

2 · 1985

АНАГААХ УХААН

ЭРҮҮЛИЙГ
ХАМГААЛАХЫН
ЗОХИОН
БАЙГУУЛАЛТ

СУДАЛГАА ШИНЖИЛГЭЭ

МЭРГЭЖЛИЙН
ЗӨВЛӨЛГӨӨ
ЛЕКЦ, ТОЙМ

ТУРШЛАГА СОЛИЛЦЬЕ

ХОВОР ТОХИОЛДОЛ

ГАДААД ОРНУУДАД

ЭХ, ХҮҮХДИЙН АЛИВАА
ӨВЧНӨӨС УРЬДЧИЛАН СЭР-
ГИЙЛЖ, ЭМЧЛЭН ЭРҮҮЛ-
ЖҮҮЛЭХ АЖЛЫН ШИНЖ-
ЛЭХ УХААНЫ ҮНДЭСЛЭЛИЙГ
САЙЖРУУЛЖ, ЭМЧИЛГЭЭ
ҮЙЛЧИЛГЭЭНИЙ ДЭВШИЛТ
АРГА БАРИЛЫГ ТУУШТАЙ
НЭВТРҮҮЛЖ ҮР ДҮНГ ТОО-
ЦООЛЖ, СОЁЛЧ ШУУРХАЙ
ҮЙЛЧИЛГЭЭТЭЙ ХАМТ ОЛОН
БОЛОХ ХӨДӨЛГӨӨНИЙГ БҮХ
НИЙТИЙН ҮЙЛ ХЭРЭГ БОЛ-
ГОЁ!

(ЭХ НЯЛХСЫГ ХАМГААЛАХЫН ТЭРГҮҮНИЙ
АЖИЛТНЫ УЛСЫН ЗӨВЛӨЛГӨӨНИЙ УРИАЛ-
ГААС)

АГУУЛГА

Амбулаторийн тусламжийг өргөтгөн, өвчтөний ажлын цагийн алдагдлыг багасгах асуудалд	3
Ч. Нямдорж — Эрүүлийг хамгаалах 1985 онд	4
С. Бямбасүрэн, Б. Доржготов, Б. Дашяндаг — Ухамсартай сахилга хүнийг захирч удирдана (эчнээ бага хурлын үргэлжлэл)	7

ЭРҮҮЛИЙГ ХАМГААЛАХЫН ЗОХИОН БАЙГУУЛАЛТ

Мо. Шагдарсүрэн — Эх нялхсын үлгэр жишээ „Загвар“ байгууллага хамтын гэрээт ажлын дүн	13
Л. Буджав — Нийт хүн амыг диспансерчлах ажлын зохион байгуулалтын зарим асуудалд	15
Д. Дариймаа — Эрүүлийг хамгаалах салбарын аж ахуйн гэрээний үүрэг, сахилгыг өндөржүүлэе	18

СУДАЛГАА ШИНЖИЛГЭЭ

Р. Пүрэв, Д. Эрдэнэчимэг — Зүрхний таславчийн цоорхой гажгийн рентген морфологийн өөрчлөлтийг рентген шинжилгээний ердийн аргаар судлан ялган оношлох асуудалд	20
Д. Энэбиш, Ц. Намсрай — Эхийн сүүний уургийн аминхүчлүүд	24
Э. Довдон — Глауком өвчтэй ба эрүүл хүмүүсийн нүдэнд хийсэн электронографийн шинжилгээний дүн	27
✓ Ч. Лхагва, Б. Дэмбэрэл, Г. Санжмятав, Т. Должоо, Б. Улаан Б. Бадамцэцэг — Цусан суулгаас сэргийлэх зарим арга хэмжээ	29
К. Анарзул, Б. Гоош — Мухар олгойн хурц үрэвслийн үе дэх эмгэг төрөгч бактер	32
Л. Жигжидсүрэн — Мөөгөн микоз өвчний тухай	35
А. Ламжав, Э. Дашзэвэг, Э. Оюунгэрэл — Тарваган шийр өвс, гексаметилентетрамин, чихэр өвсний микстурыг стандартчилах асуудалд	38

МЭРГЭЖЛИЙН ЗӨВЛӨЛГӨӨ, ЛЕКЦ, ТОЙМ

Л. Баяраа, Ж. Хайрулла — Уураг тархины бэртлийг эмчлэх	41
Б. Шижирбаатар, Г. Пүрэвсүрэн — Кольпоскопийн шинжилгээ	44
Ц. Бундан — Зүрхний гажигтай өвчтөнг шинжлэх, мэс заслын эмчилгээнд сонгон бэлтгэх	48
Д. Ичинхорлоо — Жирэмсний эрт үеийн хордлогыг эмчлэх	51
Г. Дэжээхүү, Но. Дондог, Ж. Нанжид — Зүрхний архаг дутагдлыг эмчлэх арга	54
Г. Пүрэв, С. Хишигт — Антибиотикт мэдрэг чанарыг тодорхойлох арга	60

ТУРШЛАГА СОЛИЛЦЬЕ

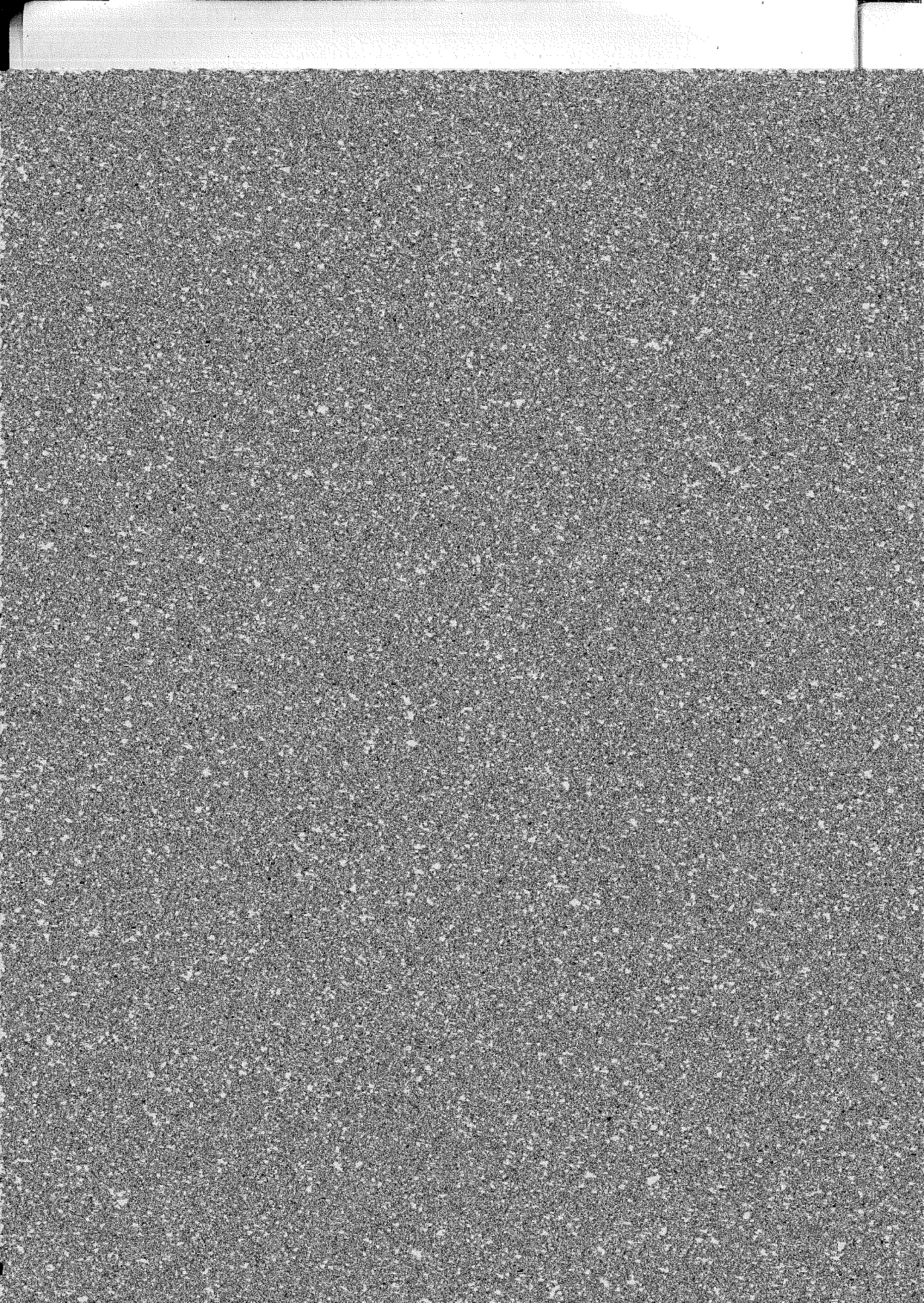
И. Даваадорж — Жирэмсний явцыг „гравидограмм“ хөтлөн хянадаг туршлага	65
Ө. Омборгаваа — Отрын малчдад нүүдлийн бригад үйлчилж байгаа нь	68
Л. Баяраа — Ариун цэвэр гэгээрлийн ажлыг үр нөлөөтэй болгоход анхааръя	69

АУГАА ИХ ЯЛАЛТЫН 40 ЖИЛИЙН ОЙД

Ч. Чулуунбаатар, Ш. Эрдэнэцэцэг — Мөнх дурсагдах ачтанууд	71
Фронтын тэмдэглэлийн дэвтэр	73

ГАДААД ОРНУУДАД

Шинжлэх ухаан эрэл хайгуулаа үргэлжлүүлж байна	76
МЭДЭЭ	78



АМБУЛАТОРИЙН ТУСЛАМЖИЙГ ӨРГӨТГӨН, ӨВЧТӨНИЙ АЖЛЫН ЦАГИЙН АЛДАГДЛЫГ БАГАСГАХ АСУУДАЛД

МАХН-ын 18-р их хурлаас амбулатори-поликлиникийн тусламжийг өргөтгөж, нарийн мэргэжлийн тусламжийг хөдөлмөрчдөд ойртуулан соёлч шуурхай үйлчлэхийн чухлыг заасан юм.

Ажилчдын хөдөлмөрийн бүтээмжийн дээшлэлт нь үндэсний орлогын үйлдвэрлэлийг шууд нэмэгдүүлэх чухал хүчин зүйл учраас VII таван жилд нийгмийн хөдөлмөрийн бүтээмжийн дээшлэлтээр үндэсний орлогын үйлдвэрлэлийн гуравны хоёрыг хангахаар төлөвлөсөн билээ.

Үйлдвэр ихээр төвлөрсөн Дархан хотын ажилчдын эмнэлгийн нарийн мэргэжлийн тусламжийг өргөтгөх, ажилчдыг аль болохоор хүлээгдэл, чирэгдэлгүй үйлчилж үйлдвэрүүдийн хөдөлмөрийн бүтээмжийг дээшлүүлэх нь намын шийдвэрийг биелүүлэх чухал алхам юм.

Энэ зорилгоор 1981 оноос хойш Дархан хотын поликлиникоос нефрологи, пульмонологи, гематолог, харшил, хавдар, гэмтэл, эрүү нүүрний мэс засал, парадонтоз эмчийг мэргэжил олгох курст, эмэгтэйчүүд, чих хамар хоолой, халдвартын эмчийг мэргэжил дээшлүүлэх курст, мэдрэл, нүд, дотрын эмчийг клиник ординатурт суралцуулан төгсгөж, эмэгтэйчүүдэд зөвлөлгөө өгөх газар, цех, дотрын эмч нарыг хэсгийн системээр ажиллуулснаар эмчилгээний чанар, диспансерчлах ажил сайжирч, Улаанбаатар хотын томоохон клиникт онош тодруулах, эмчлүүлэхээр явуулах хүний тоо эрс цөөрч эмчилгээний асуудлыг шийдэх боломж сайжирлаа.

Манай поликлиникт 15 мэргэжлээр 22 эмч, эмнэлгийн дунд мэргэжилтэн 42, асрагч, үйлчлэгч 6 ажилладаг.

Амбулаторийн үйлчилгээтэй холбоотой ажлын цагийн алдагдлыг багасгах нь хөдөлмөр зохион байгуулалтыг боловсронгуй болгохтой шууд холбоотой тул бид хэд хэдэн арга хэмжээ авч судалгаа хийж үзлээ.

1981—1982 онд амбулаторийн эмч нар бүгд 8—17 цагийн хооронд ажиллаж, амбулаторийн үзлэгийн төлөвлөгөөг 118,6% биелүүлж, урьдчилан сэргийлэх үзлэгийн эзлэх хувь 38,8, хөдөлмөрийн чадвар алдалтын дундаж хоног 13,1 байв. 1983 оноос орон тоондоо багтаан 2 ээлжээр ажиллаж, үйлчилгээний цагийг 8—20 цаг болгон уртасгав.

Үүнд: дотрын хэсэг, шүд, цех, мэс засал, эмэгтэйчүүдэд зөвлөлгөө өгөх газрын эмч нар 2 ээлжээр, нүд, чих хамар хоолойн эмч нар хоршиж 2 ээлжээр мэдрэл, халдварт, хавдар, харшлын эмч нар ээлжийн системээр ажиллаж, ажилчдад ажлын бус цагаар үйлчлэх зорилго тавин ажилласан нь ажилчдын хүсэл сонирхолд зохицсон тул ажиллагсад амархан дасч ажлын бус цагаар ьрэх нь олшрон эмнэлэгт үзүүлсэн магадлагаа авах нь мэдэгдэхүйц цөөрсөн юм.

Амбулаториор үйлчлүүлэгчид, үйлдвэрийн дарга, эмч нараас үйлчилгээний уртасгасан цагийн талаар нэргүй хуудсаар санал ав ахад үйлчлүүлэгчдийн 92,2%, үйлдвэрийн дарга нар 100%, эмч нарын 94,8% нь үр дүнтэй боллоо гэж хариуллаа.

Үйлдвэрийн дарга нарын 85% нь энэ асуултад идэвхтэй оролцож өөрийн үйлдвэрийн ажлын цагийн гарздалыг тооцоод цагийн гарздал 87%, чөлөө авах 82%-ыг буурлаа гэж үзсэн бөгөөд үүнээс жилд 9,3 мянган хүн өдрийн ажил хэмнэх тооцоо гарч байна.

Дархан хотын ихэнх үйлдвэр 24 цагаар 2—3 ээлжээр ажилладаг бөгөөд 7 хоногт үйлчлүүлэгчдийн 73,7% нь ажлын ээлжгүй цагаараа буюу ажлаа тарсны дараа ирж үзүүлсэн байв.

Ажлын цагаар ирж үзүүлэгчдийн 28,5% гэнэт өвдсөн, 10,5% нь амбулаторийн цагийн хуваарь мэдээгүй, 26,4% нь номер тэгж таарсан гэснээс өөр тодорхой шалтгаан бичээгүй байв.

1383 оноос фазик биеийн тамцр эмчилгээ 2 ээлжээр лаборатор 24 цагаар үйлчлэх болсон нь хөдөлмөрчдийн талархлыг зүй ёсоор хүлээж байна.

Дээрх байдлаас ажиглахад 7 хоногийн даваа, мягмар гаригт илүү ачаалалтай, бямба, лхагва гаригт бага ачаалалтай байгаагаас гадна хамгийн их ачаалалтай цаг 11—15 цагийн хооронд байна.

Учир нь 16 цагаас ажилд гарах хүмүүс голдуу 11—15 цагийн хооронд үзүүлдэг, гэнэт өвдсөн, цагийн хувиар мэдэхгүй хүмүүс голдуу 8—10 цагийн хооронд, давтан үзүүлэгч, эмчилгээ хийлгэх хүмүүс 15—20 цагт ирж үзүүлж байна. Ажлын ачааллаа тэнцүүлэх, давтан үзүүлэгчдийг ачаалал багатай оройн цагаар ирүүлэх зорилгоор „Эмчид үзүүлэх талон“ бичиж үйлчилсэн нь үр дүнтэй байна.

Уртасгасан цагаар 2 ээлжээр ажиллах нь таны амьдрал ахуй, чөлөөт цагт ямраар нөлөөлж байна гэж поликлиникийн эмч нараас асуухад 94,8% нь бүрэн боломжтой 5,2% нь дунд зэрэг гэж харуулсан байна.

Хоёр ээлжийн үйлчилгээний сайн тал юу вэ гэсэн асуултад эмч нарын 87,7% нь ажилчдын цагийн гарздал багассан, 43,6% нь ажлын ачаалал багассан, 56,4% үйлчилгээний чанар, соёл сайжирсан, 48,7% нь гэрээр үйлчлэх боломж нэмэгдсэн гэж бичжээ.

Эдгээрээс дүгнэхэд үйлчилгээний цагийг уртасган 2 ээлжээр ажиллах болсон нь эрүүлийг хамгаалахын эдийн засгийн үр дүнг дээшлүүлэхэд багагүй тус нэмэр болох нь дамжиггүй юм.

Нөгөө талаар ажиллагчдын хөдөлмөрийн чадвар алдалтыг бууруулах, урьдчилан сэргийлэх үзлэгийн чанар, эрүүлжүүлэх ажлыг сайжруулахад нөлөөлөх юм.

Үүний тулд эмч бүр өөрсдийн ажлын үзүүлэлтийг сар бүр гарган, жлаа дүгнэж, эмчилгээний тактик, диспансерчлах арга барилыг сайжруулах нь чухал.

Дархан хотын поликлиникийн эрхлэгч Л. ЧУЛУУНЦЭЦЭГ

ЭРҮҮЛИЙГ ХАМГААЛАХ 1985 ОНД

ЭР ҮҮЛИЙГ ХАМГААЛАХ ЯАМНЫ ОРЛОГЧ САЙД Ч. НЯМДОРЖ

МАХН-ын XVIII их хурлаас хүн амын эрүүл мэндийг хамгаалах салбарыг хөгжүүлэх талаар дэвшүүлсэн зорилт амжалттай хэрэг жиж байна.

Улс ардын аж ахуй соёлыг хөгжүүлэх VII тазан жилийн эхний 4 жилд эмнэлгийн ор 14,1 хувь, их эмч, эмнэлгийн дунд мэргэжилтэн 7,7-оос 37,6 хувиар өсч, их эмчийн салбар 17, бага эмчийн салбар 44, ясли 39, эмийн сан 33, ариун цэвэр халдвар судлалын станц, гоц аюулт халдварт өвчнийг эсэргүүцэн судлах салбар станц 11, амбулатори поликлиник 21, сүүний газар 90, хүүхдийн хэсэг 111-ийг тус тус байгуулав.

Эмнэлэг урьдчилан сэргийлэх ажилд шинжлэх ухаан техникийн орчин үеийн ололт амжилт, дэвшилт арга нэвтэрч байна.

Бөөр орлох аппарат, цөмийн оношлол, хөндий эрхтэн дурандах, хэт дууны болон эс молекулын түвшинд оношлох лабораториуд, эмчилгээнд чихний хэнгэрэг нөхөх, нүдэнд хиймэл болор суулгах, элэг тайрах зэрэг арга нэвтэрснээр нүд, чих, тархи бөөр, дотоод шүүрлийн булчирхайн өвчнийг амжилттай оношлон эмчилж, зүрх, тархи-мэдрэлийн мэс заслын төрөл, чиглэл өргөжиж байгааг дурдахад хангалттай юм.

Хөдөөний хөдөлмөрчдийн эмнэлгийн үйлчилгээ хэлбэрэлтгүй өсч байна. Өнгөрсөн дөрвөн жилд нэгдсэн эмнэлэг, тусгай мэргэжлийн больниц, диспансер, их эмчийн салбар, сум дундын эмнэлэг 80 шахамыг шинээр барьж, өргөтгөн ашиглалтанд оруулан, сумын эмнэлгүүдийн 38,0 хувь нь 2 ба түүнээс дээш эмчтэй болов. Хэсгийн эмнэлгийн үйлчилгээ нэмэгдэж хүүхэд болон насанд хүрэгчдийн хэсгийн эмнэлгийн тоо 42,3 хувиар нэмэгдэж хүүхдийн нэг хэсгийн эмчид Улаанбаатар, Дархан, Эрдэнэт хотод 940, аймагт 1145 хүүхэд ногдох боллоо.

Сүүлийн 4 жилд эмнэлгийн дээд, дунд мэргэжилтэн 6 мянгыг бэлтгэв. Одоо 10000 хүн амд эмнэлгийн 110 ор, 23,6 их эмч, 80,3 дунд мэргэжилтэн ногдож байна. Энэ хугацаанд салбарын төсөвт зардал ихээхэн нэмэгдэж 1984 оны байдлаар улсын төсвийн 10 гаруй хувь, нийгэм соёлын арга хэмжээний зардлын 30 гаруй хувийг эзэлж, нэг хүнд 198 төгрөг ногдох болов.

1981—1984 онд 27,7 сая төгрөгийн үнэ бүхий 7 мянган аппарат тоног төхөөрөмж, 17,5 сая төгрөгийн 704 авто машин авч эмнэлэг урьдчилан сэргийлэх байгууллагуудад олголоо.

1981—1984 онд нийт бүтээгдэхүүн үйлдвэрлэх төлөвлөгөө 2,2%-иар буюу 2,3 сая төгрөгөөр, эм бараа борлуулалт 31,2%-иар буюу 133,4 сая төгрөгөөр тус тус давж биелэв.

1984 оны төлөвлөгөөт зорилт амжилттай хэрэгжин, эмнэлгийн цэг салбар байгуулах төлөвлөгөө бүрэн биелэв. Ор хоног, амбулаторийн үзлэг, урьдчилан сэргийлэх тарилга яслийн ор өдөр ашиглалт 100—114%-иар биелэх урьдчилсан гүйцэтгэл гарч байна.

Нийт бүтээгдэхүүн үйлдвэрлэх төлөвлөгөө 100,8%-иар, эм бараа борлуулалт 100,9%-иар, ашиглалтад орох барилга объект 100%-иар тус тус биелэв.

1985 он тус улсын эрүүлийг хамгаалахын хөгжлийн түүхэнд тэмдэглэлт он болно.

1985 онд Улаанбаатар хотын Сүхбаатарын районд 155 ортой нэгдсэн эмнэлэг, Төв аймгийн Заамар суман дахь геологийн анги, Ховд аймгийн Хөшөөтийн нүүрсний уурхай, Хөвсгөлийн Могойн голын нүүрсний уурхай, Галт сумын Зүрх бригад зэрэг газарт их эмчийн салбар шинээр байгуулагдах ба нийт их эмчийн салбарын 40,7% нь 2 ба түүнээс дээш эмчтэй ажиллах юм. Мөн бага эмчийн салбар 34, эмийн сан 9, сүүний газар 55, хүүхдийн хэсэг 21, хүүхдийн амбулатори дөрвөн аймагт тус тус байгуулагдана. Ховд аймгийн Булган суманд ариун цэвэр халдвар судлалын салбар станц байгуулна. 1985 онд эмнэлгийн орны тоог 4,9%-иар их эмчийн тоог 6%-иар, эмнэлгийн дунд мэргэжилтний тоог 4%-иар нэмэгдүүлснээр 10000 хүн амд 115 ор, 25 их эмч ногдох болно.

Эрүүлийг хамгаалах салбарын үйлдвэр аж ахуйн газруудын нийт бүтээгдэхүүн үйлдвэрлэх төлөвлөгөө 22,2, борлуулалт 19,9, үйлдвэрлэх тазаарын бүтээгдэхүүн 20,8, ашиг 5,4 саяар тус тус өнгөрсөн оныхоос нэмэгдэн тазаарын бүтээгдэхүүний 1 төгрөгт ногдох зардал 73,9 мөнгө болж өнгөрсөн оныхоос буурах юм.

Экспортод чихэр өмс, зээргэнэ зэрэг эмийн ургамал нилээдийг бэлтгэн гаргана. Материал түүхий эд, шатахуун, эрчим хүчнээс 91,3 мянган төгрөгдйн арвиан хэмнэлт гаргана. 34 нэрийн бүтээгдэхүүний материал зарцуулалтын нормыг хянаж шинэчлэн, 41 нэрийн бүтээгдэхүүний стандарт боловсруулж 32 нэрийн шинэ бүтээгдэхүүн үйлдвэрлэнэ.

Эрүүлийг хамгаалахын эрдэм шинжилгээ судалгааны ажил өргөжиж практикт нэвтрүүлэх шинэ дэвшилтэт арга, шинжлэх ухаан техникийн ололт нэмэгдэнэ.

Улс ардын аж ахуйн бусад салбарын нэгэн адил эрүүлийг хамгаалах салбарын 1985 оны төлөвлөгөө үндсэн үзүүлэлтээр дайчин шахуу болсон бөгөөд түүнийг хэрэгжүүлэхэд ихээхэн хүч чармайлт шаардагдах юм.

МАХН-ын Төв Хорооны IX бүгд хүрал (1984 оны) дээр нөхөр Ж. Батмөнх хэлсэн үгэндээ „өнгөрсөн жилүүдийн тасалдлыг нөхөн таван жилийн төлөвлөгөөг бүхэлд нь биелүүлэх, эдийн засаг нийгмээ шинэ таван жилд өндөр хурдацтай хөгжүүлэх баттай суурь тавих намын XIX их хурлыг хөдөлмөрийн өндөр амжилтаар угтахад 1985 он шийдээрлэх ач холбогдолтой урьд урьдаас илүү хариуцлагатай жил болох юм“ гэж онцлон тэмдэглэсэн юм.

Ирэх оны төлөвлөгөөт зорилтын биелэлт нь VII таван жилийн төлөвлөгөөний болон намын XVIII их хурлаас тус салбарын талаар дэвшүүлсэн зорилтын хэрэгжилтийг шууд илтгэн харуулах учир нөөц боллоцоог дээд зэргээр илрүүлж дайчлан ашиглах, хүч анхаарлыг төлөвлөгөө биелүүлэхэд чиглүүлж ажиллах нь нэн чухал зорилт болж байна.

Аливаа төлөвлөгөөт зорилтын биелэлт нь хамт олны хөдөлмөрийн сахилга, ажлын хариуцлага, идэвх санаачилгаас шууд шалтгаалдаг тул тэдний идэвхийг өрнүүлэх гол хэрэгсэл болсон социалист уралдааныг олон хэлбэрээр зохион богино хугацаанд дүгнэх, ажлын арга барилыг үндсээр нь өөрчлөн сайжруулах, газар сайгүй өндөр зохион байгуулалттай, эвсэг хамт олон бий болгох нь чухал юм.

Төлөвлөгөөт зорилтыг жилийн эхнээс жигд биелүүлэх, үйлчилгээг хөнгөн шуурхай хүртээмжтэй болгох ажлыг цаг алдахгүй хангах арга хэмжээг зохион байгуулж хэрэгжүүлэхэд хөдөлмөрийн хамт олныг оролцуулж төлөвлөгөөт бүх үзүүлэлтээр нь биелүүлэхэд анхаарлыг нь чиглүүлэн биелүүлэх график арга хэмжээний төлөвлөгөө гаргаж хяналт тавьж ажиллах хэрэгтэй байна.

Төлөвлөгөөт зорилтын биелэлт эмнэлэг үйлчилгээний ажлын байдалд тогтмол дүн шинжилгээ хийж доголдлыг таслан зогсоох зохион байгуулалтын арга хэмжээг авч хэрэгжүүлж байвал зохино.

Эмнэлэг урьдчилан сэргийлэх байгууллагууд төлөвлөгөөт зорилт эмнэлэг үйлчилгээний ажилд тавих хяналтыг хүчтэй болгож энэ ажилд олон нийтийн байгууллагыг өргөнөөр оролцуулж, хамтын арга хэмжээг системтэй явуулж, эмнэлэг үйлчилгээг удирдах арга барилыг боловсронгуй болгож, шинжлэх ухааны үндэстэй удирдах талаар ЗХУ, социалист бусад орны эрүүлийг хамгаалахын удирдлагын шинэ шинэ хэлбэрүүдийг цуцалтгүй нэвтрүүлэхэд ажлаа чиглүүлэх ёстой.

Эмнэлгийн байгууллагууд ашиглагдаагүй аппарат тоног төхөөрөмжийг засварлан ажилд оруулах, ээлжээр ажиллуулж ашиглалтыг нь сайжруулах арга хэмжээг авах нь үйлчилгээг өргөжүүлэн чанаржуулахад чухал нөлөө үзүүлэхийг анхаарах хэрэгтэй. Хүн амын дунд зохиох урьдчилан сэргийлэх ажлын үр нөлөөг сайжруулж, диспансерийн хяналтын чанарыг дээшлүүлэх, анхдагч сэргийлэлтийг хүчтэй болгох талаар шинэ дэвшилтэт арга, анагаах ухааны орчин үеийн ололт, тэргүүнт уршлагыг өрөн нэвтрүүлэх нь чухал байна.

Хөдөөгийн хүн ам, үйлдвэрийн ажилчдад газар дээр нь үзүүлэхэм нэлгийн явуулын тусламжийг улам ойртуулж нүүдлийн амбулаторийн болон нарийн мэргэжлийн диспансериудын үйлчилгээг өргэтгэх, өгөөжийг нь дээшлүүлэхэд анхаарах хэрэгтэй.

УХАМСАРТАЙ САХИЛГА ХҮНИЙГ ЗАХИРЧ УДИРДАНА

(эчнээ бага хурлын үргэлжлэл)

ӨВЧТӨНИЙ СЭТГЭЛ ЗҮЙ

Өвчтөний сэтгэл зүй хэмээх ойлголттой танилцахын өмнө ямар хүнийг өвчтөн гэж нэрлэх вэ гэдгийг тодотгох нь чухал юм.

Орчин үеийн ойлголтоор бие, сэтгэц, нийгмийн энх амгалан байдал нь ямар нэгэн хэмжээгээр алдагдсан, биологи болон нийгмийн дасан зохицох чадвар нь муудсан хүнийг өвчтөн гэж үнэлдэг боллоо. Энэ бол өвчтөний биологи, нийгэм ба сэтгэл зүйн асуудлыг тусгасан иж бүрэн ойлголт юм.

Өвчтөн гэдэг ойлголтыг дан ганц биологийн, эсвэл сэтгэл зүйн юмуу нийгмийн талаас нь авч үзэх нь нэг талыг баримталсан метафизик аргатай, өрөөсгөл үзэл юм.

Эмч бол тохиолдол болгонд өвчтөний биологи, нийгэм ба сэтгэл зүйн асуудлыг өөр хооронд нь нэгдэлтэйгээр иж бүрэн хандлагаар авч үзэх ёстой. Хүний эрүүл мэндийг тодорхойлдог гурван хэмжүүр болох бие, сэтгэц, нийгмийн байдлын аль нэг нь алдагдахад нөгөө хоёр нь дагалдан өөрчлөгддөг жамтай.

Өвчтөн гэдэг ойлголтыг бүрдүүлэгч 3 хэмжүүрийн нэг болох хүний сэтгэцийн энх амгалан байдал нь хэрхэн яаж өөрчлөгддөгийг тодруулан авч үзье. Энэ асуудал бол өвчтөний сэтгэл зүй хэмээх ойлголттой холбоотой юм.

Өвчтөний сэтгэл зүй гэдэг нь бие хүн ба түүний өвчин хоёрын хоорондын органик холбоо болон харилцан үйлчлэлээр тодорхойлогддог нийгэм-сэтгэл зүйн үзэгдэл юм. Энэхүү органик холбоо ба харилцан үйлчлэл нь өвчний субьектив шинж ба бие хүнээс өвчиндөө хандах харьцаа хэмээх хоёр үзэгдлээр дамжин илэрдэг. Иймд өвчтөний сэтгэл зүйг бүрдүүлэгч элементүүд болсон өвчний субьектив шинж ба бие хүнээс өвчиндөө хандах харьцаа тус бүртэй танилцъя.

1. Өвчний субьектив шинж. (өвчний дотоод эмнэл зүй)

Аливаа өвчний үед нэг талаас аль нэг эд, эрхтэн бодитойгоор өөрчлөгддөг, нөгөө талаас энэхүү өөрчлөгдсөн эд, эрхтэнээс эмгэг мэдээлэл уураг тархинд дамжин өвчтөний ухамсарт тусдаг. Ухамсарт туссан энэ тусгалыг өвчтөн өөрөө танин мэдэж улмаар өвчин эмгэгээс ангижрах идэвхтэй үйл ажиллагаа явуулдаг. Ийнхүү аливаа өвчин эмгэгийн процесст хүний бие ба сэтгэц хоёулаа оролцдог юм. Иймээс ч аливаа өвчний эмнэл зүй нь бие ба сэтгэцийн шинжээр дамжин илэрдэг.

Аливаа өвчний үед илрэх эмнэл зүйн шинжийг анагаах ухааны сэтгэл судлалын үүднээс объектив ба субьектив шинж гэж 2 хэсэгт хуваан авч үзэж болно. Өвчний объектив шинжийг өвчний гадаад эмнэл зүйн шинж, өвчний субьектив шинжийг өвчний дотоод эмнэл зүйн шинж гэж нэрлэх явдал бий. Бие махбодын дотор явагдаж байгаа эмгэг өөрчлөлтийн нүдэнд харагдах, чихэнд сонсогдох, мэдрэгдэх, гарт тэмтрэгдэхийг болон аппарат хэрэгсэл, лабораторийн шинжилгээгээр

гээр нотлогдохыг өвчний объектив шинж буюу өвчний гадаад шинж хэмээн нэрлэдэг.

Бие махбодын хүрээнд явагдаж байгаа эс, эд, эрхтэн, системийн эмгэг өөрчлөлтөөс уураг тархинд тусгагдсан хэвийн биш мэдээллийн үр дүнд үүссэн сэрэл, мэдрэхүй, төсөөлөл, бодол санаа, сэтгэл хөдлөл, дур зориг, хүсэл эрмэлзлэл, зан ааш зэрэг илрэл бүхий сэтгэцийн үзэгдлүүдийг өвчний субъектив шинж буюу өвчний дотоод эмнэлзүйн шинж гэж нэрлэдэг. Өөрөөр хэлбэл, өвчний субъектив шинж гэдэг бол бие махбодын дотор бодитойгоор үүссэн өвчин эмгэгийг өвчтөн хэрхэй мэдэрч, төсөөлж, цэгнэж, түүнд сэтгэл нь хэрхэн хөдөлж, түүнийг хэрхэн ухамсарлаж, түүнтэй хэрхэн тэмцэж байгаа сэтгэцийн үйл ажиллагаа юм.

Танин мэдэх буюу тусгалын онолын үүднээс үзвэл бие махбодын дотор бодитойгоор бий болсон өвчин эмгэг бол төвд тэмүүлэх мэдрүүлээр дамжин өвчтөний уураг тархи болон ухамсарт тусаж сэрэл ба сэтгэцийн бусад процессыг үүсгэдэг объект юм. Өвчтөн бол өөрийн ухамсарт туссан энэхүү тусгал болон тархинд бий болсон сэтгэцийн үзэгдлүүдийг танин мэдэж улмаар өвчин эмгэгээс ангижрах идэвхтэй үйл ажиллагаа явуулдаг субъект юм.

Өвчтөнөөс өвчнөө хэрхэн яаж танин мэдэж байгаатай нь холбогдуулан өвчний субъектив шинж буюу дотоод эмнэлзүйн шинжийг дотор нь:

а. Өвчнийг мэдрэн таних; б. Өвчнийг ухааран таних; в. Өвчнийг сэтгэлээр мэдрэх; г. Өвчтөний зоригийн илрэл гэсэн 4 хэсэгт хуваан үзэж болно.

а. ӨВЧНИЙГ МЭДРЭН ТАНИХ. Бие махбодын дотор явагдаж байгаа физиологийн болон эмгэгийн мэдээллийг хүлээн авч мэдрэлийн төврүү дамжуулдаг экстрарецептор, интрарецептор, барорецептор, осморорецептор гэх мэтийн нэртэй захын мэдрүүлийн олон хүлээн авагч бий. Өвчний голомтоос эмгэг мэдээлэл нь тохирох хүлээн авагч болон төвд тэмүүлэх мэдрүүлээр дамжин уураг тархинд тусгагдаж зохих сэрлийг үүсгэдэг. Өвчтөн энэхүү тусгалыг танин мэддэг. Тэрээр үүссэн эмгэг сэрлийг мэдэрдэг. Ийнхүү өвчтөн өвчин эмгэгийг сэрлээр дамжуулан танихыг өвчинг мэдрэн таних хэмээн нэрлэдэг.

Ямар эд эрхтэний ямар хүлээн авагч өвчин эмгэгийн процесст хамрагдав гэдгээс хамааран өвчтөнд мэдрэгдэх эмгэг сэрлүүд нь өвдөх, хорсох, бадайрах, загатнах, өлсөх, цангах, зүрх дэлсэх, толгой эргэх, дотор давчдах, нүд харанхуйлах, чих шуугих, огиудас хүрэх, бие арзайх, чичрүүс хүрэх гэх зэрэг олон янзын шинжээр илэрдэг.

б. ӨВЧНИЙГ УХААРАН ТАНИХ. Бие махбодын дотор бодитой үүссэн өвчин эмгэгээс уураг тархинд дамжсан эмгэг мэдээллийг мэдрэн таньсан өвчтөн өөрт үүссэн сэрэл дээрээ тулгуурлан уг өвчний явц, хүндрэл, тавилангийн тухай, түүнчилэн энэ нь өөрийн ажил, мэргэжил амьдралд хэрхэн нөлөөлөх талаар янз бүрээр эрэгцүүлэн боддог. Өвчтөн өөрт мэдрэгдсэн эмгэг сэрэл дээрээ түшиглэн өвчний хөө тухай эрэгцүүлэн сэтгэх, харьцуулан ойлгох, дүгнэн бодох бүхий л үйл ажиллагааг өвчнийг ухааран таних гэж үздэг.

Өвчнийг ухааран таних нь өвчтөний хувийн онцлог, ялангуяа уг эмгэгийн тухай түүний мэдлэгийн хүрээнээс хамааран янз бүрийн бодол, сэтгэлгээгээр илэрч болно.

в. ӨВЧНИЙГ СЭТГЭЛЭЭР МЭДРЭХ. Мэдрэгдэж байгаа сэрэл болон өвчинтэй холбоотой бүхий л асуудлын тухай сэтгэлгээ нь өвчтөнд айх, сандрах, түгшүүрлэх, сэтгэлээр унах зэрэг илрэл бүхий янз бүрийн сэтгэл хөдлөл үүсгэдэг. Энэ нь өвчинг сэтгэлээр мэдэрч байгаагийн илрэл юм.

г. **ӨВЧТӨНИЙ ЗОРИГИЙН ИЛРЭЛ.** Өвчтөний дотоод эмнэл зүйн нэгэн бүрэлдэхүүн шинж бол өвчтөний зоригийн илрэл юм. Өвчтөн өвчнөө сэрэл болон сэтгэлээрээ мэдэрч, ухаанаараа таньж түүнээсээ салах, эрүүлжих зорилгоор ухамсартай ба идэвхтэй үйл ажиллагааг янз бүрийн хэлбэрээр явуулдаг.

Үүний тулд тэрээр эмнэлэгт очих, эсвэл сайн гэж сонссон ургамал хэрэглэх, рашаан уух, байгалийн бусад хүчин зүйл хэрэглэх, тэдгээрийг эрэх хайх зэрэг илрэл бүхий зоригийн үйл ажиллагаа гаргадаг.

Энэ бол өвчний дотоод эмнэл зүйн шинжийн бүрэлдэхүүн хэсэг болсон өвчтөний зоригийн илрэл юм.

2. **ӨВЧТӨНИЙ ӨВЧИНДӨӨ ХАНДАХ ХАРЬЦАА**

Өвчтөний сэтгэл зүйн бүрэлдэхүүнд ордог өөр нэгэн шинж бол түүнээс өвчиндөө хандах харьцаа юм. Энэ харьцааг бие хүнээс өвчиндөө өгч байгаа харуу урвал гэж тооцох ч явдал бий.

Бие хүнээс өвчиндөө өгөх харуу урвал маш олон янз. Энэ нь олон хүчин зүйлсээс хамаардаг. Үүнд: Өвчтөнөөс өвчнөө хэрхэн таниж, яаж цэгнэсэн үнэлэлт; бие хүний сэтгэл зүйн хувийн онцлог; уг өвчний тухай өвчтөний мэдлэгийн хүрээ; өвчний шинж чанар; хийж байгаа эмчилгээний төрөл; өвчтөнд түүний гэр бүл, төрөл садны хүмүүс хэрхэн хандсан харьцаа; өвчтөний нас зэрэг хүчин зүйлс хамаарагддаг. Эдгээрээс шийдвэрлэх нөлөө үзүүлдэг хүчин зүйлс нь өвчтөнөөс өвчнөө яаж таньж, хэрхэн цэгнэсэн үнэлэлт юм.

Өвчтөний өвчиндөө хандах харьцаа нь өвчний бодит өөрчлөлт, объектив ба субъектив шинжийг хэрхэн үнэлж байгаагаар илэрдэг. Өвчтөнөөс өвчнөө хэрхэн үнэлэх нь түүнийг үнэн зөв таньж чадсан эсэхээс хамаардаг. Өвчтөн өвчнөө мэдрэн ба ухааран таних замаар таньдаг.

Өвчнөө таних мэдсэн өвчтөний мэдлэг үнэн зөв, эсвэл буруу байж болно. Өвчтөний өвчиндөө хандах харьцааг дотор нь: 1. Өвчнөө хэвийн үнэлсэн харьцаа; 2. Өвчнөө хэтрүүлэн үнэлсэн харьцаа; 3. Өвчнөө дутуу үнэлсэн харьцаа; 4. Өвчнөө үгүйсгэсэн харьцаа гэсэн 4 бүлэгт хувааж болох юм.

1. **ӨВЧНӨӨ ХЭВИЙН ҮНЭЛЭХ ХАРЬЦАА.** Өвчтөн өвчнийхөө бодит өөрчлөлт, объектив ба субъектив шинжүүдэд тохирсон үнэлэлт өгч харьцахыг өвчнөө хэвийн үнэлсэн харьцаа гэнэ. Ихэнх өвчтөн өвчиндөө ердийн хэвийн харьцаагаар ханддаг.

2. **ӨВЧНӨӨ ХЭТРҮҮЛЭН ҮНЭЛЭХ ХАРЬЦАА.** Өвчтөн өвчний бодит өөрчлөлт, объектив ба субъектив шинжийг хэтрүүлэн үнэлдэг. Ийм өвчтөний ихэнх нь өвчнөөсөө салахын тулд идэвхтэй үйл ажиллагаа явуулдаг.

Өвчнөө хэтрүүлэн үнэлэх харьцааны илрэл маш олон янз боловч өвчтөний сэтгэл зүйд давамгайлсан илрэх шинжээр нь:

- а. Сэтгэл уналын шенж зонхилсон харьцаа;
- б. Яльгүй зовлонг айдас зонхилсон харьцаа;
- в. Өвчирхөх байдал зонхилсон харьцаа;
- г. Истери шинж зонхилсон харьцаа;
- д. Өвчтэй байхыг эрмэлзсэн харьцаа гэх мэтийн олон хувилбарт хувааж болох юм.

а. **СЭТГЭЛ УНАЛ-СУЛЬДЛЫН ШИНЖ ЗОНХИЛСОН ХАРЬЦАА.**

Өвчинд сэтгэл унал-сультлын байдлаар харуу өгдөг өвчтөний сэтгэл зүйн үндсэн өөрчлөлт бол өвчний голомт ба бодит өөрчлөлтөөс мэдрэлийн төвд дамжсан эмгэг мэдээллийг сэрэл ба сэтгэлээрээ мэдрэх нь хэт ихэсдэгт оршино. Иймд өвчтөн ялимгүй зүйлд цочрох, амархан ядрах, өвчний голомтоос тархинд өгөгдсөн мэдээллийг хүчтэй

сэрлээр мэдрэх, өөрийгөө хүнд өвчтэйд тооцох, сэтгэлээр унах, амархан уйлах, ялимгүй зүйлд гомдох, нойр нь хямрах, өвчнийхээ тухай гутранги үзлээр төсөөлөн бодох, өвчнөөсөө салах идэвхтэй тэмцэл муу явуулах талтай.

