

АНАГААХ УХААН

ЭРҮҮЛИЙГ ХАМГААЛАХЫН ЗОХИОН БАЙГУУЛАЛТ

•
СУДАЛГАА ШИНЖИЛГЭЭ

•
МЭРГЭЖЛИЙН ЗӨВЛӨГӨӨ, ЛЕКЦ, ТОЙМ

•
ТУРШЛАГА СОЛИЛЦЬЕ

•
ХОВОР ТОХИОЛДОЛ

•
ЭРДЭМТДИЙН ДҮГНЭЛТ ЗӨВЛӨМЖ

•
ГАДААД ОРНУУДАД

3

Илдекс 14550

1987

АНАГААХ УХААН

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

18 дахь жилдээ

№ 3 (63)

1987 он

АГУУЛГА

ЭХУ-ын эрүүлийг хамгаалахын хөгжил, туршлага, сургамж	3
ЭРҮҮЛИЙГ ХАМГААЛАХЫН ЗОХИОН БАЙГУУЛАЛТ	
Б. Дэмбэрэл—Хүн амыг бүх нийтээр шатлан диспансерчлахын онолын үндэс, практикийн ач холбогдол	9
Ш. Жигжидсүрэн, Ц. Мухар—Эмчийн сэтгэлгээ, орчин үе	15
СУДАЛГАА, ШИНЖИЛГЭЭ	
Б. Ганбаатар—Улаан бурхан өвчинтэй тэмцэх стратеги, тактик	19
Ц. Цэрэгмаа, А. А. Подколзин, В. А. Помилец—Эсэд цагирагт аде-нозин монофосфат (Ц—АМФ)-ыг ихэсгэгч бодисыг хэрэглэн дархлалын үл хариулах чанар үүсгэх нь	24
Д. Басанжав, Г. Цагаанхүү—Мэдрэлийн өвчтөнд үзүүлж байгаа стационарын тусламжийн байдал, түүнийг цаашид сайжруулах нь	27
З. Мэндсайхан, С. Балгансүрэн, В. В. Митин, Р. Цэвэлмаа—Залуу насны эрэгтэйчүүдийн дунд тохиолдож байгаа зүрх судасны эмгэгийн тархалтыг олноор флюор зураг авах шинжилгээгээр судалсан нь	30
Е. Думаа, Ш. Чадравал, Д. Эржен—Зүрхний цус тасалдах өвчтэй хүмүүсийн липидийн солилцоонд эмчилгээний хоол нөлөөлөх нь	33
Г. Энхдолгор, П. Мартасек, В. Кордач—Элэгний шинж тэмдгийн порфири өвчин бүхий гэр бүл	38
Л. Оюунцэцэг, Т. Гомбосүрэн—В гепатитын эпидемиологийн зарим асуудал	40
М. Дарьсүрэн, Т. Варламова, Д. Дамдин, Ц. Готов—Дендронизид эмийн клиник туршилт	41

СОДЕРЖАНИЕ

Развитие советского здравоохранения и его опыты, уроки	3
ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	
Б. Дэмбэрэл—Теоретические основы всеобщей этапной диспансеризации населения и ее практическое значение	9
Ш. Жигжидсүрэн, Ц. Мухар—Врачебное мышление и современность	15
ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ	
Б. Ганбаатар—Стратегия и тактика борьбы с корью	19
Ц. Цэрэгмаа, А. А. Подколзин, В. А. Помилец—Индукция иммунологической толерантности веществами, увеличивающими уровень внутриклеточного ц—АМФ	24
Д. Басанжав, Г. Цагаанхүү—Состояние стационарной помощи неврологическим больным в МНР и пути ее улучшения	27
З. Мэндсайхан, С. Балгансүрэн, В. В. Митин, Р. Цэвэлмаа—Результаты предварительного изучения распространенности сердечной патологии среды молодых мужчин по данным массового флюорографического обследования	30
Е. Думаа, Ш. Чадравал, Д. Эржен—Влияние диетотерапии на липидный обмен больных ишемической болезнью сердца	33
Г. Энхдолгор, П. Мартасек, В. Кордач—Семейные случаи симптоматической печеночной порфирии	38
Л. Оюунцэцэг, Т. Гомбосүрэн—Некоторые вопросы эпидемиологии гепатита В	40
М. Дарьсүрэн, Т. Варламова, Д. Дамдин, Ц. Готов—Клинические испытания Дендронизид	41

ЛЕКЦ, ТОЙМ, ЗӨВЛӨГӨӨ

Б. Жав—Эх барихуйн практик дахь геморрагийн шок 44

Т. Дэлгэр, Н. Жанцан, Б. Байгаль—Вирус гепатит 47

Ш. Бат-Эрдэнэ—Зүрхний цус тасалдах өвчнийг эмийн сорилоор оношлох 52

Х. Рагчаасүрэн, Г. Тогтох—Туйлшруулагч холимгийг зүрх судлалын практикт хэрэглэх нь 54

О. Батсүх, Г. Пүрэвсүрэн—Хэрлэгийн гаралтай зүрхний гажигтай жирэмсэн эмэгтэйчүүдийн хоол 56

Г. Навчсан, Г. Оросоо, Д. Энэбиш—Төмөр, зэсийн ач холбогдол 58

Ш. Баяртогтох—Хэрлэг өвчин дахиаас урьдчилан сэргийлэх 61

АУГАА ИХ ОКТАБРИЙН ХУВЬСГАЛЫН 70 ЖИЛИЙН ОЙД

Н. Цэнд—Урьдчилан сэргийлэх талаар В. И. Лениний үзэл санаа 67

— Өөрчлөн байгуулалт, зөвлөлтийн эрүүлийг хамгаалах салбарт 69

ТУРШЛАГА СОЛИЛЦЬЕ

Ж. Тумбааш, Ж. Баасанхүү—Хөдөлмөрийг бригадаар зохион байгуулах аргыг эмнэлэгт нэвтрүүлсэн нь 72

ХОВОР ТОХИОЛДОЛ

Б. Чүлтэмсүрэн—Бөөрний бэтэг 74

ЭРДЭМТДИЙН ДҮГНЭЛТ, ЗӨВЛӨМЖ

Ц. Содномпил—БНМАУ-ын Эрүүлийг хамгаалахын удирдах байгууллагуудын ажлын зохион байгуулалт түүнийг боловсронгуй болгох арга зам 76

М. Сүхбаатар—Хүүхдийн уушгины цочмог үрэвслийн янз бүрийн хэлбэрийн үе дэх цус бүлэгнэлт, ялтсан эсийн байдал 77

МЭДЭЭ

ОБЗОРЫ, ЛЕКЦИИ, КОНСУЛЬТАЦИИ

Б. Жав—Геморрагический шок в акушерском практике 44

Т. Дэлгэр, Н. Жанцан, Б. Байгаль—Вирусный гепатит 47

Ш. Бат-Эрдэнэ—Лекарственная тестовая диагностика ГДС 52

Х. Рагчаасүрэн, Х. Тогтох—Применение поляризующей смеси в кардиологической практике 54

О. Батсүх, Г. Пүрэвсүрэн—Питание беременных женщин с пороком сердца ревматического происхождения 56

Г. Навчсан, Г. Оросо, Д. Энэбиш—Значение железа и меди в организме 58

Ш. Баяртогтох—Профилактика рецидива ревматизма 61

К 70 ЛЕТИЮ ВЕЛИКОГО ОКТАБРЯ

Н. Цэнд—Идей В. И. Ленина по профилактике заболевания 67

— Перестройка в советском здравоохранении 69

ОБМЕН ОПЫТОМ

Ж. Тумбааш, Ж. Баасанхүү—Внедрение бригадной формы организации труда в больничном учреждении 72

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ

Б. Чүлтэмсүрэн—Почечный эхинококк 74

ДИССЕРТАЦИОННЫЕ ВЫВОДЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ УЧЕНЫХ

Ц. Содномпил—Организация работы органов управления здравоохранением МНР и пути ее совершенствования 76

М. Сүхбаатар—Состояние тромбоцитарно-коагуляционного гемостаза при различных формах острой пневмонии у детей 77

ХРОНИКА

СЭТГҮҮЛИЙН РЕДАКЦИЙН ЗӨВЛӨЛ

Ш. Жигжидсүрэн (эрхлэгч), **Ш. Ванчаарай** (Хариуцлагатай нарийн бичгийн дарга) **Б. Гоош, Г. Дашзэвэг, Б. Дэмбэрэл, Б. Жав, Л. Лхагва, Э. Лувсандагва, П. Нямдаваа, Д. Ням-Осор, Д. Самбуулүрзэв, Г. Цагаанхүү, Б. Цэрэндаш**

Техник редактор **Б. Болат**
 Хянагч **М. Лхамсүрэн, Г. Ханджав**
 Өрөлтөнд 1937 оны 6 сарын 23 нд орж 2794 ш хэвлэв.
 Цаасны хэмжээ 70×108 1/16 хэвлэлийн хуудас 5
 Зах. № С—113. **Д. Сүхбаатарын** нэрэмжит Улсын хэвлэлийн комбинатад хэвлэв.
Д. Сүхбаатарын талбай 6

МАНАЙ ХАЯГ:

Улаанбаатар 48, Карл Марксын гудамж—4, Эрүүлийг хамгаалах Яам, Эмнэлгийн хэвлэлийн нэгдсэн редакци **Утас 22430.**

ЗХУ-ЫН ЭРҮҮЛИЙГ ХАМГААЛАХЫН ХӨГЖИЛ, ТУРШЛАГА, СУРГАМЖ

Түүхэн хөгжлийн хугацаанд ЗХУ-ын эрүүлийг хамгаалах салбар олон зорилтыг дэвшүүлэн шийдвэрлэхийн зэрэгцээ бэрхшээл саадыг даван өнөөгийн хөгжлийн түвшинд хүрсэн түүхтэй. 1986 оны байдлаар ЗХУ-д эмнэлгийн 3,3 сая ор, 1,2 сая их эмч, 3,2 сая дунд мэргэжилтэн ажиллах болсон нь 10,000 хүн амд 129,7 ор, 42 их эмч, 114,5 дунд мэргэжилтэн ногдох болжээ. Энэ нь эмнэлгийн тусламжийн хүрэлцээний хувьд дэлхийн улс орны дээд хэмжээ юм.

Үүний хамт ЗХУ-ын эрүүлийг хамгаалахын хөгжилт олон улсын чухал ач холбогдолтой түүхэн туршлага болсон бөгөөд болсоор байна. Үүний бодит баримт тодорхой жишээний нэг нь ЗХУ-ын интернационалч тусламжаар феодализмаас капитализмыг алгасаж социалист нийгэмд шилжин хөгжсөн манай орны социалист эрүүлийг хамгаалахын хөгжил юм.

«...Зөвлөлтийн хүмүүсийн эрүүл мэндийг бэхжүүлэх, хот, хөдөөгийн хүн амыг эмнэлгийн өндөр мэргэшлийн бүх төрлийн үйлчилгээгээр үйлчлэх хэрэгцээг газар сайгүй бүрэн хангаж, эмнэлгийн үйлчилгээний чанарыг үндсээр нь сайжруулах зорилтыг нам дэвшүүлж байна. Энэ зорилгоор хүн амыг бүх нийтээр нь диспансерчлах системийг нэвтрүүлэх, эх нялхсын эрүүл мэндийг хамгаалах байгууллага, нэгдсэн эмнэлэг, больниц, сувиллын газруудыг цаашид хөгжүүлэх, тэдгээрийг орчин үеийн эмнэлгийн аппарат, төхөөрөмжөөр тоноглох, эм, эмчилгээний зүйл, ариун цэвэр-эрүүл ахуйн хэрэгслэлээр бүрэн хангахаар төлөвлөж байна.

Хүн амын эрүүл мэндийг бэхжүүлэх, бие хүнийг үвтэгш хөгжүүлэх, залуучуудыг хөдөлмөрт сургах болон эх орноо хамгаалахад бэлтгэхэд биеийн тамир, спорт түүнийг өдөр тутмын амьдралд нэвтрүүлэхийн ач холбогдол нэмэгдсээр байна. Иймд хүн бүрийг бага залуугаас нь эхлэн бие бялдраа цог жавхаа төгс болгох талаар санаа тавьдаг, ариун цэврийн болон эмнэлгийн тусламжийн зохих мэдлэгтэйгээр зөв сайхан аж төрдөг байхаар уг ажлыг зохион байгуулбал зохино» гэж ЗХУКН-ын XXVII их хурлаар баталж шинэчлэн боловсруулсан III программд заажээ.

ЗХУКН-ын XXVII их хурал дээр ЗХУКН-ын Төв Хорооны ерөнхий нарийн бичгийн дарга М. С. Горбачев тавьсан илтгэлдээ:

«...Хүн бүрийн хувьд, нийгмийн хувьд ч гэсэн эрүүл мэндээс илүү үнэт зүйл байхгүй. Хүн ардын эрүүл мэндийг хамгаалж, сайжруулах нь эн тэргүүний эрхэм үйл хэрэг мөн. Эрүүл мэндийн асуудлыг бид нийгмийн өргөн байрнаас авч үзэх ёстой. Тэр нь юуны өмнө, хөдөлмөр ахуйн нөхцөл, амьдралын түвшнээс хамаарна. Ардын эрүүлийг хамгаалах явдал асар их ач холбогдолтой нь мэдээж. Хүн амын эмчилгээ сувилгааны болон эмийн чанар сайтай тусламж авах хэрэгцээг аль болох түргэн, газар сайгүй хангах нь чухал байна. Энэ бүхэн эрүүлийг хамгаалахын материал-техникийн баазын тухай, түүнчлэн эрдэм шинжилгээ, зохион байгуулалт, боловсон хүчний нэн тулгамдсан олон асуудлыг шинээр шийдвэрлэхийг шаардаж байна.

Үүнд багагүй хөрөнгө шаардагдах нь мэдээж бөгөөд түүнийг бид олох ёстой.

Эрүүл мэндийг эмийн сангаас худалдан авч болохгүй гэдэг эртний үнэн үг бий. Хүний амьдралын хэвшилд тухайлбал, чөлөөт цагаа хэр зэрэг ухаалаг, ашигтай зарцуулж байгаад асуудлын гол оршино. Үүнд бололцоо нөхцөл байгаа боловч ажил хэргийн зохион байгуулалт ноцтой доголдож байна. Олон нийтийн үүсгэл санаачлага, хүн амын сайн дурын ажиллагаанаас олон зүйл хамаарах боловч хот хөдөөд хөдөлмөрийн хамт олны дунд дээрээс шийдвэр хүлээж, тусламж горьдож

суух нь цөөнгүй. Бид өөрийн мэдэлд байгаа зүйл, соёлын ордон, клуб, стадион, парк, бусад олон зүйлийг яагаад муу ашиглаж байна вэ? Зөвлөл, үйлдвэрчний эвлэл, залуучуудын эвлэлийн байгууллага энэ асуудлыг хөндөж хөдөлгөж болохгүй гэж үү? Оршин суугаа газраа хялбар хийцтэй спорт заал, биеийн тамирын талбай байгуулах талаар илүү идэвхтэй ажиллах хөдөлгөөн өрнүүлж болохгүй гэж үү? Эцэст нь хоршооллын үндсэн дээр спортын, тойрон аяллын болон бусад клуб байгуулж болохгүй гэж үү? хэмээн тэмдэглэсэн билээ.

Эдгээр үндсэн чиглэл, заалтыг хэрэгжүүлэх тодорхой арга хэмжээнүүд ЗСБНХУ-ын эдийн засаг-нийгмийг 1986—1990 он болон (XII таван жилийн төлөвлөгөө) 2000 он хүртэлх хугацаанд хөгжүүлэх үндсэн чиглэлд тусгагдан хэрэгжиж байна. Уг үндсэн чиглэл, төлөвлөгөөний гол зорилго нь:

— Өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх арга хэмжээг хүчтэй болгож бүх хүн амыг диспансерчлах,

— Эмнэлгийн тусламжийн чанар, соёлыг улам сайжруулах,

— Эрүүлийг хамгаалах байгууллагын материаллаг баазыг бэхжүүлэх, хуучин эмнэлгийг шинээр тоноглох,

— Анагаах ухааны боловсон хүчин бэлтгэх, хүмүүжүүлэх ажлын чанарыг сайжруулах,

— Анагаах ухааны хөгжил болон эрүүлийг хамгаалахын практикт шинжлэх ухаан-техникийн ололтыг нэвтрүүлэх ажлыг түргэтгэх,

— Эрүүлийг хамгаалахын удирдлагын систем, аж ахуйг эрхлэх аргыг төгөлдөржүүлэх,

— Эрүүл аж төрөх ёсыг өргөтгөн нэвтрүүлж, урьдчилан сэргийлэх арга хэмжээг зөвхөн эрүүлийг хамгаалах системийн хүрээнд бус нийт улс орны хэмжээнд (нам, улс, олон нийтийн байгууллагыг өргөн хамарсан) иж бүрэн цогцолбор хэлбэрээр зохион байгуулах зэрэг гол гогцоо асуудалд анхаарлаа төвлөрүүлж байна. Гэхдээ эдгээр зорилтыг хэрэгжүүлэхэд хамгийн бодитой, зөв, дөт арга хэлбэрийг сонгон авах бөгөөд ЗХУКН-ын XXVII их хурлаас дэвшүүлсэн эдийн засаг-нийгмийн хөгжлийг хурдасгах, өөрчлөн байгуулалтын зорилттой (өргөн ардчилал, ил тод байх, шинэ сэтгэлгээ, нийгмийн шударга ёсыг хэрэгжүүлэх г. м) дүйцэх ёстой. Энэ асуудалд зөвлөлтийн эрүүлийг хамгаалахын олон шатны удирдлага, хүмүүс янз бүрээр хандаж, өргөн хэмжээгээр ил тод шүүн хэлэлцэж байна.

Үүнтэй холбогдуулан ЗСБНХУ-ын Эрүүлийг хамгаалах Яамны коллеги 1987 оны 3-р сард «Зөвлөлтийн эрүүлийг хамгаалахын байдал ба ЗХУКН-ын XXVII их хурал болон Төв Хорооны нэгдүгээр сарын (1987 оны) бүгд хурлын шийдвэрийн дагуу өөрчлөн байгуулах хэтийн төлөвийн тухай асуудал» хэлэлцсэн юм. Уг хурлын материал орчин үед ЗСБНХУ-ын эрүүлийг хамгаалахын гол гогцоо асуудлыг хөндөж байгаагаараа ихээхэн анхаарал татаж байгаа бөгөөд манай орны эрүүлийг хамгаалахын зохион байгуулагчид, нийт эмч ажилчдад үлэмж сургамжтай юм.

Уг хуралд үг хэлсэн ЗСБНХОУ-ын Эрүүлийг хамгаалах Яамны сайд А. И. Потапов «ЗХУ-ын эрүүлийг хамгаалах систем өвчилжээ. Гэхдээ бүр хүнд өвчилжээ. Одоогоор оношийг бүрэн тогтоогсогүй, эмчилгээний программыг боловсруулаагүй, тавилан нь тодорхой бус байна» гэсэн билээ. Мөн хуралд илтгэл тавьсан ЗСБНХУ-ын Эрүүлийг хамгаалах Яамны сайд Е. И. Чазов «...ЗХУ-ын эрүүлийг хамгаалах системд манай орны нийгмийн үйл амьдралын аль ч хүрээ (салбар)-нээс илүү их бэрхшээл дутагдал, шийдвэрлэгдээгүй асуудал хуримтлагджээ. Энэ салбарт өнгөрсөн хугацаанд (ЗХУКН-ын XXVII их хурлаас хойш) ямар нэгэн хувьсгалт өөрчлөлт байтугай, мэдэгдэхүйц ахиц гарсангүй» гэж тэмдэглээд ЗХУ-ын эрүүлийг хамгаалахын ажилд оршиж ирсэн үндсэн дутагдлуудыг зааж, түүнийг арилгах, сайжруулах зарим асуудал, арга замыг дэвшүүлэн тавилаа.

ЗСБНХУ-ын Эрүүлийг хамгаалах Яамны коллеги ажилд оршиж ирсэн дутагдлыг ил тод шүүн хэлэлцэж цаашид өөрчлөн байгуулах арга хэмжээг 4 гол чиглэлээр тодорхойлон заав. Үүнд:

1. Эрүүлийг хамгаалахын удирдлага, төлөвлөлт зохион байгуулалтыг эрс сайжруулах,

2. Эрүүлийг хамгаалахын материаллаг баазыг бэхжүүлэх өргөн далайцтай арга хэмжээг авах,

3. Боловсон хүчний асуудлыг онцгойлон анхаарч чанарыг эрс дээшлүүлэх,

4. Эрдэм шинжилгээ судалгааны ажлыг өргөжүүлж, үр дүнг практикт богино хугацаанд нэвтрүүлэх зэрэг болно.

Эдгээрийн талаар товч дурдъя:

1. Эрүүлийг хамгаалахын удирдлага, төлөвлөлт, зохион байгуулалтад оршиж ирсэн үндсэн дутагдал нь:

а) Эрүүлийг хамгаалахын удирдлага, төлөвлөлт, зохион байгуулалтын асуудалд экстенсив аргыг голлож тооны үзүүлэлтийн хойноос хэт хөөцөлдсөн нь ажлын чанарыг хохируулж, одоогийн шаардлагыг хангаж чадахгүйд хүргэжээ. Жишээ нь: ЗХУ одоо 3 сая 300 гаруй мянган ортой (10 000 хүн амд 129,7 ор) нь дэлхийд тэргүүн байр эзэлж байгаа боловч эмнэлгийн тусламжийн чанар ЭЗХТЗ гишүүн зарим орнуудад хүрэхгүй байна. ЗХУ-д эмнэлгийн орны өртөг өнгөрсөн 5 жилд 14,7 мянга, энэ 5 жилд (XII) 18,4 мянган рубль байхад зарим социалист орснд энэ норматив 40 мянгаас 80 мянган рубль байна. Энэчлэн эмнэлэг (больниц)-ийн зураг төслийг зохисход ЗХУ-д уг эмнэлгийн бүх өртгийн 15%-ийг эмнэлгийн ба технологийн төхөөрөмж эзэлдэг бол ЭЗХТЗ-ийн гишүүн орнуудад 40% байгаа ажээ.

Ийм нөхцөлд орчин үеийн анагаах ухааны ололт, технологийг газар бүр нэвтрүүлэх нь үнэхээр бэрхшээлтэй нь мэдээж. Үүний дээр ашиглалтанд оруулах орны төлөвлөгөөг биелүүлэхийг гол болгон хөөцөлдөж олон арван больницыг орон сууц, нийтийн байр, бусад барилгын «дайвар» болгон байгуулж (ж нь: ЗСБНХОУ-д шинээр ашиглалтанд оруулсан орны 40% нь зориулалтын бус барилгад байрлаж байна) хуучин больницуудыг засаж сэлбэх, өөрчлөн тохижуулах ажил үлэмж хоцорчээ. Үүнээс шалтгаалан ЗХУ-ын эрүүл ахуйн нормоор больницын нэг оронд 7 м² талбай ногдох ёстой атал 4,2 м² талбай ногдох болж зарим эмнэлэг халуун, хүйтэн усны ба бохир усыг зайлуулах системгүй ажиллахад хүрчээ.

Энэчлэн амбулатори-поликлиникийн ажлыг дан ганц үзлэгээр төлөвлөн дүгнэх арга барил ноёрхож тооны хойноос хэт хөөцөлдсөнөөс хүмүүст үзүүлэх тусламжийн чанар доголдож зарим үед эмч эмнэлгийн ажилчдын хүнлэг үзэл, хариуцлагыг ч сулруулахад хүргэжээ. (зөвхөн үзлэгийн төлөвлөгөө биелүүлэх ганц зорилтод захирагдсанаас) Үүний дээр зарим газар байгууллагад зохих бэлтгэл нөхцөл хангагдаагүй байхад бүх хүн амыг жил бүр диспансерчлах ихээхэн нүсэр ажлыг эхэлсэн нь үзлэгийн тоог эрс нэмэгдүүлж, үр дүн багатай ажил болж байгааг эмч ажилчид зүй ёсоор шүүмжлэх болжээ.

б) Эрүүлийг хамгаалах удирдлага (тухайлбал ЭХЯ) нь төвлөрсөн удирдлагыг хэт голлож, орон нутгийн болон доод шатны байгууллагын бие даасан байдал, идэвх санаачилгыг дарагдуулж ажлын дутагдал доголдлыг дор бүр нь илрүүлж арилгахын оронд амжилт бүтээлээр халхавчилж, дутагдалтай эвлэрэнгүй хандсан, ажлыг үнэлж дүгнэхэд материаллаг сонирхол, аж ахуйн механизмыг хангалтгүй ашигласан,

в) Эрүүлийг хамгаалахын удирдлага, төлөвлөлт, зохион байгуулалтын ажлын шинжлэх ухааны үндэслэлийг боловсруулах, эмнэлгийн байгууллагын ажлыг дүгнэх чанарын үзүүлэлтийг боловсруулах талаар Нийгмийн эрүүл ахуй, эрүүлийг хамгаалахын зохион байгуулал-

тыг эрдэм шинжилгээний байгууллага (Семашкогийн нэрэмжит институт, Анагаах ухааны академийн зарим институт, хүрээлэн)-ууд хангалтгүй ажилласан,

г) Эрүүлийг хамгаалах олон байгууллагын удирдагчид, улсын ариун цэврийн байцаан шалгах ерөнхий газар, орон нутгийн ариун цэврийн хяналтын байгууллагууд «Урьдчилан сэргийлэх иж бүрэн программын биелэлтэд» зохих ёсоор хяналт тавьж чадаагүйгээс 70 гаруй яам, тусгай газар оролцсон энэ чухал төлөвлөгөөний олон заалт тасарснаас гадна зөвхөн орчныг бохирдлоос хамгаалахтай холбоо бүхий 196 заалтын зөвхөн 47 нь хэрэгжин, 104 хотод орчныг бохирдуулагч бодисын хэмжээ тогтоосон нормоос хэтэрч, ахуй хангамжийн газруудын 1/4; тусгай газар байгууллагын 1/3 нь хаягдал усыг дутуу цэвэрлэж орчныг бохирдуулж тэр нь гэдэсний болон бусад халдварт өвчин үе үе гарах эх сурвалж байгааг заан шүүмжилжээ. Гэтэл уг ажлыг гардан хариуцаж өндөр шаардлага тавьж таслан зогсоовол зохих ариун цэврийн хяналтын ба эмнэлгийн байгууллагууд үүргээ муу биелүүлэн дутагдалтай эвлэрч өөрсдийгөө «зөвхөн засварлах алба» болгон хувиргажээ. Мөн бүх хүн амыг жил бүр диспансерчлах ажлыг одоогийн нөхцөлд бодит боломжгүйг шүүмжилж «Энэ бол улсыг хуурч байгаа хэрэг» гэж онцлон заав.

Дээрх дутагдлуудыг арилгах, эрүүлийг хамгаалахын удирдлага, төлөвлөлт, зохион байгуулалтын талаар:

— Удирдлагын экстенсив аргаас бүх салбарт интенсив аргад шилжиж зөвлөлт улсын хэмжээнд явагдаж байгаа өөрчлөн байгуулалтын дагуу шинэ сэтгэлгээ, арга барилаар ажиллаж зөрчлийг шүүмжлэн ил тод байдлыг өрнүүлэх;

— Ажлыг дүгнэх, төлөвлөхөд тооны үзүүлэлтээс чанарын үзүүлэлтэд, явцын (дундах) үзүүлэлтээс эцсийн үзүүлэлтэнд шилжих, ЭХЯ бусад удирдах байгууллагын удирдлагыг шуурхай, уян хатан болгож нэгж байгууллагын санаачилга бие даасан байдлыг хангаж материаллаг сонирхол, аж ахуйн аргыг өргөн нэвтрүүлэх,

— Ариун цэврийн хяналтын далайц үр нөлөөг эрс дээшлүүлж, урьдчилан сэргийлэх ажлыг бүх шугамаар эрчимжүүлэх,

— Бүх хүн амыг жил бүр диспансерчлахаас хүн амыг шатлан диспансерчлахад шилжиж 1995 оноос энэ ажлыг бүрэн хэмжээгээр явуулах.

— Ялангуяа эмнэлгийн нэгж (салбар) байгууллагын ажлыг олон тооны мэдээ, маягт, үзлэг дуудлагаар дүгнэдэг байсан аргыг өөрчилж тэднийг хариуцсан ажлынх нь эцсийн үр дүнгээр дүгнэж, тэдэнд зохих хэмжээний эрх итгэл хүлээлгэх (Ж нь: хэсгийн эмчийн ажлыг хариуцаж байгаа 1800 хүний эрүүл мэндийн өөрчлөлтөөр дүгнэх, гол ажлыг урьдчилан сэргийлэхэд чиглүүлэх, больницын хуудсыг 10—12 хоногоор бичдэг болгох г. м) зэрэг зорилтуудыг дэвшүүлэв.

2. Эрүүлийг хамгаалахын материаллаг баазыг бэхжүүлэх талаар ЗХУ өндөр амжилт олсон боловч эмнэлгийн барилга байгууламжийн зураг төсөл, техникийн ба эм багажийн хангамж (хүрэлцээ), чанар одоогийн шаардлагаас үлэмж хоцорч зарим багаж төхөөрөмж нь анагаах ухаан өндөр хөгжсөн зарим орны түвшинд хүрээгүй, зарим багажийн ба лабораторийн хүчин чадлыг дутуу ашиглаж байгааг тодорхой баримтаар шүүмжлэн уг ажлыг эрс сайжруулах зорилтыг дэвшүүлэв.

Мөн больницын орны фонд ашиглалтыг сайжруулахад больницын өмнөх буюу амбулатори-поликлиникийн оношлогоо эмчилгээг өргөжүүлж шинэ байгууллага-оношлогооны төвийг өргөн байгуулахаар заав. (Энэ 5 жилд 25, дараагийн 5 жилд 50—60-ыг байгуулна).

Энэ нь газар бүрт байгуулах боломжгүй эмчилгээ-оношлогооны нарийн төвөгтэй аргыг төвлөрүүлэн зохион байгуулж, хүн амд хүртэмжтэй болгох бололцоог олгох ажээ.

3. ЗСБНХУ-д одоо (1986 он) 1 сая 200 мянга гаруй их эмч ажиллаж (10000 хүн амд 42 их эмч) байгаа нь дэлхийн их эмч нарын 1/3-ийг эзэлж байгаа юм. Гэвч саявтар 350 мянган эмч нарт явуулсан аттестатчлалын дүнгээс үзэхэд 30 мянга нь буюу бараг 10% нь аттестатчилагдсанд «тооцогдож» мянгаад нь ажлаасаа өөрчлөгджээ.

Мөн Москва хотын анагаах ухааны дээд сургууль төгсөгчдийн дунд Москва хотын Гүйцэтгэх Хорооны Эрүүлийг хамгаалах газраас эрхлэн хийсэн экспертийн үнэлгээнээс үзэхэд шалгалтанд хамрагдагсдын 27,7% нь дунд ба түүнээс доош үнэлгээ авч 36% нь эрхэлж байгаа мэргэжлийн ажлынхаа ур чадвар, практик дадлагыг эзэмшиж чадаагүй байжээ.

«Энэ бүхэн нь эмч нарыг бэлтгэж буй сургалтын систем орчин үеийн шаардлагыг хангахгүй сургалтын ажиллагаа эрүүлийг хамгаалахын практик шаардлагаас хөндий тасархай, онц хэрэгцээгүй мэдээллээр сургалтын ачааллыг хүндрүүлж байна» гэсэн зарчмын дүгнэлт хийж цаашид:

— Эрүүлийг хамгаалахын практик шаардлагатай холбон сургалтын системийг өөрчлөн байгуулах;

Суралцагчдад тавих шаардлагыг эрс өндөржүүлэх (7 жил суралцахдаа сургалтын зохих шаардлага хангаагүй оюутанд их эмчийн бус бага эмчийн диплом олгох)

— Сургалтын чанарыг сайжруулах зорилгоор оюутны бие даасан ажиллагаа, хариуцлагыг дээшлүүлж нэг багшид ногдох оюутны тоог цөөрүүлэх,

— Эмчийн мэргэжлийг тохиолдлоор эзэмшсэн буюу эмчийн ариун нэр алдар, өндөр шаардлагыг эрхэмлэн хадгалж чадахгүй буюу хүсэхгүй байгаа хүмүүстэй эвлэршгүй тэмцэл явуулж тийм хүмүүсийн эмчийн дипломыг хураах эрх зүйн арга хэмжээ авах зэрэг зорилтуудыг дэвшүүлэн боловсруулж байна.

4. Эрдэм шинжилгээний байгууллагын судалгааны ажлын түвшин үр дүнг дээшлүүлэх зорилгоор зохион байгуулалтын зарим өөрчлөлт хийж томоохон зорилт дэвшүүлэв.

— Эрдэм шинжилгээний томоохон байгууллага, институт ажлаа зөвхөн мэргэжлийн аргачлал, зөвлөмжөөр хязгаарлах нь хангалтгүй тул тэдгээрийн хүчийг эмчилгээ, оношлогооны шинэ багаж төхөөрөмж, шинэ эм, онолын шинэ үндэслэл боловсруулахад чиглүүлэх,

— Ийм зорилтыг зөвхөн эрдэм шинжилгээний томоохон төв гүйцэтгэж чадах тул үр өгөөж муутай эрдэм шинжилгээний зарим институтыг хааж (100 орчим) хэмнэсэн хөрөнгө хүчээр бусдыг нь бэхжүүлэх арга хэмжээ авах,

— Судалгаа шинжилгээний ажлын удирдлага, төлөвлөлт, өгөөжийг сайжруулах зорилгоор ЭХЯ-ны эрдмийн зөвлөлийг зөвлөх эрхтэй байгууллага болгон өөрчилж оронд нь Эрүүлийг хамгаалах Яаманд шинжлэх ухаан-техникийн удирдлагын ерөнхий газрыг байгуулав.

