөн IX, X мэдрүүлийн цөм гэмтсэнээс шууд шалтгаалаад зогсохгүй түр хугацааны цусны эргэлтийн хямрал, хүчилтөрөгчийн дутагдал, эд эсийн хавагналттай холбоотой. Орчин үед уртавтар тархины хүнд хэлбэрийн гэмтэлтэй тэмцэх эмчилгээний арга ажиллагаа сайжирсан бөгөөд полиомиелитийн тийм хэлбэр ч бараг тохиолдохгүй болов.

Тархины үрэвслийн хэлбэр. Полиомиелитийн үед тархины үрэвслийн бие даасан хэлбэрийг тусгай ангилан авч үзэх нь нэлээд маргаантай асуудал юм. (43).

Харин хурц полиомиелитийн үед толгой өвдөх, унтамхай буюу почромтгой болох, ухаан алдах, хэсэгчилсэн болон ерөнхий таталтын шинж илрэх зэрэг тархины ерөнхий шинж тэмдгүүд нэлээд хувиар ажиглагддагийг үгүйсгэж болохгүй.

Полиомиелитийн эхний хурц үед унтамхай болох шинж өвчтөний 39%-д, хэсэгчилсэн буюу ерөнхий таталтын үзэгдэл 25%-д ажиглагдана (37). Харин рефлекс ихсэх, эмгэг рефлекс илрэх шинж тун цөөхөн

тохиолдолд гарч болох бөгөөд тархи, нугасны цагаан бодисын хавагналттай холбоотой учир түр зуурын үзэгдэл юм.

Бидний 1982 оны судалгаагаар саажилт полиомиелитийн хурц үед унтамхай, цочромтгой болох, ухаан балартах, татах зэрэг тархины ерөнхий шинжүүд бүх өвчтөний 29,5%-д ажиглагдав (39).

Саажилт полиомиелитийн бүх хэлбэрийн үед тархи-нугасны шингэн өнгөгүй, тунгалаг, эсийн тоо 100—200 орчимд хүрсэн, эхний өдрүүдэд холимог эс 6—8 дахь өдрөөс лимфоцит давамгайлах бөгөөд 2—3 дахь долоо хоногоос уургийн хэмжээ ихсэж, уураг-эсийн зөрөөний шинжээр солигдоно.

Орчин үеийн полиомиелитийн явцын онцлог. Хүүхдийг полиомиелитийн эсрэг вакцинжуулах ажил зохион байгуулалттай хэрэгжиж байгаа орчин үед уг өвчний эмнэлзүйн явцад нэлээд өөрчлөлт гарах боллоо.

1974 оны судалгаагаар (33) полиомиелитийн хүнд ба хөнгөн хэлбэрийн хоорондох тооны харьцааг 3,7:1000 гэж үзсэн байна. Полиомиелитийн нугасны хэлбэр 1958 онд 59% эзэлж байсан бол 1974 онд 93%-д хүрсэн бөгөөд өвчтөний 40%-д урьдал үеийн шинж тэмдэг илрэхгүй болж, халуурах тохиолдлын тоо 4 дахин багасчээ.

Өвчтөний 14—16%-д ерөнхий халдварын шинж ажиглагдах болж, саажилтын шатанд ихэвчлэн хоёр хөлийг харилцан адилгүй гэмтээсэн саагийн шинж илрэх болсон байна.

Бидний 1982 онд судалсан 78 өвчтөний 88,5%-ийг нугасны хэлбэр эзэлж байгаа бөгөөд халууралт, ерөнхий халдварын шинж бүх тохиолдлын 18%-д ажиглагдаагүй. Ажиглалтын 16,6%-нь насанд хүрэгчид байв. Харин насанд хүрэгчдэд урьдал үеийн ерөнхий халдварын шинж бараг илрээгүй боловч мөчинд гүнзгий саажилт үүсч хөдөлгөөний сөргөлт удаан явагдаж байгаа онцлогтой юм.

(Ургэлжлэл нь дараагийн дугаарт).

Л. МЯГМАР, Г. ЧОЙЖАМЦ

ЗҮРХНИЙ ГЛИКОЗИДЫГ ЭМЧИЛГЭЭНД ХЭРЭГЛЭХ НЬ

АН АГААХ УХААНЫ ДЭЭД СУРГУУЛЬ

Зүрхний гликозид бол зүрхний булчинд сонгомол үйлчилж, хүчилтөрөгчийн хэрэгцээг нэмэгдүүлэхгүйгээр түүний ашиглалтыг сайжруулан, цусны эргэлтийн системийн дутагдлаас хөнгөвчилдөг, гол төлөв ургамлын гаралтай эм юм. Зүрхний гликозидыг хуруувчин цэцэг, алтан хундага, строфант, майцэцэг, гонтог зэрэг ургамлаас гаргаж авах бөгөөд эдгээрээс хэд хэдэн зүйл ургамал манай оронд ургана.

Энэ бүлгийн эмүүд эрүүл хүний зүрхэнд сул нөлөөлдөг атал зүрхний ажиллагааны дутагдал, хямралын үед идэвхтэй үйлчилж үйл ажиллагааг сайжруулах нөлөө үзүүлнэ.

Зүрхний гликозидыг насанд хүрэгсэд, хүүхдэд цусны эргэлтийн цочмог, архаг дутагдал, цусны эргэлтийн хямрал бүхий зүрхний гажиг, бодисын солилцоо, хүчилтөрөгчийн дутагдал болсон, ялангуяа

бага насны хүүхдийн элдэв өвчин эмгэгийн үе дэх зүрх судасны системийн дутагдлаар хүндэрсэн үед хэрэглэхэд тохиромжтой юм.

Зүрхний гликозид нь аденозинтрифосфатаза ферментийн сульфгидрилийн группыг задалж хориглосноос эсэд орсон натрийн ионыг сорж эсээс гаргах үйлдэл саатаж натрийн ион эсийн дотор ихсэн саркоплазм ретикулаас кальцийн ионыг чөлөөлж, зүрхний булчингийн эсийн доторхи кальцийн ион гадагш гарснаас түүний хэмжээ багасна. Чөлөөлөгдсөн кальцийн ион зүрхний булчинг сулруулах фактор Марша Бэнделл, тропомиозин тропининтой нэгдэж аденозинтрифосфатын задралаас үүссэн энергийг нэмэгдүүлж актин миозиныг нэгдүүлэн гулгамтгай болгож зүрхний булчин агшина.

Энэ үйлдлийн дүнд зүрхний булчинд; хүчилтөрөгчийн хэмжээ нэмэгдэхгүй, АТФ-ын хэмжээ хэвийн болж булчин агшин систолыг хүчтэй болгож, диастолыг уртасган, тэнэгч мэдрэлийн сэрэл давамгайлснаас зүрхний мэдрэлийн импульс дамжилт удааширч зүрхний автомат ажиллагааг сайжруулан, цохилт нь жигдэрч зүрх тайван сайн ажиллах болно.

Харин зүрхний үйл ажиллагааг сайжруулах нөлөө бүхий кофеин, адреналин, эфедрин зэрэг эмийн бэлдмэл зүрхний булчингийн агшилтыг хүчтэй болгохын хамт хүчилтөрөгчийн хэрэгцээг ихээр шаардаж нэмэгдүүлсний дүнд зүрхний цохилтыг олшруулах онцлогтой байдаг.

Зүрхний гликозидыг үйлчилгээний үргэлжлэх байдлаар түргэн, дунд, удаан хугацаагаар үйлчлэх гэж 3 хуваана.

Хүснэгт 1

Үйлчлэх хугацаагаар ангилбал

Үйлчлэх ялгаа	Эмийн нэр	Үйлчлэх хугацаа
Удаан	Ацетилдигитоксин (Ацедоксин), Дигитоксин (кардитоксин), Гитоксин	30—90 мин-аас 2—4 долоо хоног
Дунд	Дигоксин, Изоланид, Адонисын бэлдмэл	15—30 мин-аас 3—6 хоног
Түргэн	Строфантин-К, Конваллятоксин, Коргликон Эризимин	7—10 мин-аас 2—3 хоног

Хүүхдийн практикт ихэвчлэн коргликон, строфантин—К, изоланид дигоксин, дигитоксинийг хэрэглэнэ.

Эдгээр гликозидын дотроос строфантин, дигоксин хэрэглэх зарчмыг жишээ болгон авч үзье.

Зүрхний гликозидын эмчилгээг хоёр шаттай явуулна. Эхний шатанд хордуулахгүйгээр хамгийн сайн үр дүнд хүрэх эмчилгээний дээд тунгаар 1—2 өдөр өгнө. Тэгэхдээ хүүхдийн биеийн байдал, насны ялгааг харгалзах хэрэгтэй.

Цаашид бэлдмэлийн биед хуримтлагдах, задрах шинж, биеэс ялгаран гарах хэмжээг тооцож эмийн тунг тогтмол нэг түвшинд барьж байх хоёрдугаар шатны эмчилгээг явуулна. Гликозидын бататгах эмчилгээний үргэлжлэх хугацаа өвчтөний биеийн байдал, өвчний явц шинжээс шууд шалтгаална.

Жишээ нь: уушгины үрэвслийн хордлогот хэлбэрийн үед гликозидийг 1—10 өдөр хэрэглэдэг бол зүрхний төрөлхийн гажиг, төрөлхийн кардиосклероз зэрэг өвчний үед эмчилгээг сараас хэдэн жилээр үргэлжлүүлж болно.

Цусны эргэлтийн цочмог дутагдал, хүүхдийн уушгины хордлогот үрэвсэл, мэдрэл хордлого, гэдэсний хордлогот өвчин, төрөлтийн гавал тархины гэмтэл, уушгины эмгэг, уушгины хаван, үжил зэрэгт строфантин—К мэтийн түргэн үйлчлэх гликозид хэрэглэнэ.

Строфантиныг физиологийн ариутгасан уусмал буюу глюкозын 5%-ын уусмалаар шингэлж хураагуур судсанд аажим шахаж тарина.

Энэ эмийг дуслаар тарих нь бүрч тохиромжтой байна. Харин зүрхний гликозидыг глюкозын 20—40%-ын уусмалаар шингэлэн хэрэглэвэл эмийн идэвх сулардаг болохыг анхаарах хэрэгтэй.

Строфантиныг эхний 1—2 өдөр нярай болон 2 хүртэлх насны хүүхдэд 0,01—0,02 мг, 2—6 настайд 0,008 мг, 7—14 настайд 0,006 мг, насанд хүрэгсдэд 0,25—0,5 мг биеийн 1 кг жинд тус тус ногдохоор тооцож хэрэглэнэ.

Эмчилгээний хоёр дахь шатны тунг тогтоохдоо хоногт строфантини тунгийн 40% бие махбодоос ялгарна гэж үзэж ялгаран гарах хэмжээтэй тэнцүү тунгаар бодож өгнө. Энэ эмийг хоногт 1—2 удаа, зарим тохиолдолд 3 удаа буюу 8—12 цагийн зайтай тарина. Хэрэв зүрх судасны системийн үйл ажиллагааны дутагдал, түүний хямрал засрахгүй, өвчтөний биеийн байдал хүнд хэвээр байвал тунг ихэсгэн биеийн 1 кг жинд 0,025—0,03 мг ногдохоор нэмэгдүүлж зүрхний цахилгаан бичлэгийн идэвхтэй хяналтын дор эмчилгээг үргэлжлүүлнэ.

Удаавтар үйлчилгээтэй бэлдмэл дигоксиныг цусны эргэлтийн архаг дутагдал, зүрхний хэм алдагдал, зүрхний төрөлхийн гажиг, цусны эргэлтийн дутагдлын хүндрэл, фиброэластоз, харшил-халдварын гаралтай миокардит зэрэг өвчнийг эмчлэхэд хэрэглэнэ.

Дигоксиныг уухаас гадна хураагуур судас, булчинд тарина. Мөн шулуун гэдсэнд лаа хэлбэрээр ч хэрэглэж болдог. Дигоксиныг өвчтөний биеийн байдал, өвчний явц, элэг бөөрний ажиллагаа, зүрхний булчингийн өвчин зэргийг харгалзан урт, богино хугацаагаар өгнө.

Хүснэгт 2

Дигоксиныг хүүхдэд хэрэглэх тун

Насны ялгавар		Эмчилгээний үр дүнг гаргах эхний тун (1 кг жинд мг-аар)	Эхний тунгаас багасгах. Бататгах тун (эхний тунгийн)
Нярай хүүхэд	Дутуу төрсөн	0,04—0,05	1/6—1/7
	Гүйцэд төрсөн	0,05—0,07	1/5—1/7
Хоёр хүртэлх настай		0,06—0,09	1/4—1/5
Хоёроос дээш настай		0,05—0,08	1/5

Хоногт дигоксины 20% бие махбодоос ялгаран гарна. Дигоксин болон зүрхний бусад гликозидыг хоол идэхээс 30—60 минутын өмнө ууна. Насанд хүрэгчид, ахлах насны хүүхдэд дигоксиныг уулгах ба бага насны хүүхдэд булчинд тарьж хэрэглэх нь зохимжтой.

Зүрхний төрөлхийн гажиг, уушгины хүндэрсэн ужиг үрэвсэл, фиброэластоз зэрэг өвчний үед эмийг удаан тарьж хэрэглэхэд төвөгтэй байдаг тул эхлээд строфантин тарьж дараа нь дигоксин залгуулж өгөх нь ихээхэн тохиромжтой гэж Б. Е. Вотчал, М. Е. Слуцкий, Г. И. Клайшевич [1973] нар бичсэн байна.

Эмчилгээг строфантинаас дигоксинд шилжүүлэх тун (хувиар)

Дигоксин шилжүүлэх өдөр	Эмийн эмчилгээний нийлбэр дүн	Строфантин үйлдсэн үйлчилгээ	Дигоксин шаардлагатай тун	Бие махбод үлдсэн строфантин нөлөө	Хоногт хэрэглэх дигитоксин тун (ханах тунгийн хувиар)
1	100	60	40	—	40
2	100	36	64	32	32
3	100	21	79	50	29
4	100	12	88	63	25
5	100	7	93	70	23
6	100	4	96	74	22

Зүрхний төрөлхийн гажигтай нярай хүүхдэд дигоксинг бататгах тунгаар 1 нас хүртэл өгөөд эмчилгээг зогсоход цусны эргэлтийн дутагдлын шинж нэмэгдэж илрэхгүй, хүүхдийн биеийн байдал сайн байгааг А. А. Раугал [1977] өөрийн судалгаагаар нотолсон байна. Ийм үед хүүхдийн биеийн жингийн өсөлтөөр дигоксин тунг ихэсгэж өгөх ёстой.

Гликозидын эмчилгээ хийснээр өвчтөний зүрхний үйл ажиллагаа сайжраад зогсохгүй, цусны минутын багтаамж ихсэж, төвийн хураагуур судасны даралт буурч, элэг бөөрний болон бусад эрхтэний цусны урсгалын зогсонги байдал багасч, шээлт нэмэгдэж хаван багасан, хөхрөлт арилан амьсгаадахгүй болж биеийн байдал мэдэгдэхүйц сайжирдаг.