б. ЯЛЫГҮЙ ЗОВЛОНТ АЙДАС ЗОНХИЛСОН ХАРЫЦАА. Энэ нь биеэ үргэлж чагнадаг, юмс үзэгдлийн үнэнд эргэлзэн тээнэгэлздэг, өвчин эмгэг болон ялимгүй бэрхшээл тохиолдоход сэтгэл нь айн түгшүүрлэдэг, юмс үзэгдлийн болзошгүй аюулаас болгоомжилдог хувийн онцлогтой бие хүнд зонхилон илэрдэг сэтгэл зүйн хариу урвал юм.

Хувийн ийм онцлогтой бие хүнд ямар нэг өвчин эмгэг тусахад илэрдэг сэтгэл зүйн үндсэн шинжүүдийн нэг бол өвчин эмгэгээс сэжиглэх бодол, түүнээс айх сэтгэл юм.

Өвчнөөс айх, болгоомжлохын сэтгэл зүйн үндэс нь аль нэг эрхтэнд бий болсон өвчнөөс үүссэн эмгэг сэрлүүдийг өвчтөн мэдрэх явдал юм. Өвчтөн өөртөө мэдэрсэн эдгээр сэрлийг тавилангийн нь хувьд бодит байдлаас нь хэтрүүлэн үнэлж улмаар уг өвчний болзошгүй хүндрэл, муу тавилангийн талаар хамгаас түрүүн бодож, түүндээ сэтгэл нь түгшүүрлэн үхчихвий, зүрхэнд цус харвачихвий эдгэшгүй өвчин тусчихвий, хорт хавдартай болчихвий гэж айж эмээдэг.

Ийм шинжийг үхэхийн айдас, зүрхэнд цус харвахын айдас, тархинд цус харвахын айдас, зүрх зогсохын айдас, өвчний айдас, хорт хавдрын айдас хэмээн нэрлэдэг юм.

Өвчнөөсөө айсан, болгоомжилсон өвчтөнд илэрдэг сэтгэл зүйн өөр нэгэн шинж бол өвчтөн биеэ хэтэрхий чагнах ба анхаарлаа биеийн эрүүл мэндийн байдалд төвлөрүүлэх үзэгдэл юм. Өвчтөн янз бүрийн эмгэг сэрэл бий болохоос цаг ямагт болгоомжлох, биеэ үргэлж чагнах, судсаа байн байн тоолох, цусны даралтаа үе үе хэмжих, хоолой ам болон бусад эрхтэнээ толинд харах зэрэг олон янзын байдлаар өвчиндөө ханддаг.

Өвчтөн биеэ хэтэрхий чагнаснаас өвчний голомтоос мэдрэлийн төвд дамжиж байгаа хүч султай мэдээллийг ч хүчтэй эмгэг сэрлээр мэдэрч, үүнийгээ тавилан муутай өвчин болгон оношилж, энэндээ сэтгэл нь ихэд түгшүүрлэн улмаар „Хорт хаздар үүсэж байна“, „Тархинд цус харвах гэж байна“, „Зүрх зогсчих гээд байна“ гэх мэтчилэнгээр хий хоссон айн эмчид байн байн үзүүлэх ч явдал гардаг. Биеэ бүр хэтэрхий чагнасан тохиолдолд бие махбодын хүрээнээс тархинд дамжиж байгаа физиологийн ердийн мэдээ ч эмгэг сэрлээр мэдрэгдэж улмаар ямар нэг өвчний онош өөртөө тавих явдал ч өвчтөнд ажиглагдаж болно.

Яльгүй зовлонт айдастай өвчтөнүүд өвчнөөсөө айсан, болгоомжилсон, түгшүүрлэсэн, эмээсэн байдлаасаа болж эмчийн тавьсан онош, эмчилгээнд эргэлзэн тээнэгэлзэж улмаар олон эмнэлэг дамжин олон эмчид үзүүлэх хандлага гаргадаг.

в. ӨВЧИРХӨХ БАЙДАЛ ЗОНХИЛСОН ХАРЫЦАА

Энэ харьцаа нь өвчнөө хэтрүүлэн үнэлдэг, биеэ чагнадаг хувийн онцлогтой бие хүнд зонхилон илэрдэг.

Өвчтөнөөс өвчиндөө өвчирхөх байдлаар хандахын сэтгэл зүйн үндэс нь тодорхой байрлалгүй хийгээд тодорхой шинж чанаргүй эмгэг сэрлүүд бие махбодод үүсэх явдал юм. Өвчтөн тэдгээр эмгэг сэрлүүдийг хэтрүүлэн үнэлж улмаар эдгэшгүй хүнд өвчин туссан гэж гүнзгий итгэл үнэмшилд автагдахыг өвчирхөх байдал хэмээн ойлгодог юм.

Өвчирхөх байдалтай өвчтөнд ажиглагддаг сэтгэл зүйн өөр нэгэн шинж бол өвчин эмгэгийн тухай бодол түүний анхаарлын төвд орших үзэгдэл юм. Өвчтөн биеэ үргэлж чагнадагас бие махбодын энд тэнд

үүссэн эмгэг сэрлүүдийг тохиолдол болгонд мэдэрдэг. Тэрээр өөрт мэдрэгдсэн эмгэг сэрлүүд дээр тулгуурлан уг өвчний явц, хүндрэл, тавилан, эмчилгээ, түүнчилэн энэхүү эмгэг нь ажил, мэргэжил амьдралд хэрхэн нөлөөлөх талаар гутранги үзэлтэй болдог.

Өвчтөн өвчнийхээ тухай ном уншиж эдгэршгүй хүнд өвчин туссан гэж тайлбарлан ярихаас гадна эмчээс эмчилгээ тасралтгүй хийхийг үргэлж шаарддаг. Өвчтөний тоочиж байгаа субьектив зовиур, шаналгаанууд тэр болгон эмнэл зүйн бодит арга болон багаж хэрэгсэл, лабораторийн шинжилгээгээр батлагддаггүй. Энэ бол өвчирхөх байдлын үндсэн онцлог юм. Өвчний субьектив шинж нь эмнэл зүйн объектив өөрчлөлт болон шинжилгээний бодит аргаар нотлогдохгүй байгааг өвчтөн хүлээн зөвшөөрөлгүй, эдгэршгүй хүнд өвчин туссан гэж өөрийгөө үнэлсэн субьектив үнэмшилдээ хөтлөгдөн, түүнийгээ батлуулахаар олон эмнэлэг дамжин, олон эмчид үзүүлэх хандлага гаргадаг.

г. ИСТЕРИ ШИНЖ ЗОНХИЛСОН ХАРЬЦАА

Өвчтөн өвчний бодит өөрчлөлт, объектив ба субьектив шинжийг хэтрүүлэн үнэлж улмаар өөрийн өвчин эмгэгийн асуудлыг хүрээлэн байгаа хүмүүсийн анхаарлын төвд байлгахыг эрмэлздэг. Тэрээр төрөл садан ба эмч сузилагчаас өөртөө онцгой халамж тавихыг шаардсан байдлаар өвчиндөө ханддаг.

Өвчтөний байдлыг эмч ба төрөл садны хүмүүс дутуу үнэлэх нь өвчтөнийг их цочроодог. Өвчтөний гадаад төрх нь хэт эмгэнэлтэй, сэтгэлийн хөдөлгөөн ихтэй байдлаар тодорхойлогддог. Гаднын хүмүүст баашилж байна гэсэн сэтгэгдлийг төрүүлэх нь олонтоо. Истери маягийн зан төлөвтэй хүмүүс өвчиндөө истери шинж давамгайлсан харьцаагаар ханддаг.

д. ӨВЧТЭЙ БАЙХЫГ ЭРМЭЛЗСЭН ХАРЬЦАА

Өвчтөн өвчний бодит өөрчлөлт, объектив ба субьектив шинжийг хэтрүүлэн үнэлж, өвчтэй байхыг эрмэлзсэн ухамсартай хандлагыг гаргадаг. Өвчтэй байхыг эрмэлзсэн хандлага нь тодорхой сэдэл тэмүүлэлтэй байдаг. Сэдэл тэмүүлэл гэдэг нь хүнийг ямар нэгэн үйлдэл буюу үйл ажиллагаа хийхэд чиглүүлэн хөтөлж байгаа тэрхүү бодол санаа, дур хүсэл, хэрэгцээ зэрэг сэтгэцийн үзэгдэл юм.

Өвчтэй байхыг эрмэлзсэн хандлагад хүргэдэг сэдэл тэмүүлэл гэвэл:

1. Шинжилгээ сайн хийлгэх, өөртөө анхаарал халамжтай байлгах хүсэл;

2. Хүнд байдлаас мултрах, тухайлбал цэргийн албанаас чөлөөлөгдөх, дургүй ажлаас чөлөөлөгдөх сэдэл тэмүүлэл г. м.

3. Материаллаг ашиг олох, жишээлбэл: тэтгэвэр тогтоолгох, больницын хуудас бичүүлэх сэдэл тэмүүлэл зэрэг болно.

Өвчтэй байхыг эрмэлзсэн харьцаа нь өвчнөө дүрэмдэх ба баашлах хэмээх хоёр хэлбэрээр илэрдэг.

ӨВЧНӨӨ ДҮРЭМДЭХ. Өвчтөн гадаад юмуу эсвэл дотоод сэдэл тэмүүллээр өвчний объектив ба субьектив шинжийг зориуд санаатайгаар буюу ухамсартайгаар хэтрүүлэн үнэлж харьцахыг өвчнөө дүрэмдэх гэнэ.

Өвчнөө дүрэмдэхийн дотоод сэдэл тэмүүллийн жишээ нь эмчилгээ шинжилгээ сайн хийлгэх, өөртөө халамжтай байлгах санааны үүднээс өвчтөн өвчний шинж тэмдгийг хэтрүүлэн ярих явдал юм.

Хөдөө амины ажлаар явах хэрэгцээ тохилдоход чөлөө юмуу ээлжийн амралт аваад явах нь өвчтөнд харамсалтай санагдаж болох юм. Иймд хөдөө явах санааны үүднээс өвчний шинж тэмдгийг хэтрүүлэн тоочиж улмаар хүндэвтэр өвчний онош тавнуулж эмнэлгийн акт, хуудас

авах явдал бол өвчнөө дүрэмдэхийн гадаад сэдэл тэмүүллийн нэгэн жишээ юм.

Өвчнөө дүрэмдэх тохиолдолд одоо илэрч байгаа зовиур шаналгааг хэтрүүлэн дэвэргэхээс гадна өмнө нь ажиглагдаж байсан шинж тэмдгийг санаж дэвэргэн ярьж болно.

Ёс суртахууны хүмүүжил муутай, эсвэл оюун ухааны хомсдолтой хүмүүс өвчинд дүрэмдэх хандлага гаргах нь цөөнгүй.

БААШЛАХ. Эрүүл хүн өөртөө байхгүй өвчний шинж тэмдгүүдийг зорнууд санаатайгаар дүрслэн бодож өвчтэй болох хэлбэрээр хуурмаг байдал гаргахыг баашлах гэнэ. Баашлахын сэдэл тэмүүлэл нь ихэнх тохиолдолд хүнд байдлаас гарах, тухайлбал үйлдсэн гэмт хэргээс чөлөөлөгдөх гэсэн санаа бодол юм. Баашлах нь голдуу шүүх эмнэлгийн практикт тохиолддог бөгөөд ихэвчлэн хүмүүжлийн доголдолтой, эмгэг төрхтэй ба оюун ухааны хомсдолтой хүмүүст ажиглагддаг өвчтэй байхыг эрмэлзсэн харьцааны үзэгдэл юм.

ӨВЧНӨӨ ДУТУУ ҮНЭЛЭХ ХАРЬЦАА. Өвчтөн өвчний бодит өөрчлөлт, объектив ба субъектив шинжийг дутуу үнэлдэг. Өвчнөө дутуу үнэлэх байдал нь өвчинд хайхрамжгүй хандах хэлбэрээр илэрдэг. Өвчтөн өвчнийг сэтгэлээр мэдэрч түүнд санаа зовох, сэтгэл түгших явдал багатай. Тэрээр өвчний тавилангийн талаар ямар ч үндэслэлгүй сайхан санаа, амгалан сэтгэл агуулж байдаг. Иймд өвчтөн өөртөө анхаарал халамж муу тавьж, эмчилгээ идэвхтэй хөөцөлддөггүй.

ӨВЧНӨӨ ҮГҮЙСГЭХ ХАРЬЦАА. Өвчтөн өөрийгөө эрүүл гэж тооцдог. Мэдрэл болон сэтгэл мэдрэлийн ямар нэг өвчний урхагаар өвчнөө мэдрэх ба таних чадвар алдагдсанаас, эсвэл сэтгэл зүйн тодорхой сэдэл тэмүүлэл төрснөөс болж өвчтөн өвчиндөө үгүйсгэх хандлага гаргаж болно. Өвчнөө үгүйсгэх харьцаатай өвчтөн, өвчний объектив ба субъектив шинж болон ер нь өвчиндөө анхаарал тавьдаггүй. Тэрээр мэдрэгдэж буй янз бүрийн эмгэг сэрлүүд, сэтгэл хөдлөл болон өвчинтэй холбоотой бүхий л асуудлын тухай сэтгэлгээ зэрэг байдлаар илэрдэг өвчний субъектив буюу дотоод эмнэл зүйн шинжийг өөрөөсөө зайлуулдаг. Иймд эмнэлэгт очих, эмчид үзүүлэх, эмчилгээ хөөцөлдөх зэргийг өвчтөн өөрөө санаачилдаггүй.

Өвчнөө үгүйсгэх хандлагын дээд илрэлийг өвчнөө нуух гэж нэрлэдэг. Өвчнөө нуухын сэдэл тэмүүлэл нь объектив ба субъектив байж болно. Эмчилгээ хөөцөлдөх, эмнэлэгт удаан байх нь өвчтөнд эдийн засгийн хувьд хохиролтой санагдсанаас болж өвчнөө нуух нь объектив сэдэл тэмүүллийн жишээ юм.

Мөн өвчин сношлогдох нь ёс суртахууны хувьд өвчтөнд ичгүүртэй санагдсанаас өвчнөө нууж болно. Жишээ нь өнгөний өвчтэй хүмүүсийн зарим нь ичсэнээсээ болж өвчнөө нуух, эмнэлэгт очихгүй байх хандлага гаргадаг. Энэ бол өвчнөө нуухын субъектив сэдэл тэмүүлэл юм. Өвчнөө нуух хандлага сэтгэц гэм судлалын практикт солиорлын үед олонтоо тохиолддог.

Аагаах ухааны дэд эрдэмтэн
С. БЯМБАСҮРЭН

**ЭХ НЯЛХСЫН ҮЛГЭР ЖИШЭЭ „ЗАГВАР“
БАЙГУУЛАГА, ХАМТЫН ГЭРЭЭТ
АЖЛЫН ДҮН**

Эх нялхаст үзүүлэх эмнэлгийн тусламжийн удирдлага, зохион байгуулалт, арга зүйг боловсронгуй болгож төгөлдөржүүлэх, тохиромжтой хэлбэрийг судалж тогтоох асуудал манай орны социалист эрүүлийг хамгаалахын хөгжлийн өнөөгийн шатны чухал зорилт болж байна.

Эх нялхсыг хамгаалах эрдэм шинжилгээний хүрээлэн 1978—1980 онд өөрийн түшиц бааз эмнэлгүүдтэй хамтран эх, хүүхдийн эрүүл мэндэд тавих хяналтыг шинжлэх ухааны үндэслэлтэй явуулахын тулд Улаанбаатар хотын III амаржих газрын үйлчлэх хүрээнээс Найрамдалын район, Сүхбаатарын районы хүүхдийн хэсгийн 8-р салбар, Дархан хотын эх барих эмэгтэйчүүд, хүүхдийн зарим хэсгийн үйлчлэх хүрээ, Өвөрхангай аймгийн Арвайхээр хот, Хужирт суманд 12 мянга гаруй 15-аас дээш насны эмэгтэйчүүд, 16 хүртэлх насны хүүхдэд эрүүл мэндийн урьдчилан сэргийлэх зориудын үзлэг явуулж эх, хүүхдийн эрүүл мэндийн байдлыг тогтоон, өвчтэй хүмүүсийг эмчлэн эрүүлжүүлэх ажлыг дэвсгэр нутгийн эмнэлгийн байгууллагад хариуцуулан явуулав.

Хүрээлэнгийн түшиц бааз хүүхдийн нэгдсэн II эмнэлгийн хэсгийн 8 дугаар салбар, Дархан хотын хүүхдийн 11 хэсэг, Арвайхээр хотын I хэсгийн үйлчлэх хүрээнд 3000 шахам айл өрхийн 8000 хүүхдэд, хүүхдийг өрх гэрээр диспансерчлах арга ажиллагааг нэвтрүүлж байна.

Эрүүлийг хамгаалах Яам, Улаанбаатар, Дархан хот, Өвөрхангай аймгийн эрүүлийг хамгаалах газар эх нялхсын үлгэр жишээ „загвар“ байгууллагын материаллаг баазыг бэхжүүлэх, мэргэжлийн боловсон хүчин, эмнэлгийн багаж аппарат, тоног төхөөрөмжөөр хангах талаар онцгойлон анхаарч ирлээ. 1979—1984 онд эх нялхсын үлгэр жишээ „загвар“ байгууллагаас 125 эмчийг гадаад, дотоодын мэргэжил дээшлүүлэх курст суралцуулж, 1,2 сая төгрөгийн үнэ бүхий эмнэлгийн багаж, тоног төхөөрөмж, 20 гаруй автомашин хувиарлан олгосон байна.

Эх нялхсын үлгэр жишээ „загвар“ байгууллагын материаллаг баазыг бэхжүүлэхэд Улаанбаатар, Дархан хот, Өвөрхангай аймгийн намын хороо, АДХ-ын гүйцэтгэх захиргаа бодитой тусалцаа үзүүлж ирлээ. Эх нялхсын үлгэр жишээ „загвар“ газруудад Улаанбаатар хотын АДХ-ын гүйцэтгэх захиргаа өнгөрсөн онуудад 2 сая шахам төгрөг, Дархан хотын үйлдвэр албан газрууд эх нялхсын байгууллагыг шөвлэн авч үлгэр жишээ материаллаг баазтай болгох хөдөлгөөн өрнүүлж байгаагийн дотор мах комбинат, керамзитын завод, царууц тоосго шохойн завод зэрэг аж ахуйн газар, хүүхдийн хэсгийн нэгдсэн барилга барьж, хотын АДХ-ын гүйцэтгэх захиргаа 1,2 сая төгрөгийн хөрөнгө олгосон байна.

Өвөрхангай аймгийн барилга угсралтын контор, Усны аж ахуйг удирдах газраас хүүхдийн загвар хэсэгт байр олгож, өөрсдийн хөрөнгөөр барилга сантехникийн засвар тохижуулалт хийсэн байна. Зүүнбаян улаан сумын „Цацрал“ нэгдэл сумын жирэмсэн ба нялх биетэй эхчүүдийн амрах байр, Бат-Өлзийт сумын „Бат зам“ нэгдэл, „Орхон“ бригадын бага эмчийн салбарыг тохижуулахад бодитой тусалцаа үзүүлжээ.

Эх нялхсын үлгэр жишээ „загвар“ байгууллага байгуулах ажилд 1979 онд манай орон даяар олон улсын хүүхдийн жилийг зохион явуулсан МАХН-ын Төв Хороо, БНМАУ-ын Сайд нарын Зөвлөл, 1979 онд „Эх, хүүхдийн эрүүл мэндийг хамгаалах ажлыг цаашид сайжруулах арга хэмжээний тухай“ тогтоол гаргаж, уг тогтоолын заалтыг хэрэгжүүлэхтэй холбогдуулан аймаг, хотын намын хороодын ээлжит бүгд хурлаар 1980 онд „Эх, хүүхдийн эрүүл мэндийг хамгаалах ажил бүх нийтийн үйл хэрэг“ асуудал хэлэлцэж, нам олон нийт, аж ахуй соёлын байгууллагаас эх, хүүхдийн эрүүл мэндийг хамгаалах асуудлаар 1981—1985 онд гүйцэтгэх ажлын нэгдсэн төлөвлөгөө батлан мөрдүүлсэн, МАХН-ын XVIII их хурлаас VII таван жилд нийт жирэмсэн эмэгтэйчүүд бага насны хүүхдийг диспансерийн хяналтанд бүрэн хамруулах зорилт дэвшүүлсэн, орон даяар 1983—1984 оныг сурагчийн жил болгосон, 1984 онд болсон эх, нялхсыг хамгаалахын тэргүүний ажилтны улсын зөвлөлгөөн угтсан ажил зэрэг нь эх нялхсын үлгэр жишээ „загвар“ байгууллага байгуулах ажилд бодитой хүчин зүйл боллоо.

Эрүүлийг хамгаалах Яамны коллеги 1981 онд эх нялхсын үлгэр жишээ „загвар“ байгууллагын ажлын явцыг авч хэлэлцээд, эх нялхсын үлгэр жишээ „загвар“ байгууллагын ажлыг эрчимжүүлэх тухай 132 дугаар тушаал гаргаж уг тушаалын заалтын дагуу Эх, нялхсыг хамгаалах эрдэм шинжилгээний хүрээлэн, холбогдох аймаг, хотын эрүүлийг хамгаалах газартай 1981—1983 онд эх нялхсын үлгэр жишээ „Загвар“ байгууллагын асуудлаар хамтран ажиллах талаар хамтын гэрээ байгуулж Эрүүлийг хамгаалах Яам, холбогдох аймаг, хотын АДХ-ын гүйцэтгэх захиргаагаар батлуулж хэрэгжүүлэв.

Эх нялхсыг хамгаалах эрдэм шинжилгээний хүрээлэнгийн захиргаа, нам, олон нийтийн байгууллага, сектор, тасгууд, хамт олон эх нялхсын үлгэр жишээ „загвар“ байгууллагуудын үйл ажиллагааг боловсронгуй болгож сайжруулахад өөрөөсөө шалтгаалах бодитой тусалцааг үзүүлж байна. Эх нялхсыг хамгаалах эрдэм шинжилгээний хүрээлэнгээс эх нялхсын үлгэр жишээ „загвар“ байгууллагын ажилд туслах гурван жилийн төлөвлөгөө гаргаж, эх нялхсын үлгэр жишээ „загвар“ байгууллагын ажлын байдлын талаар намын үүр, захиргааны зөвлөлийн хурлаар хэлэлцэж, сектор, тасгуудад тодорхой заалт өгөв.

Эх нялхсыг хамгаалах эрдэм шинжилгээний хүрээлэн эх нялхсын үлгэр жишээ „загвар“ байгууллагын ажиллагаанд зориулан 1978—1983 онд хэд хэдэн заавар боловсруулан практикт нэвтрүүлэх ажлыг зохион байгуулав.

Өнгөрсөн хугацаанд эх нялхсын үлгэр жишээ „загвар“ байгууллага болох газруудад эх нялхаст үзүүлэх эмнэлгийн тусламжийн цар хүрээ өргөжин, хүртээмж, чанар сайжирснаар жирэмсэн эмэгтэйчүүдийн илүү өртөмтгий байдалд онооны үнэлгээ өгөх, онцгой хяналт тогтоох, эмчлэн эрүүлжүүлэх арга хэмжээ өргөжин, жирэмсний эрүүл мэндийн потенциал, индекс дээшиллээ.

Хүүхдийн эмнэлгийн байгууллагад бага насны хүүхдийг диспансерчлах арга ажиллагаа боловсронгуй болж, өвчин эмгэгээс урьдчилан сэргийлэх, эрүүлжүүлэх арга хэмжээ өргөжин, эмнэлэг үйлчилгээнд яаралтай тусламж, эрчимт эмчилгээ, сэхээн амьдруулах арга барил нэвтэрч байна. Тухайлбал, III амаржих газарт жирэмснийг эхний 3 сард хяналтанд авах нь 1977 онд 40% байсан бол 1983 онд 54%, нэг жирэмсэн зөвлөлгөөнд дунджаар 5—6 удаа хамрагдаж байсан бол 9—12 удаа болж жирэмсэн эмэгтэйчүүдийн эрүүл мэндийн индекс 50 хувь болж нэмэгдлээ.

Нялхсын эндэгдэл 1977 онд хүүхдийн нэгдсэн II эмнэлэгт 89,1 промилль байсан бол 1983 онд 75,1 промилль, энэ үзүүлэлт тухайн хугацаанд Дархан хотын хүүхдийн эмнэлэгт (112,9; 89,4), Өвөрхангай аймгийн

нэгдсэн эмнэлгийн хүүхдийн тасагт (99,5; 51,6), Хужирт сумын сум дундын эмнэлгийн хүүхдийн тасагт (92,0; 84,0) болж тус тус буурлаа.

Дүгнэлт:

1. Эх нялхсын үлгэр жишээ „загвар“ байгууллага байгуулах, хамтын гэрээт ажил нь эх нялхаст үзүүлэх эмнэлгийн тусламжийн удирдлага, зохион байгуулалт, арга зүйг боловсронгуй болгох, урьдчилан сэргийлэх, оношлогоо, эмчилгээний ажлыг чанаржуулах, эх, хүүхдийн эрүүл мэндийн байдлыг дээшлүүлэх, өвчлөл эндэгдлийг бууруулахад бодитой нөлөөлөх чухал хүчин зүйл боллоо.
2. Улаанбаатар хот, Сүхбаатар, Найрамдалын район, Дархан хот, Өвөрхангай аймгийн намын хороо, АДХ-ын гүйцэтгэх захиргаа, эх, нялхсын үлгэр жишээ „загвар“ байгууллага болох газруудын эмч мэргэжилтний мэдлэг, мэргэжил, ажлын харьцууллага, сахилга батыг дээшлүүлэх, орчныг тохижуулах, эмнэлэг үйлчилгээний материаллаг баазыг бэхжүүлэхэд бодитой туслалцаа үзүүллээ.
3. Эрүүлийг хамгаалах Яам, Улаанбаатар, Дархан хот, Өвөрхангай аймгийн эрүүлийг хамгаалах газар, эдгээр байгууллагын удирдлага, зохион байгуулалтыг боловсронгуй болгох, тэргүүн туршлагыг нийтийн хүртээл болгох, мэргэжлийн боловсон хүчин, эмнэлгийн багаж аппарат, тоног төхөөрөмж, эм хэрэглэлээр хангахад зориуд анхаарч, бодитой туслалцаа үзүүлсний үр дүнд эх нялхаст үзүүлэх эмнэлгийн тусламжийн хүртээмж, чанар, соёлын түвшин дээшиллээ.
4. Эх нялхсын үлгэр жишээ „загвар“ байгууллага байгуулах ажлын үр дүнд Улаанбаатар хотын III амаржих газрын эмэгтэйчүүдэд зөвлөлгөө өгөх газар, хүүхдийн нэгдсэн II эмнэлгийн реабилитаци, эрчимт эмчилгээ, сэхээн амьдруулах тасаг, хүүхдийн хэсгийн 8-р салбар, Дархан хотын хүүхдийн больниц, хүүхдийн амбулаторийн эрүүл хүүхдэд зөвлөлгөө өгөх ба урьдчилан сэргийлэх тарилгын кабинет, Хужирт сумын сум дундын эмнэлгийн эмэгтэйчүүдэд зөвлөлгөө өгөх газар, Зүүнбаян-Улаан сумын жирэмсэн ба нялх биетэй эхчүүдийн амрах байр, Бат-Өлзийт сумын Орхон бригадын бага эмчийн салбар зэрэг эх нялхсын үлгэр жишээ ажиллагаатай цэг салбар бий боллоо.
5. Цаашид Эрүүлийг хамгаалах Яам, түүний харьяа эрдэм шинжилгээний хүрээлэн эх нялхсын байгууллагад заавал нэвтрүүлэх тэргүүн туршлага, эрдэм шинжилгээний байгууллагаас практикт нэвтрүүлэх тэргүүн туршлага, аргачлал, заавар, зөвлөмж болон тэргүүний ажиллагаатай байгууллага, цэг салбар, эмч ажилтны тэргүүн туршлагыг нийтийн хүртээл болгох ажлыг улам эрчимжүүлэх шаардлагатай байна.

Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн **МО. ШАГДАРСҮРЭН**

НИЙТ ХҮН АМЫГ ДИСПАНСЕРЧЛАХ АЖЛЫН ЗОХИОН БАЙГУУЛАЛТЫН ЗАРИМ АСУУДАЛД

Нийт хүн амыг диспансерчлах ажилд аажмаар шилжих нь социалист эрүүлийг хамгаалахын урт хугацааны программын дагуу хэрэгжих боломжтой юм. Ийм программ боловсруулан хэрэгжүүлэхэд эрдэм шинжилгээ судалгааны ажлыг далайцтай хийх шаардлагатай. Социалист орнуудын баялаг туршлага хүн амыг нийтээр нь диспансерчлах ажлыг хийж болохыг нотлон харууллаа. Одоо энэ ажлыг ямар замаар хэдий хугацаанд хийж гүйцэтгэх, материал санхүү, боловсон хүчний хангамж хэр зэрэг шаардагдах, зохион байгуулалтын урьдчилсан нөхцөл бүрдүүлэх, энэ ажлыг хийх эмнэлэг-ариун цэврийн албадын байдал зэрэг асуудлыг шийдвэрлэх явдал чухал болоод байна.

Социалист орнууд ЭЗХТЗ-ийн байнгын комиссын хүрээнд хүн амыг нийтээр нь диспансерчлах сэдвээр нэр томъёог цэгцлэх, диспансерчлалын үе шатыг зөв тогтоох, урьдчилан сэргийлэх үзлэг болон диспансерчлалын нийгэм, эдийн засаг, эмнэлгийн үр ашгийг судлах, үнэлэх зэргийг голлон анхаарч байна.

Нэн ялангуяа хүн амын эрүүл мэндийн байдалд үнэлгээ өгөх, эмнэлгийн үйл ажиллагаа тусламжийн үнэлэлт, дүгнэлт гаргах, диспансерчлалын талаар эмнэлгийн ажилтны ойлголтыг тогтоох зэрэгт эрдэм шинжилгээ, судалгааны ажлыг хийж байна.

Зарим судалгаагаар хүн амын диспансерчлалын талаарх эмнэлгийн ажилтан нарын мэдлэгийн хэмжээ зохих түвшинд хүрээгүй байгаа нь нотлогдсон байна.

Үүнд ажлын зохион байгуулалтын сул тал, эмнэлгийн байгууллагаас явуулж буй ажлын үр дүн хангалтгүй, материаллаг бааз, боловсон хүчний хүрэлцээ муу зэрэг бусад объектив болон субъектив шалтгаанууд нөлөөлж байна гэж үзжээ.

Социалист орнууд нийт хүн амыг диспансерчлах ажлыг намынхаа програмд тусган нам, улс, олон нийтийн байгууллагын идэвхтэй оролцоотойгоор хэрэгжүүлж байна.

Санхүү эдийн засаг, боловсон хүчний нөөц хангалттай биш байгаа одоогийн нөхцөлд нийт хүн амыг диспансерчлах ажлыг үе шаттайгаар хэрэгжүүлэх бодлогыг баримталж байна. Юуны өмнө хүн амын ямар хэсгийг диспансерчлах, урьдчилан сэргийлэх, эмчлэх, оношлох, нөхөн сэргээх арга хэмжээний зохион байгуулалтыг тогтоох нь чухал.

ЗХУ-д юуны өмнө хэсгийн эмнэлгийн үйлчилгээг сайжруулах, нэг хэсэгт ногдох хүн амыг цөөлөх, хэсгийн эмчийн мэдлэг чадварыг сайжруулах, багаж төхөөрөмжөөр хангах, ажлын хүрээг өргөтгөх, диспансерийн ажлын цагийг уртасгаж долоо хоногт 3 цаг байхаар тогтоох, нэгдсэн төлөвлөгөө графикаар ажиллах журамд шилжүүлэх зэргээс диспансерчлах ажлыг эхлээд байна.

Диспансерчлалын үндсэн зорилт нь өвчтөнийг эрт илрүүлэн бүртгэн азч, динамик ажиглалт хийх, шаардлагатай үед эмчлэн эрүүлжүүлэх, бас урьдчилан сэргийлэх арга хэмжээ авах явдал мөн.

Өвчтөнийг диспансерчлах гэдэг нь өвчнийг эхний үе шатанд нь илрүүлж эмчлэх, түүний гарах шалтгааныг судалж арилгахыг хэлнэ. Эрүүл хүмүүсийн диспансерчлал нь гадаад орчны хортой хүчин зүйлд бие махбодын тэсвэртэй байх чадварыг бий болгох зорилготой байдаг.

Иймээс диспансерийн үйлчилгээ нь хүн амын эрүүл мэндийн байдалд идэвхтэй төлөвлөгөөтэй хяналт тавих, нөлөөлж чадах бүх нийтийг хамарсан арга мөн. Диспансерийн үйлчилгээ нь социалист нийгмээс хүн ардын эрүүл мэндийг сахин хамгаалах өндөр халамж анхаарлыг багтаасан, иргэн бүрийн эрүүл мэнд, хөдөлмөрийн чадварыг дээшлүүлэх арга хэмжээ юм.

Диспансерчлах ажил нь бүх их эмч, эмнэлгийн дунд мэргэжилтний ажлын заавал гүйцэтгэх ажлын чухал хэсэг мөн бөгөөд хэсгийн эмч нар диспансерийн үйлчилгээг зохицуулах гол үүрэгтэй. Үүний тулд амбулатори-поликлиникийн байгууллагууд дор дурдсан ажил үүргийг гүйцэтгэнэ.

1. Урьдчилан сэргийлэх үзлэг явуулах ба диспансерчлах ажлыг төлөвлөх.

2. Өвчтөнийг цаг тухайд нь илрүүлэх, бүртгэлд авах.

3. Диспансерийн хяналтанд байгаа өвчтөнийг шинжлэх, тэдгээрт динимак ажиглалт хийх.

4. Диспансерийн өвчтөнийг хэвтүүлэх, эмчилгээ хийх, сувиллын хоолонд явуулах, хөдөлмөрийг зохицуулах, сузилалд эмчлэх.

5. Диспансерчлалын шинжилгээ, дүгнэлт хийх.

6. Диспансерчлал явуулж буй эмч нарын мэдлэг мэргэжлийг дээш-

лүүлэх зэрэг болно.

Нийт хүн амыг диспансерчлах ажилд шилжин орох явдал удаан бөгөөд олон үе шаттай процесс билээ. Үүнд:

3 үндсэн чиглэлийг баримталж байна.

— архаг өвчтэй буюу зарим хурц өвчнөөр өвчлөгчдийг диспансерчлах;

— улс ардын аж ахуйн янз бүрийн салбарын ажилчин, албан хаагчдыг диспансерчлах;

— хүүхэд, жирэмсэн эмэгтэйчүүдийг бүрэн диспансерчлах;

Эрүүлийг хамгаалах байгууллагын ажилд диспансерийн арга нэвтэрч, энэ нь диспансерийн систем болж өргөжив. Энэ системийн үндэс нь нийт хүн амын эрүүл мэндийн байдалд байнгын ажиглалт хийх, өвчнийг эрт илрүүлэх, урьдчилан сэргийлэх, эмчлэн сэргийлэх ажлын холбоо уялдааг сайжруулах, бүрэн интеграцлах, эрүүлийг хамгаалах байгууллагаас гадаад орчин, хөдөлмөр ахуйн нөхцөлд бүрэн хяналт тогтоох явдал болно. Нийт хүн амыг диспансерчлах ажилд аажмаар шилжин орох нь нийт социалист орнуудтай хамтран ажилласны үр дүнд биелэх нийгэм эдийн засгийн томоохон зорилт мөн.

Хүн амыг диспансерчлахад хэрэглэж байгаа зарим нэр томъёо ойлголтыг тайлбарлая.

Хүн амын эрүүл мэндийг хамгаалан бэхжүүлэх, өвчнийг эрт илрүүлэх, эмгэгээс сэргийлэхэд чиглэгдсэн нийлмэл арга хэмжээг урьдчилан сэргийлэлт гэнэ. Урьдчилан сэргийлэлтийг анхдагч, хоёрдогч, гуравдагч гэж ангилна.

Анхдагч сэргийлэлт гэдэг нь өвчнийг үүсгэх нөхцөл шалтгааныг устгах зорилго бүхий нийгэм эдийн засгийн болон эмнэлгийн арга хэмжээн дээр суурилж хийх эмнэлгийн талаас нь авч үзвэл цоо эрүүл болон эрүүл боловч өвчилж болох хүмүүс, өвчинд өртөмтгий хүүхдийг өвчнөөс сэргийлэх, өвчтэй хүмүүсийг шинээр өвчлөхөөс хамгаалах арга хэмжээг хэлнэ.

Хоёрдогч сэргийлэлт гэдэг нь тодорхой хүний өвчнийг эрт илрүүлэх, эмгэгт процессын цаашид даамжрах, түүний хүндрэлээс сэргийлэх арга хэмжээг хэлнэ.

Гуравдагч сэргийлэлт гэдэг нь өвчний үр дагаварт хяналт тавих, ажиглах арга хэмжээг хэлнэ.

Мөн урьдчилан сэргийлэлтийг улсын нийтийн, хувь хүний, нийгмийн, эмнэлгийн гэж ангилна. Диспансерчлал нь нийгэм, эмнэлгийн олон талт үйл ажиллагаа бөгөөд өөртөө эмчлэх болон шинжлэх, ариун цэвэр-эрүүл ахуй, нийгэм эдийн засгийн олон арга хэмжээг багтана.

Диспансерчлах ажлыг юуны өмнө их эмч нарт нэн ялангуяа үзлэгийн эмч нарт ойлгуулах шаардлага гардаг. Зарим эмч нар өвчтөний төлөө санаа тавих хамгийн ашигтай хэлбэр болсон диспансерчлалын ач холбогдлыг зохих ёсоор үнэлэхгүй байх явдал гардаг байна. Иймээс их эмч нарыг оюутан байх цагаас эхлэн диспансерчлалын мөн чанарыг үл үндэстэй ойлгуулах ажлыг хийх нь чухал юм. Урьдчилан сэргийлэх үзлэг бол диспансерчлалын нэг үе шат бөгөөд хүн амын эрүүл мэндийн байдлыг сайжруулах, судлах нэг арга болж байна. Ийм учраас урьдчилан сэргийлэх үзлэгийн үндсэн зарчим, арга, нөлөөлөл, үр ашгийг авч хэлэлцэх, тооцох явдал чухал болж байна.

Урьдчилан сэргийлэх үзлэгийн зорилго бол зөвхөн өвчин илрүүлэх гэж ойлгож болохгүй, шинжилгээ, эмчилгээ диспансерчлал хийнэ гэсэн үг. Урьдчилан сэргийлэх үзлэгийг нийт улс, аймаг, хотын хэмжээнд төлөвлөгөө графиктайгаар тодорхой өвчнийг илрүүлэх чиглэлтэйгээр явуулах нь чухал юм. Урьдчилан сэргийлэх үзлэгийн дэс дараа, динамикийг зөв төлөвлөх шаардлагатай. Урьдчилан сэргийлэх үзлэг явуулах ажлыг шаардлагатай мэдээллээр хангах явдал чухал асуудлын нэг юм. Энэ нь анхан шатны нэгж дээр ажиллаж байгаа эмч, нарийн мэр-

гэжлийн эмч нарын хоорондын хамтын ажиллагааг сайжруулах чухал алхам гэж үздэг.

Нэгж байгууллагын эмч нар урьдчилан сэргийлэх үзлэгийг дор дурдсан аргаар явуулах нь ашигтай. Өөрийн хариуцсан хэсгийн хүн амын дунд өвчин илрүүлэх асуулт бүхий хуудас тараан урьдчилан сэргийлэх үзлэгт оруулах хүмүүсээ тогтоож авна. Мөн хялбар тестуудыг ашиглаж шинжилгээ судалгаа явуулдаг байна. Тестүүдийг өргөн хэрэглэх явдал лабораторийн ачааллыг багасгадаг сайн талтай байдаг. Урьдчилан сэргийлэх үзлэгийг амбулаториор үзүүлэхээр ирсэн хүмүүст хийж болдог байна. Урьдчилан сэргийлэх үзлэгийг үйлдвэрийн ажилчдын дунд тогтмол явуулах нь ихээхэн боломжтой бас ашигтай хэлбэр гэж үзнэ. Социалист орнууд болон манай оронд нэвтэрч байгаа урьдчилан сэргийлэх үзлэгийн ашигтай хэлбэр бол флюорографийн шинжилгээ юм.

Урьдчилан сэргийлэх үзлэгийн үр дүнг эмнэлэг-эдийн засгийн талаас авч үзэхээс гадна нийгмийн нөлөөллийг тооцож байх шаардлагатай. Урьдчилан сэргийлэх үзлэгийн үр дүнг зарцуулсан хөрөнгө, зардал, илрүүлсэн өвчтөний тоогоор илэрхийлэх төдийгүй өвчилж болох тохиолдол, өвчний хүндрэлээс сэргийлэн хамгаалсан, эмчилсэн зэргээр тооцно. Үр дүнг тооцохын тулд хүн амын зүйн болон эдийн засгийн үзүүлэлт, хийсэн процедурын хэмжээ зэргийг гаргана. Гаргасан зардлыг илрүүлсэн нэг өвчтөнд хуваан тооцож болно.

Өвчтөнийг эрт илрүүлж эмчлэх нь хялбар бөгөөд эмнэлгийн өртөг нь бага байна. Нийгмийн нөлөөлөл гэдэг нь диспансерчлалд хүн ам хэр зэрэг идэвхтэй оролцож байгааг хэлнэ. Мөн хөдөлмөрийн чадвар түр ба байнга алдаж байгаа үзүүлэлт, цагаас өмнө нас барах, эмнэлэгт хэвтсэн байдал зэргийг гаргаж дүгнэлт хийнэ.

ДҮГНЭЛТ:

Энэхүү өгүүллээр диспансерчлалын тухай зарим ойлголтыг тодруулах, нэн ялангуяа урьдчилан сэргийлэх үзлэг нь диспансерчлалын нэгдүгээр үе шат болох тухай тэр нь өвчтөн хүмүүсийг эмчлэн эдгэрүүлэхтэй нягт холбоо уялдаатай болох тухай товч дурдав. Диспансерчлалын талаарх эмч нарын мэдлэгийн хүрээг өргөтгөх, оюутанд зааж сургах явдал чухал байгааг дурдав.

Диспансерчлалыг манай орны нөхцөлд хэрхэн яаж нэвтрүүлэх асуудлаар өргөн санал гаргаж тунгаан хэлэлцэх нь чухал байна.

Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн Л. БУДЖАВ

ЭРҮҮЛИЙГ ХАМГААЛАХ САЛБАРЫН АЖ АХУЙН ГЭРЭЭНИЙ ҮҮРЭГ, САХИЛГЫГ ӨНДӨРЖҮҮЛЬЕ

Аж ахуйн гэрээ бол улсын төлөвлөгөөт бүх төрлийн бүтээгдэхүүнийг үйлдвэрлэх, бэлтгэх, нийлүүлэх, хүлээн авах, төлөвлөгөөт ажил болон үйлчилгээг гүйцэтгэх эрх үүргийг тодорхойлсон үндсэн баримт бичиг мөн.

Иймээс аж ахуйн гэрээний биелэлт нь байгууллага, тэдгээрийн удирдагчдын үйл ажиллагааны гол үзүүлэлтийн нэг болж байдаг. Аж ахуйн гэрээ нь зөвхөн улсын төлөвлөгөөнд үндэслэж, түүний үзүүлэлтийг нэр төрөл, чанар, тоогоор бүрэн ханган биелүүлэх зорилготой учраас төлөвлөгөөг амжилттай биелүүлэх үндсэн нөхцөл болдог.

Нам, засгаас аж ахуйн гэрээний энэхүү ач холбогдлыг өндөр үнэлж, уг ажлыг улс ардын аж ахуй, соёлын аль ч салбарт сайжруулахад чиглэсэн тодорхой арга хэмжээ авч хэрэгжүүлж байна.

