

# АНАГААХ

# УХААН

ЭРҮҮЛИЙГ ХАМГААЛАХЫН ЗОХИОН БАЙГУУЛАЛТ



СУДАЛГАА ШИНЖИЛГЭЭ



МЭРГЭЖЛИЙН ЗӨВЛӨГӨӨ, ЛЕКЦ, ТОЙМ



ТУРШЛАГА СОЛИЛЦЬЁ



ХОВОР ТОХИОЛДОЛ



ЭРДЭМТДИЙН ДҮГНЭЛТ ЗӨВЛӨМЖ



ГАДААД ОРНУУДАД

БНМАУ

ЭРҮҮЛИЙГ ХАМГААЛАХ ЯАМ

ЭРДЭМ ШИНЖИЛГЭЭ

ПРАКТИКИЙН

УЛИРАЛ ТУТМЫН СЭТГҮҮЛ

17 дахь жилдээ

# 4

# 1986

БНМАУ  
Эрүүлийг хамгаалах Яамны  
Эрдэм шинжилгээ-практикийн  
улирал тутмын сэтгүүл.

17 дахь жилдээ № 4 (60) 1986 он

АГУУЛГА

Их хурлын шийдвэрийг хэрэгжүүлэхэд хяналтын ажлыг чиглүүлье.	5
<b>ЭРҮҮЛИЙГ ХАМГААЛАХЫН ЗОХИОН БАЙГУУЛАЛТ</b>	
<i>Ц. Мухар</i> —Амбулатори-поликлиникийн тусламж	8
<i>Л. Буджав, Б. Дэмбэрэл, Д. Батмөнх</i> —Зарим үзүүлэлтийн нэр томъёог нэгэн мөр болгох асуудалд	13
<i>С. Батмөнх</i> —Эмийн сангийн үйлчилгээний зохион байгуулалтыг боловсронгуй болгох асуудалд	15
<b>СУДАЛГАА ШИНЖИЛГЭЭ</b>	
<i>Э. Санжаа, Г. Дэжээхүү</i> —Цусны даралт ихсэх өвчтэй хүмүүсийн нүдний угийн байдал	21
<i>С. Ямаахай, Д. Жаргалсайхан</i> —Ходоодны хүчлийн үзүүлэлт ба хоол боловсруулах идэвх	25
<i>Б. Энхболд, Е. Батболд, Г. Цэрэндагва, П. Нямдаваа</i> —Өргөн вакцинжуулалтын үе дэх улаанбурхны ялгах оношийн асуудалд	27
<i>О. Лхамсүрэн, Б. Сангидорж</i> —Харшил өвчнийг сорилын аргаар оношлох нь	31
<i>С. Хандсүрэн, В. В. Петренко</i> —Хүн хорсын зарим алкалоид ба алкалоидын нийлбэрийн хөдлөл зүй	35
<i>У. Доржханд, Я. Дондог, Б. Сэлэнгэ</i> —Дунд чихний архаг үрэвслийн үед гарах реоаурографийн өөрчлөлт	38
<i>Л. В. Кобзарь, Л. Хүрэлбаатар, С. Аюурбуниа</i> —Эмийн хэрэгцээний хэтийн төлвийг тодорхойлоход экспертийн хамтын шинжилгээний аргыг хэрэглэх боломж	41
<b>МЭРГЭЖЛИЙН ЗӨВЛӨГӨӨ, ЛЕКЦ, ТОЙМ</b>	
<i>Б. Гомбо</i> —Оношийн зөрөөний шалтгааныг судлахын практикийн холбогдол	45
<i>Ж. Алтанцэцэг</i> —Антибиотик эмчилгээний ерөнхий зарчим	47
<i>М. Даш, Б. Бямбаа, Ц. Ханджав</i> —Хачгийн риккетсиозын шинэ голомт	55
<i>Д. Энэбиш, Ц. Намсрай, Ш. Жадамба</i> —Эхийн хөхний сүүний хэмжээ, найрлаганд нөлөөлөх хүчин зүйлс	57
<i>А. Хишигдорж</i> —Антибиотикийн хос үйлчилгээнд бактерийн мэдрэмж чаарыг тодорхойлох арга	60
<i>Б. Гомбосүрэн</i> —Уушгины архаг үрэвсэлт өвчний үед хэрэглэх эмчилгээний хялбар аргууд	63
<i>Р. Баатар, Ш. Цэндсүрэн</i> —Эмийг хавсран хэрэглэхэд анхаарах зарим асуудал	66
<i>Г. Долгор, Д. Амарсанаа</i> —Остеохондрозоос үүссэн радикулитын үед татлага эмчилгээ хийх арга	69
<i>Э. Г. Базарон</i> —Төвдийн анагаах ухаан ба шашин	72
<b>ТУРШЛАГА СОЛИЛЦЪЕ</b>	
<i>Д. Нинжээ, Ц. Тогообат</i> —Шархыг хүчилтөрөгчжүүлсэн уусмалаар угааж эмчлэх арга	76
<i>И. П. Фесенко, Р. Дариймаа, Г. Цэрэндулам</i> —Зүрхний булчингийн халдвар, харшлын гаралтай үрэвсэл	78

ЭРДЭМТДИЙН ДҮГНЭЛТ, ЗӨВЛӨМЖ

Д. Ичинхорлоо—Ургийн хүчилтөрөгчийн дутагдал ба гүйцэд нярайн бүтэлтийн  
Улаанбаатар хотод судалсан нь . . . . . 80

Ш. Өлзийхутаг—Хэвлийн хөндийн наалдаст өвчний чухал асуудлууд . . . . . 81

ГАДААД ОРНУУДАД

Ж. Тумбааш, Ж. Баасанхүү—Профессор С. Н. Феодоровын цувуурын арга . . . . . 83  
МЭДЭЭ

СОДЕРЖАНИЕ

Действенная контроль-в решении съезда . . . . .	5
<b>ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ</b>	
<i>Ц. Мухар—Амбулаторно-поликлиническая помощь</i> . . . . .	8
<i>Л. Буджав, Б. Дэмбэрэл, Д. Батмөнх—К вопросу усовершенствования организации аптечного обслуживания</i> . . . . .	13
<i>С. Батмөнх—К вопросу унификации и уточнения терминов некоторых показателей заболеваемости населения</i> . . . . .	15
<b>КЛИНИКО-ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ</b>	
<i>Э. Санжа, Г. Дэжэху—Состояние глазного дна у больных гипертонической болезнью</i> . . . . .	21
<i>С. Ямахай, Д. Жаргалсайхан—Показатели кислотностей желудочного сока и его переваривающая активность</i> . . . . .	25
<i>Б. Энхболд, Ғ. Батболд, Г. Цэрэндагва, П. Нямдава—К вопросу дифференциальной диагностики кори в условиях массовой вакцинации</i> . . . . .	27
<i>О. Лхамсүрэн, Б. Сангидорж—Пробный метод диагностики аллергических заболеваний</i> . . . . .	31
<i>С. Хандсүрэн, В. В. Петренко—Динамики количественного содержания суммы и отдельных алкалоидов в пузырнице физалисовой</i> . . . . .	35
<i>У. Доржханд, Я. Дондог, Б. Сэлэнгэ—Применение реоаурографии в диагностике заболевания среднего уха</i> . . . . .	38
<i>Л. В. Кобзарь, Л. Хүрэлбатор, С. Аюурбуниа—Возможность использования метода коллективных экспертных оценок для планирования перспективной потребности в лекарственных средствах</i> . . . . .	41
<b>ОБЗОРЫ, ЛЕКЦИИ, КОНСУЛЬТАЦИИ</b>	
<i>Б. Гомбо—Практическое значение изучения причин диагностических расхождений</i> . . . . .	5
<i>Ж. Алтанцэцэг—Основные принципы антибиотикотерапии</i> . . . . .	47
<i>М. Даш, Б. Бямба, Ц. Ханджав—Новый очаг риккетсиозов</i> . . . . .	55
<i>Д. Энэбиш, Ц. Намсрай, Ш. Жадамба—Некоторые факторы, влияющие на состав и объем материнского молока</i> . . . . .	57
<i>А. Хишигдорж—Определения чувствительности бактерий к антибиотикам и их сочетаниям</i> . . . . .	60
<i>Б. Гомбосүрэн—Простые методы лечения хронических воспалительных заболеваний</i> . . . . .	63
<i>Р. Батор, Ш. Цэндсүрэн—Основные принципы сочетанного применения лекарственных средств</i> . . . . .	66
<i>Г. Долгор, Д. Амарсана—Вытяжной метод лечения радикулитов, обусловленных остеохондрозом</i> . . . . .	69
<i>Э. Г. Базарон—Тибетская медицина и религия</i> . . . . .	72
<b>ОБМЕН ОПЫТОМ</b>	
<i>Д. Нинжэ, Ц. Тогобат—Метод лечения ран путем промывания раствором, насыщенным кислородом</i> . . . . .	76

И. П. Фесенко, Р. Дарима, Г. Цэрэндулам—Миокардиты инфекционно-аллергического происхождения 78

ДИССЕРТАЦИОННЫЕ ВЫВОДЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ

Д. Ичинхорло—Гипоксическое состояние плода и асфиксии у доношенных новорожденных в условиях г. Улан-батора 80

Ш. Өлзийхутаг—Актуальные вопросы абдоминальной спаячной болезни 81

ЗА РУБЕЖОМ

Ж. Тулбаши, Ж. Басанху—Кенвейерный метод С. Н. Феодорова 83

ХРОНИКА 85

ЭМНЭЛГИЙН ХЭВЛЭЛИЙН НЭГДСЭН РЕДАКЦИЙН ЗӨВЛӨЛ

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

Техник редактор Б. Болат, Хянагч Т. Энхбаяр, Д. Ундармаа

Өрөлтөнд 1986 оны 9 сарын 25-нд орж 2259 ш хэвлэв  
Цаасны хэмжээ 70×108 1/16 Хэвлэлийн хуудас 5 Зах № С—114  
Д. Сүхбаатарын нэрэмжит Улсын Хэвлэлийн комбинатад хэвлэв. Д. Сүхбаатарын талбай

## ИХ ХУРЛЫН ШИЙДВЭРИЙГ ХЭРЭГЖҮҮЛЭХЭД ХЯНАЛТЫН АЖЛЫГ ЧИГЛҮҮЛЬЕ

Манай орны нийгэм, эдийн засгийг 1986—1990 онд хөгжүүлэх маш их өргөн хүрээтэй шинэ зорилтыг хэрэгжүүлэхэд төр, олон нийтийн хяналтыг хосолсон ардын хяналтын үүрэг урьд урьдаас илүү улам өсөн нэмэгдэж байгааг МАХН-ын XIX их хурлаас дэвшүүлэн тавилаа.

Хяналт шалгалтын ажилд хөдөлмөрчдийг аль болох өргөн оролцуулах нь тэднийг улс, нийгмийн эрх ашгийн үүднээс ажилд ханддаг болгон хүмүүжүүлж, улс төрийн хувьд туршлагажуулах чухал сургууль, ардчиллыг хөгжүүлэх нэг үндэс мөн. Ардын хяналтын байгууллага өөрийн гол хүч болсон хороо, групп, постын ажлыг эрс сайжруулах шаардлагатай байна гэж их хурлаас заасан билээ.

Манай эрүүлийг хамгаалах системд орон тооны бус ардын хянан шалгах хороо 1, ардын хянан шалгах групп 83, пост 161, идэвхтэн сонгуультай 3744 ажиллаж байна.

Манай нам, засгаас тавьж байгаа шинэ шаардлага, аливаа ажлын арга барилыг өөрчлөхтэй уялдуулан ардын хянан шалгах байгууллага ялангуяа анхан шатны хороо, групп, постын ажлыг шинэ арга барилаар сайжруулах явдал чухал юм.

Эрүүлийг хамгаалах байгууллагын ардын хянан шалгах хороо, групп, постууд эмнэлэг, үйлчилгээ, урьдчилан сэргийлэх ажлын чанарыг сайжруулах, удирдлага, үйлчилгээний бүх хүрээнд сахилга, хариуцлага, дэг журмыг бэхжүүлэх талаар намаас дэвшүүлсэн зорилтыг бүтээлч, санаачилгатай хэрэгжүүлэхийн төлөө үр өгөөжтэй хяналт шалгалтыг удирдан явуулахад байгаа бүх боломж, хүч анхаарлаа төвлөрүүлэх нь гол зорилт болж байна.

Улс, хотын ардын хянан шалгах хороо их хурлын өмнөхөн Улаанбаатар хотын эмнэлгийн байгууллагын хороо, групп, постын ажлыг шалгаж зааварласан юм. Шалгасан байдлаас дүгнэлт хийхэд нийслэлийн эмнэлгийн байгууллагын ардын хянан шалгах хороо, группүүд Намын Төв Хорооны 1985 оны XI бүгд хурлын шийдвэр, Намын Төв Хороонд бүгд хурлын дараахан болсон зөвлөлгөөний үзэл санаа, Ардын Их Хурлын Тэргүүлэгчдийн 1984 оны 22 дугаар тогтоол, ардын хянан шалгах байгууллагын удирдах ажилтны 1986 оны зөвлөлгөөнөөс дэвшүүлсэн зорилтыг хэрэгжүүлэхэд үйл ажиллагаагаа чиглүүлж, үзлэгт хамрагдсан хороо, группийн 62,1 хувь буюу 25 нь (40 групп) ажиллагаа нь тогтмолжсон байна. Хийсэн үзлэг шалгалтууд нь түшиглэсэн байгууллагын өмнө тавьсан зорилтыг хэрэгжүүлэхэд зохих туслалцаа дэмжлэг үзүүлдэг болжээ.

Дотоод ажил нь эмх цэгцтэй, түшиглэсэн байгууллагын гол гогцоо ажилд үр дүнтэй үзлэг шалгалтыг сайн зохион байгуулдаг, ажил нь тогтмолжсон хороо, групп, пост олон байгаагийн дотор Улсын эм хангамж үйлдвэрлэлийн газар (М. Шүрэнцэцэг), Хүүхдийн клиникийн төв эмнэлэг (Д. Рагчаа), Улаанбаатар хотын клиникийн төв эмнэлэг (Г. Лхамсүрэн), Сүрьеэ уушгины эмгэг судлалын нэгдсэн төв (М. Бямбаа), Гэмтэл согогийн эмнэлэг (Г. Жамбал), Сүхбаатарын районы нэгдсэн эмнэлэг (О. Мэдэхгүй)-ийг онцлон дурдаж болно.

Ардын хянан шалгах байгууллагууд олон түмний дунд ажлаа тайлагнаж, тэдний үнэлэлт, дүгнэлтийг сонсож санал хүсэлтийг авч ажиллах нь амжилт олохын нэг үндэс байдаг. Нийслэлийн эмнэлгийн байгууллагын ардын хянан шалгах хороо, группийн 65 хувь нь 1985 оны ажлаа хамт олны өмнө тайлагнасан байна. Нийслэлийн эмнэлгийн байгууллагын ардын хянан шалгах хороо, групп, пост 1—5 удаа үзлэг шалгалт хийж байгаа бөгөөд сахилга, дэг журмыг бэхжүүлэх

асуудал 31,4 хувь, социалист өмчийн асуудал 29,7 хувийг эзэлж байна. Хийсэн үзлэг шалгалтын 20 орчим хувийг эвлэл, үйлдвэрчний байгууллагатай хамтран хийж байгаа бөгөөд үр дүнг тооцох болсон шалгалтын 84,1 хувь үр дүнтэй болсон байна.

Ийнхүү нэлээд ажил хийж байгаа боловч эмнэлэг, урьдчилан сэргийлэх байгууллагын хороо, группийн ажил жигд сайжирч, зарим хороо, групп, байгууллагын онцлогийг харгалзан гол гогцоо асуудалд дорвитой шалгалт хийж үр дүнд хүрч чадахгүй, ойр зуурын аар саар жижиг зүйлийг голчлон шалгаж байгаагаас тухайн байгууллагын ажилд ялангуяа эмнэлгийн үйлчилгээнд олигтой нөлөө үзүүлж тэр бүр чадахгүй байгаа юм. Өөрөөр хэлбэл эмнэлгийн ардын хянан шалгах хороо, групп, постоос хийж байгаа ажлын ихэнх нь ажлын ирцийг бүртгэх, склад агуулахын эмх цэгц, эмнэлэг, байгууллагын ариун цэвэр зэргийг хамран хийж байгаа нь байгууллагын өөрсдийн нь дотоодын хяналт шалгалтаар хийж байх ажлыг орлож жинхэнэ эмнэлэг үйлчилгээний нарийн асуудалд анхаарлаа төвлөрүүлэхгүй байгаад дүгнэлт хийж ажиллах нь чухал байна.

Их хурлаас ардын эрүүлийг хамгаалах талаар дэвшүүлсэн зорилтыг хэрэгжүүлж эхлэх жил манай төв, хөдөөгийн зарим эмнэлэг, зарим эмч, ажилтны хариуцлага, сахилга, дэг журамгүй явдалтай холбоотой хөдөлмөрчдийн захидал, гомдол, мэдээлэл, улс аймаг, хотын ардын хянан шалгах байгууллагад ирсээр байхад тэндэхийн ардын хянан шалгах хороо, групп, пост хэрхэн ажиллаж байна вэ? гэсэн зүй ёсны асуулт гарч байгаа юм.

Зөвхөн 1986 оны эхний хагас жилд Сэтгэл мэдрэлийн өвчнийг анагаах эмнэлэг, клиникийн I амаржих газар, Октябрийн ба Сүхбаатарын районы хүүхдийн нэгдсэн эмнэлэг, Дундговь, Дорноговь, Дархан, Шарын голын зэрэг эмнэлэг, зарим эмч, ажилчдын хариуцлага, сахилгагүй үйл ажиллагаанаас болж эмнэлгийн үйлчилгээ хангалтгүй, өвчтөн чирэгдсэн, эрүүл мэнд нь хохирсон гомдол мэдээлэл Улсын ардын хянан шалгах хороонд ирж байсныг шалгаж үзэхэд үнэн байлаа.

Намынхаа их хурлын шийдвэрийг биелүүлэхэд ардын хяналт шалгалтын болон эрүүлийг хамгаалах байгууллагын талаар их хурлаас дэвшүүлсэн зорилтыг хэрэгжүүлэхэд эмнэлэг, урьдчилан сэргийлэх байгууллагын ардын хянан шалгах хороо, групп, пост, олон мянган идэвхтэн, сонгуультны ажлыг юунд хандуулбал зохих вэ?

1. Намын их хурлын шийдвэрийг ялангуяа ардын эрүүлийг хамгаалах талаар тавьсан зорилт, их хурал дээр төлөөлөгчдөөс хэлсэн үгийг хороо, групп, постын болон бүх идэвхтэн сонгуультанд зориуд судлуулж, ажилтай нь холбон дүгнэлт хийлгэж, энэ таван жилд хийх ажлын чиглэлийг боловсруулж хэрэгжүүлэх.

2. МАХН-ын XIX их хурал ажлын арга барил, ажил үйлчилгээний чанарыг сайжруулах, оршиж байгаа дутагдал доголдлыг арилгах, дахин гарахаас урьдчилан сэргийлэх, сахилга, хариуцлага, дэг журам, зохион байгуулалтыг бэхжүүлэх, байгаа нөөц бололцоог дайчлан ашиглах, шинжлэх ухаан техникийн ололтыг үйлдвэрлэл, үйлчилгээнд нэвтрүүлэх, хүн амын хүнсний программыг биелүүлэх, хүмүүсийн хөдөлмөр, ахуй, оюун санааны нөхцөлийг сайжруулж, үйлчилгээг хөнгөн шуурхай болгоход чиглэгдсэн зангилгаа асуудлуудыг хамт олныхоо саналыг авсны үндсэн дээр олон талаас хамарсан, далайцтай, үр өгөөжтэй үзлэг шалгалт байхаар төлөвлөж түүнийгээ заавал хэрэгжүүлэх хэрэгтэй юм. Нөгөө талаар эмнэлэг, урьдчилан сэргийлэх байгууллагын захиргаанаас төлөвлөсөн төлөвлөгөө, төлөвлөгөөт зорилтын биелэлтэд ардын хянан шалгах хороо, групп байнгын хяналт тавьж түүний гүйцэтгэлийг хугацаанд нь чанартай хангуулж байвал зохино.

3. Үзлэг шалгалтын чанар, үр нөлөөг сайжруулахдаа дотоодын

болон салбарын, олон нийтийн хяналт шалгалтыг орлохгүйгээр үзлэг шалгалтыг судалгаа, дүгнэлтийн дагуу ардын хянан шалгах байгууллагаас зайлшгүй хийх гол зангилгаа асуудлыг сонгон авч шалгалтын бэлтгэлийг урьдчилан хангасны үндсэн дээр шалгалтыг эхэлдэг, дуусгадаг, зохих ёсоор дүгнэдэг, шалгалтынхаа үр дүнг заавал тооцдог байх.

Шалгалт бүрийг хийхдээ шударга, зарчимч шаардлагын үүднээс хандаж оршиж байгаа дутагдлыг дор дор нь арилгах хугацаатай үүрэг даалгавар өгч, гүйцэтгэлийг заавал шалгадаг, ажилд нь заалт чиглэл өгөх, биеэрээ зохион байгуулах, ухамсарлуулан ойлгуулах, зэргээр хүнийг хүмүүжүүлэхэд чиглүүлэх нь ардын хянан шалгах байгууллага, хянан шалгагчдын гол анхаарал төвлөрөх ёстой асуудал юм.

4. Дээд шатны ардын хянан шалгах байгууллагаас хийсэн үзлэг шалгалтыг үр дүнтэй болгохын тулд тухайн байгууллагын ардын хянан шалгах хороо, групп байнгын хяналтандаа авч ажлын явц байдлыг үе үе эргэж мэдээлж, шалгалтын мөрөөр зохиож байгаа ажлаа хангалтгүй байвал дахин шалгуулж үр дүнг тооцуулж байх аргыг өргөжүүлэх, тэрчилэн үзлэг шалгалтын дүнг намын байгууллага захиргаандаа оруулж хэлэлцүүлэхдээ бэлтгэлийг сайн хангаж тодорхой нэг салбар, хүнд дутагдал доголдлыг арилгах хугацаатай үүрэг даалгавар өгч хороо, групп өөрсдөө дахин шалгаж заавал хариуцлага тооцдог байх хэрэгтэй.

5. Дотоодын болон олон нийтийн мэргэжлийн (эмнэлэг, хяналтын ариун цэврийн комиссын, шинэ санаачилга, тэргүүн туршлагын, нөхрийн шүүхийн гэх мэт) хяналт шалгалтыг зааг ялгаатай хийх, тэдгээрийн ажлыг уялдуулан зохион байгуулахад намын байгууллагаас удирдан чиглүүлж ач холбогдол, үр дүн багатай шалгалтыг цөөрүүлэх, ялангуяа мэргэжлийн дотоодын хяналт шалгалт хэр зэрэг зохих ёсоор явагдаж байгаа эсэхэд ардын хянан шалгах групп хяналт тавьж түүний үр нөлөөг дээшлүүлэхээс тухайн байгууллагын үйл ажиллагаа ихээхэн шалтгаална.

6. Анхан шатны хороо, групп, постын идэвхгүй арга хэлбэрийг өөрчилж ялангуяа үйлчилгээний гол цэгүүдэд тухайлбал больницын хүлээн авах, амбулаторийн карт олгох байр, туслах кабинетуудаар үйлчлүүлэгчдийн дунд идэвхтэй ажиллаж, санал хүсэлтийг нь сонсож түүнээсээ дүгнэлт хийж үйлчилгээг хөнгөн шуурхай болгох зохион байгуулалтын арга хэмжээг авахуулж байвал зохино.

Хөдөлмөрчдийн эрэлт хүсэлтэд анхаарах нөгөө нэг зангилаа асуудал бол хэвтэж эмчлүүлэгчдийн эмчилгээ үйлчилгээ зохих ёсоор явагдаж байгаа эсэх, ялангуяа жижүүрийн эмч сувилагч, асрагч нар хүнд өвчтөнд хэрхэн үйлчилж байгаад үе үе шуурхай үзлэг шалгалт хийж байх шаардлагатай юм. Үүнээс гадна эмнэлэг, больницын захиргаа хөдөлмөрчдийн болон ажилчдынхаа өргөдөл, гомдол, эрэлт хүсэлтийг хэрхэн барагдуулж байгаад хяналт тавьж, дүнгээ нам захиргааныхаа байгууллагад танилцуулж, нэр хаяггүй үндэслэл муутай мэдээлэлд ул суурьтай хандаж, түүнтэй шударга шийдвэртэй тэмцэх нь чухал юм.

Улсын ардын хянан шалгах хорооны хэлтсийн  
эрхлэгч Д. ГАНЖУУР



Ц. МУХАР (Эрүүлийг хамгаалахын удирдлагын эрдэм шинжилгээний төв)

### АМБУЛАТОРИ-ПОЛИКЛИНИКИЙН ТУСЛАМЖ

МАХН-ын XIX их хурал хүн амын эрүүл мэндийг хамгаалахад амбулатори-поликлиникийн тусламжийн үйлчилгээний хүрээг өргөтгөн, зохион байгуулалтыг боловсронгуй болгох асуудалд ихээхэн анхаарал тавилаа.

МАХН-ын Төв Хорооны ерөнхий нарийн бичгийн дарга Ж. Батмөнх МАХН-ын XIX их хуралд тавьсан илтгэлдээ «нийт хүн амыг зохих үе шаттайгаар диспансерчлахад шилжих» тухай онцлон тэмдэглэлээ. Их хурлын энэ заалтыг тууштай хэрэгжүүлэх ажил амбулатори-поликлиникийн тусламжийн зохион байгуулалтаас ихээхэн шалтгаална. Эмнэлгийн тусламжийн 80 шахам хувийг гүйцэтгэдэг амбулатори-поликлиникийн тусламж эрүүлийг хамгаалахын урьдчилан сэргийлэх зарчмын гол тулгуур болдог (3).

Сүүлийн 10 жилд эрүүлийг хамгаалах салбарт амбулатори-поликлиникийн тусламжийг сайжруулах талаар зохих амжилт олж байна. Энэ хугацаанд амбулатори-поликлиникийн тоо 40%, дотор, цехийн хэсгийн тоо 1,5—2,5 дахин өсч, 1985 оны байдлаар нэг иргэн жилд амбулатори-поликлиникт 8—9 удаа үзүүлэх болов. Гэвч амбулатори-поликлиникийн үйлчилгээнд зарим дутагдал оршиж байна.

Амбулатори поликлиникийг шинжлэх ухааны үндэслэлтэй норм, нормативын үндсэн дээр зохион байгуулах, зэрэглэл тогтоох, хүчин чадлы нь аль болохоор ихэсгэх явдал удааширч байна.

Поликлиникийн тусламжийн бүрдмэл систем орхигдож бие биеэ давтсан олон дамжлага олширсноос үйлчилгээний чанар ихээхэн суларч байна. Хэсгийн эмнэлэг, амбулатори, поликлиникийн хооронд зааг тогтоох буруу хандлага илэрч байна. (7, 8).

Поликлиникийн тусламжийн үндсэн нэгж болсон дотор, эх барих эмэгтэйчүүдийн хэсгийн нэг эмчид ногдох хүний тоо тогтоосон хэмжээнээс ихээхэн дээгүүр байна. Дотрын хэсгийн нэг эмч 2000—2500 насанд хүрэгчдэд үйлчилбэл зохино (5).

Дэвсгэр нутгийн поликлиник байгуулж чадаагүйгээс томоохон хотод ч бага хүчин чадалтай амбулатори олширч, параклиникийн шинжилгээ, эмийн бус эмчилгээг өргөсгөх боломж саатаж байна. 1984 оны байдлаар амбулаториор үзүүлсэн 100 хүнд лабораторийн шинжилгээ 27,2, эмийн бус эмчилгээ 12,3 ногдож байгаа нь үүнийг гэрчилж байна.

Эх нялхас, насанд хүрэгчдийн поликлиникийн үйлчилгээг дээрээс нь хэт зааг тогтоож олон заавар дүрэм горимоор барьснаас болж нарийн мэргэжлийн эмч нарын хүчийг ашиглаж, хэсгийн ба мэргэжлийн эмч нарын бригадын үйлчилгээ, өсвөр үе, бусад мэргэжлийн албыг хөгжүүлэхэд бэрхшээл учруулж байна.

Томоохон больницын хүчин чадал бүхий поликлиник дэвсгэр нутгийн хүн амаас холдож «зөвлөх» нэрээр хөгжих буруу хандлага сүүлийн үед гарч байна. Ер нь эмнэлгийн байгууллагуудад «зөвлөх» олширвол хариуцлага, сахилга бат, бие даах чадвар, мэргэжлийн, өсөлтийг боогдуулна.

Дээрх дутагдлаас болж поликлиникийн үйлчилгээний чанарын шалгуур болсон диспансерчлал хоцронгуй байна. Диспансерын хяналтын 50 гаруй хувь нь поликлиникийн хүрээнд хамардаг байхад

зарим поликлиникт 30—40%-д ч хүрээгүй байна. Ийм газарт зөвхөн дотрын чиглэлээр хяналтанд авах өвчтэй хүмүүсийн 20 хүрэхгүй хувь нь диспансерчлалд хамрагдсан байна (11).

Сүүлийн таван жилд больницоос гадуур үзүүлэх эмнэлгийн тусламжийн зохион байгуулалт, хүн амын өвчлөл, эмнэлгийн тусламжийн хэрэгцээний норматив, диспансерчлалын талаар хийсэн судалгаа, ЗХУ ба социалист ах дүү орнуудын туршлагыг үндэслэн поликлиникийн тусламжийг сайжруулах талаар зарим санал дэвшүүлж байна (1, 6, 9).

Амбулатори бол хүн амд больницоос гадуур ерөнхий ба үндсэн мэргэжлийн тусламж үзүүлэх зорилготой эмнэлэг урьдчилан сэргийлэх нэгж байгууллага юм.

Амбулатори нь сумын эмнэлэг, бие даасан үйлдвэр, албан газар, хүчин чадлын сум дундын нэгдсэн эмнэлэгт байх бөгөөд дотор, хүүхэд, эх барих-эмэгтэйчүүд, шүд, мэс заслын тусламж, клиникийн болон бололцоотой бусад лабораторийн шинжилгээ хийнэ.

Амбулатори хоёр зэрэглэлтэй байвал тохиромжтой байна.

Хүснэгт 1.

Амбулаторийн зэрэглэл

Зэрэглэл	Үйлчилгээний хүн ам	Үзлэгийн эмчийн тоо	Өдөрт үзэх хүний тоо
II	3000—6000	4—6	90—200
II	3000 хүртэл	1—3	30—90

6 ба 10 мянгаас дээш хүн ам төвлөрсөн хот сууринд поликлиник байна. Поликлиник хүн амд ирсэн үед нь ба гэрээр их эмчийн ерөнхий үндсэн, өндөр нарийн мэргэжлийн тусламж үзүүлэх эмнэлэг, урьдчилан сэргийлэх байгууллага юм.

Амбулатори нь хүн амд их эмчийн ерөнхий ба үндсэн мэргэжлийн тусламжаар хязгаарлагдсан бол поликлиник нь ерөнхий үндсэн, өндөр нарийн мэргэжлийн бүх тусламж, бүх төрлийн лаборатори, туслах кабинетийн үйлчилгээтэй. Аймаг, район, хотын эмнэлгийн поликлиникт сүрьеэ, арьс өнгө зэрэг мэргэжлийн диспансерын үйлчилгээг нэгтгэх боломжтой юм. Дэвсгэр нутгийн поликлиникт түшиглэн хүн амд зонхилох өвчнийг илрүүлэх үзлэгийг үр ашигтай зохион байгуулж болно. Поликлиникийн нэг гол үүрэг бол дэвсгэр нутгийн хүн амыг диспансерчлах явдал мөн.

Поликлиник томоохон сум дундын нэгдсэн эмнэлэг, аймаг, хот, районы нэгдсэн ба клиникийн эмнэлэг, томоохон үйлдвэрийн дэргэд эмнэлэг ариун цэврийн алба хэлбэрээр больницын харъяа болон бие даасан хэлбэрээр ажиллана.

Хүснэгт 2.

Поликлиникийн зэрэглэл

Үзүүлэлт	зэрэглэл			
	I	II	III	IV
1. Өдөрт үзэх хүний тоо	901—1200	600—900	300—600	200—600
2. Үйлчлэх хүрээний хүн амын тоо	30—40000	20—29000	10—19000	1000 хүртэл
3. Хаана байгуулах	УБ, Дархан Эрдэнэт	Томоохон районы ба аймгийн төв	Аймгийн төв район	Сум дундын нэгдсэн эмнэлэг, бага зэргийн хот, суурин

Поликлиник 4 зэрэглэлтэй байвал зохимжтой. Зэрэглэлийг үйлчилгээний хүн амын тоог харгалзан жилд нэг иргэн 11—12 удаа үзүүлэхээр бодож өдөрт үйлчлэх хүн амын тоог тогтооно.

Амбулатори-поликлиникийн зэрэглэлээс болж нарийн мэргэжлийн эмч нарын үзлэгийн мэргэжлийн түвшинг Анагаах ухааны хүрээлэнгийн судалгаан дээр үндэслэн ойролцоогоор тогтоож байна.

Хүснэгт 3

Поликлиник, амбулаторийн үзлэгийн кабинетын  
мэргэжлийн төвшин

Мэргэжлийн кабинет	поликлиник				амбулатори	
	I	II	III	IV	I	II
Нэг. Ерөнхий мэргэжлээр: (дотор, хүүхэд, эх барих эмэгтэйчүүд, мэс засал, халдварт)	1	2	3	4	5	6
Хоёр. Үндсэн нарийн мэргэжлээр: (шүд, мэдрэл, чих, хамар хоолой, нүд г. м)	11	11	10	7—8	1	—
Гурав. Өндөр нарийн мэргэжлээр: (нейрохирург, эндокринолог, пульмонолог, гастроэнтеролог г. м).	23+	12	8	—	—	—
Дөрөв. Туслах кабинетууд: (Клиник лаборатори, биохими, серолог, бактериолог, нөхөн сэргээх г. м)	13+	8	6	6	3	1

Поликлиник нь дотор, мэс засал, шүд, чих, хамар хоолой, нүдний зэрэг хэд хэдэн тасагтай байна. Нэг тасаг мэргэжлийн 4-өөс доошгүй кабинетаас бүрдэнэ. Мэргэжлийн үзлэгийн ийм тасгуудаас гадна урьдчилан сэргийлэх үзлэгийн, лабораторийн, үйл оношийн, эмнэлгийн статистик бүртгэлийн зэрэг тасагтай байна.

Поликлиникийн үйлчилгээний дэвсгэр нутгийн хүн ам дотрын хэсэгт хуваагдана. Хөдөлмөр нийгэм хангамжийн улсын хорооны 1985 оны тогтоол, Анагаах ухааны хүрээлэнгийн боловсруулсан нормативээр дотрын нэг хэсгийн эмчид 2000—2500 насанд хүрэгчид байна. Цехийн хэсэг, эмнэлэг-ариун цэврийн албанд хамаараагүй жижиг үйлдвэр, албан газрын ажилчин, албан хаагчдыг поликлиникийн аль нэг дотрын хэсэгт хамааруулна. Үйлдвэрийн нэг ажилчныг 1,5 үйлчилгээний хүн амаар бодож дотрын хэсгийн системд хамааруулна.

Поликлиникийн эмнэлгийн тусламжийн хэрэгцээг хотын нөхцөлд нэг иргэн жилд 11,09 удаа, үүнээс эмчилгээний учир 4,1; диспансерын хяналтаар 3,7; урьдчилан сэргийлэх зорилгоор 3,1 удаа үзүүлэхээр бодож төлөвлөнө.

Поликлиникийн хамгийн чухал томоохон тасаг бол дотрын тасаг юм. Дотрын тасаг поликлиникийн нийт үзлэгийн 40 гаруй хувийг гүйцэтгэдэг. Дотрын тасагт хэсгийн ба дотрын чиглэлийн нарийн мэргэжлийн эмч нарын кабинет байна. Поликлиникийн үйл ажиллагааны үндсэн үзүүлэлтүүдэд, хүн амын амбулаторийн үзлэгийн хэм-

жээ (нэг иргэний жилд үзүүлсэн тоо, төрөл) эмч нарын мэргэжлийн үзлэгийн жил жилийн хөдлөл зүй, үзлэгийн тооны улирал, сар, өдрийн хэлбэлзэл, амбулатори ба гэрийн үзлэгийн харьцаа, жилд эмч нарын бүрдмэл үзлэгт поликлиникийн урьдчилан сэргийлэх тасгаар дамжин орсон түүний тоо, чанар, илрүүлсэн өвчний хэмжээ, диспансерын хяналтанд авсан өвчтэй ба эрүүл хүний тооны өсөлт, динамик ажиглалт, үр дүнгийн үзүүлэлт орно.

Хотын хэмжээнд поликлиникийг 3 хэлбэрээр зохион байгуулна.

1. Насанд хүрэгчдийн дэвсгэр нутгийн поликлиник

2. Хүүхдийн поликлиник

3. Дэвсгэр, нутгийн нэгдсэн поликлиник

Насанд хүрэгчдийн дэвсгэр нутгийн поликлиникийг дотрын, хэсгийн эмнэлэг, бусад нарийн мэргэжлийн эмч нарын ба туслах кабинетын үйлчилгээтэйгээр 10 мянган хүн амд үзлэгийн 20 эмчээр бодож байгуулна. Насанд хүрэгчдийн поликлиникт эмэгтэйчүүдэд зөвлөгөө өгөх газрыг аль болох нэгтгэх хэлбэрийг эрэлхийлбэл зохино.

Поликлиникт орчин үеийн шаардлагаар урьдчилан сэргийлэх үзлэгийн тасаг байгуулж поликлиникоор үзүүлэгчдийг эмч нарын бүрдмэл үзлэгт оруулж диспансерчлалын эхний үе шатыг эхлэх юм.

Поликлиникийн урьдчилан сэргийлэх үзлэгийн тасгийн бага эмч, сувилалгчид нүдний хараа, сонгол шалгах, нүдний ба артерийн цусны даралт хэмжих, ЭКГ бичих, флюорографи, бие бялдрыг хэмжих, эмэгтэйчүүдэд үтрээн толь тавьж үзээд түрхэц бэлтгэх, биеийн үзлэг, арьсны ба өнгөний өвчин, шарх сорви, үе мөч яс булчингийн гажуудал, сэтгэл мэдрэл, гэмтлийн үзлэг хийж дараа нь хэсгийн эмч нарын үзлэгт орно. Хэсгийн эмч нар мэдрэл, нүд, хамар хоолой, шүдний эмчид үзүүлээд цаашдаа ямар нарийн мэргэжлийн эмч лаборатори, үйл ажиллагааны шинжилгээ хийлгэх эсэхийг тогтооно.

Тайлангийн оны эцэс буюу дараа оны эхний улиралд багтаж бүтэн жил поликлиникт ирж үзүүлээгүй хүмүүсийг дуудаж үзнэ. (ойролцоогоор 30%). Урьдчилан сэргийлэх үзлэгийн тасгийн үйл ажиллагаа нь сүрьеэ, хавдар, арьс өнгөний өвчин судлах диспансеруудтай нягт холбоотой хамтран ажиллавал зохино.

Хүүхдийн поликлиникийг 10 мянган хүүхдэд, 11 хэсгийн эмч, 6 нарийн мэргэжлийн нийт үзлэгийн 17 байхаар бодож 0—16 насны хорин мянган хүүхдэд 1 поликлиник (хотын захын хороололд) байхаар төлөвлөвөл зохино. Томоохон хотын төвд 30 мянган хүүхдэд 1 поликлиник байхаар тооцож болно.

Хүүхдийн поликлиникийн бүтэц, зохион байгуулалт, үйлчилгээний хэлбэр нь насанд хүрэгчдийн поликлиниктэй үндсэндээ адил боловч урьдчилан сэргийлэх ажлын цар хүрээ өргөн, тодорхой болдог. Ийм учраас хүүхдийн поликлиникт урьдчилан сэргийлэх үзлэгийн тасгийн оронд вакцинжуулах ба чийрэгжүүлэх тасаг байна. Мөн насанд хүрэгчдийн дэвсгэр нутгийн поликлиникийн нэгэн адил бүртгэл, дотор, мэс засал, зохион байгуулалт, арга зүйн ба параклиникийн тасагтай байна.

Хүүхдийн поликлиникт хүүхдийн түргэн тусламжийн станц, сүүний газар байрлах нь зүйтэй юм. Хүүхдийн поликлиникт 0—1 насны хүүхдийг үндсэнд нь гэрээр тусламж үзүүлэхээр зохион байгуулна. Хэсгийн эмч нар өдөрт 3 цаг, нарийн мэргэжлийн эмч нар 1 цаг гэрээр үзлэг хийвэл зохино. Хүүхдийн поликлиникийн ажлын ачааллыг 0—16 насны нэг хүүхэд жилд 10,2 удаа; үүнээс эмчилгээний учир 4,2; диспансерын хяналтаар 2,2; урьдчилан сэргийлэх зорилгоор 3,6 удаа үзүүлэхээр бодож тооцно.

Нэгдсэн поликлиник. Одоогийн байдлаар хотуудад дотор, цех, хүүхэд, эх барих-эмэгтэйчүүдийн хэсгийн эмнэлгийн систем бүр-

дээд байна. Гэвч зохион байгуулалтын хувьд доорхи дутагдал ажиглагдаж байна.

1. Нэг дэвсгэр нутгийн нэг ам бүлд үйлчилдэг гурван хэсгийн (дотор, хүүхэд, эх барих эмэгтэйчүүд) эмчийн ажил тухайлсан өрх гэрт зангидагдаж нийгэм, эмнэлэг, биолог, (генетик)-ийн нэгдмэл арга хэмжээ авч чадахгүй байна. Хэсгийн эмч бол хүн ам, айл өрхөд хамгийн ойрхон гэр бүлийн эмч, тэдний дотнын зөвлөх юм. (А. Ф. Серенко, 1970).

2. Хэсгийн эмнэлгүүд олон газар тарж байрласнаас болж олон жижиг лаборатори, эмийн бус эмчилгээний цэг, хүүхэд, эх барих эмэгтэйчүүд, насанд хүрэгчдийн тус тусад нь үйлчлэх бага хүчин чадлын мэргэжлийн «зөвлөх» поликлиник (амбулатори) байгуулах гэсэн өрөөсгөл хандлага гарч улмаар мэргэжлээр явцуурч болзошгүй байна. Ийм хэлбэр газар авбал нарийн мэргэжлийн эмч нарыг зохистой ашиглахад муу нөлөөтэй байна.

3. Улаанбаатар хот, зарим аймаг, хотын хүн амд «өрхөөр диспансерчлах» аргыг хүүхэд, насанд хүрэгсдийн хэсэгт нэвтрүүлж байгаа туршлагаас үзвэл 3 хэсгийн эмнэлгийн үйл ажиллагааг нэгтгэвэл үр ашигтай болох боломжтой байна. Дотрын хэсгийн эмч нарын үйл ажиллагаанд өрхийн диспансерчлалыг системтэй нэвтрүүлж үр дүнд хүрсэн Улаанбаатар хотын Сүхбаатарын районы хэсгийн эмч, МАХН-ын XIX их хурлын төлөөлөгч О. Мэдэхгүйн туршлага ч үүнийг нотолж байна (2, 4, 10).

Нэгдсэн поликлиник байгуулах асуудлыг хавтгайруулах саналгүй байна. Улаанбаатар, Дархан, зарим аймгийн төвийн нөхцөлд, VIII таван жилд шинээр барих 1—2 поликлиник, захын хорооллын зарим хэсгийн эмнэлгийг нэгтгэж 1986—1988 онд туршлагын журмаар зохион байгуулах нь зүйтэй. Хэрэв нэгдсэн поликлиникийн хэлбэр илүү үр ашигтай болохоо энэ 5 жилд харуулж чадвал дэвсгэр нутгийн поликлиникуудын материаллаг бааз дээр тулгуурлан нэгдсэн поликлиникийг байгуулж болох юм.

#### АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. О. В. Гринина — Социально-гигиенические исследования семьи и совершенствование диспансеризации. Сов. Здравоохран., 1976, 12, 10.
2. С. К. Ключева — Семья как объект медицинского наблюдения. Здравоохран. РСФСР, 1986, 1.
3. Г. А. Новогородцев, Г. З. Демченкова, Ш. Л. Полонский — Диспансеризация населения в СССР. М. 1979.
4. Г. Прончатов — Поликлиника для семьи Мед. газета, 1986, 1.
5. А. Ф. Серенко, В. В. Ермаков, Б. Д. Петраков — Основы организации амбулаторно-поликлинической помощи населению. М., 1982.
6. Заключительный отчет заболеваемости населения МНР. I, II том, УБ, 1985.
7. Г. Буян-Өлзий, Ц. Мухар — Амбулатори-поликлиникийн үйлчилгээ, чанар Үнэн, 1985, 236.
8. Ц. Мухар — Хэсгийн эмнэлгийн талаар өгүүлэхэд. Үнэн, 1984, 42.
9. Ц. Мухар — Өрхийн диспансерчлал. Үнэн, 1983, 206.
10. Хүн амыг өрхөөр диспансерчлах арга. ЭХЯ-ны сайдын 1983 оны 135 дугаар тушаал.
11. Мо. Шагдарсүрэн, Ц. Мухар, Ш. Очирбат — Хүн амын диспансерчлал УБ, 1982.

Л. БУДЖАВ, (Эрүүлийг хамгаалах Яам)  
Б. ДЭМБЭРЭЛ, Д. БАТМӨНХ (Анагаах ухааны хүрээлэн)

## ЗАРИМ ҮЗҮҮЛЭЛТИЙН НЭР ТОМЪЕОГ НЭГЭН МӨР БОЛГОХ АСУУДАЛД

Эрүүлийг хамгаалахын удирдлага, зохион байгуулалт, төлөвлөлтөнд өндөр шаардлага тавигдах тутам хүн амын эрүүл мэндийг иж бүрэн судлах явдал улам бүр ач холбогдолтой болж байна. Үүний нэг үзүүлэлт нь хүн амын өвчлөлийг судлах юм.

Өвчлөлийн үзүүлэлтүүд нь хүн амын эрүүл мэндийн байдлаас үлэмж шалтгаалах бөгөөд эрүүлийг хамгаалахын дэвшилт норм, норматив боловсруулах үндэс болдог. Хүн амын өвчлөлийн үзүүлэлтүүдийн эх материал нь өвчлөлийн төвшин, бүтэц, хөдлөл зүй, харилцан хамаарал түүнээс уламжилсан үзэгдлүүд (өвчин үргэлжлэх хугацаа, эдгэрэлт, хөдөлмөрийн чадвар алдах, тахир дутуу болох, эмнэлэгт хэвтэх, нас барах г. м) юм.

Эрүүлийг хамгаалахын хөгжлийн янз бүрийн шатанд хүн амын өвчлөлийг өөр өөр аргаар судалж байснаас уламжлан олон тооны нэр томъёо хэрэглэх болжээ.

Орос болон ЗСБНХУ-д хүн амын өвчлөл судалгааны явцад хэрэглэгдэж байсан нэр томъёог орчин үед манай оронд болон олон улсын судалгаанд хэрэглэж байгаа нэр томъёотой харьцуулж үзэв (2). Эдгээрийг зэрэгцүүлэн судалсны үндсэн дээр манай орны өвчлөлийн статистик судалгаанд: өвчлөл (первичная заболеваемость) ерөнхий өвчлөл (общая заболеваемость) эмгэг байдал (патологическая пораженность) нийт өвчлөл буюу тархалт (исчерпанная заболеваемость или распространенность), эмнэлэгт ирэлт (обращаемость), үзлэг (посещаемость) гэдэг нэрээр цаашид хэрэглэж занших нь зүйтэй юм гэсэн санал дэвшүүлж байна. Үүнээс: эмнэлэгт ирэлт (обращаемость) хэмээх ойлголтонд өвчний улмаас буюу аль нэг шалтгаанаар бие хүн өөрийнхөө санаачлагаар эмнэлэгт ирж үзүүлснийг ойлгоно.

Үзлэг (посещаемость) гэдэг ойлголтонд хүмүүс өөрсдөө эмнэлэгт ирж үзүүлсэн үзлэгийн зэрэгцээ эмнэлгээс (урьдчилан сэргийлэх зорилгоор буюу шаардлагын дагуу урьж үзэх г. м) зохион байгуулсан бүх үзлэгийн нийлбэр юм. Энэ учраас үзлэг нь: амбулаторийн үзлэг, гэрийн үзлэг, гэрийн идэвхтэй үзлэг, диспансерын үзлэг, нярайн ба бага насны хүүхдийг эргэж үзэх гэх мэт олон хэлбэр байж болно.

Хүн амын өвчлөлийн үзүүлэлтийг 1000, 10000, 100000 хүн амд ногдох байдлаар гаргадаг боловч манай оронд ихэнхдээ 1000 хүн амд ногдох байдлаар тооцох хэлбэр хэвшил болжээ. Тухайлбал, бидний судалгаагаар: (1985) хотын 1000 хүн амд ерөнхий өвчлөл 766,2; нийт өвчлөл 1449,6; эмгэгт байдал—1306,8 байна.

Хүн амын өвчлөлийг судлах судалгааны арга, онолын төвшин, аргачлал боловсронгуй болохын хэрээр өвчлөлийн үзүүлэлтүүд, нэр томъёо утга, агуулгын хувьд гүнзгийрч байна.

ЗХУ-д 1970 онд болсон хүн амын тооллоготой уялдуулан явуулсан хүн амын өвчлөлийн иж бүрэн судалгааны үр дүнд хүн амын өвчлөлийн дээр дурдсан үзүүлэлтүүдийн зэрэгцээ гурван жилийн эмнэлэгт ирэлтээр бүртгэгдсэн бүх өвчлөл (накопленная заболеваемость), өвчлөлийн жилийн дундаж үзүүлэлт (средний годовой показатель заболеваемости) гэсэн шинэ үзүүлэлтийн нэр томъёо хэрэглэгдэх (4) болсон боловч олон улсын хэмжээнд түгээмэл хэрэглэгдэхгүй байна.