Зөвлөлтийн эрүүлийг хамгаалах ажлыг ЗХУКН-ын XXVII их хурал болон ЗХУКН-ын Төв Хорооны 1987 оны 1-р сарын бүгд хурлын заалтын дагуу өөрчлөн байгуулах дээрх үндсэн чиглэлүүдийн хамт ЗХУ-ын Эрүүлийг хамгаалах Яамны коллегийн хурал зөвлөлтийн эрүүлийг хамгаалахын тулгамдсан чухал асуудлууд (эх хүүхдийн эрүүл мэндийг хамгаалах ажлыг сайжруулж хүүхдийн нас баралт, халдварт өвчний гаралтыг багасгах, ууж согтуурах явдалтай тэмцэх ажлыг улам эрчимжүүлж наркологийн тусламжийн зохион байгуулалтыг сайжруулан үр дүнг дээшлүүлэх г. м)-ыг ажил хэрэгчээр ил тод хэлэлцэв.

Зөвлөлтийн эрүүлийг хамгаалахыг орчин үеийн шаардлагын дагуу өөрчлөн байгуулахад онцгой анхаарал татаж байгаа асуудлын

нэг нь социалист эрүүлийг хамгаалахын урьдчилан сэргийлэх чиглэлийг бүхий л хүрээгээр өргөжүүлж үр дүн, эрч далайцыг нэмэгдүүлэх, уг ажлыг хэрэгжүүлэх болон эрүүлийг хамгаалахын материаллаг баазыг бэхжүүлэхэд улс, олон нийт, хоршоолол, үйлдвэр, аж ахуйн байгууллагуудыг өргөн татан оролцуулах явдал юм. Энэ талаар ЗСБНХУ-ын Эрүүлийг хамгаалах Яамны сайд Е. И. Чазов коллегийн хуралд тавьсан илтгэлдээ цохон тэмдэглэхийн хамт Правда сонинны сурвалжлагчид өгсөн хариундаа хөндөж тавьсан асуудлууд нийтийн анхаарлыг татаж байна. Үүнд:

— ЗСБНХУ-ын хэмжээнд хэрэгжүүлж байгаа урьдчилан сэргийлэх ажлын иж бүрэн (цогцолбор) программын биелэлтэнд тавих хяналтыг эрс сайжруулах,

— Орчныг бохирдлоос хамгаалах, хөдөлмөрийн болон хүнсний эрүүл ахуйн талаар ариун цэврийн хяналтын үр нөлөөг эрс дээшлүүлэх,

— Хүн амын дунд эрүүл аж төрөх ёс, биеийн тамирын хөдөлгөөн, амралт-сувиллыг өргөжүүлэхэд эрүүлийг хамгаалахын оролцоог улам өргөжүүлэх, ялангуяа эрүүл аж төрөх ёсыг хэвшүүлэх ажлыг хүүхэд, өсвөр насны залуучуудын дунд өргөн зохиох энэ ажлыг эмч эмнэлгийн ажилчид өөрсдөө хувийн үлгэр жишээгээр үлгэрлэж манлайлах,

— Амбулатори-поликлиникийн тусламж, диспансерчлалыг өргөжүүлж хэсгийн эмчийн ажлыг урьдчилан сэргийлэх, хэсгийнхээ хүн амын эрүүл мэндийг бүхэлд нь хариуцахад чиглүүлж тэдний эрх хэмжээг өргөтгөн, итгэл найдвар хүлээлгэх,

Цаашид энэ ажлыг урьдчилан сэргийлэх бусад салбар (ариун цэвэр халдвар судлалын станц, ариун цэвэр-гэгээрлийн ажил, эмнэлэг-биеийн тамирын хяналтын диспансер г. м)-тай холбож зохион байгуулах,

— Энэ ажлыг зохион байгуулахад ЭХЯ-д шинээр байгуулагдсан «Урьдчилан сэргийлэх хэлтэс» чухал үүрэг гүйцэтгэх болно.

— Эмнэлгийн үнэ төлбөргүй тусламжийг улам хөгжүүлэхийн хамт хүний амь насанд аюултай бус зарим тусламжаар үнэ төлбөртэй үзүүлэх хэлбэрийг өргөжүүлэх, (1995 онд аж ахуйн тооцоотой поликлиникийг 2 дахин нэмэгдүүлэх) улс, хоршооллын байгууллага, иргэдийн сайн дурын үндсэн дээр эрүүл мэндийн фонд байгуулах,

ЗХУ-ын үйлдвэрчний эвлэлийн төв зөвлөлтэй тохиролцсоны үндсэн дээр 5000-аас дээш ажилчидтай үйлдвэрүүдэд тэдгээрийн хөрөнгөөр амралт-сувилал байгуулах,

— Хөдөлмөрийн чадвар түр алдалтыг бууруулснаас хэмнэсэн хөрөнгийг эрүүлийг хамгаалахад ашиглах, үйлдвэрчний эвлэлийн амралт сувиллын 20 мянган орыг эрүүлийг хамгаалахын реабилитаци (нөхөн сэргээх) арга хэмжээнд шилжүүлэх,

— Тамхи татагчаас 3—5 мөнгөний татвар татаж түүнийг нь тамхины улмаас үүссэн өвчнийг эмчлэхэд зарцуулах зэрэг олон чухал санаануудыг сэдэн тавьжээ.

ЗСБНХУ-ын эрүүлийг хамгаалахын хөгжлийн одоогийн шатанд тавигдаж байгаа дээр дурдсан зорилт, бүтээлч шүүмжлэл нь зөвлөлт орны хөгжингүй социалист нийгмийн орчин үеийн хөгжлөөс үүсэн гарч байгаа өндөр шаардлага юм. Үүнийг далимдуулан ЗХУ-ын эрүүлийг хамгаалахын дутагдал доголдлыг шүүмжлэх нэрийн дор зөвлөлтийн эрүүлийг хамгаалахын улс орны болон дэлхий дахины түүхэн ач холбогдлыг үгүйсгэж болохгүй нь мэдээж бөгөөд, аугаа их октябрийн социалист хувьсгалаар жигүүрлэж, В. И. Лениний шууд удирдлагаар зохион байгуулсан зөвлөлтийн эрүүлийг хамгаалахын түүхэн туршлага одоо ч дэлхийн социалист системийн эрүүлийг хамгаалахын манлайд үлгэрлэн хошуучилж байна.

Б. Дэмбэрэл (Эрүүлийг хамгаалахын удирдлагын эрдэм шинжилгээний төв)

ХҮН АМЫГ БҮХ НИЙТЭЭР ШАТЛАН ДИСПАНСЕРЧЛАХЫН ОНОЛЫН ҮНДЭС, ПРАКТИКИЙН АЧ ХОЛБОГДОЛ

1976 онд Москва хотод хуралдсан социалист орнуудын Эрүүлийг хамгаалах Яамны сайд нарын XVII зөвлөгөөн «Социалист эрүүлийг хамгаалахын хөгжлийн үндсэн чиглэл, хэтийн төлөв»-ийн тухай асуудал хэлэлцээд дэвшүүлсэн зорилтынхоо дотор «...Орон тус бүрийн онцлогийг харгалзан бүх хүн амыг аажмаар диспансерийн хяналтад бүрэн хамрах шаталсан арга хэмжээ авах» чухал зорилтыг дэвшүүлсэн билээ.

Дараа нь 1977 онд Москва хотод хуралдсан ЭЗХТЗ-ийн эрүүлийг хамгаалах салбар дахь байнгын комиссын 5-р хуралдаанаар «ЭЗХТЗ-ийн гишүүн орнуудын хэмжээнд диспансерчлах аргыг хөгжүүлэх чиглэлийн тухай» асуудал хэлэлцээд диспансерчлах аргыг хэрэгжүүлэхэд баримтлах үндсэн зарчим, чиглэлийг тусгасан баримт бичгийг батлан гаргасан юм.

Москвагийн зөвлөгөөнөөс хойш, эдгээр баримт бичгүүдэд тулгуурлан социалист хамтын нөхөрлөлийн орнуудын коммунист ажилчны намуудын их хурал, бусад үндсэн баримт бичгүүдэд эрүүлийг хамгаалахын зорилтыг тодорхойлохдоо «хүн амыг нийтээр нь шатлан диспансерчлах» «диспансерчлалыг өргөтгөж хөгжүүлэх» асуудлыг тусгаж орчин үеийн чухал зорилт болгон дэвшүүлэн хэрэгжүүлж байна.

Уг зорилтыг хэрэгжүүлэх ажлын явцад бүх социалист орнуудад диспансерчлах аргын талаар нэгдсэн ойлголт, зохион байгуулалтын нэгдсэн хэлбэр тогтож (тусгай мэргэжлийн диспансер, оршин суугаа дэвсгэр нутгаар буюу ажлын байраар хяналт тогтоох г. м), ихэнх социалист орнуудад уг ажилд орчин үеийн электрон тооцооны машин (ЭТМ) нэвтрүүлэх эхлэлт тавьжээ.

Хөгжлийн одоогийн шатанд ЗХУ бүх хүн амыг жил бүр нийтээр нь диспансерчлах (ежегодная всеобщая диспансеризация) зорилтыг дэвшүүлэн практикт хэрэгжүүлж эхэлсэн ба бусад социалист орнууд уг ажлын бэлтгэлийг хангаж, хүн амын аль болох өргөн хэсгийг олноор нь диспансерчлах (массовая диспансеризация) зорилтыг шийдвэрлэж байна.

ЭЗХТЗ-ийн гишүүн социалист бүх орныг хамарч байгаа өргөн цар хүрээтэй энэ зорилт онолын хувьд:

1. Социалист нийгмийн мөн чанар, социалист эрүүлийг хамгаалахын агуулга, социалист аж төрөх ёсны шаардлагаас урган гарч байна.

Учир нь: Эмнэлгийн үйлчилгээний диспансерчлах арга бол социалист эрүүлийг хамгаалахын гол зарчим-жанжин шугам-урьдчилан сэргийлэх чиглэлийг хэрэгжүүлдэг шалгарсан арга бөгөөд тэр нь хүний бие махбод хүрээлэн буй гадаад орчин, амьдарч байгаа нийгмийн орчны нэгдмэл холбооны тухай материалист онолд тулгуурлаж, урьдчилан сэргийлэх эмчлэн эдгэрүүлэх арга хэмжээг нэгдмэлээр хослон явуулах өргөн боломж олгодогт уг аргын давуу тал оршино. Ийм арга хэмжээг нийгмийн хэмжээнд өргөн хүрээгээр авч хэрэгжүүлэх бодит боломжийг гагцхүү бодит социализм бүрдүүлж байгаад асуудлын гол зангилаа оршино. Энэ ч учраас, ер нь диспансерчлах арга, түүн дотор бүх нийтийг шатлан диспансерчлах нийгмийн өргөн цар хүрээтэй том зорилт гагцхүү социалист эрүүлийг хамгаалахын хүрээнд хэрэгжих бодит үндэстэй бөгөөд түүний хэрэгжин биелэхийн нийгэм эдийн засгийн үндэс нь социалист үйлдвэрлэлийн арга, социалист үйлдвэрлэл

ЗХУ-д нийт хүн амыг диспансерчлах зорилгот программыг хэрэгжүүлэх үндсэн нөхцөлүүд

УЛС НИЙГМИЙН ХЭМЖЭЭНИЙ ПРОГРАММ

Зөвлөлтийн нийгмийн бүрэлдэхүүнийг жигдлэн хөгжүүлэх	Хүн амын амьдралын түвшинг дээшлүүлэх	Хүрээлэн буй орчныг хамгаалах ажлыг сайжруулах	Хүн амын хөдөлмөр, ахуйн нөхцөлийг сайжруулах	Хүн амын соёлын түвшин, зохион байгуулалттай ажиллагааг төгөлдөржүүлэх.
------------------------------------------------------	---------------------------------------	------------------------------------------------	-----------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------

Уг зорилтыг намын программчилсан баримт бичгүүдэд тусгаж, улс, олон нийтийн байгууллагыг өргөн оролцуулах

Өвчнийг эхний үе шатанд нь идэвхтэй аргаар илрүүлэх	Бүх хүн амын эрүүл мэндэд тасралтгүй хяналт тогтоох	Нийгмийн ба урьдчилан сэргийлэх арга хэмжээ авах	Эмчлэх-эрүүлжүүлэх арга хэмжээний нэгдлийг хангах.
-----------------------------------------------------	-----------------------------------------------------	--------------------------------------------------	----------------------------------------------------

ШУТ-ын дэвшил үүн дотор, хүн амын эрүүл мэндийг хянахад автомат систем нэвтрүүлэх, урьдчилан сэргийлэх арга хэмжээний хууль эрхийн үндснийг өргөжүүлэх

АНАГААХ УХААНЫ АРГА ХЭМЖЭЭ

Больниц поликлиник диспансерийн өргөтгөл	Эм, эмнэлгийн тоног төхөөрөмжийн үйлдвэрлэлийг өргөтгөх	Хүн амын эрүүл мэндэд нэн хортой өвчинтэй тэмцэх ажлыг хүчтэй болгож хүн амын эрүүл ахуй халдвар судлалын найдвартай байдлыг хангах.	Хүн амын янз бүрийн бүлгийн эрүү мэндийг сайжруулах арга хэмжээ авах	Өвчинд өртөмгүй болгодог хүчин зүйлээр ангиалан эрүүл мэндэд хяналт тогтоох нэгдсэн заавар зөвлөмж мөрдүүлэх	Эмчилгээ-оношин ба физик эмчилгээний салбарыг хөгжүүлэх	Эрүүлжүүлэх байгууллагын цэг салбарыг хөгжүүлэх.
------------------------------------------	---------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------	--------------------------------------------------

лийн харилцаа, социалист аж төрөх ёс юм.

2. Диспансерчлах аргыг өргөжүүлэх нь орчин үеийн социалист эрүүлийг хамгаалахын хөгжлийн түвшин (материаллаг бааз, боловсон хүчний хангамж г. м.) түүний давуу талаас гарч байна. (Хүснэгт 1-ээс үзнэ үү).

3. Үйлчилгээний диспансерчлах аргыг шатлан өргөтгөх нь социалист эрүүлийг хамгаалахын одоогийн зорилтоос гадна, түүний ирээдүйн хөгжлийн төлөвөөс урган гарч байна. Шинжлэх ухаан техник, нийгмийн дэвшлийн орчин үед социалист орнуудад диспансерчлах аргын агуулга, түүний нийгэмд эзлэх байр суурь улам бүр өргөжин, урьд өмнө гол төлөв эрүүлийг хамгаалах байгууллагын хэмжээнд хэрэглэгддэг эмчилгээ үйлчилгээний арга байсан бол одоо (ялангуяа ЗХУ зэрэг хөгжингүй социалист орнуудад) улс олон нийт, эрүүлийг хамгаалах, нийгмийн даатгал, нийгэм хангамж зэрэг олон байгууллагын хамтын хүчээр хийгдэх нийгэм-анагаах ухааны цогцолбор бүрдмэл арга хэмжээ болон хөгжиж хөгжингүй социалист нийгмийн эрүүлийг хамгаалахын зохион байгуулалтын гол үндсэн хэлбэр болж хөгжих хэтийн төлөвтэй байна. Үүнийг зарим социалист орны эрдэмтэд (ЗХУ, БНБАУ) эрүүлийг хамгаалахын диспансерийн систем (диспансерная система здравоохранения) гэдэг шинэ ойлголтоор томъёолж байгаа юм.

Эрүүлийг хамгаалахын диспансерийн систем гэдэг нь хүмүүс амбулатори-поликлиникт урсгалаар ирж үйлчлүүлэх бус, нийт хүн амын эрүүл мэндэд байнга тасралтгүй хяналт тогтоож, өвчин эмгэгийг эхний үе шатанд нь идэвхтэй аргаар илгүүлэн эмнэлгийн бүх байгууллага урьдчилан сэргийлэх ба эмчлэн эдгэрүүлэх ажлын нэгдэл (полная интеграция), үйл ажиллагааны холбоо (приемственность) уялдааг хангаж, хөдөлмөр ахуй орчны нөхцөлийг сайжруулахад чиглэгдсэн нийгэм эдийн засаг, техник, анагаах ухааны арга

хэмжээг хэрэгжүүлэхэд суурилагдсан эмнэлгийн тусламжийн зохион байгуулалтыг ойлгоно гэжээ.

4. Диспансерчлах аргыг өргөтгөн хэрэгжүүлэх нь орчин үеийн бодит социализмын эмчийн үйл ажиллагааны агуулга шаардлагаас үүдэн гарч байна.

Бодит социализмын нөхцөлд эмчийн ажлын агуулга нь зөвхөн эмчилгээний ажлын хүрээгээр хязгаарлагдахгүй эмч бол коммунист нам, социалист төрөөс хүн амын эрүүл мэндийн талаар авч явуулж буй арга хэмжээг хөдөлмөрчид хүн амын дунд гардан зохион байгуулагч, нийгмийн зүтгэлтэн юм.

Энэ ажлын эцсийн үр дүн социалист эрүүлийг хамгаалахын урьдчилан сэргийлэх чиглэлийг хэрхэн хэрэгжүүлснээр тодорхойлогдоно. (Хүснэгт 2).

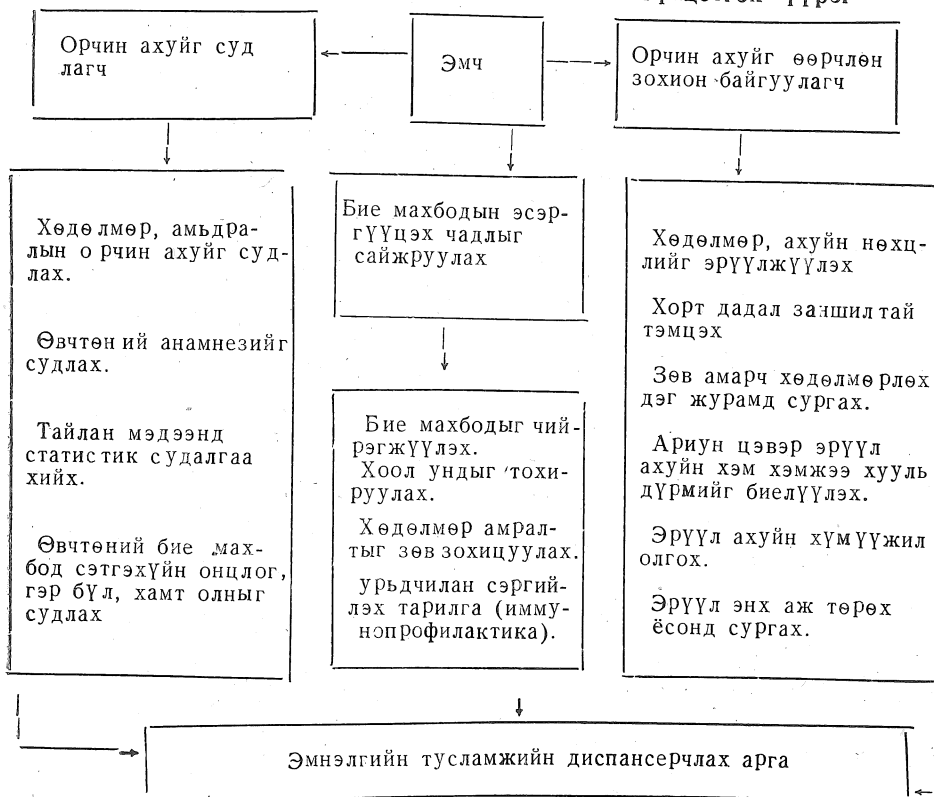
Диспансерчлах аргыг шатлан өргөжүүлж, аажмаар бүх нийтийг хамрахын практик ач холбогдол нь хүн амд үзүүлэх эмнэлгийн тусламжийн хүрэлцээ, чанарыг шинэ шатанд гаргаж, эрүүлийг хамгаалахын нийгэм, анагаах ухаан, эдийн засгийн үр дүнг дээшлүүлснээр тодорхойлогдоно. Үүнтэй холбогдуулан эмч нарыг ажлынхаа (хяналтынхаа) үр дүнг эдийн засгийн аргаар дүгнэж, тооцож чаддаг болгон сургах нь нэн чухал.

5. Манай орон (БНМАУ)-ын хувьд энэ асуудал МАХН-ын XVII, XVIII, XIX их хурлаас дэвшүүлсэн эрүүлийг хамгаалахын зохион байгуулалтын шижим асуудлын нэг бөгөөд БНМАУ-ын хөдөө нутгийн өвөрмөц нөхцөлд өрхийн диспансерчлалыг хөгжүүлэх нь уг асуудлыг шийдвэрлэх тохиромжтой хэлбэр байж болох онцлогтой.

6. Диспансерчлах аргыг шатлан өргөжүүлж аажмаар бүх хүн амыг хамрах, цаашдаа эрүүлийг хамгаалахын диспансерийн систем тогтоох нь аль ч социалист орны эрүүлийг хамгаалахын өмнө орчин үеийн хөгжлийн шаардлагаар дэвшигдэн тавигдаж байгаа шинэ тулгар асуудал юм.

Энэ шинэ зорилтыг шийдвэрлэхэд ЗХУ-ын диспансерчлах аргыг

Урьдчилан сэргийлэх ажилд эмчлэгч эмчийн гүйцэтгэх үүрэг



хөгжүүлэн хэрэгжүүлсэн туршлагаас суралцах нь зайлшгүй юм.

Суралцахдаа бид уг туршлагыг механикаар хуулбарлах буюу дуурайх бус шинэ сэтгэлгээ, арга барилын үүднээс бүтээлчээр тусган хэрэглэх хэрэгтэй юм.

Үүнтэй холбогдуулан 2 зүйлийг тэмдэглэхэд:

I. ЗХУ-ын эрүүлийг хамгаалахын хөгжлийн түүхээс үзэхэд ЗХУ-д диспансерчлах арга дан ганц «шууд замаар» явсангүй зарим үед алдаж онож, тохиолдсон бэрхшээлийг давж туулж хөгжсөн түүхтэй.

Эдгээр алдаа, бэрхшээл нь гол төлөв боловсон хүчин, материаллаг баазын зохих нөхцөл бүрдээгүй байхад «түргэвчилж» хийснээс шалтгаалж байсныг манай орны эрүүлийг хамгаалахын зохион байгуулагчид анхаарах нь зүйтэй юм.

II. ЗХУ-ын эрдэмтэд хүн амыг нийтээр нь диспансерчлах практик арга хэмжээнд шилжихэд гурван

гол нөхцөлийг харгалзахыг онцлон тэмдэглэж байна. (1).

Үүнд: а). Улс орны нийгэм-эдийн засгийн өндөр хөгжил (хөгжингүй социалист нийгмийн нөхцөлд).

б). Эрүүлийг хамгаалахын материал техникийн бааз нь хүн амын эрүүл мэндийн байдалд тасралтгүй идэвхтэй хяналт тавих нөхцөлийг хангахуйц хэмжээнд хүрсэн байх. (Эмнэлэг бүр бие даан «өөртөө үйлчилж» чаддаг болсон нөхцөлд).

в). Хөгжингүй социализмын нөхцөлд хүмүүсийн эрүүл мэнд нь зөвхөн уг хүний хувийн хэрэг бус, нийгмийн зайлшгүй хэрэгцээ болохыг иргэн бүр (хүн бүр) ухамсарласан нөхцөлд хийх юм.

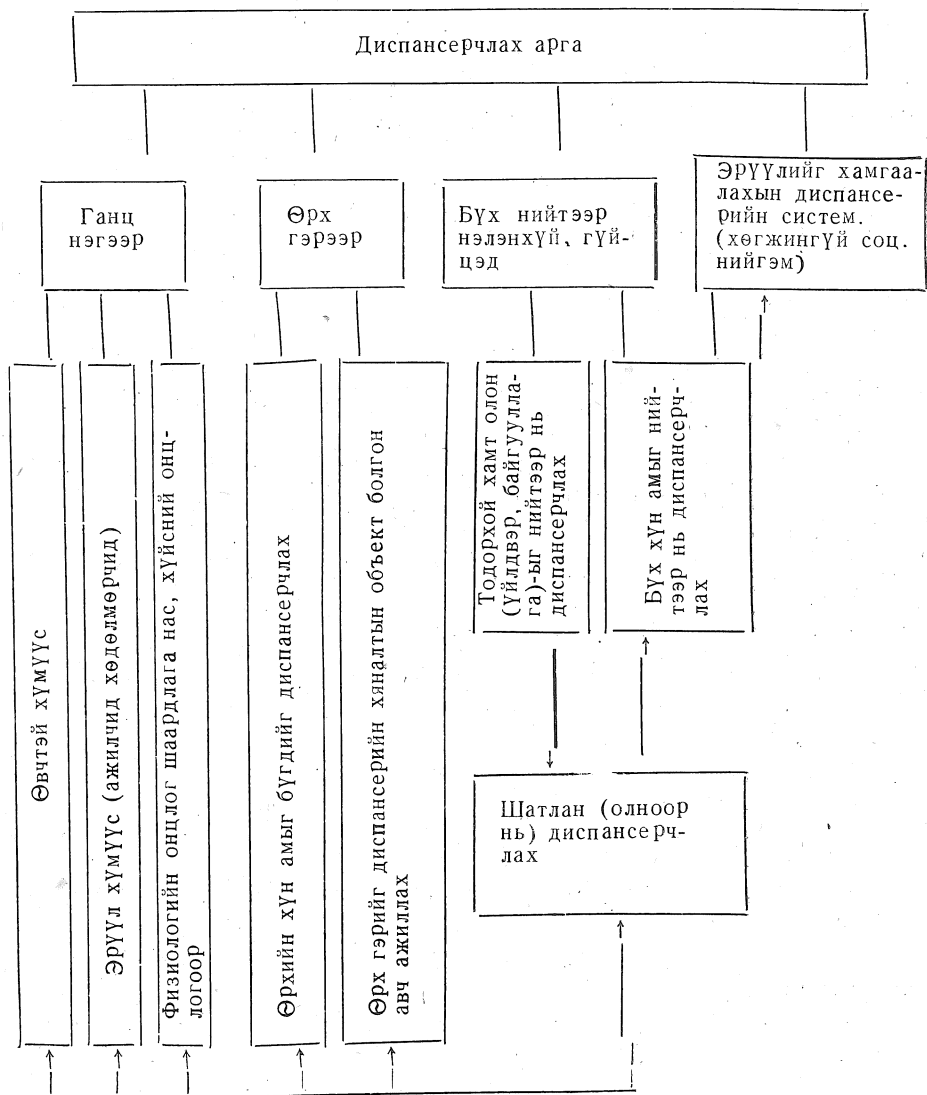
Эдгээрээс үндэслэн манай оронд нийт хүн амыг шатлан диспансерчлахад бэлтгэл ажил, хэрэгжүүлэх хугацаанд маш нарийн тооцоотой хандах нь чухал юм.

Саяхан (1986 оны XI сар) Улаанбаатар хотод БНМАУ-ын Эрүүлийг хамгаалах Яам, ДЭХБ-ын ЗӨАБ хорооноос хамтран «Амбулатори-поликлиникийн тусламж, диспансерчлал» асуудлаар симпозиум зохион байгуулав. Уг симпозиумд Эрүүлийг хамгаалах Яам, Эрүүлийг хамгаалахын удирдлагын эрдэм шинжилгээний төвөөс боловсруулсан «БНМАУ-ын хүн амыг шатлан диспансерчлах» чиглэлээр 1986—1990 он буюу бэлтгэл шатанд

жирэмсэн эмэгтэйчүүд, хүүхэд, үйлдвэрийн ажилчдыг диспансерчлах; 1991—1995 онд бүх ажиллагчид болон нийт хүн амын 60—80%-ийг хяналтад хамрах; 1996—2000 онд нийт хүн амыг хяналтанд бүрэн хамрах зорилтыг дэвшүүлэв. Уг зорилт нь стратегийн чиг шугамын хувьд зөв зүйтэй боловч түүнийг хэрэгжүүлэх хугацаа, практик арга хэмжээг маш нарийн тооцож, одоогийн хийж буй туршилт судалгаа (ЭХЯ-ны сайдын 1986 оны

Хүснэгт 3

Диспансерчлалын ангилал



148-р тушаал)-ны үр дүнг харгалзан цаашид тодотгож нарийсгах шаардлагатай мэт санагдана.

Урт хугацааг хамарч байгаа өргөн цар хүрээтэй энэхүү том зорилтын бүх талыг хөндөлгүй зөвхөн 1986—1990 оны бэлтгэл шатанд хийх зарим практик арга хэмжээнээс дурдъя.

Юуны өмнө диспансерийн хяналтанд одоогоор зонхилж байгаа «бүртгэх арга»-аас жинхэнэ хяналтыг чанартай хийж үр дүнг эдийн засгийн болон бусад аргаар тодорхой тооцдог ажилд шилжих;

Аймаг, хотын төв зэрэг хүн ам төвлөрсөн суурин газарт дэвсгэр нутгийн болон албан ажлын харьяаллаар үйлчлэх амбулатори-поликлиникийн ба хэсгийн системийн зохион байгуулалт хүрэлцээг төгс шийдэх;

Лабораторийн шинжилгээ, реабилитацийн тусламж, эмийн хүрэлцээг эрс сайжруулж, түүнд экспресс (түргэвчилсэн) ба электрон тооцооны зарим дэвшилт арга нэвтрүүлэх;

Эмч нар хөдөлмөрчдийн сэтгэл зүйн бэлтгэлийг хангах зэрэг олон асуудлуудыг дэс дараатай шийдвэрлэх шаардлагатай юм.

Товчоор хэлэхэд, энэ таван жилд хяналтад хамрагдагсдын тоог төдий л (олноор) нэмэгдүүлэхгүйгээр одоогийн тавьж байгаа хяналтын чанарыг эрс сайжруулж үр дүнг тооцох, дараагийн шатны зо-

рилтыг хэрэгжүүлэх материаллаг бааз, боловсон хүчний бэлтгэлийг хангахад гол зорилтыг чиглүүлмээр санагдана.

Эцэст нь «диспансерчлал», «бүх нийтээр диспансерчлах»-д хэрэглэж байгаа нэр томъёоны талаар дурдъя. (Хүснэгт 3-аас) үзнэ үү

Үүн дотроос бид ганц нэгээр буюу өрх гэрээр диспансерчлах аргуудыг хэрэглэж диспансерийн хяналтыг өргөтгөж хүн амыг шатлан диспансерчлах зорилтыг дэвшүүлж байгаа юм.

МАХН-ын XIX их хурлын илтгэлд «нийт хүн амыг зохих үе шаттайгаар диспансерчлахад шилжих» 1986—1990 онд эдийн засаг-нийгмийг хөгжүүлэх үндсэн чиглэлд «хүн амыг диспансерийн үйлчилгээнд хамрах хүрээг өргөтгөн, эмнэлгийн урьдчилан сэргийлэх арга хэмжээг хүчтэй болгох»-оор заасан нь тус улсын эрүүлийг хамгаалахын орчин үеийн чухал зорилтыг тодорхойлж байна.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Проблемы диспансеризации населения. Под редакцией А.Ф. Серенко-А. Ценова, М. 1982. 32—33, 48—49.
2. Г.А. Новгородцев, Г.З. Демченкова, М.Л. Полонский. Диспансеризация населения в СССР. М. 1979, 1985.
3. ЗХУКН-ын XXVII их хурлын материал, М. 1986.
4. МАХН-ыч XIX их хурлын материал. УБ. 1986.

Редакцид ирсэн 1986.11.25.

ЭМЧИЙН СЭТГЭЛГЭЭ, ОРЧИН ҮЕ

Орчин үеийн анагаах ухааны практикт шинжлэх ухаан техникийн сүүлийн үеийн гайхамшигт ололт нэвтэрч, эмч нарын мэргэжил улам бүр нарийсч байгаагаас мэргэжлийн эмч нарын дотор зарим нэгэн зааг гарч байна. Нөгөө талаар зөвлөх эмч нарын нөлөө ихсэж түүнд найдах, тэдний амыг харах явдал ч бий болж байна. Үүний улмаас өөрийн туршилага, мэргэжлийн зөн билэгт үл итгэх явдал ч зарим эмч нарын дотор байгаа билээ. Энэ бүхэн нь эмч нар өвчтөнийхөө өвчнийг оношдох, эмчлэх тактик зэрэгтээ мэргэшлийн хувьд түргэн өсөх, бие дааж ажиллахад нөлөөлж буй нь илэрхий.

Ер нь өнөө үед эмчлэх ажил нь орчин үеийн анагаах ухааны онол, практикийн нарийн асуудлыг хэр зэгээ сонирхож жинхэнэ зүрх сэтгэлээсээ хэрхэн ажиллаж байгаагаас хамаарах тул эмчийн зохистой бодьгал чанар тун чухал юм. Иймийн учир сэтгүүлийн редакци энэ сэдвээр хэлэлцүүлэг нээж байна. Энэ хэлэлцүүлэгт эрдэмтэн, багш, профессор, эмч нарыг өргөн оролцохыг урьж байна.

Хүний бие махбод бол нэгдмэл систем юм. Энэ систем элемент буюу салбар тухайлбал зүрх судасны, тулгуур эрхтний, мэдрэлийн гэх мэт дэд системд хуваагдана. Шинжлэх ухааны суурь судалгааны онолын хувьд энэ олон арван салбар систем, элементийг тусгай нарийн мэргэжлийн ажилбарт мэргэжсэн мэргэжилтэн, өндөр мэдрэмж бүхий аппарат багаж, лабораторийн тусламжгүйгээр судалж, дүгнэх аргагүй юм. Энэ нь маргаангүй, орчин үеийн анагаах ухааны гол шугам мөн.

Анагаах ухаан клиник, эрүүл ахуй, туршилтын гурван чиглэлээр 172 нарийн мэргэжлээр хөгжиж байна. Зөвхөн практикийн эмч нар 50 гаруй, зарим улсад 74 мэргэжлээр хүн амд эмнэлгийн тусламж үзүүлж, 10 мянга шахам өвчний онош хамшинжийг судалж байна.

Хүн, биологийн хувьд систем төдийгүй, нийгмийн талаас сэтгэл зүй, хөдөлмөр, ахуй, зан заншил зэрэг олон үзэгдэл юмсын уялдаа холбоо бүхий нийгэм-биологийн нэгдмэл цогц болдог. Энэ утгаар авч үзвэл практикийн эмч нарын үйл ажиллагаанд дифференциалчлалыг хэтэрхий болгох нь эмчийн сэтгэлгээг боогдуулж болох талтай юм. Ийм учраас анагаах ухааны практикт ерөнхий буюу түгээмэл мэргэжлийн эмч бэлтгэх зайлшгүй хэрэгцээ гарч ирсэн юм. Дунджаар эмнэлгийн тусламж авахаар анх ирсэн нийт хүн амын 40—50%-ийг зөвхөн ерөнхий мэргэжлийн эмч нарын хүрээнд шийдэх боломжтой байна.