МАХН-ын Төв Хорооны Улс төрийн Товчоо 1977 онд „Улсын Арбитрийн байгууллагын ажлыг сайжруулах зарим арга хэмжээний тухай“ тогтоод гаргаж, улс ардын аж ахуйн аль ч салбарт төлөвлөгөөний са-

хилгыг бэхжүүлж, аж ахуйн гэрээний биелэлтийг хангахад аж ахуйн байгууллагын гүйцэтгэх үүрэг, зорилтыг тодорхой заасан билээ. Уг тогтоолоор аж ахуйн гэрээ байгуулах, биелүүлэх, дүгнэх ажилд ёс төдий хандах, гэрээний үүрэг, ач холбогдлыг бууруулах ноцтой дутагдлыг бүрэн арилгаж, үйлдвэр аж ахуйн газарт аж ахуйн гэрээг улсын төлөвлөгөө, санхүү, хөдөлмөр, материал хангамжийн нөөцтэй нягт уялдуулан эдийн засгийн тооцооны бүрэн үндэслэлтэй боловсруулж байгуулах, нэгэнт байгуулсан гэрээний биелэлтэд тавих хяналт шалгалтыг хүчтэй болгохыг бүх байгууллагын удирдлагад үүрэг болгосон юм.

Үйлдвэр, аж ахуйн байгууллагад аж ахуйн гэрээ байгуулах, дүгнэх ажил хугацаандаа чанартай хийгдэж байгаа эсэхэд хяналт тавьж, уг ажлыг намын байгууллагаас аж ахуйн байгуулалтыг удирдах, захиргааны үйл ажиллагаанд хяналт тавих ажлын салшгүй хэсэг болгон зохион байгуулах ёстой.

МАХН-ын ХVIII их хурлаас „Төлөвлөгөөний сахилгын нэг хамгийн чухал тал нь төлөвлөгөө, аж ахуйн гэрээнд заасан үүргийг бүх үзүүлэлтээр нь бүрэн ханган биелүүлэх явдал мөн. Төлөвлөгөөт даалгавар, аж ахуйн гэрээг ганц үзүүлэлтээр ч боловч дутуу хагас биелүүлвэл улс ардын аж ахуйн салбаруудын балансын уялдаа холбоог ноцтой алдагдуулж болох юм“ гэж заасан билээ. Энэ заалтыг хэрэгжүүлэх зорилгоор 1981 онд БНМАУ-ын Сайд нарын Зөвлөлөөс „Аж ахуйн гэрээний сахилгыг бэхжүүлэх зарим арга хэмжээний тухай“ тогтоол гаргаж гэрээ байгуулах хугацаа янз бүр байхыг нэг журамтай болгож, гэрээгээр хүлээсэн үүргээ биелүүлээгүй талд оногдуулах торгуулийн хэмжээг нэмэгдүүлэн тогтоосон байна.

Уг тогтоолоор аж ахуйн гэрээгээр хүлээсэн үүргийн биелэлт, гэрээ биелүүлээгүйгээс шалтгаалж торгууль төлснөөс гарсан үргүй зардлын гүйцэтгэлийг жил, улсрын тайлан баланст тусгаж байдаг журам тогтоож мөрдөн ажиллаж байна.

Аж ахуйн гэрээг судалгаа тооцоо сайтай, хугацаанд нь байгуулж Улсын арбитэрт хууль зүйн талаас нь хянуулан бүртгүүлдэг журам үйлдвэр, аж ахуйн газруудад үндсэнлээ хэвшин тогтлоо. Гэвч аж ахуйн гэрээний ажил тавьж байгаа шаардлагын хэмжээнд хүртэл жигд сайжрахгүй дутагдал байна.

Аж ахуйн гэрээг дүгнэхэд эрх, үүргээ зохих ёсоор дүүрэн эдэлж биелүүлэхгүй урсгалаар ханддагаас, бололцоо байсаар байтал аж ахуйн гэрээний үүрэг, улсын төлөвлөгөөг зарим газар тоо чанар, нэр төрлөөр тасалдуулдаг явдлыг хувь хүний хариуцлага сахилгатай холбон үзэж тооцож байх шаардлагатай байна.

Аж ахуйн гэрээний ажилд оршиж буй нэг гол дутагдал бол бүтээгдэхүүн нийлүүлэх, гэрээний үүргийг тоо, үнийн дүнгээр биелүүлэхийг урьдал болгоод, түүний чанар, өнгө үзэмж, нэр төрлийг хайхрахгүй байгаа явдал юм. Энэ нь аж ахуйн гэрээнд чанар, нэр төрлийг тодорхой заахгүй буюу заасан ч гэрээг ёс төдий дүгнэж байгаатай шууд холбоотой байна.

Жишээ нь: Хотын эмийн сангуудыг удирдах контор, мод боловсруулах комбинатад хайрцаг нийлүүлэх аж ахуйн гэрээ хийсэн нь өөрийн хэрэглэж байгаа хайрцагуудыг тооцож, эргүүлж тушаах боломжийг судлаагүйгээс 1984 оны эхний хагас жилд 18,3 мянган төгрөгийн торгууль хүлээсэн байна.

Аж ахуйн гэрээний бүх үе шатны ажлыг эрс сайжруулж, гэрээний сахилгыг чанд сахиж, улсын төлөвлөгөөг тоо, чанарын бүх үзүүлэлтээр бүрэн биелүүлэх зорилт бидний өмнө тавигдаж байна.

ЭХЯ-ны ажилтан Д. ДАРИЙМАА

Р. ПУРЭВ, Д. ЭРДЭНЭЧИМЭГ

**ЗҮРХНИЙ ТАСЛАВЧИЙН ЦООРХОЙ ГАЖГИЙН
РЕНТГЕН МОРФОЛОГИЙН ӨӨРЧЛӨЛТИЙГ
РЕНТГЕН ШИНЖИЛГЭЭНИЙ ЕРДИЙН АРГААР
СУДЛАН ЯЛГАН ОНОШЛОХ АСУУДАЛД**

АНАГААХ УХААНЫ ХҮРЭЭЛЭН

Зүрх судасны гаж хөгжлийн дотроос зүрхний таславчийн дан цоорхой гажгууд нь олонтоо тохиолдож байна. Анагаах ухааны хүрээлэнгийн мэс заслын секторын судалгаанаас үзэхэд зүрхний таславчийн дан цоорхой, зүрхний тосгуурын таславчийн цоорхой, зүрхний ховдлын таславчийн цоорхой гажиг зүрх судасны гажгийн дотор 61,89 хувийг эзэлж байна. Бусад орны судлаачдынхаар зүрхний тосгуурын таславчийн цоорхой бүх гажгийн 6—25%, зүрхний ховдлын таславчийн цоорхой нь 5—14%-ийг эзэлдэг байна. (2) Дээрх гажгийн үед илрэх цусны хөдлөл зүйн онцлог, цусны эргэлтийн бага тойрог талаас гарах, өөрчлөлт, зүрх, том судасны хэлбэр хэмжээний өөрчлөлтийг судлах төгс оношлоход рентген шинжилгээний олон төрлийн арга чухал үүрэг гүйцэтгэсээр байна. Зүрхний таславчийн цоорхой гажгийн үед гарах рентген судлалын өөрчлөлтүүд нь цусны хөдлөл зүйн хямралын зэргээс голчлон хамаарах ба цусны хөдлөл зүй, эмнэл зүй, рентген зураглал нь тосгуур ховдлын түвшинд хаяж байгаа цусны хэмжээ, цусны бага эргэлтийн талаас гарч байгаа өөрчлөлтийн шинж байдлаар тодорхойлогддог байна (1,4) Бид дээр дурдсан 2 гажгийн үед зүрхний хөндийнүүд томрох, мурийн индекс, зүрх судасны коэффициент, зүрхний эзэлхүүний томрох зэрэг гажгийн үед зүрх том судас, бага тойрог талаас гарах рентген морфологийн өөрчлөлтийг судалсан ба үүгээр 2 гажгийн рентген шинжилгээний ердийн аргаар ялган оношлоход голлон анхаарлаа. Харин цусны хөдлөл зүйн өөрчлөлтөөс болж дээрх үзүүлэлтүүд хэрхэн өөрчлөгдөж байгааг үүнд тусгасангүй.

Судалгааны аргачлал ба материал.

Мэс заслын эмчилгээ хийлгэсэн зүрхний тосгуурын таславчийн цоорхой гажигтай 38, зүрхний ховдлын таславчийн цоорхой гажигтай 24 өвчтөнд судалгаа хийв. Бүх өвчтөнг 4 байрлалд рентгенд харж зүрх том судасны зургийг эгц, зүүн, баруун ташуу, зүүн хажуу байрлалд авсан ба фокусын зай 1 м байв. Зүрхний эзэлхүүнийг И. Х. Рабкины нормограммаар, Мурийн коэффициент, зүрх уушгины индексийг нийтээр баримталдаг аргаар, зүрхний хэсгийн томролт, мурийн индекс, зүрхуушгины коэффициентийн томролтын зэргийг И. Х. Рабкиныхаар тус тус үнэлэв.

Хүснэгт 1-д судалгаанд хамрагдсан өвчтөний нас хүйсний байдлыг харуулсан ба хүснэгтээс үзэхэд 26 нь эрэгтэй, 36 нь эмэгтэй, ихэнх нь 18-аас доош насны хүмүүс байв.

Хүснэгт 2-т зүрхний тосгуурын таславчийн цоорхой, зүрхний ховдлын таславчийн цоорхой гажгуудын үед гарах рентген морфологийн шинжүүдийг гажиг тус бүрээр харьцуулан гаргалаа. Хүснэгтээс үзэхэд уушгины зураглал зүрхний тосгуурын таславчийн цоорхой гажгийн 89,1%-д зүрхний ховдлын таславчийн цоорхой гажгийн 70,8%-д тодорсон байна. Угийн сүүдрийн өргөсөлт зүрхний тосгуурын таславчийн цоорхой гажгийн 65,7%, зүрхний ховдлын таславчийн цоор

Хүснэгт 1.

Зүрхний тосгуурын таславчийн цоорхой, зүрхний хөвдлын
таславчийн цоорхой гажгуудын үед илэрсэн
рентген-морфологийн шинжүүд

Шинж		Шинжүүдийн тоо ба хувь	
		ЗТТЦ	ЗХТЦ
Уушгины зураглал	Хэвийн	6	2
	Тодорсон	20	17 70,8%
	Их тодорсон	12	5
Уушгины даралт ихэссэн		5	4
Угийн сүүдрийн байдал	Хэвийн	11	7
	Өргөссөн	25 85,7	17 70,8
	Бүтэц хэвийн	37 97,3	23 95,8
	Бүтэц тод биш		1
Зүрхний сүүдрийн томролт	Баруун тийшээ илүү	15	6
	Зүүн тийшээ илүү	9	9
	Хөндлөн тийшээ	25 65,7	13
Уушгины артерийн байдал	Өргөсч уртассан	34 89,4	20 83,3
	Хэвийн	4	4
	Нум хотойсон		
Баруун-судас тосгуурын өнцөг	Дээшилсэн	26 68,4	17 70,8%
	Хэвийн	12	7
Гол судасны байдал	Хэвийн	21	9
	Өргөссөн	2	14 58,3
	Нарийссан	15	1
Зүрхний бэлхүүс	Хэвийн	5	6
	Тэгширсэн	33 86,8	18 75%

хой гажгийн 70,8%, угийн сүүдрийн бүтэц тодрох нь зүрхний тосгуурын таславчийн цоорхой гажгийн 97,3%-д, уушгины артерийн нумын цүлхийлт, уртсалт зүрхний тосгуурын таславчийн гажгийн 89,4%-д, зүрхний ховдлын таславчийн цоорхой гажгийн 83,3%-д, баруун судас тосгуурын өнцөг дээшлэх шинж зүрхний тосгуурын таславчийн цоорхой гажгийн 68,4%-д, зүрхний ховдлын таславчийн цоорхойн гажгийн 70,8%-д зүрхний бэлхүүс арилах шинж зүрхний тосгуурын таславчийн цоорхойн гажгийн 86,8%-д, зүрхний ховдлын таславчийн цоорхой гажгийн 75%-д тус тус илэрч байна.

Хоёр гажгийн аль алинд нь зүрхний сүүдэр хөндлөн тийшээ томорч байгаа ба зүрхний тосгуурын таславчийн цоорхой гажигт баруун тийш томрох нь илүү, зүрхний ховдлын таславчийн цоорхой гажгийн үед зүүн тийшээ томрох нь арай давамгайлж байна.

Зүрхний тосгуурын таславчийн цоорхой гажгийн үед гол судас ихэвчлэн хэвийн юмуу эсвэл нарийсч байхад, зүрхний ховдлын таславчийн цоорхой гажгийн үед түүний өргөсөлт эсвэл хэвийн байх нь эрс давамгайлж байна.

Зүрхний тосгуурын цоорхой гажгийн үед баруун тосгуур томроогүй, эсвэл I зэргийн томролт, баруун ховдлын томролтын II, III зэргийн томролт арай илүү байна. Судалгаанд хамрагдсан өвчтөний 50%-д зүүн тосгуур томроогүй байсан ба 34,2%-д нь түүний I зэргийн томролт тод илэрч байна. Мурийн коэффициент 39,4%-д хэвийн, 44,7%-д I-зэргээр томорсон байна. Зүрх уушгины коэффициент 42,1%-д хэвийн, 47,3%-д нь I зэргийн томролттой, зүрхний эзэлхүүн 50%-д нь хэвийн, 31,5%-д нь I зэргээр томорчээ. Зөвхөн 4 өвчтөнд зүүн ховдлын томролтын I зэрэг гарч байна. Зүрхний ховдлын таславчийн цоорхой гажгийн үед баруун тосгуурын томролтын I зэрэг 54,1%-д, баруун ховдлын томролт бүх өвчтөнд илэрч байгаа ба II зэргийн томролт 66,6%-д, зүүн тосгуурын томролт 91,6%-д зүүн ховдлын томролт бүх тохиолдлын 95,8%-д үүнээс I ба II зэргийн томролт 75%-д нь тус тус тодорхойлогдож байгаа нь зүрхний хэсэг тус бүрийн томролтоороо дээрх 2 гажиг нэлээд ялгаатай байна.

Мурийн коэффициент нь зүрхний ховдлын таславчийн цоорхой гажигтай бүх өвчтөний 41,6%-д хэвийн, үлдсэн өвчтөнүүдэд I ба II зэргийн томролттой байна.

Зүрх уушгины коэффициент 45,8%-д хэвийн, зүрхний эзэлхүүн 54,1%-д хэвийн, 45,8%-д I ба II зэргийн томролт байна.

Хүснэгт 2

Судалгаанд хамрагдсан өвчтөний зүрхний хөндийнүүд,

Мурийн коэффициент, зүрх-уушгины коэффициент,
зүрхний эзэлхүүний томролтын зэрэг

Зүрхний хөндийн коэффициент эзлэхүүн	Томролтын зэрэг							
	ЗТЦ				ЗХТЦ			
	томроогүй	I зэрэг	II зэрэг	III зэрэг	томроогүй	I зэрэг	II зэрэг	III зэрэг
Баруун тосгуур	11	23	4	—	8	13	2	1
Баруун ховдол	3	10	19	6	—	3	16	5
Зүүн тосгуур	22	13	8	—	2	22	8	5
Зүүн ховдол	33	4	—	1	10	6	7	1
Мурийн коэффициент	15	17	2	4	10	6	7	1
Зүрх-уушгины коэффициент	16	18	2	2	11	9	8	1
Зүрхний эзлэхүүн	19	12	7	—	13	9	2	—

Судалгаанаас үзэхэд зүрх ба том судасны талаас гарч байгаа өөрчлөлт, рентген морфологийн зарим үзүүлэлтийн өөрчлөлтийн, хэмжээ нь гажиг тус бүрт онцлогтой боловч 2 гажгийн рентген илрэл нь хоорондоо тун төстэй байгаа нь цусны хөдлөл зүйн өөрчлөлт олон талаар ижил байдагтай холбоотой юм. Иймээс дээр дурдсан 2 гажгийг рентгенээр ялган сношлохдоо ердийн шинжилгээгээр илэрч байгаа өөрчлөлтийг харгалзан үзэж дараах хүснэгтийг ашиглах нь зүйтэй гэж үзлээ.

Хүснэгт 3

Ердийн рентген шинжилгээгээр ЗХТЦ, ЗТТЦ гажгийн үед илрэх рентген шинжүүдийн харьцуулал

Рентген шинжийн дугаар	Шинж	ЗХТЦ	ЗТТЦ
1.	Уушгины зураглал тодрох	тод	бүр тод
2.	Зүрхний цус зогсонгийн хэлбэр	артерийн	артерийн
3.	Уушгины артерийн багана	цүлхийх боловч их бшц	ихэнхдээ их цүлхийх эн байна.
4.	Уушгины угийн сүүдэр	өргөснө	илүү их өргөснө
5.	Уушгины угийн лугшилт	голдуу (-)	их тохиолдолд тод харагдана
6.	Зүрхний хэмжээнүүдийн томролт	хэвийн эсвэл бага зэрэг томроно	ихэнх тохиолдолд томроно
7.	Зүрхний бэлхүүс	тэгширнэ	тэгширнэ
8.	Гол судасны нум	хэвийн заримдаа нарийн	бүх тохиолдолд нарийн байна
9.	Зүүн тосгуурын томролт	бага зэрэг	ихэнхдээ хэвийн заримдаа 1-р зэрэг
10.	Зүүн ховдлын томролт	томорно	хэвийн байна.
11.	Баруун ховдлын томролт	томорно	томроно
12.	Баруун тосгуур	томрох нь ховор	заавал томорно
13.	Баруун тосгуур-судасны өнцөг дээшлэх.	ихэнх тохиолдолд хэвийн дээшилж болно.	бүх тохиолдолд дээшилсэн байна.

Дээрх хүснэгтийг ашиглахдаа зүрх том судасны хэсэг тус бүрийн өөрчлөлтийн үед гарах рентген шинжүүдийг сайн мэдэх шаардлагатайгаас гадна эдгээр өөрчлөлтийн зэрэг нь цусны хөдлөх зүйн онцлогтой уялдан гардгийг анхаарах хэрэгтэй.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Г. Г. Амбраишвили. Рентгенодиагностика пролированных дефектов межпредсердной перегородки в свете изучения данных гемодинамики и хирургического лечения. Вест. рент. и рад, 1966 № 2
2. М. А. Ивашицкая, В. С. Савельев. Рентгенологическое исследование при врожденных пороках сердца. Медгиз, 1960.
3. Н. Х. Ракин, Э. А. Григорян. Рентгенологическое изучение оперированного сердца (Медицина) 1973.
4. Г. М. Соловьев, Э. А. Григорян. Клинико-рентгенологическая оценка результатов операций при дефектах межжелудочковой перегородки кардиология 1965 № 5

К ВОПРОСУ ИЗУЧЕНИЯ РУТИННЫМИ МЕТОДАМИ
 РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ РЕНТГЕНОМОРФОЛО-
 ГИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ДЕФЕКТОВ ПЕРЕГОРОДКИ СЕРДЦА

Р. Пүрэв, Д. Эрдэнэчимэг.

Под наблюдением находились 62 больных с септальными дефектами сердца оперированных в кардиохирургическом отделении III-ей клинической больницы им. П. Н. Шастина. Изучены рентгеноморфологические признаки на основании рентгенографии сердца и крупных сосудов в 4-х стандартных-проекциях. Оказалось, что при обеих пороках (ДМПП и ДМЖП) рентгеноморфологические признаки во многом похожи, но более важными дифференциально-диагностическими признаками являются различие в увеличении отдельных камер сердца. Дана дифференциально-диагностическая таблица.

Д. ЭНЭБИШ, Ц. НАМСРАЙ

ЭХИЙН СҮҮНИЙ УУРГИЙН АМИНХҮЧЛҮҮД

АНАГААХ УХААНЫ ДЭЭД СУРГУУЛЬ

Уургийг бүтээгч гол „тосгэ“ болсон аминхүчлүүдийг амьдралын чухал (үл орлуулагдах) ба амьдралын чухал биш (орлуулагдах) гэж хоёр хузаадаг. Хүний бие махбодод бусад нэгдлүүдээс үүсэж бий болдоггүй, хоол хүнсний хамтаар зайлшгүй авч байх шаардлагатай аминхүчлүүдийг амьдралын чухал буюу үл орлуулагдах аминхүчлүүд гэдэг. Ийм аминхүчлүүдэд изолейцин, лейцин, лизин, метионин, фенилаланин, триптофан, треонин, валин зэрэг 8 аминхүчил ордог. Харин бага насны хүүхдэд эдгээр аминхүчил дээр гистидин нэмэгдэж үл орлуулагдах аминхүчил 9 болдог.

Мөн аминхүчил-цистеин амьдралын эхний 7 хоногт нярайн хүүхдийн биед нийлэгждэггүй болохыг эрдэмтэд судлан тогтоожээ. (4)

Хүснэгт 1

Эхийн ба үнээний сүүний аминхүчлүүдийн хэмжээ

Амьдралын чухал аминхүчлүүд мг/100 мл	Эхийн ба үнээний сүү		Амьдралын чухал бус аминхүчлүүд мг/100 мл	Эхийн ба үнээний сүү	
Изолейцин	68	228	аргинин	45	129
Лейцин	100	350	аланин	35	75
Лизин	73	277	аспаргины хүчил	166	166
Метионин	25	88	цистин	22	32
Фенилаланин	48	172	глутамны хүчил	230	680
Триптофан	18	49	глицин	0	11
Треонин	50	164	пролин	80	250
Валин	70	245	серин	69	160
гистидин	22	95	тирозин	61	179
Бүгд	474	1668		658	1682

Бүх аминхүчлийн нийлбэр эхийн сүүнд 1132 мг%, үнээний сүүнд 3350 мг% байгаа бөгөөд эхийн сүүнд агуулагдах амьдралын чухал аминхүчлүүдийн хэмжээ ч (474 мг%) үнээний сүүнийхээс (1668 мг%) 3 илүү дахин бага байна. Үүнээс гадна амьдралын чухал аминхүчил нэг бүрийн хэмжээ нь эхийн ба үнээний сүүнд нилээд ялгаатай байдаг (3,5) боловч эхийн сүүний уургийн аминхүчлүүд нь 1 хүртэлх насны хүүхдийн амьдралын хэрэгцээ шаардлагыг бүрэн хангахуйц хамгийн зохистой харьцаатай болох нь нотлогдсон юм. Амьдралын чухал аминхүчил бүр нь биемахбодол зайлшгүй чухал үүрэгтэй. Эдгээрийн дутагдал, илүүдэл нь 8—9 төрлийн эмгэг үүсэхэд хүргэж блогоос гадна бодисын солилцоонд нөлөөлөн эмгэг өөрчлөлтийг 2—3 дахин ихэсгэнэ.

Иймээс бид эхийн сүүний уургийн аминхүчлүүдийн хэмжээг нарийвчлан судалж бусад судлаачдын судалгааны дүнтэй харьцуулан дүгнэлт хийх зорилго тавьсан юм. Энэ зорилгоор Улаанбаатар хотын 2-р амаржих газарт төрсөн эхчүүдийн сүүнээс дээж авч уургийн аминхүчлүүдийн хэмжээг Чехословак улсад үйлдвэрлэсэн „НД—1200“ хэмээх аминхүчлийн автомат анализатороор тодорхойлсон юм.

Хүснэгт 2

Судалгааны дүнг бусад судлаачдынхтай харьцуулгал

Аминхүчлүүд (хувиар)	П. В. Ку- генов 1962(3)	Н. И. Ко- зин 1970(2)	А. А. Шай- хеев 1971(6)	Ц. Намс- рай 1980(5)	Биднийх 1982
Лизин	6,7	7,41	6,31	4,50	6,0
Гистидин	1,6	2,24	2,66	1,82	1,9
Аргинин	4,7	3,39	5,07	2,09	3,9
Аспаргины хүчил	7,0	7,85	10,36	6,62	6,1
Треонин	4,1	4,83	4,53	2,92	3,2
Серин	4,7	4,14	4,61	2,91	3,0
Глютамын хүчил	13,8	14,73	19,32	12,28	10,0
Пролин	—	6,80	6,85	6,67	0,8
Глицин	—	2,80	2,81	1,55	1,9
Аланин	2,4	3,61	3,93	2,64	5,4
Цистин	—	2,28	2,03	—	4,1
Валин	4,6	5,17	6,01	4,72	5,3
Метионин	1,9	1,44	1,83	0,87	0,8
Изoleyцин	18,4	4,33	5,11	3,94	4,5
Лейцин	18,4	9,32	10,29	7,35	9,2
Тирозин	—	3,70	4,92	2,52	3,5
Фенилаланин	5,3	4,14	4,28	2,79	3,6
Триптофан	—	2,0	2,04	—	—

Хүснэгтээс үзэхэд эхийн сүүний уурагт 17—18 аминхүчил байдаг нь илэрхий байна.

Гэвч бидний судалгаагаар гарсан эхийн сүүний уургийн аминхүчлүүдийн хэмжээ дэд эрдэмтэн Ц. Намсрайн судалгаатай нэлээд ойр байгаа бөгөөд гадаадын судлаачдын судалгааны дүнтэй харьцуулахад бүх аминхүчлүүдийн хагасаас илүү хувь нь хэмжээгээр бага байна.

Ялангуяа бүх төрлийн сүүний уурагт их хэмжээгээр агуулагддаг аспаргины ба глютамын хүчлүүдийн хэмжээ 1,0—9,3% бага байна. Мөн треонин (0,90—1,63%), фенилаланин (0,78—1,70%), метионин (1,0—1,40%), лизин (0,31—1,40%), лейцин, тирозин зэрэг амьдралын чухал аминхүчлүүдийн хэмжээ монгол эхийн сүүнд бага байгаа бөгөөд зөвхөн изoleyцин, валины хэмжээ бусад судлаачдын судалгааны дүнтэй харьцангуй ойролцоо, харин аланин, цистины хэмжээ арай илүү байна.

ДҮГНЭЛТ: 1. Монгол эхчүүдийн сүүний уургийн аминхүчлүүдийн хэмжээ бага байна.

2. Сүүний уургийн аминхүчлүүдийн хэмжээг эхийн нас, төрөлтийн тос, ажил мэргэжил, хоолны дэглэм зэрэг хүчин зүйлүүдтэй холбон нарийвчлан судлах шаардлагатай байна.

3. Эхийн сүүний уургийн бүлэглэл (фракци), тэдгээрийн аминхүчлийн хэмжээг судлан тогтоох нь чухал байна.

4. Жирэмсэн эхчүүдийн хоногт хэрэглэх хоол хүнсний найрлага, дундаж хэмжээ, илчлэг чанарыг нарийн судалж тогтоох шаардлагатай байна.

5. Хүүхдийн хоол хүнсэнд үнээний сүүг орлуулан хэрэглэхдээ аминхүчлийн хэмжээг тооцолон найруулах нь зүйтэй байна.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Ч. М. Вэрэнцов, А. В. Мазурин. Справочник по детской диететике. 1980 из-во Медицина 18-24.

2. Н. Н. Козин, Н. И. Гайницкая. Изучение аминокислотного состава и атакуемости in vitro эмульсий для детского питания. Вопросы питания, 1970. 5. 13-16.

3. П. В. Кугелев, М. Н. Медведова. Аминокислотный состав грудного молока. Педиатрия 1931, 6. 18.

4. А. В. Мазурин. Учебное пособие по питанию здорового ребенка. 1980. 18-24

5. А. А. Шайхеев, О. К. Гайков, В. А. Кулавский. Аминокислотный состав женского молока три нормальных родов. Вопр. охр. мат. и дет 1971. 6-92

6. Ц. Намсрай В. Оюунбилэг Эхийн сүүний химийн найрлага. ШУА-ийн Химийн Хүрээлэнгийн бүтээл № 18 1980. 5. 206-213.

АМИНОКИСЛОТЫ БЕЛКОВ ГРУДНОГО МОЛОКА

Д. Энэбиш, Ц. Намсрай

Целью настоящей работы является исследование сравнительного содержания количества аминокислот белков грудного молока монгольских женщин с данными советских авторов. Пробы молока мы брали от женщин, рожающих во II-ом родильном доме г. Улан-Батора. Белок молока выделяли путем осаждения и подвергали гидролизу. В гидролизате с помощью аминокислотного анализатора марки НД-1200 (ЧССР) определяли аминокислоты.

По нашим данным сумма всех незаменимых аминокислот белков грудного молока в условиях Улан-Батора более низкая чем в данных приведенных советскими авторами. Особый интерес представляет то, что количество аминокислот белков молока монгольских женщин меньше чем количество аминокислот исследованных Советскими исследователями, которые пользовались методом бумажной хроматографии. В связи с этим можно сделать следующие выводы:

1. Белок грудного молока монгольских женщин отличается низким содержанием аминокислот

2. Необходимо провести углубленные исследование количества аминокислот в белках грудного молока в условиях нашей страны в зависимости от возраста, числа родов, режима дня, сезона года и других факторов.

3. При искусственном вскармливании детей коровьим молоком надо провести соответствующую коррекцию коровьего молока с учетом аминокислоты белков материнского молока.

Э. ДОВДОН

ГЛАУКОМ ӨВЧТЭЙ БА ЭРҮҮЛ ХҮМҮҮСИЙН НҮДЭНД ХИЙСЭН ЭЛЕКТРОТОНОГРАФИЙН ШИНЖИЛГЭЭНИЙ ДҮН

УЛСЫН НЭГДСЭН ТУСГАЙ ЭМНЭЛЭГ

Уужуу өнцөгт энгийн глауком өвчнийг оношлох, өвчний явцыг хянаж, эмчилгээний аргыг сонгсход тонографын шинжилгээ чухал байдаг. Сүүлийн үед электрэн тснметрээр тонографийн шинжилгээ хийх болсон нь шинжилгээг нилээд үнэн зөв хийх боломж олгож байна.

ЗХУ болон бусад орнуудад нүдний даралт хэмжих, тонографын шинжилгээг бичлэгтэйгээр хийх электрэн тснметрийг үйлдвэрлэн эмнэлгийн практикт өргөн хэрэглэх болсон нь орчин үеийн техникийн ололтын нэг км. Бид 1980 оноос Японы ТОС—ЕЕ—013 маркийн электрэн тснметрээр нүдний даралт хэмжих, нүдний шингэний урсгалын коэффициентыг тодорхойлох шинжилгээг хийж байна. Бид анхдагч глаукомтой 71 өвчтөний 136 нүд, эрүүл 41 хүний 82 нүдэнд уул аппаратаар тонографийн шинжилгээ хийсэн дүнгээ Зөвлөлтийн эрдэмтэн А. П. Нестеров болон бусад эрдэмтдийн судалгаатай жишиж үзсэн юм. (1, 3, 4)

Хүснэгт I

Электротонографийн шинжилгээгээр нүдний шингэний урсгалын коэффициент (У. К)-ыг тодорхойлсон дүн

Судлаачид	40-өөс дээш насны эрүүл хүмүүсийн у. к.			Анхдагч глаукомтай хүмүүсийн у. к.			Ү ү н э э с					
							Давчуу өнцөгт глаукомын үе дэх у. к.			Уужуу өнцөгт глаукомын үе дэх у. к.		
							М	σ	m	М	σ	m
А. П. Нестеров	0,29	0,07	0,0059	—	—	—	—	—	—	0,13	0,037	0,0026
Г. М. Сайфулина	0,28	0,07	—	—	—	—	0,18	0,09	—	0,14	0,008	—
Г. Я. Чернявский	0,28	0,01	—	0,02	0,01	—	—	—	—	—	—	—
Бидний судалгаа	0,28	0,11	0,01	0,16	0,03	0,007	0,21	0,09	0,01	0,14	0,07	0,007

Дээрх судалгаануудыг харьцуулан үзэхэд эрүүл хүмүүсийн нүдний шингэний урсгалын коэффициентын дундаж $M=0,29-0,28$ мм³ мин буюу ойролцоо нэг хэмжээнд байна. Нүдний анхдагч глауком өвчнийг өнцгөөр нь ангилахгүйгээр статистикийн судалгаа хийхэд урсгалын коэффициент нь $0,16-0,2$ мм³ мин байгаа нь хэвгийн дундаж хэмжээнээс бага боловч тухайн хэмжээ нь эрүүл нүдэнд байж болох учраас урсгалын коэффициентыг судалгааны зорилгоор ингэж гаргах шаардлагагүй юм. Үүний шалтгаан нь давчуу өнцөгт глаукомын өмнө камерын өнцөгт хориг үүсээгүй бусуу өвчин хөдлөөгүй мөн өвчний эхний үед урсгалын коэффициент хэвгийн хэмжээнээс өөрчлөгддөггүй $M=0,18-0,2$ мм³ мин байдагтай холбоотой юм. Харин уужуу өнцөгт глаукомын үед нүднээс гарах шингэний урсгал нь өмнө камерын өнцгийн таславч Шлеммовын суваг, склерын венийн судасны эмгэг өөрчлөлтөөс болж ихээхэн сааталд ордог учраас урсгалын коэффициент нь эрүүл нүдний шингэний дундаж урсгалын коэффициентээс 2 дахин багасч $0,13-0,14$ мм³ мин буюу түүнээс ч багасах хандлагатай болно.

Энгийн глаукомын өвчний явц, үе шатнаас хамааран нүдний шингэний урсгалын коэффициент нь эрүүл нүдний урсгалын коэффициенттэй харьцуулахад улам багасах хандлагатай байдгийг эрдэмтэн А. П. Нестеровын судалгаа харуулж байна. Иймд тухайн тохиолдолд тоногرافيин шинжилгээ чухал ач холбогдолтой юм.

Энгийн глаукомын үед нүдний шингэний урсгал нь шүүрдэг хэсгийн эмгэг өөрчлөлтийн улмаас сааталд орж, нүдний даралт ихсэngүүт глауком өвчин илэрч гардаггүй, нүдний даралт ихсэх нөхцөл бүрдэж даралт ихсэж эхлэхэд нүд нь даралтаа хэвийн байдалд байлгах (гомеостатик) механизмын нөлөө буюу сормуус бленээс ялгаруулах шингэнээ багасгаж нүдний даралт нь ихсэхгүйгээр нилээд хугацаанд хэвийн байж чаддаг байна. (2)

Хүснэгт 2

Анхдагч уужуу өнцөгт глаукомын өвчний үе дэх шингэний урсгалын коэффициентийн багасалтыг хэвийн дундажтай харьцуулгал:

Судлаачид	Глауком өвчнийг үе шат, хэлбэрээр нь ялгасан нь	Хүний тоо	Судалгааны урсгалын коэффициент M нь хэвийн дундаж M -ын хэдэн хувь болох.	σ	m	
А. П. Нестеров (1974)	Энгийн глаукомын эхний үе	213	0,13 (45%)	0,037	0,0026	
	Хөгжлийн ба хэтэрсэн үе	237	0,08 (28%)	0,041	0,007	
	Эцсийн үе	45	0,04 (14%)	0,024	0,0036	
	40-өөс дээш насны эрүүл хүмүүс	140	0,29 (100%)	0,07	0,0059	
	Анхдагч глауком	142	0,16 (57%)	0,09	0,007	
Бидний судалгаа (1934)	Үүнээс	Нээлттэй өнцөгт	94	0,14 (50%)	0,07	0,07
		Давчуу өнцөгт	42	0,21 (74%)	0,09	0,01
		40-өөс дээш насны эрүүл хүмүүс	82	0,28 (100%)	0,11	0,01

А. П. Нестеровын судалгаагаар нүдний даралт ихэсч эхлэх үед урсгалын коэффициентын дундаж $M=0,13$ мм³ мин буюу хэвийн урсгалын зөвхөн 45% тэнцэж байсан бол бидний судалгаанд нүдний даралт ихэсч эхлэх үеийн урсгалын коэффициентын дундаж $M=0,14$ мм³ мин байгаа нь хэрэв нүдний даралт ихэссэн байх тохиолдолд шинжилгээнд урсгалын коэффициент нь 0,14 мм³ мин байвал энгийн глаукомын эхлэлийн үе гэж үзэх үндэстэй байна.

ДУГНЭЛТ: 1. Бидний хийсэн электротонографийн шинжилгээнд эрүүл хүмүүсийн нүдний шингэний урсгалын коэффициент $M=0,28 \pm 0,07$ энгийн буюу уужуу өнцөгт глауком өвчтэй хүмүүсийн нүдний шингэний урсгалын коэффициент эрүүл хүмүүсийнхээс 2 дахин багасч $M=0,14 \pm 0,07$ байгаа нь бусад эрдэмтдийн судалгаатай үндсэндээ тохирч байна.

2. Шинжилгээний явцыг тасралтгүй блчдэг электротонографийн шинжилгээ нь нилээд үнэн зөв бөгөөд дахин давтан хийхэд шинжилгээний дүн нь ижил төстэй байдгаараа уужуу өнцөгт глауком өвчнийг оношлоход чухал төдийгүй, нүдний шингэний солилцоог хянаж байх боломж олгож байна.

3. Нүдний шингэний шүүрэх системийн шүүрүүлэх боломжийг электротонографийн шинжилгээгээр тасралтгүй хянаж илүү ашигтай эмчилгээний аргыг сонгох боломжтой байна.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. А. П. Нестеров. Со авторами „В книге внутриглазное давление“ 1974 г. Из-во. наука. 282.

2. А. П. Нестеров „Патогенез первичной глаукомы“ О. Ж. 1966. № 4. 207.

3. М. Г. Сайфулина „Особенности клиники начальной глаукомы“ О. Ж. 1974. № 2. 95.

4. Г. Я. Чернявский. „Некоторые вопросы клиники начальной глаукомы“ О. Ж. 1974. № 2. 92.

РЕЗУЛЬТАТ ЭЛЕКТРОНОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЗДОРОВЫХ И БОЛЬНЫХ ГЛАУКОМОЙ

Э. Довдон

Данные электротонографического исследования проведенные у нас за последние годы у больных первичной глаукомой и у здоровых лиц совпадают с данными зарубежных авторов. В среднем коэффициенты легкости оттока (КЛЮ) у здоровых лиц $M=0,28 \pm 0,11$ мм³ мин, в то время как у больных с открытоугольной глаукомой $M=0,14 \pm 0,07$ мм³ мин, т. е в 2 раза меньше, чем с коэффициентом легкости у здоровых лиц. Электротонографический метод исследования с непрерывной записью внутриглазного давления является методом точным, объективным и стабильным.

Ч. ЛХАГВА, Б. ДЭМБЭРЭЛ, Г. САНЖМЯТАВ, Т. ДОЛЖОС, Б. УЛААН,
Б. БАДАМЦЭЦЭГ

ЦУСАН СУУЛГААС СЭРГИЙЛЭХ ЗАРИМ АРГА ХЭМЖЭЭ

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

Гэдэсний цочмог халдварт өвчин тухайлбал, вируст гепатит, цусан суулга, балнад, сальмонеллэз, суулгат халдварт дэлхийн бүх улс орны хүн амын эрүүл мэнд, нийгмийн эдийн засагт үлэмж хохирол учруулж байна.

Сүүлийн жилүүдэд гэдэсний цочмог халдварт өвчин тууштай буурахгүй нэг хэмжээнд байгаа нь бага насны хүүхдийн өвчлөл, эндэгдлийн гол шалтгаан болж байна. (1, 3)

Гэдэсний халдварт өвчнөөс сэргийлэх гол арга хэмжээ нь эрүүл ахуйн сургалт, хүмүүжлийн ажил байдгийг хэвлэлд мэдээлжээ. (4,5)

ДЭХБ-ын мэдээлснээр зөвхөн цусан суулгаар жил бүр 10 мянган хүн ам тутмаас 0,01—300,0 нь өвчилж, 5 сая хүүхэд нас барж байна.

Хүснэгт 1

Цусан суулгын өвчлөлийн Сайдал (10,000 хүн амд)

Улсын нэр	Он							
	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982
1. ЗСБНХУ	62,0	36,4	40,5	19,9	—	—	—	—
2. БНМАУ	12,5	11,7	10,7	10,5	9,7	9,8	8,0	7,5
3. Алжир	156,9	160,9	168,9	170,2	316,2	293,4	543,3	—

Тайлбар: (—) Мэдээ аваагүй

БНМАУ-д бүртгэгдэж байгаа халдварт өвчний 85,6 хувийг гэдэсний цочмог халдвар, 8,5 хувийг цусан суулга эзэлж байна.

Цусан суулга нь аливаа улс орны нийгэм эдийн засаг, нийгэм-эрүүл ахуйн нөхцөлтэй уялдаатайгаар халдвар судлал, оношлол, эмчилгээ, урьдчилан сэргийлэх иж бүрэн арга хэмжээний түвшнээс хамаардаг өвчин юм.

Ард түмний аж амьдрал, эрүүл ахуйн нөхцөл сайжирсан орчин үед цусан суулгыг үүсгэгч нян өөрийн шанж чанараа хувирган өөрчлөхөд хүрсэн байна. Тухайлбал, арвун цэврийн соёл дорой байсан 1920—1930 оны үед Григорьева-Шига үүсгэгчтэй цусан суулга зонхилж байсан бол сүүлийн жилүүдэд флексер, Зонне төрлийн үүсгэгчтэй цусан суулга зонхилох болов. Энэ нь арвун цэвэр, эрүүл ахуйн нөхцөл сайжирч, эм, халдваргүйтгэлийн бодис хэрэглэх болсонтой холбоотойгоор үүсгэгчийн (эколог) төрх, шанж чанар өөрчлөгдөж эртний үүсгэгч Григорьева Шига нь орчин үеийн флексер, Зонне төрлийн үүсгэгчид шилжиж гаднын орчин, эмийн бодист өндөр тэсэртэй, хүнсний зүйлд хурдан өсч үрждэг, хоруу чанар нь багасч хөнгөн хэлбэрээр өвчлүүлж, ахуй хавьтлын замаар халдварладаг өвөрмөц хэв шинжтэй тархлын зүй тогтлыг буй болгожээ. Зэвлөлтийн судлаачдын тодорхойлсноор бага насны хүүхдийн гэдэсний халдварын 43,3 хувь нь эхээсээ, 45,0 хувь нь асран хүмүүжүүлэгчээс, 11,7% нь бусад хүмүүсээс халдвар авсныг тогтоожээ. (2)

Ер нь хүүхдийн байгууллагад өвчлөл их байгаагийн гол шалтгаан нь яслийн эрүүл ахуй, халдвар хамгааллын дэглэм хангалтгүй, хүүхдийн тоо олон, өвчтэй хүүхдийг эрт илрүүлж тусгаарлах арга хэмжээг цаг алдахгүй авч чадахгүй байгаагай холбоотой юм.

Гэдэсний цочмог халдварт өвчнөөс сэргийлэх гол арга хэмжээг үр дүнтэй болгох үндсэн нөхцөл бол өвчин гарах, тархах зүй тогтолд нөлөөлж байгаа бодит ба бодит биш хүчин зүйлийг танин мэдэж сэргийлэх иж бүрэн арга хэмжээ авч хэрэгжүүлэх, энэ арга хэмжээнд хүүхдийн эцэг, эх, асрагч хүмүүжүүлэгчдийг идэвхтэй, ухамсартай оролцуулах явдал шийдвэрлэх ач холбогдолтой юм.

Материал ба арга

Яслиудад цусан суулгаас сэргийлэх эрүүл ахуй, халдвар хамгааллын иж бүрэн арга хэмжээний түвшинг тусгайлан боловсруулсан асуумж хуудсаар судлав. Судалгаанд Улаанбаатар хотын 18 ясли буюу нийт яслийн 10,0 хувь хамрагдсан. Судалгааны ажилд ЭАХНСУИ-ийн болон хотын АЦХСС-ын халдвар судлагч, эрүүл ахуйч, их, бага эмч нар оролцлоо.

Үр дүн ба шүүмж

Ясли, ясли цэцэрлэгийн комбинатын эрүүл ахуй, халдвар хамгааллын нөхцөл байдлыг судалсан дүнгээс үзэхэд нийт яслийн 17 (84,4%) нь ариун цэврийн шаардлагыг хангах бүрэн бололцоотой зориулалтын барилга байгууламжинд ажиллаж байна. Судалсан нийт яслийн 31,6 хувь нь орон сууцны хорооллын хүүхдэд, 52,6% нь гэрийн хорооллын хүүхдэд, 15,8 хувь нь гэр, орон сууцны хорооллын хүүхдэд үйлчилдэг байв.