Энэхүү нэр томъёо нь хүн амын өвчлөлийг ганц жилийн хугацаанд эмнэлэгт ирэлтийн байдлаар судлахад хүн амын өвчлөл ялангуяа

Хүн амын өвчлөлийн зарим үзүүлэлтийн нэр томъёоны зэрэгцүүлэлтийн байдал

Нэрлэлийн ялгаа нэр томъёоны агуулга	Олон улсын нэрлэлээр	ЗСБНХУ-д хуучин	БНМАУ-д хуучин	БНМАУ-д одоогийн	Цаашид БНМАУ-д хэрэглэхээр дэвшүүлж буй санал
	Incidence	заболеваемость	өвчлөл	өвчлөл	өвчлөл
1. Хуанлийн нэг жилийн хугацаанд шинээр бүртгэгдэж анх оношлогдсон өвчлөлүүд		первичная заболеваемость	өвчлөл	өвчлөл	өвчлөл
2. Тухайн хуанлийн жилд шинээр оношлогдон бүртгэгдсэн бүх хурц, архаг өвчнүүд болон урьд онд оношлогдож бүртгэгдсэн боловч тухайн жилд давтан бүртгэгдсэн архаг өвчнүүд	Prevalence	болезненность (распространенность)	общая заболеваемость	өвчлөмт-гий чанар гий чанар	ерөнхий өвчлөл
3. Эмч нарын үзлэгээр илрэн бүртгэгдсэн бүх өвчлөл (шинэ, хуучин)	Point Prevalence	патологическая пораженность	частота заболеваний	эмгэгт байдал	эмгэгт байдал
4. Ерөнхий өвчлөл үзлэгээр шинээр илэрсэн өвчлөл	—	Исчерпанная заболеваемость	вანი выявленных при медицинском осмотре.	тархалт	нийт өвчлөл (тархалт)

архаг өвчлөлийн хэмжээ (төвшин)-г бүрэн хамарч чаддаггүйг харгалзан хүн амын өвчлөлийг 3 жил дараалан эмнэлэгт ирэлтийн материалаар нэмж бүртгэж өвчлөлийн хэмжээг судлан тогтоосныг илтгэж байгаа ойлголт юм.

Энэ 3 жилийн өвчлөлийн дундаж үзүүлэлтийг өвчлөлийн жилийн дундаж үзүүлэлт (средний годовой показатель) гэж нэрлэдэг.

Хүмүүс эмнэлэгт хэвтэх (госпитализированная заболеваемость)-ийн шалтгаан болж байгаа өвчлөлийг судлахад эрүүлийг хамгаалахын статистик судалгаанд эмнэлэгт хэвтэлтийн төвшин (уровень или частота госпитализации), хэвтэлтийн коэффициент (коэффициент госпитализации) гэсэн үзүүлэлт, ойлголтыг хэрэглэдэг (4).

Хэвтэлтийн төвшин жилийн туршид тухайн дэвсгэр нутгийн 1000 хүн ам тутмаас өвчний учир эмнэлэгт хэвтсэн тоо юм.

Хэвтэлтийн коэффициент нь бүртгэгдсэн 100 өвчлөл тутмаас хэдэн хувь нь эмнэлэгт хэвтэлтийн шалтгаан болов гэдгийг харуулсан үзүүлэлт юм. Бидний судалгаагаар: хэвтэлтийн төвшин 232,7%, хэвтэлтийн коэффициент 30,3% байна (3).

Хүн амын эрүүл мэндийг судлахад хүн амын нас баралт (смертность), больницын өвчтөний үхэл (летальность) гэсэн үзүүлэлт хэрэглэдэг.

Нас баралт гэдэг нь нийт хүн ам буюу түүний тодорхой бүлэг, хэсгийн дотроос жилийн хугацаанд нас барсан тохиолдлыг 1000 хүн амьд харьцуулан гаргадаг статистикийн үзүүлэлт юм.

Больницын өвчтөний үхэл гэдэг нь эмнэлэгт хэвтсэн 100 хүн тутмаас (өвчний учир) хэд нь нас барав гэдгийг үзүүлдэг интенсив үзүүлэлт юм.

Манай улсад хүн амын нас баралт 11,0%, больницын өвчтөний үхэл 0,7% байна (5). Хүн амын өвчлөлийн эдгээр үзүүлэлт (ойлголтууд)-ийн томъёог зөв хэрэглэх, бичих талаар ийнхүү нэгэн мөр болгох нь зүйтэй байна.

#### АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Л. А. Брушлинская, С. С. Коган — Об уточнении и унификации терминов в статистике здравоохранения. Сов. здравоохран. 1963. 10. 41—44.

2. И. С. Случанко, Г. Ф. Церковный — Статистическая информация в управлении учреждениями здравоохранения, М. 1983. 66.

3. Итоги изучения заболеваемости населения МНР. (заключительный отчет). УБ. 1985.

4. Методические указания по анализу результатов исследования общей заболеваемости населения по материалам обращаемости в 1969—1971 г. 1976.

5. Эмнэлгийн байгууллагын үйл ажиллагаа, хүн амын эрүүл мэндийн (1984) зарим үзүүлэлт. (Эрүүлийг хамгаалах яамны тайлан) УБ. 1984.

Редакцид ирсэн 1986. 05. 28

С. БАТМӨНХ (Анагаах ухааны дээд сургууль).

#### ЭМИЙН САНГИЙН ҮЙЛЧИЛГЭЭНИЙ ЗОХИОН БАЙГУУЛАЛТЫГ БОЛОВСРОНГУЙ БОЛГОХ АСУУДАЛД

Бидний судалгааны гол зорилго нь эмийн сангийн үйлчилгээний зохион байгуулалтад эдийн засгийн дүн шинжилгээ хийж, аль болох оновчтой зохион байгуулалтын хэлбэрийг сонгон авч, үнэлэлт дүгнэлт өгөхөд оршино.



Энэ үүднээс эмийн санд үйлчлүүлэгч, үйлчлэгчийг систем болгон үзэж, Улаанбаатар хотын I—III зэрэглэлийн 10 эмийн сангийн жор хүлээн авагч, мөнгө хураагч, хөдөлмөрчдийн ирэлтэд моментыг ажиглалт ба хронометражийн судалгаа явуулан 20 мянган хэмжилт хийж, үйлчилгээний онолыг (1) хэрэглэн боловсруулав.

Хөдөлмөрчдийн ирэлт, үйлчлэх хүн, хугацаа зэргийг 2 ээлжинд 14 хоногийн турш судлан 1 цагт орж ирэх урсгал ( $\lambda$ ), үйлчлэх эрчим (M), дугаарын урт (l), хүлээх хугацаа (tx), үйлчлэгчийн цагийн алдагдал (No), үйлчлүүлэгчийн цагийн алдагдлыг дараах томъёогоор тодорхойлов. (Хүснэгт 1)

$$V = \frac{\lambda}{M} = \frac{0,48}{0,94} = 0,51. (V \leq 1)$$

$$l = \frac{V^2}{1-V} = \frac{(0,51)^2}{(1-0,51)} = \frac{0,26}{0,49} = 0,53 \text{ (хүн)}$$

$$tx = \frac{V}{M(1-V)} = \frac{0,51}{0,94(1-0,51)} = \frac{0,51}{0,46} = 1,11 \text{ мин.}$$

Нэг эмчлүүлэгчийн эм авах хугацаа  $t = t_1 + tx = 0,6 + 1,11 = 1,17$  мин  $t_1$ —1 хүнд үйлчлэх хугацаа дунджаар 0,6 минут байна).

Үйлчлүүлэгчийн цагийн нийт алдагдлыг дараах томъёогоор илэрхийлэн  $\lambda \times 60 \times 7 \times 2 \times 25,4 \times 12 \times tx = 1,06 \times 60 \times 7 \times 2 \times 25,4 \times 12 \times 1,71$  мин = 464083,6 мин:60 мин = 7735 цаг болохыг тус тус хүснэгт 1-д бодож гаргав.

ЗХУ-ын судлаачдын тодорхойлсноор хөдөлмөрчдийн чөлөөт 1 цаг = 12 коп. гэж гаргасныг үндэслэн төгрөгөнд шилжүүлэн хөдөлмөрчдийн цагийн алдагдлыг төгрөгөөр гаргав.

$$A_1 = 7735 \text{ цаг} \times 0,50 = 3867 \text{ төг.}$$

Хоёрдугаарт эмийн сангийн жор хүлээн авагчийн цагийн алдагдлыг  $No = 1 - V = 1 - 0,51 = 0,49$  буюу 49 хувь гэвэл жор хүлээн авагчийн сарын цалин 425 төгрөг, цалингийн алдагдал

$$A_2 = \frac{425 \times 49\%}{100\%} = 2499 \text{ төг.}$$

Нийт үйлчлүүлэгч, эмийн сангийн үйлчлэгчийн алдагдал

$$An = A_1 + A_2 = 3867 + 2499 + 6386 \text{ төгрөг байна.}$$

Ийм байдлаар математик томъёо, олон сувгаар үйлчлэхэд хэрэглэгдэх үйлчилгээний онолыг хэрэглэн 13 вариантаар тооцож үзэв. Судалгааны суурь болгон эмийн сангийн 50% нь мэргэжлийн мөнгө хураагч ажиллахаар авч үзэн, түүнтэй харьцуулан үнэлэлт өгөв. Хамгийн тохиромжтой нь 4-р вариант бөгөөд цагийн пиктэй (оргил цаг) үед 2 суваг нээн (11—12, 17—18 цагийн хооронд) дундын жор хүлээн авагч буюу эм шалгагчийг ажиллуулах нь зүйтэй.

Хөдөлмөрчдийн ирэлт 11—12 цаг, 17—18 цагийн хооронд 2,4 дахин их байна. Мөн 11—18 цагийн хооронд бусад үеэс 2,1 дахин их ачаалалтай байна. Жоронд 48,8% нь 0—16 насны хүүхэд, 39% нь 16—50 насны, 12,2% нь тэтгэврийн насны хүнд эм бичигдсэн байхад ирж байгаа үйлчлүүлэгчдийн 80,8% нь хөдөлмөрийн чадвартай (18—50 насны), 6,2% нь тэтгэврийн насны 4,3% нь оюутан, 8,7% нь сургуулийн сурагчид байна.

Хөдөлмөрчдийн ирэлт мөнгө хураагч дээр 0,83 мин, жор хүлээн авагч дээр 0,94 минут байгаа нь жор хүлээн авагч жор үнэлэх, жорын журнал хөтлөх, хүлээлэг бичих, эмийг тайлбарлах зэргээс хамаарч байна.

## Хүснэгт 1

Үйлчилгээний зохион байгуулалтын системийн  
УР дүнгийн эдийн засгийн шалгуур

Үйлчилгээний тодорхойлолт		Үйлчлэх хугацаа мин.		Цагийн алдагдал (мян. төгрөгөөр)			
Вариант	мөнгө хураагч мэргэжлийн	үйлчилгээ- ний суваг	цагийн «пик» суваг	мөнгө хураагч	жор хүлээн хөдөлмөр- чид (1 ц= 0,50 төг)	эмийн сан (жор х) авагч=425 төг	бүгд хөдөлмөрчид*
Суурь № 1	50% мэргэжлийн биш	1	1	0,40	0,55	—	—
№ 2	мэргэжлийн	1	1	0,33	0,67	—	370*
№ 3	50%	1	1	0,45	0,48	71	186
№ 4	биш	1	2	0,40	0,55	18	42
№ 5	биш	1	2	0,33	0,67	19	39
№ 6	биш	2	2	0,33	0,67	15	48
№ 7	биш	1	3	0,33	0,67	14	45
№ 8	биш	2	3	0,33	0,67	—	—
№ 9	биш	1	1	0,33	1,25	—	—
№ 10	биш	2	2	0,33	1,25	32	—
№ 11	биш	2	3	0,33	1,25	31	47
№ 12	биш	2	3	0,33	1,25	31	66
		3	4	0,33	1,25	23	68

—=0,99

М

X—нийгэм эдийн засгийн үнэлэлт өгөх тооцоо

## Үйлчилгээний чанар, системийн үр дүнгийн шалгуур

Вариант	Үйлчлэх хугацаа (мин)	хүлээх хүний тоо (хүн)-e	хүлээх хугацаа мин	Үйлчлэх Ух	хугацаа—t <sub>4</sub> Ун	Ух	1	Ун	Ух	tx	Ун
				Ух	харьцуулах норматив						
Суурь	0,55	—	—	—	0,44	—	—	—	—	—	—
1	0,67	—	—	1,22	0,54	—	—	—	—	—	—
2	0,48	7,54	3,81	0,87	0,33	—	3,87	—	—	—	1,61
3	0,55	0,33	0,40	1,00	0,44	0,05	0,20	0,11	0,20	0,17	0,33
4	0,67	0,94	0,77	1,22	0,54	0,13	0,48	0,20	0,20	0,09	0,09
5	0,67	0,42	0,22	1,22	0,54	0,06	0,22	0,06	0,06	0,16	0,23
6	0,67	0,61	0,60	1,22	0,54	0,08	0,31	0,16	0,16	0,20	0,33
7	0,67	0,09	0,06	1,22	0,54	0,13	0,05	0,20	0,20	—	—
8	4,25	—	—	2,27	—	—	—	—	—	—	—
9	1,25	—	—	2,27	1,00	—	—	—	—	—	—
10	1,25	1,95	2,37	2,27	1,00	0,26	—	0,62	0,62	—	—
11	1,25	0,75	2,17	2,27	1,00	0,23	0,90	0,57	0,57	0,92	0,92
12	1,25	0,53	1,55	2,27	1,00	0,07	0,27	0,41	0,41	0,65	0,65
13*	1,25	—	—	2,27	1,00	—	—	—	—	—	—

Суурь, № 1, 8, 9, 13 вариантыг үйлчилгээг явуулах боломжгүй. Хөдөлмөрчдийн дундаж ирэлт  $\lambda = 1,4$  байхаар бодож гаргав.

Хөдөлмөрчдийн ирэлтээр жор хүлээн авагчийн эрчим (М) I—III зэрэглэлийн эмийн санд 1:0,61:0,59 байгаа нь I зэрэглэлийн эмийн санд (21 дүгээр эмийн сан) 39—41%-иар ачаалал ихтэй, II—III зэрэглэлийн эмийн сангийн ачаалал ойролцоо байна.

Найруулан олгох эмийн жор хүлээн авах, найруулах, технологийн онцлог зэргээс хамааран найруулах хугацаа их, бага, хөдөлмөрчдөд өгөх эмийн мэдээлэл бүрэн хийгдэхгүй байгаа зэргийг харгалзан IV—VI зэрэглэлийн эмийн санг бэлэн эмийн санд оруулах, хотын эмийн санг райончлох, районы эмийн сангийн үйлдвэрлэлийн шинж чанарыг нэмэгдүүлэн найруулан олгох эмийг төвлөрүүлэн бэлтгэх шаардлагатай байна.

Үйлчлэх цагийг хэт багасгавал хөдөлмөрчдөд өгөх эмийн мэдээлэл багасч, эм зүйн дэглэм алдагдан зарим үйлдэл хийгдэхгүй болж зөвхөн жор хүлээн авах, эмийг олгоход анхааран үйлчилгээний чанарт муугаар нөлөөлнө. Мөн олон сувгаар үйлчлэх нь эмийн сангийн үйлчилгээний чанарт сайнаар нөлөөлөх боловч нөгөө талаар эмийн сангийн эдийн засагт муугаар нөлөөлнө. (Хүснэгт 2).

10 дугаар вариантыг 2 дугаар варианттай харьцуулахад үйлчилгээний чанар 2 дахин нэмэгдэх боломжтой боловч үр дүнгүй юм. «Үйлчилгээний чанар», «Үйлчилгээний системийн үр дүн», «Үйлчилгээний зохион байгуулалтын тохиромжтой вариант» (Хүснэгт 3) зэрэг нь хоорондоо үргэлж тохирохгүй. Иймээс үйлчилгээний загвар боловсруулах нь хөдөлмөрчдөд үйлчлэх үйлчилгээний чанар сайжрах чухал ач холбогдолтой юм. Бидний суурь судалгааны үйлчилгээний вариант бол хөдөлмөрчдөд үйлчлэх хугацааг 2 дахин багасгаж байж үүргээ гүйцэтгэж байна. 1 хүнд үйлчлэхэд зарцуулсан бодит зарцуулалтаар тооцох биш харин 1 хүнд үйлчлэхэд зайлшгүй хийгдэх үйлдлүүдийг оруулан үйлчлэх цагийн загвар (Хүснэгт 2) боловсруулсан ба цаашид Улаанбаатар хотын эмийн сангуудыг райончлон үйлчлүүлэгч ихтэй 11—12, 17—18 цагийн хооронд 2 дахь сувгийг нээн ажиллуулах нь хөдөлмөрчдийн цагийг хэмнэх нийгэм эдийн засгийн чухал ач холбогдолтой.

### Хүснэгт 3

Үйлчилгээний чанар, системийн үр дүн, оновчтой вариант

Вариант	үйлчилгээний чанар	Үйлчилгээний системийн үр дүн	Оновчтой вариант
С	—	—	—
4	0	0	+
7	0	+	0
8	—	—	—
10	+	0	0
12	+	0	0
13	—	—	—

Тайлбар: + чанартай үйлчилгээ, үр дүнтэй систем, оновчтой вариант.  
— чанаргүй үйлчилгээ, үр дүнгүй систем, оновчгүй вариант.  
— 0 Хоорондох утга.

ДУГНЭЛТ: 1. Улаанбаатар хотын I—III зэрэглэлийн эмийн сангийн үйлчилгээний зохион байгуулалтыг судлан үйлчилгээний оновчтой вариантыг тодорхойлов.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. А. М. Дубров—«Математико-статистическая оценка эффективности в экономических задачах». М., Финансы и статистика, 1982, 118—121.

2. Л. В. Жарков—«Оценка эффективности труда при приеме рецентов и отпуске лекарств из аптек», Фармация, 1983, 4, 55—56.

Редакцид ирсэн 1985. 05. 31

Э. САНЖАА (Улсын клиникийн төв эмнэлэг)  
Г. ДЭЖЭЭХҮҮ (Анагаах ухааны хүрээлэн)

### ЦУСНЫ ДАРАЛТ ИХСЭХ ӨВЧТЭЙ ХҮМҮҮСИЙН НҮДНИЙ УГИЙН БАЙДАЛ

Сүүлийн жилүүдэд зүрх судасны өвчний дотор цусны даралт ихсэх өвчин нэмэгдэх хандлагатай байгаагийн дээр тархины инсульт, зүрхний шигдээс болох нь элбэг тохиолдож байна. (4, 6) Иймээс цусны даралт ихсэх өвчний эмнэл зүйг бүх талаас нь судлах, хүндрэлээс урьдчилан сэргийлэхэд ихээхэн анхаарч байна.

Цусны даралт ихсэх өвчтэй хүмүүсийн нүдний угийг шинжлэх нь өвчнийг оношлох, үе шат, явц, тавилан, эмчилгээний үр дүнг хянахад чухал ач холбогдолтой байдаг (1, 7, 8).

Бид цусны даралт ихсэх өвчтэй хүмүүсийн нүдний угийн өөрчлөлтийг өвчний үе шат, артерийн даралтын хэмжээ, зүрхний цахилгаан бичлэгийн байдал зэрэг клиникийн бусад үзүүлэлттэй харьцуулан судлах зорилго тавив.

#### СУДАЛГААНЫ МАТЕРИАЛ БА АРГА

Судалгаанд цусны даралт ихсэх өвчтэй 20—60 насны эрэгтэй 465, эмэгтэй 440, бүгд 905 хүн хамрагдав.

Нүдний уг шинжлэхийн өмнө хүүхэн харааг томруулов. Гэвч цусны даралт ихсэх өвчинтэй нүдний даралт ихсэх (глауком) өвчин хоршин тохиолдох нь элбэг байдаг болохоор шинжлүүлэгчийн нүдний даралтыг «тэмтрэх» ба тономтрээр хэмжих зэргээр нарийн тодорхойлохыг дараа глауком өвчний шинж тэмдэггүй хүмүүсийн нүдэнд 1%-ийн гоматропины уусмал 2 дусал дусааж 30 минутын дараа хүүхэн хараа тэлмэгц (Карл Цейс Иены үйлдвэрт бүтээсэн) цахилгаан офтальмоскопоор өнгөт гэрлийг ашиглан (офтальмохромоскопия) нүдний угийг шинжлэв.

Нүдний угийн байдлыг үнэлэхдээ (М. Л. Краснов 1948, Кейт Вагнер Баркерийн 1980) ангиллыг ерөнхийд нь баримтлав. Судалгаанд хамрагдсан өвчтөний артерийн даралтыг суугаа байдалд баруун гарт 5 минутын зайтай хоёр удаа Коротковын аргаар хэмжиж, судалгаанд дундаж үзүүлэлтийг авлаа.

#### СУДАЛГААНЫ ҮР ДҮН

Нүдний уг шинжлүүлсэн 905 өвчтөнийг цусны даралт ихсэх өвчний үе шатаар нь авч үзвэл I үед—419, II үед—313, III үед—173 хүн байлаа.

Эдгээр өвчтөний дотроос нүдний угт нь ямарч өөрчлөлт илрээгүй 27,95%, ангиопатийн өөрчлөлттэй 26,55%, ангиосклерозын өөрчлөлттэй 35,85% ретинопатийн шинж 5,55%, нейроретинопатийн өөрчлөлттэй өвчтөн 4,1%-ийг тус тус эзэлж байв.

Нүдний угийн органик өөрчлөлтийг цусны даралт ихсэх өвчний үе шатаар нь авч үзвэл, II үед байгаа 313 өвчтөний 73%-д нь органик өөрчлөлт илэрч байснаас 90 гаруй хувьд нь ангиосклерозын өөрчлөлт давамгайлж байв. III үед байгаа 173 өвчтөний 91,2%-д органик өөрчлөлт илэрч байгаагаас 69,7% нь ретинопати, нейроретинопати) өөрчлөлт байлаа.

## Цусны даралт ихсэх өвчтэй хүмүүсийн насны бүлэг, нүдний угийн өөрчлөлт (%)

Нас	хэвийн	Нүдний уг				Бүгд	Органик өөрчлөлт
		Ангиопати	Ангиосклероз	Ретинопати	Нейроретинопати		
20 хүртэл	75,0	25,0	—	—	—	100	—
20—24	81,8	—	18,2	—	—	100	18,2
25—29	70,0	20,0	5,0	5,0	—	100	15,0
30—34	69,5	22,2	8,3	—	—	100	8,3
35—39	44,9	32,7	18,4	2,0	2,0	100	22,4
40—44	31,6	33,4	25,4	4,8	4,8	100	34,6
45—49	21,6	25,0	43,2	3,4	6,8	100	53,4
50—54	22,2	29,2	37,5	6,9	4,2	100	48,6
55—59	10,7	32,0	49,3	5,3	2,7	100	57,3
60-дээш	4,8	23,8	57,1	9,5	5,8	100	71,4

Хүснэгт 1-ээс үзэхэд цусны даралт ихсэх өвчтэй хүмүүсийн нас ахих тутам нүдний угт илрэх органик өөрчлөлт нь (ангиосклероз, ретинопати, нейроретинопати) улам нэмэгдэж хэвийн байдал нь багасч байна.

## Хүснэгт 2

## Цусны даралт ихсэх өвчтэй хүмүүсийн нүдний угийн өөрчлөлт, өвчилсөн хугацаа

Нүдний угийн байдал	Өвчилсөн хугацаа (жил)					15 ба дээш	Хосын хамаарал
	0—1	1—2	3—4	5—9	10—14		
Хэвийн	51,8	36,1	27,4	20,7	21,1	13,7	-0,86
Ангиопати	30,6	31,9	25,8	25,6	26,7	23,6	-0,78
Ангиосклероз	14,1	25,0	38,7	44,6	37,8	52,9	+0,81
Ретинопати	1,2	4,2	6,5	6,6	5,6	5,9	+0,56
Нейроретинопати	2,3	2,8	1,6	2,5	8,8	3,9	+0,73
Бүгд	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Органик өөрчлөлт	17,7	31,9	46,8	53,7	52,2	62,7	+0,82

Хүснэгт 2-оос үзэхэд цусны даралт ихсэх өвчнөөр өвчлөх хугацаа уртсах тутам нүдний угт органик өөрчлөлт ихсэж хэвийн байдал багасаж байна. Энэ нь удаан хугацааны турш өндөр даралттай байх нь нүдний угийн судасны хананд органик өөрчлөлт үүсэхэд шууд нөлөөлдөг (+0,82) нь харагдаж байна.

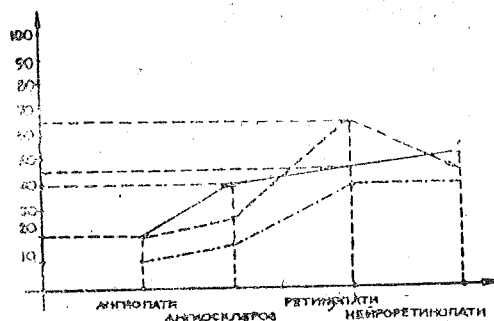
## Нүдний угийн байдал ба артерийн даралтын хамаарал

Нүдний угийн байдал	Артерийн даралт				Хосын хамаарал	
	Систолын даралт		Диастолын даралт		Систолын даралт	Диастолын даралт
	М	±С	М	±С		
Хэвийн	153,3	18,5	96,8	11,1	-0,92	-0,96
Ангиопати	166,2	25,2	101,4	13,3	+0,19	+0,58
Ангиосклероз	180,9	29,5	109,0	14,5	+0,76	+0,81
Ретинопати	189,9	31,1	114,3	16,3	+0,60	+0,76
Нейроретинопати	203,9	27,9	121,4	13,8	+0,76	+0,62

Хүснэгт 3-аас үзэхэд систол ба диастолын даралт ихсэх тутам нүдний угт илрэх органик өөрчлөлт улам нэмэгдэж, хүнд хэлбэрийн органик өөрчлөлтүүд үүсдэг болох нь харагдаж байна. Үүнийг хосны хамаарлаар шалгаж үзэхэд систол ба диастолын даралт ихсэх нь нүдний урт органик өөрчлөлт үүсэхэд шууд хүчтэй (+0,62 +0,81) зөлөөлж байна.

Зураг 1

Цусны даралт ихсэх өвчтэй хүмүүсийн зүрхний цахилгаан бичлэг, нүдний угийн байдал



— зүүн ховдолын гипертрофи  
 - - - Т сегментийн өөрчлөлт  
 . . . Т шүдний өөрчлөлт

Графикаас үзэхэд цусны даралт ихсэх өвчтэй хүмүүсийн нүдний угийн өөрчлөлт гүнзгийрэх тутам зүрхний зүүн ховдол гипертрофи болох титэм судасны харьцангуй дутагдал үүсэх явдал улам нэмэгдэж байна.

Цусны даралт ихсэх өвчтэй хүмүүсийн нас баралтын шалтгааныг илэрч байсан клиник шинжтэй харьцуулж үзэхэд диастолын даралт нь 130 мм МУБ-аас өндөр, нейроретинопатийн өөрчлөлт 2 нүдэнд хоёуланд нь илэрсэн хүмүүс (100%) бөөрний үйл ажиллагааны дутагдлаар, нүдний угт нь ангиосклерозын болон ретинопати өөрчлөлт давамгайлсан систолын даралт өндөр байдаг хүмүүс тархины инсультээр, жин ихтэй, нүдний угт ангиосклерозын өөрчлөлт тод илэрч байсан зүрхний талын зовиур ихтэй хүмүүс инфарктаар ихэвчлэн нас барж байна.



ДҮГНЭЛТ. 1. Нүдний угийн эмгэг өөрчлөлтийн шинжилгээ нь цусны даралт ихсэх өвчний явц, үе шат, тавиланг тодорхойлоход чухал үүрэг гүйцэтгэж байна. Иймд нүдний угийн байдлаар өвчтөний биений байдалд үнэлгээ өгч эмчилгээг идэвхжүүлэх боломжтой юм.

2. Өвчтөний нас ахих, өвчилсөн хугацаа уртсах, артерийн даралт ихсэх тутам нүдний угийн органик өөрчлөлт нэмэгдэж байна.

3. Цусны даралт ихсэх өвчтэй хүмүүсийг аль болох эрт илрүүлж идэвхтэй эмчлэн, артерийн даралтыг бууруулж байх нь эрхтэн системд органик өөрчлөлт үүсэх явдлыг багасгах чухал нөхцөл юм.

#### АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. А. Я. Виленикина—Глазное дно при гипертонической болезни. Мед. газ. 1952.

2. Н. А. Мельничук—Сравнительные данные изменения на глазном дне перебральной и кардиальной формах гипертонической болезни. Офталь. журн. 1975. 2. 139—142.

3. П. С. Резанов—Таблица для определения калибровки ретинальных сосудов. Офталь. журн. 1975. 2, 139—142

4. Д. Баасанжав—Цусны даралт ихсэх өвчний үед илрэх мэд-рэлийн эмнэл зүйн шинж тэмдэг. Анагаах ухаан. 1971. 2. 50—57

5. Л. Галцог—Атеросклероз ба цусны даралт ихсэх өвчний ул-маас болох гэнэтийн үхэл. Анагаах ухаан. 1971. 2. 58—63

6. Но. Дондог, Г. Дэжээхүү—Гипертони өвчтэй хүмүүсийн хөдөлмөрийн чадвар түр алдалтын тухай зарим асуудал. Анагаах ухаан. 1981.

7. W. Kunitomo, M. Jakeda—Калибра сосудов сетчатки. Мед. реф. журн. 1968. 4. 302

8. Т. Kobayashi, Т. Motegi—Изучение почечной ретинопатии. Мед. реф. журн. 1963. 3. 27.

#### СОСТОЯНИЕ ГЛАЗНОГО ДНА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Э. Санжа, Г. Дэжэху

Нами обследовано глазное дно у больных гипертонической болезнью в возрасте 20—65 лет.

В результате исследования установлено, что среди больных гипертонической болезнью нормальным глазным дном составляли 27,95%, ангиосклерозом 35,85%, нейроретинопатией 4,1%.

Наши исследования показывают, что изменения глазного дна имеют сильную и прямую корреляционную связь (+0,82) с динамикой и стадией гипертонической болезни.

С увеличением возраста больных и удлинением срока заболевания возрастают органические изменения глазного дна, приводящие к слепоте.

Исследование состояния глазного дна дает возможность проводить адекватное лечение гипертонической болезни и предупредить развитие тяжёлых осложнений.

Редакцид ирсэн 1984. 12. 29

## ХОДООДНЫ ХҮЧЛИЙН ҮЗҮҮЛЭЛТ БА ХООЛ БОЛОВСРУУЛАХ ИДЭВХ

Хаймсуураар ходоодны шүүсийг авч түүний хүчлийг тодорхойлох нь өвчтөнд төвөгтэйгээс гадна түүнийг олон дахин давтан хэрэглэх боломжгүй байдаг. Иймээс ходоодны булчирхайн үйл ажиллагааг хаймсуургүй шинжлэх арга чухал юм.

Сүүлийн 10—15 жилд ходоодны булчирхайн үйл ажиллагааг хаймсуургүй шинжилдэг хэд хэдэн арга анагаах ухааны практикт хэрэглэх болсны дотор Ц. Г. Масевичийн дэвшүүлсэн хувилбарыг нэлээд өргөн хэрэглэж байна. Масевичийн аргаар хоол боловсруулах идэвхийг илрүүлж, ходоодны шүүсний хүчлийн хэмжээг ойролцоогоор тодорхойлохоос гадна хэрэглэхэд хялбар, өвчтөнд ямарч төвөггүй учраас түүнийг хөдөө орон нутгийн эмнэлгийн практикт өргөн хэрэглэх боломжтой юм.

Зөвлөлтийн эрдэмтэд хаймсуургүй шинжилгээний энэ хувилбар аргыг олон хүнийг хамарсан урьдчилан сэргийлэх үзлэгийн явцад хэрэглэхэд тохиромжтой гэж үздэг. Манай хүн амын дунд ходоодны архаг өвчнөөр өвчлөх явдал нэлээд элбэг бөгөөд уул өвчнийг оношлоход хялбар арга төдийлөн нэвтэрч чадаагүй байна. Иймээс амбулаторийн нөхцөлд ходоодны өвчнийг оношлоход түгээмэл хэрэглэх боломжтой энэхүү аргыг хэрэглэн ажиглалт судалгаа хийв.

Шинжилгээний материал, ажлын арга зүй Бид ходоодны архаг үрэвсэлтэй 31 хүнд ходоодны шүүсний хоол боловсруулах идэвх, хүчлийн үзүүлэлтийг зэрэгцүүлэн шинжлэв. Ажиглалтанд хамрагдагсдын дотор ходоодны хүчил хэвийн 12, багадсан 19 хүн байв. Эдгээр өвчтөний 17 нь ходоодны архаг үрэвслээр 2—5, үлдсэн нь 6—10 жил өвчилсөн, насны хувьд 40 хүртэлх насны 13, 40-өөс дээш насны 18 хүн байв.

Ходоодны шүүсийг Михаеэлсаны аргаар, хоол боловсруулах идэвхийг Масевичийн хувилбарт аргаар шинжилж цочроогчоор Жанчивлангийн рашааныг хэрэглэв.

### ХАЙМСУУРГУЙ ШИНЖЛЭХ Ц. Г. МАСЕВИЧИЙН АРГА

Шинжилгээнд хэрэглэх уусмал, материал.

1. Крахмалын 1%-ийн уусмал
2. Давсны аагтай хүчил
3. Цэвэр спирт
4. Нунтаг иодот кали
5. Кеткут № 2
6. Резин хальс (мэс заслын резин бээлийний тасархай)

Аргын үндэслэл:

Иодот кали ходоод гэдэсний ханаар шимэгдэн цусаар дамжин шүлсний булчирхайд хуралдаж улмаар шүлсээр ялгарна. Шүлсээр иод ялгарч байгаа эсэхийг крахмалаар сорьж илрүүлнэ.

Шинжилгээний явц

Шинжилгээний өмнө 0,4 г иодот калийг резин хальсанд боож 2 номерын кеткутээр 2 зангидан явж цэвэр спиртэнд 2 минут байлгаад шинжлүүлэх хүнд залгиулна. 20 минут өнгөрмөгц 5 минутын зайтайгаар 10 удаа хуруу шилэнд 1—2 мл шүлс авна. Хуруу шилтэй шүүс бүрт 1%-ын крахмалын уусмал, аагтай давстай хүчил тус бүрээс 5 дусал хийнэ. Иод шүлсээр ялгарсан бол 2—3 минутын дараа урвалд орж хөх өнгө үүснэ. Хөх өнгө үүсэж байвал сорил эерэг буюу шүлсээр иод ялгарч байна гэж үзнэ.

### Шинжилгээний дүн

Ходоодны хүчил хэвийн 12 хүний 8-д нь иодот кали өгөөд 25—45 минут болоход шүлсэнд тавьсан сорил эерэг урвал өгч үлдсэн 4 хүнд сөрөг байв. Иймээс 8 хүний ходоодны хоол боловсруулах идэвх хэвийн харин үлдсэн нь багадсан гэсэн дүгнэлт гарч байна.

Ходоодны хүчил багатай 19 хүний зөвхөн 6-д сорил 20—25 минутанд эерэг урвал өгсөн учир тэдгээрийн хоол боловсруулах идэвхийг ихэдсэнээр дүгнэж, үлдсэн 13 хүнд сорил сөрөг байснаас идэвхийг багадсан гэж үнэллээ.

Хүснэгт 1.

#### Ходоодны хүчил болон хоол боловсруулах идэвхийн байдал

Ходоодны хүчлийн байдал	хүний тоо	Хоол боловсруулах идэвх		
		хэвийн	ихэдсэн	багадсан
хэвийн	12	8	—	4
бага	19		6	13
БҮГД	31	8	6	17

Хоол боловсруулах идэвхийн хувьд хэвийн ба ихэдсэн 14 хүн ходоодны архаг үрэвслээр 1—5 жил өвчилсөн, бүгд тамхи татдаггүй байсан боловч хооллох дэглэм баримтлаагүй болох нь тэдний өгүүлснээс тодорхой байв. Ходоодны хүчил хэвийн боловч хоол боловсруулах идэвх буурсан, мөн хүчил болон идэвх хоёул багадсан зэрэг өөрчлөлттэй 15 хүн цөм ходоодны архаг үрэвслээр олон жил (6—10 жил) өвчилсөн, 10 нь тамхичин, 12 нь гепатитаар 1—2 удаа өвчилсөн байнга биш ч архи хэрэглэдэг байв. Эдгээр өвчтөний 80,6% нь хооллох дэглэм огт сахидаггүй. 40-өөс дээш насны хүмүүс байв.

Ходоодны хүчил хоол боловсруулах идэвхийг зэрэгцүүлэн шинжилсэн бидний ажиглалт хэвлэлийн материалын үзүүлэлттэй тохирч байгаа юм. Ходоодны хүчил, хоол боловсруулах идэвх уул өвчтөний ходоодны архаг үрэвслээр өвчилсөн хугацаанаас хамааран өөрчлөгдөж байна. Ходоодны архаг үрэвслээр өвчилсөн хугацаа нэмэгдэх тутам хүчил бага болж хоол боловсруулах идэвх мөн буурах хандлага ажиглагдав. Ходоодны хүчил хоол боловсруулах идэвхид тамхи, архи зэрэг хорт зуршил, хооллох дэглэм сахихгүй байх нь нөлөөлөх хүчин зүйл болж байна. Ходоодны архаг үрэвслээр 1—2 жил өвчилсөн хүмүүсийн хоол боловсруулах идэвхид онцын өөрчлөлт гараагүй боловч 6—10, түүнээс дээш жил өвчлөгсдийн дунд мэдэгдэхүйц ялгаатай байх нь ажиглагдав. Ходоодны хүчил, хоол боловсруулах идэвх хэвийн болох хэмжүүр нь Масевичийн тогтоосон хугацаатай бидний ажиглалт тохирч байна.

**ДҮГНЭЛТ:** 1. Хүчлийг тодорхойлолгүй ходоодны булчирхайн үйл ажиллагааг тогтооход хаймсуургүй шинжлэх Масевичийн хувилбарт аргыг хэрэглэх боломжтой байна.

2. Иодот кали залгиснаас хойш 25—45 минутад авсан шүлс крахмалд урвал өгөхийг ходоодны хүчил болон хоол боловсруулах идэвхийн хэвийн хэмжүүр болгон авна.

3. Хоол боловсруулах идэвх хэдийчинээ удаан хугацааны дараа илэрнэ, ходоодны шүүс төдийчинээ бага байна.

#### АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Ц. С. Циммерман. Э. В. Черникова—Беззонидовое определение РН содержимого желудка при помощи нитки с конгокрасным. Лаб. дело. 1972. 44

2. Беззондовые методы исследования желудочной секреции. В кн: болезни органов пищеварения. Под. ред. проф. Ц. Г. Масевича и член корр. АМН. СССР. проф. С. М. Рысса. Изд—2 1975.

#### ПОКАЗАТЕЛИ КИСЛОТНОСТЕЙ ЖЕЛУДОЧНОГО СОКА И ЕГО ПЕРЕВАРИВАЮЩАЯ АКТИВНОСТЬ

С. Ямахай, Д. Жаргалсайхан

У 31 больных хроническим гастритом исследовали показатели кислотности и переваривающей способности желудка. При этом использовались титрационный метод определения кислотности и модификацию Ц. Г. Масевича беззондового исследования желудочного сока.

При сопоставлении показателей кислотности и переваривающей способности желудка наблюдался определенный параллелизм между ними. Анализ показал, что переваривающая способность выявлена на 25—45 минутах у больных с нормальной секреторной функцией желудка.

Установлено, что беззондовый метод Ц. Г. Масевича, переваривающей способности желудка может заменить при таких случаях, когда введение зонда противопоказано.

Редакцид ирсэн 1984. 12. 11

Б. ЭНХБОЛД, Е. БАТБОЛД, Г. ЦЭРЭНДАГВА, П. НЯМДАВАА  
(Эрүүл ахуй, халдвар нян, судлалын улсын институт)  
(Анагаах ухааны дээд сургууль)

#### ӨРГӨН ВАКЦИНЖУУЛАЛТЫН ҮЕ ДЭХ УЛААНБУРХНЫ ЯЛГАХ ОНОШИЙН АСУУДАЛД

Улаанбурхнаас сэргийлэх өргөн вакцинжуулалт нэвтрүүлснээс хойш уг өвчний гаж хэлбэрийн эзлэх хувийн жин ихэссэн нь эмнэлзүйн оношлогоог хүндрүүлж байгаа тухай гадаадын судлаачид бичсэн байдаг. (1—3, 5, 11). Энэ талаар манайд нийтлэгдсэн бүтээл ховор байгаа тул бид улаанбурхан өвчний одоогийн эмнэлзүйн төрхийг 25—45 жилийн өмнө тус улсад хийсэн эмнэлзүйн ажиглалттай (2,7) харьцуулан судлах зорилт тавив.

МАТЕРИАЛ, АРГА. 1983 онд Улаанбаатар хотын Халдварт өвчнийг анагаах клиникийн эмнэлэгт улаанбурхан гэсэн оноштой хэвтэж эмчлүүлсэн 300 өвчтөний өвчний түүхэнд судалгаа хийв. Мөн өвчтөний 28 хос нйлдсэнд улаануудын эсрэг бие илрүүлэх шинжилгээг Чехословак улсад үйлдвэрлэсэн оношлуур ашиглан цус наалдахыг саатуулах урвалаар үүний өмнө нийтлүүлсэн аргаар (7) хийв.

ҮР ДҮН, ШҮҮМЖ. Бидний судалгаанд хамрагдсан өвчтөний 61% нь 5 хүртэлх насны хүүхэд байсан боловч, 5—16 хүртэлх насны хүүхдийн өвчлөл 1959 оныхтой харьцуулахад 3,5 дахин ихэссэн (хүснэгт 1). Байгаа нь вакцинжуулалт нэвтрүүлсний дараа бусад оронд ажиглагдсан хандлагатай (5) ерөнхийдөө ойролцоо байна.

Улаанбурхнаар өвчлөгсдийн насны бүлэглэл  
(нийт тохиолдолд эзлэх хувиар)

Хүснэгт 1.

Он	0—11 с 1—4 н 5—12 н 13—16 н насанд хүрэгсэд				
1939 онд Б. И. Липовецкая (4)	9,7%	26,4%	10,7%	8,2%	45,0%
1959 он Ж. Дашдаваа (8)	45,8%	38,7%	8,7%	1,7%	5,1%
1983 он Бидний судалгаа	29,3%	31,7%	26,4%	10,6%	2,0%

Харин өвчлөгсдийг сэргийлэх тарилганд хамрагдсан байдлаар нь ангилж үзвэл насны бүлэглэлд илэрхий ялгаа гарч байна.

Улаанбурхнаар өвчлөгсдийн насны  
бүлэглэлийн сэргийлэх тарилгаас  
хамаарах байдал (1983 он)

Хүснэгт 2.

насны бүлэглэл	0—11 сар	1—4 нас	5—9 нас	10-аас дээш	Бүгд
тарилганд хамрагдаагүй	83(44,8%)	55(29,7%)	24(12,9%)	23(12,6%)	185(100%)
тарилганд хамрагдсан	5(4,3%)	40(34,8%)	46(40,0%)	24(20,9%)	115(100%)
ДҮН	88(29,3%)	95(31,7%)	70(20,3%)	47(15,7%)	300(100%)

Тарилганд хамрагдаагүй хүүхдийн өвчлөлд нэг хүртэлх насны хүүхдийн өвчлөл зонхилж байгаа нь улаанбурхны эсрэг дархлал тогтоцын түвшинд хийсэн бидний өмнөх судалгааны (6,9) дүгнэлттэй тохирч байгаа юм. Бидний судалсан тохиолдлын дотор хөнгөн хэлбэр 29,0%-ийг эзлэж байгаа нь 1959 оны судалгааны үеийнхээс багасан (хүснэгт 3) мэт харагдаж буй боловч үүнийг нэгдүгээрт, улаанбурхны хөнгөн хэлбэрээр өвчлөгсөд эмнэлэгт хэвтэж эмчлүүлэх нь бага байдаг, хоёрдугаарт, өвчний хүнд, хөнгөнийг ангилах хатуу тогтоосон хэмжүүр байхгүй тул 25 жилийн зайтай хийгдсэн энэ 2 судалгааны дүнг жишихэд бэрхшээлтэй байгаагаар тайлбарлаж болох юм.

Улаанбурхны эмнэлзүйн хэлбэрүүдийн  
эзлэх хувийн жин

Хүснэгт 3.

эмнэлзүйн хэлбэр	1959 онд	Бүгд	1983 онд Сэргийлэх тарилганд хамрагдсан хүүхдэд	Сэргийлэх тарилганд хамрагдаагүй хүүхдэд
хөнгөн	36,3%	29,0%	44,3%	19,5%
хүндэвтэр	57,2%	55,0%	48,8%	58,9%
хүнд	6,5%	16,0%	6,9%	21,6%
БҮГД	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Харин 1983 онд улаанбурхнаар өвчлөгсдийн дотроос сэргийлэх тарилганд хамрагдаагүй хүүхдэд өвчний хүндэвтэр буюу хүнд хэлбэр зонхилж тохиолдов. (Хүснэгт 3).

Бидний ажиглалтаар улаанбурхны нууц үе 2—9 хоног, угтвар үе 3—4 хоног үргэлжилж байгаа нь хэвлэлд бичсэн улаанбурхны сонгодог үечлэлтэй (2, 10, 12) ерөнхийдөө тохирч байна.

1983 онд улаанбурхны улмаас хэвтэн эмчлүүлэгсдийн дунд өвчний угтвар үе илрэх амьсгалын замын үрэвслийн шинж өвчлөгсдийн 58,7%-д нь сул, 22,3%-д нь дунд зэрэг, 19%-д нь хүчтэй илэрсэн ба эмнэлэгт хэвтсэн анхны өдөр Филатов-Бельскийн толбо 174 (68,0%) өвчтөнд илрэв. Онош тавихад чухал энэ шинж 1959 оны судалгаанд өвчлөгсдийн 86,5%-д нь тод илэрч байжээ. 1939, 1959 оны судалгаанд улаанбурхны эмнэлзүйн сонгодог хэлбэрийн талаар тодорхой бичжээ.

Харин нь өмнөх судалгаанд улаанбурхны эмнэлзүйн гаж хэлбэрийн талаархи цэгцтэй материал бидэнд олдсонгүй. Бидний ажиглалтаар 1983 онд улаанбурхнаар өвчлөгсдийн 27,3%-д нь эмнэлзүйн гаж хэлбэр тохиолдов. Эмнэлзүйн хувьд эдгээр өвчтөнд угтвар үеийн шинж тэмдэг сул илэрч, тууралтын сонгодог эрэмбэ алдагдаж, 26 (8,6%) өвчтөнд тууралтын дараах нөсөөжилт (пигментаци) үлдсэнгүй.

Өвчлөгсдийн 12%-д нь хүзүүний болон дагзны тунгалгийн зангилаа цочирч, томорсон байв.

Энэ байдалд үндэслэн улаануудын ялган оношлолтын зорилгоор 28 өвчтөнөөс хос ийлдэс авч ийлдэс судлалын аргаар улаануудын эсрэг биений хөдлөл зүйг шинжлэхэд 3 (10,7%) өвчтөний хоёр дэх ийлдсэнд улаануудын эсрэг биений таныц дөрөв ба түүнээс олон дахин ихэссэн, өөрөөр хэлбэл улаануудаар өвчилсөн гэж үзэх үндэстэй байв. Энэ нь улаанбурхны гаж хэлбэрээр өвчлөгсөд, нэн ялангуяа тарилганд хамрагдсан хүүхдийн онош тодруулахад ийлдэс судлалын арга ихээхэн ач холбогдолтойг харуулж байна. БНАГУ-д улаанбурхнаас сэргийлэх вакцинжуулалт нэвтрүүлсний дараахан хийсэн судалгааны дүнгээс үзэхэд улаанбурхны эсрэг вакцин тариулсан хүүхдэд эмнэлзүйн шинжээр «улаанбурхан» гэсэн оноштой тохиолдлын зөвхөн 24% нь ийлдэс судлалын аргаар улаанбурхан болох нь батлагдаж, 40% нь улаанууд, үлдэх 35% нь үүсгэгч тодорхойгүй эсэргэнэт халдвар байсан (11) нь үүний давхар нотолгоо болно.

Бидний ажиглалтаар улаанбурхнаар өвчлөгсдийн 65,7%-д нь үгдрэл тохиолдсон бөгөөд сэргийлэх тарилганд хамрагдсан хүүхдэд үгдрэл 3 дахин, эндэгдэл 2 дахин цөөн тохиолдов. (хүснэгт 4)

Хүснэгт 4.

Улаанбурхны үгдрэл, эндэгдэл (хувиар)

Үгдрэлийн хэлбэр	1939 онд	1959 онд	1983 онд		бүгд
			тарилганд хамрагдаагүй хүүхэд	тарилганд хамрагдсан хүүхэд	
Уушгины үрэвсэл	28,6	29,3	29,0	3,0	41,4
Төвөнх, мөгөөрсөн хоолой үрэвсэл	15,4	—	19,0	7,6	34,5
Дунд чихний үрэвсэл	4,1	5,2	1,7	1,0	2,6
Ходоод гэдэсний үрэвсэл	2,5	61,9	12,3	4,0	20,7
Бусад	4,6	3,6	1,3	—	0,8
БҮГД	55,2	100,0	63,3	15,6	100,0
Эндэгдэл	11,0	3,4	6,5	3,5	3,6

Дүгнэлт: 1. Урьдчилан сэргийлэх тарилга нэвтрүүлснээр улаанбурхнаар өвчлөгсдийн насны бүлэглэл өөрчлөгдөж, өвчлөл сургуулийн ба сургуулийн өмнөх насны хүүхдэд зонхилон тохиолдох хандлагатай болсон боловч, тарилганд хамрагдаагүй бага насны хүүхдийн өвчлөл, эндэгдэл тууштай буурсангүй.

2. Сэргийлэх тарилганд хамрагдсан өвчтөнд үгдрэл 3 дахин, эндэгдэл 2 дахин цөөн тохиолдсон байна.

3. Улаанбурхны эмнэлзүйн сонгодог хэлбэрийн хамт, тарилганд хамрагдагсдад эмнэлзүйн гаж хэлбэр цөөнгүй тохиолдох болсон нь улаанбурхныг эсэргэнэт бусад халдвараас үүсгэгчээр нь ялган оношлох аргыг практик ажиллагаанд нэвтрүүлэх явдал чухал болохыг харуулж байна.

#### АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. П. Н. Бургасов—Ликвидация кори-ближайшая задача, ЖМЭИ, 1983, 6, 3

2. Э. Джавец, Д. Л. Мельник, Э. А. Эйдельберг—Руководство по медицинской микробиологии. 1982, 3, 284—291

3. Л. В. Ливацова и др.—Клинико-иммунологическая характеристика кори, Вопр, охр. мат. 1979, 2, 15—20

4. Б. И. Липовецкая—Корь в МНР. В кн.: Сборник научных работ 1941. УБ., 77—79

5. М. Н. Ткачева и др.—Корь за рубежом, ЖМЭИ, 1980. 11. 11—18.

6. Ё. Батболд, П. Нямдаваа, С. Алтанхуяг—Монгол хүүхдэд улаанбурхны эсрэг идэвхгүй дархлалыг судлах асуудалд. Анагаах ухаан, 1984. 4., 36—40.

7. Ё. Батболд и др.—Вспышке краснухи в Хубсугульском аймаке, В кн.: «Актуальные вопросы инфекционных болезней» Тезисы докладов научно-практической конференции), УБ. 1984. 26—27.

8. Ж. Дашдаваа—БНМАУ дахь халдварт өвчний зарим асуудалд) УБ 1961. 11—19.

9. П. Нимадава, Г. Штарке и др.—Сероэпидемиология важнейших вирусных инфекций человека в МНР. В кн.: Тезисы докладов третьей научно-практической конференции «Актуальные вопросы вирусологии» УБ 1982. 3—4.

10. Fenner. J. F. White. D. O.—Medical virology, 2. nd. Ed., Academic Press, New York etc., pp. 389—396. 1976.

11. Gerike. E., Sandow. D.—Untersuchungen zur etiologischen klärung exanthematischer Erhrankingen bei maserngeimpften Kindern, Dt. Gesundh. Wesen, 31—140) 1949—1951.

12. Starke. G., Mahnke. P. F., Schneeweiss, U.—Masern, In: Intektologil, Higt. bon. H. W. Ocklitr, H. Mochman, B. Schneeweiss, Teil. I, VEB. Veriag Volk und Besundheit, Berlen. S. 175—180.

#### К ВОПРОСУ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ КОРИ В УСЛОВИЯХ МАССОВОЙ ВАКЦИНАЦИИ

Б. Энхболд, Ё. Батболд, Г. Церендагва, П. Нямдава

В статье дан ретроспективный анализ истории болезни 300 больных корью, госпитализированных в течение 1983 года в клиническую инфекционную больницу города Улан-Батора по сравнению с данными, полученными в 1939 году Б. И. Липовецкой и в 1959 году Ж. Дашдава.

В общей структуре больных дети в возрастной группе 5—16 лет увеличились 3,5 раза в 1983 году по сравнению с 1959 годом.

Но, среди непривитых (61,7% всех больных) преобладают дети до 5 летнего возраста (74,5%). Симптом филатово-Бельского был четко выражен у 174 (68,0%) больных.

У 27,3% больных заболевание протекло атипично, и серологическое исследование в выборочной группе выявило у 3 (10,7%) больных краснуху.

Поэтому авторы рекомендуют внедрение специфических методов установления возбудителя в дифференциальную диагностику атипичной кори, особенно у привитых против кори для разграничения от других экзантематозных заболеваний детей.

Редакцид ирсэн 1985. 05. 13

О. ЛХАМСҮРЭН, Б. САНГИДОРЖ (Улсын клиникийн төв эмнэлэг)

## ХАРШИЛ ӨВЧНИЙГ СОРИЛЫН АРГААР ОНОШЛОХ НЬ

Дэлхийн Эрүүлийг Хамгаалах Байгууллагын мэдээгээр сүүлийн 30-аад жилд харшил өвчний эзлэх хувийн жин нэмэгдэж артерийн даралт ихсэх өвчнөөс дутуугүй болсон бөгөөд дэлхийн улс орон бүрийн хүн амын өвчлөлийн 10%, хүүхэд залуучууд, идэр насны хүмүүсийн 15%-ийг хамарч өвчний тохиолдол жилээс жилд ихсэж байгаагаас харшил өвчнийг судлах асуудал дэлхий дахины ач холбогдолтой боллоо.

Харшил өвчин ийнхүү ихсэж байгаагийн шалтгааныг эрдэмтэд үйлдвэр, ахуйд химийн төрөл бүрийн бодис өргөн нэвтэрч хүмүүс янз бүрийн эмийг урьд өмнө хэрэглэж байгаагүй их хэмжээгээр хэрэглэх болсон хийгээд хот суурин газрын хүрээлэн буй орчин (агаар, ус, хөрс) бохирдож түүний бичил найрлага өөрчлөгдсөн, дуу шуугиан, машин техник, хөл хөдөлгөөн ихсэж байгаагаас амьд бие махбод орчны харьцаанд хувьсал гарч улмаар бие махбодын урвалж чанар эмгэгээр өөрчлөгдөж байгаа зэрэг олон хүчин зүйлтэй холбон тайлбарлаж байна. (1).

Харшлаар өвчилнэ гэдэг нь төрөл бүрийн ургамлын дохиурын тоос, үйлдвэр цехийн ахуйн тоос, амьтан ургамлын гаралтай хоол хүнсний зүйлс, үс, ноос, өд. химийн төрөл бүрийн бодис, эм, үйлдвэрийн хаягдал зарим бүтээгдэх, нян вирус, шимэгч хорхой болон хүрээлэн буй орчны гадаад дотоод янз бүрийн хүчин зүйлийн нөлөөллөөс болж бие махбодод цочрол урвал үүсэхийг хэлэх буюу дээрх эсрэг төрүүлэгчийг (аллерген) хамгаалах эсрэг бие махбодод үүсэх хүртэл явагдах урвалын механизм юм (2).

Орчин үед харшил судлалын зарим асуудлыг шийдвэрлэхэд шинжлэх ухааны олон салбарын судлаачид өргөн оролцож, эмнэлэг-биологийн иж бүрэн судалгаа эсийн ба молекулын түвшинд хийгдэж ирснээр өвчнийг оношлож эмчлэх дэвшилтэт шинэ шинэ аргууд эмнэлгийн практикт нэвтэрч байна.

Халдварын бус гаралтай төрөл бүрийн харшил өвчнийг оношлож эмчлэхэд хэрэглэж буй хамгийн үр дүн бүхий шалгарсан аргын нэг нь оношлогооны сорил аллергенд илрэх харшил урвалыг зэргээр үнэлж оношлох арьсны сорил юм.

Энэ оношлогоо нь харшилд хэт мэдрэмтгий болсон бие махбодод хэсэгчилсэн ба нэлэнхий урвал үүссэнээр тооцогддог бөгөөд ямар ч хор нөлөөгүй юм. Оношлогооны сорил тавихад илрэх харшилын урвалыг дотор нь түргэн ба удаан илрэх хэлбэртэй гэж ангилдаг (3, 8, 10).

Түргэн илрэх урвал нь 30 минутаас хоёр цагийн дотор явагдаж сорил тавьсан хэсэгт хавдах, улайх, загатнах, бэлцрүү гарах буюу эсвэл бүх биеэр чонон хөрвөс туурч, найтааж ханиалгах, нулимс гоожих, хамар битүүрч хоолой сэрвэгнэх ба зарим тохиолдолд гуурсан хоолойн багтрааны хам шинжүүд ажиглагдах зэрэг шинж тэмдэг илэрнэ.

Удаан илрэх урвал нь 24, 48, 72 цагийн дараа явагдаж дээрх шинж тэмдэг илэрнэ. Ингэж оношлогооны сорилыг харшил урвал илрэх байдлаар нь түргэн ба удаан илрэх сорилт урвал гэж ангилахаас гадна, сорил тавих байдлаар нь мөн арьсны сорил (арьсан дээр зурах, бэгнэх, арьсан доор нь тарих), өдөөн сэ-дээж онош тодотгох сорил) нүдэнд хийх, халаах, дааруулах, хэлэн дор хийх) гэх зэргээр ангилан тодорхойлдог (3).

Манай улсад 1968 онд анх харшил судлалын кабинет байгуулагдаж, одоо харшил судлалын төв болон өргөжив. Тус төвд халдварын бус гаралтай зарим харшил өвчнийг оношлохдоо дээрх сорилын аргуудыг хэрэглэж байна.

Бид энэ удаагийн судалгаагаар 1977—1982 онд сорилын аргаар шинжилсэн хар-шил өвчний тохиолдол, оношлогооны үр дүнг тооцож дүгнэхийг зорив.

### Судалгааны арга зүй:

1. Арьсан дээр зурж сорих (скарификационные пробы) аргыг үйлдвэр, гэр ахуйн, төрөл бүрийн ургамлын дохиурын тоосны ба зарим антибиотик, антибиотикийн бус эмийн харшилтай, хамрын харшилт үрэвсэл, гуурсан хоолойн багтраа, чонын хөрвөс, квинкийн хавангаар өвчлөгчдийн оношийг тогтооход хэрэглэдэг.



Сорилыг тавихдаа гарын шууны алган талын арьсыг ариутгаж, ариутгасан хэсэгтээ зуруулаар (зүүгээр) зурж, зөвхөн арьсны өнгөн давхрааг гэмтээж онош тодруулахаар бэлтгэсэн сорилын шингэн аллергенүүдээс дусаана. Нэг удаа 5—10 төрлийн аллергенээр нэг зэрэг сорьж онош тодруулж болно. Хяналтын сорилд аллерген уусгаж бэлтгэсэн уусмалаа авна. Сорил тавьж оношлох хугацаа 20—30 минут байх ба зарим тохиолдолд сорил аллергений концентрацийг харгалзан үзэж хэдэн цагаас 2—3 хоног хүртэл хугацаанд ажиглаж болно.

#### СОРИЛЫН ҮНЭЛГЭЭ

а) Арьсны аль ч сорил илрэх шинжээрээ хяналтынхтай адил бол (—) сөрөг урвалд тооцно.

б) Сорил тавьсан хэсэгт хавдахгүйгээр зөвхөн улайсан байвал (+ —) буюу урвалыг тодорхойгүйд тооцож сорилыг дахин хийнэ.

в) Улайж, арьсыг хуруугаараа тэнгилгэн татаж үзэхэд хавдаж нэвчилт үүссэн байгаа нь илэрвэл (+) буюу урвал сулхан, илэрсэнд тооцно.

г) Сорил тавьсан хэсэгт улайж хавдаж нэвчилт үүссэн байгаа нь шууд мэдэгдэж байвал (++) буюу урвалыг дунд зэрэг илэрсэнд тооцно.

д) Сорил тавьсан хэсэгт улайж 10 мм хүртэл голчтой (диаметр), бэлцрүү (волдырь) үүсвэл (+++) буюу урвал тод илэрсэнд тооцно.

е) Сорил тавьсан хэсэгт улайж 10 мм-ээс их голчтой бэлцрүү, нэмэгдэл жижиг тууралт үүсвэл (++++) буюу урвал маш тод илэрсэнд тооцно.

Бэгнэх сорилын аргыг (компрессионные пробы) ихэвчлэн төрөл бүрийн химийн бодисын харшлыг оношлоход (каучук, резин, тосон түрхлэг, эм, шатахуун техникийн тослох материал, зарим уусмал зэрэг) шаардагдах бодисоос зохих тунгаар уусмал ба түрхлэг бэлтгэж хэрэглэнэ.

Сорил, тавих хэсгийн арьсыг спирт шингэн нодын уусмалаар арчиж сайтар ариутгасны дараа сорил уусмалд норгосон жижиг хөвөн марлныг арьсан дээр тавьж бооно. Боолтыг хөдөлгөөнгүй байлгахын тулд шархны лейкопластырээр бэхлэн нааж марль, бинтээр ороох хэрэгтэй. Тавьсан сорилыг 2, 12, 24 цагийн дараа арьсанд илрэх харшил урвалын байдлаар үнэлж оношлоно.

#### СОРИЛЫН ҮНЭЛГЭЭ

а) Сорил тавьсан хэсэгт зөвхөн улайсан байвал (+) буюу урвал сул илэрсэнд тооцно.

б) Улайхын хамт уг хэсэгт нэвчилт үүсч (инфильтрат) хавдсан бол (++) буюу урвал дунд зэрэг илэрсэнд тооцно.

в) Улайж нэвчилт үүсч хавдахын хамт бага зэрэг цэврүүтсэн бол (+++) буюу урвал тод илэрсэнд тооцно.

Арьсан дотор тарьж сорих (внутри кожные пробы) аргыг нян ба мөөгөнцрийн харшлын сэжиг бүхий гуурсан хоолойн багтраа, чонын хөрвөс болон халдварын гаралтай, бусад харшил өвчний онош тодруулахад хэрэглэнэ.

Энэ сорил нь арьсан дээр зурах сорилоос бараг 100 дахин илүү мэдрэг юм. Гэвч ихэнх тохиолдолд өвөрмөц хүндрэл илэрдэг онцлогтой. Сорилын шингэн аллергенаа зохих тунгаар нь арьсны дунд ба өнгөн давхрааны хооронд тарина. Үүний тулд хурц үзүүртэй зүү бүхий 0,01 мл-ийн хуваарьтай шприцүүдийг сорилд хэрэглэж сорилын шингэн аллерген тус бүрд нэг нэг шприц шаардагдахаар бэлтгэсэн байна. Сорил тарилга хийсэн хэсэгт нимбэгний хальс адил тав үүсэх ба судсыг гэмтээхгүй байх шаардлагатай. Сорилын тарилга хийсэн шприцээ төвлөрсөн ариутгалгүй бол хоёр цаг гоожуур усны дор тавьж, дараа нь 45—60 минут буцалгаж ариутгасны дараа дахин хэрэглэж болно. Сорил тарилгыг хяналтынхаас 5 см-ийн зайнд 0,01—0,02 мл-ээр тарих бөгөөд нянгийн гаралтай сорилын аллергенийг 0,05—0,1, мл антибиотик эмийн сорилд 0,2 мл буюу 20000—25000 нэгчээр авна. Сорил эерэг (+) байх нь эхний 10—15 минутад чонын хөрвөс, бэлцрүү үүсч, загатнаж улайх зэргээр тодрох ба эерэг (+) бус үед сорил тарилга хийсэн хэсэгт үүссэн улайлт ялимгүй нэвчилт нь 25—30 минутын дараад алга болно. Арьсан дотор тарьсан сорил эерэг (+) үед сорил тарилга хийсэн хэсэгт үүссэн бэлцрүү, улайлт нь 24-өөс дээш цаг хүртэлх хугацаанд байна. Арьсан дор тарих сорилыг онцлог тохиолдолд хэрэглэнэ.

Сорилын үнэлгээ: а) сорилт тарилганд үүссэн бэлцрүү нь хяналтынхаас онцын ялгаагүй бол (+ —) буюу урвал тодорхойгүй гэж тооцно.

б) улайж, 4—8 мм-ийн бэлцрүү үүсвэл (+) буюу урвалыг сулхан илэрсэнд тооцно.

в) 8—15 мм-ийн бэлцрүү хавдалт үүсч улайвал (++) буюу урвал зөвхөн илэрсэнд тооцно.

г) 100 мм-ээс 200 мм хүртэл тэгш бус захтай бэлцрүү үүсч улайвал (+++) буюу урвал тод илэрсэнд тооцно.

д) 200 мм-ээс их голчтой үүсэхийн зэрэгцээ нэмэлт тууралт үрэвсэлтэй бол (+ ± ± ±) буюу урвал эрс тодоор илэрсэнд тооцно.

е) Сэдээж онош тодотгох сорил (Провокационный пробы) Энэ сорилыг арьсны сорилын дүн харшлын судалгааны дүнтэй (анамнез) зөрөх

тохиолдолд оношийг тодотгох зорилгоор хийдэг Онош тодотгох сорил нь харшил өвчнийг оношлох өвөрмөц сайн арга юм. Сорил нь хийгдэх байдлаараа олон янз байна. Үүнд: нүд ба хамрын хөндийд хийх, амьсгалуулах, дааруулах, халаах зэрэг сорилууд орно.

1. Хамрын хөндийд хийх сорил (Эндоназальный тест) Энэ сорилыг хамрын харшил үрэвслийг оношлоход тодотгох зорилгоор хийдэг бөгөөд сорил хийхээс өмнө хамрын 2 хөндий тагжралтай эсэхийг шалгаад чөлөөтөйд нь физиологийн шингэнээр норгосон хөвөн буюу марлин бөмбөлөг тавьж 10-аад минут болгоод авна. Энэ нь хяналт сорил юм. Үүний дараа сорилд зориулсан шингэнээр норгосон дээрх бөмбөлөгөө тавьж 20 минут болгоход найтаах, хамар загатнах, тагжрах, нулимс гоожих, хоолой сэрвэгнэх зэргээр хяналт сорилтын үед үзэгдээгүй шинжүүд илэрвэл сорилыг эерэг (+) гэж тооцно.

2. Нүдэнд хийх сорил (конъюнктивальный тест). Энэ сорилыг ургамлын тоосонцрын харшил өвчний оношийг тодотгох ба эмчилгээ аллергенд тунг тогтооход хэрэглэнэ. Үүнд: шинжлүүлэгч толгойгоо ялимгүй гэдийлгэн дээш харан таван суух бөгөөд эмч аль нэг нүднийг нь зовхи эвэрлэгийг сайтар ажиглан ямар нэг үрэвсэл гэмтлийн шинжгүй бол зүүн гарынхаа эрхийгээр доод зовхийг доош татаж түүний ирмэг дээр баруун гар дахь шприцээр нэг дусал сорил шингэн тусаана.

Шприцийн зүү нь мохоо үзүүртэй байх хэрэгтэй. Нөгөө нүдэнд хяналт сорилын шингэн дусаана. Хоёр нүдэнд мэдэгдэх өөрчлөлтгүй бол сорилыг сөрөг гэж үзнэ. Эхний 1—2 минутад сорил тавьсан нүдний зовхи загатнах нь фенолоос шалтгаалах бөгөөд энэ нь дорхноо болино.

Сорилыг 5 минутын дараа үнэлж тооцно.

### СОРИЛЫН ҮНЭЛГЭЭ

а) Сорил тавьсан нүдний зовхин дахь нулимсны цорго үл мэдэг улайвал тодорхой бус буюу (+ —) урвал гэнэ.

б) улайхын хамт загатнавал (+) буюу урвал сулхан илэрсэнд тооцно.

в) Хэрэв сорил тавьсан нүдний зовхины салст эвэрлэг нь улайж, загатнавал (+ +) буюу урвал дунд зэрэг илэрсэнд тооцно.

г) Сорил тавьсан нүдний зовхи эвэрлэг нь улайж, хүчтэй загатнан нулимс гоожих, найтаах зэрэг шинж илэрвэл урвал тод (+ + +) илэрсэнд тооцно.

3. Амьсгалуулах сорил (ингаляционный тест)

Энэ сорилыг гуурсан хоолойн багтраа өвчнийг оношлоход хэрэглэнэ. Аллерген шингэнийг шүршигч аэрозолийн тусламжтайгаар өвчтөнд амьсгалуулна.

Уушгины амьсгалын багтаамж 10% хүртэл буурч, бронхоспазм үүссэн бол сорилыг (+) хэмээн тооцно.

4. Дааруулах сорил (Холодовая проба). Энэ сорилыг архаг чонын хөрвөс өвчнийг оношлоход хэрэглэнэ. Гарын шууны арьсан дээр мөсний хэлтэрхий тавьж бинтээр ороож боогоод 3 минут орчим байлгана. 10 минутын дараа мөс байсан арьсны хэсэгт бэлцрүү илэрвэл сорилыг эерэг (+) хэмээн тооцно.

5. Халаах сорил (Тепловая проба). Халаах сорилыг чонын хөрвөс өвчнийг оношлоход хэрэглэнэ. Гарын шууны алган талын арьсан дээр (40—42° температуртай) халуун устай хуруу шиллийг 15 минут тавина. Шилний ёроол хүрсэн арьсны хэсэг улайж загатнан бэлцрүү үүссэнээр сорилыг (+) эерэг хэмээн тооцно.

6. Хэлэн дор хийх сорил. Энэ нь нунтаг хатуу эмээр сориход тохиромжтой. Үүнд: сэжиглэгдэж буй эмээ хэлэн дор нэг удаа уух тунгаар тавьж шимүүлэн 20—30 минут залгуулна. Хэрэв уг эмэнд харшилтай бол эмээ залгиснаас хойш 20 минуугаас 2 цагийн дотор өвчтөний биеэр нь гэнэт загатнаж, чонын хөрвөс, янз бүрийн биржрүү туурч, огнуулж бөөлжих, суулгах заримдаа амьсгал давхцаж багтрах, шокод орох зэрэг шинж тэмдэг илэрнэ.

### СОРИЛ ОНОШЛОГООНЫ ДҮНГЭЭС:

1977—1982 онд Улсын клиникийн төв эмнэлгийн харшил судлалын төвд сорил шинжилгээнд хамрагдсан 3808 өвчтөний 1738 (56%) нь төрөл бүрийн халдварын бус гаралтай, харшлаар өвчилсөж нь оношлогдов. Өвчлөгсдийн 88,5% (1534) нь төрөл бүрийн ургамлын тоосны, 3,9% (67) нь химийн төрөл бүрийн бодисоос, 3,8% (65) нь янз бүрийн эмийн, 1,3% (23) нь үйлдвэр ахуйн тоосны, 2,5% (44) нь хорхой шавьж, хоол хүнс, үс ноосны харшьяар өвчилсөн байв.

Ургамлын тоосны харшлаар өвчлөгсдийн 84% нь буюу 1288 өвчтөн нь шарилж, 7% (108) нь ерхөг, 2,9% (45) нь арвай, 2,6% (40) нь лууль, 0,9% (14) нь биелэг, 0,8% (12) нь согоовор, 1% (15) нь улиас, 0,5% (7) нь бургас, 0,1—0,06% (1—2) нь шинэс, бударганы төрлийн ургамлын тоосны харшлаар тус тус өвчилсөн байна. Ургамлын тоосны аллергенд илэрсэн харшил сорилын үнэлгээ өвчлөгсдийн 42,8%-д эрс тод, (+ + + +), 37,4%-д тод (+ + +), 14,9%-д (+ +), дунд зэрэг 7,6%-д (+) сул байв.

Харшлын сорил урвал нэг өвчтөнд ганц ба олон тоогоор илэрдэг. Ургамлын тоосны харшлаар өвчлөгсдийн 1127 нь нэг төрлийн, 146 нь хоёр төрлийн, 6 нь гурваас-таван төрлийн ургамлын тоосноос харшилж өвчилсөн нь нотлогдлоо.

Химийн төрөл бүрийн бодисоос харшлан өвчлөгсдийн (22) 32,8%-д хлорамин (8) 11,9%-д иод, (6) 8,9%-д солярка, (5) 7,5%-д хлорфост, (4) 6%-д бензин, (3) 4,5%-д формалин, трихлорфон, (1—2) 5—2,9%-д хүхрийн хүчил, ацетон, хромын будагны харшил өвчин илрэв.

Төрөл бүрийн эмнээс харшлагчдын 52,3% (34) пеннициллин, 15,4% (10) стрептомицин, 13,8% (9) дициллин, 6,2% (4) стрептоцид, 19,5% (1—2) биоминцин, витамин С, квиносеитил, люминал, инсулин, сирпар, сульфадемидин зэрэг эмийн харшил илэрлээ.

Антибиотикийн бус эмүүдээс сульфанилемидийн төрөлд бусдаас илүү их харшлан өвчилсөн байв.

Бусад төрлийн аллергенд харшил сорил илэрсэн байдлыг үзэхэд 54,5% (24) ялаа, 20,5 (9) загасны тэжээл, 16% (7) малын үс ноос, 4,5% (2) тахианы өд ба хоол хүнснээс, мах консерв гурилаас тус тус харшлан өвчилсөн байв.

Үйлдвэр ахуйн тоосоор харшлан өвчлөгсдийн 47,8% (11) архивын тоос, 17,4% (4) гэрийн тоос, 13% (3) ноос үс, ялгах цехийн тоос үлдэх, 21,3% (5) цаас, хивс, хөвөнгийн тоосны харшил өвчин тус тус илрэв.

ДҮГНЭЛТ. Судалгаанаас үзэхэд манай оронд халдварын бус гаралтай харшил өвчин, ялангуяа улирлын чанартай төрөл бүрийн ургамлын тоосны харшил түүний дотроос шарилжийн тоосны харшил өвчин их байгаад анхаарч, эмнэлгийн байгууллагууд харшил өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх, оношлож эмчлэх талаар зохистой арга хэмжээ авах шаардлагатай байна.

Харшил өвчнийг арьсны сориллоор оношлох нь өвчтөнд ямар ч хор нөлөөгүй бөгөөд үр дүнтэй арга учир хөдөө орон нутгийн эмнэлэг, кабинетуудын ажилд хэрэглэхэд тохиромжтой юм.

Хөдөө орон нутгийн онцлог байдлыг харгалзан орон нутагт шаардлагатай янз бүрийн сорил аллергенуудыг олж бэлтгэж хуваарилах, дүн мэдээг цаг тухайд нь авч нэгдсэн судалгаа тооцоотой ажиллах нь харшил судлалын төвийн үйл ажиллагаа, харшил судлалын зарим асуудлыг шийдвэрлэхэд чухал ач холбогдолтой болно.

Харшил өвчнийг оношлох арьсны сорилын аргын зэргэцээ цаашид иммунологи, гематологи, лабораторийн орчин үеийн судалгаа шинжилгээний зарим нарийн аргыг хослон хэрэглэж, уул өвчнийг төгс оношлох явдал чухал шаардлагатайг харгалзан харшил судлалын лабораторийн мэргэжилтэн бэлтгэх, гадаадаас нарийн мэргэжлийн мэргэжилтэн урьж ажиллуулах, зохих материаллаг баазтай болгох нь зүйтэй юм.

#### АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. А. Д. Адо, Л. М. Ишимова—«Патологическая физиология». М., 1980. VI, 125—143
2. А. Д. Адо—«Руководство по патологической физиологии» Т. 1, М., 1966. XI, 114—122.
3. А. Д. Адо, А. А. Польшнер под ред.—«Современная практическая аллергия». Мед. газ. М., 1963.
4. В. А. Адо.—Аллергия «Наука и жизнь». 5. 1980. 97—101.
5. В. А. Адо.—«Осторожно Аллергия» М., 1980.
6. Под ред. Н. М. Бережной—«Механизм формирования аллергических заболеваний и принципы терапии» Киев. 1981.
7. И. С. Гушин—«Аллергия» Знание. 1973. 9.
8. А. Х. Канчурин—«Поставакциональные аллергические реакции и аллергены». М., 1974
1. В. А. Фрадкин—«Аллергены» М., 1978

#### ПРОВНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

О. Лхамсурен, Б. Сангидорж

Данные исследований особенно последних говорят о постоянном росте уровня заболеваемости аллергией и ее распространенности в различных странах мира. Это явление рассматривается в прямой зависимости от изменений окружающей среды, и происходящей научно-технической революции, от темпов общественного прогресса и развития производства, от широкого внедрения химизации в сельское хозяйство и другие отрасли экономики. Наряду с этим оно изучается и в непосредственной связи с особенностями климатических и географических условий, специфической флоры данного района и многими другими внешними факторами.

По данным многих авторов из различных стран мира наблюдается резкое повышение уровня заболеваемости аллергией особенно за последние 50—60 лет.

Многие ученые работают над вопросом и диагностики, лечения и профилактики данной болезни.

В результате наших исследований выявлено аллергическое заболевание у 1733 пациентов, которое составило 56,5% от общего числа обследуемых. Среди них поллинозами болеют 1534 человек которые составляют 88,5% от общего числа больных. Число страдающих аллергией вызванной химическими веществами

—3,9% (67), лекарственной аллергией 3,8 (65), промышленной и бытовой пылью 1,3% (23), из прочих аллергенов 2,5% (44).

Исходя из данных, подготовка специалистов аллергологов и организация медицинской службы аллергии становится одной из актуальных проблем в нашей стране.

Редакцид ирсэн 1985. 12. 01.

С. ХАНДСҮРЭН, В. В. ПЕТРЕНКО (Анагаах ухааны дээд сургууль)

## ХҮН ХОРСЫН ЗАРИМ АЛКАЛОИД БА АЛКАЛОИДЫН НИЙЛБЭРИЙН ХӨДЛӨЛ ЗҮЙ

Монгол оронд ургадаг, тропаны алкалоид агуулдаг ургамлын дотроос чисэнцэрийн овгийн ягаан хүн хорс алкалоид ихтэй нь юм (1, 2). Гадаад орноос худалдан авдаг гуа хатан (белладонна)-г орлуулан хэрэглэх боломжийг судлах зорилгоор хүн хорсын алкалоидын чанарын ба тооны найрлагыг тогтоох нь чухал.

Бид ягаан хүн хорсын газрын дээрх ба доорх хэсгийн алкалоидын чанарын найрлагыг цаасан хроматографийн аргаар судалж (3), үүгээр ягаан хүн хорс нь алкалоидын чанарын найрлагаараа ЗХУ-д ургадаг гуа хатан болон хүн хорсуудтай төстэй болохыг тогтоов (11—13).

Энэ удаагийн судалгаагаар манай орны нөхцөлд ягаан хүн хорсын түүх хугацааг тодорхойлох зорилгоор түүний ургацын үе шатайд зарим алкалоид ба алкалоидын нийлбэр хэмжээ хэрхэн өөрчлөгдөж байгааг судлах зорилго тавив. Судалгааны объект болгон Улаанбаатарын орчим ургасан хүн хорсын газрын дээрх ба доорхи хэсгүүдийн ургацын үе шатаар нь цуглуулан авав.

Хэвлэлийн тоймоос үзэхэд чисэнцэрийн овгийн ургамлуудын алкалоидын нийлбэрийн тооны хэмжээг тодорхойлоход ургамлын алкалоидыг суурьт шилжүүлээд цаашид ацидиметрийн аргаар тодорхойлдог эзэлхүүний аргыг хэрэглэж иржээ (2,5—7,10. 14).

Бид шинжилгээний аргачлалыг сонгон авахын тул дараахь аргуудыг харьцуулан туршиж, Н. И. Либзовын жингийн арга, ЗХУ-ын Х фармакопейн арга, бидний дэвшүүлж байгаа эзлэхүүн-дихлорэтаны арга, Либзовын арга бол удаан хугацаа хөдөлмөр шаарддаг олон дахин цэвэрлэхэд алкалоидын алдагдал гардаг учир бид цаашдын судалгаанд энэ аргыг хэрэглэсэнгүй. ЗХУ-ын Х фармакопейн арга бол эфирээр алкалоидыг ялгадаг ба бидний судалгаагаар эфир нь алкалоидыг бүрэн төгс ялгаж чадахгүй байсан учраас энэ аргыг тохиромж муутай гэж үзсэн болно.

Бидний судалгааны дүн ба хэвлэлийн тоймыг үндэслэн ягаан хүн хорсын алкалоидын нийлбэрийн хэмжээг тодорхойлоход эзлэхүүн-дихлорэтаны аргыг сонгон авсан юм.

Нарийн хэмжсэн 10,0 гр хуурай түүхий эдийг 7 мл аммиакийн хүчтэй уусмалаар шүлтлэгжүүлээд 10 минутын дараа 100 мл дихлоретан нэмж сэгсрэх багажин дээр 3 цаг сэгсэрнэ. Дихлоретанан ялгамлыг хэмжээтэй цилиндрт шүүж хийгээд, эзлэхүүнийг хэмжиж дараа нь 1%-ийн давсны хүчлийн уусмалаас 20, 15, 15, 10 мл-ээр авч алкалоидыг бүрэн ялгартал эстракци хийнэ. (цахнуур-вольрамын хүчлийн 2%-ийн уусмалд шалгана). Хүчиллэг ялгамалыг аммиакийн уусмалаар шүлтлэгжүүлж (фенолфталеинаар шалган), алкалоидыг хлороформоос 20, 15, 15, 10 мл-ээр авч ялгаад, хлороформон ялгамлыг усгүй натрийн сульфат бүхий шүүлтийн цаасаар хуурай колбонд шүүж хийнэ. Хлороформыг вакуумаар ууршуулж 1 мл болгоод үлдэгдэл хлороформыг агаараар үлээлгэж дэгдээнэ. Алкалоидын суурин дээр 30 мл 0,01 Н давсны хүчил нэмээд бага зэрэг халааж уусгана. Энэ уусмал дээр 2 мл метилийн улааны уусмал нэмж хүчлийн илүүдлийг 0,01 н. натрийн шүлтийн уусмалаар шар өнгөтэй болтол титрлэнэ. Алкалоидын нийлбэрийн хэмжээг дараахь томъёогоор бодно.

$$X = \frac{(30-v) \times 0,00289 \times 100}{a}$$

a—дихлоретанан ялгамлын эзлэхүүнд тохирсон жин

v—хүчлийн илүүдэлд зарцуулагдсан 0,01 н натрийн шүлтийн эзлэхүүн, мл.

Алкалоидын дотор агуулагдаж буй гиосциаман, скополамины процентын хэмжээг тус тусад нь тооцохын тул цаасан хроматографийн аргаар 2 алкалоидыг тусгаарлан дараа нь 0,01 н давсны хүчлээр титрлэнэ (4, 8, 9). Хроматографаар ялгасан алкалоидын нийлбэрийг титрлэхэд үүссэн алкалоидын давсыг шилжүүлж, гарсан алкалоидыг нийлбэрийг ашиглана. Алкалоидуудын суурнуудыг 70 градусын этанолд уусгаад тэр уусмалаа хоргодоггүйгээр 25 мл-ын хэмжээт колбонд шилжүүлж 70 градусын этанолаар хэмжээнд нь хүргэнэ.

Алкалоидуудыг хроматографаар ялган тусгаарлах нөхцлийг боловсруулахдаа хроматографийн цаасанд калийн хлоридын 0,5 молийн уусмалыг шингээж, 5%

СН<sub>3</sub>СООН-ээр ханасан бутанол—1 систем ашиглах, хроматографийн цаасан дээр дусаах бодисын концентрацийг тогтоох туршлагауд урьдчилан хийв. Эдгээрийн үндсэн дээр гиосциамин, скополамин хоёрыг тус тусад нь тодорхойлох дараахь аргачлалыг боловсруулав.

Алкалоидын нийлбэрийн тооны хэмжээг тодорхойлсны дараахь алкалоидын холнимгийг суурьт шилжүүлээд 25 мл-ын хэмжээт колбонд хийж 70 градусын этанолд уусгана. Энэ уусмалаас тодорхой хэмжээний уусмалыг микропипеткаар хэмжиж 0,5 молийн калийн хлорид шингээсэн хроматографийн цаасны гарааны шугаман дээр дусаана. Ингэж бэлтгэсэн хроматографийн цаасыг 5% СН<sub>3</sub>СООН-ээр ханасан Бутанол—1 систем бүхий 40 см өндөр, 25 см диаметртэй саванд 10—12 цаг байлгаж хроматографи явуулна. Хроматографийн цаасан дээр гиосциамин, скополамин хоёр хоорондоо зайтайгаар зурвас үүсгэн ялгарна. Гиосциамин, скополамин зурвасуудыг тус тусад нь салгаж хайчлаад цаашид жижиг ширхэг болгож хуваана. Нэг хэсэгт нь гиосциамин, нөгөө хэсэгт нь скополамин байх ёстой. Энэ хэсгүүдийг тус тусад нь 50° этанолоор (20, 15, 15, 10) усан банин дээр экстракци явуулж спиртэн уусмалыг бөөрөнхий ёроолтой колбонд шүүж усан банин дээр халаан (вакуум) органик уусгагчаас салгана. Дараа нь 10%-ын аммиакийн уусмалаар шүлтлэгжүүлж алкалоидуудын суурийг тав таван мл хлороформоор 4—5 дахин экстракци явуулж ялгана. Хлороформон уусмал дээр усгүй натрийн сульфат хийж 1 цаг хатаагаад мөн усгүй натрийн сульфаттай шүүлтийн цаасаар шүүж цаасыг 5 мл хлороформоор 2 дахин угааж, уусгагчийн вакуумаар нэрж салгана. Үлдэгдэл дээр нь 15 мл 0,01 н давсны хүчлийн уусмал нэмж усан банин дээр жаахан халааж уусгаад 2 дусал метилийн улааны уусмал нэмж хүчлийн илүүдлийг 0,01 н натрийн шүлтийн уусмалаар шингэнийг шар өнгөтэй болтол титрлэнэ. Алкалоид тус бүрийн тооны хэмжээ дараахь томъёогоор бодно.

Хүснэгт 1

Хүн хорсын газрын дээрх хэсгийн алкалоидын нийлбэр ба скополамин, гиосциамины хэмжээ (ургалтын үе шатаар)

Ургалтын Үеүд	Ургам-лын эрхтэн	Алка-лондын нийлбэр	Метрологийн Үзүүлэлт	Гиосциамин		Скополамин	
				түүхий эдэд	алк-ийн нийл-бэрт	түүхий эдэд	алк-ийн нийл-бэрт
Ургамал ургаж эхлэх үе	Навч	1,212 1,226 1,226 1,260	$X=1,231$ $S=0,0202$ $S_x=0,0101$ $E_a=0,032$ $A=1,231 \pm 0,03$	0,494	40,1	0,478	38,8
Цэцэглэл-тийн үе	Навч цэцэг	0,813 0,794 0,806 0,810	$X=0,806$ $S=0,0066$ $S_x=0,0033$ $E_a=0,0105$ $A=0,806 \pm 0,01$	0,378	46,9	0,432	53,1
	Иш	0,783 0,771 0,798 0,780	$X=0,783$ $S=0,011$ $S_x=0,005$ $E_a=0,016$ $A=0,783 \pm 0,016$	0,387			
Үр боловс-рох үе	Навч, цэцэг	0,224 0,310 0,320 0,286	$X=0,285$ $S=0,043$ $S_x=0,021$ $E_a=0,067$ $A=0,285 \pm 0,067$	0,14	49,1	0,08	28,0
	Иш	0,282 0,361 0,361 0,325	$X=0,032$ $S=0,037$ $S_x=0,0185$ $E_a=0,057$ $A=0,332 \pm 0,057$	0,165			

Хүн хорсын газрын доорхи хэсгийн алкалоидын  
нийлбэр скополамин, гиосциамины хэмжээ  
(ургалтын үе шатаар)

Ургалтын Үеүд	Ургам- лын эрхтэн	Алка- лондын нийлбэр %	Метрологийн Үзүүлэлт	Гиосциамин		Скополамин	
				түүхий эдэд %	алк-ын нийл- бэрт %	түүхий эдэд %	алк-ын нийл- бэрт %
Ургамал ургаж эхлэ- хээс өмнө	Үндэс	0,520 0,687 0,559 0,559	$X=0,581$ $S=0,073$ $S_x=0,036$ $E_a=0,115$ $A=0,581 \pm 0,115$	0,350	60,2	0,224	38,2
Ургамал ур- гаж эхлэх үе	Үндэс	0,315 0,491 0,318 0,318	$X=0,380$ $S=0,089$ $S_x=0,044$ $E_a=0,140$ $A=0,380 \pm 0,140$	0,192	50,0	0,129	33,9
Цэцэглэлт	Үндэс	0,481 0,516 0,456 0,481	$X=0,483$ $S=0,08$ $S_x=0,604$ $E_a=0,128$ $A=0,483 \pm 0,128$	0,302	62,5	0,086	17,8
Үр боловс- рох үе	Үндэс	0,526 0,518 0,515 0,520	$X=0,519$ $S=0,0047$ $S_x=0,0023$ $E_a=0,0073$ $A=0,519 \pm 0,0073$	0,235	45,2	0,023	4,4
Газрын дээрх	Үндэс	0,68 0,66 0,68 0,66	$X=0,670$ $S=0,0115$ $S_x=0,0057$ $E_a=0,0132$ $A=0,670 \pm 0,0182$	0,289	43,1	0,151	20,0

$$0\% \text{ гиосциамин} = \frac{(15-a) \times 0,00289 \times U_1 \times 100}{v \times U_2}$$

a—0,01 н натрийн шүлтийн уусмалын эзлэхүүн, мл

v—Түүхий эдийн жин, гр

$U_1$ —Алкалоидын нийлбэр агуулсан уусмалын эзлэхүүн, мл.

$U_2$ —Хроматограмм дээр дусаасан эзлэхүүн, мл

Скополаминыг тооцох үед 0,00289-ын оронд 0,00303-аар бодно. Тооны тодорхойлолтын дүнг (Хүснэгт 1, 2-г) харуулав.

Хүснэгтэнд өгөгдсөн үзүүлэлтэнд шинжилгээ хийж үзэхэд хүн хорсын газрын дээрх ба доорхи хэсгүүдэд ихээхэн хэмжээний алкалоид байгаагаас гадна ургацын үе шатад алкалоидын нийлбэрийн ба гиосциамин, скополамины хэмжээнд хөдөлгөөн гарсан байна. Хүн хорсын газрын дээрх хэсэгт түүний ургаж эхлэх ба цэцэглэлтийн үед алкалоид их хэмжээтэй агуулагдаж байхад газрын доорх хэсэгт ургамал цухуйж эхлэх ба хатаж унах үед алкалоид их байна. Онцлог нь гиосциамин ба скополамины хэмжээ бараг адилхан байна.

ДУГНЭЛТ: 1. Хүн хорсын түүхий эдийн алкалоидын нийлбэр нь алкалоид тус бүрийн хэмжээг тогтоох тооны тодорхойлолтын аргачлал боловсруулав.

2. Ургацын үе шатанд хүн хорсын газрын дээрх ба доорхи хэсэгт агуулагдах алкалоидын нийлбэр хэмжээ өөрчлөгдөнө. Газрын дээрх хэсгийн ургаж эхлэх ба цэцэглэлтийн үед алкалоидын нийлбэр хэмжээ 0,8—1,2%-д, газрын доорхи хэсэгт ургамал хатаж унах үед 0,67%-д хүрнэ.

3. Гадаадаас авдаг гуа хатны бэлдмэлүүдийг орлох эх орны үйлдвэрийн бэлдмэлүүдийг бэлтгэхэд түүхий эдийн эх сурвалж нь монгол орны нөхцөлд цэцэглэлтийн үед түүж бэлтгэсэн хүн хорсын газрын дээрх хэсэг болно.

#### АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. В. И. Грубов—Конспект флоры МНР. М, 1955. 240
2. Е. С. Грицаева, А. С. Прозоровский—«Аптечное дело», 1956, IV 25.
3. Н. И. Либизов—«Труды ВИЛАР», 1950, X, 157.
4. Г. К. Никонов—«Аптечное дело», 1956, V, 30.
5. Ф. И. Новиков, А. С. Прозоровский—«Аптечное дело», 1960, IV, 16.
6. Г. К. Никонов—«Аптечное дело», 1957, II, 64.
7. Г. К. Никонов—«Труды ВИЛАР», 1959, XI, 40.
8. В. А. Пешкова—Тезисы докладов научной конференции, посвященной итогам работ за 1961—62. Л. 1963. 117.
9. В. А. Пешкова—Лекарственно-сырьевые ресурсы Иркутской области. 1965, IV, 78.
10. Н. И. Тележко—Ученые записки Пятигорского фармацевтического института. 1967, VI.
11. Л. Н. Шахновский, С. В. Руакова, И. Л. Крылова—В печати.
12. Фармакопея, СССР, X, 1968, 297.
13. С. Хандсүрэн, В. В. Петренко—Анагаах ухааны дээд сургуулийн эрдэм шинжилгээний бичиг. УБ. 1969. 47.
14. С. Хандсүрэн, В. В. Петренко—Хүн хорсын алкалоидын чанарын найрлагыг судлах асуудалд. Анагаах ухаан. УБ, 1970, IV, 29.

#### ДИНАМИКА КОЛИЧЕСТВЕННОГО СОДЕРЖАНИЯ СУММЫ И ОТДЕЛЬНЫХ АЛКАЛОИДОВ В ПУЗЫРНИЦЕ ФИЗАЛИСОВОЙ

С. Хандсүрэн, В. В. Петренко

Разработаны методика количественного определения суммы тропановых алкалоидов в пузырнице физалисовой с использованием объемно-дихлорэтанового метода, а также отдельного определения гиосциаминна и скополамина с применением бумажной хроматографии. Изучена динамика количественного содержания суммы алкалоидов и основных ее компонентов-гиосциаминна и скополамина по фазам развития растения. Сырьем для получения галеновых препаратов взамен импортных препаратов из красавки может быть надземная часть пузырницы физалисовой, собранная в фазе цветения в условиях МНР.

Редакция ирсэн 1985. 11. 15

У. ДОРЖХАНД, Я. ДОНДОГ, Б. СЭЛЭНГЭ (Улсын клиникийн төв эмнэлэг)

#### ДУНД ЧИХНИЙ АРХАГ ҮРЭВСЛИЙН ҮЕД ГАРАХ РЕОАУРОГРАФИЙН ӨӨРЧЛӨЛТ

Цусны эргэлтийн системийн хэвийн болон эмгэг байдлыг таних боломж улам өргөжиж байна. Үүнд реографийн шинжилгээ чухал суурийг эзлэнэ. Реографийн арга нь төвийн болон эрхтэн тус бүрийн цусны эргэлтийн талаар хангалттай, бодит мэдээ өгч чаддаг.

Энэ аргыг ашиглан хүний биеийн янз бүрийн эрхтэний цусны дүүрэлтийн байдлаар өвчин эмгэгийг илрүүлэх, эмчлэх зэргээр түүнд бодит хяналт тавьж байна. Энд бид зөвхөн дунд чихний идээт үрэвслийг (отит) оношлоход реографийн аргыг ашигласан байдлыг авч үзье. Дунд чихний идээт үрэвсэл харьцангуй элбэг тохиолддог. Гавал тархинд хүндрэл өгөх аюултайн дээр дүлий болгох учраас түүнээс урьдчилан сэргийлж эмчилгээг эрт хийх хэрэгтэй.

Оношийг эрт зөв тогтоох, эмгэг процессын хэмжээний талаар тодорхой мэдээ авах нь эмчилгээний аргыг сонгох боломж олгодог.

Гэтэл оношлогооны зорилгоор орчин үед рентген шинжилгээг их хэрэглэж байгаа боловч эмгэг процессын хэмжээ, байрлалтын талаар тэр болгон тодорхой үзүүлэлт гаргаж чадахгүй байна. Мөн рентгенд гарах клиник нь өвчин эхэлснээс хойш 10 гаруй хоног болж байж илэрдэг гэж (2) бичсэнийг бид харгалзвал зохино.

Дунд чихний идээт үрэвслийн гүний хэмжээг тодорхойлоход бэрхшээлтэй байдаг учраас эрдэмтэд энэ талаар үнэн зөв мэдээлж чадах шинжилгээг хайх болсон юм.

ЗХУ-ын Бакширын Анагаах ухааны дээд сургуулийн проф А. И. Бикбаев, С. В. Чуйкин (1982) нар дунд чихний архаг идээт үрэвслийн үед чамархайн ясанд гарах цусан хангамжийн өөрчлөлтийн хэмжээг тодорхойлох зорилгоор реографийн аргыг хэрэглэсэн байна. Үүнийгээ тэд реоаурографи (РАГ) гэж нэрлэсэн байна. Энэ туршлагаар бид чихний өвчний оношлогоонд ашиглах зорилт тавьсан юм.

Судалгааны арга, материал. Бид Японы полиграфийн апаратад БНСЧСУ-д үйлдвэрлэсэн рео үүсгэгчийг холбож, бичлэгийг 25 мм/сек хурдтай, хэлбэлзлийг 0,1 ом хэмжээтэйгээр хийлээ. Энэ шинжилгээг хийх аргыг Х. Х. Яруллин (1967), Г. И. Эниня (1973) В. И. Пальгов, Г. А. Третьякова (1978) нарын сэдсэн үндсэн зарчим дээр тулгуурлав.

Шинжилгээг хийхдээ өвчтөнг хэвтүүлж өөрсдийн зохион бүтээсэн тусгай залгуурыг 2 талын чихний гадна сувагт 2 см орчим гүн оруулж байрлуулсан ба хоёрдох 2 залгуураа 2 чихний арын хөхлөг сэртэн дээр тавив. Ингэж баруун, зүүн чихэнд нэг зэрэг РАГ-ийг хийв.

Харьцуулж магадлан үзэхийн тулд РАГ-ийг 15—54 насны 50 эрүүл хүмүүст хийж дүгнэв.

Бид РАГ-р хийхдээ:

1. Реографийн индекс (Ри) буюу зүрхний агшилтаар ирэх цусны хэмжээг тусгаж цусны дүүрэлтийн хэлбэлзэлт (пульсын) эрчмийн шинжийг гаргав.

2. Анакрат шатны урт артерийн системээр цус гүйх хугацаа ( $\alpha$ )

РИ

3.  $\frac{R_1 - R_2}{R_1 - R_2}$  долгио тус бүрийн реографийн индексыг зэрэг бичсэн ЭКГ-ийн  $R_1 - R_2$ -д харьцуулсан нь цусны эргэлтийн эрчмийг тусгана.

4.  $\frac{\alpha}{T} \cdot 100$  анакрат шатыг зүрхний циклийн үргэлжлэх хугацаанд харьцуулж 100-гаар үржүүлэв. Үүгээр судасны тонус, уян хатан байдлыг тодорхойлов.

5.  $\frac{H}{S}$  систолийн долгионы амплитудыг диастолийн долгионы амплитуданд харьцуулсан нь судасны тонусын өөрчлөлтийг харуулна.

Эдгээр үндсэн үзүүлэлтийг ЗХУ-ын судлаачид А. И. Бикбаев, С. В. Чуйкин нар (1982) хэрэглэсэн байна (1).



Эрүүл хүмүүст РАГ-аар судлаад гаргасан бидний үзүүлэлтүүдийг дээрх хүмүүсийнхтэй харьцуулбал:

Судлаачид	Хүний тоо	$\frac{Pu}{M \pm T}$	$\frac{a}{M \pm T}$	$\frac{\frac{a}{T} \cdot 100}{M \pm T}$	$\frac{H}{S}$ $\frac{H}{M \pm T}$	$\frac{PI}{R_1 - R_2}$
1. А.И. Бикбаев С.Б. Чуйкин	80	1,29±	0,11±	12,3±	1,87±	1,45±
		0,04	0,002	0,06	0,06	0,05
		1,1±	0,14±	16,7±	1,5±	1,3±
биднийхээр	50	0,064	0,0097	1,03	0,072	0,09

Хүснэгт 1-ээс үзэхэд зарим үзүүлэлт дээр нэлээд зөрөөтэй байна.