Эмчийн клиник сэтгэлгээ нэн чухал байгаагийн учир юунд байна вэ. Энэ нь:

1. Эмчийн уран гар, хурц оюун ухаанд итгэх итгэл бол анагаах ухаанд онцгой байр эзэлж ирсэн, эзлэх ч болно. Орчин үед эмчид итгэх итгэл сулрах хандлага ажиглагдаж байна. Үүнийг ерөнхий мэргэжлийн эмч цөөрсөн (итгэл авч чадах гол мэргэжил), эмнэлзүйн хурц илрэлтэй тохиолддог өвчин ховордсон, эмч өвчтөний хооронд зөвлөх эмч, техник орж «хөндийрүүлсэн» гурван гол шалтгаанаар тайлбарлаж болно. Зөвлөх эмчийн амыг харж, лаборатори багаж техникийн шинжилгээний үзүүлэлтийг хэт шохоорхсоноос болж эмч нарын клиникийн чөлөөт сэтгэлгээ боогдож байгаа тал байгаа нь үнэн. Энэ бол анагаах ухааны механизмын нөлөөлөл болох зөвлөх эмч нарыг төрөл төрлөөр олшруулсан, доод байгууллагын ажлыг дээд газраас

зааж зааварласан, биеэ даасан бүтээлч чадварыг боогдуулсан зэрэг удирдлагын хуучин арга хэлбэртэй холбож үзмээр санагдана.

2. Эмч нар нарийн мэргэжилд баригдаж өвчтөнийг өрөөсгөл судлах дутагдал байна. Үүнээс болж ёс суртахууны, мэргэжлийн алдаа гардаг. Орчин үед өргөсөх хандлагатай клиникийн анагаах ухааны ерөнхий асуудлыг (мэдрэл сульдах өвчний илрэл, диэнцефалын хам шинж, коллагены өвчнүүд, харшлын илрэл, бага зэргийн (субфебрил) халуунтай өвчнийг шинжлэх, оношлох арга, антибиотик, дайврын гаралтай бэлдмэлээр эмчлэх, эмийн гаж үйлчилгээг г. м) судалж, танин мэдэхэд ерөнхий мэргэжлийн эмч нарын оношлогооны тойм мэдлэг дутах, мэргэжилдээ хэт явцуурснаас болж сүрьеэ өвчний ерөнхий хордлого, хурц халдварт өвчний эхлэл, хэвлийн хөндийн хурц өвчин, эмнэл зүйн ерөнхий шинж тэмдэг зэрэгт ихээхэн «барьц алдаж» байгаа жишээ баримт багагүй гарч байна.

3. Нарийн мэргэжлийн эмч нар бие биедээ «зөвлөх» болж, харин тэд нарын санал нийлсэн буюу маргаантай асуудлыг холбох ерөнхий мэргэжлийн эмчийн өргөн сэтгэлгээ чамлагдсаар байна.

4. Аль ч мэргэжилд өвчтөнийг судлах өвөрмөц тусгай арга байдгийн зэрэгцээгээр асуух, ерөнхий үзлэг хийх, барих, тогших, чагнах нийтлэг арга (бодит үзлэг) олон зуун жилийн уламжлалтай орхиж болохгүй арга мөн. Энэ бол эмч өвчтөнийг ёс суртахууны хувьд холбож өгдөг нандин холбоос юм. Эмч нар өвчтөнөөс асууж судлах, тав тухтай ярилцахын ач холбогдлыг бууруулж ёс төдий ханддаг сэтгэл зовоосон буруу арга барил газар авсаар байна. Зарим нарийн мэргэжлийн эмч нар өвчтөнг үзэж судлах уламжлалт сонгомол аргыг хэрэглэх нь багасч байгааг олон баримтаар нотолж болно.

Эмгэг анатомын товчооны 1986 оны тайлангаас үзэхэд үндсэн оношийн зөрөөний 38,9% объектив, 61,1% нь субъектив шалтгаантай. Субъектив шалтгааны 35,3% нь бодит үзлэг хангалтгүй хийсэн, 36,3% нь эмчийн клиник сэтгэлгээ дутсан, 19,3% нь туслах шинжилгээг дутуу буюу хэтрүүлэн үнэлснээс болжээ.

Профессор Р. Хегглин (1965) дотрын өвчний оношлогоонд асуух арга ойролцоогоор 50%, бодит үзлэг 30%, лабораторийн шинжилгээ 20%-ийн ач холбогдолтой гэж үздэг байжээ. Анагаах ухааны хүрээлэнд хийсэн зарим судалгаагаар амбулаторийн дотрын чиглэлийн эмч нарын тэн хагас нь бодит үзлэгийг дутуу хийж байна. Бидний ажиглалтаар дэлүү зүүн хавирганы нуман дороос үл ялиг тэмтрэгдэж байгааг бодит үзлэгээр тодорхойлж чадаагүйгээс болж элэгний цирроз өвчтэй хүнийг «ходоодны шарх, үрэвсэл» гэдэг оношийн дор 10 шахам шинжилгээ, эмчилгээ хийж сар гаруй болсон тохиолдол нэг биш удаа гарсан юм.

5. Нарийн мэргэжил эзэмшсэнээр унших, боловсруулах, сэтгэх хэмжээ хязгаарлагдахгүй. Мэргэжилдээ бүрэн эзэн болоогүй эмч ажилдаа хайхрамжгүй, хүнтэй элэгсэг биш харьцдаг, унших судлах дургүй болдог. Хэрэв сонирхож буй мэдлэгийн салбарт юм бүхэн эцэстээ хүртэл төгс хөгжчихсөн мэт санагдвал тэр хүний мэдлэг дутагдалтай байгааг харуулдаг ерөнхий зарчим байдгийг санахад илүүдэхгүй юм. Ой руу хичнээн гүн орох тутам төчнөөн өтгөн шигүү болдог гэсэн орос ардын цэцэн үг бий.

Эмчийн ерөнхий мэргэжлийн бат суурьгүй «нарийн» мэргэжлийн эмч нарын клиникийн сэтгэлгээ хязгаарлагдмал байдаг нь зүйн хэрэг юм.

6. Эмчилгээний тухай эмчийн бодол санаанд өрөөсгөл хандлага тод илэрч байна. Энэ бол эмийг эмчилгээний гол арга болгон олноор (эмийн полипрагмази) хэрэглэх явдал юм. Полипрагмази бол эмчийн сэтгэлгээ хөгжөөгүйн улмаас шинж тэмдгийн эмчилгээний арга хэрэг-

лэж байгаагийн тод илрэл юм. Зарим эмч нар өвчнийг танин мэдэх, эмчлэн эдгэрүүлэхэд бие махбодын гадаад орчин, дотоод тогтолцооны диалектик холбоог дутуу үнэлж байна. Жишээлбэл: эмчилгээний гол хэлбэр болсон хөдөлмөр, ахуй, хоолны дэглэмийн зөвлөгөөг срөнхийлөх загварчлан тогтоох, дутуу үнэлэх өрөөсгөл хандлага ч байна. Чихрийн шижин өвчин, ходоод, элэг цэсний архаг үрэвсэл зэрэг олон өвчнийг зөвхөн хоолны дэглэм, амьдрал ахуйн зөв хэмнэлээр эмчилж болдог шүү дээ.

Ерөнхий мэргэжлийн эмч бэлтгэх явдал ерөнхий талыг эхлэн тодруулж байж тусгай руу хандах хөгжил, танин мэдэхүйн диалектикийн үүднээс ч тодорхой юм. Манай оронд ерөнхий мэргэжлийн эмч бэлтгэх, сургах, мэргэжүүлэхэд учир дутагдалтай байна. Ерөнхий мэргэжлийн эмч, нарийн мэргэжлийн эмч нарын зохистой зөв харьцаа тогтоох хэрэгтэй юм. Ерөнхий мэргэжлийн эмч, хүн амд хамгийн ойрхон, өвчтөнийг судлах аргыг бие хүн, сэтгэл, гадаад орчинтой холбон судлах чадвартай эмч-нийгмийн зүтгэлтэн болно.

Манай эмнэлэг үйлчилгээний практикт хэсгийн ба сумын эмч нар-ерөнхий мэргэжлийн эмч бэлтгэх суурь мөн. Ерөнхий мэргэжлийн эмч үйлчилгээний дэвсгэр нутгийн хүн амын өвчин эмгэгийн талаар нарийн мэргэжлийн эмч нарт зөвлөх, зөвлөгөө өгөх чадвартай, тэднийг төвлөрүүлэн мэргэжлийн тусламжийг зохион байгуулах үүрэгтэй байх ёстой. Ерөнхий ба мэргэжлийн эмч нарыг бэлтгэх, ашиглах асуудлыг ЗХУ болон бусад социалист оронд ихээхэн анхаарч байна.

Куба улсад эмчийг өрхийн мэргэжлийн хэлбэрээр бэлтгэж байна.

Манай улсын поликлиникийн тусламжийн хүрээнд ерөнхий ба нарийн мэргэжлийн эмч нарын харьцаа 1:2-оос хэтрэхгүйгээр байх зарчмыг баримтлах нь зөв болов уу. Учир нь дэвсгэр нутгийн хүн ам-ерөнхий мэргэжлийн эмч-нарийн мэргэжлийн эмч гэсэн бие биендээ нөлөө бүхий цагариг холбоон дээр больницоос гадуур үзүүлэх эмнэлгийн тусламжид тулгуурлана. Ийм нөхцөлд ерөнхий мэргэжлийн эмч нарыг нарийн мэргэжлийн тусламжийг удирдан зохицуулах «удирдаач» болох төвшинд бэлтгэвэл зохино.

Ерөнхий мэргэжлийн эмч бэлтгэх асуудалд зохион байгуулалт, сэтгэл зүйн зарим бэрхшээл байна. Поликлиникоор үзүүлэх эмнэлгийн тусламжийн зохион байгуулалт өрөөсгөл байна. Нийслэл хотод гэхэд хэсгийн эмнэлэг бүхий дэвсгэр нутгийн поликлиник зохион байгуулахын оронд үйлчилгээний хүн амаас холдсон улс, хот, районы «зөвлөх» поликлиник нэмэгдэх хандлага байна. Энэ нь нарийн мэргэжлийн «зөвлөх» эмч нарыг олшруулна гэсэн үг. Ийм поликлиникийн эмч нарт үзүүлэх, шинжилгээ хийлгэх хүмүүс хэсгийн эмчээс бичиг баримт бүрдүүлэхээс эхлээд элдэв янзын үл ялах саад, дамжлага олширчээ. Ажлын арга барилд «...яльтай яльгүй дүрэм, горим, бичиг цаастай хэт зууралдах явдлаас болж ажиллах нөхцөл байдал яаж хүндэрснийг...» ЗХУКН-ын Төв Хорооны ерөнхий нарийн бичгийн дарга М. С. Горбачев 1985 оны 4 сарын бүгд хуралд онцлон тэмдэглэсэн билээ.

Поликлиникийн материал техникийн бааз үлэмж хоцрогдож байгаагаас гадна поликлиникт өвчтэй хүнийг гардан эмчилж, эрүүл хүний эрүүл мэндийг хамгаалж, нарийн мэргэжлийн эмч нартай холбож эмчийн үр дүнг хариуцдаг оношлох, эмчлэх, сэргийлэх өргөн сэтгэлгээ бүхий эмч нар үгүйлэгдэж, хөдөлмөрчдийг чирэгдүүлэх, эмч нарыг өвчтэй хүний төлөө хариуцлагыг сулруулах нэг хүчин зүйл болж байгаа биш биз.

Эмч, эмнэлгийн удирдах ажилтан нарын ерөнхий мэргэжлийн тухай сэтгэлгээ «хоцрогдож» энэ нь хүн ам, нийгэмд буруу нөлөө үзүүлж байна уу?

Эмчийн клиникийн сэтгэлгээнд саад болж байгаа зохион байгуулалтын бусад асуудлыг ч хөндөж ярих нь зүйтэй. Дээд газраас эмнэ-

лэг, эмчийн ажлыг шалгахдаа цаас бичгээр дүгнэдгээс болж эмч нар үзлэгийн өрөөндөө мэргэжлийн ном сэтгүүл ашиглахын оронд элдэв янзын судалгаа, самбар үзүүлэн, цаас бичгээр шалгалтын нүд хуурах гэсэн арга хэлбэр элбэгших шинжтэй байна. Таван жил ба жилийн аттестатчиллыг онолын төвшинд хийж улс төр, гадаад хэлний мэдлэг мэт дагавар хүчин зүйлийг гол болгосноос эмч нарын мэргэжлийн практик өсөлт, клиникийн сэтгэлгээг хөгжүүлэхийн төлөө шуцалтгүй хөдөлмөрлөх идэвх суларч байгаад дүгнэлт хийвэл зохино. Аттестатчиллыг эдийн засгийн урамшилтай холбох цаг болжээ. Эмчийн ажлыг ор хонго, үзлэгийн төлөвлөгөөний тооны үзүүлэлтээр биш, үйлчлэх хүрээний хүн амыг жилд 1—2 удаа идэвхтэй үзэж өвчнийг эрт илрүүлэн төгс эмчилж, диспансерчилж байгаа эцсийн үр дүн-чанараар дүгнэх хэрэгтэй байна.

Нарийн мэргэжлийн эмчийг бэлтгэх, мэргэжүүлэхэд ялгавартай хандахгүй байна. Цэвэр шинжлэх ухааны чиглэлтэй боловсон хүчнийг дээд сургуульд байхаас эхлэн шинжлэх ухааны чимхлүүр салбарт орчин үеийн техник лабораторт сургаж бэлтгэх нь зөв. Харин өвчтэй хүнтэй ажиллах практикийн эмч нарыг оношлох, эмчлэх арга ухаанд гаршуулж, түгээмэл мэргэжил дэдлагажуулж «эмч» болсон нөхцөлд нарийн мэргэжлээр мэргэжүүлэх нь зүйтэй санагдана.

Ерөнхий мэргэжлийн эмч нар бол дотрын өргөн мэдлэгтэй байхаас гадна анагаах ухааны судалгааны ерөнхий арга, архаг ба хурц халдварт өвчин, хэвлийн хөндийн мэс засал, эх барихын ба хүүхдийн яаралтай тусламж, халдвар судлал, эрүүлийг хамгаалахын зохион байгуулалтын түгээмэл мэдлэг эзэмшсэн байх ёстой. Ийм эмчийг оюутны сургалтаас эхлэн сонгож дээд дараатай, системтэй бэлтгэх хэрэгтэй юм.

*Доцент Ш. Жигжидсүрэн,
Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн Ц. Мухар*

Б. Ганбаатар (Эрүүл ахуй халдвар, Нян, судлалын улсын институт)

УЛААН БУРХАН ӨВЧИНТЭЙ ТЭМЦЭХ СТРАТЕГИ, ТАКТИК

Сэргийлэх тарилгын өргөжүүлсэн программын хүрээнд 2000 он гэхэд дэлхий дахинд устгаж болох өвчний бүлэгт улаан-бурхан өвчнийг оруулж байгаа бөгөөд социалист орнууд энэ зорилтыг эхлэн хэрэгжүүлэх боломжтой гэж үзэж байна (1, 3, 29).

Манай орны эрүүлийг хамгаалахын материаллаг бааз, боловсон хүчний потенциал нь улаанбурхан өвчинтэй тэмцэх ажлын талаар гарч буй шинжлэх ухаан, техникийн ололтыг өөрийн орны нөхцөлд тохируулан алс хэтийн чиглэсэн тодорхой зорилготой эрчимжүүлсний үндсэнд энэ зорилтыг хангах боломж олгож байна. Тус орны онцлог нь уудам дэлгэр нутагт харьцангуй цөөн хүн оршин суудаг аюул амын нягтрал бага, эмнэлгийн үйлчилгээний радиус газар зүй, эдийн засгийн бүсүүдэд ялгаатай энэхүү хүн ам, эмнэлгийн байгууллагын байршлын онцлогийг харгалзан тус орны нөхцөлд улаанбурхан өвчинтэй тэмцэх стратеги тактикийг 3 үечлэлтэйгээр хэрэгжүүлэх боломжтой гэж үзэж байна. (22) Үүнд:

1986—1990 он буюу нэгдүгээр үед нь улаанбурхны вакцинжуулалтын үр дүнг чанаржуулж, вакцинд хамрагдах хувийг 90—97%-д, вакцины дархлалын түвшинг 80—90%-д хүргэх зэргээр өвчин үүсгэгч (Морбилли вирус)-ийн байгаль дахь эргэлтийг багасган эпидемийн дэгдэлтээс сэргийлэх нөхцөлийг хангах.

1991—1995 он буюу хоёрдугаар үед нь улаанбурхны вакцины дархлалын түвшинг 90—95%-д, вакцинд хамрагдах хувийг 95—98%-д хүргэж, алаг цоог өвчлөлөөс сэргийлэх практик боломжийг бүрдүүлэх.

1996—2000 он буюу гуравдугаар үед нь нэг хоёрдугаар шатны зорилтыг бүрэн дэвсгэрийн хэмжээнд улаанбурхны вирусийн зэрлэг омгийн байгаль дахь эргэлтийг хязгаарлан улаанбурхан өвчнийг ховор бүртгэгдэх өвчний нозологийн хэлбэрт оруулах бодит боломжийг хангаж болох юм.

Дэвшүүлж байгаа зорилгын үндэслэл
Улаанбурхны эмнэл зүй, халдвар судлалын зарим нэг нийтлэг зүй тогтол нь дэлхийн ихэнх оронд адил төстэй боловч хэд хэдэн улс оронд онцлог байдал ажиглагдаж байна (7, 8, 28). Энэ нь өвөрмөц сэргийлэлтийн аргаар өвчлөлийн зүй тогтлыг өөрчилж болохыг харуулж байгаа юм (3, 6, 23).

Эсрэгтөрөгч (антиген)-ийн тогтвортой байдал нь ийлдэс судлалын хувьд вирус нь хувилбаргүй болохыг харуулж байгаа

бөгөөд халдварын голомт зөвхөн өвчтөн байдаг. Эрүүл хүн, амьтан вирусийг тээвэрлэгч болох нь тогтоогдоогүй, тийм учраас өвчин үүсгэгч байгальд голомтлон хадгалагдахгүй гэж үздэг. Үүсгэгчийн эдгээр онцлог шинж байдал нь вакцинжуулалтын аргаар улаанбурхан өвчний асуудлыг шийдвэрлэж болно гэдэг дүгнэлтэд хүргэж байгаа юм (3, 23). Улаанбурхан өвчнөөр өвчилсний дараа дархлал насан туршид хадгалагдаж, энэ дархлал жирэмсэн эхээс урагт дамжин, төрснөөс хойш 6-гаас 12 сар хүртэл идэвхтэй үйлчилнэ. Улаанбурхны дархлалыг «өвчилсний дараах», «эхээс урагт дамжсан», «вакцины дараах» гэж ангилдаг бөгөөд өвчлөлийн дараах дархлалын эзлэх жинг бууруулан вакцины дархлалыг эрс нэмэгдүүлж, эхээс урагт дамжих дархлалыг тэр түвшинд нь идэвхтэй тогтвортой байлгах нь дэвшүүлж буй зорилтын гол үндэслэл юм (5, 7, 23, 28).

Бодит байдалд хийсэн дүн шинжилгээ

Манай орон 1973 оноос улаанбурхны эсрэг вакциныг эхлээд 10 сартай, дараа нь 1980 оноос 13 сартайгаас 24 сартай хүүхдэд тарьж, 1976 оноос тариулах насны бүх хүүхдийг заавал вакцинжуулах журам тогтоон, 1975—76 онд «Шварц» омгийн вакциныг нэг удаа, бусад жилүүдэд нь ЗХУ-ын Ленинград (Л-16) омгийн вакцин хэрэглэж байна. Сүүлийн 12 жилийн (1973—1985) судалгаагаар жилд дунджаар 60846 хүүхэд вакцинжуулалтанд хамрагдаж байна. Улаанбурхны вакциныг аймаг, хотын хэмжээнд АЦХС Станцын шууд удирдлагаар хүүхдийн хэсгийн эмнэлгүүд, сум, сум дундын эмнэлгийн хүрээнд, сумын эмнэлгийн эмч ажилчид, бригадын үйлчилгээнд бригадын бага эмч нар гардан хариуцаж байна.

1980-аад оноос аймаг, хотын төвд сар бүр «Рутин» хэлбэрээр сум, сум дундын эмнэлгийн хүрээнд жилд 2 удаа зохион байгуулалттайгаар вакцинжуулах арга барил тогтож байна. Төлөөлөгч томилон тариалга зохион байгуулах аргыг энэ хугацаанд олонтоо хэрэглэж, төлөөлөгч хотоос аймагт, аймгаас сумдад 3—7 хоногийн хугацаатай төлөвлөгөөт тариалга зохион байгуулж байв. Вакцин эхлэн тарих нас хоёр удаа (1973, 1986) социалист орнуудын практик туршлагад тулгуурлан өөрчлөгдөж, эпидеми гарах үед нас бууруулах, нас ахуулж тарих зохион байгуулалтыг халдвар судлалын заалтаар хийж байна.

Улаанбурхны вакциныг жилд 1—2 удаа (хүйтний улиралд) ЗХУ-аас импортлоор авч, эмийн төв баазад хадгалан,

аймгуудад 1980 он хүртэл жирийн байдлаар, 1980 оноос эхлэн тээвэрлэх зориулалтын «мөстэй» саванд жилийн хэрэгцээгээр хүргүүлж аймаг, хотын АЦХС Станц, хэсгийн эмнэлгүүдэд вакциныг хөргөгчинд, тогтмол цахилгаангүй сумын эмнэлэгт зоринд хадгалж байна.

Тарилгын хяналтыг ЭАХНСУ-ын Институт улсын хэмжээнд аймаг, хотын үйлчилгээний хүрээнд АЦХС-ын Станцын тарилгын болон халдвар судлалын мэргэжилтнүүд төлөвлөгөөний гүйцэтгэл, тарилганд хамрагдах хувь, тарилга хийсэн тухай картгыг хэрхэн хөтөлсөн байдлаар гүйцэтгэж байна.

Халдварт өвчний тайлангийн материалд тулгуурлан өвчлөлийг 20 жилийн (1965—1985) байдлаар вакцин хийлгэхийн өмнөх үе (1965—1973), вакцинжуулалтын дараах (1973—1985) үе гэсэн хоёр үзүүлэлтээр харьцуулж үзэхэд өвчлөл 2—3 дахин буурч эпидеми эсрэг орондын интервал 1—2 жилээс 3—4 жил болор Вакцин хийхийн өмнөх үед хамгийн бага өвчлөлтэй байсан 1970 онд 10000 хүнд 61,0 өвчний тохиолдол бүртгэгдэж, вакцинжуулалтын жилүүд тухайлбал 1975 онд өвчлөл бүртгэгдээгүй. Өвчлөл, вакцинжуулалтын материалд тулгуурлан хүн амын дархлалын түвшингийн хэмжээг харьцуулж үзвэл 1965 оноос хойш 20 жилийн хугацаанд нийт хүн амын 57,3% нь улаанбурхны эсрэг дархлалтай үүнээс 82,4% нь вакцины, 17,5% нь өвчлөлийн дараах дархлал тогтоох боломж бүрдсэн гэж үзэж болох юм.

Бүртгэгдсэн нийт өвчлөлийн 54,2%-ийг эмнэлэгт, 45,8%-ийг гэрээр эмчилжээ. 1985 онд ДЭХБ-тай хамтран түүвэр аргаар 4 аймаг (Ховд, Хөвсгөл, Дундговь, Дорноговь) нэг хотод (Улаанбаатар) сэргийлэх тарилганд хамрагдах байдлыг судалж, аймгуудад 67%, хотод 88% байгааг, эмнэлгийн заалгаар түр чөлөөлөлт 10—15%, тодорхойгүй шалтгаанаар 15—20% нь сэргийлэх тарилгаас хоцорч байгааг судалж тогтоов.

Манай орны хэмжээнд улаанбурхны өвчний талаар хийсэн судалгааны ажлыг нэгтгэн дүгнэж үзвэл:

- 1) Ретроспективний анализ судалгаа
- 2) Дархлал тогтцын судалгаа

гэсэн хоёр хэсэгт хувааж үзэх боломжтой юм.

Хийсэн судалгаа шинжилгээний ажлууд ихэвчлэн онол-практикийн бага хурлаар хэлцэгдсэн илтгэл байгаа бөгөөд «тезис»-ийн хэлбэрээр нийтлэгджээ. Нийт 11 илтгэл хэвлэгдсэний 7 илтгэл нь (13—19) халдварт өвчний тайлангийн материалд тулгуурлан хийсэн судалгаа, нэг илтгэл нь (20) өвчтөний түүх ашиглаж хийсэн клиник-эпидемиологийн судалгаа, гурван илтгэл вакцинжуулалтын дараах болон идэвхгүй дархлалын түвшин тодорхойлох судалгааны ажил байна. Мөн хүн амын дархлалын түвшингийн талаар хийсэн 3 мэдээлэл англи хэл дээр, нэг өгүүлэл (12) монгол хэлээр хэвлэгдэн гарчээ. Эдгээр судалгааны материалуудад дүн шинжилгээ хийж үзэхэд олонх судлаачид өвчлөлийг 5—20 жилийн байдлаар судалж, вак-

цин хийж эхэлсэн 1973 оноос өвчлөл, вакцинжуулалтын өмнөх үеийнхтэй харьцуулахад 17 дахин (19) буурч, үллийн хувь сүүлийн 10 жилд (1970—80) 1,2—1,6% болж (13), хүндрэл 2 дахин (20) багассаныг эпид судалгааны аргаар харуулснаас гадна вакцинжуулалтын жилүүдэд (1973—1985) улаанбурхны өвчлөл 2—4 жилийн интервалтай (13, 14) бүртгэгдэж, өвчлөл сургуулийн насны хүүхдүүдэд олонтоо тохиолдох болсон болон вакцин хийлгээд өвчилж буй гол нэг шалтгааныг вакцинд муу хамрагдсанаас (88% зарим аймагт, 67,2% сумдад) (15, 18) мөн вакциныг тээвэрлэх, хадгалах, техник ажиллагааны буруугаас (18, 19) гэж үзсэн байна.

Вакцин хийлгээд өвчилсөн тохиолдлыг Ховд аймгийн өвчлөлд хийсэн судалгаагаар 28,5% (18) улсын хэмжээнд хийсэн судалгаагаар 40% (19) гэж үзжээ. Хүн амын дундах улаанбурхны эсрэг дархлалын түвшинг 1982 оноос эхлэн (17) манай оронд БНАГУ-ын мэргэжилтнүүдтэй хамтран хийж, судалгаанд хамрагдсан хүмүүсийн 80,6%-д (18) улаанбурхны эсрэг бие 1:8 буюу түүнээс их, 1—3 насны хүүхдийн дунд дархлалын түвшин хангалтгүй байна гэсэн урьдчилсан дүгнэлт хийсэн байна. Улаанбурхны эсрэг вакцин хийлгэх нас хүрээгүй (13 сар) хүүхдэд, эхийн эсрэг биеийн таныц тодорхойлох ийлдэс судлалын шинжилгээний аргыг 1984 онд (12) 1—15 сартай 300 эх, хүүхдэд хийжээ. Судалгаанд хамрагдсан эхчүүдийн 93,3% нь улаанбурхны эсрэг биеийн геометрийн таныц 1:10, хүүхдүүдийн 48,6%-д нь 1:5 байгааг мэдээлсэн байна.

ДЭХБ 1951 оноос эхлэн улаанбурхан өвчний хөдлөл зүйг судалж, одоо 136 орон энэ судалгаанд оролцон өвчлөл, тархалтын байдлыг нэгтгэн хянаж байгаа бөгөөд жил бүр дунджаар 60 сая өвчлөл бүртгэгдэж нас баралт 3 саяд хүрч байна. (8, 7)

1986 оноос эхлэн урьдчилан сэргийлэх тарилгын хурдавчилсан программаар вакцинд хамрагдах хувийг ойрын жилүүдэд (1986—1990) эрс нэмэгдүүлэх, вакцинжуулалтын өмнөх үеийн (1939—1968) өвчлөлд ретроспектив анализ хийх, вакциныг хадгалах, тээвэрлэх, хийх техник ажиллагаанд хөргөлтийн найдвартай систем нэвтрүүлэхийг зөвлөж байна.

Дэлхийн улс орнуудад улаанбурхны өвчлөл харилцан адилгүй байна. Европын 25 оронд хийгдсэн нэгдсэн судалгаагаар дэлхийн 2 дугаар дайны дараа өвчлөл нэмэгдэж 1, 2, 3, 4 дүгээр сард их, 8, 9, 10 дугаар сард бага байхад Африкийн 37 оронд 5, 6 дугаар сард хамгийн их өвчлөлтэй, 1 дүгээр сард бага өвчлөл бүртгэгдэж 6 сартайгаас 1 хүртэлх насны хүүхдийн өвчлөл өндөр байна.

Азийн 25 орны судалгаагаар өвөл хавар өвчлөл их, зун намар бага байна. Улаанбурхан өвчин бүртгэгдээгүй тийм улс орон дэлхийн дахинд байхгүй байна. Харин сэргийлэх тарилгыг дэлхийн ихэнх орнууд түүний дотор социалист бүх ор-

нууд төлөвлөгөөтэй хийж байна (3, 7, 8, 25, 29).

Вакцинжуулалтанд нөлөөлж байгаа зарим хүчин зүйл:

Өвөрмөц сэргийлэлтийн аргаар (улаан-бурхны эсрэг) хүн амын өвчлөмтгий бүлгийн дархлалын түвшинг нэмэгдүүлэн, өвчлөлийг бууруулж, өвчин үүсгэгчийн байгаль дахь эргэлтийг өөрчлөн, эпидемийн голомтыг таслахад вакцинжуулалтын зорилго оршиж байна. Аль ч улс оронд вакцин тариулсан хүүхдийн өвчлэл бүртгэгдэж байгаа буюу энэ шалтгааныг 1970-аад оноос эхлэн судалж (4—7, 10, 21, 22, 27, 29) вакцин-өвчлөлийн дотоод холбоог хэд хэдэн хүчин зүйлтэй холбон тайлбарлаж байна. Үүнд:

1. Улаанбурхны амьд вакцины нөлөөгөөр бий болдог эсрэг биеийн үүсэлтийг иммуноглобулин саатуулах чанартайг 1971 онд Баррата, Арбертер, Крягманн нар анх мэдээлж, энэ чиглэлээр үргэлжлүүлж хийсэн судалгааны ажиглалтууд, мэдээлэл үнэн болохыг баталж өгөв (1, 4). Улаанбурхны вакцинтай иммуноглобулиныг хамт хэрэглэхгүй байх, эсвэл бие биендээ харшлахгүй үед нь хэрэглэхийг судлаачид зөвлөж байгаа бөгөөд сэргийлэх тарилгын календарьт 3 сараас дооцгүй хугацааг тохиромжтой гэх буюу зарим орнууд (БНСЧСУ, БНАГУ, АНУ, Япон) өвөрмөц биш иммуноглобулин хэрэглэх заалтыг багасгах тактик баримталж байна. Манай оронд өвөрмөц биш гаммаглобулиныг вирусийн А гепатитаас сэргийлэх зорилгоор 3 хүртэлх насны хүүхдэд 1970-аад оноос эхлэн өргөн хэрэглэж байгаа бөгөөд улаанбурхны вакцин хийлгэх 13 сартайгаас 3 хүртэлх насны хүүхдэд насны хувьд давхардаж вакцин, гаммаглобулины хооронд баримтлах хугацаа 1—2 сар байсныг 1986 оноос 3—6 сар болгох чиглэл баримталж байна. Манай улсын хэмжээнд улаанбурхны вакцины эсрэг бие үүсэхэд иммуноглобулины сөрөг нөлөөллийн талаар эпидемиологи, иммунологийн судалгаа хийгээгүй байна.

2. 12 сар хүрээгүй хүүхдэд улаанбурхны вакцин хийхэд вакцин хийлгэсэн хүүхдийн 50 орчим хувь нь дархлал тогтоогүй юм уу эсвэл тогтсон дархлал удаан хадгалагдах чадваргүй байгаа тухай анх Реннолд, Линнетани (1972), Штарке, Хайдюк (1973) нар мэдээлсэн. Нэг нас хүрээгүй байхдаа вакцин хийлгэсэн хүүхдийн 55 орчим хувь өвчилж байгааг Вилкинс, Киррир, Шлудерберг (1974) нар судалжээ. Эхээс урагт дамжсан улаанбурхны дархлалын таныц 6 сар хүртлээ өндөр түвшинд байж 12 сар хүрэхэд аажимдаа арилж алга болно (элеминаци) гэсэн судалгааны энэ дүгнэлтэнд үндэслэн улаанбурхны вакцин эхлэн тарих тохиромжтой насыг сонгон авч байна.

Манай орон 6 жилийн хугацаанд (1973—1980) 10 сартай 491269 хүүхдийг вакцинжуулсан бөгөөд 13 сартайгаас эхлэн хийх болсон 1980 оноос хойш халдвар судлалын заалтаар нас бууруулж тарих зохион байгуулалтын арга хэмжээ авч хэрэгжүүлсэн боловч, тухайн үед нь нас

бууруулж тарьсан хүүхдийн тооцоог нарийвчлан судлаагүй учир дүгнэлт гаргах боломжгүй байна.

ЗХУ, БНАГУ, БНСЧСУ, БНУАУ, АНУ зэрэг ихэнх оронд 1970-аад оны дунд үеэс эхлэн нэг нас хүрээгүй байхдаа вакцин хийлгэсэн хүүхдийг 2 нас хүрэхэд нь давтан вакцинжуулах арга хэмжээ авч вакцин хийлгэх насанд хүрээгүй хүүхдийн өвчлөлийн шалтгаан судлалд их анхаарал тавьж байна.