Яслиудын орчны ариун цэвэр тохижилтын байдлыг судлахад судлагдсан яслийн 22,2—27,8 хувь нь орчны тохижилт муу, бороо, цасны ус, шалбааг тогтдог, хашаан дотроо жорлонтой, жорлон нь зай завсартай, ариутгал, устгал, халдзаргүйгэлийг байнга хийдэггүй, хогийн сав нь таглаагүй цементэлсэн талбайд байрлуулаагүй зэрэг зөрчлүүд илэрч байна.

Гэдэсний цочмог халдвараас сэргийлэхэд яслийн ариун цэвэр, эрүүл ахуй, халдвар хамгааллын дэглэмийн биелэлт онцгой ач холбогдолтой юм. Судалгаанаас үзэхэд яслиудын 5,5 хувь нь анги, өрөө тасалгааны ариун цэврийг хангалтгүй сахидаг, тоглоом нь хир бүрэгтэй, 11,2 хувь нь хүүхдийн хөтөвчийг хлорамин, хлорын шохойн уусмалаар ариутгадаггүй, 21,1 хувь нь гарын саван хааяа хэрэглэдэг хүрэлдээгүй, 83,3 хувь нь ялаа жоомтой, 52,2 хувь нь цонх, хаалга, салхивчиндаа ялаанаас хамгаалсан тор татдаггүй, 36,8 хувь нь цагаан хэрэглэл угаах тусгай өрөөгүй, 66,7 хувь нь цагаан хэрэглэлийг буцалгаж ариутгадаггүй байча. Цусан суулга дэлгэрэхээс сэргийлэхэд хүнсний эрүүл ахуйн шаардлага хангах нь чухал ач холбогдолтойг харгалзан гал тогооны газрын ариун цэвэр, эрүүл ахуйн нөхцөлийг тусгайлан судлав. Яслийн 27,8 хувь нь тээврийн усаар хангагддаг, 47,4 хувь нь бэлтгэлийн тусгай өрөөгүй, 21,1 хувь нь мах, ногоо, түүхий, болсоч бүтээгдэхүүний төрөлжсөн гамбанз хэрэглэдэггүй, 31,6 хувь нь хоол ундныхаа хэрэглэлийг угааж арчдаг, 52,6 хувь нь угааж хатаадаг, 15,8 хувь шарах, жигнэх аргаар ариутгадаг байв.

Яслийн ажилчдын хузийн ариун цэврийн байдлыг судалж үзэхэд бүх яслийн 77,8 хувьд ажилчид нэг ээлжийн хувцастай, 31,6 хувь нь гал тогооны ажилчдад зориулсан оньст угаагуур болон гоожуур байхгүй байлаа.

Яслид гэдэсний халдварт өвчнийг цааш дамжин тархахаас сэргээхэд тусгаарлах өрөө чухал ач холбогдолтой байдаг. Гэтэл 68,4 хувь нь зориулалтын өрөө гаргаагүй байна.

Хүүхдийн эрүүл мэндийн байдлыг хянаж гэдэсний халдварт өвчнийг эрт илрүүлэхэд өтгөний өөрчлөлтөнд хяналт тавих шаардлагатай. Яслиудын 68,2 хувь нь өтгөний өөрчлөлтийн журнал, бүртгэл хөтлөсгүй ажээ.

Яслиуд гэдэсний цочмог халдвараас сэргийлэх талаар зохиож байгаа эрүүл ахуйн сургалт, сурталчилгааны хүмүүжлийн ажлын байдлыг бас судлав. Энэ нь хүүхдэд эрүүл ахуйн дадал заншлыг бага балчраас нь төлөвшүүлэхэд зохих мэдлэг, дадалтай болгох зорилтыг хангах ёстой. Гэтэл яслиудын 26,5 хувь нь гэдэсний халдвараас сэргийлэх сэдвээр лекц яриа хийдэг, 42,1 хувь нь яриа таниулга хийдэг, 36,8 хувь нь зөвлөлгөө өгдөг, 5,2 хувь нь диафильм үзүүлж, 21,1 хувь нь зурагт хуудсаар сурталчилдаг болох нь илрэв.

Дүгнэлт

1. Улаанбаатар хотын яслиудад эрүүл ахуй халдвар хамгааллын иж бүрэн арга хэмжээний өнөөгийн түвшин хангалтгүй байгаа нь гэдэсний цочмог халдвараар бага насны хүүхэд өвчлөх нэг шалтгаан болж байна.

2. Гэдэсний халдвараас сэргийлэх эрүүл ахуйн сурталчилгааны ажлын арга хэлбэр дутмаг, үр нөлөө хангалтгүй, тохирсон үзүүлэнт сурталчилгаа хийгдэхгүй байна.

3. Цусан суулгаас сэргийлэх сурталчилгаа, эрүүл ахуй, халдвар хамгааллын иж бүрэн арга хэмжээг яслийн үйл ажиллагааны бүрэлдэхүүн хэсэг болгож, хэвшүүлэх шаардлагатай байна.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Т. А. Авдеева, Н. В. Голузакова, В. К. Клеганоз. О причинах последовательных изменений в эпидемиологической структуре дизентерии и некоторых других эпидемиологических закономерностей этой инфекции. ЖМЭИ, 1983, №5, 3—9.

2. К. Г. Васильев, П. И. Ярово́й. Очерки частной эпидемиологии. Изд-во „Штишница“ г. Кишинев. 1974, 6—16.

3. В. И. Власов. Тенденции эпидемического процесса при дизентерии в Рязани. ЖМЭИ, 1980, № 7, 90.

4. Э. А. Пурина. Профилактика острых кишечных инфекций. Москва, 1976, 3—44.

5. Э. А. Пурина. Организация и методика санитарно-просветительной работы по профилактике острых кишечных заболеваний. Москва, 1978, 3—28.

НЕКОТОРЫЕ МЕРОПРИЯТИИ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ДЕЗЕНТЕРИИ

Ч. Лхаг.а, Г. Санжмятав, Б. Дэмбэрэл,
Т. Должоо, Б. Улаан, Б. Бадамцэнэг

В 18 яслях г. Улан-Батора изучалось состояние санитарно-гигиенического и противозидемического режимов в профилактике острых кишечных инфекционных заболеваний (ОКИЗ). В результате исследований выявлены некоторые недостатки в проведении комплексных мероприятий, в частности, недостаточная эффективность выявления больных дизентерией, нерегулярное проведение мероприятий по улучшению санитарного состояния помещений, отсутствие дезинфекции принадлежностей по уходу за детьми, нарушение режима мытья посуды в пищеблоке и другие. И так в 5,5% обследованных яслей отмечено неудовлетворительное санитарное состояние помещений, в 31,6% не соблюдается режим мытья посуды. В большинстве яслей не применяются различные методы и средства гигиенического обучения и воспитания и только в 26,3% яслей читаются лекции, в 42,1% проводятся врачами беседы по профилактике ОКИЗ.

Для устранения вышеуказанных недостатков необходимо внедрить в практику здравоохранения комплексную систему борьбы с ОКИЗ.

К. АНАРГУЛ, Б. ГООШ

МУХАР ОЛГОЙН ХУРЦ ҮРЭВСЛИЙН ҮЕ ДЭХ ЭМГЭГ ТӨРӨГЧ БАКТЕР

НАХЯ-НЫ ТӨВ ӨМНЭЛЭГ АНАГААХ УХААНЫ ДЭЭД СУРГУУЛЬ

1842 онд аппендицит буюу мухар олгой хурц үрэвсэл гэсэн нэр томъёог анагаах ухаанд хэрэглэснээс хойш 142 жил бэлсөн боловч мухар олгойн хурц үрэвслийн үүсэх шалтгаан өнөө хэр бүрэн нотлогдоогүй байгаа билээ. Олоч шинжээчдийг анхаарлыг татаж, нийтэд нэлээд дэлгэрсэн хэд хэдэн очол байдгийг нэг нь мухар олгойн үрэвслийн эмгэг төрөгч бактертэй холбож үзсэн онол юм.

Мухар гэдсэнд орших нянгаас олгой руу орж, эхлээд салст бүрхүүл нь үрэвсэн улмаар удаах давхаргуудад нь үрэвсэл ахидаг гэж тайлбарласан энэ онол ойлгоход хялбар боловч мухар олгойн хөндий, мухар гэдэсний дотроос нян ургуулж түүнээ мухар олгойн үрэвслийн эмгэг явцтай тохируулагч баталсан судалгаа харьцангуй цөөн байна.

Энэ нь мухар олгойн хурц үрэвслийн үе дэх эмгэг төрөгч бактерийг авч ургуулах ажил төвөгтэй, ялангуяа анаэроб нянг өсгөх, тодорхойлох арга саяхан болтол боловсронгуй болоогүй байсантай холбоотой юм. Харин сүүлийн үед ийм төрлийн судалгаа нэлээд хийгдэх болов. 1976 онд В. М. Каталогийч (3) судалгаагаар эмгэг төрөгч бактер мухар олгойн үрэвслийн гаралтай хэвлийн гялтангийн үрэвслийн үед 60,2—90% хүртэл тодорхойлогдож байсан байна.

Мухар олгойн хурц үрэвслийн үед илрэх эмгэг төрөгч бактер, түүний антибиотик мэдрэг чанарыг тодорхойлох зорилгоор бид мухар олгойн хурц үрэвсэлтэй 200 өвчтөнөөс хагалгааны үед олгойн угчаас арчдас авч бактериологийн шинжилгээ хийлээ. Судалгааны дүнг хүснэгт 1-д үзүүлэв.

Хүснэгт 1

Мухар олгойн хурц үрэвслийн үед илэрсэн эмгэг төрөгч бактер

Микробын төрөл	Өвчтөний тоо	Хувь
Гэдэсний савханцар	118	59,0
Стафилококк	21	10,5
Стрептококк	18	9,0
Диплококк	9	4,5
Анаэроб микроб	20	10,0
Бусад микроб	1	0,5
Эмгэг төрөгч бактер нлрээгүй	13	6,5
БҮГД	200	100,0

Хүснэгтээс үзэхэд хамгийн элбэг байдаг нян нь гэдэсний савханцар (59,0%), дараа нь стафилококк, анаэроб микроб орсон байна. Энэ нь мухар олгойн цочмог үрэвсэл үүсэхэд гэдэсний савханцар, стафилококк, анаэроб нян тодорхой үүрэг гүйцэтгэдгийг харуулж байна. Микробын есгөвөр 83,5% нь илэрч, 6,5%-д нь эмгэг төрөгч бактер нлрээгүй болно. Бидний судалгаагаар эмгэг төрөгч бактер ихэнх тохиолдолд мухар олгойн хурц үрэвслийн идээлсэн буюу үхэжсэн хэлбэрт илэрчээ. Судалгааны 6,5%-д бактер ургаагүйг бид мухар олгойн үрэвслийн үүсгэлд нерврефлексийн шалтгаан байдагтай холбон үзэж байна. Мухар олгойн цочмог үрэвслийн 83,5% нь нянгийн үүсгэвэртэй байгаа явдал мухар олгойн үрэвслийн эмчилгээнд антибиотик, түүн дотроос стафилококк, гэдэсний савханцар, анаэроб нянд үйлчлэх антибиотикийг заавал хэрэглэж байхыг үндэслэл болгож байна.

Бактерийн антибиотик мэдрэг чанарыг өргөн хэрэглэгдэж буй 11 антибиотикт тодорхойлж үзсэнийг хүснэгт 2-т харуулав.

Хүснэгт 2

Өвчтөнөөс илэрсэн эмгэг төрөгч бактерийн антибиотик мэдрэг чанар

Микробын төрөл	Антибиотик мэдрэг чанар (хувиар)										
	пеницилин	стрептомицин	левомитин	тетрацилин	оксацилин	мономицин	олеондомицин	неомицин	гентамицин	ампицилин	эритромицин
Гэдэсний савханцар	17	67	96	69	64	83	21	86	99	77	98
Стафилококк	50	43	48	57	71	50	0	67	86	90	24
Стрептококк	66	39	33	22	72	61	72	66	77	61	39
Диплококк	55	66	66	0	66	44	100	22	100	66	22
Анаэроб микроб	10	40	50	35	55	35	45	10	65	70	55
Бусад микроб	0	100	100	100	100	100	0	100	100	100	100

Хүснэгт 2-оос үзэхэд илэрсэн эмгэг төрөгч бактер левомцитин, гентамицин, ампициллин, неомицин, мономицин, зэрэгт хүчтэй мэдрэг, бусад антибиотик ялангуяа олеондомицин, эритромицин, оксациллин, тетрациклин, стрептомицинд сул мэдрэг, пенициллинд коккын төрлийн микробууд 50—66% нь мэдрэг, гэдэсний савханцар болон бусад коккын биш эмгэг төрөгчүүдэд үйлчилгээгүй байна. Энэ нь мухар олгойн хурц үрэвслийн эмчилгээнд эдгээр нэр төрлийн антибиотикийг хэрэглэхийг тодорхойлж байна. 1982 оноос бид мухар олгойн хурц үрэвслийн үед эмгэг төрөгч бактерийн антибиотик мэдрэг чанарыг тодорхойлж хагалгааны дараах 3—5 хоногт мухар олгойн хурц үрэвсэлтэй өвчтөний олгойн эмгэг анатомын хэлбэр, хүндрэлээс хамаарч антибиотик эмчилгээг системтэй хэрэглэлээ. Эмийн хоруу чанарыг харгалзан мицерин, мономицин, стрептомицинийг дотуур уулгах шархны идээт үрэвслийн үед шархыг эмчлэх нь ашигтай байлаа. Мухар олгойн хурц үрэвслийн үүсгэлд анаэроб нян оролцдогийн учир ойлгэмжтой юм. Харин үүнийг эмчилгээнд анхаарч мухар олгойн хурц үрэвслийн хүндрэлтэй тохиолдолд анаэроб нянд үйлчлэх эм (трихопол, түүний төрөл бэлдмэл) хэрэглэхийг бид зөвлөж байна. Мухар олгойн идээт-үхжилт хүндрэлийг метронидазол, флагилаар эмчилсэн баримт (Таршис В. Е. 1983) үүнийг гэрчилнэ. Хагалгааны дараа антибиотик эмчилгээг системтэй хэрэглэж байгаа нь мухар олгойн хурц үрэвслийн мэс заслын эмчилгээний үрдүг сайжруулж өвчтөний хөдөлмөрийн чадварыг түргэн сэргээх боломжийг олгож байна.

ДҮГНЭЛТ:

1. Бидний судалгаанаас үзэхэд мухар олгойн хурц үрэвсэлтэй өвчтөний 83,5%-д эмгэг төрөгч бактер илэрсний ихэнх тохиолдолд мухар олгойн идээлсэн буюу үхэжсэн хэлбэрт байна.

2. Мухар олгойн хурц үрэвслийн үе дэх эмгэг төрөгч бактерийн 59,0% гэдэсний савханцар, 10,5% стафилококк бусад тохиолдолд өөр хэлбэрийн эмгэг төрөгч бактер илэрсэн байна.

3. Мухар олгойн хурц үрэвсэлд мэс засал хийсний дараа эмгэг төрөгчийн антибиотик мэдрэг чанарыг тодорхойлж левомцитин, гентамицин, мономицин, неомицин зэрэг антибиотикийг хэрэглэж байх нь зүйтэй.

4. Судалгааны 10,0%-д анаэроб нян илэрсэн нь мухар олгойн хурц үрэвсэлд спор үл үүсгэгч анаэроб үлэмж үүрэгтэйн гэрч бөгөөд мухар олгойн илжрэлт үрэвслийн үед метронидазол хэрэглэх нь чухал болно.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Я. Л. Поволеккий. Антибиотикчувствительность анаэробных возбудителей хирургической инфекции. Хирургия. 1979, №8, 104—106.

2. В. Е. Таршис, Л. К. Бронская, Н. С. Богомолева, Я. А. Хромов. Лечение метронидозолом больных деструктивным аппендицитом. Хирургия. 1983, 113—115.

3. В. М. Катало, А. М. Халькин, Л. И. Гриштона. Иммуномикробиологические аспекты острого аппендицита. Хирургия, 1976, № 3, 20.

4. Н. В. Рухляда. Принципы антибиотика терапии при остром аппендиците. Вестн. хирур., 1981, № 6, 54—58.

ПАТОГЕННЫЕ БАКТЕРИИ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ

К. Анаргүл, Б. Гоош

Авторы провели бактериологическое исследование у 200 больных острым аппендицитом. Посевы взяли во время операции из полости слепой кишки, культуры аппендикса. Из 200 случаев в 187 наблюдениях (83,5%) были выявлены инфекционные возбудители, в частности кишечная палочка определена у 118 больных (59%); стафилококк-у 21 (10,5%) (анаэробные микробы-у 20 (10%).

Помимо этого изучена также антибиотика устойчивость выявленных этих микробов.

На основании бактериологического исследования, авторы приходят к заключению, что в возникновении острого аппендицита в большинстве случаев (83,5%) большую роль играет кишечная инфекция, стафилококк и анаэробные бактерии. Поэтому в лечении острого аппендицита особенно при обо деструктивных формах обосновано применение антибиотиков синтомцинового ряда и препараты метранидазола.

Л. ЖИГЖИДСҮРЭН

МӨӨГӨН МИКОЗ ӨВЧНИЙ ТУХАЙ

АРЬС ӨНГӨНИЙ ЭМГЭГ СУДЛАЛЫН НЭГДСЭН ТӨВ

Мөөгөн микоз өвчин нь хөвср тохиолддог арьсны архаг явцтай хүнд өвчин юм. Энэ өвчний тухай ном хэвлэлд нэлээд бичигдэж байгаа боловч өвчний шалтгаан, жам, эмнэл зүйн шинж, өвчний явц, түүний зарим хэлбэрүүдийн тухай асуудал одоо болтол шийдвэрлэгдээгүй тухай тэмдэглэсэн байна. (1—4).

Мөөгөн микоз тодорхойгүй эхэлдэг, эмнэл зүйн шинж нь олон янз байдгаас өвчнийг эрт оношлоход бэрхшээлтэй, өөр өвчинтэй андуурахад хүрдэг. А. А. Каламкарян уул өвчнийг оройтож, алдаатай оношлох (40—60%) нь өвчний эмнэл зүй, түүний явцын онцлогтой холбоотой байж болно гэж тэмдэглэжээ (2).

Мөөгөн микозын эмнэл зүй, гистоморфологи нь өвчний эхний үед бусад дерматоз (экзема, нейродермит, хайрст үлдтэй) төстэй байдаг тул хооронд нь ялган оношлоход төгөгтэй байдаг.

Мөөгөн микозыг түүний явцаар 3 хузааж мөн эмнэл зүйн шинжээр 3 хэлбэр болгоно. Үүнд:

а. Мөөгөн микоз эхнээсээ эцсээ хүртэл дан ганц үрэглийн байдлаар үргэлжлэх.

б. Мөөгөн микоз үрэвслийн байдлаар эхэлж аажмаар хорт чанарт шилжих.

в. Мөөгөн микоз эхнээсээ хорт саркома маягаар эхлэх буюу дооод эрхтэн гэмтэх гэж явцаар нь хузаадаг байна.

Эмнэл зүйн хэлбэрийн хувьд:

1. Мөөгөн микозын сонгомол хэлбэр дотроо 3 үе шаттай явагдана.

а. Улайралтын үе

б. Нэвчдэс-хөрсөнт буюу ширшил үүсэх үе.

в. Хавдрын үе.

2. Эритродермийн хэлбэр

3. Урьдал шинжгүй мөөгөн микоз гэж ангилна.

Эмнэл зүйн 3 дах хэлбэр ховор тохиолддог бөгөөд өвчлөх хугацааг өвчний хэлбэр түүний үе шатуудаар судалснаас үзэхэд мөөгөн микозын сонгомол хэлбэрийн I үе 8—12 жил ба түүнээс ч илүү байж болно. II үе түүнээс арай богино, III үе бүр 1—3 жил заримдаа хэдэн сар ч байж болно.

Мөөгөн микозоор эрэгтэйчүүд эмэгтэйчүүдээс 2,5 дахин илүү өвчлөх ба гэл төлөв 50—89 насны хүмүүс өвчилдэг байна.

Мөөгөн микозын сонгомол хэлбэрийн явц долгио маягаар өөрөөр хэлбэл түр зуур намдаж сайжрах байдлаар үргэлжилж эмнэл зүйн давшингүй байдалд шилжиж болно.

Мөөгөн микозын сонгомол хэлбэрийн I үед арьсны тууралт нь олон дүрст язгуур эд (полиморфизм)-ээр илрэх энэ үеийг заримдаа микозын өмнөх үе гэж нэрлэдэг. Энэ үе нь улайх гуужих цуурах, шинжээр илэрдэг тул экзема, нейродермит, хавтгай улаан үлхий, хайрст үлд өвчний тууралттай төстэй байна.

Мөн мөөгөн микозын сонгомол хэлбэрийн I үед өвчтөний биеийн байдал хямрахгүй. II үедээ нэвчдэс-хөрзөн үүсэх ба тэр нь буурцгийн хиртэйгээс алга дарам буюу түүнээс том хэмжээтэй болно. Нэвчдэс-хөрзөн цаашдаа хоорондоо нийлж томорно. Улмаар арьсны гадаргуу жигд бус болж нэвчдэс-хөрзөн үүсч хатингарна. Энэ үеэр толбо, зангилаа, гүвдрүү, цэврүү, гарахаас гадна арьсны нөсөө (өнгө)-ний өөрчлөлт болно.

Арьсны дайврууд гэмтэж үс унаж, хумс зузаарч өнгөө алдан хээрэгшиж загатнах нь ихэснэ.

Өвчний III буюу хаздрын үе нь түүнийг эргэлзээгүй таних үе болно. Энэ нь ховор тохиолдоно. Гэмтсэн буюу эрүүл арьсан дээр хаздар гарч эхлээд тод улаан, аажмаар хүрэн улаан болно. Хавдар томрон задарч гүнзгий шарх үүснэ. Энэ үед өвчтөний бие хямарч зүрх, бөөр гэмтэх, үжил болох буюу нас барж болно.

Мөөгөн микозын эритродермийн хэлбэр энэ талаар олон судлаачдын санал зөрөлдөөнтэй байгаа боловч мөөгөн микозын сонгомол хэлбэрээс эрс ялгаатай болохыг тэмдэглэсэн байна. Энэ хэлбэр урьдчилсан тууралтгүй нэвчдэс бүхий тархмал эритродерми үүснэ. Асар их гуужилттай, арьс нэлэнхүйдээ гэмтэх, маш хүчтэй тэсвэрлэшгүй загатнах, халуурах зэрэг махбодын ерэнхий хямрал үүснэ. Цаашдаа арьс хатингарч булчирхай цочих, үс улах хумс гэмтэх мэт дистрофийн өөрчлөлт гарна. Энэ хэлбэрийн хорт чанар өвчтөний амь насанд аюултай гэж бичсэн байна.

Мөөгөн микозын урьдал шинжгүй хэлбэр нь ховор тохиолдоно. Энэ хэлбэрийн онцлог нь ямар ч бодит бус ба бодит урьдчилсан шинж (загатнах, улайралт, гуужилт, нэвчдэс)-гүйгээр арьс өөрчлөгдөнө. Микозын хаздар гарсны дараа илэрч болох олон янзын дүрст язгуур эд, загатнааг микозын дараах тууралт гэнэ. Энэ хэлбэр эмчилгээ муу авдаг, тавилан муутай хэдэн сараас 3 жил хиртэй үргэлжилдэг байна.

Мөөгөн микозоор өвчлөгчийн нилээд нь арьс улайх, бараантах, харлах нь өвчин удах тусам улам тодорно. Мөөгөн микозын үед иммуноглобулины өөрчлөлт болдог байна.

Сүүлийн жилүүдэд мөөгөн микоз өвчнөөр өвчилж эмчлүүлж байсан хүмүүсийн өвчний түүхэд судалгаа хийсэн байдлыг авч үзье.

Арьс өнгөний бальниц бусад эмнэлэгт хэвтэж эмчлүүлсэн бүх өвчтөн 50—70 насны эрэгтэй хүмүүс, дундаж нас 58, өвчилсөн хугацаа 1—20 жил, дунджаар 5,1 жил байв.

Өвчтөнд хүчтэй загатнах, биеэр тууралт гарах, даарах, шургаж хэвтэх, нойр муудах, турж ядрах, үе үе халуурах, бие сулрах, өвчин нэг дээрдэж гэнэт дордох, хөлөрч арьс чийгтэх зэрэг зознур илэрч байв.

Өвчний түүхэнд тэмдэглэсэн эмнэл зүйн шинж тэмдэг нь: Нэвчдэс, хайрс, гуужилт, арьс хуурайших, үе үе хавагнах, зангилаа үүсэх, зулгарах, нойтон болох байдлууд бүх хүмүүст илэрч байв.

Лабораторийн шинжилгээнд цусны морфологийн шинжилгээгээр гемоглобин 50,5—93% (67,3%); өнгө заагч 0,6—1,0 (0,8); цагаан цогцос 3,7—22,4 мянга (9,0 мянга); улаан цогцос 3,1—5,5 сая (4,0 сая); улаан цогцсын тунах урвалын хурд 2—65 мм/цагт (16,5 мм/цагт) байв.

Шээсний хувийн жин 1010—1030 (1016), уураг (—); цагаан цогцос 1—40 (4), өөр эмгэг өөрчлөлт байсангүй, Эсийн зүйн шинжилгээг нэг өвчтөнд хийсэн байв. Үүнд: Акантоз гиперкератоз, паракератоз, олон тооны цэврүүнүүд байхын хамт Дегма (арьсан)-д хазан нэвчдэстэй түүнд гистоцит эс, судасны дотор хана хөөсөн байлаа.

Биохимийн шинжилгээ (5)-нд гол төлөв цусанд билирубин, сахар тодорхойлж, элэгний үйл, уургийн бүлэглэлийг үзэж байснаас мэдэгдэхүйц эмгэг өөрчлөлт ажиглагдсангүй. 2 өвчтөнд цусанд холестерин шээсэнд 17-кетостеронд тодорхойлуулсан нь хэвийн байлаа. Нэг өвч-

төнд ходоодны шүүсний шинжилгээ хийсэн ерөнхий хүчиллэг (30) холбох ба чөлөөт хүчиллэг (0) байжээ.

Эмчлүүлсэн бүх өвчтөн 5—20 хоног болоод 37—39,5° хүртэл халуурч байжээ.

Бүх өвчтөнг 1—2 удаа дотор, мэдрэл, мэс засал, булчирхайн халдварт, чих хамар хоолой, сүрьеэ, гэмтэл согог, бөөр зэрэг нарийн мэргэжлийн эмчид үзүүлж зөвлөлгөөн авсан байна. Энэ байдлаас үзэхэд өвчлөгчээс хатгалгаагаар 4, пиэлонефритээр 1, радикулитаар 1, дүнд чихний үрэвслээр 1 тус тус бас өвчилсөн байна.

Эмчилгээнээс үзэхэд цус, плазм, их хэмжээгээр юүлсэн, дуслын шингэн (гемодез, полиглюкин, хлорид натри, глюкоз) хийсэн. Кортикостероидын гормон преднизолон асар их хэмжээгээр хэрэглэжээ. Преднизолонг хоногт 60—120мг-аар тасралтгүй 65—146 хоног хэрэглэж зарим хүнд ууж тарихыг хослуулж байжээ. Антибиотик (пенициллин, стрептомицин/хүн бүрт их хэмжээтэй хэрэглэснээс гадна мицерин (3) окциллин (3), эритромицин (2), Тетран „А“ (2), тетрациклин (2), Олеондомпцин (2), хийсний дээр гистоглобулин (3), гаммаглобулин (3), стафилококкын анатаксин (2) АКТГ (2)-аар тус тус эмчилсэн байна.

Үүнээс үзэхэд микозыг оношилсон нь цөөн, гол төлөв олон янзаар оношилж байжээ. Үүнд: Эмийн үүсгэлтэй арьсны хордлогот үрэвсэл, архаг экзема, нэлэнхүй нейродермит, ретикулез, хоёрдогч эритродермия гэх мэтээр оношилсоор байсныг 1976 онд доктор проф. А. А. Калампарян манайд уригдаж ирэхдээ мөөгөн микозыг анх оношилсон байна. Үүнээс хойш манай эмч мэргэжилтнүүд уул өвчнийг төв хөдөөд хэд хэдэн удаа оношилжээ.

ДҮГНЭЛТ:

1. Мөөгөн микозыг өөрийн оронд оношлон эмчилж судалгааг цаашид гүнзгийрүүлэх шаардлагатай байна.

2. Энэ нь манай бүх мэргэжлийн эмч ялангуяа арьс өнгөний эмч нарын анхаарлыг зүй ёсоор татах болно.

3. Орчин үед кортикостероид (преднизолон) антибиотик (пенициллин, стрептомицин) эмчилгээний үр дүн муу байгааг бидний хийсэн судалгаа харууллаа.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. А. А. Каламкарян В кн: Кожные и венерические болезни. Атлас под ред Н. М. Туранова и др. М. 1977.

2. А. А. Каламкарян Вестн. дерматол. 1977. №12.

3. А. А. Каламкарян, Л. Э. Ярустовская. Вестн дерматол. 1967 №12

4. А. А. Каламкарян Вестн дерматол. 1968. №9.

О ГРИБОВИДНЫМ МИКОЗЕ

Л. Жигжидсүрэн.

Автором сделан анализ из истории болезней больных, диагностированных с редко встречаемой тяжелой болезнью „Грибовидный микоз“

Результаты анализа показывают, что возраст, пол, клиника и течение заболевания, результат лечения и прогноз соответствуют данным литературных источников А. А. Каламкаряна и других.

Дачное тяжелое кожное заболевание, часто имеющий неблагоприятный прогноз, получает в основном, кортикостероидную терапию в течение длительного времени (не менее 3—4 месяцев). Также автор обратил внимание на то, что эти больные нуждаются в постоянном наблюдении и более глубоком изучении этого заболевания.

А. ЛАМЖАВ, З. ДАШЗЭВЭГ, З. ОЮУНГЭРЭЛ

ТАРВАГАН ШИЙР ӨВС, ГЕКСАМЕТИЛЕНТЕТРАМИН, ЧИХЭР ӨВСНИЙ МИКСТУРЫГ СТАНДАРТЧИЛАХ АСУУДАЛД

АНАГААХ УХААНЫ ХҮРЭЭЛЭН

1 Ерөнхий хэсэг.

Эмийн санд их хэмжээгээр найруулан бэлтгэдэг зарим шингэн эмийн хэлбэрийг стандартчилан хуурай хэлбэрт шилжүүлэх туршилтыг ЗХУ-д хийж байна.

Бид үүний урьд манай эмийн сангуудад найруулж буй шингэн микстур эмийн 60—70%-ийг эзэлдэг алтейн үндэсний экстракт, тарваган шийр, гексаметилентетрамын натрийн гидрокарбонат, цийрийн тостой 3 төрлийн микстур эмийг шахмал хэлбэрт шилжүүлэх боломжийг судалж стандартчилан, үйлдвэрлэх технологи, шалгах аргыг боловсруулсан юм.

Шингэн микстурыг хүүхдэд цайны халбагаар (5мл) уулгахад нэг удаад 0,05г натрийн гидрокарбонат ногдож байсныг шахмал эм үйлдвэрлэх технологид тохируулан натрийн гидрокарбонатын хэмжээг 0,5—0,25 г болгон нэмэгдүүлэв. Натрийн гидрокарбонатын хэмжээг жорын найрлаганд тохируулан авахын тулд эдгээр микстур эмийг үрэл (драже) хэлбэрээр үйлдвэрлэх технологи боловсруулав. Шахмал эмийг сайн таглаатай шил сав үрлийг пергаментийн цаас бүхий картон хайрцаганд нэг жил хадгалахад эмийн найрлаганд өөрчлөлт гарахгүй, цийрийн тосны хэмжээ хэвээр хадгалагдаж байлаа.

2. Туршилтын хэсэг

Элсэн чихрийн жижиг ширхгээр бэлтгэсэн үрэнд цийрийн тосыг шүршиж үрэл үйлдвэрлэх тогоог эргэх зуур тодорхой хэмжээний па-ток-сахарын шүүс нэмж, нунтаг эмийн ургамал, натрийн гидрокарбонатыг бага багаар цацаж наалдуулан нунтаг сахараар бүрж бөөрөнхийлэн будна.

Үрлийн тогоо руу агаар үлээлгэхгүй хүйтэн нөхцөлд үрэл бэлтгэх ба бэлэн үрлийг тасалгааны дулаанд 24 цаг байлгаж хатаасны дараа какаогийн тосоор өнгөлнө.

Нэг үрлийн жин 0,1—0,2 г байна.

3. Шалгах арга

20 ширхэг үрлийг 20 мл 25—30° С-т бүлээн устай колбонд хийж 1 минут зайлж будгийг арилган шүүж агаарт хатаана.

Үлдсэн үрлийг шинжилгээнд хэрэглэнэ.

3. 1. **Гексаметилентетрамин:** Нунтагласан 0,2 г үрэл жигнэн авч 2 мл нэрмэл усанд уусгаад 2 мл хүхрийн хүчлийн сулруулсан уусмал хийж халаахад формальдегидын үнэр үнэртэх ба 2 мл 30%-ийн натрийн шүлтийн уусмал нэмэн халаахад аммиак үнэртэнэ.

Нэг ширхэг үрлийг нунтаглаж 3 мл нэрмэл усанд уусгаад 2 дусал метилийн улбар, 1 дусал метилен хөх нэмээд 0,1 н давсны хүчлийн уусмалаар хөх ягаан өнгө үүстэл титрлэнэ. 1 мл 0,1н давсны хүчлийн уусмал 0,0140 г гексаметилентетраминтай тэнцэнэ.

3. 2. **Натрийн гидрокарбонат:** Нэг үрэл буюу шахмалыг нунтаглаж 2 мл нэрмэл усанд уусгаад 0,500 мл сулруулсан давсны буюу хүхрийн хүчил нэмэхэд нүүрсхүчлийн хий ялгарна.

Шахмалыг нунтаглан 0,200 г жигнэн авч 2 мл усанд уусгаад сулруулсан цууны хүчлээр хүчиллэг болгоод 0,500 мл цинк-уранил ацетатын уусмал хийхэд шар өнгийн талст тундас үүснэ.

Нэг ширхэг үрэл буюу 0,05г шахмалыг азч нунтаглаад 5мл нэрмэл усанд уусгаад 1—2 дусал метилийн улаан нэмж 0,1 н давсны хүчлийн уусмалаар улаан-шар өнгө үүстэл титрлэнэ. 1 мл 0,1 н давсны хүчлийн уусмал 0,0084 г натрийн гидрокарбонаттай тэнцэнэ.

3. 3. Цийрийн тос: Нимгэн үет хроматографийн аргаар шалгахын тулд адсорбентаар кизельгель-Г авна. 3 шахмал буюу үрлийг нунтаглан 20 мл нэрмэл устай нийлүүлэн хуваагч юүлүүрт авч 5 мл хлороформтой зайлна. Хлороформын үеийг шүүж түүнээс 10 мкл-ийг гарааны „а“ цэгт дусаана. Харьцуулах цэвэр бодисын дусаах уусмалыг найруулахын тулд 0,100 г трансантол-стандартыг 5,0 мл хлороформд уусгаж түүнээс 10 мкл-ийг гарааны „б“ цэгт дусаана. Бензол-этилацетатыг 95:5 харьцаагаар авч өгсөх замыг 15 см явуулан, агаарт 10 минут хатааж уусгагчийг дэгдээн ялтсыг 5% фосфорын хүчлийн молибдатын этнолын 1 уусмалаар шүршиж 100° С-т 5 минут хатаана. Дараа нь халуун ялтсыг 3%-ийн калийн перманганатын хүчтэй хүхрийн хүчлийн 2-р уусмалаар шүршиж 100° С-т 5 минут дахин халаахад „а“, „б“ гарааны цэгүүд дээрх нэг түвшиндэх толбоны *RP* ижил 0,57—0,71 байна.

3. 4. Глицирризины хүчлийг таних:

3. 4. 1. Гидролиз: Үрлэн эмийн глицирризины хүчлийн хэмжээг ЭЗХТЗ-ийн Эрүүлийг хамгаалах салбарт хамтран ажиллах байнгын комиссын „Компендиум-Медикаменторум -КМ-140—80-р монографийн дагуу нимгэн үет хроматографаар тодорхойлно. Үүнд:

10 ширхэг шахмал буюу үрлийг нунтаглан 100 мл-ийн багтаамжтай бөөрөнхий ёроолтой колбонд хийж, 22,5 мл 1 моль/л давсны хүчлийн уусмал, 2,5мл 1,4-диоксан нэмж буцах хөргөгч залгаж усан халаагуур дээр 2 цаг хүчтэй халаана.

Холигчийг хөргөн урьдчилан улайсгаж хөргөсөн 9 см-ийн голчтой шүүлтүүрээр шүүж, колбо, тунадастай шүүлтүүрийг 100 мл нэрмэл усаар хэсэгчлэн угаана. Шүүлтийн цаасан дээр байгаа тундсыг 105° С-т 1 цаг хатааж, бөөрөнхий ёроолтой колбонд хийж, 50мл хлороформ нэмж буцах хөргөгч залган усан халаагуур дээр 5 минут буцалгана.

Хлороформын бүлээн хандмалыг 9 см-ын голчтой, цаасан шүүлтүүрээр 150 мл-ийн багтаамжтай шилэн аяганд шүүж, үлдэгдлийг тус бүр 25мл-ын хлороформоор дээрхийн адил 2 дахин хандалж тэр шүүлтүүрээр шүүнэ. Шүүлтүүрийг бөөрөнхий ёроолтой колбонд хийж 25 мл хлороформоор дахин мөн аргаар хандалж шүүнэ. Хлороформын бүх хандмалыг 50 мл-ийн колбонд ээлжлэн нэрэх ба химийн шилэн аягыг тус бүр 10 мл хлороформоор 2 удаа зайлж шингэнийг мөн нэрэх колбонд авч 2 мл орчим үлдтэл нэрнэ. Нэрэх колбонд байгаа шингэнийг 10 мл-ийн багтаамжтай хэмжээт колбонд шилжүүлэн юүлж нэрэх келбыг хлороформ-метанолын (1:1) харьцааны 10 мл холимгоор зайлж хэмжээт колбо руу хийж уг холимгоос хэмжээг хүртэл нэмнэ.

3. 4. 2. Нимгэн үет хроматографийн ялтас бэлтгэх:

10x20 см-ийн хэмжээтэй шилэн ялтас дээр 8 мл нэрмэл ус 3,5 г силикагель *GF* 254-ийн холимог зуурмагийг жигд үелүүлж, тасалгааны температурт хатааж 105°С-т 30 минут идэвхжүүлнэ.

3. 4. 2. Дусаах уусмал бэлтгэх

Уусмал I: Гидролиз хийсэн хлороформ-метанолын 60 мл уусмалыг гарааны „а“ цэгт дусаана.

Уусмал II: 0,0250 г стандарт-глицирризины хүчлийг 10 мл хлороформ-метанолын адил хэмжээний холимогт уусгана. Энэ уусмалаас 60 мкл-ийг авч гарааны „б“ цэгт дусаана. Ялтас дээр гарааны 3 дахь цэгийг хяналтын туршилтанд үлдээнэ.

Дусаах уусмалыг микробюреткийн тусламжтай дусаана.

3. 4. 4. Уусгагчийн систем:

Этилацетат, 1 н аммиакийн уусмал-этанол (95%) (60+27 +13) хольж сэгсэрч тавина. 2 үе үүссэний дараа булинггартай дээд үеийг авч хэрэглэнэ. Хроматографийг 2 удаа явуулах ба хийх бүрд уусгагчийн системийг шинэхэн бэлтгэнэ.

Анхдагч хроматограф явуулсны дараа шилэн ялтсыг уусгагч дэгдтэл агаарт хатаана.

Уусгагчийн систем өгсөх зам 15 см.

Хатаах: Уусгагч дэгдтэл агаарт хатаана.

Тодорхойлох: Хроматограммыг 254 нм-ийн долгионтой хэт ягаан туяанд харж гарааны „а“ цэгийн дээрх нэг түвшинд буй толбыг тэмдэглэж *RF*-ийг хэмжихэд 0,50—0,70 байна:

Дүгнэлт

1. Шингэн микстур эмийг шахмал буюу үрэл хэлбэрт шилжүүлэн 6 сараас 1 жил хадгалахад эфирийн тос (цифрийн тос)-ны хэмжээ хэвээр агуулагдаж байв.

2. Үрлэн микстур үйлдвэрлэх технологи, шалгах аргыг боловсруулснаар эмийн сангийн эм найруулах технологийн ажиллагааг хөнгөвчлөх бололцоотой болов.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. О. М. Бондаченко, К. В. Емельяненко, Совершенствование технологии и оценка качества многокомпонентной микстуры для детей. Фармация СССР, 1983.79

2. А. Ламжав, З. Оюунгэрэл, З. Дашзэвэг Р. Баатар-Эмийн сангийн өргөн хэрэгцээний микстур эмийг стандартчилан шахмал хэлбэрт шилжүүлэх асуудал. Анагаах ухаан, 1983 №4

СТАНДАРТИЗАЦИЯ МИКСТУР ТЕРМОПСИСА, СОЛОДКОВОГО КОРНЯ И ГЕКСАМЕТИЛЕНТЕТРАМИНА

А. Ламжав, З. Дашзэвэг, З. Оюунгэрэл

Переведены жидкие микстуры термопсиса, солодкового корня и гексаметилентетрамина с гидрокарбонатом натрия и нашагыро-анисовыми каплями в твердую лекарственную форму таблетки и драже.

При хранении новых лекарственных форм в течение 6—12 месяцев их содержание не изменилось.

УУРАГ ТАРХИНЫ БЭРТЛИЙГ ЭМЧЛЭХ

Мэдрэлийн мэс заслын эмч Л. БАЯРАА,
доцент Ж. ХАЙРУЛЛА

Тархины бэртлийн хөнгөн зэргийн үед хийх эмчилгээ нь тархины доргилтын үед хийх үндсэн эмчилгээтэй адил юм. Тархины бэртлийн үед тархины зөөлөн хальс доогуур тархины эд эсийн завсар цус шүүрэх учир энэ гэмтлийн үед усны өмнө анхаарах нэгэн зүйл нь цус алдалт байвал түүнийг зогсоох явдал юм. Тийм зорилгоор хлорт кальци 10%—10,0 венгийн судсанд тарих, викасол 1%—1,0 булчинд тарих буюу шахмалаар 0,015-аар өдөрт 2 удаа уух, гемофобин 1,5%—1,0—2,0-аар өдөрт 1—3 удаа арьсан дор буюу 5,0—10,0-аар булчинд тарина. Энэ эмчилгээг гэмтлийн дараах эхний 5—7 хоногт хийнэ. Цус тогтсон эсэхийг бүсэлхийн хатгалт хийж шалгана. Тархины зөөлөн хальс доогуур цус алдсан үед хэр зэрэг цус хуралдсанаас шалтгаалж бүсэлхийн хатгалтыг өдөр бүр буюу өнжөөд хатгана. Бүсэлхийн хатгалтыг тогтмол хийснээр тархи нугасны шингэний замд үүссэн цус болон түүний задралыг тархи нугасны шингэний замаас зайлуулах ач холбогдолтой. Энэ эмчилгээ нь тархины хальсны цочролын нөлөөг багасгах, сэтгэл санааны хөөрлийг бууруулах, хожим үүсэж болох тархины хальсны наалдац үүсэхээс хамгаалах ач холбогдолтой байдаг юм.

Бүсэлхийн хатгалт хийж нугасны хөндийд хий буюу хүчилтөрөгч шахах нь зөөлөн хальс доогуур цус алдалтыг зогсоох нөлөө үзүүлнэ. Энэ эмчилгээ нь өвчтөний биеийн ерөнхий байдлыг сайжруулж толгой өвдөхийг багасгаж толгой эргэх, чих шуугих болон бусад зовиурыг арилгана. Улмаар вегетатив мэдрэлийн системийн талаас илрэх өөрчлөлтүүд (судасны цохилт, амьсгал, цусны даралт, тархи нугасны шингэний даралт) ба тархи нугасны шингэний найрлагын өөрчлөлт нь эргэж хэвийн байдалд ороход хий шахах нь илүү сайн нөлөөтэй байдаг.