Дунд чихний архаг эпитимпанит, эпимезотимпаниттай өвчтөнүүдэд хийсэн шинжилгээ

Өвчтөний тоо	$\frac{PI}{M \pm T}$	$\frac{a}{M \pm T}$	$\frac{\frac{a}{T} \cdot 100}{M \pm T}$	$\frac{H}{S}$ $\frac{H}{M \pm T}$	$\frac{PI}{R_1 - R_2}$
10	0,35 ±0,05	0,10 ±0,01	11,5 ±0,18	1,16 ±0,07	0,4 ±0,08

Хүснэгт 2-оос үзэхэд өвчтэй хүмүүсийн РАГ-ийн үзүүлэлт эрүүл хүмүүсийнхээс нэлээд ялгаатай байгаа нь харагдаж байна.

Зөвлөлтийн судлаачид эпитимпанит, эпимезотимпанит хоёрыг тус бүрт нь ялган судалсан боловч гемодинамикийн үзүүлэлт нь ойролцоо байсан тул нэгтгэсэн байв. Ийм учраас бид ангилж үзсэнгүй.

Судалгаанаас үзэхэд зүрхний агшилтаар ирэх цусны хэмжээний тусгал болох реографийн индекс (Ри) нь эрс буурсан, мөн судасны тонусын гажуудлыг харуулсан систолийн амплитудыг диастолынход харьцуулсан (H/S) харьцаа багасан, цусны дүүрэлтийн эрчмийг харуулсан үзүүлэлт (PI) зэгсэн богиноссон байгаа нь дунд чихний

$$R_1 - R_2$$

үрэвсэлтэй хүмүүсийн РАГ-д гарч байна.

Реографийн индекс, систол диастолын амплитудын харьцааны үзүүлэлт багасан цусны дүүрэлтийн эрчмийн шинж буурсан байгаа нь гадаадын судлаачдынхтай тохирч байна.

Дунд чихний үрэвсэлтэй өвчтөний РАГ-ийн бичлэгийг нүдээр харахад тахир шугамын амплитуд эрс буурсан дикрот шүд орой тийш болсон байгаа нь А. И. Бикбаев, С. В. Чуйкин (1982) нарын судалгааны дүгнэлттэй тохирч байна (1).

ДҮГНЭЛТ: 1. РАГ-ийн шинжилгээ нь хийхэд бэрхшээл багатай, өвчтөнд төвөг багатай хялбар арга юм.

2. РАГ-ийн тахир шугаманд тооны анализ хийж үзэхэд реографийн индекс (Ри) систол диастолын амплитудын харьцаа H/S цусны дүүрэлтийн эрчмийг үзүүлсэн PI зэрэг үзүүлэлт багасч буурсан байх нь

$$R_1 - R_2$$

оношлоход чухал ач холбогдолтой болох нь илэрхий байна.

3. РАГ-ийн тахир шугамыг нүдээр харахад өвчтэй чихний бичлэгт амплитуд нь эрс намссан байдаг нь ажиглагдлаа.

4. Энэ аргыг чих хамар хоолойн эмч нар эзэмших, арга барилыг нь улам боловсронгуй болгон онош тодруулах, эмчилгээнд хяналт тавихад өргөн ашиглах нь зүйтэй.

#### АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. А. И. Бикбаев, С. В. Чуйкин—Реоаурография при хроническом гнойном среднем отите. Вестник оториноларингологии. 1982. 1. 26
2. Н. Л. Вознесенский, Д. В. Вачарадзе—Российская респ. науч. практ. конф. Лор тезисы М, 1976, 155—258
3. Г. И. Эпиня—Реография как метод оценки мозгового кровообращения. Рига. 1973.
4. Х. Х. Яруллин—Клиническая реоэнцефалография. 1967.

Применение реоаурографии в диагностике заболевания среднего уха

У. Доржханд, Я. Дондог, Б. Сэлэнгэ

В помощью метода одновременной двусторонней реоаурографий (РАГ) обследовано 50 здоровых лиц в возрасте 15—54 лет и 10 человек больных хроническим эпитимпанитом и мезоэпитимпанитом

Выявлены незначительные различия показателей гемодинамики среднего отита у здоровых лиц по сравнению с данными зарубежных авторов.

Результаты РАГ больных показали снижение реографического индекса (РН), соотношения амплитуд и диастолы (Н/С), отношения  $RH(R_1-R_2)$ , характеризующего степень кровонаполнения

Доступность, безредность и информативность данного метода позволяют рекомендовать его к широкому использованию для ранней диагностики заболеваний среднего уха и контроля результатов соответствующей терапии.

Редакцид ирсэн 1986—02—03.

Л. В. КОБЗАРЬ (ЗХУ-ын Бүх Холбоотын эм зүйн эрдэм шинжилгээний төв институт)

Л. ХҮРЭЛБААТАР, С. АЮУРБУНИА (Улсын эм хангамж үйлдвэрлэлийн газар)

#### ЭМИЙН ХЭРЭГЦЭЭНИЙ ХЭТИЙН ТӨЛВИЙГ ТОДОРХОЙЛОХОД ЭКСПЕРТИЙН ХАМТЫН ШИНЖИЛГЭЭНИЙ АРГЫГ ХЭРЭГЛЭХ БОЛОМЖ

Тус улсын антибиотик эмийн хэрэгцээний хэтийн төлвийг тодорхойлоход орчин үед өргөн хэрэглэж байгаа экспертийн хамтын шинжилгээний аргыг (1—2) ашиглав.

Экспертийн хамтын шинжилгээнд манай оронд хэрэглэж байгаа 9 бүлгийн 50 гаруй нэрийн антибиотик эмийг хамруулав.

Экспертээр ЭХЯ-ны зөвлөх мэргэжилтнүүд, анагаах ухааны доктор, дэд эрдэмтэд, эрүүлийг хамгаалах, эм хангамжийн удирдах ажилтнууд, нарийн мэргэжлийн эмч, эм зүйч нарыг оролцуулав.

Экспертийн дүгнэлтийг анкетийн асуулгаар авахын тулд хоёр төрлийн анкет бэлтгэв. I дүгээр анкетаар тухайн экспертийн үнэлгээний чадварын коэффициентийг тодорхойлов.

Эмч, эм зүйч нарт тус бүр 3 балл, бусад мэргэжлийн хүмүүст 1 балл, 5 жил хүртэл ажилласан бол 1 балл, 5—10 жилд 2 балл, 10—20 жилд 3 балл, 20-иос дээш жил ажилласан бол 4 балл, зэрэггүй эмч, эм зүйч 1 балл, II зэрэгтэй бол 2, I зэрэгтэй бол 3, дэд эрдэмтэн 4 балл, доктор бол 5 балл, онолын мэдлэг, практик мэдлэг, практик туршлагад тус бүр 3 балл өгөв.

Хүснэгт 1.

Экспертийн мэргэжлийн үзүүлэлтүүд

Мэргэжил (доогуур нь зурах)	Мэргэжлээр ажилласан хугацаа (доо- гуур нь зур)	Эрдмийн цол зэрэг мэргэжлийн зэрэг	Антибиотик эмчил- гээний мэдлэгийн үндэс	үнэлгээ
1	2	3	4	
Эмч	5 жил хүртэл	доктор	1. Онолын мэдлэг (ном хэвлэлээс)	
Эм зүйч	5—10 жил	дэд эрдэм- тэн	2. Эмчилгээний прак- тик мэдлэг	
Бусад Мэргэжил	10—20 жил	Эмч эм зүй- чийн I зэрэг	3. Антибиотик эмээр хангах ажлын практик турш- лага	
	20-иос дээш жил	Эмч, эм зүй- чийн II зэрэг		

2 дугаар анкетаар тухайн экспертийн антибиотик эмийн хэрэглээний төлөвт өгөх үнэлгээг авав.

Хүснэгт 2.

Антибиотик эмийн хэрэглээний төлөв

д/д	Эмийн нэр, тун, боодол	өсөлтийн темп % 1985 оныг 1980 онтой харьцуулахад	өсөлтийн темп % 1990 оныг 1985 онтой харьцуулахад	Хэрэглээ- ний төлөвт өгөх үнэлгээ
1	2	3	4	5
	1. Пенициллиний бүлгийн ан- тибиотикууд			
	А. Байгалийн га- ралтай пени- циллинүүд			
	Бензилпеницилли- ний калийн буюу натрийн давс			
1001	200000 нэгж	104,1	98,5	
1002	250000 нэгж	114,2	103,7	
1003	500000 нэгж	130,8	128,6	
1004	1000000 нэгж г.м	140,5	132,3	

Сүүлийн 10 жилийн антибиотик эмийн зарцуулалтад динамик судалгаа хийж, 1985 оныг 1980 оныхтой, 1990 оныхыг 1985 оныхтой харьцуулахад хичнээн хувь өсөх төлөвтэйг тодорхойлж 2 дугаар хүснэгтийн 3, 4 дүгээр баганад бичсэн болно. Эксперт уг багануудаас эмийн тухайн тун хэлбэрийн хэрэглээний өсөлтийн прогностой танилцаж санал нийлж байвал доогуур нь зурж үгүй бол уг прогнозын хувийг дарж, дэргэд нь өөрийн саналыг хувиар илэрхийлж бичсэн болно. Экспертүүд мөн хүснэгтийн 5 дугаар баганад тухайн эмийн эмчилгээний идэвх, хэрэглээний өсөлтийн төлвийг 5 баллын системээр үнэлсэн болно. Үүнд уг эмийн эмчилгээний идэвх маш сайн, хэрэглээ их өсөх бол 5, эмчилгээний идэвх сайн, хэрэглээ өсөх бол 4, эмчилгээний идэвх дунд зэрэг хэрэглээ нэг хэмжээнд байх бол 3, эмчилгээний идэвх хангалтгүй, хэрэглээ буурах бол 2, гаж нөлөө ихтэй, эмийн өөр хэлбэрээр солих шаардлагатай, орчин үеийн шаардлагаас хочорсон бол 1,0 гэсэн үнэлгээнүүдийг өгөв.

Экспертээр оролцсон эмч нарын үнэлгээний чадварын түвшин 9—19 балл, эм зүйч нарынх 7—19 баллын хэлбэлзэлтэй байв. Нийт 80 экспертийн анкетаас үнэлгээний чадварын түвшин 12-оос дээш балл бүхий 51 экспертийг сонгон авсны дотор 29 их эмч, 22 эм зүйч байв.

Экспертийн үнэлгээг боловсруулах, статистикийн дүн шинжилгээ хийхийн тулд экспертийн үнэлгээг экспертийн үнэлгээний чадвартай харгалзаж тэнцүүлэн дүгнэх аргыг сонгож авав. Экспертүүдийн үнэлгээг харгалзан эм бэлдмэл бүрийн «тэнцүүлсэн дундаж» үнэлгээг дараах томъёогоор тодорхойлов.

$$C_j = \frac{\sum_{i=1}^n C_{ij} \cdot d_i}{\sum_{i=1}^n \alpha_i}$$

$C_j$  — бэлдмэлийн «тэнцүүлсэн дундаж» үнэлгээ  
 $C_{ij}$  — бэлдмэлийг үнэлсэн эксперт бүрийн үнэлгээ  
 $\alpha_i$  — экспертийн үнэлгээний чадварын коэффициент  
 $n$  — экспертийн тоо

Экспертийн тэнцүүлсэн дундаж үнэлгээнээс 3 дугаар хүснэгтэд харуулав.

*Хүснэгт 3*

Антибиотик эмийн «тэнцүүлсэн дундаж» үнэлгээ

Нэрийн код	Эмийн нэр хэлбэр	«Тэнцүүлсэн дундаж» үнэлгээ — $C_j$
5011	Левомецетиний шахмал 0,3×6	2,96
5012	Хлорамфеникол 0,125 № 12	4,27
5013	Хлорцид сироп	3,85
5014	Хлорфид 1,0 (тарилгын)	3,25
5015	Хлорцидын тосон түрхлэг	3,50
5016	Синтомицины шахмал 0,5×6	2,82

Хүснэгт 3-аас үзэхэд левомецетиний бүлгийн эмүүдээс зөвхөн хлорамфениколын хэрэгцээ өсөх хандлагатай, хлорцидын сироп, тарилгын хэлбэр, тосон түрхлэгийн хэрэгцээ нэгэн хэмжээнд левомецетин, синтомицины шахмалын эмийн хэлбэр тохиромж муутай, эмчилгээний идэвх дунд зэрэг, хэрэгцээ буурч байгаа нь харагдав.

Антибиотик эмийн хэрэглээнд хийсэн экспертийн хамтын шинжилгээний дүнгээс үзэхэд пенициллин хягас нийлэг бэлдмэлүүд, тухайлбал ампициллин, оксациллин, цефалоспориний бүлгийн эмүүд, ами-

ногликозидын бүлгээс гентамицин, бусад бүлгийнхээс линкомицин зэрэг эмийн хэрэгцээ эрс нэмэгдэх, бензилпенициллин, бициллин—3, хлорамфеникол, эритромицин зэрэг эмийн хэрэгцээ нэмэгдэх хандлагатай байна.

Харин стрептомицин, левомецетин, синтомицин зэрэг эмийн хэрэглээ буурах, тетрациклиний бүлгийн бүх бэлдмэл, неомицин, мономицин зэрэг эмийн хэрэглээ эрс буурах хандлагатай байна.

Экспертийн хамтын шинжилгээний аргыг цаашид улам боловсронгуй болгож манай оронд хэрэглэж буй бүх эмэнд уг аргаар дүн шинжилгээ хийж, орчин үеийн шаардлагаас хоцорч буй зарим эмийг эмчилгээнээс хасах асуудал боловсруулах, эмийн хэрэгцээг төлөвлөхөд өргөн хэрэглэх шаардлагатай байна.

#### АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Н. Е. Архангельский, С. А. Вахуев—Экспертные оценки и методология их использования М. 1974. 34—36. 84—85
2. Т. К. Кравченко—Процесс принятия плановых решений. М. 1974. 142—144
3. С. М. Ямпольский, В. А. Лисичкин—Прогнозирование научно-технического прогресса. М. 1979. 128—130.

#### ВОЗМОЖНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА КОЛЛЕКТИВНЫХ ЭКСПЕРТНЫХ ОЦЕНОК ДЛЯ ПЛАНИРОВАНИЯ ПЕРСПЕКТИВНОЙ ПОТРЕБНОСТИ В ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВАХ.

Л. Кобзарь, Л. Хурэлбатор, С. Аюурбунна

В настоящем исследовании использован метод коллективных экспертных оценок для планирования перспективных потребностей в лекарственных средствах, в частности в антибиотиках. Определена компетентность каждого эксперта. Для статистического анализа и обработки полученных оценок применен метод взвешивания экспертных оценок с учетом компетентности экспертов. Результатом исследования показана возможность использования метода коллективных экспертных оценок для планирования перспективной потребности в лекарственных средствах.

Редакцид ирсэн 1986. 06. 09

Б. ГОМБО (Эх нялхсыг хамгаалах эрдэм шинжилгээний хүрээлэн)

## ОНОШИЙН ЗӨРӨӨНИЙ ШАЛТГААНЫГ СУДЛАХЫН ПРАКТИКИЙН ХОЛБОГДОЛ

Өвчтөнийг судалж, өвчнийг оношлох нь бүхэлдээ шинжлэх ухааны танин мэдэхүйн асуудал юм. Зөв оношлох нь бэрхшээлтэй төдийгүй өндөр хариуцлагатай байдаг учир оношийг үнэн зөв тогтоох боломж, алдаа гаргах шалтгааныг ачаагаа ухаан байнга судалсаар ирсэн билээ.

Өвчтөний биед байгаа эмгэг процессыг олж мэдэх үйл ажиллагаа (онош) өөрийн тодорхой аргачлалтай, эмчээс өндөр мэдлэг, мэргэжил, дадлага туршлага, санаачилга шаардсан ажил юм. Шинжлэх ухаан эмгэг процессын зүй тогтолыг улам нарийвчлан судлахын хэрээр оношлох арга зүй хөгжин өөрчлөгддөг жамтай ажээ. Гэвч оношлох ерөнхий зарчмыг нийтээр хэрэглэж байгаа бөгөөд энэ нь дэс дараалсан үндсэн 3 хэсгээс буюу үзүүлэлтээс бүрдэнэ. Үүнд:

1. Өвчтөний өгүүлэл түүнийг тодруулж асуух аргаар илрүүлдэг шинжүүдийг оношийн субъектив (хийсвэр) үзүүлэлт гэнэ.

2. Өвчтөний биеийг үзэх, тэмтрэх, чагнах, тогших зэрэг энгийн бодит аргуудаар илрүүлсэн шинж тэмдгүүдийг оношийн объектив (бодит) үзүүлэлт гэнэ.

3. Оношлохын хамгийн хүнд, хариуцлагатай үе нь өвчтөний объектив ба субъектив шинж тэмдгүүдийг эмгэг зүйн холбоонд нягт уялдуулан бодож эцсийн дүгнэлт гаргах үе юм. Энэ үед эмчийн сэтгэн бодох чадвар онцгой ач холбогдолтой. Оношилгооны эдгээр үзүүлэлтийн аль нэгэнд доголдол гарснаас оношийн алдаа гарах нөхцөл үүсдэг.

Өвчнийг буруу буюу дутуу таньсан тохиолдлыг оношийн алдаа гэнэ. Алдаж оношилсон өвчнийг эмчилгээний явцад буюу эмгэг анатомын шинжилгээгээр залруулахыг оношийн зөрөө гэх ба өвчтөнд байгаа бүх өвчнийг таниагүй бол бүтэн, дутуу таньсан байвал хагас зөрөө гэж хувааж үзэж болох боловч энэ нь тун жарьцангуй ойлголт юм. Иймээс оношийн зөрөөг гарч буй хэлбэр, өвчтөнд үзүүлэх холбогдлоор нь үндсэн өвчний, хүндрэлийн, хавсарсан өвчний, байршлын, үүсгэгчийн гэж хуваана. Мөн зөрөөний эдгээр таван хэлбэрийн үүсэн гарах болсон шалтгааныг бодит ба хийсвэр шалтгаантай гэж хуваадаг. Шалтгааныг ингэж хувааж үзэх нь зөрөө гарахад нөлөөлж буй нөхцлүүдийг нарийн тогтоож, арилгах арга хэмжээг боловсруулахад ач холбогдолтой.

Өвчтөний өвчний оношийг эмч алдах бодит шалтгаанд өвчтөн ухаангүй, хүнд ирээд богино хугацаанд нас барах, мөн

тус улс орны нутаг дэвсгэрт урьд өмнө тохиолдож байгаагүй ховор өвчнөөр өвчлөх, оношийг тодруулж батлахад зайлшгүй шаардлагатай зарим нэмэлт шинжилгээ дутагдах зэрэг шалтгаан хамаарах ба ийм нөхцөлд оношийн алдаа гаргах нь эмчийн үйл ажиллагаа, мэргэжил мэдлэгийн түвшингээс төдий л шалтгаалдаггүй.

Харин хийсвэр шалтгаанаар оношийн алдаа гарах нь эмчийн мэдлэг мэргэжлийн түвшин, хувийн хариуцлага, эмнэлэг үйлчилгээний зохион байгуулалттай холбоотой. Ямар ч шалтгаантай байсан оношийн зөрөө гарсан тохиолдол бүрийг шүүн хэлэлцэж, түүний шалтгаанд нарийн задлан шинжилгээ хийж дүгнэх илэрсэн шалтгааны дагууд эмч нэг бүртэй хариуцлага тооцож тодорхой ажил зохиодог.

Энэхүү өгүүлэлд оношийн зөрөөний шалтгаанд зонхилох байрыг эзэлж байгаа зарим зүйлийг тодорхой материал дээр судалсан дүнг тусгав.

Оношийн тохироог нэлээд нарийн авч үзсэн 2500 гаруй өвчний түүх, эмгэг анатомын протоколд судалгаа хийж үзэхэд үндсэн оношийн тохироо 96—96,3% байлаа. Энэ бол өндөр үзүүлэлт юм. Үндсэн оношийн зөрөөний хийсвэр шалтгаан багасаж урьд өмнө манай орны эмнэлгийн практикт таньж эмчилж байгаагүй олон өвчнийг ялган оношилж эмчилснээр тодорхой үр дүнд хүрч байна. Үндсэн онош зөрсөн тохиолдлын 46,6%-ийг зөрөөний бодит шалтгаан эзэлж байгаагийн дотор өвчтөн эмнэлэгт хожуу ирснээс оношлох хугацаа богиносонтой холбоотой байлаа. Гэвч «богино хугацаа» гэдэг харьцангуй ойлголт бөгөөд орчин үеийн оношлогооны аргууд богино хугацаанд оношлох боломж байгаа билээ. Харин энэ хугацааг хэрхэн ашиглах нь эмчийн бүтээлч үйл ажиллагаанаас шууд шалтгаална. Үндсэн оношийн тохироо хүндрэл ба хавсарсан өвчний оношийн тохирооноос 14—20%-иар дээгүүр байгаа юм. Гэтэл өвчтөний тавиланг муутгасан ноцтой хүндрэл мөн үндсэн өвчин ба хүндрэлтэй өрсөлдөж байгаа хавсарсан өвчнийг цаг тухайд нь оношлоход дутагдал байна. Үндсэн өвчний тохироо сүүлийн жилүүдэд тогтвортой нэг түвшинд байгаа бөгөөд харин хүндрэл, хавсарсан өвчний тохироо буурах хандлагатай байна. Үүнд үндсэн хоёр шалтгаан нөлөөлж байна. Эмгэг анатомчдоос эмнэл зүйгээр оношилж чадаагүй хүндрэл ба хавсарсан өвчнийг олж илрүүлэх арга барил дээшилж байгаатай холбоотой юм. Тухайлбал орчин үед хүнд хордлогот өвчин ба цус алдахын үед өвчтөнийг үхэлд

хүргэж байгаа хүндрэл болох цусны судасны доторхи түгээмэл бүлэгнэлтийг эмгэг анатомиор оношлодог болжээ. Ийм ноцтой хүндрэлийг цаг тухайд нь таньж эрчимтэй эмчилгээ хийгээгүйг алдаанд үзэж байгаа ба үзэх ч ёстой юм. Ер нь оношийг анагаах ухааны хөгжлийн өнөөгийн түвшингээс авч үзэхгүйгээр алдааны тухай ярихын аргагүй юм. Нөгөө талаар аль ч хэлбэрийн оношийн алдаанд нөлөөлж буй гол хүчин зүйл бол зөрөөний хийсвэр шалтгаан буюу эмчийн оношлогооны аргатай холбоотой нь судалгаанаас харагдаж байна.

Хүснэгт 1-ээс үзэхэд зөв оношлохын эхний хэсэг буюу хийсвэр шинжилгээний үед багагүй доголдож байгаа нь нлт байна. Оношлох нь эмч өвчтөн хоёрын хооронд явагдаж буй туйлын нарийн үйл ажиллагаа бөгөөд өвчтөн эмчид өөрийн өвчний талаар зөв танилцуулах, эмч өвчтөний өгүүллийг зөв цуглуулах, өвчтөний өгүүллийг хэтрүүлэх буюу дутуу үнэлсэн зэрэгтэй холбоотой гарсан алдаа багагүй хувийг эзэлж байна. Өвчтөний өгүүллийг зөв цуглуулах нь оношлогооны тал хувийг бүрдүүлдэг болохыг эмч нар мэдэх боловч амьдралд тэр болгон хэрэгжүүлэхгүй байна. Заримдаа өвчтөний өгүүллийг оношинд ямарч холбогдолгүйгээр «...өвчтөн биеэ муудахаар түргэн тусламж дуудаж үзүүлээд эмчийн бичсэн эмийг уугаад... биеэ сайжрахгүй болохоор ирлээ» гэх мэт өвчтөний эмгэг процессыг бус харин болсон үйл явдлыг нуршсан тэмдэглэл цөөнгүй байдаг.

Гадаад үзлэг болох тэмтрэх, тогших, чагнах зэрэг оношлогооны бодит аргыг чадамгай эзэмшиж оношилгоонд хэрэглэх, илэрч буй шинж тэмдгүүдийг эмгэг жамын үүднээс дүгнэх талаар анхаарах нь зүйтэй юм. Бодит шинжүүдийг хооронд нь нарийн ялган салгаж үзэхгүйгээс уушгины гуурсан хоолойн ба уушгины үрэвсэл зэрэг нэг эрлэн системийн хоёр өөр өвчнийг хооронд нь хутгаж оношийг бүрхэгдүүлж байна. Эмнэл зүйн шинжээр уушгины гуурсан хоолойн ба уушгины өвчнийг бодит үзлэгээр ялган таних боломж багагүй атал халуурч ханнан амьсгаадвал уушгины үрэвсэл гэж оношлох нь эмнэлгийн практикт их байгаагаас энэ өвчний эзлэх хувь 70—80%-д хүрч байна. Гэтэл шинжилгээ судалгаа болон хот хөдөөгийн зарим эмнэлэг эмч нарын ажиглалт, эмчилгээний аргаас үзэхэд амьсгалын эрхтэний цочмог өвчний дунд гуурсан хоолойн үрэвсэл зойхилж буйг нотолж байна. Энэ хоёр өвчнийг ялган таньж эмчилснээр больницын орны ба эмийн хүрэлцээг сайжруулан улмаар эмнэлгийн дотоод халдварыг багасгах боломж байгааг практикт амьдрал харуулж байна. Бодит үзлэгийн сайн эзэмшиж дадлагажаагүйгээс түүнийг өвчтөнд бүрэн хийхээс зайлсхийж оношийг тун ерөнхий тавих нь алдаа гаргахын томоохон шалтгаан болно. Эмчийн сэтгэн бодох чадвар оношлогоонд хичнээн чухал болохыг эрдэмтдийн бичсэнээс иш татахад эмчийн мэргэжлийг заалгаснаар эмч

болохгүй, сайн эзэмшсэн мэргэжлийн дээр сэтгэн бодох өндөр чадвартай, энэрэнгүй сэтгэлтэй хүн эмч болж чадна» гэжээ.

Сэтгэн бодох чадвараа дээшлүүлэхийн тулд эмч өөрийн оношлогооны ололтонд тайвшралгүй бусдын гаргасан оношийн алдаанд нарийн дүн шинжилгээ хийж түүнээс байнга сурч байхыг эрдэмтэд зөвлөдгийг санаж ажиглах ёстой юм.

Оношийг бататгах буюу үгүйсгэхэд лабораторийн ба аппарат багажийн нэмэлт шинжилгээг оновчтой болгох, шинжилгээний үр дүнг чадамгай ашиглах нь эмч бүрийн үүрэг байдаг. Оношийн зөрөө гаргасан тохиолдолд нэмэлт шинжилгээг цагт нь хийлгүй эсвэл оношинд холбогдолгүй олон шинжилгээнүүдийг дараалан хийлгэж өвчтөнийг чирэгдүүлэн лабораторийн ачааллыг ихэсгэдэг төдийгүй оношийн алдаанд хүрсэн тохиолдол цөөнгүй байдаг. Оношилгооны энгийн бодит аргуудад үндэслэсэн оношийн тодорхой чиггүйгээр олон шинжилгээг хийлгэх нь эмчийн зөв арга барил огт биш юм. Энэ тухай хүүхдийн нэрт эмч Н. С. Маслов хэлэхдээ: «Онош нь энгийн бодит аргуудад үндэслэн тавигдах ёстой гэж би ямагт үздэг. Оношийн тодорхой чигтэй болсон цагт нарийн шинжилгээг хийлгэх бөгөөд шинжилгээний үр дүнг эмнэл зүйтэй нягт уялдуулахгүйгээр эмч лабораторийн «бюул» болж алдааны хойноос алдааг гаргана» гэжээ. Энэ бол аливаа нэмэлт шинжилгээний ач холбогдлыг үгүйсгэж байгаа бус харин эмчийн эмнэл зүйн мэдлэг өндөр байж лабораторийг зөв ашиглаж болохыг заасан байна.

Зөвлөх ба нарийн мэргэжлийн эмч нараас зөвлөгөө авах, эмч нарын зөвлөгөөнийг шаардлагын дагуу зөв зохион байгуулж чадаагүйгээс оношийн алдаа гаргадаг төдийгүй ялангуяа ажлын дадлага, сууж амжаагүй залуу эмч нарыг буруу арга барилд дасгаж болдог. Ажиглалтаас үзэхэд зөвлөгөө авах бэлтгэл хангаагүй буюу оношийг тогтоохын тулд эмчлэгч эмч бүх боломжийг ашиглаагүй тийм тохиолдолд «зөвлөснөөс» мөн зарим нарийн мэргэжлийн эмч мэргэжлийн хүрээнээс хальж чадаагүйгээс асуудлыг зөв шийдэж чадалгүй алдаа гаргаж, зөвлөгөө авах ба өгөхийн нэр хүнд ач холбогдлыг бууруулдаг тал ч байна. В. В. Подвысоцкий бичихдээ: «Эмч бүр өвчтөнд эмгэг судлаачийн өргөн мэдлэгээр хандвал аливаа зорилтыг амжилттай шийдвэрлэнэ» гэжээ. Энэ нь эмч хүн нарийн мэргэжлийн хүрээгээр мэдлэгээ хягаарлаж болохгүй гэсэн үг юм. Мэргэжлээр «явцуурах» хандлага гарч байгааг хэлэх хэрэгтэй бөгөөд эмч хүн оношлоходоо өвчнийг бус өвчтөнийг судалдаг болохоор мэдлэгийн өргөн хүрээ үнэхээр шаардагдах нь ойлгомжтой юм.

Орчин үед олон талын нарийн мэргэжлийн туслалцаа хүчин чармайлтаар оношлох тохиолдол цөөнгүй. Гэвч авсан зөвлөгөө, хийлгэсэн шинжилгээг нэгтгэн дүгнэх нь эцсийн эцэст эмчлэгч эмчид ногдоно. Зарим эмч нар мэргэжлийн зөв-

ОНОШИЙН ЗӨРӨӨНИЙ ШАЛТГААН (%)					
БОДИТ (ОБЪЕКТИВ)			ХИЙСВЭР (СУБЪЕКТИВ)		
ОНОШЛОХ ХУГАЦАА БОГИНО ХОВОР ТОХИОЛДОЛ ГЭХ МЭТ	ӨВЧТӨНИЙ ӨГҮҮЛЛИЙГ ДУТУУ БҮЮУ ХЭТ ҮНЭЛСЭН	БОДИТ ҮЗЛЭГ БА НЭМЭЛТ ШИНЖИЛ- ГЭЭТЭЙ ХОЛБООТОЙ	ЭМЧИЙН СЭТГЭН БОДОХ ЧАДВАРТАЙ ХОЛБООТОЙ	МЭРГЭЖЛИЙН БА НАРИЙН МЭРГЭЖ- ЛИЙН ЗӨВЛӨГӨӨТЭЙ ХОЛБООТОЙ	ЭМЧИЙН МЭДЛЭГЭС ШАЛТГААЛСАН
46,6	4,2	29,0	15,6	2,2	2,4

лөгөө авснаар өвчний явцын дунд тавих анлаарлаа сулруулан хүндрэлийг цагт нь оношлодоггүй дутагдал байна. Өвчтөнд байгаа өвчнийг зөв оношлохын зэрэгцээ байхгүй өвчнийг оношлох хэлбэрээр зөрөө гэргах, үндсэн өвчин ба хүндрэлийг эмгэг жамын дагуу зөв байрлуулж чадаагүй зэргээс онош зөрсөн тохиолдол цөөнгүй байна. Илүү онош тавих, оношийг буруу байрлуулахыг өвчтөн ба эмчийн үйл ажиллагаанд нөлөөгүй гэж үзэж болохгүй юм.

Ер нь оношлох үйл ажиллагаа өөрийн хөгжлийн түүхтэй бөгөөд оношийн үнэн зөв, бодит чанарт зөвхөн анагаах ухааны хөгжил гэдгийг хүмүүсийн соёл иргэншил ч нөлөөтэй байдаг байна. Оношилгооны түүх бол эмгэг процессыг тун ерөнхийгөөс маш нарийнд, эд эсийн түвшинд хүртэл танин мэдэх аргын хөгжил тул эмчийн мэдлэгийн хүрээ оношлох аргаасаа хоцорч болохгүй билээ.

Редакцид ирсэн 1986. 0. 08

Ж. АЛТАНЦЭЦЭГ (Эх нялхсыг хамгаалах эрдэм шинжилгээний хүрээлэн)

### АНТИБИОТИК ЭМЧИЛГЭЭНИЙ ЗАРИМ АСУУДАЛ

Антибиотикийг эмчилгээнд хэрэглэснээр үжил, уушгины үрэвсэл, мэнэн зэрэг өвчнөөр хүүхэд олноор эндэх нь эрс багасаж байна. Гэвч антибиотикийг эмчилгээнд буруу хэрэглэснээс харшил, хордлого зэрэг хүндрэл үүсдэг.

Антибиотикийг бага тунгаар удаан хугацаагаар хэрэглэснээс эмгэг үүсгэгч уг антибиотикт дасдаг. Бүх антибиотикийг дасах хэлбэрээр нь хоёр бүлэгт хуваана.



## Антибиотикт дасах хэлбэр

Аажим дасах хэлбэр		Түргэн дасах хэлбэр	
эмчилгээний идэвхийг бууруулахгүй	эмчилгээний идэвхийг аажимдаа бууруулдаг	эмчилгээний идэвхийг эрс бууруулдаг	
нистатин амфотеррицин В ванкомицин гризеофульвин трихомицин	пенициллинууд хлорамфеникол полимиксинууд цикloserин	тетрациклинууд цефалоспориныуд неомицин канамицин мономицин гентамицин флоримицин	стрептомицинууд эритромицин олеандомицин фузидин линкомицин рифамицинууд

Сүүлийн жилүүдэд антибиотикт харшил нэлээд тохиолдох боллоо. Антибиотикуудын дотроос пенициллины харшил ихсэж байна. Энэ нь практикт пенициллиныг өргөн хэрэглэдэгтэй холбоотой бөгөөд бидний судалгаагаар бага насны хүүхдийн 7,63%-д пенициллины харшил тохиолдож байна.

Антибиотикийн харшлын үед арьс загатнах, биеэр чонон хөрвөс туурах, багтраа дахих, хамрын салст үрэвсэх, нүдний салст улайх, загатнах, мөгөөрсөн хоолой хавагнах, хааяа анафилаксын шок (гаждал цохиулал) болох ч тал бий.

Антибиотикийн харшил илэрмэгц тэр даруй антибиотикийг солих, харшил дарах эмчилгээ хийх, харшил үүсгэж байгаа антибиотикийг хүүхдийн гэрчилгээ, өвчтөний түүх буюу картанд (цусны бүлгийг бичдэгийн адил) тэмдэглэх хэрэгтэй.

## Хүснэгт 2.

## Харшил үүсгэх антибиотикууд

Антибиотикууд	Харшлын хэлбэр			
	Арьсны урвал, арьсны тууралт ихэнхдээ ховор	Анафилаксын шок ихэнхдээ ховор	Анафилаксын урвал ихэнхдээ ховор	Ийлдэст урвал ихэнхдээ ховор
Пенициллин	+	+	+	+
Оксациллин				
Стрептомицин	(арьсны тууралт) +		+	
Целалоспорин	+	+	+	+
Олеандомицин	+		+	
Канамицин	+			
Мономицин	+			
Линкомицин	+			
Неомицин	(арьсны тууралт) +		+	+
Хлорамфеникол	(арьсны тууралт) +	+		
Тетрациклин	(арьсны тууралт) +		+	+
Нистатин	+		+	
гентамицин		+		
полимиксин	+			
	(арьсны тууралт)			
эритромицин	+	+		
тризеофульвин				+
амфотеррицин	+	+		

Антибиотикийг өвчний эхэнд их тунгаар хэрэглэх үед хордлогот урвалын хүндрэл тохиолдоно. Мономицин, канамицин, неомицин, стрептомицин, гентамицин зэрэг антибиоткийг их тунгаар удаан хугацаагаар хэрэглэсний дараа сонсголын аппарат, тэнцвэрийн эрхтэн гэмтэнэ. Стрептомицин, левомецетин, полимиксинийг удаан хугацаагаар хэрэглэсний дараа нүдний мэдрэл гэмтэж болно.

Тетрациклины төрлийн антибиотик хүүхдийн яс, шүднийг, полимик-  
Хүснэгт 3.

Антибиотик хордлогын хэлбэр

Антибиотикууд	Цусны өөрчлөлт										
	ихэнх элэгний ховор	хордлого бөөрний ихэнх ховор	Мэдрэлийн хордлого	эозинсип ихсэх	цагаан цогцос багасах	Тромбоцит багасах	Цагаан цогцос ихсэх	Агранулоцитоз	Цус багасах	Гэдэсний хордлого	
Пенициллин		+	+	+	+				+/-		
Стрептомицин						+		+	+		
Цефалоспорин			+		+	+					
Тетрациклин	+		+		+	+	+		+/-	+	
Эритромицин		+			+					+	
Канамицин			+		+						
Хлорамфеникол			+		+	+			+		
Полимиксин		+	+		+	+		+			
Нитрофуран		+			+	+			+		
Амфотеррицин В	+		+		+		+			+	
Мономицин			+		+						
Неомицин					+						
Нистатин			+		+						
Гентамицин			+		+						
Гризеофульвин						+				+	
Фузидин										+	

син, амфотеррицин В, неомицин, мономицин, канамицин, гентамицин, стрептомицин, эритромицин зэрэг нь элгийг хордуулан, бөөрийг гэмтээж, левомецетин, стрептомицин, амфотеррицин В цусны системд хортой нөлөө үзүүлдэг.

Антибиотикуудыг бага тунгаар хэрэглэхэд өвчнийг сэдрээх, архагшуулан хүндрүүлэх, бие махбодын витамины, ялангуяа гэдсэнд В бүлгийн витамины синтезийг муутгаж, дисбактериоз үүсгэн, биеийн эсэргүүцлийг сулруулна.

Зарим үед антибиоткийг хэтэрхий их тунгаар хэрэглэх үед өвчтөний биед эмгэг үүсгэгч задран хорт бодис ба фермент ялгаруулан гаргаж хордлого үүсгэснээс эмчилгээний шок болох аюултай. Энэ үед хүүхэд чичирч даарах, халуурах, зүрхний цохилт түргэсэх, хөлөрч чацга алдана. Хүндэрвэл биеийн халуун эрс буурч зүрхний ажиллагаа сулран, шээс ялгарах нь багасч ухаан алдана.

Антибиоткийг тохируулан зөв хэрэглэхэд эмгэг үүсгэгчийг анхаарах хэрэгтэй. Эмгэг үүсгэгч стрептококк, пневмококк, инфлюенцын савханцар нь өвчний эхэнд илэрдэг учир нян судлалын шинжилгээ ба антибиотик мэдрэмтгий чанарыг аль болохоор эрт хийж пенициллинээр эмчилнэ.

## Уушгины цочмог үрэвслийн эмчилгээний зарчим

Эмгэг үүсгэгч	Эмчилгээнд хэрэглэх эхний ээлжийн антибиотик	Дараах ээлжийн антибиотик
Пенициллин дасамтгай стафилококк	Оксациллин, диклоксациллин, метициллин, ампициллин, эритромицин	Цефалоспорин, фузидан линкомицин
Пенициллин мэдрэг стафилококк	Пенициллин	Цефалоспорин, линкомицин, ампициллин
Пневмококк стрептококк	Пенициллин	Оксациллин, эритромицин, ампиокс, линкомицин
Клекселла, пневмонни	Гентамицин, сизомицин	Канамицин + левомецетин
Гемофилюс инфлюэнцы	Ампициллин	Хлорамфеникол, тетрациклин, эритромицин
Эшерихи коли	Ампициллин	Цефалоспорин, тетрациклин, хлорамфеникол, канамицин, эритромицин
Хөх идээний савханцар	Гентамицин, карбенициллин	Полимиксин В
Протей мирабилис	Ампициллин	Цефалоспорин, неомицин, канамицин, мономицин, гентамицин, стрептомицин
Протей вульгарис, реттгери, моргани	Карбенициллин	Канамицин, гентамицин
Микоплазма пневмонни	Доксициллин, тетрациклин	Эритромицин, левомецетин

Стафилококкын гаралтай үрэвслийн үед пенициллин дасалтай омог 60—90%-д илэрч байгаа учир пеницилиныг хэрэглэх нь үр дүн өгөхгүй, харин ампициллин, оксациллиныг хэрэглэнэ.

Антибиотик эмчилгээг зөв хийхэд Кирби-Бауэрын шалгуурыг ашиглах хэрэгтэй. (5-р хүснэгт). Дасалтай буюу сул мэдрэмтгий (9—20-ээс доош мм) эмгэг үүсгэгч илэрвэл антибиотикийн их тунгаар юмуу эсвэл ижил үйлчилгээтэй, илүү идэвхтэй өөр антибиотикоор эмчилнэ. Дунд зэргийн мэдрэмжтэй үед (9—20 мм-ээс дээш) антибиотикийн дунд хэмжээний тунгаар эмчилнэ. Өндөр мэдрэмтгий эмгэг үүсгэгчийг антибиотикийн (13—29 мм) дунд хэмжээний тунгаар эмчилнэ.

Антибиотик эмчилгээний гол зорилго бол эд эрхтэн, цус бусад шингэнд эмчилгээний бүрэн нөлөөлөх тунг хүргэхэд оршино. Цусан дахь антибиотикийн хэмжээ нь бактерийн өсөлт үржлийг дарах хамгийн бага хэмжээнээс хоёроос гурав дахин их байвал зохино.

Хүснэгт 5.

Кирби-Бауэрын антибиотик мэдрэмж

Антибиотик	Өндөр мэдрэмж		Дунд мэдрэмж		Сул мэдрэмтгий	
	хэмжээ	Антибиотикийн дундаж тун	хэмжээ	Антибиотикийн дундаж тун	хэмжээ	Дундаж тун
Пенициллин	≥ 29 мм	100—150—200 мянган нэгж/кг	21—18	2,50—400000 нэгж	≤ 20	400—500000 нэгж буюу солих 200-аас дээш буюу солих —, —
Оксациллин	≥ 24	100 мкг/кг	20—23	150—200 мкг/кг	≤ 19	—, —
Метициллин	≥ 18	100 мкг/кг	10—17	150—200 мкг/кг	≤ 9—13	—, —
Гентамицин	≥ 19	1—3 мкг/кг	15—18	3—5 мкг/кг	≤ 13	—, —
Канамицин	≥ 19	10—15 мкг/кг	15—18	20—30 мкг/кг	≤ 14	—, —
Хлорамфеникол	≥ 18—20	30—50 мкг/кг	13—17	50—30 мкг/кг	≤ 12	—, —
Мономицин	≥ 18	10 мкг/кг	14—17	15—25 мкг/кг	≤ 13	—, —
Неомицин	≥ 18	10 мкг/кг	14—17	20—30 мкг/кг	≤ 13	—, —
Олеандомицин	≥ 18	15—20 мкг/кг	13—17	20—30—50 мкг/кг	≤ 12	—, —
Полимиксин В	≥ 13	1,5—2,0 мкг/кг	9—12	2,5—5,0 мкг/кг	≤ 8	—, —
Стрептомицин	≤ 17	0,01 гр/кг	14—16	0,015—0,02 гр/кг	≤ 13	—, —
Тетрациклин	≥ 20	30 мкг/кг	16—19	40 мкг/кг	≤ 15	—, —
Эритромицин	≥ 19	20—30 мкг/кг	15—18	50—80 мкг/кг	≤ 14	—, —
Цефалексин	≥ 17	50 мкг/кг	12—17	100 мкг/кг	≤ 11	—, —
Фузидин	≥ 20	60 мкг/кг	13—19	80 мкг/кг	≤ 12	—, —
Ампициллин	14	100 мкг/кг	12—13	150—200 мкг/кг	≤ 11	—, —
Карбенициллин		100—150 мкг/кг		200—250 мкг/кг		СОЛИХ
Ампиокс		50—100 мкг/кг		100—150 мкг/кг		—, —

Уушгины үрэвслийн хэлбэрээс хамаарах  
эмчилгээ

Уушгины үрэвслийн хэлбэрүүд	эхний ээлжийн антибиотикүүд	дараах ээлжийн антибиотикүүд
Цусан хатгалгаа	Пенициллин	Ампиокс, эритромицин, тетрациклин
Томуугийн дараах хатгалгаа	Оксациллин, диклосациллин, цефалотин	Линкомицин Доксициллин
Уушгины завсрын эдийн үрэвсэл	Доксициллин	Левомецетин Эритромицин
Уушгины буглаат үрэвсэл	Диклосациллин, ампиокс, цефалотин	Линкомицин, гентамицин, + пенкомциин, гентамицин, + левомецетин
Аспирацийн уушгины үрэвсэл	Ампиокс	Доксициллин
Хоёрдогч (антибиотик хэрэглээгүй үед) уушгины үрэвсэл	Ампиокс, Доксициллин	Бисептол, гентамицин, ампициллин, цефалотин
Хоёрдогч (антибиотик эмчилгээ хэрэглэсэн үед) уушгины үрэвсэл	Гентамицин + Ампициллин	Карбенициллин, гентамицин, судсанд полимиксин в эрозолнар

Антибиотикийн тохироо гурван хэлбэртэй байдаг.

1. Индефференцийн тохироо нь антибиотикийн тус бүрийн үйлчилгээнээс илүүгүй;

2. Аддитивын тохироо нь антибиотик тус бүрийн үйлчилгээний нийлбэртэй тэнцүү байна.

3. Синергидын тохироо нь антибиотик тус бүрийн нийлбэр үйлчилгээнээс давуу байна.

Антибиотикууд бактерийн өсөлт үржлийг зогсоодог үйлчилгээтэй байна. Ижил үйлчилгээтэй хоёр антибиотикийг хослон хэрэглэж болохгүй. Учир нь бие биедээ эсрэг нөлөө үзүүлдэг. Бактер үржлийг устгадаг антибиотикуудыг хооронд нь хослон хэрэглэх нь сайн үр дүн өгнө.

## Антибиотик хавсран хэрэглэхийн тохироо

№	Эмгэг үүсгэгч	Антибиотикийн хавсарга	Антибиотикийн нөлөө	
			сенпр-гизм	анти-гонизм
1.	Стафилококк мэдрэмтгүй	пенициллин + хагас синтетик пенициллин + оксациллин + ампициллин	+	ховор хэрэглэнэ)
2.	Стафилококк дасгалтай	оксациллин, ампициллин, цефалоспорин + ампициллин	+	-/+
3.	Пневмококк	пенициллин + тетрациклин	-	+
4.	Ногооруулагч стрептококк	пенициллин + хлорамфеникол	-	+
5.	Хөх идээний савханцар	гентомицин буюу өөр нэг аминоглюкозид + карбенициллин	+	-
6.	Клебсиелла пневмония	цефалотин + гентамицин	+	
7.	Гэдэсний савханцар	цефалотин + гентамицин	+	
8.	Гэдэсний савханцар, протей мирабилис	карбенициллин + ампициллин	+	
9.	хөх идээний савханцар	ампициллин + гентамицин	+	
10.	Гэдэсний савханцар, протей	цефалотин + гентамицин	+	
11.	грам сөрөг савханцар	(пенициллин + аминоглюкозид (стрептомицин, неомицин, канамицин, мономицин, гентамицин)	+	
12.	Энтерококк + стрептококк	пенициллин + стрептомицин ампициллин + гентамицин	+/-	
13.	Скарлатина өвчнийг үүсгэгч	тетрациклин + пенициллин	-	+
14.	Инфлюенц гемофилюс	ампициллин + хлораменикол		+
15.	—,—	стрептомицин + гентамицин тетрациклин + хлорамфеникол		+
16.	—,—	линкомицин, клиндамицин + стрептомицин, глюкозид	+	+
17.	—,—	ампициллин + карбенициллин, карбенициллин + оксациллин		+

Пенициллины төрлийн антибиотикийг неомицин, канамицин, мономицин гентамицинтай хавсран хэрэглэх нь сайн байдаг.

## Антибиотикийн тохироо хавсарга

Өвчний үүсгэгч	Хослуулж хэрэглэх антибиотик
1. Ногооруулагч стрептококк	Пенициллин + стрептомицин
2. Стафилококк мэдрэмтгий	пенициллин + оксациллин
3. Гэдэсний савханцар	оксациллин + ампициллин (ампиокс)
4. Хөх идээний савханцар	ампициллин + канамицин, ампиокс
5. Пенициллин дасалтай стафилококк	ампициллин + гентамицин
6. Кандида мөөгөнцөр	гентамицин + карбенициллин
7. Протей	цефалоспорины + ампициллин, ампиокс
8. Энтерококк	метициллин + пенициллин
9. Агааргүй эмгэг үүсгэгч	тетрациклин + нистатин буюу
10. Эмгэг бактер ба мөөгөнцрийн холимог өвчний үед	фузидин, леворин
11. клебсиелл пневмонийн	ампициллин + гентамицин
12. гэдэсний савханцар + фридлендерын савханцар	ампициллин + канамицин
13. Стафилококк ба гэдэсний савханцараар үүссэн холимог өвчин	цефалоспорины + ампициллин
14. Гэдэсний савханцар + протей	хлорамфеникол + ампициллин
	гентамицин, хлорамфеникол
	тетрациклин + нистатин
	гентамицин + цифалотин
	хлорамфеникол + ампициллин
	оксациллин + ампициллин (ампиокс)
	Ампициллин + канамицин
	ампициллин + гентамицин

Эмгэг үүсгэгч илрээгүй үед антибиотик хэрэглэж болохгүй. Нян тээгч, нууц явцтай өвчний үед болон удаан хугацаагаар нууцлагдсан явцтай халдварын болон вирусын гаралтай өвчний үед бактерийн хүндрэлээс урьдчилан сэргийлэх зорилгоор антибиотик хэрэглэнэ. Мөн стрептококк гаралтай ангин, улаан эсэргэнэ зэрэг өвчний үед хүндрэлээс урьдчилан сэргийлэх зорилгоор пенициллинийг биеийн жингийн нэг кг-д 20—40000 нэгжээр тооцоолон өдөрт хоёр удаа, долоо хоногт хэрэглэнэ. Менингококкоор үүссэн үрэвсэлтэй өвчтөнтэй хавьталтай байсан хүүхдүүдэд пенициллин буюу бициллинийг дөрвөн цагийн дотор таривал үр дүнтэй болно.