Насанд хүрэгчдийн биеийн 1 кг жинд ногдох зүрхний гликозидын тунг ашиглан хүүхдэд эхлээд өгөх тунг тусгай аргаар тооцож гаргадаг. Жишээ: насанд хүрэгчдийн биеийн 1 кг жинд ногдох гликозидын тунг уул хүүхдэд тохирох тунгийн фактор, биеийн жингээр үржүүлж эхний шатны тунг олно. Хүүхдийн тарган туранхайн байдлаас хамаарч биеийн жин хэлбэлзэлтэй байдаг тул тунгийн факторыг бодож гаргасан байна. Үүнд:

насны ялгаа	тунгийн фактор
0—6 сартай	2,4
6 сараас 1 настай	1,8
1—6 настай	1,6
6—10 настай	1,4
10—14 настай	1,2
14-ээс дээш настай	1,0

Строфантины эхний шатны дундаж тун 0,008 мг/кг эм уух хүүхэд 11 сартай, биеийн жин 10 кг гэвэл $0,008 \times 1,8 \times 10 \text{ кг} = 0,14 \text{ мг}$. Энэ тун тохирох тул энэхүү хүүхдэд строфантин К 0,28 мл тарина гэсэн үг юм. (0,05% 0,1 мл уусмалд строфантин цэврээр 0,05 мг байдаг)

Хүснэгт 4

Насанд хүрэгчдийн 1 кг жинд ногдох зүрхний гликозидын эмчилгээний дундаж тун (Н. Н. Савицкаар) 1974.

Бэлдмэлийн нэр	Тун	
	Уухаар	Хураагуур судсанд тарихаар
Строфантин К	0,067	0,008
Изоланид	0,038	0,028
Дигоксин	0,038	0,023
Дигитоксин	0,028	—

Зүрхний гликозидын эмчилгээний хоёр дахь шатны тунг тооцож олохдоо уул эмийн биеэс ялгарч гарах хэмжээ, 1-р шатанд хэрэглэсэн тун хоёрыг мэдсэн байх шаардлагатай.

Строфантины бататгах эмчилгээний тунг дараах томъёогоор олно.

$$BT = \frac{\Delta \cdot \Gamma}{100} = \frac{0,1 \text{ мг} \times 40 \text{ эсвэл } 50}{100} = 0,056 \text{ мг} = 0,1 \text{ мл.}$$

буюу 0,07 мг = 0,12 мл.

BT—бататгах тун

Δ_1 —эмчилгээний 1-р шатны тун=0,14 мг

Γ —ялгарч гарах хувь=строфантин К хоногт 40—50%-биеэс ялгарч гарна.

Зүрхний гликозидыг экстраистол, цусанд кали багасгах, калыц ихсэх, брадикарди болсон үед хэрэглэхийг хориглохоос гадна ревма, миокардит, түгээмэл миокардит, тиреотоксикоз шигдээсийн цочмог үе зэрэгт хэрэглэхэд муу үр дүнтэй байгааг Е. М. Тареев В. С. Смоленский [1974] нар судалж дүгнэлт гаргасан байна. Харин зүрхний гликозидад хордсон тохиолдолд хэрэглэж болохгүй.

Гэдэсний өвчний хордлого, уушгины хордлогот үрэвсэл өвчинтэй бага насны хүүхдэд зүрхний гликозид, кортикостероидыг шээлгэх эмтэй хослон өгч байгаа тохиолдолд цусанд калийн хэмжээ багасгах нь багагүй илэрнэ. Иймээс эдгээр эмтэй кали хлорид, панангин хоёрын аль нэгийг бага тунгаар хамтруулж хэрэглэх нь кали дутагдахаас сэргийлж чадна.

Бид зүрхний гликозидыг кальцийн бэлдмэлтэй хослон хэрэглэхийг хориглох саналтай байна. Ялангуяа гликозидыг хэрэглэж байгаа үед кальцийн хлоридыг хураагуур судсанд тарьж болохгүй юм.

Гликозидыг хэрэглэх явцад эмийн хордлого үүсэх тохиолдолд нилээд ажиглагдлаа. Эмчилгээний болон хордуулах хамгийн бага тун хоёрын зөрөө бага байдагтай энэ нь холбоотой. Мөн эмийн тунг хэтрүүлж өгсөн, эрдэс давс ба хүчил шүлтийн тэнцвэр алдагдахаас ч болж болно.

Зүрхний гликозидод хордсон эхний үед бага насны хүүхэд бөөлжих, хөх, угжиндаа дургүй болох уйлагнах, ахлах насны хүүхэд болон насанд хүрэгчид зүрхний орчим өвдөх чих шуугих, дотор бачимдах, суулгах зовиур шинж тэмдэг илэрнэ.

Зүрхний гликозидын хордлогын бүр анхны шинж зүрхний цахилгаан бичлэгт тодорхой илэрч гардаг. Үүнийг хүснэгт 4-д харуулав.

Хүснэгт 5

Зүрхний цахилгаан бичлэгт илрэх хордлогын шинж

	Эмчилгээний үйлдэл	Хордлогын шинж
Зүрхний цохилт (1 минутанд)	100—110 хүртэл цөөрнө	80—90 түүнээс цөөн болно.
РО-ийн зай	уртасна (0,01—0,02)сек.	улам уртасна (0,04)
ОТ-ийн зай	богиносно	Хүндэрвэл богиносдог бүр богиносноос ховдол-тос- гууын бүрэн хориг болно.

Зүрхний гликозидын хордлогын үед хор тайлах эм (унитиол, калийн давс бүхий эм) өгөх, шингэн хийх, цус сэлбэх зэрэг эмчилгээ хийнэ. Унитиал нь АТФ-аза фермент, сульфгидрилийн бүлэг болон натри, калийн ионы идэвхт чанарыг сэргээж хордлого тайлах нөлөө үзүүлнэ. Унитиол 5%—5 мл-ээр ампулд бэлтгэгдсэн байна.

Хүүхдэд биений 10 кг жинд унитиолын 5%—1 мл уусмал ногдохоор бодож хоногт 3—4 удаа хураагуур судас, булчинд тарина.

Кали хлоридын 10%-ын уусмалыг хоолны халбагаар өдөрт 3—5 удаа хоол унд идэж уусны дараа өгч зүрхний булчингийн эсийн доторхи калийн ионы төвшинг нэмэгдүүлж эмчилнэ. Калийн давс бүхий бэлдмэл панангинийг венийн судсанд тарьж хэрэглэнэ. Энэ эмийг хүүхдэд өгөхдөө биеийн 1 кг жинд 0,2 мл ногдохоор тооцож панангинийг 1:4-ийн харьцаагаар глюкозын 5%-ийн уусмалаар шингэлж хураагуур судсанд аажим шахаж тарина.

Хордлогын хүнд хэлбэрийн үед цитрат натрийн 2% уусмалыг хураагуур судсанд тарьж кальцийн ионы хэмжээг багасгаж хордлого тайлах эмчилгээ хийдэг. Зүрхний гликозидын үйлчлэх механизм, нөлөө биеэс ялгарч гарах байдлыг сайтар тооцож түргэн үйлчилгээтэй эмийг дунд хугацаагаар үйлчлэх эмэнд шилжүүлж эмчилгээг явуулах зарчмыг эмнэлгийн практикт өргөн хэрэглэх нь их үр дүнтэй болно.

Д. БЯМБАДОРЖ

ХҮҮХДИЙН ГУУРСАН ХООЛОЙН БОЛОН УУШГИНЫ ҮРЭВСЛИЙН ҮЕД ЦАХИЛГААН ЭМЧИЛГЭЭ ХИЙХ НЬ

УЛСЫН ХҮҮХДИЙН КЛИНИКИЙН ТӨВ ЭМНЭЛЭГ

Гуурсан хоолой, уушгины үрэвслийн үед үндсэн эмчилгээний нэг хэсэгт нь физик эмчилгээ байдаг. Энэ эмчилгээнд хэт өндөр давтамжийн (УВЧ), СВЧ аппарат, бичил долгион, индуктотермийн хуйларсан гүйдэлтэй электрод (ЭВТ—1), электрофорезыг хэрэглэж байна.

Хэт өндөр давтамжийн цахилгаан оронгоор эмчлэхэд эд эсийн хавагнашилт багасч, хялгасан судасны цусан хангамж сайжирч, нянгийн өсөлтийг зогсоож, үүний үр дүнд үрэвслийн голомт дахь цагаан бөөмийн үйл ажиллагаа сайжирч, өвчтэй хэсэг эд эсээс эрүүл хэсэг нь цагаан бөөмийн хүрээгээр тусгаарлагдана.

Уушгины хурц үрэвслийн шүүдэст-нэвчдэст хэлбэр, архаг үрэвсэл хурцдах буглаат үрэвслийн эдгэрэх үед гуурсан хоолой цэвэрлэх үйл ажиллагааг сайжруулах зорилгоор 30—70 вт-ын „УВЧ“ аппаратыг хэрэглэнэ. Уг аппаратын 8 см голчтой электродыг харалдаа чээжний урд ба хойт талаас буюу чээжний 2 хажуугаас байрлуулж сул бүлээн тунгаар эмчилнэ. Электродын байрлах зай нь биеэс 2—3 см байна. Өдөр бүр 5—7—10 минутаар эмчилнэ. Мөчлөг эмчилгээг 6—10 удаа хийнэ. Зарим үед УВЧ-ээр эхний 2—3 удаа өдөр бүр, дараа нь өнжиж эмчилнэ. Эмчилгээний үед антибиотик ба сульфаниламидын үйлчилгээг багасгахгүй.

Хэт өндөр давтамжийн цахилгаан оронг удаан хугацаагаар хэрэглэвэл уушгины эд эс нь хатуурч болно. Уушгины эд эсийн эвдрэл гүнзгий, цус алдалттай үед УВЧ-ээр эмчлэх шаардлагагүй.

Сүүлийн жилүүдэд бичил долгионоор эмчлэхэд хэт өндөр хүчдэлийн давтамжийн „ЛУЧ—2“ аппаратыг хэрэглэж байна. Энэ аппаратын цацруулагч нь 11,5 см голчтой бөгөөд түүнийг хоёр далны хооронд шууд төөнөж хэрэглэнэ.

1,5—3 насанд 2 вт, 3—7 насанд 4 вт, 7-гоос дээш насанд 6 вт-аар өдөр бүр 5—7—10 минут эмчилнэ. Мөчлөг эмчилгээг 5—7—10 удаа хийнэ.

Ленинград хотын хүүхдийн өвчин судлалын институтын клиникт бага насны хүүхдийг УВЧ-ээр эмчлэхдээ 15—20 вт-аар 5—6 минут,

мөчлөг эмчилгээг 5—7 удаа, „ЛУЧ—2“ аппаратаар эмчлэхдээ 1,0—1,5 вт 5—7 минут, мөчлөг эмчилгээг 10—12 удаа хийж байна.

Бичил долгионы энэ аппарат нь бүх бие махбодод үйлчилдэггүй, зөвхөн өвчилсөн эрхтний эд эсэд нөлөөлдөг байна.

Индуктотерми нь гуурсан хоолойн агшилтыг сулруулж цэр нь шингэрч ялгаралтыг сайжруулдаг. Ингэснээрээ гуурсан хоолойн амьсгалд оролцох үйл ажиллагаа сэргэнэ. Индуктотермийг хурц хэлбэрийн уушгины үрэвсэл архаг ба удаан явцтай гуурсан хоолойн үрэвслийн үед хэрэглэхэд тохиромжтой. Бага насны хүүхдийг индуктотермийн хуйларсан гүйдэлтэй электрод (ЭВТ—1)-оор эмчлэхдээ УВЧ аппаратын чадал 30—40 вт байх үед электродыг нь сольж хэрэглэнэ. ЭВТ—1-ийг өвчтөний хоёр далны хооронд биеэс 0,5—1,0 см зайтай тавина. Нярай, бага насны хүүхдийг 5—7—10 минутаар өдөр бүр эмчилнэ. Мөчлөг эмчилгээг 6—10—12 удаа хийнэ.

Уушгины болон гуурсан хоолойн идээт үрэвсэл гүн үүссэн үед индуктотерми, бичил долгион, шавар, хэт ягаан туяагаар эмчилж болохгүй. Учир нь идээт үрэвслийг цаашид хүндрүүлнэ. УВЧ, СВЧ-ийн мөчлөг эмчилгээ дууссаны дараа электрофорез эмчилгээг хийнэ. Гуурсан хоолой, уушгины үрэвслийн үед электрофорез хийхдээ электродыг (60—80—100 см² талбайд) харгалдаа аргаар тавьж 0,03—0,08 миллиампер/см² гүйдлийн хүчээр 15—20 минутаар өдөр бүр эмчилнэ. Мөчлөг эмчилгээг 12—15 удаа хийнэ. Нярай ба дутуу нярайн үрэвслийн хурц үед кальцтай электрофорезоор эмчилнэ. Идэвхтэй (уусмал эмтэй) электродыг хоёр далны хооронд 50—70 см², идэвхгүй электродыг 60—80 см² чээжинд буюу хэвлийн гурав хуваасны дээд хэсэгт тавьж 0,02—0,04 миллиампер/см² хүчээр 7—15 минутаар өдөр бүр эмчилнэ. Мөчлөг эмчилгээг нь 3—6 удаа хийнэ. Хүчтэй ханиалгах үед кодеинтай, сульдаа, мэдрэлийн сэрэл ихэссэн үед кальцитай, цус багадахад зэстэй, гуурсан хоолой, судасны орчны үрэвслийн үед дионинтай, багтрааны хам шинжтэй үрэвслийн үед магнийтай электрофорез эмчилгээ хийнэ.

Уушгины үрэвсэлд шөрмөслөг өөрчлөлт нь давамгайлсан үед индуктотерми, диатерми, 3 % кали иодоор электрофорез хийх нь сайн нөлөөтэй. Сульдаатай хүүхдийн үрэвсэл эдгэрэх үед бүх биеийг хэт ягаан туяагаар 1/4 биологийн тунгаар эхэлж дараагийн өдрүүдэд уг тунг 1/4-ээр нэмэгдүүлнэ. Мөчлөг эмчилгээний эцэст 2—3 биотунд хүрнэ. Эмчилгээг өнжиж хийнэ. Уушгинд идээт голомт үүссэн бол УВЧ, электрофорезийг платифиллин, стафилакоккийн антифаг буюу уургийг задлах фермент (трипсин, химиотрипсин, панкреатин)-тай эмчилнэ. Эдгээр фермент нь цэрийг шингэрүүлэхээс гадна наалдаст явцыг саатуулна.

Амьсгалын гимнастик, иллэгийг цахилгаан эмчилгээтэй хослон хэрэглэх нь сайн үр дүнтэй.

Д. БУРМАА

ЛАБОРАТОРИЙН ШИНЖИЛГЭЭНД ӨВЧТӨН БЭЛТГЭХ ЖУРАМ

УЛСЫН КЛИНИКИЙН ТӨВ ЭМНЭЛЭГ

Бие махбодын хэвийн үйл ажиллагаа элдэв өвчнөөс болж хямарч хувирах нь цус, шээс болон бусад шүүс, ялгадсаар илэрдэг. Цус шээсэнд тооны болон чанарын өөрчлөлт гарах, цусны улаан цогцсын тунах

хурд өөрчлөгдөх нь эд эрхтэн үрэвсэж, өвчлөх, цус төлжүүлэх эрхтэний үйл ажиллагаа хямрах явдалтай шууд холбоотой юм.

