

3 • 1988

АНАГААХ УХААН

ЭРҮҮЛИЙГ ХАМГААЛАХЫН ЗОХИОН БАЙГУУЛАЛТ

СУДАЛГАА ШИНЖИЛГЭЭ

ЛЕКЦ, ТОЙМ, ЗӨВЛӨГӨӨ

* УЛААНБААТАР ХОТ * ТУРШЛАГА СОЛИЛЦЬЕ

ХОВОР ТОХИОЛДОЛ

ЭРДЭМТДИЙН ДҮГНЭЛТ, ЗӨВЛӨМЖ

«Анагаах ухаан» 1988, № 3, 1—80

ШҮҮМЖ, МЭДЭЭ

АНАГААХ УХААН

БНМАУ-ын Эрүүлийг хамгаалах яам, Эмч нарын эрдэм шинжилгээний нийгэмлэгийн эрдэм шинжилгээ-практикийн улирал тутмын сэтгүүл

19 дэх жилдээ

№3 (67)

1988 он

АГУУЛГА

- П. Нямдаваа*—Ариун цэвэр-халдвар судлалын албаны тулгамдсан асуудлууд 3

ЭРҮҮЛИЙГ ХАМГААЛАХЫН
ЗОХИОН БАЙГУУЛАЛТ

- Г. Оргил*—Бүтээлчээр суралцаа 6
Ж. Даидаваа, Ж. Батсүх, Д. Туяа, Н. Оюунбат—Архаг «В» вируст гепатитын оношлогоо, эмчилгээний асуудалд практикийн үүлнээс хандах нь 8
Е. Намжилмаа, Б. Эрдэнэчулуун—Дунд чихний архаг идээт үрэвсэлтэй хүүхдийг диспансерчлах асуудал 10
 Эмчийн сэтгэлгээ, орчин үе-хэллүүлгэ (Д. Мөнхтогтох, Н. Жавзан, Д. Дэжид) 14

СУДАЛГАА ШИНЖИЛГЭЭ

- П. Нямдаваа, С. Алтанхуяг, П. Тунгалагтуяа, Е. Батболд*—Улаанбаатар хотод 1980—1986 онд бүртгэгдсэн амьсгалын замын цочмог халдварт өвчний халдвар судлалын төрх, үүсгэгчийн бүрэлдэхүүн 19
Д. Батмөнх—Хотын насанд хүрсэн хүн амд амбулатори поликлиникээр үзүүлэх дотрын тусламжийн хэрэгцээ 34
Т. Ядамсүрэн, Б. Зул—Мөөгөнцөрт өвчний үүсгэгчийн бүрэлдэхүүн, халдвар судлалын асуудалд 37
Ч. Лиза—Хөхүүл хүүхдийн отоантриг өвчний клиникийн ангилалын асуудалд 40
Е. Думаа, Ш. Чадраабал, Р. Балдорж—Тамирчдын «С» витаминны хангамж, түүний улирлын хэмнэл 43
С. Батмөнх, Д. Ням-Осор, Р. С. Скулкова—I—III зэрэглэлийн эмний сангийн жор хүлээн авагчийн ажлын цагийн зарцуулалт, цагийн алдагдлыг судалсан урьдчилсан дүн 48
Л. Лхагва—Биосистемийн цагийн байгууламж 51

СОДЕРЖАНИЕ

- П. Нямдаваа*—Актуальные проблемы санитарно-гигиенической службы

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕ-
НИЯ

- Г. Оргил*—Учимся творчески
Ж. Даидаваа, Ж. Батсүх, Д. Туяа, Н. Оюунбат—Практический подход к диагностике и лечению хронического вирусного гепатита «В»
Е. Намжилмаа, Б. Эрдэнэчулуун—Вопросы диспансеризации при хронических гнойных средних отитах у детей
 Врачебное мышление и современность—дискуссия (Д. Мөнхтогтох, Н. Жавзан, Д. Дэжид)

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

- П. Нямдаваа, С. Алтанхуяг, П. Тунгалагтуяа, Е. Батболд*—Эпидемиологическая характеристика и этиологическая структура острых респираторных заболеваний в городе Улан-Баторе в 1980—1986 годах
Д. Батмөнх—Потребности терапевтической амбулаторно-поликлинической помощи взрослому населению города
Д. Ядамсүрэн, Б. Зул—Эпидемиология и видовой состав возбудителей грибковых заболеваний кожи
Ч. Лиза—К вопросу клинической классификации отоантрита у детей грудного возраста
Е. Думаа, Ш. Чадраабал, Р. Балдорж—Обеспеченность организма спортсменов витамином «С» и сезонный ритм его содержания
С. Батмөнх, Д. Ням-Осор, Р. С. Скулкова—Результат предварительного изучения затрат и потери рабочего времени рецептура в аптеках I—III категории.
Л. Лхагва—Временная организация биосистем.

В. И. Ткаченко, С. Х. Есимова—
Улаанбаатар хотод ирж амьдарч
байгаа хүүхэд, өсвөр үеийнхэнд
туберкулинээр сорил тависан дүн 54

ЛЕКЦ, ТОЙМ, ЗӨВЛӨГӨӨ

- Н. Гэндэнжамц, Д. Жамъянжав,
С. Я. Долецкий, М. Р. Ракицкий
—Хүүхдийн уушги судлал дахь
онош, эмчилгээний тактикийн
алдааны асуудал 56
- Г. Навчсан, Ж. Алтанцэцэг—Бага
насны хүүхдийн уушгины үрэвс-
лийг антибиотикоор эмчлэх 58
- М. Сүхбаатар—Хүүхдийн гуурсан
хоолойн багтраад үзүүлэх яа-
ралтай тусламж 65
- Б. Бургэд-Очир, Г. Л. Романенко,
П. Пүрэв, В. А. Бузанов—Рент-
ген-пневмополиграфийн арга 69
- Б. Гомбо, Б. Уранчимэг, Д. Сүрэн-
хорлоо—Цитомегали манай прак-
тикт ховор биш 72
- Ч. Лхагва, Т. Должин, Д. Энхболд,
Ш. Үдэнбор—Суулгат халдварын
эмчилгээ, сэргийлэлт 74

ТУРШЛАГА СОЛИЛЦЪЕ

—Залуучууд, ШБОС—88 76

ГАДААД ОРНУУДАД

—Манай төлөвлөгөө цаг үеийг
тусгаж байна. (Е. И. Чазовтай
хийсэн ярилцлага) 79

ШҮҮМЖ МЭДЭЭ

Е. Бодьхүү, Ц. Мухар, Б. Доржго-
тов—Академич Түндэвийн Шаг-
дарсүрэн 80

В. И. Ткаченко, С. Х. Есимова—Ту-
беркулино-диагностика у приежних
детей и подростков в г. Улан-
Баторе

ОБЗОРЫ, ЛЕКЦИИ, КОНСУЛЬТА- ЦИИ

- Н. Гэндэнжамц, Д. Жамъянжав,
С. Я. Долецкий, М. Р. Ракиц-
кий—К вопросу диагностических
и лечебно-тактических ошибок в
неотложной детской пульмоно-
логии
- Г. Навчсан, Ж. Алтанцэцэг—Анти-
биотико-терапия пневмонии де-
тей младшего возраста.
- М. Сүхбаатар—Неотложная помощь
при бронхиальной астме у де-
тей
- Б. Бургэд-Очир, Г. Л. Романенко,
П. Пүрэв, В. А. Бузанов—Рент-
гено-пневмополиграфия
- Б. Гомбо, Б. Уранчимэг, Д. Сүрэн-
хорлоо—Цитомегалия-нередко в
нашей практике
- Ч. Лхагва, Т. Должин, Д. Энхболд,
Ш. Үдэнбор—Лечение и профи-
лактика диаррейных болезней

ОБМЕН ОПЫТОМ

—«Молодёжное новаторство и
рационализаторство—88»

ЗА РУБЕЖОМ

—Наши планы диктуют время
(Е. И. Чазов отвечает на воп-
росы читателей)

РЕЦЕНЗИЯ, ХРОНИКА

Е. Бодьхүү, Ц. Мухар, Б. Доржго-
тов—Академич Түндэвийн Шаг-
дарсүрэн

СЭТГҮҮЛИЙН РЕДАКЦЫН ЗӨВЛӨЛ

Ш. Жигжидсүрэн (эрхлэгч) Ш. Ванчаарай (харнуцлагатай нарийн бичгийн дарга)
Б. Гоош, Г. Дашзэвэг, Б. Дэмбэрэл, Б. Жав, Э. Лувсандагва, Д. Ням-Осор, Д. Сам-
буупүрэв, Г. Цагаанхүү, Б. Цэрэндаш

Техник редактор Н. Саруул

Хянагч Д. Чимгээ

Өрөлтөнд 1988 оны 6 сарын 27-нд орж 3100 ш хэвлэв.
Цаасны хэмжээ 70X108 1/16 хэвлэлийн хуудас

5 зах, № С—113, Д. Сүхбаатарын нэрэмжит улсын хэвлэлийн
комбинатад хэвлэв. Д. Сүхбаатарын талбай.
Анагаах ухаан, 1988, №3 1—80

Эрүүлийг хамгаалах яамны орлогч сайд, Улсын ариун цэврийн ерөнхий байцаагч П. Нямдаваа

АРИУН ЦЭВЭР-ХАЛДВАР СУДЛАЛЫН АЛБАНЫ ТУЛГАМДСАН АСУУДЛУУД

Манай эрүүлийг хамгаалахын хөгжлийн бүхий л үе шатанд урьдчилан сэргийлэх ажил нь ард түмний эрүүл мэндийг хамгаалах асуудлын үндсэн чиглэл, баримтлах гол үзэл байсан, цаашид ч байх юм. Урьдчилан сэргийлэх ажил бол манай орны эрүүлийг хамгаалах бүхий л төрөл, шатны байгууллага, эмч, эмнэлгийн ажилчдын үйл ажиллагааны үндэс мөн. Гэвч эрүүлийг хамгаалахын урьдчилан сэргийлэх иж бүрэн арга хэмжээний дотор ариун цэвэр-халдвар судлалын алба нь эрүүл хүмүүсийн эрүүл мэндийг хамгаалах нэн төвөгтэй, тун чухал үүргийг гүйцэтгэдгээрээ онцгой байр суурийг эзэлдэг.

1988 он бол ариун цэвэр-халдвар судлалын албаны хувьд чухал тэмдэглэлт он юм. 1933 онд БНМАУ-ын засгийн газраас анхны «Ариун цэврийн байгууллагын тухай дүрэм» батлан гаргаснаас хойш 55 жил, 1948 онд Улаанбаатар хотод анхны Ариун цэвэр-халдвар судлалын станц байгуулснаас хойш 40 жил, 1963 онд Анагаах ухааны дээд сургууль, Улаанбаатар хотын Анагаах ухааны дунд сургуульд эрүүл ахуйч их, бага эмчийн анги анх нээгдээс хойш 25 жил, ариун цэвэр-халдвар судлалын албаны арга барил, эрдэм шинжилгээний төв байгууллага эрүүл ахуй, халдвар, нян судлалын улсын институт (ЭАХНСУИ)-ийг 1968 онд байгуулснаас хойш 20 жил тус тус өнгөрч байна.

1929 оны сүүлчээр тэр үеийн довтоод явдлын яамны эрүүлийг хамгаалах газарт анхны ариун цэврийн байцаагч орон тоогоор ажиллаж эхлэж байсан бол одоо ариун цэвэр-халдвар судлалын албанд Улсын ариун цэвэр-халдвар судлалын байцаан шалгах газар (УАЦХСБ ШГ), ЭАХНСУИ, Гоц аюулт халдварт өвчнийг эсэргүүцэн судлах газар (ГАХӨЭСГ), Улсын ариун

цэвэр гэгээрлийн ордон (УАЦГО) зэрэг төвийн байгууллага, 18 аймаг, 3 хот, 3 яам, тусгай газрын Ариун цэвэр-халдвар судлалын станц (АЦХСС), сум дунд, орон нутгийн хотын Ариун цэвэр-халдвар судлалын 18 салбар станц, сумын ариун цэврийн 3 групп, хилийн ариун цэврийн 9 салбарт нийт 1700 шахам хүн ажиллаж байгаагийн 400 гаруй нь эмч, химич, биологич, инженер зэрэг дээд мэргэжилтэй боловсон хүчинтэй болжээ. Одоо тус орны 10000 хүн амд ариун цэвэр-халдвар судлалын чиглэлийн 1,7 эмч ногдож, бүх эмч нарын 6,3 хувийг эзлэх болсон байна. Улсын ариун цэвэр-халдвар судлалын албаны хэмжээгээр жилдээ 500—600 барилга байгууламжийн газар сонголт, зураг төсөлд дүгнэлт өгч баригдаж буй 700 гаруй барилга байгууламжинд явцын хяналт хийж, хүнсний худалдаа, нийтийн хоол, нийтийн аж ахуй, соёл үйлчилгээ, үйлдвэр, сургууль, хүүхдийн байгууллагын 11 мянга гаруй объектонд ариун цэврийн байнгын хяналт хийж, 600 мянга гаруй сорьцонд нян судлалын, 13—14 мянган сорьцонд химийн, 1000 гаруй сорьцонд радиологийн шинжилгээ хийж, 20 орчим нэр төрлийн био-бэлдмэл үйлдвэрлэж, халдварт өвчний 17 орчим мянган голомтонд тархалзүйн судалгаа, ариутгал-устгал хийж, 60—70 мянган га талбайн байгалийн голомт эрүүлжүүлж, давхардсан тоогоор 10 сая гаруй м² талбайд ахуйн хортон шавьж устгаж, 70 орчим нэр төрлийн эрүүл ахуйн сурталчлагааны материалыг 600—700 мянган ширхэг хэвлүүлж, 100 шахам мянган хүнийг эрүүл ахуйн системчилсэн сургалтанд хамарч байна. Үүнээс гадна олон нийтийн ариун цэврийн хяналтын бүх шатны 390 шахам зөвлөлд ажиллаж буй олон нийтийн ариун цэврийн 2500 гаруй байцаагчид улсын ариун цэврийн

- 3 сургалт

кап

халдвар судлалын хяналтын төв, орон нутгийн байгууллагуудын арга барилын удирдлагын дор ариун цэврийн үзлэг шалгалт хийдэг. Энэхүү тус оронд ариун цэвэр халдвар судлалын улс олон нийтийн хяналтын бүхэл бүтэн систем бүрэлдэн буй болж манай орны нийгэм эдийн засгийн хөгжлийн дагуу зохион байгуулалт, арга барилын хувьд улам бүр боловсронгуй болсоор байгаа нь 20 дугаар зууны эхэн дээр хүн амын нас баралт 1000 хүн тутамд 20—30 хүрч, шинэ төрсөн 2 хүүхэд тутмын нэг нь ойндoo хүрэлгүй эндэж, гадаадын зарим судлаачдын бичиж байснаар «сөнөж» болзошгүй тавилантай болоод байсан монгол орныг хүн амзүйн давшингуй үзүүлэлттэй улсын тоонд оруулж, цагаан цэцэг, татран, полиомиелит, сахуу, хөхүүл ханиад, улаан бурхан зэрэг олон аюулт халдварт өвчнийг устгасан буюу устах шатнаа оруулахад зохих хувь нэмрээ оруулсан юм.

рөлжсөн байгууллага байхгүй байгаа нь тус орны эдийн засгийн чухал салбар-хөдөө аж ахуйд ажиллагсадын дийлэнх хувьд хэрэг дээрээ ариун цэвэр-халдвар судлалын мэргэжлийн байнгын хяналт хийж чадахгүй байна.

Бид тодорхой хүний эмгэг процессыг мэргэжлийн өндөр түвшинд эмчлэн эдгэрүүлэх чадвартай тархи, зүрх, нүд, чих, хамар, хоолойн нарийн мэс заслын хэдэн арван мэргэжилтэнтэй боловч олон зуун мянган хүний эрүүл мэндийг шийдвэрлэх үүрэгтэй хот байгуулалтын эрүүл ахуй, сэтгэцийн эрүүл ахуй, үйлдвэрлэлийн хор судлал, ариун цэврийн инженерзүй, үйлдвэрлэлийн технологийн эрүүл ахуй зэрэг нэн чухал салбаруудад үндэсний нэг ч боловсон хүчингүй өдий хүрчээ. Үйлдвэрлэлийн шинэ шинэ салбаруудад гадаад орноос бүхлээр нь авч тавьж байгаа суурь машин, техник хэрэгслэлүүд нь манай үлдсэн хүн амын антропометрийн үзүүлэлт, психо-физиологийн онцлогт хэр зэрэг тохирч байгааг үнэн хэрэгтээ бид мэдэхгүй байна.

Нөгөө талаар ариун цэвэр-халдвар судлалын албаны материаллаг бааз, техникжилтийн түвшин орчин үеийн шаардлагаас дэндүү хоцорчээ. Хот, хөдөөгийн АЦХСС-ын эрүүл ахуйч эмч, эпидемиологич нар үнэн хэрэгтээ гартаа барих ганц ч багаж хэрэгслэлгүй, мэдрэх эрхтнүүдээ л голчлон найдахаас аргагүй байгаа нь тэдний хийж буй хяналтын нэр хүндийг бууруулж байна. Үйлдвэрийн газруудад технологийн процессын эрүүл ахуйн үзүүлэлт, хортой хүчтэй үйлчлэх бодисын эргэлтэнд тавих автоматчилсан хяналт, хөдөлмөрийн нөхцөлд дотоод хяналт тавих лабораторийн алба бараг байхгүй, хими, физикийн хүчин зүйлийн мутаген (удамшилд нөлөөлөх), канцероген (өмөн үүсгэх) идэвхийг судлах ажил эхлээгүй байна. Халдварт өвчний дархалт багасахын хэрээр хүн амын дархлал тогтоцын түвшин идэвхтэй эргэлтэнд байгаа нянгийн эсрэгтөрөгчийн болон эмгэгтөрөх чанарыг идэвхтэй шинжилж хяналт тавих шаардлага өсч байгаа боловч

116

Гэвч ариун цэвэр-халдвар судлалын албаны ажлын одоогийн түвшинд нам засгаас, тус орны нийгэм-эдийн засгийн хөгжлийг эрчимжүүлэхээр авч хэрэгжүүлж буй олон талт өргөн цар хүрээтэй арга хэмжээний эрч далайц, ард түмний өсөн нэмэгдэж буй хэрэгцээ, шаардлагыг бүрэн дүүрэн хангаж чадахгүй байна. Тийм ч учраас сүүлийн жилүүдэд хөдөлмөрийн чадвар түр алдуулах өвчлөл, зарим халдварт өвчний гаралт тууштай буурахгүй, хот, суурины болон хүн амын ариун цэврийн соёлын түвшний үзүүлэлт мэдэгдэхүйц дээшлэхгүй, эмнэлгийн байгууллагаас эхлээд сургууль, хүүхдийн байгууллагуудад эрүүл ахуйн норм хэмжээ их хэмжээгээр зөрчигдөж, үйлдвэрлэлийн болон ахуйн хаягдлаар ус, агаар, хөрс бохирдох явдал нэмэгдэж байна. Энэ бүхэн нь юуны өмнө ариун цэвэр-халдвар судлалын хяналтанд хамрах хүрээ улс нийгэм-эдийн засгийн эрчимтэй хөгжлөөс ихээхэн хоцорч байгаагаар холбоотой. Цөөхөн тооны салбар станц, ариун цэврийн группыг эс тооцвол аймгийн төвөөс цааших газруудад ариун цэвэр-халдвар судлалын хяналтын тө-

116
орчин

Т

АЦХ
шаар
сад
жээг
бий

X
түвш
шил
цесс
байг
өвчи
буур
(гипс
шал
хүрг
А
алб
лийн
ажл
шаг
бай
үр
бай

вар
бай
лэл
оло
шаг

сал
гуу
ЗС
ойр
хоё
он
ли
бай
хаг
сэн
үзэ

АЦХСС-ууд ийм хүчин чадалгүй, шаардлагатай оношлуур болон бусад биобэлдмэлийг хангалттай хэмжээгээр үйлдвэрлэх хүчин чадал бий болоогүй байна.

Хүн амын ариун цэврийн соёлын түвшин, эрүүл аж төрөх ёсны хэвшил үйлдвэржилт, хотжилтын процессын хурдцаас олон дахин бага байгаа нь гэдэсний цочмог халдварт өвчин, хамуу зэрэг өвчин тууштай буурахгүй, хөдөлгөөний багасал (гиподинами), хоол-ундны дэглэмээс шалтгаалах эмгэг өсөх хандлагад хүргэж байна.

Ариун цэвэр-халдвар судлалын албанд ажиллагсдын ажил төрлийн мэдлэг, мэргэжлийн түвшин, ажлын хариуцлага, зарчимч чанар шаардлагын хэмжээнд хүрэхгүй байгаа нь албаны ажлын эцсийн үр дүн хангалтгүй байхад хүргэж байна.

Энэ бүхэн нь ариун цэвэр-халдвар судлалын албаны ажилд зохион байгуулалт, арга барилын шинэчлэл хийж шинжлэх ухаан-техникийн ололтыг эрчимтэй нэвтрүүлэхийг шаардаж байна.

ЗХУ-ын эрүүлийг хамгаалах салбарт хийгдэж буй өөрчлөн байгуулалт, ЗХУКН-ын Төв Хороо, ЗСБНХУ-ын Сайд нарын Зөвлөлөөс ойромгон батлан гаргасан «Арван хоёрдугаар таван жил болон 2000 он хүртэлх хугацаанд ЗХУ-ын эрүүлийг хамгаалах ажлыг өөрчлөн байгуулах, хүн амын эрүүл мэндийг хамгаалах асуудлыг хөгжүүлэх үндсэн чиглэл»-д төлөвлөсөн шинэлэг үзэл санаа, арга хэмжээнүүд нь энэ

чиглэлд бидэнд дайчлагч үлгэр жишээ болж байна.

Бид ариун цэвэр-халдвар судлалын төвийн зарим байгууллагад электрон микроскоп, атомын шингээлтийн спектрометр, гамма-спектрометр, гамма-тоолуур, ферменттэй холбоотой эсрэгбиеийн урвалын автомат,гель-хроматографын комплекс, зэрэг өндөр хүчин чадалтай орчин үеийн багаж аппарат суурилуулах, 2000 он хүртэлх хугацаанд бүх сумдыг ариун цэврийн групп буюу ариун цэвэр-халдвар судлалын салбар станцтай болгох, энэ 5 жилийн эцэс, ирэх 5 жилийн эхээр Ариун цэврийн төв лаборатори, биобэлдмэлийн шинжлэх ухаан-үйлдвэрлэлийн нэгдлийн барилгуудыг бариулж, тоноглуулах төлөвлөгөө тооцоо боловсруулах; В гепатитын эсрэг вакцин, хүний дархлал хомсдлын вирусийн эсрэгбие илрүүлэх оношлуур, вакцины температурын хяналтын монитор, тэмдэгт нуклейн хүчил бэлтгэж нянгийн онош, зүйн тодорхойлолтонд ашиглах зэрэг сүүлийн үеийн дэвшилт арга, бэлдмэлийг тус орны нөхцөлд турших зэрэг зарим шинэлэг арга хэмжээг авч хэрэгжүүлж эхэлж байна.

Гэвч ариун цэвэр-халдвар судлалын албыг тухайн нутаг дэвсгэрийн хүн амын эрүүл мэндийн түвшин, түүнд нөлөөлөгч гол хүчин зүйлсийг тодорхойлж, эрүүлжүүлэх арга хэмжээг санаачлан зохион байгуулагч гол байгууллага эрүүл хүний эрүүл мэндийг хамгаалах ажлын оройлогч хүчин болгохын тулд их зүйлийг богино хугацаанд хийж гүйцэтгэх шаардлага бидний өмнө тулгарч байна.

БҮТЭЭЛЧЭЭР СУРАЛЦАЯ

Зөвлөлтийн нийгэм, эдийн засаг, оюун санааны амьдралд амжилттай хэрэгжиж буй өөрчлөн байгуулалтын үйл явц хүн ардын эрүүл мэндийг сахин хамгаалах үйлсэд ч нэн тодорхой тусгалаа олсоор байна. 1987 онд ЗХУКН-ын Төв Хорос ЗСБНХУ-ын Сайд нарын Зөвлөлөөс «Арван хоёрдугаар таван жил ба 2000 он хүртлэх хугацаанд ЗСБНХУ-ын эрүүлийг хамгаалахыг өөрчлөн байгуулж, хүн амын эрүүл мэндийг сахин хамгаалах ажлыг хөгжүүлэх үндсэн чиглэл»-ийн төслийг нийт ард түмнээр хэлэлцүүлж баталсан нь зөвхөг эрүүлийг хамгаалах салбарт төдийгүй нийт улс орны өөрчлөн байгуулалтын амьдралд чухал ач холбогдолтой алхам боллоо.

Энэхүү үндсэн чиглэлийн төслийг хэлэлцсэн үйл явц нь зөвлөлтийн хүмүүсийн нийгмийн асар их идэвхийг дахин баталж коммунист намаас дэвшүүлсэн өөрчлөг байгуулалтын үйл хэргийг ард түмэг хичнээн тууштай дэмжин, түүнд жинхэнэ ажил хэрэгчээр оролцож байгаагийн нэг тодорхой илэрхийлэл боллоо. Уг төслийг хэлэлцэхэд нийтдээ 100 сая гаруй хүн оролцож, 13 мянга шахам янз бүрийн санал бүхий 6000 орчим захидлыг ЗСБНХУ-ын Эрүүлийг хамгаалах яамны дэргэдэх Төв комисст ирүүлсэн байна. Ялангуяа эрүүлийг хамгаалахын ажилтан, ажилчид маш идэвх санаачилгатай оролцож, Төв комисст ирүүлсэн нийт саналын 60 гаруй хувийг гаргасан байна.

«Арван хоёрдугаар таван жил ба 2000 он хүртлэх хугацаанд ЗСБНХУ-ын эрүүлийг хамгаалахыг өөрчлөн байгуулж хүн амын эрүүл мэндийг сахин хамгаалах ажлыг хөгжүүлэх үндсэн чиглэл» («цаашид зөвхөн үндсэн чиглэл гэж нэрлэх болно») нь дараах 6 үндсэн хэсгээс бүрдэж байна. Үүнд:

1. Зөвлөлтийн эрүүлийг хамгаалахыг жанзжин шугам болсон урьдчилан сэргийлэх ажлын үр дүнг дээшлүүлэх.

Зөвлөлтийн эрүүлийг хамгаалахын хөгжлийн бүх үе шатанд урьдчилан сэргийлэх чиглэл ард түмний эрүүл мэндийг сахин хамгаалах асуудлын амин судас, гол зарчим байсан, цаашид ч байх болно гэдгийг энд онцлон тэмдэглэжээ. Урьдчилан сэргийлэх нь зөвлөлтийн эрүүлийг хамгаалахын хөгжилд чухал үр нөлөөтэй байсаар ирсэн боловч хүн амыг эрүүлжүүлэх өргөн далайцтай ажил хэрэг болж чадахгүй их төлөв тунхаглах шинжтэй байгааг шүүмжилж, нийгмийн үйлдвэрлэлийг эрчимжүүлж буй орчин үед хүний эрүүл мэндийг хамгаалж бэхжүүлэх талаар холбооны бүгд найрамдах улс, муж, районь иж бүрэн программ боловсруулж, тэдгээрт урьдчилан сэргийлэх ажлын үр нөлөөг өргөжүүлэхийн ач холбогдлыг тодорхой тусгаж байхаар үндсэн чиглэлд заажээ.

Ер нь урьдчилан сэргийлэх чиглэл бол зөвхөн эрүүлийг хамгаалах байгууллагын

гүйцэтгэх ёстой явцуу үйл ажиллагаа биш, энэ нь ард түмний материаллаг аж байдал соёлын түвшинг дээшлүүлэх, хүрээлэн буй орчныг хамгаалах, хүмүүсийн хөдөлмөр ахуй, амралтын нөхцлийг сайжруулах эрүүл мэндэд муугаар нөлөөлөх хүчин зүйлүүдэд хүний бие махбодын тэсвэрлэх чадварыг нэмэгдүүлэх, улмаар тийм сөрөг хүчин зүйл бий болох нөхцөл шалтгааныг устгахад чиглэгдсэн улс нийгмийн олог талт нэгдмэл арга хэмжээ юм. Бүхэлдээ нийгэм ба хүн тус бүрийн эрүүл аж төрөх хэв маягийг хэлбэршүүлэн төлөвшүүлэх нь урьдчилан сэргийлэх үйл ажиллагааны үндэс болох ёстой ажээ.

Түүнчлэн аливаа өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх маш тодорхой арга хэмжээг хэрэгжүүлэхээр үндсэн чиглэлд тусгажээ Тухайлбал хорт зуршилтай тэмцэх асуудлыг чухалчлан үзэж, архидалттай тэмцэх ажлыг хүчтэй болгож, 1988 оноос тамхи татах явдалтай тэмцэх улс нийтийн программ боловсруулан хэрэгжүүлж эхэллээ Мөн хүн амын бие бялдрыг хөгжүүлэх нэгдсэн программыг 1989 оноос боловсруулж мөрдөх бөгөөд «Биений тамир эрүүл мэнд» гэсэн нэртэй аж ахуйн тооцоот нэгдлүүд болон нөхөн сэргээх, эмийн бус эмчилгээ, биений тамир, иллэг, сэтгэл заслын эмчилгээ, үйлчилгээ хийх зориулалт бүхий эрүүл мэндийн төвүүдийг үйлдвэр аж ахуйн газрын хөрөнгөөр байгуулах бөгөөд тэдгээрийн түрүүч нь зарим хотод ажиллаж эхэллээ. Эдгээр арга хэмжээтэй уялдуулан эрүүлийг хамгаалах ба биений тамирын байгууллагуудын ажлын харилцаа, хамтач ажиллагааг үндсээр нь өөрчлөн сайжруулахаар заасан байна.

Урьдчилан сэргийлэх үйл ажиллагааны орчин үеийн стратегид хүн амыг бүх нийтээр нь диспансерчлах асуудал чухал байр суурь эзлэх боллоо. ЗХУ-д бүх хүн амыг диспансерчлах ажлыг 2 үндсэн үе шаттай явуулах бөгөөд үүнд: 1991 он хүртэл хугацаанд архаг өвчтэй хүмүүс, хүүхэд сургуульд суралцаж буй нийт залуучууд жирэмсэн эмэгтэйчүүд, эх орны дайн оролцогсад, үйлдвэр, хөдөө аж ахуйн тодорхой зарим салбарт ажиллагсдыг давын өмнө диспансерчлалд хамрах ба 1995 он гэхэд нийт хүн амыг хамрах болно. Өөрөөр хэлбэл урьдчилан сэргийлэх, эрүүлжүүлэх бүх арга хэмжээ, диспансерчлалд идэвхтэй оролцох явдал зөвлөлтийн иргэн бүрийн эрхэм үүрэг болно.

2. Хүн амд үзүүлэх эмнэлгийн тусламжийн чанарыг дээшлүүлэх явдал эрүүлийг хамгаалахын гол зорилт мөн.

Хүн амыг зохих цаг хугацаанд нь эмнэлгийн тусламжаар чанарын өндөр түвшинд хааяагүй бүрэн дүүрэн хангах явдал зөвлөлтийн эрүүлийг хамгаалах байгууллагын гол зорилт болон тавигдаж байна. Энэ үүднээс зохион байгуулалтын дэвшил-

тэт хэлбэр, шинэ технологи, урьдчиллач сэргийлэлт, оношлогоо, эмчилгээний орчин үеийн арга, хэрэгслийг оновчтой ашиглаж эрүүлийг хамгаалах байгууллагын үйл ажиллагааг эрчимжүүлэн үндсээр нь өөрчлөн байгуулах шаардлагатай болжээ. Үндсэн чиглэлд давын өмнө амбулатори поликлиникийн хүчин чадал, материал, техникийн баазыг өргөжүүлэн хөгжүүлж улмаар оношлогоо, эмчилгээ, эрүүлжүүлэлт урьдчилан сэргийлэлтийн аж бүрэн аргэ хэмжээ авч хэрэгжүүлэх, холбооны бүгд найрамдах улс, муж хязгаар бүрт аппарат тоноглол, боловсон хүчнийг төвлөрүүлэн оношлогооны 50—60 төв байгуулахаар заасан бөгөөд одоогийн байдлаар Москва, Ленинград, Киев, Минск зэрэг хотуудад тийм төв байгуулагдаад байна.

Цаашилбал 1990 он гэхэд томоохон поликлиник бүрт урьдчилан сэргийлэх сэргээн засах эмчилгээний тасгуудыг байгуулж, амбулатори хийгээд гэрээр үнэ төлбөргүй эмчлэх ажлыг өргөжүүлнэ. Үүний зэрэгцээ хэсгийн эмч бэлдэж буй одоогийн журмыг өөрчилж, ерөнхий практикийн буюу өрх гэрийн эмчийг өргөн бэлтгэх болно. Шүд, физик эмчилгээ, гос сайхны чиглэлээр аж ахуйн тооцоотой ажилладаг поликлиник олныг байгуулна.

Больницын тусламжийг сайжруулж оношлогоо, эмчилгээний процессыг эрчимжүүлэх зорилт тавьж, олон мэргэжлийг болон төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн больницуудыг зохиостой харьцаагаар байгуулж хөгжүүлэхээр үндсэн чиглэлд заасан байна. Тэрчлэн 1 саяаас дээш хүн амтай хотуудад түргэн тусламжийн станци, больницыг нийлүүлж нэгдэл байгуулна.

Эх хүүхдийн эрүүл мэндийг хамгаалах ажлыг бүх талаар хөгжүүлэх болно. Хөдөөд эмнэлгийн тусламж үзүүлэх түвшинг дээшлүүлнэ. Эмнэлгийн нарийн мэргэжлийг тусламжийг хөгжүүлэн бэхжүүлэх явдал нь хүн амын өвчлөл, нас баралтыг цаашид багасгаж эмнэлгийн тусламжийн чанарыг дээшлүүлэх зайлшгүй нөхцлийг бүрдүүлэх болно гэдгийг үндсэн чиглэл тодорхой заасан байна.

3. Эмнэлгийн боловсон хүчнийг бэлтгэх хүмүүжүүлэх, хөдөлмөр зохион байгуулалтыг орчин үеийн шаардлаганд хүргэх
Эрүүлийг хамгаалахын өөрчлөн байгуулалт, зөвлөлт нийгмийн амьдралд түүний роль өсч буй энэ бүхэн нь эмнэлэг, эм зүйн албаны боловсон хүчний ажлын зохион байгуулалт, ёс суртахууны хэв шинж, мэргэжлийн ур чадвар зэрэгт шинэ шаардлага тавих боллоо. Цаашид боловсон хүчиг бэлтгэх системийг боловсронгуй болгож эрүүлийг хамгаалахын практик хэрэгцээг хангахуйц мэргэжилтэн бэлтгэхийн тулд сургалтын процесс, арга зүйг өөрчлөн шинэчлэх болно. Энэ ерөнхий боловсролын сургуулийн сурагчдад эмнэлгийн мэргэжлийг баримжаа олгох асуудлыг өргөжүүлэхээс эхлээд эмнэлгийн дээд, дунд мэргэжилтэг бэлтгэх сургалтын программыг өнөөдрийг амьдрал, практикийн шаардлагатай уялдуулан боловсронгуй болгох, оюутнуудыг тодорхой хугацаанд аттестатчилах, улсын шалгалтын комиссын бүрэлдэхүүнд практикийн байгууллагын төлөөлөгчид оруулах

эмнэлгийн аль ч сургууль төгсөгчдийн онол практикийн бэлтгэлийн түвшинд нэгдмэл шаардлага тавих, эмч, эмнэлгийн дээд мэргэжилтний мэргэжил дээшлүүлэх систем аттестатчилах арга хэлбэрийг өөрчлөн сайжруулах, эрүүлийг хамгаалах системд ажиллагсдын хөдөлмөр, амралт, ахуйн нөхцлийг дээшлүүлэх зэрэг олон чухал арга хэмжээ төлөвлөгдсөн байна.

4. Анагаах ухааныг идэвхтэй хөгжүүлэх түүний ололтыг эрүүлийг хамгаалахын практикт өргөн хэрэглэх:

Ард түмний эрүүл мэндийг бэхжүүлж эрүүл аж төрөх ёсыг төлөвшүүлэх, хүн амд үзүүлэх эмнэлгийн туламжийг боловсронгуй болгоход анагаах ухааны роль их болрвч түүний ололтыг практикт нэвтрүүлэх явдал удаан байгаа бөгөөд эрүүлийг хамгаалахын гол асуудлыг шийдвэрлэхэд чиглэгдсэн томоохон, иж бүрэн судалгаа төдийлөн хийгдэхгүй байгааг үндсэн чиглэлд тэмдэглээд эрдэм шинжилгээний ажлын төлөвлөлт, удирдлага, зохион байгуулалтыг үндсээр нь өөрчлөн нийгмийн хэрэгцээ, захиалгын дагуу эмнэлэг-биологи эмнэл зүй, халдвар судлал, нийгмийн эрүүл ахуйн шинжлэх ухааны суурь судалгаанд эрдэмтдийн хүчийг төвлөрүүлэхийн чухлыг заажээ. Ялангуяа өвчнийг урьдчилан сэргийлэх, эрт оношлон оновчтой эмчлэх үүднээс шалтгааныг нь нарийн тогтоох, түүнчлэн генийн инженерийн ухаан, биотехнологи хийгээд шинэ эм, орчин үеийн аппарат багаж зохион бүтээхэд судалгаа шинжилгээний ажлыг голчлон чиглүүлэх бөгөөд энд анагаах ухааны мэргэжилтнүүдээс гадна нийгэм судлаач, эдийн засагч, математикч шинжлэх ухаан техникийн олон салбарын төлөөлөгчдийн хамтын хүчин чармайлыг улам бүр өргөжүүлэх болно.

5. Эрүүл мэндийг хамгаалахад шаардагдах материал техникийн хангамжийг сайжруулах:

Одоо 23 мянган больниц, 40 мянган амбулатори, поликлиник, 30 мянган эмийн сан зөвлөлтгийн нийт хүн амд эмнэлгийг болон эмийн тусламж үзүүлж байна. Эрүүлийг хамгаалах байгууллагуудын материаллаг баазыг үндсээр нь сайжруулах зорилгоор юуны өмнө XII—XIII таван жилд эмнэлгийн барилгад хөрөнгө оруулалтыг 2,0—2,5 дахин нэмэгдүүлж, больницыг барилгын тоноглол, техникжилтийг 40%-д хүргэх ба 2000 он хүртэлх хугацаанд шинээр 1,3—1,4 сая ортой больниц, нэг ээлжинд 2,9—3,2 сая үзлэг хийх поликлиникийг барилгуудыг барьж ашиглалтанд оруулна. 1995 он гэхэд төрөх, хүүхдийн оношлогоо эмчилгээний тусламжийн талаарх хүн амыг хэрэгцээг хангах ба улмаар 2000 он гэхэд больниц, амбулаторийн тусламжийн нийт хэрэгцээг хангахаар төлөвлөсөн байна. Зөвлөлтгийн хүн амын эрүүл мэндийн фонд байгуулагдсан ба үйлдвэр, аж ахуйн газрыг хөрөнгөөр эмнэлэг, сувиллын барилга барих ажлыг өргөжүүлнэ. Эмийн үйлдвэрлэлийг нэмэгдүүлж, 1993 он гэхэд хүн амын хэрэгцээг бүрэн хангах болно. Эм хангамжийн байгууллагуудын материал техникийг баазыг өргөжүүлэн, 2000 онд эмийн сан эмийн агуулахуудын хүчин чадлыг нормативт хэмжээнд нь хүргэнэ. Тэрчлэн XII

XIII таван жилд эмийн зардлын нормыг больницын нөхцөлд 1,8—2,2 дахин, амбулатори 2—3 дахин, өвчтөний хоолны зардлыг 1,5—2,5 дахин, эмнэлгийн хатуу, зөөлөг эдлэлийн хангамжийг 1995 он гэхэд 2 дахин, 2000 онд 2,8 дахин нэмэгдүүлэхээр тус тус төлөвлөсөн байна. Эдгээр зорилтыг шийдвэрлэх үүднээс улсын эдийн засаг-нийгмийг хөгжүүлэх төлөвлөгөөнд эрүүлийг хамгаалах салбарт зарцуулах санхүү, материалын зардлыг одоогийнхоос хэд дахин нэмэгдүүлэхээр тусгажээ.

6. Эрүүлийг хамгаалахын удирдлагыг боловсронгуй болгох.

Эрүүлийг хамгаалахыг эрчимтэй хөгжүүлж, хүн амыг эмнэлгийн өндөр нарийг мэргэжлийн тусламжаар хангах зорилт нь салбарын удирдлага, төлөвлөлт, санхүүжилтийг боловсронгуй болгох явдалтай салшгүй холбоотой юм. Юуны өмнө эрүүлийг хамгаалахын төлөвлөлтийн дэвшилтэт оновчтой хэлбэр болох эмнэлэг-нийгмийн зорилгот цогцолбор программууд, улс ардын аж ахуйн салбарын ба хязгаар, мужийн эрүүл мэндийн программ боловсруулан хэрэгжүүлэх, санхүү, материал, шинжлэх ухааны болон хөдөлмөрийн нөөцийг эрүүлийг хамгаалахын хөгжлийн гол чиглэлүүдэд төвлөрүүлэхээр үндсэн чиглэлд заасан байна. Цаашилбал эрүүлийг хамгаалах байгууллагуудын эрх үүргийг улам бүр өргөтгөх ба салбарын хэмжээгээр аж ахуйн механизмыг боловсронгуй болгон, хөдөлмөр зохион байгуулалт урамшууллыг бригадын хэлбэрийг өргөн нэвтрүүлж, эм-

нэлгийн байгууллагуудын аливаа норм нормативыг шинэчлэн сайжруулах болно. Улмаар эрүүлийг хамгаалах байгууллагуудыг янз бүрийн түвшинд удирдах удирдлагыг боловсронгуй болгох, 1991 оноос мэдээллийн автоматжуулсан системийг өргөн ашиглах ажээ.

Ийнхүү «Арванхоёрдугаар таван жил ба 2000 он хүртэлх хугацаанд ЗСБНХУ-ын эрүүлийг хамгаалахыг өөрчлөн байгуулж хүн амын эрүүл мэндийг сахин хамгаалах ажлыг хөгжүүлэх үндсэн чиглэл» нь хүн амын эрүүл мэндийг хамгаалах үйл хэрэгт сүүлийн 20 гаруй жилд гарсан зогсонги байдал, сөрөг үзэгдэл, дутагдлын шалтгааны талаар гүнзгий дүн шинжилгээ хийсэн зөвлөлтийн эрүүлийг хамгаалах систем үүсч хөгжсөн 70 жилийн түүхэнд урьд өмнө байгаагүй асар том зорилго, гүнзгий агуулга бүхий түүхэн чухал баримт бичиг мөн. Энэ чанараараа үндсэн чиглэл нь зөвхөн зөвлөлтийн эрүүлийг хамгаалахын хөгжлийн тодорхой программ болоод зогсохгүй социалист орнууд, ялангуяа манай улсыг эрүүлийг хамгаалахын хөгжилд чиг баримжаа, үлгэр дуурнал өгөх утгаарааг ихээхэн ач холбогдолтой юм. Иймээс ЗХУ-ын эрүүлийг хамгаалахын өөрчлөн байгуулалтын үндсэн чиглэлийг нарийвчлан судалж, түүний үзэл санаа, заалтуудыг улмаар өөрийн орны өвөрмөц нөхцөлд бүтээлчээр авч хэрэгжүүлэх явдал давын өмнө эмч, эмнэлгийн ажилтан бид бүхний чухал нэг зорилт болох ёстой.

Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн **Б. ОРГИЛ**

Редакцид ирсэн 1988—04—01

Ж. Дашдаваа, Ж. Батсүх, Д. Туяа, Н. Оюунбат

АРХАГ «В» ВИРУСТ ГЕПАТИТЫН ОНОШЛОГОО, ЭМЧИЛГЭЭНИЙ АСУУДАЛД ПРАКТИКИЙН ҮҮДНЭЭС ХАНДАХ НЬ

Эрүүл ахуй халдвар нян судлалын улсын институт
Халдвартын улсын диспансер

Вируст гепатит (ВГ), түүний дотроос В вируст гепатит (ВВГ)-ын эдгэрэлт удаашрах, улмаар архагших, элэгний хатингиршил, өмөн үүсэх явдал цөөнгүй тохиолддог нь нэгэнт нотлогдсон билээ.

ВВГ-ын эдгэрэлт, архагшилтын эмгэг жам, түүнд нөлөөлдөг хүчин зүйлийг судлан эмчилгээний арга барилыг боловсронгуй болгох ажил тодорхой үр дүнд хүрч байгаа боловч шийдвэрлэгдээгүй асуудал байсаар байна (3).