Хүснэгт 9.

Нэг шприцэнд хольж болохгүй антибиотик  
ба бусад эм

Антибиотикийн төрөл	Хольж болохгүй эмүүд
пенициллин	стрептомицин
пенициллин	гентамицин
пенициллин	канамицин
пенициллин	неомицин
пенициллин	тетрациклины төрөл + гидрокортизон
пенициллин	эритромицин
пенициллин	хлорамфеникол
пенициллин	витамин С. В
канамицин	глюкозын сул хүчлийн уусмал
канамицин	—, —
гентамицин	метициллин
тетрациклин	карбенициллин
хлорамфеникол	лактаттай уусмал
тетрациклин	—, —
изоназид	кальци, магни, висмут, алюминийн давс
ихэнх антибиотик	парааминосалицилын уусмал
	витамин К (бүтэц өөрчлөгддөг)

Уг эмүүд идэвхгүй буюу хүний биед нэвчин шингэх явцыг зогсоодог.

Антибиотикийн хялбарчилсан эмчилгээг боловсруулахдаа гол анхаарах зүйл нь:

1. Клиник оношийг зөв тогтоох, эмчилгээний үр дүнтэй аргыг сонгоход аль болох эрт нян судлалын шинжилгээгээр эмгэг үүсгэгчийг тодорхойлох, антибиотикийн мэдрэмжийг тогтоох нь чухал ач холбогдолтой байна.

2. Өвчтөний биеийн хувийн онцлог, өвчний явц, эмгэг үүсгэгчийн шинжээс антибиотик эмчилгээний үр дүн хамаарна.

3. Үйлчилгээгээр хамгийн идэвхтэй бөгөөд хор багатай антибиотикийг сонгон хэрэглэх нь ашигтай.

4. Антибиотик эмчилгээний ямар нэгэн хүндрэл, хордлогын онцлогийг нарийн мэдэх шаардлагатай.

5. Антибиотик хэрэглэхдээ өвчтөний цусны ийлдэст уул антибиотикийн хэмжээг тодорхойлон үйлчилгээний тунг гаргах ашигтай.

6. Бактерийн гаралтай өвчний хүнд хэлбэрийн үед болон ямар нэг өөр өвчин хавсрах үед хоёр ба түүнээс дээш антибиотикийг хавсран хэрэглэж болно.

7. Антибиотикийг бага тунгаар, удаан хугацаагаар хэрэглэх үед дисбактериозоос урьдчилан сэргийлэх зорилгоор зубиотик (мексаз, мексаформ) буюу колибактерин, лактобактерин, бификол хэрэглэх нь зүйтэй. Мөөгөнцрийн эсрэг нистатин, фунгицин, леворин зэрэг эмийг хэрэглэнэ.

Редакцид ирсэн 1985. 08. 21

М. ДАШ, Б. БЯМБАА (Мал аж ахуйн эрдэм шинжилгээний хүрээлэн)

Ц. ХАНДЖАВ (Гоц аюулт халдварт өвчнийг эсэргүүцэн судлах газар)

## ХАЧГИЙН РИККЕТСИОЗЫН ШИНЭ ГОЛОМТ

Хачгийн риккетсиоз нь халуурах, биеэр улаан ягаан өнгийн гөвдрүү маягийн эсэргэнэ туурах, анхдагч аффект үүсэх шинж тэмдгээр илэрдэг цочмог халдварт өвчин юм. Зөвлөлтийн эмч М. Н. Байдин 1943 онд манай улсын дорнод хэсэгт тухайлбал, Буйр нуур, Тамсагбулаг, Баян-түмэн, Хамар давааны орчимд хачгийн риккетсиозыг анх оношлосон төдийгүй нэлээд судалгаа хийсэн байна. Судлаач манай орны нөхцөлд хачгийн риккетсиозоор хүмүүс тодорхой шинж тэмдэгтэй өвчлөхөөс гадна шинж тэмдэггүй зөвхөн анхдагч аффект үүсэх, хачиг хазсан талын тунгалгийн булчирхай томорч хөндүүрлэх, бага зэрэг халуурах байдлаар өвчилдөг тухай тэмдэглэсэн байна (1).

Бид 1970-аад оны эцэс 1980-аад оны эхээр хачгийн риккетсиозийн эпизоотологийн талаар (2, 3, 4) зарим судалгаа хийж манай орны умард хэсгийн хүн ам, мал сүрэгт уг өвчин нэлээд тархсан, өвчний үүсгэгчийг байгальд агуулагч нь Д. Нутгалли, Д. силварум зүйл бэлчээрийн хачиг болохыг илрүүлсэн юм. Харин хачгийн риккетсиозын байгалийн голомт монгол орны баруун хэсэгт ч байдаг болохыг доорх баримт гэрчилж байна.

Завхан аймгийн нэгдсэн эмнэлгийн 152 тоот өвчний түүхийн хуулбараас:

Өвчтөн Н. Г., нас 25, ямар нэг халдварт өвчнөөр өвчилж байгаагүй. 1985 оны 4-р сарын 9-нд толгойд нь нэлээд хэдэн хачиг ассан байсныг авч хаясан. Өвчин цочмог эхэлсэн. 1985 оны 4-р сарын 17-нд чичрүүдэс



хурч бие тавгүй болсон, 4-р сарын 18-аас эхлэн долоо хоногийн турш 39°—40° хүртэл халуурсан. Өвчний гурав дахь хоногоос биеэр нь том, жижиг хэмжээний улаавтар эсэргэнэ туурсан.

Өвчилснөөс хойш зургаа дахь өдрөө эмнэлэгт хэвтсэн. Өвчтөний биеийн байдал хүндэвтэр, царай цонхигор цайвардуу, арьс хуурайвтар, нүд гархилсан, зүүн шанааны дээд талд зах нь улаавтар, гол нь харавтар анхдагч аффект үүссэн. Энэ талын чихний доорхи булчирхай томорсон. Бүх биеийн арьсаар том, жижиг хэмжээтэй улаавтар эсэргэнэ гарсан. Их биеийн хэсгээр бүдэг, дөрвөн мөчний, ялангуяа хоёр хөлний орчимд тод, олон тоотой байв. Зүрхний авиа бүдгэвтэр, цусны даралт бага, артерийн даралт 90/50, хэл цайвардуу өнгөртэй, чийглэг, толгой өвдөнө, бүх биеийн булчин шархирна, ууц нуруугаар өвдөнө. Хоолонд дургүй, уушги хоёр талдаа цэвэр цулцангийн амьсгалтай, хэвлий зөөлөн, дүүрэнгүй, элэг дэлүү тэмтрэгдэхгүй.

Улаанц бөөм  $4,428 \cdot 10^{12}/л$ , тромбоцит  $189 \cdot 10^9/л$ , эозинофил 5%, савханцар бөөмт эс—5%, үерхэг бөөмт эс—60%, лимфоцит 26%, моноцит 4%, улаан цогцосын тунах урвал 3 мм/цаг. Ялгадсанд гэдэсний хижгийн нян илрээгүй. Өвчний найм дахь хоногоос биеийн халуун бууж, арав дахь хоногоос тууралт бүдгэрч, арван нэг дэх хоногоос арилж эхэлсэн. Өвчтөний биеийн байдал сайжирсан учир 1985 оны 5-р сарын 15-нд эмнэлгээс гарсан.

Онош: Хачгийн риккетсиоз-хачгийн толбот хижиг

Өвчилснөөс хойш 14 дэх хоногт өвчтөний цусны ийлдсийг ялган авч ЗХУ-ын Москва хот дахь Анагаах ухааны академийн харъяа Н. Ф. Гамалейн нэрэмжит эпидемиологи, микробиологийн хүрээлэнд бэлтгэсэн хачгийн риккетсиозын эсрэг төрөгч, эерэг ийлдэс болон хавсарга, темолизин (цус задлуур) ашиглан МААЭШ хүрээлэнд шинжлэхэд хавсарга холбох урвалаар 1:20, хавсарга аажим холбох урвалаар 1:40 таницад эерэг байв.

Мөн цусны ийлдсийг авч дээрх био-бэлдмэлийг ашиглан хавсарга холбох урвалаар шинжлэхэд 1:40 таницад эерэг дүн үзүүлэв. Ийнхүү серологийн хоёр удаагийн шинжилгээгээр анхны онош батлагдав.

Дээр дурдсан материалуудыг нэгтгэж үзэхэд хачгийн риккетсиозын байгалийн голомт манай орны байгаль газар зүйн янз бүрийн бүсэд тархаж хүмүүс өвчилдөг нь дахин нотлогдож байна. Иймд уг өвчнийг цаг тухайд нь илрүүлж оношлох, эмчлэх, урьдчилан сэргийлэх нь чухал байна. Эмч нар энэ талаар дор дурдсан зүйлийг анхаарах нь зүйтэй. Үүнд: Хачгийн риккетсиозын нууц үе, хачиг хүнд ассанаас хойш 2—13 хоног байдгийг судлаачид тогтоожээ. Нууц үеийн дараа биеийн халуун маш хурдан 38°—39°, түүнээс илүү болж, өвчтөн нойр хоолондоо муудаж, биеийн ерөнхий байдал суларна. Энэ үеэс хачиг хазсан хэсэг үрэвсэн шархлаж анхдагч аффект үүсэн биеийн тэр талын тунгалгийн булчирхай томорч хөндүүр болох, нүүр улайх, толгой, бүх бие шархирч өвдөх, өвчилснөөс хойш 2—4 дэх өдрөөс биеэр нь улаан ягаан өнгийн гөвдрүү маягийн эсэргэнэ туурах зэрэг шинж тэмдэг илэрдэг.

Эсэргэнэ туурах үеэс өвчтөний биеийн ерөнхий байдал улам муудаж толгой, биеийн булчин, ууц нуруугаар өвдөх нь нэмэгдэж, зүрхний ажиллагаа суларч, цусны даралт буурдаг байна. Өвчний 8—10 дахь хоногоос биеийн халуун бууж хэвийн хэмжээтэй болохын хамт, биед туурсан эсэргэнэ арилж эхэлнэ. Үүнээс хойш хоёр дахь хоногоос өвчтөний биеийн зовиур арилах боловч эсэргэнэ, ялангуяа шилбэний хэсэгт удаан хугацаагаар байсаар байна.

Өвчний оношийг дээр дурдсан эмнэл зүйн шинж тэмдэг болон эпидемиологийн байдал (өвчин үүсгэгчийг дамжуулагч хачгийн идэвхжих үе, өвчин гарах хугацаа, өвчний байгалийн голомт бүхий нутаг),

лабораторийн шинжилгээний дүн (серологийн шинжилгээ), өвчтөний цусаар усан гахай халдаасан дүн зэрэгт үндэслэн тогтооно.

Хачгийн риккетсиозоос урьдчилан сэргийлэхийн тулд хүмүүсийг хачиганд хазуулахгүй байх, байгаль орчинд хачгийг (бэлчээр, мал сүрэгт) устгах нь чухал юм. Хачгийн риккетсиозын байгалийн голомт бүхий нутагт ажиллаж, амьдарч байгаа хүмүүс, ялангуяа малчид, мал аж ахуйн мэргэжилтэн нар бэлчээрийн хачгинд хазуулахаас урьдчилан сэргийлэх зорилгоор тусгай хамгаалах хувцастай болох, хачгийн эсрэг химийн бодис (РП—99, РП—122) ашиглах, өөртөө болон нөхөддөө хачиг илрүүлж устгах үзлэгийг нэгээс хоёр цаг тутам хийдэг байх нь зүйтэй юм.

#### АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. М. Н. Байдин—Эндемический очаг клещевой сыпного тифа в МНР. Дис. на соискание ученой степени канд. наук. М, 1973

2. Б. Бямбаа, М. Даш, И. В. Тарасевич, Н. Ф. Фитисова—Разведка риккетсиозов в МНР. Тезисы докладов XVI тихоокеанского научного конгресса, Хабаровск, 1979, 16.

3. Б. Бямбаа, М. Даш, И. В. Тарасевич—БНМАУ-ын хүн амын дунд риккетсиозууд судалсан зарим дүнгээс. «Анагаах ухаан» сэтгүүл. 1984. 1. 24—26.

4. М. Даш, Б. Бямбаа—БНМАУ-д риккетсиозууд судалсан зарим дүнгээс. Академийн мэдээ сэтгүүл. 1979. 1. 49—52.

Редакцид ирсэн 1985—11—25

Д. ЭНЭБИШ, Ц. НАМСРАЙ, Ш. ЖАДАМБАА (Анагаах ухааны дээд сургууль)

#### ЭХИЙН ХӨХНИЙ СҮҮНИЙ ХЭМЖЭЭ, НАЙРЛАГАНД НӨЛӨӨЛӨХ ХҮЧИН ЗҮЙЛС

Бага насны хүүхдийн бие бялдрын хэвийн өсөлт, сэтгэхүйн зөв хөгжил, эрүүл чийрэг бойжилтонд хоол тэжээл онцгой нөлөөтэй. Ийм учраас нялхсын өвчин эндэгдлийг бууруулах зорилгоор хоол хүнсний асуудлыг нарийвчлан судалж байна.

ЗХУ-д хүнсний эрдэм шинжилгээний ажлын төлөвлөгөөнд хүүхдийг эхийн хөхний сүүгээр хооллохыг нэмэгдүүлэх, хөхүүл эхийн сүүг ихэсгэх арга хэмжээг ихээхэн анхаарахыг заажээ.

«Хүүхдийг хөхний сүүгээр тэжээх» тухай асуудал нь ДЭХБ-аас дэвшүүлсэн 2000 онд бүх нийтээр эрүүлжүүлэх программд хамгийн амин чухал зорилтын нэг болж байна.

Иймээс өөрийн орны өвөрмөц нөхцөлд эхчүүдийн хөхний сүүний найрлагыг иж бүрнээр судалж тогтоох нь нэг хүртэлх насны хүүхдийн хоол хүнсний асуудлыг зохистой шийдвэрлэхэд онол практикийн чухал ач холбогдолтой юм. Эхийн сүүний найрлагыг судлахад түүнд эерэг ба сөрөг нөлөөлөл бүхий хүчин зүйлсийг заавал харгалзан үзэж холбож судлах нь чухал.

Эхийн хөхний сүүний хэмжээ, түүний найрлага нь биологи, нийгэм ба бодгаль хүчин зүйлүүдээс хамааран ихээхэн өөрчлөгддөг. Эдгээр хүчин зүйлийн дотор юуны өмнө эхийн хоол тэжээлийн байдал нэлээд хувийг эзэлдэг тухай олон судлаачид дурджээ. (9—11).

Судлаачид, эхийн хоол түүний хөхний сүүний найрлаганд хэрхэн нөлөөлдгийг судлах зорилгоор эхчүүдийг 2 бүлэг болгож 1 бүлэгт хангалттай хооллодог эхчүүдийг, 2-р бүлэгт нүүрс ус голдуу хэрэглэдэг, мах сүүн бүтээгдэхүүнийг тогтмол хэрэглэдэггүй эхчүүдийг хам-

руулан тэдгээрийн сүүний найрлагыг харьцуулан судалжээ. Ингэхэд сүүний өөх тосны хэмжээ 1-р бүлгийн эхчүүдийн сүүнд их (3,5 г%), 2-р бүлгийн эхчүүдийн сүүнд бага (2,9 г%) байсан бөгөөд уургийн бодис, сахарын хэмжээ хоёр бүлгийн эхчүүдийн сүүнд бараг адилхан байв.

Эхийн хоолонд нүүрс ус, уураг, өөх тосыг нэмж өгсний дараа сүүний найрлагыг нь шинжлэхэд уураг 1,64—1,92 г% хүртэл, өөх тос 3,14—3,19 г%, нүүрс-ус 7,13—7,38 г% хүртэл тус тус нэмэгдэж байжээ.

Үүнээс гадна сүүний хэмжээ, найрлага төрсний дараах хугацаанаас хамааран өөрчлөгддөг нь олон судлаачдын судалгааны үр дүнд нэгэнт тогтоогджээ.

Хөхүүл үеийн нэлээд хожуу хугацааны сүүний найрлага, (6 сараас хойш) мөн сүү ялгарах бүхий л үеийн туршид сар бүрээр найрлагыг судалсан жил цөөн байна.

Харин эхийн хөхний сүүг уураг-сүү, шилжилтийн сүү, тогтмолжсон сүү гэж хугацаагаар нь 3 хувааж тус бүрийн найрлагын өөрчлөлтийн талаар олон судлаачид бичжээ. (4, 11, 15)

Эхийн сүүний өөх тос, хөхүүл үеийн туршид ямар нэг хэмжээгээр өөрчлөгддөг. Дунджаар 3,0—3,5 г% байдаг бөгөөд төрсний дараах эхний үед 3,5 г% байснаа сүүлдээ 2,9 г% болж буурдаг байна. Зарим судлаачид хөхний сүүний найрлага дахь өөх тосны хэмжээ төрсний дараах хугацаанаас хамаарч хамгийн их өөрчлөгдөж хэлбэлздэг гэж тэмдэглэжээ. Өөх тосны хэмжээнд төрсний дараах хугацаа, эхийн нас, хоол тэжээлийн байдал аль аль нь нөлөөлдөг байна. Сүүний уураг төрсний дараах эхний 7 хоногт хамгийн их байдаг бөгөөд (2,18—1,75 г%) сарын дараа бага зэрэг буурна. Гэхдээ эхний 6 сард харьцангуй тогтмол байснаа лактацын эцэс рүү 8—9 сартайд нэлээд буурдаг (0,87г%—0,4г%) байна. Судлаачид хөхний сүүний уургийн хэмжээ төрсний дараах хугацаа ахих тутам алгуур буурах хандлагатай гэж тэмдэглэжээ. (4, 9)

Зарим судлаачид эхийн сүүний уургийн найрлагын өөрчлөлтөнд зөвхөн лактацын хугацаа л нөлөөлнө гэж үзжээ. (10).

Харин эхийн сүүний казеин нь төрсний 6—7 дахь хоногоос бий болж хэмжээ нь нэмэгддэг байна.

Эхийн сүүний найрлаганд буй нүүрс ус болох лактоза эхний 3 сард хамгийн их хэмжээгээр агуулагдах ба цаашдаа бага зэрэг буурч харьцангуй тогтмол болдог гэж олон судлаачид тэмдэглэжээ. Мөн лактацын төгсгөлрүү бага зэрэг буурдаг байна.

Эрдэс бодис ч гэсэн төрсний дараахь, эхний сард их байснаа (16, 23 хувь) цаашид аажмаар 10,9% хүртэл буурдаг байна.

Хөхний сүүний хэмжээ, найрлаганд эхийн хоол тэжээл, төрсний дараах хугацаа нөлөөлөхөөс гадна эхийн нас, улирал, байгал, уур амьсгалын бүс, жирэмслэлт, төрөлтийн тоо, эхийн бие, сэтгэхүйн элдэв эмгэгүүд ямар нэг хэмжээгээр нөлөөлдөг.

Х. С. Морарь (1972) эхийн нас хөхний сүүний тослогын хэмжээнд ажиглагдам нөлөөтэй гээд 18—20 настай эхчүүдийн сүүнд өөх тос хамгийн их ( $3,5 \pm 0,93\%$ ), харин 31—40 насны эхчүүдийн сүүнд нэлээд бага ( $3,2 \pm 0,88$ ) байдаг тухай бичжээ. Уураг ба сахарын хэмжээ наснаас хамаарч өөрчлөгдөхгүй гэжээ. Мөн төрөлтийн тооноос хамаарч сүүний найрлага, хэмжээ өөрчлөгдөх нь бага ажээ. Анх ба давтан төрөгч эхчүүдийн сүүний найрлагыг эхний 7 хоногтойд нь харьцуулан судалж үзэхэд онцгой зөрөө ажиглагдаагүй байна.

Жилийн улирлаас хамаарч хөхний сүүний тэжээлийн бодисуудын хэмжээ бага өөрчлөгддөг гэж Зөвлөлтийн судлаачид үзэж байна.

У. М. Мирзакаримов (1973) ба бусад судлаачдынхаар өөх тосны хэмжээ намарт арай бага (2,67г%) уургийн бодис намар өвөл үл ялих их, харин нүүрс ус намарт арай их (8,72г%) хавар нэлээд

бага (6,97г%), эрдэс бодис намар өвлийн улиралд харьцангуй их (13,64г%—12,94г%) байгааг тодорхойлжээ.

Эрүүл эхчүүдийн хөхний сүүний найрлагыг судлахын зэрэгцээгээр зарим эмгэг өвчний үед түүний өөрчлөлтийг судлажээ. Ялангуяа бамбай булчирхайн үйл ажиллагаа өөрчлөгдсөн, түүний даавар ялгаруулах ажиллагаа ихэссэн ба багассан эхчүүдэд хөхний сүүний найрлага хэмжээ хэрхэн өөрчлөгдөж буйг судалсан байна. (1,13). Бамбай булчирхайн хэт ажиллагааны үед сүүний хэмжээ ба найрлагын хэсгүүд ихсэх, булчирхайн үйл ажиллагааны дутагдлын үед багасах хандлага байдгийг илрүүлжээ. Ялангуяа сүүний уургийн хэмжээнд их нөлөөтэйг тогтоосон байна. Эдгээрээс үндэслэн судлаачид бамбай булчирхайн үйл ажиллагааны эмгэг байдал хөхний сүүний тооны болон чанарын найрлаганд нөлөөлнө гэсэн дүгнэлтэнд хүрчээ.

Сүү багадахын шалтгааныг илрүүлэхэд бамбай булчирхайн үйл ажиллагааг заавал шинжлэн үзэх шаардлагатай. Зүрхний гажигтай эхчүүдийн тооны ба чанарын найрлага өөрчлөгддөг. Ээнэгшилтэй (тэнцвэржилтэй) гажгийн үед хоногийн сүүний хэмжээ 1,3—1,9 дахин, ээнэгшилээ алдсан үед (тэнцвэржилгүй) гажгийн үед 1,8—2,5 дахин багасч байжээ.

Янз бүрийн хүчин зүйлээс хамаарч эхийн сүүний уураг нүүрс усны хэлбэлзэх нь харьцангуй бага, харин өөх тосны хэмжээ ихээхэн хэлбэлзэх төдийгүй нэг өдрийн дотор хөхүүлэх бүрд өөрчлөгддөг гэж ихэнх судлаачид тэмдэглэжээ. Тухайлбал: өөх тос хөхүүлэхийн өмнө 1,5г%, хөхүүлж буй үед 2,4г% хөхүүлсний дараа 3,5г% байсан нь хөхүүлсний дараа хөхүүлэхийн өмнөх сүүнийхээс 3 дахин их хэмжээтэй болсон байна. Үүнээс гадна эхийн хэрэглэж буй зарим эмийн бодис сүүний уураг гарц найрлаганд нөлөөлдөг нь тогтоогджээ.

Гормоны бэлдмэлүүд ялангуяа өнчин тархины сүү оруулагч даавар гормон нь амин хүчлүүдээс уураг үүсэхийг идэвхжүүлж мочевин (шээг) ялгаралтыг багасгаснаар азотын тэнцвэрийг эерэг тийш нь өөрчилнө. Түүгээрч барахгүй хөхний сүүний шинжлэх дээжийг цуглуулж авсан аргаас хамаарч түүний найрлагын бүрэлдхүүн хэсгүүдийн хэмжээ өөрчлөгддөг байна. Энэ бүгдээс дүгнэлт хийхэд эрүүл эхчүүдийн хөхний сүүний хэмжээ болон найрлага нь эхийн хоол тэжээл, төрсний дараах хугацаанаас их хамаарч өөрчлөгддөг байна. Эхийн нас, төрөлтийн тоо, жилийн улирал зэргээс бага хамаарна. Харин аливаа эмгэгүүдийн үед өөрчлөгддөг. Иймд хөхний сүүний бүрэлдхүүн хэсэг тус бүрийн хэмжээг тодорхойлохдоо ямар хүчин зүйлээс хамаарч их өөрчлөгдөж байгааг нь заавал харгалзах нь зүйтэй. Цаашдын судалгааг явуулахдаа өөрийн орны нөхцөлд эхчүүдийн хөхний сүүний гарц, найрлаганд ямар хүчин зүйлс сайн, муу нөлөө үзүүлж байгааг тогтоож сүүний гарцыг нэмэгдүүлэх, чанарыг сайжруулах арга хэмжээг боловсруулах, сөрөг нөлөөллийг багасгах, арилгахад чухал ач холбогдолтой юм.

## АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. В. Ш. Багдасарова—Характеристика грудного молока у родильниц с различным функциональным состоянием щитовидной железы Педиатрия 1982, 2, 9.

2. З. Е. Бабич, Г. К. Степановская—Влияние профилактической подготовки молочных желез на количество и качество молока родильниц. Гипоалактрия (сборник научных работ) 1957. 93—101.

3. Н. В. Бахалова, Д. А. Хармац—Влияние молока матерей, получавших метилэргометрин и экстракт чистеца буквицецветного на физическое развитие новорожденных. Здравоохран. Киргизии. 1977. 28—31.

4. Л. П. Васильева, Д. Д. Гурвич—«Количественное содержание белков, жира, солей Са, Мд, фосфора в женском молоке в первую неделю лактации» *Воп. Охр. мат.* 1967. 6. 65.

5. Т. Э. Вагулкина—Содержание белка в сыворотке крови и молоке кормящих женщин. *Воп. охр. мат.* 1959 1. 54.

6. Р. Ш. Гросблат—Химический состав молока матерей страдающих зубной болезнью, там же. 188

7. А. А. Деев и др—Некоторые особенности количественного и качественного состава молока у родильниц с пороками сердца. *Аntenатальная охрана плода и профилактика перинатальной патологии (тезисы докладов)* Киев. 1979. 91—92

8. Л. Г. Ковтунова—Изменение состава женского молока под влиянием пролактина. *Сборник научных трудов, Выпуск 11, Ростовское книжное издательство.* 1961. 239—273.

9. У. М. Мирзакаримов и др—«Изменение женского молока в зависимости от периода лактации и времени года», *Мед. журнал «Узбекистана»* 1973. 11. 65.

10. Х. С. Морарь—«Состав женского молока и влияние на его отдельных факторов» *Здравоохранение Молдавии.* Кишинева. 1972. 6. 53

11. Ц. Матрова—Белковый состав женского молока впервые 6 дней после родов у здоровых рожениц и у рожениц с нефропатией. *Акуш и гин.* 1969. 1.

12. Л. Я. Салимова, С. У. Иминова—Влияние йодистого калия и трийодтиронина на секрецию и качественный состав грудного молока у женщин с измененной функцией щитовидной железы. *Вопр. охр. мат.* 1982. 4.

13. Л. Я. Салимова—Состав женского молока в разные периоды лактации с учетом функциональной активности щитовидной железы. *Мед. журнал «Узбекистана»* 1980. 2. 39—41.

14. Г. И. Филипова, Б. Н. Аронова, Г. Х. Шигабутдинова—«К вопросу о влиянии питания матери на химический состав молока» *Республиканская научная конференция по вопросам акушерства и педиатрии* Фрунзе 1972. 233.

15. П. В. Федотов, Э. И. Федотова, Н. А. Падалка—Значение некоторых компонентов женского молока для детей периода новорожденности. *Здравоохранение Киргизии* 1977. 5. 27—31.

16. А. З. Шпак—Качественный состав грудного молока родильниц и развитие новорожденных детей. *Гипогалактия (сборник научных работ)* 124—129

Редакцид ирсэн 1985. 10. 16.

А. ХИШИГДОРЖ (Анагаах ухааны дээд сургууль)

### АНТИБИОТИКИЙН ХОС ҮЙЛЧИЛГЭЭНД БАКТЕРЫН МЭДРЭМЖ ЧАНАРЫГ ТОДОРХОЙЛОХ АРГА

Халдвар үүсгэгч бактер ялангуяа стафилококк, протэус, эшерихи шигелл, псевдомонас зэрэг нь олон антибиотикт зэрэг тэсвэртэй болсон байдаг. Иймээс эмчилгээнд антибиотикийг сонгох, хослон хэрэглэх нь төвөгтэй байдаг. Өвчин үүсгэгчийг хос антибиотикийн үйлчилгээнд мэдрэг, тэсвэртэй эсэхийг тодорхойлох нь практикийн ач холбогдолтой юм.

Өвчин үүсгэгч нэг антибиотикийн үйлчилгээнд тэсвэртэй болсон үед тэр антибиотикийг хэрэглэхэд амьдрах чадвар нь илүү сайн болсон байх талтай байдаг.

Түүнчлэн стафилококк ба бусад болзолт эмгэгтөрөгч бактер дангаар бие дааж халдвар үүсгэхээс гадна, өөр бактер ялангуяа гэдэсний савханцар, протэус зэрэгтэй хамтран өвчин үүсгэх нь их байна.

Иймээс стафилококк болон бусад бактерт өвчний үед ямар ямар антибиотیکیг хослон хэрэглэхийг тодорхойлох явдал практикт ихээхэн чухал байна. Бактерын мэдрэг чанарыг хос антибиотикт тодорхойлохын тулд эхлээд эмчилгээнд хослон хэрэглэх антибиотикүүдыг сонгон авах шаардлагатай төдийгүй цаг алдахгүй хэрэглэх нь чухал байдаг.

Антибиотیکیг хослон хэрэглэх үндсэн шаардлага

1. Хүнд явцтай халдварт өвчин, яаралтай эмчилгээ хийх, бактер судлалын онош тавиагүй, холимог халдварын үед

2. Янз бүрийн үүсгэгч илэрсэн холимог халдвар, бие махбодын дотор эрхтэн халдварын голомтод нэрвэгдсэн, эмчилгээ шинжилгээнд багаж хэрэглэсэн үед,

3. Харш нөлөө өгч болох антибиотикүүдыг эмчилгээнд удаан хэрэглэхээс болгоомжлон хэд хэдэн антибиотیکیг богино хугацаанд хавсран хэрэглэх шаардлагатай болсон үед

4. Уг өвчин үүсгэгчийг антибиотикт дасах, тэсвэртэй болохоос сэргийлэх, антибиотикийн үйлчилгээг сайжруулах үед,

6. Хэд хэдэн антибиотикт тэсвэртэй болсон үүсгэгчтэй халдварт өвчний үед бактерийн өсөлт үржлийг саатуулдаг антибиотیکیг гол төлөв хослон хэрэглэнэ.

Хослон хэрэглэх антибиотикийн тун нь уг өвчний эмнэл зүй, үүсгэгчийн антибиотикт мэдрэг, тэсвэртэйгээс шалтгаалан янз бүрээр сонгон авч болох боловч гол төлөв нэг килограмм жинд ердийн эмчилгээний тунгаар бодож хэрэглэх нь бие махбодын антибиотик эмчилгээний үр дүнтэй тунг тодорхой хугацаанд байлгах ач холбогдолтой юм.

Хослон хэрэглэх антибиотикийн үйлчлэл бие биедээ синергизм, үйлчлэх хүрээг өргөсгөх идэвхийг ахиулах, пенициллинд тэсвэртэй бактерийн беталактамоз ба пенициллиназ үүсгэхийг дарангуйлах, сульфаниламидын үйлчлэлийг сайжруулах зэргээр илэрдэг байна.

Антибиотикийн хос үйлчилгээний мэдрэг, тэсвэртэйг лабораторийн нөхцөлд тодорхойлоход эмчилгээнд хамт хэрэглэдэг зарчмыг баримтлан антибиотیکیг сонгон авна.

Хос антибиотикт мэдрэг чанар тодорхойлох

1. Шууд арга. Хуруу шилэнд Хоттингерийн шөл 1 мл-ийг авч түүн дээр антибиотикийн мэдрэг чанар тодорхойлох хоногийн шөлний өсгөврөөс 0,1 мл-ийг хийнэ. Өсгөврийн хөвмөг нь стандарт булчингийн 10 ед байна. Өсгөвөртэй Хоттингерийн шөлтэй хуруун шилэнд хос үйлчлэл тодорхойлох антибиотикийн дискүүдийг хоёр, хоёроор нь хийж хөргөгчид 3 цаг тавиад халуун тогтоогуурын 37°-д 18 цаг тавина.

Хуруу шилний өсгөвөр бүр дээр 0,25 мл 1 хувийн трифенилтетразол хлорид (ТТХ)-ийн уусмал нэмж халуун тогтоогуурын 37°-д 3 цаг тавьж харнуг дүгнэнэ.

Шалгуур болгож нэг хуруу шилтэй Хоттингерийн шөлөнд антибиотикийн мэдрэг чанар тодорхойлох өсгөврөө хийж антибиотикийн диск хийхгүй тавина.

ТТХ-ийн уусмал дусаасны дараа шөлний өнгө нь улайвал хос антибиотикийн үйлчилгээнд бактер тэсвэртэй, өнгө нь хувирахгүй бол мэдрэг гэж дүгнэнэ.

2. Шингэрүүлэлтийн арга 10 хуруу шилэнд 0,5 мл махпептоны шөл хийнэ. Дараа нь эхний хуруу шилэнд хослон хэрэглэх антибиотикийн уусмал тус бүрээс 0,25 мл (1 мл-т 500ед)-ийг авч холино.

Эхний хуруу шилнээс 0,5 мл-ийг 2-рт, 2-раас 0,5 мл-ыг 3-рт гэх

мэтчилэн шингэрүүлэн 9-р хуруу шилнээс 0,5 мл антибиотик шөлний холимгийг асгана.

10-р хуруу шил бол өсгөврийн өсөлт, үржлийг заах шалгуур болно.

1—10-р хуруу шил бүрт 0,5 мл стафилококкын шөлний өсгөвөр (1 мл-т 100000 эс) 0,1 мл фенол улааны өнгөт илтгэгч хийж халуун тогтоогуурын 37°-д 18 цаг тавьж өсгөвөрлөж хариуг уншина.

Хэрэв стафилококк нь антибиотикийн хос үйлчилгээнд тэсвэртэй бол өсөж үржсэний улмаас тэжээлт орчны РН өөрчлөгдөж шар хөх, ягаавтар зэрэг өнгөтэй болно. Хэрэв стафилококк нь антибиотикийн хос үйлчлэлд мэдрэг бол тэжээлт орчны өнгө хувирахгүй. Шалгуурын 10 дахь хуруу шилэнд стафилококк ургасан байх ёстой. Хариуг антибиотикийн шингэрүүлэлтийн аль концентрацид мэдрэг; тэсвэртэйг тооцох ёстой.

1 мл-т 500 ед антибиотик байхаар найруулсан антибиотикийн үлдсэн уусмалаас 0,25 мл-ийг авсан учир эхний хуруу шилэнд 125 ед орох ба энэ хуруу шилэнд 0,5 мл тэжээл дээр хийж байгаа учир үүнийг нэг дахин шингэлж гэж тооцох ёстой. Өөрөөр хэлбэл эхний хуруу шилэнд нэг антибиотикийн нэгж нь 62,5 ед/мл ба цааш 32; 16; 8; 4; 2; 1; 0,5; 0,25 ед/мл гэх мэтчилэн байна. Үүний аль шингэрүүлэлтэд мэдрэг тэсвэртэйг дүгнэж бичихдээ антибиотикийн нэр нэгжээр нь бичнэ.

3. Хос антибиотикт бактерийн мэдрэг чанар тодорхойлох бичил арга

Энэ бичил аргад Венгерийн микротитратор Такачийг хэрэглэнэ.

Урвал тавихад орох зүйл ба түүнийг бэлтгэх

1. Микротитратор «Такачи»

2. Махпентоны шөл (РН 7,6—7,8)

3. Фосфат натрийн хоёр солих 0,3%-ийн усан уусмал

4. Глюкозын 10%-ын усан уусмал

5. Фенол улааны заагуур

6. Хавтгай шил 9×12 см

7. Хонхортой пластмассан хавтгай (пластин)

Өнгөт заагуур бэлтгэх Фенол улааны 100 мг будгийг 50 мл нэрсэн усанд авч дээр нь 0,05 нормальн идэмхий натри 5,7 мл хийж нухаад 10 минут усан ваннад буцалгана. Цаасаар шүүж дахин буцалгаж бэлтгэнэ.

Махпентоны 25 мл шөлөн дээр фосфат натрийн уусмал 0,1 мл глюкозын уусмал 0,5 мл ба 0,3 мл заагуур авч бэлтгэнэ.

Урвал тавих хонхорт хавтгай, таглах шил зэргийг хлорамины 3 хувийн уусмалд хийж 30 минут болгож нэрсэн усаар хэд хэдэн удаа зайлж, нил хөх гэрлээр шарж ариутган шилээр нь таглаж цаасанд боож бэлтгэнэ.

Урвал тавих арга. Хонхорт пластины зүүн гар талын эхний хонхор бүрт ариутгасан дусаагуураар 1 мл-т 500 ед-ээр найруулсан антибиотикийн уусмал ба холимгоос 0,05 мл-ийг хийнэ.

Үлдсэн бүх хонхорт нь 0,05 мл тэжээлт орчин бүхий холимогийг хийнэ. Такачийн холигчоор зүүн гар талаас эхлэн эцсийн хонхорыг хүртэл холино. Дээр нь зүүн гар талаас эхлэн шинжилж байгаа өсгөврөөс (1 мл-т 1000 бактерийн эс) 0,05 мл-ийг бүх хонхорт хийж ариутгасан хавтгай шилний дотор талд нь ариутгасан вазелинаас бага зэрэг түрхэж таглаад халуун тогтоогуурын 37°-д 18 цаг тавина.

Урвалд антибиотикийг хослох байдал

1. Эритромицин

2. Оксациллин

3. Левамицетин

4. Бензилпенициллин

5. Гентомицин

6. Эритромицин + оксациллин
7. Эритромицин + левамицетин
8. Эритромицин + бензилпенициллин
9. Оксациллин + левамицетин
10. Оксациллин + бензилпенициллин
11. Оксациллин + гентомицин
12. Левамицетин + бензилпенициллин

гэх мэтээр антибиотикуюдыг хослон хэрэглэнэ.

Урвал унших. Бактер ургасан үед тэжээлт орчны РН өөрчлөгдөнө. Энэ өөрчлөлтийг заагуурын тусламжтайгаар мэдэж болно. Тэжээлт орчин нь хүчиллэг болох учир урвал шар өнгөтэй болно.

Даг ба хос антибиотикт мэдрэг тэсвэртэйгээр нь харнуг бичиж өгнө.

Редакцид ирсэн 1985—11—19.

**Б. ГОМБОСҮРЭН** (Сүрьеэ уушгины эмгэг судлалын нэгдсэн төв)

### УУШГИНЫ АРХАГ ҮРЭВСЭЛТ ӨВЧНИЙ ҮЕД ХЭРЭГЛЭХ ЭМЧИЛГЭЭНИЙ ХЯЛБАР АРГУУД

Уушги нь цээжний хөндийд орших боловч гадаад орчинтой хамгийн ихээр харьцдаг эрхтэн юм. Хоногт 8000 л орчим агаар уушгаар дамжин бие махбодод орохдоо утаа, тоос болон бичил биетнийг агуулсан байдаг. Эдгээр нь зарим тохиолдолд өвчин үүсгэж ч болно.

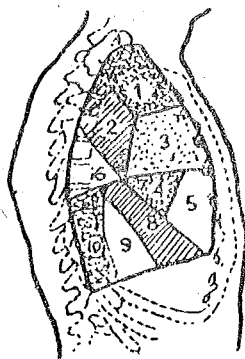
Эрүүл хүний уушгинд орж байгаа агаар нь тусгай эсүүдийн тусламжаар чийглэгдэн цэвэршигддэг. Гаднаас орсон агаарыг гуурсан хоолойн хучаас эдийн хундганцар эсүүд шүүрэл ялгаруулан чийглэж плёнк болгосноор сормослог эсүүдийн намилзах хөдөлгөөнөөр цэр, салст гадагшлан, ханиах, найтаах рефлексийн тусламжтайгаар бага зэргийн цэр салстыг гадагш гарган өөрөө цэвэршдэг.

Уушгины зарим архаг өвчний үед гуурсан хоолойд их хэмжээний цэр, салст, идээ хуралдсанаас сормослог эсүүдийн доторхи ижилсэх, ондобших, үйл ажиллагааны тэнцвэр алдагдан эс үхжих, булчингийн тонус алдагдан хана нь хатуурч улмаар эм тарианд цочирдохгүй болно. Иймд эмнэлэг, урьдчилан сэргийлэх байгууллагуудад өргөн хэрэглэж болох эмчилгээний зарим хялбар аргаас дурдъя.

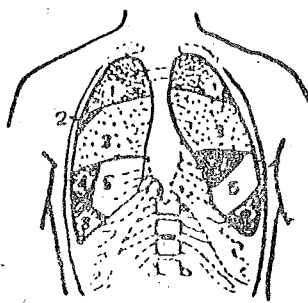
1. Уушгины идээт үрэвслийн үед гуурсан хоолойг цэвэрлэхэд өвчтөний байрлалыг зөв сонгох

Уушгины архаг идээт үрэвсэлт өвчнүүдийн (гуурсан хоолойн тэлэгдэх, гуурсан хоолойн архаг идээт үрэвсэл, уушгины буглаа, бугалсан бэлцрүү г. м.) үед идээт голomt уушгины аль хилтэнд байрласныг тодорхойлж өвчтөнг хэвтрийн зөв байрлалд оруулан идээ,

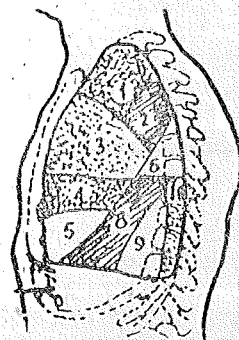
Зураг 1



Баруун хажуугаас



эгц урдаас



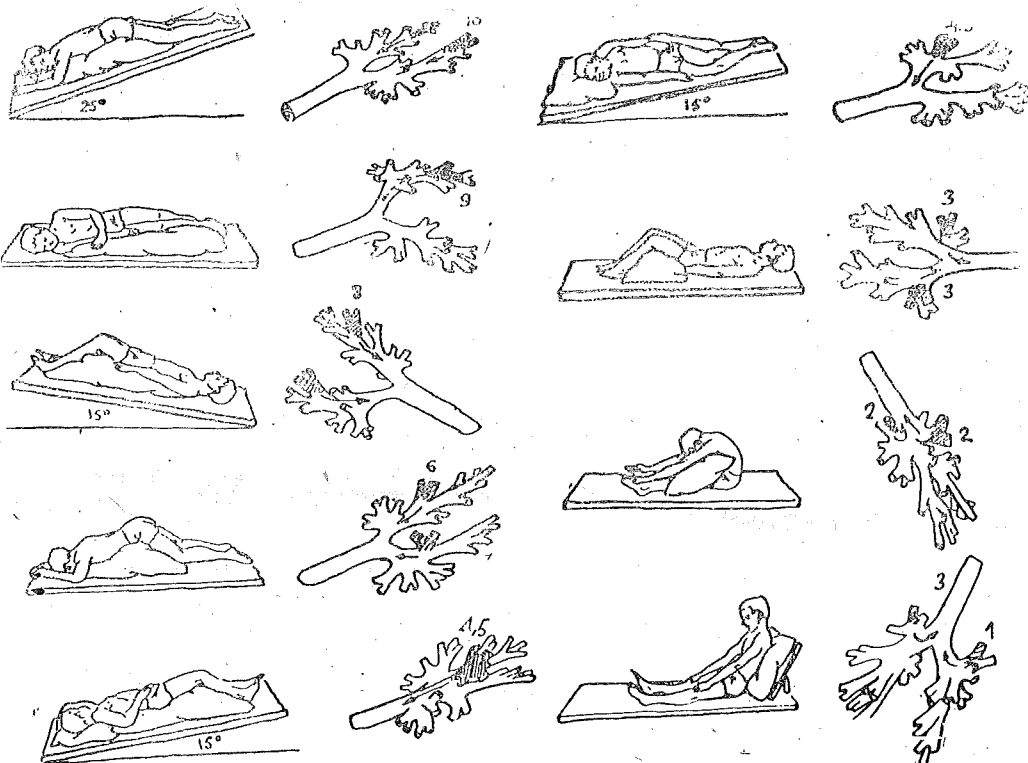
зүүн хажуугаас



цэрийг гадагшлуулан гаргана. Уушгины хилтэнг дурангийн шинжилгээ болон рентген эгц, хажуу зургийн тусламжтайгаар тодорхойлно.

Рентген аппарат байхгүй сумын эмнэлгүүдэд бодит үзлэгт тулгуурлан цэр аль байрлалд их гарч байгаагаар баримжаалан тогтоож болно.

Эмчилгээ хийх арга: Эмгэг процесс уушгины хэддүгээр хилтэнд байрласан байхад өвчтөнг ямар байрлалтай хэвтүүлэхийг тусгай зураглалаар заав. Зураг 2



Өвчтөнг хэвтрийн тусгай байрлалд хэвтүүлээд 8—10 удаа хамраар нь гүнзгий амьсгаа авахуулж амаар нь гаргуулна. Дараа нь өвчтөн ханиах, нэг төрлийн үгийг давтан хэлэх зэрэг үйлдлүүдийг өөрөө хийнэ. Үргэлжлэх хугацаа 15—20 минут. Дасгалыг цэр гарахгүй болтол нь үргэлжлүүлэн хийх бөгөөд өдөрт 2-оос доошгүй хийнэ.

Зурх судасны хүнд өвчтэй, цустай цэр гарч байгаа, өндөр халуунтай өвчнүүдэд энэ дасгалыг хийж болохгүй.

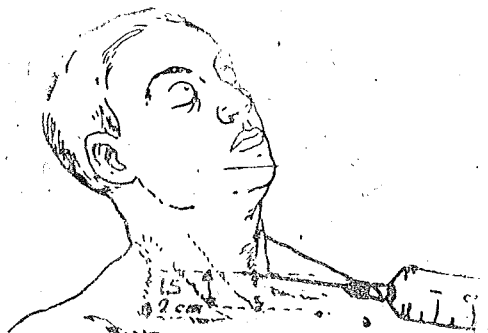
## 2. Неомицина сульфатаар инстиляци хийх арга

Неомицина сульфат нь грамм сөрөг, грамм эерэг микробуудад үйлчилж түүний эсийн доторх уургийн синтезийг дарангуйлна. Идэвхтэй биш уушгины сүрьеэ нь уушгины архаг хатгалгаа, гуурсан хоолойн тэлэгдэх өвчин, гуурсан хоолойн идээт архаг үрэвсэлтэй хавсарсан тохиолдолд неомицина сульфатаар инстиляци хийхэд эмчилгээний үр дүн харьцангуй сайн байдаг. Учир нь неомицина сульфатын сарнилын зэрэг өндөр, хувийн гадаргуугийн орчны шинж чанар сайн байдагтай холбоотой юм. Иймээс уушгины эд эсийн маш гүнд нэвтрэн ордог.

Эмчилгээ хийх арга: Өвчтөнг түшлэгтэй сандал дээр толгойг бага зэрэг гэдийлгэн суулгаж, гүрээний сэтэрхийнээс, дээш спирт ногоор 2 удаа ариутгана. Дараа нь 0,5 г неомицина сульфатыг 2 мл хлорт натрийн уусмалаар найруулан шприцэнд соруулж гүрээний

сэтэрхийнээс дээш 1,5—2 см-д гол шугамаар мөгөөрсөн хоолой руу хатган хийнэ. Зөв орсон бол шприцны шахуургыг татахад хий гарах бөгөөд эмийг шахахад өвчтөн ханиалгана. Эмчилгээг 10—15 удаа хийнэ.

Зураг 3



3. Уушгины үрэвсэлт өвчнүүдийн үед 0,25%-ийн кальци хлоридын уусмалыг арьсан дор тарьж хэрэглэх

Кальци хлорид нь бие махбодын эмзэглэх явдлыг багасгаж, үрэвслийн эсрэг үйлчилдэг.

Эмчилгээ хийх арга: 0,25%-ийн кальци хлоридын уусмалыг

В. А. Воробьевын схемээр хэрэглэнэ.

а) 0,25%-ийн кальци хлоридын уусмал 1,0 мл арьсан дор

б) 2 хоногийн дараа 0,25%-ийн кальци хлорид 2,0 мл а/д

в) 2 хоногийн дараа 0,25%-ийн кальци хлорид 4,0 мл а/д

г) 2 хоногийн дараа 0,25%-ийн кальци хлорид 6,0 мл а/д

д) 2 хоногийн дараа 0,25%-ийн кальци хлорид 8,0 мл а/д

е) 2 хоногийн дараа 0,25%-ийн кальци хлорид 10 мл а/д

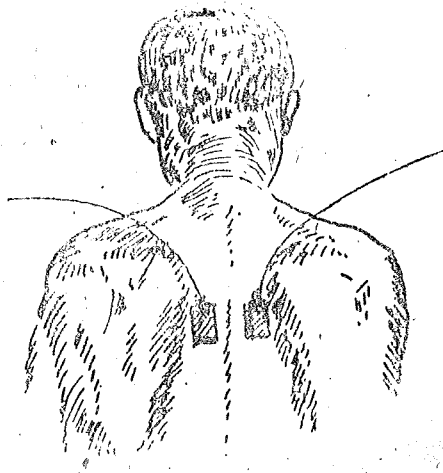
0,25%-ийн кальци, хлоридын уусмалыг 2 хоногийн зайтайгаар хэмжээг ихэсгэх маягаар 6 удаа юмуу 16 хоногийн турш хэрэглэнэ.

4. Уушгины архаг өвчтэй хүмүүст гепаринтай электрофорез хийх арга

Гепарин бол цус бүлэгнүүлэх 1 фактор фибриногеныг фибрин болж хувирахыг саатуулдаг. Өөрөөр хэлбэл цусны бүлэгнэх үйл ажиллагааг шууд багасгах үйлчилгээтэй антикоагулянт юм.

Уушгины архаг өвчнүүдийн үед цусны бага, эргэлтэнд цус зогсонги байдалд ордог. Иймээс гепаринтай электрофорез хийх нь ууш-

Зураг 4



гины цусны эргэлтийг сайжруулж улмаар бие махбодыг хүчилтөрөгчөөр хангахад идэвхтэй үйлчилдэг.