Цус, шээс, шүүсэнд шинжилгээ хийх нь өвчний явц, оношийг тодруулах, эмчилгээний үр дүнг тодотгох, өвчний тавиланг урьдчилан төсөөлөхөд чухал ач холбогдолтой. Өвчилсөн тохиолдолд шинжилгээ хийгээд зогсохгүй, элдэв өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх, диспансерийн хяналтанд авах зорилгоор бас шинжилгээ хийнэ.

ЦУСНЫ ШИНЖИЛГЭЭНД БЭЛТГЭХ

1. Өндөгний цусны ерөнхий шинжилгээ. Өндөгний цусыг өглөө өлөн байгаа үед буюу өглөөний унд ууснаас хойш нэг цагийн дараа авна. Шинжилгээ хийлгэхийн урьд өдөр оюуны бслон биеийн хөдөлмөр ядартлаа хийх, зүү тавиулах, физикийн болон биеийн тамирын эмчилгээ, радио-изотоп шинжилгээ хийлгэх, гэрэлд харуулах, эм уух буюу тариулж болохгүй. Хүмүүс сэтгэл санаагаар маш тайван байж шинжилгээ хийлгэх ёстой.

2. Биохимийн шинжилгээ. Биохимийн шинжилгээгээр бие махбодод явагдаж буй бүх төрлийн бодисын солилцооны өөрчлөлтийг шинжилнэ. Энэ шинжилгээг хийлгэхийн урьд орой өвчтөн өөх тос багатай түргэн шингэх хоолоор хооллоно. Шинжилгээ хийлгэхээс 10—12 цагийн өмнөөс эхлэн хоол унд, идэж ууж болохгүй. Бас тамхи татахыг тэвчих ёстой. Цусыг судаснаас зөвхөн өлөн байгаа үед авна.

а) **Цусны бүлэгнэлтийг тодорхойлох шинжилгээ.** Нимбэгний хүчлийн натрийн 3,8%-ийн уусмалтай урьдчилан бэлтгэсэн шилэн саванд тодорхой хэмжээний цус өглөө өлөн үед авна. Шинжилгээ хийлгэхээс 2—3 өдрийн өмнөөс элениум, допегит, ацетил салицилийн хүчил, амидопирин, витамин К, викасол зэрэг эм хэрэглэхийг хориглоно.

б) **Цусанд сахар тодорхойлох шинжилгээ.** Шинжилгээ хийлгэхээс нэг хоногийн өмнөөс өвчтөн, сахар, чихэр огт хэрэглэхгүй, сэтгэл санааны тайван байдлыг хангасан, өлөн үед цусаа шинжлүүлнэ.

в) **Цусны холестерин, лецитинийг тодорхойлох.** Биохимийн шинжилгээ хийх ерөнхий зарчим баримтлахаас гадна өвчтөн шинжилгээ хийлгэхээс 2—4 хоногийн өмнөөс өөх тос, холестерин, триглицеридийн хэмжээг цусанд багасгах нөлөө бүхий ангенин, линетол, липоевийн хүчил, микслерон зэрэг эм хэрэглэхийг хориглоно.

ШЭЭСНИЙ ШИНЖИЛГЭЭНД БЭЛТГЭХ. Шинжилгээний шээс авах шилэн сав том амтай, таглаатай байх бөгөөд уул савыг сайтар угааж цэвэрлээд буцалгасан бүлээн усаар зайлан алчуураар арчихгүй усыг шавхарч хөмөрч гавин хатаана. Шинжилгээ хийлгэх хүмүүс цэвэрлэсэн савандаа шууд шээгээд шинжилгээнд ирүүлнэ. Харин шээсийг нэг савнаас нөгөө саванд юулж болохгүй.

Шинжилгээнд өгөх шээсэнд цус, гадна бэлиг эрхтэнээс бактер орхоос урьдчилан болгоомжлох хэрэгтэй. Иймээс шинжилгээ өгөхийн өмнө эрэгтэй, эмэгтэй хүмүүс аль нь ч гэсэн бэлиг эрхтэнээ сайн савандаж угаагаад дараа нь буцалгасан бүлээн усаар дахин угаана. Үүний дараа ариутгах уусмалаар арчиж цэвэрлэнэ.

Ариутгах уусмалд фурацилины 0,02%-ийн уусмал, перманганат калийн 0,02-0,1%-ийн уусмал, борын хүчлийн 2-4%-ийн уусмалын аль нэгийг хэрэглэж болно.

Шээс авснаас хойш 30 минутаас 1 цаг 30 минутын дотор шинжлэх шаардлагатай байдаг. Энэ хугацаанд шээсийг шинжлэх боломжгүй бол °С 4 дулаантай хөргөгчид түр хадгална. Шээс хүчиллэг орчинтой байвал 6 цагаас илүүгүй хугацаагаар хөргөгчид хадгална. Хэрэв шээс үүнээс өөр орчинтой бол 100 мл шээсэнд борын хүчил 1,8 г хийж хүчиллэг орчинтой болгоно. Шүлтлэг буюу саармаг орчинтой шээсэнд цусны эсийн элемент, бортгон эс задарч бактер үржих нөхцөл бүрдэнэ. Мөн шээсний нягт 1,010-аас бага байвал дээрх нөхцөлийг бас

бүрдүүлнэ. Ийм учраас хөргөгчид шээс хадгалахын өмнө шээсний орчин, нягтыг заавал тодорхойлох хэрэгтэй.

Саармаг буюу шүлтлэг орчинтой шээс, бага нягттай шээсний цусны эсийн элемент хялбар задардаг тул ийм шээстэй өвчтөнд шинжилгээ хийлгэхээс 1 хоногийн өмнө мах, голдуу хуурай идэх юм голчлон өгнө. Үүний үр дүнд шээс нилээд концентрацтай хүчиллэг болно.

Шээсийг удаан хадгалагдах чадвартай болгож болно. 2 мл нэрсэн усанд 5 мл хлорформ хийж найруулаад уг уусмалаас 1 л шээсэнд 20 мл хийж шээсийг удаан хадгалагдах чадвартай болгоно.

Их халуун орчинд юм уу, Адис-Каковск, Амбурже болоод удаан хугацаагаар шээсийг цуглуулж шинжлэх шаардлагатай үед шээс хадгалах нөхцөлийг зөв ханган биелүүлэх нь онцгой ач холбогдолтой болно.

1. Шээсний ерөнхий шинжилгээнд өлөн байж үеийн 150—200 мл шээсийг бэлтгэсэн цэвэр шилэн саванд шууд шээж шинжлүүлэх бичгийн хамт лабораторид ирүүлнэ.

2. Амбуржийн сорилд 3 цагийн шээсийг авдаг. Энэ шинжилгээ хийлгэх өвчтөн өглөөний 4 цагт босч жорлонд шээснээс хойш яг 3 цаг болоод (өөрөөр хэлбэл 7 цагт) бэлтгэсэн том амтай шилэн саванд шээж бүх гарсан шээсээ лабораторид ирүүлнэ. Хэрэв эмчээс шээсний ерөнхий шинжилгээ амбуржийн сорил 2-ыг нэгэн зэрэг шинжлүүлэхээр бичсэн тохиолдолд өглөөний 4 цагийн шээсээ ерөнхий шинжилгээнд, дараачийн 3 цагийн шээсээ амбуржийн сорилд зориулж тус тус авч, 2 савтай шээсээ шинжилгээнийхээ бичгийн хамт ирүүлнэ.

3. **Нечипоренкийн аргаар шээс авах** гэдэг нь шээж байгаа үеийн дунд хэсгээс бэлтгэсэн цэвэр саванд шээсийг тосон авч түүнд цусны эсийн элемент тодорхойлохыг хэлнэ.

4. **Аддис-каковскийн арга** нь давсанд 10—12 цагийн хугацаанд хураасан шээсийг шинжлэх арга юм. Энэ аргаар шинжилгээ хийлгэхэд юуны өмнө өвчтөн шингэн юм, цай бага уух хэрэгтэй. Тэгээд уул өвчтөн оройн 22 цагт шээж давсгаа бүрэн суллаад, түүнээс хойш 10 цагийн дараа өглөөний 8 цагт бэлтгэсэн шилэн саванд шээж шинжлүүлэх бичгийн хамт лабораторид ирүүлнэ.

5. **Реберга-гаревийн сорил**. Өвчтөн өглөө 5 цагт жорлонд шээсний дараа 500 г хар цай (2 аяга) уугаад 6 цагт тусгай бэлтгэсэн 1-р шилэнд, 7 цагт 2-р шилэнд тус тус шээсний дараа судасныхаа цусыг (6,0) авахуулаад өөрийн биеийн жин, өндрийн хэмжээг маш зөв хэмжүүлж, 2 савтай шээс, судасны цусаа шинжлүүлэх бичгийн хамт лабораторид ирүүлнэ.

6. **Зимницкийн сорилд** хоногийн шээсийг 8 удаа цуглуулж авна. Шээс цуглуулж авахын өмнө өглөөний 6 цагт өвчтөн шээж давсгаа суллана. Үүнээс хойш 3 цаг болоод өглөөний 9 цагаас эхлэн гурван цаг тутамд тусгай бэлтгэсэн шилэн саванд шээсийг тус тусад нь авна. Авсан шээсний түрүүчийг хөргөгчид хадгалах хэрэгтэй. 8 удаагийн шээсээ цуглуулж дууссаны эцэст шинжилгээг хийнэ.

7. **Шээсэнд сахар тодорхойлох** шинжилгээг хийхэд шээсийг тодорхой хугацаанд цуглуулж авна. I-ийг 9—14 цагт, II-ыг 14—19 цагт, III-ыг 19—23 цагт, IV-ийг 23 цагаас өглөөний 6 цагт, V-ыг 6 цагаас 9 цаг хүртэл тус тус авна. Шинжилгээ хийтэл шээсийг хөргөгчид хадгалах ёстой.

ХОДООДНЫ ШҮҮС, ЦӨСНИЙ ШИНЖИЛГЭЭНД БЭЛТГЭХ

Шинжилгээ хийлгэхийн урьд орой хөнгөн хоолоор хооллож тайван унтаж амраад өглөө өлөн ирнэ. Шинжилгээний үед төрөл бүрийн зууш хэрэглэх журамтай тул урьдчилан лабораторийн эмчээс зөвлөлгөөн авах хэрэгтэй.

Цөсний шинжилгээнд өвчтөнг дээрхийн адил бэлтгэхээс гадна магни сульфатын 33%—200 мл уусмал байх шаардлагатай. Хэрэв уул өвчтөн цөсөө угаалгах эм хэрэглэх бол уг эмээ, боржом, есөнтукийн рашааны аль нэгнээс 500 мл-ийг хамт авч ирнэ.

ӨТГӨНИЙ ШИНЖИЛГЭЭНД БЭЛТГЭХ

Өтгөн ялгадсыг өөр өөр хэсгээс 10—15-г орчим авч пенициллины цэвэрлэсэн жижиг шилэнд хийж лабораторид ирүүлнэ. Харин бургуй тавиулсны дараа шулуун гэдсэнд лаа, будагч бодис, вазелин болон гуа хатан, пилокарпин, төмөр, висмут, бари хэрэглэсний дараа шинжилгээнд материал авч болохгүй. Хэрэв өтгөнд цус илрүүлэх сорил тавих бол шинжилгээний материал авахаас өмнөх 3—4 өдөр махан хоол, өндөг, төрөл бүрийн хүнсний ногоо хэрэглэхийг хориглоно.

БАКТЕРИОЛОГИЙН ШИНЖИЛГЭЭНД БЭЛТГЭХ

Бактериологийн шинжилгээ нь өвчин үүсгэгч төрөл бүрийн бактерийг илрүүлэн оношийг зөв тогтооход чухал ач холбогдолтойгоос гадна уул өвчин үүсгэгч ямар антибиотикт мэдрэг байгаа, ямар антибиотикт тэсвэртэй болсныг тогтоон, эмчилгээг зөв сонгон явуулахад тусалж эмчилгээний үр дүнг сайжруулж өгнө.

1. Цусны ариун чанарын шинжилгээ. Энэ шинжилгээ хийлгэхээс 1—3 хоногийн өмнө антибиотик, сульфаниламидын эмчилгээг хасаж, өвчтөнийг шинжилгээнд бэлтгэсэн байна. Сувилагч шинжилгээ авахдаа гараа сайтар угааж спиртээр ариутгаад цус авах газрыг цэвэрлэж ариутгасны дараа хураагуур судаснаас 5 мл цус шприцээр соруулан авч спиртен дэнгийн дөл дээр барьж тусгай бэлтгэж ариутгасан шингэн тэжээл рүү түргэн шахаж хийгээд бөглөж цаасаар боон лабораторид ирүүлнэ.

Цэрний шинжилгээ. Шинжилгээнд цэр өгөхийн өмнө өвчтөн ам хоолойгоо зайлж, шүдээ цэвэрлэж угаах хэрэгтэй. Цэрээ гарсан цагт нь ариутгаж бэлтгэсэн өргөн амтай шилэн саванд петрийн аяганы жижиг тал дээр 1—2 нулимдас авна. Цэр нь аль болох идээрхэг, цусгүй цэр байвал зохино.

Идээ бээр арчдасын шинжилгээ. Арчдас авахдаа өвчтөний шарханд эм цацаж боолт хийхээс өмнө шархны аль болох гүн хэсгээс ариун чихдэсээр арчиж авна. Хоолойн арчдасыг хоолойн 2 талын булчирхайгаас, мэнэнгитийн шинжилгээ бол хоолойн арын хананаас шүлс болгохгүйгээр арчиж авна.

Шээсний бактериологийн шинжилгээ. Давсганд катетер тавьж өглөөний өлөн шээсийг авах ёстой. Хэрэв катетер тавих боломжгүй бол гадна бэлиг эрхтэнээ савантай бүлээн усаар сайтар угаасны дараа шээж байх явцын дунд хэсгээс ариутгасан шилэн саванд 20 мл-ийг түргэн хугацаанд тосон авч бөглөөд лабораторид ирүүлнэ.

Нугасны шингэний шинжилгээ. Нугасны шингэнийг шприцээр соруулан авч тусгай хөвөн бөглөөтэй ариутгасан хуруу шилэнд хийж зайлж сэгсрэлгүйгээр лабораторид ирүүлнэ.

Өтгөн ялгадсын шинжилгээ. а) Бактер илрүүлэх шинжилгээг угаагч хатаасан хуурай шилэнд өтгөн ялгадсыг сүүлчийн хэсгээс модоор 20 г орчмыг өлгөн авч хийгээд сайн таглаж лабораторид ирүүлнэ.

б) **Шимэгч илрүүлэх шинжилгээ.** Бие засаад 15—20 минут болоогүй бүлээн өтгөнд шимэгч илрүүлэх шинжилгээ хийнэ. Харин тосон бургуй тавьсны дараа эсвэл бари, висмут хэрэглэсний дараа эгэл биетэн, шимэгчдийг илрүүлэх шинжилгээ хийж болохгүй.

(Төгсгөл 65-р хуудсанд)

Х. ТЭРБИШ

БӨӨРНИЙ ӨВЧНИЙГ СУВИЛЛААР ЭМЧЛЭХ

УЛСЫН КЛИНИКИЙН ТӨВ ЭМНЭЛЭГ

Бөөрний өвчнийг сувиллаар эмчлэх нь практикт ач холбогдолтой болох нь тодорхой боловч судалгаа эрдэм шинжилгээний бүтээл хомсхон байгаа юм (2,9).