Одоогийн нөхцөлд дээрх чиглэлээр хийж байгаа судалгааны ажлын нэг гол зорилт нь ВГ-ын явц удааширч, архагшдагийн учир шалтгааныг судлан эдгэрэлтийг түргэтгэхийг оролдох, архаг гепатиттай өвчтөний диспансерийн үйлчилгээний зохион байгуулалтын систем, эмчилгээний схемийг боловсруулахад оршино гэж тодорхойлж байгаа юм (5). Иймд

өвчин архагшиж болохыг урьдчилан тогтоох, идэвхжилтэй болон идэвхжилгүй архаг вируст гепатит (АВГ)-ыг ялган оношлох практикт, ялангуяа манай орон нутгийн эмнэлгийн байгууллагад өргөн ашиглах боломжтой, цөөн үзүүлэлттэй боловч нэлээд мэдрэг шалгуурыг сонгон авч хэрэглэх нь диспансерчиллын үр нөлөөг цаашид сайжруулахын нэг сурвалж юм.

ВГ-ын эдгэрэлт удаашрах, урхаг үлдцийн эмнэл зүйн байдлыг цаг хугацааны хүчин зүйлтэй харьцуулж дүгнэх явдал өвчин архагшиж байгаа эсэх, түүний идэвхжилтийн төрхийг ялган оношлох гол үзүүлэлт болсоор байна (2, 4, 6). Гэхдээ үүнийг нотлох юм уу илрүүлэх, эмгэг процесс хэр зэрэг газар авсаныг тогтооход лабораторийн шинжилгээ чухал ач холбогдолтой.

ВВГ-ын үеийн эмгэг процесс нь НВs—, НВе—антигентэй холбоотой бөгөөд тэд өвчтөний цусанд удаан хугацаагаар тодорхойлогдох, түүнчлэн трансаминазын идэвх их байх нь өвчин архагшихын нэг дохио байж болдог (1, 4, 7, 8) гэсэн баримтлалыг үндэслэн Халдвартын улсын диспансерийн нөхцөлд зарим ажиглалт явуулж байна.

Хэрэглэгдэхүүн, арга зүй. Эдгэрэлтийн үедээ НВs Ag эерэг, өвчин архагших тодорхой эгзэг, прогноз бүхий (хавсарсан, суурь өвчтэй, дэглэм зөрчсөн зэрэг) ВВГ-ээр өвчилсөн 80 хүнд (эдгээрийн 7%-д НВе—антиген эсрэг) ажиглалт явуулав. Билирубин, сулема, тимолт сорил, ферментийн идэвхжил, эхогепатографийн шинжилгээний үзүүлэлтэд үндэслэн өвчин архагшилтын байдлыг тогтоож биохимийн шинжилгээг өвчний 6, 9, 12 дахь сард давтан хийсэн.

Судалгааны дүн, шүүмж, дүгнэлт. Өвчин эхэлснээс хойш нэг жилийн дараа дээрх хүмүүсийн 37,1%-д идэвхтэй архаг гепатит, 50,0%-д тогтонги явцтай (идэвхгүй) архаг гепатит оношлогдож 12,9%-д эмнэл зүй-биохимийн үлдэц тодорхойлогдсон. Ферментийн идэвхжлийг шинжилсэн дүнгээс үзэхэд өвчлөлийн 6,9 дахь саруудад өвчтөний 4,7%—11,8%-д аланинаминотрансферазын хэмжээ хэвийнхээс 4—5 дахин их, 28,6%—52,9%-д 2—3 дахин их байсан бөгөөд 12 сарын дараа 7,1%-д 4—5 дахин, 42,9%-д 2—3 дахин ихэссэн, 25,0%-д хэвийн үзүүлэлтийн дээд хэмжээнд, нийтэд нь авч үзвэл 75,0%-д нь өөрчлөлттэй байлаа. Үүнээс үзэхэд НВs—антиген эерэг өвчтөний 87,1%-д өвчин архагшсан, 75,0%-д АлАТ-ын үзүүлэлт өөрчлөлттэй байлаа. Өөрөөр хэлбэл, НВs—антиген илэрсээр байгаа өвчтөнд ВВГ-ын архагшилт, уг өвчний хэлбэр нь АлАТ-ын идэвх, түүний их багын байдалтай тодорхой холбоотой байна.

Дээрх байдлаас дүгнэж үзэхэд, аланинаминотрансферазын агууламж нэмэгдсэн, анамнез болон эмнэл зүйн судалгаагаар илэрсэн бусад эгзэг бүхий хүмүүсийг тусгайд нь онцгой хяналтад авч улмаар нарийн мэргэжлийн тогтмол хяналтаар хангах шаардлагатай бөгөөд энэ нь ВГ-ын өвчлөл харьцангуй их, шинжилгээний бусад арга (архагшилтын нэг содон тэмдэг болох НВе—антиген тодорхойлох зэрэг) өргөн хэрэглэх боломж тэр бүр бүрдээгүй байгаа нөхцөлд практикийн чухал ач холбогдолтой. Цаашид ВГ-аар өвчлөгсдийн эмчилгээний уламжлалт байдлыг хангах, тэдний сахих дэглэм, сувилгааны чанар, үр нөлөөг сайжруулах нь өвчин архагшихыг багасгах нэг чухал нөхцөл учраас энэ талаар эмчилгээ-зохион байгуулалтын зарим арга хэмжээ авах нь зүйтэй бололтой. Тухайлбал ВГ-ын үлдэцтэй, архаг ВВГ-тай өвчтөнийг ялангуяа НВs—антиген эерэг тохиолдолд халдвартын эмнэлэг, тасагт хэвтүүлэн эмчлэх; Улаанбаатар хотын ойролцоох «Жанчивлан» рашаан сувилалд ВГ-ын үлдэцтэй болон архаг ВГ-тай хүмүүсийг эмчилж сувилах клиникийн тасаг нээн ажиллуулах; ВГ-аар өвчилсөн зарим хүүхдийг эмнэлгээс гарсных нь дараа гэрээр асарч сувилахад эцэг эхэд нь олгодог эмнэлгийн чөлөөний хугацааг сунгах тухай асуудал боловсруулан холбогдох газарт оруулж шийдвэрлүүлэх зэрэг болно.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. А. Ф. Блюгер, Э. З. Крупникова и др. Оценки течения восстановительного периода вирусных гепатитов А и В. Сов. медицина, 1985, 9, 12—15
2. Х. М. Векслер, А. Н. Осна, И. Н. Новицкий и др. Имунный ответ и динамика синдрома цитолиза при ВГА и В. Тер. архив, 1986, 10, 27—28.
3. В. М. Жданов. Не решенные вопросы проблемы вирусных гепатитов. Сб. науч. трудов: Вирусные гепатиты, М., 1984, 7—11.
4. Е. С. Кетиладзе, Т. Е. Ворожбиева и др. Прогностическое значение системы HBeAg—Anti-HBe при остром гепатите В. Тер. архив, 1986, 10, 23—26.
5. Е. С. Кетиладзе. Актуальные задачи в изучении патогенеза, клиники и методов лечения вирусных гепатитов. Сб. науч. трудов: «Вирусные гепатиты», М., 1984, 21—28.
6. В. Е. Пынтя, И. Ф. Ботезату. Динамика иммунологических и биохимических показателей в процессе реабилитации лиц, перенесших ВГВ. В сб. Актуальные вопросы гепатологии, Кишинев, 1986, 20—22.
7. Н. А. Фарбер, Д. М. Брагинский, С. В. Кузнецов и др. Трудности и возможности в дифференциальной диагностике хронических вирусных гепатитов В — персистирующего и активного. В сб. Вирусные гепатиты, М., 1984, 166—172.
8. А. И. Хазанов. Лечение цирроза печени. Клинич. медицина. 1987, 1, 144—149.

Редакцид ирсэн 1987.11.20

Е. Намжилмаа, Б. Эрдэнэчулуун

ДУНД ЧИХНИЙ АРХАГ ИДЭЭТ ҮРЭВСЭЛТЭЙ ХҮҮХДИЙГ ДИСПАНСЕРЧЛАХ ЗАРИМ АСУУДАЛ

Анагаах ухааны дээд сургууль

Эх хүүхдийн эрүүл мэндийг хамгаалах эрдэм шинжилгээний улсын нэгдсэн төв

Диспансерийн хяналтын үндсэн өвчний нэг болох дунд чихний архаг идээт үрэвсэлтэй хүүхдийг эмчлэх талаар хот, хөдөөгийн чих хамар, хоолойн эмч нар нэлээд ажил зохиож байгаа боловч уг өвчлөлийн хэмжээ төдийлөн буурахгүй байна.

Судалгааны материалаас үзэхэд ТМС, их дээд сургуульд элсэгчдээс эрүүл мэндээр тэнцээгүй хүүхдийн 33—35%, Улсын хүүхдийн клиникийн төв эмнэлгийн чих хамар, хоолойн тасагт хэвтэж эмчлүүлсэн хүүхдийн 32—45%, сонсгол сул хүүхдийн 35—70%, нэг сумын дунд сургуулийн сурагчдын 9,8% нь дунд чихний архаг идээт үрэвсэлтэй хүүхэд байлаа.

Хүүхдийн өвчлөлийн II байранд орж байгаа чих, хамар, хоолойн өвчний дийлэнх хэсгийг дунд чихний гаралтай үрэвсэл эзэлж байна. Дунд чихний архаг үрэвслийн байдлыг одоо болтол нарийвчлан судалж тогтоогоогүй байна.

Хот, хөдөөнөөс тус төвийн чих, хамар, хоолойн тасагт эмчлүүлэхээр ирж байгаа дунд чихний архаг

үрэвсэлтэй хүүхдийн ихэнх нь чих хамар хоолойн эмчийн байнгын хяналтад байгаагүй, үр дүнтэй эмчилгээ төдийлэн хийлгээгүй, амны хөндий, хамар, залгиурын голомтот бусад өвчинтэй хавсарсан байлаа.

Уг өвчнийг диспансерчлах, эрүүлжүүлэх талаар улсын хэмжээнд нэг мөр болсон заавар, норматив, аргачлал байхгүй, эмнэлгийн байгууллага, эмч нарын хооронд зохион байгуулалтын нэгдсэн арга хэмжээ алга байна. Анхан шатны нэгж дээр ажиллаж байгаа чих хамар, хоолойн эмч нарын одоогийн ажлын гол нь уг өвчнийг үзэж бүртгэхэд чиглэж, гардан эмчлэх ажил хоцорч байна. Зарим аймаг, хот, районы эмнэлгүүд хүүхдийн чих хамар, хоолойн эмч нарын ажилд дэмжлэг туслалцаа үзүүлэхгүй, тэднийг олон газар тарааж хүчийг нь тарамдуулан, үр дүнгүй үзлэгийн хойноос хөөцөлдөхөд хүргэж байна. Хэд хэдэн аймагт одоо болтол хүүхдийн чих хамар, хоолойн эмч ажиллаагүй байгаа нь хүүхдийн

эрүүл мэндэд хичнээн их хохирол учруулж байгаа нь тодорхой.

Эрдэмтдийн судалгаагаар дунд чихний идээт үрэвслийг эмчлэлгүй нэг жил байлгахад сонсгол нь 10—15% буурдаг болохыг тогтоожээ. Орон нутагт ажиллаж байгаа чих хамар, хоолойн эмч нар нь дунд чихний архаг үрэвслийг эрт илрүүлж, бололцоотой шинжилгээ хийх, үрэвслийн хэлбэрт тохирсон үр дүнтэй эмчилгээ хийж өвчтөнийг эрүүлжүүлэх талаар учир дутагдалтай ажиллаж байна. Зарим эмч нар өөрсдөө эмчилж болох хүүхдийг ийш тийш нь илгээж эцэг эхэд нь чирэгдэл учруулж байна.

Анхан шатны ба нарийн мэргэжлийн аль ч эмнэлэгт уг үрэвсэлтэй хүүхдийн хавсарсан өвчинг төгс эмчлэх, чих цэвэрлэх болон нөхөн сэлбэх эмчилгээг цаг алдалгүй хийх талаар бага анхаарч байгаа юм. Нарийн мэргэжлийн эмч нараас хөдөө орон нутагт хийж байгаа сэрүүн үзлэгийн хэмжээ хангалтгүй байна. Ялангуяа малчдын хүүхдийн дунд хийсэн дорвитой ажил бараг алга байна.

Эдгээр ноцтой дутагдалыг арилгах зорилгоор Эрүүлийг Хамгаалах Яам 1988 оноос эхлэн дунд чихний архаг үрэвсэлтэй хүүхдийг диспансерчлах, эрүүлжүүлэх шинэ арга хэмжээ авч, уг ажлыг ойрын үед сайжруулах зорилт тавьж байна. Уг арга хэмжээг 1988—1989 онд Улаанбаатар хотын районуудын чих хамар хоолойн кабинетэд ажиллаж байгаа эмч нарын үйл ажиллагаанд нэвтрүүлж цаашдаа аймгуудыг хамарч улс даяар хэрэгжүүлэх юм.

Эрүүлийг хамгаалахын шаардлагаас урган гарсан дээрхи зорилтыг хэрэгжүүлэхэд хот, хөдөөгийн эмнэлгийн байгууллага, чих хамар хоолойн болон хүүхдийн эмч нараас их хэмжээний уйгагүй хамтын ажиллагаа шаардаж байна. Уг өвчний хэмжээг аймаг хот районы (цаашид-анхан шатны чих хамар хоолойн кабинет гэнэ), кабинетын хүчин чадлыг сайжруулах, диспансерчлалыг шинэ маягаар хийж, өвчтэй хүүхдийг дэс дараатай эрүүлжүүлж өвчлөлийн хэмжээг бууруулахад чиглэгдэж байна. Хүүхдийн чих ха-

мар хоолойн өвчин нэн ялангуяа дунд чихний өвчнийг эрдэм шинжилгээний байгууллагын оролцоотой судалж тогтоох, түүн дээр тулгуурлан шинжлэх ухааны үндэслэлтэй норматив тогтоож мөрдөх хэрэгтэй байна. Дунд чихний архаг үрэвслийн диспансерчлал-эрүүлжилтийн шинэ зааварт үрэвслийн хэлбэр, хавсарсан өвчин, сонсголын байдлыг тусгайлан томъёолж, диспансерчлах арга, эрүүлжүүлэх төлөвлөгөөг нэгэн мөр болгосон байна.

Энэ арга хэмжээг нэвтрүүлснээр уг үрэвсэлтэй хүүхдийг диспансерт бүрэн хамааруулж, эмнэлгийн байгууллага, эмч мэргэжилтний уялдаа холбоог сайжруулж, эмчилгээний чанарыг дээшлүүлэхэд гол нөлөө үзүүлэх юм.

Чих, хамар, хоолойн анхан шатны нэгжүүд түшиглэсэн эмнэлгийн захиргааны дэмжлэгтэй материаллар бааз, багаж төхөөрөмжөө бэхжүүлж, дунд мэргэжилтнээр хангагдаж, бололцоотой шинжилгээ хийж, үзэх, бүртгэх, эсвэл шилжүүлэх аргаас эмчлэн эрүүлжүүлэх үр дүнтэй бодит аргад шилжих хэрэгтэй байна. Хоёроос дээш чих, хамар хоолойн их эмчтэй эмнэлгүүд тэднийг төвлөрүүлэн «кабинет» байгуулж, үзлэгийн зэрэгцээ эмчилгээний цагийн хуваарь гаргаж ажиллуулах нь зүйтэй. Эмчилгээний нормативыг гаргахдаа дунд чихний архаг идээт үрэвсэлтэй нэг хүүхэд 14—21 хоног эмчилгээ хийлгэх ёстойг харгалзан үзвэл зохино. Уг үрэвсэлтэй хүүхдийг амбулаторит эмчлэх эмийг түшиглэсэн эмнэлгээс гаргуулан авах ёстой.

Дунд чихний архаг үрэвсэлтэй хүүхдийн диспансерийн хяналт нь илрүүлэх, хяналтад авах, эрүүлжүүлэх, үр дүнг тооцох гэсэн дөрвөн шатаас тогтоно.

Түшиглэсэн эмнэлгийн захиргаа нийт эмч нарын хүчийг ашиглан богино хугацааны дотор асуух аргаар дунд чихний архаг үрэвсэлтэй хүүхдийг илрүүлнэ. Илэрсэн хүүхэд хэсгийн эмнэлгийн харьяаллаар цагийн хуваарийн дагуу чих, хамар, хоолойн эмчийн үзлэг төвлөрүүлэн хийж өвчний байдлыг тогтооно. Районы эмнэлгүүд уг ажлыг өөрс-

дийн хүчээр хийвэл зохино. Харин нэгдсэн эмнэлгүүд эмч нарын явуулын бригадыг аймагт, аймгийн чих хамар, хоолойн эмчийг суманд явуулж, дунд чихний архаг үрэвслийг илрүүлнэ. Үзлэгээр илэрсэн хүүхдэд чих хамар хоолойн эмчийн бүрэн үзлэг хийж, сонсгол, тэнцвэрийн байдлыг тогтоож, цус, шээсний шинжилгээ хийсэн байвал зохино. Аймаг, хот, районы хүүхдийн эмнэлгийн дэргэд ажиллаж байгаа чих хамар хоолойн эмч нарт хүүхэд бүрд чихний ялгадаснаас нян илрүүлэх шинжилгээ авч, шаардлагатай хүүхдэд чихний гэрлийн шинжилгээ хийсн байх ёстой. Аль ч эмнэлгийн рентген гэрлийн эмч, лаборантыг чихний ясны зургийг үндсэн 3 байрлал (Шюллер, Стенверс, Генголоц)-аар авахуулж чаддаг болгосон байна.

Дунд чихний архаг үрэвсэлтэй хүүхдийн диспансерийн хяналт удаан хугацаагаар үргэлжлэх нэлээд нарийн ажиллагаа юм. Диспансерийн хяналтын зорилго нь уг өвчнийг эдгээх буюу эсвэл цаашид даамжран хүндрэхээс сэргийлэхэд чиглэгдэх ёстой.

Диспансерийн хяналт тогтоосоны дараа хүүхэд, эцэг, эхэд баримтлах дэглэм, үргэлжлэх хугацаа, эмчилгээ, эцсийн үр дагаврын талаар тодорхой тайлбарлаж өгвөл зохино. Хяналтад авсны дараа дунд чихний өөрчлөлтийг үндэслэн эрүүлжүүлэх төлөвлөгөө зохино. Эрүүлжүүлэх төлөвлөгөө нь уг үрэвслийн хэлбэр, сонсголын байдал, хүүхдийн нас, амьдралын нөхцөл, хавсарсан өвчин зэргийг тодорхой тусгасан байна.

Дунд чихний архаг идээт үрэвсэлтэй хүүхдийн хавсарсан өвчинг хамар, хамрын дайвар хөндийн үрэвсэл, залгиурын архаг эмгэг (архат ангино) шүдний өвчин, ерөнхий биеийн бусад өвчин гэж 4 бүлэгт хуваана. Чихний үндсэн үрэвслийг эмчлэхийн зэрэгцээ эдгээр хавсарсан өвчинг дэс дараатай эмчилнэ. Юуны урьд амны хөндийг эрүүлжүүлж, дараа нь залгиурын эмгэг, эцэст нь хамар, хамрын дайвар хөндийн өвчнийг эмчилнэ. Хавсарсан өвчинг эрүүлжүүлэх дэс дарааг поликлиникт тогтоож, картад тэм-

дэглэж, биелэлтийг тооцож байна. Чихний эмчилгээг эмийн ба мэс заслын гэж хоёр бүлэгт хуваадаг. Чихний эмчилгээ архаг үрэвслийн хэлбэрээс хамаарна.

Эмийн эмчилгээг угаах, хэсгийн үрэвсэл намдаах, хэнгэргэн хөндийг хуурайшуулах гэсэн 3 шат дамжуулан 21—28 хоног үргэлжлүүлнэ. Цаашдаа дунд чихний идээт архаг үрэвслийн эмийн эмчилгээг анхан шатны нэгжид ажиллаж байгаа чих, хамар, хоолойн эмч нар гардан хийж, энэ чиглэлээр өвчтөн шилжүүлэхгүй байх нөхцөлийг бүрдүүлэх хэрэгтэй.

Анхан шатны чих, хамар хоолойн кабинет нь дунд чихний эмийн эмчилгээг өөрийн кабинетдээ хийхийн зэрэгцээ зарим төвөгтэй үрэвслийн хэлбэрийг түшиглэсэн хүүхдийн эмнэлэгт хэвтүүлж эмчилнэ.

Кабинет, эмнэлгийн үзлэгийн хуваарийг хөдөлмөрчдийг чирэгдүүлэхгүйгээр зохион байгуулсан байла.

Анхан шатны кабинетын чих, хамар хоолойн эмчийн гол ажил хөдөлмөрчдийг дунд чихний өвчнөөс сэргийлэх ажлыг хариуцаж, юуны урьд чихний үрэвслийн үед хүүхдийн хэсгийн эмчийн гүйцэтгэх ажиллагааг сайжруулахад чиглэгдэнэ.

Ажиглалтаас үзвэл чих, хамар хоолойн эмчид ирсэн хүүхдийн 30—40% нь хүүхдийн хэсгийн эмч шийдэж болох үзлэг, эмчилгээ байна.

Анхан шатны кабинетын чих, хамар хоолойн эмч нар нь дунд чихний архаг үрэвслийн эмийн эмчилгээ, түүний хавсарсан өвчинг эрүүлжүүлэх ажлыг хариуцахын зэрэгцээ шаардлагатай өвчтөнг нарийн мэргэжлийн тасагт хугацаа алдахгүй илгээх явдал юм.

Орчин үед хүүхдийн чих, хамар хоолойн өвчний эмчилгээний хамгийн үр дүнтэй хэлбэр нь цэвэрлэх ба нөхөн сэлбэх бичил мэс засал юм. Манай оронд энэ эмчилгээг нэгдсэн клиникуудад цөөн тооны ортой чих, хамар хоолойн тасагт хийж байна. Энэ шаардлагын үүднээс уг тасагт мэс заслын дагнасан эмчилгээг зохион байгуулах хэрэгтэй байна.

Эх хүүхдийн Эрүүл мэндийг хамгаалах эрдэм шинжилгээний улсын нэгдсэн төвийн чих хамар хоолойн тасагт хэвтэж эмчлүүлж байгаа хүүхдийн 35—45% нь анхан шатны нэгжид эмчлүүлж болох өвчтөн байна. Энэ нь чих хамар хоолойн эмч нарын даруй шийдвэрлэвэл зохих асуудлын нэг юм. Чих хамар хоолойн тасгууд мэс заслыг өргөжүүлж, шаардлагатай онош, эмчилгээний орчин үеийн багажийг төлөвлөгөөтэйгээр нэвтрүүлэх ажил зохион байгуулж байна. Хүүхдийн дунд чихний өвчлөлийг бууруулахад чухал ач холбогдолтой объектив-аудиологи, чихний бичил мэс засалчийг бэлтгэж ажиллуулах асуудлыг ойрын үед шийдэх хэрэгтэй байна.

Дунд чихний архаг үрэвслийн цэвэрлэх, нөхөн сэлбэх бичил мэс заслыг нарийн мэргэжлийн эмнэлэгт хийнэ. Хөдөө, орон нутгаас ирж мэс засал хийлгэсэн хүүхдийн дахин хяналтыг, өвчтөнг чирэгдүүлэхгүйгээр нарийн мэргэжлийн эмчийг тэр аймагт очуулж, газар дээр нь хийлгэж байвал ашигтай байна.

Дунд чихний архаг үрэвслийн эрүүлжилтийн үр дүнг хавсарсан өвчний ба чихний үрэвслийн эдгэрэлтээр гаргана.

Тавигдаж байгаа шинэ зорилтыг эмнэлгийн байгууллага, чих хамар хоолойн нийт эмч нар гүнзгий судалж, шуурхай зохион байгуулснаар дунд чихний архаг үрэвслийг тууштай бууруулах боломжтой байна.

Редакцид ирсэн 1988—01—19

ЭМЧИЙН СЭТГЭЛГЭЭ.

Хожим онош тогтоох явдал эмч бидний дунд байсаар байна. Хожимдон онош тогтоох нь тун уршигтай. Наад зах нь өвчин даамжрах, эмчилгээ оройтон үр дүн нь мууддаг. Гэтэл эмчийн ажиллагааны энэ ноцтой дутагдлыг тэр бүр нарийн тооцож заншаагүй нь бидний сэтгэлгээ, арга барилын хоцрогдол юм.

Эмгэг анатомийн шинжилгээгээр нотлогдсон оношийн зөрөөг хэлэлцэхдээ, түүний шалтгааныг нарийвчлан тогтоохгүй орхих, алдааг ноцтой биш гэж үзэх, ялангуяа залуу эмч нарыг туршлагагүйдлээ гэж өршөөдөг ч бий. Хүний эрүүл мэндийг хохироож байж эмч туршлагажина гэж бодвол манай ёс суртахуунд хэрхэвч нийцэхгүй биз. Ер нь эмч хүн алдах нь зайлшгүй гэж үзвэл хүн амын эрүүл мэндийг хамгаалах, эмнэлгийн тусламжийг бүх талаар сайжруулах, боловсролгүй болгох тухай ярихад ч бэрх болно. Өвчин ямар ч гаж шинж, явцтай байлаа гэсэн эмч хүн, мэдлэг дадлагаа дайчилж хугацаа алдалгүй зөв оношлох үүрэгтэй. Эмч хүн шинжлэх ухааны өргөн мэдлэг, туршлага, задлан шинжилж, нэгтгэн дүгнэх нягт нямбай сэтгэлгээтэй байж гэмээнэ энэ үүргээ бүрэн дүүрэн биелүүлнэ.

Байгальд зүй тогтоолгүй үзэгдэл гэж үгүй, бидний «гаж» гэж үзээд байгаа зүйлс бол тухайн мөчид бидний мэдлэг мөхөс байгаа гэрчилнэ (А. Д. Сперанский). Ер нь явцуу нарийн мэргэжилтэй, элдэв эрхтэн системийнхээ хүрээнд баригдаж, зөвхөн эмгэг судлалын талаар голчлон анхаардаг нэг гэм манайд бий. Үүнээс болж урьдчилан сэргийлэх ба эмчилгээний өргөн утгатай ажил тун явцуурч байгааг анхаарах цаг болжээ. Эмч нарын мэргэжлийг нарийсган, ажлыг нь зөвхөн мэргэжлийн хүрээнд дүгнэж байгаа нь тэднийг мэргэжилдээ явцуурах, анагаах ухааны ерөнхий мэдлэг, эмчийн ёс зүйг эзэмшихэд ч муугаар нөлөөлж байж болох юм.

Эрүүлийг хамгаалах яам 1987 оноос эхлэн нийт эмч нарын сэхээн амьдруулах, эрчимт эмчилгээний мэдлэгийг дээшлүүлэх сургалтыг жил бүр явуулж байх тухай тушаал гаргаж, программ хүргүүлсэн билээ. Гэтэл Говь-Алтай, Архангай, Завхан аймагт дөнгөж 4—8 цагийн хичээл зааж, Хэнтий, Сэлэнгэ, Дорнод аймгууд уг сургалтыг явуулаагүй байна. Үүнээс үзэхэд дээрх эмнэлгийн удирдлагууд эмч нарын мэдлэг мэргэжлийг дээшлүүлэхэд төдийлөн анхаардаггүй бололтой. Энэ өрөөсгөл сэтгэлгээг л өөрчлөх хэрэгтэй. Нүдний эмч зөвхөн хүний нүдий нь бус бүхэл бүтэн бие махбодыг эмчилж эрүүлжүүлэх, амь насыг нь аврах үүрэгтэй болохоор өргөн мэдлэгтэй байх учиртай билээ.

Бодит шаардлага иймээс эмч нарын мэргэжлийн төрөлжилт, тэдний байршлын онцлогийг харгалзан цаашид ажил үүргийг аль болохоор хослох нь зүйтэй. Залуу эмч нарыг ерөнхий мэргэжлээр нэлээд хугацаагаар ажиллуулж, тал талын мэдлэг, дадлага олгосны дараа нарийн мэргэжил эзэмшүүлдэг, аттестатчлахдаа нарийн мэргэжлийн зэрэгцээгээр анагаах ухааны ерөнхий мэдлэгийг нь шалгадаг болмоор юм.

Эмнэлгийн ажлын чанар эцсийн эцэст эмчийн мэдлэг, дадлагаас ихээхэн шалтгаална. Эмчийн мэдлэг нэг талаар өөрөөс нь, нөгөө талаар тэдний ажлын зохион байгуулалт, ачаалал, чөлөөт цагаас хамаарна. Ийм учраас мэдлэг боловсролоо дээшлүүлэхийг тэднээс шаардахын хамт бас мэдлэгийг нь дээшлүүлэх ажлыг эрчимжүүлэх нь чухал юм.

Эмч бүхэн төгс эзэмшсэн байвал зохих нөгөө нэг чухал зүйл бол шинжлэх ухааны нягт нямбай сэтгэлгээ юм. Өвчнийг оношлох явдал

бол объектив үнэнийг танин мэдэх олон хэлбэр, үе шат, тал бүхий үйл явц. Энэ нь диалектик сэтгэлгээг шаардана. Тэр тусмаа эмч бид оношлох явцдаа: «...тулж ажиглахаас хийсвэр сэтгэхүйд түүнээс практикт шилжих нь үнэнийг танин мэдэх... диалектик зам мөн» гэсэн В. И. Лениний үнэт сургаалыг удирдлага болгох учиртай. Тухайлбал: Оношлолын эхний «тулж ажиглах» шатанд өвчин үүссэн шалтгаан, нөхцөл, цаг үеийг ажил амьдралын өргөн хүрээнд танилцана. Өвчний ерөнхий, өвөрмөц шинж байдал, илрэл, явцыг харьцуулан судална. Энэ үндсэн дээр лаборатори, багаж, техникийн шинжилгээг сонгон хийлгэж тухайн өвчнийг оношлоход холбогдох бүхий л материалыг иж бүрэн бүрдүүлнэ.

Оношлолын дараачийн «хийсвэр сэтгэлгээний» шатанд бүрдүүлсэн материалыг (анамнез, бодит үзлэг, лаборатори, багаж техникийн шинжилгээгээр илэрсэн өөрчлөлтүүд) бүх талаас нь задлан шинжилж, шүүн тунгааж нэгтгэн дүгнэнэ. Дараачийн шат нь шийдвэр гаргаж хэрэгжүүлэх тодруулан хэлбэл оношоо тогтоож эмчлэх буюу практикт шилжих шат юм. Гэтэл танин мэдэхүйн эдгээр шат бүрийн өвөрмөц онцлогийг бүрэн ашиглаагүйгээс алдаа гаргаж байна. Жишээлбэл: 10 настай Ц. толгой нь хүчтэй өвдөж, бөөлжиж байснаа гэнэт шил нь татаж эмнэлэгт иржээ. Хүүхэд тун хүнд, ухаангүй, Кернинг, Брудзинскийн хам шинж илэрсэн байв. Цусны шинжилгээ хийхэд улаан бөөм $3,8 \cdot 10^{12}$ г/л, цагаан бөөм $12 \cdot 10^9$ г/л, савхан-бөөмт эс 8, хэсэгчилсэн бөөмт эс 57, эозинофил 1, лимфоцит 28, моноцит 6, улаан бөөмийн тунах урвал цагт 33 мм суусан, нугасны усыг авахад тунгалаг өнгийн шингэн хүчтэй гожигдон гарч байжээ. Нугасны усыг шинжлэхэд уураг 1,5%, эсүүд 60/3, Пандийн урвал тод (+) харин сүрьеэгийн микобактери илэрсэнгүй. Рентгенд харахад зүүн уушгины оройд Гонын шохойжсон голомт байв. Мантугийн сорил зэрэг байсан зэргийг үндэслэн сүрьеэгийн мэнэнгит гэж оношлож зохих эмчилгээг эхлэж, сүрьеэгийн эмч урьжээ.

Уг эмчилгээг эхлээд удалгүй (стрептомицин 4 удаа тарьсны дараа) хүүхэд ухаан оржээ. Гэтэл урьсан эмч хүүхдийг үзээд сүрьеэ идэвхжсэн үед уушгины угт гарах өөрчлөлт, Колтыпиныхоор дэлүү нарийсаж дээшлэх, бүдүүн гэдэсний мухар болон өгсөх хэсэг агших, нугасны шингэнд пленк үүсээгүй гэх мэт гол шинжүүд илэрсэнгүй, сүрьеэгийн мэнэнгит биш» гэжээ. Эмчлэгч эмч түүнд төдийлөн итгэсэнгүй, эмчилгээг үргэлжлүүлж байтал хүүхдийн бие ч сайжирчээ. Гэтэл стрептомициныг хассаны дараа хүүхдийн толгой нь дахин өвдөж бөөлжих болжээ. Энэ үед эмч эргэлзэж онош тодруулахаар нэмэлт шинжилгээ хийхэд нугасны шингэнд уураг (9,9%) хүртэл нэмэгдсэн, нүдний эмчийн үзлэгээр баруун нүдний харааны мэдрэл хатингаршсан, зүүн нүдний ёроолын хөхлөгүүд илэрхий хавагнасан байжээ. Ингээд мэдрэлийн мэс заслын эмчид үзүүлэхэд дагзны хэсэгт байрласан хавдар гэж оношлоод мэс засал хийхэд тархины хальсны мелонобластом байжээ. Гистологийн шинжилгээгээр ч тэр нь нотлогджээ. Хожуу оношлосон арга зүйн энэ алдааг зөвтгөх аргагүй юм. Үүнд:

Нэг дэх алдаа нь: Өвчтөнд клиникийн үзлэг, шинжилгээ бүрэн хийгээгүйгээс танин мэдэхүйн эхний «тулж ажиглах» шатанд алджээ. Үүний үндсэн шалтгаан нь эмчлэгч эмч өөртөө шүүмжлэлтэй хандаагүйгээс сүрьеэгийн мэнэнгитийн үед гарах гол өөрчлөлтүүдийг бүрэн илрүүлж чадсангүй. Хэрэв танин мэдэхүйн эхний шатанд баримт сэлтийг шүүмжлэлтэй задлан шинжилж гол шинжийг гол бусаас, чухлыг чухал бусаас ялгаж, (А. С. Боткин) сүрьеэгийн мэнэнгит гэдэг оношийг үгүйсгэж чаддаггүй юм гэхэд, сүрьеэгийн эмчийн зөвлөснийг бодолцон онош тодруулах ажлаа үргэлжлүүлэх байжээ.

Хоёр дахь алдаа нь: Танин мэдэхүйн «хийсвэр сэтгэлгээний» шатанд нэгд сүрьеэ гэдэгт итгэж, хавдар байж болох шинж (нугасны шингэн дэх уураг-эсийн диссацияг)-ийг дутуу үнэлжээ. Хоёрт уул өвчин нэлээд түргэн явцтай байгаа, бас уушгин дахь сүрьеэгийн голomt орчныхоо эдүүдээс тодорхой зааглагдсан байсан зэргийг төдий л эрэгцүүлэн бодсонгүй. Эмч эдгээр өөрчлөлтүүдийг мэдэхгүй байв уу, эсвэл мэдэж байсан ч анзаарсангүй өнгөрөв үү? Магадгүй өвчний клиник шинж, явцыг бүх талаас холбож үзэх диалектик аргыг ашиглаж заншаагүйдээ ч юмуу ямар ч гэсэн хайхралгүй өнгөрчээ.

Гурав дах алдаа нь: Диалектикчаар гүн гүнзгий анализ хийгээгүйгээс зөвхөн оношийг хожимдуулаад зогссонгүй хариуцлагын алдаанд хүргэжээ. Өвчтөний түүхэнд хавдрын талаар ямар ч зүйл тэмдэглэгдсэнгүй. Эмч анх оношлох үедээ тархины өөр ямар нэг өвчин байж болох тухай ч бодсонгүй Харин хожим нь санасан байна. Тийм ч учраас тархины хавдрын үед илрэх өвчин хөдлөхөд толгойн өвчний байршил өөрчлөгдөх, бөөлжих, арьсны нөсөө (пигмент), нүдний судаслаг бүрхүүл, нугасны шингэнд гарах үрчлөлт, мөн бусад эрхтэнд үсэрхийлэх зэрэг олон зүйлийг тодорхойлолгүй орхигдуулжээ.

Үүнээс үзэхэд эмч нарын диалектик, логик, танин мэдэхүйн онолын мэдлэгийг дээшлүүлэх нь зайлшгүй шаардлагатай байна. Академич А. А. Богомолец бичихдээ: «...ингэхэд эмч нарын өсвөрийн үеийг жинхэнэ шинжлэх ухааны диалектик материализмын арга зүйгээр хангах цаг... болсон биш үү.. тэгвэл бид тэднийг үл итгэхийн бүдүүлэг үзлээс хамгаалж, шинэ социалист нийгэм дэх анагаах ухааны сэтгэлгээ нь хүмүүсийн энх тунх, аз жаргалтай шинэ сайхан амьдралыг бүтээдэгт итгэх итгэлийг нь хадгалж чадна» гэжээ.

Эмч нарт уул мэдлэгийг оюутан цагаас эхлэн олгох нь зүйтэй. Анагаах ухааны дээд сургуулийн нийгмийн ухааны тэнхим, диалектик материализмын хичээлийг эмчийн мэргэжлийн онцлогтой нягт холбон зааж, сэтгэлгээний онол-арга зүйг эзэмшүүлэх, мэргэжлийн тэнхимүүд дадлагын хичээлээр өвчний клиник шинж, шинжилгээний үзүүлэлтүүдийг нэгтгэн дүгнэх арга барилыг олгох нь чухал мэт санагдана.

Эмч нарт диалектик сэтгэлгээг эзэмшүүлэх ажлыг нам, эвлэлийн улс төрийн сургуулиар тусгай программаар зохион байгуулсан ч болох юм. Клиник, эмгэг анатомийн зөвлөлгөөн зэргийн үеэр эмч нар илэн далангүй ярилцан саналаа солилцож дадлагажиж байдаг болох. Эмч нарын аттестатчиллаар энэ талын мэдлэгийг шалгаж, зөвлөлгөө өгч байвал тэдний сэтгэлгээг хөгжүүлэх, оношийн удаашрал, алдааг багасгахад ихээхэн тус дөхөм болох бизээ.

Д. МӨНХТОГТОХ

Редакцид ирсэн 1988—04—14

АЖЛЫН ЧАНАР Л ЧУХАЛ.

Эмч хүн цаг ямагт мэдлэг, мэргэжлээ сэлбэн үүн дээрээ үндэслэн дадлага туршлага хуримтлуулж ажиллах ёстой. Энэ бол шинжлэх ухаан техникийн хөгжлийн эрин үед амьдарч байгаа эмч бидэнд ноогдсон эн тэргүүний эрхэм үүрэг юм. Чухамхүү энэ үүргээ биелүүлснээр эмчийн сэтгэлгээ, ажлын ур чадвар, тодорхой үр нөлөө харагдах болно.

Харин эмч нарын ажлын ачаалал, хөдөлмөр зохион байгуулалтын талаар бодож явдаг зүйлээс өгүүлье.

Өдөрт үзэх үзлэгийн тоог биелүүлсэн эсэх, өвчтөний карт, түүхэнд үзлэг тэмдэглэл бичсэн урьдчилан сэргийлэх үзлэг хийсэн эсэх

гэдгээр эмчийн ажлыг дүгнэдэг энэ хийсвэр зарчмийг өөрчлөх хэрэгтэй байна.

Амьдралаас харахад манайд архаг өвчин хүн амын дунд багагүй байна. Ийм учраас нэгдүгээрт: Эмчийн хүрэлцээний тухай асуудал гарч ирнэ. Жишээ нь: хамар хоолойн нэг эмч өдрийн 8 цагт 22 хүн үзэх ёстой боловч 30 гаруй хүн үзэх явдал ч байна. Харин тэр болгон гаймориттай хүний хамрын дайврыг угааж, тонзоллиттэй хүнд тонзиллоэктомиа хийгээд буюу идээт үрэвслийг эмийн бодисоор угааж эмчлээд байх цаг боломж муутай тул эмийн жор бичиж зөвлөгөө өгөөд явуулах нь олонтаа, Бидний өгсөн зөвлөгөөгөөр өвчнөө хурц үед нь бүрэн дүүрэн эмчлүүлж байгаа хүн цөөн байдаг. Үүнээс ч болоод өвчин архагшиж, бидэнд ирэх хүний тоо нэмэгдэж байгаа нь нууц биш юм.

Тэгэхээр одоогоор нэг эмч ажиллаж байгаа зарим чухал мэргэжил, тухайлбал чих хамар хоолой, мэс засал, шүдний эмчилгээ зэргийн орон тоог нэммээр санагдана. Тэгвэл уг эмч гайморитын хөндий угааж, тонзиллоэктоми хийж тэр өдөр 2 өвчтөнг бүрэн эрүүлжүүлсэн гэсэн ажлын сайхан дүн харагдах болно. Одоо манайд эмчийн ажил, эмнэлгийн үйлчилгээг чанараар дүгнэх ажил эхлэл төдий байгаа болохоос биш бодит ажил болон хэрэгжих болоогүй байна. Өөрөөр хэлбэл эмч бидэнд өвчтөнтэй ажиллах цаг бага байна. Үүнээс гадна бидний ажлын зохион байгуулалт муугаас болж өөрсдийнхөө ажлыг хүндрүүлж байгаа явдал ч байдаг. Жишээ нь: Хотын түргэн туламжийн станц хоногт 400—600 дуудлагаар үйлчлэж байгаагийн 80 хувь нь яаралтай тусламж шаардлагагүй байдаг. Үүнийг яаж багасгах вэ? гэхэд бас л нөгөө амбулатори поликлиникийн үйлчилгээний чанарыг сайжруулах хэрэгтэй юм.

Нэг дуудлаганд үйлчлэх дундаж зай 5—6 км, дундаж хугацаа 30 минут зарцуулан хичнээн техник хөдөлж, бензин цагахуун урсаж байгааг бодсон ч өөр зохион байгуулалт хэрэгтэй болох нь ойлгомжтой. Насанд, хүрэгчдийн хэсгийн эмчийн хүний тоог цөөлж, хийх ажлын заагийг тодорхой болгож, тэднийг өвчтөнтэйгээ ажиллах цаг, боломжоор хангаж өгмөөр байна. Ингэсний эцэст сая тэр эмч хариуцсан хэсгийн хүн амын өвчлөлийг яаж бууруулсан, архаг өвчтэй хэдэн хүнийг эрүүлжүүлсэн гэдгийг тооцоолох боломж гарч, эмчийн сэтгэлгээ ч өргөжин баяжиж, бүтээлч шинж чанартай болно.

Хотын түргэн тусламжийн станцын их эмч Н. ЖАВЗАН

АХМАД НЬ ХЭЛЖ, ДҮҮ НЬ СОНСДОГ

Энэ эмгэн хэн билээ..

Эхээс төрөхдөө жингэнэсэн нарийн хоолойгоор сүртэй нь аргагүй орилж байсан охин өдөр хоногоор өсч, өлгийдээ багтахгүй болж, өндийж сууж, хэлд орж, ажигч сэргэлэн өсч, эх эцгээ баярлуулж, эрдмийн мөр хөөж..., үр хүүхдээ өсгөж, өөрийнхөө халааг үлдээж хүний ёсыг биелүүлэв. Эхийн сайхан сэтгэлээр ач зээгээ харалцаж, ажил хөдөлмөрөө хийсээр, ертөнцийн жамаар жаргалыг төдийгүй зовлонг үзэв. Хүн олондоо хүндтэй, мэс барьж эмчлэх эрхтэй оточ болсноор хамаг олондоо хайрлагдаж, өвдсөн, эндсэн хүн ардыг аюулт өвчнөөс салгах гэж морь, тэмээ унаж, машин тэргээр явж, нэгэн цагт осол аваарт оровч огт ажрахгүй явсаар насны нарыг илээв. Энэ өгүүллийг бичигч ч тэдний нэгэн билээ.

Эрдэм сурч эхлэхээсээ ажилд очиж ажиллахаасаа чин үнэнч, дутагдлаа хүлээдэг, хатуу сахилга баттай, хаа ч явсан галтай цогтой, ямарч бэрхшээлээс халшрахгүй, буцахгүй зориг золбоотой, хашир ха-

туужилтай ажиллах нь эмч хүний ёс юм. Анх барьсан жолоогоо алдаж болохгүй, ажил хөдөлмөрөө голж болохгүй. Ажлын цагаа ашигтай зарж, мэргэжил мэдлэгээ өдөр тутам цэгнэж, нимгэнээ зузаан болгож, дутагдлаа хүлээн авч, хэлсэн хүнд баярлаж яв. Илэрсэн дутагдлыг газар дээр нь засч явбал ажил бүхэн сайжирч, улс орны хөгжилд хүчээ өгч, хөлөө нийлүүлж чадна. Хүн ардаа эрүүлжүүлэх үйлсэд хүнлэг сэтгэл, хөөрхийлэх ухаан орсон цагтаа л эмч болно. Эрдэм мэдлэгээ дээшлүүлэхэд олны дунд үг хэлээ шинжиж, үүрэгт ажлаа хийж явбал өгөөж олддог.

Би ямар ч ажилд шүүмжлэлтэй хандаж өдөр хийсэн ажлаа шөнө бодож дүгнэж, маргаашийн ажлаа төлөвлөдөг. Шүүмжлэлийг ус агаар мэт гаргаж, ажлын дутагдал доголдлыг улаан нүүрэн дээр нь хэлж, уудалж хаях нь улсын ажлын амжилт, ирээдүйн нийгмийн хөгжилд тус хүргэнэ гэж бодсоор ирсэн.

Ахмадууд өл хоол, унтах нойроо умартан өдөр шөнө, өвөл, зуны алинд ч хүйтэн, халуунд ядрахаа ч мэдэхгүй явж байсан юм.