Эмчилгээ хийх арга: 10,000 ед гепариныг 30 мл нэрмэл усаар юмуу физиологийн уусмалаар найруулна. Электродоо 2 далны хооронд байрлуулан электрофорез хийнэ.

Үргэлжлэх хугацаа 15—20 минут. Нийт 10 удаа хийнэ.

Эмчилгээний гол ач холбогдол нь хэрэглэхэд хялбараас гадна өндөр үнэтэй антибиотик хэрэглэх хэмжээг багасгах бололцоо олгоно.

Редакцид ирсэн 1985. 12. 21

Р. БААТАР, Ш. ЦЭНДСҮРЭН (Улсын эм хангамж үйлдвэрлэлийн газар)

### ЭМИЙГ ХАВСРАН ХЭРЭГЛЭХЭД АНХААРАХ ЗАРИМ АСУУДАЛ

Эмчилгээний практикт хоёр буюу түүнээс дээш эмийг хавсран хэрэглэх тохиолдол цөөнгүй байдаг.

Эмийн санд бэлтгэж байгаа жорын 50 хувийг нийлмэл жор эзэлж байна.

Эмийн эмчилгээний орчин үеийн ололт амжилтын нэг бол эмийг хавсран хэрэглэх шинжлэх ухааны үндэслэл бий болсон явдал юм. Эмийг хавсран хэрэглэх үед тэдгээр нь өөр хоорондоо болон хүний бие махбодтой харилцан үйлчлэлцэнэ. Эмийг эмчилгээнд зөв хослуулан хэрэглээгүйгээс бэрхшээл гарч болзошгүй. Энэ бол үл нийцэл юм. Энэ нь нэг талаас эмийн бодисуудын харилцан үйлчлэлийн улмаас үүсэх физик, хими, физик-химийн, нөгөө талаас эмийн бодис хүний бие махбодод шимэгдэж хувирах явцад үүсэх гажуу нөлөө юм.

Үл нийцлийн хэлбэр бүр өөрийн онцлогтой, үүсэх тодорхой нөхцөл, шалтгаантай бөгөөд үүнийг эмч, эмийн сангийн ажилтнууд мэдэж байж түүнээс урьдчилан сэргийлэх арга замыг сонгож чадна. Өөрөөр хэлбэл эмч, эмийн мэргэжилтэн бүр эмийн талаар гүн бат мэдлэгтэй, түүнийгээ амьдралд бүтээлчээр ашиглах чадвартай байхыг шаардаж байгаа хэрэг юм.

Физик, химийн үл нийцэл нь эмийн бодис ходоодонд орсны дараа хоорондоо болон тэнд байгаа хоолны үлдэгдэл, хоол боловсруулахад оролцдог ферментүүд, цусны плазм, эдийн шингэн бусад бодисуудтай харилцан үйлчлэлцсэний дүнд үүснэ.

Физикийн үл нийцлийн улмаас эмийн бодис нь уусах, хоорондоо найрах, дэгдэх гадаргуугийн идэвхт чанар, эмчилгээний идэвх алдагддаг.

Тухайлбал: Алмагель, сульфат магнийг алкалоид, глюкозид антибиотик ферменттэй хамт хэрэглэхэд хоорондоо үл зохицон эмчилгээний идэвх алддаг бол алкалоид, хүнд металлын давс, идээлэх бодистой тундасжиж хамт хэрэглэж болохгүйд хүрнэ. Химийн үл нийцэл нь ихэнхдээ исэлдэх, ангижрах, задрах урвалаар явагдах бөгөөд эцэстээ идэвх чанараа алдах, химийн хортой нэгдэл үүсэх явдал ч байдаг.

Эмийн бодис нь хоол боловсруулах эрхтэнүүдээр шимэгдэх явцад зөвхөн өөр хоорондоо урвалд ороод зогсохгүй ходоод, гэдэсний орчны нөлөөгөөр гол шинж чанар нь өөрчлөгдөхийн зэрэгцээ хамт хэрэглэсэн бусад эмүүдийн үйлчилгээнд ч нөлөөлдөг байна. Неомидина, параминасалицилины хүчлийг удаан хугацаагаар хэрэглэхэд витамин В<sub>12</sub>, төмрийн бэлдмэлүүдийн шимэгдэх шинж чанарт муугаар нөлөөлдөг бол ихэнх тохиолдолд антибиотик нарийн гэдэсний ердийн микро

орчинд нөлөөлж сальвосульфациридины шимэгдэлтийг удаашруулдаггүйг дурдаж болно.

Тетрациклин нь 2—3 валенттай төмөр магни, хөнгөн цагаан зэрэг металлтай комплекс нэгдэл үүсгэж цусанд шимэгдэхгүйд хүрнэ. Ер нь антибиотикийн эмчилгээний үед кальц, магни, хүнд металлын давсуудыг хэрэглэхгүй байж болно.

Тетрациклинийг сүү, сүүн бүтээгдэхүүнээр даруулж уухыг хориглодог. Учир нь сүүнд кальци их байдагтай холбоотой юм. Сүүг зөвхөн эмийн идэвх бууруулдгаар ойлгож болохгүй. Сүү нь ацетил салицилийн хүчил бутадион, дифенин, резерпин, төмрийн давсууд, фурадоины ходоод гэдэсний салст бүрхэвчийг цочроох үйлчлэлийг багасгах нөлөөтэйг мэдэхэд илүүдэхгүй.

Кальцийн нэгдлүүд нь цууны болон өөх, тосны хүчлүүдтэй уусдаггүй комплекс нэгдлүүдийг үүсгэж болзошгүй учир эдгээрийг хооллохоос 30—40 минутын өмнө ууж хэрэглэх дэглэм баримтлана.

Кальцийн хлоридийн уусмалыг 50—60 мл буцалсан усанд уусгаж ходоодны салст бүрхэвчийг цочроох үйлчлэлийг нь багасгаж хэрэглэх нь чухал.

Эмийн бодисыг хэрэглэх арга зам, бие махбодод ороод хувьсан өөрчлөгддөг чанарыг нь зөв тооцож зохицуулж чадаагүй үед үр дүн муутай байна. Тухайн эмийг ямар хэлбэрээр бэлтгэх, хэрэглэх асуудал ч бас хамаатай. Гексаметилен-тетрамин (уротропин) нь ходоодны хүчлийн нөлөөнд аммиак ба формальдегид болж задардаг учир гексаметилен тетраминыг зөвхөн судсанд тарьж хэрэглэх жишээтэй.

Полимиксин, неомицин, нистатин зарим антибиотик нь цэсний үйлчлэлд муу уусдаг комплекс нэгдэл үүсгэдэг бол харин тосонд уусдаг витамин, гормоны бэлдмэлүүдийн шимэгдэлт идэвхждэг байна. Иймд дээрх бэлдмэлүүдийг хооллохоос 30 минутын өмнө буюу өөрөөр хэлбэл цэсний ялгаралт хамгийн бага явагдах үед хэрэглэх нь зүйтэй.

Эмийн бодисын шимэгдэх хурд нь гэдэсний гүрвэлзэх хөдөлгөөнөөс шууд хамаарна. Антидепрессантууд, хар тамхины бэлдмэлүүд гэдэсний гүрвэлзэх хөдөлгөөнийг багасгаж эмийн шимэгдэлтийг идэвхжүүлдэг бол туулгах эмүүд холиноимиметикүүд, антихолиностеразны бодисууд дээрхийн эсрэг нөлөөтэй байдаг. Мөн ходоод гэдэсний ханын эмгэгийн улмаас эмийн бодисын шимэгдэлт өөрчлөгдөж болно.

Бүдүүн нарийн гэдэсний үрэвслийн үед түүний ханаар эмийн бодис шимэгдэх хэвийн ажиллагаа алдагдсанаас бүрэн задраагүй уургийн бодис цусанд нэвтэрч аллергий үүсэх урхагт хүргэдэг байна.

Антибиотикууд нь гэдэсний микрофлорын орчинд витамин К-гийн нийлэгжилтийг саатуулж улмаар цус бүлэгнэлтийн эсрэг бодисуудын үйлчилгээг идэвхжүүлнэ.

Эмийн бодис эсийн бүрхүүлд нэвчих явц нь их концентрацитай орчноос бага концентрацитай хэсэг рүү шилжих биологийн зүй тогтол юм. Нэвчих шилжих хурд нь эмийн бодисын диссоциацийн хэмжээ, хүчиллэг, шүлтлэг чанараас хамаарна. Сул органик хүчил шүлт эсийн бүрхүүлд хялбархан нэвчих шинж чанартай.

Мөн тодорхой бодисын тусламжтайгаар эмийн бодисыг эд эсэд оруулах арга байдаг. Эс бол эмийг идэвхтэй зөөгч юм.

Төмрийн бэлдмэл, салицилат, барбитурат, аминазин, зүрхний гликозид зэрэг ихэнх эмийн бодис идэвхтэй зөөгдөх шинж чанартай бөгөөд энэ нь зарим тохиолдолд эд эсийн дотор хуримтлагдаж «гажуу үйлчилгээ» үүсэх шалтгаан болдог байна. Зүрхний гликозидуудыг их тунгаар хэрэглэх үед зүрхний булчингийн эсүүдэд калийн ионд дарамт үзүүлж натрийн ионы илүүдэл үүсэх нөхцөл бүрдүүлдэг байна. Хэрэв хуруувчин цэцгийн бэлдмэлийг хэрэглэж байгаа үед диакарб, лазикс, урегит зэргийг хавсран хэрэглэвэл зүрхний гли-

козидийн хордлого үүсч болзошгүй юм. Ийм тохиолдолд тухайн эмийг хэрэглэхээ зогсоож калийн давсны бэлдмэлүүдийг хэрэглэх нь зүйтэй.

Ихэнх эм цусанд орж цусны плазмын уурагтай нэгдэл үүсгэнэ. Энэхүү комплекс нэгдлийн бат бэх байдал, үндсэн шинж чанар нь эмийн бодис бие махбодод тархах хугацаанд нөлөөлнө. Орчны РН нь 7,0-оос бага эмийн бодисууд нь уургийн нэгдэлд, бусад эмийн бодисоор амархан солигдож цусан дахь тэдгээрийн концентрацийг ихэсгэнэ. Үүнээс гадна эмийн бодисын үйлчлэлд эмийн метаболизм чухал нөлөөтэй.

Фенобарбиталыг үргэлжлүүлэн хэрэглэх үед бэлдмэлийн исэлдэх хурд ихэсэж нойрсуулах үйлчлэл нь буурна. Барбитуратууд нь эмийн идэвхийг бууруулахад оролцдог элэгний микросомальны ферментийг идэвхжүүлдэг болохыг илрүүлжээ. Тухайлбал: Антикоагулянтуудыг фенобарбиталтай хамт хэрэглэхэд элэгний микросомальны ферментийн нөлөөгөөр антикоагулянтуудын задрал идэвхжинэ. Фенобарбиталыг хэрэглэхийг зогсооход антикоагулянтын задрал удааширч цусанд түүний концентраци ихэсч цусны бүлэгнэлт багасдаг байна. Орчин үед эмийн метаболизмыг түргэсгэгч 200 гаруй эмийн бодис мэдэгдээд байна. Эдгээрт амидопирин, мепробомат, чихрийн шижин, уналт таталтын эсрэг бодисууд бэлгийн гормонуудыг багтааж болно. Эмийн метаболизмыг цай, кофе, архи зэрэг нь идэвхжүүлдэг байна.

Хар тамхины бүлгийн өвчин намдаагч (морфин, промедол) амьсгалын наркозууд (эфир, хлорформ) левомизетин нь элэгний микросомальны ферментийн ажиллагааг дарангуйлна. Эмийн бодисын үйлчлэл нь метаболизмд оролцдог бодисууд, ферментүүдийн нөлөө бие махбодын төрөлхийн онцлог зэргээс хамаарч өөрчлөгдөж болно.

Эмүүд бие биеийнхээ үйлчилгээг дэмжих буюу үгүйсгэх шинж чанартай билээ. Энэ чанарыг амьдралд зохистой ашиглах нь онол практикийн чухал ач холбогдолтой юм. Эмийг хавсран хэрэглэхдээ эмийн бодисуудын дээрх чанарыг урьдаас мэдэж зөв хэрэглэх нь эмчилгээний гол зорилго юм.

Гэхдээ эмийг олноор нь хавсран хэрэглэхийн ач холбогдлыг хэт үнэлж болохгүй. Тухайлбал галоген агуулагдсан амьсгалын наркозуудыг адреналин, норадреналинтай хамт хэрэглэвэл адренорецепторын мэдрэг чанарыг ихэсгэж аритми үүсэх шалтгаан болдог. Зарим эмийн бодисууд нэг нь нөгөөгийнхөө үйлчилгээг устгана. Тухайлбал: сульфаниламидийн бүлгийн эмийг параминобензоины хүчлийн бодисуудтай (дикаин анестезин) хамтруулан хэрэглэхэд сульфаниламидууд нь микробын эсрэг үйлчилгээг бүрмөсөн алддаг байна. Үүний үндсэн шалтгааныг эмийн бодис, бие махбодын нэг төрлийн буюу өөр өөр рецепторт янз бүрээр үйлчилдэгтэй холбож үздэг ажээ. Ер нь эмийн харилцан үйлчлэл буюу үл нийцлийг онолын талаар тайлбарлахад хялбар биш юм. Витамины бэлдмэлүүдийн химийн үл нийцэл маш сонирхолтой юм. Нэг шприцэнд тиамин пиридоксина гидрохлорид, цианокобаламиныг хольж тарьж болохгүй. Учир нь цианокобаламины молекулд агуулагддаг кобальт нь тиамин болон пиридоксиныг задалдаг байна. Витамины бэлдмэлүүдийг их тунгаар хэрэглэх үед зарим тохиолдолд фармакологийн үл нийцлийг үүсгэж болзошгүй байна.

Химийн аж үйлдвэр эрчимтэй хөгжиж эмийн нэр төрөлд синтезийн бэлдмэлүүдийн эзлэх хувийн жин өсч байгааг анхаарахгүй байж болохгүй юм. Энэ нь сайн эмч, мэргэжилтэн байхын тулд химийн зохих мэдлэг зайлшгүй чухал болж байна гэсэн үг. Эмч эмийн мэргэжилтэн бүр зөвхөн эмийн үйлчилгээ, зориулалтыг мэдээд зогсохгүй бүтэц найрлага химийн байгуулалт үйлчлэх механизм, гадагшлах зам, үлдээж болзошгүй уршигт нөлөөг урьдаас тооцож эмчилгээг хийх ёстой.

Эмийн бодисын харилцан үйлчлэлийг онол практикийн талаар цаашид улам гүнзгийрүүлэн эрчимтэй судлах нь эмчилгээний практикт

эмийг хамгийн их үр дүнтэй хамгийн бага гажуу нөлөөтэйгээр хэрэглэх өргөн бололцоог олгох юм.

Редакцид ирсэн 1985—06—19.

Г. ДОЛГОР, Д. АМАРСАНАА (Анагаах ухааны хүрээлэн)  
(Улсын клиникийн төв эмнэлэг)

### ОСТЕОХОНДРОЗООС ҮҮССЭН РАДИКУЛИТЫН ҮЕД ТАТЛАГА ЭМЧИЛГЭЭ ХИЙХ АРГА

Захын мэдрэлийн системийн өвчний дотор бүсэлхий-ууцны болон хүзүүний радикулит олонгоо тохиолддог. Үүний дотор остеохондрозоос үүссэн радикулит 67—95%-ийг (Л. Д. Брайловская) эзэлдэг гэж үздэг. Ихэвчлэн ажлын чадвартай хүмүүс радикулитээр өвчлөх нь элбэг байгаа бөгөөд өвчлөгчдийн 11,5—27%-д нь ажлын чадвар бүрэн сэргэж чадахгүй байна.

Сүүлийн жилүүдэд остеохондрозын эмчилгээнд татлага эмчилгээг өргөн хэрэглэх болсон бөгөөд энэ нь үр дүнтэй болох нь судалгаагаар нотлогдож байна.

Остеохондроз нь хүзүүний ( $C_1—C_2$ ) болон бүсэлхий нурууны ( $L_4—L_5$ ) их хөдөлгөөнтэй ачаалал илүү оногддог хэсгүүдэд элбэг тохиолддог. Хийх орчноос нь хамааруулж татлага эмчилгээг хуурай ба усан доторхи, татах хүчний байдлаар нь ачаалалтай ба биений жингээр татах, байрлалаар нь босоо ба хэвтээ гэж ялгадаг.

Дээрх эмчилгээний хэлбэрүүдээс хамгийн хялбархан нь хуурай, хэвтээ байрлалд биений жингээр татах эмчилгээний арга юм. Эмчилгээний энэ аргад тусгай орыг хэрэглэдэг. Энэ ор нь 70—90 градусын өнцгөөр налах боломж бүхий тусгай тохируулгатай, цахилгаан болон гар ажиллагаатай хоёр янз байна.

Эмчилгээний энэ орыг орон нутгийн нөхцөлд хийх бололцоотой юм. Уг орны хазайлтын хурц өнцгийн дээд хэмжээ 60 градусаас багагүй, хазайлтын өнцгийг тухай бүр 5—10 градусаар ихэсгэж, багасгах боломжтой хийгдсэн байвал эмчилгээг хийхэд тохиромжтой байдаг. Орны гадаргуу аль болох гулгамтгай байх тусам үрэлтийн коэффициент багасч биений жингээр татах хүчний хэмжээ төдий чинээ зөв болно. Биений жингээр татах эмчилгээний аргад ачаа дүүжлэхгүй өвчтөнг тодорхой хэмжээний налуу байрлалд хэвтүүлэхэд биений хүндийн жингээрээ доош татагдана.

Татах хүч нь өвчтөний биений жин болон орны налуугийн хурц өнцгийн хамаарлаар тодорхойлогдоно. Үүнийг доорхи томъёог ашиглаж тооцоолно.  $F=K \cdot P \cdot \sin \alpha$

$F$ —татах хүч

$\alpha$ —орны налуугийн хурц өнцөг (градусаар)

$P$ —өвчтөний биений жин (кг-аар)

$K$ —орны гадаргуугаас үйлчилж байгаа эсрэг хүч ( $K=0,7$ )

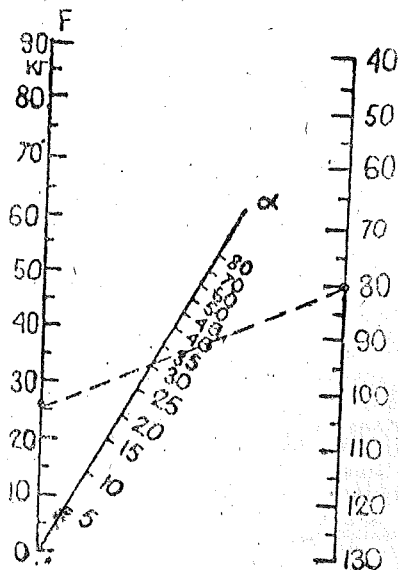
Энэ томъёог ашиглаж татах хүчийг олохдоо: Жишээ нь 72 кг жинтэй хүнийг

15°-ын налуу байрлалд биений жингээр нь татахад татах хүч нь:  $\alpha=15$ ,  $P=72$  кг  $F=15^\circ \cdot 72 \cdot 0,7=0,18 \cdot 71 \cdot 0,7=12,7$  кг ( $\sin \alpha$ -ийн утгыг тусгай хүснэгтэнд олно.)

Өөрөөр хэлбэл нурууны татагдвал зохих хэсэгт оногдож байгаа хүч 12,7 кг байна. Энэ нь өвчтөнг тэгш хэвтээ байрлалд 12,7 кг ачаа дүүжилж татахтай нжил юм. Хэрвээ тодорхой хэмжээний налуу байрлалд ачаатай татлага хийсэн бол дээрх томъёогоор татах хүчийг олоод, дүүжилсэн ачааны хэмжээг нэмж гаргана. Жишээ нь: 80 кг жинтэй өвчтөнг 30°-ын налуу байрлалд, 10 кг ачаа дүүжилж татъя гэвэл: татах хүч  $F=(P \cdot \sin \alpha \cdot 0,7) + 10$  кг = 37 кг  $F=37$  кг байна. Дээрх томъёог ашиглаж татах хүчийг хялбархан олох номограммыг гаргасан байна. Энэ нь биений жин, орны налуугийн хурц өнцөг мэдэгдэж байгаа үед татах хүчийг шууд олох хялбархан арга юм.

(Зураг 1)

Номмограмм



Номограммыг ашиглан өвчтөний биений жин ба орны хазайлтын өнцгийг дайрсан шулууныг татах хүчийг  $F$ -шулуунд огтолцуулан татах хүчийг тодорхойлдог. Жишээ нь: 80 кг жинтэй өвчтөнг 30°-ын налууд татъя гэвэл: татах хүч ойролцоогоор 27 кг байна.

Татлага эмчилгээ хийхэд зориулалтын бэхлэгэнүүдийг хэрэглэнэ. Үүнд: глицсоны гогцоо, бүсэлхий ууц, суганы бэхлэгээ, ачаатай татлаганд шилбэ, гуяны бэхлэгэнүүдийг нэмж хэрэглэнэ. Хүзүүний болон сээр нурууны дээд хэсэгт татлага хийхэд глицсоны гогцоо, сээр нурууны доод хэсэгт суганы, бүсэлхий ууц нурууны хэсэгт-бүсэлхий ууцны бэхлэгэнүүдийг хэрэглэнэ.

Бэхлэгэнүүдийг өвчтөнд өмсгөхдөө түүний тохируулга, зөөлөвчийг зөв хийх хэрэгтэй. Бэхлэгэнүүдийг буруу өмсгөнөөс том судас, мэдрүүлүүд дарагдах, зөөлөн эд хавчигдах, холгогдох зэрэг хүндрэл гарч болохыг анхаарах нь зүйтэй.

Өвчтөнг эгц шулуун байрлалд хэвтүүлж татлага эмчилгээ хийх нь зарим талаар дутагдалтай байдаг. Ялангуяа эмчилгээний эхний үед өвчний үе шат, остеохондрозын байрлал, хэмжээ зэргээс шалтгаалж нурууг бага зэрэг бөхийлгөсөн, эсвэл гэдийлгэсэн байрлалд эмчилгээг хийж, аажимдаа өвдөлт болон нугасны язгуур ширхэгийн өөрчлөлтийн хам шинжүүд багассан нөхцөлд эгц шулуун байрлалд шилжүүлэх нь ашигтай байдаг.

Өвчтөн зовиур ихтэй, ихэвчлэн өвчний хурц, хурцавтар үед гэрлийн шинжилгээгээр шохойжилт сээр, бүсэлхий нурууны сэртэнгүүдийн хоорондоос буюу үений гадаргаас үүсч, нугаламын хоорондох нүх рүү, эсвэл нурууны хоорондох диск нь нугас руу тус тус түрэгдсэн үед өвчтөний нурууг (ялангуяа татлага хийх нурууг) хагас бөхийлгөсөн байрлалд татна. Нурууг бөхийлгөхөд үений хоорондох нүхний диаметрийн хэмжээ ихэссэнээр дискийн түрж орсон хэсгийн хэмжээ багасдаг. Харин нурууг гэдийлгэхэд нүхний диаметрийн хэмжээ бараг  $1/3$  хүртэл багасах бөгөөд дискийн түрэгдэлтийн хэмжээ ихэсдэг. Хэрвээ нурууны хоорондох диск нурууны арын өргөн холбоос руу түрэгдсэн байвал хагас гэдийлгэсэн байрлалд татна.

Шохойжилтын хэмжээ том, нугасны язгуур ширхэгийн хам шинжийн тод илрэлтэй үед татлага эмчилгээг болгоомжтой хийх хэрэгтэй.

Өвчтөнийг дээрх байрлалд хэвтүүлэхдээ янз бүрийн хэмжээтэй зөөлөвч дэрийг ашигладаг бөгөөд байрлалын хэмжээнээс хамаарч дэрний зузааны хэмжээг сонгож авна. Нурууг бөхийлгөсөн байрлалд өвчтөнг хэвтүүлэхдээ хүзүү, сээр нуруунд мөн хөлний тахим дор нь дэр хийнэ. Гэдийлгэсэн байрлалд өвчтөний тухайн нурууны дор тодорхой хэмжээний зөөлөвч дэр хийнэ.

Татлага эмчилгээний 2—3 дахь удаагийн эмчилгээний дараа өвдөх зовиур

багасахгүй, мэдрэлийн үзлэгт нугасны язгуур ширхэгийн хам шинжийн илрэл нэмэгдэх хандлагатай байвал эмчилгээг цааш үргэлжлүүлэхгүй хасах нь зүйтэй. Татлага эмчилгээг хийхийн өмнө өвчтөнг хэдэн минут тайван хэвтүүлж булчинг сулруулна. Мөн өвчин намдаах, булчинг сулруулах зорилгоор эмийн болон физик эмчилгээний төрлүүдийг хэрэглэнэ. Өвчин намдаах зорилгоор новокаины хориг эмчилгээг хэрэглэх нь сайн үр дүнтэй.

Бүсэлхий ууцны радикулитын үед хурц өвдөлтийг багасгах зорилгоор новокаины хоригийг нугасны язгуур ширхэгийн дагуу түнх, өгзөг, гуяны зэрэг 7—9 цэгүүдэд хийдэг. Үүнээс нугасны язгуур ширхэгийн дагуу новокаины хоригийг бүсэлхий ууцны радикулитын үед олонтоо хийдэг.

Энэ аргад 0,5% -ийн новокаиныг дангаар нь болон гидрокортизоны эмульстай хольж хийдэг. Үүнд: 50—70 мг гидрокортизоныг 10—20 мл новокаинтай хольж соруулаад тухайн хэсгүүдэд арын сэртэнгээс хажуугийн 3—4 см зайд, 2 см-ийн гүнд хийнэ.

Хүзүүний III—VII нурууны остеохондрозын улмаас мэдрэлийн язгуур ширхэг цочирч, урд талын шаталсан булчин рефлексийн гаралтай агшсанаас өвдөлт ихтэй байдаг. Энэ үед урд талын шаталсан булчинд новокаины хориг хийдэг. Урд талын шаталсан булчин эгэмний дээр гүрээний булчингийн (m. Sternocleidomastoideus) араар тэмтрэгдэнэ. Тухайлбал зүүн талын новокаины хориг хийхэд зүүн гарыхаа III хурууны чигчий хуруу талын үзүүрээр гүрээний булчингийн, эгэмний хэсгийг дотогш хөндийрүүлнэ. Өвчтөний толгойг өвчтэй тал руу нь эргүүлэхэд булчин сулрах ба гүн амьсгал авахуулахад 1 хавирга дээш өргөгдөж булчингийн арын төгсгөл сайн тэмтрэгдэнэ. Энэ үед амьсгалыг түгжүүлж (толгойг эрүүл тал руу эргүүлээд, эмч зүүн гарын II хурууг оруулан доош нь гүнзгийрүүлж, урд шаталсан булчинг хавчиж, хуруунуудын хоорондуур баруун гараараа богино, нарийн зүүгээр 0,5 см гүнд 2%-ын новокаины уусмалыг 20 мл хийнэ.

Дээрх новокаины хоригуудыг хийсний дараа 5—10 минут болоод татлага эмчилгээг эхлэнэ. Мөн татлага эмчилгээний өмнө тухайн татлага хийх нуруун дор  $50^{\circ}$ — $60^{\circ}$  халуун жинг 10—15 минут тавьж болно.

Өвчтөний биеийн байдал, нас, хүйс, өвчний явц, дагалдах өвчин зэргээс хамаарч татах хүчний хэмжээ, үргэлжлэх хугацаа курс эмчилгээний тоог сонгож авах ба доорх эмчилгээний схемийг баримталж хийх нь зүйтэй.

Хүзүү сээр нуруунд				Бүсэлхий ууц нуруунд			
эмэгтэй		эрэгтэй		эмэгтэй		эрэгтэй	
татах хүч	татах хугацаа мин.	татах хүч	татах хугацаа мин.	татах хүч	татах хугацаа мин.	татах хүч	татах хугацаа мин.
2,0	5	3,0	5	3,0	5	5,0	5
2,5	7	3,0	7	7,0	7	7,0	7
3,0	10	4,0	10	10,0	10	10,0	10
3,5	10	5,0	10	12,0	10	10,0	10
4,0	12	6,0	12	14,0	15	20,0	15
4,5	12	7,0	12	20,0	15	25,0	15
5,0	15	8,0	15	25,0	20	30,0	20
5,5	12	7,0	12	20,0	15	25,0	15
6,0	10	6,0	10	14,0	15	20,0	15
5,0	10	5,0	10	12,0	10	15,0	10
4,0	7	4,0	7	10,0	10	7,0	10
3,0	5	3,0	5	7,0	5	3,0	5

Бүсэлхий ууц нуруунд татах хүчийг 2 кг-36 кг хүртэл, хугацааг 5—25 минутаар, хүзүү сээр нуруунд татах хүчийг 0,5—7 кг, хугацааг 5—15 минутаар авна. Нэг удаагийн татах эмчилгээний хугацаа дууссаны дараа хүзүүнд 1—2 мин туршид татах хүчийг 0,5; 1,0; 1,5; 2,0; кг гэх мэтээр аажим багасгаж 0 болгоно. Бүсэлхий нуруунд татах хугацааг 3—5 мин туршид хүчийг 5,0, 7,0, 10 кг гэх мэт буулгаж 0 болгоно. Курс эмчилгээг дууссаны дараа 30—45 минут тайван хэвтүүлж амраана. Эмчилгээний явцад болон цааш үргэлжлүүлэн 3 сарын турш корсет өмсгөнө. Татлага эмчилгээний нэг хэлбэр нь усан доторхи татлага юм. Усан доторхи татлага эмчилгээ илүү үр дүнтэй байдаг. Энэ эмчилгээг зориулалтын усан санд буюу ванна дотор хийж болно. Энгийн ваннад уг эмчилгээг хийх нь амбулатори, поликлиникин аль ч нөхцөлд тохиромжтой хялбархан арга юм. Усан дотор татлага эмчилгээг дан усанд буюу рашаан усанд хийдэг.

Рашаан эрдсийн ус нь бие махбодод хэсгийн үйлчилгээ үзүүлэхээс гадна биеийн эсэргүүцлийг сайжруулах, мэдрэлийн системийг тайвшруулах, өвчин намдаах, захын цусны эргэлтийг сайжруулах, зүрх судасны үйл ажиллагааг дэмжих үйлчилгээтэй байдаг.

Рашаан эрдэст ванныг амбулатори, поликлиникин нөхцөлд зохиомлоор хийж ашигладаг. Үүнд: натри-хлорт эрдсийн

ванныг 200 л усанд 3,5—4,0 кг нуурын давс хийж бэлтгэнэ. Ингэж бэлтгэсэн эрдсийн ваннинд татлага эмчилгээ хийхэд усны температур 35—37 градус, нэг удаагийн эмчилгээний үргэлжлэх хугацаа 15—20 минут, курс эмчилгээ 14—15 удаа байна.

Хүхэр устөрөгчийн ванныг бэлтгэхэд 100—150 мг/л хүхэр устөрөгч байхаар найруулна. Хүхэр устөрөгч бүхий ваннинд эмчилгээ хийх температур нь 36—37 градус, эмчилгээний үргэлжлэх хугацаа 10—15 минут, курс эмчилгээ 13—14 удаа байна.

Радонт ванныг бэлтгэхдээ 80—120 нКм радон байхаар тооцоолон найруулна. Ингэж бэлтгэсэн ваннинд эмчилгээг хийх температур 36—37 градус, нэг удаагийн эмчилгээний үргэлжлэх хугацаа 15—20 минут, курс эмчилгээ 14—16 удаа байна.

Зүрх судасны дутагдал, зүрхний болон тархины илэрхий хэлбэрийн судас хатуурах өвчин, цусны даралт ихсэх өвчин II—III үе, архаг өвчний хурцдал, нугасны зарим өвчин тухайлбал миелопатия, нурууны артерийн (а. vertebralis) цусан хангамжийн илэрхий дутагдал зэрэг өвчнүүдийн үед татлага эмчилгээг хийхгүй.

Татлага эмчилгээг шавар эмчилгээний биеийн тамир, массаж зэрэг физик эмчилгээний бусад төрлүүдтэй хослон хэрэглэх нь эмчилгээний үр дүнтэй байдаг.



## ТӨВДИЙН АНАГААХ УХААН БА ШАШИН

Төвдийн анагаах ухаан нь байгалийн гаралтай эмчилгээний онцгой аргуудын шилдэг хэсэг болон олон зууны түүхтэй эмчилгээний туршлагад үндэслэсэн өөрийн онцлог бүхий эмчилгээний уламжлалт систем юм.

Энэ асар их туршлагыг агуулсан эртний олон тооны бичмэл эх материал нь орчин үед шинжлэх ухааны мэдээлэлд үнэтэй зүйл болж байна. Энэ нь ямар нэг нээлт биш бөгөөд европын эрдэмтэд үүнийг 200 жилийн өмнө ч мэдэж байжээ. Гэвч төвдийн анагаах ухааны талаар саяхан болтол эрдэмтэд санал зөрөлдөөнтэй байв.

Зарим судлаачид төвдийн анагаах ухааны мөн чанарыг ойлгохгүй шинжлэх ухаанч биш, идеалист мэхлэн төөрүүлэгч хоосон үгийн сургаал мэтээр буруушааж байхад нөгөө хэсэг нь хүн төрөлхтөний цуглуулсан цэцэн мэргэн оюун ухааны төвлөрсөн илэрхийлэл хэмээн шинжлэх ухааны эмнэлгийн ололттой зүйрлэж байсан. Ном хэвлэлд төвдийн анагаах ухааныг уугуул шүтгийн ламын, буддын сүм дуганы зэргээр бичиж байсан нь өнгөрсөн түүхийг шинжлэх ухааны материалист үзлийн үүднээс ойлгохгүй, өнгөрсөн түүхэн туршлагаас эрс татгалзах, эсвэл шүүмжлэлгүйгээр хэт өргөн магтах хоёр хандлага байсныг харуулж байна. Ямарваа анагаах ухааны системийг тодорхойлоход юуны өмнө түүний хөгжил эх үүсвэрийн үндэс болсон философийг авч үзэх хэрэгтэй. Дорно дахиныг судлагч, зөвлөлтийн алдарт эрдэмтэн Ф. И. Шербатской, Е. Е. Обермиллер, М. И. Тубянский зэрэг дорно дахины түүхэн уран зохиолыг гарамгай мэддэг эрдэмтэд бүр 20—30-аад онуудад төвдийн анагаах ухааныг шинжлэх ухааны үүднээс судлахыг арга зүйн үүднээс үнэн зөв тодорхойлсон юм. Е. Е. Обермиллер «Бидний төвдийн анагаах ухаан гэж нэрлээд байгаа зүйл нь анхнаасаа төвдийн хөрс шороонд бий болсон зүйл биш, Төвдийн соёлын бусад салбарын нэг адил Энэтхэгээс гаралтай юм; Манай эриний VII зуунд Төвдөд буддын шашин дэлгэрэхдээ тэр үед Энэтхэгт байсан шинжлэх ухааны бусад төрөл, үүний дотор Энэтхэгийн анагаах ухааныг дагуулан авчирчээ» гэж бичсэн байна.

Төвдийн анагаах ухааны үндэс нь энэтхэгийн анагаах ухааны ведийн үеэс гарсан юм. Төвдийн анагаах ухааны алдартай судар «Чжудши» нь анх энэтхэгийн анагаах ухааны эх зохиол санскрит хэлнээс орчуулагджээ. Энэ судрын гол агуулга, шинжлэх ухааны нэр томъёо, анагаах ухааны өвөрмөц шинж нь Аюурведийн үндсэн судрууд, ялангуяа Энэтхэгийн алдарт эрдэмтэн бага Вагхатын бичсэн, өнгөрсөн зууны анагаах ухааны гол уламжлалыг хадгалсан «Аштанга-Хридая-Самхита»-тай адил төстэй юм. Иймээс төвдийн анагаах ухааныг Энэтхэг-төвдийн анагаах ухааны уламжлалт систем гэж үзэх нь зүйтэй. Буддын шашны зарим домогт «Чжуд-ши»-г алдарт эмч Дживака Кумара (төвдөөр Цо-чжед Шон-ну) (орчин үед будда Шакья-Муни) зохиосон гэх боловч зарим нь будда өөрөө энэ номыг бичсэн гэдэг. Ямар ч байлаа гэсэн энэ судар нь энэтхэг-төвдийн анагаах ухааны үндсэн агуулга, зарчмыг өөртөө багтааснаараа он цагийн олон туршилтыг даван туулсан юм.

Энэтхэг-төвдийн анагаах ухааны уламжлал болсон байнга хуримтлагдан баяжиж байдаг эрдэм мэдлэг нь буддын шашны гүн ухааны шууд нөлөөн дор хөгжиж ирсэн юм. Үүний баталгаа нь анагаах ухааны сургаал нь Будда-гаас өөрөөс нь эхэлсэн юм. «Чжуд-ши»-ийн оршил нь «эмч нарын багш, бүхнийг мэдэгч, дайсныг дарагч, ертөн-

цөөс ирсэн, ялалт байгуулагч Вайдурья-гэрэлт хаан Буддад мөргөө» гэсэн үгээр эхэлдэг. Энэ нь жинхэнэ Будда буюу Сиддхартхе Гаута-мег хэлсэн хэрэг биш «будда» гэдэг үг нь «гэгээн», «үнэнийг танигч» гэсэн утгатай. Иймээс будда Вайдурья гэрэлт хаан гэсэн нь анагаах ухааны хаан ширээнд өргөн залсан зөн билгийн бие хүн юм.

«Чжуд-ши» нь Энэтхэг, Төвдийн уран зохиолын ёсоор цээжлэхэд зориулан шүлэглэсэн хэлбэрээр бичигджээ. Энэ хэлбэрийг төвдөөр цза-ва, санскритаар мула юм. Иймээс сүүлийн үед «Чжуд-ши»-д хэд хэдэн тайлбар гарсны нэг болох «Вайдурья-онбо» нь ихэд алдаршжээ.

Төвд-монголын анагаах ухааны судар бичгүүд нь дундад зууны үеийн анагаах ухааны онолын ба практикийн тухай бүлэг болон анатом, үр боловсрохыг судлах ухаан, токсикологи, ургамал судлал, фармакогнозийн тодорхойлолтыг багтаасан байна.

Үүний зэрэгцээ Азийн район дахь клиник ойлголтын хөгжил, туршлага хуримтлагдсан байдлыг судлах бололцоог орчин үеийн судлаач нарт олгож байна.

Анагаах ухааны онол, арга зүй, практикийн хөгжих нөхцөл нь тухайн түүхэн үе бүрд шийдвэрлэх хүчний түвшин, үйлдвэрлэлийн харилцааны ололтын эцсийн үр дүнд байгалийн ухаан, гүн ухаан бусад шинжлэх ухааны ололт амжилттай салшгүй холбоотойгоор бий болдог. Гэвч Энэтхэг-төвдийн анагаах ухаан нь бүхэл бүтэн зууны туршид буддын гүн ухааны системийн шууд нөлөөн дор шашны нүүр царайг хадгалсаар ирлээ. Цэцэглэлтийнхээ ид үед Төвд оронд буддын шашинд хамаарагдаж сүмийн эмнэлэгт тооцогдож байлаа. Буддын шашин нь анагаах ухаанд эрх мэдлээ хадгалсаар олон зууны турш үзэл суртлын зэвсэг болгон ашиглаж, ололт амжилтыг нь тэнгэр бурхан, хүн хоёрын хоорондын дундчилсан чанар дээр тавин цаашид хөгжүүлж байсан юм.

Гэвч буддын шашин нь нэг төрлийн байгаагүй. Дарлагч, дарлагдагч, дээд доод лам нарын хооронд анги давхарга болон хуваагдах хандлага үргэлж байсан. Шашны анги давхраа нь ертөнцийг үзэх үзэлд үндэслэгдэж байсан юм.

Г. М. Бонгард-левин эртний Энэтхэгт гүн ухааны мэдлэгийг их үнэлдэг байсан гэж бичжээ. Эртний энэтхэгийн гүн ухааны хөгжилд идеалист, материалист хоёр үндсэн чиглэлийн тэмцэл байсны материалист чиглэлийн сургууль нь Энэтхэг-төвдийн анагаах ухааны (клиникийн ойлголтын) хөгжилд цаашид нөлөөлж локаята, чарвака сургуулийг бий болгосон юм.

Энэтхэг-төвдийн анагаах ухааны судар бичгүүдийн зарим зүйлд дүн шинжилгээ хийж үзэхэд судрыг зохиогчид болон тэднийг дагалдагчид локаята чарвека сургуульд ертөнцийг үзэх өөрсдийн үзлээр хандаж байжээ гэж үзэж болох байна. Гэвч тэд шашингүйн үзэл, онолыг шашны үлгэр домгийн хэлбэрээр нуун далдлахыг хичээж байжээ. Эмч-эрдэмтдийн буддын шашны шахалт хавчилтын нөхцөлд аяг нь дагасан энэ хандлага шашингүйн үзэлтний төлөөлөгчдөд буддын шашнаас тэднийг үл тоох, хатуу ширүүн ялаар сүрдүүлж байсны илэрхийлэл юм. Судар номноос үзэхэд энэтхэг-төвдийн анагаах ухааны хөгжилд буддын нөлөө хичнээн их байсан ч анагаах ухааны сургаал нь үндсэндээ материалист хэвээр үлджээ.

Тухайлбал, эдгээр сударт ертөнцийг анх буй болгогч нь шороо, ус, гал, хий, огторгуйн гэсэн 5 махбодоос бүрдсэн материаллаг бодис гэж баталсан байдаг. Энэ таван махбод нь өөр өөрийн материаллаг шинж чанартай. Жишээ нь: «шороо» нь бүх зүйлийн материаллаг үндсийг бий болгож, бийгч болон хүний биений макро-микро-элемент буюу бүх органик биал ертөнцийг бий болгогч «ус» нь материаллаг зүйлийн хоорондын холбоог бүрдүүлэгч, «гал» нь дулааныг үүс-

гэж, хүний биед нэгдмэл байдлыг тодорхойлно. «Хий» нь хөдөлгөөн ба дамжуулах тусгай үүрэгтэй.

Ийм маягаар эртний гүн ухаанч эмч нар ертөнц нь материаллаг төдийгүй орон зайд оршиж, нэгдмэл байдалтай, дулааныг шаардаж хөдөлгөөнтэй байдаг гэсэн ойлголттой байжээ. Эндээс энэтхэг-төвдийн анагаах ухаан дахь бие махбод, гадаад орчин хоёрын нэгдлийн шинж тэмдгийг ойлголт гарч иржээ. «Чжуд-ши»-ийн 4 дүгээр дэвтрийн 27-р зүйлд «Амьд амьтны бие 4 махабодоос бүрддэг, энэ 4 махабодын тэнцвэр алдагдсанаас өвчин үүснэ. Эм нь мөн 4 махабодоос бүрддэг. Бие, өвчин, эм 3 нь бүрэлдэхүүний нэгдлээрээ хрлбоотой» гэж бичсэн байдаг.

Энэтхэг анагаах ухааныг нарийн судлах, ялангуяа архаг болон эмчлэхэд хэцүү өвчний үед ургамал, амьтан, эрдсийн гаралтай эмийг хэрэглэх явцад энэтхэг-төвдийн анагаах ухааны зарчим, оновчтой аргууд тод томруун илэрдэг. Гэвч өвчний шалтгаан онош, эмчилгээний үйл явцыг дагалдсан баримтлах дэг журам, мөн амьдралын болон хооллох дэг журам, хүмүүсийн биеэ авч явах байдал, үйл ажиллагааг бичсэн бүлгүүдэд шашны гүн ухаан, мэхлэн төөрүүлэх үзлийн ул мөр ихээхэн үлдсэн байдаг.

Түүхэн домогт: «Урьд насандаа нүгэл үйлдсэн, шашны дүрэм журмыг зөрчсөн, хутагт хувилгаадад муу юм үйлдсэн» зэргээс болж өвчин үүссэн мэтээр онолын хувьд дүрслэн бичсэн байдаг. Үүнээс энэтхэг-төвдийн анагаах ухааны онолын бүрэлдэхүүнд ордог шашны болон ид шидэт элементүүдийг ялгах нь чухал. Ид шидийн элемент гэдэг нь ямар нэг хорт юм болон онцгой хүчнээс нэлээд өвчний шалтгаан үүсдэг гэж үздэг. Шашин, бөөгийн суртлыг агуулсан ид шид гэгч нь янз бүрийн өвчин, ялангуяа сэтгэл мэдрэлийн өвчнийг эмчлэх аргад нэлээд байр суурь эзлэж байжээ. Энэ нь өвчтөнд сэтгэл санааны хувьд голлон нөлөөлж байв. Гэвч бөөгийн болон ламын ид шид гэгч нь цэвэр шашны шинж чанартай учир анагаах ухааны үндсийг мэдэхгүй, зөвхөн ашиг хонжоо олох гэсэн «сэтгэл санааны хувьд эмчлэх» гэсэн мэхлэх хуурах явдлаар хязгаарласан лам нарт бололцоо олгож байв.

Төвд эмнэлгийн сурвалж материалууд нь шашны номлол, метафизикээр дүүрсэн боловч орчин үеийн эмч, эрдэмтдээс шашны холбогдолтой ба мэхлэн төөрүүлсэн зүйлийг марксист-ленинист байр сууринаас ялган авч үзэх бололцоотой юм.

Клиникийн бүлгүүд, ялангуяа өвчний шинж тэмдэг, эмийн эмчилгээ, эм судлал зэрэг нь шашны мэхлэн төөрүүлэх, хоосон үгийн сургаалаас ангид юм. Иймээс шинжлэх ухааны танин мэдэхүйд судалгааны ач холбогдол бүхий оновчтой материалыг төвд эмнэлгийг судалснаар олж авах хэрэгтэй.

20—40-өөд онуудад зөвлөлтийн дорно дахиныг судлагч, эмч, эмчүүч, ургамал судлагч нар энэтхэг-төвдийн анагаах ухааныг шинжлэх ухааны байр сууринаас судлан үзсэн боловч тэдний судалгаа нэгдмэл биш, төвд монгол хэл дээрх сурвалж материалын жинхэнэ мөн чанарыг ойлгоогүйгээс энэтхэг төвд эмнэлэгт хэрэглэдэг эмийн ургамал хэмээн олон тооны ургамлыг эмнэлгийн практикт хэрэглэж эхэлсэн байна.

Төвд-монголын анагаах ухааны материалыг судлахдаа төвд-монголын анагаах ухааны уламжлалт системийн физиологч, патологийн мөн чанарын учрыг олох, зөв тайлбарлах шаардлагатай юм. Ийм замаар өвчин болон хам шинжийг шинжлэх ухааны үүднээс тайлбарлан учрыг олохын зэрэгцээ тухайн тодорхой нөхцөлд эмчилгээний арга, хэрэгслийг үнэлэх клиникийн болон туршилтын шинжилгээний илүү оновчтойг нь сонгон авч болох юм. Эртний анагаах ухааны

сурвалж материал, олон зуун жилийн өв бүхий эмийг сонгон авах, эмчлэх ёсыг ийнхүү судлавал орчин үеийн арга зүйн шаардлагад нийцэх болно.

Хүн төрөлхтөний анагаах ухааны түүх нь янз бүрийн ард түмний эмчилгээний туршлага, анагаах ухааны ойлголтын хөгжлийг нийгэм-эдийн засгийн хэвшил, соёлын ерөнхий түүхтэй нь холбоотойгоор авч үзэж иржээ.

Анагаах ухааны түүх нь ертөнцийг үзэх шинжлэх ухааны материалист үзэл, ертөнцийг үзэх шинжлэх ухааны биш, идеалист үзэл хоёрын тэмцлийн дунд янз бүрийн ард түмний анагаах ухааны мэдлэгээс шүүн авч баяжуулсан үндсэн дээр нийгэм-эдийн засгийн хөгжилтэй салшгүй холбоотойгоор орчин үеийн шинжлэх ухааны анагаах ухааны салбар бүрэлдэн бий болсныг харуулж байна.

Марксизм-Ленинизм нь биднийг бүх үзэгдэл юмсыг түүхэн хөгжлийн явцад танин мэдэхийг сургадаг. В. И. Ленин бичихдээ: «Хамгийн гол нь ямар нэг асуудлыг авч үзэхдээ түүхэнд хэдийд гарч ирсэн, ямар үе шатуудыг дамжин өнгөрсөн, одоо ямар байгаа зэрэг түүхэн холбогдлыг авч үзэхээ мартаж болохгүй» гэжээ. (1)

Ийнхүү түүхэн үйл явцад нь судалснаар яаран ул үндэсгүй дүгнэлт хийх, хэсэг зүйлийн ач холбогдлыг хэт өргөх зэргээс сэргийлнэ.

Энэтхэг-төвдийн анагаах ухааны эх материалууд нь анагаах ухааны асар үнэтэй мэдээлэл мөн болохын зэрэгцээ судлаачдаас марксист-ленинист диалектик, хийсвэр логикийн хуулиудын гүн мэдлэг шаардах буддын шашны гүн ухааны ойлголтууд, идеалист ба хоосон үгийн сургаалын санааг агуулж байна. Энэтхэг-төвдийн анагаах ухааныг үнэлэхдээ шүүмжлэлтэй хандахгүй бол идеалист субъективист өрөөсгөл байр сууринд хүрч болзошгүй.

#### АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. В. И. Ленин зохиолын 39 дүгээр боть. 67 дугаар тал.

«Материалы по изучению источников  
традиционной системы индо-тибетской  
медицины» сэтгүүлээс орчуулсан

Л. Баасанхүү  
Х. Нансалмаа

Редакцид ирсэн 1986. 04. 09

Д. НИНЖЭЭ, Ц. ТОГООБАТ (Удсын нэгдсэн тусгай эмнэлэг)

**ШАРХЫГ ХҮЧИЛТӨРӨГЧЖҮҮЛСЭН УУСМАЛААР  
УГААЖ ЭМЧЛЭХ АРГА**

Орчин үед шарх түүний халдвартай тэмцэх асуудал чухал болж байна.