Зарим эрдэмтэд бүтээлдээ сувилал эмчилгээ нь бөөрний өвчний явцад сайнаар нөлөөлж байгааг олонтаа тэмдэглэсэн байна (4, 7, 10). Сувилал эмчилгээ нь үрэвслийн процессыг намдааж, бөөрний үйл ажиллагааг сайжруулах хоёрдогч үйлчилгээтэй болов уу гэж үзэж байна (6).

Сувилал эмчилгээ нь мэдрэл, дотоод шүүрлийн булчирхай тогтолцоо, ферментийн өөрчлөлтөнд нөлөөлж архаг үрэвслийн процесс идэвхтэй үйлчилж байна (3). Халуун дулаан хуурай уур амьсгал нь рефлексийн замаар архаг гломерулонефриттэй өвчтөний зах хязгаарын судаснуудын агшилтыг өргөсгөн, бөөрний судаснуудыг тэлж (даралт багасгах) хөлөргөх үйлчилгээ үзүүлдэг болохыг нотолжээ. (1)

БНМАУ-ын Сайд нарын Зөвлөлийн 1981 оны 243 дугаар тогтоолоор Говь-Алтай аймгийн Бигэр сумын нутагт дулааны улиралд (6 сараас 8 сар дуустал) бөөрний өвчнийг эмчлэх сувилал эмнэлэг байгуулагдан ажиллалаа. Бигэр сум нь эх газрын хуурай уур амьсгалтай агаарын хоногийн дундаж дулаан 6 сард 21,1°; 7 сард 23,5°; 8 сард 21,8° (Байрам-Али, ЗХУ—27,7°; 30,2°; 28°; Хисари, БНБАУ—19,5°; 20°; 23,5° (8) байна. Салхины дундаж хурд (хоногийн м) секээр: 6 сард 2,2, 7 сард 2,6; 8 сард 2,1 (Байрам-Али—2,2, 2,6, 2,1, Хисари—1,3, 1,2, 2,2) байгаа нь нэрд гарсан Байрам-Али, Хисари зэрэг сувиллын үзүүлэлттэй ойролцоо байна.

Бидний судалгааны гол зорилго нь сувилал эмчилгээний нөхөн сэргээх үйлчилгээний үр дүнг тодорхойлоход оршино.

64-ийн төгсгөл

в) Цагаан хорхойн өндөг илрүүлэх шинжилгээ. Энэ шинжилгээнд өтгөн ялгадсыг өөр өөр хэсгээс 10—15 г авч хооронд нь хольж цэвэр шилэн саванд хийгээд лабораторид ирүүлнэ. Үүнээс гадна өглөө бие засахын өмнө шулуун гэдэсний амсрын хуниаснаас эсвэл өвчтөн унтахаар хэвтсэнээс хойш 2—3 цагийн дараа шулуун гэдэсний дотроос глицериний 50%-ийн уусмал буюу хоёр нүүрсхүчлийн натрийн 1%-ийн уусмалаар норгосон модон савхаар хусаж авна. Дараа нь глицериний 80%-ийн уусмалын 2—3 дусал бөмбөлөгт савхтай арчдасаа дүрнэ. Мөн энэ савхтай арчдасаа 2 тавиур шилний хооронд хийж хавчаад резинээр чанга боож лабораторид ирүүлнэ. Цагаан хорхойн өндөг илрүүлэх шинжилгээнд хумсны завсраас материал авч болно.

Үүнд: Идэмхий натрийн 0,5—1%-ийн уусмалаар хумсыг арчсаны дараа хямсаагаар жижиг хөвөн чимхэж хумсны завсрыг сайн арчиж авна. Энэ хөвөнгөө центрфугийн хуруу шилэнд хийж лабораторид явуулна. Бас глицериний 50% уусмалаар норгосон модон савх буюу чүдэнзээр материалыг өлгөн авч шинжилж болно.

1982 онд бөөрний сувилалд 104 өвчтөн эмчлүүлжээ.

Өвчтөнийг нас хүйсээр ялгасан байдал

Хүснэгт 1

Нас хүйс	10—16	17—20	21—30	31—40	41—50	51—60	60 дээш	Бүгд
Эр	8	1	14	6	7	7	2	45
Эм	6	3	12	22	15	1	—	59
Дүн	14	4	26	28	22	8	2	104

Хүснэгтээс үзэхэд 13,5%-ийг хүүхэд эзэлж байгаа нь бөөрний өвчтэй хүүхдийг сувилал эмчилгээгээр эмчлэх шаардлагатай боловч тийм сувилал одоохондоо хараахан байхгүй байгаатай холбоотой юм.

Эмчлүүлэгчдийн дийлэнх болох 51,9% нь 20—40 насны ажил, амьдралын хамгийн идэвхтэй насны хүмүүс байна.

Өвчний байдлаар ангилбал:

Гломерулонефрит—34, үүнээс цочмог—2, архаг—32, нефроз хам шинжтэй—16, шээс цутгах хэлбэр—7, далд хэлбэр—4.

Пиелонефрит—65, үүнээс хоёрдогч пиелонефриттэй—6, анхдагч пиелонефриттэй—59, цусны даралт ихсэх хэлбэр—12, өрөөсөн бөөртэй—2, бусад шалтгаантай—3 өвчтөн эмчлүүлсэн болно.

Эмчлүүлсэн 104 өвчтөний 12 нь (11,5%) тахир дутуугийн групптэй, 3 дугаар групптэй—2, 2 дугаар групптэй—10 өвчтөн байв. Эмчлүүлэгчдийн 24% буюу 25 нь хөдөөнөөс, 76% буюу 79 өвчтөн хотоос иржээ.

Сувилалд агаар, наран шарлага, хоол, витамин эмчилгээнээс гадна үрэвслийн процесс цочмогдсон үед шээс хөөх, гормон, халдварын эсрэг болон дэглэм сахих эмчилгээг хавсарган хэрэглэв. Сувилал эмчилгээ өвчний явцад хэрхэн нөлөөлж байгааг дараахь хүснэгтээс харж болно.

Илэрсэн өвчний шинж тэмдгийг харьцуулан судалсан байдал

Хүснэгт 2

Шинж тэмдгүүд (хувиар)	Эмчилгээний эхэнд	Эмчилгээний дараа
Хоолонд дургүйдэх	75	7,7
Ууц нуруугаар өвдөх	31,7	11,5
Сульдах, ядрах	42,3	6,7
Ойр ойрхон шээх	3,8	—
Цонхийх	84,6	12,5
Пастернацкийн эерэг шинж	7,6	—
Хаван	4,8	0,9
Даралт ихсэх	26,0	6,7
Зүрх судасны системий өөрчлөлт	11,5	4,8

Бид сувилалд өвчтөнийг явуулахын өмнө, эмчилгээний дараа холбогдох шинжилгээнүүдийг хийлээ.

ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ. Эмчилгээ эхлэхэд 34 өвчтөний 17-д нь (50%) шээс уурагтах шинж 0,018—66,6 г/л ($X \pm m$), $1,51 \pm 0,32$ г/л илэрсэн бол эмчилгээний дараа 10 өвчтөн буюу 29,4%-д $0,033—4$ г/л ($0,58 \pm 0,18$ г/л) уурагтай байлаа.

Судалгаанаас үзэхэд сувилал эмчилгээ нь шээс уурагтах шинж тэмдэгт сайнаар нөлөөлж ($t=2,51$, $P<0,05$) байна.

Шээс цусжилттай (26,5%) өвчтөнөөс эмчилгээний дараа 1(2,9%) болсон байлаа. Эмчилгээ эхлэхэд (10 (29,4%) өвчтөнд шээсэнд бортгонцор эс илэрч байсан бол эмчилгээний дараа 5 (14,7%) болсон бай-

на. Эмчлүүлэгчдийн 50%-д шээсэн дэх цагаан цогцсын тоо харах талбайд $6-82$ хүртэл ($X \pm m$ $11,54 \pm 1,36$) илэрч байсан бол эмчилгээний дараа зөвхөн 12%-д харах талбайд $6-8$ ($3,32 \pm 0,44$), хүртэл илэрч байлаа. Статистик магадлалын зөрөө нь $t=5,75$ $P < 0,001$ байна.

Гломерулонефриттэй 14 өвчтөнд бөөрний түүдгэнцрийн шүүрүүлэх ба сувганцрын эргэн шимэх үйл ажиллагааг тодорхойллоо. Цусан дахь креатиний эмчилгээ эхлэхэд $111,83 \pm 9,36$ мкмоль/л; эмчилгээний дараа $98,0 \pm 8,34$ мкмоль/л; $t=1,1$; $P < 0,05$ байгаа нь сувилал эмчилгээний явцад креатинин төдийлөн хэлбэлзээгүй байна. Мөн сувганцрын эргэн шимэх үйл ажиллагаа ч онц өөрчлөгдөөгүй байлаа.

Бөөрний түүдгэнцрийн шүүрүүлэх үйл ажиллагаа эмчилгээ эхлэхэд $65,98 \times 5,12$ мл/мин $1,73$ м² байсан бол эмчилгээний дараа $79,77 \pm 3,24$ мл/мин $1,73$ м²; $t=2,26$; $P < 0,05$ байгаа нь сувилал эмчилгээ нь бөөрний түүдгэнцрийн шүүрүүлэх үйл ажиллагааг ихэсгэж байна. Түүдгэнцрийн шүүрүүлэх үйл ажиллагаа эмчлүүлэгчдийн 28,6%-д 50 мл/минээс бага байсан бол эмчилгээний дараа 10% болсон байлаа.

3 дугаар хүснэгтээр цусны шинжилгээний динамик өөрчлөлтийг харуулав. Улаан цогцсын тунах урвал ($P < 0,01$) удааширч гемоглобины концентрац ($P < 0,05$) ихэссэн байна.

4 дүгээр хүснэгтээр гломерулонефриттэй 20 өвчтөний уураг, өөх тосны солилцооны динамик өөрчлөлтийг эмчилгээний өмнөх, дараахь байдлаар тодорхойлон гаргав.

Хүснэгтээс харахад холестерини концентрац ($P < 0,05$) багасаж, ийлдсэн дэх уургийн хэмжээ ($P < 0,05$) ихэссэн байна. Өвчтөний 33%-д цусан дахь уургийн хэмжээ 60 г/л-ээс бага байсан бол эмчилгээний дараа бүх өвчтөнд 60 г/л-ээс их болсон байлаа.

Статистик магадлалаар эмчилгээний дараа α_2 -глобулины хэмжээ багасаж байгааг эмгэг процессын идэвхжил буурч байгаатай холбон үзэж болох юм.

ПИЕЛОНЕФРИТ. Сувилал эмчилгээ пиелонефрит өвчинд хэрхэн нөлөөлж байгааг судалж үзсэн юм.

Лейкоцитури. 65 өвчтөнөөс 31-д нь (47,7%) харах талбайд 5-аас дээш, 6,2%-д 100-гаас дээш цагаас цогцос илэрч дунджаар ($X \pm m$) $13,83 \pm 2,29$ байв. Эмчилгээний дараа лейкоцитури 16 (24,6%) өвчтөнд ажиглагдаж, хамгийн их цагаан цогцос харах талбайд 82, цагаан цогцсын дундаж тоо $5,72 \pm 0,74$ болсон байна.

Эмчилгээний дараа цагаан цогцсын тоо багасаж байгаа нь статистик магадлалаар $t=3,37$; $p < 0,001$ батлагдаж байна. Өвчтөний 5,6%-д 0,33 г/л шээс уурагтах шинж илэрч байсан бол эмчилгээний дараа ганцхан өвчтөн 0,066 г/л уурагтай байв.

Гемотури. Өвчтөний 9,2 хувьд улаан цогцос шээсэнд 4—13 илэрч байсан бол эмчилгээний дараа харах талбайд улаан цогцсын тоо 1—2-оос хэтрэхгүй болсон байна.

Эмчлүүлэгчдийн 24,6 хувьд шээсэнд эрдэс давс чулуулаг (шээсний хүчил) илэрч байсан бол эмчилгээний дараа 63,4% (шээсний хүчил 88,6%, Фосфат 7,6%, оксалат 3,8% болж ихэсч байгаа нь эмчилгээний үр дүнд шээс ялгарах хэмжээ ихэсэж чулуу, эрдэс давсыг механикаар угааж цэвэрлэдэг гэсэн Б. Е. Чарьевын дүгнэлттэй тохирч байна. (8). Пиелонефриттэй 31 өвчтөнд түүдгэнцрийн шүүрүүлэх, сувганцрын эргэн шимэх үйл ажиллагаа, азотын төрлийн бодисын солилцооны динамик өөрчлөлтийг судалж үзлээ.

Креатинины концентрац эмчилгээ эхлэхэд $105,48 \pm 9,36$ мкмоль/л эмчилгээний дараа $104,38$ мкмоль/л байгаа нь онцын өөрчлөлтгүй байна. Мөн сувганцрын эргэн шимэх үйл ажиллагааны дундаж хэмжээнд ч $X \pm m$ ($95,77 \pm 1,11\%$ ба $96,02 \pm 0,96\%$) өөрчлөлт гараагүй байна. Өвчтөний 32,3 хувьд сувганцрын эргэн шимэх үйл ажиллагаа 94%-иас доош байсан бол эмчилгээний дараа зөвхөн 6,5 хувьд нь ажиглагдсан

байна. $X^2 = 6,61$, $P < 0,01$ байгаа нь сувилал эмчилгээ бөөрний үйл ажиллагаанд сайнаар нөлөөлж байна гэдэг статистик магадлалтай байна. Түүдгэнцрийн шүүрүүлэх хурд эмчилгээний эхэнд $63,35 \pm 5,12$ мл/мин $1,73 \text{ м}^2$, эмчилгээний дараа $77,34 \pm 4,19$ мл/мин $1,73 \text{ м}^2$ бол ($t = 2,11$, $P < 0,05$) ихэссэн байна. Сувилал эмчилгээ нь пиелонефритийн явцад сайнаар нөлөөлж байгаа нь эмчилгээ, шинжилгээний үзүүлэлтээс тодорхой харагдаж байна.

Хүснэгт 3-аас пиелонефриттэй өвчтөнд хийсэн цусны шинжилгээний өөрчлөлтийг харж болно.

Улаан цогцсын тунах урвал ($P < 0,001$) удааширч, гемоглобины хэмжээ ихэссэн байна ($P < 0,05$), цагаан цогцсонд онцын өөрчлөлт гаргаагүй.

Хүснэгт 4-өөс сувиллаар эмчлүүлсэн пиелонефриттэй өвчтөнүүдийн биохимийн шинжилгээний үзүүлэлтэнд төдийлөн өөрчлөлтгүй байгаа нь пиелонефритийн үед уургийн болон өөх тосны солилцоонд онцын өөрчлөлт гардаггүй гэсэн А. Я. Пытель, С. Д. Голигорский нарын дүгнэлттэй тохирч байна (5).

Сувилал нөхөн сэргээх эмчилгээний үр дүнг тодорхойлохын тулд 25 өвчтөнд (гломерулонефриттэй 15, пиелонефриттэй 10) сувиллын өмнөх 6 сар, сувиллын дараахь 6 сарын байдлаар эмнэлэгт хэвтсэн тоо, өвчний дахилт, эзэлсэн ор хоног, хөдөлмөрийн чадвар алдалт, эмнэлгийн магадлагаа авалт зэрэгт судалгаа хийж үзлээ.