Энэ эмчилгээг бүсэлхийн хатгалт хийсний дараа хэвтээ байдлаар хийнэ. Эрүүл хүнд хэвтээ байдалд тархи нугасны шингэний даралт 120—180 мм мөнгөн усны баганын даралттай тэнцүү байх бөгөөд үүнээс дээш байх нь тархины даралт их байгаагийн шинж юм. Бүсэлхийн хатгалт хийж 10 мл шингэн авч 10—20 мл агаар юм уу хүчилтөрөгч нугасны зөөлөн хальсны хөндийд шахна. Бүсэлхийн хатгалт хийхэд цус байхгүй байлаа ч гэсэн нугасны хөндийд нэг хоёр удаа хий шахах нь зүйтэй.

Тархины дотоод даралт ихэссэн хүнд өвчтөний тархины багана хэсэг доош сууж дагзны нүхэнд хавчигдах явдал байдаг. Хэрэв ингэж үзвэл эсрэг даралтын аргыг хэрэглэж эмчилдэг. Энэ нь нугасны хатгалт хийж улмаар физиологийн уусмал 30—120 мл-ийг нугасны хөндийд аажмаар хийх арга юм. Үүний дараа доош хавчигдан шахагдсан тархины багана хэсэг дээш өргөгдөж баганын хавчигдсан шинж тэмдэг арилж өвчтөний биеийн байдал сайжирна. Энэ тохиолдолд хавчигдасныг засахын тулд мэс заслын эмчилгээ хийх шаардлагагүй. Тархины бэртлийн үед сэтгэл санааны хөөрөд илэрсэн бол өвчтөнг унтуу-

лах, өвчин намдаах, хазан буулгах, тайвшруулах ба гистаминны хордлогын эсрэг эмчилгээнүүдийг хийнэ.

Тархины хүнд гэмтэлд нэрвэгдсэн өвчтөн сэтгэл санааны хөөрлийн байдалд эхний хоногтоо буюу заримдаа хэд хэдэн долоо хоногоор байх удаа тохиолдоно. Сэтгэл санааны хөөрлийг зогсооход нейроплегийн эмийг (аминазин 2,5% 1,0—2,0 пропазин 1—2 мл хоногт 3—5 удаа) бүлчинд тарих, нойрсуулах холимогийн хэлбэрээр хэрэглэх бөгөөд антигистаминны төрлийн эмийг промедолтай хамт хэрэглэнэ. Энэ эмчилгээг хийхэд өвчтөний биеийн ерөнхий байдал, цусны даралт зэргийг тогтмол үзэж холимгийг тарьсны дараа 30—60 минут тутамд үзэж байх бөгөөд тарьсны дараа 4—5 цаг болоод дээрх үйлчилгээ сулрахад дахин тарьж хэрэглэнэ.

Энэ холимгийг эхлэн хэрэглэхэд цусны даралт нилээд буурдаг учир хүнд өвчтэй, даралт буурсан хүмүүст хэрэглэхдээ болгоомжлох хэрэгтэй. Нойрсуулах холимгийг нозохины хамт хэрэглэх нь зарим үед сайн үр дүнтэй байдаг. Зарим судлаачид (В. М. Угрюмов, Ю. В. Зотов нар) тархины хүнд гэмтэлтэй ухаан алдсан хүмүүст новокаины уусмал 1%—100—300 мл-ийг хоногт дуслаар хэрэглэх, толгойг хөргөх (толгойд хүйтэн жин, мөс тазих, тусгай зориулалтын аппаратаар хөргөх) бөөр орчны өөхөн эдэд новокаины хориг хийхэд сайн үр дүнд хүрч хориг хийсний дараа 30—40 минут болоход өвчтөн ухаан орж сэргэж байсан тухай бичжээ. Тархины бэртлийн хүнд зэрэгтэй өвчтөнд глюкоз судсаар тарьж, бас глицерин уулгаж эмчлэх нь тархины даралт бууруулахад бага ч болов нөлөө үзүүлдэг байна.

В. А. Самоткин (1971—1972), И. Ф. Гора (1969) болон бусад судлаачид глицерин нь цусны осмосийн даралтыг ихэсгэж, харьцангуйгаар шээс ялгаруулах сулачтар нөлөөтэй. Глицерин хэрэглэснээс хойш 40—60 минут болоход тархины даралт буурах шинж илрэх ба энэ нөлөө нь 2 цаг үргэлжлэн үйлчилнэ гэж бичсэн байна.

Глицеринийг ухаангүй хүмүүст ходоодонд гуурсаар хийнэ. Нэг удаагийн тун нь 1 кг жинд 0,5—2,0 гр, хоногийн дундаж тун нэг кг жинд 5 гр-аар тооцоолж хэрэглэнэ. Глицеринийг амаар үүж хэрэглэх үед түүний эвгүй амтнаас болж огиулж бөөлжүүлэх, уусны дараа ходоод орчинд хорсож өвдөх шинж тэмдэг зарим хүнд үзэгддэг. Иймд жимсний шүүс буюу усаар 1:2-ийн харьцаагаар холин найруулж уулгавал зүгээр байдаг. Тархины хазангаас урьдчилан сэргийлэх ба эмчлэхэд мочезин, манитол хэрэглэх нь сайн үр дүнтэй байдаг. Судсанд 30%-ийн мочезины уусмалыг дуслаар тарьж хэрэглэхэд хэдхэн минутын дараа тархины даралт буурах ба нэлээд хэдэн цагаар үйлчилгээ нь үргэлжилдэг. Мочезины уусмалыг хэрэглэхийн өмнө найруулж бэлтгэнэ. Бэлтгэсний дараа 10—15 минут болоод дуслаар судсанд тарьж хэрэглэнэ.

Мочезиныг амаар шахмалаар хэрэглэхээс гадна ходоодонд гуурсаар шулуун гэдсэнд бургуй тазьж хэрэглэж болно. Мочезин хэрэглэсний дараа шээс ялгарах 1—1,5 латрээр нэмэгдэж, цусны даралт 20 мм мөнгөн усны баганын төвшнөөр багасна. Алдсан шингэнийг цус орлох шингэнээр нөхөн сэлбэнэ. Давсганд байнгын шээлгүүр тавьж, хэмжүүрт саванд шээсийг хураан авч шээсний хэмжээг тогтооно. Зарим судлаачид гавал тархины гэмтлийн үед мочезиныг болгоомжтой хэрэглэхийг зөвлөж байгааг бас анхаарах хэрэгтэй.

В. Л. Данскер, В. Н. Руденко, Ю. В. Зотов нар гавал тархины гэмтлийн үед тухайлбал тархинд цус хуралдсан гэж сэжиглэж байгаа, бөөрний үйл ажиллагааны дутагдал илэрсэн, азотеми-ийн үед мочезиныг хэрэглэж болохгүйг зөвлөж байна. Мөн тархины зөөлөн хальс доогуур цус харзасан хүмүүст эхний 3—4 хоногт маш болгоомжтой хэрэглэхгүй бол нэмж цус алдаж болохыг мартаж бэлэхгүй. Манитол

нь тархины даралт бууруулах хүчтэй нөлөөтэй Манитолийн молекулын жин нь мочевиныхаас 3 дахин их байх бөгөөд манитолыг их хэмжээгээр хэрэглэхэд хүндрэл багатай, харин үр дүн сайнтай байдаг.

Иймд манитолын 20%-ын уусмалыг нэг кг жинд 2,5-аас 3 грамм байхаар бодож хэрэглэхэд биеэс калийг их ялгаруулдгийг мартаж болохгүй.

Гидрокортизон ба АКТ гормонийг газал тархины хүнд гэмтлийн цочмог үед тархины даралт бууруулах зорилгоор хэрэглэдэг. Эдгээр гормонууд нь дегидратацын эмүүдийг бодвол удаан үйлчилгээтэй бөгөөд тарьж хэрэглэсний дараа нөлөө нь 12—24 цаг болоод илэрдэг. Гормон эмчилгээг гипоталиамус, өнчин тархи, бөөрний дээд булчирхайн үйл ажиллагааны дутагдлын хэмжээ хэр илэрч байгаагаар тооцоолж хэрэглэнэ. Эмийн болон мэс заслын эмчилгээний дараа өвчтөнг зөв асрах нь ихээхэн ач холбогдолтой юм. Шингэний хэмжээг тохируулахын тулд хоногт 1—1,5 л шингэнийг хэрэглэх, өвчтөн ухаангүй бол гуурсаар ходоодонд шингэн болон шингэвтэр хоол хийж өгөх хэрэгтэй.

Тархины суурь яс гэмтсэн хүмүүсийг эмчлэхдээ халдвараас сэргийлэхийн тулд антибиотикийн төрлийн эмийг хэрэглэх хэрэгтэй. Тархины хүнд гэмтэл бүхий хүмүүст яаралтай авах арга хэмжээ нь юуны өмнө амьсгалын дутагдлыг арилгах явдал мөн гэж үздэг.

Амьсгалын дутагдал илэрсэн бол хиймэл амьсгал хийх, хиймэл амьсгалын аппарат хэрэглэх хүртэл арга хэмжээ авах хэрэгтэй. Амьсгалын дээд замыг салс, цус, бөөлжисний зүйлээс цэвэрлэх нь чухал юм. Амьсгалын зам бөглөрөхөөс сэргийлэхийн тулд ухаан алдсан хүмүүсийн толгойг хажуу тийш болгон хэвтүүлэх нь зөв.

Амьсгалын дутагдал илрэх (гар хөлийн хуруу, нүүр амаар хөхрөх, амьсгал олширох) нь хүчилтөрөгчийг шаардаж байгаа шинж тэмдэг юм.

Амьсгал олширч 1 минутанд 30-аас дээш болох, амьсгалын жигд ажиллагаа алдагдах, амьсгал зогсох зэрэг шинж тэмдэг илэрвэл хиймэл амьсгал хийх шаардлагатай бөгөөд энэ үед эхлээд цагаан мөгөөрсөн хоолойд гуурс тавьж улмаар хиймэл амьсгалын аппараттай холбох нь найдвартай бөгөөд үр дүнтэй арга юм. Цагаан мөгөөрсөн хоолойд тавьсан гуурсыг 36—48 цагаас илүү байлгавал цагаан мөгөөрсөн хоолойн хана шархлах ба цоорох аюултай байдаг учир удаан хугацаагаар хиймэл амьсгал хийх үед цагаан мөгөөрсөн хоолойг хүзүүний өмнөт хэсэгт бамбай булчирхайн доод хэсгээр нээн гуурс тавьж амьсгалын аппараттай холбох нь чухал юм. Амьсгалын дээд замд хуралдсан салст, цусыг соруулж авч цэвэрлэж гуурсаар антибиотик дуслаар хийж байх нь цаашид гарах хүндрэл трахеобронхит болон уушгины үрэвсэл зэрэг хүндрэлээс сэргийлэх чухал ач холбогдолтой. Хэрэв төвийн хэлбэрээр амьсгал бага зэрэг өөрчлөгдсөн үед цититон, лобелин тарьж хэрэглэнэ. Зүрх судасны системийн талаас өөрчлөлт илрэх нь төвийн гаралтай байдаг.

Ийм учраас төв мэдрэлийн системийг барьж эмчлэх нь чухал юм. Үүнээс гадна биеийн ерөнхий эсэргүүцэл чадлыг дээшлүүлэх зорилгоор хавсарсан эмчилгээг хослон хэрэглэнэ. Тархины хүнд гэмтэл, бэртлийг эмчлэх нь төвөгтэй учраас эмчилгээний арга барилыг зөв эзэмших нь чухал юм.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Н. И. Моисеева. Опыт работы диагностики-черепномозговой травмы (Монгр. 1979).
2. Под. ред. А. И. Арутюнова. Руководство по нейротравматологии часть 1. 1978.
3. Б. Г. Егоров, Э. И. Кандель. О профилактике и лечении отёка-набухания мозга и острых нарушений кровообращения при повреждении головного мозга. «Вопрос нейрохирургии» 1958. № 2, 3.

КОЛЬПОСКОПИЙН ШИНЖИЛГЭЭ

Эмэгтэйчүүдэд зөвлөлгөө өгөх газар, эмэгтэйчүүдийн тасагт ердийн толь тавьж умайн хүзүүг харж шинжлэхээс гадна дурандаж шинжлэх (кольпоскоп) аргыг өргөн хэрэглэх шаардлагатай. Үйлдвэр, албан газар, хэсэг, сум бригадаар урьдчилан сэргийлэх үзлэг хийхэд ч гэсэн 30-аас дээш насны эмэгтэйчүүдэд кольпоскоп шинжилгээ хийж түүний тухай тэмдэглэл картанд хавсаргах ёстой. Кольпоскопийн өсгөгч дуран нь энгийн нүдээр харах боломжгүй зүйлийг 10—300 дахин томруулдаг учир эмгэг өөрчлөлтийг илрүүлэх боломжтой юм. Кольпоскопийн шинжилгээ хийхэд, эмэгтэйчүүдийн үзлэгийн ор, бэхлэгч бүхий үтрээний толь, үтрээний урт хямсаа, жижиг хөвөн түүдгүүд, логолын уусмал-төмөрлөг иод 1,0; нодлог кали 2,0; нэрмэл ус 300,0; 3—4%-ийн цуугийн хүчлийн усан уусмал, 2%-ийн цуугийн хүчлийн спиртийн уусмал мөн 1,2%-ийн салицилийн хүчлийн спиртэн уусмал (70%-ийн спирт нь хурдан бөгөөд хүчтэй урвал өгдөг тул илүү тохиромжтой), 5%-ийн азот хүчлийн мөнгөний уусмал, үтрээний наалдац бэлтгэхэд зориулж тавиур шал, шпателууд, спирт-эфарийн уусмал (тэнцүү холимог), биопси авахад зориулсан биопсийн хямсаа, мэс заслын хутга, хайч, 1С%-ийн формалины уусмал бүхий шилнүүд, боолтын материалууд, электрокоагуляцийн аппарат зэрэг багаж хэрэгсэл шаардагдана.

Дурандах арга:

Өвчтөнийг үзлэгийн орон дээр хэвтүүлээд эмч мухар сандал дээр урдаа кольпоскопоо тавьж сууна. Кольпоскопийн гэрлийн тусгалыг тааруулахын тулд хар хөшиг татаж өрөөг харанхуйлах нь зүйтэй. Үтрээний толгийг зөөлөн, болгоомжтой тавьж умайн хүзүүг ил гаргаж бэхлэгчээр нь бэхэлнэ. Хэрэв арын хүнхрээнд шингэн ялгадас их байвал хөвөнд шингээх юмуу соруулж авна. Үүний дараа умайн хүзүүг дурандана. Дуран, умайн хүзүүнээс 20—25 см-ын зайд байрлавал тохиромжтой.

Умайн хүзүүг урьдчилан ямар ч цэвэрлэгээ хийлгүй шинжлэх аргыг энгийн кольпоскоп шинжилгээ гэнэ. Харин умайн хүзүүг 3%-ийн цуугийн хүчлийн усан уусмалаар арчаад, 30 минутын дараа дурандахыг кольпоскопийн дэлгэрэнгүй шинжилгээ гэнэ.

Цуугийн хүчил нь умайн хүзүүг хучсан салсыг хайлуулж судсыг нарийсган цус тогтоох үйлчилгээ үзүүлдэг тул умайн хүзүүний өөрчлөлтийг илрүүлэхэд хялбар дөхөм байдаг. Үүний дараа умайн хүзүүг хуурай хөвөн түүдгээр арчиж хатаагаад түүнийг логолын уусмалаар жигд будна. Умайн хүзүүний хвчуур эд хэвийн үед бор шаргалдуу, улаавтар өнгөөр будагдана. Гэтэл цилиндр хучуур эд эрозийн хэсэг иодонд сөрөг урвал үзүүлж будагдахгүй. Хэрэв иод сөрөг хэсэг эргэлзээтэй гэж үзвэл 5%-ийн азот хүчлийн мөнгөний уусмалаар түрхэхэд эрозитай хэсэг нь цайвар болдог. Иод сөрөг сэжигтэй хэсгээс биопси хийж авсныг 10%-ийн формалины уусмалд хийгээд гисталогийн лабораторид илгээнэ.

Эс судлалын оношилгоонд зориулж үтрээний гаалдац бэлтгэх арга:

Эс судлалын шинжилгээнд зориулж наалдац бэлтгэхийн өмнө (24 цагийн дотор) үтрээнд угаалга, цацлага, элдэв түрхлэг тампон хийгээгүй байх шаардлагатай. Хэрэглэж буй үтрээний толийг ариутгагч уусмалаар норгосгүй байх ба үтрээнд толь тавихдаа хүнхрээнд хүргэхгүй дутуу тавьж бэхэлнэ. Умайн хүзүүний гадна амсар, умайн хүзүү, хүнхрээнээс наалдац авахдаа үтрээний хямсаагаар барьсан модон шпателаар авна. Харин умайн хүзүүний суваг, умайн хөндийгөөс наалдац авахдаа брауны шприц хэрэглэнэ. Авсан материалаа тавиур ши-

лэн дээр хөнгөн жигд тарааж өгнө. Хэрэв шингэн зүйл их байвал тавиур шилний аль нэг өнцөг дээр дусаагаад өөр нэг шилээр түрхэж тарааж болно. Тавиур шилний өнцөг дээр материал авсан газрыг товч үсгээр тэмдэглэнэ. (пм, цк, шм, вл, свод). Хэрэв наалдацыг Папаниколау, Шоррын аргын аль нэгээр будах гэж байгаа бол хатахаас нь өмнө тэр дор нь спирт-эфирийн тэнцүү холимгийн уусмалд хийж бэхжүүлнэ. 30 минутын дараа уусмалаас авч наалдцаа будах ажилбарт орно. Энэ бэхжүүлэгч уусмалд наалдац 14 хоног хүртэл байж болно. Хэрэв наалдцыг өөр газар шинжилгээнд явуулбал уусмалаас аваад бүрхүүл шил дээр нь тавьж дээрээс нь глицерин дусааж наалдуулна. Наалдцыг будах Папаниколау, Шоррын болон Гематоксилин-эозин Гимзийн зэрэг олон арга бий. Түүнээс хот, хөдөөд хэрэглэж болох хялбар арга нь Гематоксилин-эозин ба Гимзийн арга юм.

6. Папаниколаугын ангиллаар үтрээний наалдцыг эс судлалын хуызд 5 бүлэгт хувааж үздэг.

I бүлэг. — Наалдцанд эмгэг эс байхгүй байх

II бүлэг. — Хорт хавдрын шинж тэмдэггүй бэлсвч хэлбэр өөрчлөгдсөн эсүүд агуулсан наалдац

III бүлэг. — Хорт хавдрын итгэлтэй шинж тэмдэггүй бэлсвч сэжиг бүхий наалдац.

IV бүлэг. — Хорт хавдрын сэжиг бүхий наалдац

V бүлэг. — Хорт хавдрын тодорхой шинж тэмдэг бүхий наалдац

Дээрхи ангиллыг тогтооход хорт хавдрын эсийн шинж тэмдгийг заах дараах 3 шалгуурыг анхаарвал зохино.

I шалгуур:

Эсийн бүтэц зүйн өөрчлөлт

1. Эсийн хэмжээ хэвийнхээс томорно.
2. Эсийн хэлбэр өөрчлөгдөж гэнзгой зууван болно.
3. Эсийн түвшинд некроз, дегенераци өөрчлөлт үүснэ.

Цитоплазмын өөрчлөлт

1. Цитоплазмд рибонуклейны хүчил ихэссэнээс гэлдүү хөх өнгөөр будагдана.
2. Цитоплазм дотор фагоцитын элемент, цэзрүүнцэр, цагаан бөөм, эсийн үлдэгдлүүд байна.
3. Цитоплазмд хэвийн биш вокуолууд үүссэн байна.

Эсийн бөөмийн өөрчлөлт

1. Цитоплазмтай харьцуулахад бөөм харьцангуйгаар их өсөж томроно.
2. ДНК ихэссэнээс бөөм идээхтэй будагдана.
3. Бөөмийн хэлбэр өөрчлөгдөж зууван, тасархай, хотгор болно.
4. Бөөмийн бүрхүүл зузаарна
5. Бөөмийн тоо олширно
6. Бөөмөнцрийн тоо олширно
7. Бөөмөнд дегенераци өөрчлөлт, хэвийн биш вокуолууд үүснэ.
8. Цитоплазмын бүрхүүлгүй нүцгэн бөөм олширно

II шалгуур:

Эсийн хоорондын харьцааны өөрчлөлт

1. Эсийн ялтас бий болох
2. Эдгээр ялтсанд анизокариоз, анизоцитоз өөрчлөлт гарна.
3. Бөөм, эсүүдийн хосрондох хил хязгаар тодорхойгүй болно.
4. Нэг эс нөгөө эс рүүгээ шахаж, заримдаа дотор нь орсон байна.
5. Эсийн давхаргуудын дараалал алдагдсан байна.

III шалгуур:

Дам шалгуур

1. Хуучин фибринжсэн цус дегенераци бэлсэн улаан бөөмтэй байх нь хорт хавдрын нэг онцлог шинж мөн.

2. Янз бүрийн хэлбэртэй бөөм бүхий цагаан цогцоснууд байх
3. Олон бөөмтэй гистиоцитийн тоо олширно.

Наалдцанд I, II бүлгийн өөрчлөлт гарсан үед биопси авах шаардлагагүй, харин III, IV, V бүлгийн өөрчлөлт гарсан үед заавал биопси авч гистологийн шинжилгээ хийх шаардлагатай.

Хэвийн үед умайн хүзүү болон түүний хучуур эдийн хоргүй өөрчлөлтүүд кольпоскопийн шинжилгээнд ямар байх вэ? Умайн хүзүүний сүлгийн дотор тал нэг давхар цилиндр эсээр хучигдах ба умайн хүзүүний үтрээний хэсэг олсн давхарт хавтгай хучуур эдээр бүрхэгдэнэ. Энэ хоёр нь умайн хүзүүний гадна амсрын ирмэг орчим бие биендээ шилжих бөгөөд түүнийг шилжилтийн бүс гэж нэрлэнэ. Эрдэмтэн Гинзельман энэ байрлалыг „оргинальная слизистая“ гэж нэрлэсэн ба тэр нь гялгар, гөлгөр гадаргатай чийглэг цайвар ягаавтар өнгөтэй харагдана.

Жирэмслэлт болон менструацийн өмнөхөн умайн хүзүүний амсраас шингэн тунгалаг, цэхэр салст гарч байдаг. Лам-Шиллерийн сорил тавихад хэвийн хучуур эд жигд бор шаргал, улаавтар өнгөөр будагдана.

Умайн хүзүүний сүлгийн цилиндр хучуур эд гадагш ургаж хавтгай хучуур эдийг шахсанаас умайн хүзүү тэр хэсэгтээ улайж барзайн жигд цэврүүнцэр маягийн зүйлээр хучигдана. Өнгө нь цайвар ягаан байна.

Өөрчлөлтийг бүс U.R эсвэл Rdt

Хуучин эктопи байсан газар цилиндр эсийн сронд олон давхар хавтгай хучуур эд түрж ургаснаас өөрчлөлтийн бүс үүснэ. Өөрчлөлтийн бүс нь нимгэн, зузаан, цусан хангамж, гадаргын байдал зэргээрээ янз бүр байна. Цуугийн хүчлээр арчсаны дараа энэ бүс нь гөлгөр, гялалзсан гадаргатай, цайвар ягаавтар шаргалдуу туяатай харагдана. Эктопи байсан хэсэг рүү салслаг бүрхэвч нь хушуурч тэгш биш байдлаар түрж ургасан байгаа нь харагдана. Мөн хэсэг газруудад эктопийн арал үлдсэн байгаа нь харагдах ба өөрчлөлтийн бүс нь иодонд сул урвал үзүүлнэ. Хучуур эд нь судсаар баялаг байдаг учир цус гарамтгай байна.

Жинхэнэ шархлаа (Erosiavera E.v)

Умайн хүзүүний энгийн нүдээр харж болох улайлт бүрийг шархлаа (эрози) гэж оношилж болохгүй. Эктопи, эрози хоёр энгийн нүдээр харахад адил харагдах тал бий. Гэгч эрози нь олон давхар хучуур эд бүрэн хуурч салст бүрхэвчийн суурь хорион давхарга ил гарснаас үүснэ. Жинхэнэ шархлаа нь гэмтэл болон үрэвслийн улмаас үүснэ. Дурандахад ёроол нь гөлгөр улаан, цус гарамтгай байх ба азот хүчлийн 5%-ийн уусмалаар арчихад цайвар өнгөтэй болж харагдана.

Умайн хүзүүний хоргүй өөрчлөлтүүдийн үед бүрмтлэх эмчилгээний тактик:

Эктопийн үед үтрээний хүчиллэг орчноос болж цилиндр эсүүд цочирч тэндээс гарах шүүрэл ихэссэнээс үтрээнээс гарах ялгадсын хэмжээ нэмэгдэж өвчтөн зовиуртай байна. Энэ үед эмийн болон тосон эмчилгээ нөлөөлдөггүй нь нотлогджээ. Харин зохих бэлтгэл эмчилгээ хийсний дараа (үтрээний угаалга, цацлага) цахилгаанаар төөнөж эмчлэх хэрэгтэй.

Умайн хүзүүний хучуур эдийн дисплазм өөрчлөлт:

Лейкоплаки — салст бүрхэвчээс дээш төвийж ургасан цайвар цагаан өнгөтэй хөхлөгөнцөр бөгөөд иодоор будагдахгүй.

База лейкоплаки — Лейкоплакийн дээгүүр бүрхсэн эвэрлэг давхарга хуурч унасны ормонд шарангуй цайвар ёроолтой хурц улаан толбо бүхий шарх маягийн зүйл үлдэхийг база лейкоплаки гэнэ. Энэ хэсэгт Лам-Шиллерийн сорил сөрөг байна.

Мозайка — Цэг маягийн олон улаан зураасаар хузаагдсанаас зөгийний үүр мэт олон өнцөгт хэсгүүдээс бүрдэж цайвар шаргалдуу өнгөтэй болсон салст бүрхэвчийг мозайка гэнэ.

Тодорхойгүй улаан бүс — Хил хязгаар нь тодорхой төвийсөн судаслаг, амархан цус гарамтгай улаан хэсэг юм. Иодонд сөрөг урвал үзүүлнэ. Иймэрхүү тохиолдлын 50% нь хорт хавдар байдаг гэж эрдэмтэд нотолжээ.

Кольпоскопт хорт хавдрын гаралтай байж болох өөрчлөлт

1. Салст бүрхэвч хэт пролиферацы болсноос ердийн төвшингөөс дээш төвийж хэсэг газар бөөгнөрсөн байдалтай байна. Жишээ нь: мозайка, лейкоплаки гэх мэт)
2. Салст бүрхэвч хуурч унаснаас болж шарх үүсэн түүнээс нь амархан цус шүүрэмтгий байна.
3. Мушгирч өргөссөн амархан гэмтэмтгий судаснууд байна.
4. Гадагшаа төвийж ургасан судаслаг хөхлөгүүд байна.
5. Гэмтлийн шиллэг хэлбэрүүд үүссэн байна.

Эмчилгээний тактик:

Лейкоплаки, база лейкоплаки, мозайка тодорхойгүй улаан бүс илэрсэн үед заагал биопсийн шинжилгээ авч патогистологийн шинжилгээний хариу гаргаж эмчилгээний тактикийг боловсруулна. Хэрэв хучуур эдийн эмгэг хэлбэр илэрвэл жилд нэгээс доошгүй кольпоскопийн болон биопсийн хяналт хийнэ. Хучуур эдийн энэхүү эмгэг өөрчлөлт удаан хугацаанд давтан илрээд байвал сэжигтэй хучуур эдийг өнгөц маягаар өөлж арилгах хэрэгтэй. Үүнд:

Цахилгаан төөнүүр эмчилгээ хийж хэрэв хучуур эдийн хавдрын сэжиг бүхий эмгэг илэрвэл өөрчлөлттэй хэсгийг зүсэх, умайн хүзүүг тайрах, нас ахимаг эмэгтэйчүүдэд умайг тайрах мэс засал хийж болно. Мөн ради эмчилгээ хийнэ.

Умайн хүзүүний бичил хавлар

Кольпоскопийн шинжилгээний тусламжаар умайн хүзүүний хорт хавдрыг хамгийн эрт үед нь илрүүлж болно. Тухайлбал: кольпоскоп шинжилгээгээр эмгэг процессыг преинвази, инвазын эхний шат, бичил ракийн төвшинд байх үед нь илрүүлдэг.

Лейкоплаки, база, мозайка, хөхлөгөнцөр база, тодорхойгүй улаан хэсэг зэргийн аль нэгээс биопсийн шинжилгээ агахад хорт хавдар 0 шатандаа илэрдэг болно. Ийм учир эмэгтэйчүүдэд зөвлөлдөө өгөх газар бүр кольпоскоп, цитолог. биопси агч гистологийн шинжилгээ хийдэг байх ёстой. Тэгэхдээ харьяа нутаг дэвсгэрийнхээ бүх эмэгтэйчүүдэд нэг бүрчлэн жилд 2-оос доошгүй удаа кольпоскопийн шинжилгээ хийж хучуур эдийн хоргүй өөрчлөлтийн үед электрокоагуляци, умайн хүзүүний хучуур эдийн дисплази өөрчлөлтийн үед цитологи. биопсийн шинжилгээ хийн умайн хүзүүний өөрчлөлт гарсан хэсгийг олж зохих эмчилгээ хийлгэх шаардлагатай.

Макроракын үед кольпоскопт дараах хсёр янзын зураг үзэгдэнэ.

1. Гадагш ургалт бүхий янз бүрийн хэмжээтэй эдийн төвгөрүүд харагдах ба тэдгээрийн гадарга нь шил мэт гялгар шаргалдуу улаан өнгөтэй, байрлал нь өнгөц мушгирч тахиралдсан, амархан гэмтэж цус гарамтгай судаснуудтай байна. Хорт хавдрын судас нь хэзээ ч модны мөчир мэт салаалж салбарлаагүй байдаг онцлогтой.
2. **Хорт хавдрын шархлаат хэлбэр.**

Хорт хавдар нь амархан задарч оронд нь шархлаа үүсдэг. Хорт хавдрын шарх нь шар саарал ёроолтой ирмэг нь дээш төвийсөн, хавдрын орчим олон тооны үхжил болсон хэсгүүд байдаг.

Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн **Б. ШИЖИРБААТАР**
Эрдэм шинжилгээний ажилтан **Г. ПҮГЭВСҮРЭН**

ЗҮРХНИЙ ГАЖИГТАЙ ӨВЧТӨНГ ШИНЖЛЭХ, МЭС ЗАСЛЫН ЭМЧИЛГЭЭНД СОНГОН БЭЛТГЭХ

Хүн амын өвчлөл, хөдөлмөрийн чадвар алдалт болон нас баралтын шалтгааны дотор зүрх судасны өвчин нэгдүгээрт орохын зэрэгцээ өвчлөлийн ихэнх хузийг бага залуу ба ид хөдөлмөрийн насны хүмүүс эзэлж байна. (Е. И. Чазоз 1982, В. Н. Дзяк, И. И. Крыжановская 1982, А. К. Измуханов 1981, В. И. Бураковский 1982, Т. Шагдарсүрэн, Ц. Бундан 1981, Н. Дондог, Ш. Баяртогтох 1981). Иймд зүрх судасны өвчинтэй тэмцэх асуудал нь зөвхөн эрүүлийг хамгаалахын практик зорилт, анагаах ухааны судлах зүйл төдийгүй нийгэм, эдийн засгийн өргөн ач холбогдолтой томоохон асуудал юм.

Манай нам засгаас эрүүлийг хамгаалах талаар азч байгаа байнгын анхаарал халамжийн ачаар зүрхний гажгийг хагалгаа хийж эмчлэх арга эмнэлгийн өдөр тутмын үйл ажиллагаанд өргөн нэвтэрлээ.

1982 оны байдлаар зүрхний гажиг өвчний мэс заслын 96,7% нь эдгэрчээ. Зүрх судасны төрөлхийн ба олдмол гажгийн хагалгааг III эмнэлэгт төвлөрүүлэн үйлчилж байгаа юм. Энд аймаг, хотын ба клиникийн нэгдсэн эмнэлэг, амбулаториос зүрхний гажигтай өвчтөнг байнга хүлээн авч харилцан уулдаатай ажиллаж ирлээ. Зүрхний гажигтай, ялангуяа хагалгааны өмнө эмийн ба нөхөн сэргээх эмчилгээг удаан хугацаагаар хийх шаардлагатай байдаг.

Хэрлэгийн гаралтай зүрхний хавхлагын олдмол гажигтай өвчтөн, мөн зүрхний төрөлхийн хавсарсан хүнд хэлбэрийн хөх, гажигтай хүүхдүүдийг хүүхдийн I ба II эмнэлэг, аймаг, хотын нэгдсэн болнигуудын зүрх судлалын буюу дотрын тасагт хэвтүүлж, ЭКГ, ФКГ, рентген, цусны ерөнхий ба уургийн бүлэг, цусны иммуун болон бүлэгнэх тогтолцоог тодорхойлох үндсэн гол шинжилгээг хийж оношийг тогтоож бүрэн болно.

Эмийн эмчилгээг шалтгаан зүйн ба өвчтөний биеийн ерөнхий байдлыг дээшлүүлэх, эрхтэн системүүдийн үйлийг тэнцвэржүүлэх чиглэлээр хагалгаанд бэлтгэх нэгдсэн журамтай болох хэрэгтэй байна.

Дээр дурдсан эмнэлгүүдэд клиникийн бүрэн шинжилгээ, эмийн урьдал эмчилгээг хийхдээ, зүрхний мэс заслын эмчийн зөвлөлгөөг авч хагалгаанд өвчтөнийг сонгох, зүрхний мэс заслын тасагт шилжүүлэх зэргийг хамтран шийдэж байвал зохино. Нэгэнт энэ журмаар оношилж бэлтгэсэн хүнийг зүрхний мэс заслын тасагт шилжмэгц шаардагдах цөөн нэмэлт шинжилгээг бэгино хугацаанд хийж хагалгаанд удаалгүй оруулж байвал орны эргэлт түргэсч хүлээгдэл чирэгдэл бага болох болно.

Клиникийн ба нэгдсэн эмнэлгүүдэд зүрхний гажигтай өвчтөнд заавал хийсэн байх шинжилгээ:

1. Ердийн шинжилгээ:

а. Өвчтөний өгүүллийг авахдаа ялангуяа гажгийн шалтгаан олдмол, төрөлхийн алин болох, цагаан, хөх, хоёрдогч хөх хэлбэрийг тодруулах, өвчний явц үгдрэл, даамжрал, зохицол, даслын үе шатуудыг тодорхойлоход холбогдох мэдээг цуглуулахад голчлон анхаарна.

б. Бодит үзлэг-Цээжний хэлбэр, түүний өөрчлөлт, арьс салст, хумс, хурууны үзүүрийн өөрчлөлт, хөндий венийн зогсонги шинжүүдийг тодорхойлох, арьсан дээр тууралт, цус хуралт, түүний үлдэгдэл байгаа эсэх, судасны дүүрэлт, хүчдэл ямар байгаа, жигд эсэхийг үзнэ.

Чагнахдаа: Зүрхний авианы тод, бүдэг, авианы хэмт байдал, авиа хаана тод буюу бүдгэрч байгаа, авиа цэвэр буюу шуугиантай сонсогдох эсэх, шуугиан байвал диастол, систолын аль нь болох, зүрхний бүтэц зүйн аль хэсэгт голлон сонсогдож, цусны урсгалын ямар (их,

бага эргэлтийн тэнхлэгийн дагуу буюу эсрэг), чиглэлээр тархан дамжиж байгааг онц анхаарч тогтооно.

Мөн зүрхийг чагнахдаа амьсгалын сорилтыг Вальсальвийн аргаар хийх, ачаалал өгч босгож суулгах, зориулсан жижиг шатаар өгсөөж буулгах, тридмил, Велэргометрийн аль байгааг ашиглаж үзэх нь чухал. Ачааллын дараах үед зүрхний авиа буюу шуугиан, агшилтын тоо, амьсгаа цусны даралт өөрчлөгддөг. Үр дүнгийн нь үнэлэхдээ хэдий хугацаанд ачаалалд орж, ямар хугацаанд тэнцвэржин хэвийн болж байгааг тогтоосноор зүрхний үйл ажиллагаа алдагдах үе шат, тэнцвэржих чадвар, нөөцлэг хялбархан тогтоож болно.

Өвчтөнг системтэй сайн чагнаж шуугианы төвлөрөл, тархалтыг нягт нямбай тодорхойлж, бусад шинжтэй харьцуулан зөв тогтоож чадвал зүрхний аль ч гажгийн оношийг анхны үзлэгээр 70—80%-ийг зөв оношилж болно. Энд нэг жишээ дурдъя. Хамгийн элбэг тохиолддог митраль дутмагшлын үед өвчтөний зүрхний оройд буюу зүүн эгэмний дунд шугамнаас гадагш 5,6 дугаар хавиргын хооронд агшилтын тод, гэхдээ үлээх мэт шуугиан сонсогдож, улмаар зүүн суга, дал руу дамжих нь тод болдог. Ийнхүү агшилтын шуугиан тод сонсогдож байгаа цэгийг тухайн зүрхний бүтэц зүйн байрлалтай харьцуулбал зүрхний митраль хавхлагатай төхирохын зэрэгцээ уг шуугиан зүүн суга уруу тархаж байгаа нь зүүн ховдлын агшилтын үед зүүн тосгуурт ихээхэн цус шахагдаж буйн чимээ юм.

Гэтэл зүрхний ховдол хоорондын таславчийн цоорхой гажгийг чагнахад өвчүүний зүүн талд 5,6 дугаар хавирга хооронд агшилтын шуугиан сонсогдох боловч эгэмний дунд шугамнаас дотогш шуугиан маш тод, хэрчигнэх мэт байх бэгээд тархалт нь зүүн эгэм тийш чиглэж, дээш дамждаг. Энэхүү шуугианы төвлөрлийг зүрхний бүтэц зүйн байрлалтай харьцуулж үзвэл ховдол хоорондын таславчид төхирохын сацуу зүүн ховдлоос таславчийн цоорхойгоор баруун ховдолд цус шахагдан байгаа нь тодорхой байдаг.

Гэвч энэ хоёр өөр гажгийг тэр бүр ялгаж чадахгүй буруу оношлох нь элбэг тохиолддог.

2. Багажийн тусгай шинжилгээ:

а. ФКГ буюу зүрхний авианы бичлэг нь онош зүйн маш чухал арга бөгөөд зүрхийг чагнахад илэрдэг түүний авиа, шуугианыг зүрхний үйллийн үе шатуудтай харьцуулж судлахад баримталдаг арга юм. Уг шинжилгээг клиникийн ба нэгдсэн эмнэлгүүдэд өргөн хэрэглэх боломжтой бөгөөд зүрхний өвчтэй хүмүүст заавал хийх шинжилгээ юм. Харин ФКГ бичлэгийн өсгөгчийг зөв байрлуулан m_1, m_2, m_3 гэсэн өсгөлтүүдээр тусгай кабинетэд бичих хэрэгтэй.

Зүрхний нийтээр заншсан 5 цэгт өсгөгчийг байрлуулж бичдэг боловч зүрхний гажиг тус бүрт онцолж бичих цэгийг клиникийн урьдал онош ялангуяа чагнаад илрүүлсэн шуугианы төвөөс уламжилж эмч зүрхний бүтэц зүйн тодорхой проекцийг сонгож өсгөгчөө байрлуулж бичдэг. Жишээ нь: Гол судасны гажгийн үед зүрхний ховдлын гарах хэсэгт, баруун эгэмний гурвалжны дотор хэсэг хоёрдугаар хавирга хооронд нэмэлт 2 цэг сонгож тус тус бичнэ. Бичигдсэн шуугианыг агшилтын үеийн, судралтын үеийн гэж ангилахын дээр, үе бүрийг эхэн, дунд, төгсгөл үеийн мөн бүх үеийг хамарсан агшилтын буюу судралтын шуугиан гэж ангилж үзэх нь оношийг тодруулна.

3. Зүрхний цахилгаан бичлэг:

Энэ нь өргөн дэлгэрсэн шинжилгээний арга юм. Харин бичлэгийг их төлөв зөвхөн зүрхний аль хэсэг томорсон буюу цахилгаан потенциал өөрчлөгдсөн, дамжуулах замын хориг байгаа эсэхээр чанарын

үнэлгээ өгч байгаа нь учир дутагдалтай юм. Клиникийн ба нэгдсэн ер нь аль ч эмнэлгүүдэд мэргэжсэн эмч нар (зүрх судасны) тогтмол ажиллах болсон манай нөхцөлд зүрхний цахилгаан бичлэгийн чанарын үнэлгээ хийхийн сацуу тооны үнэлгээг миннесот кодоор эсвэл Лайоно-Соколовын аргаар бүрэн хийж хэвших нь зүйтэй юм.

Ингэснээр зүрхний гажгийг ялган оношлох, зүрхний үйлийг үнэлэх, өвчтөнг мэс засалд бэлтгэх буюу эмчилгээний үр дүнг хянахад чанарын ахиц гарах болно.

4. Рентген шинжилгээ:

Энэ нь зүрхний гажгийг оношлох, эмчилгээнд өвчтөнг сонгох арга бөгөөд клиникийн ба нэгдсэн эмнэлэгт өргөн хэрэглэж байдаг. Зүрхний гажигтай өвчтөнг рентгенд харахдаа рентген зураг 3 чиглэлээр азах нь зүйтэй. Рентгенд харахдаа уушгины зураглал, угийн сүүдэр яаж өөрчлөгдсөн, үүнд: венийн зогсонгишил, холимог зогсонгишил, угийн сүүдэр өргөссөн, лугшилт ихэссэн эсэх, эсвэл уушгины зураглал хомсдох, тэр нь нийтдээ буюу зах руугаа хомсодсон зэргийг анхааран тодруулах, зүрхний лугшилт тод, өнгөц аль хэсэг нь томорсон, зүрхний нумуудын тодрол ямар байгааг чухалчлан анхаарна.

Рентген зургийг эгц I ба II ташуу чигээр авна. Зүрхний гажгийг оношлох, хагалгаа хийх эсэхийг рентген харах, зураг авах хоёр аргыг заавал хэрэглэж шийднэ. Жишээ нь: Митраль карийссаны улмаас уушгинд венийн хураагуур судасны зогсонги давамгайлж улмаар уушгины артерийн зогсонги болон хузирдаг ба зүүн тосгуур давамгайлсан томорч тэлэгдэх болно. Ялангуяа өвчтөнд зүүрсэн шингэн бари уулгаад хажуу чигээр харж зураг авахад зүүн тосгуур улаан хоолойг араад нь бага радиусын нумаар түлхэж томорсон байх нь сонгомол шинж болно.

Харин улаан хоолой араадаа тэм радиусын нумаар түлхэгдсэн байх нь митраль дутмагшлын үед мөн нэгэн адил зүрх зүүн тийш томрохын сацуу хажуу чигээр рентгенд харахад өвчүүний арын зай багасч гол судасны нумын өгсөх хэсэг нь өргөн, лугшилт эрс нэмэгдсэн байна.

Харин артерийн битүүрээгүй цоргын үед уушгины сүүдэр артерийн дүүрэлтийн байдлаар эрс тодорно. Клиникийн эдгээр шинжилгээг үндэслэж зүрхний гажгийг оношилж, өвчтөнийг хагалгаанд сонгон ач болох юм.

Зүрхний олдмол гажигтай өвчтөнг хагалгаанд сонгохдоо гажгийн үе шатыг тусгасан ангиллыг баримтлах нь чухал юм. Зүрхний олдмол гажгийн дотор зонхилон тохиолддог митраль ба гол судасны гажиг митраль гажиг хавсарсан тохиолдолд А. Н. Бакулез, А. Е. Дамир нарын I—V үед хуваасан ангилал тохиромжтой. Энэ ангиллын II—IV үед хагалгаа хийнэ гэж шууд заасан бэгээд харин IV—V үед эмийн эмчилгээ хийнэ. Зүрхний төрөлхийн гажгийн хувьд В. И. Бураковскийн I—IV үед хуваасан ангилал баримтална. I, II, III үед хагалгаа шууд хийнэ гэж заасан байна. Харин IV үед хагалгаа хийхийг хориглох буюу тухайн байдлаас яах эсэхийг шийднэ.