3. Улаанбурхны вирус температур, гэрэл идэвхт чанараа түргэн алддаг онцлогтой (24, 26, 30) энэ «эмзэг» шинж чанар вакцины омогт дамжин хадгалагдаж үлддэг учир температур, гэрэл идэвхт чанараа амархан алддаггүй вакцин бий болгох талаар ЗХУ болон бусад оронд судалгаа хийж байна (2, 17, 11). Одоо туршилтанд байгаа «Москва-5» вакцин (1984 оноос эхлэн мэдээлэл гаргасан) практикт хэрэглэж буй улаанбурхны вакцинуудын дотор температур, гэрэлд хамгийн тэсвэртэй нь гэж үзэж байгаа юм (11). Улаанбурхны амьд вакцин нэг ампулдаа 2 тунгаар хатааж, талсжуулсан хэлбэрээр савлагдах ба (12-оос дээш) хүйтэнд 1 жил хадгална. Найруулж уусгасны дараа 30 минутын дотор хэрэглэхгүй бол дархлал тогтоох чадвараа алддаг. Ийм учраас манай улсад вакцин хадгалах, тээвэрлэх, хийх үеийн техник ажиллагаанд нарийн дэглэм шаардагдаж, ялангуяа дулааны улиралд хөдөө орон нутагт жилийн турш хэрэглэх боломжийг хүндрүүлж байна.

4. Вакцины дархлалд зарим халдварт өвчин бусад вакцин нөлөөлдөг байдлыг харгалзан вакциныг түр хойшлуулах заалт, вакцин болон зарим халдварын хооронд баримтлах хугацааг тогтоожээ. Судалж тогтоосон эдгээр заалтын хяналтыг БНАГУ, БНСЧСУ-д «Улаанбурхны өвчлөл, вакцинжуулалтын хөдлөлийн судалгаа»-гаар практикийн байгууллагууд хянаж байна. Манай орон энэ үзүүлэлтийг урьдчилан сэргийлэх тарилгын ажиллагаанд ойрын хугацаанд нэвтрүүлэх шаардлагатай байна.

Стратеги, тактикийг хэрэгжүүлэх

үндсэн чиглэл

Улаанбурхны вакциныг шинэчилсэн схемийн дагуу аймаг, хотын төвд хийж буй одоогийн энэ «Рутин» хэлбэрээр сумын эмнэлэг, бригадын эмнэлгүүдэд хэрэглэх боломжийг системтэйгээр өргөжүүлэх, тогтмол цахилгаантай сумын эмнэлгийг вакцины хөргөлтийн системтэй болгож, бригадын үйлчилгээний хүрээнд вакцинжуулалт зохион байгуулах оновчтой арга боловсруулах.

Вакцин зохион байгуулахад хэрэглэж ирсэн төлөөлөгчийн хэлбэрийг бүрэн зогсоож, «Өвчлөл, вакцинжуулалтын үр дүнг хянах» хяналт удирдлагын системийг социалист орнуудын туршлагад тулгуурлан, өөрийн өвөрмөц онцлогт тохирсон арга барилаар хэрэгжүүлэх. Үүний бэлтгэл ажил болгон 1986—1987 оноос эхлэн «Улаанбурхны өвчлөл, вакцинжуулалтын хөдлөлийн» судалгааны аргыг сэргийлэх тарилгыг гардан хийж буй ажилтанд

эвэмшүүлэх, «Эрүүл мэндийн паспорт»-ыг эрүүл аж төрөх ёс хэрхэн төлөвшиж буйг харуулах нэг гол баримт болгон хөтөлж хэвшүүлэх арга зүй боловсруулан цэцэрлэг, бага, дунд сургууль, цэрэгт анх элсэн орох үед нь тэдний эрүүл мэндийг хамгаалах, халдвар тарахаас сэргийлэх үндсэн дээр вакцинжуулсны дараа элсүүлэн авах журам бий болгох. Биологийн идэвхт чанараа алддаг зарим «эмзэг» вакцин, биобэлдмэлийг хадгалах, тээвэрлэх, хөргөх найдвартай систем бий болгох эх сурвалжийг төлөвлөгөөтэй хэрэгжүүлэн энэ зорилгоор аймаг, хотод вакцин, биобэлдмэлийг хадгалах, хөргөх системтэй зориулалтын склад баруулах асуудлыг шийдвэрлэх.

Хөргөх нарийн систем бага шаардах тийм вакцин манай нөхцөлд тохиромжтойг харгалзан гэрэл, температурт тэсвэртэй вакциныг сонгон хэрэглэх тактик баримтлан вакцины биологийн идэвхт чанарыг вирус судлал, индикатор, бүртгэлийн аргаар хянаж, вакцин тариулсан хүүхдийн өвчлөлийн шалтгааныг вакцины дархлалд нөлөөлж буй сөрөг хүчин зүйл, эхээс урагт дамжих дархлалын танц, вакцин эхлэн тарих тохиромжтой нас, давтан вакцинжуулалтын судалгаа болон хүн амын дархлалын түвшинг тодорхойлох иммунолог-серологийн судалгааны чиглэлээр төлөвлөгөөтэй авч хэрэгжүүлэх.

Вакцины хамралт нь тавьж буй энэ зорилтыг шийдвэрлэх эхний алхам бөгөөд эмнэлгийн үйлчилгээний чанараас шууд хамаарах ажил юм. 1981—1985 онд эмнэлгийн заалтаар вакцинжуулалтаас чөлөөлөгдөж буй хувь 10—15 байгааг

1. 1986—1990 онд 5—10%

2. 1991—1995 онд 3—5%

3. 1996—2000 онд 1—3% хүртэл бууруулах тактикийн үүднээс вакцинаас чөлөөлж буй эмнэлгийн заалтыг хянаж багасгах, бие султай өвчлөмтгий хүүхдийг вакцинжуулалтанд хамруулах арга бо-

ловсруулах. Энэ зорилгоор «Эмнэлгийн заалт хянах» мэргэжлийн хамтлагийг нэгж, хэсгүүдэд ажиллуулан эмнэлгийн заалтаар түр чөлөөлөгдсөн хүүхдийг тусгайлан эмчилж, вакцинжуулах журам боловсруулах.

Тодорхой биш шалтгаанаар 15—20% нь 1981—1985 онд вакцинжуулалтаас чөлөөлөгдсөн байна. Үүнийг 1986—1990 онд багтааж бүрэн зогсоох арга хэмжээ авах.

Вакцин хийсэн тухай «тарилгын картанд» тэмдэглэхийн хамт хүүхдийн эрүүл мэндийн паспортанд тусгай таних тэмдгээр тэмдэглэж ясл, цэцэрлэг, ТМС-д анх элсэн ороход нь тэр хүүхдийн эрүүл мэндийг хянах журам тогтоох. Энэ журмыг ЗХУ-ын жишээгээр ард иргэдийн шилжих хөдөлгөөний үед баримтлах боломжтой юм.

Дээр дурдсан ойрын болон хэтийн арга хэмжээнүүдийг хэрэгжүүлэхэд вакцинд хамрагдсан байдал, вакцины дархлалын түвшинг үе шатчилан нэмэгдүүлэхээр төлөвлөж болно гэдэг дүгнэлт хийж байна. Үүнд: 1981—1985 онд вакцинд хамрагдсан байдал 67—88% байгааг

1. 1986—1990 онд 90—97%

2. 1991—1995 онд 95—98%-д хүргэх

мөн вакцины дараах дархлал 63,6 — 74,3% байгааг

1. 1986—1990 онд 80—90%

2. 1991—1995 онд 90—95%

3. 1996—2000 онд 95% болгож чадснаар өвчлөл-өнгөрсөн 5 жилийн дунджаар 10000 хүн амд 26,9% байгааг

1. 1986—1990 онд 7—11%

2. 1991—1995 онд 4—7%

3. 1996—2000 онд 2—0,05% хүртэл

бууруулах боломжтой болох юм.

Энэ нь эпидемиз алаг цоог өвчлөлд, алаг цоог өвчлөлөөс ховор бүртгэгдэх өвчлөлийн хэлбэрт аажим шилжиж болох диалектик зүй тогтлыг шинжлэх ухааны үндэслэлтэйгээр хэрэгжүүлнэ гэсэн хэрэг юм.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. О. Г. Анджапаридже — Достижения и перспективы специфической профилактики вирусных заболеваний Вестн. АМН СССР. 1983. 12, 3—8.

2. О. Г. Анджапаридже, И. Б. Коптяева, Н. Н. Боголова и др.—Сравнительная характеристика физико-химических свойств вакцинного штамма Л—16 вируса кори и его клон. Москва—5. Вop. вирусол. 1984. 6, 691—693.

3. П. Н. Бурасов—Ликвидация кори—Ближайшая задача ЖМЭИ, 1983, 6, 3—6.

4. В. М. Болотовский, Б. Г. Геликман, И. В. Славницкая и др.—Иммуноструктура привитых против кори детей школьного возраста ЖМЭИ, 1984, 2, 83—86.

5. В. М. Болотовский, Н. С. Титова—Современные аспекты проблемы вакцинопрофилактики кори. Сов. мед. 1974. 1, 22—26.

6. В. М. Болотовский, О. М. Тамм, Б. Г. Геликман и др.—Иммуно-эпидемиологические наблюдения за длительностью поствакцинального иммунитета у привитых

против кори детей. ЖМЭИ, 1987, 6, 36—42.

7. Ф. Л. Блэк, Л. Л. Берман, М. Либель и др.—Недостаточность иммунитета против кори у детей вакцинированных в раннем возрасте: влияние повторной вакцинации, ВОЗ. Бюллетень, том 62, 2, 1984, 109—114.

8. А. М. Галазка, Б. А. Лайур, Р. Х. Генденсон и др.—Показания и противопоказания к применению вакцин в рамках расширенной программы иммунизации ВОЗ. Бюллетень, том 62, 3, 1984, 12—20.

9. Б. И. Липовецкая—Корь в Монголии. В кн: Сборник научных работ (Эпид. Бак. и клиника инф. заболеваний) 1941. выпуск 1, 77—89.

10. С. К. Литвинов, Ц. Торриджиани, Г. И. Подопригора—Программа ВОЗ по разработке новых вакцин: цели задача и подходы. ЖМЭИ, 1985, 9, 96—101.

11. С. С. Ужанов, Н. В. Юминова, А. Л. Пасечник и др.—Клинико-лабораторные и сероэпидемиологические исследования привитых живой коревой вакциной из генети-

ческих однородного штамма. Москва 5. ЖМЭИ, 1985, 9, 49—54.

12. *Е. Батболд, П. Нямдаваа, С. Алтанхуяг*—Монгол хүүхдэд улаан бурхны эсрэг идэвхгүй дархлааг судлах асуудалд. Анагаах ухаан, 1984, 4, 36—39.

13. *Ч. Дангаа, П. Маам*—К вопросу изучения эпидемиологии кори в МНР в условиях массовой иммунизации. В кн: Актуальные вопросы вирусологии (тезисы докладов 11 Республиканской вирус. конф) 1980, 32—35.

14. *Г. Жамба, В. Ф. Попов*—Особенности коревой инфекции в Монголии. В кн: Актуальные вопросы педиатрии, акушерства и гинекологии (материалы совместной монголо-советской научно-практической конференции) УБ. 1977. 79—81.

15. *Ж. Кунул, Л. Пурэвжав*—Анализ зарегистрированных случаев инфекционных заболеваний в МНР за последние 20 лет (1958—1978 гг). В кн: Научно-практическая конференция, посвященная к 55-летию провозглашения МНР. 1979 8—11.

16. *Ж. Кунул, О. Цэрэнчимэд*—Эпидемиология и профилактика кори в МНР. В кн: Научно-практич. конф. мед. работников, посвященная 50 летию провозглашения МНР. УБ, 1974, 70—72.

17. *П. Нямдаваа, Г. Штарке, Э. Герике и др.*—Сероэпидемиология важнейших вирусных инфекций человека в МНР. В кн: Тезисы докладов третьей научно-практической конференции. Актуальные вопросы вирусологии. УБ, 1982. 3—4.

18. *Н. Уртнасан, П. Нямдаваа*—Эпидемиологический анализ вспышки кори в Ховдском аймаке в 1981—1982 годах. А кн: Тезисы докладов третьей научно-практической конференции. Актуальные вопросы вирусологии. УБ., 1982. 11—13.

19. *С. Цэрэн, Ж. Кунул, Ч. Лхагва, И. Ф. Чебагорь*—Современные особенности эпидемиологического процесса коревой инфекции в МНР, В кн: Тезисы докладов IV-ой научно-практической конференции. Актуальные вопросы вирусологии, УБ., 1984, 28—29.

20. *Б. Энхболд, Г. Церендагва, Е. Батболд*—К изучению клинико-эпидемиологических особенностей кори в условиях массовой вакцинации В кн: Тезисы докладов IV-ой конф. Актуальные вопросы вирусологии, УБ., 1984. 26—17.

21. *Ambrosch F. und G. Wiedermann* Epidemiologische Untersuchungen zur

Masernimpfung. Wjener Kjinische Wochenschrift 1976, 88. s., 545—548

22. *Ganbaatar B.* Bedeutung der biologischen stabilitat des Masern-Zebend-Impfstoffes im Hinblick auf testlegungen zur Masernbekämpfung in der MVR Dissertation, Berlin, 1985, s. 1—70

23. *Foege. William H.* The global elimination of measles Public Health Reports 97, 1982, s. 402—405

24. *Gray A.* Stability of measles vaccines Inf. Congr. Biol. Stand, Ze. Gazier. 1978 s. 265—266

25. *Hitzig W. H.* Impfungen gegen Masern Therapeutische Umschau, 1983. 3/40, s. 209—211

26. Improved stability of freeze-dried measles vaccine W—ly Epidem. Rec. 1979, 46, s. 354

27. *Kubas M.* Ober eine Beobachtung im Verlauf der Masernschutzimpfung Dtsch. Ges. wesen. 1966 s. 881—882

28. *Starke G., P. Hlinak, B. Nöbel, Chr. Winkaler* Maserneradikation-eine Möglichkeit? Dtsch. Ges. wesen. 1970. 25. s. 2384—2390.

29. *Starke G. And S. Rudinecz* Der gegengärtige Stand des Masern-Eradikations-programmes in der DDR I. Hyd. Ep. Mikro. und Immun. 1975, 19. s. 265—270

30. Stability of Freeze-Dried measles vaccine Wkly-Epidemiol. Rec. 1981. 23, s. 177—184

К ВОПРОСУ СТРАТЕГИЯ И ТАКТИКА БОРЬБЫ С КОРЬЮ

Б. ГАНБАТОР.

В статье дан ретроспективный анализ заболеваемости корью регистрируемой в МНР, за последние 20 лет в сопоставлении с данными серологических и иммунологических исследований. В 1973 году в нашей стране проведена массовая иммунизация детей в возрасте от 10 месяцев до 15 лет. Использовалась живая коревая вакцина Л—16. Массовая иммунизация против кори привела к значительному снижению заболеваемости. Ты тоже анализировали возможность формирования иммунитета против кори. На основании этого прогнозировали охват детского населения вакциницией против кори, ожидаемые результаты иммунной прослойки и заболеваемости в последующие годы.

Редакцид ирсэн 1986.06.04

Ц. Цэрэгмаа (Анагаах ухааны дээд сургууль)

А. А. Подколзин, В. А. Томилец (Москва хотын Анагаах ухааны III дээд сургууль)

ЭСЭД ЦАГИРАГТ АДЕНОЗИН МОНОФОСФАТ (Ц—АМФ)-ЫГ ИХЭСГЭГЧ БОДИСЫГ ХЭРЭГЛЭН ДАРХЛАЛЫН ҮЛ ХАРИУЛАХ ЧАНАР ҮҮСГЭХ НЬ

Эсийн доторх цагираг нуклеотидын хэмжээ нь дархлалын урвалыг зохицуулахад чухал нөлөөтэй болох нь сүүлийн үед тодорхой боллоо. Ялангуяа ц—АМФ (цагираг аденозин монофосфат) нь дархлалын урвалыг дарангуйлж дархлалын үл хариулах чанар (иммунная толерантность) үүсгэдэг гэж үзэж байна. Харшлыг эмчлэхэд ийм дархлалын үл хариулах чанар бий болгох шаардлага гардаг тул энэ нь практикийн ихээхэн ач холбогдолтой юм.

Эсэд ц—АМФ ихсэхэд гистамин болон бусад биологийн өндөр идэвхт бодисууд ялгарах нь багасаж (4,7), эсрэг бие үүсэх нь дарангуйлагдаж (5), лимфоцитын эс хөнөөх чанар сулардаг болох нь (2) илрэв. Эсэд ц—АМФ-ын хэмжээг ихэсгэдэг бодисууд нь антиген ба митогены нөлөөгөөр лимфоцит хуваагдах процессыг дарангуйлж саатуулна (3). Харин ц—ГМФ (цагариг гуаназин монофосфат) нь дархлалын урвалд ц—АМФ-ын эсрэг үйлчлэл үзүүлдэг.

Лимфоцитын идэвхижлийн тухай орчин үеийн нэлээд тархмал онолын (8) ёсоор бол антиген лимфоцитод үйлчлэхэд эсийн доторх ц—АМФ багасаж, ц—ГМФ ихсэн лимфоцитын хуваагдал идэвхждэг. Тэгвэл ямар нэг антиген биед үйлчлэх үед эсийн доторх ц—АМФ-г ихэсгэвэл уг эсрэг төрөгчийн хувьд дархлалын үл хариулах чанар үүсэх ёстой. Гэвч эсэд ц—АМФ ихэсгэх үйлчлэлтэй бодисыг хэрэглэх замаар харшлын үед дархлалын үл хариулах чанар бий болгох гэсэн туршилтууд одоо хэр төдийлөн тодорхой үр дүнд хүрч чадаагүй байгаа билээ. Амжилтгүй болох шалтгаан нь уг бодисыг бага хэмжээгээр ганц удаа хэрэглэсэнтэй холбоотой байж болох юм. Иймээс бид эсэд ц—АМФ багасаж, ц—ГМФ ихсэн лимфоцитын хуваагдал идэвхждэг, замаар дархлалын үл хариулах чанар үүсгэх боломжийг туршин судлах зорилт тавив.

Судалгааны материал, арга зүй

Туршлагыг 150—200 г жинтэй 74 усан гахайд хийв. Туршлагын амьтдыг 2 бүлэгт хуваан нэгдүгээр бүлгийн усан гахайд 0,1 мл адууны хэвийн ийлдсийг 1 удаа арьсан дор тарив. Хоёрдугаар бүлгийн усан гахайн арьсан дор шарилжны тоосонцрын ханд мөн 0,1 мл 1 удаа тарьж мэдрэгжүүлэв. Тоосонцрын антигены үйлчилгээг удаан болгож сайжруулах зорилгоор хөнгөн цагааны усан ислийн 33 мг/мл концентрацтай гел 0,5 мл-г антигены хамт тарив. Дархлалын үл хариулах чанар үүсгэх зорилгоор ПГЕ₂ (простагландин Е₂) аминофиллин болон ц—АМФ-г хэрэглэлээ. ПГЕ₂-ын 10⁸ м уусмал 0,2 мл, аминофиллиныг кг жинд 50 мг-аар, ц—АМФ-г кг жинд 5 мг-аар бодож мэдрэгжүүлэлтийн эхний 1—5 хоногт хэвлийн хөндийд дээрх бодисыг тарьснаас хойш 12 хоног дээр эсрэгтөрөгчийг арьсан дор мөн 0,1 мл хийж дахин мэдрэгжүүлэв. Мэдрэгжүүлэлтийн байдлыг Бойдене цус шууд бус наалдуулах урвал (ЦШБНУ), Оварын арьсны идэвхгүй анафилаксын (АИА) сорилоор (1,6) 2%-ийн Эвансийн хөхийг хэрэглэн тодорхойлов. 14—15 хоног дээр амьтдыг анх мэдрэгжүүлсэн эсрэгтөрөгчөөс 1 мл-г судсанд тарьж шийдэх тунг тодорхойлов. Шийдэх тунгийн дүнг Вейгле-Кохрене-Диксоны арга (9) шокийн индек-

сээр тооцоолов. Судалгааны материалд дүн бүртгэлийн боловсруулалт хийв. (Хүснэгт 1)

Судалгааны үр дүн.

Бидний судалгаа нь дархлалын засварыг мэдрэгжүүлэлтийн эхний үед олон дахин хийх нь үр дүнтэй болохыг батлав.

Хүснэгт 1-ээс үзэхэд туршлагын амьтанд дархлалын засвар хийснээр тухайн эсрэгтөрөгчийн эсрэг дархлалын хариу урвал эрс буурсан нь харагдаж байна. Зарим тохиолдолд тухайлбал ПГЕ₂, аминифиллиныг хавсран хэрэглэхэд адууны ийлдсээр мэдрэгжүүлсэн усан гахайд ЦШБНУ-ын таньц $0,75 \pm 0,6$; АИА 0; шарилжны тоосонцор тарьсан амьтдад ЦШБНУ-ын таньц $0,5 \pm 0,3$; АИА мөн 0 болж мэдрэгжилт бараг үгүй болжээ. Энэ байдал шийдэх тун хийх үед ч ажиглагдав. Дархлалын засвар хийгээгүй амьтанд шокийн индекс адууны ийлдэс тарихад $3,5 \pm 0,3$; тоосонцрын ханд тарихад $3,2 \pm 0,3$ байсан бол дархлалын засварын үр дүнд $0,25 \pm 0,2$; $0,20 \pm 0,1$ болж багассан байна. Хоёр сарын дараа үзэхэд эсрэг биеийн таньц бага хэвээр байсан нь бидний үүсгэсэн дархлалын үл хариулах чанар нэлээд батжилтай болохыг харуулав.

Дүгнэлт.

1. ц—АМФ болон эсэд түүний хэмжээг ихэсгэгч бодис нь дархлалын үл хариулах чанар үүсгэх чадвартай байна.

Хүснэгт 1

Туршлагын амьтанд дархлалын засвар хийсэн судалгааны дүн

№	Амьтны тоо	Мэдрэгжүүлсэн антиген	Дархлалын засвар хийхэд хэрэглэсэн бодис	Шокийн индекс	ЦШБНУ	АИА
1	5	адууны ийлдэс (АИ)	—	$3,5 \pm 0,3$	$4,5 \pm 1,0$	1:128
2	5	шарилжны тоосонцор (ШТ)	—	$3,2 \pm 0,3$	$4,0 \pm 0,8$	1:128
3	8	АИ	ПГЕ ₂ + аминифиллин	$0,25 \pm 0,2$	$0,75 \pm 0,6$	0
4	8	ШТ	ПГЕ ₂ + аминифиллин	$0,20 \pm 0,1$	$0,5 \pm 0,3$	0
5	8	АИ	ПГЕ ₂	$2,3 \pm 0,7$	$1,7 \pm 0,3$	1:16
6	8	ШТ	ПГЕ ₂	$1,0 \pm 0,7$	$0,3 \pm 0,2$	1:2
7	8	АИ	аминифиллин	$4,0 \pm 0,8$	$7,7 \pm 0,4$	1:128
8	8	ШТ	аминифиллин	$2,6 \pm 0,3$	$1,7 \pm 1,0$	1:8
9	8	АИ	ц—АМФ	$3,7 \pm 0,2$	$7,6 \pm 1,1$	1:64
10	8	ШТ	ц—АМФ	$2,0 \pm 0,6$	$2,0 \pm 0,4$	1:8

2. Дурдсан бодисыг олон дахин хэрэглэх нь дархлалын үл хариулах чанар үүсэхэд сайн нөлөөлөв.

3. Дархлалын үл хариулах чанар үүсэх нь бодис бүрт болон антиген бүрт харилцан адилгүй ба бодисыг хавсран хэрэглэхэд илүү үр дүнтэй байна.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. *Boydens S.V.J.* exp. med. 1951.V 93, p 107—120
2. *Henney C.S. Bourne H.R. Lichtenstein L*
J.Immunol. 1972.V 108, p 1526—1531
3. *Goodwin G.S. Bankhorst A.D. Messner R.P.* J. exp med. 1977. v 146. p 1719—1734
4. *Lagunoff D. Biochem. Pharmacol.* 1972 v. 21. p 1883—1889
5. *Melman K.J. Bourne H.R.* J. Clin. invest. 1974 v 53 p 13—22
6. *Ovary. Int. Arch. Allergy.* 1953 v 3 p 293
7. *Uvnes B. Life Sci* 1974 v 14 p 2355—2366
8. *Watson J. Epstein P. Cohn, M. Nature* 1973 v 246, p 404—407
9. *Weigle W. Cochrane C. Dixon E. J. Immunol.* 1960. p 469—477

ИНДУКЦИЯ ИММУНОЛОГИЧЕСКОЙ ТОЛЕРАНТНОСТИ ВЕЩЕСТВАМИ, УВЕЛИЧИВАЮЩИМИ УРОВЕНЬ ВНУТРИКЛЕТОЧНОГО α -АМФ

Ц. Цэрэгма, А.А. Подколзин, В. А. Томилец

Исследование проводилось на 74 морских свинках, сенсibilизированных нормальной лошадиной сывороткой и экстрактом полыни. Для создания иммунологической толерантности использованы α -АМФ, аминофиллин и простагландин E_2 , которые увеличивают внутриклеточный α -АМФ. Результаты исследования показали, что многократное, длительное использование веществ, увеличивающих уровень α -АМФ в клетке, приводит к развитию толерантности к данному антигену.

Редакцид ирсэн 1986. 12.01

Д. Баасанжав (Анагаах ухааны хүрээлэн)
Г. Цагаанхүү (Анагаах ухааны дээд сургууль)

МЭДРЭЛИЙН ӨВЧТӨНД ҮЗҮҮЛЖ БАЙГАА СТАЦИОНАРЫН ТУСЛАМЖИЙН БАЙДАЛ, ТҮҮНИЙГ ЦААШИД САЙЖРУУЛАХ НЬ

Судалгааны зорилт, арга, материал

Аймаг, хотуудын нэгдсэн эмнэлэгт 1981—1983 онд хэвтэж эмчлүүлсэн өвчтөний тоо болон ажилласан ор, орны эргэлт зэргийг аймаг хотуудаас Эрүүлийг хамгаалах Яаманд ирүүлсэн эмнэлгийн үйл ажиллагааны тайланд дүн шинжилгээ хийж статистик үзүүлэлтүүдийг гарган судалж хэвтүүлэн эмчлэх тусламжийн хэрэгцээг хэрхэн хангаж байгааг аймаг хотуудын нэгдсэн эмнэлэг бүрээр бо-

лон улсын хэмжээгээр нэгтгэн авч үзэн үнэлж дүгнэв.

Дурдсан 3 жилд аймаг хотуудад мэдрэлийн өвчнөөр хэвтэж эмчлүүлсэн өвчтөнүүдийн тоог он оноор болон 3 жилийн дунджаар, мөн оны эргэлтийн дундаж, ажилласан мэдрэлийн ор, 1000 хүн ам тутам мэдрэлийн өвчнөөр хэвтсэн өвчтөнүүдийн болон ногдох орны үзүүлэлтүүдийг гаргав. (Хүснэгт 1).

Судалгааны үр дүнгээс: Улсын хэмжээгээр дурдсан 3 жилд дунджаар жилд 8700 өвчтөн (1981 онд 8243, 1982 онд 8817, 1983 онд

Хүснэгт 1

Хэвтэж эмчлүүлсэн өвчтөний тоо болон орны эргэлт, ажилласан орны дундаж тоо, 1000 хүн амд ногдох зарим үзүүлэлт

Аймаг, хот	Хэвтсэн өвчтөний тоог он тус бүрээр болон 3 оны дунджаар				Ажилласан дундаж орны тоо	Орны эргэлт дундаж	1000 хүн амд ногдох дундаж	
	1981	1982	1983	3 оны дундаж			Хэвтсэн өвчтөний тоогоор	орны тоогоор
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Архангай	448	682	489	539,7	26,0	20,7	6,4	0,3
2. Баян-Өлгий	207	218	205	210,0	10,0	21,0	2,5	0,1
3. Баянхонгор	336	379	321	345,3	20,0	17,2	5,0	0,3
4. Булган	103	140	166	136,3	8,6	15,8	3,0	0,2
5. Говь-Алтай	169	190	209	189,3	14,0	13,5	3,0	0,2
6. Дорноговь	90	93	83	88,7	7,0	12,6	1,9	0,1
7. Дорнод	303	297	307	302,3	16,6	18,2	4,5	0,2
8. Дундговь	151	133	176	153,3	10,0	15,3	3,5	0,2
9. Завхан	239	314	363	305,3	20,0	15,2	3,5	0,2
10. Өвөрхангай	318	325	341	328,0	21,6	15,2	3,5	0,2
11. Өмнөговь	151	204	203	186,0	11,3	16,5	5,2	0,3
12. Сүхбаатар	157	207	242	202,0	15,6	13,0	4,3	0,3
13. Сэлэнгэ	146	147	220	171,0	13,0	12,9	2,2	0,2
14. Төв	289	313	323	308,3	19,0	16,2	3,4	0,2
15. Увс	281	358	304	314,3	20,0	15,7	3,9	0,2
16. Ховд	287	383	367	345,7	20,0	17,2	4,8	0,3
17. Хөвсгөл	498	326	535	453,0	30,0	15,1	4,7	0,3
18. Хэнтий	249	214	160	207,7	16,3	12,7	3,4	0,3
Аймгуудын дүн	4422	4923	5014	4781,3	299,3	15,8	3,8	0,2

Нэг аймагт
ногдох дундаж

245,7 273,5 278,5 265,6 6,61

1	2	3	4	5	6	7	8	9
УБ хотын клиникийн төв эмнэлэг	1392	1316	1674	1460,7	70,0	20,9		
УБ хотын ЭХГ-ын харьяа бу-сад эмнэлгүүд	453	576	170	339,7	32,7	10,4		
УКТЭ	768	718	691	75,7	50,0	14,5		
Улсын нэгдсэн тусгай эмнэлэг	286	372	401	353,0	54,3	14,5		
Дархан	442	432	441	438,3	20,0	21,9	6,8	
Эрдэнэт	112	168	290	190,0	20,0	9,5	4,7	
Төмөр замын эмнэлэг	368	312	377	352,3	20,0	17,6		
Хотуудын дүн	3821	3894	4044	3919,7	23,7	15,6	6,8	

Аймаг хотуудаар нэгтгэсэн дүн

(Улсын хэмжээний) 8243 8817 9053 8699,5 536,3 15,7 4,8

9058) мэдрэлийн өвчнөөр хэвтэж эмчлүүлсний 4781 нь (53%) аймгуудад, үлдсэн 47% нь (3919 өвчтөн) хотуудад тус тус байжээ.

Хотуудад эмчлүүлсэн мэдрэлийн нийт өвчтөний 3200 (81,6%) нь зөвхөн Улаанбаатар хотод эмчлүүлсэн байна. Дархан хотод жилд 438,3, (1000 хүн амд 6,8), Эрдэнэтэд 190,0 (1000-д 4,7) тус тус эмчлүүлжээ. Улаанбаатар хотод эмчлүүлсэн мэдрэлийн нийт өвчтөнөөс 1460,7 (45%) нь УБ хотын клиникийн төв эмнэлэгт, 725,7 (22,6%) нь улсын клиникийн төв эмнэлэгт, 353,0 (11,0%) нь улсын нэгдсэн тусгай эмнэлэгт, 342,5 (11,%) нь төмөр замын нэгдсэн эмнэлэгт, бусад нь (10% орчим нь) райодын эмнэлэгт тус тус хэвтэж эмчлүүлсэн нь дээрх хотуудын (Улаанбаатар, Дархан, Эрдэнэт) нийлбэр дүнгээр 1000 хүн ам тутмаас дунджаар 6,8 өвчтөн хэвтэж эмчлүүлжээ.

Аймгуудад хэвтэж эмчлүүлсэн мэдрэлийн өвчтөнүүдийн дундаж тоо хоорондоо нэлээд ялгаатай байна. Тухайлбал, Дорноговь аймагт 88,7, Архангай аймагт 539,7 байгаа нь даруй 3,8 дахин их байна. Нийт аймгийн дунджаар жилд нэг аймагт 265,6 өвчтөн хэвтэж эмчлүүлсэн нь нэг аймагт дунджаар 15—16 ор ажиллаж иржээ.

Улсын хэмжээгээр дурдсан онуудад жилд дунджаар 537 ор ажиллаж байснаас 300 ор (55,8%) нь аймгуудад, үлдсэн 237 ор (44,2%) нь хотуудад тус тус ажилласан байна.

1000 хүн ам тутмаас мэдрэлийн өвчнөөр хэвтсэн өвчтөнүүдийн тоо аймгуудын дунджаар 3,8, хотуудын дунджаар 6,8, улсын дунджаар 4,8 үзүүлэлттэй байна. 1000 хүн амд ногдох мэдрэлийн ор аймгуудын дунджаар 0,2, хотуудын дунджаар 0,4, улсын дунджаар 0,3 тус тус үзүүлэлттэй байна.

Мэдрэлийн орны эргэлт аймгуудад жилд 12,6—21-ийн дотор байж нийт аймгуудын дунджаар 15,3 байв.

Аймгуудын энэхүү дунджаас доогуур үзүүлэлт бүхий орны эргэлттэй аймгуудад Дорноговь (12,6), Хэнтий (12,7), Сэлэнгэ (12,9) Сүхбаатар (13,0), Говь-Алтай (13,5) зэрэг аймаг орж байна. Энэ нь дээрх аймгуудад мэдрэлийн дундаж ор хоног бусдаасаа харьцангуй өндөр байсныг харуулж байна. Орны эргэлтийн үзүүлэлт харьцангуй өндөр байгаа аймгуудад Баян-Өлгий (21,0), Архангай (20,7%), Дорнод (18,2), Ховд, Баянхонгор (17,2) аймгууд орж байна. Эдгээр аймагт дундаж ор хоног бусдаасаа харьцангуй бага байсныг харуулж байна. Ор-

ны эргэлт. дундаж ор хоногт хэвтсэн өвчтөнүүдийн өвчний бүтэц, орны хүрэлцээ, ажилласан мэргэжлийн эмчийн ажиллагаа их нөлөөлж байна.