Хүснэгтээс харахад сувилал эмчилгээний дараа өвчтөн цочмогдон дахих нь 4,25 дахин буурчээ. Үүнийг хөдөлмөрийн чадвар алдсан өдөрт шилжүүлбэл нэг хүн эмчилгээ эхлэхээс өмнө $13,56 \pm 0,89$ хоног байсан бол эмчилгээний дараа $4,2 \pm 0,36$ хоног, $t = 9,75$, $P < 0,0001$ болсон байна.

Бөөрний өвчнийг сувилал эмчилгээгээр эмчлэх нь хөдөлмөрийн чадвар алдалтыг багасгах, эмнэлэгт хэвтэлтийг цөөлөх, ор хоногийн эргэлтийг сайжруулах эдийн засгийн чухал ач холбогдолтой болно.

Хоёр, гуравдугаар групптэй 8 өвчтөнд судалгаа хийж үзэхэд сувилал эмчилгээний дараа нэг ч өвчтөнд өвчин цочмогдон дахиагүй байна.

Хүснэгт 3

Сувилал нөхөн сэргээх эмчилгээний үед хийсэн цусны шинжилгээний үзүүлэлтийн динамик өөрчлөлт ($X \pm m$)

Онош	Шинжилсэн үе	Гемоглобин г/л	Цагаан цогцос 10 ⁹	Эозинофил %	Савхаар %	тасархай	Лимфоцит	Моноцит	УЦТУ мм/цаг
Гломерулонефрит (n=34)	Эмчилгээний өмнө	$106,57 \pm 7,12$	$5,95 \pm 0,56$	$1,18 \pm 0,43$	$2,06 \pm 0,36$	$62,41 \pm 4,19$	$32,0 \pm 4,07$	$2,35 \pm 0,38$	$12,95 \pm 1,14$
	Эмчилгээний дараа	$125,48 \pm 5,22$ *	$7,09 \pm 0,64$	$0,59 \pm 0,24$	$3,26 \pm 0,53$	$70,38 \pm 5,14$	$24,41 \pm 3,12$	$1,44 \pm 0,21$	$8,07 \pm 0,64$ *
Пиелонефрит (n=65)	Эмчилгээний өмнө	$105,82 \pm 5,34$	$5,96 \pm 0,49$	$1,27 \pm 0,48$	$2,3 \pm 0,25$	$62,42 \pm 5,28$	$31,82 \pm 3,97$	$1,52 \pm 0,34$	$14,18 \pm 1,29$
	Эмчилгээний дараа	$122,97 \pm 6,11$ *	$6,37 \pm 0,52$	$0,49 \pm 0,12$	$3,33 \pm 0,29$	$70,18 \pm 6,64$	$24,44 \pm 2,65$	$2,42 \pm 0,26$	$6,67 \pm 0,57$ *

*—Статистик магадлалын зөрөө ($P < 0,05$)

ДҮГНЭЛТ. 1. Говь-Алтай аймгийн Бигэр сумын бөөрний сувилал эмнэлгийн эмчилгээ нь бөөрний өвчнийг эмчлэх идэвхтэй, үр дүнтэй эмчилгээний хэлбэр юм.

Хүснэгт 4

Сувилал нөхөн сэргээх эмчилгээний явцад хийсэн биохимийн шинжилгээний динамик өөрчлөлт ($X \pm m$)

Онош	Шинжилсэн үе	Хлестерин ммоль/л	Ураг г/л	Альбумин %	α_1 -глобулин %	α_2 -глобулин %	β -глобулин %	γ -глобулин %
Гломерулонефрит (n=34)	Эмчилгээ эхлэхэд	6,62 ± 0,82	63,67 ± 5,22	49,22 ± 3,34	6,71 ± 0,42	10,15 ± 0,68	13,07 ± 0,12	19,54 ± 1,34
	Эмчилгээний дараа	4,39 ± 0,51*	77,89 ± 4,13*	49,88 ± 3,42	6,24 ± 0,54	8,51 ± 0,34*	13,94 ± 0,84	21,58 ± 1,76
Пиелонефрит (n=65)	Эмчилгээ эхлэхэд	4,09 ± 0,35	73,26 ± 5,33	51,01 ± 4,19	7,4 ± 0,71	9,98 ± 0,92	12,38 ± 1,08	20,82 ± 1,74
	Эмчилгээний дараа	4,15 ± 0,29	79,25 ± 4,16	51,11 ± 4,05	6,33 ± 0,59	8,87 ± 0,65	14,06 ± 1,26	19,63 ± 1,54

*—статистик магадлалын зөрөө ($P < 0,05$)

Хүснэгт 5

Сувилал эмчилгээний үр дүнгийн үзүүлэлт

	Бүгд цочмогдол	Цочмогдол нэг өвчтөнөөр $X \pm m$	Эмнэлэгт хэвтсэн		Эмнэлгийн магадлалга	
			бүгд	ор хоног	бүгд	хөдөлмөрийн чадвар алдалт
Эмчилгээ эхлэхэд	17	0,68	7	127	10	212
Эмчилгээний дараа	4	0,16	1	21	3	84
χ^2	13,88	13,9	5,36	—	5,09	—
P	<0,001	<0,001	<0,05	—	<0,05	—

2. Сувилал эмчилгээний дараа шинжилгээний үзүүлэлтүүд сайжирч зарим шинж тэмдгүүд арилж, зовиур шаналгаа багасаж байна.

3. Сувилал эмчилгээний үр дүнд бөөрний үйл ажиллагааны үзүүлэлт сайжирч шээсэнд гарсан өөрчлөлт, шинж тэмдэг арилах буюу багасаж байна.

4. Сувилал эмчилгээ нь өвчин цочмогдон дахихыг 4,25 дахин багасгаж, хөдөлмөрийн чадвар алдалтыг багасган, ор хоногийн эргэлтийг сайжруулах эдийн засгийн ач холбогдолтой юм.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. А. Н. Бердыклычев, Г. А. Калимов. Курорт Байрам-Али. Ашхабад, 1966.
2. Ю. В. Данилов. Справочник по курортологии и курортотерапии. М., 1973, 512—543.
3. М. И. Мехтыев. Климатическое лечение больных гломерулонефритом в Байрам-Али. Автореф. дисс. канд. Ашхабад, 1972.
4. Л. А. Пыриг. Санаторно-курортное лечение гломерулонефрита. В кн.: Гломерулонефрит. Под ред. С. И. Рябова. Л., 1980. 308—321.
5. А. Я. Пытель, С. Д. Голигорский. Пиелонефрит. М., 1977.

6. Н. С. Смиян. Патогенетическое обоснование санаторно-курортного лечения детей с хроническими заболеваниями почек и мочевых путей. В кн.; Роль местных санаториев в восстановительном лечении детей. М., 1973, 172—173
7. Е. М. Тареев. Распознавание и лечение хронического гломерулонефрита в аспекте профилактики терминальной почечной недостаточности. „Тер. арх“. 1976, № 7, 3—10
8. Б. Е. Чарьев. Лечение гломерулонефрита у детей—подростков в санатории Байрам-Али. „Вопр. курортол.“ 1972, № 1, 12—15.
9. Г. П. Шульцев. Климато и бальнеотерапия при болезнях почек. В кн: Основы нефрологии, Т. 2М., 871—884
10. М. В. Эрман. Вопросы реабилитации после оперативного лечения врожденного гидронефроза и уретерогидронефроза у детей. Дисс. канд., Л., 1979

КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОЧЕЧНЫХ БОЛЬНЫХ

Х. Тэрбиш

Курортное лечение относится к числу восстановительного (реабилитационного) терапии.

При изучении действия курортных факторов на почечных больных выявлено положительное влияние реабилитации при таких почечных заболеваниях как нефриты, нефротический синдром, пиелонефрит на основании лабораторных и клинических данных.

Д. АВИРМЭД, Н. АДЪЯА

ХҮҮХДИЙН ЭРЧИМТ ЭМЧИЛГЭЭНИЙ ПРАКТИКТ

УЛСЫН ХҮҮХДИЙН КЛИНИКИЙН ТӨВ ЭМНЭЛЭГ

Баруун зүүн эгэмний доод хураагуур судсанд хатгалт хийж, Сельдингерийн аргаар гуурс тавьж эмчлэх нь эмнэлгийн практикт өргөн нэвтэрч байна.

Хүүхдийн клиникийн төв эмнэлгийн мэс заслын практикт 1974 оноос уг аргыг хэрэглэж үр дүнд хүрч байна.

Эгэмний доод хураагуур судсанд гуурс тавьснаар өвчтөнд олон дахин хатгалт хийх бэрхшээлгүй болохын хамт эмчилгээний найдвартай аргын нэг болдог.

Эгэмний доод хураагуур судсанд гуурс тавихад судасны байрлал байнга тогтвортой байхаас гадна захын хураагуур судсыг бодвол харьцангуй том, хүнд хэлбэрийн гиповолемийн үед ч нарийсдаггүй, булчин, булчингийн хальстай холбоотой байх учир хөдөлгөөн багатай, дайран өнгөрч байгаа цусны урсгал хурдан тул тромб үүсэх боломж бага, хийсэн эм тариа маш бага хугацаанд богино зам туулж зүрхэнд хүрч тараагддаг тул эмчилгээний үр дүнд зүрхэнд хийсэнтэй бараг адил үйлчилгээ үзүүлнэ.

Судсанд тавьсан гуурсаар удаан хугацаанд тариа хийж ашиглаж болохоос гадна төвийн хураагуур судасны даралт үзэх, тодруулагч бүхий рентген шинжилгээ хийх зэрэгт ихээхэн тохиромжтой, хүнд өвчтөнийг асарч сувилах болон өвчтөний хөдөлгөөнд саад болдоггүй байна.

Эгэмний доод хураагуур судсанд хатгалт хийж гуурс тавихад мэргэжил дадлага хэрэгтэй. Мариа ихтэй хүүхдэд харьцангуй төвөгтэй байдаг. Эгэмний доод хураагуур судас нь мөрний мэдрэлийн сүлжээ, улаан хоолой, цагаан мөгөөрсөн хоолой, бамбай ба сэрээ хэл-

бэрт булчирхайтай ойролцоо байдаг тул хатгалт хийх техник буруу байвал тэдгээрийг хатгаж, гэмтээж болохоос гадна орчны зөөлөн эдэд цус харваж болдог. Турж эцсэн хүүхдийн судасны ханы хөгжил сул байдгаас тавьсан гуурсны гадна талыг дагаж цус гарах явдал тохиолддог.

Эгэмний доод хураагуур судсанд хатгалт хийх ба гуурс тавих заалтад эрчимт эмчилгээ, сэхээн амьдруулахуйн арга хэмжээ авах, самшуу биш замаар удаан хугацаагаар хооллох, гемодинамик биохимийн өөрчлөлтийг тогтмол хянаж байх, цусны эргэлтийн хямралаас захын судас олохгүй болох, мөчний судсанд флебит, тромбофлебит зэрэг болсон эсвэл хураагуур судсанд зүсэлт хийж байсан зэрэг тохиолдол орно.

Эгэмний дээд доод талын бэртэл, гэмтэл, үрэвсэл, эгэм, нэгдүгээр хавирганы хугарал, цусны бүлэгнэлт эрс муудсан зэрэг тохиолдолд хатгалт хийж, гуурс тавьж болохгүй.

Хэрэглэгдэх зүйл 5 см-ээс богиногүй гадна диаметр нь 2 мм, дотор диаметр нь 1,8 мм бүхий зүү, судсанд тавих гуурсны уртаас 2—2,5 дахин урт залуур, 6—12 см-ийн урттай гадна диаметр нь 1,0—

1,8 мм бүхий ариутгасан полиэтилен гуурс, 10 мл-ийн шприц зүүний хамт хоёроос доошгүй, спирт болон иодны 5%-ийн уусмал, 0,25%-ийн новокаины уусмал 10—20 мл, ариутгасан бөмбөлөг, самбай, ариутгасан талбайгаа хамгаалж тавих дундаа 5×5 см-ийн онгорхой гаргасан 30×30 см-ийн хэмжээтэй даавуу, судсанд тавьсан гуурсаа бэхлэж наах, пластырь, хайч, хямсаа дуслын тариа, өвчтөний хүзүү, сээрэн дор тавих дэр зэрэг болно.

Эгэмний доод хураагуур судсанд хатгалт хийж, гуурс тавих техник.

Эгэмний дээд, доод аль ч талаас нь хатгалт хийж гуурс тавьж болно. Эгэмний доод хураагуур судсанд гуурс тавих нь хатгалт хийх, гуурсаа оруулах, гуурсаа бэхлэх гэсэн 3 үелбэртэй. Хатгалгаа хийж байгаа явцад эгэмний дээд талаас хатгалт хийж, гуурс тавих нь анестезиолог эмчид тохиромжтой. Өвчтөний байрлал тэгш хэвтээ байна. Өвчтөнийхөө хүзүү сээрэн дор дэр тавьж толгойг бага зэрэг гэдийлгэнэ. Баруун талын эгэмний доод хураагуур судсанд хатгалт хийх гэж байгаа бол өвчтөнийхөө нүүрийг зүүн тийш нь харуулан баруун гарыг их биеийн нь дагуу, мөрийг аль болохоор унжуулсан байдалд байлгана. Дээрх үйлдлүүдийг зүүн талд хийх гэж байгаа бол өгүүлсний эсрэг байрлуулна.

Эмч гараа угааж, ариутгасны дараа хатгалт хийх талынхаа эгэм, түүний орчныг спирт, иодоор цэвэрлэж, зориулан бэлтгэж ариутгасан даавуугаар талбайгаа хамгаалж бүтээнэ. Хатгалтыг хэсгийн ба ерөнхий мэдээгүйжүүлгийн аль алинаар нь хийж болох боловч хүүхдэд ерөнхий мэдээгүйжүүлгээр хийх нь тохиромжтой байдаг. Хэсгийн мэдээгүйжүүлэгт 0,25%-ийн новокаины уусмал хэрэглэнэ. Хатгалт хийх талынхаа эгэмний дунд аль эсвэл гадна 1/3-ийн харалдаа эгэм нэгдүгээр хавирганы завсраар доод талаас гаднаас, дотогш эгэм, өвчүүний хонхрыг чиглүүлэн эгмэндээ 45 градусын өнцөг үүсгэн хатгаж, соруулах журмаар гүйцэтгэнэ.

Судсаа олбол шприцэд цус урсан орж ирнэ. Шприцэд цус хүчтэй биш орж байвал гиповолемийн, их даралттай орж байгаа бол цусны бага эргэлтэд даралт их, зүрхний үйл ямар нэг хэмжээний дутмагшилтай байгаагийн шинж болно. Судсаа хатгаж олсны дараа шприцээ салган, зүүгээ хөдөлгөхгүй барьж байгаад залуураа зүүгээр дамжуулан судсанд оруулсны дараа зүүгээр авч тохирох хэмжээний полиэтилен гуурсаа залуурынхаа гадуур хийж имрэх байдлаар цааш түлхэн судсанд оруулан залуураа авч, гуурсныхаа гадна үзүүрт бөглөө бүхий таарсан зүү хийж гуурсаа арьсанд пластыраар ороон нааж

бэхэлнэ. Судсанд оруулсан гуурсны урт тухайн хүүхдийн насанд тохирсон байх ёстой бөгөөд ямар хэмжээний гуурс хэрэглэснээ өвчний түүхэнд заавал бичиж тэмдэглэнэ.