Залуу эмч та нартаа бид хайртай болохоороо заавал хийх ёстой ажлыг хийгээсэй гэж бодохдоо олон юм ярих дуртай. Хүлээж авч ажил болгоорой. Ажлаа үнэн сэтгэлээрээ хийж, ёс суртахууны хүмүүжилтэй, зарчимч, ахмадаа хүндэлдэг бол өөрийгөө хүндлүүлнэ. Хүн өтөлж хөгшрөх нь байгалийн жам. Хүн олноо хүндэлж, хүсэл саналыг нь хүлээж авч яв.

Энэ эмгэн шиг өдөр шөнө хол ойр, халуун хүйтэнд, ямарч нөхцөлд унаатай, явган ч хүн олондоо үйлчилж яваарай. Хүлээлгэж чирэгдүүлж, гомдоож, хохироож болохгүй. Эмчийн энэрэнгүй мэргэжилдээ эзэн болж мэрийн зүтгэж эхийн хайраар ивээж буяндаа бузаргүй, сэтгэлдээ сэвгүй явж, үнэн сэтгэлээр ажиллавал аз жаргалтай, эрүүл энх явна. Эх орныхоо хаа ч та нар ганцаардахгүй.

Ахмад эмч Д. ДЭЖИД

МАНАЙ ТӨЛӨВЛӨГӨӨ ЦАГ ҮЕИЙГ ТУСГАЖ БАЙНА

— Эмчилгээ, оношлогооны шинэ аргыг боловсруулах, турших систем манайд үнэндээ байхгүй байна гэдэг яриаг та юу гэж үзэх вэ? Янз бүрийн үед «шуугиан тарьсан» нээлтийн тухай ч хэвлэлд бага бичих болсон юм биш үү? Хэрэв тийм бол ийм систем бий болгоход юу саад болж байна вэ?

— Шинэ аргыг техникийг турших, эм бэлдмэлийг сорьж үзэхийг алгуур хялбаршуулсан явдал бий. Тэхдээ туршилт сорилтын чанарыг мартаагүй нь мэдээж юм. Харин дуулиан шуугиан бүрэн үгүй боллоо гэж санагдахгүй байна. Хэрэв ийм юм ажиглагдсан бол хавдар судлал, хүүхдийн паралич гэх мэт зарим өвчтөнд хараахан тус болж чадахгүй байгаа анагаах ухааны сул талд байгаа болов уу.

Би амьдралынхаа явцад хорт хавдрын эмчилгээний олон арван аргыг шүүн хэлэлцсэн юм. Хамгийн нарийн төвөгтэй, орчин үеийн арга бүхий зүрхний шигдээс өвчний эмчилгээний тухай дуулиан гарахгүй байна гэж үү?

— Евгений Иванович, төгсгөлд нь бидний анхаарал татаж урьд нь хэд хэдэн удаа ярилцсан сэдэв рүү эргэж орьд.

Эрүүлийг хамгаалах яам арга хэмжээ авч байгаа боловч «цаас үйлдвэрлэх» тухай сэдэв эрүүлийг хамгаалахын мөнхийн сэдэв...

— Өөрчлөн байгуулалт нарийн үйл явц юм. Ажил хэрэгч зохион байгуулагчдын бий болгосон тогтсон тогтоогүй бичиг, цаас мэдээ бүртгэлд бид хичнээн цаг заваа үрж байна. Энэ нь нэг талаас мэргэжилтэндээ итгэл хүлээлгэдэггүй, тэднийг алхам тутамд хянаж байх гэсэн удирдлагын хуучин арга барил юм.

Ийнхүү зорилгогүй, зүй бус байдлаар ажлын цагийг үрэх нь эмч эмнэлгийн ажилчдыг хамгийн гол юм болох-өвчтөнөөс нь хөндийрүүлж байна. Эрүүлийг хамгаалах яамны коллегин 1987 оны есдүгээр сард энэ асуудлыг авч хэлэлцээд хянаж өөрчлөхөөр шийдвэрлэснийг дахин сануульяа. Эмчийн ажлыг хөнгөвчлөх, өвчний хялбаршуулсан түүх, ЗХУ-ын иргэний эрүүл мэндийн паспорт болон бусад баримт бичгүүд боловсруулж байна. Энэ бүхэн эмнэлэг үйлчилгээний ажлын чанарт нөлөөлнө гэж бид итгэж байна.

«Медицинская газета» сонин 1987 оны 45 дугаараас
Г. Цэрэнжигмэд товчлон орчуулав.

П. Нямдаваа, С. Алтанхуяг, П. Тунгалагтуяа, Ё. Батболд

УЛААНБААТАР ХОТОД 1980—1986 ОНД БҮРТГЭГДСЭН АМЬСГАЛЫН ЗАМЫН ЦОЧМОГ ХАЛДВАРТ ӨВЧНИЙ ХАЛДВАР СУДЛАЛЫН ТӨРХ, ҮҮСГЭГЧИЙН БҮРЭЛДЭХҮҮН

Эрүүл ахуй, халдвар нян судлалын улсын институт

Хотжих процессыг дагалдан есөх зүй тогтолтой өвчний тоонд амьсгалын замын цочмог халдварт өвчин (АЗЦХӨ) орж байгаа юм (4). Манай оронд хотжих явц дэлхий нийтийн дунджаас илүү хурдацтай байгаа нь томоохон хотууд дахь АЗЦХӨ-ийг тал бүрээс нь судалж тэмцэх тохиромжтой арга боловсруулахыг шаардаж байна. (8).

Бид энэ өгүүлэлдээ Улаанбаатар хотод 1980—1986 онд бүртгэгдсэн АЗЦХӨ-ий халдвар судлалын төрх, үүсгэгчийн бүрэлдэхүүнийг иж бүрэн судлах оролдлого хийсэн болно.

Судалгааны материал, арга:

Өвчлөл, эндэгдлийг Улаанбаатар хотын хүүхдийн болон дотрын хэсгийн цэг, эмнэлгүүдээс ЭАХНСУИ дэх Томуугийн Үндэсний Төв (ТҮТ)-д өдөр бүр ирүүлж буй мэдээн дээр үндэслэн гаргав. Өвчлөлийн толерант хязгаарыг ЗХУ-ын ЭХЯ-ны Бүх холбоотын томуугийн эрдэм шинжилгээний хүрээлэнд боловсруулсан аргаар (7) «Электроника БЗ—34» программт калькулятороор бэлэн программ (11) хэрэглэн бодов.

Үүсгэгчийн бүрэлдэхүүн, дархлал тогтоцыг ДЭХБ-аас зөвлөмж болгосон (13) аргуудаар нийтээр баримталдаг хувилбараар (5,8) шинжлэв. Үүнд: 1090 өвчтөний хамар-залгиурын арчдаснаас томуугийн вирус ялгах шинжилгээг тахианы 9—11 хоногтой үр хөврөлд, 2422 өвчтөний хамар-залгиурын

арчдаснаас бэлтгэсэн наалдцад вирусийн эсрэгтөрөгч илрүүлэх шинжилгээг ЗХУ-д бэлтгэсэн коньюгат ашиглан дархан туяаралт бичил харуур (ДТБХ)-ын шууд аргаар, 7080 донор болон өвчтөний цусны нийлдсэнд томуугийн вирусийн эсрэг бие илрүүлэх шинжилгээг цус наалдахыг саатуулах урвал (ЦНС У)-аар тус тус хийв. ЦНСУ-д ашиглах эсрэгтөрөгчийг өөрийн лабораторид глицериний диализаар бэлтгэсэн (9) ба шинээр ялгасан омог дүйн тодорхойлохдоо Лондон дахь ДЭХБ-ын лавлагаа төв, ЗХУ-ын Анагаах ухааны академийн Д. И. Ивановскийн нэрэмжит Вирус судлалын хүрээлэнгээс авсан өвөрмөц хэт дархан нийлдсүүдийг ашиглав.

Судалгааны үр дүн, шүүмж:

Бидний 7 жилийн судалгааны үр дүнгээс үзэхэд АЗЦХӨ нь Улаанбаатар хот дахь амбулаторийн нийт үзлэгийн 22,3%-ийг эзлэж байгаа (Хүснэгт 1) нь БНМАУ-ын хүн амын өвчлөлийг эмнэлэгт ирсэн байдлаар судалсан монгол-зөвлөлтийн эрдэмтдийн хамтарсан судалгааны дүнтэй (2) ерөнхийдөө тохирч байна. Өвчлөлийг насны бүлэглэлээр нь авч үзвэл (Хүснэгт 2) 5 хүртэлх насны хүүхэд АЗЦХӨ-өөр илүү олонтаа өвчилдөг нь харагдаж байна. Гэвч насанд хүрэгсдийн АЗЦХӨ-ий өвчлөлийн бодит түвшин нь бидний судлан гаргасан тооноос хавьгүй илүү гэж үзэх бүрэн үндэслэл бий. ЗХУ-д хийсэн судалгаанаас (3) үзэхэд АЗЦХӨ-

Улаанбаатар хот дахь АЗЦХӨ-ний ерөнхий үзүүлэлт Хүснэгт 1

| Он | Амбулаторийн нийт Үзлэг | АЦХӨ | Амбулаторийн нийт Үзлэгт АЗЦХӨ-ний эзлэх хувь (%) |
|----------------------|-------------------------|---------------------|---|
| 1980 | 669990 | 131717 | 19,6 |
| 1981 | 1138782 | 188236 | 16,5 |
| 1982 | 962521 | 153119 | 15,9 |
| 1983 | 787257 | 187920 | 23,8 |
| 1984 | 844091 | 209562 | 24,8 |
| 1985 | 918233 | 262889 | 28,6 |
| 1986 | 897332 | 251980 | 28,0 |
| Бүгд | 6218206 | 1385423 | 22,3 |
| Дундаж ($x \pm m$) | 888315,1 \pm 4292 | 197917,6 \pm 1407 | 22,3 \pm 4,8 |

Улаанбаатар хот дахь АЗЦХӨ-ний үзүүлэлт Хүснэгт 2
(1980—1986 оны дундаж) насны бүлэглэлээр

| Насны бүлэглэл | амбулаторийн нийт Үзлэг | Нэг хүний жилд амбулаторид Үзүүлсэн дундаж тоо* | АЗЦХӨ | Амбулаторийн нийт Үзлэгт АЗЦХӨ-ний эзлэх хувь % | Нэг хүнд ноогдох АЗЦХӨ |
|----------------|-------------------------|---|----------|---|------------------------|
| 0—12 сар | 255610,5 | 20,7 | 79430,0 | 31,1 | 6,4 |
| 1—4 нас | 190295,0 | 4,9 | 58978,0 | 31,0 | 1,5 |
| 5—9 нас | 116266,5 | 2,3 | 33715,4 | 29,0 | 0,7 |
| 10—14 нас | 66827,2 | 1,1 | 12525,2 | 18,7 | 0,2 |
| 15—24 нас | 75118,0 | 1,0 | 4733,4 | 6,3 | 0,06 |
| 25—44 нас | 78503,1 | 0,8 | 4050,0 | 5,1 | 0,04 |
| 45—64 нас | 59678,8 | 1,5 | 2667,4 | 4,5 | 0,06 |
| 65 ба дээш | 39058,8 | 2,5 | 1757,1 | 4,5 | 0,1 |
| БҮГД | 888315,1 | 2,3 | 197917,6 | 22,3 | 0,5 ₂ |

* 3 болон 6 дугаар баганын тоог гаргахдаа Улаанбаатар хот дахь уг насны хүн амын дундаж тоог ашиглав.

Улаанбаатар хот дахь АЗЦХӨ-өөс уламжилсан эндэгдэлийн
үзүүлэлт (Улаанбаатар хотын 7 эмнэлгийн 1—5, 10—12-р
сарын мэдээгээр)

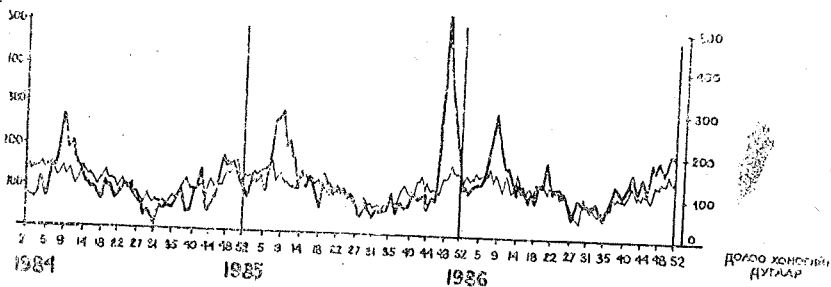
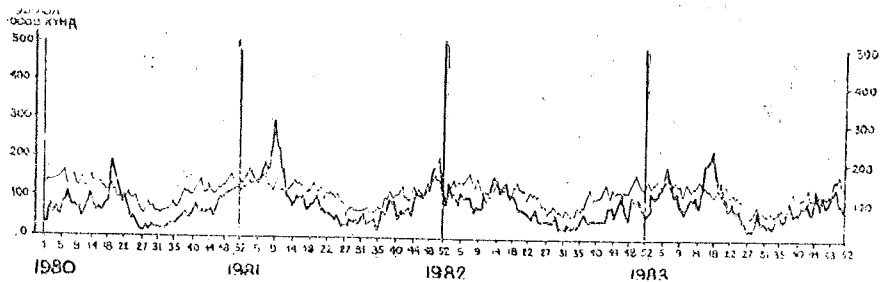
| Он | АЗЦХӨ | Нийт нас баралт | Үүнээс АЗЦХӨ -өөр нас барсан | | АЗЦХӨ-ий 1000 то- хиолдолд ноогдох нас баралт | 0—4 насанд | |
|--------|----------|-----------------------|---------------------------------|-----------------|---|-------------------------|--|
| | | | Бодит тоо | Эзлэх хувь % | | АЗЦХӨ-өөр нас барсан | АЗЦХӨ-өөр нас барсан нийт то- хиолдлын дотор эз- лэх хувь |
| 1980 | 105129 | 1294 | 792 | 61,2 | 7,5 | 753 | 95,1 |
| 1981 | 149329 | 1085 | 632 | 58,2 | 4,2 | 610 | 95,5 |
| 1982 | 117690 | 1266 | 728 | 57,5 | 6,2 | 701 | 96,3 |
| 1983 | 137675 | 1235 | 749 | 60,6 | 5,4 | 627 | 83,7 |
| 1984 | 163511 | 1242 | 778 | 62,6 | 4,7 | 694 | 89,2 |
| 1985 | 203132 | 1082 | 671 | 62,0 | 3,3 | 643 | 95,8 |
| 1986 | 192744 | 840 | 505 | 60,1 | 2,6 | 474 | 93,9 |
| БҮГД | 1069210 | 8044 | 4855 | 60,3 | 33,9 | 4502 | 92,7 |
| Дундаж | 152744,3 | 1149,1 | 693,6 | 60,3 | 4,8 | 643,1 | 92,7 |

өөр өвчилсөн насанд хүрэгсдийн 30—65%-нь эмчид үзүүлэлгүй өн-
өрдөг. Хоёрдугаар хүснэгтээс ха-
рахад манайд ч гэсэн 10—64 насны
хүмүүс жилдээ дунджаар 1 удаа
эмнэлэгт үзүүлж байгаа нь энэ нас-
ны хүн ам АЗЦХӨ-өөр бага өвчил-
дөг мэт харагдахад нөлөөлж бай-
гаа юм.

Эл өвчнөөс шалтгаалсан нас
баралт больницын нийт нас баралт-
тын 60,3%-г эзэлж байгаагийн до-
тор 5 хүртэлх насны хүүхэд 92,7%-
ийг нь эзэлж байна. (Хүснэгт 3).
АЗЦХӨ-ий 1000 тохиолдол тутамд
ноогдох нас баралт аажмаар буу-
рах хандлагатай байгаа нь нэг та-
лаас уг өвчний хүндрэлийг эмчлэх
арга барил сайжирч байгаатай, нөг-
өө талаас бүртгэл мэдээлэл бо-
ловсронгүй болж байгаатай холбоо-
той байж болох юм.

Улаанбаатар хот дахь АЗЦХӨ-
ий өвчлөлийн 7 хоног тутмын үзүү-
лэлтийг тооцоолсон толерант хяз-
гаартай жишин үзвэл (ЗУРАГ 1)
1980—1986 оны хугацаанд өвчлөл
10 удаа эпидемийн түвшинд хүр-
сэн нь харагдаж байна. (1981 оны
12-р сар, 1983 оны 2-р сард өвч-
лөл 1 долоо хоногийн хугацаанд
толорант дээд хязгаараас ялимгүй
дээш гарсныг эпидемийн зэрэгт
оруулж тооцсонгүй). Судалгаанд
хамрагдаж буй хугацааны 1982
оноос бусад бүх онд АЗЦХӨ-ний
өвчлөл Улаанбаатар хотод 1—3 удаа
эпидемийн түвшинд хүрсэн бөгөөд
жилийн дотор бүртгэгдсэн эпиде-
мийн тоо сүүлрүүгээ нэмэгдэх ханд-
лагатай байна. Бүртгэгдсэн эпиде-
мийн үргэлжлэх хугацаа 3—7
(дунджаар 5,1) долоо хоног байсан.

УЛААНБААТАР ХОТ ДАХЬ АЗЦХӨ-ИЙ ҮЗҮҮЛЭЛТИЙГ ӨВЧ-
ЛӨЛИЙН ТОЛЕРАНТ ДЭЭД ХЯЗГААРТАЙ ХАРЬЦУУЛСАН
БАЙДАЛ



Таних тэмдэг: Нарийн шугамаар өвчлөлийн толерант дээд хязгаар, өргөн шугамаар өвчлөлийн бодит үзүүлэлтийг тус тус тэмдэглэв.

бөгөөд өвчлөл толерант дээд хязгаараас давснаасаа хойш 0—3 (дунджаар 2 долоо) хоногийн дотор дээд цэг (пик заболеваемости)-тээ хүрч байжээ. Өвчлөлийн хөдлөлзүйг лабораторийн шинжилгээний дүнтэй (Хүснэгт 4 ба 5) харьцуулан үзвэл АЗЦХӨ-ий дэгдэлт нь голлон холимог үүсгэгчтэй байсны дотор 1986 оны XI—XII сарын дэгдэлтээс бусад нь томуугийн А хэвшинжийн вирус давамгайлж байсан байна. Үүнд, 1980 оны 5-р сард 3 долоо хоног үргэлжилсэн дэгдэлт нь томуугийн А(Г1Н1) омог, аденовирусээр, 1981 оны 2—3-р сард 6 долоо хоног үргэлжилсэн, 1983 оны 4—5-р сард 5 долоо хоног үргэлжилсэн, 1984 оны 2—3-р сард 6 долоо хоног үргэлжилсэн, мөн оны 11—12 дугаар сард 4 долоо хоног үргэлжилсэн дэгдэлтүүд нь томуугийн А(Г1Н1) омог, иж томуугийн вирусээр, 1985 оны 2—3-р сард 7 долоо хоног үргэлжилсэн дэгдэлт нь томуугийн А (Г1Н1), А (Г3Н2) омгууд хавсарсан юм уу, дэс дараалсан үйлчлэлээр, мөн оны 11—

12-р сард 5 долоо хоног үргэлжилсэн дэгдэлт нь томуугийн А(Г1Н1) омог, иж томуугийн вирусээр, 1986 оны 2—3-р сард 7 долоо хоног үргэлжилсэн дэгдэлт нь томуугийн А(Г1Н1) омог, иж томуугийн болон РС-вирусээр, мөн оны 5-р сард 2 долоо хоног үргэлжилсэн дэгдэлт нь томуугийн А(Г3Н2) омгоор, мөн оны 11—12-р сард 6 долоо хоног үргэлжилсэн дэгдэлт нь иж томуугийн болон РС-вирусээр тус тус үүсгэгдсэн байна. Судалгааны хугацаанд томуугийн В хэвшинжийн вирус ялгасан тохиолдол байхгүй боловч ийлдэс судлалын шинжилгээнд 1982—1983 онуудад хүн амын дотор энэ вирусийн эсрэгбиеийн тархалт, таныц ихэссэн нь уг вирусийн эргэлт идэвхжиж байсныг гэрчилж байна. Ажиглалтын хугацаанд томуугийн А (Г2Н2) хэвшинжийн омог ялгараагүй А (Г1Н1), А (Г3Н2) хэвшинжийн омгууд илэрч А (Г1Н1) омог давамгайлж байсан нь дэлхийн бусад оронд ажиглагдаж байгаа томуугийн байдалтай ерөнхийдээ төстэй байна.

Вирус илрүүлэх шинжилгээний дүн

| Он | Сар | Томуугийн вирус ялгах шинжилгээ | | | | | ДТБХ | | | | | | | Тайлбар |
|------|-----|---------------------------------|--------------------|---------------|---------------|---------------------|-----------------------|--------------|---------|---------|----------|-------------|----------|--|
| | | Шинжилсэн сорьцын тоо | Ялгасан омгийн тоо | Үүнээс | | | Шинжилсэн сорьцын тоо | Үүнээс эерэг | Үүнээс | | | | | |
| | | | | А (Г1Н1) омог | А (Г3Н2) омог | Дүйн тодорхойлоогүй | | | Томуу А | Томуу В | Иж томуу | Адено вирус | РС вирус | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1980 | I | 14 | 3 | 1 | — | 2 | 54 | 29 | 7 | 2 | 8 | 10 | 2 | |
| | II | 35 | 6 | 4 | — | 2 | 88 | 30 | 12 | 4 | 5 | 9 | — | |
| | III | 12 | 3 | 1 | — | 2 | 95 | 22 | 10 | 3 | 3 | 6 | — | |
| | IV | — | — | — | — | — | 81 | 26 | 6 | 2 | 1 | 12 | 5 | |
| | V | 5 | 1 | — | — | 1 | 42 | 8 | 1 | — | 4 | 3 | — | Өвчлөл дээд толерант хязгаараас давсан |
| | X | 4 | 1 | — | — | 1 | 14 | 1 | 1 | — | — | — | — | |
| | XI | 26 | — | — | — | — | 7 | 1 | 1 | — | — | — | — | |
| | XII | 25 | 4 | — | — | 4 | 40 | 12 | 9 | — | 3 | — | — | |
| 1981 | I | 13 | 2 | 1 | — | 1 | 47 | 10 | 6 | — | 4 | — | — | |
| | II | 18 | 3 | 1 | — | 2 | 75 | 21 | 11 | 7 | 3 | — | — | Өвчлөл дээд толерант хязгаараас давсан |
| | III | 5 | 1 | — | — | 1 | 47 | 8 | 7 | — | 1 | — | — | |
| | IV | 5 | — | — | — | — | 32 | 3 | 2 | — | 1 | — | — | |
| | V | 1 | — | — | — | — | 12 | — | — | — | — | — | — | |
| | X | 5 | 1 | — | — | 1 | 16 | 3 | 3 | — | — | — | — | |
| | XI | 6 | 6 | — | — | 6 | 20 | 4 | 3 | — | — | — | — | |
| | XII | 17 | — | — | — | — | 56 | 18 | 4 | — | 10 | 3 | 1 | |

Хүснэгт 4-ийн үргэлжлэл

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
|------|-----|----|----|----|---|---|-----|----|----|----|----|----|----|---|
| 1982 | I | 14 | — | — | — | — | 94 | 36 | 18 | 3 | 2 | 9 | 4 | |
| | II | 6 | — | — | — | — | 31 | 8 | 1 | — | 1 | 4 | 2 | |
| | III | 8 | 5 | 4 | — | 1 | 41 | 20 | 4 | 2 | 8 | 3 | 3 | |
| | IV | 44 | 4 | 3 | — | 1 | 128 | 26 | 15 | 5 | 3 | 3 | — | |
| | V | 9 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | |
| | X | 7 | 1 | 1 | — | — | 61 | 19 | 8 | — | 7 | — | 4 | |
| | XI | 10 | — | — | — | — | 40 | 8 | 4 | 1 | 3 | — | — | |
| | XII | 15 | — | — | — | — | 45 | 10 | 1 | — | 6 | — | 3 | |
| 1983 | I | 12 | — | — | — | — | 12 | 4 | 2 | — | 2 | — | — | |
| | II | 58 | — | — | — | — | 71 | 28 | 6 | 7 | 12 | — | 3 | |
| | III | 33 | 3 | 3 | — | — | 63 | 12 | 4 | — | 8 | — | — | |
| | IV | 28 | — | — | — | — | 63 | 36 | 16 | — | 20 | — | — | өвчлөл дээд толерант хязгаараас давсан |
| | V | 16 | 5 | 3 | — | 2 | 48 | 35 | 11 | 4 | 18 | — | — | |
| | X | 33 | — | — | — | — | 23 | 8 | 5 | 2 | 1 | — | — | |
| | XI | 18 | — | — | — | — | 42 | 25 | 5 | 1 | 11 | — | 8 | |
| | XII | 66 | 4 | 3 | — | 1 | 43 | 24 | 12 | 7 | 3 | — | 2 | |
| 1984 | I | 40 | 13 | 10 | — | 3 | 36 | 17 | 8 | 2 | 4 | — | 3 | |
| | II | 36 | 1 | — | — | — | 111 | 58 | 18 | 19 | 12 | — | 9 | өвчлөл дээд толерант хязгаараас давсан |
| | III | 18 | — | — | — | — | 89 | 38 | 21 | 16 | — | — | — | |
| | IV | 8 | — | — | — | — | 30 | 2 | 1 | 1 | — | — | — | |
| | V | 18 | — | — | — | — | 18 | 4 | 2 | 2 | — | — | — | |
| | X | 6 | 2 | — | — | 2 | 45 | 22 | 4 | 7 | 11 | — | — | |
| | XI | 14 | 5 | 3 | — | 2 | 28 | 17 | 2 | 5 | 10 | — | — | өвчлөл дээд толерант хязгаараас давсан |
| | XII | 25 | 2 | — | — | — | 11 | 7 | 3 | — | 4 | — | — | |

Хүснэгт 4-ийн үргэлжлэл

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
|------|-----|------|-----|----|---|----|------|-----|-----|-----|-----|----|----|---|
| 1985 | I | 25 | 1 | 1 | — | — | 20 | 9 | 4 | 2 | 3 | — | — | |
| | II | 18 | 4 | — | 2 | 2 | 44 | 15 | 8 | 3 | 4 | — | — | өвчлөл дээд толерант хязгаараас давсан |
| | III | 39 | — | — | — | — | 44 | 17 | 10 | 3 | 4 | — | — | |
| | IV | 5 | — | — | — | — | 6 | 1 | — | — | 1 | — | — | |
| | V | 16 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | |
| | X | 16 | — | — | — | — | 40 | 22 | 6 | 3 | 13 | — | — | |
| | XI | 20 | 10 | 6 | — | 4 | 47 | 29 | 10 | 5 | 14 | — | — | өвчлөл дээд толерант хязгаараас давсан |
| | XII | 23 | 7 | 3 | — | 4 | 33 | 16 | 8 | 1 | 7 | — | — | |
| 1986 | I | 33 | 4 | 3 | — | 1 | 51 | 27 | 10 | 4 | 8 | — | 5 | |
| | II | 28 | — | — | — | — | 53 | 25 | 10 | 5 | 8 | — | 2 | өвчлөл дээд толерант хязгаараас давсан |
| | III | 32 | — | — | — | — | 22 | 10 | 2 | 4 | 3 | — | 1 | |
| | IV | 18 | 7 | — | 6 | 1 | 24 | 10 | 1 | 5 | 3 | — | 1 | |
| | V | 21 | — | — | — | — | 35 | 14 | 2 | 4 | 5 | — | 3 | өвчлөл дээд толерант хязгаараас давсан |
| | X | 20 | — | — | — | — | 29 | 13 | 4 | 1 | 7 | — | 1 | |
| | XI | 27 | — | — | — | — | 45 | 20 | 8 | 3 | 9 | — | — | өвчлөл дээд толерант хязгаараас давсан |
| | XII | 16 | — | — | — | — | 30 | 12 | 6 | 2 | 6 | — | — | |
| БҮГД | | 1090 | 109 | 51 | 8 | 47 | 2422 | 900 | 343 | 147 | 284 | 62 | 62 | |

Гэвч жил бүрийн ялгасан омгууд нь эсрэгтөрөгчийн өөрчлөлтөнд орж байсныг дүйн тодорхойлох шинжилгээ (Хүснэгт 6) харуулж байна. Түүнээс гадна манайд ялгасан зарим омог (тухайлбал А(Монгол) 114/82, А(Монгол) 176/82, А(Монгол) 198/83 зэрэг нь эсрэгтөрөгчийн бүтцээрээ А(ПР)8/34(ГЦ, НИ), А(ФМ)1/47(ГИНИ) зэрэг «эртний» омгуудтай төстэй байгаа нь ихээхэн сонирхолтой байгаа юм. Үүний өмнө ч гэсэн манайд ажиг-

лагдсан АЗЦХӨ-ий дэгдэлтийн үед эсрэгтөрөгчийн ийм «гаж» төрхтэй томуугийн вирус ялгасан тохиолдлыг бичиж байсан юм (10). Чухам ямар учир шалтгааны улмаас ийм байгааг бид одоохондоо тайлж чадаагүй байна.

1980—1986 онд манайд ялгасан томуугийн вирусийн зарим омгийг зөвлөлтийн эрдэмтэдтэй хамтран моноклонэсрэг бие ашиглан судлахад дээр дурьдсан «гаж» омгууд болон

Ийлдэс судалалын шинжилгээний дүн

| Он | Сар | Ийлдэсний тоо | ЦНСУ-д эсрэг төрөгчөөр авсан эх омгууд | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------|------|---------------|--|---|-------|---|------------|-------|-------|----|----------------|------|-------|----|------------------|----|-------|--|----------------|--|-------|--|------------------|--|-------|
| | | | A (TP) 8/34 | | (THI) | | A(ФМ) 1/47 | | (THI) | | A (CCCP) 90/77 | | (THI) | | A (Сингаур) 1/57 | | (TH2) | | A (Texac) 1/77 | | (TH2) | | A (Бангкок) 1/79 | | (TH2) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | | | | | | | | |
| 1980 | I | 30 | — | — | — | — | 10,0 | 13,80 | — | — | — | 66,6 | 33,88 | — | — | 0 | 10,47 | | | | | | | | |
| | II | 30 | — | — | — | — | 3,3 | 13,18 | — | — | — | 50,0 | 69,18 | — | — | 0 | 11,22 | | | | | | | | |
| | III | 30 | — | — | — | — | 36,6 | 37,15 | — | — | — | 83,3 | 25,70 | — | — | 0 | 12,30 | | | | | | | | |
| | IV | 30 | — | — | — | — | 16,6 | 60,26 | — | — | — | 56,6 | 53,70 | — | — | 0 | 10,23 | | | | | | | | |
| | V | 30 | — | — | — | — | 23,3 | 29,15 | — | — | — | 46,6 | 60,26 | — | — | 0 | 10,72 | | | | | | | | |
| | VI | 30 | — | — | — | — | 10,0 | 12,30 | — | — | — | 33,0 | 10,96 | — | — | 0 | 10,23 | | | | | | | | |
| | VII | 30 | — | — | — | — | 23,3 | 19,07 | — | — | — | 23,3 | 19,95 | — | — | 0 | 10,23 | | | | | | | | |
| | VIII | 30 | — | — | — | — | 36,6 | 16,60 | — | — | — | 36,6 | 28,84 | — | — | 0 | 10,23 | | | | | | | | |
| | IX | 30 | — | — | — | — | 10,0 | 36,31 | — | — | — | 6,6 | 16,98 | — | — | 0 | 13,49 | | | | | | | | |
| | X | 30 | — | — | — | — | 53,3 | 70,79 | — | — | — | 30,0 | 48,98 | — | — | 0 | 11,22 | | | | | | | | |

Цусны монорын иллэс

Хүснэгт 5-ын Үргэлжлэл

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 |
|---|------|----|---|---|---|---|-------|-------|----|----|------|-------|----|----|------|-------|----|
| | XI | 30 | - | - | - | - | 30,0 | 14,13 | - | - | 46,6 | 48,98 | - | - | 0 | 12,02 | |
| | XII | 30 | - | - | - | - | 83,3 | 51,29 | - | - | 66,6 | 41,69 | - | - | 0 | 10,96 | |
| | I | 30 | - | - | - | - | 36,6 | 32,36 | - | - | 80,0 | 87,10 | - | - | 3,3 | 12,30 | |
| | II | 30 | - | - | - | - | 23,3 | 20,42 | - | - | 60,0 | 53,70 | - | - | 0 | 14,13 | |
| | III | 30 | - | - | - | - | 50,0 | 28,84 | - | - | 76,6 | 44,67 | - | - | 0 | 11,22 | |
| | IV | 30 | - | - | - | - | 60,0 | 31,62 | - | - | 20,0 | 19,05 | - | - | 6,6 | 12,02 | |
| | V | 30 | - | - | - | - | 70,0 | 33,88 | - | - | 53,3 | 35,48 | - | - | 20,0 | 22,91 | |
| | VI | 30 | - | - | - | - | 40,0 | 23,99 | - | - | 53,3 | 31,62 | - | - | 3,3 | 14,79 | |
| | VII | 30 | - | - | - | - | 56,6 | 28,84 | - | - | 33,3 | 26,92 | - | - | 16,6 | 15,14 | |
| | VIII | 30 | - | - | - | - | 70,0 | 44,67 | - | - | 73,3 | 47,86 | - | - | 16,6 | 15,49 | |
| | IX | 30 | - | - | - | - | 80,0 | 77,62 | - | - | 46,6 | 24,55 | - | - | 3,3 | 10,47 | |
| | X | 30 | - | - | - | - | 83,3 | 64,57 | - | - | 66,6 | 40,71 | - | - | 0 | 11,75 | |
| | XI | 30 | - | - | - | - | 100,0 | 56,23 | - | - | 73,3 | 45,71 | - | - | 0 | 10,72 | |
| | XII | 30 | - | - | - | - | 43,3 | 21,38 | - | - | 50,0 | 44,67 | - | - | 0 | 12,88 | |

Цусны донорын нийлэг

Үргэлжлэл

| 1 | 2 | 1 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
|------|------|-----|---|---|---|---|-------|-------|----|----|-------|-------|-------|--------|------|-------|
| 1982 | I | 30 | — | — | — | — | 100,0 | 169,8 | — | — | 93,3 | 13,49 | 46,6 | 22,91 | 26,6 | 15,14 |
| | II | 30 | — | — | — | — | 96,6 | 162,8 | — | — | 93,3 | 91,20 | 93,3 | 42,66 | 56,6 | 18,20 |
| | III | 30 | — | — | — | — | 83,3 | 53,70 | — | — | 76,6 | 169,8 | 96,0 | 107,2 | 83,3 | 51,29 |
| | IV | 30 | — | — | — | — | 96,6 | 173,8 | — | — | 96,6 | 162,2 | 100,0 | 117,2 | 86,6 | 56,23 |
| | V | 30 | — | — | — | — | 80,0 | 95,70 | — | — | 96,6 | 117,5 | 96,6 | 114,8 | 0 | 13,49 |
| | VI | 30 | — | — | — | — | 86,6 | 89,13 | — | — | 90,0 | 112,2 | 100,0 | 102,3 | 50,0 | 26,84 |
| | VII | 30 | — | — | — | — | 66,6 | 34,67 | — | — | 86,6 | 41,69 | 70,0 | 38,02 | 0 | 11,48 |
| | VIII | 30 | — | — | — | — | 90,0 | 50,12 | — | — | 83,3 | 54,95 | 96,6 | 64,57 | 20,0 | 17,78 |
| | IX | 30 | — | — | — | — | 63,3 | 40,74 | — | — | 73,3 | 48,98 | 80,0 | 89,13 | 20,0 | 10,47 |
| | X | 30 | — | — | — | — | 100,0 | 85,11 | — | — | 86,6 | 45,71 | 90,0 | 58,88 | 13,9 | 14,13 |
| | XI | 30 | — | — | — | — | 63,3 | 44,69 | — | — | 100,0 | 145,5 | 100,0 | 104,7 | 50,0 | 23,99 |
| | XII | 30 | — | — | — | — | 76,6 | 40,74 | — | — | 86,6 | 64,57 | 60,0 | 31,62 | 6,6 | 13,18 |
| 1983 | I | 100 | — | — | — | — | 81,0 | 47,86 | — | — | 79,0 | 87,10 | 89,0 | 91,20 | 41,0 | 26,30 |
| | II | 100 | — | — | — | — | 68,0 | 37,15 | — | — | 96,0 | 93,33 | 95,0 | 104,70 | 28,0 | 19,50 |

Цусны дохорын нийлэс

Үргэлжлэл

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | |
|------|------|-----|------|-------|-------|---|------|--------|--------|-------|-------|--------|--------|--------|-------|-------|-------|--|
| 1983 | III | 100 | — | — | — | — | 87,0 | 66,07 | — | — | 99,0 | 147,90 | 98,0 | 97,22 | 7,0 | 14,13 | | |
| | IV | 100 | — | — | — | — | 82,0 | 144,5 | — | — | 98,0 | 60,26 | 55,0 | 46,67 | 19,0 | 20,42 | | |
| | V | 100 | — | — | — | — | 91,0 | 140,74 | — | — | 97,0 | 171,50 | 93,0 | 87,10 | 18,0 | 22,39 | | |
| | VI | 100 | — | — | — | — | 48,0 | 30,20 | — | — | 82,0 | 87,10 | 67,0 | 97,72 | 27,0 | 21,88 | | |
| | VII | 100 | — | — | — | — | 82,0 | 63,10 | — | — | 91,0 | 70,79 | 75,0 | 45,71 | 1,0 | 11,22 | | |
| | VIII | 100 | — | — | — | — | 96,0 | 79,43 | — | — | 99,0 | 158,50 | 91,0 | 75,86 | 9,0 | 15,14 | | |
| | IX | 100 | — | — | — | — | 89,0 | 51,29 | — | — | 94,0 | 166,0 | 78,0 | 162,20 | 55,0 | 20,89 | | |
| | X | 100 | — | — | — | — | 87,0 | 112,20 | — | — | 96,0 | 114,80 | 75,0 | 41,69 | 49,0 | 26,30 | | |
| | XI | 100 | — | — | — | — | 87,0 | 104,70 | — | — | 97,0 | 77,62 | 71,0 | 54,95 | 50,0 | 33,88 | | |
| | XII | 100 | — | — | — | — | — | 100,0 | 158,55 | — | — | 97,0 | 162,20 | 88,0 | 54,95 | 84,0 | 58,88 | |
| | 1984 | I | 100 | 23,0 | 12,30 | — | — | 43,0 | 39,81 | 36,0 | 21,88 | 45,0 | 41,69 | — | — | 15,0 | 23,64 | |
| II | | 100 | 23,0 | 20,89 | — | — | 84,0 | 58,88 | 25,0 | 18,77 | 86,0 | 95,50 | — | — | 21,0 | 19,95 | | |
| III | | 100 | 28,0 | 21,89 | — | — | 78,0 | 45,77 | 23,0 | 16,98 | 68,0 | 40,74 | — | — | 4,0 | 11,75 | | |
| IV | | 100 | 14,0 | 20,89 | — | — | 86,0 | 61,66 | 36,0 | 22,39 | 90,0 | 61,66 | — | — | 21,0 | 25,70 | | |

Үргэлжлэл

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
|------|------|-----|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------------------|-------|-------|
| 1984 | V | 100 | 79,0 | 40,74 | — | — | 83,0 | 109,6 | 48,0 | 40,74 | 100,0 | 82,00 | — | — | 0 | 12,88 |
| | VI | 100 | 32,0 | 23,44 | — | — | 55,0 | 28,18 | 36,0 | 24,55 | 57,0 | 67,61 | — | — | 0 | 12,88 |
| | VII | 100 | 38,0 | 25,12 | — | — | 59,0 | 28,84 | 47,0 | 25,70 | 63,0 | 45,77 | — | — | 7,0 | 14,13 |
| | VIII | 100 | 34,0 | 18,20 | — | — | 53,0 | 25,70 | 35,0 | 20,42 | 69,0 | 46,77 | — | — | 0 | 11,75 |
| | IX | 100 | 20,0 | 11,22 | — | — | 54,0 | 17,78 | 8,0 | 10,47 | 98,0 | 83,18 | — | — | 13,0 | 14,79 |
| | X | 100 | 95,0 | 22,39 | — | — | 97,0 | 28,84 | 98,0 | 22,91 | 98,0 | 43,65 | — | — | 37,0 | 14,79 |
| | XI | 100 | 61,0 | 19,95 | — | — | 99,0 | 35,48 | 57,0 | 20,89 | 98,0 | 39,81 | — | — | 71,0 | 18,52 |
| | XII | 100 | 96,0 | 22,39 | — | — | 88,0 | 28,84 | 77,0 | 21,38 | 97,0 | 45,71 | — | — | 97,0 | 47,86 |
| | I | 300 | 18,6 | 14,45 | 44,0 | 30,20 | 40,6 | 23,44 | 25,0 | 16,60 | 94,0 | 136,5 | 87,3 | 75,86 | 6,3 | 13,49 |
| | III | 500 | 21,6 | 18,62 | 12,0 | 12,88 | 38,6 | 28,18 | 6,0 | 12,30 | 55,0 | 34,67 | 88,3 | 95,50 ² | 2,7 | 10,72 |
| | V | 300 | 10,3 | 16,22 | 31,3 | 22,91 | 28,3 | 22,39 | 6,0 | 14,13 | 32,3 | 20,42 | 87,0 | 75,86 | 5,3 | 13,49 |
| | VII | 300 | 0,6 | 10,23 | 41,6 | 23,30 | 59,0 | 33,88 | 3,6 | 12,30 | 40,6 | 24,55 | 53,0 | 32,36 | 2,3 | 10,47 |
| IX | 300 | 1,3 | 10,96 | 13,3 | 12,30 | 14,6 | 16,60 | 1,0 | 10,23 | 45,3 | 23,84 | 62,0 | 18,20 | 1,0 | 11,48 | |
| XI | 300 | 5,6 | 12,02 | 34,0 | 20,30 | 24,3 | 22,91 | 1,3 | 11,02 | 38,0 | 19,05 | 33,3 | 25,12 | 1,6 | 12,59 | |
| 1985 | | | | | | | | | | | | | | | | |

Цусны донорын нийлэц

0-50 насны хүмүүсийн нийлэц

Үргэлжлэл

| 1. | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 |
|-------|-----|-----|-----|-------|------|-------|------|-------|-----|-------|------|-------|------|-------|-----|-------|----|
| I 986 | I | 300 | 2,3 | 11,48 | 34,0 | 25,08 | 9,7 | 14,45 | 0,3 | 11,05 | 19,3 | 21,38 | 3,0 | 12,88 | 0,3 | 11,0 | |
| | III | 300 | 0 | 10,47 | 20,0 | 15,14 | 39,0 | 15,60 | 0 | 10,47 | 63,6 | 44,02 | 68,6 | 51,29 | 0,7 | 11,22 | |
| | V | 300 | 4,0 | 11,75 | 46,7 | 27,54 | 38,6 | 23,99 | 0 | 10,47 | 52,7 | 29,51 | 46,3 | 28,18 | 0 | 10,47 | |
| | VII | 300 | 3,0 | 11,75 | 30,0 | 19,50 | 26,3 | 18,62 | 2,0 | 16,98 | 38,6 | 23,99 | 39,3 | 22,91 | 0 | 10,47 | |
| | IX | 300 | 1,8 | 12,30 | 17,3 | 18,20 | 9,6 | 16,98 | 0 | 10,23 | 32,0 | 23,44 | 32,3 | 19,50 | 1,0 | 11,22 | |
| | XI | 300 | 0 | 11,75 | 37,6 | 25,12 | 19,6 | 18,62 | 0 | 10,72 | 79,6 | 60,26 | 59,6 | 34,67 | 2,0 | 11,22 | |

0-50 насны хүмүүсийн нийлээс

Тайлбар:
 А-ийлдсэнд нь тухайн омгийн эсрэг бие 1:40-өөс дээш таныцтай хүмүүсийн эзлэх хувь
 Б-ээрэгЗ иеийн геометрийн дундаж таныц
 0-ийлдсийн 1;10 шингэлэлтэнд эсрэгбие илрээгүй
 — шинжилгээ хийгээгүй

Улаанбаатарт ялгасан томуугийн вирусийн зарим омгийг
дүйн тодорхойлсон дүн
(ЦНСУ-ийн урвуу таньцаар)

| Омгууд | Томуугийн эх омогийн эсрэг хэт дархан ийлдэс | | | | | | | |
|-----------------|--|---------------------|------------------------|-----------------------|----------------------------|------------------------|---------------------------|----------------------|
| | А/ПР/8/84 (Г1Н1) | А/ФМ/1/47 (Г1Н1) | А/СССР/90/77 (Г1Н1) | А/Чили/1/83 (Г1Н1) | А/Сингапур/ 1/57 (Г2Н2) | А/Техас/1/77 (Г3Н2) | А/Бангкок/1/ 79 (Г3Н2) | В/Сингапур 222/79 |
| А/Монгол/186/80 | 40 | 2560 | 2560 | — | 0 | 0 | — | 0 |
| А/Монгол/225/80 | 160 | 2560 | 2560 | — | 0 | 0 | — | 0 |
| А/Монгол/114/82 | 40 | 2560 | 160 | 320 | 0 | 0 | — | 0 |
| А/Монгол/176/82 | 160 | 1280 | 320 | 160 | 0 | 0 | — | 0 |
| А/Монгол/146/83 | 0 | 0 | 1280 | 320 | 0 | 0 | — | 0 |
| А/Монгол/198/83 | 2560 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | — | 0 |
| А/Монгол/284/83 | 0 | 0 | 620 | 80 | 0 | 0 | — | 0 |
| А/Монгол/2/84 | 20 | 20 | 640 | 1280 | 0 | 0 | — | 0 |
| А/Монгол/5/84 | 20 | 20 | 640 | 160 | 0 | 0 | — | 0 |
| А/Монгол/12/84 | 20 | 20 | 640 | 1280 | 0 | 0 | — | 0 |
| А/Монгол/31/85 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 40 | 0 | 0 |
| А/Монгол/81/85 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 80 | 0 | 0 |
| А/Монгол/230/85 | 20 | 20 | 1280 | 320 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| А/Монгол/240/85 | 0 | 0 | 160 | 320 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| А/Монгол/124/86 | 0 | 0 | 1280 | 80 | 0 | 0 | 40 | 0 |
| А/Монгол/129/86 | 0 | 0 | 2560 | 320 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| А/Монгол/229/86 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 40 | 160 | 0 |
| А/Монгол/241/86 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 40 | 0 |

тухайн үед идэвхтэй эргэлтэнд байсан омгуудтай төстэй нутгийн омгууд нь эсрэгтөрөгчийн хувьд зарим «цоо шинэ» эпитоптой, өөрөөр

хэлбэл өвөрмөц төрхтэй болох нь батлагдсан болно. (6, 12).