Шархны олон ангилал байдаг. Шархыг зориуд үүсгэгдсэн, тохиолдлоор үүсгэгдсэн гэж хуваана. Зориуд үүсгэгдсэн шарханд: мөс хагалбарын шархууд орно. Тохиолдлоор үүсгэгдсэн шарханд төрөл бүрийн гэмтлийн улмаас буюу өвчин эмгэгийн улмаас үүссэн шархууд орно. Шарх нь хатгагдсан, огтлогдсон, зүсэгдсэн, цавчигдсан, урагдсан, няцарсан, хазагдсан, хордогдсон, халдварласан, хөндийт эрхтэн рүү нэвтэрсэн гэх мэт олон янз байдгаас түүний эмчилгээ, авах арга хэмжээ мөн олон янз байдаг. Шархны хүнд хөнгөн байх нь дээрх хэлбэрүүдээс шууд шалтгаална. Шарх нь гүнзгий, олон давхар эрхтнийг хамарсан, салаа салбар олон, бохирдож халдвар орсон байвал хүндрэл үүсгэнэ. Иймээс шархыг халдвар орж идээлж хувилахаас өмнө тодорхой арга хэмжээг хугацаа алдалгүй оновчтой авах нь чухал байдаг. Шарх нь зах (ирмэг), хөндий, ёроол гэсэн үндсэн 3 хэсгээс тогтоно.

Шархны зах нь эвээрээ нийлсэн, хөндийгүй, ёроол нь гүнзгий биш, тахир мухиргүй байвал эдгэрэх нь сайн байна. Шархны шинж тэмдэг нь шарх үүссэн хэсэгт өвдөх, шархны үндсэн хэсгүүд үүссэн байх, цус гарах (алдах) зэрэг болно.

Шарх 3 үеийг дамжин эдгэнэ.

1. Шүүрэлтийн үе (шархадсан тэр хэсэгт хамгаалах урвал явагдаж эд эсийн шингэн гадагшлан, цусны дүрст элементүүд цугларна) шарх нь шүүстэй, хавдаж улайсан байдаг.

2. Хуурайшилтын үе (шархны орчмын үрэвсэлт процесс намдаж) шүүс гарах нь багасч хавдар улайх нь намдана.

3. Төлжилтийн үе (эдгэрэлт) шархны орчим эд эс ургана.

Шарх хувилахгүйгээр эдгэрч хэвдээ орвол анхны эдгэрэлт, хувилж идээлж эдгэрвэл хоёрдогч эдгэрэлт гэнэ.

Шархны үе шат болгонд эмчилгээний өвөрмөц арга ажиллагаа шаардагдана. Цэвэр хагалгааны шархыг анхны эдгэрэлтээр эдгээх нь эмнэлгийн байгууллагын үндсэн зорилт юм.

Шарханд үзүүлэх анхны тусламж нь: Шархнаас гарч байгаа цусыг тогтоох, халдвар орохоос сэргийлэх, шархыг ариутгаж цэвэрлэгээ хийх зэрэг болно.

Шарханд анхны ариутгал хийх гэдэг нь шархны ариун чанарыг хадгалан, гадны халдвар орох нөхцлийг бүрмөсөн хаахад чиглэгдэнэ. Үүнд: спирт, иодоор шархны амсраас эхлэн гадагш нь тус бүр хоёр арчина. Шархны орчныг 0,5% новокаины уусмалаар мэдээ алдуулна. Шархыг угааж ариутгана. Шархны цус тогтоох, зах ёроолыг өөлөх, томсгон оёх, гуурс гоожуурга тавина. Таталтын эсрэг сыворитокыг 1500—3000 АЕ-ыг (таслаж хийх журмаар) булчинд хийнэ. Эдгээрийг заавал гүйцэтгэнэ.

**Шархыг хүчилтөрөгчжүүлсэн уусмалаар  
угаах шаардлага нь:**

Шарх нь идээлж хувилсан, гүнзгий муруй тахир нүх, хөндийтэй, эдгэрэлт удаан, төлжилт муутай, тэжээллэг нь алдагдсан, шулуун гэдэсний амсар орчмын өөхөн эдийн архаг үрэвсэл, цооролтод хэлбэрүүд, тухайн шархны хил хязгаар, хөндий түүний хэмжээг тодорхойлох

шаардлагатай байвал, шарх нь олон нүхтэй, их газрыг хамарсан идээт хөндийнүүдтэй, эмийн зүйлийг шархны гүнд оруулах, шархны үрэвсэл анаэроб нянгаар үүссэн байх үед хүчилтөрөгчжүүлсэн уусмалаар угаана.

Хүчилтөрөгчжүүлсэн уусмалаар шархыг угаах арга

Хүчилтөрөгчийг нэгдсэн системээр, зөөврийн байдлаар гэсэн хоёр хэлбэрээр ашиглана.

Аль ч хэлбэр байлаа гэсэн шүршиж угаах хүчилтөрөгчтэй уусмалыг нарийн резинэн хоолойгоор холбоно. Ариутгах уусмалаа шүршигч хоолойтой залгаж, крантыг онгойлгоход хүчилтөрөгч нь ариутгах уусмалын дундуур орж түүнийг хүчилтөрөгчөөр баяжуулна. Уусмалыг даралтын хүчээр хөөж шүршигч хоолойгоор оруулан шүршинэ. Энэ үед шүршигч хоолойн үзүүрийг шархны талбай, булан өнцөг, хөндий, нүх цоорхойг бүрэн хамрахаар аль тохиромжтой хэлбэрээр барьж байрлуулна. Талбай ихтэй шархыг нэг захаас нөгөө зах руу дунд хэсгээс захруу нь чиглүүлэн угаана. Гүнзгий хөндийт шархыг тэнд нь байгаа бохир зүйлүүд хөөгдөж гарахаар шүршүүрийн үзүүрийг шархруу нь оруулж угаах бөгөөд уусмалын өнгө хувирч цэвэрших үед угаалгыг зогсооно. Төвлөрсөн эмнэлэгт хүчилтөрөгчийн нэгдсэн системийн сувагтай шууд залгана. Хөдөөгийн нөхцөлд хүчилтөрөгчийн ууттай шүрших уусмалаа шууд залгаж угаана. Угаалтын хүчийг хүчилтөрөгчийн онгойлгох крантаар тохируулна. Их бохирдсон идээ, хөндий ихтэй шархыг их даралтаар угаах нь ашигтай.

Угаахад хэрэглэх уусмалууд нь хүчилтөрөгчид задарч ариутгах чанараа алддаггүй байх. Ийм уусмалд фурациллины 1:5000, риванолийн 1:500, марганцын 05% уусмалууд, 3% хүчилтөрөгчийн хэт исэл зэрэг орох бөгөөд эдгээрийн аль нэгээр нь угаана. Уусмал хольж угааж болохгүй. Хэрэглэх үедээ уусмал хадгалах саванд юүлнэ.

Хэрэглэгдэх багаж хэрэгслэлүүд:

1. Ариутгах уусмал ачуулах сав хий алдахааргүй нягт бөглөөтэй, бөглөөнийхөө голоор хажуу тийшээ махир урт, богино хоёр гуурстай нэг урт гуурс нь хүчилтөрөгчтэй холбогдоно. Нөгөөх богино гуурс нь шүршигч хошуутай тус бүр резинэн хоолойгоор холбогдоно.

2. 30—40 см урттай резинэн (хоолой) гуурс 2 ширхэг

3. Үзүүр дээрээ олон нүхтэй шүршигч хоолой бүдүүн нарийн олон янз бүр 10 ширхэг

4. Хүчилтөрөгч авагч

5. Хүчилтөрөгчийн баллон

6. Хүчилтөрөгчийн кран

7. Урт бүдүүн зүү ба шилэн гуурс

Хүчилтөрөгчжүүлсэн уусмалыг хэрэглэж болохгүй тохиолдлууд

1. Шарх нь шинэ үед

2. Шархнаас цус алдаж буй үед

3. Шарх нь том судсыг гэмтээсэн буюу түүний ойролцоо байвал

4. Хөндийт эрхтнүүдтэй шархны хана ёроол нь ойр байгаа нь гэрлийн шинжилгээгээр нотлогдсон бол

5. Шарх нь өөр бусад эрхтнүүд руу цоорхой байвал

Хүчилтөрөгчжүүлсэн уусмалаар шархыг шүршиж угаахын ашиг

1. Хэсэг газрын хүчилтөрөгчийн хангамж сайжирч цусны урсгал түргэсч шархны төлжилтийг сайжруулснаар түргэн эдгэнэ.

2. Далд (гүнд) байгаа үржих чадалтай нянг устгана.

3. Ариутгасан уусмал нь шархны хөндий гүн, хоолойд буй идээ бохир зүйлүүдийг түргэн хугацаанд хөөж гаргана.

4. Хүчилтөрөгчжүүлсэн уусмал нь ердийн уусмалаас ариутгах, нянг устгах чадлаар давуутай.

5. Эмийн бодисыг шархны аль хэрэгцээтэй газарт нь шууд хүргэнэ. Ингэснээр шархны гүнд, хөндийд байгаа идээ болон нянгуудыг түргэн хугацаанд төгс устгана.

6. Олон салаа салбарыг үүсгэж идээлсэн нүх сүвүүдийг сайн цэвэрлэнэ.

Тохиолдож болзошгүй хүндрэл

1. Судас руу хий сорогдон орж болзошгүй.

2. Хэт даралттай шүршвэл шархны хөндий нь цоорч болзошгүй.

Багаж хэрэгслэлийг ариутгах, арчлах  
талаар

1. Эмийн уусмалыг эмийн сангийн нөхцөлд ариутгана.

2. Зүү, шилэн сав, шилэн хоолой, хажуу крант зэргийг хүйтэн усаар 5 дахин угааж хатаагаад 1% хлорамини уусмалд 1 цаг, гурвалсан уусмалд 45 минут тавьж төвлөрсөн ариутгалд өгнө.

3. Резинэн гуурсыг дээрхийн адил ариутгаж угаагаад төвлөрсөн ариутгалд өгнө. Харин төвлөрсөн ариутгалын автоклавт ариутгах хугацаа, даралт, градус нь бага байна. Резинэн гуурсны бүтэн эсэхийг сайтар шалгана.

4. Шүрших багаж хэрэгслэлийг угсрахдаа гараа угааж ариутган цэвэр нөхцөлд угсарч бэлэн болгоно.

Редакцид ирсэн 1985. 12. 12

И. П. ФЕСЕНКО, Р. ДАРИЙМАА, Г. ЦЭРЭНДУЛАМ (Анагаах ухааны дээд сургууль)

### ЗҮРХНИЙ БУЛЧИНГИЙН ХАЛДВАР, ХАРШЛЫН ГАРАЛТАЙ ҮРЭВСЭЛ

Зөвлөлтийн судлаачдын бичсэнээс (1—4) үзэхэд сүүлийн үед зүрхний булчингийн үрэвслийн өвчлөл нэлээд ихсэх хандлагатай болж байгаа бөгөөд энэ өвчнийг эрт илрүүлж, оношлох, эмчлэх асуудал орчин үеийн анагаах ухааны тулгамдсан асуудлын нэг болжээ.

Үүнтэй холбогдуулан бид зүрхний булчингийн халдвар-харшлын гаралтай үрэвслийн өвчлөлийг Улсын клиникийн төв эмнэлгийн 3 жилийн материалд тулгуурлан судалсан юм. Энэ хугацаанд дээрх оноштой 43 хүн хэвтэж эмчлүүлснээс 30 нь эрэгтэй, 13 нь эмэгтэй (эрэгтэй, эмэгтэйн харьцаа 2:1) байлаа.

Өвчлөлийг насны байдлаар авч үзвэл 18—59 насны хүмүүс байв. Өвчлөгсдийн 45 хувь нь амьсгалын дээд замын хурц үрэвсэл юмуу томуугаар өвчилсний дараа өвчилсөн байна. Өвчтөний гол шаналгаа нь: Зүрхээр хатгаж хөндүүрлэх, ажил хийх, хөдөлж явах үед улам их амьсгаадах, зүрх дэлсэн, зарим тохиолдолд цусны бага эргэлтийн зогсонги байдлаас цустай цэр гарсан явдал ч үзэгдлээ. 13 өвчтөний хөл хавантай, 17 нь маш их сульдсан, бодит үзлэгээр зүрх тал бүр тийшээгээ, ялангуяа зүүн тийшээ томорсон, зүрхний авиа бүдгэрсэн байлаа. 18 өвчтөний зүрхэнд агшилтын шуугиантай, 19 хүний цусны даралт багассан 8 хүний элэг 3—4 см томорсон байв. Зүрхний булчингийн халдвар-харшлын гаралтай үрэвслийг оношлох гол арга нь зүрхний цахилгаан бичлэг (ЗЦБ)-ийн өөрчлөлт байдаг.

Бүх өвчтөнд ЗЦБ-ийн өөрчлөлт гарснаас 11 өвчтөнд давтамж түргэсэлт, 7 өвчтөнд жирвэгнэх хэм алдагдал, 8 өвчтөнд экстра-систола, 7 өвчтөнд гиссийн багцын зүүн салааны хориг, 4 өвчтөнд Q—0,22—0,24», 4 өвчтөнд V<sub>3.5</sub> T—хасах, 16 өвчтөнд зүрхний дамжуулах систем хам алдагдалтай, хүчдэл нам болсон байв. Лабораторийн

шинжилгээнд: цусны цагаан эсийн тоо  $9,0-10,0 \cdot 10^9$ , зүүн тийшээ хэвийсэн, улаан цогцсын тунах урвал 14—16 мм/цаг, гамматлобулин ихэссэн (26—28 хувь болсон), СРБ+АСЛ—0 идэвхжиж 250—300 болсон, өвчтөний 15 хувьд нь Ig—А бага зэрэг ихэссэн байлаа.

Зүрхний булчингийн халдвар харшлын гаралтай үрэвслийг анхдагч ревмокардит, дотоод шүүрлийн гаралтай миокардитаас ялгаж оношлох шаардлагатай. Үүнд ревмокардит нь халдварын дараа 2 долоо хоногоос нэг сарын хойно үүсдэг. Үрэвслийн процессууд идэвхжсэн үед халуурч үе мөч өвдөнө. Дархлалын урвал нь идэвхижсэн, цагаан эсийн томьёо зүүн тийшээ хэвийсэн, 60 хувьд нь зүрхний бичлэг өөрчлөлтгүй буюу PQ интервал нь уртасч, хүчдэл намссан байна. Эмчилгээний үр дүнд амархан засал авна. Эндокард үрэвсэл зүрхний хавхлагийн гэмтэл үүсдэг.

Дотоод шүүрлийн гаралтай зүрхний булчингийн сульдал нь голдуу цэвэрших (климаксын) үед тохиолдоно. Гол шинж тэмдэг нь ядаргаа буюу сэтгэл сульдлын үед зүрхээр өвдөх, ЗЦБ-дээр ховдлын комплексийн төгсгөлийн хэсэгт өөрчлөлттэй байна. Зүрхний булчингийн шигдээс болох үед бол зүрхээр их хүчтэй өвдөж ЗЦБ-г голомтот өөрчлөлтүүд гарах ба трансминаз, креатинфосфокиназ, лактатдегидрогиназын идэвх ихэснэ. Стенокардитын үед бол зүрхээр хатгаж, нухаж өвдөх бөгөөд өвдөлт нь ажил хөдөлмөр хийх үед ихэснэ. Миокардитын үед захын цус, ферментийн өөрчлөлт бага илэрнэ. Миокардитын эмчилгээг эрт эхэлж, удаан хугацаанд идэвхтэй хийх шаардлагатай. Үүнд: Үрэвслийн эсрэг салицилын хүчлийн бэлдмэлүүд, пиразолоны хүчил, амидопирин, анальгин, бутадиион, түүнчлэн индометацин, бруфен зэргийг хэрэглэнэ. Зүрхний булчингийн үрэвсэл дахих үед делатил, плаквенил, хүнд явцтай үед гликокортикоидууд, гистамины эсрэг бэлдмэлүүдээс демидрол, пипольфен, тавегил зэргийг өгнө. Дистрофийн эсрэг эмүүдээс рибокцин, нерабол, ретаболил, витамин В<sub>1</sub>, В<sub>15</sub>, С, Е, панангин, оротат кали хэрэглэнэ. Зүрхний дутагдлын эхний үед гликозидуудыг эрт хэрэглэвэл зохино. Түүнчлэн дигиталисын бэлдмэлүүдийг тохирсон хэмжээгээр хэрэглэж үр дүнг нь ЗЦБ-ээр хянаж байх хэрэгтэй. Мөн түүнчлэн фуросемид, гипотиозид зэрэг хавангийн эмийг хэрэглэнэ.

Больницод 3—6 долоо хоног эмчилж, дараа нь амбулаторийн хяналтанд авч эмчилгээг үргэлжлүүлнэ. Өвчтөнийг 3—6 сар хүнд хүчир хөдөлмөрөөс чөлөөлж 2—3 жил диспансерийн хяналтанд авна. Уг өвчнийг цаг хугацаанд нь зөв эмчилбэл 86 хувьд нь хөдөлмөрийн чадвар бүрэн сэргэнэ.

#### АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. А. А. Кедров—«Болезни сердечной мышцы.» Кардиология, М., 1980, № 1, 94—98
2. Н. Р. Палеев, В. А. Однокова, М. А. Гуревич, Т. М. Найшут—Миокардиты, М., 1962.
3. Я. Л. Рапопорт—«Основные морфологические и патогенетические черты недостаточности миокарда и их систематизация». Кардиология, М, 1969, № 3, 3—9
4. М. И. Тиодори, С. Н. Мирочицкий—«Узловые вопросы в проблемах миокардитов». Клин мед, М, 1974, № 10, 6—14.

Редакцид ирсэн 1985—09—20



Д. ИЧИНХОРЛОО (Анагаах ухааны дээд сургууль)

УРГИЙН ХҮЧИЛТӨРӨГЧИЙН ДУТАГДАЛ БА  
ГҮЙЦЭД НЯРАЙН БҮТЭЛТИЙГ УЛААНБААТАР  
ХОТОД СУДАЛСАН НЬ

Перинаталь өвчлөл ба эндэгдэлд ургийн хүчилтөрөгчийн дутагдал, нярайн бүтэлт гол шалтгаан болж байна. Иймээс ургийн хүчилтөрөгчийн дутагдал, нярайн бүтэлтийг оношлох, эмчлэх, урьдчилан сэргийлэх арга хэмжээнүүдийг цаг алдалгүй хийх нь перинаталь эндэгдэлтэй тэмцэх чухал асуудал юм.

Дүгнэлт: 1. Манай оронд гүйцэд нярайн бүтэлт нийт төрөлтөнд харьцуулахад 4,5%-ийг эзэлж перинаталь эндэгдлийн дотор тэргүүн байранд байна. Нярайн бүтэлт ихэнх тохиолдолд төрөлтийн хоорондох зай нь ойрхон, зургаа ба түүнээс дээш төрсөн давтан төрөлтөд элбэг тохиолдож байна.

2. Төрөх хүчний сулрал, хүй нь хүзүүгээ ороосон ба хүй нь түрүүлж унжих, жирэмсний хожуу хордлого, ураг орчмын ус цагаас өмнө урьдчилж гарах, аарцгийн түрүүлэлт, илүү тээлт, уйтан аарцаг, хэвийн байдалтай ихэс цагаас өмнө ховхрох зэрэг жирэмсэн ба төрөх үеийн хүндрэл нь нярайн бүтэлттэй төрөхөд үндсэн урьдчилсан нөхцөл болдог.

3. Ураг орчмын ус цагаас өмнө урьдчилж гарах, төрөх хүчний сулралт нь хөнгөн бүтэлттэй нярайн төрөх шалтгаан болж байхад жирэмсний явцын ба төрөлтийн хүндрэлүүд нь эмэгтэйчүүдийн бус өвчнүүдтэй хавсарсан тохиолдолд хүнд бүтэлттэй нярай төрж байна.

4. Эх барихын практикт ургийг төрөхөөс өмнө элдэв эмгэг өөрчлөлтөөс хамгаалах нь чухал ач холбогдолтой. Хэвлий дэх ургийн байдлыг тодорхойлж ямар нэгэн эмгэг өөрчлөлт илэрвэл цаг үед нь зайлшгүй тусламж үзүүлэх шаардлагатай. Хэвлий дэх ургийн байдлыг бодитойгоор үнэлэх хамгийн энгийн арга нь аминоскопийн шинжилгээ юм.

Аминоскопоор ургийн түрүүлсэн хэсэг, ураг, орчмын усны өнгө, түүний хэмжээ, хөвөөсийн тоо хэмжээ, түүний хөдөлгөөнт байдлаар хэвлий дэх ургийн байдлыг үнэлж болно. Хэвийн явцтай жирэмсний үед ураг орчмын ус нь тунгалаг байхаас гадна усанд янз бүрийн хэмжээтэй хөвөөсүүд үзэгдэнэ. Ураг орчмын ус нь ногоон өнгөөр будагдсан, түрүүчийн шинжилгээтэй харьцуулахад ус ба хөвөөс нь багассан байвал түүнийг өөрчлөлтгэйд тооцно.

Хэвлий дэх ураг хүчилтөрөгчөөр дутагдсаны эрт илрэх шинжийн нэг нь зунгаг бүхий устай байх явдал мөн.

5. Аминоскопийн шинжилгээг ихэвчлэн хэвлий дэх ургийн бүтэж болох жирэмсний хүндрэл, жирэмсний хожуу хордлого, илүү тээлтийн үед хийнэ. Ураг орчмын ус нь түрүүчийн шинжилгээнээс хэмжээ нь багадаж ногоон өнгөөр будагдсан байвал илүү тээлтийн шинж юм.

6. Хэвлийдэх ураг хүчилтөрөгчөөр дутагдсаны бас нэг шинж нь бодисын солилцоонд гүйцэд орж задраагүй бодисууд хуралдсаны улмаас цусны PH хүчиллэг тал руу хэлбийнэ.

Нярайн бүтэлтийн зэргийг тодорхойлох үндсэн үзүүлэлт нь бодисын солилцооны хүчилжилтийг тодорхойлох явдал болно.

7. Бүтэлттэй төрсөн нярайн хүйний цусанд натрий багасч калий ихэсдэг.

8. Бодисын солилцооны өөрчлөлттэй байдлыг эрт илрүүлж холбогдох бүрэн арга хэмжээ авснаар хүчил шүлтийн тэнцвэрийг хэвийн

байдалд оруулж, эд эсийн бодисын солилцоог эрчимжүүлж улмаар хэвлий дэх ураг ба нярайн байдлыг сайжруулна.

9. Эх барихын практикт ургийн хүчилтөрөгчийн дутагдал, нярайн бүтэлтийг оношлох, эмчлэх аргуудыг нэвтрүүлснээр перинаталь өвчлөл, эндэгдлийг цаашид бууруулах ач холбогдолтой юм.

Зөвлөмж. 1. Хэвийн явцтай жирэмсэн, ялангуяа жирэмсний хүндрэлтэй (жирэмсний хожуу хордлого, илүү тээлт), эхчүүдэд жирэмсэн ба төрөх үед нь амниоскопийн шинжилгээ хийж байх.

2. Ургийн хүчилтөрөгчийн дутагдал, нярайн бүтэлтийн үед нярайн төрсний дараах эхний хоногуудад шингэн сэлбэх эмчилгээг хийж байх.

3. Эмэгтэйчүүдэд зөвлөгөө өгөх газруудад жирэмсэн эхчүүдээс бүтэлттэй хүүхэд төрүүлж болох илүү өртөмтгий эхчүүдийг илрүүлж хяналтандаа авч зохих эмчилгээ, шинжилгээнүүдийг хийж байх.

4. Бүтэлттэй төрсөн нярайн хүүхдийн хэсгийн ба мэдрэлийн эмчийн хяналтанд гаргаж байх нь зүйтэй юм.

Редакцид ирсэн 1986. 9. 1

Ш. ӨЛЗИЙХУТАГ (Анагаах ухааны дээд сургууль)

### ХЭВЛИЙН ХӨНДИЙН НААЛДАСТ ӨВЧНИЙ ЧУХАЛ АСУУДЛУУД

Хэвлийн хөндийн наалдаст өвчин сүүлийн үед ихсэж байна. Иймээс наалдаст өвчний шинж тэмдэг бүхий өвчтөнийг мэргэжлийн эмчийн байнгын хяналтанд байлгаж, эмчилгээ хийж, хөдөлмөр болон хоол ундны дэглэмийг нарийн тохируулах нь чухал юм.

Хэвлийн хөндийн наалдаст өвчин нь олон хэлбэртэй байдаг бөгөөд клиникийн янз бүрийн шинж тэмдгүүдээр илэрдэг. Хэвлийн дотуур өвдөх, гэдэс дүүрэх, өтгөн хатах, огиулах зэрэг шинж тэмдэг илрэхээс гадна зарим үед гэдэсний түгжрэлийн хурц цочмог хэлбэрийн шинж тэмдэг илэрдэг. Ийм үед цаг хугацаа алдалгүй мэс заслын эмчилгээ хийнэ.

Хэвлийн хөндийн наалдаст өвчний олон хэлбэрийн үед тохиолдох клиник шинж тэмдгүүдийн онцлогийг нарийн сайн мэдэх нь эмч нарт уул өвчний эмчилгээний тактикийг зөв сонгон авахад тусална. Хэвлийн хөндийн наалдаст өвчний цочмог түгжрэл нь дотроо 3 янз байдаг бөгөөд тэдгээрийн үед гарах клиник шинж тэмдэг, авах арга хэмжээ, мэс заслын эмчилгээ нь өвөрмөц онцлогтой. Ялангуяа хагалгааны дараа эхний 7 хоногт үүсэж байгаа наалдаст цочмог түгжрэл нь хагалгааны дараах гэдэсний сааширал (парез) үргэлжилж байгаа, хагалгааны дараах гялтангийн цочрол арилаагүй үед тохиолддог тул ихэнхдээ андуурагдаж, эмчилгээний цаг хугацаа алдахад хүргэдгийг эмч нар онцгой анхаарах хэрэгтэй. Эмнэлэгт хэвлийн хөндийн наалдаст өвчнийг оноглоход, прозерины сорил, эндоскопийн шинжилгээ, рентген гэрэлд хэвлийг харах, зураг авах, мөн рентген тодосгох бодисын тусламжаар оношлох шаардлагатай байдаг. Иймд мэс заслын яаралтай тусламж үзүүлдэг томоохон эмнэлгүүдэд рентген оношлогоог 24 цагийн үйлчилгээтэй болгох шаардлагатай байна. Хэвлийн хөндийн наалдаст өвчний эмчилгээ нь өвчтөний онцлог, өвчний үе шат, олон цөөн дахисан зэргээс хамаарна.

Энэ өвчний цочмог үед нь идэвхтэй хавсарсан эмчилгээ хийх хэрэгтэй. Тухайлбал, биеийн тамир, шавар, шарлага, зүү эмчилгээ, эд эсийн эмчилгээ (тканевая терапия), мөн гялгар булчингийн агшилтыг сулруулж өвчин намдаах эмчилгээ, хоёр талын бөөрний өөхөнд

0,25%-ийн новокаины хориг хийхийн зэрэгцээ хоол ундны дэглэмийг нарийн зохицуулах нь зүйтэй. Хавсарсан эмчилгээ үр дүн муутай байвал мэс заслын эмчилгээ хийнэ. Дахин наалдас үүсэхээс хамгаалах, хагалгааны дараахь гэдэсний сааширалаас сэргийлэх зорилгоор хагалгааны үед болон хагалгааны дараа 72 цагийн турш 8 цагийн зайтай 0,25%-ийн новокаины уусмалыг хэвлийн хөндийд (1 кг жинд 4—5 мл-ээр бодож) хийнэ.

Олон дахисан, наалдас ихтэй, дахин наалдас үүсэж болзошгүй үед гялтангийн үрэвсэлгүй бол Нобель буюу Чольдса Филлипсийн хагалгааг хийнэ. Хэвлийн гялтан хальс ихээр гэмтсэн, гялтангийн түгээмэл үрэвсэлтэй үед ходоод, нарийн гэдэсний доторхийг (декомперессийн) төрөл бүрийн аргуудыг хэрэглэн гадагшлуулах арга хэмжээ авна. Эдгээрээс «У» хэлбэрийн залгалт ба цекостомийн арга нь илүү үр дүнтэй байдаг.

Дүгнэлт. 1. Хэвлийн хөндийн наалдаст өвчнийг үүсгэх гол шалтгаан нь хэвлийн гялтан хальсыг цочроох, хагалгааны дараа үүсэх гэдэсний сагширал болно.

2. Хэвлийн хөндийн эрхтнүүдийн хагалгааны дотроос мухар олгой авах хагалгаа, гэдэсний түгжрэл, хэвлийн гялтангийн идээт үрэвслийн улмаас мөн эмэгтэйчүүдийн өвчний үед хийгдэх хагалгааны дараа хэвлийн хөндийн наалдаст өвчин үүсэх нь олонтоо байна.

3. Хэвлийн хөндийн наалдаст өвчний оношийг тогтоохдоо өвчний клиник шинж тэмдгийг тодруулахын зэрэгцээ төрөл бүрийн рентген гэрлийн шинжилгээ, лабораторийн ба эндоскопийн шинжилгээ, ходоод гэдэсний хөдөлгөөний үйл ажиллагааг үзэх шинжилгээнүүдийг хийх шаардлагатай.

4. Хэвлийн хөндийн наалдаст өвчний эмчилгээ болон хагалгааны арга техник нь уул өвчний хэлбэр, үе шатаас хамаарч янз бүр байна. Олон дахисан наалдас ихтэй цочмог түгжрэл болоогүй үед Нобель, Чальдса-Филлипсийн хагалгааны аргыг хэрэглэх нь үр дүнтэй байна.

5. Хэвлийн хөндийн эрхтнүүдэд хийх хагалгааг уян хатан, нямбай хийх хэвлийн эрхтнүүдийг хөргөхгүй байх, гэмтсэн гялтан хальсыг битүүлж оёх, хэвлийн хөндийд байгаа цус, идээг гүйцэд сайн цэвэрлэх, хагалгааны дараа үүсэх гэдэсний сааширалыг цаг алдалгүй гүйцэд сайн эмчлэх зэрэг нь уул өвчнөөс сэргийлэхэд их ач холбогдолтой.

6. Хагалгааны дараа 0,25%-ийн новокаины уусмалыг (өвчтөний 1 кг жинд 4—5 мл-ээр бодож) гидрокортисон, пенициллины уусмалын хамт хэвлийн хөндийд тусгай схемээр хийх нь уул өвчнөөс сэргийлэх, хагалгааны дараах гэдэсний сааширал үүсэхгүй байх сайн талтай байна.

Редакцид 1986. 09. 01

ПРОФЕССОР С. Н. ФЕДОРОВЫН ЦУВУУРЫН  
АРГА

ЗХУ-ын Шинжлэх Ухааны Академийн сурвалжлагч гишүүн, доктор, профессор С. Н. Федоровын эмчлэж хараатай болгосон хүмүүс дэлхийн аль ч өнцөг буланд тааралддаг нь Федоровын нэр хүнд дэлхий дахинд түгэхээс яах вэ гэж бодогддог юм.

Профессор Федоровын удирдаж байгаа Москва хотын нүдний бичил мэс заслын эрдэм шинжилгээний институтэд мэс засалд цувуурын шинэ технологийг дэлхийд анх удаа хэрэглэсэн нь нарийн төвөгтэй мэс заслыг олуулаа, олон хүнд нэг зэрэг хийх боломжийг олгосон байна. Энэ институтэд хиймэл болор суулгах, харааны гажгийг засах, лазерийн эмчилгээ болон бусад олон төрлийн бичил мэс заслын аргуудыг нэвтрүүлсэн юм.

Профессор Федоровын шинэ технологи гэдэг нь, мэс засалд бэлтгэгдсэн өвчтөнг хэвтүүлсэн мэс заслын таван ширээ бие биенээсээ тодорхой зайнд сууж байгаа мэс засалчид руу дэд дараагаар урсан ирж өмнө нь бэлэн болоход мэс засалч бүр микроскопондоо харж, өөрсдийн хийх зүйлээ хийнэ. Хамгийн нарийн төвөгтэй хагалгааг туршлагатай мэс засалч хийдэг. Дамжлага бүрт хийгдэх зүйл бүрэн хийгдтэл ширээг хөдөлгөөнгүй байлгана. Хэрэв зарим нэг онцгой арга хэмжээ шаардах өвчтөн гарвал бэлэн байдалд байгаа туршлагатай жижүүрийн эмч тусламж үзүүлнэ. Гэвч мэс заслын өмнө өвчтөн бүрийг орчин үеийн багаж аппаратаар нарийн шинжилдэг тул ийм тохиолдол ховор гардаг байна. Энэ аргаар өдөрт 100—120 хүртэл хагалгаа хийх боломжтой.

Профессор Федоров 1960-аад оны эхнээс болор нь бүдэгшиж хараагүй болсон хүний нүдний болрыг авч оронд нь «хиймэл дагуул» гэдэг нэр бүхий пластмассын төрлийн бодисоор хийсэн хиймэл болор суулгах мэс заслыг хийж цаашид улам боловсонгуй болгож эмнэлгийн практикт нэвтрүүлсэн нь зөвлөлтөд төдийгүй дэлхийд өргөн дэлгэрсэн байна.

Мөн 1974 оноос эхлэн холын харалганыг мэс заслын аргаар эмчлэх «цацраг кератотомии» мэс заслыг нэвтрүүлжээ. Энэ арга нь харалган нүдний эвэрлэг бүрхүүлийг алмазын хутгаар түүний зузааны гуравны хоёрыг хамруулан цацраг байрлалтай зүснэ. Мэс засал хийхийн өмнө эвэрлэгийн зузааны хэмжээг хэт авианы аппаратын тусламжтайгаар маш нарийн хэмжиж тодорхойлсны дараа эвэрлэгт хийх зүслэгийн тоо, гүний хэмжээг тогтооно. Эвэрлэгийн зүслэгийн тоо, уртын хэмжээ нь уг нүдний харалганы зэрэг өвчтөний наснаас шалтгаалан янз бүр байна. Ихэвчлэн 4—8 зүслэг хийх ба 16 зүслэг хийх ч үе гарна. Мэс заслын дараа өвчтөний хараа дорхиноо сайжирдаг байна. Шарх нь 2—3 долоо хоногт бүрэн эдгэрдэг ба зүслэгийн улмаас үүссэн сорвижлоос эвэрлэг хавтайдаг учраас нүдэнд орж, байгаа гэрлийн туяа нь торон бүрхүүлийн наана тусдаг байснаа торон бүрхүүл дээр тусах болж холын юмыг шилгүйгээр сайн харах боломжтой болдог ажээ. Тус институтийн дүн бүртгэлийн мэдээгээр хасах 6—10 диоптрийн шил зүүж байсан 20000 хүнийг хэвийн хараатай болгожээ.

Одоо болрын, нүдний даралт ихсэх өвчин, харалганы мэс заслын 85 хувьд цувуурын аргыг хэрэглэж байна. Цувуурын аргыг мэс засалд хэрэглэсэн нь өвчтөн хүмүүс өөрсдөө бүгдээрээ ижил нөхцөлд байна гэсэн аятай сэтгэгдэл төрүүлэхийн зэрэгцээ өндөр хүчин чадалтай техникийн бүрэн хүчин чадлыг нь ашиглах бололцоо олгож байна.

Тус институт хиймэл болор, нүдний мäs заслын нарийн багаж, эвэрлэгийн протез, электрон багаж зэргийг өөрсдөө үйлдвэрлэн дотоодын хэрэгцээг хангаад зогсохгүй гадаадад худалддаг ажээ.

Энэ институтийг зөвлөлт засгийн газар саяхан ЗХУ-ын 12 томоохон хотод микро мäs заслын салбар төвтэй шинжлэх ухаан техникийн цогцолбор болгох тогтоол гарган ерөнхий захирлаар нь профессор Федоровыг томилжээ. Энэ цогцолбор 3 жилийн дараа гэхэд бүрэн хүчин чадлаар ажиллах юм. Зөвхөн нэг өдөрт 1000-аад, жилд 200000 гаруй мäs засал хийх болно.

Бид профессор Федоровын нүдний бичил мäs заслын аргуудаас тухайлбал хиймэл болор суулгах мäs заслыг УКТЭ-ийн нүдний тасагт амжилттай нэвтрүүлж мäs засал хийлгэсэн хүмүүс 70—100 хувийн хараатай болж байна.

Үүний зэрэгцээ тус институтийн эмч нарыг бригадын хэлбэрээр ажиллуулдаг туршлагыг нэвтрүүлэн нүдний эмч нарыг бригадын аргаар зохион байгуулан тасаг, кабинетэд зэрэг ажиллуулснаар тэдний анхаарлыг нэг чиглэл, зорилгод хандуулан ажлын уялдаа холбоог нягтруулж өвчтөнийг богино хугацаанд шинжлэх, оношлох, эмчлэх асуудлыг сайжруулснаар эмчилгээ үйлчилгээний ажлын чанарт өөрчлөлт гарч хэвтэх өвчтөн хүлээх нь багасч, орны эргэлт хурдасч байна. Ингэж ажилласнаар эмч бүр амбулаторт үзсэн өвчтөнөө хэвтүүлэн эмчилж дараа нь дахин амбулаториор хянаж эмчилгээг дуусгаж байна. Энэ нь эмч нэг бүрийн хамт олны өмнө хүлээх хариуцлагыг дээшлүүлэхээс гадна тэдний мэргэжлийн түвшинг жигдрүүлэн мäs заслын арга барилыг эзэмшихэд ихээхэн ач холбогдлоо өгч байна.

Цаашид холын харалганыг мäs заслаар эмчилдэг аргыг нэвтрүүлэх зорилт бидний өмнө тавигдаж байна.

Ж. ТУМБААШ, Ж. БААСАНХҮҮ

## АРЬС ӨНГӨНИЙ ӨВЧИНТЭЙ ТЭМЦЭХ АЛБАНЫ 60 ЖИЛ, АРЬС ӨНГӨНИЙ ЭМГЭГ СУДЛАЛЫН НЭГДСЭН ТӨВ БАЙГУУЛАГДСАНЫ 40 ЖИЛ

Зөвлөлтийн эмч мэргэжилтний тусламжтайгаар 1926 онд 50 ортой арьс өнгөний өвчтөнийг эмчлэх тасаг байгуулагдсан нь одоогийн арьс өнгөний эмгэг судлалын нэгдсэн төвийн эх үүсгэвэр болсон билээ.

МАХН-ын Төв Хороо, БНМАУ-ын засгийн газраас 1948 онд Арьс өнгөний өвчинтэй тэмцэх явдлыг хүчтэй болгох арга хэмжээний тухай тогтоол гаргаж энэ тогтоолын дагуу өнгөний халдварт өвчинтэй тэмцэх ажилд анх эргүүл дуудлагын үйлчилгээ нэвтэрч, урьдчилан сэргийлэх үзлэгийг өргөн олныг хамран хийх, өвчтөнийг тууштай эмчлэх, халдаагчийг олж илрүүлэх ажлын чанар сайжирч цаашид өвчнөө халдаах явдлыг таслан зогсоход чиглэгдсэн арга хэмжээнүүдийг олон хэлбэрээр явуулдаг болжээ. 1955 онд арьс өнгөний нэгдсэн диспансер больницыг улсын арьс өнгөний нэгдсэн диспансер, больниц болгон өргөтгөж, арьс өнгөний өвчинтэй тэмцэх улсын хэмжээний арга хэмжээг удирдан зохион байгуулах ажлыг хариуцуулжээ. Ингэж өнгөний болоод арьсны халдварт өвчинтэй тэмцэх ажил улсын чанартай, биеэ даасан системтэй ажил болж, нэгдмэл нэг удирдлага, зохион байгуулалттай, төвлөрсөн бүртгэл, тайлан тооцоотой болж, хөдөөгийн хүн амд үзүүлэх арьс өнгөний эмчийн нарийн мэргэжлийн тусламжийг өргөтгөн, боловсон хүчнээр хангасан байна. Энэ арга хэмжээнд ЗХУ-ын эмч мэргэжилтний сэтгэл харамгүй тусламж, гар бие оролцсон ажил шийдвэрлэх үүрэг гүйцэтгэсэн юм.

Арьс өнгөний нэгдсэн эмнэлэг, диспансерийн хэсгийг улам өргөтгөн төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн арьсны хүүхдийн урологийн, мөөгөнцөрийн, урьдчилан сэргийлэх үзлэгийн кабинетууд, 1965 оноос эхлэн эс судлалын, нян судлалын лабораторууд, диспансерийн хэсгийг түшиглүүлэн лаборатори, нөхөн сэргээх эмчилгээний кабинетыг салбарлуулан байгуулж ажиллуулжээ.

1977 онд арьс өнгөний өвчинтэй тэмцэх ажлыг хариуцсан арьс өнгөний эмгэг судлалын нэгдсэн төв байгуулагдав.

Арьс өнгөний өвчинтэй тэмцэх талаар нам засгаас авч явуулж буй байнгын арга хэмжээний үр дүнд өнгөний өвчний хожуу илрэх нь эрс цөөрч, хүн ам жил ирэх тутам эрүүлжиж, төрөлт өсөлт эрс нэмэгдэж байгаа нь манай социалист эрүүлийг хамгаалахын томоохон ололт юм.

Ц. АЛТАНЦЭЦЭГ

### Д-Р МАЛЛЕР МАНАЙ ОРОНД АЙЛЧЛАВ

Энэ оны 8 дугаар сард БНМАУ-ын Эрүүлийг хамгаалах Яамны сайдын урилгаар ДЭХБ-ын ерөнхий захирал Маллер, ДЭХБ-ын Зүүн Өмнөд Азийн бүсийн захирал У. Ко-Ко нар манай оронд албан ёсны айлчлал хийв.

Айлчлалын үеэр хүндэт зочдыг БНМАУ-ын Сайд нарын Зөвлөлийн дарга Д. Содном, Гадаадтай Эдийн Засгийн Талаар Харилцах Улсын Хорооны дарга П. Очирбат, БНМАУ-ын Гадаад Явдлын Яамны сайд М. Дүгэрсүрэн, Эрүүлийг хамгаалах Яамны сайд Ч. Цэрэннадмид нар хүлээн авч уулзаж, БНМАУ, Дэлхийн Эрүүлийг Хамгаалах Бай-

гууллагын хамтын ажиллагааны өнөөгийн байдал, хэтийн төлөвийн асуудлаар ярилцав.

Др. Х. Маллер, БНМАУ-ын Эрүүлийг хамгаалах Яамны ажилтнууд нийслэлийн эмнэлэг-урьдчилан сэргийлэх байгууллагуудын удирдах нөхөдтэй уулзаж ярилцахдаа манай орны эрүүлийг хамгаалах салбарын хөгжилт, ололт амжилтыг өндрөөр үнэлж, нам, засгаас явуулж буй эдийн засаг нийгмийг хөгжүүлэх өргөн хүрээтэй бодлого нь хүн амын эрүүл мэндийг хамгаалах түүний гол үндэс эмнэлэг ариун цэврийн анхан шатны тусламжийг хөгжүүлэх үйл хэрэгт чухал түлхэц үзүүлж байгааг манай орны жишээн дээр авч яриу.

Др. Маллер манай орны нийт эмч, эмнэлгийн ажилтан, ажилчдад хандаж, ард түмнийхээ эрүүл мэндийг хамгаалах арвин үйлсдээ бүхий л мэдлэг чадвар, авьяас билгээ зориулж ажиллахыг уриалаад эмч нар зөвхөн мэргэжилдээ сайн байх төдийгээр үйл ажиллагаагаа хязгаарлаж болохгүй.

Харин нийгмийн өмнө хүлээсэн үүрэг хариуцлагаа нэр төртэй биелүүлэхэд тэдний гол зорилго чиглэгдэх ёстой гэж онцлон тэмдэглэв.

Др. Маллерын манай оронд хийсэн албан ёсны айлчлал амжилттай болж, эмнэлэг ариун цэврийн анхан шатны тусламжийг боловсронгуй болгоход тус дэмжлэг үзүүлж, цаашид үр бүтээлтэй хамтран ажиллах итгэл дүүрэн байгаагаа тэмдэглэв.

Б. СИИМАА

## ЗӨВЛӨЛГӨӨН БОЛОВ

ЭЗХТЗ-ийн эрүүлийг хамгаалах салбарт хамтран ажиллах байнгын комиссын «Лабораторийн оношлогоо» 12 дугаар шийдвэрлэх асуудлаархи эрдэм шинжилгээ-зохицуулалтын зургаа дахь зөвлөлгөөн БНСЧСУ-ын Прага хотод болов. Зөвлөлгөөнд ЗХУ, БНАГУ, БНПАУ, БНМАУ, БНСЧСУ, БНКАУ-ын Эрүүлийг хамгаалах яамны лабораторийн ерөнхий мэргэжилтнүүд, ЭЗХТЗ-ийн нарийн бичгийн газар, химийн «Лакема» үйлдвэрийн ажилтан нар оролцов.

Зөвлөлгөөнд өнгөрсөн 5 жилд 12 дугаар шийдвэрлэх асуудлын хүрээнд хамтран хийж гүйцэтгэсэн судалгааны ажлын үр дүн, дууссан сэдэв, ажлын тайлан боловсруулсан баримт бичгүүдийг хэлэлцэж, 1986—1990 онд хамтран ажиллах төлөвлөгөөг санал нэгтгэй батлав.

Ах дүү социалист орны эрдэмтдийн бүх талын хамтын ажиллагааны үр дүнд лабораторийн оношлогооны чанар, үр дүн, зохион байгуулалт, хөдөлмөр бүтээмж, эдийн засгийн үр ашгийг дээшлүүлэх төрөл бүрийн өвчин эмгэг, урьдчилан сэргийлэх үзлэгийн үед хийх шаардлагатай шинжилгээний нэр төрлийг тогтоох, лабораторийн урвалж бодис, тоног төхөөрөмжийн хэрэгцээ гаргах, шинжилгээний аргуудыг ижилтгэн стандартчилах, автоматжуулах, компьютерийн систем нэвтрүүлэх талаар ихээхэн амжилтанд хүрснийг зөвлөлгөөний ажиллагаа харуулав.

Зөвлөлгөөн дээр ЭЗХТЗ-ийн гишүүн орнуудын үйлдвэрлэн гаргадаг химийн бодис, лабораторийн оношлогооны багаж хэрэгслэл, тоног төхөөрөмжийн нэгдсэн католог боловсруулж тогтмол шинэчлэн гаргаж байх талаар БНМАУ-ын төлөөлөгчийн дэвшүүлсэн саналыг сайшааж ЭЗХТЗ-ийн холбогдох байгууллагад үүрэг өгөх шийдвэр гаргав.

Манай улсын лабораторийн эмч мэргэжилтнүүд лабораторийн оношлогооны зохион байгуулалтын шинжлэх ухааны үндсийг боловс-

руулах, клиник-лабораторийн шинжилгээний чанарын хяналтын аргыг ижилтгэн стандартчилах, олон улсын лабораторийн чанарын хяналтын систем боловсруулах зэрэг сэдвүүдээр хамтын ажиллагаанд оролцох үүрэг авч протоколд гарын үсэг зурав.

Ирэх таван жилд социалист орнуудын хэмжээнд орчин үеийн шинжлэх ухаан техникийн ололт, биотехнологийн, иммуноферментийн арга дээр үндэслэсэн экспресс оношлуур зохион бүтээж лабораторийн оношлогооны үр дүнг чанарын шинэ дээд шатанд гаргах зорилт тавив.

Н. МӨНХТҮВШИН

Эмч, эмнэлгийн ажилтны улс төр,  
эдийн засгийн боловсролд

## АЖИЛЛАХ ХҮЧНИЙ НӨХӨН ҮЙЛДВЭРЛЭЛД ЭРҮҮЛИЙГ ХАМГААЛАХЫН РОЛЬ

Материаллаг баялгийн үйлдвэрлэл нь үйлдвэрлэлийн хэрэгслэл ба хүний хүчин зүйлийн харилцан нэгдэл, харилцан үйлчилгээний үр дүн байдаг. Үйлдвэрлэлийн хүний хүчин зүйл, ажиллах хүч гэдэг ойлголтууд нь өөр хоорондоо нягт уялдаатай, ойролцоо утгатай боловч үлэмж ялгаатай юм. Хөдөлмөрийг ажиллах хүчинтэй адилтгаж болохгүйн адил, үйлдвэрлэлийн хүний хүчин зүйлийг ажиллах хүчтэй адилтгаж болохгүй. Энэ бол хоёр өөр ойлголт юм. Энэ хоёр ойлголтыг зааглан ялгаж үзэх нь онол, практикийн чухал холбогдолтой юм. Социалист коммунист байгуулалт өргөжин тэлэхийн хэрээр үйлдвэрлэлийн хүний хүчин зүйлийн роль өсч байна. Энэ бол зүй тогтолт процесс юм. ЗХУКН-ын Төв Хорооны ерөнхий нарийн бичгийн дарга М. С. Горбачев „Аливаа ажил хэргийн амжилт нь олон түмний идэвх, ухамсартай оролцооноос шийдвэрлэх хэмжээгээр шалтгаална. Сонгож авсан зам үнэн зөв гэдэгт хөдөлмөрчдийн өргөн давхрааг үнэмшүүлэн итгүүлж, тэдний ёс суртахууны болон материаллаг сонирхлыг татаж, боловсон хүчний сэтгэл зүйг өөрчлөн шинэчлэх явдал манай өсөлтийг түргэтгэх хамгийн чухал нөхцөл мөн. Сахилга, зохион байгуулалт, даалгасан ажил, түүний үр дүнгийн төлөө хүн бүрийн хүлээх хариуцлага хичнээн өндөр байвал урагшлах хөгжил төчнөөн түргэн болно“ гэж ЗХУКН-ын XXVII их хуралд тавьсан Улс төрийн илтгэлдээ тодорхойлсон байна. Энэ бол үйлдвэрлэлийн хүний хүчин зүйл юм.

Хүн хөдөлмөрийн процессод ажиллах хүчээ зарцуулан, үйлдвэрлэлийн хэрэгслэлийг ашиглан хөдөлгөөнд оруулж, тэдгээрийн тусламжтайгаар байгалийн эд юмсыг өөрсдийн хэрэгцээнд тохируулан өөрчлөн хувиргаж материаллаг баялгийг бүтээх ба энэ процессод хүний хөдөлмөрийн дадлага туршлага хуримтлагдан боловсронгуй болж, онолын ба техник, эдийн засгийн мэдлэг өсөн нэмэгдэнэ. Өөрөөр хэлбэл үйлдвэрлэлийн процессод ажиллах хүч бүх талаар хөгжин, боловсронгуй болж байдаг.