Зүрхний олдмол гажгийн тухайд юуны өмнө хэрлэгийн идэвхжиллийг эмийн хавсарсан эмчилгээгээр дарж, цусны их эргэлтийн алдагдлыг тэнцвэржүүлэх хэрэгтэй. Энд Лангийн ангиллаар IB; PA, PB; үед хагалгаа хийхэд тохиромжтой. Зүрхний анхдагч хэлбэрийн хөх гажигтай ялангуяа ойр ойрхон багтарч унадаг өвчтөнг хойшлуулшгүй хагалгаа хийх хэрэгтэй.

Харин анхдагч цагаан гажиг үгдрэн хоёрдогч хөх хэлбэрт шилжсэн үед хагалгаа хийх эмчилгээ хориотой тул диспансерийн хяналтанд эмийн эмчилгээ хийж хөдөлмөрийг зохицуулна.

Эмийн хавсарсан эмчилгээг нийтээр баримталдаг заалт, журмын дагуу хийх боловч зүрхний хагалгаа хийх эмчилгээнд бэлтгэхэд анхаарвал зохих зарим онцлог байдаг. Үүнд:

А. Архаг идээт голомтыг арилгах, хорхойтсон шүд, гүйлсэн булчирхай, чих хамрын хэндийн архаг, савны дайврын үрээсэл, арьсны идээт өвчнийг хагалгаа хийх эмчилгээнээс өмнө эмчлэх.

Архаг ба хурц үрэвслийн эсрэг антибиотик эмчилгээг богино хугацаанд (5—7 хоногт), дээд их тунгаар хэрэглэж хагалгаа хийлгэхээс 3—5 хоногийн өмнө зогсоох.

Б. Зүрхний олдмол гажигтай өвчтөний бие махбодын ус, давсны солилцоо хямарсан байдаг тул нарийн тодорхой хяналтын дор түүнийг тэнцвэржүүлэх эмчилгээг хийвэл зохино. Ялангуяа кали, кальцийн хэмжээ нь зүрхний булчингийн үйл ажиллагааг зохицуулах үүрэгтэй юм. Бөөрний дайврын гормон эмчилгээ хийсэн бол хагалгаа хийхээс 10—14 хоногийн өмнө болих нь зүйтэй.

В. Зүрхний олдмол гажгийн хожуу үед хэм алдагдал цөөнгүй тохиолдоно. Хэм алдагдлын эсрэг хинидин (0,13-аар 7—10 хоног), дигоксин буюу индрал (5—7 хоног), калийн уусмал (3—4%) дуслар судсанд, кокарбоксилаза, витамин В₁, В₆, С-г хийхийн сацуу гепарин 1000—1500 нэгж (2—3 мл) дуслар буюу булчинд хонгт тарина. Гэхдээ цусны бүлэгнэл тодорхойлох, ЭКГ бичлэг, клиникийн хяналтыг зохих хугацаагаар нягт нямбай хийх ёстойг онцгой анхаарвал зохино.

Ийм бэлтгэл эмчилгээг дефибрилляцийн буюу хагалгаа хийхээс 3—5 хоногийн өмнө болих ёстой.

7. Хэрлэгийн идэвхжлийг дарах эмчилгээг бүрэн хийж цусны уургийн бүрэлдэхүүн, Сиалын ба ДФА сорил, „С“-реактив уураг зэргийг шалгахад хангалттай юм. Мөн дигиталисийг схемээр хэрэглэж хагалгаа хийхээс 5 хоногийн өмнө болино. Бас өвчтөнг сэтгэл зүйн хувьд бүрэн бэлтгэнэ. Клиникийн ба нэгдсэн эмнэлэгт хагалгаанд нэгэнт бэлтгэгдсэн өвчтөнг зүрхний мэс засалч үзэж хагалгаа хийх эсэхийг шийдэж байх нь зүйтэй юм.

Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн Ц. БУНДАН

ЖИРЭМСНИЙ ЭРТ ҮЕИЙН ХОРДЛОГЫГ ЭМЧЛЭХ

Жирэмсний бөөлжилт нь жирэмсний эрт үеийн хордлогоос олонтоо тохиолддог. Үүнд ходоод гэдэсний архаг өвчин, бие махбодын дугуу хөгжил, бамбай булчирхайн өвчин, үр хөндүүлж байсан зэрэг урьдал шалтгаанууд нөлөөлдөг. Мөн дотоод шүүрлийн булчирхайн дааврын хэмжээ, түүний өөрчлөлт нөлөөлнө. Эмнэл зүйн ажиглалтаас үзэхэд бөөлжилт нь ихэнхдээ ихэр төрөлт, цэзрүүт хураагийн үед тохиолддог нь цэлмэнгийн гонадотропин даавар их ялгарч байгаатай холбон тайлбарладаг.

Зарим жирэмсэн эмэгтэйчүүдэд бөөлжилтэйн үед бөөрний дээд булчирхайн үйл ажиллагаа өөрчлөгддөг. Нилээд судлаачид жирэмсний бөөлжилтийг бие махбодод эстроген дааврын дутагдал, харшлын урвал зэргээр тайлбарладаг.

Одоо үед жирэмсний эрт үеийн хордлогод бие махбодын мэдрэл дотоод шүүрлийн булчирхай ба бодисын солилцооны өөрчлөлт ялангуяа төв мэдрэлийн системийн байдал онцгой үүрэг гүйцэтгэнэ гэж үзэж байна.

Жирэмсний эрт үеийн хордлогын үед эрдэс бодисын солилцоо натри кали өөрчлөгдөн шингэнийг алдсанаар хоол тэжээлийн дутагдалд ордог.

Бөөлжилтийн үед хоол боловсруулах шүүс, шингэн нилээд хэмжээгээр алдсанаас ус давсны солилцоонд өөрчлөлт гардаг.

Эрүүл хүнд цусны сийвэнгээс үүссэн их хэмжээний эрдэс бодис агуулсан 8 литр хоол тэжээлийн шүүс ходоод ба гэдсээр хоногт ялгаран гардаг ба дахин шимэгдэж байдаг. Жирэмсний бөөлжилтийн үедэх хоол тэжээлийн өөрчлөлт нь бие махбодыг өлсгөлөнгийн байдалд хүргэж элгэнд гликоген багасч өөхний задрах нь ихсэж түүний бүтээгдэхүүн цусанд хуралддаг. Энэ үед нүүрс усны солилцоо өөрчлөгдөж цус шээсэнд ацетон бий болно. Жирэмсний бөөлжилтийг оношлох, эмчилгээний үр дүнг хянахад дараах аргуудыг хэрэглэх нь чухал.

1. Биеийн жинд хяналт тавих.
2. Хэрэглэж байгаа ба ялгарч байгаа шингэнийг тооцох
3. Артерийн даралтыг хэмжих
4. Гемоглобин ба гематокритын тоог тодорхойлох.
5. Шээсэнд ацетон ба уургийг шинжлэх
6. Элэгний сорил шинжлэх; цусанд билирубиныг тодорхойлох
7. Мочевин- азотыг тодорхойлох.
8. Цус ба шээсэнд эрдэс бодисын хэмжээг тодорхойлох.
9. Цусан дахь хүчил шүлтийн байдалд хяналт тавих
10. Нүдний ёроолыг шинжлэх зэрэг болно.

Жирэмсний бөөлжилтийг I зэрэг (хөнгөн) II зэрэг (дунд) III зэрэг (хүнд) гэж ангилдаг.

БӨӨЛЖИЛТИЙН I ЗЭРГИЙН ҮЕД хоногт 2—5 удаа бөөлждөг. Бөөлжих нь голдуу еглөө өлөн байхад, эсвэл цай хоол идэх. ямар нэг ээгүй үнэр үнэрлэх үед ихэвчлэн бөөлжинө. Мөн дотор эггүй болох, амтлах ба мэдрэх нь өөрчлөгдөх, юм идэх, дургүй болох, гэдэсний ажиллагаа өөрчлөгдөн өтгөн хатах шинжүүд үзэгддэг. Биеийн ерөнхий байдал дунд зэрэг арьс ба салслаг нь хэвийн хэл чийглэг артерийн даралт судасны цохилт биеийн халуун хэвийн байдаг. Цус ба шээсэнд онцын өөрчлөлтгүй. Шээсний хэмжээ хэвийн байна.

БӨӨЛЖИЛТИЙН II ЗЭРГИЙН ҮЕД хордлогын шинж тэмдэг илэрнэ. Энэ үед хоногт 10 орчим удаа бөөлжиж дотор эггүйрхэж хоолонд дургүй болно. Биеийн ерөнхий байдал сульдаж жингээ алдана. Энэ үед хэл ба арьс нь хуурайшиж шээсний гаралт багасан, шээсэнд ацетон бий болно.

БӨӨЛЖИЛТИЙН III ЗЭРГИЙН ҮЕД бөөлжих нь хоногт олширно. Хоол идэх дургүй болж ямар ч хоол, үнэрт дотор нь эвгүйрхэж бөөлжинө. Биеийн жин нь багасаж 10 кг ба түүнээс ихээр турна. Арьс ба салслаг нь хуурайшиж цайвар өнгөтэй болно. Хэл хуурай цагаан өнгөөр хучигдсан, амнаас ацетоны үнэр үнэртэнэ. Ихэнх тохиолдолд буйл ба хэл нь үрэвсэнэ. Хэвлий зөөлөн элэг орчим хөндүүр өвчтэй байна.

Биеийн ерөнхий байдал сульдаж хөдөлмөрийн чадвараа алддаг. Судасны цохилт минутанд 100-120 удаа дүүрэлт ба хүчдэл нь суларна. Мөн цусны даралт багасна. Биеийн халуун $37^{\circ}-37,8^{\circ}$ байна.

Хоногт гарах шээсний хэмжээ багасч шээсэнд ацетон нэмэгдэнэ. Цусанд үлдэгдэл азот ихсэж, холестерин, хлорид багасна. Өвчтөний бие их суларна. Заримдаа өвчтөн дэмийрч хордлогын шинж илэрдэг.

Өвчтөний бие суларч цусанд билирубин ихсэх, эрдэс бодисын харьцаа ба хүчил шүлтийн тэнцвэр, бодисын солилцоо өөрчлөгдөнө. Иймэрхүү байдалтай байгаад эмчилгээнд сайжрахгүй байвал жирэмснийг таслах шаардлагатай. Бөөлжилтийн яец янз бүрийн байдалтай байдаг. 2—5% нь хөнгөн, 2% нь хүнд хэлбэрт шилждэг.

Жирэмсэн үеийн бөөлжилтийг өөр бусад бөөлжих шинжтэй өвчнүүдээс ялгаж оношлох хэрэгтэй.

Бөөлжих шинж тэмдэгтэй өвчнүүдэд ходоод гэдэсний өвчин (ялангуяа ходоодны өмөн хаздар) цөс чулуужих өвчин, хурц мухар олгой, нойрны булчирхайн үрэвсэл, тархины хаздар, менингит, бөөрний тээшний үрэвсэл ба бусад өвчин орно. Эдгээрийг ялгаж оношлоход жирэмсэн болохос өмнө бөөлжиж байсан эсэх тухай лавлах мэдэх нь чухал ач холбогдолтойгоос гадна тусгай шинжилгээ хийх хэрэгтэй.

Жирэмсний бөөлжилтийг эмчлэх орчин үеийн эмчилгээнд дараах зүйлийг баримталбал зохино. Үүнд бөөлжиж байгаа хордлоготой жирэмсэн эмэгтэйд хэвтүүлж төв мэдрэлийн системийн үйл ажиллагааны өөрчлөлтийг зохицуулах, шингэн ба хоол тэжээлийн алдагдлыг арилгах, хүчил шүлтийн тэнцвэр ба эрдэс бодисын хэмжээг хэвийн болгох зэрэг иж бүрэн эмчилгээг хийнэ.

Төв мэдрэлийн системийг тайвшруулах Н. В. Кобозевын бром ба кофейнаар эмчлэх арга өргөн дэлгэрсэн юм. Энэ нь 10%-ын 10 мл бромт натрийг, 40%-ын 20 мл глюкозын уусмалтай хамт венийн судсанд өдөрт 1—2 удаа, 10%-ын 1 мл кофейныг арьсан дор тарина. Курс эмчилгээ 12-15 удаа байна.

Орчин үед жирэмсний эрт үеийн хордлогыг цахилгаанаар мэдээ алдуулах (электроаналгези) нэйрсуулах аргаар эмчилж байна. Аппаратын электродыг дух чихний араар байрлуулж 0,5—0,8 м А гүйдлийн хүчтэй, 150 гц импульсын үелзэлтэйгээр 60—90 минут үргэлжлүүлнэ. Курс эмчилгээ 8—10 удаа байна. Орчин үед „Электронарксн“, Лэнар“ зэрэг аппаратыг хэрэглэж байна.

Мөн тайвшруулах нэйрсуулах бөөлжилтийн эсрэг үйлчилгээтэй аминазин, этаперазин, тореканыг хэрэглэж болно. Аминазиныг 2,5%-ын 1 мл-ыг, 5%-ын 250—500 мл глюкоз буюу 0,85%-ын натри хлоридын уусмалтай хамт дуслаар судсанд эсвэл арьсан дор тарьж хэрэглэнэ. Мөн заримдаа 2,5%-ын 1 мл аминазиныг 0,25%-ын 5—10 мл новокаины уусмалтай хамт булчинд тарьж хэрэглэх нь үр дүнтэй байдаг. Эмчилгээг 7—8 өдөр үргэлжлүүлнэ.

Бөөлжилтийн эсрэг дроперидолыг өргөн хэрэглэж байна. Дроперидол нь захын судасны цусны эргэлтийг сайжруулах тайвшруулах нөлөө үзүүлдэг. Жирэмсний хордлогын бөөлжилтийн хүнд хөнгөн байдлаас хамаарч 0,25%-ийн 0,5 мл дроперидолыг өдөрт 1—3 удаа булчинд, 5—7 өдөр тарьж хэрэглэнэ. Дроперидолыг инсулин ба бусад даавар эмчилгээ хийлгэж байсан, зүрх судасны хүнд өвчтэй хүмүүст хэрэглэж болохгүй. Дроперидолыг хэрэглэхэд үр хөврөлд ямарч хор нөлөөгүй. Дроперидолыг хэрэглэх үед гар нь чичирч тайван бус байдалтай болбол 0,1%-ын 0,5 мл атропиныг булчинд тарина. Дроперидолыг хэрэглэхэд хариу уртал өгөхөөс болгосмжлсн 0,5—0,75 мл зэрэг бага тунгаар хэрэглэх нь зүйтэй.

Цусанд уургийн зүйлс багадахаас урьдчилан сэргийлж плазма, альбумин ба бусад уургийн зүйлсийг хэрэглэх хэрэгтэй. Мөн ургийн хүчил төрөгчийн дутагдлыг эмчлэхэд 2%-ын 2 мл сигетиныг судсанд тарина.

Булчинд 6%-ын витамин В₁ 1 мл, 5%-ын витамин В₆ 1 мл-ыг ээлжлэн тарина.

Жирэмсний бөөлжилтийн иж бүрэн эмчилгээнд калийн төрлийн эмүүдийг хэрэглэхээс гадна пипольфен, метионин, спленин, супрастин, кокарбоксилазыг хэрэглэх нь зүйтэй. Эх барихын практикт метиониныг элэгний архаг өвчтэй, Боткины өвчтэй жирэмсэн эхчүүдэд 0,5—1 г-аар хоолны өмнө өдөрт 3—4 удаа 10—15 хоног өгнө. Супрастиныг жирэмсэн эмэгтэйн арьс загатнах, арьсны үрэвсэл болох, бөөлжихөд хоолны үед 0,025 г/1 шахмал /өдөрт 2—3 удаа өгнө. Харшлын хурц

хүнд үед 2%-ын 1—2 мл супрастиныг судсанд ба булчинд тарьж хэрэглэнэ. Кокарбоксилазыг 50—100 мг өдөрт 1—2 удаа булчинд тарьж хэрэглэнэ.

Жирэмсний бөөлжилтийн үед шингэн сэлбэх эмчилгээг хийх хэрэгтэй. Үүнд натри хлор, 5%-ын глюкозыг витамин С инсулинтэй хамт хоногт 2 л хүртэл тарина.

Бодисын солилцосны хүчилжилтийг багасгахын тулд 5%-ын содын уусмал судсанд дулаар тарина.

Эмчилгээний үр дүн муу биеийн жин буурч шээсэнд ацетон бий болж, үргэлж бага зэргийн халуунтай, судасны цохилт хурдассан, шээсэнд уураг ба цилиндр эс бий болсон, нүдний цагаан ба арьс нь шаравтар туяатай, цусанд билирубин их болсон үед жирэмснийг тасална.

Жирэмсний эрт үеийн хордлого бөөлжилтийн үед бодисын солилцоо их хямарч өөрчлөгдсөнөөс цаашид жирэмсний явц ба төрөлтөнд муугаар нөлөөлж дутуу төрөх, төрөхийн сулрал үүсэх, хэвлий дэх ураг хүчилтөрөгчөөр дутагддаг. Жирэмсний бөөлжилтийн хүнд хэлбэрийн үед ургийн өсөлт муу байдаг.

Иймээс жирэмсний бөөлжилтийн хүнд хэлбэр нь нэмүү өртөмтгий жирэмсэнд тооцогддог тул цаг хугацаанд нь хэвтүүлж эрчимт эмчилгээг хийх нь чухал.

Анагаах ухаачы дээд сургуулын багш Д. ИЧИНХОРЛОО

ЗҮРХНИЙ АРХАГ ДУТАГДЛЫГ ЭМЧЛЭХ АРГА

Зүрхний төрөл бүрийн гажиг, хэм алдагдал, цусны даралт ихсэх, ревматизм, атеросклероз, териотоксикоз, анеми зэрэг өвчний үед зүрхний архаг дутагдал үүсдэг.

Эмчилгээ. Цусны эргэлтийн архаг дутагдлын үеийн эмчилгээ нь өвчин үүсгэсэн шалтгаан, эмнэл зүй, илэрч буй шинж тэмдэгт тохирсон байх ёстой. Иймд эмчилгээ нь юуны өмнө үүсгэсэн шалтгааныг арилгах, зүрхний булчингийн агших хүчийг нэмэгдүүлэх, биед байгаа илүүдэл ус, натрийг багасгах, бодисын солилцооны алдагдлыг засахад чиглэсэн байна.

Зүрхний архаг дутагдлыг эмчлэх ерөнхий бүдүүвч

Хэвтрийн дэглэм	Хоол ундны дэглэм баримтлах, хоногт хэрэглэх хоолны давсны хэмжээг багасгах
-----------------	---

Үүсгэсэн шалтгааны эсрэг эмчилгээ хийх

Эмийн эмчилгээ

Зүрхний гликозид	буюу	шээс хөөх эм
Зүрхний гликозид	+	шээс хөөх эм
Зүрхний гликозид	+	шээс хөөх эм + Судас тэлэх эм

1. Өвчтөнг хэзтрийн дэглэмд оруулж, сэтгэл санааны хувьд тайван байлгах нь чухал. Үүний тулд бромт натри, седуксин зэрэг тайвшруулах эмийг хэрэглэж болно.

2. Хоногт хэрэглэх хоолны давсны хэмжээг 1,5—2 гр хүртэл эрс багасгаж, уух шингэний хэмжээг 1,5 литрээс хэтрүүлэхгүй байвал зохино.

Бие махбодын шингэний хэмжээг нарийн тооцож биений жинг нь байнга хэмжиж байх хэрэгтэй.

Нүүрс ус, уураг, витаминаар баялаг амархан шингэх хоолыг багавтар хэмжээгээр хоногт 5-6 удаа өгнө.

3. Цусны эргэлтийн архаг дутагдлын үед цусны даралт ихтэй хүмүүсийн даралтыг бууруулах, зүрхний гажгийг мэс заслын аргаар эмчлэх, резматизмын идэвхжлийг бууруулах, зүрхний титэм судасны дутагдал, зүрхний хэм алдагдлыг арилгах зэрэг үндсэн шалтгааныг арилгах эмчилгээ хийнэ.

4. Эмийн эмчилгээ: Зүрхний архаг дутагдлын үед зүрхний гликозид, шээс хөөх, судас тэлэх, бодисын солилцооны алдагдлыг арилгах зэрэг төрөл бүрийн эмийг хэрэглэдэг.

а) Зүрхний гликозид: Дигоксин, дигитоксин, изланид, ацетил, дигитоксин, ланатозид, строфантин-К, коргликон.

Зүрхний гликозид нь зүрхний импульс автоматизмыг үүсгэн хурдасгаж, зүрхний булчингийн агшилтыг хүчтэй болгохоос гадна дамжуулах системийн үйл ажиллагааг удаашруулна. Ингэснээр зүрхний агшилт түргэсэн хүчтэй бэлж цусыг бүрэн шахаж гаргахаас гадна зүрхний сулралтыг аажим удаан болгож ховдолд ирэх цусны хэмжээг ихэсгэнэ. Үүний дүнд цусны эргэлт сайжирч, венийн цусны зогсонги багасан, эд эрхтэнүүдийн цусан хангамж нэмэгдэж, шээс ихэсдэг байна.

Зүрхний гликозидийн үйлчлэх хугацаа

хүснэгт I

Үйлчлэх хугацаа	Хийх хэлбэр	Дигоксин	Дигитоксин	Строфантин
Үйлчилж эхлэх	судсанд дотуур	15—30 мин 1—2 цаг	30 мин—2 цаг 4—5 цаг	3—10 мин
Дээд цэгтээ хүртэл үйлчлэх	судсанд дотуур	45 мин—1 цаг 4—6 цаг	4—8 цаг 7—10 цаг	15—30 мин
Нийт үйлчлэх хугацаа	судсанд дотуур	2—3 цаг 4—6 цаг	=	=
24 цагт устах хэмжээ	%	33,0	20,0	37,0—42,0
Биеэс ялгарах зам	бөөрөөр	бөөрөөр	бөөрөөр	бөөрөөр

Зүрхний гликозид нь өөх тосонд уусах байдал, уурагтай нэгдэх чанараараа янз бүр байдгаас үйлчлэх хүч, хугацаа нь өөр өөр байдаг. Өөх тосонд сайн уусдаг, усанд уусдаггүй гликозидод дигитоксин, изланид, ацетилдигитоксин, ацетоксин орно. Эдгээр эм нь усанд уусдаггүй учир бөөрөөр ялгарахдаа муу, үйлчлэх хугацаа урт байдаг.

Усанд сайн уусдаг, өөх тосонд уусдаггүй гликозидод строфантин-К, коргликон орно. Эдгээр эм нь бөөрөөр сайн ялгарах тул үйлчлэх хугацаа богино байдаг.

Зүрхний гликозидуудын бие махбодод үйлчилж эхлэх, дээд туйлдаа хүртэл үйлчлэх, үргэлжлэн үйлчлэх хугацаа нь янз бүр байдаг. Зүрхний гликозидыг хэрэглэснээс хойш 24 цагийн дотор 30—50% нь бие махбодоос ялгарч (элеминаци), үлдсэн хэсэг нь зүрхний булчинд үйлчилсээр байдаг. Иймд зүрхний гликозидоор эмчлэх үед уг эм бие махбодод хуримтлагдан хордуулахаас сэргийлж эмчилгээг тооцоотой хийх нь чухал.

Зүрхний гликозидыг эхлээд ханах тунгаар дараа нь тогтоох тунгаар тус тус хэрэглэнэ.

Судасны лугшилт 50—60 хүртэл цөөрч, шээсний гаралт эрс нэмэгдэн, хаван бууж, субъектив шинж арилахад хүргэх гликозидын хэмжээг ханах тун гэж нэрлэдэг.

Ханах тунгаар эмчлэхэд сайжирсан байдлыг улам бататгах зорилгоор хэрэглэх тунг тогтоох тун гэнэ.

Хүснэгт 2

Зүрхний гликозидын ханах болон тогтоох тун (мг)

Эмийн нэр	дигоксин	дигитоксин	целанид	ацетил-дигитоксин	лантозид
Ханах тун	0,75—1,5	1,2—1,6	1,8—2,0	1,4—1,6	
Тогтоох тун	0,125—0,5	0,05—0,2	0,25—0,5	0,1—0,3	өдөр 15—20 дуслаар 2—3 удаа

1. Өвчтөнд эмийг ханах тунгаар өгөх гурван арга байдаг.

- Хурдан буюу 24 цагийн дотор ханах тунг өгөх
- Хурдавтар буюу 48 цагийн дотор ханах тунг өгөх
- Аажим хугацаанд ханах тунг өгөх

Өвчтөнг гликозидээр эмчлэхийн өмнө өвчтөнд ханах тунг ямар аргаар хэдий хугацаанд өгөхийг тогтоосон байх шаардлагатай. Ханах тунгаар хэдий хугацаанд эмчлэх вэ? гэдгийг сонгон азах нь өвчтөний биеийн байдал, өвчний явцтай шууд холбоотой байдаг. Хэрэв өвчтөн богино хугацаанд цусны эргэлтийн дутагдалд орж биеийн байдал эрс хүндэрсэн бол ханах тунг аль болох хурдан хугацаанд өгөх шаардлагатай. Тухайлбал, ревматизмын гаралтай зүрхний булчингийн гэмтэл буюу хавхлагын гажгийн үед 24 буюу 48 цагт, атеросклероз болон цусны даралт ихсэх өвчний үеийн зүрхний дутагдлын үед 48 цагт буюу аажим хугацаанд ханах тунг өгөх нь илүү тохиромжтой байдаг.

Ханах тунг хурдан хугацаанд өгнө гэдэг нь 24 цагийн дотор эмчилгээний үр дүн бүрэн гарахуйцаар гликозидын тунг ахиу хэмжээгээр өгнө гэсэн үг юм.

Хүснэгт 3

Гликозидын ханах тунг еудсаар өгөх цаг, хэмжээ

Хэрэглэх цаг	дигоксин		целанид		дигитоксин		строфантин		
	мг	амп	мг	амп	мг	амп	цаг	мг	амп
0	0,5	2	0,8	4	0,25	1	0	0,3	2/3
6	0,25	1	0,4	2	0,25	1	4	0,2	1/2
12	0,25	1	0,2	1	0,25	1	8	0,1	1/5
18	0,25	1	0,2	1	0,25	1	12	0,1	1/5
Бүгд	1,25	5	1,6	8	1,0	4	16	0,1	1/5
							Бүгд	0,8	1,5—2

Зүрхний гликозидыг судсаар хэрэглэхэд үйлчлэх хугацаа нь богино байдаг тул удаан хугацаагаар хэрэглэхэд тохиромжгүй байдаг. Иймд гликозидын ханах тунг богино хугацаанд өгөхөөр хэрэглэнэ.

Хүснэгт 4

24 цагийн дотор зүрхний гликозидыг ханах тунгаар дотуур хэрэглэх арга

Эмийн нэр	дигоксин		дигитоксин		целанид (изоланид)		ацетилдигитоксин	
	мг	таб	мг	таб	мг	таб	мг	таб.
0	0,5	2	0,6	6	0,75	3	0,6	3
8	0,25	1	0,3	3	0,5	2	0,4	2
16	0,25	1	0,2	2	0,25	1	0,2	1
24	0,25	1	0,1	1	0,25	1	0,2	1
Ханах тун	1,25	5	1,2	12	1,75	7	1,4	7

24 цагийн дотор ханах тунгаар өгөх үед өвчтөний судасны лугшилтын тоо, артерийн даралтын хэмжээ, хордлогын шинж илэрч буй эсэхийг байнга хянаж байхын зэрэгцээ зүрхний цахилгаан бичлэгийг ажиглаж байх нь чухал.

Хурдавтар буку 48 цагийн дотор ханах тунгаар эмчилнэ гэдэг нь 2—4 хоногийн турш ханах тунг хувааж хэрэглэнэ гэсэн үг юм. Энэ үед ханах тунгаар хэрэглэх нийт гликозидын хоёрны нэгийг эхний 24 цагт багтааж өгнө.

Хүснэгт 5

48 цагийн дотор гликозидын ханах тунгаар эмчлэх хэмжээ

Хоног	цаг	дигоксин		дигитоксин		целанид (изоланид)		ацетилдигитоксин	
		мг	таб	мг	таб	мг	таб	мг	таб
I өдөр	0	0,25	1	0,3	3	0,5	2	0,2	1
	8	0,25	1	0,2	2	0,25	1	0,2	1
	16	0,25	1	0,2	2	0,25	1	0,2	1
	24	0,25	1	0,2	2	0,25	1	0,2	1
хоногийн бүх тун		1,0	4	0,9	9	1,25	5	0,8	4
II өдөр	0	0,25	1	0,2	2	0,25	1	0,2	1
	12	0,25	1	0,1	1	0,25	1	0,2	1
	24	0,25	1	0,1	1	0,25	1	0,2	1
хоногийн тун		0,75	3	0,4	4	0,75	3	0,6	3
Бүгд		1,75	7	1,3	13	2,0	8	1,4	7

Аажим хугацаанд ханах тунг өгөхөд 5—7 хоног үргэлжилнэ.

Зүрхний гликозидын ханах тунг аажим хугацаагаар өгөх арга

Эмийн нэр		дигоксин	дигитоксин	целанид изоланид	ацетилдиги- токсин
Хоногт хэрэглэх тунг	мг	0,125—0,5	0,15	0,25—0,5	0,4—0,8
хоног	таб	0,5—2 7	1,5 7—14	1—2 3—5	2—4 3—5

Зүрхний гликозидыг тогтоох тунгаар (2 дугаар хүснэгт) хэрэглэх үед эмийн тунг хэмжээ эм тус бүрд харилцан адилгүй байдаг.

Уг эм биед 100% үйлчилж байхаар тогтоох тунг бодож 24 цагт биеэс ялгаралгүй үлдсэн хэсэг дээр дутуу хэсгийг гаднаас нэмж өгөх журмаар тогтооно.

Эмчилгээний туршлагаас үзэхэд ихэнх тохиолдолд эмчилгээг тогтоох тунгаар өгдөг.

Гликозидээр эмчлж буй үед өвчтөнд хордлогын шинж тэмдэг илэрч байгаа эсэхийг сайн анхаарч байх нь чухал.

Гликозидын хордуулах болон эмчилгээний тунг хоёр хоорондоо ойролцоо байдаг тул эмчилгээний тунг ялигүй хэтрэхэд хордлогын шинж илэрдэг. Иймд гликозидыг өвчтөний биеийн байдал, өвөрмөц онцлогт нь тохируулан, хянуур хэрэглэх хэрэгтэй.

Зүрхний гликозидээр эмчлэх үед илрэх хордлогын шинж тэмдэг.

1. Хоол боловсруулах эрхтэний талаас: Бөөлжих, огих, гэдэс дүүрэх, хэвлийгээр өвдөх,

2. Зүрх судасны талаас: экстрасистол, атреовентрикулын хориг, синусын хэм алдагдал пароксизмаль тахикарди, Т—сегмент изотэнхлэгээс доош буух, Т—шүд хавтгайрах буюу урзуу болох,

3. Мэдрэлийн системийн талаас: толгой өвдөх, ядрах, нойрмоглох, захын мэдрэл урзвсч татах, аймтгай, тайван бус болох.

4. Харааны талаас: өнгө ялгах болон хараа муудах,

5. Биеэр тууралт гарах, бэлгийн сулрал, гинемастит болох,

Гликозидийн хордлогын үед авах арга хэмжээ:

а) Гликозидийн тунг багасгах буюу эмчилгээнээс хасах

б) Хлорт кали, липокайн, пропранолол, панангин, униотол зэргийг эмчилгээнд нэмж хэрэглэнэ. Жич: Брадикардийн үед атропиныг судсаар тарих ба эсвэл белладоны буюу гастропоныг уулгана. Хордлогын улмаас хэм алдагдал илэрч байвал лидокайн ба пропранолол, судасны лугшилт цөөрсөн үед атропиныг хэрэглэнэ.

Зүрхний дутагдал нь брадикарди, дамжуулах системийн хоригтой хосолж буй үед зүрхний гликозидыг хэрэглэхэд тохиромжгүй байдаг Энэ үед зүрхний агшилт дамжуулах системийн ажиллагааг сайжруулагч глюкогон, изадрин, изупрел, изопреналин, изопротренол зэрэг эмийг хэрэглэнэ.

Глюкогон нь дамжуулах системийн үйл ажиллагааг сайжруулдаг. 1—2 мг глюкогоныг 0,9%-ийн физиологийн уусмалд найруулж судсанд дуслуар хийнэ.

Изупрел нь зүрхний булчингийн агшилтын хүчийг нэмэгдүүлж олшруулна. Энэ эмийг А—Ү хориг, гликозидийн хордлого ба тохироо муу үед хэрэглэнэ. 2 мг изупрелийг судсанд дуслуар 7—10 хоног хийнэ.

в) Зүрхний дутагдлын үед зүрхний гликозид хэрэглэж булчингийн ажиллах чанарыг нэмэгдүүлэхээс гадна биед хуримтлагдсан илүүдэл ус, давсыг багасгах нь эмчилгээний чухал ач холбогдолтой байдаг тухай дээр дурдсан бэлээ.

Шээс хөөх эмүүдийг хэрэглэснээр эргэх цусны хэмжээ багасч венийн зогсонги байдал арилан түүний даралт нь буурч эсийн гаднах шингэний хэмжээ багасдаг. Ялангуяа зүрхний зүүн ховдлын дутагдал, уушгины хавантай хавсран тохиолдож буй үед түргэн үйлчилгээтэй диуретикуудыг судсанд тарьж хэрэглэх нь ашигтай.

Шээс хөөх эмүүдийг хэрэглэх үед цусан дахь кали багасах хлор дутагдлын алкалоз болж хандлагатай байдаг. Энэ нь миокардийн дистрофийн өөрчлөлтийг нэмэгдүүлэх, дициалисын хордлого үүсэхэд түлхэц өгөх муу талтай. Иймд спиронолактон, триамтерен зэрэг бөөнөөр ялгарах калийн хэмжээг багасгагч эмүүдийг эмчилгээнд эхлэн хэрэглэх нь тохиромжтой. Хэрэв эмчилгээний үед шээс төдийлөн нэмэгдэхгүй бол гипотиазид, фуросемид, урегит зэрэг шээс хөөх эмийг нэмж хэрэглэнэ.

Хүснэгт 6

Шээс хөөх эмийн хэлбэр, хэмжээ ба үйлчлэх хугацаа

Эмийн нэр	хэлбэр	Хоногийн тун (мг)	Үйлчлэх хугацаа		
			эхлэх	дээд цэг-тээ хүрэх	нийт
Спиронолактон (альдактон, верошпирон)	шахмал 25 мг	25—200	1—2 хоног	12—13 цаг	2—5 хоног
Триамтерен (птерофен, дайтек)	Кап. 50 мг	50—200	15—20 мин.	2—5 цаг	8—12 цаг
Ацетазоламин (диакарб, фонурит)	Шах. 25 мг	25—50	1—2 цаг	2—4 цаг	6—8 цаг
Гидрохлортиазид (гипотиазид, эзид-рекс)	Шахмал 25—100	25—100	1—2 цаг	2—5 цаг	8—12 цаг
Политиазид, ренез	Шахмал	25	1—3 цаг	5—12 цаг	24—30 цаг
Хлорталидон (гипротон)	Шахмал 25—100	100	2 цаг	8—12 цаг	48—60 цаг
Новурит	Амп. 1 мл	0,5—1	1—2 цаг	6—9 цаг	12—24 цаг
Меркузол	Амп.	0,3—0,5	1—2 цаг	6—9 цаг	12—24 цаг
Фуросемид	Шах. 40 мг	20—120	30 мин—1 цаг	2—4 цаг	6 цаг
Фуросемид (лазикс)	Амп. 40 мг	40—120	2—5 мин.	30—50 мин.	1,5—2 цаг
Урегит	Шах. 50 мг	50—150	30 мин—1 цаг	2—5 цаг	6—8 цаг
Урегид (этакрины хүчил)	Амп. 25—50 мг	25—200	2—5 мин.	30—60 мин.	2—3 цаг

г) Судас тэлэгч эмүүд нь артери болон венийн судасны хүчдэлийг бууруулах, захын судасны эсэргүүцлийг багасгах, титэм судасны цусан хангамжийг сайжруулах, цусны даралтыг бууруулах зэргээр зүрхний ажиллагааг сайжруулах нөлөө үзүүлдэг.

Сүүлийн үед зүрхний архаг дутагдлын үед судас тэлэгч эмийг зүрхний гликозид буюу хаван хөөх эмтэй хослон хэрэглэх шинэ чиглэл гарч байна.

Бид зүрхний архаг дутагдалтай 130 гаруй өвчтөнд судас тэлэгч эмийг дангаар нь буюу бусад эмтэй хослон хэрэглэсэн юм. Эмчилгээний туршлагаас үзэхэд судас тэлэгч эмээр зүрхний архаг дутагдлыг эмчлэхэд эмчилгээний үр дүн сайн байлаа.

Апрессиныг хоногт 75—250 мг хүртэл хэрэглэж болно. Бидний туршлагаас үзэхэд 25 мг-аар 3—4 удаа хэрэглэх нь илүү тахиромжтой байв.

Празосинийг хоногт 30—80 мг хүртэл дотуур ууж хэрэглэнэ. Судсанд тарихдаа 1 минутад 2,5—10 мкг байхаар тооцож дуслаар хэрэглэнэ.

50—100 мг нитропруссид натрийг таван хувийн 250—300 мл глюкозын уусмалд найруулж судсанд дуслаар хийнэ. 0,4 мг-ийн нитроглицеринийг хэлэн дор тавьж хэрэглэхэд үйлчилгээ нь 5—10 минутын дараа 4—6 цагийн турш үргэлжилнэ. 20—30 мг нитросорбид натрийг зургаан цагийн зайтай уулгана. Харин зүрхний хурц шигдээсний үед өдөрт 40—120 мг-ийг уулгаж болно.

Изосорбиддинитратыг хоногт 5—10 мг-аар ууж хэрэглэнэ. Хоногт дээд зэргээр хэрэглэх тун нь 30—120 мг байна. Судас тэлэгч эмийг хэрэглэхэд толгсй лугшиж өвдөх, зүрх дэлсэх, бөөлжис цутгах, хоолонд дургүй болох зэрэг гажуу үзэгдэл гарах боловч анальгин, пирамидон зэрэг өвчин намдаах эмийг хэрэглэх эсвэл эмийн дозыг багасгахад гаж үзэгдэл амархан арилдаг.

д) Зүрх судасны дутагдлын үед бодисын солилцооны алдагдлыг засах зорилгоор доор дурдсан эмүүдийг эмчилгээнд нэмж хэрэглэдэг. Үүнд: Энергийн болон уураг, амин хүчлийн солилцоог сайжруулагч (инозин) 600—1200 мг), сртаткали (1,5 гр), токоферолникотинат (2 кап), кокарбоксилаз (100—150 мг) зэрэг эмийг хэрэглэх нь ашигтай байдаг.

Зүрхний булчингийн агшилт, энергийн солилцоог сайжруулах зорилгоор фосфаден, рибоксин, цитомак зэрэг эмийг хэрэглэдэг. Эдгээр эм нь зүрхний булчингийн агшилтыг сайжруулахын зэрэгцээ цусан дахь АТФ, АТФ-азыг нэмэгдүүлнэ.

Г. Дэжээхүү, Но. Дондог, Ж. Нанжид

АНТИБИОТИКТ МЭДРЭГ ЧАНАРЫГ ТОДОРХОЙЛОХ АРГА

Сүүлийн жилүүдэд хийсэн судалгаанаас үзэхэд манай эмнэлгийн практикт 40 гаруй төрлийн антибиотикийг гадаадаас худалдан авч хэрэглэж байна. Антибиотикийн эмчилгээний нэг чухал зарчим бол түүнийг зөв сонгон хэрэглэх явдал юм.

Хамгийн гол нь антибиотикийн мэдрэмжийг зөв тодорхойлох нь эмчилгээнд чухал ач холбогдолтой юм.

Бичил биетний антибиотикт мэдрэг чанарыг тодорхойлохдоо, тухайн өвчнийг үүсгэж байгаа эмгэгтөрөгч бичил биетний өсгөврийг цэврээр ялган авч тодорхойлж чадаагүйгээс эмчилгээний үр дүн муудах, хүний бие махбодод байдаг хэвийн бичил биетнийг устгаж дисбактериоз үүсгэхэд хүргэдэг байна.

Эмгэг төрөгч бичил биетний ямар антибиотикт мэдрэг байгааг тодорхойлсноор эмчилгээнд хэрэглэх антибиотикийг зөв сонгон авах боломжийг бүрдүүлдэг.

Бичил биетний антибиотикт мэдрэмжийг тодорхойлох олон янзын арга бий.

Дэлхийн эрүүлийг хамгаалах байгууллагаас клинкийн лабораториудад антибиотикт мэдрэг чанарыг тодорхойлох Кирби-Бауэрийн (K—B) загварчилсан аргыг өргөн хэрэглэхийг зөвлөмж болгодог.

1966 онд Кирби бусад нөхдийн хамт хатуу тэжээлт орчинд шингээх дискийг хэрэглэн антибиотикт мэдрэг чанарыг тодорхойлох аргыг боловсруулснаас хойш уг аргыг улам боловсронгуй болгож олон оронд өргөн хэрэглэх боллоо.

Энэ арга нь ямар ч нөхцөлд ажиллаж байгаа лабораториудад антибиотикийн мэдрэмжийг үнэн зөв тодорхойлж болох сайн талтайгаас гадна гүйцэтгэх техник ажиллагаа хялбар юм.

Бэлтгэл ажил. Тэжээлт орчныг доорх янзаар бэлтгэнэ.

а. Мюллер-Хинтоны агар нь хяналтын ариун бүсний хэмжээг тодорхойлоход мэдрэг учир өргөн хэрэглэнэ. Уг тэжээлт орчныг бэлтгэхдээ заасан зааврын дагуу бэлтгэн $45-50^{\circ}$ хүртэл хөргөөд (4 мм зузаан) 9 см-ийн диаметртэй петрийн аяганд 25 мл орчмыг царцаана. Бэлтгэх үедээ тэжээлийг хэт буцалгаж болохгүй. Агарыг царцсаны дараа 35° -д 30 минут хатаагаад хэрэглэнэ. Тэжээлт орчноо сайн таглаад пластинк уутанд хийж хоёр долоо хоног хөргөгчид хадгалж болно.

б. Тэжээлт шөл. Ямар ч шөл байж болох бөгөөд трипсин, шар буурцагтай шөлийг хэрэглэхэд тохиромжтой гэж үздэг. Бэлтгэсэн шөлөө 3—5 мл-ээр савлан ариутган хэрэглэнэ.

в). Антибиотикийн диск. Үйлдвэрийн бэлэн дискийг хэрэглэхэд боломжтой юм. Бэлэн дискийг -20° -т хадгална. Богино хугацаанд хэрэглэн дискийг нэг сараас илүүгүй хугацаанд хөргөгчид ($-2-3^{\circ}$)-д хадгалж болно. Тасалгааны температурт нэг цагаас илүү байлгаж болохгүй.

г. Стандартын булинги бэлтгэхдээ хлорт барийн ($\text{BaCl}_2 \cdot 2\text{H}_2\text{O}$) 1,17%-ийн 0,5 мл уусмал дээр 1%-ийн хүхрийн хүчлийн уусмалаас 99,5 мл-ийг нэмнэ. Уул уусмалаа харьцуулахаар бэлэн болсон шөлөн дэх өсгөөртэй ижил хуруу шилэнд хийнэ.

Энэхүү уусмалыг ус орох, уурших болон нарны шууд гэрлээс хамгаалан тасалгааны температурт 6 сар хадгалан хэрэглэнэ.

д. Савх модонд хөвөн ороож бамбар бэлтгэнэ. Үүнийг хуруу шилэнд хийж бэглөөд ариутгана.

Антибиотикийн мэдрэмжийг тодорхойлох сорилыг үйлдэх дараалал

Нянгийн цэвэр өсгөврөөс гогцоогоор авч шөлөнд тарьж 35° -т 4—6 цаг өсгөсний дараа стандартын булингатай харьцуулна. Ингэж харьцуулахдаа хуруу шил тус бүрийн ард цагаан цаас барьж харах хэрэгтэй. Мөн шингэрүүлсэн шөлөн өсгөврийг ариун шөлтэй харьцуулна.