Дээрх ерөнхий дундаж үзүүлэлтүүдээс үзвэл аймгуудад хүн амд үзүүлж байгаа мэдрэлийн стационарын тусламжийн хэрэгцээний шаардлага хотуудаас доогуур түвшинд байв. Гэвч аймгуудад энэ байдал ялгаатай байна. Архангай аймагт 1000 хүн ам тутмаас жилд 6,4 өвчтөн хэвтэж эмчлүүлсэн нь мэдрэлийн өвчнөөр хэвтэх хэрэгцээний шаардлагыг зохих түвшинд хангаж байгаа нь харагдаж байна. Архангайгаас доогуур ч гэсэн харьцангуй дээр үзүүлэлттэй (1000 хүн амд ногдох) аймгуудад Өмнөговь (5,2), Баянхонгор (5,0), Ховд (4,8), Хөвсгөл (4,7), Дорнод (4,5), Сүхбаатар (4,3) зэрэг орж байна.

Гэтэл хэт доогуур үзүүлэлт Дорноговь (1,9) Баян-Өлгий (2,5), Сэлэнгэ (2,2) аймагт гарч байгаа нь эдгээр аймагт мэдрэлийн өвчнөөр хэвтэж эмчлүүлсэн тусламжийн хэмжээ бусад аймгаас ихээхэн доогуур байсан буюу мэдрэлийн стационарын тусламжийн хэрэгцээг муу хангаж байжээ. Үлдсэн аймгуудад ч 1000 хүн ам тутмаас хэвтэж эмчлүүлсэн өвчтөний тооны дундаж үзүүлэлт 3,0—3,9 дотор байгаа нь хангалттай биш байна.

Аймгуудын нэгдсэн эмнэлэгт ажилласан мэдрэлийн орны дундаж тоо 7,0—30-ийн дотор байгаа нь аймгуудын дунджаар нэг аймагт 16,6 ор ажиллаж байна. Гэтэл энэ дунджаас ч доогуур тооны орыг Дорноговь (7,0 ор), Булган (8,6 ор), Баян-Өлгий (10,0 ор), Дундговь (10,0 ор), Сэлэнгэ (13,3 ор) аймгуудад ажиллуулсан нь 1000 хүн амд ногдох орны үзүүлэлт 0,1—0,2-оос хэтрээгүй байна.

ЗХУ-ын судлаачдын судалгаагаар хүн амд үзүүлэх мэдрэлийн стационарын тусламжийн норм, норматив 1000 хүн ам тутмаас хэвтэх шаардлагатай өвчтөний тоо 6,88—10,5 дотор байна (1, 2). Хэвтэх шаардлагатай өвчтөний тоо хүн амын дунд тухайн өвчний өвч-

лөлтийн хэмжээ, хүн амын насны болон ажил мэргэжлийн онцлог, суурьшлын байдал зэргээс хамаарах учир зарим ялгаатай байдаг.

ЗХУ-ын Эрүүлийг хамгаалах Яамнаас бүх холбоотын хэмжээнд 1980—1985 онд баримтлах мэдрэлийн стационарын тусламжийн дундаж нормативыг 1000 хүн ам тутмаас дунджаар 6,7 хүн хэвтэхээр тооцож тогтоосон байна. Энэ нормативыг манай оронд авч хэрэглэх бүрэн боломжтой нь харагдаж байна. Зарим аймаг, хотод (Улаанбаатар, Дархан хот, Архангай аймагт) дээрх нормативт хүрсэн байна.

Манай судлаачдын судалгаагаар мэдрэлийн өвчнөөр эмчлэх ор 1000 хүн амд 0,63—0,66 байх нь хангалттай гэж үзэж байна (3, 4), ЗХУ-д 1980—1985 онд мөрдөж баримталбал зохих бүх холбоотын ерөнхий дундаж нормативоор 1000 хүн амд 0,47, 1990 онд 0,8 мэдрэлийн ор байвал зохино гэж үзсэн байна.

Дүгнэлт: 1. Тус оронд 1000 хүн ам тутмаас мэдрэлийн өвчнөөр хэвтэж эмчлүүлсэн өвчтөний тооны үзүүлэлт ихэнх аймагт ихээхэн доогуур үзүүлэлттэй байгаагаас Дорноговь, Баян-Өлгий, Сэлэнгэ, Булган, Говь-Алтай зэрэг аймаг харьцангуй илүү доогуур үзүүлэлттэй байна (1,9—3,0).

Аймгуудад мэдрэлийн өвчнөөр хэвтүүлэн эмчилж байгаа тусламжийн хэмжээ ЗХУ-ын дунджаас (6,7) 2 дахин бага байна. Харин хотуудын дундаж үзүүлэлт ЗХУ-ын дундажтай ойролцоо байна.

2. Тус орны хүн амд ногдох мэдрэлийн орны дундаж тоогоор аймгуудын дундаж үзүүлэлт ЗХУ-ын баримталж байгаа дунджаас (0,47) 36%-иар бага байна. Энэ үзүүлэлтээр улсын дунджаас доогуур үзүүлэлттэй аймгуудад Баян-Өлгий, Дорноговь (0,1), Булган, Говь-Алтай, Дорнод, Дундговь, Завхан, Өвөрхангай, Сэлэнгэ, Төв, Увс (0,2) аймгууд орж байна.

3. Тус орны хэмжээгээр хүн амд үзүүлэх мэдрэлийн стационарын тусламжийн хэрэгцээний хүртээмж ихэнх аймагт ихээхэн ду-

тагдалтай байгааг анхаарч ойрын жилүүдэд аймгуудын мэдрэлийн орны дундаж тоог дунджаар 2 дахин нэмэн түүнд ажиллах мэргэжлийн эмч боловсон хүчнээр хангах ажлыг шийдвэрлэх шаардлагатай байна.

4. Ойрын жилүүдэд тус оронд 1000 хүн ам тутмаас мэдрэлийн өвчнөөр хэвтэх өвчтөний жилийн дундаж тоог 6,0, 1000 хүн амд ногдох орны улсын дунжийг 0,5-аар бодож мэдрэлийн стационарын тусламжийн хэрэгцээний хангалтыг дээшлүүлэх зорилт тавьж хэрэгжүүлэх нь зүйтэй байна.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. И. Д. Богатырев—“Основы организации неврологической помощи населению”. Медицина. 1981. 20.
2. Е. А. Логинова—Там же. 1969. 20.
3. Л. Буджав, Н. Чагнаа—Эрүүлийг хамгаалахын төлөвлөлт, эдийн засаг, нормативын зарим асуудал. 1973. 163—164.
4. Ц. Мухар нар—Эрүүлийг хамгаалахын норм, нормативын төсөл (зөвлөмж) 1986.

СОСТОЯНИЕ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ В МНР И ПУТИ ЕЕ УЛУЧШЕНИЯ

Д. Басанжав, Г. Цаганху

По данным авторам за 1981—1983 г было госпитализировано 3,8 случаев на 1000 населения по общесреднему показателю аймаков (этот показатель колеблется по аймакам от 1,9 до 6,4) и городов 6,8 сл., а по общегосударственному масштабу—4,8 случаев.

Средний показатель число неврологических койк на 1000 населения составляет 0,2 для аймаков (колеблется от 0,1 до 0,3), 0,4-для городов. Общегосударственный средний показатель равняется на 0,3 койк на 1000 населения.

Авторы считают, что полученные данные указывает на низкий уровень обеспечения потребности стационарной помощи неврологическим больным в большинстве аймаков и выдвигает предложения для улучшения данного вида помощи населению.

Редакцид ирсэн 1986.09.27

З. Мэндсайхан, С. Балгансүрэн (Армийн клиникийн төв эмнэлэг)

В. В. Митин, Р. Цэвэлмаа (Улсын кличкикийн төв эмнэлэг)

ЗАЛУУ НАСНЫ ЭРЭГТЭЙЧҮҮДИЙН ДУНД ТОХИОЛДОЖ БАЙГАА ЗҮРХ СУДАСНЫ ЭМГЭГИЙН ТАРХАЛТЫГ ОЛНООР ФЛЮР ЗУРАГ АВАХ ШИНЖИЛГЭЭГЭЭР СУДАЛСАН НЬ

Хэрлэг өвчин нь ихэвчлэн залуу хүмүүст тохиолддог. Энэ тухай В. Ф. Зеленин 10—15 насанд хэрлэг бусад наснаас харьцангуй их, Незлин 15—25 насанд уг өвчний 75% нь тохиолддог болохыг дурджээ. Г. П. Матвейков болон бусад судлаачдын номонд аль ч оронд энэ өвчин хүн амын дотор 0,3—5,8% эзэлдэг тухай дурдсан байдаг. В. А. Насонова, Л. И. Беневоленская (1971) нарынхаар уг өвчний тархалт нийт хүн амын дунд 2—5%-ийг эзэлдэг ажээ. Гэвч судлаачдын олонх нь орчин үеийн хэрлэгийн эмнэл зүйн шинжүүд бүдгэрч, хурц хэлбэрүүд цөөрөн, сунжруу буюу нууц явцтай хэлбэрүүд олшрон аль хэдий зүрхний гажиг үүсгэсэн хойноо илэрч байгаа тухай бичих боллоо (1—2, 4—5).

Уушгины сүрьеэ өвчнийг илрүүлэх найдвартай аргын нэг олноор нь флюр зураг авах шинжилгээгээр зүрх судасны эмгэгийг оношлох гэсэн оролдлого нэлээд дээр үеэс эхэлжээ (3). В. В. Зодиев нарын судлаачид цээжний эгц зургаар зүрхний хэлбэр хэмжээ, байрлалыг туйлын анхааралтай шинжилж үзэх нь нэлээд чухал баримжаалсан дүгнэлт хийж болдог тухай бичээд энэ нь бусад байрлалуудаар шинжлэхэд ихэнхдээ нотлогддог юм гэжээ (3). Манай орны нөхцөлд хэрлэг өвчний тархалтыг залуу хүмүүсийн дотор судалж үзэх нь дараах байдлуудаас шалтгаалж байна. Үүнд:

1. Манай орны хүн ам эрс залуужсан;
 2. Зөвхөн оршин суугаа нутаг орны физик газар зүйн онцлогоор ялгагдахаар үл барам янз бүрийн хэв заншилтай хүмүүс харьцангуйгаар өргөн уудам нутагт тархан амьдарч байгаа нь энэ өвчний үнэнхүү тархалтыг нэлээд бодитойгоор судлах шаардлага зүй ёсоор тавигдаж байгаагаар;

3. Залуу насны эрэгтэйчүүдэд зүрхний хэлбэр дүрсийн өөрчлөлт голдуу хэрлэгийн шалтгаантай байгаагаас;

4. Эмчилгээ урьдчилан сэргийлэх цогцолбор арга хэмжээг зөв төлөвлөн зохион явуулах зэргээс урган гарч байна.

АРГАЧЛАЛ: Дотор, сүрьеэ, гэрлийн эмч нарын оролцоотойгоор 13 аймаг хотын нэгдсэн эмнэлэгт 18—28 насны 9000 гаруй залуучуудад олноор нь флюр зураг авах шинжилгээг нэгэн зэрэг хийв. В. В. Зодиевын (1950) аргачлалын дагуу флюр зургуудыг АКТЭ-ийн рентген кабинетэд, дотор, зүрх судас, гэрлийн эмч нарын оролцоотойгоор давтан харж:

а) Митраль гажгийн хэлбэртэй зүрхний өөрчлөлт бүхий

б) Гол судасны гажгийн хэлбэртэй зүрхний өөрчлөлт бүхий

в) Зүрхний хоёр ховдлын томрол бүхий гэж ялган бүлэглэв. Эдгээрийг тогтооход уушгины зураглал нэлэнхүйдээ тодорч, өтгөрсөн байх нь оношлогооны зайлшгүй нэг хэмжүүр гэж үзсэн болно. Бүлэг тус бүрийг мөн нийлсэн үзүүлэлтүүдийг аймгуудаар гарган промилиор тооцож дундаж алдааг гаргав.

СУДАЛГААНЫ ДҮН: Хүснэгтээр залуу насны эрэгтэйчүүдийг олноор нь уушгины флюр зураг авах шинжилгээгээр судлахад илэрч байгаа зүрхний хэлбэр дүрсийн өөрчлөлтийг ийм насны 1000 хүнд ногдох байдлаар 13 аймаг хотоор харуулав.

Хүснэгт 1

Зүрхний хэлбэр дүрсийн өөрчлөлт
(аймаг хотуудаар)

Аймаг, хот	Митраль гажгийн хэлбэртэй	Гол судасны гажгийн хэлбэртэй	Хоёр ховдлын томрол бүхий	Бүгд
	М±Т	М±Т	М±Т	М+М±Т
Булган	7,2	4,1	10,3	21,6±4,6
Дундговь	16,1	5,3	29,6	51,2±11,4
Ховд	26,2	1,4	17,4	45,1±7,9
Увс	18,2	2,8	15,3	36,4±5,8
Төв	16,5	1,9	13,3	31,8±4,4
Хөвсгөл	13,0	3,7	14,8	31,6±5,3
Эрдэнэт	24,4	14,6	31,7	70,9±12,6
Налайх	17,9	2,9	5,9	26,9±8,8
Дорноговь	4,0	=	20,0	28,0±10,4
Баянхонгор	6,9	2,3	33,3	42,5±6,8
Хэнтий	10,6	=	24,9	35,6±7,8
Сүхбаатар	6,8	6,8	30,9	44,7±8,5
Завхан	18,4	3,0	30,7	52,3±8,7
Дунджаар	14,9±1,9	3,5±0,6	20,6±1,4	39,1±2,0

Хүснэгт 1-ээс харахад зүрхний хэлбэр дүрсийн янз бүрийн өөрчлөлт аймгуудад харилцан адилгүй түвшинд, бас ч цөөнгүй тохиолдож байна. Энэ нь дан ганц цээжний эгц зургаар уг асуудалд хан-

даж байгаатай (судалгааны аргачиллын өрөөсгөл тал) холбоотой боловч үзүүлэлтүүд нэлээд өндөр, аймгуудаар харилцан адилгүй янз бүрийн түвшинд байгаа нь сонирхол татаж байна. Тухайлбал; Эрдэнэт, Ховд, Завхан, Сүхбаатар, Баянхонгор аймгуудад уг үзүүлэлтүүд нэлээд өндөр харагдаж байхад Булган, Налайх, Дорноговь аймгуудад бага байна. Залуу насны эрэгтэйчүүдэд митраль гажгийн хэлбэр бүхий өөрчлөлт дунджаар 14,9 промилль ($\mp 1,9$), гол судасны гажгийн хэлбэртэй—3,5 промилль ($\pm 0,6$), хоёр ховдлын томролтой 20,6 промилль ($\mp 1,4$) тохиолдож, нийтдээ 39,1 промилль ($\pm 2,0$) байна.

УРЬДЧИЛСАН ДҮГНЭЛТ 1. Олноор нь флюр зураг авах шинжилгээгээр зүрхний хэлбэр дүрсийн өөрчлөлтийг тогтоох нь зүрхний гажгууд, түүний гол шалтгаан-хэрлэгийн өвчлөлийг аймгуудаар жишин үзүүлэхэд ач холбогдолтой мэт санагдлаа.

2. Энэ өөрчлөлтүүд харьцангуйгаар «цоо эрүүл» байх ёстой залуу насны эрэгтэйчүүдэд нэлээд тохиолдож байгаа нь зүрх судасны эмгэг гажгууд үүний дотор хэрлэгийн өвчлөлийг, эдгээр насны хүмүүсийн дунд тодорхой хэмжээгээр байгаа боловч уу гэх үндэстэй байна.

3. Эдгээр үзүүлэлтийг залуу насны эрэгтэйчүүдийн дунд зүрх судасны эмгэгээс урьдчилан сэргийлэх, эрүүлжүүлэх арга хэмжээг зохион явуулахдаа харгалзан үзэж болох юм.

4. Олноор флюр зураг авах шинжилгээгээр зүрхний өөрчлөлт бүхий гарсан хүмүүсийг түүвэрлэн авч нарийн шинжилгээнд оруулж байх нь зүйтэй байна.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. П. Я. Бобылов, Ч. Цэрэннадмид—Клинические лекции по внутренним болезням. УБ. 1984.
2. В. Н. Дзяк, И. И. Крыжановская—Ревматизм и приобретенные пороки сердца. „Здоровья“ Киев. 1982.
3. В. В. Зодиев—Флюорография как метод выявления сердечнососудистых заболеваний при групповых исследованиях. М. 1950.
4. Г. П. Матвейков, С. С. Пшоник, В. К. Милькаманович—„Ревматизм“—Белорусь. 1979.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО ИЗУЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ СЕРДЕЧНОЙ ПАТОЛОГИИ СРЕДЫ МОЛОДЫХ МУЖЧИН ПО ДАННЫМ МАССОВОГО ФЛЮРОГРАФИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

З. Мэндсайхан, С. Балгансурен, В. В. Митин, Р. Цэвэлма

Авторами изучена распространенность сердечной патологии по данным массового флюорографического исследования в условиях МНР. Установлено, что „митральная“ конфигурация сердца составляет в среднем 14,9%, „аортальная“—3,5%, увеличение обоех желудочков 20%. Таким образом из общего числа обследованных патологические изменения конфигурации сердца выявлены у 39,1%.

Несмотря на недостаточную информативность флюорографического метода для определения конкретной нозологической формы заболевания, тем не менее он дает возможность судить об общих признаках патологии сердца. Поэтому авторы сочли возможным использовать этот метод и впервые сделали попытку определить частоту тех или иных изменений конфигурации сердца у молодых лиц в различных аймаках и городах МНР, которые важны для проведения лечебно-оздоровительных мероприятий.

Редакцид ирсэн 1986.01.21

ЗҮРХНИЙ ЦУС ТАСАЛДАХ ӨВЧТЭЙ ХҮМҮҮСИЙН ЛИПИДИЙН СОЛИЛЦООНД ЭМЧИЛГЭЭНИЙ ХООЛ НӨЛӨӨЛӨХ НЬ

Зүрх судасны өвчин аль ч оронд төдийлөн буурахгүй, харин ч өндөр хөгжилтэй оронд нэмэгдэх хандлагатай байна (5,6).

Зүрх судасны өвчнүүд болон ялангуяа зүрхний цус тасалдах өвчин үүсэх үндсэн шалтгаан нь бие махбодын өөх тосны солилцооны өөрчлөлттэй холбоотой болохыг олон судлаачид тогтоогоод байна (2, 4, 5). Иймээс зүрх судасны өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх оношлоход гиперлипопротеидемийг (липопротеидын хэт ихсэлт) илрүүлэх нь чухал юм (2, 4). Зөвхөн гиперлипопротеидемийг ч биш, липид, липопротеид (ЛП)-ын солилцооны өөрчлөлттэй холбоотой үүсэх молекулын өвчин болох дислипопротеидемийг судлах нь клиникийн чухал ач холбогдолтой юм (5, 6).

Зүрхний цус тасалдах өвчний үүсэх шалтгаан нь өөх тосны солилцооны харьцааны өөрчлөлттэй холбоотой байгаа учраас түүнд нөлөөлөх хүчин зүйл нь:

1. Хоногт хэрэглэх хоолоо тодорхой дэглэмгүй, илчлэгийн хэмжээг хэтрүүлэн хэрэглэснээс биеийн жин хэт ихээр нэмэгдэж гаргалах (2, 3).

2. Амьтны гаралтай өөх тосыг тогтмол их хэмжээгээр хэрэглэх

3. Биеийн хүчин багаар шаардагдах, хөдөлгөөн багатай, ялангуяа оюуны хөдөлмөр голлон эрхэлдэг хүмүүсийн дунд элбэг тохиолдож байна (1,5).

Иймээс зүрхний цус тасалдах өвчнийг эмийн эмчилгээнээс гадна өдөр тутам хэрэглэх хоолны найрлагын тохироог зохицуулж эмчилж байна (2,3).

Зүрх судасны аливаа өвчний үед гарах липидийн солилцооны өөрчлөлт, хоол тэжээлийн онцлогоос болж, хэрхэн өөрчлөгдөж байгааг судалсан судалгааны ажил одоогоор манай оронд хийгдээгүй байна. Харин монгол хүмүүсийн липидийн (өөх тосны) солилцооны үзүүлэлтийг С. Ямаахай судалсан [6].

Иймээс бид уг судалгааны ажлыг Оргил рашаан сувилал, Улаан-Баатар хотын клиникийн төв эмнэлгийн зүрх судасны тасгийг түшиглэн 1985—1986 онд хийв.

Судалгааны арга зүй, үр дүн

Бид судалгаандаа:

1. Оргил сувилал болон клиникт эмчлүүлэн сувилуулахаар ирсэн хүмүүсийн цусны сийвэнд хоолны эмчилгээний өмнө ба дараа нийт холестерин (нХС), триглицерид (ТГ), нягтралтай липопротеидын холестерин (ИНЛП—ХС), маш бага нягтралтай липопротеидын холестерин (МБНЛП—ХС), бага нягтралтай липопротеидын холестерин (БНЛП—ХС) — (Фредриксоны гиперлипопротеидемийн энэ ангиллыг 1970 онд ДЭХБ-аас хүлээн авч, дэлхийн олон улсын эрүүлийг хамгаалахын практикт тусгагдан хэрэглэгдэж байна)-ийг 120 дээжинд давталттайгаар тодорхойлов.

2. Сувилал, клиникийн нөхцөлд хэрэглэж байсан бодит хоолны (сувилал, клиникт урьд нь өгч байсан хоол) өөх тосны найрлагыг тооцоолон гаргасны үндсэн дээр тосны ханаагүй хүчлээр баялаг хүнсний бүтээгдэхүүн нэлээд хэмжээгээр оролцуулсан, тосны ханамал хүчлийг багасгасан туршилтын хоолны жор гарган 20—21 хоног хэрэглүүлсний дараа үр дүнг өвчтөнүүдийн цусны сийвэнгийн липидийн солилцооны үзүүлэлтээр гаргав.

3. Судалгаа явуулсан сувилал, клиникт хэрэглэж байсан бодит

хоол, өөрсдийн зохиосон жороор туршилтын хоолны химийн найрлагыг тодорхойлов.

Өвчтөний цусны сийвэнгийн липидийн солилцооны үзүүлэлтүүдийг (нХС, ТГ, ИНЛП—ХС, БНЛП—ХС, МБНЛП—ХС) ЭЗХТЗ гишүүн орнуудын мөрдөж буй дислипидемийг илрүүлэх аргачлалын дагуу хийсэн болно.

Бид хоолны эмчилгээнд цусны холестерин, триглицеридыг бууруулах үйлчлэл бүхий тосны ханаагүй хүчил линол, линолеины хүчлийг ихээр агуулдаг наранцэцгийн тосыг хоногт 50 гр-аар бодож өвчтөний хэрэглэж буй I дүгээр хоолны шөл, тарганд хийж сайтар хутгаж өгсөн болно.

Судалгааны дүн

1. Судалгаанд авсан зүрхний цус тасалдах өвчтэй хүмүүсийн цусанд нийт ХС, ТГ, ИНЛПХС, МБНЛПХС-ийг хоолны эмчилгээний өмнө тодорхойлоход: нийт ХС— $6,71 \pm 0,24$ м. моль/л; ТГ— $1,69 \pm 0,33$ м. моль/л; ИНЛПХС— $1,99 \pm 0,20$ м. моль/л; БНЛПХС— $2,88 \pm 0,31$; МБНЛП— $0,35 \pm 0,067$ м. моль/л, хоолны эмчилгээний дараа: Нийт ХС— $5,63 \pm 0,19$ м. моль/л; ТГ— $1,59 \pm 0,19$ м. моль/л, ИНЛПХС— $1,85 \pm 0,10$ м. моль/л; БНЛПХС— $2,49 \pm 0,23$ м. моль/л; МБНЛПХС— $0,34 \pm 0,044$ м. моль/л хэмжээтэй байв. Одоо эдгээр үзүүлэлтийг гадаадын судлаачдын судалгаатай (I-р хүснэгтэнд) харьцуулан үзье.

Хүснэгт 1-ээс харахад бидний судалгаанд авсан хүмүүсийн цусны сийвэнгийн нийт ХС, ТГ-ийн хэмжээ С. Ямаахайн гаргасан зүрх судасны өвчингүй гэж оношлогдсон монгол хүмүүсийн липидийн солилцооны үзүүлэлтээс нэлээд их байгаа боловч хоол эмчилгээний дараа нийт ХС—16,1 хувь, ТГ—6 хувь тус тус буурсан байна. Зүрхний цус тасалдах өвчтэй хүмүүсийн нийт ХС-ийн хэмжээ өвчлөлийн эхэн үе буюу хурц үед $8,35—9,05$ м. моль/л хүрч байсан. Гэхдээ бид дан хоолны эмчилгээгээр эмчлэх зорилго тавьсан учраас хэт хүнд өвчтөн сонгож авах боломжгүй байсан юм. Нэгэнт зүрхний цус тасалдах өвчний архаг хэлбэрийг сонгосон учир хоол эмчилгээний өмнө нХС, ТГ-ийн хэмжээ хэт өндөр биш байлаа. Туршилтын хоолыг өгснөөр ИНЛП-ХС төдийлөн буурахгүй байгаа нь эмчилгээний үр дүнтэй болох нь харагдлаа. (ИНЛП—ХС-ний хэмжээ буурахгүй байх нь зүрх судасны өвчнүүдийн үед ач холбогдолтой байдаг).

2. Судалгаа явуулсан сувилал, клиникийн эмнэлэгт сувилуулан эмчлүүлж буй зүрх судасны өвчтэй хүмүүст зориулан өгч байсан бодит туршилтын хоолны нийт липид, ТГ, Фосфолипид, ХС, тосны ханасан ба ханаагүй хүчлийн хэмжээг тооцоолон үзэж харьцуулсан дүнг гаргав.

Бид туршилтын хоолны жорыг боловсруулахдаа: Сувилал, клиникт хэрэглэж байгаа бодит хоолны найрлагыг урьдчилан тооцоолсны үндсэн дээр зүрхний цус тасалдах өвчний онцлогт тохирсон туршилтын хоолны жор гарган, мөн найрлагын тохироог зохицуулсан юм.

Бид голлон тосны ханаагүй хүчлийн орцыг нэмэгдүүлэх зарчмыг баримталсан бөгөөд тосны олон, цөөн тоот ханаагүй хүчил бие махбодод нөөцлөгдөн хуримтлагддаггүй, бодисын солилцоонд түргэн хугацаанд орж задардаг онцлогтой байдаг.

Туршилтын хоолны ханасан тосны хүчлийг бодит хоолныхоос 30,9 хувиар бууруулж, тосны нийт ханаагүй хүчлийг 41,8 хувь, тосны олон тоот ханаагүй хүчлийг 54,5 хувь, цөөн тоот тосны ханаагүй хүчлийг 25,1 хувь тус тус нэмэгдүүлсэн болно.

Хүснэгт 3-т тосны олон тоот ханаагүй хүчлүүдийг бодит ба туршилтын хоолонд байх хэмжээг тооцоолон үзэхэд: Туршилтын хоолонд уг хүчлүүдийн эзлэх хувийг 3,0—10,6 хувиар нэмэгдүүлсэн бай-

Зүрхний цус тасалдах өвчтэй хүмүүсийг эмчилгээний хоолоор эмчлэн липидийн солилцоог тодорхойлсон дүнг гадаадын судлаачдын судалгааны дүнтэй харьцуулбал:

	Липид	Цусны сийвэнд агуулагдах липидын хэмжээ (м.моль.л)				
		Нийт холестерин M±m	Триглицерид M±m	Их нягтралтай ЛпХС M±m	Бага нягтралтай ЛпХС M±m	Маш бага нягтралтай ЛпХС M±m
	1	2	3	4	5	6
Эмчилгээний хоолны өмгө	Бидний судалгаагаар	6,71±0,24	1,69±0,33	1,99±0,20	2,88±0,31	0,35±0,067
	М.А. Самсонов И.А. Фролова	6,497±0,083	1,65±0,028	1,30±0,016	4,454±0,070	0,744±0,023
	В.А. Мещерякова, М.А. Самсонов (гиперхолестеринемийн Үед)	9,7±0,39	1,80±0,10	1,80±0,03	7,0±0,3	0,79±0,04
Эмчилгээний хоолны дараа	Бидний судалгаагаар	5,63±0,19	1,59±0,19	1,85±0,10	2,49±0,23	0,34±0,044
	М.А. Самсонов И.А. Фролова	6,125±0,075	1,37±0,034	1,295±0,018	4,209±0,073	0,62±0,022
	В.А. Мещерякова М.А. Самсонов	7,6±0,28	1,3±0,09	1,6±0,03	5,4±0,30	0,57±0,04
С. Ямаахайн судалгаагаар (зүрх, судасны өвчтэй хүмүүсийг илрүүлэх шинжилгээгээр зүрхний өвчингүй гэсэн оноштой монгол хүмүүсийн липидийн солилцооны дундаж үзүүлэлт)	эрэгтэй	5,60±0,04	0,89±0,03	1,26±0,07	2,83±0,17	0,40±0,008
	40—59 нас	5,60±0,05	0,94±0,03	1,66±0,04	3,11±0,30	0,43±0,02
	Эмэгтэй	5,39±0,04	0,91±0,04	1,83±0,06	2,48±0,15	0,35±0,025
	40—59 нас	5,63±0,06	0,94±0,04	1,83±0,08	3,14±0,13	0,43±0,01

на. Ялангуяа арахилон, линол, линолейны хүчлүүдийг хэзээ ч оролуулж болшгүй бодист тооцдог.

Эдгээр бодис нь бие махбодын эсийн мембраны хамгийн идэвхтэй хэсэгт оролцохоос гадна бодисын солилцоог зохицуулж улмаар холестерин хэсэгчилсэн солилцоонд нөлөөлж, гиперхолестеринемийн үед холестерин хэмжээг бууруулах нөлөөтэй байдаг. Энэ хэрэгцээг

Сувилал, клиникийн нөхцөлд хэрэглэсэн бодит ба туршилтын хоолны липидүүд, тосны ерөнхий ханасан ба ханаагүй хүчлийн харьцаа (хоногийн хоолонд агуулагдах хэмжээ мг-аар)

Липидийн үзүүлэлт	Нийт липид	Триглицерид	Фосфолипид	Холестерин	Тосны нийт ханасан хүчил	Тосны нийт ханаагүй хүчил	Тосны олон тэст хананд тэст хананд гүй хүчил	Тосны цөөн тоот хананд гүй хүчил	
	M ± m	M ± m	M ± m	M ± m	M ± m	M ± m	M ± m	M ± m	
Эмчилгээний хоолны ширээ	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Бодит хоол Ширээ № 10	95,77 ±10,65	88,46 ±10,13	3,87 ±0,53	0,37 ±0,037	86,03 ±11,99	27,24 ±8,32	7,61 ±1,84	24,66 ±9,34	
Туршилтын хоол Ширээ № 10с	59,72 ± 2,92	45,26 ±10,65	3,70 ±1,46	0,40 ±0,033	59,39 ±18,23	46,83 ±5,82	16,72 ±7,37	32,88 ±4,76	

Хүснэгт 3

Бодит болон туршилтын хоолны ханаагүй тосны хүчлүүдийн хэмжээ (хоногийн хоолонд агуулагдах хэмжээ-мг)

Тосны ханаагүй хүчлийн бүрэлдэхүүн	Тосны ханаагүй хүчлийн хэмжээ (мг-аар)						
	Линолын хүчил M ± m	Линолейны хүчил M ± m	Арахидоны хүчил M ± m	Мипистоглейны хүчил M ± m	Пальмтолейн M ± m	В. ситостерон M ± m	
Эмчилгээний хоол	1	2	3	4	5	6	7
Бодит хоол Ширээ № 10	1,33± 0,11	0,28± 0,017	0,11± 0,071	0,53± 0,072	1,82± 0,18	0,036± 0,04	
Туршилтын хоол Ширээ № 10	12,6± 0,79	0,37± 0,079	0,30± 0,076	0,60± 0,16	1,98± 0,50	0,12± 0,057	

хангахын тулд линолын хүчлийг хамгийн ихээр агуулдаг наранцэгийн ба эрдэнэшишийн тос, маргарин зэргийг тогтмол хэрэглэх нь чухал юм. Зүрхний цус тасалдах, судас хатуурах, цусны даралт ихсэх зэрэг өвчний хурц үед цусны холестерин хэмжээ эрс нэмэгддэг шцлогтой. Иймээс бид эмчилгээний хоолоор цусан дахь холестерин хэмжээг бууруулах зорилго тавьж, судалгааны эцэст зүрхний цус тасалдах өвчтэй хүмүүсийн холестерин хэмжээ 16,1%-иар буурсан болно.

Бид мөн судалгааны явцад бодит ба туршилтын хоолны химийн найрлагыг хавар, намрын улирлаар тодорхойлж тооцоолон гаргав.

Бодит ба туршилтын хоолны химийн найрлага

№	Хэрэглэсэн хоол	Хоолны химийн найрлага			
		Уураг (г) M±m	Өэх тос (г) M±m	Нүүрс ус (г) M±m	Илчлэг кдж M±m
1	Бодит хоол	98,1±8,79	82,4±6,21	480,1±17,9	31372±168,3 ккал 13176,24±168,3 кдж
2	Туршилтын хоол	102,4±27,9	87,7±28,0	420,4±29,3	2968,3±356,4 ккал 2466,86±356,4 кдж

Дүгнэлт 1. Тосны олон тоот ханаагүй өөхний хүчлээр баялаг наранцэцгийн тосыг эмчилгээний зориулалтаар тогтмол хэрэглэхэд дусны сийвэнгийн холестерин, триглицеридийг бууруулах үйлчлэлтэй байна.

2. Наранцэцгийн тосыг зүрхний цус тасалдах өвчтэй хүмүүст хэрэглэхэд цусны сийвэнгийн холестерин, триглицеридийн хэмжээг бууруулахын зэрэгцээ их нягтралтай липопротеидийн холестериний хэмжээг бууруулахгүй хэвийн хэмжээнд байлгаж байгаа нь эмчилгээний үр дүнг сайжруулах нэг чухал хүчин зүйл болж байна.