Ажиглалтын хугацаанд Улаанбаатар хотод 1980, 1981, 1982 оны

10—12-р сард ЗХУ-д үйлдвэрлэсэн, ууж хэрэглэдэг томуугийн А₁ амьд вакциныг 3-аас дээш насанд, 1985, 1986 оны 10—12-р сард ЗХУ-д үйлдвэрлэсэн, хамарт цацаж хэрэглэдэг А₂ амьд вакциныг 16-аас дээш насанд тус тус хэсэгчилэн хэрэглэж туршсан ба 1983, 1984 онд вакцин хэрэглээгүй байна. 1980, 1981 онд уудаг вакцины зэрэгцээ БНАГУ-д үйлдвэрлэсэн томуугийн А₁ тарьдаг вакциныг мөн бага хэмжээгээр туршин хэрэглэсэн юм. Вакцинжуулалтын үр дүнг сонгомол бүлэгт судалсан дүнгээс (1) үзэхэд дархлал судлалын шинжилгээгээр тарьдаг вакцин нь хамгийн сайн үр дүнтэй байсан боловч эпи-

демиологийн үр дүнгээр ууж хэрэглэдэг вакцин муугүй байсан юм. Томуугийн эсрэг вакцинжуулалтыг нийт хүн амыг 80% хүртэл хамран хийж чадаагүй болохоор найдвартай хамгаалах үр дүнгийн тухай ярих боломжгүй боловч ажиглалтын хугацааны АЗЦХӨ-ий өвчлөлийн хөдлөл зүйг (Зураг 1) хэрэглэсэн вакцины байдалтай харьцуулан үзвэл манай нөхцөлд ууж хэрэглэх вакцин илүү тохиромжтой байна гэж үзэж болохоор байна.

Бидний энэ ажил нь АЗЦХӨ-ий тархалтын зүйтөгтодийг, судлаж, тэмцэх аргагүйг боловсруулахын тулд олон талт иж бүрэн судалгаа шаардлагатайг нотлож байна.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. С. Алтанхуял, П. Тунгалагуяа, П. Нямдаваа (1982) Предварительные результаты изучения эффективности живой пероральной противогриппозной вакцины в условиях МНР, Вкн: Тезисы докладов третьей научно-практической конференции «Актуальные вопросы вирусологии», УБ, с.12—13;

2. Е. Бодьхуу, Д. Буджав, Б. Дэмбэрэл и др. (1985): Итоги изучения общей заболеваемости населения МНР, В кн: Состояние здоровья населения МНР, (Материалы совместной монголо-советской научно-практической конференции). УБ, с.8—14;

3. Ю. Г. Иванников, А. Т. Исмагулов (1983): Эпидемиология гриппа, Алма-ата, 204 с.;

4. Е. П. Ковалева, А. Я. Лысенко, Д. П. Никитин (1982): Урбанизация и проблемы эпидемиологии. М., Медицина, 174 с.;

5. Э. Леннетт, Н. Шмидт (ред.) (1974) Лабораторная диагностика вирусных и риккетсиозных заболеваний, перевод с англ. М., Медицина, 775 с.;

6. Д. К. Львов, С. С. Ямникова, И. Г. Шемякин и др. (1982): Персистенция генов эпидемических вирусов гриппа (ГНГ) в природных популяциях. *Вопр. вирусол.*, 27(4): 401—405;

7. И. Г. Маринич (1975): Оперативный анализ эпидемиологической ситуации по гриппу и прогноз заболеваемости острыми респираторными инфекциями в межэпидемический период, В кн: Проблемы гриппа и острых респираторных заболеваний (Сборник трудов), т.10, Ленинград, с. 19—24;

8. П. Нямдаваа (1986): Вирус судлалын үндэс, Тэргүүн дэвтэр: ерөнхий вирус судлал, 223 х.;

9. П. Нямдаваа, Т. Цэрэннадмид (1982) Томуугийн вирус агуулсан аллантоисыг шингэнээс глицерини диализээр оношлууур бэлтгэж хэрэглэсэн дүн, *Ачаагаах ухаан* №1 (41): 13—17;

10. Н. П. Обросова-Серова, В. И. Исаченко, С. Г. Чешик и др. (1977): Некоторые особенности вспышки гриппа в Улан-Баторе в 1974 г. *Вопр. вирусол.* 22(3): 291—294;

11. А. Н. Цветков, В. А. Епанечников (1984): Прикладные программы для микро-ЭВМ «электроника БЗ—34», «—электроника МК—56», «электроника МК—54, М. Финансы и статистика, с.102—104

12. С. С. Ямникова, П. Нямдаваа, Ж. Бэх-Очир, Д. К. Львов (1984): Антигенная композиция некоторых штаммов вируса гриппа, выделенных на территории МНР в последние годы в кн: Тезисы докладов четвертой научно-практической конференции «Актуальные вопросы вирусологии», УБ.; с.43;

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ГОРОДЕ УЛАН-БАТОРЕ В 1980—1986 ГОДАХ

П. Нямдаваа, С. Алтанхуял, П. Тунгалагуяа, Е. Батболд

В настоящем сообщении обобщены результаты семилетних (1980—1986 годы) комплексных исследований по эпидемиологии и этиологии ОРЗ в городе Улан-Баторе.

На основе данных по ежедневной заболеваемости ОРЗ в амбулаторных приемах в городе Улан-Батора с 1980 года по 1986 годы были вычислены толерантные пределы общей заболеваемости ОРЗ для каждой недели по методу ВНИИ Гриппа МЗ СССР на микро-ЭВМ «Электроника БЗ—34» используя готовых программ.

Ретроспективный анализ фактической заболеваемости ОРЗ в 1980—1986 гг. по сравнению с кривой вычисленных толерантных пределов позволяет выявить 10 вспышек, превышающих верхние толерантные пределы.

В среднем ОРЗ составляет 22,3% в общем числе амбулаторных приемов, причем 70% всех случаев ОРЗ регистрируется в возрастной группе до 5 лет. По усредненному данным каждый ребенок 0—12 месячного возраста болеет ОРЗ 6,4 раза в год, дети 1—4 летнего возраста 1,5 раза в год. В отличие от литературных данных заболеваемость ОРЗ в старших возрастных группах у нас сравнительно низкая ОРЗ составляет 4,5% среди всех амбулаторных приемов у людей старше 45 летнего возраста. Частично это может объясняться сравнительно малой обращаемостью врачу людей этих возрастных групп: на каждого жителя в этих возрастных группах приходится 1,5—2,5 амбулаторных приемов, при 2,3 для всего населения и 20,7 для детей 0—12 месяцев этого показателя.

Соотношение летальность (заболеваемость ОРЗ составляет для всего населения

4,8/1000. При этом 93,0% всех смертельных исходов осложнений ОРЗ приходится возрастной группе до 5 лет.

Для прослеживания возбудителей ОРЗ. носоглоточные смывы 1090 пациентов ОРЗ были пассажированы в развивающихся куриных эмбрионах и мазки от носоглотки 2422 больных ОРЗ были подвергнуты к иммуофлюоресцентной микрокопированию (ИФМ).

Всего были выделены 109 (10%) штаммов вируса гриппа А, среди них 51 (46,8%) штамма из антигенной группы А, (Г1Н1) и 8 (7,3%) штаммов А(Г3Н2).

Среди положительных в ИФМ проб вирусы гриппа А составили 38,1%, вирусы гриппа В—16,3%, вирусы парагриппа—31,5% аденовирусы и РС—вирусы по 6,9%.

Проведен сравнительный анализ перечисленных эпидемиологических и лабораторных показателей по времени.

Редакцид ирсэн 1988.04.05

Д. Батмөнх

ХОТЫН НАСАНД ХҮРСЭН ХҮН АМД АМБУЛАТОРИ ПОЛИКЛИНИКЭЭР ҮЗҮҮЛЭХ ДОТРЫН ТУСЛАМЖИЙН ХЭРЭГЦЭЭ

Эрүүлийг хамгаалахын удирдлагын эрдэм шинжилгээний төв

Амбулатори-поликлиникээр үзүүлж байгаа бүх төрлийн тусламжийн 32,5—57,7 хувь, гэрийн ба яаралтай тусламжийн 90 орчим, гүргэн тусламжийн 50 гаруй хувийг дотрын чиглэлээр үзүүлж байна. (5.9).

Хүн амд үзүүлэх төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн тусламж ихээхэн өргөжиж байгаа өнөөгийн нөхцөлд ч дотрын ерөнхий мэргэжлийн (хэсгийн эмч)-ийн үүрэг улам өснө (3).

1980—1985 онд АУХ-ээс ЗХУ-ын Н. А. Семашкогийн нэрэмжит Бүх Холбоотын нийгмийн эрүүл ахуй, эрүүлийг хамгаалахын зохион байгуулалтын институттэй хамтран явуулсан хүн амын ерөнхий өвчлөлийн судалгааны дүнгээс үзэхэд хотын насанд хүрсэн 1000 хүн амд 971,5 өвчлөл бүртгэгдсэний 500,6 буюу 51,5% нь дотрын өвчин байв. Энэ нь хүн амд амбулатори-поликлиникээр үзүүлэх дотрын тусламжийн хэрэгцээг шинжлэх ухааны үндэслэлтэйгээр тогтоож, зохион байгуулалтын хэлбэрийг боловсрон-

гүй болгох шаардлагатай болохыг харуулж байна.

Хүн амын өвчлөлийг эмнэлэгт ирсэн байдал, эмч нарын бүрдмэл үзлэгээр хавсран судалж өвчлөлийн бүтэц, төвшинг тогтоож, улмаар экспертийн үнэлгээ өгөх аргаар хүн амаас төрөл бүрийн эмнэлгийн тусламж авах хэрэгцээний норм, норматив боловсруулдаг (1. 5).

Манай оронд хөдөөний хүн амын өвчлөлийг Н. Чагнаа (1967), Ц. Мухар (1986), хотын хүн амын өвчлөлийг Л. Буджав (1971) нар судалж хөдөөний нэг иргэн жилдээ 5,9—7,14 удаа, үүнээс дотрын мэргэжлээр 1,4; хотын нэг иргэн 8,0 удаа, үүнээс дотрын мэргэжлээр 2,0 удаа үзүүлэх хэрэгцээтэйг тогтоожээ.

Бид хүн амын өвчлөлийн судалгаанд үндэслэн хотын насанд хүрсэн хүн амд амбулатори-поликлиникээр үзүүлэх дотрын тусламжийн хэрэгцээг гаргах зорилт тавилаа. Судалгаанд Улаанбаатар хотын 40 дотрын хэсгийн үйлчлэх хүрээний

20 гаруй мянган хүн амын эмнэлэгт ирсэн байдал ба 8000 гаруй хүнд хийсэн эмч нарын бүрдмэл үзлэгийн материалыг тусгалаа. Нийт өвчлөлийн дотроос дотрын тусламж шаардагдах өвчний нэршлийг гаргахдаа Р. А. Яруллина, В. А. Жуков нарын аргыг хэрэглэв. (4. 10).

Хүн амын өвчлөлийг зөвхөн эмнэлэгт ирсэн байдлаар судлахад хүн амын эмгэгт төлөв, ялангуяа зовиур багатай архаг өвчлөл орхигддог тул эмч нарын бүрдмэл үзлэгээр анх илэрсэн архаг өвчлөлийн түвшин 198,8% байсан бөгөөд эмнэлэгт ирсэн байдлаар бүртгэгдсэн өвчлөлд харьцуулж үзвэл нийт өвчлөлийн хэмжээг насанд хүрсэн 1000 хүн амд 699,4 гэж тогтоосон юм. Эмч нарын бүрдмэл үзлэгийн дүнгээр зүрхний ишеми, бүсэлхий ууц нурууны радикулит, тархины судасны хямрал (хатуурал), элэг цэсний болон бөөр, бөөрний тэвшинцэрийн архаг өвчин нилээд хэмжээгээр нэмж оношлогдлоо.

Судалгаанаас үзэхэд: амьсгалын эрхтэний өвчин дотрын бүх өвчлөлийн 39,9%-ийг эзэлж эхний байранд орж үүнээс амьсгалын дээд замын хурц халдварт ба томуу, уушгины хатгаа, ангина, хурц бронхит өвчин зонхилж байна. Хоёрдугаар байранд зүрх судасны өвчлөл (21,8) орж, үүнээс цусны даралт ихдэх өвчин, хэрлэг зүрхний ишеми өвчин; хоол боловсруулах эрхтэний өвчлөл (20,9%) гуравдугаар байранд, үүнээс ходоод, бүдүүн нарийн гэдэс, элэг, цэсний архаг үрэвсэл; дөрөвдүгээр байранд мэдрэлийн эрхтэний өвчлөл (4,5%), халдварт паразит (4,4%), бөөр шээсний замын болон бусад эрхтэн системийн өвчлөл орж байна. Үүнээс халдварт гепатит, сүрьеэ, цусан суулга өвчин олонтой тохиолдож байна. Хүн амаас амбулатори-поликлиникийн тусламж авах хэрэгцээг тогтооход хүн амын өвчлөлийн үзүүлэлтээс гадна тухайн нэг өвчний учир давтан үзүүлэх үзлэг (крайтность посещения)-ийн тоог өвчний анги, нэршил, хүн амын нас, хүйсний онцлогтой уялдуулан экспертийн үнэлгээ өгөх аргыг ашигладаг.

Бид хүн амаас тухайн нэг өвчний учир давтан үзүүлэх үзлэгийн тоог тогтооход хамтын ажиллагаатай ЗХУ-ын Н. А. Семашкогийн нэрэмжит институтын судалгааны бэлэн үр дүнг авч ашигласан юм. Нийт өвчлөлийн төвшин, бүтцийн зүй тогтлыг тогтоосны үндсэн дээр давтан үзлэгийн коэффициентийг ашиглан эмчилгээний үзлэгийн хэрэгцээг өвчний анги, нэршил, нас хүйсний бүлэг бүрээр тооцож гаргалаа (хүснэгт 1.)

Хүснэгтээс үзэхэд: зүрх судасны өвчний эмчилгээний үзлэг хамгийн их (839,24% буюу 34,0%), үүнээс цусны даралт ихэссэнтэй холбоотой үзлэг нийт үзлэгийн бараг 60%-ийг эзэлж байна. Энэ системийн үзлэгийг нийтэд нь авч үзвэл эмэгтэйчүүдэд илүү байгаа боловч цусны даралт ихдэх өвчний хувьд эрэгтэйчүүдэд их ногдож байна.

Хоёрдугаар байранд амьсгалын эрхтэний өвчний үзлэг (793,0% буюу 32,2%) орж, үүнээс зөвхөн томуу ба амьсгалын дээд замын хурц халдваруд 1/3-ээс их байна. Томуу ба амьсгалын дээд замын хурц халдварт өвчнөөр эмэгтэйчүүд илүү үзүүлж байна.

Гуравдугаар байранд хоол боловсруулах эрхтэний өвчний үзлэг (369,09% буюу 14,9% орж), үүнээс ходоод, бүдүүн нарийн гэдэсний үрэвсэлийн үзлэг зонхилж мөн эмэгтэйчүүд олонтой үзүүлжээ. Зөвхөн энэ гурван эрхтэн, системийн үзлэг бүх үзлэгийн 81,2%-ийг эзэлж байна.

Хүн амаас амбулатори-поликлиникээр тусламж авах хэрэгцээг гаргахад диспансерийн хяналтын болон урьдчилан сэргийлэх үзлэгийн тоог мөн тооцох ёстой.

Диспансерийн хяналт, урьдчилан сэргийлэх үзлэгийн тоог одоо мөрдөж байгаа Эрүүлийг хамгаалах яамны сайдын тушаал, заавар болон бусад эрхийн актуудыг үндэслэн тооцоход насанд хүрсэн 1000 хүн амд дотрын мэргэжлээр диспансерийн хяналтын 1867,52, урьдчилан сэргийлэх 1556,4 үзлэг ногдож байна.

Хотын насанд хүрсэн 1000 хүн амаас амбулатори
поликлиникээр дотрын тусламж авах хэрэгцээ

| Өвчний анги, нэршил | Эмчилгээний үзлэгийн тоо | | |
|--|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| | Эр | Эм | Бүгд |
| Амьсгалын эрхтэний өвчин Үүнээс: Томуу ба ангина Ангина Архаг бронхит | 701,44 206,66 104,27 155,78 | 883,75 307,83 151,68 132,32 | 793,07 257,24 127,97 144,05 |
| Зүрх судасны өвчин Үүнээс: Цусны даралт ихдэх өвчин Хэрлэг | 760,71 481,91 85,86 | 917,79 528,85 150,93 | 839,24 505,38 118,39 |
| Хоол боловсруулах эрхтэний өвчин Үүнээс: Ходоодны үрэвсэл Нарийн бүдүүн гэдэсний үрэвсэл | 309,12 158,42 50,53 | 429,11 233,26 81,28 | 369,09 195,83 65,90 |
| Халдварт, паразитын өвчин Үүнээс: Сүрьеэ Халдварт шарлах өвчин | 124,31 69,82 23,03 | 99,85 50,47 27,48 | 112,06 60,14 25,25 |
| Бусад | 19,33 | 28,96 | 24,14 |
| БҮГД | 2188,75 | 2739,54 | 2464,47 |

Хотын насанд хүрсэн 1000 хүн амд ногдох нийт үзлэг

| он | Үзлэгийн төрөл | | | |
|-----------------------------|--------------------|--------------------------|------------------------|---------------------|
| | Эмчилгээний | Диспансерийн хяналтын | Урьдчилан сэргийлэх | Бүгд |
| Нийт үзлэг Үүнээс: Дотор | 5339,11 2464,47 | 3875,92 1867,52 | 2873,43 1556,40 | 12088,40 5888,39 |

Ийнхүү бид хотын насанд хүрсэн 1000 хүн амаас дотрын тусламж авах хэрэгцээ буюу нийт үзлэгийн тоог тооцож гаргалаа. (Хүснэгт 2)

Хоёрдугаар хүснэгтээс харахад: хотын насанд хүрсэн хүн амаас амбулатори-поликлиникээр дотрын тусламж авах хэрэгцээ 1000 хүн амд 5888,39, үүнээс өвчний буюу эмчилгээний үзлэг 2464,47; диспансерийн үзлэг 1867,52; урьдчилан сэргийлэх үзлэг 1556,4 ногдож байна.

ДҮГНЭЛТ:

1. Дотрын өвчлөл хотын насанд хүрсэн 1000 хүн амд эмнэлэгт ирэлтээр 500,6; эмч нарын бүрдмэл үзлэгээр 198,8; нийт 699,4 байна.

2. Дотрын өвчлөлийн бүтцэд амьсгалын эрхтэний өвчин 39,9%, зүрх судасны өвчин 21,8%, хоол боловсруулах эрхтний өвчин 20,8%, мэдрэлийн системийн өвчин 4,5%, халдварт, паразитын өвчин 4,4% эхний байранд орж байна.

3. Дотрын өвчнөөр эмчилгээний үзлэгийн тоо насанд хүрсэн 1000 хүн амд 1484,94. Үүнээс: эрэгтэйчүүдэд 1272,57, эмэгтэйчүүдэд 1697,46 байна.

4. Дотрын өвчнөөр нийт үзлэгийн тоо насанд хүрсэн 1000 хүн амд 2464,47; (эрэгтэй 2188,75, эмэгтэй 2739,54), Үүнээс: диспансерийн хяналтын 1867,52; урьдчилан сэргийлэх 1556,4 үзлэг ногдож байна.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. В сб. Актуальные проблемы экономики и планирования здравоохранения (Тезисы докладов конференции института им Н. А. Семашко) М., 1985 г.

2. Л. Буджав. Нормативы потребности городского населения в медицинской помощи и некоторые вопросы перспективного планирования здравоохранения в МНР. Автореф. канд. дисс. УБ. 1971 г.

3. А. А. Грандо: А. Д. Ярменчук, Участковый врач. Киев. 1977 г.

4. В. А. Жуков. Вопросы планирования терапевтической поликлинической помощи. М., 1969.

5. Ц. Мухар. Хөдөөгийн эмнэлэг. УБ. 1986.

6. Б. В. Петровский. Совершенствовать терапевтическую помощь. Сов. здравоохранение. 1976.6 3—10.

7. А. А. Роменский. Общая заболеваемость городского населения. Сов. здравоохранение. 1978. 6. 13—18.

8. Н. Чагнаа. Заболеваемость сельского населения и его потребность в амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи. Автореф. дисс. канд. УБ., 1969.

9. Н. В. Эльштейн. Терапевты и специализация медицины. Таллин, 1973 г.

10. Р. А. Яруллина. Нормативы лечебно-профилактической помощи взрослому городскому населению по терапии. В кн. Заболеваемость городского населения и нормативы лечебно-профилактической помощи. Под ред. И. Д. Богатырева. М., 1967.

ПОТРЕБНОСТИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛОМУ ГОРОДСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ

Д. Батмунх

Автором была изучена заболеваемость и потребность в терапевтической поликлинической помощи взрослому городскому населению.

Уровень заболеваемости взрослого городского населения по обращаемости составляет 500,6, по медицинским осмотрам 198,8; исчерпанная заболеваемость составляет 699,4 на 1000 взрослых жителей.

Общее число посещения на 1000 взрослого населения составляет 5888,49 в том числе лечебного 2464,47; диспансерного 1867,2 и профилактического 1556,4.

Редакцид ирсэн 1987.07.14

Т. Ядамсүрэн, Б. Зул

МӨӨГӨНЦӨРТ ӨВЧНИЙ ҮҮСГЭГЧИЙН БҮРЭЛДЭХҮҮН, ХАЛДВАР СУДЛАЛЫН АСУУДАЛД.

Арьс өнгөний эмгэг судлалын нэгдсэн төв

Мөөгөнцөрт өвчин эрт дээр үеэс мэдэгдэж, дэлхийн олон оронд тархсан халдварт өвчин юм.

Үүсгэгч нь трихофитон, микроспорон, ахорнон, эпидермофитоны төрлийн мөөгөнцөр бөгөөд түүний нэг хэсэг (антрофил) нь хүний, нөгөө хэсэг (зоофиль) нь мал амьтны шимэгчээр амьдардаг. Мөөгөнцөрт өвчин өвчтэй мал, хүнээс дамжин халдварладаг бөгөөд голчлон хүүхэд өвчилдөг онцлогтой. Эдгээр өвчний халдварын тархалт нь тухайн хүний эрүүл мэндийн

байдал, хоолны чанар, бүрэлдэхүүн, ахуйн ариун цэврийн байдал, цаг уурын байдал болон үүсгэгчийн хоруу чанар зэрэг олон зүйлээс шалтгаалдаг (1, 3, 4, 5, 6, 7).

Мөөгөнцөрт өвчин сүүлийн жилүүдэд газар бүр жигд бус тархалттай байгаа ба ялангуяа микроспорон Канисаар үүсдэг өвчин дэлхийн олон оронд тархаж, Европын ихэнх оронд хүн амын 80—90 хувийг хамарч буй тухай мэдээлэх боллоо (1, 4, 5, 6, 8). Мөөгөнцөрт өвчний үүсгэгчийн дотор микро-

порон Канис 1967 оны байдлаар Украинд 79,6 хувь, Молдавид 77,5 хувь, Холбоот Орос Улсад 74,2 хувьд хүрч буйг мэдээллээ (6 8).

Хэвлэлийн материалаас үзэхэд мөөгөнцөрт өвчний өвчлөл их байгаа ба түүний үүсгэгчийн бүрэлдүүнд эрс өөрчлөлт орж, олонхи оронд зооантропоноз мөөгөнцөр зонхилох болж, гэхдээ хот, суурин газруудад зооантропоноз трихофитон зонхилох болсныг мэдээлж байна.

Манай оронд 1964 оныг хүртэл мөөгөнцөрт өвчний үүсгэгчийн бүрэлдүүнийг тодорхойлох, халдвар судлалын талаар тодорхой ажил хийгдэж байгаагүй бөгөөд 1964 оноос эхлэн Арьс өнгөний эмгэг судлалын нэгдсэн төвд (АӨЭСНТ) мөөгөнцөр судлалын лаборатори байгуулж, клиник тасаг, поликлиникт кабинет нээж, эмч мэргэжилтэн бэлтгэж ажилласанаас хойш нэлээд ажлууд хийгдэж үр дүнтэй болж байна. Бид 1964—1986 онд хийгдсэн мөөгөнцөрт өвчний үүсгэгчийн бүрэлдүүнийг тодорхойлох, уг өвчний халдвар судлалын зарим онцлогийг гаргах зорилгоор 21 жилийн материалыг судалж үзсэн юм.

Хүснэгт 1

Мөөгөнцөрт өвчний өвчлөл
10,000 хүн амд (21 жилээр)

| | 1935 | 1975 | 1985 |
|----------------|------|------|------|
| Улсын дундач | 15,0 | 9,1 | 4,6 |
| Аймгийн дундач | 12,3 | 7,1 | 3,0 |
| Улаанбаатар | 12,7 | 14,0 | 7,3 |

Үүнээс үзэхэд халдварт мөөгөнцөрт өвчин улсын хэмжээнд жил дараалан буурч байгаа боловч өвчлөл нэлээд их, ялангуяа Улаанбаатарт бүр ч их, уг өвчинтэй тэмцэх ажил онцгой чухал болсон учраас зохион байгуулалтын тодорхой ажил хийх шаардлагатай байна.

АӨЭСН Төвийн мөөгөнцөр судлалын лабораторийн 1964—1986 онд аймаг, хотын арьс өнгөний диспансер, бас тус төвийн материалаар судалгаа хийж үзэхэд өсгөвөрийн

зонхилох хувийг зооантрофиль микроспорон (микроспорон Канис -51,4%—55,5%), удаах байранд антрофиль трихофитон (трихофитон виалацеум —31,7—33,1%) орж байна (2, 9).

1977 оноос эхлэн мөөгөнцөрт өвчний үүсгэгчийн бүрэлдүүн өөрчлөгдөж трихофитон рубрум, кандида, алаг цахлайны үүсгэгч микроспорон фур фур болон хөгцний мөөг нэлээд хэмжээгээр гарах боллоо. Энэ нь эмчилгээнд төрөл бүрийн антибиотик ба кортикостероид гормоныг өргөн хэрэглэх болсонтой холбоотой болохыг олонхи судлаачид, эмч нарын бүтээлд тусгагдсантай тохирч байна (3, 4, 5, 6, 7, 8).

Сүүлийн жилүүдэд нийт мөөгөнцөрт өвчний дотор хожгор үлдийн эзлэх хувийн жин цөөрч байгаа боловч тодорхой хэмжээгээр байсаар байна. Ийм ч учраас өсгөвөр шинжилгээнд 0,6—4,0 хувийг эзэлж байна. Хожгор үлдийн шинж тэмдэг нь бүлэг балархай учраас оношийг зөвхөн өсгөвөр шинжилгээгээр тогтоож байна. Олонхи тохиолдолд ийм бүлэг хэлбэрийн хожгор үлдийг хяргагч үлд, хайрст үлд гэж оношлон эмчилдэг байна.

Сүүлийн жилүүдэд дэлхий даяар трихофитон рубрумаар үүсдэг хөлийн улны мөөгөнцөрт өвчин эрс нэмэгдэн, тархаж байгааг олонтой мэдээлж байгаа ба манай улсад 1970-д оноос оношлогдож эхэлсэн юм. Европын зарим орон болон Хятад, Японд хүн амын дунд энэ өвчин их тархсан байна (2, 3). Хөлийн мөөгөнцөрт өвчний үүсгэгч, ялангуяа трихофитон рубрум сүүлийн 10 жилд манайд хийгдсэн бүх өсгөвөрийн дотор 2,0—10,0% эзлэх болсон нь хүн амыг энэ өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх арга ажиллагаанд сургах, урьдчилан сэргийлэх тодорхой ажил зохион байгуулах шаардлагатай байгааг харуулж байна. Хөлийн мөөгөнцөрт өвчнөөр өвчлөгсдийн халдвар судлалын талаар хийсэн судалгаанаас үзэхэд олонхи өвчтөн ямар нэгэн хугацаагаар гадаадад сурч, ажиллаж байхдаа өвчилсөн болох нь тодорхойлогдлоо (2, 9)

Мөөгөнцөрт өвчний үүсгэгчийн бүрэлдэхүүн
(21 жилийн дундач, хуваарь)

| Үүсгэгчийн нэр | Trichophyton | | | | Mycosporon | | | Хөлийн мөөгөнцөр | | Mycosporon fur fur | Candida | плесени |
|--|--------------|--------------|---------|------------|------------|-------------|---------------------|---------------------|-----------------------------|--------------------|---------|---------|
| | Violaceum | Crateriforme | Gypseum | Verrucosum | Canis | Ferrugineum | Achorion schenleini | Trichophyton rubrum | Trichophyton mentagrophytes | | | |
| шинжлэгчийн нэр, он | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| Т. Ядамсүрэн 1964 он | 33,1 | 5,6 | 1,8 | 5,4 | 51,4 | 1,8 | 0,9 | = | | | | |
| Х. Сэрээдорж 1972 он | 31,7 | — | 1,6 | 7,1 | 55,5 | 2,4 | 0,8 | — | | | | |
| Ильченко Л. С. Ядамсүрэн Т 1977 он | 32,6 | — | — | 9,8 | 27,2 | 11,8 | 3,2 | 6,5 | — | 2,5 | 5,9 | 0,5 |
| Г. Цэрмаа 1980 он | 40,3 | 0,2 | — | 0,4 | 44,0 | 6,5 | 0,6 | 2,0 | — | — | 1,0 | 5,0 |
| Б. Зул 1985 он | 43,0 | — | — | 6,8 | 25,0 | 3,0 | 4,0 | 10,0 | — | 1,2 | 7,0 | 20,0 |
| Б. Зул 1986 он | 30,0 | — | 0,1 | 0,2 | 40,9 | 1,1 | 0,1 | 10,2 | — | 7,0 | 6,0 | 4,4 |

Судалгаанаас үзэхэд микроспором Канисаар үүсдэг бужуу үлд 5—6 жилийн хэлбэлзэлтэйгээр, ихэнхдээ 5—10 дугаар сард илэрч байна. Энэ нь манай оронд хавар орой эхэлдэг, цаг уур сэрүүн, эрс тэс хуурай уур амьсгалтай байдагтай холбоотой байж болох юм.

ЗХУ-ын зарим эрдэмтэд ингэж үзэж байна (4, 5, 6, 8).

Бидний ажиглалтаар бужуу үлд улирлын чанартай, ялангуяа уг өвчний үүсгэгчийг хадгалагч гол эзэн болох муур, нохой хавар, зуны улиралд үржин олширдогтой холбоотой байна.

Мөөгөнцөрт өвчнөөр зонхилон 7—15 насны хүүхэд (56,1%) тэгэхдээ 1—4 дүгээр ангид сурдаг эрэгтэй хүүхэд голчлон өвчилж байна. Өвчтэй үхэр, хонь зэрэг малаас

дамжин халдварладаг зооантропоноз хяргагч үлдийг үүсгэгч трихофитон веррукозум (0,4—9,8%) цөөн бишээр илэрч буй нь голдуу малчид, тэдний хүүхдүүд өвчилсөн онцлогтой байна.

Судалгаанаас үзэхэд сүүлийн 22 жилийн дотор мөөгөнцөрт өвчний үүсгэгчийн бүрэлдүүнд мэдэгдэхүйц өөрчлөлт гарч, зооантропоноз мөөгөнцөр (35,8%) зонхилох болж байгаа боловч антропиль мөөгөнцөр (33,0%) -ийн эзлэх хувь тодорхой буурахгүй байна.

Хожгор үлдийн үүсгэгч (4,0%), хөлийн мөөгөнцөрт өвчний үүсгэгч (10,0%) -нд тодорхой хэмжээгээр нэмэгдэх хандлагатай байгааг онцгой анхаарах нь зүйтэй. Бужуу үлд улирлын чанартай, зонхилон хүүхдийн дунд илэрч байна.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Т. И. Безнос—Материалы к эпидемиологии и иммунологии некоторых дерматомикозов. Харьков, 1972.

2. Л. С. Ильченко, Т. Ядамсүрэн—О грибковых заболеваниях Монгольской Народной Республики журнал ВДВ. 1980, 1,

3. П. Н. Кашкин—Медицинская мико-

логия (руководство для врачей). Ленинград, 1982.

4. В. Г. Синченко, В. К. Патратин—Динамика структуры возбудителей дерматофитий на Буковине за 14 лет. (1970—1983 г) журнал ВДВ. 1986, 1,

5. Н. Н. Тарануха—Эпидемиологические особенности дерматофитий. журнал ВДВ 1986, 4, 24—30.

6. И. И. Умнова, Н. Д. Шеклаков, В. М. Лещенко, Т. И. Безнос, журнал ВДВ, 1972, 4, 75—80.

7. Н. Д. Шеклаков, М. В. Милич—Грибковые заболевания человека. 1970 Москва, 1970.

8. Н. Д. Шеклаков, С. Г. Андриасян—журнал ВДВ. 1981, г. 12, 24—34.

9. Т. Ядамсүрэн—Улд халдварт өвчин Улаанбаатар. 1974.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ВИДОВОЙ СОСТАВ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ГРИБКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ

Т. Ядамсүрэн, Б. Зул

В последние годы отмечается изменение видового состава возбудителей и гло-

бальное распространение микозов, и в их числе ранее редко встречающиеся микозы, вызываемые красным трихофитом, которым поражённость населения в большинстве Европейских стран достигает 80—90%.

В связи с этим нами были проведены анализ грибковой заболеваемости и культурального исследования микологической лаборатории ОЦ. КВБ. за последние 22 года.

Авторы отмечают, что в связи с широким применением в терапии больных с различными заболеваниями антибиотиков и кортикостероидов увеличивается число больных кандидозами и плесневыми микозами.

Редакция ирсэн 1987. 07. 23

Ч. Лиза

ХӨХҮҮЛ ХҮҮХДИЙН ОТОАНТРИТ ӨВЧНИЙ КЛИНИКИЙН АНГИЛЛЫН АСУУДАЛД

Эх нялхсын эрүүл мэндийг хамгаалах эрдэм шинжилгээний нэгдсэн төв

Хөхүүл хүүхдийн отоантрит өвчин олонтой тохиолддог. Хөхүүл хүүхдийн отоантрит нь олонх тохиолдолд өвчтөний ерөнхий байдалд нөлөөлдөг төдийгүй зарим дотоод эрхтэнд өөрчлөлт оруулдаг чанараараа ч гонх дахь (антрум) анхдагч болон ялангуяа далд хэлбэрийн хоёрдогч отоантрит өвчнийг таньж оношлоход бэрхшээл учруулдаг онцлогтой.

Бид Улсын Хүүхдийн клиникийн төв эмнэлгийн чих хамар хоолойн болон дотрын тасагт хэвтэж эмчлүүлсэн отоантрит өвчтэй, 5 хоногтойгоос 10 сартай 105 хүүхдэд ажиглалт хийснээс 20 (19%) нь, анхдагч отоантриттай, 85 (81%) нь хоёрдогч отоантрит өвчтэй байлаа. Түүнчлэн анхдагч отоантрит өвчтэй 20 хүүхдийн 5 нь, хоёрдогч отоантрит өвчтэй 85 хүүхдийн 20 (22%) нь далд хэлбэрийн отоантриттай байлаа. Далд хэлбэрийн отоантрит нь гол төлөв тэжээлийн доройтол ба сульдаа өвчтэй хүүхдэд илэрсэн байна.

Анхдагч отоантрит өвчний үед хүүхэд халуурч халуун нь 38—39° хүрч, хөхөө хөхөж чадахгүй, тай-

ван байдал нь алдагдаж оройн цагаар уйлах, огт унтахгүй буюу унтсан ч өчүүхэн чимээнд сэрэх, амаа ангайж унтах, арьс нь цайвар саарал өнгөтэй болж, баас нь тогтворгүй болохын хамт мэдрэл хордлого давамгайлж байгаа үед халуун нь нэмэгдэж амьсгаадна. Ийм үед уг өвчинг голчлон уушгины хатгалгаа, цусан үжил, тархины гэмтэл гэдэг оношийн дор эмчлэх тохиолдол нилээд байсан. Эргэлзээтэй үед эмчээс дорх зүйлийг анхаарч байвал зохино.

Үзэхэд чихний арын булчирхай цочсон, чихний дэлбэ хэвийн, арьс нь бага зэрэг халуун оргиж зузаарсан байх нь ажиглагдана. Чихний цэцэг дээр дарахад хөндүүрлэн хүүхэд уйлж, эмзэглэнэ. **Отоскопийд:** хэнгэрэг нь улайж, таних цэгүүд арилж, хэнгэрэгийн ар дээд хэсэгээр цүлхийж, чихний сүвийн ар дээд хана нь улайж зузаарсан нь харагдана.

Цусны шинжилгээнд цагаан цогцос олширч, бөөмт савханцар нь зүүн тийш хазайсан байна. Хэвийн өсөлт торнилттой хүүхдэд клиникийн ерөнхий шинж тэмдэг, отос-

копийн өөрчлөлт эрт илэрдэг учир эмчилгээ нь эрт эхэлвэл хүүхдийн жин бараг буурдаггүй. Харин сульдаа тэжээлийн доройтолтой хүүхдийн арьс цайж цонхийн, биеийн урвалж чанар муу учир гиншигнэн уйлах, нойрмоглох, амаа ангайж унтах эсвэл нүдээ аньж унтсан мэт хэвтэж буюу орчиндоо анзаарга муутай байх, баас нь тогтворгүй болж, эцэж турах шинж илэрч, цусны ерөнхий шинжилгээнд бөөмт савханцар зүүн тийш хазайхаас өөр онцын өөрчлөлт илрэхгүй.

Чихний сүвэнд лүүз шургуулж үзэх үед хүүхэд нүүрээ үрчийлгэж эмээглэнэ. **Отоскопийд:** хэнгэргийн өнгө нь хувирч зэвхий саарал юмуу шаргал өнгөтэй болж гадна чихний сүвний ар дээд хана улайж хавагнана.

Хоёрдогч отоантрит: Өвчний улмаас биеийн эсэргүүцэл нь суларсан, антибиотик удаан хугацаагаар эмх замбараагүй хэрэглэж байсан хүүхдэд гол төлөв тохиолдоно. **Хоёрдогч отоантрит** үндсэн өвчний явцыг хүндрүүлэх нь олонтой байдаг. Жишээлбэл уушгины хатгалгааны улмаас үүссэн отоантрит нь хүнд явцтайн зэрэгцээ амьсгалын дутагдлыг гүнзгийрүүлж хатгалгааны эдгэрэлтийг удаашруулдаг. Хатгалгааны улмаас үүссэн отоантрит нь мэдрэл хордлого, амьсгал, зүрх судасны ба бөөрний дээд булчирхайн дутагдал, биж зэрэг олон шинж тэмдгээр илэрдэг. Бөөрний дээд булчирхайн дутагдлын үед: өвчтөн гэнэт халуурч, халуун нь 40° хүрсэнээ татаж, арьс нь цайх, цусархаг тууралт биеэр нь туурч, шээс нь ховордож, тамир тэнхээ сулдах шинж тэмдэг илэрнэ. Хоёрдогч отоантридын өөр нэг шинж бол хүүхдийн жин нь хэвдээ байх буюу аажим турах явдал юм.

Цусан үжлээс үүссэн отоантридын үед зүрх судасны дутагдал, мэдрэл хордлого, бижийн шинж тэмдэг илүү илэрч байлаа. Гэдэс ходоодны өвчний улмаас үүссэн отоантридын үед хүүхэд олон дахин бөөлжиж, суулгаснаас шингэнээ алдаж хордлогот усгүйжилт (токсикоэксикоз)-д орох нь бас ажиглагдлаа. Шингэнээ алдсанаас болж

бодисын солилцоо хямрана. Гэдэс ходоодны хямрал, отоантридын хордлого хавсарсан үед ус, давсаа тэнцүү алдсан хордлого давамгайлж байлаа. Энэ үед хүүхэд тамир тэнхээгүй болж, амаа ангайж утна. Хөх, хоолондоо дургүй болж, зүрхний авиа нь бүдгэрэн шээс нь ховордоно. Цусны сийвэнд натри 135 ммоль/л хүртэл буурах боловч харин кали хэвийн хэмжээнд байлаа. Гемоглобин 84—90г/л хүртэл ихэссэн нь шингэн ихээр алдсаны шинж юм.

Далд хэлбэрийн анхдагч ба хоёрдогч отоантридын үед тодорхой шалтгаангүй халуурах, тайван бус болох, уйлах, чарлах, уйлагнах нойрондоо муу болох, хэрэв унтвал амаа ангайж, айж эмээсэн байдалтай унтах бөгөөд ялимгүй чимээнд амархан сэргэнэ. Хөхөө хөхөж чадаггүй, царай нь цонхийж баас нь тогтворгүй болж, биеийн жин нь буурна. Тэмтэрч үзэхэд чихний ардын булчирхай нь цочсон, арьс нь халуун байна. **Отоскопийд:** гадна чихний сүвийн ар дээд хана улайж хавагнана.

Отоантридын илэрч байгаа шинж тэмдгээр нь бид доорхи байдлаар ангилж үзлээ.

- а) Хордлогот үжлийн хэлбэрийн:
- б) Гэдэс ходоодны хэлбэрийн,
- в) мастойдит маягийн, г) тархины хатуу хальс-тархины үрэвслийн хэлбэрийн,

Хордлогот үжил хэлбэрийн отоантридын талаар ном хэвлэлд төдий л бичигдээгүй байна. Энэ хэлбэрийн отоантрит нь 60/57,14%-г эзэлж байна. Уул хэлбэрийн отоантридын үед өвчтний биеийн байдал тун хүнд, 40° хүртэл халуурч тайван бус болж хүйтэн хөлс нь чийхрэн, гар хөл нь хөрч, арьс нь зэвхий саарал өнгөтэй болж, зүрхний авиа бүдгэрч, амнаас нь хөөстэй шүлс гарч, хамар нь сарталзан амьсгаадна. Энэ үед отоантрит өвчинг уушгины хатгалгаа өвчнөөс ялгаж танихад бэрхшээлтэй. Гэрлийн шинжилгээ, цусны ерөнхий шинжилгээ, отоскопи, антропункцээр оношлоно. Отоскопийд хэнгэрэг нилдээ улайхын зэрэгцээ гол төлөв хэнгэргийн ар дээд хэсгээр

илүү улайж таних цэгүүд арилж, гадна чихний сүвийн ар дээд хана улайж зузаарна.

2. Гэдэс ходоодны хэлбэрийн отоантрит. 24 (20%) хүүхдэд ажиглагдлаа. Энэ үед өвчтөн шингэнээ алдаж эксикозод орж хүүхдийн амь насанд аюул учруулахад хүргэдэг. Бас хүүхдийн тамир тэнхээ сул болохын зэрэгцээ, хүүхэд гиншигнэн уйлж, амаа ангайж унтна. Арьс нь цайвар саарал өнгөтэй болж, арьс салст бүрхүүл нь хуурайшина. Қали дутагдсанаас гэдэс нь дүүрнэ. Зүрх судасны дутагдлын улмаас хэвлийн өмнөт ханын веннийн судас тэлж өргөснө. Хүүхдийн ам нь цангаж, уух юманд дуртай болно. Халдварын гаралтай гэдэс ходоодны өвчин ба гэдэс ходоодны хэлбэртэй отоантрит өвчин хоёрын клиник шинж тэмдэг нь бараг адил учир ялгаж оношлоход бэрхшээлтэй.