Арьснаас дотогш байх гуурсны уртыг үлгэрлэвэл: дутуу нярайд 1,5—2; гүйцэд нярайд 2—2,5; хөхүүл насанд 2—3; 1—7 насанд 2,6—4,0; 8—14 насанд 3,5—6 см байх нь тохиромжтой гэж үздэг. Гуурсаа авах үедээ анх хэрэглэсэн хэмжээтэйгээ харьцуулан үзэж, шалгаж байх ёстой.

Ийнхүү үйлдлийн үед гарч болох хүндрэлийг мэддэг, түүнээс урьдчилан сэргийлж чаддаг, гарсан хүндрэлийг цаг алдалгүй оношилж, эмчлэх арга барилд ямагт бэлэн байх хэрэгтэй.

Эгэмний доод хураагуур судсанд хатгалт хийж, гуурс тавин, ашиглах явцад гарч болох хүндрэлийг хатгалт хийх, гуурс тавих, түүнийг ашиглах үеийнх гэж 3 хуваан авч үздэг.

Хатгалт хийх арга техникийн буруугаас пневмоторакс, гемоторакс, плеврит, арьсан дор эмфизем үүсэх, хийн эмболи болох, судас гэмтсэнээс цус алдах, гематома болох, улаан хоолой, цагаан мөгөөрсөн хоолой, бамбай ба сэрээ хэлбэрт булчирхай хатгагдан гэмтэж болдог. Эдгээрийн дотроос бидний практикт пневмоторакс, гемоторакс, цус алдах, гематома болох зэргийн хүндрэл тохиолдож байлаа.

Хийн эмболи болбол өвчтөний цээжин бие хөхрөх, хөөрөнгө байдалд орох, амьсгаа нь давхцах, судасны лугшилт олшрох, зүрхний хэм алдагдах, хураагуур судасны даралт ихэссэнээс хүзүүний хураагуур судас гүрийж харагдах, бронхоплазм болох зэрэг шинж илэрнэ. Хийн эмболиос урьдчилан сэргийлэхийн тулд уг ажилбарыг наркозтойгоор хийж, зүүн дотуур залуур оруулах үедээ наркозын аппаратын хүүдийг дүүрэн байлгавал зохино.

Судсанд гуурс тавих үед гарч болох хүндрэл. Гуурсыг зүрхний тосгуур, ховдолд оруулснаас зүрхний хэм алдагдах зүрхний ханыг цоолж болно. Зүүний үзүүр налуу судсанд бүрэн ороогүй, эсвэл нэвт жатгаснаас залуур судасны гадуур гарч гуурс судасны гадна тавигддаг. Хүүхдийн насанд тохироогүй урт гуурс хэрэглэснээс зангилаа үүсгэж болно. Зангилаа үүссэн бол гуурсаа татаж хэрхэвч болохгүй, мэс засал хийх шаардлагатай. Судсанд гуурсаа болгоомжгүй тавих эсвэл муу бэхэлснээс гуурсаа зүрх рүү алдаж болдог.

Гуурсыг ашиглах явцад гарч болох хүндрэл. Гуурсаа муу бэхэлснээс зүрх рүү алдах, сугалж гаргах, зүүний синины бөглөөг унагаснаас цус алдаж болно. Гуурс судаснаас гарч зөөлөн эдэд орсон үед дусал удааширч эхэлнэ. Харин плеврийн хөндийд орсон тохиолдолд дусал удааширдаггүй. Плеврийн хөндийд шингэн ихээр орвол амьсгалын цочмог дутмагшил үүснэ. Ийм үед плеврийн хөндийд хатгалт хийж шингэнийг соруулан авдаг. Дунд завсарлагын хөндийд шингэн орвол өвчүүний бүдэрхийн дээд талаар дунд завсарлагын хөндийг нээж шингэнийг гаргана.

Гуурс түүний орчмыг хангалтгүй арчилснаас зөөлөн эдийн буглаа, нэвчдэс үүсдэг.

Гуурс тромбоор бөглөрөхөөс сэргийлж тариа хийсний дараагаар физиологийн уусмал 1,0 мл, гепарин 5000 нэгжийг өдөрт 3—4 удаа гуурсаар хийж ариутгасан, тохирсон бөглөөгөөр сайтар бөглөж байхын хамт бөглөө, зүүний онгийг байнга ариун байлгах шаардлагатай.

Эгэмний доод хураагуур судсанд хатгалт хийж Сельдингерийн аргаар гуурс тавих энэхүү арга нь хот, хөдөөний аль ч нөхцөлд хэрэглэж болох эмчилгээний үр дүн сайтай арга юм.

АРЬСНЫ ЗАРИМ АРХАГ ӨВЧНИЙ ҮЕД ХҮХЭР УСТӨРӨГЧИЙН РАШААНЫГ ХЭРЭГЛЭХ НЬ

АРЬС ӨНГӨНИЙ ЭМГЭГ СУДЛАЛЫН НЭГДСЭН ТӨВ

Арьсны архаг өвчтөнд хүхэр-устөрөгчийн рашааныг хэрэглэх асуудал олон орны эрдэмтдийн анхаарлыг татсаар ирсэн ба одоо ч чухал асуудал хэвээр байна.

А. И. Александров 1956 онд эмчилгээний рашааныг 5 анги болгон: гидрокорбанат, хлорлог, сульфатлаг, нитратын ба олон найрлагатай рашаан гэж хуваагаад сульфатлаг хүхэр-устөрөгчийн рашаанаар арьсны архаг өвчнийг эмчилж болохыг заасан байдаг [1]. Иймд сульфатлаг хүхэр-устөрөгчийн рашаанууд манай орны Хужирт, Отгонтэнгэр, Гурваннуур, Онон зэрэг халуун рашаанд ордог бөгөөд физик-химийн шинж чанар, найрлагаар Сочи-Мацеста, Пятигорск зэрэг рашаантай ижил төстэй юм.

Манай орны эдгээр халуун рашаанд арьсны архаг явцтай хайрст үлд, невродермит, хавтгай улаан үлд, загатнаа зэргийг эмчилж байгаа ба цаашид эмчлэх үндэс бүрэн байна.

Олон улсын тогтоосон журмын дагуу литр тутамд 250 мг-аас их нүүрс хүчлийн хий бүхий усыг нүүрс хүчлийн хийтэй рашааны тоонд оруулдаг бөгөөд энэ нь тус орны Хэнтийн уулархаг мужид оршдог хүйтэн рашаанууд болно.

Нүүрс хүчлийн энэ хүйтэн рашааныг арьсны өвчнийг анагаахад бага хэрэглэдэг. Харин хүхэр-устөрөгч бол биондэвхт элементийн тоонд ордог рашааны чухал бүрэлдэхүүний нэг бөгөөд хүхэр-устөрөгчийн халуун рашаан нь ихэвчлэн хангайн уулархаг мужид төвлөрчээ.

Хужирт, Отгонтэнгэр, Онон, Гурван нуурын рашаан нь эрдэсжилтээр бага боловч борын хүчил, цахиурт нэгдэл, хүхэр-устөрөгч зэрэг биондэвхжилт элементийн хувьд чухал рашаан учир арьсны архаг явцтай хайрст үлд, невродермит, экзем, загатнаа зэргийг анагааж болно гэж манай эрдэмтэд, судлаачид бичсэн байна.

Ардын эмнэлэгт дээр үед хүхэр-устөрөгчийн халуун рашааныг уух, түүнд орох, боргионд цохиулах, шавших, угаах, түрхэх халсан чулуунд нь жигнэх зэрэг олон хэлбэрээр арьсны архаг өвчинд ба бусад төрлийн өвчинд хэрэглэж байсан түүхтэй. [2]

Манай ном зохиолд бичигдсэн зүйлээс үзвэл 1950-иад оноос ямар өвчнийг рашаанаар эмчилж болох, рашаанд орох, уухыг яаж хэрэглэх, рашаанд орох журам, хэрэглэх хоол унд, рашааны дараа хийх гам зэрэг ач холбогдолтой зүйлүүдийг бичиж байв.

Ерөөгийн халуун рашаанд орох журмын тухай өндөр гэгээн Занабазарын гаргасан заавар байдаг. Заримаас нь дурдвал халуун усанд орсны тус эрдэм нь нас уртасгах, мах нэмэх, өнгө зүс сайхан болно гээд үе мөч, булчин шөрмөс, арьс гэдэс дотрын өвчнүүдээс ямар нь тохирохыг заасан байв.

Мөн цааш нь заахдаа сэрүүн улиралд рашаанд орохдоо дулаалж, даарч хөрөхгүй байх, зарим хурц хоолыг цээрлэх, рашааны халууныг тохируулах, тохирсон өвчиндөө 7—14 хоног уух, 7—21 хоног орох, эмчилгээний дараа даарч хөрөх, хүйтэн ус гатлах зэргийг цээрлэж байхыг заажээ. [2]

Хүхэр-устөрөгчийн рашааны биед үзүүлэх нөлөө

Хүхэр-устөрөгч нь хий хэлбэртэй бодис бөгөөд чөлөөт буюу химийн бусад бодистой холилдсон хэлбэрээр оршино. Уг рашааны үзүүлэх нөлөө нь рашааны халууны хэмжээ, усны даралт, химийн ба цахилгаан цэнэг зэргээс шалтгаална.

Хүхэр-устөрөгчийн рашаан нь арьс салст бүрхэвчээр дамжин цусанд орж бүх бие махбодод нөлөөлөн, судсыг тэлэгдүүлж, цусан хангамж, эргэлтийг сайжруулан, арьсны дайвар, захын мэдрэлийн системд нөлөөлөн түүнийг цочроон саатлын процессыг хэвийн болгож, арьсыг сульфатлаг группийн уургаар баяжуулна.

С. И. Довжанский ба А. С. Студницин (1972) нар үзэхдээ сульфатлаг рашаан нь арьсанд 2 янзын нөлөө үзүүлнэ. Үүнд: Нэгдүгээрт, эхний үед түр зуурын эмзэгшлийг үзүүлж, дараа нь сүүлийн курс эмчилгээнд уг эмзэгшил багасан арьс нь хэвийн өнгөтэй ягаарна.

Рашааныг хэрэглэх журам

Хүхэр-устөрөгчийн рашааныг арьсны өвчинд хэрэглэхдээ эрдэсжилтээр ялгаварлан хэрэглэнэ. Үүнд:

1. 100 мг/л—150 мг/л эрдэсжилттэй (дунд буюу бага)-рашаанд бага тууралттай, гэхдээ хурцдаж болох явцаар тогтвортой биш арьсны өвчинд;

2. 350—400 мг/л эрдэсжилт ихтэй рашаанд архаг явцтай, эмийн эмчилгээнд үр дүн багатай, тархалт их биш, нэвчдэстэй болсон арьсны хайрст үлд тархмал биш, хэлбэрийн невродермит экземд (нянгийн) тус тус оруулна. Харин энэ журамд хүүхэд ба 55-аас дээш насны өвчтөн хамаарагдахгүй болно.

Хэрэглэх арга: Хүхэр-устөрөгчийн сульфатлаг $+36 - +38^{\circ}\text{C}$ бүлээн рашаанд орохдоо 3 янзын аргаар орно. Үүнд:

1. Их оролт —3 хоног өдөр бүр ороод 4 дэх хоногт амрах ба курстээ 14—16 удаа орно. Нэг удаад 15—20 минутаар орно.

2. Бага оролт —2 хоног өдөр бүр ороод, 3 дахь хоногт амраад курстээ 12—14 удаа орно. Нэг удаад 10—15 минут орно.

3. Нэг өнжөөд орно. Курстээ 8—10 удаа нэг удаад 10—15 минутаар орно.

Хүхэр-устөрөгчийн рашаанд арьсны зарим архаг өвчинг эмчилж болох тухай манай эмч, мэргэжилтэн, эрдэмтдийн бичиж байгааг Арьс өнгөний эмгэг судлалын нэгдсэн төвөөс анхаарч, энэ талаар судалгаа шинжилгээ хийж өвчтөнг явуулан эмчлэх нь чухал болж байна.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. А. А. Маринов, З. Н. Попов „Гидрогеология МНР“ Новосибирск 1969.
2. Ө. Нямдорж, Ш. Цэрэн БНМАУ-ын рашаан“ УБ 1975 он.

Ц. БУНДАН

ЦЭЭЖНИЙ ДОТОР БАЙРЛАСАН БАМБАЙ БУЛЧИРХАЙГ МЭС ЗАСЛААР ЭМЧИЛСЭН НЬ

АНАГААХ УХААНЫ ХҮРЭЭЛЭН

Цээжний хөндийд байрласан бамбай булчирхай томорсон өвчнийг оношлох, мэс засал хийх, мэс заслын дараа эмчлэх явдал нь мэс засалчдын анхаарлыг татсан хэвээр байна. Учир нь уг өвчний шинж тэмдэг тодорхой биш, явц нь хүнд байдаг. (1—4), Бамбайн томролтыг таних гол шинж тэмдгүүд байдаг. Үүнд, өвчтөний хүзүү бүдүүрч, томорсон булчирхай нь нүдэнд харагдаж, тэмтрэгдэх, мөн нүдний алим бүлтийж, судасны лугшилт олширч, өвчтөн ядрамтгай, цочимтгой уян болдог байна. Гэтэл цээжин дотор байрласан бамбайд энэ шинж тэмдгүүд тэр болгон илэрдэггүй байна. Бамбай булчирхай өвчүүний ард байрлаж томрох нь 2 янзын хэлбэртэй байдаг. [3] Нэгдүгээр хэлбэр нь: бамбай анхнаасаа цээжний хөндийн гүнд байрлаж, тараагуур судсаар тэжээгддэг. Хоёрдугаар хэлбэр нь: Янз бүрийн механик хүчин зүйлийн нөлөөгөөр бамбай булчирхай аажимдаа өвчүүний араар гулгана. Дээрх эрдэмтдийн үзэж байгаагаар ийм хэлбэрийн бамбайн гол шинж нь уг томорсон булчирхай орчны эд эрхтэнг хэр зэрэг дарж байгаагаас хамаардаг байна. Жишээ нь: 84,8 %-д амьсгаадах, 62,3 %-д нь амьсгал давчуурах, толгой өвдөх шаналгаа илэрдэг байна. Рентгенд харахад цагаан мөгөөрсөн хоолой аль нэг тийшээ түлхэгдэх, дарагдах, нүх нь нарийсах шинж илэрч болно.

Өвчүүний арын байрлалтай бамбайг оношлоход төвөгтэй байдаг. Харин орчин үед тэмдэгт атомын шинжилгээг зөв хийж үнэлж чадвал оношлох бүрэн боломжтой юм. Нөгөө талаар цээжний хөндийн дунд авсар зайнд олон төрлийн хавдар, уйланхай байж болох бөгөөд тэдгээрээс ялгахад ч хялбар биш юм. Энэ зайнд бэтгийн уйланхай, сэрээ хэлбэрт булчирхайн хавдар, үр хөврөлийн гэж хөгжлөөс үүссэн хавдар, тунгалгийн булчирхайн хорт хавдар, үсэрхийлсэн өмөн, үнхэлцэг хальсны уйланхай зэрэг олон эмгэг байрладаг учраас ялган таньж оношлоход хялбар биш байдаг. Бидний үйл ажиллагаанд эдгээр хавдар, уйланхай цөөн биш тохиолдож байсан болно. Харин цээжний өмнөд, дунд зайд байрласан том хэмжээний бамбай бидэнд анх удаа тохиолдож түүнийг оношлох, мэс заслаар эмчлэхэд түвэгтэй арга барил шаардагдсан учир уг тохиолдлыг мэдээлж байна.