3. Зүрх судасны өвчтэй хүмүүст хэрэглэх хоолны найрлаганд амьтны гаралтай тос, нүүрс усны хэмжээг багасгах нь тухайн өвчний үед хэрэглэх хоолны эмчилгээний үр дүнг дээшлүүлж байгаа нь бидний судалгаанаас харагдлаа.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Ф. И. Комаров, Б.Ф. Коровкин, В.В. Меньшиков — Биохимические исследования в клинике Л. „Медицина“ 1981. 175, 186, 189, 196.

2. В.А. Мещерякова, М.А. Самсонов и др — Значение применения алиментарного фактора в профилактике и лечении ишемической болезни сердца. Тер. арх. 1985. 10. 14—19.

3. Б.Л. Смолянский, Ж.И. Абрамова — Справочник по лечебному питанию для диетсестер и поваров. Л. „Медицина“ 1984. 16—19.

4. М.А. Самсонов, И.А. Фролова и др — Против атеросклеротическая диета у больных ишемической болезнью сердца. Клиническая медицина. 1981. 11. 29—35.

5. Под. ред. Е.И. Чазова, А.Н. Климов — Дислипотеидемии и ишемическая болезнь сердца М. „Медицина“ 1980. 26—120.

6. С.Ямаахай — Монгол хүний липидын солилцооны үзүүлэлт УБ. 1987.

ВЛИЯНИЕ ДИЕТОТЕРАПИИ НА ЛИПИДНЫЙ ОБМЕН
БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Ё. Дума, Ш. Чадрал, Д. Эржен

Авторами исследовано состояние фактического лечебного питания больных ишемической болезнью сердца в сочетании с ожирением в санаторно-курортных и стационарных условиях.

Проведена коррекция лечебного питания на основании обогащения рационов жирами растительного происхождения, что дало положительный результат в улучшении биохимических показателей крови больных данного контингента.

Редакцид ирсэн 1987.03.31

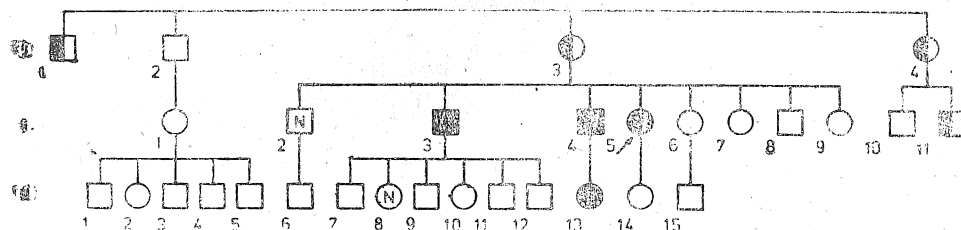
ЭЛЭГНИЙ ШИНЖ ТЭМДГИЙН ПОРФИРИ ӨВЧИН БҮХИЙ ГЭР БҮЛ

Элэгний архаг порфири өвчин (Porphyria cutanea tarda) нь порфири өвчний өргөн бүлэгт хамаарагдах бөгөөд арьс амархан шалбарах, цэврүүтэх, арьсны ил хэсэгт нөсөөжилт ихсэх, гуужих зэрэг шинж тэмдгээр илэрдэг. Энэ өвчний үед уропорфирин декарбоксилаза ферментийн идэвх, төрөлхийн гажиг эсвэл гаднын янз бүрийн хүчин зүйлийн (согтууруулах ундаа, дотоод шүүрлийн найрлагатай эм их хэрэглэх, элэгний янз бүрийн өвчин г. м.) нөлөөгөөр элгэнд багасч хэвийн нөхцөлд бие махбодод маш бага хэмжээгээр ялгарч байсан порфирин их хэмжээгээр ялгаран хуримтлагдаж элэг, арьсыг гэмтээж эхэлдэг байна.

Материал, арга. Эпидемиологи судалгааны явцад нэгэн эмэгтэй

элэгний архаг порфири өвчтэй болох нь оношлогдсон юм. Уг өвчтөнтэй ярилцахад түүний ах нь мөн адил шинж тэмдэг бүхий өвчтэй болохыг олж мэдсэнээр тэдний гэр бүл, төрөл төрөгсдийн гурван үеийн нийт 30 хүнд шинжилгээ хийлээ. Элэгний шинж тэмдгийн порфирийн клиникийн хэлбэрийг арьс амархан шалбарах, цэврүүтэх, арьсны ил хэсэгт нөсөөжилт ихсэх, гуужих зэрэг арьсны шинж тэмдэг, гепатомегали элэгний гэмтлийн илрэл болсон биохимийн шинжилгээний өөрчлөлтүүд зэрэг шинж тэмдгийг үндэслэн оношлов. Шинжилгээнд орсон бүх хүний шээсэнд спектрофотометрийн аргаар нийт порфирины хэмжээг тодорхойлов. Мөн плазм дахь порфириныг Poh-Fitzpatrick-Lamol-ын аргаар флюорометрээр тодорхойллоо.

Элэгний шинж тэмдгийн порфири өвчин бүхий гэр бүлийн хэлбэр илэрсэн байдал



- ■ — Клиникээр илэрсэн тохиолдлууд
- ◐ ◑ — Клиникээр илрээгүй тохиолдлууд
- □ — Биохимийн сөрөг илрэлтэй
- Ⓝ Ⓞ — Шинжилгээнд хамрагдаагүй

Үр дүн

Порфири өвчинтэй болохыг нь анх оношлосон 33 настай албан хаагч эмэгтэйг П/5 гэсэн тэмдгээр

томъёолсон бөгөөд түүнд гипертрихоз, арьс цэврүүтэх, шалбарах, нөсөөжилт ихсэх шинж тэмдгүүдээс гадна АЛАТ—0,5; АСАТ—0,8;

HbsA сөрөг, плазм дахь нийт порфирин 10,67 микрогр./л (нормдоо 0,8 хүртэл); шээсэн дэх нийт порфирин 2338 микро гр./л (нормдоо 200 хүртэл) байлаа. Цус авах бо-лон делагилийг 125 мг-аар долоо хоногт хоёр удаа уух эмчилгээг хийсний дүнд жилийн дараа арьсаар гарах шинж тэмдгүүд үгүй болж, өлөн элэгний шээсэн дэх нийт порфирин 417 микрогр./л болтлоо буурчээ. Дээр дурдсан өвчтөн эмэгтэйн ахад (П/3) арьсны клиник шинж тэмдэг илэрхий байсан боловч шээс, цусны шинжилгээ өгөөгүй юм. Түүний охин (Ш/13) 12 настай. 9 настай байхад нь арьс цэврүүтэх, шалбарах, нэсөөжих, гипертрихоз шинж тэмдгүүд илэрч, порфирин өвчин мөн болохыг оношилсон учир цус авах болон витаминаар эмчилсэн нь сайн үр дүнтэй болсон байна. Судалгааны үеийн шинжилгээгээр плазмын нийт порфирин 4,12 микрогр./л, шээсний нийт порфирин 380 микрогр./л, АЛАТ—0,8, АСАТ 0,9 байв.

Энэ өвчтөнүүдийн ах (П/3) 41 настай малчин, хоёр удаа халдварт гепатитаар өвчилсөн, гучин настайд нь арьс цэврүүтэх, шалбарах, шээсний өнгө улайх зэрэг шинж тэмдэг илэрч, цус ханах, барагшин уух, витамин эмчилгээ хийлгэж байжээ. Судалгааны үед плазмын нийт порфирин 825 микрогр./л, АЛАТ 0,54, АСАТ 0,59 байснаас гадна элэг нь баруун хавирганаас доош хоёр хуруу дор тэмтрэгдэж байлаа.

Нэгдүгээр (1) үеийнхэнд хийсэн шинжилгээгээр 1/1-ийн шээсэнд нийт порфирин 793 микрогр./л, 1/3-ын шээсэнд 1085 микрогр./л, 1/4-ийн плазмын нийт порфирин 21,4 микрогр./л болох нь тодорхойлогдов.

Дүгнэлт. Энэ шинжилгээнд нэг гэр бүл, садан төрлийн 30 хүн хамрагдсан бөгөөд үүнээс 8 хүн (27,6%) элэгний шинж тэмдгийн порфири өвчтэй болохыг оношлов. Дээрх 8 хүний 4-д клиник шинж тэмдэг илэрхий байлаа. Үүнээс үндэслэн нэг гэр бүлийн дотор элэгний шинж тэмдгийн порфири өв-

чин доод зах нь хоёр удаа илрэх тохиолдолд гэр бүл, садан төрлийн бусад гишүүнд зохих шинжилгээ хийж, уг өвчний клиник шинж тэмдэггүй тохиолдол байж болзолшгүйг шалган тогтоож байх нь зүйтэй. Ингэснээр уг өвчнийг элэгний хатингарал, хорт хавдар зэрэг хүндрэлт хэлбэрт хүрэхээс урьдчилан сэргийлэх ач холбогдолтой юм.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. *Berman J.* Porfiricka choroba Praha 1960
2. *Kordac V.* „Porfirie v klinicke praxi, (Thomayerova sbirka s. 43—96, Praha, Avicenum 1973)
3. *Kordac V.* et al: „Chlorochin v lecbe symptomaticke jaterni porfirie-souhrn dvanactiletich zkusenosti u 307 pacientu“ (Casopis lek. ces. c. 120 s. 1225—1227, Praha 1981)
4. *Grossman M. E., Bickers D. R., Poh—Fitzpatrick M. B.* et al: „Porfira cutanea tarda. Clinical features and laboratory findings in 40 patients“ (Amer. Jour. Med. 67, 1970 s 277—286)
5. *Kalab M., Kollarova J., Cervinka J.* et al: „Symptomaticka jaterni porfyrie s familiarnim vyskytem“ (Casopis lek. ces. c. 124 s. 715—720, Praha 1985)
6. *Martasek P., Jirsa M., Kordas. V.* „Porphyrinogens in plasma“ (Arch. Derm. N 118, s. 624—625.)
7. *Кузнецова Н. П. и др.* „Порфирии“ Москва 1981

СЕМЕЙНЫЕ СЛУЧАИ

СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ ПОРФИРИИ

Г. Энхдолгор, П. Мартасек, В. Кордач

В большинстве случаев с симптоматической печеночной порфирией приходится встречаться как с приобретенным заболеванием, встречающимся спорадически. Наряду с этой формой приходится наблюдать семейную форму заболевания, наследственность которой носит аутосомнодоминантный характер.

В данном исследовании определялись клинические и биохимические параметры заболевания в семье с семейными случаями симптоматической печеночной порфирии. На основании исследования экскреции порфиринов с мочой, определения концентрации плазматических порфиринов диагноз заболевания можно поставить уже в доклинической стадии у бессимптомных носителей и таким образом предупредить развитие цирроза печени или возникнове-

ние первичного рака печени. Было обследовано 30 членов семьи трех поколений. У 4 лиц было установлено заболевание с клиническим проявлением, у че-

тырех пробандов имело место бессимптомная форма заболевания.

Редакцид ирсэн 1987.02.26

Л. Оюунцэцэг, Т. Гомбосүрэн (Анагаах ухааны хүрээлэн)

В ГЕПАТИТЫН ЭПИДЕМИОЛОГИЙН ЗАРИМ АСУУДАЛ

Сүүлийн жилүүдэд В вируст гепатитын ахуйн замаар халдварлах онцлогийг судлах явдал судлаачдын анхаарлыг ихэд татаж байна. (1, 2, 6).

Манай орны хүн амын дунд В вируст гепатитын гадаргуугийн эсрэгтөрөгч агуулагчид 9,3% хүртэл байгаа нь (3,7) В вируст гепатит ахуйн замаар халдах нэг хүчин зүйл болж болзошгүй тул бид энэ судалгааг хийсэн юм.

МАТЕРИАЛ БА АРГА: Гепатитын В вирусийн гадаргуугийн эсрэг төрөгч (HBsAg) давтан илэрсэн 10 голомтын 61 хүнд эпидемиологийн ажиглалт явуулж, тэдгээрээс 50 хүнд (эх 6, эцэг 4, хүүхэд 37, ойр дотны хүн 3) биохимийн болон иммунологийн шинжилгээ хийв. HBsAg-ыг Гельд тундасжуулах аргаар тодорхойлов. Үүнээс гадна Улаанбаатар хотын Халдварт өвчнийг анагаах клиникийн эмнэлэгт эмчлүүлж буй 88 өвчтөнд эпидемиологийн судалгаа, ретроспектив аргаар 13 өвчтөн, түүний 43 хавьталд халдвар судлалын судалгаа, биохими, иммунологийн шинжилгээ хийв.

АЖИГЛАЛТЫН ДҮН: HBsAg давтан илэрсэн 9 голомтын 50 хүнд биохими иммунологийн шинжилгээ хийхэд 5 голомтын 38 хүнээс 8/21%-д нь HBsAg дахин илрэв. HBsAg эерэг хүмүүсийн 4 нь HBsAg байнга тээгч эх, 4 нь 4 сартайгаас 11 насны эмэгтэй хүүхдүүд байв. HBsAg тээгч эдгээр 8 хүний 7-д нь тимол, АлаТ, АсаТ-ын сорил өөрчлөлттэй байгаа нь HBsAg-ыг байнга тээгчдэд элэгний үрэвсэлт процесс явагдаж буйг харуулж байна. HBsAg эерэг 5 голомтын 1-д нь 1 удаа, 2-д нь 2 удаа, 2-д нь 5 удаа вируст гепатитын өвчлөл янз бүрийн хугацаанд гарч

HBsAg тээгч эх, хүүхдийн хамт байсан 38 хүнээс 15 (39,5%) нь вируст гепатитаар өвчилжээ. Эдгээр өвчлөгчдийн 2 нь HBsAg эерэг байв. HBsAg эерэг голомтын 1-д нь 3 хүнээс, 1-д нь 2 хүнээс, 3-д нь 1 хүнээс тус тус HBsAg илэрч байлаа.

Мөн ретроспектив аргаар судалгаа хийсэн 13 өвчтөнтэй хавьталд орсон 43 хүний ийлдсэнд HBsAg илрээгүй боловч эдгээр голомтонд вируст гепатитын өвчлөл янз бүрийн хугацаанд хоёр ба түүнээс дээш удаа гарч байсан байна.

Халдварт өвчнийг анагаах клиникийн эмнэлэгт эмчлүүлж буй 88 өвчтөний 36 (40,9%) нь А гепатит оноштой, 52 (59,1%) нь В гепатит оноштой байв. А гепатитаар өвчлөгчдийн дотор нууц үеийнхээ хугацаанд эмнэлгийн ямар нэгэн парентерал үйлдэлтэй, өвчний хавьталтай, HBsAg эерэг илэрсэн өвчтөн 8 (22,2%), В гепатитаар өвчлөгчдөөс нууц үеийнхээ хугацаанд эмнэлгийн ямар нэгэн парентерал үйлдэлгүй, гэр, хөрш, ажлын газартаа өвчний хавьталгүй атлаа HBsAg эерэг 18 (34,6%) өвчтөн байлаа. Эмнэлгийн нөхцөлд ямар ч парентерал эмчилгээ хийлгээгүй, зөвхөн гэрээр парентерал эмчилгээ хийлгэсэн 8 (9,1%) байв.

ХАРЬЦУУЛСАН ДҮГНЭЛТ: Ахуйн нөхцөлд HBsAg тээгч эх нь халдвар тараах аюулаар их байхаас гадна хүүхэддээ уг өвчинг тараахдаа HBsAg агуулагч эцгээс 4 дахин илүү байдаг гэсэн С. Н. Цыбулякын (4) судалгаатай бидний ажиглалт тохирч байна. Судалгаагаар илэрсэн HBsAg тээгчид бүгд эмэгтэйчүүд байгаа нь В гепатитын халдвар агуулагч эх, тэдгээрийн хүүхдүүд В гепатит

тараахад голлох үүрэгтэйг харуулж, архаг гепатиттай өвчтөн, HBsAg тээгч нь халдвар тархаахад тодорхой үүрэг гүйцэтгэж байгааг илрүүлсэн нь зөвлөлтийн судлаачдын дүнтэй (5) дүйж байна.

Нэг голомтонд HBsAg агуулагч 1—3 хүн байгаа нь В гепатит гэр ахуйн замаар халдах эх уурхай цөөнгүй байдгийг харуулж байна. Эмнэлгийн нөхцөлд ямар нэгэн парентерал эмчилгээ, үйлчилгээ хийлгээгүй зөвхөн гэрээр парентерал эмчилгээ хийлгэсэн өвчтөн болон өвчнийхөө нууц үеийн хугацаанд эмнэлгийн ямар нэгэн парентерал үйлдэлгүй, гэр, хөрш, ажлын газартаа өвчний хавьталгүй атлаа HBsAg эерэг өвчтөн цөөнгүй байгаа нь эдгээр өвчтөнүүдийн халдварын эх уурхайг гэр орон болон ойр дотны хавьтагсаас илрүүлэх судалгаа шинжилгээг гүнзгийрүүлэн хийх шаардлагатайг харуулж байна.

А вируст гепатит оноштой өвчтөний дотор HBsAg тээгчид цөөнгүй байгаа мөн В вируст гепатит оношийн дор А вируст гепатит багагүй тохисдож байгаа нь ялгах оношлогоог сайжруулахын чухлыг харуулж байна.

Цаашид В вируст гепатит ахуйн замаар халдах онцлогийг орчин үеийн өндөр мэдрэг аргаар нарийвчлан судлах нь уг өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх арга замыг улам тодорхой заан өгч болох юм.

ДҮГНЭЛТ—Вируст гепатит өвчний голомтод түр ба удаан хугацаагаар HBsAg агуулагчид цөөнгүй тохиолдож байна.

— HBsAg агуулагч эмэгтэйчүүд нь гэр бүлийнхээ гишүүдэд В вируст гепатитын халдвар та-

раагч гол эх уурхай болж байна.

— В вируст гепатит нь парентерал замаас гадна ахуйн замаар цөөнгүй дамжин тархаж байна.

— В вируст гепатит гэр ахуйн нөхцөлд хувийн зүү шприцээр дамжин парентерал замаар халдаж байна.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Т. Т. Волохович, Ю. Н. Мاستюкова, В. С. Кришцкая и др.—Эпидемиологическая значимость различных категорий носителей поверхностного антигена гепатита В. ЖМЭИ. 1981. 3. 73—78.
2. Б. А. Герасун—Естественные пути распространения вирусного гепатита В. ЖМЭИ. 1984. 2. 12—15.
3. Л. И. Трофимова, Э. Пүрэвдаваа—Частота выявления HBs Ag у больных вирусным гепатитом в межэпидемический и эпидемический периоды инфекционного гепатита. (Сборник тезисов докладов) 1980. 50.
4. С. Н. Цыбуляк—Эпидемиологическое значение родителей-носителей HBs Ag в распространении вируса гепатита В. (Сборник тезисов докладов симпозиума) 1983. 41.
5. Л. И. Шляхтенко, В. В. Нечаев и др.—Эпидемиология вирусного гепатита в очагах и их эпидемиологическое обоснование. (Сборник тезисов докладов симпозиума) 1983. 37—38.
6. П. И. Яровой—Вирусный гепатит. Кишинев. «Штиинца». 1980.
7. Арслан—Данные о носительстве HBs Ag у здоровых людей в МНР. УБ. 1978.

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ГЕПАТИТА В

Л. Оюунцэцэг, Т. Гомбосүрэн

Путем эпидемиологического наблюдения выявили, что в очагах вирусного гепатита часто встречаются временные и постоянные HBs-антигено-носители и HBs Ag носители женщины являются основными источниками гепатита В для членов семьи.

Редакцид ирсэн 1985. 06. 08.

М. Дарьсүрэн, Т. Варламова, Д. Дамдин (Ардын эмнэлгийн хүрээлэн)

Ц. Готов (Улсын багшийн дээд сургууль)

ДЕНДРОНИЗИД ЭМИЙН КЛИНИК ТУРШИЛТ

Гадаад орчны төрөл бүрийн тааламжгүй үйлчлэлд бие махбодын тэсвэрлэх чанарыг дээшлүүлэх явдал чухал юм.

Шинжлэх ухаан техникийн үсрэнгүй хөгжлийн энэ зуунд хүний бие махбодод улам бүр өндөр шаардлага тавигдаж байна.

Ийм учраас бие махбодыг чийрэгжүүлэх, сэргээх болон дасан зохицлын үйлчилгээтэй биологийн идэвхт шинэ бодисыг эрж хайх нь чухал юм.

Бид, дээр үеэс түвд ба монголын анагаах ухаанд биеийг чийрэгжүүлэх, ядаргааг гаргах эм болгон хэрэглэж байсан Адамсын тэрлэн (цагаан даль)-ийг судалсан юм.

Дорно дахины эмч нарын төсөөллөөр бол адамсын тэрэлж нь хүний бие махбодын хүч тэнхээг дээшлүүлэн ажиллах чадвар, тэсвэр хатуужлыг сайжруулах үйлчилгээтэй ажээ. Ийм учраас түүнийг удаан ужиг явцтай өвчин, биеийн тэнхээ тамир доройтох, ажиллах чадвар, биеийн эсэргүүцэл суларсан үед хэрэглэхийг заасан байдаг.

Ардын эмнэлгийн хүрээлэнгээс энэ ургамлын химийн судалгааг хийж цэцэг навчинд тритерпены төрлийн гликозид (0,1%) ба бусад биологийн идэвхт бодис байгааг илрүүллээ. Уг ургамлаас тритерпены гликозид агуулсан нийлбэр бодис цэвэршүүлэн гарган авч «Дендронизид» гэсэн нэртэй бэлдмэлийн биологийн идэвхийг тогтоов.

Эм судлаач Т. Варламова адамсын тэрэлж ургамлын эм зүйн шинж чанар, ялангуяа түүний хамгаалах, дасал зохицлын үйлчилгээг судлан тогтоожээ. Үүний дүнд уг ургамал хор багатай, удаан хугацаагаар хэрэглэхэд гаж нөлөө үзүүлдэггүйн зэрэгцээ, төв мэдрэлийн системд нөлөөлж нойрсохын эсрэг үйлчлэхээс гадна булчингийн хүчдэлийг сайжруулах, сэргээх нөлөөтэйг тогтоосон юм. Амьтан дээр туршсан судалгааны дүнд нь адамсын тэрэлжийн бэлдмэлийг клиникийн нөхцөлд сорих боломжийг бий болгосон билээ. Юуны өмнө бид уг бэлдмэлийн сэргээх үйлчилгээг илрүүлэхийн тулд Улсын багшийн дээд сургуулийн I курсын оюутнуудын оюуны хөдөлмөрт үзүүлэх нөлөөг судалла. Сорилтын гол зорилт нь Анфимовын зохисон үсгийн хүснэгтэнд өгөгдсөн ажлыг тодорхой нөх-

цөлд гүйцэтгэхэд оршино. Энэ нь уг ажлын тоо чанарын үзүүлэлтийг гаргах боломжийг өгдөг.

Бидний явуулсан судалгаагаар бэлдмэлийг нэг удаад 15 дуслаар хэрэглэхэд үр дүн хамгийн тодорхой илэрсэн бөгөөд энэ үед ажлын хурд 52,4%, үйлдлийг нарийн зөв гүйцэтгэх чадвар 47,4% нэмэгдэж байлаа. Бэлдмэлийн сэргээх үйлчилгээний үргэлжлэх хугацааг тодорхойлохын тулд 1,5-аас 6 цагийн турш ажиглалт хийв. Хяналтын группын ажлын үе дэх хурд ба алдааны хувь үзүүлэлтээс онц ялгагдахгүй ба 6—8 дахь цагаас ажиллах эрч аажим буурч байлаа.

Харин бэлдмэл хэрэглэсэн группын ажлын хурд ихсэх ба алдааны хувь багасах үзүүлэлтүүд 6 цагийн турш хадгалагдаж байсан юм. Үүнээс үзэхэд бэлдмэл оюуны хөдөлмөрийн чадварыг дээшлүүлэх, анхаарлыг төвлөрүүлэн оюуны үйл ажиллагааг эрчимжүүлэх нөлөөтэй болох нь тодорхойлогдож байна.

Үүний зэрэгцээ биеийн ажлын үед адамсын тэрэлжийн бэлдмэлийн сэргээх үйлчилгээг тодорхойлов. Судалгааг Биеийн тамир спортын хорооны сургалтын лабораторт хийв.

Биеийн хүчний ихээхэн ачааллын үед тамирчдын булчингийн идэвхт ажиллагаанд үзүүлэх нөлөөг тодорхойлохын тулд идэвхт үйл хөдлөлийг эрчимт ачааллаар сорьдог PWC₁₇₀-ыг сонгон электровелозергометрийн багажийг ашиглав. Энэ сорилын агуулга нь минутын хугацаанд тодорхой хэмжээний зай (метр)-д ногдох дундаж ачааллын (кг) эсэргүүцлийг даван туулснаар гүйцэтгэх ажил, тэр үеийн зүрх судасны үйл ажиллагааны өөрчлөлтөөр ажиллах чадварыг тодорхойлоход оршино. Бэлдмэлийг 21 хоногийн хугацаагаар хоногт 60 дуслаар хэрэглэсний дараа тамирчдад тодорхой хэмжээний ачаалал олгон туйлдаж ядарсан үед максимум эрчимтэй хурд, ачаалал өгч гүйцэтгүүлэхэд эмийн эрчимжүүлэх нөлөө нь 33% хүртэл хамгийн тод илэрч байв. Дендронизид, ядарч

щуцсан булчингийн сэргэх процесс явагдах хугацааг богиносгож зүрх судасны системийн динамик өөрчлөлт хэвийн байдалд түргэн ороход эерэгээр нөлөөлж байлаа. Гэтэл хяналтын группын тамирчдын биеийн хүчний чадварт ахиц гараагүй, ядаргааны шинж хэвээр үлдэж байв.

Тэрэгжийн бэлдмэлийг хэрэглэсэн тамирчдын ачааллын үед зүрх судасны үйл ажиллагааны дасах ба сэргээх чанарын урвалжууд, хяналтынхаас илүү түргэн явагдаж байгаа нь ажиглагдсан юм. Иймд бэлдмэлийг биеийн хүчний хүнд ажил хийдэг хүмүүст булчингийн системийн хэт ядаргаанаас сэргийлэх болон спортын төрлөөр өндөр ачаалалтай дасгал сургууль хийх үед хэрэглэж болох нь нотлогдлоо. Судалгааны дээрх үр дүн нь дендронизидын бэлдмэлийг эмчилгээний практикт туршин судлах чигийг зааж өгсөн юм. Бид энэхүү үр нөлөөг неврастени, гипотони, дистони, астенийн шинж бүхий 119 өвчтөнд сэтгэл мэдрэлийн улсын диспансер, стационарын нөхцөлд судаллаа. Клиник туршилтын дүнгээс үзвэл эмчилгээний сайн үр дүн өгч байгаа нь ажиглагдав. Эмийг хэрэглэсний даруйд алжаал ядаргаа багасч, ажиллах чадвар дээшилж байна. Цусны даралт багасах өвчний үед бэлдмэлийг хэрэглэхэд 7—10 дахь хоногоос артерийн даралт хэвийн байдалд орж байгаа нь ажиглагдав. Харин өвчин даамжирч органик өөрчлөлтөд орсон буюу мэдрэлийн сэрэмтгий чанар давамгайлсан тохиолдолд бэлдмэлийг хэрэглэх хэрэггүй юм. Эмийг турших хугацаанд ямар нэг гаж нөлөө илрээгүй ба нэг удаад 12—15 дуслаар өдөрт 3 удаа хэрэглэж эмчилгээний дундаж курсыг 30—45 хоногоор тогтоосон нь үр дүнтэй байна.

Энэхүү бэлдмэлийн фармакологи, клиникийн илрэл нь түүнд агуулагдаж байгаа тритерпеноид зэрэг тодорхой үйлчлэгч бодисын зэрэгцээ бичил язгуур чухал үүрэг гүйцэтгэнэ. Бэлдмэлийн үйлчилгээ

нь түүнд байгаа ганц нэг бодис биш, харин хэсэг буюу нийлбэр идэвх бүхий бодис агуулагдаж байгаагаас хамаарч болох юм.

Дендронизидын бэлдмэлийг үйлдвэр практикт шилжүүлснээр оюуны болон биеийн хөдөлмөрийн ядаргаа, гадны тааламжгүй нөхцөлд бие махбодыг түргэн хугацаанд дасгах, сэтгэл санааны хямралаас урьдчилан сэргийлэх боломжтой юм.

Дүгнэлт 1. Адамсын тэрэгжийн бэлдмэлийн эм судлал, эмнэл зүйн туршилтын дүнгээс үзэхэд уг бэлдмэл хүн хорхоодойн төрлийн эмүүдтэй төстэй үр нөлөөтэй болох нь илэрсэн бөгөөд эмийг зарим өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх, эмчлэх зорилгоор хэрэглэж болох нь тогтоогдлоо.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. И. И. Брехман—„Женьшень“ Л. Медгиз. 1957
2. И. И. Брехман—„Элеутерококк“ Л. Наука. 1968
3. Н. С. Саратиков—„Золотой корень“. Томск. 1974.

КЛИНИЧЕСКИЕ ИСПЫТАНИЯ ДЕНДРОНИЗИДА

М. Дарьсурэн, Т. С. Варламова,
Д. Дамдин, Ц. Готов

В работе представлены данные клинического испытания препарата из рододендрона Адамса. Установлено, что Дендронизид оказывает стимулирующее влияние на умственную деятельность.

Судя по результатам испытания тестов на физическую работоспособность препарат повышает устойчивость организма спортсменов к предельным физическим нагрузкам, стимулирует их работоспособность и выносливость. Выявлена эффективность Дендронизида при неврозах, неврастении, дистонии, астенических состояниях различного генеза, повышенной сонливости, функциональном ослаблении сердечной деятельности, гипотонии и т.д. Дендронизид обладает действием сходным с препаратами группы женьшеня и может стать важным фактором, повышающим эффективность комплексного лечения, а также средством профилактики ряда заболеваний.

Редакцид ирсэн 1985. 10. 30

Б. Жав. (Анагаах ухааны дээд сургууль)

ЭХ БАРИХУЙН ПРАКТИК ДАХЬ ГЕМОРРАГИЙН ШОК

(үргэлжлэл)

Геморрагийн шок, судсуудад цус түгээмэлээр бүлэгнэх хам шинжийн клиник, онош

Геморрагийн шокийн үед гарах эмгэг физиологийн үндсэн механизмыг тусгасан шинжүүд (эргэж байгаа цусны хэмжээ багасах, цусны хүчил-суурийн ба эрдэнэсийн баланс өөрчлөгдөх, хязгаарын цусны эргэлт хямрах, судсуудад цус түгээмэлээр бүлэгнэх хам шинжтэй хослох), цус алдах нөхцөлийг бүрдүүлсэн эх барихуйн эмгэгийн шинжтэй хявсран илэрнэ. Төрсөн эхэд үүсэх геморрагийн шокийн клиник явц дор дурдсан онцлог шинжүүдтэй байна.

Бие сулрах, огиулах, цангах, толгой эргэх нь шокийн клиникийн шинж юм. Өвчтөн нүдний урдуур бүрэлзэнэ, ам хатна гэсэн зовиуртай байдаг. Цус алдах нь ихсэх тутам өвчтөний ухаан суларч сүүлдээ ухаан алдана. Зохицох урвалын улмаас цус дахин хувиарлагдаж хоол боловсруулах эрхтэнд, булчин ба арьс цусаар хомсдоно. Арьс цагаарч сааралдуу туяатай, хүйтэн эсвэл чийглэг болно. Өвчтөний нүд хонхойсон, нүүрний байдал ядарсан шинжтэй, судасны лугшилт олширч, дүүрэлт султай болно. Хүнд явцтай шокийн үед хязгаарын судасны лугшилт мэдэгдэхгүй. Зүрхний титэмийн булчин хүчилтөрөгчийн дутагдалд орсноос үйл ажиллагаа нь өөрчлөгдөнө. Электрокардиограммын шинжилгээнд зүрхний жигд хэмийн байдал эхлээд түргэссэн атлаа дараа нь удааширч, R-шүдний өндөр намсаж, харин T шүдний өндөр ихсэнэ.

Төвийн венийн ба артерийн даралт буурна. Артерийн даралт буурах нь геморрагийн шокийн хамгийн хожуу шинж юм. Эргэж байгаа цусны хэмжээний 30%-ийг алдахад артерийн даралт эрс буурна. Энэ нь төвийн гемодинамикийн байдлыг зохицуулахад чиглэгдсэн механизм дутагдалд орсныг гэрчилнэ.

Артерийн даралт буурахын сацуу бөөрний цусан хангамж хомсдож шээсний гарц эрс багасна. Артерийн даралт 60—50 мм. мөнгөн усны баганын өндөр болоход шээс ялгарахгүй. Бөөрний капилляр дахь гидростатик даралт сийвэнгийн онкотик даралтаас багасна.

Алдаж байгаа цусны хэмжээ ихсэх тутам амьсгалын дутагдлын шинж тод илэрнэ. Үүнд: амьсгалын тоо нэг минутанд 30, түүнээс дээш, амьсгалын эмгэг хэм (чейнастоксийн амьсгал) үүснэ. Өвчтөн нэн цочимтой болж, үе үе хөхөрнө. Шокоос гаргах эрчимт эмчилгээ хийхгүй,

алдсан цусыг бүрэн нөхөхгүй бол өвчтөн наркозноос удаан гарахаас гадна мэс заслын дараах эрт үед амьсгалын дутагдал удаан байна.