Халдварын гаралтай гэдэс ходоодны өвчний үед хүүхэд олон дахин бөөлжиж суулгаснаас богино хугацаанд эксикозод орж, уруул амны хөндийн салст бүрхүүл, хэл нүдний салст бүрхүүл нь хуурайсч, зулай нь хонхойн, зулайн цохилт бараг мэдэгдэхгүй болж, маш хурдан эцэж турдаг. Гэдэс ходоодны хэлбэрийн отоантридын үед зөвхөн хүүхдийн баас нь шингэрсэн, бөөлжсөнөөс хордлогод орох боловч хордлого нь эксикозгүй явагддаг. Энэ хэлбэрийн отоантридын үед турах боловч жин нь аажим буурч эсвэл жин нь нэг хэвэндээ удаан хугацаагаар байна. Хэвийн өсөлт торнилттой хүүхдийг бодвол туранхай хүүхдэд отоантрит нь илүү их хордлоготой явагдана. Отоскопийд хэнгэрэг нь саарал өнгөтэй болж таних цэгүүд нь арилж гадна чихний ар дээд хана нь улайж хавдсан харагдана. Энэ, хоёр өвчинг ялгаж оношлоход лабораторийн шинжилгээ чухал ач холбогдолтой. Үүнд: отоантридын үед өндөгний цусны шинжилгээнд цагаан цогцос олширохын зэрэгцээгээр бөөмт савханцарууд нь зүүн тийшээ хазайна. Бактериологийн шинжилгээнд халдварын гаралтай гэдэс ходоодны өвчний үед баасны шинжилгээнд

эмгэг төрөгч нян илрэх бөгөөд харин отоантридын үед баасанд эмгэг төрөгч нян илэрдэггүй байна. Түүнчлэн антрумын зургаар ялган оношлож болно. Эцэст энэ хоёр өвчинг ялгах оношлох найдвартай арга бол антропункц юм.

3. Мастоидит маягийн отоантридын үед хүүхэд тайван бус болж уйлагнах, хөхөө хөхөх нь муудахаас өөр онцгой шинж илэрдэггүй. Энэ хэлбэрийн отоантридын үед чихний дэлбээний ар талын арьс нь улайж, барьж үзэхэд халуун мөн зузаарсан нь мэдэгдэнэ. Тогшиж үзэхэд антрумын орчинд дүлий чимээ сонсдоно. Антрум дахь идээр антрумын гадна ханыг цоолж арьсан дор хурсан үед чихний дэлбээ урагш доошоо дэлддйнэ. **Отоскопийд** хэнгэрэг нь улайж, зарим хүүхдийнх цайвар өнгөтэй болж таних цэгүүд нь арилж, гадна чихний ар дээд хана унжиж хэнгэрэг аяндаа цоорсны дараа юм уу, хэнгэргийг цоолсны дараагаар булаг гоожно. Нярай хүүхдийн хөхлөг ургац нь идээр грануляцаар дүүрсэн нь мэс заслын үед илэрнэ. Энэ хэлбэрийн отоантрит бүгд 12 хүүхдэд ажиглагдлаа.

4. Тархины хатуу хальс-тархины үрэвсэлт хэлбэрийн отоантрит: нь 9 хүүхдэд ажиглагдсан юм. Энэ үед хүүхэд тайван бус болж чарлан уйлж, бөх унтаж чадахгүй нүдээ аниж хэвтэж, өчүүхэн чимээнд цочиж сэрнэ.

Хамар нь хавчийж, харц гөлгөр болно. Шилний булчин чангараагүй ч толгой нь нилээд гэдрэг байрлалтай байна. Өвчтөн гараа эвхэж нугалсан байдалтай хэвтэх бөгөөд их халуурч, хоол идсэнээс хойш 1—2 цаг болоод бөөлжинө. Нугасны усыг шинжлэхэд өөрчлөлт илрэхгүй. **Отоскопийд** хэнгэрэг цайвар ягаан өнгөтэй болж, таних цэгүүд нь арилж гадна чихний ар дээд хана улайж хавдана. Цусны ерөнхий шинжилгээнд цагаан цогцос олширч, бөөмт савханцарууд зүүн тийш хэлбийнэ.

Аль ч хэлбэрийн отоантридын эмчилгээний гол зорилго нь гонхын хөндий дэх идээрийг бүрэн суллаж,

өвчтөнг хордлогоос гаргахад оршино. Үүний хамт отоантригын хордлогын улмаас хямралд орсон дотоод эрхтэн системийн үйл ажиллагааг сэргээх, тамир тэнхээг засахын тулд хавсарсан эмчилгээг анхны өдрөөс эхлэн хийнэ. Отоантриг өвчтэй 93 хүүхдэд антропункц хийж эмчилсэнээс гадна, 39 хүүхдэд антротоми хийж эмчилсэн нь сайн үр дүн өгсөн юм.

Дүгнэлт: 1. Манай орны нөхцөлд анхдагч ба хоёрдогч отоан-

тригын аль аль нь тохиолдож байна.

2. Анхдагч ба хоёрдогч отоантриг нь хордлого үжлийн хэлбэрээр 60%, гэдэс ходоодны 24 (22%), мастоидит маягийн 12 (11,5%), тархины хатуу хальс тархины үрэвслийн 9 (8,5%) хэлбэрээр илэрч байна.

3. Хордлогот үжил явцтай отоантриг манай оронд илүү олонтой тохиолдож байна.

4. Харин далд хэлбэрийн отоантриг тохиолдоогүй байна.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. М. В. Бондарь, Г. А. Мальченко—К вопросу дифференциальной диагностики гнойного отоантрита и сепсисе у детей раннего возраста: 6-ой республиканской съезда детских врачей УССР, г. Одесса, 1977, с. 135—136.

2. А. И. Курилин—К диагностике отитов и отоантритов у детей грудного возраста—Журн. ушн. носа горл. болезней, 1969, 3, с. 25—26.

3. Е. А. Евдощенко—Классификация и современное лечение отоантритов Журн. ушн. носа, горл. болезней, 1982, 6, с. 17—23.

4. Ч. Лиза—Клиническая классификация отоантрита у детей грудного возраста. Тезисы докл. научно-практической конференции преподавателей Монгольского Государственного Медицинского Института, посвященной 27-ому съезду КПСС и 19 съезду МНРП.

К ВОПРОСУ КЛИНИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ОТОАНТРИТА У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

Ч. Лиза

Отоантригты у детей грудного возраста протекали разнообразно и большинство случаев с нарушением общего

состояния и изменения со стороны других органов в силу чего, первичный очаг в антруме при поступлении почти не диагностировался, особенно латентно текущие отоантригты. В литературе существует классификация отоантригтов по (Я. С. Темкин) (1950), Е. А. Евдощенко (1982).

Под нашим наблюдением находилось 105 детей с отоантригом в возрасте от 5 дней до 10 месяцев. Нами наблюдались 20 (19%), первичные, 85 (81%) вторичные отоантригты. Первичные латентные антригты были у 5 из 20 наблюдаемых первичного отоантрита, 20 (22,8%) латентные были из 85 вторичного отоантрита то есть нами наблюдались преимущественно явные отоантригты. По выраженному клиническому симптому и обусловленных вариантах отогенного токсикоза мы разделили отоантригты грудного возраста на следующие формы. Менинго-энцефалитическая; желудочно-кишечная; токсико-септическая; отоантригты как мастоидиты у взрослых.

Нами наблюдались токсико-септическая форма в 60(57,1%), желудочнокишечная форма в 24 (22,8%), менинго-энцефалитическая в 9 (8,5%), отоантригты напоминающие мастоидиты у взрослых в 12 (11,5%). Выше указанные формы отоантригты отличаются между собой по общему клиническому течению и местными проявлениями.

Редакцид ирсэн 1987—01—20

Ё. Думаа, Ш. Чадраабал, Р. Балдорж

ТАМИРЧДЫН «С» ВИТАМИНЫ ХАНГАМЖ, ТҮҮНИЙ УЛИРЛЫН ХЭМИЭЛ

Анагаах ухааны хүрээлэн,
Монгол улсын их сургууль

Биохимийн үзүүлэлтүүд нь хүний оршин амьдарч байгаа газар зүйн онцлог, эрхэлж буй ажил хөдөлмөрийн байдал, нас, хүйс, би-

еийн жин, голчлон хэрэглэдэг хүнсний бүтээгдэхүүн зэргээс шалтгаалж хоорондоо бага боловч өвөрмөц ялгаатай байдаг (3.4). Ялан-

гуяа эрс тэс уур амьсгалтай манай оронд биохимийн үзүүлэлтүүд ямар байгааг эрүүл хүмүүст судлан тогтоох нь чухал ач холбогдолтой.

Иймээс бид хоногт хамгийн их хэмжээтэй хэрэглэдэг, бие махбодод агуулагдах үндсэн шимт бодисууд болох уураг, өөх тос, нүүрс усны солилцоонд идэвхтэй нөлөө үзүүлэгч (2, 4), судасны хананы нэвчимтгий чанарыг зохицуулан, мэдрэл болон хоол боловсруулах эрхтэний тогтмол үйл ажиллагааг хангахад оролцдог (1, 2) С витамин хангамжийн байдлыг тамирчдад судалсан юм.

Судалгааны арга зүй

1. Бөхийн чөлөөт, самбо барилдаан, бокс, хүндийг өргөлт, дугуйн спортын 200 гаруй тамирчдын шээс,

цусанд байгаа С витаминьн өглөө хоолонд орохоос өмнө тайван байгаа үед нь тодорхойлов.

2. Дээр дурдсан тамирчдын С витаминьн бэлтгэл болон тэмцээний өмнө ба хойно тодорхойлон үзэж хэрхэн хэлбэлзэж байгааг тогтоов.

3. Бөхийн чөлөөт барилдааны 10 жингийн тамирчдыг хөнгөн, дунд, хүнд жингийн гэж 3 хуваан, мөн бэлтгэл тэмцээний өмнө, хойно цус, шээсэнд байгаа «С» витаминьн тодорхойлон үзэж жингийн ялгаа ямар нөлөөтэй байгааг тодруулав.

4. Тэдний хоногт хэрэглэж буй хоолны С витаминьн хавар намрын улиралд тодорхойлсон болно.

5. Хоол идсэний дараа «С» витаминьн хангамж хэрхэн өөрчлөг-

Тамирчдын С витаминьн хангамжийн харьцуулсан үзүүлэлт

Хүснэгт 1

| Улирал | С витамин (мк моль/л-ээр) | | | | | | | |
|--|---------------------------|-----------------------------------|----------------|-----------------------------------|----------------|-----------------------------------|----------------|-----------------------------------|
| | Хавар | | Намар | | Зун | | Өвөл | |
| | Цусанд M±m | Шээсээр M±m мкмоль/л цаг | Цусанд M±m | Шээсээр M±m мкмоль/л цаг | Цусанд M±m | Шээсээр M±m мкмоль л/цаг | Цусанд M±m | Шээсээр M±m мкмоль л/цаг |
| А | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| Бидний судалгаагаар | 11,92 ±0,56 | 4,54 ±0,34 | 33,50 ±0,91 | 24+42 ±0,68 | 22,14 ±0,90 | 16,47 ±3,41 | 23,28 ±1,02 | 18,74 ±1,42 |
| Ташкент хотын оршин суугчдад хийсэн судалгаа Б. М. Альтман | 19,87±2,12 | | 48,26 69,83 | | 45,99 66,43 | | 26,12 29,53 | |
| А. Н. Климов В. К. Сланик нарын цэргийн албан хаагчдад хийсэн судалгаагаар | 16,47 | — | 29,53 32,93 | | 28,39 29,53 | | 14,76 15,89 | |
| Т. П. Чайкын судалгаагаар Ялт хотын оршин суугчдынх | — | 8,52 | | 26,12 | | 17,03 | | |

дөж байгааг бөхийн чөлөөт барилдааны 3 жингийн (хүнд, хөнгөн, дунд) тус бүр 3 тамирчны цусанд хавар, намрын улиралд долоо хоногийн турш үзлээ.

С витаминьг Тильмансын бичил аргаар тодорхойлсон бөгөөд уул витаминь хэмжигдэх нэгжийг хуучин мг%-оор илэрхийлдэг байс-

ныг сүүлийн үед мөрдөгдөж байгаа олон улсын хэмжлийн нэгжийн СИ системд шилжүүлэн микро-моль-литрээр илэрхийлэв. (мкмоль/л)

Судалгааны дүн

1. Улсын шигшээ багийн дээр дурьдсан тамирчдын С витаминь хангамж дунджаар: Хаврын ули-

Хүснэгт № 2

Тамирчдын С витаминь хангамж (спортын төрөл тус бүрээр)

| Дд | Спортын төрөл | Улирал | С витаминь (мкмоль/л-ээр) | |
|----|-----------------------------------|--------|---------------------------|-------------------|
| | | | Цусанд $M \pm m$ | Шээсээр $M \pm m$ |
| А | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1 | Бөхийн чөлөөт барилдааны тамирчид | Зун | 15,33±0,85 | 11,36±1,14 |
| | | Намар | 27,25±1,02 | 17,61±0,74 |
| | | Өвөл | 27,25±1,70 | 13,63±1,42 |
| | | Хавар | 7,94±1,70 | 3,41±0,68 |
| 2 | Самбо бөхийн тамирчид | Зун | 16,47±3,46 | 7,38±0,91 |
| | | Намар | 26,12±0,74 | 18,74±1,36 |
| | | Өвөл | 17,0±1,70 | 13,05±0,91 |
| | | Хавар | 6,81±1,82 | 2,84±0,62 |
| 3 | Боксын тамирчид | Зун | 14,76±1,70 | 10,22±2,27 |
| | | Намар | 28,39±0,79 | 17,03±4,54 |
| | | Өвөл | 13,62±0,74 | 8,51±3,41 |
| | | Хавар | 6,81±2,27 | 4,54±0,57 |
| 4 | Хүндийг өргөлтний тамирчид | Зун | 17,03±5,68 | 11,92±0,68 |
| | | Намар | 32,93±5,68 | 21,0 ±2,04 |
| | | Өвөл | 20,44±7,38 | 11,92±0,74 |
| | | Хавар | 9,65±0,79 | 5,11±0,58 |
| 5 | Дугуйн тамирчид | Зун | 16,47±1,08 | 7,94±1,19 |
| | | Намар | 33,50±6,24 | 22,71±9,65 |
| | | Өвөл | 17,60±1,41 | 12,49±4,54 |
| | | Хавар | 7,94±0,85 | 4,54±2,89 |

ралд $4,54 \pm 0,34$ — $11,92 \pm 3,41$ мкмоль/
 өвлийн улиралд $13,62 \pm 1,92$ —
 $18,74 \pm 1,02$ мкмоль/л, намрын ули-
 ралд $24,42 \pm 0,68$ — $33,50 \pm 0,90$ мк
 моль/л, зуны улиралд $16,47 \pm 3,40$ —
 $22,14 \pm 0,91$ мкмоль/л хэмжээтэй
 байв. Энэ гаргасан судалгааны
 дүнг гадаадын судлаачдын судал-
 гаатай харьцуулахад зарчмын
 хувьд тохирч байлаа.

2. Манай тамирчдын С витами-
 ны хангамжийг судалгаа явуулсан
 төрөл тус бүрээр гаргаж 2-р хүс-
 нэгтээр үзүүлэв.

Хүснэгтээс харахад жилийн аль
 ч улиралд тамирчдын С витами-
 ны хангамж Зөвлөлтийн эрдэмт-
 дийн гаргасан нормоос доогуур
 байна. (Цусанд $39,75$ — $68,14$, шээ-
 сээр $34,07$ — $56,78$ мк.моль.л)

3. Судалгаанд хамрагдсан та-
 мирчин бэлтгэл хийсний дараа С
 витамин хэмжээ хэрхэн өөрчлөг-
 дөж байгааг 3-р хүснэгтэнд үзүү-
 лэв.

Аль ч тамирчин тодорхой ачаа-
 лал авсан үед С витамин ямар
 нэг хэмжээгээр алдагдаж байна.

Хүснэгт 3

Бөх, бокс, хүндийн өргөлт, дугуйн тамирчдын тайван ба
 бэлтгэл хийсний дараах С витамин хэмжээ
 (Намрын улиралд)

| ДД | Спортын төрөл | "С" витамин (мкмоль. л-ээр) | | |
|----|---------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------|
| | | Тайван байхад $M \pm m$ | Бэлтгэлийн дараа $M \pm m$ | Алдагдлын хувь (%) |
| 1 | Бөхий чөлөөт барил- дааны тамирчид | $27,25 \pm 1,13$ | $13,06 \pm 1,13$ | 52,1 |
| 2 | Самбо бөхийн тамир- чид | $26,12 \pm 0,74$ | $15,33 \pm 0,74$ | 41,3 |
| 3 | Боксын тамирчид | $28,39 \pm 1,79$ | $12,49 \pm 0,49$ | 56,0 |
| 4 | Хүндийн өргөлтийн та- мирчид | $32,93 \pm 5,67$ | $17,60 \pm 5,68$ | 46,5 |
| 5 | Дугуйн тамирчид | $33,50 \pm 1,19$ | $14,19 \pm 1,19$ | 57,5 |

Хүснэгт 4

Бөхийн чөлөөт барилдааны тамирчдын витаминжуулсан
 нөхцөлд тайван үед болон тэмцээний дараа шээсээр ялгарч
 байгаа С витамин хэлбэлзэл

| ДД | Жин (кг) | "С" витамин (мкмоль, л-ээр) | | |
|----|-------------|-----------------------------|------------------------------|-----------------------|
| | | Тайван байхад $M \pm m$ | Тэмцээний дараа $M \pm m$ | Алдагдлын хувь (%) |
| 1 | 48—52 | $100,5 \pm 1,08$ | $45,99 \pm 1,08$ | 54,2 |
| 2 | 57—62 | $63,59 \pm 0,96$ | $34,07 \pm 0,97$ | 46,4 |
| 3 | 68—74 | $81,20 \pm 1,24$ | $39,75 \pm 1,24$ | 51,1 |
| 4 | 82—90 | $92,55 \pm 1,14$ | $49,40 \pm 1,14$ | 46,6 |
| 5 | —100—(+100) | $61,32 \pm 2,67$ | $29,53 \pm 2,67$ | 51,9 |

Тамирчдын цус, шээсний „С“ витамин, тэдний хоолны С витаминь хэмжээний хамаарал

| ДД | | С витамин | | |
|----|---------------------------------------|-----------|--|---------------------------------------|
| | | | Намар $M \pm m$ | Хавар $M \pm m$ |
| 1 | Судалгаанд авсан | Цусанд | $33,50 \pm 0,91$ мкмоль/л | $11,92 \pm 0,57$ мкмоль/л |
| | | Шээсээр | $24,42 \pm 0,68$ мкмоль/л | $4,54 \pm 0,34$ мкмоль/л |
| 2 | Тамирчдын хэрэглэсэн хоолны С витамин | | $86,26 \pm 4,08$ мг | $12,49 \pm 8,15$ мг |
| 3 | Хүнсний ногооны С витамин | | $9,25 \pm 0,10$ — $68,5 \pm 1,5$ мг | $1,6 \pm 0,09$ — $59,3 \pm 1,1$ мг |

4. С витаминь хэлбэлзэлд тамирчдын биеийн жин нөлөөлдөг эсэхийг тогтоохын тулд бөхийн чөлөөт барилдааны 10 жингийн тамирчдыг (хөнгөн, хүнд, дунд) 4 групп болгон витаминжуулж тэмцээний үед шээсээр ялгарах витаминь хэмжээг тооцож үзлээ.

Судалгааны дүнгээс харахад хамгийн хөнгөн, хамгийн хүнд жингийн тамирчдын С витаминь алдагдал их байна. Энэ ялгааны шалтгаан нь хөнгөн жингийн тамирчид хэт түргэн хөдөлгөөнтэй, хэт хүнд жингийн тамирчид хөдөлгөөн удаантай боловч их хүч гаргадагтай холбоотой байж болох юм.

5. Тамирчдын С витаминь хангамжийг судалж байгаатай холбогдуулан тэдний хэрэглэж байсан хоолны С витаминь хавар, намрын улиралд судлан дүнг 5 дугаар хүснэгтээр үзүүлээ.

Хүснэгтээс үзэхэд намрын улиралд тамирчдын хэрэглэж байгаа хоолны С витаминь хэмжээ хаврыг бодвол нэлээд их байгаа тул тэдний бие махбодын С витаминь хангамж харьцангуй их болох нь харагдаж байна. Гэхдээ л тамирчны хоногт хэрэглэвэл зохих С витаминь хэрэгцээг хангаж чадахгүй

байгаа тул тэднийг аль ч улиралд уг витаминь аар хангах асуудал чухал юм. Тамирчин хоногт 150—200 мг С витамин наад захын хэмжээгээр хэрэглэсэн байх шаардлагатай.

Бид тамирчдыг хооллосны дараа тэдний цус, шээсэн дэх С витаминь хэмжээ хэрхэн өөрчлөгдөж байгааг хавар, намрын улиралд үзэхэд хавар бараг өөрчлөлтгүй, намар 0,16—0,33 мг-аар нэмэгдэж байлаа.

Дүгнэлт

1. Тамирчдын С витаминь хангамж жилийн аль ч улиралд физиологийн нормоос (Зөвлөлтийн судлаачдын тогтоосон) доогуур байлаа. Ялангуяа хаврын улиралд бүр ч бага байв.

2. Судалгаанд хамрагдсан тамирчдын С витамин бэлтгэлийн үед спортын төрөл, тамирчны жин, бэлтгэлийн хүнд хөнгөн байдлаас шалтгаалж харилцан адилгүй алдагдаж байлаа. Иймээс бэлтгэл, тэмцээний үед тамирчдыг витаминжуулахдаа улирлын байдал, спортын төрлийн онцлогтой уялдуулан ялгавартай хандах, биеийн жинг харгалзан үзэх шаардлагатай байна.

3. Хоол тэжээлээр тамирчдын авч буй С витамин хэмжээг тооцоолохдоо хүнсний бүтээгдэхүүний боловсруулалтын явцад гарах хоргдлыг тооцон уул витамин хэмжээг хүнсний бүтээгдэхүүний эрцын нормоос 10—15 хувиар илүү тооцоолж байх нь зүйтэй.

4. Манай тамирчдын С витамин хангамж тааруу байгаа боловч

С витамин дутагдсаны шинж багц илрэхгүй байгаа нь тамирчдын дасан зохицох чадварыг судлан тогтоох асуудал чухлыг харуулж байна.

5. Цаашид монгол хүний С витамин хангамжийг газар зүйн болон хүн амын хоолны онцлогтой холбон бүсчлэн тогтоох асуудал чухал байна.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Ц. Ламжав. Обеспеченность витаминов «С» организма детей, детских садов МНР.

2. А. А. Покровский. Роль биохимии в развитии науки по питанию Москва. 1974 245, 365.

3. Т. Ш. Шарманов. Питание и здоровье Москва. 1955, 36—45, 75

4. Н. Н. Яковлев. Влияние мышечной деятельности на потребность организма в аскорбиновой кислоте. Труд. ЛНИИ физ-ры 1949, 61.

5. Н. Н. Яковлев. Проблема биохимической адаптации мышц в зависимости от характера их деятельности. Журн. об. биологии. 1958. 1, 417.

6. Н. Н. Яковлев. Влияние аскорбиновой кислоты на развитие и устранение явлений перетренировки. Труды Ленинградского НИИ. физ-ры 1950, 5, 129.

ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ОРГАНИЗМА СПОРТСМЕНОВ ВИТАМИНОМ «С» И СЕЗОННЫЙ РИТМ ЕГО СОДЕРЖАНИЯ

Ш. Чадраавал, Е. Думаа, Р. Балдорж
Обеспеченность организма человека

витамином С зависит от различных факторов, в частности от условий жизни, климата, профессий и т. д.

В результате исследования было установлено, что содержание витамина «С» в крови и моче обследуемых лиц в условиях покоя соответственно составляло:

| | | |
|--------|------------|------------|
| Весной | 11,92±0,57 | 4,54±34 |
| Летом | 22,14±0,91 | 16,47±3,41 |
| Оенью | 33,50±0,91 | 24,42±0,68 |
| Зимой | 18,74±1,02 | 13,63±1,42 |

Следовательно, наибольшее содержание витаминны «С» отмечается в осенний период, наименьше в весенний. Но содержание витамина «С» в организме спортсменов во всех сезонах оказалось ниже физиологических норм.

При физических нагрузках нарушается ритм содержания витамина «С» и он в большем количестве выводится из организма, особенно весной.

Авторы считают актуальным дальнейшее углубленное изучение обеспеченности витамином С в тесной связи с адаптационной возможностью организма.

Редакцид ирсэн 1986. 04. 28

С. Батмөнх, Р. С. Скулкова, Д. Ням-осор

I—III ЗЭРЭГЛЭЛИЙН ЭМИЙН САНГИЙН ЖОР ХҮЛЭЭН АВАГЧИЙН АЖЛЫН ЦАГИЙН ЗАРЦУУЛАЛТ, ЦАГИЙН АЛДАГДЛЫГ СУДАЛСАН УРЬДЧИЛСАН ДҮН

Анагаах ухааны дээд сургууль
Анагаах ухааны хүрээлэн

Хөдөлмөрийг шинжлэх ухааны үндэслэлтэй зохион байгуулах нь дотоод нөөц бололцоог илрүүлэн ажлын үр ашгийг нэмэгдүүлэх, хүн амын үйлчилгээний соёл, чанарыг дээшлүүлэх, ажиллагааны зардлыг

бууруулахад чухал ач холбогдолтой.

Эмийн санд дотоод нөөц бололцоо ашиглах асуудлыг хоёр чиглэлээр авч үзлээ. Нэгдүгээрт, хөдөлмөрийн үр дүнг дээшлүүлж бор-

Жор хүлээн авагчийн ажлын цагийн зарцуулалт

| № | Ажлын үйлдэл | Эмийн сангийн зэрэглэл | | | Дундаж | |
|---|--|------------------------|------|------|--------|-----|
| | | 1-р | 2-р | 3-р | % | мин |
| 1 | Ажилд бэлтгэх, дуусах цаг | 5,6 | 5,4 | 5,8 | 5,6 | 23 |
| 2 | а) Хувцас өмсөх, гараа угаах | 2,1 | 2,7 | 2,4 | 2,4 | 10 |
| 3 | б) Ээлж хүлээлцэх | 2,6 | 2,1 | 2,5 | 2,4 | 10 |
| | в) Ажлын байр цэвэрлэх, янзлах | 0,9 | 0,6 | 0,8 | 0,8 | 3 |
| 2 | Үндсэн ажил | 73,9 | 63,4 | 58,5 | 65,3 | 275 |
| | а) Жортой танилцах | 6,1 | 7,7 | 7,1 | 6,9 | 29 |
| | б) Жорыг үнэлэх | 0,7 | 4,4 | 8,3 | 4,5 | 19 |
| | в) Жорыг журналд хөтлөх | 8,6 | 7,4 | 7,0 | 7,7 | 32 |
| | г) Хүлээлгэ бичих | 7,8 | 7,0 | 9,2 | 8,0 | 34 |
| | д) Эм олгох | 31,1 | 16,5 | 11,0 | 19,5 | 82 |
| | ж) Эмийг тайлбарлах | 12,2 | 8,2 | 6,9 | 9,1 | 38 |
| | з) Жорын журнал дүгнэх | 4,1 | 3,6 | 3,9 | 3,9 | 16 |
| | е) Мөнгө хураагчтай тооцоо хийх | 3,3 | 4,0 | 2,1 | 3,1 | 13 |
| | л) Эмийн захналга хийх | — | 2,3 | 1,0 | 1,2 | 5 |
| | м) Эм авах | — | 2,3 | 2,0 | 1,4 | 6 |
| 3 | Мэргэжлийн биш туслах ажил | 12,1 | 14,4 | 24,6 | 17,0 | 71 |
| | а) Эм байрлуулах | 6,7 | 6,1 | 17,1 | 10,3 | 43 |
| | б) Цаас, уут бэлтгэх | 3,0 | 6,0 | 4,4 | 4,5 | 19 |
| | в) Шил авах | 1,0 | 2,0 | 2,1 | 1,7 | 7 |
| | г) Жор дамжуулах | 0,4 | 0,3 | 1,0 | 0,5 | 2 |
| 4 | Цагийн алдагдал | 8,4 | 16,8 | 11,1 | 12,1 | 51 |
| | а) Олон дахин босох | 5,4 | 7,8 | 3,8 | 5,7 | 24 |
| | б) Хөдөлмөрчид байхгүй үеийн сул зогсох | 0,4 | 4,2 | 3,8 | 2,8 | 12 |
| | в) Эрхлэгч ба бусад хүн дуудах | 1,6 | 1,9 | 1,4 | 1,6 | 7 |
| | г) Эм эрэх | 1,0 | 1,0 | 1,1 | 1,0 | 4 |
| | д) Хувийн хэргээр утсаар ярих, хүнтэй уулзах | — | 1,9 | 1,0 | 1,0 | 4 |

луулалт, цэвэр ашгийг нэмэгдүүлэх. **Хоёрдугаарт**, хүн амд үзүүлэх үйлчилгээний чанарыг сайжруулах бололцоог оролцуулж судлав.

Ажлын цагийг зөв зохистой ашиглах нь эмийн сангийн ажилтны хөдөлмөрийн бүтээмжийг дээшлүүлэх үндсэн хөшүүрэг мөн. Хөдөлмөрийг шинжлэх ухааны үндэстэй зохион байгуулах үндсэн зорилт бол ажлын цагийн алдагдлыг багасгах, цагийг аль болохоор үр бүтээлтэй ашиглах явдал юм.

Энэ зорилгоор Улаанбаатар хотын I—III зэрэглэлийн 10 эмийн сангийн жор хүлээн авагчийн ажилд хронометражийн судалгаа

хийж цагийн зарцуулалт, алдагдлыг тодорхойлов.

Судалгаанаас үзэхэд цагийн нийт алдагдал 12,1% байгаагийн дотор эмийн сангийн дотоод ээлжийн цагийн алдагдал 54,9% байгаа нь хөдөлмөрийн бүтээмжийг дээшлүүлэх, хөдөлмөрийн нөөц бололцоог зөв ашиглах боломж их алдагдаж байгааг харуулж байна. Эмийн сангийн дотоод алдагдлыг хоёр бүлэгт хувааж үзэж болох юм.

Нэгдүгээрт: хөдөлмөрчид байхгүй үеийн алдагдал орно. Энэ алдагдал нь нийт алдагдлын 22—24,5% эзэлж байна. Хоёр ээлжийн болон 24 цагийн үйлчилгээтэй эмийн санд хүмүүсийн үйлчлүүлэх цаг жигд

биш учраас тэдгээрийг ажлын өдөрт хамгийн зохимжтой графикийн дагуу ажиллуулах нь зүйтэй юм. Үүнд: хөдөлмөрчид их цуглах үед эмийн сан 2 сувгаар үйлчилж оновчтой ажиллах графикийг өдөр, 7 хоногээр сүлжээ график гарган мөрдөж болох юм.

Хоёрдугаарт: Хөдөлмөрийн сахилга зөрчсөнд хувийн хэргээр утсаар ярих, хүнтэй уулзах зэргээр цагийн гарздал гарсныг тооцсон юм. Энэ нь нийт цагийн алдагдлын 7,8% эзэлж байна. Энэ цагийн алдагдал гарч байгаа шалтгаан нь эмийн сангийн эрхлэгч, ээлжийн ахлагч (эм шалгагч) нарын зүгээс ээлжийн ажилд тавих хяналт сул, хүмүүжлийн ажил муу байгаатай холбоотой юм.

Дээр дурьдсан ажлын цагийн алдагдлыг арилгавал хөдөлмөрийн бүтээмж 13,6%-иар дээшлэх боломжтой байх тооцоо гарч байна.

$$K_{х.б} = \frac{1 \times K_{ал}}{1 - K_{ал}} = \frac{1 \times 0,12}{1 - 0,12} = 0,135 = 13,6\%$$

$K_{х.б}$ — хөдөлмөрийн бүтээмжийг дээшлүүлэх коэффициент
 $K_{ал}$ — цагийн алдагдлын коэффициент

Мөн мэргэжлийн биш ажилд (эм байрлуулах, цаас уут бэлтгэх, шил авах, жор дамжуулах г. м.) дээд, дунд мэргэжилтэн оролцож нийт ажлын цагийн (12,1—24,6%) дунджаар 17%-ийг зарцуулж байна. Хэрвээ эдгээр ажлыг туслах ажилтнаар гүйцэтгүүлбэл ажлын цаг (50—103 мин.), дунджаар 71 минутаар үндсэн ажилд шилжиж хөдөлмөрийн үр дүнг 25,8%-иар дээшлүүлэх ба хөдөлмөрчдөд хөнгөн шуурхай үйлчлэх боломжийг бий болгох юм.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. В. И. Вавилов—Методические основы системного подхода к критерию эффективности деятельности аптек. Фармация, 1983. 6. 57—59

2. Л. В. Жарков—Методика моделирования обслуживания населения в аптеке. «Фармация», 1983. 5. 77—79.

$$K_{\gamma} = \frac{T_{\gamma(n)} - T_{\gamma(s)}}{T_{\gamma(s)}} = \frac{345 - 275}{275} = 0,258 = 25,8\%$$

Тайлбар: K_{γ} — хөдөлмөрийн үр дүнг дээшлүүлэх коэффициент
 $T_{\gamma(n)}$ — үндсэн ажлын цагийг нормчлолоор нэмэгдүүлэх цаг
 $T_{\gamma(s)}$ — зарцуулалтаар тогтоосон үндсэн ажлын цаг

Хэрэв мэргэжлийн биш ажилд зарцуулж байгаа ажлын цагийн алдагдлыг 2 дахин бууруулахад 61 мин хөдөлмөрчдөд үйлчлэх боломж олгож, ээлжинд (1 хүнд 0,97 мин үйлчлэж буй) урьдчилан тогтооноор 63 хүнд илүү үйлчлэх ба 1 хүнд ногдох эм дунджаар (2 төг. 94 мөн ногдож буй) 185 төгрөгийн илүү гүйлгээ хийх, (1 хүнд 2,6 жор ногдох), 164 жор илүү авах үндэстэй бөгөөд хөдөлмөрчдийн хүлээгдэл 2 дахин буурах нь урьдчилсан судалгаанаас харагдаж байна.

Нөөц бололцоог зөв ашиглах, ажлыг оновчтой зохион байгуулах явдал бол эмийн сангийн ажилтан бүрийн үүрэг бөгөөд түүнийг улам боловсронгуй болгох, гарч байгаа алдаа дутагдлыг арилгах, өөрийн үндсэн үүрэг болох хүн амд эмийн тусламжийг ойртуулах, эмийн жор бүрийг буцаахгүй, хөнгөн шуурхай, соёлч боловсон үйлчлэх, жор бичих дүрмийн шаардлага хангасан эмчийн жороор эм олгох, эмийн чанарыг улам сайжруулах явдал бол эмийн сангийн ажилтан бүрийн үүрэг мөн. Үүний тулд эм зүйч нар эм зүйн ухааны онол практикийн асуудал юуны өмнө, зохион байгуулалтын асуудлыг сайн эзэмшиж хэрэгжүүлэх нь чухал юм.

3. Н. Кольков—Критерий оценки организации труда. «Экономическая наука» 1978. 12. 50—52.

4. Р. С. Скулкова, Е. С. Зверева «Пути повышения эффективности труда рецептаров—контролеров хозрасчётных аптек». Фармация, 1976. 2. 53—55.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО ИЗУЧЕНИЯ ЗАТРАТ И ПОТЕРИ РАБОЧЕГО ВРЕМЕНИ РЕЦЕПТАРА В АПТЕКАХ I—III КАТЕГОРИИ

С. Батмөнх, Д. Ням-Осор

Изучены затраты рабочего времени рецептара в аптеках I—III категории г. Улан-Батора (в среднем основная ра-

бота—65,3%, подготовительно-заключительная работа—5,6%, несвойственная работа—17,0%, потери рабочего времени—12,1%.

Установлены причины возникновения потери рабочего времени и предложены пути возможного увеличения эффективности труда рецептара до 13,6% и дана классификация потери рабочего времени.

Редакцид ирсэн 1986. 1. 25

Л. Лхагва

БИОСИСТЕМИЙН ЦАГИЙН БАЙГУУЛАМЖ

Эрүүлийг хамгаалах яам

Материйн оршин байх хэлбэр болсон орон, цагийн тухай ойлголт улам нарийсах тутам түүний өвөрмөц илрэлийн асуудлууд тухайлбал биологийн орон, цагийн асуудал дэвшингдэн гарч судлагдаж эхлэв. Орон зай, цаг хоёр бол материйн оршин байх объектив хэлбэр мөн учир «ертөнцөд хөдлөгч материас өөр юу ч байхгүй бөгөөд хөдлөгч матери нь орон, цагийн дотор хөдлөхөөс өөрөөр хөдөлж чадахгүй»¹ билээ. Ийм болохоор амьд матери болон түүний хөдөлгөөнийг биологийн орон, цагийн тухай асуудлаас ангид авч үзэх аргагүй юм. Яагаад вэ? гэвэл амьд матери нь хөдлөгч материйн өвөрмөц хэлбэр (5) болох тул түүнийг заавал орон, цагийн дотор авч үзэх учиртай.

Философчид, судлаачдын дүгнэж байгаагаар бол биосистем түүний үйл ажиллагааг шинжилж, үнэлэхдээ голдуу орон зайн талаас нь судлах судалгаа зонхилсоор иржээ. Өөрөөр хэлбэл биосистемд явагдаж байгаа үзэгдэл, үйл явц цаг хугацаатай ямар шүтэлцээтэй байгааг буюу биосистемийн цагийн байгууламжийг төдийлэн хайхрахгүй явж иржээ (7). Биосистемийн цагийн байгууламжийн хамгийн тод илрэл нь биологийн хэлбэлзэл, хэмлэл бүхий үйл явц юм. Энэхүү хэм-

бэлзэл, хэмнэл бүхий үйл явцыг амьд материйн хөдөлгөөний онцгой хэлбэр (1—3) гэж үзэж байна. Биологийн хэмлэл нь амьд материйн бүтцийн ямар ч түвшинд тухайлбал эс, эдээс аваад шим мандал хүртэлх бүхий л түвшинд заяамал байдаг ажээ.

Биосистемийн цагийн байгууламжийн асуудлыг нарийвчлан судалж байгаагийн үрээр гадаад орчны нөхцөлд бие махбодын дасан зохицох зүй тогтол хийгээд, биеийн дотоод орчны харьцангуй тогтвортой байх чанар (гомеостаз), тэрчлэн үйл ажиллагааны хэвийн байдал (норма) зэрэг биологи, анагаах ухааны тулгуур асуудлуудыг тайлбарлахад нэн чухал мэдээ, сэлт хуримтлагдаж, тэдгээрийн үнэн магадтай болох нь улам бүр батлагдсаар байна. Тийм баримт сэлтэд дулдуйдаж амьд бие махбодын орчиндоо дасан зохицохын мөн чанар нь хэмлэл, долгионлог маягийн үйл явц гэж үзэх болов. (10—12).

Өөрөөр хэлбэл орчинд дасах нь зөрчил, тэмцэлтэй үйл явц болохоор дасах хугацааны туршид хэмлэл, долгионлог шинж чанар илэрдэг ажээ.

Түүхэн хөгжлийн явцад бие махбодын тогтолцоонуудын өөр, хоорондын харилцан уялдаа бүхий ажиллагааг хангахад зохицуулгын маш нарийн механизм шаардагдах болсон бөгөөд тэдгээрийн нэг нь

бие махбодын дотоод орчны харьцангуй тогтворт чанар буюу гомеостаз билээ (6, 14, 15). Одоо үед гомеостазыг ямар ч хэлбэлзэлгүй тогтмол хэмжигдэхүүн мэтээр үзэж болохгүй болов. Учир нь гэвэл бие махбодод явагдаж буй аливаа үйл ажиллагаа нь хэлбэлзэлтэй байдаг гэдэг нь нэгэнт нотлогдоод байгаа болохоор түүнийг зүгээр нэг шулуун шугам шиг явцтай мэтээр бодохын аргагүй билээ. Сүүлийн үед эрдэм шинжилгээний ном зохиолд гомеокинез гэгдэх нэр томъёо шинээр бий болж байгаа нь үүний нэг нотолгоо юм. Гомеокинез нь хэвийн байдлаас үл хэтрэх хэлбэлзлийг бий болгоно (11). Чухамдаа хэмлэл нь энэхүү хэлбэлзлийг хангаж байдаг учир гомеостаз нь хэмлэл бүхий үйл явц байдаг байна (2, 3, 10, 12). Үүнтэй холбогдуулан бидний ярьж хэвшсэн тогтмол хэмжигдэхүүн, хэвийн байдал хэмээх ойлголтуудыг тодруулан авч үзэх шаардлага аяндаа гарч ирээ.

Физиологийн тогтмол хэмжигдэхүүн гэгдэх ойлголт нь нэг талаас авч үзвэл тогтмол хэмжигдэхүүн хараахан биш бөгөөд тухайн хэмжээнийхээ ойр тойронд хэлбэлзэж байх тул «хөдөлгөөнт тогтмол хэмжигдэхүүн» буюу хэлбэлзэгч тогтмолууд юм (14). Харин «хэвийн байдал нь тооны элдэв хэлбийлт явагдлаа ч гэсэн бие махбодын морфологийн болон физиологийн байдалд түүний янз бүрийн эд, эрхтэн, тогтолцоонд чанарын өөрчлөлт үзүүлж чадахгүй тийм хэмжээний зааг» (14) билээ. Хэвийн байдал нь хөдлөл зүй, хувьсамтгай чанартай учир түүнийг-статистикийн дундаж хэмжигдэхүүн тодорхойлж чаддаггүй (6) ажээ.

Хэвийн байдал нь мөн л хэмлэл бүхий үйл явц байдаг байна. (1—3, 10—12). Өөрөөр хэлбэл бидний хэвийн гэж үздэг элдэв хазайлт байхгүй нэгэн жигд үйл явц бол чухамдаа хараахан тийм биш, харин хэлбэлзэл бүхий чанартай юм. Тэгэхлээр одоо үед эмнэлэг-биологийн судалгаанд нэлээд дэлгэрсэн алдаа нь хэвийн байдал болон бие махбодын дотоод орчин

харьцангуй тогтвортой байх чанар, дасан зохицох үйл явцыг судлахдаа биологийн хэмлэлийн ач холбогдлыг хайхрахгүй буюу дугуу үнэлэхэд оршиж байжээ (4). Тухайлбал бид өвчтөнийг голдуу өглөөгүүр юм уу өдрийн цагаар шинжилдэг билээ. Энэ үед авсан биений олон үзүүлэлтийг өөрөөр хэлбэл шинжилгээний хариуг судалж үзээд түүнийгч цагийн хүчин зүйлийг огтхон ч харгалзахгүй хэвийн хэмжээтэй харьцуулан үзэж, үнэлгээ өгч байгаа юм.

Гэтэл бид шөнө эдгээр хэмжигдэхүүн ямар байгааг мэдэхгүй болохоор хэрэв шөнө шинжилгээ хийвэл өдрийнхөө харьцуулдаг хэмжээг л баримтлах болно. Үнэндээ биений үйл ажиллагааны хэмжигдэхүүн өдөр, шөнө тэр ч байтугай цаг цагаар өөр байдаг болохоор (цаг цагаараа байдаггүй... гэж манай ард түмэн ярьдаг шиг) тэгж үзэх нь буруу юм. Ийм байдлыг хайхрахгүй байх нь эрүүлийг эмгэг, эмгэгийг эрүүл гэж үзэхэд ч хүргэж тун болзошгүй билээ. Ийм болохоор бие махбодын үйл ажиллагаат хоногийн янз бүрийн цагуудад ялгавартай авч үзэхээс өөр аргагүй.

Бие махбодын өвөрмөц байдаг хэмлэл долгионлог маягийн үйл явц нь диалектикийн зүй тогтолтой юм. Тэр нь амьдралын үйл ажиллагаан дахь эсрэг, тэсрэгийн нэгдэл тэмцлийн үр дүн (2, 3—10—12) мөн.

Одоо үед биосистемийн цагайн байгууламжийн буюу биологийн хэмлэлийн олон хувилбарууд дотроос хоногийн хэмлэлийг бие махбодын үйл ажиллагааны түгээмэл шалгуур болгож ашиглах асуудал судлаач шинжээчдийн анхаарал их татаж байна (1—3, 10—12). Хоногийн хэмлэл нь 24 цагийн юм уу түүнтэй ойролцоо хугацаанд үргэлжилж байдаг мөчлөгтэй үйл явц юм.

Хоногийн хэмлэлийн тогтолцоо төрөл бүрийн стресс үүсгэгчид их мэдрэмтгий учраас стрессийн урдагавар болж түүний нийлэмж алдагдах буюу бие махбодын үйл.

ажиллагааны өөр хоорондын цаг хугацааны харилцан шүтэлцээ алдагдах, улмаар бие махбод, орчин хоёрын цаг хугацааны шүтэлцээ хямралд орох нь биеийн тав тухгүй болохын (өвчлөхийн) хамгийн анхны шинж тэмдгийн нэг (1—3, 10—12) юм. Өөрөөр хэлбэл «Бие махбод нь эс, эд, эрхтэнд явагдах хэлбэлзэл бүхий үйл явцын тодорхой шүтэлцээний дүнд оршин тогтоно. Амьтны дотоод цагийн гол үүрэг нь янз бүрийн үелбэр бүхий үйл явцыг өөр хооронд нь харилцан уялдуулж зүгшрүүлэх явдал мөн. Энэ зүгшрүүлэлт хямрах нь нэлээд өвчний шалтгаан болж болно (6). Тэгэхлээр өвчин эмгэг нь давын өмнө биосистемийн

үйл ажиллагааны цагийн нийлэмж алдагдах байдлаар илэрдэг байна (8, 9, 13). Бие махбодын үйл ажиллагааны цагийн нийлэмж алдагдахыг орчин үед десинхроноз гэж нэрлэж байгаа билээ.