Дараа нь ариун бамбараа шөлтэй өсгөвөрт дүрж илүүдлийг шилний хананд шахан үлдээгээд бамбараа аягатай тэжээлт орчинд 60° -ийн өнцөг үүсгэн барьж гадаргуу дээр нь 3-аас доошгүй жигд түрхэнэ. Тэжээлт орчноо таглаатай нь тасалгааны температурт бага зэрэг хатаана.

Антибиотикийн дискийг ариун хямсаагаар авч хооронд нь 2—3 см-ийн зайтай, аяганы ирмэгээс 15 мм дотогш байхаар байрлуулна. Тавьсан дискний дээрээс ариун зүүгээр бага зэрэг дарна. Нэг аягатай тэжээлт орчинд долоогоос илүү дискийг байрлуулахгүй. Гэхдээ нэг дискийг төвд нь бусдыг тойруулан байрлуулахад тохиромжтой.

Хоногийн дараа бактер үржээгүй ариун бүсний диаметрийг мм-ийн хувиартай шугамаар аяганы тагийг нээхгүйгээр хэмжинэ. Хэрэв тэжээлт орчинд гэрэл муу нэвтэрч ариун бүсний хэмжээ сайн мэдэгдэхгүй байвал өсгөгч линз хэрэглэн хэмжинэ.

Нянгийн өсөлт зогссон эцсийн цэг буюу нянгийн үржилт эхэлсэн захыг харж хэмжинэ. Гэвч үүнд дараах 3 зүйл хамаарахгүй.

а. Сульфаниламид, ко-тримаксазолын мэдрэмжийг тодорхойлох үед ариун бүсийн дунд сулавтар үржилт ажиглагдана. Түүнийг тооцохгүй.

б. Пенициллиний эсрэг пенициллиназ ялгаруулдаг стафилококк ариун бүсийн хязгаарыг тогтооход нөлөөлдөг. Энэ үед тэсвэртэй гэдэг хариуг өгч алдаа гаргаж болохгүй юм. Ийм учраас мэдрэг хяналттай харьцуулах нь чухал.

в. Протейн төрлийн бактер тарж үржээд ариун бүсийг зөв тогтооход саад хүргэвэл түүний үржлийг тооцохгүйгээр бүдэг бүсний хэмжээгээр тогтооно.

Ариун бүсний хэмжээг шугамаар хэмжиж байгаа тохиолдолд шугамны хуваарь нь антибиотикийн мэдрэмжийн чанар тодорхойлох шалгуур өсгөврийн ариун бүсний хүрээтэй тохирох адил мм-тэй байх нь зүйтэй.

Антибиотикт мэдрэг чанар тодорхойлох шууд, шууд биш сорил

Цэвэр өсгөвөр гарган авч антибиотикт мэдрэг чанар тодорхойлох аргыг шууд биш сорил гэнэ.

Хариуг түргэн гаргах шаардлагатай үед (шээс, цусан өсгөвөр, идээнээс авсан материал г.м) эмгэг материалыг стандартад тохируулан тарьж антибиотикт мэдрэг чанарыг тодорхойлж болох юм. Энэ үед уг материалаас дан цэвэр, өсгөвөр ялгарвал шууд биш аргаас 24 цагийн өмнө дүнг гаргах сайн талтай. Үүнийг шууд сорил гэнэ. Хэрэв холимог өсгөвөр байвал шууд арга нь алдаатай дүгнэлтэнд хүргэж болох учир цэвэр өсгөвөр гаргасны дараа үр дүнг нь дахин давтаж шууд биш аргаар тодорхойлж өгөх хэрэгтэй.

ЧАНАРЫН ХЯНАЛТ-Антибиотикт мэдрэг чанарыг тодорхойлохдоо өсгөврийг хэт шигүү тарих, бичил биетэн бүрт тохирох температурт өсгөвөрлөхгүй, тэжээлт орчны чанарт хяналт тавиагүйгээс антибиотикийн дискний хэмжээ дутмаг зэргийг тогтмол хянаагүй байвал чанарын алдаа гарч болох учир эцсийн дүнгээ гаргахын өмнө заавал чанарын хяналт тавих нь чухал юм.

Антибиотикийн мэдрэг чанарыг тодорхойлох Кирби-Бауэрийн загварчилсан аргын нэг сайн тал нь тусгай омгоор шинжилгээний чанарт тавих хяналт юм.

Шинжилгээний ажил зөв болж байгаа эсэхийг хяналтын бичил биетэн дээр туршихад үүссэн ариун бүсийн хэмжээг хүснэгт 1-д, антибиотикт мэдрэмтгий байдлыг тодорхойлоход ашиглах ариун бүсний хэмжээг хүснэгт 2-д үзүүлээ.

(К—В)-ын загварчилсан аргыг дэлхийн олон орны лабораторт хэрэглэсэн дүгнэлтээс үзэхэд эмчилгээнд сайн үр дүнтэй болохыг тогтоожээ. Хэрэв хяналтын омгоор шалгахад ариун бүсний хэмжээ багас-

вал ямар нэгэн техник алдаа байна гэж үзээд алдаагаа олж засах хэрэгтэй.

Нянгийн стандарт лавлах омгийг хэрэглэн чанарын хяналт хийхдээ эмгэг материалаас ялгасан 5 өсгөвөр бүртэй зэрэгцүүлэн хяналт тавих хэрэгтэй. Антибиотикт мэдрэмжийг тодорхойлоход хэрэглэдэг тэжээлт орчинг шинээр бэлтгэн, антибиотикийн дискийг шинээр хэрэглэх үед заавал чанарын хяналт хийх шаардлагатай. *staphylococcus aureus* (ATCC 25923) *Escherichia coli* (ATCC 25922) *Pseudomonas aeruginosa* (ATCC 27853) зэрэг стандарт омгийг чанарын хяналтанд хэрэглэнэ.

Өдөр тутмын хяналтанд ашиглах омгийг хатуу тэжээлт орчинд тарьж хэрэглэх бөгөөд 2 долоо хоног тутам шинэчлэн хөргөгчид хадгална.

Чанарын хяналтыг үйлдэхдээ стандартын омгийг шөлөнд тариад үүнээсээ аяганд зурааслан тарьж 24 цагийн өсгөврөөс нэг колони авч өмнө өгүүлсэн ёсоор антибиотик мэдрэмжийг тодорхойлно.

Үүнд: шөлөн дэх өсгөврөө бэлтгэн хатуу тэжээл дээр тарьж дискэнааж нэг хоног өсгөврөлөөд омгийн үржлийг саатуулсан ариун бүсний диаметрийг хэмжин хүснэгт 1-д заасан мм-тэй харьцуулна. Хэрэв хүснэгтэд байгаа хэмжээнээс их зөрүүтэй байвал техник алдаагаар тайлбарлаж болохгүй. Учир нь хяналтын өсгөвөрт гэнэт өөрчлөлт орж болох юм. Ингэвэл шинэ омог авч алдааны эх үүсвэрийг олох нь чухал.

Хүснэгт I

Хяналтын бичил биетний үүсгэх ариун бүсийн диаметр
(Кирби-Бауэркийн загварчилсан арга)

Антибиотикууд	Дискийн чадал мкг (нэгж)	Үүсгэх ариун бүсийн диаметр мм-р		
		<i>St. aureus</i> ATCC 25923	<i>E. coli</i> ATCC 25922	<i>P. aeruginosa</i> ATCC 27853
Амикацин	30	20-26	19-26	18-26
Ампициллин	10	27-35	16-22	
Карвенцилин	100		23-29	18-24
Сефалотин	30	29-37	17-21	
Хлорамфеникол	30	19-26	21-27	
Клиндамицин	2	23-29		
Коллестин	10		11-15	
Эритромицин	15	22-30	8-14	
Гентамицин	10	19-27	19-26	16-21
Канамицин	30	19-26	17-25	
Нитрофурантон	300	20-24	21-26	
Оксациллин	1	21-26		
Пенициллин	10 ед	26-27		
Подмиксин В	300	7-13	12-16	
Стрептомицин	10	14-22	12-20	
Сульфизоксазол	300	24-34	18-26	
Тетрациклин	30	19-28	18-25	19-25
Тобрамицин	10	19-29	18-26	
Триметоприн	5	21-28	21-28	
Триметоприн-сулфаметоксазол	25	24-32	24-32	

Антибиотикт мэдрэмтгий байдлыг тодорхойлоход
ашиглах ариун бүсийн хэмжээ

Эмчилгээнд хэрэглэгдэх антибиотик	Дискийн нэгж	Нянгийн үржилтийг саатуулсан бү- сийн диаметр (мм)		
		тэсвэртэй	дунд зэрэг мэдрэг	мэдрэг
Амикасин	10 мкг	11-ээс бага	12-13	14-өөс их
Ампициллин				
Гэдэсний грам сөрөг нян	10 мкг	11-ээс бага	12-13	14-өөс их
Стафилококк ба пеницил- лин ж-д мэдрэг бичил				
биетэн	10 мкг	20-с бага	21-28	29-өөс их
Хемофилусын омог	10 мкг	19-өөс бага	9-12	13-аас их
Бацитрацин	10 ед	8-аас бага	9-12	- " -
Карбенициллин энтеробак- рууд	100 мкг	17-оос бага	18-22	23-аас их
Псевдомонас аэрогноза	100 мкг	13-аас бага	14-16	17-оос их
Сефалотин	30 мкг	14-өөс бага	15-17	18-аас их
Хлорамфеникол	30 мкг	12-оос бага	13-17	- " -
Клиндамицин	2 мкг	14-өөс бага	15-16	17-оос их
Колистин	10 мкг	8-аас бага	9-10	13-аас их
Ко-тримоксазол	25 мкг	10-аас бага	11-15	16-аас их
Эритромицин	15 мкг	13-аас бага	14-17	18-аас их
Гентамицин	10 мкг	12-оос бага	13-14	15-аас их
Канамидин	30 мкг	13-аас бага	14-17	18-аас их
Мегитиллин	5 мкг	9-өөс бага	10-13	14-өөс их
Неомицин	30 мкг	12-оос бага	13-16	17-оос их
Оксициллин	1 мкг	10-аас бага	11-12	13-аас их
Пенициллин Ж стафилококк	10 ед	20-оос бага	21-28	29-өөс их
бусад бичил биетэн	10 ед	11-ээс бага	12-21	22-оос их
Полимиксин В	300 ед	8-аас бага	9-11	12-оос их
Стрептомицин	10 мкг	11-ээс бага	12-14	15-аас их
Сульфанамид	300 мкг	12-оос бага	13-16	17-оос их
Тетрациклин	30 мкг	14-өөс бага	15-18	19-өөс их
Тобрамицин	10 мкг	11-ээс бага	12-13	14-өөс их
Ванкомицин	30 мкг	9-өөс бага	10-11	13-аас их

Г. ПҮРЭВ, С. ХИШИГТ

ЖИРЭМСНИЙ ЯВЦЫГ «ГРАВИДОГРАММ» ХӨТЛӨН ХЯНАДАГ ТУРШЛАГА

МАХН-ын Төв Хороо, БНМАУ-ын Сайд нарын Зөвлөлийн 1979 оны „Эх, хүүхдийн эрүүл мэндийг хамгаалах ажлыг цаашид сайжруулах арга хэмжээний тухай“ тогтоолд эх, хүүхдийн эрүүл мэндийг хамгаалах ажилд орчин үеийн анагаах ухааны ололт, ЗХУ, социалист бусад орны болон өөрийн тэргүүний байгууллага, хүмүүсийн тэргүүн туршлага, шилдэг арга барилыг практикт бүтээлчээр нэвтрүүлэхийг чухалчлан заасан билээ.

Манай хот, хөдөөгийн эмнэлэг урьдчилан сэргийлэх байгууллагууд жирэмсний хяналтын чанарыг сайжруулан жирэмсний хүндрэл ялангуяа жирэмсний хожуу үеийн хордлогыг бууруулах, түүнийг эрт үед нь илрүүлэх, төгс эмчлэх нь эх, хүүхдийн эндэгдлийг бууруулахад ихээхэн ач холбогдолтой юм.

Энэ зорилтыг хэрэгжүүлэхийн тулд ЗХУ-ын Москва хотын Эх, хүүхдийн эрүүл мэндийг хамгаалах эрдэм шинжилгээний төв институтын жирэмсний явцыг „Гравидограмм“ хөтлөн хянадаг туршлагыг хот, аймгийн төвийн эмэгтэйчүүдэд зөвлөлгөө өгөх газар, хэсэг, сум дундын эмнэлгийн үйл ажиллагаанд бүтээлчээр нэвтрүүлэх нь зүйтэй байна.

Уг туршлагыг нэвтрүүлэхдээ онцгой хяналтад байх жирэмсэн эхчүүдийн картанд „гравидограмм“-ын хүснэгтийг хавсарган, хүснэгтийг асуултын дагуу үзэх бүрдээ бөглөн тэмдэглэж хянана.

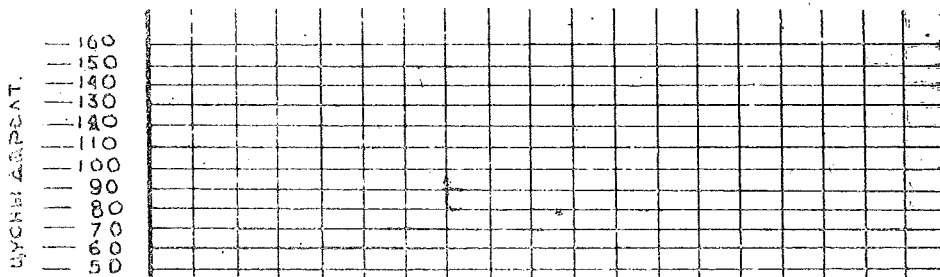
Ой, сар, өдөр																																							
Долоо хоног.	4-5	6-7	8-9	10-11	12-13	14-15	16-17	18-19	20-21	22-23	24-25	26-27	28-29	30-31	82-83	84-85	86	87	88	89	90-3																		
Гемоглобин.																																							
Шээсэнд уураг																																							
СЭХЭР	ШЭЭСЭНД																																						
	ЦУСАНД																																						
ТНТЭ	Rh																																						
	ABO																																						
ЦУСНЫ БҮЛЭГ.																																							
RW																																							
XГ ЭСТРИОЛ																																							

Гравидограммын хүснэгтийн он, сар, өдөр гэсэн шугаманд үзсэн сар, өдрөө, жирэмсний хугацаатай тохирох босоо шугаманд бичнэ.

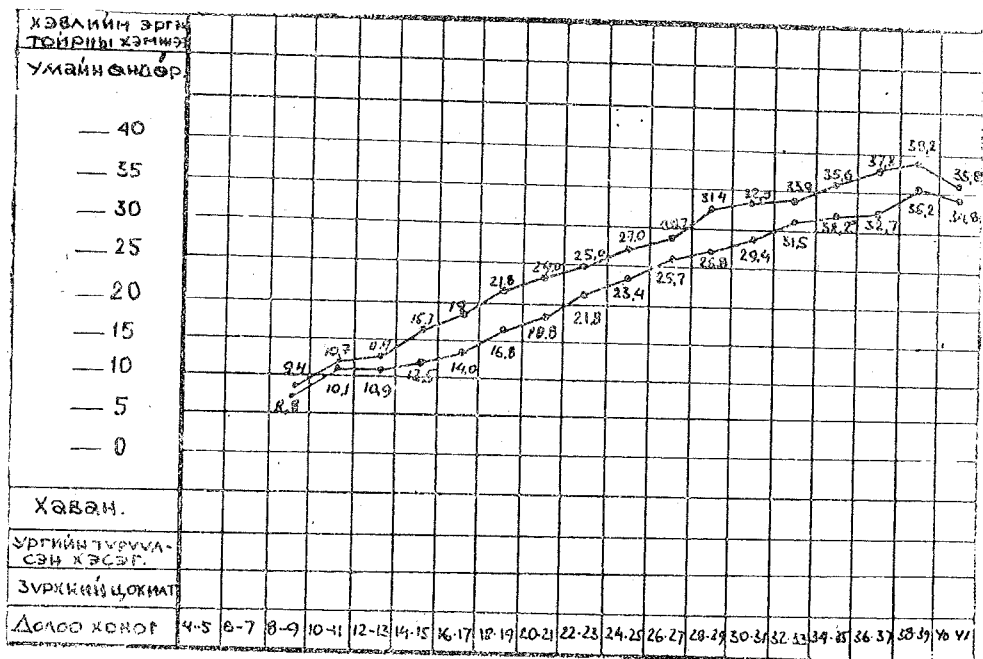
Цус, шээсний ерөнхий шинжилгээ хийсэн тохиолдол бүрийн цусны гемоглобин, шээсэн дэх уургийн хэмжээг шинжилгээ хийсэн үеийн хугацааны шугаманд тоогоор тавьж тэмдэглэнэ.

Жирэмсэн эхийн цусны бүлгийг үзэж төлөрхөлдөхөөс гадна цусанд вессерманы шинжилгээг жирэмсний эхний үед болон II үед хийж хүснэгтэд тэмдэглэнэ.

Сум дундын эмнэлэгт бол жирэмсэн эмэгтэйн цусыг хатааж (тусгай зааврын дагуу) аймгийн арьс өнгөний диспансерт явуулан хариу авах журмаар уг шинжилгээг хийнэ.



Жирэмсэн эхийг үзэх бүрдээ цусны даралтыг хоёр гарт нь хэмжиж тод улаан өнгөөр, мөн хэвлийн эргэн тойрныг хэмжиж хүснэгтийн зохих шугаманд тэмдэглэнэ.



Гравидограммын хүснэгтэд хэвийн явцтай жирэмсний умайн ёроолын өндрийн дээд доод хэмжээг жирэмсний хугацаагаар урьдчилан гаргасан цэгүүдийг зураасаар холбон зурсан байна.

Тухайн жирэмсэн эхийн умайн ёроолын өндрийг үзэх бүрдээ хэмжиж хүснэгтийн тохирох шугаманд өөр өнгөөр бичиж тэмдэглэнэ.

Биеийн хаван, хэвлий дэх ургийн байрлал, ургийн зүрхний цохилтыг тодорхойлж хүснэгтэд бичнэ.

Жирэмсэн эхийн биеийн жинг тогтмол хэмжиж нууц хаванг илрүүлэхийн тулд 55 кг-аас бага бол хүснэгт 4,56—74 кг бол хүснэгт 5, 75 кг-аас дээш бол хүснэгт 6-г тус тус ашиглана.

Уг хүснэгтэд жирэмсний хугацаанд нэмэгдэх биеийн жингийн дундаж нормыг урьдчилан тооцож зурсан байна.

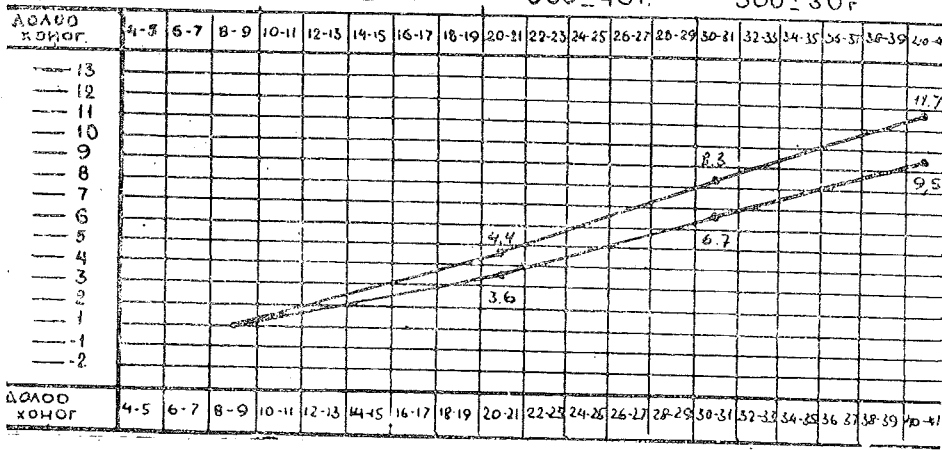
БИЕИЙН ЖИН < 55 кг. ЖИРЭМСНИЙ ХУГАЦААНД НЭМЭГДЭХ ЖИНГИЙН ДУНДАЧ НОРМ.

9.5-11.7 кг.

20 Δ/х хүртэл
400 ± 40 г.

21-30 Δ/х
360 ± 40 г.

31-40 Δ/х.
300 ± 30 г.



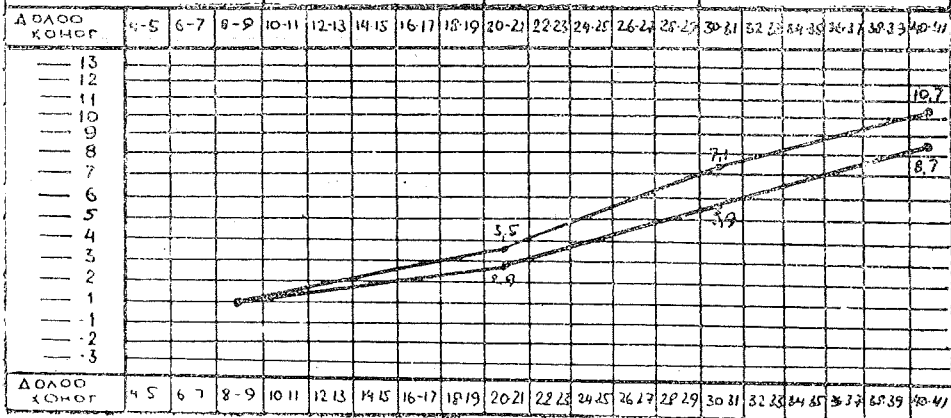
БИЕИЙН ЖИН 56-74 кг. ЖИРЭМСНИЙ ХУГАЦААНД НЭМЭГДЭХ ЖИНГИЙН ДУНДАЧ НОРМ.

8.7-10.7 кг.

20 Δ/х хүртэл.
300 ± 30 г.

21-30 Δ/х
330 ± 40 г.

31-40 Δ/х.
340 ± 30 г.



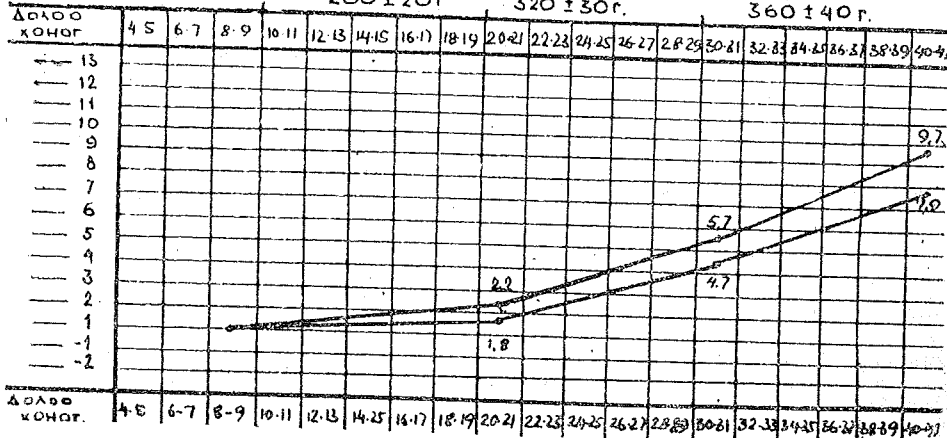
БИЕИЙН ЖИН > 75 кг. ЖИРЭМСНИЙ ХУГАЦААНД НЭМЭГДЭХ ЖИНГИЙН ДУНДАЧ НОРМ.

7.9-9.7 кг.

20 Δ/х хүртэл.
200 ± 20 г.

21-30 Δ/х.
320 ± 30 г.

31-40 Δ/х.
360 ± 40 г.



Хүснэгтэд жирэмсэн эхийн биеийн жин нэмэгдэх байдлыг жирэмсний эхний 3 сарын доторх хугацааны жинг 1 кг гэж тэмдэглэснээс эхлэн жингийн хэлбэлзлийн дээд доод хэмжээг хүснэгтэд урьдчилан тэмдэглэж эмчийн үзэх үед байсан нэмэгдсэн жинг тохирох хугацааны шугаманд нь өөр өнгөөр тэмдэглэж хянана.

Онцгой хяналтанд байгаа жирэмсэн эхчүүдэд „графикодиаграмм“ хэтлөн жирэмсэн эхийн цусны даралт, биеийн жин, хэвлийн эргэн тойрон, умайн ёроолын өндөр, цусны гемоглобин, шээсэн дэх уураг, эхийн хэвлий дэх ургийн зүрхний цохилт, байрлал зэрэгт нарийн хяналт тавьж ажигласнаар жирэмсний эмгэг, хүндрэлийг эрт илрүүлэн эмчлэх урьдчилан сэргийлэх боломжтой болно.

И. ДАВААДОРЖ

ОТРЫН МАЛЧДАД НҮҮДЛИЙН БРИГАД ҮЙЛЧИЛЖ БАЙГАА НЬ

Оторт байгаа малчдад нүүдэллэн очиж эмнэлгийн тусламж үзүүлэх талаар ЗХУ ихээхэн туршлага хуримтлуулжээ. Энэ нь хөдөөний хүн амд эмнэлгийн төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн тусламжийг дөхөм бэлгөхөд чухал үүрэгтэй юм.

Район, мужийн эмчлэн сэргийлэх байгууллагууд эмнэлгийн тоног төхөөрөмж, боловсон хүчнээр жил ирэх тутам хангагдаж байгаа нь хөдөөний хүн амд нүүдлийн хэлбэрээр үйлчлэх боломжтой болжээ. Жишээ нь: Карочаевс-Черкесст үйлчилдэг мужийн эмнэлэг (1982 оны эцэст 850 ортой), Воршиловградын үйлдвэрүүдэд үйлчлэх нүүдлийн 2 амбулатори, рентгенофлюорграфийн 2 төхөөрөмж, өндөр хүчин чадалтай тусгайлан тоноглогдсон автомашинаар хангагдсан байна.

Арзан хоёр мянган хүн амтай Приэльбрусийн отрын малчдад их эмчийн 2 салбар, бага эмчийн 18 салбар байнга үйлчилж байна. Төвөөс алслагдсан иймэрхүү срон нутагт нарийн мэргэжлийн эмч нарын бригадыг графикаар тогтмол ажиллуулдаг ажээ.

Эмч нарын нүүдлийн бригадууд нь Черкес хотын эрүүлийг хамгаалах хэлтэс, мужийн эмнэлэг, төвийн районы эмнэлгүүдэд төвлөрдөг. Эднийх одоогоор ийм 10 гаруй бригадтай болжээ.

Черкес хотын эрүүлийг хамгаалах хэлтэс, мужийн эмнэлэг, мэргэжлийн эмч нарын нүүдлийн үйлчилгээний графикийг зохиохдоо уг газарт районы мэргэжилтнүүд хэдэн удаа, ямар хугацаагаар үйлчлэхийг нарийн төлөвлөдөг байна.

Тус мужийн эмчлэн сэргийлэх байгууллагууд нүүдлийн бригадын үйлчилгээг 1980 онд 201, 1982 онд 204 удаа тус тус зохион байгуулж, малчдад тусламж үзүүлжээ. Эднийхэн сүүлийн жилүүдийн турш бригадын бүрэлдэхүүнийг олон хузилбараар зохион байгуулж үзсэн боловч хамгийн тохиромжтой бүтцийг одоо хүртэл тогтоож чадаагүй байгаа аж.

Одоохсндоо бригад бүхэнд дотор, шүд, эх барих эмэгтэйчүүд хүүхэд, ариун цэврийн эмч нарыг заавал оролцуулж байна. Эдгээр мэргэжилтэн нь муж, район, хотын эмнэлгүүд, диспансер АЦХС станцад ажиллагчдаас томилогдож байна. Гэвч тухайн шаардлагаар бусад нарийн мэргэжлийн эмч нарыг оролцуулдаг байна.

Нүүдлийн бригадаар ажиллах төлөвлөгөө график гаргахын хамт уг бригадад ажиллах эмч мэргэжилтний нэрсийн жагсаалтыг сар бүр гаргаж районы ерөнхий эмчээр батлуулан бригадын гишүүн бүхэнд эртнээс мэдээлдэг байна.

Бригадын үйлчилгээний үр дүн нь уг ажлыг хэрхэн зохион байгуулсан, бригадын гишүүдийн сахилга, хариуцлага, тээврийн хэрэгс-

лийн техникийн байдал, хээрийн нөхцөлд хүн амыг үйлчлэх арга ажиллагааг хэрхэн эзэмшсэнээс бүрэн хамаарна. Хаана, хэдийд, хичнээн хугацаагаар бригадыг ажиллуулах асуудлыг тухайн орон нутгийн нөхцөл байдалтай холбон үзэж шийдвэрлэдэг. Ихээхэн алслагдсан нутагт цөөн хоногоор явах нь тохиромжгүй гэж үздэг байна.

Приэльбруст зуны цагт ч сэрүүхэн, үргэлж борсотой тэр ч байтугай заримдаа 6,7-р сард цас ордог байна. Иймээс бригадын гишүүн бүр очих газрын байдалд тохируулж бэлтгэлээ сайн хангах шаардлагатай болдог байна. Бригадыг мужийн эрүүлийг хамгаалах хэлтсийн зааварлагч, районы ерөнхий эмчийн орлогч, эсвэл зохион байгуулах ажилд дадлагажсан дотрын эмчийн аль нэгээр удирдуулдаг ажээ.

Тэд очсон газрын эмнэлгийн байгууллага, аж ахуйн удирдлага, зоотехникч, малын эмч нартай холбоотой ажилладаг. Нүүдлийн бригадын ажлын чухал хэсэг бол урьдчилан сэргийлэх арга хэмжээ мөн. Бригадын ажлын үр дүн нь аж ахуйн мэргэжилтэн, удирдах ажилтнуудтай хэр зэрэг уялдаа холбоотой ажилласан, графикаа хэр зэрэг баримталсан, эмнэлгийн багаж, тоног төхөөрөмж, эм, боох материал, унаа хөсгөөр хэрхэн хангагдсанаас ихээхэн шалтгаалдаг байна.

Мужийн эмнэлгийн нүүдлийн амбулаторийн бүрэлдэхүүнд дотор, эх барих эмэгтэйчүүд, нүд, мэс засалч, нүдний мэргэжлийн эмч нар ордог байна. Тэд энцын шаардлагагүй үед хүмүүсийг ажлаас нь хөндийрүүлэхгүйгээр үзлэг хийхийг хичээдэг байна. Гэвч тэр болгоныг отрын бэлчээрт бүрэн шинжилж, эмчлэх бололцоогүй учир фермийн эрхлэгч, удирдах хүмүүст уг асуудлыг урьдчилан танилцуулж, тэр хүн шинжилгээ хийлгэж эмчлүүлэх, зөвлөлгөө азахад барагцаалбал хичнээн хугацаа шаардлагатайг бригадын эмч нар хэлж өгдөг байна. Хэрэв ажлаа сайн зохион байгуулж чадвал отрын нөхцөлд амбулаторийн жинхэнэ нарийн мэргэжлийн үзлэгийг хийж, зохих тусламжийг үзүүлж болдог байна.

Ариун цэвэр гэгээрлийн ажлыг зохиохдоо бруцеллез, боом, сүрьеэ, бусад халдварт өвчнөөс сэргийлэх ажлыг онцлон анхаардаг байна. Мал аж ахуйн ферм бүхэн жижиг эмийн сантай учир бригадын эмч нар хөдөө аж ахуйн ажилтан бүрийг эмийг зөв хэрэглэж сургахыг хичээдэг байна.

Ариун цэвэр гэгээрлийн ажилд зориулж леки, зурагт хуудас, үзүүлэнгээр бригадыг хангадаг. АЦХС-ын станц, их бага эмчийн салбараас ариун цэвэр, халдвар судлалын талаар зохиож байгаа ажлыг шалгаж, ажилд нь тусалдаг байна.

Дээрх туршлагаас үзэхэд оторч малчдад үйлчилдэг төгийн районы эмнэлэг нь зүрхний цахилгаан бичлэг хийх аппарат, флюорограф, лаборатор, шүдний болон эх барих эмэгтэйчүүдийн тусгай төхөөрөмж бүхий нүүдлийн амбулатортэй байх шаардлагатай байна.

Ийм амбулатори нь малчдыг үндсэн ажлаас нь хөндийрүүлэхгүйгээр эмнэлгийн нарийн мэргэжлийн тусламж үзүүлэх, урьдчилан сэргийлэх үзлэг хийх боломжийг бүрдүүлдэг байна.

Эмнэлгийн ийм хэлбэрийн тусламжийг хөдөө нутгийн аль ч хэсэгт зохион байгуулж болсх юм.

ЭХД-ны ажилтан Ө. СМБОРГАГАА

АРИУН ЦЭВЭР ГЭГЭЭРЛИЙН АЖЛЫГ ҮР НӨЛӨӨТЭЙ БОЛГОХОД АНХААРЪЯ

Намаас социалист аж төрөх ёсыг туйлын өргөн хүрээнд хэвшүүлэн тогтоох зорилтыг хэрэгжүүлэхэд хүн амын соёлын түвшин, ялангуяа ариун цэвэр-эрүүл ахуйн соёлыг эрс дээшлүүлэх зорилтыг дэвшүүлсэн билээ.

Хүн амыг элдэз өвчин эмгэгээс урьдчилан сэргийлэхэд чиглэсэн энэхүү нэгдмэл арга хэмжээний дотор манай нийгмийн гишүүн бүрд эрүүл мэндээ сахин хамгаалах арга барил эзэмшүүлж, амьдралд нь хэвшүүлэн, заншуулах чухал хэрэглүүр болсон ариун цэвэр-гэгээрлийн ажил чухал нөлөөтэй юм.

Ариун цэвэр гэгээрлийн ажлын үндсэн зорилт нь хөдөлмөрчдөд эрүүл ахуйн мэдлэг, хүмүүжил, дадал олгох, хүн амыг эрүүлжүүлэх ажилд олон нийтийг татан оролцуулж, хөдөлмөрчдийн ариун цэврийн соёлыг байнга дээшлүүлэн, эрүүл мэндээ хамгаалахад мэдлэг, ухамсартай хандах бодит боломжийг бүрэлдүүлэн тогтооход оршино.

Одоо манай эмнэлэг, урьдчилан сэргийлэх байгууллагын эмч, мэргэжилтэн нар үйлдвэр, албан газар, орон сууц гудамжинд эрүүл ахуйн мэдлэг олгох суртал нэвтрүүлгийн ажлыг өргөн зохиож байна.

Улсын ариун цэвэр гэгээрлийн ордны арга зүйч эмч нар Найрамдалын районы эмнэлэг, ариун цэврийн станцын эмч нартай хамтран Найрамдалын районы дэвсгэр нутаг дахь эмнэлгийн байгууллагуудаас зохиож байгаа ариун цэвэр гэгээрлийн ажлыг үзэхэд, ихэнх эмнэлгийн байгууллагууд ариун цэвэр гэгээрлийн кабинеттай болж, түүнийгээ тохижуулан, сурталчилгааны хэрэгсэл, үзүүлэнгээр баяжуулан ажиллаж байна.

Гэвч ариун цэвэр гэгээрлийн ажлыг эрүүл ахуй, ариун цэвэр, соёлжилтын талаар хүн амд мэдлэг дадал олгон хэвшүүлэхэд социалист аж төрөх ёстой хослуулах, амьдрал ахуйдаа хэвшүүлэхүйцээр үр нөлөөтэй хийж чадахгүй байна.

Учир нь системт сургалт тэгтмолжоогүй, үр нөлөө, чанар сайн биш, программдаа эрүүл ахуй, соёлжилтын сэдвийг бүрэн тусгаагүй, бодит ба бодит биш үзүүлэн дутмаг зэргээс ихээхэн шалтгаалж байгаа бөгөөд үзүүлэхээр ирж байгаа болон хэвтэж байгаа өвчтөнүүдэд тогтмол сурталчилгаа хийдэггүй ханын сонин, зурагт хуудас, санамж, зөвлөмж зэрэг сурталчилгааны материал, асуулт хариултын булан зэргийг зүй зохистой хүртээмжтэй хэрэглэхгүй байна.

Орон сууц гудамжны хөдөлмөрчдийн дунд зохиох ариун цэврийн ажлыг тухайн нөхцөл байдлын нарийн судалгаа хийж, дэс дараатай хийхийн оронд хэлбэрдэх төлөрхой тооцоо, судалгаагүй хийдэг нийтлэг дутагдал байна. Иймд гол нь системт сургалтыг эмнэлэг бүр мэргэжлийнхээ онцлогт тохирсон эрүүл ахуй, соёлжилт, урьдчилан сэргийлэх сэдвээр төлөрхой үзүүлэн бодит байдал дээр, хялбарчлан ойлгуулах арга ажиллагааг эмч, ажилчид эзэмших ёстой болж байна. Эмнэлгийн дунд мэргэжилтэн нарын эрүүл ахуйн мэдлэг, дадлыг нь тогтмол дээшлүүлж, өдөр бүр өвчтөнд амьдрал ахуйдаа хэвшүүлэн занших сурталчилгааг хийх хэрэгтэй байна. Эмнэлгийн хэсэг, тасаг бүр сурталчилгааны ба асуулт, хариултын булантай байж түүнийгээ тогтмол шинэчилдэг, сурталчилгааг хүмүүсийн нас, хүйс, боловсролын байдалд тохируулан сонгон авч ялангуяа биет үзүүлэнг өргөн хэрэглэж байх нь ашигтай юм.

Орон сууц гудамжинд хийх ариун цэвэр гэгээрлийн ажлыг хэсгийн ахлагч, улаан загалмайн бүлэг, эмэгтэйчүүдийн ба ахмадын зөвлөл, ариун цэврийн комисс зэрэг олон нийтийн байгууллагатай хамтарч хийх нь үр нөлөөтэй байдаг.

Ер нь ариун цэвэр гэгээрлийн ажлыг төлөвлөх, судалгаа, тооцоо, дүгнэлт гаргахдаа гаргасан зааварчилга, гарын авлага зэргийг ашиглан тохирсон арга зүйг баримтлан хийх нь чухал байна.

Арга зүйч эмч Л. БАЯРАА

МӨНХ ДУРСАГДАХ АЧТАНУУД

Монголын ард түмний эрх чөлөө, тусгаар тогтнолоо хамгаалах болон шинэ эдийн засаг, соёлоо бүтээн байгуулах үйлсэд Зөвлөлтийн хүмүүсийн байгуулсан баатарлаг гавьяа манай ард түмний сэтгэл зүрхэнд үүрд дурсагдаж байдаг билээ. Монголын ард түмний эрх чөлөө, тусгаар тогтнолын төлөө Халх голын тулалдаанд Зөвлөлтийн олон мянган цэрэг офицерүүд халуун амь, бүлээн цусаа урсган тулалдаж явсан юм.

МАХН-ын Төв Хорооны Ерөнхий нарийн бичгийн дарга, БНМАУ-ын Ардын Их Хурлын Тэргүүлэгчдийн дарга Ж. Батмөнх „Халхын голд байгуулсан хамтын ялалт нь аугаа их Ленин, монголын хувьсгалын удирдагч Сүхбаатар нар бат бэх үндсийг нь тавьсан Монгол-Зөвлөлтийн найрамдлын түүхэнд гандан бууршгүй хуудас болж . . . Энэ ялалт манай хоёр ард түмний ленинч найрамдал, манай зэвсэгт хүчнүүдийн дайчин холбоо ялагдашгүй хүчтэйг тод томруун харуулсан билээ“ (11) гэж онцлон тэмдэглэсэн юм. Халхын голд байгуулсан Монгол Зөвлөлтийн хамтын ялалтыг ЗХУКН, МАХН зоригжуулан зохион байгуулсан юм. Энэ байлдаанд коммунистууд баатарлаг зориг, хувийн үлгэр жишээгээр цэрэг, олон түмнийг зоригжуулж, тулалдааны тэргүүн эгнээнд ямагт явж байз (10).

Дайны үед Зөвлөлтийн эмч профессор М. Н. Ахутин, А. А. Вишнеvский, А. А. Еланский, Г. В. Мазин, И. К. Мурашев, П. Г. Чунтомов, Н. А. Анисимова, Б. И. Тойся нарын олон эмч хүнд бэрх нөхцөлд өдөр шөнөгүй ажиллаж, манай олон арван дайчдын амь насыг аварч байлаа. (1,6—7)

„Зөвлөлт монголын армийн хамтарсан их хүч Японы квантуны армийн хүчийг бут ниргэсэн ах дүү армийн баатарлаг тэмцлийг санаж байна. Маршал Х. Чойбалсан, Ю. Цэдэнбал нарын удирдлагаар БНМАУ-ын засгийн газар, бүх ард түмний идэвхтэй дэмжлэг, Эрүүлийг хамгаалах Яамны сайд Шинин, орлогч сайд Г. Туваан, Эрүүлийг хамгаалах яамны зөвлөгч Певзнер, ЗХУ-аас Монгол улсад суугаа элчин сайд И. А. Иванов нарын анхаарал халамж, зүтгэл оролцоотойгоор Зөвлөлт, монголын эмч нар бид фронтод бүх бололцоог шавхан дайчилж ажиллахыг эрмэлзсэн билээ“ (5) гэж их эмч Н. А. Анисимова дурсан бичсэн байна.

П. Г. Чунтомов 1939 оны Халх голын байлдааны үед 2000 ортой цэргийн госпиталыг Баянтүмэн (Чойбалсан хот), Өндөрхаан, Улаанбаатар хотод байгуулах бэлтгэл ажилд оролцжээ. (5) И. К. Мурашев Улаанбаатарт төв больницын мэс заслын тасгийн эрхлэгч эмчээр ажиллаж байгаад 1937 онд Японы милитаристуудаас манай зүүн хязгаарын Буландэрсээр цөмрөн ирэхэд Монгол цэргийн эмчээр ажиллаж гавьяат үйлс бүтээн 1938 он хүртэл Улсын төв больницод мэс заслын тасгийн эрхлэгчээр ажиллаж байгаад эх орондоо буцсан юм. 1939 онд Японы булаан эзлэгчид Халх голоср довтлоход Зөвлөлтийн улаан армийн эмчээр дахин ирж ажиллахдаа манай армийн олон байлдагчийг эмчилсэн юм. (5) „1939 оны 7-р сард буудлагын 82-р дивизийн бүрэлдхүүнд орсон эмнэлгийн батальоны үлгэр жишээч ажиллагааг зохион байгуулахад дарга Т. В. Колесниковоос гадна эмч И. М. Иванов, А. И. Островидов, В. Р. Нөшинский, Я. Г. Кравец, А. Ф. Иванов, И. А. Бульчев, Т. С. Демидова, бага эмч Дэлганова, Вафина Казакова, Шушарина Ногина, ариун цэврийн зааварлагч Корежанов, Долбин Кошелев нар эх оронч гавьяа байгуулсан юм“.

Дайны үед фронтын шугамаас 50—60 км зайтай хээрийн хөдөлгөөнт 1. 2-р госпиталь, Тамсагбулагт 12 тасагтай 1100 ортой госпиталь ажиллаж байжээ. (9).

Тамсагбулагийн госпитальд профессор М. Н. Ахутин, нэрт мэс засалч А. А. Вишневский нар ажиллаж байв. ЗХУ-ын дөрвөн удаагийн баатар маршал Г. К. Жуков дурдатгалдаа «Би профессор М. Н. Ахутинтай уулздаг байснаа сайн санаж байна. Нэг өдөр маш олон мэс засал хийж бараг хөл дээрээ тогтохгүй болтол тамардсан Ахутин өөрийнхөө цусыг авч нэг шархадсан даргад хий гэж тушаагаад байна гэж хүн надад илтгэсэн юм. Би Ахутинтай утсаар ярьж, арай залуу эмч нарын цусыг авч хийвэл яасан юм бэ? гэж зөвлөхөд таарах бүлгийн цус эрж байх зав надад даанч алга гэж профессор Ахутин хариулаад тэр даруй өөрөөсөө цус авахуулж шархадсан хүнд сэлбэж байсан билээ. Ахутин өдөрт 15—18 цаг ажиллахдаа мэс заслын эмч нарыг бэлтгэх ба мэргэжлийг сайжруулахад ихээхэн анхаардаг байлаа. Бас ах дүү монголын армийн эмнэлгийн ажилтан нарт их тус хүргэдэг хүн байв. Профессор М. Н. Ахутины дэргэд ажиллаж, түүгээр заалгаж сурсан хүмүүс мэс заслын уран чадварыг олж авсан байх гэж би бодож байна. Одоо зөвхөн манай орноор барахгүй гадаадад алдар нэрээ мандуулан цуурна-туулсан авъяас билэгт залуу мэс засалч академич А. А. Вишневский анх тэр хүний удирдлагын дөр өөрийн алдарт замыг эхэлсэн юм» (2) гэж бичсэн юм.