Б. С. 40 настай, эмэгтэй, П. Н. Шастины нэрэмжит III нэгдсэн эмзлэгт 1983. 10-19-нд цээжний дунд завсарт байрласан хавдар бамбайн хордлогогүй дахисан үе оношоор хэвтсэн юм. Хэвтэхдээ өвчтөний хүзүүний ард эвгүй мэдрэгдэнэ, толгой эргэж зүрх дэлсээд үе үе бие суларч, чээж дүүрээд амьсгаа давчдаад байдаг гэсэн зовиуртай байв. 1971 онд бамбай булчирхай томорч мэс засал хийлгэсэн. Түүнээс хойш мэдэгдэх юмгүй бие хөнгөн байснаа 1982 оноос эхлэн дээрх шаналгаа эхэлсэн ажээ.

Бодит үзлэг: Арьс салст ердийн өнгөтэй, нүд бүлтгэр биш, хүзүүний өмнөд хэсэгт мэс заслын сорвитой, бамбайн бага зэрэг томролт баруун талдаа илүү, түүнийг тэмтрэхэд зөөлөн жигд байв. Шүлс залгиулж харахад томорсон бамбай шилжихгүй судасны лугшилт жигд, минутад 70 удаа, хүчдэл дүүрэлт сайн, хөлрөх шинжгүй. Зүрхний авиа тод жигд цэвэр, уушги ердийн амьсгалтай, элэг тэмтрэгдээгүй, мэдрэлийн үйл ажиллагаанд өөрчлөлтгүй. Рентгенд хара-

хад уушгинд эмгэг сүүдэргүй, чээжний дунд завсрын дээд хэсэгт өргөсөл бүхий, тэр нь зүүн тийш илүү өргөн дунд завсрын дээд өмнөх хэсэгт дугуй сүүдэр, жигд тод зах гадаргатай, түүний хэмжээ 5×5 см, дунд завсрын өмнөд, дээд хавдар гэсэн дүгнэлт өгчээ.

Томограмм хийхэд: дээрх сүүдэр гарсан, уг сүүдэр уушгитай холбоогүй болох нь нотлогдсон байна. (рентген зураг I, II, III). Зүрхний баруун ховдлоос тодруулагч бодис шахаж цусны бага ба их эргэлтийг тодруулж зураг (ЕЛЕМА аппарат дээр) авахад дээрх эмгэг сүүдэр үнхэлцэг хальсны гадна түүнтэй холбоогүй, харин уушгины тараагуур судасны зүүн гол салааг дээрээс нь доош бага зэрэг дарсан, гол судаснаас өмнө байрласан болох нь тодорсон юм. Мөн уг зургуудад цагаан мөгөөрсөн хоолой голч шугамнаас баруун тийш түлхэгдэн шилжсэн байв.

Цаашид Каццоны урвалж тавьж үзэхэд цочрол өгөөгүй юм. Бамбай болон сэрээ хэлбэрт булчирхайн хавдар, үр хөврөлийн гаралтай бусад ур хавдраас ялгах зорилгоор тэмдэгт атомын шинжилгээг хийхэд бамбай булчирхай бага зэрэг томорсон гэсэн дүгнэлт өгчээ. Прозерины 0,06%—1 мл уусмал тарьж үзэхэд ямар нэг өөрчлөлт гараагүй. Хийсэн шинжилгээг үндэслэж чээжний өмнөт дунд зайд байрласан хавдар, цагаан мөгөөрсөн хоолойг дарж, амьсгал боогдлын шинж илэрсэн гэж онош тавьсан юм. Иймээс өвчтөнд ерөнхий мэдээгүйжүүлэлт хэрэглэж мэс засал хийв. Мэс заслын зүслэгийг 2—3 дугаар хавирганы завсраар үечлэн хийж явсаар өвчүүний ясыг хөндлөн тайрч чээжний хөндийг өргөн нээсэн билээ. Шалгалт хийхэд өвчүүний арын зайд дээрээсээ доош, зүүн тийш унжиж байрласан, уртаараа 20 см, өргөнөөрөө 8—10 см, доод төгсгөл нь бүдүүрэлтэй, үнхэлцгийн гадна байрласан, чинэрсэн цайвар ягаан хавдар байв. Зүүгээр хатгаж хэдэнтээ соруулахад цусархаг зүйл гарав. Орчны зөөлөн эдээс салгахад яг хавдрыг бүрхсэн хальсан дор олон тооны судас өргөсч байрлажээ. Энэ байдлаараа бамбай булчирхайгаас гаралтай болох нь тодоров. Иймд хавдрыг доод гадна өнцгөөс нь эхлэн ялгахад хавдар өвчүүний бариулын сэтэрхийн ар дээд өнцөг хүрсэн учир урьд хийлгэсэн мэс заслын сорвит харьцуулж шалгахад хүрэв. Гэтэл уг хавдрын дээд зах энэхүү сорвинд тулаад дуусч байлаа. Хавдрыг ялган авах явцад дээд хөндийн хураагуур судас, ялангуяа зүүн эгэм, гүрээний хураагуур судасны цагаан мөгөөрсөн хоолойг гэмтээлгүй, ялгах, буцах мэдрүүлгийг хөндөхгүй байхад онцгой анхаарч ажиллав. Мэс заслын үндсэн түвэгтэй үе үүгээр дууссан тул шархыг үечлэн битүүлсэн юм. Хагалгааны дараах явц хөнгөн, үгдрэлгүй 28 хоноод гэртээ гарсан болно. Авсан булчирхайд гистологийн шинжилгээ хийхэд бамбайн ердийн томролт байв. Манай оронд бамбай булчирхайн өвчнийг мэс заслаар эмчлэх арга барил өргөн нэвтэрч олон зуун өвчтөнд тусламж үзүүлсний сацуу зарим эрдэмтэд хэд хэдэн бүтээл нийтлүүлжээ. Гэвч тэдний бүтээлүүдэд өвчүүний араар тулгаж байрласан бамбайг мэс заслаар эмчилсэн тохиолдол алга байна. Мөн гадаад оронд ийм гаж байрлалын бамбайг оношлох, мэс заслаар эмчлэх арга техник бүрэн судлагдаагүй, түвэгтэй асуудал учир өөрсдийн үйл ажиллагаанд ажиглагдсан цөөн тохиолдлыг нийтэлж туршлага хуваалцаар байна.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. М. А. Галеев „Грудная хирургия“ 1983, № 6 56
2. М. А. Галеев „Заболевания шитовидной железы“, уфа 1981.
3. Н. Н. Малиновский, Г. И. Абдуллаев „Хирургия“ 1982, № 10, 106—110
4. Б. В. Петровский. В кн. Многоотомное руководство по хирургии, 562—565
5. Б. Гэпилмаа „Автореф, канд. дисс.“ 1965
6. Т. Шагдарсүрэн, Х. Аюуш „Бамбай булчирхайн клиник, мэс заслын асуудал“ Анагаах ухааны хүрээлэнгийн бүтээл. 1976., 19—26.

ЗСБНХУ-ЫН ЭРҮҮЛИЙГ ХАМГААЛАХ: ЭМНЭЛГИЙН ТУСЛАМЖИЙН ЧАНАРЫГ САЙЖРУУЛАХ АРГА ЗАМ

Сүүлийн хэдэн арван жилийн турш зөвлөлтийн эрүүлийг хамгаалахын гол зорилт бол эмнэлэг, урьдчилан сэргийлэх байгууллагуудыг шинээр барьж өргөжүүлэх, боловсон хүчнийг бэлтгэх ажлыг хурдавчлах явдал байв. Өөрөөр хэлбэл энэ нь асар уудам орныхоо хот хөдөөгийн бүх иргэдийг эмнэлгийн тусламжаар хангаж чадах эрүүлийг хамгаалах албаны баазыг байгуулах зорилт юм. Энэ нүсэр зорилтыг одоо үндсэнд нь шийдвэрлээд байна. ЗСБНХУ-д одоо 60 орчим мянган эмнэлгийн байгууллагад сая гаруй эмч, эмнэлгийн бараг 3 сая шахам дунд мэргэжилтэн ажиллаж байна. Тус улсад 10 мянган хүнд 39,5 их эмч, эмнэлгийн 127 ор ногдож байгаа нь дэлхийд хамгийн өндөр үзүүлэлтийн нэг юм.

— Зөвлөлтийн эрүүлийг хамгаалахад гарсан өөрчлөлт, хөгжилт нь ялангуяа миний үеийн эмч нар т илэрхий тод байна гэж ЗСБНХУ-ын Эрүүлийг хамгаалах Яамны орлогч сайд Алексей Сафонов (Тэрээр дайны дараах жилүүдэд анагаах ухааны дээд сургуульд суралцан төгсч, арав гаруй жил эмчээр, дараа нь Эрүүлийг хамгаалах Яамны аппаратад ажиллаж, одоо тус орны эмчлэн сэргийлэх албыг удирдаж байна) гэж яриад цааш нь — Би ажлынхаа чиглэлийн дагуу эмнэлгийн төрөл бүрийн байгууллага, түүний дотор хөдөөний эмнэлгүүдэд байнга очиж байна. Тавиад оны үед хөдөөний эмнэлгүүд 20—30 ортой өвчтөнд дотор, хүүхэд, мэс засал, эх барихын эмч нар л тусламж үзүүлж байлаа. Жишээлэхэд зүрхний эмчид үзүүлэхийн тулд хэдэн арван километр замыг туулах шаардлагатай байна. Нарийн мэргэжлийн эмч нарын ихэнх нь хотуудад ажиллаж, хангамж хүрэлцээ бага байсан юм.

Одоо манай орны хөдөөний бүх районд 200—300 болон түүнээс дээш ортой районы нэгдсэн эмнэлгүүд яаралтай тусламжийн тасаг, лаборатори, физик эмчилгээ, эмнэлгийн бусад албатайгаар ажиллаж байна. Тэдгээр 30 орчим чиглэлээр нарийн мэргэжлийн эмч нар ажиллаж хөдөөний хүн ам гэрийнхээ ойролцоо их эмчийн төдийгүй нарийн мэргэжлийн тусламжийг авч байна. Статистикийн мэдээнээс үзэхэд тариачдын 90 орчим хувь нь эмнэлгийн шаардлагатай тусламжийг өөрийнхөө районоос гадагш гарахгүйгээр авч байгаа юм.

Нэн нарийн мэргэжлийн тусламж шаардлагатай онц тохиолдолд хөдөөний эмч нар өвчтөнүүдээ мужийн төв эмнэлгийн энэ зорилгоор байгуулагдсан зөвлөх поликлиник, бүгд найрамдах улс, бүх холбоотын нарийн мэргэжлийн төвүүдэд явуулж байна. Өвчтөнд стационарын тусламж хэрэгтэй бол бололцоотой хамгийн дээд зэргийн тусламж үзүүлж чадах газарт хэвтүүлж байна. Жишээлэхэд мужийн эмнэлгүүд (ихэвчлэн мянгаас доошгүй ортой байдаг) нарийн мэргэжлийн 50 гаруй чиглэлээр орчин үеийн түвшинд оношилгоо эмчилгээний тусламжийг үзүүлдэг.

Эмнэлгийн тусламжийг үзүүлэх түвшингийн чанар ганцхан хөдөөд сайжраагүй нь мэдээж. Манай эмнэлгийн бүх байгууллагууд чанарын

хувьд эрс өөрчлөгдлөө. Жишээлбэл поликлиникийг аваад үзье. Өнөөдөр тэдгээрийн ихэнх нь биохими, дотоод шүүрэл, эсийн зэрэг төрөл бүрийн лаборатори, үйл ажиллагаа, рентген оношилгооны тасагтай эмчилгээ оношилгооны том төв болоод байна. Поликлиникийн нөхцөлд иж бүрэн үзлэг, шинжилгээ хийхийн зэрэгцээ эмчлэх боломж буй боллоо. Төрөлжсөн тасгуудын зэрэгцээ цахилгаан, ус, шавраар эмчлэх физик эмчилгээний алба, эмчилгээний биеийн тамирын заал, иллэг, зүү, тэр байтугай лазер эмчилгээний кабинет ажиллаж байна. Иймээс нийт өвчтөний 80 орчим хувь нь амбулаторид эмчлүүлдэг юм.

Өвчтөнд хамгийн түрүүнд үйлчилдэг амбулатори-поликлиникийн албыг бэхжүүлж өргөжүүлэх нь хүн амд үзүүлэх эмнэлгийн тусламжийн чанарыг цаашид сайжруулах үндсэн арга замын нэг гэж бид үзэж байна.

Одоо бидний өмнө ямар зорилт тулгарч байна вэ? Амбулаторид өвчтөн ирээд эмчид үзүүлэхийн тулд хүлээх хугацааг аль болох багасгах нөгөө талаас өвчтөн бүрийг эмч сайтар үзэх боломж, хугацааг аль болох ихэсгэх нь чухал бөгөөд энэ зорилтыг шийдвэрлэхэд нэмэлт боловсон хүчин шаардагдах нь мэдээж юм. Сүүлийн хэдэн жилд анагаах ухааны дээд сургууль төгсөгчдийн 60 гаруй хувийг амбулатори-поликлиникт илгээж байгаа болохоор энэ асуудлыг ойрын хугацаанд шийдвэрлэж чадна гэж үзэж байна.

Мөн үүний зэрэгцээ амбулаторийн тусламжийн зохион байгуулалтыг өөрчилж байна. Тухайлбал, поликлиникууд өдөр бүр өглөөний 8 цагаас оройн 9 цаг хүртэл ажиллаж, зөвхөн ням гаригт амрах болсон нь үйлчлүүлэгчдэд маш тохиромжтой боллоо. Түүнчлэн поликлиникүүдэд урьдчилан сэргийлэх тасгийг ажиллуулах болов. Амбулаторид үйлчлүүлэхээр ирэгсэд их эмчид үзүүлэхээс өмнө энд урьдчилсан үзлэг, шинжилгээ хийлгэх болов. Ийнхүү үйлчлүүлэгчийн биеийн талаар эмч тодорхой мэдээллийг богино хугацаанд авах болсон нь эмчилгээ оношилгоо урьдчилан сэргийлэх ажлыг хөнгөн шуурхай болгоход тус дөхөм болж байна. Одоохондоо ийм тасаг 400 гаруй байгаа бөгөөд цаашдаа бүх поликлиникт байгуулна.

ЗСБНХУ-ын Эрүүлийг хамгаалах Яамны боловсруулан дуусч байгаа нийт хүн амыг диспансерчлах шинэ программыг эдгээр тасгийн ажилтнууд ойрын хугацаанд эн түрүүнд хэрэгжүүлж эхлэх юм.