Ийнхүү дээр ярьж өнгөрснийг нэгтгэн дүгнэж үзвэл орчин үеийн анагаах ухаан, биологийн судалгаа шинжилгээний ажилд зонхилж байгаа орон зайн судалгааны чиглэлийг биосистемийн цагийн байгууламжийн буюу биологийн цаг хугацааг (био хэмлэлийг) судлах чиглэлтэй нягт хослон явуулбал судалж буй юмс, үзэгдлийн мөн чанарыг нээн илрүүлэхэд ихээхэн ач холбогдолтой болох нь тодорхой байна.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Б. С. Алякринский—Основы научной организации труда и отдыха космонавтов. М. Медицина, 1975. с. 39.
2. Б. С. Алякринский—Адаптация в аспекте биоритмологии В кн: Проблемы временной организации живых систем. М, Наука, 1979. 8—36.
3. Б. С. Алякринский—Биологические ритмы и организация жизни человека в космосе. М. Наука, 1983. 26
4. А. П. Авцын—Клиническая медицина, 1974, 5, 3—15.
5. В. Н. Веселовский—О сущности живой материи. М. Наука, 1971. 214.
6. В. П. Корольков, Г. И. Царегородцев—Философия Медицины, Киев. Здоровье, 1979. 112—114.
7. В. В. Меньшиков—Гуморальные механизмы регуляции функции организма в норме и патологии. М, Медицина 1970. 68.
8. В. В. Парин—В кн: философские вопросы биокibernетики, М, Наука, 1969, 3—5.
9. В. В. Парин, Р. М. Баевский—В кн. Проблемы климатофизиологии и климатофизиологии, Новосибирск, 1970, 71
10. С. И. Степанова—Стресс и биологические ритмы. Косм. биол и авна косм. мед. 1982. 16. 1. 16—20.
11. С. И. Степанова—Концепция гомеостатизма как основа представления о норме в биологии и медицине. В кн: Космическая биология и авнакосмическая медицина. Москва-Калуга, 1982, часть II 88—89.
12. С. И. Степанова—Теоретические и прикладные аспекты космической биорит-

мологии Автореферат докторской диссертации М, 1983

13. С. И. Степанова—Актуальные проблемы космической биоритмологии, М, Наука 1977, 8—11

14. Г. И. Царегородцев—Диалектический материализм и медицина. М, Медицина, 1966, 232

15. Г. И. Царегородцев, В. Г. Ерохин—Диалектический материализм и теоретические основы медицины М, Медицина, 1986, 207.

16. Э. С. Шноль—В кн: Проблема Биофизики М, Знание, 1965, 57.

ВРЕМЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ БИОСИСТЕМ

Л. Лхагва

Пространство и время относятся к фундаментальным понятиям, которые всегда были и остаются сопряченным основанием мироздания. На современном этапе развития познания, как правило, еще более усугубляются исследования связанные с изучением философской проблемы пространства и времени и появляются его специфические проявления, такие как, биологическое пространство и время и т. д. Изучение временной организации биосистем в настоящее время привело к рассмотрению некоторых теоретических проблем в биологии и медицине, в частности, адаптацию, норму, гомеостаза с новой точки зрения. Они являются ритмичными колебательными, и волнообразными процессами так, как они отражают борьбу двух взаимоисключающих начал жизненного процесса.

Редакция 1987—03—04

УЛААНБААТАР ХОТОД ИРЖ АМЬДАРЧ БАЙГАА ХҮҮХЭД, ӨСВӨР ҮЕИЙНХЭНД ТУБЕРКУЛИНЭЭР СОРИЛ ТАВЬСАН ДҮН

Улаанбаатар хот дахь зөвлөлтийн мэргэжилтний нэгдсэн эмнэлэг

Хүн амын дунд вакцинжуулалтын үр дүнд болон халдварын дараа тогтсон сүрьеэгийн үүсгэгчид мэдрэг байдлын түвшинг тогтооход Мантугийн сорилыг өргөн хэрэглэх боломжтой, дархлал судлалын шинжилгээний цорын ганц арга гэж сүрьеэ судлаачид санал нэгтэй үзэж байгаа юм. Энэ шинжилгээний дүн нь хүн амын тодорхой хэсгийг БЦЖ вакцинаар давтан тарих, түүнчлэн диспансерийн хяналтанд авах, эсэхийг шийдвэрлэх үндэслэл болдог.

Бид энэ судалгааг хийхдээ Улаанбаатар хотод хүрэлцэн ирсэн хүүхэд, өсвөр үеийнхний туберкулинд мэдрэг байдлыг тогтоох, хэт мэдрэгшилтэй, хордлогын шинж тэмдэгтэй, сэдрэх явцтай уушгины ужиг өвчтэй хүүхэд, өсвөр үеийнхнийг эмнэл-зүй, лабораторийн иж бүрэн шинжилгээнд хамруулах, явуулын хүүхэд залуучуудад сүрьеэ өвчний явц ямар байгааг тодруулж үзэх зорилт тавьсан юм.

БНМАУ-д түр хугацаагаар ирсэн хүүхэд, өсвөр үеийнхний дотор ажиглалт, судалгаа анх удаа хийгдэж байгаа бөгөөд энэ нь сүрьеэгээс сэргийлэх чиглэлээр тэдний дунд авах арга хэмжээний талаар практик дүгнэлт гаргах боломж олгох юм.

Мантугийн сорилд цэвэрлэж, Твин-80 нэмсэн, 0,1 мл уусмалдаа 2 ТЕ нэгж идэвхт чанар бүхий стандартаар бэлтгэсэн туберкулиныг ашигласан.

Бэлдмэл нь 4-43-3, 4-49-8, 4-55-43 гэсэн серийн дугаартай байв.

Мантугийн сорил тавих ажлыг гол төлөв намрын улиралд сургууль, хүүхдийн байгууллага болон нэгдсэн эмнэлгийн поликлиникийн тусгайлан бэлдсэн эмч, сувиллагчдын хүчээр хийсэн. Сорилыг дүгнэх ажлыг хүүхдийн эмч нар голлон гүйцэтгэв.

Сорилыг дүгнэхэд бүх тохиолдлын 80 хувьд нь эмнэлгийн 2 ажилтан, 20 хувьд нь 1 ажилтан оролцов.

Сорилыг тавьснаас хойш 72 цагийн дараа шуун дээр үүссэн нэвчдэсийг хэмжих байдлаар дүгнэсэн бөгөөд нэвчдэс нь 5 мм ба түүнээс дээш хэмжээтэй үед урвал эерэг гэж тооцлоо.

Энэ ажлыг зохион явуулахын өмнө оролцож байгаа сургууль, хүүхдийн байгууллага, эмнэлгийн ажилтнуудын зөвлөлгөөн хийж семинар өгсөн.

Сорил тавих ажлыг 1985-1986 онд гүйцэтгэв.

Хүүхэд, өсвөр үеийнхнийг сүрьеэгийн эсрэг вакцинаар тариулсан эсэхийг тарилгын дараа тогтсон сорив байгаа эсэхээр шалгав. 913 хүүхдийг түүвэр аргаар сон-

гон шалгаж үзэхэд 782 нь (85,6%) сорив тогтсон байснаас 38 хүүхэд соривын хэмжээ 2 мм-ээс бага байв.

Сургуулийн хүүхдийн 88,6 хувь, цэцэрлэгийн хүүхдийн 81,6 хувьд нь сорив тогтсон байсан. Хэвлэлийн мэдээнээс үзвэл (В. И. Владимирова нар., 1985) сургуулийн ба сургуулийн өмнөх насны хүүхдийн 94,1 хувьд нь сорив тогтсон байдаг байна.

Туберкулины сорилыг 2592 хүүхэд тавьсанаас 240 хувьд нь сорил эерэг (нэвчдэс нь 5 мм-ээс дээш хэмжээтэй) байв.

Сургуулийн өмнөх насны хүүхдийн 85,6 хувь, сургуулийн хүүхдийн 57,8 хувьд нь сорил сөрөг дүн үзүүлэв. Хэвлэлийн материалаас үзвэл (М. И. Владимирова нар., 1985) Красноярск хотын сургуулийн ба сургуулийн өмнөх насны хүүхэд туберкулины сорил эерэг гарсан хүүхэд 59,3 хувийг эзэлж байжээ. Үүнд бидний судалгааны дүн дээрхээс ялгаатай байгаа нь юуны өмнө сорил тавих ажлын зохион байгуулалттай холбоотой байна гэж бид үзлээ.

Сорилыг нийт эмнэлгийн ажилчдаар тавиулсан үед эерэг үзүүлэлт нь тусгай бригад зохион байгуулан сорил тавиулсан үеийнхээс 5,5 дахин бага байгааг тогтоосон тусгай судалгааны дүн (К. Г. Ганнев нар., 1985) бидний дээрх дүгнэлт үндэслэлтэй байж болохыг баталж байна.

Эерэг үзүүлэлт бүхий хүүхэд 1-2 насанд 11,1%, 3-6 насанд 14,6%, 7-8 насанд 29,3%, 11-12 насанд 43,5%, 16-17 насанд 53,6% тус тус байна. М. И. Владимирова нарын судалгаагаар (1985) Красноярск хотод сургуулийн ба сургуулийн өмнөх насны хүүхдүүд сүрьеэгээр халдварлагдсан байдлыг судалж үзэхэд 1-2 насанд 43,9%, 3-6 насанд 33,3%, 7-14 насанд 65,3% нь эерэг үзүүлэлттэй байсан байна.

Шинжилгээнд хамрагдсан бүх хүүхдээс 144 нь буюу сорил эерэг хүүхдийн 23,1 хувьд нь нэвчдэс мэдэгдэхүйц, мөн шинжлэгдсэн хүүхдийн 81-д нь буюу эерэг үзүүлэлт бүхий бүх хүүхдийн 13 хувьд нь нэвчдэсний хэмжээ 10 мм-ээс дээш хэмжээтэй байв.

Мантугийн сорил эерэг гарсан хүүхдүүдээс нэвчдэс нь 10 мм-ээс дээш хэмжээтэй, хордлогын шинж тэмдэгтэй, сэдэрх явцтай уушгины ужиг өвчтэй 55 хүүхэд эмнэл-зүй, лабораторийн болон гэрлийн шинжилгээ хийлээ. Гэрлийн ба лабо-

раторийн шинжилгээг нэгдсэн эмнэлэгт хийж, цээжний зураг авч, цусны дэлгэрэнгүй шинжилгээ, шээсний шинжилгээ хийв.

Эдгээр хүүхдийн 23 эрэгтэй, 32 нь эмэгтэй, 3 хүртэлх насны 8, 4—6 насны 31, 7—15 насны 16 хүүхэд байлаа.

6 хүүхэд (10,1%) удаан хугацаагаар хангалдаг гэсэн зовиуртай, 2 хүүхэд (3,6%) халуурдаг, 1 хүүхэд биеийн жин байвал зохих хэмжээнээс 5 кг-аар бага байв. 52 хүүхдийн (94,0%) тунгалгийн захын зангилаанууд томорсон байв. 7 хүүхдэд (12,7%) лимфоцитын урвал бага зэргийн өөрчлөлттэй, 5 хүүхдэд (9,0%) гемоглобин 108—98 грамм/л хүртэл багссан байв.

Улаан цогцсын тунах хурд ихэссэн тохиолдол ажиглагдсангүй.

Зургийн шинжилгээгээр бүх хүүхдийн 30,9 хувьд нь идэвхтэй сүрьеэгийн, 9 хувьд нь идэвхтэй бус сүрьеэгийн шинж илэрсэн.

Дархлал судлал, эмнэл зүй, лабораторийн болон зургийн шинжилгээгээр эдгээр хүүхдийн 24 нь (43,6%) сүрьеэгийн халдвар авсан, 17 нь (30,9%) сүрьеэгийн бронх аденит, 8 нь (17,5%) сүрьеэгийн архаг хордлоготой, 2 нь (3,6%) сүрьеэгийн лимфадениттай болох нь тогтоогдов. Эдгээр өвчний 24 тохиолдолд шинж тэмдэг нь

тодорхойгүй, 29 тохиолдолд шинж тэмдэггүй, зөвхөн 2 тохиолдолд шинж тэмдэг тодорхой илэрч, хордлогын шинж тэмдэгтэй, тунгалгийн булчирхайн талаас эмгэг өөрчлөлт илэрхий гарсан байсныг тэмдэглэх нь чухал гэж үзэв.

Сүрьеэгийн анхдагч хэлбэр бүхий өвчтөнүүдэд зохих эмчилгээ хийж, шаталсан ажиглалт тогтоов.

Гурван өвчтөнд эмчилгээг 2 төрлийн бэлдмэлээр (фтывазид, стрептомицин)-ыг насны тунгаар бусад хүүхдүүдэд фтывазид эсвэл изонизид хоёрын аль нэгээр насны тунгаар хоногт 1 удаа өгч эмчлэв.

Гурван сарын туршид эмчилсний дараа эмнэл зүйн ба зураг лабораторийн шинжилгээ хийсэн.

Эмчлэгдсэн бүх хүүхдэд эмчилгээнээс дараа үр дүн өгсөн. Эмчилгээний дараа 6—9 сарын туршид тавьсан шаталсан ажиглалт нь эмчилгээний үр дүнд хүүхдүүдийн биеийн байдал тогтвортой сайжирсныг харуулав.

Энэ судалгааны үр дүнд үндэслэн хүүхэд өсвөр үеийнхний дунд эхний шатандаа байгаа анхдагч сүрьеэг илрүүлэхэд мантугийн сорилыг ашиглах нь ихээхэн тохиромжтой арга юм гэж үзлээ.

Орчуулсан С. Цоодол

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. С. А. Адамова и соавт. Инфицирование туберкулезом детей школьного возраста в условиях массовой вакцинации БЦЖ. Пробл. туб., 1985, 11, 7—9

2. М. И. Владимирова и соавт. Инфицированность туберкулезом детей дошкольного и школьного возраста. — Там же, 1985, 1, 9—12.

3. К. Г. Ганиева и соавт. Результаты сплошного обследования до пробе Манту с 2 ТЕ ППД-Л подростков сельского района. — Там же, 1985, 7, 45—48.

4. Б. М. Елизаров, М. И. Владимирова—Течение туберкулеза у детей, не вакцинированных и вакцинированных БЦЖ. — Пробл. туб. 1983, 12, 10—13.

5. С. А. Кишаповский—Профилактика туберкулеза у детей и подростков. К.; Здоровья, 1985.

6. Л. А. Митинская и соавт. Вакцинация БЦЖ—основной метод специфической

профилактики туберкулеза у детей и подростков. — Там же, 1985, 1, 6—9.

7. В. А. Петросьянц, Б. Л. Кибрик. Профилактика и организация борьбы с туберкулезом. — Л.; Медицина, 1983.

8. А. Д. Яхьяев и соавт. Анализ результатов пробы Манту с 2 ТЕ ППД-Л при массовой туберкулинодиагностике среди детей и подростков. — Там же, 1984, 9, 6—8.

ТУБЕРКУЛИНОДИАГНОСТИКА У ПРИЕЗЖИХ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В г. УЛАН-БАТОРЕ

В. И. Ткаченко, С. Х. Есимова

Результаты проведенных исследований позволяют сделать вывод, что при скудной клинической симптоматике проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л является оптимальным методом выявления раннего периода первичной туберкулезной инфекции среди приезжих детей и подростков.

Редакцид ирсэн. 1987. 63. 19

Н. Гэндэнжамц, Д. Жамъянжав, С. Я. Долецкий, М. Р. Рокицкий

ХҮҮХДИЙН УУШГИ СУДЛАЛ ДАХЬ ОНОШ, ЭМЧИЛГЭЭНИЙ ТАКТИКИЙН АЛДААНЫ АСУУДАЛД

Анагаах ухааны дээд сургууль,
Москва хот дахь эмч нарын мэргэжил дээшлүүлэх төв институт
Казань хотын Улсын хүүхдийн уушиг судлалын төв.

Эмчийн алдаа нь манай ний-тэмд хэзээ ч санаатай биш үүдэн гардаг боловч хүний эрүүл мэнд амь настай холбоотой учраас маш эмзэг асуудал юм. Бид онош тогтоох эмчилгээний ажлыг улам сайжруулах зорилгоор манай орны нялхсын өвчлөл, эндэгдлийн тэргүүн байранд байгаа хүүхдийн уушги судлал дахь зарим алдааг Зөвлөлтийн эрдэмтдийн боловсруулсан арга барилыг үндэслэн хүүхдийн уушгины мэс заслын сүүлийн 15 жилийн ажиглалтанд (600 гаруй уушги, гялтан хөндийн мэс ажилбарууд, рентген ба бронхологийн шинжилгээ г. м) тулгуурлан бичив.

Хүүхдийн уушгины мэс заслын өвчнийг таних, эмчлэхэд гарах алдааг судлахдаа хүүхдийн уушги судлалын яаралтай, төлөвлөгөөт байдлаар нь 2 бүлэгт ялгаж үзэх нь зүйтэй. Үүнд пиопневмоторакс, бронхоэктазия хоёрын яаралтай эсэхийн ялгаа өөр юм. Юуны өмнө анх үзсэн эмч нарын (хүүхдийн хэсэг, ерөнхий тасгийн хүүхдийн болон түргэн тусламжийн эмч нар) оношийн алдааны шалтгаануудыг авч үзье.

1. Хүүхдийн уушгины мэс заслын өвчнүүдийг танихад уушгины рентген зурагт илрэх шинж тэмдгийн яаралтай эсэхийн ялгааг дутуу үнэлэх:

Рентгений аппарат, пленка байхгүйгээс ерөнхийлэн голдуу чагнах, хааяа тогших, харах үзлэгт хэт үнэмших, рентген-оношийн мэдлэг хангалтгүйгээс зургийг дутуу үнэлэх, тухайлбал: гэрлийн зарим эмч ч гэсэн «уушги, зүрх онц юмгүй!»

гэсэн санаагаа латин оросоор бичсэнийг нь галиглавал «кор эт пулм. б/о!» гэсэн бичлэг ч байна.

Рентген зургийн өөрчлөлтийг дутуу унших буюу үнэлэх нь өвчнийг эрт, зөв оношлоход бэрхшээл учруулдаг. Эдгээр шалтгаан нь оношлогооны болон эмчилгээний тактикийн алдаа гарах үндэс болж байна. Заавал хүүхдийн гэрлийн эмч гэлгүй (манайд хүрэлцээгүй учраас) хүүхдийн эмч бүхэн уушгины зураг уншиж чаддаг болох шаардлагатай юм.

2. Хүүхдийн уушгины мэс заслын өвчнүүд, тэдгээрийн гол хам шинжүүдийн эмнэл зүйн илрэлийн талаарх эмч нарын мэдлэг хангалтгүй байх:

Хүүхдийн уушгины мэс заслын олонтаа тохиолдох үндсэн өвчний шинж тэмдгүүдийг танихдаа сайн боловч дэлбэнгийн эмфизема болон авчилт, уушгины чинэрсэн хөндий, уушги, дэлбэнгийн типоплази зэрэг төрөлхийн өвчнийг танихад алдаа гарсаар байна. ЗХУ-ын Казань хот дахь хүүхдийн уушги судлалын төвийн олон жилийн туршлагаас үзэхэд хүүхдийн эмч, ерөнхий мэргэжлийн мэс засалчдын мэргэжлийг энэ чиглэлээр дэс дараатай дээшлүүлснээр доголдлын тоо цөөрсөн амжилт нотолж байна.

3. Уушгины хагалгаа хийлгэсэн хүүхдийн эмнэлгээс гарсны дараах реабилитацийн талаарх эмч нарын мэдлэг дутмаг байх:

Мэс засал хийлгээд эмнэлгээс гарсан хүүхдийн хагалгааны дараах байдлыг буруу үнэлэх, реабилитацийн эмчилгээг хангалтгүй хийх.

алдаа голлож байна. Манайд хүүхдийн уушгины мэс засал эхлэн хөгжөөд удаагүй, уушги судлалын кабинет, диспансерийн хяналт, сувилал байхгүйгээс реабилитацийн ажил үлэмж доголдож байна.

Иймээс уушги, плеврийн хагалгаа хийлгэсэн хүүхдүүдийн реабилитации тусламжийг яаралтай зохион байгуулах хэрэгтэй байна.

Хамгийн чухал асуудлын нэг болох хүүхдийн уушги судлалд хамгийн олонтаа гарч байгаа яаралтай хагалгааны алдаа, доголдлыг юуны өмнө авч үзье.

Хүүхдийн уушги судлалын яаралтай арга хэмжээ нь хэвлийн хөндийн яаралтай мэс заслын өвчнүүдээс өөрийн почмог эхлэлт, хүнд явц, аюул ихтэй байдгаараа онцлог юм. Уушгины яаралтай хагалгааны үед хүүхдийн амь нас минутаар шийдэгддэг учраас эмчид гүйцэд сэтгэн бодох, нөхдөөсөө асууж зөвлөгөө авах хугацаа өгөхгүй учраас хэдхэн минутын дотор онош эмчилгээний тактикийн шийдвэр гаргахад хүрдэг. Эмчийн энэ талын алдааг олон жил судалсан профессор М. Р. Рокицкийн туршлагаар эмнэлгийн албаны 3 бүлэг, үе шатанд зохицуулан түүний тогтолт шалтгааныг илрүүлэн үзэх нь зүйтэй юм.

1. Нэгдэх үе: Хэсэг, ерөнхий тасгийн хүүхдийн болон түргэн тусламжийн эмч нар:

1. Тооны болон эмнэл зүйн ач холбогдлын талаар нэгдүгээрт оношлогооны алдаанд орно.

Практикаас харахад оношлогооны доорх алдаанууд хамгийн элбэг тохиолддог. Тухайлбал нянгийн гаралтай уушгины үрэвслийн деструкц хэлбэрийг хожуу илрүүлэх, энэхүү хүнд өвчний пиоторакс, пиопневмоторакс, пневмоторакс зэрэг уушги-гялтангийн хүндрэлийг хожуу мэдэх, амьсгалын зам-уушгин дахь гадны биетийг алдаж оношлох, уушгины төрөлхийн гажиг, олдмол өвчнүүдийг ялгахгүй хүндрэлээр нь буюу ужиг үрэвсэл гэж оношлох нь байна.

Эдгээр алдааны үндсэн шалтгаан нь яаралтай рентген шинжил-

гээнээс чагнах-физикийн аргыг хэт үнэлэн түүнд найдах, эмнэл зүйрентгений шинж тэмдгийг тааруу мэдэх, жижиг эсвэл хэвийн биш шинж тэмдгийг муу анхаарах.

2. Эмчилгээний тактикийн алдаа оношлогооны алдааны дараа ордог бөгөөд ихэнхдээ оношийн алдаатай холбоотой гардаг. Гэвч оношийг цагт нь зөв тавьсан боловч эмчилгээний тактикийг зөв боловсруулж чадахгүй байгааг дурдах нь зүйтэй юм.

Тухайлбал өвчтөнийг зохих эмнэлэгт хожуу шилжүүлэх (жишээ нь уушгины стафилококкт үрэвслийн хүндрэл, пиоторакс, пиопневмотораксыг плеврийн сорилтоор үр ашиггүй удаан эмчлэх, уушгины тэлэх байдлыг рентгенээр хянахгүй байх, цээжний дотор чинэрэх хам шинжтэй өвчтөнийг яаралтай гуурс тавихгүйгээр хол газраас явуулах, анхны яаралтай төгс биш жижиг мэс заслын тусламж үзүүлэхгүйгээр шилжүүлэх зэрэг болно.

3. Эхний шатанд техникийн алдаа харьцангуй цөөн тохиолддог. Элбэг тохиолдох алдаанд резин гуурс угсраагүй эсвэл нарийн зүүгээр гялтан хөндийд сорилт хийх, хатгах цэгийг олохгүй өнгөрөх, сорилтоор гарах идээ, шингэн хийг дуустал авахгүй үлдээх зэрэг орно. Идээт шингэнийг дутуу авснаас уушги гүйцэд тэлэгдэлгүй архагших шалтгаан (идээ өтгөрөн наалдац үүсч уушги хуяглах) болдог учраас дуустал нь удаан соруулж гүйцэд авах нь зүйтэй.

2. Хоёрдахь үе: Ерөнхий мэргэжлийн мэс засалчид:

1. Ерөнхий мэргэжлийн мэс засалчид алдаа гаргах нь харьцангуй бага байдаг. Гэвч хүүхдийн мэс заслын цэгцтэй бүрэн мэдлэг манай зарим эмч мэргэжилтэнд дутагдаж байгааг анхаарах нь зүйтэй. Энэ нь хүүхдийн мэс заслын сургалт хожуу эхэлсэнтэй холбоотой юм.

2. Энэ үе шатанд эмчилгээний тактикийн алдаа ихэвчлэн гардаг. Тухайлбал пиопневмотораксын үед гялтан хөндийд гуурс тавих, дотрын тасгаас хүүхдийг мэс зас-

лын тасагт шилжүүлэн авахаас татгалздаг нь ерөнхий мэс заслын тасагт (ялангуяа том хүний) бага насны хүүхэд эмчлэх туршлага дутагддагтай холбоотой байна.

Үүнээс гадна гуурс тавиад уушги тэлэх, гуурсны байрлал, гялтан хөндийн хий, шингэний өөрчлөлтийг клиник, рентгенээр шалгаж хянахгүй буюу удаах явдал байна.

Хордлого арилгах, халдварын эсрэг эмчилгээ хангалтгүй, эрчимт эмчилгээний иж бүрэн зарчим дутах, эмийн тун хэмжээг барагцаалах, идээт-үжилт хүнд өвчтэй хүүхдийг хамтран эмчлэх, сувилахад хүүхдийн эмчийн зөвлөгөө авахгүй байх дутагдал манайд үзэгдэж байна.

3. Ерөнхий мэс засалчид техникийн алдаа гаргах нь нэлээд үзэгддэг. Тухайлбал цээжний хөндийд гуурс тавихдаа торакоцентезия хийх газрыг оноогүй хэт дээр буюу доор хийх, хэт нарийн гуурс тавих, идээг дутуу авах, эсвэл антисептик ба асептикийн дүрмийг чанд сахихгүйгээс сорилтын дэргэдэх зөөлөн эд идээлэн үрэвсэх үгдрэл гарч байна.

3. Гурав дахь үе: **Нарийн мэргэжлийн тасгийн хүүхдийн мэс засалчид:**

1. Энд оношийн алдаа гарах нь бага байдаг боловч залуу мэс засалчдад туршлага дутагдсанаас оношийн зарим нэг алдаа гарч байна. Уушгины доторх, гялтан завсрын (уушгины гаднах) хөндийг хооронд нь ялгахад төвөгтэй байдаг бөгөөд эдгээрийн эмчилгээний тактик, арга барил өөр өөр юм.

2. Эмчилгээний тактикийг муу боловсруулах нь нэг талаас уушги судлалын мэс заслын мэдлэг, дадлага хангалтгүй нөгөө талаас эмчилгээний тактикийг сонгоход төвөгтэй байдагтай холбоотой.

3. Энэ үе шатанд техникийч болон арга барилын алдаа гарах нь бага байдаг. Гэвч төрөлхийн гажгийн хүндрэл халдварлан үрэвсэх үед олдмол өвчнөөс ялгах, гялтан завсрын элдэв хүндрэлийн явц, хугацаа, хэлбэр байдлыг ялгахгүйгээс техникийн алдаа гарч болох үндэстэйг анхаарах чухал юм. Сүүлийн үед практикт нэвтэрсэн төвийн хураагуур судсыг хаймсуурдахтай холбоотой хүндрэл гарч байна.

Хагалгааны дараах өвөрмөц сувилгаа дутах хөдөө орон нутагт цээжний хөндийн болон уушгины хагалгаа хийх, хагалгааны дараа санаа амрах, мэс заслын эмчилгээнд хэт итгэснээс алдаа гаргах нь цөөнгүй байгааг хүүхдийн мэс засалчид анхаарах нь зүйтэй юм.

Одоогоор манай орны аймаг, хотын эмнэлгүүдэд хүүхдийн мэргэжлийн мэс заслын эмч байхгүй, багаж аппарат, тоног төхөөрөмж, нарийн мэргэжлийн мэдлэг, арга хангалтгүй зэргээс шалтгаалан оношлогоо, эмчилгээний арга барил, тактикт алдаа гарч байна.

Эмчийн мэдлэг, мэргэжил дээшлэх тутам алдаа, эндэгдэл багасгах зүй тогтолтой учраас эмчийн санамсаргүй алдаанаас урьдчилан сэргийлэх, үүний тулд эмчийг сургаж дадлагажуулах явдал чухал юм.

Редакцид ирсэн 1986—10—02

Г. Навчсан, Ж. Алтанцэцэг

БАГА НАСНЫ ХҮҮХДИЙН УУШГИНЫ ҮРЭВСЛИЙГ АНТИБИОТИКООР ЭМЧЛЭХ

Эх хүүхдийн эрүүл мэндийг хамгаалах эрдэм шинжилгээний нэгдсэн төв

Уушгины үрэвслийн янз бүрийн хэлбэрийн үед эмчилгээнд шаардлагатай антибиотикийг зөв оновчтой сонгож хэрэглэх нь маш чухал юм. Энэ шаардлагыг

хангахын тулд юуны өмнө тухайн өвчтөнөөс эмгэг үүсгэгч бактерийг илрүүлэн түүний антибиотикт мэдрэг чанарыг тодорхойлох нь клиникийн онцгой ач хэл-

Антибиотикийн мэдрэг чанарын үзүүдэлт

| Антибиотикийн нэрс | мэдрэг чанар (мм-ээр) | | |
|--------------------|-----------------------|-------------|------------|
| | Өндөр мэдрэг | дунд мэдрэг | Сул мэдрэг |
| пенициллин | 29 | 21—28 | 20 |
| оксациллин | 24 | 20—23 | 19 |
| метициллин | 18 | 10—17 | 9 |
| цефалотин | 17 | 12—17 | 9 |
| канамицин | 19 | 15—18 | 14 |
| гентамицин | 14 | 10—13 | 9 |
| тетрациклин | 20 | 16—19 | 15 |
| хлорамфеникол | 18 | 13—17 | 12 |
| полимиксин В | 13 | 9—12 | 8 |
| эритромицин | 19 | 15—18 | 14 |
| ампициллин | 14 | 13—11 | 10 |

Антибиотикийг хослон хэрэглэх

| Антибиотик | Ижил үйлчилгээтэй антибиотик |
|------------------------|--|
| Пенициллинтэй хослоход | Гентамицин, хлорамфеникол, стрептомицин, полимиксин |
| Эритромицин | пенициллин, олеандомицин, цефалоспорин, экмоновоциллин, бацитрацин |
| Ампициллин | Оксациллин, канамицин, гентамицин, стрептомицин, диклоксациллин, пенициллин |
| Гентамицин | Пенициллин, ампициллин, оксациллин, линкомицин |
| Цепорин | Канамицин, тетрациклин, стрептомицин |
| Канамицин | Пенициллин, ампициллин, левомецетин, цефалоспорин |
| Полимиксин | Пенициллин, эритромицин, олеандомицин, тетрациклин, левомецетин, рифампициллин |
| Олеандомицин | Мономицин, стрептомицин, полимиксин |
| Левомецетин | Олеандомицин, эритромицин, полимиксин, экмолин, неомидин |

богдолтой болно. Иймд уушгины үрэвслийн антибиотик эмчилгээнд доорхи зүйлийг анхаарах нь зүйтэй. Үүнд:

— Эмгэг үүсгэгч бактерийг илрүүлэн түүний антибиотикт мэдрэг чанарыг тодорхойлох;

— Антибиотикт мэдрэг чанарыг мэдсэнээр хамгийн идэвхтэй үйлчлэх эмчилгээний сайн үр дүнтэй антибиотикийг сонгож авах;

— Сонгож авсан антибиотикийн тохиромжтой тунг тогтоон эмчилгээнд хэрэглэх аргыг зөв шийдэх;

— Антибиотик эмчилгээг цаг алдахгүй аль болох эрт эхлэх, хэрэв эмчилгээний үр дүнг эхний хоёр, гурав хоногт мэдэгдэхүйц гарахгүй бол антибиотикийг шууд сольж;

— Антибиотик эмчилгээнд дэс дараалал буюу хослон хэрэглэх чухал юм.

Эдгээр таван ерөнхий зарчмыг үндэслэн хүүхдийн уушгины үрэвслийн үед антибиотик эмчилгээг хэрэглэнэ. Гэвч өвчтөнөөс эмгэг үүсгэгч бактери ялгаруулахад 4—5 хоног болдог учир антибиотик эмчилгээний эхний ээлжинд өргөн хүрээний үйлчилгээтэй антибиотик (пенициллин, түүний хагас нийлмэлүүдийг) хэрэглэнэ. Харин антибиотик мэдрэг чанарыг тогтоосны дараа хязгаардмал үйлчилгээтэй антибиотикийг (аминоглюкозидууд, макоролидууд, тетрациклины төрлийн г. м) хэрэглэнэ.

Антибиотик эмчилгээний үр дүнг хянахад:

— Хордлогын байдлаас аажмаар гарах-хүүхэд ухаан орох, хөдөлгөөн нь нэмэгдэх, хоолонд дуртай болох, харц нь сэргэлэн болох, царай засрах;

— Халуун буурах, хүүхэд ерөнхийдөө тайвширч, унтах

— Шээсний гаралт нэмэгдэх;

— Амьсгалын тоо цөөрч, гүнзгийрэн жигд болох;

— Цусны даралт хэвийн болох, зүрхний авиа тодрох, цохилт цөөрч, хэвийн болох.

— Цаашдаа уушгинд гарсан өөрчлөлт багасаж, хэржигнүүр цөөрөн, хүүхдийн биеийн байдал аажмаар сайжирна;

— Хүүхдийн ноёр сайжран, гүн болно. Хоолондоо орж биеийн жин нэмэгдэнэ.

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|--|---|---|
| <p>Бага насны хүүхдийн уушгины үрэвслийн клиник явцын тодорхойлолт (шалтгаан, клиникийн байдал)</p> | <p>Антибиотик эмчилгээний арга (нэг удаагийн тун, хоногийн тун, курсын хэмжээ, давтамж хэрэглэх арга).</p> | <p>Антибиотик эмчилгээний арга (нэг удаагийн тун, хоногийн тун, курсын хэмжээ, давтамж хэрэглэх арга).</p> | <p>дээд тун ба өндөр тун буюу түүнийг солих</p> |
| <p>Стафилококкийн уушгины үрэвсэл. Клиникт: Бага насны хүүхэд, ялангуяа эхний 3 сартай хүүхэд илүү олонтой тохиолддог, клиникийн олон янзын хэлбэртэй байдгаас гадна хордлого ихтэй, хүнд явцтай, олон янзын хүндрэл үүсдэг. Өвчин 3 Үе шатаар явагдана. Эхний Үед —халдвар нэвтрэн орж, хурц үрэвсэл хордлоготой, сопоркомын байдлаар, СОЭ 30—70 мм/цаг, цагаан цогцс: 20—25 мянга хүрсэн, энэ үе 3—8 хоног үргэлжилнэ. Халдварын 5-7 Үед өвчин олон удаагийн дахилттай явцтайгаас гадна хүндрэлүүдтэй дунджаар 2—6 сарын турш үргэлжилнэ. Хүндрэлүүд 2 хэлбэрээр тохиолдоно. Уушгины талаас идээт буглаа үүсэх, цоорох, плеврит, пневнемогторакс г.м. Уушгинаас гадуур хүндрэл-идээт мөнөн, бөөрний үрэвсэл, гэдэсний өвчин, чихний идээт үрэвсэл г.м. 3-р Үе шатанд халдвар голдуу далд "нууц" хэлбэртэй унжирсан, архагших явцтай болж, халууралт "субфибрилитет" ажиглагдах, хүүхдийн биеийн ерөнхий эсэргүүцэл суларсан, гэвч аажмаар засран эдгэрэхийн Үед орно.</p> | <p>антибиотик</p> <p>пенициллин хүнд хэлбэрийн Үед 7—10 хоног уушгины хүндрэлийн Үед 10—15 хоног цусан халдвар Үжил хэлбэрийн Үед 15—25 хоног</p> <p>Хагас нийлмэл пенициллин (метициллин, оксациллин, ампициллин, ампиокс</p> | <p>100.000—200.000 блений жингийн 1 кг-д 4—6 цагаар булчинд хэрэглэнэ.</p> <p>100 мг/кг бодож хоногийн тунгаар 4—6 цагийн хугацаатай судсанд, булчинд</p> | <p>200000—500000 нэгж /кг бодож хоногийн тунг 6—8 цагийн хугацаатай судсанд, булчинд Хэт өндөр тун: 500000 нэгжээр 8—12 цагийн зайтай судсанд тарина.</p> <p>100—200 мг/кг хоногийн тунгаар 6 цагаар судсанд хэт өндөр тун: 200—400 мг/кг нэг удаагийн тунгаар 8—12 цагаар судсанд, булчинд</p> |
| <p>Уушгинаас гадуур хүндрэл-идээт мөнөн, бөөрний үрэвсэл, гэдэсний өвчин, чихний идээт үрэвсэл г.м. 3-р Үе шатанд халдвар голдуу далд "нууц" хэлбэртэй унжирсан, архагших явцтай болж, халууралт "субфибрилитет" ажиглагдах, хүүхдийн биеийн ерөнхий эсэргүүцэл суларсан, гэвч аажмаар засран эдгэрэхийн Үед орно.</p> <p>Стафилококкийн гаралтай уушгины үрэвслийн хүнд хэлбэрийн Үед антибиотикийг дээд тунгаар хэрэглэнэ. Ялангуяа, уушгины талаас болон уушгинаас гадуур хүндрэлүүд-идээт мөнөн, цусан халдварын хүндрэлийн Үед хэт өндөр шаардлагаар болно.</p> | <p>карбенициллин</p> | <p>200—400 мг/кг хоногийн тунгаар 6—12 цагаар булчин, судсанд</p> | <p>200—500 мг/кг хоногийн тунгаар 12 цагаар судас, булчинд хэт өндөр тун: 400—500 мг/кг нэг удаагийн 8—12 цагаар судас булчинд</p> |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|--|--|
| <p>Стрептококкийн эмгэг үүсгэгч бактерийн клиникт:</p> <p>бага насны ба сургуулийн өмнөх насны хүүхдэд уушгины дунд ба хэлбэрийн үрэвслийг стрептококк үүсгэнэ. Голцуу хурц эхлэлтэй, маш өндөр халууралттай 39—40°C, хордлого ихтэй, мөн гүйцсэн булчирхайн үрэвсэлтэй хамт явагдана. Уушгины эд эс хаварнаж, завсрын эдийн үрэвсэл ба үх-нойтон хэржигнүүр ихтэй, тодорхой хэсэгт бүдэг дуутай. Богино хугацаанд хүндрэл өгнө. Уушгинд бутлаа, хөндий үүсэх, цусан халдвар үжлээр хүндрэх хамгийн аюултай.</p> | <p>4. Цефалоспориноуд: цеפורин, цефалогин, цефалексин, кефлин, цефазолин, кефлекс</p> <p>5. Макролидууд: эритромицин, эритролон, олеандомицин, ристомицин, мениохиунд үед 10—14 хоног цусан халдварын үед 15—25 хоног.</p> <p>6. Эритромицин</p> <p>7. Канамицин</p> <p>8. Генгамицин</p> | <p>60—100 мг/кг хоногийн тунгаар 8—12 цагаар булчин, судсанд</p> <p>20—30 мг/кг хоногийн тунгаар 12 цагаар булчин, судсанд</p> <p>30—40 мг/кг хоногийн тунгаар 6 цагаар уухаар</p> <p>10—15 мг/кг хоногийн тунгаар булчинд</p> <p>1—2 мг/кг хоногийн тунгаар 8—12 цагаар булчинд</p> | <p>40—80 мг/кг хоногийн тунгаар 8—12 цагаар судсанд хэт өндөр тун:</p> <p>100 мг/кг нэг цагийн тунгаар 8—12 цагаар судас, булчинд 20—30 мг/кг хоногийн тунгаар 12 цагаар судсанд Хэт өндөр тун:</p> <p>30—50 мг/кг нэг цагаар, 8—12 цагаар судас, булчинд 50—80 мг/кг хоногийн тунгаар 6 цагаар уухаар хэрэглэнэ.</p> <p>2—4 мг/кг хоногийн тунгаар 8—12 цагаар булчинд, судсанд</p> |
| <p>ПНЕВМОКОККИЙН гаралтай уушгины үрэвслийн клиник:</p> <p>сүлд дорой өсөлт бойжилттой, биеийн эсэргүүцлийн дутагдалтай бага насны хүүхдэд олонтоо тохиолддог. Уушгинд сегмент ба дэлбэн хэсгийн голомтот үрэвсэл үүсч, өвчний клиник явц нь хүүхдийн насны онцлогоос нэлээд хамаарч бага насанд голдуу жижиг голомт хэлбэрээр, цэцэрлэгийн насанд сегмент, долийг эзэлсэн голомтот үрэвсэл хэлбэрээр явагдана. (цусан хагалгаа) Өвчин 2 долоо хоног орчим үргэлжлэн хүндрэл багатай байдаг юм.</p> | <p>1. Пенициллин (7—10 хоног)</p> <p>2. Ампициллин (5—7 хоног)</p> <p>3. Эритромицин (7—10 хоног)</p> <p>4. Тетрациклин (5—7 хоног)</p> | <p>50—100000 ед/кг хоногийн тунгаар 6 цагаар булчинд</p> <p>50—100—150 мг/кг хоногийн тунгаар 6 цагаар булчинд</p> <p>50—80 мг/кг хоногийн тунгаар 6 цагаар уухаар</p> <p>30—40 мг/кг хоногийн тунгаар 6 цагаар уухаар</p> | |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|
| <p>МИКОПЛАЗМЫН гаралтай уушгины Үрэвслийн клиник:</p> <p>Голцуу бага насны хүүхдийн амьсгалын эрхтний дээд хэсгийг гэмтээн Үрэвслүүлж хурц эхэлнэ. 1—2 хоног өндөр халуурч (38—40°C) дараа нь халуун нь 38—39°C орчмын хэлбэлзэлтэй 3—5—10—15 хоног болж, зовиуртай хуурай ханиалга олон хоног үргэлжилнэ. Өвчин удаашран сунжрах хандлагатай, зарим үед халуун буурч хэвийн болоод хэд хоногийн дараа дахин халуурч 38—38,5°C болж, дунд зэргийн хордлоготой өвчин Үргэлжилсэн маш зовиуртай хуурай ханиалга ихсэх, багасах маягаар удаан хугацаагаар Үргэлжилнэ. Өвчин олон удаагийн дахилттай, зарим үед 1—3 сар Үргэлжилнэ. Үрэвсэл нь их төлөв баруун уушгинд байрлаж, нойтон, хуурай хэржигнүүртэй, ширүүн амьсгалтай, тодорхой хэсэгт дүлийдүү байхаас гадна хүүхдийн биений байдал сайжирч эдгэрэхэд ч "трахеобронхитын шинж тэмдгүүд 4—5 сараар Үргэлжилнэ. Иймд энэхүү хүүхдийг диспансерийн хяналтад гэрээр эмчлэн эдгэрүүлэх нь чухал болно.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Тетраолеан (5—7—10 хоног) 2. Эритромицин (аскорбионат) 3. Эритромицин 4. Олеандомицин (курс 5—10 хоног) 5. Морфоциклин (5—10 хоног) 6. Цепорин (5—7—10 хоног) 7. Ристомицин (5—7—10 хоног) | <p>25 мг/кг нэг удаагийн тунгаар 12 цагаар судсанд</p> <p>40—50 мг/кг хоногийн тунгаар 12 цагаар булчинд</p> <p>40—50 мг/кг хоногийн тунгаар 6 цагаар уухаар</p> <p>20—30 мг/кг (курс 7—10 хоног)</p> <p>15 мг/кг нэг удаагийн тунгаар 12 цагаар судсанд</p> <p>80—100 мг/кг хоногийн тунгаар 8—12 цагаар булчинд, судсанд</p> <p>30 мг/кг нэг удаагийн тунгаар 12 цагаар булчинд</p> | <p>40—80 мг/кг хоногийн тунгаар 12 цагаар судсанд</p> <p>20—25 мг/кг нэг удаагийн тунгаар 12 цагаар судсанд</p> |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|--|---|
| <p>САВХАНЦАР БАКТЕРИЙН ГАРАЛТАЙ уушгины үрэвслийн клиник:</p> <p>Клебселейлээр үүссэн уушгины үрэвсэл хүүхдийн нягтрал ихтэй нөхцөлд ясли, цэцэрлэгийн насны хүүхдийн дунд их тохиолдоно. Хүүхдийн биеийн эсэргүүцэл сулрах, буруу хооллох, асаргаа сувийгаа дутагдах үед хүүхдийн амьсгалын дээд замд хэвийн нөхцөлд байдаг клебстеллин савханцар идэвхжин үржиж уушгины хүнд хэлбэрийн үрэвслийг үүсгэнэ. Өвчин хурц эхлэлтэй, халуун гэнэт 39—40°C ихэсч амархан буурч дахин ихэсч хоногийн хэлбэлзэл ихтэй, богино хугацаанд хүүхэд хүнд хордлогонд орж өвчний явц удаахрах хандлагатай, маш богино хугацаанд олон төрлийн хүндрэл үүснэ.</p> <p>Үнд: идээг мэнэн, идээт антрит, цусан халдвар г.м. Өвчний эдгэрэлт муутай, тавилан маш муу байдаг, (стафилококкийн гаралтай үрэвсэлтэй төсөөтэй байдаг)</p> | <p>1. Канамицин (7—10 хоног курс)</p> <p>2. Гентамицин —</p> <p>3. Цефалотин (кефлин цеспорин)</p> <p>4. Хлорамфеникол (5—7 хоног курс)</p> <p>5. Тетрациклин (курс 7—10 хоног)</p> | <p>10—20 мг/кг хоногийн тунгаар 12 цагаар, булчинд</p> <p>2—3 мг/кг хоногийн тунгаар 12 цагаар булчинд</p> <p>50—100 мг/кг хоногийн тунгаар 6 цагаар булчинд, судсанд</p> <p>50 мг/кг хоногийн тунгаар 6 цагаар булчинд, уухаар</p> <p>30—50 мг/кг хоногийн тунгаар уухаар</p> | <p>20—30 мг/кг хоногийн тунгаар 12 цагаар судсанд, булчинд</p> <p>3—4—5 мг/кг хоногийн тунгаар судсанд, булчинд</p> <p>150 мг/кг хоногийн тунгаар 6 цагаар судсанд, булчинд</p> <p>50—100 мг/кг хоногийн тунгаар 12 цагаар булчинд, судсанд</p> |
| <p>Энтеробактерийн гаралтай уушгины үрэвслийн клиник:</p> <p>Голдуу нярай ба 0—1 насны хүүхдэд олон таа тохиолддог, өвчин хүнд явцтай хордлогын шинж ажмаар нэмэгдэн, зарим үед хавсарсан гүн хордлогын байдалтай, хоолонд дургүй, өггөн нь тогтворгүй, шингэнээр нилээд хугацаанд суулгадаг, хоолны шингэц муутай, тэжээлийн доройтлолтой хүүхдүүд амархан өвчднэ. Уушгины үрэвслийн болон хордлогын явц хүнд хэлбэрээр</p> | <p>1. Ампициллин (7—10 хоног курс)</p> <p>2. Цефалотин (цеспорин, кефлин, кефликс)</p> | <p>100—200 мг/кг хоногийн тунгаар 6 цагаар булчинд, судсанд</p> <p>50—100 мг/кг хоногийн тунгаар 6 цагаар булчинд, уухаар</p> | <p>150 мг/кг хоногийн тунгаар судсанд, булчинд</p> |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|--|---|---|
| <p>явагдан, янз бүрийн хүндрэлүүд гарна. Үүнд: идээт мэнэн, идээт ангрит, цусан халдвар Үжил өвчин. Иймд 0—1 насны хүүхдийн энтеробактерийн гаралтай уушгины Үрэвслийн тавилан муутай байдаг.</p> | <p>3. Карбенициллин (пиопен) 4. Гентамицин 5. Хлорамфеникол 6. Полимиксин 7. Тетрациклин</p> | <p>1—2 мг/кг хоногийн тунгаар 12 цагаар булчинд, судсанд 1—2 мг/кг хоногийн тунгаар 12 цагаар булчинд, судсанд 50 мг/кг хоногийн тунгаар 8—12 цагаар булчинд, уухаар 3—10 мг/кг хоногийн тунгаар 12 цагаар уухаар 30—50 мг/кг хоногийн тунгаар 12 цагаар уухаар</p> | <p>3—4 мг/кг хоногийн тунгаар 12 цагаар судсанд 50—100 мг/кг хоногийн тунгаар 8—12 цагаар булчинд, судсанд 1—2 мг/кг хоногийн тунгаар 12 цагаар булчинд</p> |
| <p>Гемофилюс инфлюенцийн гаралтай уушгины Үрэвслийн клиник: Сүүлийн жилүүдэд энэхүү гаралтай уушгины Үрэвсэд бага насны хүүхдэд олонтоо тохиолдож байна. Бага насны хүүхдэд голдуу жижиг голомтог Үрэвслийг Үүсгэнэ. Бага насны хүүхдэд сегмент буюу уушгины хэсгийг эзлэн Үрэвсэж, гялтангийн хүнд рэлийг өгнө. Хүнд явцтай, пенциллин ялангуяа хагас нийлмэл пенциллин сайн нөлөөтэй.</p> | <p>1. Пенциллин (курс 5—7 хоног) 2. Ампициллин (курс 5—7 хоног) 3. Эритромицин (5—7 хоног)</p> | <p>100000 ед/кг хоногийн тунгаар 6 цагаар булчинд, уухаар 50—100 мг/кг хоногийн тунгаар 6 цагаар уухаар 50 мг/кг хоногийн тунгаар 6 цагаар уухаар</p> | |

Уушгины үрэвслийн хэлбэрээс хамаарах эмчилгээ

| Уушгины үрэвслийн хэлбэрүүд | Уушгины үрэвслийн эхний үе шатанд хэрэглэх антибиотикүүд | Өвчний явцад дараах ээлжинд хэрэглэх антибиотикүүд |
|---|--|--|
| Пневмококкийн гаралтай үрэвсэл | Пенициллин | ампиокс, эритромицин, тетрациклин |
| Томуугийн дараах үрэвсэл | Оксациллин, циклосациллин, цефалотин | линкомицин, доксициллин |
| Уушгины завсрын эдийн үрэвсэл | Доксициллин | левомицетин, эритромицин |
| Уушгины буглаат үрэвсэл | Циклосациллин, ампиокс, цефалотин | линкомицин, гентамицин, + линкомицин, гентамицин + левомицетин |
| Аспирацийн үед үүссэн уушгины үрэвсэл | Ампиокс | Доксициллин |
| Уушгины хоёрдогч үрэвсэл (антибиотик хэрэглээгүй үед) | Ампиокс, доксициллин | бисептол, гентамицин, ампициллин, цефалотин |
| Уушгины хоёрдогч үрэвсэл (антибиотик хэрэглэсэн үед) | гентамицин + ампициллин | карбенициллин, гентамицин судсанд полимиксин аэрозолнар |

Редакцид ирсэн 1987. 01. 13.