Даамжрах явцтай шингэн дутагдал нь эргэшгүй шокийн эмгэг жамд гол хүчин зүйл болно. Хэвийн явцтай жирэмсэн үед эргэж байгаа цусны хэмжээ аажмаар нэмэгддэг. Төрөхийн өмнөхөн хүртэл эргэж байгаа цусны хэмжээ 1000—1200 мл-ээр нэмэгдэнэ. Өөрөөр хэлбэл төрөх хүртэл эргэж байгаа цусны нийт хэмжээ 5000—52000 мл болсон байна. Эрүүл жирэмсэн эмэгтэйн эргэж байгаа цусны хэмжээ сийвэнгийн хэмжээ хэр нэмэгдсэнээр ихсэнэ. Жирэмсний хугац цагид сийвэн жирэмсэн биш эмэгтэйн сийвэнтэй харьцуулахад 800—850 мл-ээр ихсэнэ. Ийнхүү сийвэнгийн хэмжээ ихэссэнтэй уялдаж жирэмсний эцэст эритроцитын тоо, гемоглобины концентрац (Hb), мөн венозны гематокрит (Ht) харьцангуйгаар багасна. Жирэмсэн биш эмэгтэйн венозны гематокрит 42,5% байдаг бол жирэмсний эцэст 38% хүртэл багасдаг талтай. Ийнхүү цусны хэмжээ ихсэх нь төрөх явцад цус алдахад зохицох, даах боломжийг нөхцөлдүүлнэ.

Жирэмсний хожуу хордлого, төмөр дутагдлын цус багадаа, ихэс түрүүлэх зэрэг жирэмсний хүндрэлийн үед эргэж байгаа цусны хэмжээ зохих хэмжээгээр нэмэгдэхгүй байх юмуу, эсвэл багасна. Нефропатитай төрсөн эхийн эргэж байгаа цусны хэмжээ төрөхийн өмнө 3800—4000 мл буюу жирэмсэн биш эмэгтэйн ЭЦХ-тэй адилхан байдаг учраас жирэмсний хожуу хордлоготой төрөгч, төрсөн эхийн цус алдахыг даах чадавч нэлээд багассан байдаг.

Ихэс түрүүлсэн үед жирэмсэн эмэгтэйн эргэж байгаа цусны хэмжээ, эрүүл жирэмсний ЭЦХ-ээс бага байдаг. Төрөлтийг мэс ажилбараар төгссөсөн нөхцөлд цусны, ялангуяа эритроцитын хэмжээ жирэмсэн биш эмэгтэйнхтэй харьцуулахад багассан байна.

Төрөхийн өмнөх үед төмөр дутагдлын цус багадаалттай жирэмсэн эмэгтэйн (гемоглобины түвшин 90 г/л), венозны гематокрит 30—32%, түүнээс (багасах) цусны физиологийн хэмжээ ихэсдэггүй. Харин эргэж байгаа цусны хэмжээ жирэмсэн биш эмэгтэйн ЭЦХ-ээс багасна. Тарган (II—III зэрэгтэй) ба зарим өвчинтэй жирэмсэн эмэгтэйн ЭЦХ хэвийн хэмжээнээс ихсэхгүй, харин багасах хандлагатай. Энэ байдлаас хамаарч эрх-

Түрүүч нь 1987 оны хоёрдугаарт бий.

тэн системийн хүнд хэлбэрийн явцтай өвчтэй, жирэмсний зарим эмгэгтэй (жирэмсний хордлого, ихэс түрүүлэх г.м) төрөгчдийн цус алдахыг даах чадавх буурдагтай уялдаж геморрагийн шок үүсэх үндэстэй учраас тэднийг амархан өртөмтгий бүлэгт хамааруулна.

Ийм учраас алдсан цусны хэмжээ, эргэж байгаа цусны хэмжээний зөрүүг нарийвчлан тооцож гаргах шаардлагатай. Төрөх замаас гарч байгаа цусыг цуглуулан, цагаан хэрэглэл, хэрэглэсэн даавуунд шингээн цусыг жигнэн хэмжиж, алдсан цусны нийт хэмжээг нягтлан тооцож гаргана.

Геморрагийн шокийг оношлоход түвэгтэй биш атлаа түүний зэрэглэл буюу хүнд, хөнгөн, алдсан цусны хэмжээг тогтооход нэн бэрхшээлтэй байдаг. Өвчтөний биеийн байдлыг зөв үнэлж, зайлшгүй хийх эрчимт эмчилгээний хэмжээг нарийвчлан тодорхойлох нь практикийн чухал ач холбогдолтой.

Алдаж байгаа цусны хэмжээг гравиметрийн аргаар нарийвчлан тодорхойлж болно. Энэ аргыг хувилбарласан хоёр арга байдаг. Тухайлбал өвчтөн, мөс заслын материалыг жигнэж тодорхойлно. Цус шингэсэн боолтын материал, цагаан хэрэглэлийг жигнэхдээ 1 мл цус 1 граммтай. Төрөх замаас гарч байгаа цусыг

Артерийн даралтын динамикт, судас ба амьсгалын давтамж, биеийн халуун, шээсний гарц, бусад субъектив шинжүүдэд түшиглэн геморрагийн шокийн хүнд, хөнгөнд үнэлгээ өгнө. Гэхдээ артерийн даралт, шингэн алдалтын хооронд харилцан уялдах, нөхцөлдөх шууд холбоо байдаггүйг санавал зохино.

Геморрагийн шокийн хүнд, хөнгөний явцыг 4 зэрэгт хуваана.

I ЗЭРЭГ. Эргэж байгаа цусны хэмжээ 15% хүртэл хомсдоно. Артерийн даралт 100 мм мө. усны баганын өндрөөс дээш, төвийн венийн даралт хэвийн хэмжээнд (60—100 мм усны баганын өндөр) байна. Өвчтөний биеийн байдалд онцгой өөрчлөлт гарахгүй. Арьс ялимгүй, цагаавтардуу өнгөтэй, судасны лугшилт нэг минутанд 80—90 удаа, гемоглобины концентрац 90 г/л, түүнээс дээш байна. Өвчтөний биеийн байдал эмчилгээнд амархан засарна.

II ЗЭРЭГ. Эргэж байгаа цусны хэмжээ 30% хүртэл хомсдоно. Өвчтөний биеийн байдал дунд зэрэг өвчтөн толгой өргөнө, бие сулдана, нүдний урдуур бүрэлзэнэ, огцдос хүрнэгтсэн зовиуртай байна. Арьс нь хүйтэвтэр, цагаарсан байна. Артерийн даралт 80—90 мм мө. усны баганын өндөр, төвийн венийн даралт буурна (60 мм усны баганын өндрөөс бага), судасны лугшилт нэг минутанд 110—120 удаа, шээсний гарц багасна. Гемоглобины концентрац 80 г/л ба түүнээс бага болно.

III ЗЭРЭГ. Эргэж байгаа цусны хэмжээ 30—40% хомсдоно. Өвчтөний биеийн байдал нэлээд хүндэрнэ. Өвчтөний ухаан сарниж, арьс нь нилэгхүйдээ цагаарч, хязгаарын мөчид хөхөлбүү өнгөтэй болно. Артерийн даралт 60—70 мм. мө усны баганын өндрөөс багасч, төвийн венийн да-

ралт түргэн явцтай буурна. (20—30 мм. ус баганын өндрөөс бага), биеийн халуун багасна. Судасны лугшилт нэг минутанд 130—140 удаа атлаа дүүрэлт султай болно. Шээсний гарц эрс багасна.

IV ЗЭРЭГ. Эргэж байгаа цусны хэмжээ 40%, түүнээс хомсдоно. Амьдралын үйл ажиллагаа нэн хүнд байдалд орж дарангуйлагдана. Ухаан алдана. Артерийн ба төвийн венийн даралт, хөл гарын судасны лугшилт мэдэгдэхгүй болно. Гагцхүү нойрны ба гуяны артерийн лугшилт зүрхний агшилтын тоогоор тэмтрэгдэх төдий байна. Амьсгал өнгөцхөн, олон болсон байна. Шээс огт ялгарахгүй, рефлексүүд суларна. Өвчтөн нэн хөдөлгөөнтэй, амьсгалын хэм алдагдаж эмгэг байдалд орно.

Өвчтөний биеийн хүнд, хөнгөний байдлыг зөв үнэлэхэд шокийн индекс чухал ач холбогдолтой. Шокийн индексийн үзүүлэлт 0,5—0,54 байдаг. Өөрөөр хэлбэл биеийн байдал хэвийн байхад судасны лугшилтын тоо нэг минутанд 60 удаа, артерийн даралтын дээд хязгаар 120 мм. мө усны баганын өндөртэй байхад шокийн индекс $60:120=0,5$ байна. Эргэж байгаа цусны хэмжээний 20%-ийг алдахад (судасны лугшилт 1 минутанд 100 удаа, артерийн дээд даралт 100 мм. мө усны баганын өндөр) шокийн индекс 1-тэй тэнцэнэ. ЭЦХ-ний 30%-ийг алдвал (судасны лугшилт 1 мин 120 удаа, артерийн дээд даралт 80 мм. мө усны баганын өндөр) шокийн индекс 1,5-тай тэнцэнэ.

Бичил эргэлтийн өөрчлөлт ихсэх, шокийн явцын хүндрэлийг бодитойгоор үнэлэх үнэлгээний шалгуур бол цагт ялгарч гарах шээсний гарц юм. Шээсний гарц бөөрөн дэх цусны эргэлтийн байдлаас шууд хамаарна. Бөөрний цусны эргэлт нь бие махбодын хязгаарын цусны эргэлтийн нэг хэсэг учраас шээсний гарцаар бусад амин чухал эрхтэн дэх цусны бичил-эргэлтийн байдлыг үнэлж болно. Хязгаарын цусны эргэлт зохицож байгаа нөхцөлд нэг цагт ялгарч шээсний гарц 40 мл/ц, түүнээс дээш 60—80 мл/ц (геморрагийн шоктой байхад шингэн эм сэлбэхэд шээсний гарц сайжирна) байна. Шокийн байдалд байгаа өвчтөний шээс нам нягтралтай, уурагтай, цилиндрууд ба бөөрний хучуур эстэй байна.

Судсуудад цус түгээмдээр бүлэгнэх хам шинжийн (СЦТБ) клиник явцын илрэл янз бүрээс гадна хэд хэдэн шаттай. Нэгдүгээр шатанд (бүлэгнэлт хэт ихсэх) клиникийн илрэл байхгүй. Энэхүү шатыг гагцхүү геморрагийн шокийн эхний шинж тэмдгүүд илэрмэгц мэдэж болно. Хоёрдугаар шатанд (фибрин уусгалт тархмал болохгүйгээр бүлэгнэлт багасгах) шархны гадаргуу, мөс заслын шархнаас цус нэвчин гарна.

СЦТБ хам шинжийн III, IV шатанд цус огт бүлэгнэхгүйгээр фибрин уусах нь түгээмэлжин тромбоцит эрс багасна. Гарна хийсэн хэсэг, шархны талбайгаас цус их хэмжээтэй гоожино. Хатгасан тэр хэсэгт цусан булдруу үүснэ. Арсанд цэг шиг цусан харвалтууд гарна. Мөн бөөл-

Гемостазын өөрчлөлтийн экспресс
оношлогоо

Экспресс оношлогооны сорилууд	Гемостазын өөрчлөлтүүд						
	Норм	СЦТБ (шатууд)				Коагулопа- тийн гемодилюд	Цусанд гепарин хэт ихсэх
		1	2	3	4		
цусны бүлэгнэл- тийн хугацаа минуугаар	5—12	5-аас бага	5—12	12-оос их	60-аас их	12-оос их	12-оос их
Бүлэн аяндаа уусах	Үгүй	Үгүй	Үгүй	түргэн	бүлэн үүсэх- гүй	Үгүй	бүлэн сэвс- гэр
Тромбин-тест секунтээр	7—11	7—11	7—11	20—60	60-аас их	7—60	60-аас их
Иммунопреципи- тацийн тест	—	—	+	++	+	—	—
Тромбоцитын тоо 10 ⁹ /л	175— 425	175—425	120-оос бага	100- аас бага	60- аас бага	Цус ба- гадалт- тай дүйнэ	175— 425
Этанолын тест	—	++	+	—	—	—	—
Тромбины хугацаа сек	24—34	24-өөс бага	60-аас их	100- аас их	180- аас их	24—34	60-аас их
эритроцитын фрагментацийн сорил (тест)	—	—	+	+	—	—	—

жистэй хамт цусны судал гарахаас гадна хамраас цус гоожино. СЦТБ хам шинжийн клиник явц 7—9 цаг ба түүнээс дээш хугацаанд үргэлжилнэ. Гемокоагуляцийн системд гарах өөрчлөлтүүд нэлээд удаан хугацаанд явагдана. Энэхүү өөрчлөлтүүдийг лабораторийн шинжилгээний

аргаар тодорхойлно. Клиник явцад гарсан нааштай өөрчлөлттэй харьцуулахад лабораторийн шинжилгээгээр илрэх өөрчлөлт нэлээд удаан хугацаанд үргэлжилнэ.

СЦТБ хам шинжийг оношлоход лабораторийн шинжилгээ чухал ач холбогдолтой байхын сацуу хам шинжийн

шатыг тогтоож, эмчилгээг зөв сонгож хийхэд нэн ашигтай. Фибриногены задралын бүтээгдэхүүн, тромбины ба цусны бүлэгнэлтийн хугацаа, тромбин-тест, цусны нөжөрмөгийн аяндаа уусахыг тодорхойлох, тромбоцитыг тоолох сорилууд нь СЦТБийг оношлоход экспресс-оношлогооны арга болдог. Гемостазын өөрчлөлтийн экспресс-оношлогооны сорилуудыг хүснэгтэд харуулав.

Хүснэгт I-ээс үзэхэд гагцхүү хам шинжийн III—IV шатанд цус бүлэгнэх хугацаа ихэссэн байна. Умайгаас, мөс заслын шархнаас гарч байгаа цусыг шинжилж, түүнд фибриноген задарснаас үүссэн бүтээгдэхүүн, фибриноген байгааг тодруулах нь чухал ашигтай. Ингэснээр хэсэг орчмын фибринолиз байгааг тодруулна. Гарч байгаа цусанд фибриноген байхгүй байхад тромбин-тестийн хугацаа 60 секунд, түүнээс дээш болно.

СЦТБ-ийн хам шинжийн үед фибрин уусах идэвхжлийг тодорхойлох нь практикийн ач холбогдолтой байдаг. Цусны бүлэгнэх чадвар сайн, фибрин уусах нь

тархмал биш байгаа нөхцөлд цусны бүлэн үүсч, ийлдэс тунгалаг байна. Фибрин уусгалт тархмал биш атлаа цусны бүлэгнэлт багассан байхад жижигхэн хэмжээтэй, сэвсгэр бүлэн аажим үүснэ. Ийлдсэн дотор цусны элементүүдийн хагас үлдэнэ. Ийнхүү үүсэж байгаа бүлэн удаан хугацаанд байхын сацуу аяндаа уусахгүй. Фибрин уусах нь идэвхжсэн цусны бүлэгнэлт багасахад жижигхэн сэвсгэр бүлэн үүсч амархан уусна. Цус срөөсөө бүлэгнэхгүй болсон нөхцөлд бүлэн огт үүсэхгүй.

СЦТБ хам шинжтэй өвчтөний биеийн байдлыг зөв үнэлэх, хам шинжийн шатыг тогтоох, алдсан цусны хэмжээг нягтлан хэмжиж тодорхойлох, эмчилгээний хэмжээ, аргыг зөв сонгоход дээр дурдсан экспресс-оношлогооны сорилтуудыг эх барихуйн практикт нэвтрүүлэх явдал ихэвчлэн ашиг тустай болох нь тодорхой билээ.

Төгсгөл нь дараагийн дугаарт

Редакцид ирсэн 1987. 02. 27

Т. Дэлгэр (Халдварт өвчнийг ачаагаар клинкийн эмнэлэг)

Н. Жанцан, Б. Байгаль (Анагаах ухааны дээд сургууль)

ВИРУСТ ГЕПАТИТ

ЭМЧИЛГЭЭ: Вируст гепатитаар өвчилсөн хүнийг эмнэлэгт заавал хэвтүүлж эмчилнэ. Өвөрмөц эмчилгээ одоогоор байхгүй боловч эмгэг жамын эмчилгээг хийдэг.

Суурь эмчилгээ. Хэвтрийн дэглэмийг клиник эдгэрэлтийн үе эхэлж зовиур арилж, шар буурч эхлэх хүртэлх бүх хугацаанд баримтлуулж цаашид хөдөлгөөнийг нь аажмаар нэмэгдүүлж улмаар хязгаарласан хэвийн дэглэмд оруулна. Суурь эмчилгээний нэг үндсэн зарчим бол хоол эмчилгээ юм.

Хоол эмчилгээ: Өвчтөний хоол нь өвчтэй элгэнд илүү дарамт болохгүй нөгөө талаар уураг, эрдэс бодис, витаминаар бие махбод, элгийг хангаж байх ёстой.

Чанар муу, уураг багатай хоол нь өвчнийг ужиг хэлбэрт шилжүүлж эдгэрэхэд муугаар нөлөөлнө. Вируст гепатит өвчтэй хүмүүсийн хоол нь нүүрс ус, уургийн зүйлээс тогтсон 2500—3000 ккал-аас багагүй байх шаардлагатай. Уураг нь өвчний эдгэрэлтэнд нөлөөлөн үхжиж өөрчлөгдсөн эд эсийг нөхөн төлжүүлэхэд чухал бөгөөд тэр нь липотроп үйлчилгээ үзүүлдэг.

Өвчтөнд өдөрт 80—100 гр уураг өгнө. Хүүхдэд бол 1 кг биеийн жинд 1,5 гр уураг байхаар бодож өгдөг. Үүний 30—50% нь амьтны гаралтай байхаар бодож өгвөл зохино. Өвчний эхний үед сүүний гаралтай уураг (ээгий, тараг, буцалсан сүү) голчлон хэрэглэнэ.

Үхэр, тахиа, загасны махыг сайн чанаж өнжөөд юмуу заримдаа өдөр бүр өгч болно. Ялангуяа архаг хэлбэрийн үед ямааны сүү нь өвчний явцад сайн нөлөө үзүүлнэ. Өвчтөнд өдөрт ямааны сүүг 200—800 мл хүртэл өгч болно. Нүүрс ус нь талх, төрөл бүрийн будаа, гурил элдэв ногоонд их байдаг. Нүүрс ус нь уургийн синтезэд оролцдог тул хоногт 300—500 гр, хүүхдэд бол кг жинд 14—16 гр-аар бодож нүүрс ус өгдөг. Гепатит өвчтэй хүмүүсийн хоолны өөх тосны хэмжээг эрс хорогдуулах шаардлагатай боловч, цөс ялгаралтанд үйлчлэх физиологийн цочруулагч болохын хувьд өөх тосыг бага хэмжээгээр өгч байвал зохино.

Түүнээс гадна бие махбодод тэр нь зарим төрлийн витаминуудын эх сурвалж болдгоор барахгүй нүүрс усны нэгэн адил энергийн чухал сурвалж болдог. Гол төлөв өвчтөнд хоногт 25—30 гр тос, цөцгийн тос өгнө.

Өвчтөний хоолонд давсны хэмжээг 3—5 гр хүртэл багасгах хэрэгтэй.

Өвчний хүнд үед ялангуяа ком, комын өмнөх байдалд байгаа өвчтөнд уураг, нэн ялангуяа өөх тосны зүйлийг бүр мөсөн хориглож, нүүрс ус голчилсон хоол өгч, шингэн юм уулгах хэрэгтэй.

Өвчтөн их бөөлжсөн үед хямсуураар хооллох хэрэгтэй. Витамины шүүс, компот, чихэртэй цай бага багаар уулгаж байх нь чухал. Ялангуяа хүнд үед бие махбодод хорт бодис хуримтлагдахын зэ-

Түүрүүч нь 1987 оны хоёрдугаарт бий.

рэгцээгээр ус шингэн дутагдах явдал их байдаг тул өвчтөнд хоногт 2—3 л-ээс доошгүй шингэн өгөх нь чухал.

Өвчтөний хүнд хөнгөнөөс шалтгаалахгүйгээр хоолыг дараах журм баримталж өгнө. Эмнэлэгт анх хэвтсэн өдөрт нь хоол сойж, зөвхөн ногоо жимсний шүүс, сахартай ус, алим-глюкозын уусмал зэргийг, өвчний эхний 3—5 хоногт уураг өөх тосыг эрс хязгаарлаж, тараг, хүүхдийн будаа, сүү, хоногт 200—300 гр талх, төмсний нухаш, луувангийн шүүс, жимс, жимсний шүүс, зөгийн бал, загасны чанасан мах зэргийг өгнө.

Өвчний эхний 7—10 хоногт цагаан талх, хатсан талх мантуу, үхрийн туранхай махаар хийсэн хоол, цөцгий нэмж өгнө. 10—15-аас хойших хоногуудад масло 10 гр хүртэл, чанаж жигнэсэн махан хоол, ээдэм, ургамлын тос зэргийг нэмж өгч хоолны хэмжээг аажмаар нэмэгдүүлдэн нэр төрлийг олшруулна.

18—20 хоногоос хойш хоол нь өөх тос багатай, хайрч хуураагүй, хоолны амт оруулах хольцгүй шингэц сайн, ногоо, цагаан, идээ элбэг хоол өгнө. Энэ үед өвчтөнд уураг, өөх тос, нүүрс усны дээд хэмжээг баримтлан өгнө.

Эмийн эмчилгээ. Гепатитын үед элэгний үйл ажиллагааг хэвийн болгох, үрэвслийн процессыг зогсоох, бие махбодын бодисын солилцоог зохицуулах хор тайлах эмүүдийг хэрэглэнэ. Элгийг хэвийн үйл ажиллагаанд оруулахад витамин сайн нөлөөтэй. Гепатитын үед С витаминьг хоногт (360—500 мг), В₁ (50 мг) В₂ (10—20 мг), В₆ (40—50 мг), В₁₂ (100—200 мкг) Р (0,1), А (10 мг), РР (50 мг) ба К зэрэг витамин хэрэглэнэ. Мөн фолийн хүчил ба липохүчил зэргийг өгнө. Өвчний хурц үед легалон, катерген эссенциале зэрэг эмийг өгдөг.

Вируст гепатитын үед нүүрс усны хямарсан солилцоог хэвийн болгох, элэгний үйл ажиллагааг сайжруулах зорилгоор биеийн энергийн эх үүсвэр болох глюкоз, фруктозыг өвчтөнд уулгах юмуу эсвэл тариагаар хэрэглэнэ. Өвчтөний хөнгөн, дунд зэргийн хүнд хэлбэрийн үед глюкозын 5—10%-ын уусмалыг уухаар өгч, хүнд үед тариагаар хэрэглэнэ. Глюкозыг тарьж хэрэглэхдээ өвчтөний насны байдал, хордлогын шинж зэргийг харгалзан түүний 5—10% уусмалаас 0,5—2,0—2,5 л хүртэл хэмжээгээр тарина.

Уургийн бодис. Вируст гепатитын үед бие махбодын уургийн солилцоо хямарч, зарим нэг чухал аминхүчлээр дутагддаг.

Ялангуяа өвчтөн бөөлжүүлэх, хоолонд дургүй болох шингэнээр суулгах зэрэг гэдэс ходоодны ажиллагаа хямарсан хоолны шингэц муу болсон үед уургийн бодисыг нэмж өгөх шаардлагатай. Аминхүчлүүдийг хооронд нь зөв нэйрүүлж бэлтгэсэн уургийн бэлдмэл нь бие махбодод амархан тархаж, элэгний протени үүсэх процессд оролдож, элэгний эд эсийн төлжилтийг сайжруулан, үхжлийн процессыг зогсоох сайн нөлөөтэй. Биеийн хордлогыг багасгах зорилгоор цус плазм ба альбуминыг хэрэглэнэ.

Түүнчлэн цус плазм нь онкотик дараалтыг ихэсгэх, цус бүлэгнэлтийн чанарыг

сайжруулах үйлчилгээтэй учраас хавантай, цус алдсан, хордлого ихтэй өвчтөнд тарих нь үр дүнтэй байна. Плазмыг том хүнд хоногт 100—125 мл, хүүхдэд кг жинд 5—10 мл бодож тарина. Донорын цусыг долоо хоногт 100—200 мл-ээр 2 удаа, альбумины 10%—20% уусмалыг 200—250 мл, протенин 4,8% уусмал 100—150 мл хэрэглэхэд сайн үр дүнтэй байна.

Асцит үүссэн үед альбуминыг тарьж болно. Комын үед альбуминыг никотины хүчлийн амидын хамт хэрэглэхэд үр дүнтэй байна.

Глюкокортикостероид эмчилгээ. Кортикостероид нь элэгний уураг, нүүрс усны солилцоонд нөлөөлж, мезенхимийн эдийн өсөлтийг саатуулан харин элэгний паренхимийн эс дээр анаболитик үйлчилгээ үзүүлднэ.

Ингэснээрээ элгэн дэх инфилтратив процессыг дарж, холбох эд-фибробласт, фиброцитын өсөлтийг багасган тэдгээрийн төлжих процессыг зогсооно. Глюкокортикостероид нь элгэн дэх үрэвслийн процессыг багасгах нөлөөтэй. Тэр нь эсийн мембран, хялгасан судасны ханын нэвчих чанарыг багасган элгэнд явагдаж байгаа үхжлийн процессыг намдаан, ретикулоэндотели, антител үүсэхийг саатуулж, бөөрний дайрын үйл ажиллагааг зохицуулж байдаг. Түүнчлэн глюкокортикостероид нь элэгний эд эс болон цусан дахь уургийн хэмжээг багасгах үйлчилгээ үзүүлднэ. Бас элгийг гликогенжүүлэх процессыг идэвхжүүлж, элэгний нүүрс усны солилцоог зохицуулна. Зарим глюкокортикостероид, тухайлбал триамсинолон нь бөөрний сувганцардах усны реабсорбжих процессыг удаашруулж бөөмцөр дэх фильтрацыг сайжруулах замаар шээс хөөх үйлчилгээ үзүүлднэ. Глюкокортикостероидыг вируст гепатитын хурц хэлбэрийн үед хэрэглэхэд биеийн ерөнхий хордлого арилж билирубины хэмжээ буурч, цусан дахь ферментийн идэвх багасдаг. Эдгээр нь зөвхөн үрэвслийн эсрэг ба иммуц урвалж чанарт нөлөөлөх төдийгүй бодисын солилцоонд гүнзгий өөрчлөлт оруулна. Мөн элгийг өөхжүүлэх, элгэнд цус харвалтын голомтууд үүсгэн элэгний эд эсийг үхжүүлэх муу нөлөөтэй. Тэр ч байтугай гормон эмчилгээг буруу, эмх замбараагүй хэрэглэснээс өвчин дахин сэдрэх, дахих зэрэг янз бүрийн дайвар харш үйлчилгээ үзүүлдгээс гадна бие махбодын систем эрхтэний үйл ажиллагаанд өөрчлөлт үүсэж болно. Ийм учраас глюкокортикостероидыг хурц гепатитын зөвхөн дараах тохиолдолд хэрэглэнэ.

1. Хордлого ихтэй, хүнд ба ужиг явцтай хэлбэр, эмчилгээнд шар буурахгүй тохиолдол.

2. Комд орох угтал дохно илэрсэн буюу комын урьтал үе, ком.

3. Хаван асцит хэлбэр, холестазагтай явагдах хэлбэр.

4. Илээхт архаг гепатит, гепатитын дараах цявроз.

Гормоны эмийн дотроос өргөн хэрэглэгддэг нь преднизолон, гидрокортизон, дексаметазон зэрэг болно. Преднизолоныг том хүнд уухаар өгвөл хоногт 40—60 мг, комын үед тариагаар бол 300—500 мг,

хүүхдэд уухаар бол кг жинд 2 кг, комын үед тариагаар 5—10 мг, нийтдээ 2—3 долоо хоног хэрэглэнэ. Гормоны эмийн тунг 3—4 хоног тутам эхлээд 5—10 мг, дараа нь 2,5—5 мг-аар багасгах журмаар өгнө. Преднизолонг тарьж хэрэглэвэл ууж хэрэглэх түүний тунгаас 4—5 дахин их байхаар тооцоолж өгөх журамтай. Калийн бэлдмэл, антибиотикийг энэ үед хавсран хэрэглэвэл зохино. Цочмог гепатитын үед гормон хэрэглэх хугацааг өвчтөний биеийн ерөнхий байдал шарын бууралт, хордлогын багасалт зэргийг харгалзан лабораторийн шинжилгээг үндэслэн тогтооно. Хэрэв шар хурдан буурч хордлого түргэн арилбал преднизолоны эхний хоногийн тунг 1/2-ээр багасгаж дараа нь 3—5 хоног тутам 0,25 мг-аар хорогдуулна. Эмийн тунг хорогдуулахдаа хамгийн түрүүнд гормон эмчилгээг цусны трансаминазын идэвхийн бууралтын байдлыг харгалзан зогсоох журам баримтална.

Хордлого тайлах шингэн. Үүний тоонд плазм нөхөгч гемодез, неокомпенсан, полидес, перистан, Рингерийн уусмал, глюкозын 5—10%-ын уусмал багтана. Эдгээр шингэн нь бие махбодод үүссэн хорт бодисуудыг шингэлэн хоргүй болгох нэгдэл оруулах үйлчилгээтэйгээс гадна алдагдсан давс-электролитын солилцоог тэгшитгэхэд чухал үүрэгтэй.

Хордлого тайлах шингэнг өвчний хүнд хэлбэр, комын урьдал үе, комын үед өвчтөний зүрх судасны ажиллагаа, шээс ялгарах байдал зэргийг харгалзан том хүнд 1,5—3 л хүртэл, хүүхдэд кг жинд 75—120 мл, комын үед 150 мл хэрэглэнэ. Поливинил, гемодезийг том хүнд 200—400 мл, хүүхдэд кг жинд 10—20 мл бодож судсанд дулаар хийнэ.

Липотроп эмүүд. Холин, липоканин, липовитан зэрэг нь липотроп үйлчилгээтэй элгэн дэх өөхөн инфилтрацийг багасгахад зориулагдсан эмүүд юм. Гэвч вирус гепатит өвчний үед элэгний эд эсэд өөхөн дистрофи болдоггүй тул эдгээрийг хэрэглэх албагүй. Харин архаг архичин, чихрийн диабеттэй хүн гепатитаар өвчлөх юмуу гепатитын архаг хэлбэрийн үед мөн глюкокортикостероид хэрэглэсэн үед түүнийг 0,1-ээр хоногт 3 удаа 7—10 хоног уулгана.

Цес хөөх эмүүд. Энэ нь дотроо давсан цес хөөгч, цөсний хүчлийн найрлагатай цес хөөгч гэж 2 янз байна. Цес хөөх эмүүд нь цөсний замын эрхтэнд рефлекс үүсгэж, тэдгээрийн механик агшилтыг ихэсгэнэ. Зарим эм нь элэгний цес ялгаралтыг ихэсгэнэ. Өвчний цочмог хэлбэрийн эхний үед давсан цес хөөгчийг (сульфат магнезийн 5—10% уусмал, сорбитол), өвчний хожуу үед мөн архаг ба холестатик хэлбэрийн үед найрлагандаа цөсний үүчил агуулсан цес хөөгчийг (аллохол, билихол) хэрэглэнэ.

Глютамын хүчил нь аммиакийг хоргүйжүүлэх үйлчилгээтэй тул түүнийг комын үед хэрэглэнэ. Глютамын хүчлийг циррозын комын үед 8—10 гр-аар хоногт 3—4 удаа үүж хэрэглэх буюу түүний 1% уусмалыг 50—150 мл тарина. Түүнчлэн глютамын хүчлийн натрийн давсыг 20—30 гр авч глюкозын 5%-ын 500 мл уус-

малын хамт ариутгаж судсаар тарьж хэрэглэх нь аммиакийг саармагжуулах сайн нөлөөтэй.

Органиний гол төлөв 5%ийн уусмалаар хэрэглэнэ. Аммиакийг хоргүйжүүлэх үйлчилгээтэй эмийн тоонд орницитил (20—25 гр судсаар) моноаминноксидаз, аспарагины хүчил, Л—глутамин багтана. Фенилаланины солилцоог зохицуулж, фенилаланин задрахад үүссэн Л—глутамин нь хортой бодисыг саармагжуулах үйлчилгээ үзүүлдэг тул вирус гепатитын хүнд хэлбэрийг эмчлэхэд нэлээд үр дүнтэй. Түүнийг хоногт 12—18 гр дунджаар 7—10 хоног хэрэглэнэ.

Кокарбоксилаз. Кокарбоксилаз нь пировиноград ба бусад кетохүчлүүдийг исэлдүүлэн декарбоксилжуулах процессыг идэвхжүүлэх кофермент юм. Кокарбоксилазын дутагдал болоход пировиноград хүчил бие махбодод хуримтлагдаж ацидоз үүсгэхэд хүргэдэг. Ийм учраас гепатитын хүнд хэлбэр, комын үед кокарбоксилазыг хэрэглэнэ. Хоногт 50—100 мг, хүнд үед 300 мг хүртэл судсанд тарьж хэрэглэнэ.

Пирамидины төрийн эмүүд. Метилурацил, тимин, цитозин, пентоксил зэрэг нь бие махбодын эд эсэн дэх нуклеины хүчлийн нэгдэлжих процессыг идэвхжүүлж, эсийн үржлийг түргэсгэн, нөхөн төлжүүлэх процессыг хурдасгадаг үйлчилгээтэй. Түүнчлэн эдгээр эм нь цусны цагаан цогцсын фагоцитозын идэвхийг сайжруулан, цус төлжих процессыг ихэсгэнэ. Пентоксил ба метилурацилыг 0,5-аар хоногт 3 удаа, хүүхдэд бол 0,1—0,3-аар бодож 3 удаа өгнө. Эдгээр эмийг хэрэглэхэд өвчний шарлалтын үргэлжлэх хугацаа богиносож, элэгний хэмжээ багасч, биохимийн шинжилгээ хурдан хэвийн байдалд ороход нөлөөлж цусан дахь уургийн глобулины альфа, гамма фракц ихээхэн, глюкопротеидын хэмжээ нэмэгддэг.

Физик эмчилгээний аргууд. Элэгний тус газарт компресс буюу бүлээн жин тавих, солюкс тосон жин, диатерми, УВЧ шарлага хийх нь элэгний цусан хангамжийг сайжруулан үрвэслийн процессыг намдаахад нөлөөлнө. Вируст гепатит, цөсний замын үрвэслээр хүндэрсэн буюу эсвэл уг өвчний холестатик хэлбэрийн үед физик эмчилгээг хийхийн хамт цес угаах, тобаж тавьж цөсийг зондоор авна.