ЗХУ-ын социалист хөдөлмөрийн баатар, Лениний болон төрийн шагналт, нэрт мэс засалч, академич А. А. Вишневский халх голын байлдааны үед ажиллаж байхдаа шарх, гэмтлийн үеийн өвдөлтийн эсрэг мэдээ алдуулалт хийх, хамгийн энгийн, хамгийн тохиромжтой эрчимтэй аргыг боловсруулсан ба түүнчлэн шархыг түргэн эдгэрүүлэх, халдваргүйжүүлэх, нянгийн үржил эсэргүүцэх үйлчилгээтэй «Вишневскийн тос»-ыг чадамгай хэрэглэж их үр дүнд хүрсэн байна. (3,8).

Халх голын дайнд оролцсон Зөвлөлтийн нийт дайчид, алдарт эмч нарын нэр их хөдөлмөр, гавъяат үйлс, ачит сайхан тусламжийг манай ард түмэн өндөр үнэлж ашид мөнх дурсаж байдаг юм.

«Японы империалистууд... БНМАУ-ын эсрэг түрэмгийлэлдээ бактериологийн зэвсэг хэрэглэх зорилгоор Манжуур дахь армийнхаа дотор тусгай отрядууд байгуулан удаа дараа Монголын хил орчмын мал, ус бэлчээр, өвс тэжээлийн байдлыг тагнан судалж, хурц халдварт өвчний бактери, вирусийг үржүүлж байснаар үл барам БНМАУ-д халдварт өвчин дэлгэрүүлэхийн тулд Монгол хүний цусны бүтэц, өвчин даах чанарыг шинжлэн турших ажлыг зориуд хийж байсан нь хожим нь илэрсэн юм» (12).

Зөвлөлт монголын алдар гавъяат дайчид манай шударга үйлсийн төлөө амь бие хайргүй тулалдаж байсан Халхын голын нутаг өнөөдөр ах дүү хоёр ард түмний өнөө үеийнхний бүтээн байгуулах хөдөлмөрийн талбар болоод байна.

Ч. ЧУЛУУНБААТАР, Ш. ЭРДЭНЭЦЭЦЭГ

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Т. Галдан „Монголд ажиллах томилолт“ „Эрүүл мэнд“ сэтгүүл 1983. № 3. 58 тал.
2. Г. К. Жуков «Халх гол дахь зарлаагүй дайн» УБ. 1969 он 52-р тал.
3. Н. П. Кончасовская «В поисках Вишневского» М. Молодая гвардия 1981 72. 89.
4. Ням-Осор «Вся для здоровья народа» Новости Монголии 1981. № 67.
5. Ч. Энхдалай: Г. Тураан. «Монголын ард түмэнд тусалсан Зөвлөлтийн эмч нар» УБ. 1977. 83. 121. 122.
6. Под. ред. М. Д. Ковригина. «Сорок лет Советского здравоохранения» М. 1967. 333—339.

7. «55 лет здравоохранения Монгольской Народной Республики» Москва медицина 1976 г. 24.

8. «Большая Советская энциклопедия» М 1971. том 5. 132.

9. «Победа на реке Халхин-Гол» Академия Наук СССР. Москва 1981. Издательство Наука. 126.

10. «Үнэн» 1984—VI. 29. № 155

11. «Үнэн» 1984. 8. 19. № 199.

12. МАХН-ын товч түүх УБ. 1970 он 234 тал.

ФРОНТЫН ТЭМДЭГЛЭЛИЙН ДЭВТЭР

Дайны үед А. А. Вишневскийн хөтөлж байсан „Мэс засалчийн тэмдэглэлийг миний бие саяхан нээж үзэн ганц нэг хуудсыг эргүүлж уншсанаа амтанд нь орж бүр салж чадахаа больсон юм. Армийн ерөнхий мэс засалч байгаад хожим нь фронтын ерөнхий мэс засалчийн үүргийг гүйцэтгэн дайны хүнд бэрхийг өөрийн биеэр туулан өнгөрүүлсэн тухайгаа энэ тэмдэглэлдээ хүүрнэн өгүүлжээ.

Александр Александровичийг ихэд цэцэн мэргэн бөгөөд хүүхэд шиг томоогүй, гайхмаар зоригтой байтлаа гэнэт эрх, зүггүй болчих буюу их л сэргэлэн бөгөөд огцом ууртай байх, үгүй бол ёстой алиа наргианч, буулт хийж зөөлөрдөг зантай болчих зэргийг нь ЗХУ-ын анагаах ухааны академийн академич А. А. Вишневскийг таньдаг байсан хэн ч андахгүй. Гэвч авьяаслаг хүний тусч нөхөрсөг зан нь түүнд ямагт тодорч байдаг юм. Хүний зовлонг тэр биеэрээ хуваалцах дуртай байв. Уран дархан хүний өөртөө итгэсэн итгэл түүнд агуулагдаж байжээ.

Түүний бие хүн болон төлөвших суурь ба иргэний мөн чанарыг чухам юу бий болгон өгч, хүч хүрээг нь тэлж өгснийг би тэмдэглэлийн дэвтрийнх нь хуудсуудыг эргүүлэнгээ бодож суулаа.

Өөрийн эх срон ба мэс засалчийнхаа үйл хэрэгт үнэнч байх хоёр агуу их хүч, түүний хүүрнэн өгүүлсэн фронтын тэмдэглэлд нь нэвт шингэжээ.

„Энэ номын зохиолч, нэрт мэс засалч Александр Александрович Вишневскийг миний бие, анхны тулалдаан болсон 1939 оны Халхын голоос сайн таних болсон юм. Түүнээс хойш манай улсын оролцож байсан бүх дайнд тэрээр явж байсан км. Амь насаараа өртэй болсон мянга мянган шархадсан дайчдад тэрээр өөрөө гардан хагалгаа хийж байжээ. „Цэргийн эмнэлгийн алба ялангуяа хээрийн цэргийн мэс засалчдын амжилттай ажиллагаанаас дайны нөхцөлд дайснаа ялахад багагүй шалтгаална“... гэж Георгий Константинович Жуков онцлон тэмдэглэж байжээ.

Профессор Вишневский Кавказын уул орчмын амралтанд амрахаар очоод байхдаа фашист Герман довтолсон тухай мэджээ. Дайны гурав дахь өдөр тэрээр нийслэлд ирж, армийн мэс засалчийн томилолт авч, хэдхэн цагийн дараа Баруун-өмнө зүгийн фронт руу явсан байна. Энэ үед армийн фронт Украинд дайсантай тулалдаж байв.

26-р армийн мэс заслын албыг хэцүү үед нь профессор Вишневский удирдлагандаа авав. Ийнхүү дайны анхны өдөр, сарууд ээлжлэн өнгөрнө. Бүслэлт, бөмбөгдөлтөн дундуур эмч, сувилагч нар амь биеэ үл хайрлан өөрсдийнхөө үүргийг нэр төртэйгөөр биелүүлжээж байв. Хүнд бэрх тулалдаануудын үед шархдагсдыг аврахын тулд бүх эмнэлгийн байгууллагуудын албыг зохион байгуулж нэгтгэх шаардлагатай байлаа. Ингээд 26-р армийн ерөнхий мэс засалч маань цэргийн госпиталь, эмнэлгийн батальон, цэг, салбар бүр хэрхэн ажиллаж байгаа, эмнэлэгт тэднийг хэрхэн хүргэж байгаа, ар тийш нь яаралтайгаар хэрхэн зөөвөрлөж байгаа зэргийг зайлшгүй мэдэж байх нь түүний тэр-

гүүн зэргийн зорилт болж байв. Энэ бүхнийг тэр өөрийн толгойгоор хариуцах зүйл гэж үзэж байлаа. Тийм учраас Александр Александрович өөрийн ажлын байдалтай газар дээр нь танилцан, мэс заслын албыг хэрэгтэй гэсэн газарт нь зохицуулахаар тогтмол ийш тийшээ явж байв. Ихэнх эмч, сувилагч нар байлдааны нөхцөлд ажиллах туршлага, дадлага суугаагүй байв. Хамгийн энгийн зүйлд сургах хэрэг ч гарч байсан юм.. Залуу эмч нарын ажиллаж байсан боолтын өрөөнд орлоо. Ихэнх нь шархадсан гарт боолт хийж чадахгүй, элдэв гэмтэл, бэртэнгийг яаж янзлах, хээрийн-цэргийн мэс заслын тухай нимгэн мэдлэгтэй байсныг би мэдэж авлаа. Энэ өдрүүдэд ерөнхий мэс засалчийн хэр зэрэг завгүй байсныг жишээлж хэлэхэд л, зөвхөн долоон сарын 28-ны өдөр гэхэд Вишчевский Дегтяренко (26-р армийн эмнэлгийн удирдах газрын дарга) хоёрын явсан газруудыг тоочиход л хангалттай юм. Энэ өдөр тэд нар 199, 227, 371-р эмнэлгийн батальонууд, госпиталь болгон өргөтгөсөн Степанцын эмнэлэг, эцэст нь 29-р хорооны эмнэлгийн цэгт очигчоож байжээ.

Заримдаа зохион байгуулагч, мэс засалч, захиргааны даргын үүргийг зэрэг гүйцэтгэж байв. „Дегтяренко бид хоёр шөнө Хмельницки гэдэг газарт шархтнууд зөөн аваачиж байсан эмнэлгийг эрж олохоор явлаа. Гэтэл тэр эмнэлэгт маань 300-аас илүү тооны шархтан цуглачихаад байв. Дегтяренко бид хоёр Пироговын арга хэрэглэж, эхлээд шархных нь байдлаар ангилан хузаагаад, дараа нь боолтонд оруулж, яс хугарсан шархтануудад имобилизаци хийгээд тэр даруйдаа хагалгаанд орцгоосон юм. Би хагалгааг хийж, Дегтяренко надад тусалж байв. Гурван өвчтөний уушгины шархыг оёж, нэг өвчтөний хөлийг тайрч, гэдэсний нэвт шарханд сонирхолтой хагалгаа хийсэн юм. Шинэ эмнэлэг ингэж ажлаа эхэлсэн юм.

Наймдугаар сарын 9-ний тэмдэглэлийг уншиж үзье. Энэ өдрүүдэд хүний бие тэсэж гармааргүй ачааллыг мэс засалч нар хэрхэн даван гарч байсныг бичжээ. „Корейша бидэн дээр ирлээ. Тэрээр 484-р эмнэлэгт шөнөжингөө ажиллажээ. Эмнэлэг 700 шархтантай бөгөөд, хэдийгээр эмч нар 15 хагалгааны ширээн дээр өдөр шөнөгүй тасралтгүй ажиллаж байгаа боловч ширээ сулран тэд нар амарч чаддаггүй гэж тэрээр баахан яриа үүсгэв. Хагалгааны ширээний дэргэд удаан зогсоноос болж хоёр эмчийн хөл нь хавдаж хөшөөд гутлаа тайлж чадахгүй болчихсон байв. Гуглынх нь түрийг ханзлах хэрэгтэй болсон юм. Иймэрхүү жирийн баатарлаг явдал газар сайгүй гарч байлаа. Ерөнхий эмч маань ажилсаг чанар, зориг тэвчээрээрээ бусдад үлгэр дууриал үзүүлж байв.

Түүний жирийн фронтын өдрүүд ингэж өнгөрдөг ажээ. Түүний бүтэн сарын тэмдэглэлийг уншъя.

„Госпиталь дээр шөнөжингөө ажиллалаа. Нэгэн байлдагчийн уушгийг оёж, өөрсдийн аргаар хүзүүнд нь ваго-симпатик мэдрэлийн хориг хийз. Амарч амжаагүй байтал шархадсан тэлгөйнд хагалгаа хийх хэрэг гарав. Дараа нь хэсэг газрын мэдээ алдуулж хөлийг яаж тайрахыг эмч нарт үзүүлэв“... „...Эмнэлэг дээр очлоо. Энд гэдсээрээ шархадсан олон шархтан байв. Армийн эмнэлгийн албаны дарга гурван эмч нэмж өгнө гэж амласан боловч одоохондоо хагалгааг би өөрөө хийж эхлэв... „Жихаревод шөнөжингөө хагалгаа хийж хонов...“ Энэ мэтчилэнгээр өдөр шөнө ээлжлэн өнгөрнө.

Гэвч ерөнхий эмчийн хуызд профессор өөрийгөө чамлана. „Уг чанартаа чи бусдад ашигтай зүйл хийж чадаж байна уу гэсэн асуулт намайг зозооно. Тэгээд би өдөр бүр олон хагалгаа хийхийг хичээдэг болсон юм. Дивизийн нэгэн дарга дивизтэйгээ ухарч явахдаа машинаа зогсоож гээг даран нэхэн ирж байгаа германы танкийг машинаасаа чирч явсан их буугаар өөрөө шууд буудан саатуулж байсан тухай би

саяхан сонссон юм. Хэдийгээр дивизийн дарга хүн өөрийн биеэр дайсны танкийг буудаж байх нь зохисгүй боловч, буун дуу огт гаргалгүйгээр ум хумгүй зугтаж байснаас хамаагүй дээр гэж үзэхээс өөр аргагүй юм. Тийм учраас би өөртэйгөө дүйцэхүйц жишээ олсондоо бага зэрэг тайвширсан юм. Гэвч эрт орой, хэзээ нэгэн цагт дарга нь дивизээ удирдан, дивиз нь германуудыг цохиж, харин армийн хэмжээний эмчийнхээ үүргийг би гүйцэтгэх бэлнэ гэдгийг сэтгэлийнхээ угт итгэн, хадгалж явлаа. „Давуу хүчинд дийлдэн ухарч байсан 1941 оны долоон сард энэ зүйл бичигдэж байжээ.

Өөрийн ард түмэнд итгэх гүн итгэл, ийм ард түмэн ямар ч гамшиг зовлонд тэсэн тогтож чадах асар их хүчинд нь итгэж чаддагт А. А. Вишневскийн хамгийн бахдууштай чанар оршино.

„Манай ард түмэн гайхамшигтай ард түмэн шүү“ гэж тэрээр дайны эхний өдрүүдэд бичиж байсан юм. „За яахав, бүслэгдэнэ биз. Партизан болчихгүй юу!“ Зарим дарга офицерууд энэ „партизанчлах“ гэсэн санаагаараа сул талаа гаргаж байх шиг санагдах юм. Гэвч энэ маань ямар ч маргаангүйгээр ер бишийн их хүчийг илтгэж байгаа хэрэг. Хамгийн хүнд бэрх тохиолдолд ч дайсанд бууж өгөх санаа төрдөггүй, ямар ч бэрхшээлээс шантрахгүй, хамгийн гол нь эцсийн эцэст бид ялна гэсэн итгэлдээ эргэлзэхгүй байгаа нь бахархмаар байв.

1941 оны 12 сард профессор Вишневский Волховын фронтын ерөнхий мэс засалчаар томилогдох. Энэ үед довтолгоонд бэлтгэж байлаа. Фронтын цэргүүд тулалдаанд орсон учраас, хоёр армийн эмнэлгийн албыг байлдааны явц дунд бүрэлдүүлэн ажиллуулж байв. Фронтын эмнэлгийн албуудад бүгдэд нь очиж, бүхнийг нүдээр харж, шархдагсдад бодитой тусламж үзүүлэхэд туслах зэрэг хуучин дадсан арга барилаараа ажиллаж байлаа. Шархтнуудыг аврах тухай асуудал гарах, мэргэжлийн хандлага, үнэнч шударга байх эсэх талаар яриа гарахад, үүргээ ухамсарласан хувийн асар их зориг тэвчээр бүхий профессор Вишневский зарчимч байдаг байв. Хээрийн цэргийн мэс засалчид ямарч нөхцөлд ажиллаж чаддаг байх ёстой гэж тэрээр үздэг байжээ. Санаанд багтамгүй тохиолдолд тэрээр ажил хэрэгч, үлгэр жишээч байдаг байв.

Орой нэгэн ахлах дэслэгчид хагалгаа хийв. Тэрээр ходоод нь цоорсон байв. Тас харанхуйд ажиллах хэрэг гарав. Сувилагч чүдэнз ээлжлэн зурж, хуйлсан цаас асаах тоолонд, энэ „гэрэлтүүлгэнд“ оновчтой хөдлөн, няхуур ажиллах шаардлага тулгарч байсан юм. Хагалгаа минь амжилттай дууссан юм. Үүнээс үзэхэд хамгийн бэрх нөхцөлд ч гэсэн мэс засалч хүн гар хумхин суух ёсгүй юм. Дайны бүх жилүүдэд тэрээр энэ журмаа баримталсаар байжээ.

Өөрийн мэргэжилдээ хайртай болсон профессор Вишневский мэргэжлийнхээ бололцоо хүрээг тэлэхийг үргэлж эрмэлзэж байжээ. Фронт дээр тэрээр шинийг санаачлагч, судлан хайгч, туршигч хэвээр байлаа. Шархтай зүрхэнд хээрийн нөхцөлд нэлээд хэдэн хагалгааг тэрээр хийсэн юм. Эдгээрийн тухай өгүүлсэн нэгэн хэсгийг үзье. „Үнхэлцэгний хальсанд болгоомжтой хүрч, түүнийг зүсээд нээхэд, зүрх булиглан цохилж байгаа нь ил харагдана. Түүний гадаргыг болгоомжтой тэмтэрч үзэв. Өвчтөн бага зэрэг цочисхийхэд, зүрх нь хурдан цохилло. Гадагшаа бага зэрэг ил гарсан сумны хурц хэлтэрхийг тэмтэрч олов... Зүүн гараараа зүрхийг ар талаас нь бариад, мэс заслын хутгаар хэлтэрхийг сугалаж авахыг оролдов. Болсонгүй. Тэгээд хутгаа цааш нь тавиад, хямсаагаар хэлтэрхийг сугалахыг оролдов. Тэгж байтал хямсаа маань сумны хэлтэрхийний хажуудах нүхээр гэнэт зүрхэн дотроо уначихлаа. „Дэгээ! Шархны нүхийг өргөтгөөрэй!“ гэхэд „Цаадах чинь ухаан алдчихлаа!“ гэж хагалгаа хамт хийж байсан нөхөд маань хариулцгааж байна.

„Энэ маань ухаангүй байх ёстой шүү дээ!“ гэж би хэллээ. Гэтэл дэгээ барьж байх ёстой хоёр дахь туслагч маань ухаан алдсан байсныг би мэдэлгүй шархтныхаа тухай бодож байжээ. Ингээд эцэст нь би эвийг нь тааруулж зүрхний зүссэн хажуу хананд нь оёдол тавьж амжсан юм. Шархтан тайвширмагц би сумны хэлтэрхийг авсан юм“.

Ерөнхий мэс засалчийн туулсан зам бол Баруун-өмнө, Волхов, Карелийн фронтууд юм. Алс Дорнодын фронтын ерөнхий мэс засалчаар шилжиж очоод байхдаа тэрээр Алс Дорнодод манжуурт дайны төгсгөлийг үзсэд юм. Япон улс дайнд бууж өгсөний дараа, зүрхэнд нь шигдсэн сумыг нь авч өгсөн цэргээ Вишневский Москва руу хамт авч явсан юм.

„Медицинская газета“ сонинд Маргарита Назаренкогийн бичсэнийг В. Батболд орчуулав.

ГАДААД ОРНУУДАД

ШИНЖЛЭХ УХААНЫ ЭРЭЛ ХАЙГУУЛАА ҮРГЭЛЖЛҮҮЛЖ БАЙНА

БҮТЭЭЛЧ ХАМТЫН АЖИЛЛАГААНЫ ҮР АШИГ

Амьтанд хийх физиологийн туршилтанд цахилгаан тэтгэгчийг эртнээс хэрэглэж эхэлсэн билээ.

Харин хүний ходоод гэдэсний зам, мэдрэл, булчин, зүрх, тархины гэмтлийг эмчлэхэд түүнийг саяхнаас хэрэглэх боллоо.

Урьд өмнө эмчлэхэд бэрхтэйд тооцож байсан тархи, мэдрэлийн эмгэгүүдэд энэ арга үр ашгаа өгч байна. Рентген оношлогооны арга сүүлийн үед нилээд ахиц олсон нь бүхэнд мэдээж юм.

„Эмгэгийн голомт“ дахь мэдрэлийн эс нь өөрийн идэвхээ өөрчилдөг нилээд өвчнүүд бий.

Ийм нөхцөлд онош тогтооход томограф тус болох нь бага байдаг. Эмгэгийн бүсийн идэвхийг шалгах, бүртгэж тооцох шаардлага аяндаа гарна. Зарим ужиг явцтай, хүнд зовиурын үед энэ зорилгоор саармаг пластикаар тусгаарлагч хийсэн нарийн алтан утсан электрод хэрэглэдэг.

Энэ электродоор 2—3 секундийн турш богино импульсийн сул гүйдэл янз янзын үечлэлтэй өгч уураг тархины физиологийн идэвхжлийг шалгаж, цахилгаан тэтгэгч өгч байгаа хэсгийн мэдрэлийн эсийн байдлыг тогтоосдог. Саяхан болтол цахилгаан тэтгэгчийг уураг тархин дахь идэвхтэй бус буюу эмгэгийн байрлалыг тогтооход ашиглаж байлаа. Мэс заслын арга, нам температур болон 3—4 милли-ампер байнгын гүйдлийн богино үйлчлэлээр мэдрэлийн эдийн хэсгийг задалж байлаа.

Оношлогооны зорилгоор тархины эдийн тусгаар хэсэгт өгсөн цахилгаан тэтгэгч нь зовиурыг түр зуур төдийгүй хэдэн арван цагаар багасгаж байгаа нь мэдэгдлээ. Энэ үед тархины эдийн бисхимийн үзүүлэлтүүдийг судалж үзэхэд адреналин, нсрадреналин, дофамин, серотонин, амин хүчлийн солилцоо мэдэгдэхүйц өөрчлөгдөж байгаа нь ажиглагдлаа.

Дахин давтан бага импульсээр өгсөн цахилгаан тэтгэгч нь уг бүсийн цус хангамжийг сайжруулж, улмаар уураг тархины ажиллагаанд нөлөөлнө.

Эмчилгээний зорилгоор нэг биш, хэд хэдэн цэгт тэтгэгч өгөх нь ашигтайг практик харуулж байна. Анагаах ухааны туршилтын хүрээлэнгийн эрдэм шинжилгээний ажилтан В. Смирнов, Ю. Бородкин нарын бэлэвсруулсан арга үүнд тусална. Уг арга нь идэвхтэй идэвхгүй цэгт хамтад нь тэтгэгч тавих (өгөх) аргад үндэслэнэ. Энэ үед идэвхгүй цэг идэвхтэйд шилждэг.

Энэ арга нь гэрлийн тэтгэгч (фотостимуляци)-ийн эмчилгээний идэвхийг дээшлүүлэхэд нэг адил тус боллоо.

Өвчтөний нүднээс 20—30 см зайд гэрлийн эх үүсвэрийг тавина. Гэрлийн гялбаа өгөх давтамж нь цахилгаан тэтгэгчийн давтамжтай тохирч байна.

Электродыг салгасан нөхцөлд ч гэрлийн тэтгэгч нь цахилгаан тэтгэгчийн эмчилгээний (идэвхт) үйлчлэлийг хадгалагдахад тусална.

Уураг тархины цахилгаан тэтгэгчийг хүн өөрөө мэдэхгүй элдэв хөдөлгөөн хийдэг болон үе мөч тайрсны дараа зэрэг асар хүчтэй өвддэг өвчнүүд, элдэв хэлбэрийн эпилепсийн үед хэрэглэнэ. Өмнөх туршлага дээр үндэслэж нүдний гэмтэл, үрэвсэл, хавдар, харааны мэдрэлийн гэмтлийн үед хараа сэргээх зорилгоор цахилгаан тэтгэгч хэрэглэсэн юм.

АНУ болон бусад орнууд „хиймэл хараа“ (зрительные протезы) буюу харааны төвтэй тусгай электродоор холбосон гадаад орчны мэдээллийг хүлээж авдаг цахилгаан-хувьсгагч (преобразователь) хэрэглэж байна.

Цахилгаан тэтгэгчийн нууц бүрэн судлагдаагүй байна. Янз бүрийн өвчин, эмгэгийн үед түүнийг хэрэглэх боломж улам өргөжих болно.

Эпилепси өвчтөний сэтгэл хөдлөлд нөлөөлөх зорилгоор цахилгаан тэтгэгч хэрэглэсэн анагаах ухааны туршилтын хүрээлэнгийн ажлаас үзэхэд энэ аргыг сэтгэцийн бусад эмгэгийн үед хэрэглэх боломжтой нь харагдаж байна. Зүрхэнд цахилгаан тэтгэгч хэрэглэсэн тухай сонсоод хэн ч гайхахгүй болжээ.

Гэвч цахилгаан тэтгэгч хэрэглэх нь зөвхөн техникийн талаасаа авч үзсэн ч нарийн асуудал юм. Мэдээж янз бүрийн маягийн цахилгаан тэтгэгч хэрэгтэй. Түүний тэжээлийн тухай асуудал ч анхаарал татаж байна. Тэжээл нь 8—10 жилээр найдвартай ажиллаж байх хэрэгтэй. Каунаст А. Думчюс, П. Стирбис, Р. Ветейкис ба бусад эрдэмтэд зүрхийг байнга тэтгэж байх электрод санаачлан хийжээ. Уг электродыг одоо олноор үйлдвэрлэж эхэллээ. Мөн зүрх судасны мэс заслын дээрх төвд нарийн электрод ашиглаж, поликлиникийн нөхцөлд электро-физиологийн судалгаа хийх аргачлал бэлэвсрууллаа.

Уг арга практикт ихээхэн үр ашгаа өгч болох юм. Тахикардигаар шаналсан олон арван өвчтөнг амбулаторийн нөхцөлд оношлож, диспансерийн хяналт тогтоох боломж гарч байна.

ЦАГААН ӨМСГӨЛ ДЭХ ЭНЕРГИ

1960-аад оны эхээр ультра авиа металл ширээхэд найдвартай туслагч болохоо харуулсан.

Дараа нь түүнийг полимер гагнахад, эцэст нь амьд бие махбодод хэрэглэсэн.

Биологийн анхны объект нь яс боллоо.

Зөвлөлтийн эмч, инженерүүдийн хамтын хөдөлмөрөөр найдвартай ширээс (гагнаас) оллоо. Ультра авиан тусламцаатай энэ ширээс (конгломерат) тэр дорхноо хатуурч байгаа учир хугарсан яс ердийн аргаар бороолохоос нь өмнө түргэн зуур хэвд нь оруулахад тусаа өгч байна. Ультра авиаг яс гагнахад хэрэглэж болсон юм бол үүний эсрэг

яс зүсэхэд хэрэглэж болох болов уу? Болох нь батлагдлаа. Өнөөдөр ультра авиа мэс засалчийн хөдөлмөрийг хөггөвчилж, ердийн аргыг бодвол түүний хөдөлмөрийн бүтээмжийг дээшлүүлж, зарим үед эдийн өвдөлтийг бууруулах зэрэг сайн талтай болохоо харууллаа. Ясны эдийг сэргээх, тогтоосон аргаар түүнийг зүсэх, огтлох зэрэгт ультра авиаг өргөн хэрэглэж байгаа ч ясны хугархайг гагнахад тоотойхон хэрэглэж байна. Ультра авиаг зөөлөн эдийг холбох, таслахад хэрэглэж байгаа бөгөөд үүнд тусгай ширээс шаардлагагүй ажээ.

Мөн хэт авиа дезинфекторийн үүрэг гүйцэтгэж, халдвар авсан (ндээлсэн), шархны талбайг ариутгахад тусалж байна.

Академич Г. А. Николаевын удирддаг Москва дахь Бауманы нэрэмжит-техникийн дээд сургууль (МВТУ)-д боловсруулсан аргачлал дараах аргад үндэслэж байна. Үүнд:

Шархны талбай дээр эмийн бодисын уусмал нимгэн үеэр (ихэвчлэн антибиотик) түрхэж, дээрээс нь ультра туяа хэрэглэдэг байна. Ингэснээр шарх ариудах төдийгүй эмийн бодис илүү гүнд үйлчилдэг ажээ.

Ультра авиаг өнгөц шарханд хэрэглэх төдийгүй эд эсийн гүнд хэрэглэж байна.

Олонх клиникийн мэдээлж байгаагаар хэвлийн гялтангийн үрэвслийн хагалгааны хүндрэлээс сэргийлэхэд ультра авиа ихээхэн тус хүргэж байна. Энэ аргыг Москва дахь 1, 2-р анагаах ухааны институт, осол гэмтлийг судлах эрдэм шинжилгээний төвд хэрэглэж байна.

Москва дахь Бауманы нэрэмжит техникийн дээд сургуульд томхон судасны атеросклерозын үед ультра авиаг ашиглаж, цусны урсгалыг чөлөөтэй болгож үхжил (гангрена) болохоос сэргийлж байна.

Судасны хананд бий болсон атеросклерозыг цэвэрлэх нь үлэмжийн чухал асуудал юм.

Дээрх институтэд цахилгаан соронзон талбайг ультра дуутай хослон хэрэглэх тусгай аппарат зохион бүтээжээ.

Хүүхдийн практикт ясны эдийн төлжилтийг сайжруулахад цахилгаан тэтгэгч хэрэглэж байна.

Академич Ю. Ф. Исаковын удирддаг клиникт бусад ямар ч арга тус болоогүй үед яс бороолуулахад цахилгаан тэтгэгч хэрэглэсэн нь үр ашгаа өгчээ. Цахилгаан тэтгэгчийн багаж хэрэгслийг улам боловсронгуй болгож байна. Энергийн шинэ төрөл тухайлбал плазмын энергийг ашиглах бололцогтойг шинэ нээлтүүд баталж байна.

Микроплазмыг судалснаас үзэхэд тэр нь эд эсийг зүсэхэд ашиглаж болохыг баталсан төдийгүй нэгэн зэрэг жижиг судсыг хайлуулдаг учир цус тогтоох нөлөөтэй. Энэ нь элэг мэт судсархаг эрхтэн дээр ажиллах бололцог сайжруулж байна. Энэ ажлууд, туршилтын хэмжээнд байгаа гэдгийг хэлэх нь зүйтэй болов уу!

„Медицина сэтгүүлийн 1984 оны 12 дугаараас авлаа

МЭДЭЭ

ЭРҮҮЛИЙГ ХАМГААЛАХЫН УДИРДАХ АЖИЛТНЫ ЗӨВЛӨЛГӨӨН БОЛОВ

Саяхан эрүүлийг хамгаалахын удирдах ажилтны ээлжит зөвлөлгөөн боллоо.

Зөвлөлгөөнд хот, хөдөөний эмнэлэг урьдчилан сэргийлэх байгууллагын дарга, ерөнхий эмч, удирдах ажилтнууд оролцож.

Зөвлөлгөөнд „Эрүүлийг хамгаалах салбарт хөдөлмөрийн социалист сахилгыг улам бэхжүүлье“ гэсэн илтгэлийг Эрүүлийг хамгаалах Яамны сайд Д. Ням-Осор тавив.

Намын Төв Хорооны IX бүгд хурал, МАХН-ын Улс төрийн Товчооны 1984 оны 102 дугаар тогтоолын үзэл санаа, заалтыг амьдралд бүтээлчээр хэрэгжүүлэхээр хот, хөдөөний нийт эмнэлэг урьдчилан сэргийлэх байгууллагууд ажилдаа дүгнэлт хийж дутагдлаа арилгах график, төлөвлөгөө гаргаж, зохион байгуулалтын арга хэмжээ авсны үр дүнд өнгөрсөн онд системийн хэмжээнд ажлын цаг ашиглалт, хөдөлмөрийн сахилга дээшилж салбарын 1984 оны улсын төлөвлөгөөт зорилт амжилттай биеллээ.

Гэвч улсын төлөвлөгөөт даалгаврыг нэр төрлөөр тасалж, төлөвлөгөө биелүүлэх сахилгыг зөрчих явдал тууштай арилаагүй байна.

Эрүүлийг хамгаалахын дунд шатны удирдлагын арга барилыг өөрчилж ажлын хариуцлага санаачлагыг дээшлүүлэх нь эрүүлийг хамгаалах нэгж салбарын ажлыг сайжруулах гол нөхцөлийн нэг гэж үзэв. Ер нь хүнтэй ажиллах ажиллагаа хангалтгүйгээс эмч ажилчдын хариуцлага, сахилга бат дээшлэхгүй байна. Ажлын арга барилаар хохрох, ажилд дайчин шуурхай бус хандах нийтлэг дутагдал амь бөхтэй байна.

Өнгөрсөн онд нялхсын эндэгдэл, арьс өнгө, сүрьеэ болон зарим халдварт өвчин тууштай буурсангүй. Энэ нь бидний зохион байгуулж байгаа ажлын үр дүн муу байгааг харуулж байна гэж тэмдэглээд хэд хэдэн зорилтуудыг дэвшүүлэн тавилаа. Үүнд:

— Тэргүүн туршлага нэвтрүүлэх, социалист уралдаан өрнүүлэх ажлыг жинхэнэ ёсоор зохион байгуулдаггүй дутагдлыг эцэс болгож хөдөлмөрийн хамт олны гүнд орж уйгагүй ажиллах, гүйцэтгэлийн хяналт шалгалтыг газар сайгүй өрнүүлэн ажиллах явдал нэн чухал байна.

— Эх нялхсын эрүүл мэндийг хамгаалах зорилтыг биелүүлэхэд аймаг, хотын эрүүлийг хамгаалах газрууд өөрийн онцлогт тохирсон эх нялхсын зорилтот программ боловсруулах ажлаас эхлэн суурь өвчтэй хүүхдийг эмчлэн эрүүлжүүлэх, хүүхдийг борогшуулан чийрэгжүүлэхэд эмнэлгийн ажилчид, эцэг эхчүүдийг сургах хэрэгтэй байна.

Халдварт ба халдварт бус өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх ажилд анхаарлаа чиглүүлж, тууштай буурахгүй байгаа зарим халдварт өвчинтэй тэмцэх тусгай программ боловсруулан орон нутгийн нам, улс, олон нийтийн байгууллага ард түмний дэмжлэгийг өргөн авч ажиллах хэрэгтэй байна.

Эрүүлийг хамгаалах байгууллагын ажилд сахилга хариуцлагыг дээшлүүлэхэд нэвтэрч байгаа „Сахилгын өдөр“, эмч нарт „хариуцлагын талон“ хөтөлдөг зэрэг дэвшилт арга ажиллагааг хэвшил болгох ажлыг Улам эрчимжүүлэх нь зүйтэй байна.

Зөвлөлгөөний шийдвэрийг бүтээлчээр хэрэгжүүлэхийг нийт оролцогчдод уриалав.

Зөвлөлгөөнд оролцогчид ажил сайжруулах үүрэг амлалт авлаа.

С. ЛХАГВАСҮРЭН

* * *

Эрүүлийг хамгаалах Яам, Соёл гэгээрлийн ажилтны ҮЭ-ийн байнгын зөвлөл эрүүлийг хамгаалах салбарын 1984 оны социалист уралдаанд эмнэлэг, урьдчилан сэргийлэх, эм хангамжийн байгууллагуудыг шалгаруулан дүгнэв.

Аймаг, хотын Эрүүлийг хамгаалах газруудаас Өмнөговь, Ховд аймгийн Эрүүлийг хамгаалах газар I, II; Говь-Алтай, Өмнөговь аймгийн Ариун цэвэр халдвар судлалын станц II, III; Өмнөговь, Ховд аймгийн нэгдсэн эмнэлэг I, II; Дундговь аймгийн Говь-Угтаал сумын сум-дундын эмнэлэг I; Увс аймгийн Тэс сумын сум-дундын эмнэлэг II; Говь-Алтай аймгийн Дэлгэр сумын хүний их эмчийн салбар I, Увс аймгийн Түргэн сумын хүний их эмчийн салбар II; Өмнөговь аймгийн Ноён сумын хүний их эмчийн салбар III; Өмнөговь, Баян-Өлгий аймгийн эмийн сангуудыг удирдах контор II, III; Дорнод аймгийн Баян-Уул сумын эмийн сан I; Чойбалсан хотын II эмийн сан, Баян-Өлгий аймгийн Өлгий

хотын I эмийн сан II; Улаанбаатар хотын XIV эмийн сан, Хэнтий аймгийн Батширээт сумын эмийн сан III байранд тус тус шалгарч социалист уралдаанд түрүүлэв.

1984 оны „Эмнэлэг үйлчилгээний аварга“-аар нэгдсэн III эмнэлгийн хэсгийн их эмч О. Мэдэхгүй, Улаанбаатар хотын хүүхдийн II эмнэлгийн лаборант Б. Ванчигмаа, Улсын клиникийн төв эмнэлгийн мэс заслын I, II тасгийн эрхлэгч, их эмч Г. Нямхүү, Улсын хүүхдийн клиникийн төв эмнэлгийн асрагч Т. Должинсүрэн, эмийн заводын шингэн эмийн цехийн нормчин Ш. Дугарсүрэн нарын 15 эмч, ажилчид шалгарав. Говь-Алтай аймгийн Дэлгэр сумын эх баригч бага эмч Т. Цэдэв, мөн аймгийн АЦХС-ын станцын жолооч Намшир, Завхан аймгийн Завханмандал сумын сум-дундын эмнэлгийн жолооч М. Цэгмид нар хошой аварга болов.

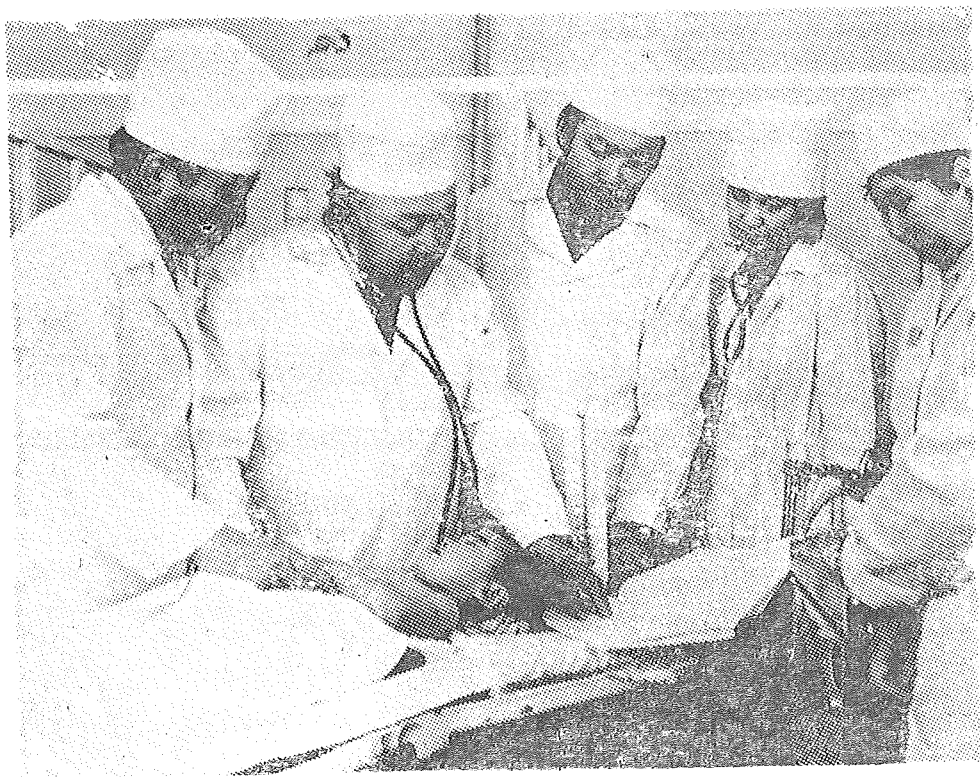
Ц. ЭРДЭНЭ

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

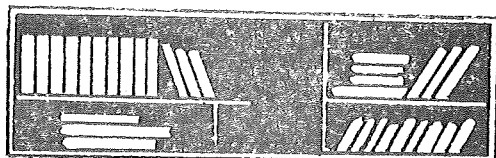
Техник редактор О. Тунгалаг. Хянагч Д. Болд.

Өрөлтөнд 1985 оны 4 сарын 23-нд орж 3101 ш хэвлэв.
Цаасны хэмжээ 70×108 1/16. Хэвлэлийн хуудас 5,0
х. н. х. 5,6. А-93438. Зах № С-112
Д. Сүхбаатарын нэрэмжит Улсын Хэвлэлийн Комбинатад
Хэвлэв. Д. Сүхбаатарын талбай-6



Эх, нялхсыг хамгаалах эрдэм шинжилгээний хүрээлэн-
гийн захирал, БНМАУ-ын Ардын их хурлын депутат

Э. ЛУВСАНДАГВА үзлэг хийж байгаа нь



КАЛИЙН ХЛОРИД (Бүрхүүлийн шахмал)

Найрлага: Нэг шахмалд калийн хлорид 500 мг орсон байна.

Шинж чанар:

Кали нь эсийн дотор байдаг гол катион болно. Калийн хлорид хоол боловсруулах эрхтэний ханаар цусанд амархан шимэгдэнэ. Ихэвчлэн шээстэй гадагш ялгарах ба зөвхөн гэдэс гүйлгэх үед кали өтгөнд их хэмжээтэй байдаг. Ердийн хоол тэжээл хэрэглэж байхад хүний биед өдөрт 2—4 г кали байх тул тэр нь дунджаар насанд хүрсэн хүний хоногт зарцуулах 1 г калийг элбэг нөхөж чадна.

Хэрэглэх үе:

Янз бүрийн гаралтай калийн дутагдлын үед буюу калийн дутагдлаас урьдчилан сэргийлэх зорилгоор хэрэглэнэ.

Хэрэглэхгүй үе:

Цусанд кали ихдэх ба кали ихдэж бэлзошгүй бүх тохиолдолд хэрэглэхгүй.

Гаж нөлөө:

Хоолны шингэц муудах ходоод агших гаж нөлөө гарч болно. Мөн калийн хлоридыг удаан хугацаагаар хэрэглэснээс хоол боловсруулах замын салст бүрхүүл гэмтэж гэдэсэнд шарх үүсэх, тунг хэтрүүлснээс цусны калийн хэмжээ хэт ихсэж зүрхний хэм алдагдаж болно.

Цусны калийн хэмжээ ихэссэнээс хөл гар ирвэгнэх, мэдээ алдах, саажих, цусны даралт багасах гаж нөлөө ажиглагдаж болно.

Тун хэмжээ:

Тунг өвчтөний цусны сийзэнд байгаа калийн концентрацийн хэмжээг харгалзан өвөрмөц байдалд тохируулан тогтооно. Дунджаар өдөрт 1—2 шахмалаар 2—3 удаа ууна.

Шахмалыг 100 ширхэгээр савласан байна.

АЦИЛОКС

Найрлага: Нэг пастилкад магнийн трисиликат 70 мг, магнийн оксид 70 мг, диметилполисилоксан (Ликоил м 500) 28 мг, десадипатын сикатлок 280 мг орсон байна.

Хэрэглэх үе:

Ходоодны шарх, рефлексийн эзофагитын улмаас үүссэн өвчин, биж өвчний зарим хэлбэрийн үед хэрэглэнэ.

Хэрэглэх арга ба тун:

1 пастилкар хоногт 6 удаа хэрэглэх бэгээд хоногийн боломжтой тун 15 пастилк болно. Пастилкыг хоолны хооронд амандаа шимж хэрэглэнэ. Зажлах буюу бүтнээр нь залгиж болохгүй.

100 ширхгээр савласан байна.

Улсын эм хангамж үйлдвэрлэлийн газрын мэдээлэл технологийн тасаг