М. Сүхбаатар

ХҮҮХДИЙН ГУУРСАН ХООЛОЙН БАГТРААД ҮЗҮҮЛЭХ ГАРАЛТАЙ ТУСЛАМЖ

Анагаах ухааны дээд сургууль

Судлаачдын тогтоосноор гуурсан хоолойн багтраа өвчин 1000 хүүхдэд 1—20 тохиолдож байна. 1—15 настай хүүхдийн уушгины архаг болон дахилттай өвөрмөц бус өвчний 50—60%-ийг гуурсан хоолойн багтраа өвчин эзэлнэ (В. К. Таточенко, 1975). Ленинград хотод хийсэн судалгаанаас үзэхэд амьсгалын замын өвөрмөц бус архаг өвчний дотор гуурсан хоолойн багтраа 27,6% байна (В. И. Тыщичкин, К. Ф. Ширяева ба бусад, 1978).

Шалтгаан. Харшилтөрөх гадны

болон дотоод шалтгааны улмаас гуурсан хоолойн гөлгөр булчин агшина. Харшилтөрөх гадны шалтгааныг халдварын, халдварын бус гэж ангилдаг. Халдварын шалтгаанд нян, мөөгөнцөр, вирус болон тэдгээрийн ялгаруулсан хорт бүтээгдэхүүн; халдварын бус шалтгаанд хоол унд, орчин ахуй, ургамал, амьтан; эм, химийн гаралтай харшилтөрөгч хамаарна. Харшилтөрөх дотоод шалтгаан нян, мөөгөнцөр, вирусын үйлчлэлийн улмаас эд эс гэмтсэнээс үүсдэг.

Шинж тэмдэг. Гуурсан хоолойн

багтраа өвчнийг явцаар нь өвчин хөдлөхийн өмнөх үе, хөдөлсөн үе, өвчний дараах үе, дахилт хоорондын үе гэж хуваана (И. И. Балаболкин, 1985).

Өвчин хөдлөхийн өмнөх үе: Хүүхэд тайван бус, цочромтгой, зөрүүд болох буюу эсвэл сул дорой ядрамтгай болж, хоол нойрондоо дургүйцнэ. Харшлын шалтгаант багтрааны үед хамар битүүрэх, загатнах, найтаах, хоолой ирвэгнэх, хамраас салсархаг шингэн нус гоожих нь ажиглагдана. Ихэвчлэн шөнө ханиалгана. Биен дээгүүр нь олон янзын хэлбэрт улаан тууралт гарч загатнана. Бага зэрэг халуурна. Үзэхэд: Хөөмий хөөнгөр, гүйлсэн булчирхай бага зэрэг улайж, зарим хүүхдийн төвөнх үрэвсэнэ. Чагнахад ширүүн амьсгалтай, хааяа хуурай хэржигнүүр сонсогдоно. Энэ үе хэдэн минутаас 2—3 хоног үргэлжилнэ.

Өвчин хөдөлсөн үе: Амьсгал гарах нь бэрхшээлтэй, шуугиантай болж, зайдуу байхад сонсогдоно. Цэр өтгөрч, ховхрохоо болино. Өвчний ид үед уушги тэлэгдэн, хөдөлгөөн нь хязгаарлагдмал болно. Чагнахад исгэрч шуугисан хуурай хэржигнүүр сонсогдоно. Амьсгал гаргах нь удаашрана. Зүрхний цохилт хурдасна. Артерийн даралт ихсэнэ. Гэрлийн шинжилгээнд уушгины угийн зураг тодорно. Өвчин хөдлөх нь 10—15 минутаас хэдэн цаг, өдөр үргэлжилнэ. Энэ үеийг амьсгал дутмагшил, биеийн ерөнхий байдлаас хамаарч хөнгөн, хүндэвтэр, хүнд гэж ангилдаг.

Хөнгөн үед амьсгал бага зэрэг саадтай болно. Биеийн ерөнхий байдал өөрчлөгдөхгүй. Тогшиход хөндийвтөр дуутай, чагнахад амьсгал бага зэрэг удаашран ширүүн амьсгал, хуурай нойтон хэржигнүүр сонсогдоно. Амьсгалд туслах булчин оролцохгүй. Хөхрөх нь ажиглагдахгүй.

Хүндэвтэр үед хүүхэд хэвтээ буюу хагас суугаа байрлалд байна. Арьс цонхийн цайж, хамар, уруул орчмоор хөхрөнө. Амьсгалд туслах булчингууд оролцож эхэлнэ. Амьсгал гаргах нь бэрхшээлтэй

болж удааширна. Хуурай, хааяа нойтон хэржигнүүр сонсогдоно. Зүрхний цохилт хурдасч, артерийн даралт ихсэнэ.

Хүнд үед амьсгал дутмагшлийн хам шинж илэрнэ. Хамар уруулын гурвалжин, гар хурууны үзүүр, чихний дэлбэ орчмоор хөхөрч, хамрын угалз саргалзана. Амьсгалд туслах булчингууд хүчтэй оролцно. Хүүхэд тайван бус, айж чочирсон байдалтай болж, нүүр толгой орчмоор хөлөрнө. Зүрхний цохилт эрс хурдсан, артерийн даралт нэмэгдэнэ. Цусанд хүчилтөрөгч багасч, нүүрсхүчил ихсэнэ. Дутуу задарсан бүтээгдэхүүн хуримтлагдан, бодисын солилцооны хүчилшил үүснэ. Өвчин даамжирсан үед «багтраа байдалд» орно. Багтрааг 3 үе шатанд хуваана.

Нэгдүгээр шат. Гуурсан хоолойн дамжуулах үйл ажиллагаа хямран, симпатомиметик эмэнд тэсвэртэй болно. Амьсгал хурдсан гаргах нь бэрхшээлтэй, шуугиантай болно. Чагнахад ширүүн амьсгал, хуурай нойтон хэржигнүүртэй. Цэр бага ялгарна. Амьсгал дутмагшлийн хам шинж илэрнэ. Зүрхний цохилт хурдсан, даралт ихсэнэ. Царай цайвар цагаан атлаа зах хязгаарын эрхтэн хөхрөнө. Шингэн алдсан шинж тэмдэг илэрнэ. Цусанд хүчилтөрөгч багасч (PaO_2 55—60 мм. мөн. ус. баг. даралт буюу 7,3—8,0 зПа) нүүрсхүчил ихэсч (PaCO_2 60—65 мм. мөн. ус. баг. даралт буюу 8,0—8,7 кПа), амьсгалын шалтгаант хүчилшил эсвэл шүлтшил үүснэ.

Хоёрдугаар шат. Амьсгал дутмагшлийн хам шинж эрс нэмэгдэнэ. Гуурсан хоолойн гөлгөр булчин агшиж, цэрээр бөглөрнө. Чагнахад уушгины зарим хэсэгт амьсгал сулрах буюу үл сонсогдоно. Тархмал хөхрөлт ажиглагдана. Зүрхний цохилт хурдсан, артерийн даралт буурч, судасны лугшилт үл мэдэг болно. Цусны хүчилтөрөгчийн хэмжээ багасч (PaO_2 50—55 мм. мөн. ус. баг. даралт буюу 6,7—7,3 кПа), нүүрсхүчил ихэсч (PaCO_2 65—70 мм. мөн. ус. баг. даралт буюу

8,7—9,3 кПа), хавсарсан шалтгаант хүчилшил үүснэ.

Гуравдугаар шат. Хүүхэд хүчилтөрөгч дутагдлын оврогот орно. Ухаан алдаж, татан, «дуугүй» хамшинж илрэн, амьсгаа нь бүтэж эхэлнэ. Арьс салст нэлэнхүйдээ хөхрөнө. Уушгинд амьсгал үл сонсогдоно. Булчин сулран артерийн даралт буурч, зүрх судасны цочмог дутмагшил үүснэ. Бөөрний дээд дааврын дутмагшил болно.

Яаралтай тусламж. Багтраа өвчний эмчилгээ шалтгаан, эмгэг жам, эмнэлзүйг барьж, өвчтөний онцлогийг харгалзсан иж бүрэн байх ёстой. Нэг өвчтөнд таарсан эм нөгөө өвчтөнд үр дүн муутай байж болно. Иймээс эмчилгээний тактик нь өвчний хүнд хөнгөн, өвчний дахилт, үргэлжлэх хугацаа, хэрэглэж байгаа эм, эмчийн дадлага туршлагаас хамаарах нь олонтаа.

Хөнгөн хэлбэрийн эмчилгээ 1) Өвчтөнг тайвшруулахын тулд томхон хүүхдэд сонирхолтой юм ярих, зураг үзүүлэх, ном уншуулж, бага хүүхдэд тоглоом өгч саатуулна.

2) Салхивч, цонх онгойлгох зэргээр цэвэр агаар амьсгалуулах,

3) Гар хөлийг 37—42°C-ийн халуун усанд 10—15 минут дүрэх, цээжинд бумба буюу горчичник тавих.

3) Хэрэв сайжрахгүй бол хүүхдэд тайвшруулах, гуурсан хоолой тэлэх эмчилгээ хийнэ.

Хүндэвтэр хэлбэрийн эмчилгээ
1) Гуурсан хоолойн булчинг өргөсгөх утлага, сацлага хэрэглэх. Утлагаар: 1%-ийн изадрины уусмалаас 0,5 мл, 1%-ийн новодрин, зуспираны уусмалаас 0,5—1 мл-ээр нэг удаад, 2%-ийн алуpentийн уусмалаас (5—10 минут амьсгалуулах), 0,5—1 мл солутанаар нэг удаа утна. 1,5%-ийн астмопентийн 0,5—1,5 мл уусмалыг сацлаар хэрэглэнэ. 2) Гуурсан хоолойн булчин өргөсгөх эмийг утлага, шахмал, лаа хэлбэрээр хэрэглэнэ. Үүнд:

а) Изадрин гуурсан хоолойн нарийссан булчинг өргөсгөнө. Шахмалдаа 5 мг агуулагдана. 3—4 насанд 1/4; 5—7 насанд 1/3; 7—14

насанд 1/2 шахмалаар өдөрт 3—4 удаа хэлэн дор хэрэглэнэ.

б) Алуpent бага хүчтэй боловч удаан (4—5 цаг орчим) үйлчлэнэ. Наснаас хамаарч 1/4—1/2 шахмалаар өдөрт 3—4 удаа хэрэглэнэ. Салбутамол утлаганд зориулан 0,1 мг-аар савлагдана.

4—7 насанд нэг утлага, сургуулийн насанд 1—2 утлага өдөрт хэрэглэнэ. Вентолин сацлага буюу шахмалаар 2 мг байна. 3—4 насанд 1/6; 5—7 насанд 1/3; 7—14 насанд 1/2 шахмалаар хэрэглэнэ.

в) Эфедрин гуурсан хоолойн булчинг өргөсгөнө. Нэг хүртэл насны хүүхдэд 2—3 мг; 2—3 насанд 3—10 мг; 3—6 насанд 10—20 мг; 6—12 насанд 20—25 мг-аар өдөрт 3—4 удаа хэрэглэнэ.

г) Эуфиллин (сантофиллин, аминифиллин, диафиллин) гуурсан хоолойн булчинг өргөсгөнө. Бага насны хүүхдэд 5—10 мг, сургуулийн өмнөх насанд 20—30 мг; сургуулийн насанд 30—50 мг-аар өдөрт 2—3 удаа хэрэглэнэ. Бургуйгаар хүүхдийн кг жинд 5 мг-аар бодно.

д) Теофедрин ба антастман уухаар 5 хүртэл насанд 1/4—1/2; 6—12 насанд 1/2;—2/3; ахлах насанд 2/3—1 шахмалаар хоногт 2—3 удаа хэрэглэнэ.

3. Дээрх эмчилгээтэй хамт гистамины эсрэг бэлдмэл уухаар эсвэл өвчин ужиг үед тариагаар хослон хэрэглэнэ. Үүнд:

а) Димедрол нэг хүртэл насанд 2—5 мг; 2—5 насанд 5—15 мг; 8—14 настайд 2—3 мг-аар хоногт 2—3 удаа уух буюу 1%-ийн уусмал кг жинд 2 мг-аар тооцон тарина.

б) Дипразин буюу пипольфен 3 сар хүртэл хүүхдэд 25 мг, 3 сараас 2 настайд 5 мг, 2—5 настайд 10 мг, 5—10 настайд 10—20 мг-аар хоногт 2—3 удаа уулгах буюу 2,5%-ийн уусмалаас кг жинд 2 мг-аар тооцон булчин, судсанд тарина. Эсвэл лаагаар 25 мг хэрэглэнэ.

в) Супрастиныг пипольфентэй адил тунгаар хэрэглэнэ.

г) Диазолин (омерил, инцидал) дээрх бэлдмэлийг бодвол удаан

үйлчилгээтэй, нойрсуулахгүй. Хэрэглэх тун димедролтой ижил.

д) Этизин (анерган, фенетазин) тайвшруулах нөлөөтэй. Хэрэглэх тун димедролтой адилхан. Элэг бөөрний почмог дутмагшлийн үед хэрэглэхгүй.

е) Тавегил-удаан үйлчилгээтэй бэлдмэл. Зургаан нас хүртэл хүүхдэд 1/2; ахлах насанд 1 шахмалаар өдөрт 1—2 удаа хэрэглэнэ. Шахмалдаа 1 мг агуулагдана.

4. Тайвшруулах эмчилгээ шаардлагатай. Тухайлбал: мепротан (андаксин) 3—8 настайд 0,1—0,2 гр; 8—14 настайд 0,2 гр-аар өдөрт 2—3 удаа; хлордиазеноксид (эленум) 2,5—5 мг-аар өдөрт 2 удаа; триоксазин 1/4—1/2 шахмалаар өдөрт 3 удаа (шахмалд 0,3 гр) хэрэглэнэ.

5. Цэр задлах, шингэрүүлэх, ховхлох эмчилгээ бас хийнэ. Үүнд: 2%-ийн иодит кали кг жинд 10 мг-аар тооцон уулгах (голчлон эфедрин, эуфиллинтэй хамт) буюу трипсин, химотрипсин, химопсин зэрэг ферментийг 5—20 мг-аар утна. Энэ зорилгоор 6%-ийн ацетилцистейны (мукомист) уусмал хэрэглэж ч болно.

Хүнд хэлбэрийн эмчилгээ. 1. Өвчтөнг цэвэр, чийглэг, агааржилт сайтай, тусгай өрөөнд хэвтүүлнэ.

2. 0,1%-ийн адреналины уусмалыг кг жинд 0,01 мг, 5%-ийн эфедрины уусмалаас кг жинд 0,75 мг-аар тооцон арьсан дор тарьж хэрэглэхэд бие биенийхээ үйлчлэлийг тэтгэнэ. Адреналины үйлчлэл 2—3 минутын дараа эхэлж 20 минутаас 2 цаг, эфедрины үйлчлэл 20—40 минутын дараа эхэлж 4—6 цаг үргэлжилнэ.

3. Дээрх эмчилгээнд засрахгүй бол 2,4%-ийн эуфиллины уусмалаас хүүхдийн кг жинд 3—6 мг-аар тооцон (нэг удаад 10 мл-ээс хэтрэхгүй) булчин, судсанд тарина. Мөн 10—20%-ийн глюкозын уусмалтай хамт (5—7 минутанд) судсанд хийх эсвэл 6—8 цагийн дараа давтан хийнэ.

4. Амьсгал дутмагшил нэмэгдсэн тохиолдолд дааврын бэлдмэл хэрэглэнэ. Үүнд: кг жинд преднизол

лоныг 1 мг, гидрокортизоныг 5 мг-аар бодно. Эдгээр бэлдмэл харшил үрэвслийг багасгаж, гистамины нийлэгжилтийн эсрэг үйлчлэн, аденозинмонофосфорын мөчлөгийг (цАМФ) идэвхжүүлэн, В₂-адренорецепторын ажиллагааг нэмэгдүүлснээрээ гуурсан хоолойн гөлгөр булчингийн нарийсалтыг өргөсгөнө.

5. Эуфиллины зэрэгцээ коргликон судсаар тарихад үр дүнтэй. 0,06%-ийн коргликоны уусмалаас ой хүртэл хүүхдэд 0,05—0,1 мл, 2—5 насанд 0,2—0,5 мл, 6—12 настайд 0,5—0,75 мл тарина.

6. Хүчилшилтийг эмчлэхийн тулд 4%-ийн содын уусмалаас кг жинд 3—4 мл буюу 0,3 М трисаминь уусмал хийнэ. Мөн суурийн дутмагшлийг Аструпын аргаар тодорхойлон зохих хэмжээний шингэн юулнэ.

7. Гуурсан хоолой цэр, салстаар бөглөрөх учир цэр ховхлох, шингэлэх эм хэрэглэн амьсгалын замыг чөлөөлнө. Үүнд: уухаар 2%-ийн иодит калийн уусмалыг кг жинд 50 мг-аар, 10%-ийн иодит натрийн уусмалаас кг жинд 15—20 мг-аар тооцон судсанд тарина. Хуримтлал үүсэхээс сэргийлэн 5—7 хоног хэрэглээд 1—2 хоног завсарлах хэрэгтэй. Мөн ипекакуан, термопсис, сенега уулгаж иллэг хийж, цэр ялгарах байрлалаар өвчтөнг бэйлгана.

8. Хамар залгиур, амьсгалын дээд доод замын халдвар хавсарсан үед антибиотик эмчилгээ заавал хийнэ. Сигмамицин, метациллин оксациллин, тетраолеон, цеполин, эритромицин зэрэг өргөн хүрээний үйлчилгээтэй, эмчилгээний идэвхтэй үр дүн гарах бэлдмэл хэрэглэнэ.

9. Витамин эмчилгээ (ялангуяа В бүлэг)

10. Гепарин эмчилгээг кг жинд 100—150 нэгжээр тооцон 4—6 цагаар булчин, судсанд тарина.

«Багтрах байдлын» эмчилгээ. Нэгдүгээр шатны эмчилгээ.

1. 2,4%-ийн эуфиллины уусмалаас кг жинд 4—6 мг-аар тооцон 0,9%-ийн хлорт натрийн уусмалтай хольж судсаар тарина.

2. Хүчилтөрөгч, витамин эмчилгээ

3. Тайвшруулах, нойрсуулах эмчилгээ

4. Хүчилшилтийн эсрэг эмчилгээ

5. Амьсгалын замыг чөлөөлөх

6. Дааврын эмчилгээг хэрэглэнэ.

Хоёрдугаар шатны эмчилгээ. 1. 2%-ийн содын уусмал буюу физиологийн уусмалаар гуурсан хоолойг угаах.

2. Преднизолоныг кг жинд 1,5—2 мг-аар эхэлж тунг аажмаар буулган 2—3 долоо хоног хэрэглэх.

3. Даавар эмчилгээний дэвсгэр дээр хүнд үеийнх шиг эмчилгээний зарчим баримтална.

4. Шинж тэмдгийн эмчилгээ хийнэ.

Гуравдугаар шатны эмчилгээ:

1. Дааврын бэлдмэлийг цохилтын

тунгаар кг жинд 3—6 мг-аар бодно. (Өвчтөний кг жинд 2 мг-ийг уухаар, үлдсэн тунг судсанд 2,4%-ийн эуфиллин, 5%-ийн глюкоз, 0,9%-ийн хлорт натрийн уусмалтай хамт хийх).

2. Зүрх судасны цочмог дутмагшилтай тэмцэх

3. Гепарин эмчилгээ хийх

4. Зохиомол амьсгал хийх

5. Сэхээн амьдруулах арга хэмжээг яаралтай авна.

Сэхээн амьдруулах арга хэмжээ авах заалт:

1. Бөглөрөлтийн улмаас амьсгал цочмог боогдох

2. Зүрх судасны цочмог дутмагшил болох

3. Амьсгалын төв саажих

4. Гялтангийн хөндийд хий хуримтлагдах тохиолдолд хийнэ.

Редакцид ирсэн 1987—01—24

Б. Бүргэд-Очир, Г. Л. Романенко, П. Пүрэв, Б. А. Бузанов

РЕНТГЕН-ПНЕВМОПОЛИГРАФИЙН АРГА

Анагаах ухааны дээд сургууль
Анагаах ухааны хүрээлэн

Уушгины агааржилт өөрчлөгдсөнийг эрт мэдэх нь амьсгалын замын өвчнийг эрт оношлож (клиникийн шинж илрэхээс нь өмнө), түүнийг бүрэн гүйцэд эмчлэхэд чухал ач холбогдолтой. Амьсгал гүнзгий авах, гаргахад уушгины талбайн тодрол эрс өөрчлөгдөх нь уушгины уян хатан чанар, агааржих чадварыг судлах тохиромжтой нөхцөлийг бүрэлдүүлнэ. Ю. Н. Соколовын судалгааны ажлын үндэс нь амьсгал авах, гаргах үе шатанд физик-техникийн нөхцлийг өөрчлөлгүй авсан рентген зурагны харлалтаар уушгины агааржилтыг үнэлсэн нь рентгено-пневмополиграфийн шинжилгээг клиникийн практикт нэвтрүүлэх эхлэл болсон юм. (И. В. Парашак 1983). Амьсгал гүнзгий авах, гаргах үеийн үнэмлэхүй нягтралын өөрчлөлтийг олон судлаачид судалжээ. (1, 5, 7) Нилээд олон судлаачийн хийсэн ажил

нь (12, 34, 68) бие махбодын эрүүл болон эмгэг нөхцөлд ердийн рентген шинжилгээгээр илрээгүй гадаад амьсгалын тоо, чанарын олон үзүүлэлтийг судалж болдог рентген шинжилгээний туслах арга болохыг нотолжээ. ЗХУ-ын анагаах ухааны академийн харьяа анагаах ухааны радиологийн эрдэм шинжилгээний хүрээлэнгээс гаргасан зөвлөмжид уушгины олон өвчин ялангуяа хавдрын гаралтай өвчнүүдийг эрт оношлох зорилгоор энэ аргыг практикт нэвтрүүлэхийн чухлыг заасан байна. (3, 6). Бид И. С. Амосовын сараалж (решетка) ашигласан юм. Энэ сараалжийг бэлтгэхдээ 35x35 см хэмжээтэй рентген туяанд сүүдэр гарахгүй материал дээр 4 хавтгай дөрвөлжин см талбайтай, 2 мм-ийн зузаантай хар тугалгыг шатрын хөлөг шиг нааж тогтооно. Сараалжийг рентген юм уу флюорографийн ямар ч аппаратын тул-

гуурт бэхлэж болно. Тэгэхдээ сараалжийг тугалганыхаа өргөнтэй адил хөдлөхөөр байрлуулах хэрэгтэй. Нэг рентген хальсан дээр техникийн нөхцлийг өөрчлөхгүй 2 удаа зураг авдагаараа рентгено-пневмополиграфийн шинжилгээ ердийн рентген зургаас ялгаатай.

Хар тугалга нь хальсны тодорхой хэсгүүдийг гэрэл үзэхээс хамгаалдаг учир амьсгал авах, гаргах үед уушгины зургийг нэг хальсан дээр авах боломжтой болгоно. Эхний зургийг гүнзгий амьсгаа авахуулсаны дараа, сараалжийг доош нь шилжүүлэн амьсгал гүнзгий гаргуулж хоёрдахийг нь авна. Рентгенополиграфийн зургийг авах, угаах нь ердийн чанар сайтай рентген зургаас ялгагдахгүй. Бэлэн болсон рентгенопневмографийн зурагт амьсгал авсан үеийн уушгины талбайн зах хязгаарыг үргэлж зураасаар, гарах үеийнхийг тасархай зураасаар тэмдэглэж, колларгалийн уусмалаар зурна. Рентгенопневмополиграфийн зураг дээр амьсгал авах, гаргах үеийн талбайг зурахдаа сараалжийн рентген зургийг хэрэглэх нь тохиромжтой, Зургийг бичихдээ босоо дөрвөлжнүүдийг үсгээр, хэвтээ дөрвөлжнүүдийг тоогоор тэмдэглэдэг. Амьсгал авах, гаргах үеийн хальсан харлалтын зөрөөг денситомер, денситометрийн шугамаар юмуу бас нүдээрээ баримжаалан хийж болно. Бид эрүүл хүмүүсийн үзүүлэлтийг судлах зорилгоор рентгено-пневмополиграфийн шинжилгээг 20—60 насны 8 эмэгтэй, 12 эрэгтэй хүнд ЗХУ-ын анагаах ухааны радиологийн эрдэм шинжилгээний хүрээлэнгийн аргачилсан зөвлөмжийн дагуу хийв (3,4). Техникийн нөхцөл нь КВ—150, МА—45—50 хугацаа 0,04—0,06 сек, фокусийн зай 1—1,5 мм. Бидний хийсэн судалгааны дүн судлаачдын гаргасан үзүүлэлттэй тохирч байгаа юм. (рентгенопневмополиграфийн үзүүлэлтүүдийг 1 хүснэгтээр үзүүлэв. Дараах хоёр ажиглалт рентгенопневмополиграфийн шинжилгээний ашиг тусыг харуулж байна. Өвчтөн Я. 53 настай, ханиахад цустай цэр гардаг, явахад амьсгаадан цээж-

ний зүүн талд өвдөнө гэсэн зовиуртай хэвтжээ. Бодит үзлэгээр цулцангийн амьсгалтай, зүүн уушгины угийн хэсгээр нойтон хэржигнүүртэй байжээ. Эгц хажуу байрлалаар авсан ердийн рентген зурагт зүүн уушгины угийн бүсэд нэвчдэст сүүдэртэй дунд завсарын эрхтэн зүүн тийшээ татагдсан байв. Мөн уушгины зураг өөрчлөгдөж гуурсан хоолойн дагуу уушгины завсарын эд хатуурсан байв.

Өвчтөн 14 хоногийн дотор үрэвслийн эсрэг болон гуурсан хоолойн цэвэрших ажиллагааг сайжруулах эрчимтэй эмчилгээ хийсэн боловч клиник болон гэрлийн шинжилгээгээр нэвчдэст сүүдэр бүрэн арилахгүй, өвчтөний цээжээр өвдөж цусархаг цэр гарсаар байв. Фибробронхоскопийн шинжилгээгээр уушгины өмөн үү илрээгүй байна. Рентгенопневмополиграфийн шинжилгээгээр уушгины эрүүл хэсэгт амьсгал авах, гаргах үеийн зөрөө ихсэж амьсгал авах, гаргах үед уушги тэлэгдэх үзүүлэлтүүд ихэссэний гадна зүүн уушгины доод дэлбээний зарим хэсэгт агааржилт нь жигд бус буурсан, мөн зүүн өрцийн хөдөлгөөн хязгаарлагдмал болсон байв. Энэхүү И. С. Амосовын бичсэн уушгины үрэвсэлт өвчний үед илрэх рентгенопневмополиграфийн шинжилгээний өвөрмөц шинж уг өвчтөнд илэрсэн нь уушгины өмөн биш гэж үзсэн юм. Энэ шинжилгээ хийснээс хойш 14 хоногийн дараа нэвчдэст сүүдэр нь арилж, зүүн уушгины доод дэлбээний агааржилт сайжирч, өвчтөн эмнэлгээс гарсан юм. Өвчтөн Р. 58 настай цустай ханиалгаж, уушгины доод хэсгээр хатгаж эмнэлэгт хэвтжээ. Зүүн талдаа хуурай, нойтон хэржигнүүртэй, ердийн рентген зурагт зүүн уушгины дээд дэлбээнд дугуй сүүдэр илэрчээ. Уушги дурандахад эмгэг илрээгүй. Рентгенопневмополиграфийн шинжилгээгээр амьсгал авах, гаргах үед уушги тэлэгдэх үзүүлэлт буурч, түүний эмгэг бүхий хэсэгт агааржихгүй болсноос амьсгал авах, гаргах үеийн дөрвөлжин жигд харласан байлаа. Рентгенопневмополиграфийн шинжилгээгээр илэрсэн эдгээр шинжийг

Эрүүл хүмүүсийн
рентгенопневмополиграфийн үзүүлэлт

| № | Үзүүлэлтийг тодорхойлох арга | И.С. Амосовын судалгаагаар (1974) | Бидний ажиглалтаар (1987) | |
|----|---|-----------------------------------|---------------------------|-----------|
| 1 | Уушгины агааржилт баруун уушги | денситометрээр | 0,62±0,03 | |
| 2 | Зүүн уушги | | | 0,62±0,02 |
| 3 | дунджаар | | | 0,62±0,02 |
| 4 | амьсгал авах үеийн талбай (см. кв) баруун уушги | дөрвөлжинг тоолох | 238±11 | |
| 5 | Зүүн уушги | | | 200±12 |
| 6 | Хоёр уушги | | | 430±25 |
| 7 | зүрх | | | 156±7 |
| 8 | амьсгал гарах үеийн талбай (см.кв) баруун уушги | Дөрвөлжинг тоолох | 136±8 | |
| 9 | зүүн уушги | | | 112±7 |
| 10 | Хоёр уушги | | | 247±15 |
| 11 | зүрх | | | 132±9 |
| 12 | Тэлэгдэх коэффициент (%) баруун уушги | Томьёогоор | 57±3 | |
| 13 | зүүн уушги | | | 56±2 |
| 14 | хоёр уушги | | | 56±3 |
| 15 | зүрх | | | 83±4 |
| 16 | Өрцний хөдөлгөөн (см) баруун өрц | Шугамаар | 5,8±0,4 | |
| 17 | зүүн өрц | | | 5,3±0,4 |
| 18 | дунджаар | | | 5,5±0,4 |
| 19 | Хавирганы хөдөлгөөн (см) баруун | Шугамаар | 1,3±0,2 | |
| 20 | зүүн | | | 1,8±0,2 |
| 21 | дунджаар | | | 1,5±0,2 |
| 22 | Хавирга өрцний коэффициент (см) | | 3,8±0,4 | |
| | | | 3,9±0,3 | |

үндэслэн бид уушгины өмөн гэж онош тавьсан нь бронхографийн

шинжилгээ болон хагалгааны үед батлагдсан юм.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. И. С. Амосов. Методика рентгенологического исследования дыхательной функции легких. Вестник рентгенологии и радиологии 1961, 3, 31—35.

2. И. С. Амосов—Рентгено—диагностика нарушений функции внешнего дыхания больных периферическим раком легкого

Вестник рентгенологии и Радиологии 1971, 4, 52—59.

3. И. С. Амосов—Методическая рекомендация (методика и техника рентгенопнемополиграфии) 1977.

4. И. С. Амосов—Лучевая диагностика нарушений функций внешнего дыхания при заболеваниях шитовидной железы. Вестник рентгенологии и радиологии 1974, 4, 32—38.

5. В. В. Демидас. Рентгенологическое и радионизотопное исследование внешнего дыхания и кровообращения при ограниченной форме хронической пневмонии. Диссертация на соискание ученой степени доктора мед. наук.

6. П. В. Парашак и соавт. Рентгенопневмополиграфия легочного дыхания у больных хронической пневмонией. Вестник рентгенологии и радиологии 1983, 1, 25.

7. В. И. Саник. Комплексная рентгенодиагностика хронического легочного сердца. Автореф диссертации канд. мед. наук. 1985.

8. В. Б. Шаров. Возможности бронхографии в диагностике вентиляционной недостаточности при хронических заболеваниях легких. Вестник рентгенологии и радиологии. 1982, 4. 23—40.

Редакция ирсэн 1987—10—26

Б. Гомбо, Б. Уранчимэг, Д. Сүрэнхорлоо

ЦИТОМЕГАЛИ МАНАЙ ПРАКТИКТ ХОВОР БИШ

Эх хүүхдийн эрүүл мэндийг хамгаалах эрдэм шинжилгээний улсын нэгдсэн төв Улсын эмгэг анатомын товчоо

Хүүхдийн эмгэг анатомын практикаас үзэхэд цитомегали, пневмоцист өвчнүүд цөөнгүй тохиолдож байгаа боловч эмнэл зүй оношлох зэрэг нь төвөгтэй учир тодорхой өвөрмөц шинж тэмдэг илрэхээс өмнө өвчтөн ихэвчлэн энддэг. Нөгөө талаар оношлоход серологийн арга чухал боловч оношлогооны эсрэг бие ховор тул уул шинжилгээг хийж чадахгүй байгаагаас гадна эмч нар уг өвчнийг илрүүлэх талаар тэр бүр анхаарахгүйгээс боломжтой үед ч онош тогтоож чадахгүй өнгөрч байна.

Бидний «ховор» гэж үздэг зарим өвчин тухайлбал цитомегали нярайн өвчлөл, эндэгдлийн шалтгаанд багагүй суурь эзэлж байгаа нь тодорхой. Цитомегали нь вирусээр үүсдэг бөгөөд дэлхийн янз бүрийн нутаг оронд нилээд тархсан өвчин. Зарим судлаачдын бичсэнээс үзэхэд тодорхой нутгийн хүн амын дунд цитомегалийг илрүүлэх хавсрага холбох урвал (РСК)-ын шинжилгээгээр шинжлүүлэгчдийн 50 гаруй хувь нь цитомегалигаар халдварласан байжээ.

Цитомегали нь хүнээс хүнд халддаг. Халдварлах зам нь өвчтэй эхээс эхсээр дамжин урагт халдахаас гадна хүүхэд төрөх үедээ цитомегалийн гаралтай умайн ба үтрээний үрэвсэлтэй эхээс шууд халдвар авч болдог. (Г. Фламм). Сүүлийн үед хөхний сүүгээр дамждаг тухай бичдэг боллоо. (А. В. Новикова).

Цитомегалийн вирус ялангуяа өвчний почмог үед өвчтөний шүлс, цэр, шээсээр гадагш гарч халдвар тарахад нөлөөлдөг. Ер нь цитомегалийн вирус өвчтөнөөс удаан хугацаагаар ялгардаг.

Цитомегалийг халдварласан байдлаар нь төрөлхийн ба олдмол гэж хуваадаг. Түүнээс гадна эмнэл зүйн илрэл, морфологи өөрчлөлтөөр нь байршмал ба түгээмэл хэлбэр гэж ялгана. Иггэж хуваах нь ихээхэн харьцангуй ойлголт юм. Байршмал хэлбэрийн үед өвчин зөвхөн «шүлсний

булчирхайд» байх ба түгээмэл хэлбэрт олон эрхтэн гэмтсэн байна.

Л. А. Горбаченкогийн бичсэнээр эндсэн хүүхдийн дотор түгээмэл хэлбэр 1%, байршмал — 4,3% тохиолджээ. Гэтэл А. В. Новиковагийн ажиглалтаар нэг хүртэлх насандаа эндсэн хүүхдийн 32 хувьд байршмал хэлбэрийг илрүүлсэн байна. Ийнхүү хэвлэлийн материал ихээхэн зөрөөтэй байгаа нь юуны өмнө уул өвчний тархал газар бүрт адилгүй байдгаар тайлбарлагдах биз.

Цитомегалийг манай оронд анх 1963 онд эндсэн дутуу нярай хүүхдийн шүлсний булчирхайгаас илрүүлсэн юм. (Б. Гомбо) Үүнээс хойш хүүхдийн эмгэг анатомын практикт морфологиор бүрэн оношилдог болсон бөгөөд эндсэн хүүхдийн 2,5% орчимд түгээмэл хэлбэр илэрсэн байна. (Б. Уранчимэг, Д. Сүрэнхорлоо, 1987) Цитомегалийн аль ч хэлбэрийг оношлоход төвөгтэй биш. Учир нь энэ вирусээр гэмтсэн эс өөрийгөө илчлэх морфологийн туй содон шинжтэй, гадаад байдлаараа шар шувууны нүдтэй адилхан «нүдэн эс» байдаг бөгөөд нэг удаа харвал дахиад бараг андуурахгүйгээр тод байдаг.

Энэ эсийн өвөрмөц байдлыг ашиглан цитомегалийн сэжигтэй өвчтөний шүлс, шээс, нугасны усанд цитологийн шинжилгээг хийж, уул эсийг илрүүлэн оношийг тогтоох боломжтой. Хэдий тийм боловч өвчний тархалт зүй, өвчлөлийн түвшин оношлогооны талаар системтэй судалгаа одоохондоо манайд хийгдээгүй зөвхөн эмгэг анатомын «тохиолдол» төдийгөөр өнгөрч байна. 1986—1987 онд нийслэлийн нэгэн больницод эндсэн дутуу буюу жин багатай төрсөн физиологийн шар ердийн хугацаанаас удаан үргэлжилсэн, элэг, дэлүү томорч, шарласан үзлэгээр чихний дэлбэн, алганы хээ, нүдэнд ямар нэг гажиг илэрсэн хорин дөрвөн хүүхдэд морфологийн шинжилгээ хийхэд долоон хүүхдийн цитомегали илэрсэн. Үүнээс таван хүүхдэд тү-

гээмэл, хоёр тохиолдолд байршмал хэлбэр байлаа. Эдгээр хүүхдийн хоёр нь 1—3 сартай, гурав нь 4—6 сартай, хоёр нь 7—8 сартайдаа эндсэн байлаа. Цитомегали илэрсэн тохиолдлын зургаа нь 18—22 насны залуу эхчүүдийн анхны юм уу хоёр дахь хүүхэд байв.

Түгээмэл хэлбэрийн үед цитомегалийн эсийг шүслний булчирхай, уушги, элэг, бөөр, тархинаас илрүүлээ.

Цитомегалигаар тархи, мэдрэл үрэвсэж гэмтэхэд хүүхэд татах, зулай чинэрэн улмаар мэнэнгийн бүх шинж илэрч эмчилгээний үр дүн гаралгүй эндсэн байв. Эдгээр тохиолдолд тархи голомтлон үхжиж үрэвсэх, шохойжих, тархины ховдлууд өргөсч устах, тархины зөөлөн бүрхүүлийн идээт бус үрэвсэл үүссэн байлаа. Тархины үрэвслийн зэрэгцээ түүний хөгжлийн янз бүрийн гажиг байх нь уул өвчин төрөлхийн болохыг нотолж байна.

Цитомегалийн түгээмэл хэлбэрийн бүх тохиолдолд элэг гэмтсэн байлаа. Элэгний эдийн дотор нэгэн бөөмт эсээс тогтсон үрэвслийн гүвдүү үүсч түүний дунд цитомегалийн «нүдэн эс» илэрсэн юм. Судлаачдын бичсэнээр (П. С. Гуревич, Е. Н. Тер-Григорова г. м.) цитомегалийн вирус цөсний цоргоны хучаас эсийг өвөрмөц том эс болгон хувиргаж цөсний гүйдлийг саатуулснаас цөс хаагдах нэг нөхцөл болдогос шарлалт механик шинжтэй үүсдэг байна. Гэвч цитомегалийн вирус элэгний эсэд үржин түүнийг «нүдэн эс» болгон өөрчилж болох бөгөөд үүнтэй уялдаж шарлах нь элэгний эсийн гэмтэлтэй холбоотой байж болно.

Эмнэл зүйн ба эмгэг анатомын үзлэг шинжилгээгээр ихэвчлэн элэг томорч хатуурсан байдаг нь түүнд хатингиршил үүссэнээс шалтгаална. Харин өвчний явц, хүүхдийн наснаас шалтгаалан хатингиршил харилцан адилгүй байна. Эхийн хэвлийд байхдаа ураг цитомегалийн халдвар авсан үед элэгний хатингиршил үүсдэг бөгөөд зарим тохиолдолд хүүхэд эхээс төрөхдөө хатингиршсан элэгтэй байх ч бий.