Ажиллах хүчний хөгжилт нь нөхөн үйлдвэрлэлийн процесст явагддаг билээ. Хүмүүс үйлдвэрлэлийн процессод тодорхой тоо хэмжээний хүч энерги, оюун ухааныг зарцуулдаг бөгөөд зарцуулсан ажиллах хүчийг нөхөн сэргээх, цаашид хөгжүүлэх явдал нь бодит зайлшгүй юм. Үйлдвэрлэлийн тодорхой дадлага туршлагатай, техник эдийн засгийн өндөр мэдлэг боловсролтой, мэргэжилтэй, эрүүл чийрэг хүмүүс л материаллаг баялгийг бүтээж чадах тул ажиллах хүчний



нөхөн үйлдвэрлэл нь социалист өргөтгөсөн нөхөн үйлдвэрлэлийн процессод онцгой байр эзэлдэг байна.

Социализмын үе дэх ажиллах хүчний нөхөн үйлдвэрлэл нь одон тооны хүчин зүйл, элементүүдийн харилцан үйлчилгээ, хэлхээ холбооны үр дүнд явагдах бөгөөд үүний дотор хөдөлмөрчдийн эрүүл мэнд, материалын ба соёлын төвшин, тэдгээрийн өсөлт, бие хүчний бүх талын хөгжил чухал байр суурийг эзэлдэг юм. Социалист байгуулалтын процесс өргөжин гүнзгийрүүлэхийн хэрээр дээрх элементүүдийн роль улам нэмэгдсээр байна. Энэ бол социалист нийгмийн мөн чанар, эдийн засгийн үндсэн хуулийн шаардлагаас урган гарч байгаа социализмын үе дэх ажиллах хүчний нөхөн үйлдвэрлэлийн үндсэн шинж билээ.

Социализмын үе дэх ажиллах хүчний нөхөн үйлдвэрлэлийн эх сурвалж нь цалин хөлс ба нийгмийн хэрэглээний фондын хэлбэрт байдаг зайлшгүй бүтээгдэхүүн юм. Манай орны эдийн засгийн хүч чадал бэхжин зузаарч, улс ардын аж ахуйн салбаруудын бүтэц боловсронгуй болон хөгжихийн хэрээр ард түмний материаллаг аж байдал, соёлын төвшин гуйвалтгүй дээшилж, ажиллах хүчний нөхөн үйлдвэрлэлийн зардлын бүтцэд чанарын өөрчлөлт гарсаар байна.

БНМАУ-ын үндэсний орлого 1984 онтой харьцуулахад 1985 онд 6 %-иар өсчээ. Үндэсний орлогын хурдан өсөлтийн үр дүнд хүн амын бодит орлого тасралтгүй нэмэгдсээр байна. Хүн амын бодит орлого 1985 онд 4,7 %-иар өсчээ. Ялангуяа нийгмийн хэрэглээний фондын өсөлт цалингийн фондын өсөлтөөс өндөр байгаа нь манай нам засгаас эрүүлийг хамгаалах, соёл боловсролыг хөгжүүлэхэд их анхаарч байдгийн тод илрэл юм. 1985 онд хуралдсан МАХН-ын Төв Хорооны X бүгд хурлаас дэвшүүлсэн ХАА-г хөгжүүлэх, хүн амын хүнсний хангамжийг сайжруулах зорилгот програм нь ажиллах хүчний нөхөн үйлдвэрлэлийн гол үндсэн элемент нь болсон хүнсний зүйлийн үйлдвэрлэлийг нэмэгдүүлэхэд чиглэгдсэн юм. Манай орны эрүүлийг хамгаалах ба эрдэм шинжилгээний бусад байгууллагууд эх орны хүнсний бүтээгдэхүүний үйлдвэрлэлийн нөөц боломж, хүн амын уламжлалт хэрэглээ, цаг агаарын өвөрмөц онцлог зэрэг олон хүчин зүйлүүдийг харгалзан үзэж, хүн амын хэрэглэж байгаа хүнсний бүтээгдэхүүний найрлага, хоногийн хэрэглэх физиологийн норм хэмжээг тогтоож, үүний үндсэн дээр ойрын ирээдүйд хүн амд оногдох хүнсний бүтээгдэхүүний хэрэглээг нэмэгдүүлэх боломжийг 2000 он хүртэл төлөвлөн тогтоолоо. Энэ бол ажиллах хүчний нөхөн үйлдвэрлэлийг өргөтгөж, хүний эрүүл мэндийг хамгаалах, хөдөлмөрлөх чадварыг дээшлүүлэхэд шийдвэрлэх рольтой юм.

Ажиллах хүчний нөхөн үйлдвэрлэл нь зөвхөн хүнсний бүтээгдэхүүний хангамж, түүний найрлагаар хязгаарлагдахгүй. Орчик үеийн шинжлэх ухаан, техникийн дэвшил, нийгмийн үйлдвэрлэлийн нарийн төвөгтэй бүтэц, хөгжилт нь хүнээс өндөр мэргэжил мэдлэг, соёл, эрүүл чийрэг бие бялдар, өндөр сахилга бат, зохион байгуулалтыг шаардаж байна. Ажиллах хүчний нөхөн үйлдвэрлэлд Эрүүлийг хамгаалахын салбар, тэнд ажиллаж байгаа эмч, эмнэлгийн ажилтнуудын үйл ажиллагаа шийдвэрлэх үүрэг рольтой. Эрүүлийг хамгаалах бол үйлдвэрлэлийн бус хүрээний нэг чухал салбар бөгөөд хүн амын өвчлөл, нас баралтыг бууруулан, аливаа өвчлөлөөс урьдчилан сэргийлж, хүмүүсийн хөдөлмөрлөх чадварыг нэмэгдүүлэн, уртасгах замаар ажиллах хүчний нөхөн үйлдвэрлэлд нөлөөлж байна. Эрүүлийг хамгаалахын ажилтнуудын хөдөлмөр нь онцгой төрлийн хэрэгцээний өртөг бүхий үйл ажиллагаа юм. Эмнэлгийн хөдөлмөр нь материаллаг баялгийг шууд бүтээхгүй боловч бие хүн ба нийгэмд онцгой төрлийн үйлчилгээг үзүүлдэг юм.

Социализмын үе дэх ажиллах хүчний нөхөн үйлдвэрлэлд эрүүлийг хамгаалахын роль доорх чиглэлүүдээр илэрч байна.

1. Хүн амын эрүүл мэндийг сахин хамгаалах, бэхжүүлэх нь социализмын эдийн засгийн үндсэн хуулийн шаардлага, бүхнийг хүний сайн сайхны төлөө зориулж байдаг манай нийгмийн мөн чанараас урган гарч тодорхойлогдож байна.

2. Эрүүл аж төрөх ёс нь социалист аж төрөх ёсны чухал элемент бөгөөд түүнийг бүх нийтийн хэрэг болгож хэвшүүлэхэд Эрүүлийг хамгаалахын ажилтан, эмч нарын үйл ажиллагаа онцгой рольтой юм.

3. Социалист байгуулалтын одоогийн үе шатанд хүний хүчин зүйлийн роль улам хүчтэй болж, нийгмийг хөгжүүлэх шавхагдашгүй нөөц боллоо.

МАХН-ын Төв Хорооны ерөнхий нарийн бичгийн дарга, БНМАУ-ын Ардын Их Хурлын Тэргүүлэгчдийн дарга Ж. Батмөнх „Социалист байгуулалтад хүний хүчин зүйлийн роль улам бүр өсөж байна. Энэ хүчин зүйлийг мэдэгдэхүйц идэвхжүүлэх нь тавьсан зорилтыг хэрэгжүүлэх нэг үндсэн нөхцөл мөн. Энэ бол бидний гарт байгаа их нөөц, одоо түүнийг жинхэнэ ёсоор хөдөлгөж ажил болгох нь чухал байна“ гэж онцлон тэмдэглэсэн билээ.

Хүн амын эрүүл мэндийг сахин хамгаалах ажил нь эмнэлгийн байгууллага, эмч мэргэжилтнээс өндөр хариуцлага, сахилга бат, бүтээлч ажиллагааг шаардаж байна. Ялангуяа материаллаг үйлдвэрлэлд, эмчийн хөдөлмөрийг ойртуулан, хөдөлмөрийн нөхцөлийг сайжруулах, хөдөлмөрийн чадварыг түр алдагдуулах өвчлөлөөс урьдчилан сэргийлэх, ажиллагсадыг эрүүлжүүлэх арга хэмжээг шинжлэх ухааны үндэстэй боловсруулан хэрэгжүүлэх нь чухал ач холбогдолтой байна.

ЗХУ-ын В. И. Лениний нэрэмжит Челябинскийн тракторын заводын эмч инженерийн бригад байгуулан ажилладаг туршлагыг 1981 оноос ханын материалын үйлдвэр, 3-р цахилгаан станц, ээрмэлийн үйлдвэрт нэвтрүүлэн, үйлдвэрийн хөдөлмөрийн нөхцөл, технологийн процессыг боловсронгуй болгох, ажилчдын хөдөлмөрийн чадварын түр алдалтыг тууштай бууруулах, эрүүлжүүлэх, өвчлөлөөс урьдчилан сэргийлэх ажилд үйлдвэрийн захиргаа, инженер техникийн ажилтан, эмч нарын хамтын ажиллагааг чиглүүлж, цогцолбор арга хэмжээ авч хэрэгжүүлсэн нь үр дүнгээ өгч байна. Жишээ нь: Улаанбаатар хотын ханын материалын үйлдвэрийн ажилчдын хөдөлмөрийн нөхцөлийг эрүүлжүүлэх арга хэмжээг 1983—1984 онуудад системтэй авч явуулсны үр дүнд 1980—1983 оны дундажтай сүүлийн 2 жилийн дунджийг харьцуулахад хөдөлмөрийн чадварыг түр алдуулсан өвчлөлөөс гарсан эдийн засгийн хохирол 14,2 %-иар буурч, 130829 төгрөгийн ашиг өгчээ.

Ажиллах хүчний нөхөн үйлдвэрлэлд эрүүлийг хамгаалахын үүрэг ролийг дээшлүүлэх хөшүүрэг нь эмчийн ёс суртахуун, ажлын хариуцлага, сахилга бат, зохион байгуулалтыг өндөржүүлэхэд оршиж байна. Иймд „эмнэлгийн боловсон хүчний ажлын хариуцлагыг дээшлүүлэх, социалист сахилгыг бэхжүүлэх тухай“ МАХН-ын Төв Хорооны Улс Төрийн Товчооны 102 дугаар тогтоолын заалтыг удирдлага болгон, амьдралд бүтээлчээр хэрэгжүүлэх нь манай эмч, эмнэлгийн ажилтнуудын гол зорилт, тэдний нийгмийн өмнө хүлээсэн үүрэг хариуцлагаа нэр төртэй биелүүлэх үндсэн нөхцөл нь болон тавигдсаар байна.

Анагаах ухааны дээд сургуулийн Марксизм-Ленинзийн тэнхимийн багш Т. БАТАА

## ӨВЧТӨНИЙГ ЭМЧЛЭХ УВИДАС

Эх орны өнцөг булан бүрт байгаа эмнэлгийн аль ч байгууллагаар ороход аюулт өвчнөөс аав, ээж, хань, үрийн минь амь насыг аварсан ачит эмч, эмнэлгийн ажилтанд баярлаж, талархсанаа илэрхийлсэн чин сэтгэлийн үг олонтаа сонсогдож байх юм. Энэ нь жирийн үгс боловч эмч, эмнэлгийн ажилчдад асар том шагнал юм. Үүнийг хөнгөн хялбар, дөт замаар олж хүртэх боломжгүй нь мэдээж. Харин эмчийн уйгагүй зүтгэл, нөр хичээнгүй хөдөлмөр, хүнлэг нинжин сэтгэлийн хүчинд л олон түмнээсээ чин сэтгэлийн үгийг сонсдог билээ.

Шинжлэх ухаан техникийн хөгжлийн өндөр түвшинд хүрсэн өнөө үед бид өвчнийг олон төрлийн шинжилгээ, техникийн тусламжаар оношлож, мэс засал, эм, нөхөн сэргээх зэрэг эмчилгээний олон хэлбэрийг хослон хийж өвчтөнийг бүрэн төгс эдгээж байна.

Өвчтөнийг эмчлэхэд, эмчээс өвчтөний сэтгэл санааг ойлгох, юу хүсэж байгааг нь зүрх сэтгэлээрээ мэдэрдэг чадвартай байх нь юу юунаас чухал байдаг.

Одоо өвчтөний өвчний байдлаас болж олон төрлийн эм, тариа хэрэглэж шарлага, утлага, иллэг, татлага хийж байна. Үүнд нэг хэсэг өвчтөнд эдгэх итгэл төрж байхад нөгөөх нь эмнэлэгт ингэх л ёстой хэмээн боддог байхад «ийм эм тариа, шарлага, дасгал тийм юманд сайн гэнэ үүгээр эмчилж өгөөч» гэж шаарддаг өвчтөн олшрох төлөвтэй боллоо. Энэ нь нэг талаас манай ард түмэн эмнэлгийн зохих мэдлэгтэй болсны шинж боловч эмч хүнд иймэрхүү хүсэлт, шаардлагыг хүлээн авч биелүүлэхэд бас төвөгтэй байдаг. Иймд эмч өвчний нь талаар, эмчлэх гол зарчим, өвчлөлийн явц болон цаашид эрүүл байхын тулд хооллох, амрах, ажиллах дэглэмийн талаар өвчтөнтэйгээ илэн далангүй ярилцах хэрэгтэй болдог. Ийнхүү өвчтөнтэйгээ илэн далангүй, зөв зүйтэй ярилцах нь манайд ховор байна. Эмч өвчтөнтэйгээ ингэж ярилцсанаар өвчтөний зовиурыг багасгаж сэтгэлийг засч, эдгэж тэнхрэх итгэл төрүүлэхээс гадна өвчтөний итгэлийг өөртөө татах болно.

Уг хүний мэдрэл сэтгэхүйн тогтолцоо, зан чанарын онцлогийг таньж мэдэж байж л өвчтөнөө сайн эмчилдэг жамтай.

Орчин үед өвчтөнийг эмчлэхэд сэтгэхүйг нь судлах явдал зүй ёсоор шаардагдаж байна. Өнөөдөр өвчтөн, эмчийн хөдөлмөрийг үнэлэхдээ эмчийн нинжин сэтгэл, хүнийг хайрлах хайр, өгөөмөр үйлсээр нь дүгнэх болжээ.

Манайд эмчлэх ариун үйлсдээ үнэнч шударга, хүнийг энэрэн хайрлаж сурсан ахмад эмч, багш нар олон байна. Анагаах ухааны дээд сургуулийн багш, профессор Б. Рагчаа, Клиникийн II амаржих газрын ерөнхий эмч О. Должинсүрэн, гавъяат эмч Н. Гэндэнжамц, Улсын клиникийн төв эмнэлгийн зөвлөх эмч Д. Гэлэгжамц нарын тухай «Эдгэх эсэхээ цаг уралдан хүлээж байхад зөвлөх эмч үзсэн, зөвлөхтэй уулзсан тэр мөчөөс миний өвчин эдгэрсэн, сэтгэлд минь нар гийж, туяа цацрах мэт санагдаж билээ» гэж ярилцаж байна. Энэ нь эрдэмтэн багш нар маань өвчтөнийг үзэхдээ тэдний зовиур шаналгаагаар өөрсдөө адилхан шаналж, сэтгэлдээ бодож, нүднийх нь харцаар энгэлэлийг нь мэдэрч, энгийн даруухан, эцэг эх шиг нь ярилцаж байдагт хамаг учир байх шиг санагддаг.

Залуу эмч нар ахмад эмч, багш нараас энэ эрхэм чухаг чанарыг нь өвлөн авах учиртай. Энэ бол тийм ч амархан сурчихдаг увидас

биш бололтой. Их мэдлэг, зөв хүмүүжил, үнэн голоосоо бусдыг өрөвдөх сэтгэлийн хүчинд бүтэх зүйл юм.

Өнөөдөр хүн төрөлхтөн сансрын шинэ эринд амьдарч байна. Хүний ажиллах, амьдрах ахуй нөхцөл бүхий, л үйл ажиллагаанд электрон багаж хэрэгсэл, тооцоолон бодох машин компьютер зэрэг хүний оюун ухааны гайхамшигаар бүтсэн тоног төхөөрөмж хэрэглэгдэх болжээ. Эмчлэх урлагт ямар ч дээд зэргийн зохион байгуулалттай автомат багаж хэрэгсэл байлаа ч эмч хүний хүнлэг сайхан сэтгэл, уян зөөлөн зан, соргог мэдрэмжийг орлож чадахгүй билээ. Энэ сайхан чанарыг эзэмшиж чадаагүйгээс, энэ эрхэм чухаг зүйлээ дутуу үнэлснээс манай зарим эмч нар алдаа эндэгдэл гаргаж байна.

Хүнд өвчнөөр өвчилж үхэл, амьдралын заагаас сэхэж сэрвийж байгаа өвчтөнөө хараад эмч хүн хөдөлмөртөө баярлаж, аз жаргалаа эдэлдэг. Гэхдээ эмч хүний хөдөлмөр дандаа бал бурам шиг амттай байдаггүй. Бие сэтгэлээ хайрлахгүй зүтгэсээр, хүний амь нас алдах ч бий. Хэдэн хоног зүүдэнд орж, олон сар жилээр санаанаас гарахгүй алдаа эндэгдэл ч гардаг. Хайр халамж минь дутав уу? өөр бололцоог хэрэглэж чадалгүй өнгөрөөчिव үү гэдэг бодол, эрэгцүүлэл эмч хүнийг байнга мэдлэгээ сэлбэх, улам бүр хянуур няхуур байхыг зүй ёсоор шаарддаг. Би болоод байна гэж бодвол эмч хүн алдах нь тэр. Тийм эмчид аяндаа мэдлэг дутаж, мэргэжлээ ёс төдий гүйцэтгэж, өвчтөнөө хайрлах хайр халамж хомсдох болно. Манайд биеэ тоосон, их зантай, эмч нар мэр сэр байдаг. Ийм эмчээр эмчлүүлнэ шүү дээ гэж бодохоос л тусгүй санагдаж эхлэнэ.

Эмч хүн өөрөө өөртэйгээ тэмцэж өвчтөний тусын тулд ямагт өөрийгөө ялж байх учиртай, Дундаж эмчийн ажил нь ямар байх вэ? Хал балгүй шиг, хамрынхаа үзүүрийг харсан эмч, өвчтөний амь насыг хэрхэн аврах вэ? Амиа аргалахын тулд хаяагаа манаж, бусдын гар харах буюу зөвлөх эмчийн хүчинд л дулдуйдах болно.

Эмч хүний эрхэмлэвэл зохих зүйлийн нэг бол үг ярианы соёл юм. Өвчтөнтэйгээ учраа олж, үнэн мөнхийг ойлгуулж чаддаггүй эмч олширсноос бидний ажилд хичнээн төвөг учирч байна вэ? Өвчтөнөөс өвчнийх нь хатуухан үнэнийг нуудаг, манайд их дэлгэрсэн эмч нарын нэг сүрхий «мэх» бий.

Эмч хүн өөрийн авъяас чадвараар өвчний үнэн учрыг өвчтөний санаа сэтгэлийг хэт унагачихгүйгээр ойлгуулах ёстой. Хүнд өвчтөнөөсөө «зугатаж» дөлж явдаг эмч байж болохгүй. Үнэнийг тас нууж, дуугаа хурааж ч болохгүй. «Үг бол хүний зүрх сэтгэлд хүрэх маш нарийн хэрэглүүр юм. Үг нь энхрий зөөлөн анхилуун цэцэг, итгэл төрүүлэх мөнхийн ус эсвэл ирт хутга, улайсгасан төмөр, шавар шавхайн аль алиныг орлон төлөөлж чаддаг. Үгээр алж ч болно, амьдруулж ч болно, анагааж ч болно» гэж нэрт сурган хүмүүжүүлэгч В. А. Сухомлинский бичсэн байдаг. Эмч хүний үг өвчтөнд итгэл төрүүлсэн бас хаашаа ч хазайгаагүй үнэн байх ёстой.

Өвчтөн хүмүүс өөрөө өөртөө тавих халамж анхаарал, эмчийн хэлсэн заавар зөвлөлгөөг хэрэгжүүлэхдээ харилцан адилгүй байдаг. Иймд эмчийн үг бол оновчтой, зарчимч шаардлагатай, эелдэг зөөлөн байх учиртай.

Их эмч М. ТУУЛ

## ЭМНЭЛГИЙН НУУЦ

Бидний мэдэж байгаагаар «эмнэлгийн нууц» гэсэн ойлголт 2000 гаруй жилийн түүхтэй. Тэр үед эмнэлэг нь хамт олны нэгдмэл байгууллага байсангүй, ганц нэгээрээ тусгаарлагдмал ажиллах тул «эмнэлгийн нууц» гэж ярихаас илүү «эмчийн нууц» гэж ярьдаг байв.

Орчин үед хүн өвчиллөө гэхэд хэд хэдэн нарийн мэргэжлийн эмчид үзүүлж янз бүрийн эмчилгээ хийлгэж, тэр бүгд нь карт, бүртгэл, өвчний түүх, шинжилгээний бичиг, магадлагаа, тодорхойлолтод тусгалаа олж байна. Ийм нөхцөлд эмнэлгийн буюу бүхэл бүтэн байгууллага, хамт олны нууцын тухай ярихаас биш, ганц нэгхэн эмчийн тухай ярьж хэрхэвч болохгүй юм.

Тэгвэл эмнэлгийн нууц гэж юу вэ? Өөрөөр хэлбэл эмнэлэг юуны тухай ямар зүйлийг хэнээс нуудаг вэ?

Эмчийн буюу эмнэлгийн нууцын тухай асуудал эртний түүхтэй хэдий боловч өнө удаан хугацааны туршид эмч, хуульчдын дунд маргаан үүсгэсэн, тодорхой бус зүйл байсаар 20 дугаар зуунд хүрчээ. Энэ ч бас аргагүй түүхэн зүй тогтолтой хэрэг билээ. Анагаах ухаан, эрүүлийг хамгаалахын ийм нарийн төвөгтэй асуудлыг гагцхүү Марксист-Ленинист диалектикт тулгуурласан арга зүйгээр шийдвэрлэж болох байлаа. Үнэхээр ч ЗХУ-д социалист эрүүлийг хамгаалахын нэгдмэл тогтолцоо ялж, уг асуудлыг нэг мөр болгон шийдвэрлэсэн юм.

ЗХУ ба Холбооны Бүгд Найрамдах улсуудын эрүүлийг хамгаалах тухай хуулийн 16-р зүйлд: «Эмч, эмнэлгийн ажилтан нар мэргэжлийн үүргээ гүйцэтгэх явцад өөртөө илэрхий болсон өвчний тухай өвчтөний хувийн болон гэр бүлийн нь амьдралын тухай мэдээг задрааж илчлэх эрхгүй» гэж товчхон заасан байна. Ийм заалт манай эрүүлийг хамгаалах хууль тогтоомжууд болон эрүүлийн байцаан шийтгэх хуулинд ч бий.

Энэ юу гэсэн үг вэ? гэвэл тухайн иргэн өвчлөөд байх үед түүний өвчинтэй нь холбогдсон нууцыг хуулиар хамгаалан хадгалж байна гэсэн үг юм.

Тэгэхлээр энд өвчний тухай, өвчтөний хувийн болон гэр бүлийн амьдралын тухай 3 төрлийн мэдээ багтаж байна.

Бид энд голчлон өвчний тухай мэдээг түшиж ярих болно. Сонирхолтой нэгэн зүйл гэвэл өвчний тухай мэдээг өөр хэнээс ч биш, өвчтөнөөс өөрөөс нь нуух хэрэгтэй болдог.

Анагаах ухааны гол зорилго нь өвчнөөс сэргийлэх, нэгэнт өвчилсөн бол эдгэрүүлэх, эдгэрүүлж эс чадвал өвчтөний шаналгааг багасгаж, амьд байх хугацааг нь ямар нэгэн хэмжээгээр уртасгахад оршино. Чухамхүү эдгэрүүлж эс чадах өвчтэй байсан ч өвчний үнэн байдлыг өвчтөнөөс өөрөөс нь, зарим үед ойр төрлийнхнөөс нууж, байдлыг аль болохоор хөнгөвчилөн ойлгуулж, өвчин эдгэрэхэд итгүүлэхийг хичээдэг. Ингэснээр эдгэрэх найдваргүйд тооцогдож байсан өвчтөнийг амьдруулсан тухай мэдээ баримт анагаах ухааны түүхэнд олон байдаг.

Гиппократ «Өвчтөнийг ухаалаг тайвшруулж, хайрлах хэрэгтэй. Гэхдээ хамгийн гол нь түүнд юу тулгарч байгаа, нэн ялангуяа юу заналхийлээд байгааг уг өвчтөн мэдэхгүй байхаар тийм байдалд байлга» хэмээн зөвлөжээ.

Хүнд өвчтөнд амь насанд нь аюул багатай онош тавих нь өвчтөний санаа сэтгэлийг тайвшруулаад зогсохгүй, түүнд эдгэрэх найдварыг төрүүлж, санаа сэтгэлийг нь өөдрөг болгож, заримдаа хөдөлмөрийн чадварыг нь хэсэг зуур ч гэсэн алдагдуулахгүй байлгадаг. Зөвлөлтийн нэрт мэт засалч, хавдар судлаач, профессор Н. Н. Петров «Энэ нь ажилд хортой хоосон санааны дэвэргэл биш, хүний тухай иргэн хүн нэг бүрд заавал байх хамгийн эрүүл саруул халамж, манай аугаа эх орны эмч нэг бүрт заавал байх ёстой зүйл» гэжээ.

Өвчтөн хүн өвчнийхөө үнэн учир, мөн чанарыг олоход тус болох болов уу гэж өөрийнхөө сэтгэлийн тунд хадгалагдан байсан хамаг нууцаа эмчид ярьдаг.

Ингэж ярихдаа «эмч миний нууцыг яасан ч задруулахгүй» хэмээн бат итгэж байдагт хэргийн хамаг учир оршино. Эртний Энэтхэгт

«Ахаасаа, эхээсээ, найзаасаа эмээж болно. Харин эмчээс бол хэзээ ч үгүй» гэсэн цэцэн үг байжээ.

Эмнэлгийн нууцыг задраах нь өвчнийг хүндрүүлэх төдийгүй өөр ямар нэгэн уршиг тарьж болно.

Мэргэжлийн нууцыг хадгалах нь зөвхөн их, бага эмч, сувилагчийн үүрэг төдийгүй асрагч, лаборант, дүн бүртгэгч, ер нь эмнэлгийн бүх ажилчдын үүрэг мөн.

Өвчтөн өөрийн нууц задрахгүйд бат итгэж, бүх үнэнээ илэн далангүй ярих нь өвчний оношийг зөв тогтоож, өвчтөнийг аль болох түргэн эдгэрүүлэхэд дөхөм үзүүлнэ.

Эмч, эрдэм шинжилгээний материал нийтлүүлэх, илтгэл тавих, хичээлд үзүүлэн материал ашиглахдаа өвчтөний нууцын тухайд байнга санаж явах ёстой. Хэвлэл нийтлэлд өвчтөний нэрийг зааж, зургийг танигдахаар гаргах нь санамсаргүй уршиг тарьж болох юм.

Нууц задрах явдал санаатай буюу санамсаргүй шинж чанартай байж болно. Хэрэв эмч хүн өвчтөний нэн эмзэг нууцыг хэн нэгэн хүнд ямар нэгэн зорилгоор ярих юм бол энэ нь санаатай илчилсэн хэрэг болно.

Саявтархан хөдөөгийн нэгэн сум дундын эмнэлэгт их хэмжээний цус алдсан жирэмсэн эмэгтэй үдэш ирээд шөнө нас баржээ. Өвчтөнийг бүх мэргэжлийн эмч үзээд «ихэс урьтаж ховхорсон» гэдэг оношийг нэгэн дуугаар баталжээ. Хожим мэдэхэд зөвхөн «ихэс ховхорсон» төдийгүй, мөн тэр хэсэгт умайн хана ялимгүй урагдсан байжээ. Гэтэл нэгэн эмч, оношцоос хамаарахгүйгээр тусламж нэгэнт авахааргүй байсныг мэдсээр байж нөхөрт нь очиж «үхэхгүй л хүн үхчихлээ дээ. Эмчилгээ дутуу хийгдлээ» гэж «тал зассан» байна.

Ийнхүү тал зассанаар талийгаачийн нөхөр эмчийнд согтуу очиж хаалга үүдийг хэмхчин хутга мэс барин дайрчээ. Эмнэлгийн нууц голдуу санамсаргүй, тэхдээ эмнэлгийн ажилтны салан задгай үйл ажиллагаа, үг ярианаас болж задарч байна. Эмнэлгийн ажилтан, ажилчин нэг бүр байгууллагын дотоод журам, дэглэмийг чандлан сахиж, энэ талаар захиргаа, нам олон нийтийн байгууллагаас тавих хяналтыг байнга өндөр хэмжээнд байлгавал нууц задрах иймэрхүү замыг хаахад төвөгтэй биш юм. Энд хувь хүний хариуцлага чухал үүрэг гүйцэтгэнэ.

Эмнэлгийн нууц задрах замыг хаах нэг арга бол өвчтөнийг нэг л эмчлэгч эмч дагнан хариуцах явдал мөн. Жинхэнэ эмч бол «эмчлэгч эмч» юм. Энэ бүгд бол өвчтөнийг нэгэн эзэнтэй байлгахын чухлыг онцлон заасан юм. Харин хамт олноор зөвлөн хэлэлцэхийн ач холбогдлыг үгүйсгэсэн хэрэг огтхон ч үгүй юм.

Одоогоор баримталж байгаа журмын дагуу эмнэлгийн нууцыг бүрдүүлж байгаа өвчний тухай мэдэгдэх эрх зөвхөн эмнэлгийн байгууллагын дарга нарт олгогдсон байна.

Халдварт өвчнүүдийн талаар нууж болохгүй. Учир нь энэ нь зөвхөн өвчтөний эрүүл мэндэд төдийгүй, төрөл төрөгсөд, ойр дотнын хүмүүсийн эрүүл мэнд, амь насанд аюултай юм. Хурц халдварт өвчнөөр өвчлөгсдийг эмнэлэгт хэвтүүлж, хаьтагсадыг тусгаарлаж, хөл хорьдог. Түүнээс гадна эмнэлгийн байгууллагын дарга, эрхлэгч нар шүүх, мөрдөн байцаах газруудад хууль бусаар ураг хөндөх, хүний болон өөрийн амийг хорлох, хордсон тохиолдлуудыг заавал мэдэгдэх үүрэгтэй.

Их эмч Р. ЦОГТ

**«АНАГААХ УХААН» СЭТГҮҮЛИЙН 1986 ОНЫ  
ДУГААРУУДАД ХЭВЛЭГДСЭН ӨГҮҮЛЛИЙН  
ЖАГСААЛТ**

(Хаалтан дотор байгаа тоо нь хуудасны дугаар,  
хаалтын өмнөх тоо нь сэтгүүлийн дугаар болно)

**ТЭРГҮҮН ӨГҮҮЛЭЛ**

Л. Буджав—Эрүүлийг хамгаалах 1985 онд	1 (3)
Д. Ганжуур—Их хурлын шийдвэрийг хэрэгжүүлэхэд хяналтын ажлыг чиглүүлье	4 (3)
Л. Лхагва—Анагаах ухааны эрдэм шинжилгээний ажлын байдал, цаашдын зорилт	3 (5)
Д. Мөнхөө—Их хурал, эх үрсийн эрүүл мэнд	2 (3)

**ДАГАВАР ӨГҮҮЛЭЛ**

Б. Дэмбэрэл—Зорилтот программ, хөдөөгийн эрүүлийг хамгаалахын зохион байгуулалт	1 (5)
«Ухамсартай сахилга хүнийг захирч удирдана» эчнээ бага хуралд А. Дамдинсүрэн, Ө. Омборгаваа, Ж. Базардаръяа, Г. Бям-бажав, М. Туул, Д. Цогт нар оролцов.	Г. Бям-

**ЭРҮҮЛИЙГ ХАМГААЛАХЫН ЗОХИОН БАЙГУУЛАЛТ**

Ц. Бадам, С. Алтангэрэл—Улаанбаатар хотын хүн амд үзүүлэх түргэн ба яаралтай тусламжийн одоогийн байдал, хэтийн төлөв	2 (7)
Л. Буджав, Б. Дэмбэрэл, Д. Батмөнх—Зарим үзүүлэлтийн нэр томъёог нэгэн мөр болгох асуудалд	4 (13)
С. Батмөнх—Эмийн сангийн үйлчилгээний зохион байгуулалтыг боловсронгуй болгох асуудалд	4 (15)
Ш. Жигжидсүрэн—Анагаах ухааны дифференциаци, интеграци	3 (9)
Ц. Мухар—Амбулатори поликлиникин тусламж	4 (8)
П. Нямдаваа—БНМАУ-д анагаах ухааны вирус судлал хөгжсөн түүх, хөгжлийн төлөв	1 (9)
Д. Намжил—Эмнэлгийн байгууллагын орны ашиглалтанд хийсэн судалгаа	3 (18)
Ө. Омборгаваа, А. Ролзодмаа—Улаанбаатар хотын зарим эмнэлэгт үзүүлэхээр ирэгчдийн нэг өдрийн судалгааны дүн	3 (15)
Мо. Шагдарсүрэн, Ш. Содномпил—Эх барих тусламжийн зохион байгуулалтыг боловсронгуй болгох асуудалд	1 (16)
Ма. Шагдарсүрэн—Эрүүлийг хамгаалахын төлөвлөлтийг боловсронгуй болгох асуудалд	2 (11)
Л. Эрдэнэбаяр, Ш. Доржжадамба—БНМАУ-ын наркологийн тусламжийн өнөөгийн байдал, хэтийн төлөв	1 (20)

**СУДАЛГАА ШИНЖИЛГЭЭ**

Д. Агваандорж, Ю. И. Гирля, Г. Даиван, Ч. Содном, А. Шалсмаа—Эрүүл хүүхдийн цусны хийн найрлага, хүчил шүлтийн тэнцвэрт байдлын үзүүлэлт	1 (31)
М. Алтанхүү, П. Нямдаваа, Г. Хоньчин, А. Г. Анджанаридзе, Т. Е. Ворожбиева, Е. Батболд, Ж. Оюунбилэг, Т. Гомбосүрэн—Вирус судлалын аргаар ялган оношлосон цочмог гепатитын үндсэн хэлбэрүүдийн клиник биохимийн төрх	3 (35)
К. Анаргуул—Мухар олгойн хурц үрэвсэлт өвчний оношийн алдааны зарим асуудал	3 (40)
Г. Бадмаанямбуу, Р. Нанжирма—Зүрхний архаг ишеми өвчнийг оношлох асуудалд	2 (36)
Б. Гомбо, Б. Уранчимэг—Хүүхдийн амьсгалын эрхтэний өвчлөлд микоплазм пневмонийн холбогдол	2 (14)
Ж. Гүнжидмаа, Ж. Цогнэмэх, Ц. Будханд—Маркамент шингэн түрхцийг клиникт хэрэглэсэн дүн	1 (29)
Б. Доржготов, Д. Норовжанцан—Мухар олгойн цочмог үрэвслийн хүндрэлийн шалтгааны тухай асуудалд	1 (34)
В. Думаа, П. Дагвасүрэн—Бэлтгэл тэмцээний үед тамирчдын цусны биохимийн зарим өөрчлөлт	1 (40)
Ж. Дашдаваа, Т. Дэлгэр, Б. Байгаль, Н. Хорлоо, Б. Цогзолмаа—«В» вирус гепатитын хүнд хэлбэрийн эмнэл зүйн явцыг прегниозлох нь	2 (23)
У. Доржханд, Я. Дондог, Б. Сэлэнгэ—Дунд чихлийн архаг үрэвслийн үед гарах реоауреографийн өөрчлөлт	4 (38)

Г. Зуунай, Р. Бямбаа—Говь-Алтай аймгийн хүн амын өсөлтийн зарим асуудал	3	(21)
Т. Зориг, Д. Калима—Шар модны алкалоидыг судалсан урьдчилсан дүн	2	(35)
Л. Лхагва, Б. Баярт—Оюуны хөдөлмөрийн хүмүүсийн физиологийн зарим үзүүдэлт ба биологийн хэмнэл	1	(23)
О. Лхамсүрэн, Б. Сангидорж—Харшил өвчнийг сорилын аргаар оношлох нь	4	(31)
Г. Маринеску, В. Булкин, М. Сабо—Хөнгөн хэлбэрийн улаан эсэргээний үеийн зүрхэн дэх өөрчлөлт	1	(45)
Л. Мягмар—Глицирризиний хүчлийн фармакологийн зарим судалгаа	2	(26)
М. Онгар—Баян-Өлгий аймгийн нэгдсэн эмнэлгийн анестези-реанамацийн тусламжийн хүрээ	3	(43)
Д. Отгонбаатар, Г. Үүжээ—Салмонелл тифимурнумыг судлах асуудалд	3	(45)
Н. Пүрэвжав, Х. Цолмон—Хиймэл шүднийг хэл ярианд тохируулах хийх арга	2	(29)
Г. Санжмятав, Г. Үүжээ—Улаан суулга үүсгэгчийн дүрс хүрээний бүтэц	1	(37)
Э. Санжаа, Г. Дэжээхүү—Цусны даралт ихсэх өвчтэй хүмүүсийн нүдний угийн байдал	4	(31)
Ц. Хайдав, Ч. Долгор, Б. Хүрэлчулуун—Арьсны зарим өвчний үед догорын нийлбэр бодистой нохойн хошууны тосыг хэрэглэсэн дүн	3	(25)
С. Хандсүрэн, В. В. Петренко—Хүн хорсын зарим алкалоид ба алкалоидын нийлбэрийн хөдлөл зүй	4	(35)
Л. Хүрэлбаатар—Эмийн хэрэгцээний хэтийн төлвийг тодорхойлоход экспертний хамтын шинжилгээний аргыг хэрэглэх боломж	4	(41)
Ц. Цэрэгмаа—Тоосонцрийн харшил өвчтэй хүмүүст хийсэн судалгааны дүнгээс	2	(18)
Ш. Чадраабал, Д. Эржен—Ходоодны архаг үрэвслийн үед хэрэглэх эмчилгээний хоолны асуудалд	3	(31)
Б. Шижирбаатар, Г. Пүрэвсүрэн—Зүрхний гажигтай эмэгтэйчүүдийн ургийн байдлыг хэт авиагаар судалсан дүн	3	(28)
Т. Эрхэмбаатар—Хэт авианы шинжилгээгээр цэврүүт хурааг оношлох	2	(33)
Д. Энэбиш, Э. Лувсандагва, Ц. Намсрай—Эхийн сүүний уургийн амьдралын чухал амин хүчлүүд төрсний дараахь хугацаанаас хамаарах нь	2	(25)
Б. Энхболд, Е. Батболд, Г. Цэрэндагва, П. Нямдаваа—Өргөн вакцинжуулалтын үе дэх улаан бурхны ялгах оношлын асуудал	4	(27)
С. Ямаахай, Д. Жаргалсайхан—Ходоодны хүчлийн үзүүлэлт ба хоол боловсруулах идэвх	4	(25)

#### МЭРГЭЖЛИЙН ЗӨВЛӨЛГӨӨ, ЛЕКЦ, ТОИМ

Ж. Алтанцэцэг, М. Оюунбилэг—Хоол тэжээлийн болон антибиотикийн харшлыг оношлох лабораторийн арга	2	(54)
Ж. Алтанцэцэг—Антибиотик эмчилгээний ерөнхий зарчим	4	(47)
Б. Басбиш, Л. И. Лизунова, Б. Ратай—Бөөр шээсний замын үрэвсэлтэй хүүхдийн эмнэлгийн дундаж ор хоног, эмийн төсөв	2	(63)
Р. Баатар, Ш. Цэндсүрэн—Эмийг хавсран хэрэглэхэд анхаарах зарим асуудал	4	(66)
Б. Гомбо—Оношийн зөрөөний шалтгааныг судлахын практикийн холбогдол	4	(45)
Б. Гомбосүрэн—Уушгины архаг үрэвсэлт өвчний үед хэрэглэх эмчилгээний хялбар арга	4	(63)
Л. Долгор, Ч. Цэрэннадмид—Ийлдсэнд В <sub>6</sub> витамин тодорхойлох арга түүний ач холбогдол	1	(51)
М. Даш, Б. Бямбаа, Ц. Ханджав—Хачгийн риккетсиозын шинэ голомт	4	(55)
Г. Долгор, Д. Амарсанаа—Остеохондрозын шалтгаант радикулитын үед татлага эмчилгээ хийх арга	4	(69)
Д. Жодов—Перитонитын ангиллын зарим асуудал	3	(67)
Ш. Жадамбаа—Клиник лабораторийн судалгаанд нийлжгэсэн аргуудыг нарийсгах асуудалд	3	(71)
Ч. Лиза—Бага насны хүүхдийн тэжээлийн хямралд отоантрит нөлөөлөх нь	2	(62)
Г. Лхагважав, Л. Ганболд, Д. Нэргүй—Эмгийн доорхи венийг сэтгүүрдэх, түүний хүндрэлээс сэргийлэх	3	(48)
Б. Мишигдорж—Уушгины сүрьеэг оношлоход гэрлийн шинжилгээний роль	2	(60)
И. С. Марков—Вируст гепатит дахих, сэдрэх, давтан халдварлахад нөлөөлөх халгаат хүчин зүйлс	1	(55)



Ц. Норовпил—Шүдний тойрон эдийн өвчний эмчилгээний асуудалд	2 (44)
Р. Нямаа—Нүдний өвчлөлийн динамикийн зарим үзүүдэлт	3 (51)
Г. Навчсан, Г. Оросоо, Д. Батчулуун—Хүүхдийн эрүүл мэндийн тухай ойлголт	3 (64)
Б. Очир—Гэдэсний халдварт өвчний голомтыг дүн бүртгэлийн аргаар судлах нь	3 (69)
Ж. Раднаабазар, Д. Должин-Очир—Хануур эмчилгээ	1 (52), 2 (46)
К. В. Судаков, Г. Дашзэвэг, Г. Сүхбат—Сэтгэл түгших үед бие махбодын тэсвэрлэх чадварыг нэмэгдүүлэх үйлчлэл бүхий пептит, дельта-сон	2 (41)
Т. Сүхбат, Ө. Жүгдэр—Эмэгтэйчүүдийн өвчнийг рашаан сувиллаар эмчлэх зарчим	2 (59)
О. Сүхбаатар—Ерөнхий мэдээ алдуулах	3 (76)
Н. Хорлоо—Варицелле өвчнийг Иваниссевичийн аргаар мэс засал хийж эмчлэх нь	1 (57)
А. Хишигдорж—Антибиотикийн хос үйлчилгээнд бактерийн мэдрэмж чанарыг тодорхойлох арга	4 (60)
С. Цоодол—Оношийн үнэний асуудал, оношлогооны алдааны танин мэдэхүйн шалтгаан	3 (58)
Е. Чулуунхүү—Электрокардиограммд зүрхний цахилгаан тэнхлэгийг тодорхойлохын оношийн холбогдол	3 (74)
Б. Энхболд—Вируст гепатитын шарлалтгүй хэлбэрийг эрт илрүүлэх	2 (56)
Л. Эрдэнэбаяр, С. Бямбасүрэн—Архины солиорлыг оношлох, эмчлэх асуудалд	3 (53)
Г. Энхдолгор, В. Кордач, П. Мартасек—Порфирины өвчний оношлогоо эмчилгээ	3 (61)
Д. Энэбиш, Ц. Намсрай—Эхийн хөхний сүүний хэмжээ, найрлаганд нөлөөлөх хүчин зүйлс	4 (57)
С. Ямаахай—Клиник оношзүйн лабораторийн шинжилгээнд сорьц авах ба бэлтгэх	2 (52)

#### ТУРШЛАГА СОЛИЛЦЬЕ

Д. Батсүх—Хүүхдээ сахиж, байгаа эхчүүдэд урьдчилан сэргийлэх үзлэг хийж эмчлэн эрүүлжүүлж байгаа туршлага	1 (59)
Л. И. Баклыков, Д. Халтар—ЗХУ-ын амралт сувиллын газруудад уур амьсгалаар эмчлэх ажлыг зохион байгуулж буй туршлага	2 (66)
Г. Нацагдорж—Новокаиныг таних өнгөт урвал	2 (68)
Д. Нинжээ, Ц. Тогообат—Шархыг хүчилтөрөгчжүүлсэн уусмалаар угааж эмчлэх арга	4 (76)
Д. Цэнд, Ч. Чулуунбаатар—Тэргүүн туршлага нэвтрүүлэх асуудалд	3 (79)
И. П. Фесенко, Р. Дариймаа, Г. Цэрэндулам—Зүрхний булчингийн халдвар харшлын гаралтай үрэвсэл	4 (78)

#### ХОВОР ТОХИОЛДОЛ

Т. Эрхэмбаатар—Умайн гадуурхи жирэмсний нэгэн ховор тохиолдол	3 (82)
---	--------

#### ЭРДЭМТДИЙН ДҮГНЭЛТ, ЗӨВЛӨМЖ

Д. Батчулуун—Улаанбаатар хотын 17 хүртэлх насны хүүхдийн бие бялдрын өсөлт хөгжилт ба сурагчдын бие бялдрын өсөлт хөгжлийн хурдсалтын эрүүл ахуйн зарим асуудалд	2 (70)
Г. Батмөнх—БНМАУ-ын өндөр уулын бүсэд оршин суугч нутгийн хүмүүсийн зүрх судасны системийн үйл ажиллагааны зарим үзүүлэлтийн онцлог	3 (85)
Х. Гэлэгжамц—Архаг анхдагч пиелонефритийн эмнэлзүй морфологийн онцлог, оношлолт	1 (63)
Д. Жамъянжав—Хүүхдийн уушгины стафилококкт үрэвслийн хүндрэлийн мэс заслын эмчилгээ	2 (69)
Т. Зэвгээ—Артерийн гипотони бүхий жирэмсэн эмэгтэйн гемодинамикийн ба электролитын зарим өөрчлөлт	1 (61)
Д. Ичинхорлоо—Ургийн хүчилтөрөгчийн дутагдал ба гүйцэт нярайн бүтэлтийг Улаанбаатар хотын нөхцөлд судалсан нь	4 (80)
С. Манлай—БНМАУ-ын сургуулийн сурагчдын харааны байдалд хийсэн эмнэл зүй, эрүүл ахуйн судалгааны зарим асуудал	3 (84)
Ш. Өлзийхутаг—Хэвлийн хөндийн наалдаст өвчний чухал асуулууд	4 (81)

#### ГАДААД ОРНУУДАД

З. Жадамбаа—Апартенд бодлого ба эрүүл мэнд	2 (72)
И. С. Марков, Э. Пүрэвдаваа—Дархлалын олдмол дутагдлын хам шинж	3 (87)
Г. Цэрэнжигмэд—Шинжлэх ухаан эрэл хайгуулаа үргэлжлүүлэх байна	1 (65) 2 (73)
Н. Тумбааш, Н. Баасанхүү—Профессор С. Н. Феодоровын цувуурын арга	4 (83)

# ШИНЭ ЭМ



## ВЕРМОКС (Мебендазол)

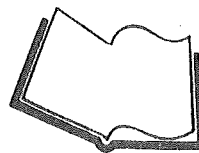
**Фармакологийн үйлдэл:** Гэдэсний цагаан хорхойн янз бүрийн өвчин түүний дотроос хялгасан хорхойд (энтербиоз) эмчилгээний үр нөлөө илүү сайн үзүүлнэ. Вермокс нь цагаан хорхойн глюкоз шингээж авах чадварыг дарангуйлахын зэрэгцээ хорхойн биед аденозинтрифосфат үүсэхийг хориглоно. Гэдэсний ханаар цусанд шимэгдэхгүй, бүгд өтгөнтэй хамт биеэс гадагш гарна.

**Хэрэглэх болзол ба арга:** Гэдэс хялгасан хорхойтох үед хэрэглэнэ. Насанд хүрэгчдэд 0,1 г-аар (1 шахмал), 2—10 насны хүүхдэд 25—50 мг (1/4—1/2 шахмал)-аар 1 удаа уулгана. Хэрэв нэг удаагийн эмчилгээний дараа өвчин дахивал 2—4 долоо хоногийн дараа дээрх тунгаар эмчилгээг дахин хийнэ. Хэрэв туузан хорхойтой буюу хэд хэдэн хорхой хамт байгаа үед дээрх тунгаар хэрэглэхэд үр дүн өгөхгүй бол насанд хүрэгчдэд 0,1 г-аар өдөрт 2 удаа уулгана.

**Цээрлэх үе:** Жирэмсэн үед хэрэглэхийг хориглоно.

**Эмийн хэлбэр, савлах:** 0,1 г-ийн шахмалыг 6 ширхэгээр савлан гаргана.

\*\*\*\*\*



## Л. Мягмар, М. Чүлтэмсүрэн — ЭМИЙН БЭЛДМЭЛ

Энэ номд орчин үеийн анагаах ухаанд хэрэглэж байгаа эм, бэлдмэлүүдийн дотроос манай орны эмнэлгийн практикт хэрэглэж байгаа эмийн физик химийн шинж чанар, найрлага, ямар өвчинд яаж хэрэглэх тун хэмжээ, хэрэглэх үед гарч болох хүндрэл, түүнд үзүүлэх анхны тусламжийн талаар өгүүлжээ.

## Н. П. Косицкая. — ЭРҮҮЛ БАЙХ УВДИС

Зөвлөлтийн нэрт физиологич энэ хүний олон бүтээл дэлхийд нэрд гарчээ. Орчуулан хэвлүүлж байгаа энэ номд биеийн тамирын олон талт гайхамшигт чанар, онцлог, хүнийг эрүүл саруул, өнгө жавхаатай байхад хэрхэн нөлөөлдгийг товч ойлгомжтой өгүүлсэн байна.

Энэ номыг биеийн тамир, спортыг сонирхож эрүүл байхыг хүсдэг хүмүүст зориулан бичжээ.

# ШИНЭ НОМ