Иймээс ийм тасгуудыг байгуулах ажлыг бид хурдавчлахыг эрмэлзэж байна. Уг программын дагуу манай орны иргэн бүрийг жилд нэгээс доошгүй удаа иж бүрэн үзлэгт хамруулж, ямар нэгэн өвчний үүсгэж болох урьдал хүчин зүйл, хүнд өөрт нь үл мэдэгддэг шинж тэмдгээр өвчнийг эрт шатанд нь илрүүлж урьдчилан сэргийлэх, өвчин илэрсэн хүмүүсийг диспансерийн тусгай хяналтад авч, байнга ажиллан, эмчлэх эрүүлжүүлэх арга хэмжээ авч байх болно.

Хүн амыг нийтээр нь эмнэлгийн үзлэгт хамруулах (одоо жилд дунджаар 110 сая гаруй хүн ийм үзлэгт хамрагдаж байгаа юм) болон тогтмол хяналтад авах (диспансерийн хяналтанд одоо 53 сая хүн хамрагдсан) ажлыг зохион байгуулах туршлага бидэнд бий. Гэлээ ч нийт хүн амыг диспансерийн хяналтанд хамруулахад сэтгэл зүйн бэрхшээлээс (өөрийгөө эрүүл гэж үзэж байгаа хүмүүсийг тухай бүр эмнэлгийн иж бүрэн үзлэг, шинжилгээнд орохын чухлыг ухамсарлуулж хамруулах яггүй шүү дээ) эхлэн материал-техникийн зохион байгуулалтын олон бэрхшээл бий. Энэ программ нь тус орны 270 сая хүн амыг нийтэд нь эрүүлжүүлэхэд чиглэсэн гэдгийг үүний зэрэгцээ онцлон тэмдэглэе. Ийм асар өргөн хүрээтэй нүсэр зорилтыг дэлхийн нэг ч улсын эрүүлийг хамгаалах алба дэвшүүлж байгаагүй юм гэж орлогч сайд Алексей Сафонов яриагаа дуусгав,

Ярилцсан Элеонора Горбунова
(АПН)

* * *

Энэ оны эхээр Төв аймагт Эрүүлийг хамгаалахын удирдах ажилтны шалгалт-үзүүлэх сургууль боллоо. Энэ нь МАХН-ын Төв Хорооноос тус салбарын ажлыг шалгаж өгсөн дүгнэлтийг үндэслэж эмнэлгийн ажилтнуудын сахилга хариуцлагыг дээшлүүлэх, гүйцэтгэлийн хяналт шалгалтыг сайжруулах зорилгоор зохиож буй ажлын дэвшилтэт шинэ хэлбэр юм.

Шалгалт-үзүүлэх сургуулийн үеэр Эрүүлийг хамгаалах Яамны коллегийн гишүүд, бүх аймаг, хотын Эрүүлийг хамгаалах газрын дарга нарт Төв аймгийн төвийн эмнэлэг, урьдчилан сэргийлэх байгууллага, Алтанбулаг, Сэргэлэн сумын эмнэлгийг хуваарилан шалган туслуулах ажил зохиолоо. Энэ нь тус аймгийн Эрүүлийг хамгаалах байгууллагуудын ажлыг богино хугацаанд нэгдсэн журмаар шалгаж, оршиж буй дутагдлыг арилгах шуурхай арга хэмжээ авахад чухал хувь нэмэр орууллаа.

Эрүүлийг хамгаалахын удирдах ажилтан бүрийн нэгж байгууллагыг тодорхой асуудлуудаар шалган тусалсан ажлыг дүгнэж, энэ ажлын ололт амжилт, алдаа доголдлыг нэгтгэн семинар өгсөн нь тэдний хяналт шалгалт хийх чадварыг улам боловсронгуй болгож сайжруулах ач холбогдолтой боллоо.

Шалгалтын дүнг Эрүүлийг хамгаалах Яамны коллеги, аймгийн намын хорооны товчоо, АДХ-ын гүйцэтгэх захиргааны гишүүдийн хамтарсан хурлаар хэлэлцүүлж, аймгийн төвийн бүх эмч, ажилчдын хурлаар танилцуулж, цаашид тавих зорилтыг тодорхойлж, үүрэг амлалт авахууллаа.

Мөн энэ үеэр Эрүүлийг хамгаалах яамны тайланг Төв аймгийн хөдөлмөрчдөд тус яамны сайд Д. Ням-Осор тавьж, сонирхсон асуудлуудад хариулж, хөдөлмөрчдийн санал, эрэлт хүсэлтийг газар дээр нь шийдвэрлэж барагдуулав.

Үүний зэрэгцээ тус аймгийн нэгдсэн эмнэлгийн хүүхдийн тасгийн эмчилгээ үйлчилгээг гар дамжин шалгадаг, онцгой хүнд дуудлагын үед мэс засалч, мэдээгүйжүүлэгч, унтуулагч зэрэг эмчийн бүрэлдэхүүнтэй бригад явуулдаг зэрэг эмчилгээ үйлчилгээний арав шахам туршлагыг судлуулж, энэ онд бүх аймаг, хотод заавал нэвтрүүлэх хугацаатай даалгавар өглөө.

Шалгалт-үзүүлэх сургуулийн дараа Улаанбаатар хотод эрүүлийг хамгаалахын удирдах ажилтны зөвлөлгөөн болов. Зөвлөлгөөнд БНМАУ-ын Сайд нарын Зөвлөлийн орлогч дарга Д. Цэвэгмид, МАХН-ын Төв Хорооны хэлтсийн эрхлэгч Г. Дашзэвэг болон албаны бусад хүмүүс оролцов. Тус зөвлөлгөөнөөр МАХН-ын XVIII их хурлаас эрүүлийг хамгаалах талаар дэвшүүлсэн зорилтыг хэрэгжүүлж байгаа байдал, эмнэлгийн ажилтны хөдөлмөрийн сахилгыг бэхжүүлэх, хариуцлагыг дээшлүүлэх асуудлыг хэлэлцлээ.

Уг зөвлөлгөөнөөс Намын Төв Хорооны шалгалтын мөрөөр зохиох ажлыг эрчимжүүлж, 1984 оныг эмч, эмнэлгийн ажилтны хөдөлмөрийн сахилгыг бэхжүүлэх, хариуцлагыг дээшлүүлэх он болгож, эмчилгээ үйлчилгээг бүх шатны байгууллагад хөнгөн шуурхай, чанартай соёлч боловсон болгох зорилт дэвшүүлэв.

Л. Хүрэлбаатар

Аймаг, хотын Эрүүлийг хамгаалах газар, эмийн сангуудыг удирдах контор, нэгдсэн эмнэлэг, клиникийн ба тусгай мэргэжлийн эмнэлэг төв диспансер, сум дундын эмнэлэг, сумын хүний их эмчийн салбар, салбар эмийн сан, эрдэм шинжилгээний байгууллагуудыг Эрүүлийг хамгаалах яам, Соёл гэгээрлийн ажилтны үйлдвэрчний эвлэлийн (СГАҮЭ) байнгын зөвлөл хамтарч 1983 оны ажлаар социалист уралдаанд байр эзлүүлж дүгнэхэд:

Говь-Алтай, Дундговь, Сүхбаатар аймгийн Эрүүлийг хамгаалах газар, Баянхонгор, Завхан аймгийн эмийн сангуудыг удирдах конторын хамт олон байр эзэлж социалист уралдаанд шилжин явах туг, диплом мөнгөн шагналаар шагнагдав.

Аймаг, хотын нэгдсэн эмнэлгээс Дархан хотын нэгдсэн эмнэлэг II байр, сум дундын эмнэлгээс Говь-Алтай аймгийн Бигэр сумын сум дундын эмнэлэг I байр, Хөвсгөл аймгийн Цагаан уул сумын сум дундын эмнэлэг II байр, хүний их эмчийн салбараас Хөвсгөл аймгийн Алаг-Эрдэнэ, Увс аймгийн Түргэн сумын хүний их эмчийн салбар II байр Өвөрхангай аймгийн Зүүнбаян-Улаан, Сэлэнгэ аймгийн Зүүн бүрэн сумын их эмчийн салбар III байр, Салбар эмийн сангуудаас Хөвсгөл аймгийн Мөрөн хотын нэгдүгээр эмийн сан, Баянхонгор аймгийн Баян-Овоо, Увс аймгийн Бөхмөрөн сумын эмийн сан, Эрдэнэт хотын I эмийн сан I, II, III байранд тус тус шалгарав.

Клиникийн ба нэгдсэн тусгай эмнэлэг төв диспансериудаас Улаанбаатар хотын III амаржих газар, Улсын нэгдсэн тусгай эмнэлэг II, III байр, эрдэм шинжилгээний байгууллагуудаас Ардын эмнэлгийн хүрээлэн I байранд шалгарав.

Өмнөговь аймгийн нэгдсэн эмнэлгийн хүүхдийн хэсгийн их эмч Х. Цэнд-Аюуш, Сэлэнгэ аймгийн Зүүнбүрэн сумын хүний их эмчийн салбарын эрхлэгч Х. Ганцоож, мөн аймгийн нэгдсэн эмнэлгийн их эмч Б. Цэрэндолгор, Дархан хотын нэгдсэн эмнэлгийн их эмч Д. Лхамсүрэн, Булган аймгийн нэгдсэн эмнэлгийн мэс заслын эмч Ж. Хишигсүрэн, тус тасгийн асрагч С. Лхагважав, Говь-Алтай аймгийн Дэлгэр сумын хүний их эмчийн салбарын эх баригч бага эмч Г. Цэдэв, мөн аймгийн АЦХС Станцын жолооч А. Намшир, Баян-Өлгий аймгийн Булган сумын „Улаагчин“ бригадын бага эмч А. Сайлау, мөн аймгийн АЦХС Станцын бага эмч К. Разига, Хөвсгөл аймгийн АЦХС Станцын бактериолог лаборант Ч. Лхагвасүрэн, Улаанбаатар хотын халдварт өвчнийг анагаах клиникийн эмнэлгийн сувилагч А. Янжмаа, Завхан аймгийн Завханмандал сумын хүний их эмчийн салбарын жолооч М. Цэгмид, Сүхбаатар аймгийн Эмийн санг удирдах конторын нөөцийн тасгийн эрхлэгч А. Цэрмаа, Өмнөговь аймгийн Төв эмийн сангийн жор баригч Б. Маам, Сэлэнгэ аймгийн Алтанбулаг сумын эмийн сангийн эрхлэгч Г. Рэнцэнханд нарын 16 хүн салбарын 1983 оны „Эмнэлэг үйлчилгээний аварга“ болж энгэрийн тэмдэг мөнгөн шагналаар шагнагдав.

Мөн 1983 оны ажлаараа социалист уралдаанд шалгарсан олон хүнийг Эрүүлийг хамгаалах Яам, Соёл гэгээрлийн Ажилтны үйлдвэрчний эвлэлийн байнгын зөвлөлийн хүндэт дэвтэрт бичиж алдаршуулав.

В. Дамдинсүрэн

ПЕРИТОЛ (БНУАУ-д үйлдвэрлэсэн харшлын эсрэг үйлчилгээтэй бэлдмэл)

Үйлчлэгч бодис: 1 шахмалд 4 мг ципрогентадин гидрохлор агуулагдана.

Заалт: Хурц ба архаг чоьны хөрвөс, ийлдсийн өвчин, чичрэг, харшлын гаралтай нустай, эмийн хордлогоос үүссэн бижрүү, загатнаа, намарс, мэдрэлийн гаралтай арьсны өвчин, ангионеврозын хавангийн үед хэрэглэнэ. Мөн толгой лугшиж буюу таллаж өвдөх, янз бүрийн шалтгаанаар хоолны дуршил буурах, тэнхээ тамир алдагдах, гурах зэрэгт хэрэглэж болно.

Эсрэг заалт: Нүдний даралт ихсэх, хавагнах, шээс хаагдах, жирэмсний үед хэрэглэж болохгүй.

Хэрэглэх арга тун: 6 сар хүртэлх нярай хүүхдэд хэрэглэхгүй. 6 сараас 2 настай хүүхдэд 1 кг биеийн жинд хонгогт 0,4 мг тунгаар тооцож болгоомжтой хэрэглэнэ. 2—6 настай хүүхдэд хонгогт 6 мг тунгаар тооцож хагас шахмалаар 3 удаа, шаардлагатай үед тунг 8 мг хүртэл ихэсгэж хэрэглэнэ. 6—14 настай хүүхдэд 1 шахмалаар өдөрт 3 удаа хэрэглэх ба хоногийн тун 16 мг-аас хэтрэхгүй байча. Хоолны дуршил алдагдсан үед хэрэглэхэд хоногийн тунг 12 мг-аас хэтрүүлж болохгүй.

Насанд хүрэгчдэд өдөрт 1 шахмалаар 3 удаа хэрэглэнэ. Хоногийн тунг 32 мг-аас илүүгүй байхаар тооцно. Архаг чоьны хөрвөсний үед хагас шахмалаар өдөрт 3 удаа, толгой таллаж өвдөх үед 1 шахмалаар 30 минутын зайтай хэрэглэнэ. Гэхдээ 4—6 цагийн турш хэрэглэх дээд тунг 8 мг-аас хэтэрч болохгүй.

Ходоодны буюу 12 хуруу гэдэсний шархыг эмчлэхэд үр дүнтэй болох нь клиникийн туршилтаар тогтоогдсон байна. Энэ зорилгод курс эмчилгээ 20—25 хонгог үргэлжилнэ. Эмчилгээг хонгогт 1 мг тунгаар эхэлж 5 хоногийн дотор 12 мг хүртэл нэмэгдүүлнэ. Эмчилгээний сүүлчийн 5 хонгогос эхлэн тунг аажмаар бууруулж хонгогт 1 мг болгоно.

ИЗОПТИН (ХБНЮУ-д үйлдвэрлэсэн зүрх судасны бэлдмэл)

Үйлчлэх бодис: 1 шахмалд 40 мг, 2 мл тун шилтэй тарилганд 5 мг верапамил гидрохлор тус тус агуулагдана.

Заалт: Зүрхний шигдээс өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх буюу эмчлэх, зүрхний титэмийн судасны хурц ба архаг дутагдал, зүрхний бах, тахикарди, тахикарими, экстрасистолын үед хэрэглэнэ.

Эсрэг заалт: Цусны даралтыг бууруулдаг учир өзчтөнийг ухаан алдсан үед судсанд тарьж болохгүй.

Хэрэглэх арга, тун: Зүрхний бах, тахикаримиийн үед 1—2 тун шилтэй тарилгыг өдөрт 2—3 удаа хийнэ. Тарилгыг аажим хийвэл сайн үйлчилгээ үзүүлнэ. Эмчилгээг 1 шахмалаар өдөрт 3 удаа ууж үргэлжлүүлнэ. Тахикарими өчтгөй хүүхдэд хэрэглэхдээ дараах тунг баримталбал зохино.

Дөнгөж төрсөн нярай	хүүхдэд	0,3—0,4 мл
Хөхүүл	"	0,4—0,8 мл
1—5 настай	"	0,8—1,2 мл
5—10 настай	"	1,2—1,6 мл
10—14 настай	"	1,6—2,0 мл

тунгаар хэрэглэнэ. Тарилгыг аажим (30 сек) электрокардиографийн хяналтад хийнэ.

Улсын эм хангамж үйлдвэрлэлийн газрын мэдээлэл технологийн тасаг