Цитомегалигаар уушги, гуурсан хоолой гэмтэх нь олонтой бөгөөд бидний ажигласан түгээмэл хэлбэрт жижиг нарийн гуурсан хоолой болон цулцангийн хананд цитомегалийн өвөрмөц эс илэрсэн. Өөрөөр хэлбэл бронхиолит, завсар эдийн үрэвсэл үүссэн байв. Харин амьсгалын том мөгөөрсөн хоолой цитомегалигаар гэмтдэггүй байна.

Ер нь цитомегалийн бронхиолит, уушгины завсар эдийн үрэвсэл хүүхдэд төдийгүй насанд хүрэгчдэд ч тохиолддог тухай хэвлэлд бичиж байна.

Судалгаанаас үзэхэд уушгины цитомегали нь пневмоцист вирус тэй хавсарсан үед өвчний явцыг хүндрүүлэх нь цөөнгүй.

Зургаан сараас дээш насны хүүхдийн уушгины цитомегали нь хөхүүл ханиад,

микоплазмаар үүссэн уушгины үрэвсэлтэй тун төсөөтэй ханиалгаж, өвчин байнга дахих шинжтэй байдаг. Эдгээр хүүхдэд ужиг явцтай өвөрмөц бус архаг хатгалгаа ба бронхит гэж оношлосон байх бөгөөд эмчилгээний үр дүн муутай байдаг.

Түгээмэл хэлбэрийн үед бөөр гэмтэх нь олонтой бөгөөд бөөрний сувганцарт цитомегалийн эс олдож байв. Бөөрний завсар элд нэгэн бөөмт эсийн архаг үрэвслийн голомтууд илэрнэ.

Цитомегалитэй хүүхэд төрүүлсэн эхийн нас, төрүүлсэн хүүхдийн тоо, хүүхдийн жин, эндсэн хүүхдийн морфологийн өөрчлөлт зэрэг нь цитомегалийг төрөлхийн болохыг нотлох үндэс болж байлаа.

Цитомегалигаар эндсэн хүүхдийн өвчний түүхэнд нарийвчлан судалгаа хийж үзэхэд цитомегали нь онцгойлсон өвөрмөц эмнэл зүйн шинжгүй боловч сэжиг авч онош тогтоох боломжтой байв. Үүнд юуны өмнө хүүхэд дутуу буюу бага жинтэй төрсөн, төрөхдөө бүтсэн, тархины гэмтэлтэй, үе үе татдаг, биеийн байдал сул гэсэн эх эцгийн мэдүүлгээс эхлээд нярай, хөхүүл үедээ элэг, дэлүү нь томорч, шарлаж, цус багадах, арьсан дээгүүр жижиг цус харвах, захын цусанд эритробластын тоо олшрохын зэрэгцээ тромбоцит цөөрч цусны бүлэгнэлт мууддаг шинж тэмдгүүд гарч байсан байна. Эдгээрийн зарим шинж цус хайлах өвчинтэй тун төсөөтэй тул түгээмэл хэлбэрийн цитомегалийг эмч нар цус хайлах (гемолитическая болезнь) ба цус гоожих өвчин гэж оношилж байсан нь нэг бус удаа тохиолдож байлаа.

Цитомегалийн байршмал хэлбэр бол бидний ойлгож байгаагаар дутуу ба нярай хүүхдийн эхийн хэвлий дэх халдвар бөгөөд хэрэв перинатал үедээ эндсэн ураг ба нярай хүүхдийн бүх эрхтэн системд шинжилгээг нарийвчлан хийвэл цитомегали одоогийнхоос илрүүтэй илрэх болно.

Энэ өвчин бага насны хүүхдийн дунд нэгэнт ховор биш тохиолдож буй нь насанд хүрэгчдэд мөн нилээд хэмжээгээр байгаа гэсэн дүгнэлтэнд хүргэж байна. Байдал ийм байгаагаас цитомегали өвчнийг эх, хүүхдийн өвчлөл судлал ялангуяа хүүхэд дутуу, бага жинтэй, гажигтай, тархины гэмтэлтэй төрөх, нярайдаа эндэх шалтгааныг тогтооход онцлон анхаарах хэрэгтэй. Цитомегали өвчний хүн амын дундах тархалт, халдвар зүй, өвчлөлийн түвшин, оношлогоо, эмчилгээний талаар эх барих, хүүхдийн эмч, эмгэг анатомч нар хамтран тодорхой чиглэлтэй ажиллах нь зүйтэй юм. Нэгдсэн аргачлалаар судалгаа шинжилгээ хийж богино хугацаанд шийдвэрлэж болно. Энэ судалгаанд ялангуяа серлогийн шинжилгээ (РСК) хийхэд бэлэн оношлуур эсрэг биеийг гадаадаас захиалан авч олныг хамарсан сорил шинжилгээг хийх шаардлагатай байна.

тальной патология и колиэнтериты Минск, 1964, 127

3. Ю. В. Гулькевич—В кн: Перинатальные инфекции Минск, 1966.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Б. Гомбо—Уушгины үрэвсэл ба жижиг хөгжил. УБ, 1969.

2. Л. А. Горбаченко—В кн: Перина-

4. П. С. Гуревич—Архив патологии 1961, 6, 68.
5. А. В. Новикова—Вопр. охр. мат. и дет. 1962, 1, 42.
6. М. А. Скворцов—В кн: Монотомное руководство по патологической анатомии. М, 1960.

7. Е. Н. Тер-Григорова—В кн: Монотомное руководство по патологической анатомии М. 1960.
8. Г. Флам—Перинатальные инфекции человека М. 1962.
9. Н. Essbach-Paidophatologie, Leipzig, 1961

Редакцид ирсэн 1987. 06. 11

Ч. Лхагва, Т. Должоо, Б. Энхболд, Ш. Үдэнбор

СУУЛГАТ ХАЛДВАРЫН ЭМЧИЛГЭЭ, СЭРГИЙЛЭЛТ

Эрүүл ахуй халдвар нян судлалын улсын институт

Эх нялхсын эрүүл мэндийг хамгаалах ажлын бүрэлдэхүүн хэсэгт бага насны хүүхдийн суулгат халдварыг эмчлэх, сэргийлэх асуудал чухал байрыг эзэлдэг.

Ялангуяа хөгжиж байгаа улс оронд хүүхдийн өвчлөл, эндэгдлийн шалтгааны дотор суулгат халдвар зонхилж байна.

ДЭХБ-ын мэдээлснээр Ази, Африк, Латин Америкийн улс оронд 1980 оны байдлаар 0—5 насны 744—1000 сая хүүхэд суулгат халдвараар өвчилж, 4,5 сая нь энджээ (2).

Суулгат халдвар нь цусан суулга, сельмонеллез, вирус гепатит зэрэг гэдэсний бусад халдварт өвчин гарах хүндрэх суурь дэвсгэр болдог учраас суулгат халдварыг эмчлэх сэргийлэх асуудал чухал юм.

Суулгат халдварыг 20 гаруй төрлийн нян, вирус, цагаан хорхой зэрэг бичил биетэн үүсгэдэг бөгөөд халдварын уг сурвалж эх уурхай нь өвчтэй хүн, амьтан, дамжих зам, нөлөөлөх хүчин зүйл нь бохирдсон ус, хүнсний зүйл, ахуйн эд юмс байдаг. Эндэгдлийн гол шалтгаан нь бие махбод эрдэс бодис, шингэнээ алдаж усгүйжих үйл явч болно.

ДЭХБ 1960-аад оноос эхлэн хүүхдийн суулгат халдварын 90—95%-ийг амаар шингэн нөхөж эмчлэх эмчилгээний тактикийг сонгон хэрэглэж үр дүнд хүрснийг үндэслэн 1978 оноос суулгат өвчинтэй тэмцэх тусгай программт ажлыг

эхэлсэн байна. Уг программт ажлын үндсэн зорилт нь суулгат халдвараар нас барахыг бууруулах, суулгат халдвараас сэргийлэх арга хэмжээ авч хэрэгжүүлэхэд оршино.

Программт ажлын хүрээнд зонхон байгуулалт, арга зүйн болон практик арга хэмжээ авах, эрдэм шинжилгээ судалгааны ажил хийх асуудлууд хамрагдах боловч гол нь эмчлэх, сэргийлэх ажилд чиглэдэг.

Эмчлэх, сэргийлэх ажлын стратеги нь суулгат халдвараар өвчилсөн хүүхдийг нэгдүгээрт амаар шингэн нөхөх эмчилгээг цаг алдалгүй зөв тактикаар эхлэх, хоолыг нь тохируулах, хоёрдугаарт, суулгат халдварын тархалтын байдалд хяналт тогтоох, гуравдугаарт, эхчүүдэд хүүхдийн асаргаа, сувилгаа, ус, хүнс, орон сууц, эрүүл ахуйн талаар мэдлэг, дадал олгох, дөрөвдүгээрт хүн амын дотор ариун цэвэр гэгээрлийн сурталчилгаа зохиох үндсэн үйл ажиллагаагаар илэрдэг.

Амаар шингэн нөхөх эмчилгээнд тусгайлан бэлтгэсэн давсны холимгийг хэрэглэнэ. Анагаах ухаан хөгжсөн улс оронд амаар шингэн нөхөх эмчилгээний оронд судсаар шингэн юүлэх эмчилгээ зонхилж, антибиотик, сульфаниламидын төрлийн эмийг өргөн хэрэглэж байна.

ДЭХБ-аас амаар шингэн нөхөх болон судсаар шингэн юүлэх эмчилгээний тактикийг хүүхдийн клиникийн 10 гаруй эмнэлэгт туршин үзэж амаар шингэн нөхөх

эмчилгээ нь үнэ хямдтай, үр дүн сайтай болохыг нотолжээ. Амаар шингэн нөхөх давсны холимгийн найрлагад хлорт натри 3,5 гр, гидрoкарбонат натри 2,5 гр буюу цитрат сода 2,9 гр, калий хлорид 1,5 гр, глюкоз 20 гр орсон байдаг (3). Ийм давсыг эмийн заводаас «Хоросол» нэртэйгээр үйлдвэрлэн гаргаж байна.

Манай улсад суулгат халдварын өвчлөл харьцангуй бага байна. 1985, 1987 онуудад Дархан, Улаанбаатар хот, Ховд, Хөвсгөл, Дундговь, Дорноговь, Баянөлгий аймагт өвчлөлийн түвшин тогтоох түүвэр судалгааг асуумж аргаар хийсэн дүнгээс үзэхэд суулгат халдварын өвчлөлийн давтамж нэг жилд Улаанбаатар хотод 1,4—1,6, бусад аймаг, хотод 3,1—3,4 тохиолдол байна. Асуумж судалгаанд хариулсан дүнгээс үзэхэд сүүлийн 14 хоногт суулгат халдвараар өвчилсөн 0—4 насны хүүхдийн хувийн жин Улаанбаатар хотод 12,0—13,9, аймагт 17,1—48,3 байна.

Улаанбаатар хотод суулгат халдвараар өвчлөгсдийн 71,5 хувь нь гэрийн нөхцөлд шингэн уух эмчилгээ хийлгэж 44,9 хувь нь амаар шингэн нөхөх давсны уусмал хэрэглэж 4,4 хувь нь судсаар шингэн хийлгэжээ.

Аймгуудад суулгат халдвараар өвчлөгсдийн 61,7 хувь нь гэрийн нөхцөлд шингэн уух эмчилгээ хийлгэж, 42,9 хувь нь давсны уусмал хэрэглэж, 9,7 хувь нь судсаар шингэн хийлгэжээ.

Суулгат халдвараар өвчлөгсдийн эмчилгээ, сэргийлэлтийн байдлыг хүүхдийн хэсгийн 26 эмнэлэгт судалж үзэхэд суулгаар өвчилсөн хүүхдийн 6,7%-ийг эмнэлэгт хэвтүүлж 19,7—20,3%-ийг гэрийн нөхцөлд шингэн уулган эмчилж, 9,2—21,2% нь сахар давс, рингер, глюкозын уусмал 21,2—30,0% нь «хоросол», 85,8—98,2% нь антибиотик, сульфаниламид эм хэрэглэсэн байна. 1987 онд «хоросол», сахар давс-

ны уусмалыг хослон хэрэглэх нь 80,9 хувь болж нэмэгдсэн байна.

Суулгат халдвараар өвчилсөн хүүхдийг бүртгэх, мэдээлэх голомтонд халдвар эсэргүүцэх иж бүрдмэл арга хэмжээ авах, эхчүүдэд эрүүл ахуй, эмчилгээний арга, технологийг зааж, сургах ажил хангалтгүй хүүхдийг хэвтүүлж эмчлэх, ялангуяа амаар шингэн нөхөх кабинетийг байгуулах асуудал бүрэн шийдэгдээгүй байна. Амаар шингэн нөхөх эмчилгээний аргыг эмч нар эмчилгээндээ бүрэн эзэмшиж чадаагүй, сэтгэл зүйн бэрхшээлтэй тулгарч байна.

Бага насны хүүхдийн суулгат халдварыг эмчлэх, сэргийлэх ажлыг сайжруулахын тулд юуны өмнө:

- Суулгат халдварын бүртгэл, мэдээлэл, халдвар судлалын хяналтын зохион байгуулалт, арга зүйн асуудлыг шийдвэрлэх;

- Суулгат халдварын үндэсний төвийг байгуулж эмчилгээ, сэргийлэлтийн онол практикийн асуудлыг шинжилгээ судалгааны үндсэн дээр шийдвэрлэх;

- Эмчилгээ, ариун цэвэр, халдвар эсэргүүцэх анхны тусламжийн хүрээнд амаар шингэн нөхөх эмчилгээний аргыг өргөн сурталчлах;

- Энэ чиглэлээр эмнэлгийн дээд, дунд мэргэжилтнийг бэлтгэх, анагаах ухааны дээд, дунд сургуулиудад программын дагуу хичээл заах;

- Амаар шингэн нөхөх эмчилгээнд шаардагдах хольмог давсыг үйлдвэрлэх, худалдах ажлыг ихсгэх;

- Суулгат халдвартай хүүхдийг эмчлэх тасгийг халдвартын клиникийн эмнэлгийн дэргэд нээж ажиллуулах;

- Суулгат халдвараас сэргийлэх, түүний эмчлэх арга ажиллагааны талаар хүн амын дотор ариун цэвэр гэгээрлийн сурталчилгааг төрөл бүрийн арга хэлбэрээр зохиох шаардлагатай байна.

2. С. К. Литвинов, М. Мерсон, Г. П. Облапенко, Р. Херрман, М. С. Лишневский — Программа ВОЗ по борьбе с диарейными болезнями. ЖМЭИ. 1985, 6, 93—97.

3. Суулгат халдварын эмчилгээ, сэргийлэлт (Эмнэлгийн ажилтнуудад зориулсан гарын авлага) ДЭХБ, Женев, 1987
Редакцид ирсэн 1986. 04. 08

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. В. Ю. Егоров, В. А. Курсанов—Эффективность мероприятий по профилактике острых желудочно-кишечных заболеваний в детских дошкольных учреждениях Муромского района за 1978—1982 г. ЖМЭИ, 1985, 4, 117—118

ЗАЛУУЧУУД, ШБОС—88

Эрүүлийг хамгаалах салбараас тус үзэсгэлэнд нээлт 1, оношлогоо эмчилгээний арга 9, аппарат төхөөрөмж 15, эм бэлдмэл 12, нийт 105 хүний 40 бүтээл тавьжээ. Эл үзэсгэлэнд бүтээлээ тавьсан эрүүлийг хамгаалах байгууллагуудаас Анагаах ухааны дээд сургууль мөнгөн медаль, 6000 төгрөгөөр, тус сургуулийн багш П. Долгор Шинжлэх ухаан техник, дээд боловсролын улсын хорооны нэрэмжит шагнал, алтан медалиар, мөн сургуулийн багш Ж. Шагж «Хүн, амьтны бүдүүн гэдсэнд дулааны энерги үүсэх үзэгдэл» сэдэвт бүтээл мөнгөн медаль, Эрүүл ахуй халдвар нян судлалын институтийн ажилтан Д. Дандий, Ө. Ганбат, Б. Сайнчимэг нарын «Эхсийн альбумин» оновчтой санал алтан медаль, Политехникийн дээд сургуулийн багш З. Цэрэндорж, Эрдэм шинжилгээний ажилтан Г. Бэжбат Шинжлэх ухаан техник, дээд боловсролын улсын хорооны ажилтан Ч. Пүрэвдорж, Анагаах ухааны дээд сургуулийн багш М. Сүхбаатар нарын «Эмчилгээний ионы төхөөрөмж» хүрэл медаль, мөнгөн шагнамаар тус тус шагнагдсанаас гадна Улсын шүүх эмнэлгийн магадлах товчооны ажилтан Д. Тамжидмаагийн «Хүний ялгаруулагчийн хязгаарыг АВО льюонс системийн антигенийг тогтоох шинжилгээ», Анагаах ухааны дээд сургуулийн багш Н. Түвшинбатын удирдсан багш оюутны хамтлагийн бүтээл «Зүрхний хоёр хавтаст хавхлагын нарийслын үеийн эхокардиографийн үзүүлэлтийн корреляци», Гоц аюулт халдварт өвчнийг эсэргүүцэн судлах газар, Химийн хүрээлэнгийн ажилтан С. Ганболд, С. Лхамсүрэн, Д. Батсүх, Б. Доржпалам, О. Батмөнх нарын «Тарваганы махнаас бэлдсэн пептон», Анагаах ухааны дээд сургуулийн багш Н. Пүрэвжав, Х. Цолмон, Ч. Ганзүг нарын «шүдний нум, тагнайн төлөвийг хуулан бичигч багаж» зэрэг бүтээлүүд үзэсгэлэнгийн тусгай шагнал хүртлээ.

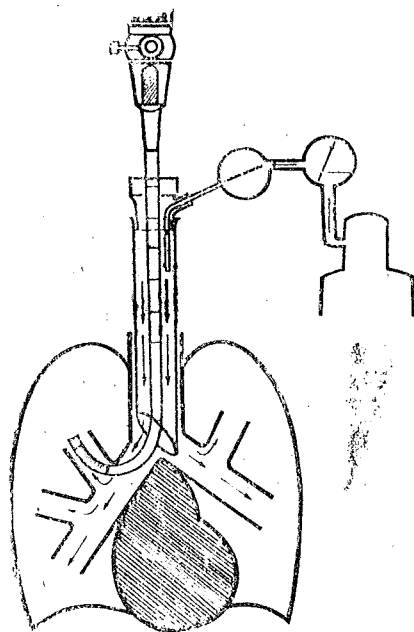
Анагаах ухааны дээд сургуулийн багш П. Долгор, их эмч Г. Нямхүү, А. Отгондалай, О. Сэргэлэн нарын «Нарийн гэдсэнд «у» хэлбэрийн залгаа хийж дагууд нь хаймсуурдах арга», мөн сургуулийн багш Н. Даваасүрэнгийн «Шүдний пааланг дентинээс салгах арга», Мөн сургуулийн багш Ё. Намжилмаа нарын «Гүйлсэн булчирхайн мэс заслын үед ам тэлэгч», Улаанбаатар хотын стоматологийн поликлиникин их эмч Л. Загарзүсэмийн «Хугарсан шүдийг өөрөөр нь сэргээх арга», Эрүүл ахуй, халдвар нян судлалын институтийн ажилтан Д. Туяагийн «А ба В вируст гепатитийг ялган оношлох кристаллографийн арга», Ардын эмнэлгийн хүрээлэнгийн ажилтан П. Батаа, М. Лхагважав нарын «Зүү тавьж, шүд авах арга», Улсын нэгдсэн тусгай эмнэлгийн их эмч Ч. Ухнаа, Д. Санжаа, Д. Нэргүй, Л. Гэрэлхүү нарын «Бронхофиброскопийн тусламжтай цагаан мөгөөрсөн хоолойг угааж цэвэрлэх арга», Анагаах ухааны дээд сургуулийн багш Г. Цагаанхүү, Н. Төмөрбаатар, их эмч Б. Сүхбаатар, Д. Александр нарын «Нугасны шингэнийг талсжуулах шинжилгээ», Сүхбаатарын районы нэгдсэн эмнэлгийн их эмч А. И. Брилевичийн «Зүүний цэг тодорхойлох аппарат», «Анагаах ухааны дээд сургуулийн багш Л. Ажнай, Д. Чүлтэм нарын «цусны дүрст элементийн агрегацийг буцах сарнилийн аргаар бүртгэх төхөөрөмж», мөн сургуулийн багш Э. Санжаагийн «Нүдний аккомодацийг дасгалжуулах арга», мөн сургуулийн

багш Н. Төмөрбаатар, их эмч Б. Цэдэн, П. Батаа нарын «цахилгаан зүү эмчилгээний аппарат», Эмийн заводын ажилтан Б. Жанцансүрэнгийн «Үрэл ялгагч машин», Улсын нэгдсэн тусгай эмнэлгийн их эмч Ж. Лхагвасүрэн, П. Сайнхүү, М. Амгалан нарын «Хүчилтөрөгчийн коктель хийх цахилгаан аппарат» мөн эмнэлгийн их эмч Ч. Доржхандын «Утлага хийх аппарат», Ажилчны районы хүүхдийн нэгдсэн эмнэлгийн инженер Ш. Ухнаагийн «Гар, хөл ажиллагаатай цэр ховхлох аппарат», Эм шалгах төв лабораторийн ажилтан Ц. Жавзан, Т. Цэцэглэн нарын «цэр ховхлох эм болон витамини цуглуулга», Анагаах ухааны хүрээлэнгийн эрдэм шинжилгээний ажилтан З. Оюунгэрэл, А. Отгон нарын «Алтай» шахмал, Бамбайн экстрактын үрэл», «Ягаан мүгзний үрэл», Эрүүл ахуй халдвар нян судлалын институтийн ажилтан Д. Галбадрах, Г. Жанчив, химийн хүрээлэнгийн ажилтан С. Сугарсүрэн, Д. Даваа нарын «Вирус өтгөрүүлэх сорбент», мөн институтийн ажилтан Ё. Лхагвасүрэнгийн «Балнадын улаан эст В оношлуур», Анагаах ухааны дээд сургуулийн багш С. Хандсүрэн, Г. Эрдэнэцэцэг, С. Цэцэгмаа нарын «Антигриппины шахмал», Ардын эмнэлгийн хүрээлэнгийн эрдэм шинжилгээний ажилтан Б. Цолмонпүрэв, П. Батаа, Б. Дагвацэрэн нарын «Төөнүүр», Халдварт өвчнийг анагаах клиникийн эмнэлгийн ажилтан А. Оргодолбатын «Шилний харандаа» Нүдний шилний үйлдвэрийн ажилтан С. Баасандаш, физик, техникийн хүрээлэнгийн ажилтан Ш. Дамба, Г. Жамъянсүрэн, Б. Бүдханд нарын «Туяаруулсан нүдний шил» Анагаах ухааны хүрээлэнгийн ажилтан Д. Ням-Осор, П. Ламжав нарын «Хонины ноосонд тэмдэг тавих будаг» зэрэг бүтээлүүдийг үзэгчид ихэд сонирхож байлаа.

Энэ удаад бид зөвхөн амьсгалын замын эмгэгүүдийн оношлогоо, эмчилгээний ажилд холбогдох зарим аргыг товч танилцуулна.

1. Бронхофиброскопын тусламжтай цагаан мөгөөрсөн хоолойг цэвэрлэх арга

Гуурсан хоолойн багтраа, мөн хоолойн идээт үрэвсэл, уушгины буглаа болон удаан хугацаагаар зохиномол амьсгалын аппараттай байх үед гуурсан хоолойг үрэвслийн шүүрэл (секреци), цэрээр бөглөрсөн үед өвчтөний амьсгалын дутал гүнзгийрч хүнд байдалд ордог. Энэ үед гуурсан хоолойн бөглөөсийг чөлөөлөх арга нь дурангийн



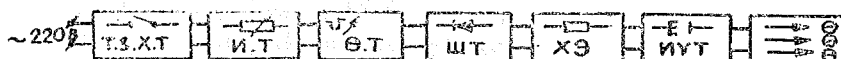
хяналт дор мөгөөрсөн хоолойг угааж цэвэрлэх арга юм. Энэ аргаар эмчилгээ хийх үеийн амьсгалын механизм, угаах аргыг 2 дугаар зурагт үзүүлжээ. (Зураг 2) Энэ аргаар гуурсан хоолойн бөглөөсийг арилгах нь амьсгалын дутагдлаас түргэн гаргах, өвчний голомтонд антибиотик эмчилгээ шууд хийснээр өвчний эдгэрэх хугацааг богиносгож байна. Энэ аргыг манай улсын аль ч эмнэлэгт ялангуяа эрчимт эмчилгээний практикт үр ашгаа өгнө гэж уг аргыг санаачлагчид үзэж байна. Уул аргын сайн тал нь: а) удаан хугацаагаар үр дүн багатай эмийн эмчилгээ хийхгүйгээс эмийн төсөв хэмнэнэ. б) Өвчтөнийг богино хугацаанд хүнд байдлаас гаргаж эдгэрэлтийг түргэтгэнэ. в) Өвчний дахилтыг цөөрүүлж, нэг үгээр өвчин дахих зайг уртасгана. г) Уушгины буглааг

зарим үед мeс засал хийхгүй эмчлэх бололцоо олгодог ажээ.

2. Эмчилгээний ионжуулагч төхөөрөмж ЭИТ—1

Агаарын доторх ионы хэмжээг зохистой нэмэгдүүлэн ялангуяа хүүхдийн уушгины үрэвсэл, гуурсан хоолойн багтраа зэрэг амьсгалын замын өвчний эмчилгээний хугацааг богиносгож, эмийн эмчилгээг багасгахад эл төхөөрөмж зохих ашгаа өгч байгаа ажээ. Агаарын доторх хөнгөн жинтэй ионууд амьсгалын замаар уушгинд хүрч, бие махбодын бодисын солилцоог сайжруулан, ажиллах чадвар болон биеийн эсэргүүцлийг дээшлүүлдэг. Хот суурин газар ялангуяа хүн амын олонтой орчинд хасах ионы тоо байвал зохих хэмжээнээс 5—6 дахин буурч, хүнд ионы тоо нэмэгдэнэ. Энэ учраас амьсгалын замын өвчнийг анагаахад эл төхөөрөмжийг ах дүү социалист орнуудад өргөн ашиглаж байгаа туршлага бий.

ЭИТ—1 төхөөрөмжийн бүтцийн бүдүүвчийг зургаас үзнэ үү!



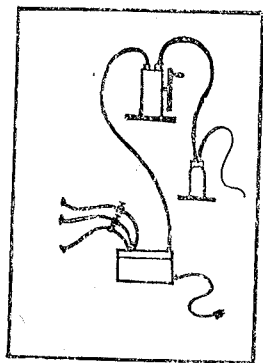
ТЭХТ — таслах залгах, хамгаалах төхөөрөмж,

ИТ — ионы тоо тохируулагч, ӨТ — өсгөх трансформатор, ШТ — шулуутгах төхөөрөмж, ХЭ — хязгаарлах эсэргүүцэл, ИҮТ — ион үүсгэгч төхөөрөмж

Уг төхөөрөмжийн ажиллах зарчмыг товч авч үзье.

Төхөөрөмж 50 гц давтамжтай 220 В-ийн хүчдэлтэй хэлхээнээс тэжээгдэх ба таслах, залгах хамгаалах хэрэгслүүдээр дамжсаны дараа ионы тоо тохируулах хэсгийн хүчдэл ирнэ. Энэ хүчдэлийг 110—240 В хүртэл тохируулах бололцоотой ажээ. Дараа нь өсгөх трансформатораар хүчдэл 10 кВ хүртэл өсч, шулуутгах төхөөрөмжинд очно. Шулуутган гарах хамгийн их хүчдэл нь 14 кВ ажээ. Үүний дараа хэт гүйдлээс хязгаарлах эсэргүүцлээс дамжиж, ион үүсгэгч төхөөрөмжинд өндөр хүчдэл очно. Ион үүсгэгч төхөөрөмж нь маш нарийн 0,1 мм-ээс доош диаметртэй нарийн утас-торон хавтгайгаас тогтох ба нарийн утасны гадаргууд өндөр хүчдэлийн утаснаас титэмт цахиллалт үүсч, хасах тэмдэгтэй ион олноор үүснэ. Энд үүссэн чөлөөт ионуудыг тусгай үлээгүүрээр үлээж агаарт тарааж, өрөө тасалгааны бичил уур амьсгалыг сайжруулдаг ажээ.

3. Гар ажиллагаатай сорогч, утагч



Төдий л ашиглагдахгүй байгаа гар вакуум насосыг ашиглан цэр соруулах, гар ажиллагаатай сорогч болгон ашиглаж болохоос гадна гаргаж байгаа агаарыг ашиглан утагч нэмэгдэл хий байрлуулснаар төхөөрөмжийн ажиллагааг бүрэн ашиглах бололцоотойг харуулжээ. Үүнд: Тусгай шингэнийг зохих халуунд барьж байхын тулд утах хайрцганд цахилгаан халаагуур тавьж, утах, хэсгийг 3—5 салаа болгосон нь өвчлөл их үед үйлчлэх хүрээг өргөсгөн, ажил хөнгөвчлөх ажээ.

Манай сурвалжлагч

МАНАЙ ТӨЛӨВЛӨГӨӨ ЦАГ ҮЕИЙГ ТУСГАЖ БАЙНА

(Е. И. Чазовтай хийсэн ярилцлага)

Үргэлжлэл, түрүүч нь тус сэтгүүлийн энэ оны хоёрдугаарт бий

— Ард түмний эрүүл мэндийг хамгаалах нь орчин үеийн шинжлэх ухааны ололтын түвшинд байх ёстой. Асуудлыг ч өнөөдөр ийнхүү тавьж байна. Анагаах ухааны академи ЗХУКН-ын XXVII их хурлын шийдвэрийг идэвхтэй хүлээж авч, үйл ажилдаа шинэчлэлт хийх тухай ерөнхий хуралдааны гурван ч секцээрээ авч хэлэлцсэн билээ. Уншигчдын захидлаас үзвэл энд өөрчлөн байгуулалт шинэчлэлтийн салхи төдий л мэдрэгдэхгүй байна гэх юм!

— Эрдэмтэн, эрүүлийг хамгаалахын зохион байгуулагчийн хувьд анагаах ухааны ололт амжилт юуны урьд ард түмний эрүүл энхийн үйлсэд оруулсан хувь хандиваар хэмжигдэх ёстойд би итгэдэг. Энэ талаас нь авч үзвэл анагаах ухааны өөрчлөн байгуулалтын явц практик хэрэгцээнээс хоцорч байна.

Эрүүлийг хамгаалах яамны дэргэд байгуулагдсан шинжлэх ухаан-техникийн удирдах газар энэ зааг ялгааг арилгах боловуу гэж бид найдна. Уг байгууллагын нэг үндсэн зорилт бол практикийн эрүүлийг хамгаалахаас анагаах ухаанд өгсөн захиалгыг биелүүлж, түүнд хяналт тавих явдал юм. Саяхан ЗХУКН-ын Төв Хороо, Сайд нарын Зөвлөлөөс «Шинжлэх ухааны байгууллагуудыг бүрэн аж ахуйн тооцоонд шилжүүлж, өөрийгөө санхүүжүүлэх тухай тогтоол гаргасан билээ. Анагаах ухааны ямар салбарт анхаарал төвлөрүүлүүштэй байгаа талаар бид холбооны бүгд найрамдах улсуудын эрүүлийг хамгаалах яамд, орон нутгийн эрүүлийг хамгаалах байгууллагуудын санал хүсэлтийг авч судалж байна.

Анагаах ухааны эрдэм шинжилгээний байгууллагуудыг аттестатчлах комиссын ажил хэр явагдаж байна, уг байгууллагуудын бүтцийг боловсронгуй болгох ажил хэдийд шийдэгдэх вэ? Шинжилгээ судалгааны ажлыг санхүүжүүлэх журам өөрчлөгдөх үү. Хэрэв өөрчлөгдөх бол хэр түргэн хугацаанд энэ шийдэгдэх вэ?

Эрүүлийг хамгаалах яамны дэргэдэх Анагаах ухааны эрдмийн зөвлөл Анагаах ухааны академийн болон түүний салбаруудын ажлыг орлон хийж байгаа юм биш үү?

— Комисс эрдэм шинжилгээний байгууллагуудын зохион байгуулалтыг эргэж харах тухай анхны төслийг гаргасан. Тэдгээрийн зохион байгуулалтыг эрс өөрчлөнө. Нэгд: Дорвитой асуудлыг бие даан шийдэж чадахгүй хүч чадал мөхөс-гуравдугаар категорийн эрдэм шинжилгээний байгууллагууд байлгахыг бид татгалзаж байгаа. Хамгийн найдвартай арга бол судалгааны ажлыг интеграцчлах явдал юм. 1988 онд эрдэм шинжилгээний байгууллагуудын бүтцийг өөрчлөх ажил дуусна.

Судалгааны ажлыг санхүүжүүлэх тухайд бол эрүүлийг хамгаалахын (нийгмийн) захиалгад үндэслэн эрдэм шинжилгээний тодорхой сэдвүүдийг санхүүжүүлнэ. Тэхдээ шууд биш, хэдэн сар нэг жилээр туршиж, уг ажлын үр өгөөж, ирээдүйг харж хэр үр ашигтай нь мэдэгдвэл нэмүү санхүүжүүлж, уг байгууллагыг хүн хүчний хувьд бэхжүүлэх юм уу судалгааны ажлын нэмэлт түр бригад хүртэл гаргаж ажиллуулна. Уг институтийн зориулалтаас шалтгаалж тулгуур судалгаанд төсвийн 10—50 хувь хүртэл санхүүжүүлнэ. Эрүүлийг хамгаалах яамны Эрдмийн зөвлөлийн хувьд түүний бүтцийг өөрчилж олон нийтийн үүсвэр санаачлагын зөвлөх эрхтэй байгууллага болгосон Анагаах ухааны академийн болон түүний салаа салбарын алиных нь ч ажлыг орлохгүй.

— ЗХУКН-ын Төв Хороо, ЗХУ-ын Сайд нарын Зөвлөлийн шийдвэрээр Курганы Гэмтэл, ортопедийн нөхөн сэргээх төв байгуулсныг уншигчид их талархаж байна.

Ийм төвүүд байгуулах талаар ямар ажил төлөвлөж байна вэ?

— Шинжлэх ухааны үйлдвэрлэлийн стоматология, нэгдэл байгуулах асуудлыг үндсэнд нь шийдсэн. Мөн «Трансплантат», «Формация» гэдэг хоёр төв байгуулах санал дэвшүүлээд байна.

Биотехнологийн болон цус сэлбэх зэрэг хэд хэдэн төв байгуулах боломжийг судалж байна.

— Анагаах ухаанд хаа сайгүй, шинэ зүйл нэвтрэх нь удаан байгаа тухай уншигчид мөн бичиж байна?

— Газар дээр нь хийсэн ажиглалт судалгаанаас үзэхэд орны эргэлтийг түргэтгэх, эмчилгээний идэвхийг дээшлүүлэх гэх мэт асуудлаар, гарсан шинэ сэргэг зүйл зохиогч болон хамт олны хүрээнээс төдий л гарахгүй байна.

Ийм учраас анхны алхам болгож, уг ажлыг гүйцэтгэх улсын шинжлэх ухаан-техникийн удирдах газрын зэрэгцээ райончилсан 9 төв байгуулна. Эдгээр газрууд эмч нарын мэргэжил дээшлүүлэх факультет, институтийн бааз дээр түшиглэн эхний ээлжинд анагаах ухааны шинэхэн ололтын тухай мэдээлэл болон эмнэлгийн техникээр хангах ажлыг зохион байгуулна.

Тэдний ажлын гол зорилго бол анагаах ухааны ололтыг практикт шуурхай нэвтрүүлэх явдал юм.

Төрсний нь 70 жилийн ойд

АКАДЕМИЧ ТҮНДЭВИЙН ШАГДАРСҮРЭН

(1918—1982)

Т. Шагдарсүрэн сурч мэдсэн бүхнээ ард түмнийхээ эрүүл мэндийг хамгаалах ариун үйлсэд эгнэгт зориулсан эмч, тус улсад үндэсний их эмч нарын өргөн эгнээг бэлтгэхэд авьяас мэдлэгээ зориулсан сурган хүмүүжүүлэгч, эрүүлийг хамгаалахын зохнон байгуулагч, монголын анагаах ухааны эрдэм шинжилгээний ажлыг үндэслэн хөгжүүлэгчдийн нэг байсан юм.

Т. Шагдарсүрэн Төв аймгийн Баянзүрх сумын нутагт малчин ардын гэрт төрж бага насандаа өнчирч, айлд үрчлэгдэж өсчээ. Арван нэгэн настайдаа бага сургуульд орж улмаар дунд сургууль, ЗХУ-ын Улаан-Үд хотноо монгол рабфакт суралцжээ. 1938 онд ЗХУ-ын Омск хотын анагаах ухааны дээд сургуульд орж эх орны дайны хүнд жил 1942 онд онцсайн дүнтэй төгсөж хүний эмчийн мэргэжил эзэмшжээ. 1948—1952 онд ЗХУ-д аспирантурт суралцаж, дэд эрдэмтний зэрэг хамгаалж 1972 онд анагаах ухааны доктор болсон байна. 1948 онд МАХН-д гишүүнээр элсжээ.

Тэрээр 1942—1945 онд Улсын төв эмнэлэг, Дундговь аймагт чих, хамар хоолой болон мэс заслын эмчээр, 1945—1948 онд эрүүлийг хамгаалах яамны орлогч сайд бөгөөд улсын ариун цэврийн ерөнхий газрын даргаар, 1952 оноос АУДэС-ийн ерөнхий ба судалгааны мэс заслын тэнхимийн эрхлэгч, Клиникийн III эмнэлгийн клиникийн захирал, нэгдсэн тусгай эмнэлгийн дарга, 1961 оноос Анагаах ухааны хүрээлэнгийн захирлаар ажиллаж байв.

Т. Шагдарсүрэн нөр хичээнгүй, олон талт хөдөлмөрийнхөө зэрэгцээ хорь шахам эрдэмтний эрдэм шинжилгээний ажлыг удирдаж, хэд хэдэн гарын авлага, сурах бичиг, 100 гаруй эрдэм шинжилгээний бүтээл туурвижээ.

Академич Т. Шагдарсүрэн манай оронд мэс заслын тусламжийг хөгжүүлэхэд гавьяа байгуулсан хүний нэг. 1955 он хүртэл тус улсад ерөнхий мэс заслын суурь тавьж, 1955—1960 онд цээжний хөндийн мэс заслыг хөгжүүлэх ажлыг сэдэж, манай улсад анх удаа улаан хоолой, ходоод, уушгины элдэв эмгэгийг оношлох, дуран авиан шинжилгээ, уушги, ходоод, улаан хоолойг тайрах болон нарийн гэдсээр улаан хоолой нөхөх аргыг нэвтрүүлсэн юм.

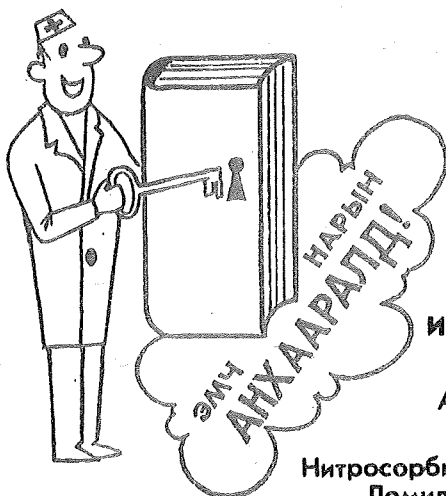
Академич Т. Шагдарсүрэнгийн санаачилгаар хавдар судлал, гэмтэл согогний алба анх хөгжиж эхэлсэн бөгөөд 1950-иад оны дундуур манай оронд анестезиологийн анхны мэргэжилтнүүд бэлтгэгдэж, мэс заслын практикт орчин үеийн мэдээгүйжүүлэх аргууд нэвтэрснээр цээжний хөндийн томоохон хагалгаа хийгдэх нөхцөл бүрдсэн юм. Энэ үеэс эхлэн зүрхнээс зүү (1957), бэтэг (1961), авах, уушгийг бүтнээр нь юмуу дэлбэнгээр авах (1960), артерийн битүүрээгүй цоргыг боох (1958), өмөнгийн үед улаан хоолойг тайрч, нарийн гэдсээр сэргээх хагалгааг (1958) манай оронд анх удаа хийсэн байна. 1960-аад оны дундуур зүрх судасны мэс заслын хамтлаг байгуулж зохих нарийн мэргэжлээр эмч мэргэжилтнүүдийг бэлтгэж, зүрх-судасны мэс заслын тасгийг зохнон байгуулж зүрхний олдмол ба төрөлхийн гажгуудыг оношлон төгс эмчлэх аргуудыг биеэрээ удирдан хийж байв. Зүрхний таславчийн цоорхойг нөхөх, хиймэл хавхлага суулгах зэрэг нарийн төвөгтэй хагалгааг биеийн халууныг бууруулах болон цусны зохиомол эргэлтийн аппаратын тусламжтайгаар нээлттэй зүрхэнд анх удаа амжилттай хийж, клиникийн практикт нэвтрүүлсэн юм.

Т. Шагдарсүрэнгийн удирдлага, санаачилгаар 1961 онд байгуулагдсан анагаах ухааны хүрээлэн одоо 30 гаруй эрдэмтэн, 100 шахам эрдэм шинжилгээний ажилтантай болон хөгжсөн бөгөөд түүнээс дөрвөн хүрээлэн бие даан тасрач хөгжиж байна.

Т. Шагдарсүрэнгийн эх орон ард түмний өмнө байгуулсан гавьяаг үнэлж 1975 онд БНМАУ-ын гавьяат эмч цол, 1981 онд төрийн шагнал олгож, Сүхбаатарын одонгоор нэг, Алтан гадас одонгоор 2 удаа, бусад медаллудаар шагнажээ.

Т. Шагдарсүрэнгийн цаг ямагт шинийг эрэлхийлэн, ихийг бүтээх тэмүүлэл, хөдөлмөрч, төлөв даруу, шударга зан, нөхөрсөг тусч харьцаа нь бидэнд үлгэр дурнал болсоор байна.

Е. БОДЬХҮҮ, Ц. МУХАР, Е. ДОРЖГОТОВ



Изодинит (БНБАУ)

Адил нэрс:

Нитросорбид (ЗХУ)
Ломилан (ХБНСЮУ)

1, 4, 5, 6-Диангидридо-Д-сорбита динитрат

ФАРМАКОЛОГИЙН ҮЙЛЧЛЭЛ: Изодинит, фармакологийн үйлчлэлээр эриниттэй төстэй боловч салст бүрхүүлээр удаан шимэгддэг тул түүний үйлчилгээ аажим эхэлж удаан үргэлжилдгээр адил төстэй бусад бэлдмэлээс ялгаатай. Изодинитыг уусны дараа 3,5—5 цагийн хооронд үйлчилнэ.

ХЭРЭГЛЭХ ЗААЛТ: Изодинитыг титэм судасны тэжээлийн архаг дутмагшлын үед өвчин сэдрэхээс сэргийлэх зорилгоор өвчний тогтонги хэлбэрийн үед хэрэглэнэ.

ХЭРЭГЛЭХ АРГА, ТУН: 0,005—0,01 г-аар өдөрт 3—4 удаа ууна. Заримдаа эмийн тунг ихэсгэх шаардлагатай өвчтөнд 20—30 мг-аар уулгана. Энэ эмийг хэлэн дор тавьж хэрэглэхэд үйлчилгээ нь нитроглицеринээс удаан (3—5 минутын дараа) илэрнэ. Сүүлийн жилүүдэд нитроглицерины адил захын судсыг өргөсгөх зорилгоор цусны эргэлтийн хямралын хүнд хэлбэрийн үед хэрэглэж байна. Захын венийн даралтыг бууруулснаар зүрхэнд ирэх венийн цусны хэмжээг багасгаж, бага эргэлтийн даралтыг бууруулснаар өвчтөний амьсгаадах, багтрах, хөхрөхийг багасгана.

Нитроглицеринтэй харьцуулахад изодинит нь удаан (4—5цаг) үйлчилгээтэй. Иймд 4—5 цаг тутамд 20 мг-аар уулгана. Заримдаа захын судасны агчилтын үед хэрэглэж болно.

Тархинд цус харвасан болон тархины даралт ихэссэн үед хэрэглэхгүй.

ГАЖ НӨЛӨӨ: Толгой өвдөх, толгой эргэх, дотор муухайрах зэрэг гаж нөлөө илэрч болно. Тунг багасгахад эдгээр гаж нөлөө арилна.

ЭМИЙН ХЭЛБЭР, САВЛАЛТ.

0,005 ба 0,01 гр шахмалаар үйлдвэрлэж 25,50 ширхэгээр савлан гаргана.

ХАДГАЛАХ: «Б» дансанд бүртгэж хуурай сэрүүн газар гэрлээс хамгаалж, галаас хол хадгална.

Эм хангамж үйлдвэрлэлийн газрын мэдээлэл, зохион байгуулалтын тасаг