Вируст гепатитын холестатик хэлбэрийн болон цөсний замын дискинези болсон үед гөлгөр булчингийн агшилтыг сулруулах үйлчилгээтэй ношпа, папаверин спазмолитин, метицин зэрэг эмийг хэрэглэнэ.

Өвчтөнийг тайвшруулах зорилгоор ди-медрол, супрастин, пипольфен (антигистамин эмүүд), комын үед седуксин, дроперидол (2,5—5 мг), галоперидол (5—15 мг), нембутал зэргийг хэрэглэнэ. Шээс хөөх үйлчилгээтэй эмийг диурезийн байдлыг харгалзан хэрэглэнэ. Эдгээрийн тоонд маннитол, лазикс, спиронолактон, верошпирон зэрэг эм багтана.

Вируст гепатитыг эмчлэх ерөнхий зарчим.

ХӨНГӨН ХЭЛБЭР. Өвчтөнд хийх суурь эмчилгээ бол хоол нарийн дэглэм баримтлах явдал юм. Хөнгөн хэлбэрийн үед хэвтрийн дэглэмийг 7—12 хоног, хагас хэвт-

рийн дэглэмийг 12—18 хоног, шилжилтийн дэглэмийг 18—30 хоног баримтална. Хоногт уух шингэн 1—1,5 л-ээс багагүй байна. Хоол сойхгүй. Өвчний эхний 3—5 хоногт уураг, өөх тос багатай, нүүрс ус голдосон хоол өгч сүүлийн өдрүүдэд сүү, ногоогоор элбэг хоол өгнө. Витамин «С»-г хоногт 300—500 мг, мөн бусад төрлийн витаминьг өгнө. Глюкоз, сахартай цай уулгаж, компот, байцааны шүүс өгнө.

ДУНД ХЭЛБЭР. Эмчилгээний ерөнхий зарчим хөнгөн хэлбэрийн үеийнхтэй адил. Энэ үед баримтлах дэглэм арай чанд байна. Хэвтрийн дэглэмийг 12—15 хоног, хагас хэвтрийн дэглэмийг 15—30 хоног, шилжилтийн дэглэмийг 40—50 хоног хүртэл баримтална. Хоногт хэрэглэх шингэн 2—2,5 л-ээс багагүй байна. Энэ үед витамин С 400—500 мг, витамин В₁, В₉, В₁₂, витамин РР, витамин Р зэргийг өгнө. Өвчний эхний хоногт хоол сойж, өвчний 2—3 хоногт уураг, өөх, тосны хэмжээг эрс хязгаарлаж 5—7 хоногоос чанасан булчин мах, 7—10 хойших хоногуудад масло, ээдэм зэргийг өгч хоолны нэр төрлийг олшруулна.

ХҮНД ХЭЛБЭР. Эхний 3—7 хоногт өвчтөнг орноос нь огт босгохгүй байлгана. Ер нь хэвтрийн дэглэмийг 20—25 хоног, хагас хэвтрийн дэглэмийг 25—30 хоног, шилжилтийн дэглэмийг 2 сар хүртэл хугацаагаар баримтална. Хоногт хэрэглэх шингэн 3—3,5 л-ээс доошгүй, үүнээс 1,5—2 л хүртэл шингэнг (глюкозын 5—10% уусмал, рингер, гемодез) тариагаар хийнэ. Хоолыг эхний хоногт сойж, дараа нь 3—5 хоногийн турш уураг, өөх тосны хэмжээг хязгаарлаж цагаан хоолоор хооллоно. 7—10 дахь хоногоос хоолонд чанасан мах, уургийн хэмжээг ихэсгэж нэр төрлий нь олшруулна. Энэ үед бие махбодод дутагдаж байгаа уургийг нөхөж өгөх зорилгоор аминхүчлийн бэлдмэлээс өгч болно. Витамин С-г хоногт 400—600 мг, витамин В₁ 30 мг, кокарбоксилазыг 50—100 мг, витамин В₉—20 мг, никотины хүчил 100 мг, В₆—50 мг хэмжээгээр өгч витамин К, Р зэргийг шаардлага харгалзан өгнө. Өвчний хүнд үед хэрэв олон дахин бөөлжүүлэх, хордлогын шинж их, халуурах, элэгний хэмжээ бага, аминотрансферазын идэвх өндөр, сулемагийн сорил 1,2-оос бага байвал глюкокортикостеронидыг хэрэглэнэ.

ГКС-ыг хоногт 40—60 мг- бүгд 2—3 долоо хоног өгнө. Тэгэхдээ 5—7 хоног тутам урьдах хэмжээг 5—10 мг бууруулж өгнө. Хүүхдэд бол 1 кг жинд 1,5—2 мг-р бодож өгнө. Мөн цусны сийвэн, альбумин тарьж болно. Хоёрдогч халдвар хавсарсан бол антибиотик өгнө. Шээс бага гарвал маннитолын 18—20% уусмалаас 1 кг жинд 1—1,5 гр хуурай бодис байхаар бодож тарих, эсвэл лазикс өгнө. Мөн хүчилтөрөгч эмчилгээ хийнэ.

КОМЫН УГАЛ ҮЕ, КОМЫН ЭМЧИЛГЭЭ. Эмчилгээг сэхээн амьдруулах тасарт хийнэ. Энэ үед хийгдэх эмчилгээ нь:

1. Элгэнд үзүүлэх илүү ажиллагаа дарамтыг бүрэн зайлуулах.
2. Элэгний эд эсийн үхжилтийг багасган зогсоох.

3. Хордлоготой тэмцэх

4. Ацидозоос гаргах, давс электролитын алдагдлыг тэгшитгэх, гипокситэй тэмцэх.

5. Комын үед хоёрдогч хүндрэл үүсэхээс сэргийлэх, хүндрэлийг эмчлэх зэрэгт чиглэгдэх ёстой.

Комд орох гэж байгаа буюу комд орсон өвчтөнд уураг, өөх тостой хоол өгөхийг бүрэн хориглоно. Комд байгаа өвчтөнг жимс ногооны шүүс, глюкозын 10—20% уусмал, тараг зэргээр зонд тавьж хооллоно. Хоногт 1500—2000 ккал (6,3—8,4 кдж) хангах хоол өгнө.

Гэдэс ходоодноос хорт зүйл шимэгдэж цусанд орохыг багасгахын тулд бургуй тавин, 12 хуруу гэдсэн дэх зүйлсийг зондоор соруулан авч, ходоод угаана. Нарийн бүдүүн гэдэсний орчинг хүчилжүүлж, лактобацилл нянг өсөж үржихэд нь нийллэг замаар гаргаж авсан дисахарид-лактолоз сайн нөлөөтэй. Ийм учраас комтой өвчтөнд лактулозыг зондоор хоногт 60—100 гр өгнө.

Элэгний үхжилт үрэвслийн процесс, элэгний өөрийн эд эсийн эсрэг үүссэн бодисын нөлөөг багасгах зорилгоор преднизолоныг хоногт 300—450 мг тарьж хэрэглэнэ. Хүүхдэд бол 5—12 мг/кг бодож тарина.

Өвчтөн комоос гарсны дараа энэ тунг 2—3 дахь хоног дээр нь 1/3-ээр шууд бууруулж болно. Харин цаашид хэрэглэх тунг аажмаар багасгана. Преднизолонг энэ үед уухаар сольж өгнө.

ХОРДЛОГОТой ТЭМЦЭХ. Үүний тулд гемодез 400—800 мл (неокомпенсан—100 мл, поливинилийн уусмал—200—400 мл) судсанд дуслаар хийнэ. Хүүхдэд эдгээр шингэнг 1 кг жинд 10—20 мл бодож тооцоолно. Мөн рингер, глюкозын уусмалыг нэмж тарина. Аммиакийг саармагжуулах зорилгоор глютамын бэлдмэлүүдийг хэрэглэнэ. Хоногт хийх шингэний хэмжээ том хүнд 2,5—4,0 л, хүүхдэд 1 кг жинд 120—150 мл байна.

Хүчилтөрөгчийг хамрын зондоор өгч майханд оруулах, содын 2—4% уусмалаас 100—300 мл хийх, электролитийн (калийн давст) шингэнг тарих мөн кокарбоксилаз (хоногт 200—400 мг), витамин С (600—800 мг) өгнө. Цус ба цусны бэлдмэлүүд (альбумин, сийвэн, шинэ цус) юүлнэ. Цусархаг шинж илэрсэн үед судсаар нь гепариныг 500—1000 нэгжээр 2—3 удаа глюкозын уусмалын хамт хэрэглэнэ. Протеолиз үйлчилгээтэй (уураг задлах) ферментийг идэвхгүйжүүлэх зорилгоор энэ ферментийн ингибиторуудыг (трасилол, тзалол, контрикал) хэрэглэх нь зохих үр дүн өгнө. Трасилолыг 75000—100000 нэгж, контрикалыг 300000—500000 нэгжээр тарина.

Шээсний ялгаралтыг байнга анхаарч шээс ховордох үед шээс хөөгч лазикс, маннитол зэргийг тарина. Мөн зүрх судасны системийн ажиллагааг дэмжих эм өгнө. Хэрэв бөөлжөөд байвал түүний бөөлжснийг байнга соруулан авч ходоодыг угаана.

Жирэмсэн хүн комд орсон байвал үр зулбах, дутуу төрөх, цус алдах зэрэг хүндрэл өгч болно. Комын үед жирэмслэл-

тийг зогсоох ямар нэгэн оролдлого нь өвчнийг улам хүндрүүлдэг.

Комтой өвчтөнд үзүүлэх сэхээн амьдруулах тусламж

Өвчтөн тайван бус хөөрлийн байдалтай бол юуны урьд тайвшруулна. Үүний тулд седуксин (2—4 мл), ОМК (100 мг/кг), дроперидол, фентанил (2,5—3 мл), таламонал (2—3 мл) тарина.

— Ходоод угааж, цэвэрлэх бургуй тавина.

— Өвчтөнг ортой нь зөөлөн бэхлэнэ.

— Толгой дээр нь баруун сүвээгээр нь хүйтэн жин, давсанд нь байнгын катетер тавина.

— Гемодез, 10% глюкозын уусмал, рингерийн уусмал зэрэг тариаг дулаар залгаж завсраар нь витамин кокарбоксилас, контрикал, (трасилол), инсулин, гепариньг тарина. Шингэнг 2—4 мл лазиксийн хамт хийнэ.

— Хүчилтөрөгчийг хамрын зондоор 1 минутанд 2—4 л байхаар 20—30 мин зайтай хоногт 5—6 удаагаас цөөнгүй өгнө.

— Содын 2—4% уусмалыг 200—300 мл хийнэ. Бага насны хүүхдэд зөвхөн 2% уусмалыг 50—100 мл тарина.

— Преднизолоныг хоногт 300—450 мг зөвхөн тарьж хэрэглэнэ. Тэгэхдээ энэ тунгаа 4—5 хувааж хэрэглэнэ.

— 10—20% альбумины уусмал 200—400 мл, донорын даршилсан шинэ цус 200—500 мл, сийвэн 100—200 мл зэргийг сольж юүлнэ.

— Хлорлиг калийн давсан уусмалыг 1 л глюкозын уусмалд 3 гр (хуурай бодис) байхаар тооцож тарина.

— Антибиотикийг (неомициныг хоногт 4—6 гр уулгах, пенициллинг 2—3 сая нэгжээр тарих) өндөр тунгаар уулгаж 4 цаг тутам хэрэглэнэ. Түүнчилэн тариануудыг хүйсний венд (портын вен) катетер тавьж, гемодиализ ба перитонийн диализ хийх, өндөр даралтат барокамерт оруулж эмчилгээ хийх, плазморефез болон гемосорбцийн аргаар цусыг хорт бодисоос цэвэрлэх, цус орлон юүлэх, өвчтөний цусыг шинэ цусаар бүрэн солих зэрэг арга, лактулоза, L—глутамин, интерферон, фибринолиз идэвхжүүлэгч стрептокиназа, леводопа зэрэг эмийг хэрэглэх нь эрчимт эмчилгээний үр дүнтэй эрс нэмэгдүүлнэ.

Холестатик хэлбэрийн гепатиттэй өвчтөнд цес хөөгч эм өгөх, зондоор цес авч тубаж тавина. Энэ үед но-шпа, папаве-

рин зэрэг булчингийн агшилт сулруулах эмийг хэрэглэнэ. Хэрэв шар буурахгүй болон биеийн байдал засрахгүй үед ГКС-ийг өгч болно. Мөн новоканын хориг хийх, зэрэг арга хэмжээ авна.

Эдгэрэгсдийг диспансерийн хяналтанд авах журам.

Вируст гепатитаар өвчлөөд эдгэрсэн хүмүүс диспансерийн хяналтанд бүрэн хамрагдсан байна. Аймгийн төвд бол гэдэсний кабинет, халдвартын эмчийн шууд хяналтанд, сум нэгдэлд бол тэндхийн эмчийн шууд хяналтанд байна.

Гепатитаар өвчлөөд эдгэрэгсэд өвчнөөс бүрэн эдгэрлээ гэж үзэл диспансерийн хяналтанд байх ёстой. Хяналтанд байх хугацаандаа эхний жилд 3 сар тутам нэг удаа, 2 дахь жилд 6 сард нэг удаа үзүүлж шинжилгээ хийлгэнэ. Диспансерийн хяналтанд байх хугацаанд өвчтөнийг рашаан сувилалд явуулах, группэд оруулах, хүнд хүчир ажлаас чөлөөлөх буюу ажил өөрчлөх зэрэг арга хэмжээг авна.

Архаг гепатит буюу циррозтой мөн цөсний хүүдийн үрэвсэлтэй өвчтөнг тусгай бүртгэн, тэдгээр өвчтөнийг шаардлагатай үед эмнэлэгт хэвтүүлэх, зохих эмчилгээг гэрээр хийх хэрэгтэй. Хяналтанд байгаа архаг өвчтэй хүн өөр өвчнөөр өвчилвөл зохих мэргэжлийн эмчид үзүүлж зөвлөгөө авна. Гепатитаар өвчлөөд эдгэрэгсэд хоолны гам, хөдөлмөрийн дэглэм сахина.

Урьдчилан сэргийлэх ерөнхий зарчим

А гепатит. Энэ өвчнөөс урьдчилан сэргийлэхэд хүн амын усан хангамж, ундааны болон ахуйн усны цэвэрлэгээг сайжруулах, цэцэрлэг, сургууль, хүнсний үйлдвэр, худалдааны байгууллагуудын ариун цэвэр, эрүүл ахуйн болон хүн амын соёлын түвшинг дээшлүүлэх явдал онцгой ач холбогдолтой. Мөн хүн ам, ялангуяа хүүхдийг нийтээр нь гаммаглобулин тарилганд хамруулахад үр дүнтэй байна. Гаммаглобулинжуулалтыг зуны дунд сараас эхлэх нь тохиромжтой.

В гепатит. Донорыг зөв сонгох, эмнэлэг урьдчилан сэргийлэх байгууллагуудад янз бүрийн тариа, мэс засал, эмчилгээний ажилбаруудыг цэвэр ариун хийж, цусны бэлдмэлүүдийг зайлшгүй шаардлагаар онц болгоомжтой хэрэглэх явдал ВГВ-ээс урьдчилан сэргийлэх үндэс болно.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. А. Ф. Блюгер—Вирусный гепатит. Рига, 1978.
2. З. А. Бондарь—Клиническая гепатология. М. Медицина. 1970.
3. А. Ф. Блюгер—Практическая гепатология. Рига, 1984
4. И. В. Гольцанд—Заболевания печени и желчного пузыря у детей. Л. Медицина, 1975.

5. И. Р. Дробинский—Острые вирусные гепатиты. Кишинев, 1972.
6. Д. М. Злыднев, А. П. Казанцев, П. Д. Старшов—Терапия вирусных болезней. Л. Медицина, 1979.
- Н. И. Нисевич, В. Ф. Учайкин—Тяжелые и злокачественные формы вирусного гепатита у детей. М. Медицина, 1982.
8. Д. Подымова—Болезни печени. М. Медицина, 1984.

9. И. Тодоров—Клинические и лабораторные исследования в педиатрии. София. 1968.

10. Е. М. Тареев, Е. Л. Назеретян, М. Е. Семедяева, И. Е. Тареева—Эпидемический гепатит М. Медицина, 1970.

11. Н. А. Фарбер—Болезнь Боткина и беременность. М. Медицина, 1970.

12. Руководство по кишечным инфекциям (под ред. И. К. Мусабаева) Ташкент. Медицина, 1980.

Редакцид ирсэн 1986. 05. 31

Ш. Бат-Эрдэнэ (Октябрийн районы нэгдсэн эмнэлэг)

ЗҮРХНИЙ ЦУС ТАСАЛДАХ ӨВЧНИЙГ ЭМИЙН СОРИЛООР ОНОШЛОХ

Сүүлийн жилүүдэд зүрхний цус тасалдах өвчин ихсэж байгаатай холбоотойгоор уг өвчнийг оношлох боловсронгуй аргыг өргөнөөр эрж хайх боллоо. Хийхэд хялбар, цаг хугацаа бага шаардагддаг үр дүн сайтай оношлогооны нэг арга бол эмийн тусламжтайгаар оношлох арга юм. Бүр 1939 онд Д. Шерф, Веиссверг нар сахарын сорилыг хэрэглэж эхэлжээ. Зүрхний судас нь хатуурсан хүний хураагуур судсанд сахарын өтгөрүүлсэн уусмал юүлээд зүрхний цахилгаан бичлэг хийхэд ST гол шугамаас доош бууж өвчүүний ард өвдөх шинж илэрч байлаа гэж мэдээлж байв.

1956 онд зүрх судасны өвчтэй хүмүүст 100—150 г глюкоз уулгаад электрокардиограмм хийхэд ST доош бууж Т шүд татагдан намссан байна.

Үүнийг зүрхний булчинд глюкоз хуримтлагдсанаас хүчилтөрөгчийн шаардлага нэмэгдэж титэм судасны далд дутагдлыг илрүүлж байна гэж үзжээ.

Гэвч сахарын сорил төгс хариу өгч чадахгүй, өөрөөр хэлбэл судасны хатуурал түүний дүнд гарах цус тасалдах шинжийг тэр болгон илрүүлж чаддаггүй байна.

Гэвч жил ирэх тутам оношлогооны боловсронгуй аргыг олсоор байна. Тухайлбал индерал, кали, атропин, нитроглицерин зэрэг бэлдмэлээр сорил тавьж оношлож байна.

В—блокатор (хориг) бэлдмэлүүд нь цус тасалдах өвчин юмуу эсвэл мэдрэл зохиолдооны үйл ажиллагааны алдагдлаас болж уу гэдгийг ялгахад дөхөмтэй байна.

40 мг индерал хэрэглэхэд титэм судасны дутагдал, үйл ажиллагааны түр алдагдлын аль аль нь илэрнэ. Ялангуяа симпатик мэдрэлийн нөлөөлөл давамгайлсан үед илүү сайн илэрдэг.

Калийн сорилыг 4—10 г тавиад зүрхний цахилгаан бичлэг хийхэд мэдрэл-тэжээллэгийн улмаас болсон ST ба Т шүдний өөрчлөлт арилсан байдаг.

Энэ сорилоор даавар-мэдрэлийн тогтолцооны хямралаас үүссэн миокардиодистрофийн 74%, титэм судасны цус тасалдах өвчний 18%-д нь баттай хариу гарна.

Уг бэлдмэлээр сорил тавихад гаж нөлөө бараг илрэхгүй боловч хааяа хэвлий орчмоор өвдөж болно.

Зүрхний гаралтай, зүрхний бус гаралтай өвдөлт хоёрыг ялган оношлохын тулд нитроглицерин уулгаж уг сорилыг тавина. Нитроглицерин нь хураагуур судасны хөвчрөлтөнд илүү нөлөөлж сулруулах бөгөөд тараагуур судсанд шууд бишээр зүрхэнд ирэх, гарах хэсгийн ачааллыг бууруулж үйлчилнэ. Мөн зүрхний дотор давхаргын дорхийг

судсаар цус тархалтын хүчдэл зүрхний булчингийн давхаргын хүчдлийг багасгаж өгдөг.

Титэм судсанд шууд үйлчилж эзлэхүүнийг нэмэгдүүлнэ. Судалгаагаас үзэхэд судасны эзлэхүүнийг 63,7% хүртэл нэмэгдүүлдэг байна. Судасны хатуурал хэт үүссэн үед үйлчилгээ нь сул байдаг учир сорилыг 0,5 мг-аар уулгаж зүрхний цахилгаан бичлэг хийнэ. Захын мэдрэлийн үйл ажиллагааны зохицолдооны өөрчлөлт хүзүүний ясны мөгөөрс яс мөгөөрсжих зэрэг өвчний үед зүрхээр өвддөг нь уг бэлдмэлийг хэрэглэхэд намдахгүй. Энэ сорилыг эрүүл хүмүүст хийж зүрхний цус тасалдах өвчнийг оношлох арга болгож хэрэглэвэл үр дүн сайтай.

Судасны ханын хатуурал хэдий чинээ бага байх тутам сорил төдий чинээ үнэн зөв гарах бөгөөд хатуурал ихсэх тутам сорил төгс үнэн байж чадахгүй.

Үйл ажиллагааны түр хямрал, органик өөрчлөлтийг ялгах зорилгоор 0,1% 1—2 мл атропиныг арьсан дор тарихад экстростол, ховдол тосгуурын дамжих замын хориг арилж байвал үйл ажиллагааны хямрал, дээрх шинж тэмдэг хэвийн юмуу уг өөрчлөлт нэмэгдэж байвал органик өөрчлөлт гэж үзнэ.

Энэ сорилыг хийж байхад экстростол, пароксизмаль, тахикарди, парасистол илэрч болохыг анхаарах хэрэгтэй.

Хэрэв энэ байдал илэрвэл сорилыг давтах хэрэггүй.

1976 оноос дипиридамол (персантин, курантил) бэлдмэлүүдээр сорил тавьж зүрхний цус тасалдах өвчнийг оношлоход ашиглаж эхэллээ.

Дипиридамол нь титэм судасны цусны эргэлтийг нэмэгдүүлж уг судсыг өргөсгөхдөө судасны хананд өөрчлөлт үүсээгүй хэсэгт нь давамгайлан үйлчилдэг онцлогтой. Эмийн нөлөөгөөр судасны ханын эсэргүүцэл тавигдан өргөсөж, харин өөрчлөлт орсон судсууд улам нарийсан цусан хангамжийн дутагдалд орно. Уг сорилыг хийхдээ 20 г-ын шприцэнд 0,5%-ийн дипиридамолын уусмалыг соруулаад биеийн нэг килограмм жинд 0,75 мг-аар тохируулан эхний 3 минутанд 0,25 мг-ыг кг жинд нь ногдохоор тооцоолно. Өвчтөнийг дээш нь харуулан хэвтүүлж 8 минутын турш аажмаар тараагуур судсаар юулнэ. Энэ тун бүх хэрэглэх ёстой тунгийн гурав хуваасны нэг нь байна. Хэрэв клиник болон зүрхний цахилгаан бичлэг хийхэд цус тасалдах өвчний шинж тэмдэг илрэхгүй бол үлдсэн гуравны хоёр тун буюу 0,5 мг-ыг килограмм жинд нь тооцон 5 минутын турш хийнэ. Зүрхний цахилгаан бичлэгийг 12 холболтоор холбож сорилын өмнө, сорилын үед нэг минутын завсарлагатайгаар 15 минутын турш бичнэ. Сорилыг зогоссноос хойш зүрхний өвдөлт 2 минутаас дээш хугацаагаар үргэлжилвэл 2,4 хувийн 10 мл эуфиллинийг өвдөлт намдаах, зүрхний цахилгаан бичлэгийн өөрчлөлтийг хэвийн болгох зорилгоор тарина.

Цус тасалдах өвчнийг оношлохын тулд хийж байгаа сорилын үед гаж илрэл ховдол тосгуурын экстростол, толгой өвдөх, бие халуун оргих шинж илэрвэл эуфиллин судсаар тарина. Дээрх сорилыг хийсний дараа зүрхний булчингийн скинтаграмм хийхэд сорил баттай болсныг нотолдог байна. Зүрхний бах өвчнийг энэ сорилоор 78,8% зөв оношлоно.

Олон судсанд өөрчлөлттэй үед велоэргометрийн сорилоос ч илүү 94,1% хүртэл оношилдог. Дунджаар 0,45—0,75 мг-ыг килограмм жинд бодож тарихад зүрхний цахилгаан бичлэгт гарсан өөрчлөлт мэдэгдэнэ.

1971 онд Вехлер анх изопреналин (изадрин, изопротеронол)-аар сорьж эхэлснээс хойш энэ бэлдмэлүүдээр оношлох нь олширлоо. Изадрин нь V_1 , V_2 адренореценторуудад сонгомол байдлаар үйлчилдэг бөгөөд зүрхний нэгж агшилтаар гарах цусны хэмжээ, агших чадвар нэмэгдэж зүрхний цохилт хурдасна. V_2 рецентор цочирсноос за-

хын судасны агшилт тавигдаж, артерийн даралт буурч, титэм судсаар эргэх цусны эргэлт нэмэгдэнэ. Улмаар зүрхний цохилт нэмэгдэхийн зэрэгцээ зүрхний нэгж агшилтаар өнгөрөх цусны хэмжээ ихэссэнээс булчингийн хүчилтөрөгчийн шаардлага ихэснэ. Хэрэглэх арга нь 0,5 мг. изопреналин хлорид (нэг ампул)-ыг 150 мл хлорт натрийн 5 хувийн глюкозын аль нэгэнд найруулаад тараагуур судсанд эхлээд нэг минутанд 2—3 мкг (15—20 дусал)-аар тохируулан, 2—3 минутын дараагаар дуслаа 4—6-гаар хурдасган зүрхний цохилтын тоог нэг минутад 130 болтол хийнэ. Зүрхний цахилгаан бичлэг болон клиникээр ишеми илрэхгүй бол хугацааг 3 минутаар сунгаад артерийн даралт, зүрхний цахилгаан бичлэгийг бичиж биеийн байдлыг тогтмол хянана.

Үр дүн нь зүрхний цахилгаан бичлэгт ишеми, өвчүүний ард өвдөх, ST-ийн өөрчлөлт хэлбэрээр илрэх бөгөөд уг өөрчлөлтүүд хураагуур судсаар 2—5 мг обзиданыг 2—4 минут юүлэхэд хэвийн болно.

Энэ үед царай улайх юмуу цайрах, зүрх дэлсэх, чамархайн судасны лугшилт ихсэх, ховдол-тосгуурын экстрасистол, толгой эргэх шинжүүд илэрнэ. Велоэргометрийн сорилтой харьцуулахад 69,5+62,3 хувийн үнэн гарах ба зүрхний цус тасалдах өвчний үед 96,9 хувийн үнэн гарна.

Дээрх бэлдмэлийн сорилуудыг эмчилгээнд хэрэглэх бүрэн бололцоотой юм.

Редакцид ирсэн 1986—03—25.

Х. Рагчаасүрэн, Г. Тогтох *(Улсын клиникийн төв эмнэлэг)*

ТУЙЛШРУУЛАГЧ ХОЛИМГИЙГ ЗҮРХ СУДЛАЛЫН ПРАКТИКТ ХЭРЭГЛЭХ НЬ

Өнөө үед клиникийн практикт глюкоз, инсулин, калийн давсаас (Гик) бүрдсэн туйлшруулагч холимгийг өргөн хэрэглэдэг боллоо. Энэ нь зүрхний булчингийн бодисын солилцоог сайжруулах электролитийн тэнцвэржилтийг хангадаг.

1962 онд Д. Sodi-Pallares зүрхний булчингийн үхэжмэлийн голomt дахь электролитийн солилцоог хэвийн болгохын тулд Гик-холимгийг хэрэглэх санааг анх дэвшүүлжээ. Судлаачид Гик-холимгийн эмчилгээний үр дүн сайн болохыг ном хэвлэлд мэдээлж байна (1—8). Эхний үед зүрхний булчингийн шигдээсийн үед хэрэглэж байсан бол одоо хэм алдагдалтай өвчтөнийг эмчлэхэд өргөнөөр хэрэглэдэг боллоо.

Гик-холимгийн гол үйлчилгээ нь зөвхөн зүрхний хэмнэлийг зохицуулах төдийгүй хэм алдагдал гарахаас урьдчилан сэргийлж зүрхний шигдээсээр нас барахыг багасгадаг (5). Зүрхний булчингийн эсийн мембран дээр инсулинтай глюкоз эсийн дотор калийг оруулах процессыг ихэсгэдэг ба инсулин нь эсийн мембранаар глюкоз нэвтрэх явдлыг хурдасган, улмаар эсийн дотор глюкоз калийн хуримтлалыг нэмэгдүүлж, фосфорын исэлдэх процессыг дээшлүүлэхэд дөхөм үзүүлдэг туйлшрах үзэгдлээр үйлчилгээний механизм тайлбарлагдаж байна.

Гик-холимгийг практикт хэрэглэснээс хойш түүний чанарын бүтцэд өөрчлөлт гарсангүй, харин найрлага дахь тооны харьцаа янз бүрээр өөрчлөгдөж иржээ. Өнөө үед туйлшруулагч холимог нь 2—3 г. кали хлор, 250—500 мл 5% глюкозын уусмал, 8—10 нэгж инсулинээс бүрдэж байна.

Гик-холимгийг клиникийн практикт-зүрхний булчингийн хурц шигдээс, түүний хүндрэлээс (хэм алдагдал) урьдчилан сэргийлэх зорилгоор;

— Гипокалиеми, ялангуяа кали дутагдлын хэм алдагдал ээлжийн бус гадна агшилт (экстрасистоли), ховдлын тахикарди
— Кали дутагдалтай холбоогүй боловч зүрхний булчингийн органик өөрчлөлтөөс болсон хэм алдагдлын үед хэрэглэж байна.
— Түгшээ цохилт нь бусад эмийн бэлдмэлээр эмчлээд засрахгүй үед Гик-холимогт 10 мл 25%-ийн магни сульфатын уусмал нэмэхэд эмчилгээ сайн болдог. Сульфат магнийн нөлөөгөөр зүрхний булчингийн сэрэл дамжуулах, сэрэх чадвар буурдаг байна. Хэрвээ кали тосгуурын түгшээ цохилтын үед нөлөөлдөг бол магни сульфат ховдлын түгшээ цохилтын үед голлон үйлчилдэг. Харин энэ үед артерийн даралтыг харгалзаж үзэх нь зүйтэй.

Зүрхний булчингийн шигдээс бүхий өвчтөнг Гик-холимгоор эмчлэхэд ховдлын фибрилляци гэнэт болохоос урьдчилан сэргийлэх үр дүнтэй эмийн бэлдмэл юм. Ялангуяа фибринолизин-гепарин Гик-ээс бүрдсэн холимог нь зүрхний шигдээсийн эмчилгээнд маш сайн нөлөөлдгийг судлаачид тэмдэглэж байна (1. 5—6).

Улсын клиникийн төв эмнэлгийн кардиоревматологийн тасагт Гик-холимгийг доорхи найрлагаар хэрэглэж байна. Үүнд:
500 мл 5%-ийн глюкозын уусмал. Инсулин 8—10 нэгж (0,2—0,25);
30 мл—4%-ийн кали хлор.

Шаардлагатай үед энэ холимогт:

— Зүрхний гликозидууд (строфантин, коргликон, догиксин)

— Хэм алдагдлын эсрэг эмүүд (новокаиниамид, ксилин, ксикайин, лидокайн, изоптин)

— магни сульфат, кокорбоксилаза

— гепарин, витамин В₁; В₆

— шээс хөөх бэлдмэлүүд (лазикс)

— фибринолизин зэргийг нэмж болно.

УКТЭ-ийн кардиоревматологийн тасагт 1983—1986 онд зүрхний булчингийн хурц шигдээс бүхий 50 өвчтөнд туйлшруулагч холимгийн орчинд зүрхний гликозидоор эмчлэхэд хэм алдагдлын хүндрэл бараг гарсангүй, эмчилгээний сайн үр дүнтэй болох нь харагдлаа. Кали дутагдлын шалтгаантай хэм алдагдлын үед Гик холимгийн орчинд кокорбоксилаза, зүрхний гликозид, новокаиниамидыг хамт хийхэд эмчилгээний үр дүнгээр сайн болохыг манай клиникийн туршлага харуулж байна. Харин шалтгаан нь гипокалиеми биш тогтвортой хэм алдагдал илэрсэн, мөн зүрхний гликозид удаан хугацаагаар хэрэглэснээс болсон хордлогын үед гик-холимог эмчилгээний үр дүнгээр сул байдаг. Гик-холимгийг эмчилгээнд хэрэглэх үед цусан дахь калийг үе үе тодорхойлж байх шаардлагатай.

Шээс хөөх эмийг хэрэглэж буй үед Гик-холимогт калийн хэмжээг бага зэрэг нэмж өгч болно. Гик-холимгийг венийн судсанд дуслаар хийнэ. Гик-холимгийг зүрхний сэрэл дамжуулалт удааширч алдагдсан зүрхний цахилгаан бичлэгээр бүтэн хориг илэрсэн өвчтөнд болон бөөрний дутагдлын үед хэрэглэж болохгүй.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Г. П. Матвейков и др.—Поляризирующие и смеси в неотложной кардиологии. Тер. арх. 1976. 10. 32.
2. М. Я. Руда, А. П. Зыско—Инфаркт миокарда М. 1981. 207.
3. А. В. Сумариков, В. С. Моисеев—Клиническая кардиология М. 1986. 319.
4. Н. К. Фуркало, И. М. Ганджа—Клинические лекции по важнейшим внутренним болезням К. «Здоровье» 1975. 161
5. Е. И. Чазов—Очерки неотложной кардиологии М. 1973. 137.
6. Е. И. Чазов—«Кардиология» 1974. 3. 5.
7. А. З. Чернов, Т. Н. Герчиков—Тер. арх. 1969. 11. 8.
8. З. И. Янушкевичус, И. Н. Блужас—«Кардиология» 1966. 48.

Редакцид ирсэн 1987. 03. 25.

ХЭРЛЭГИЙН ГАРАЛТАЙ ЗҮРХНИЙ ГАЖИГТАЙ ЖИРЭМСЭН ЭМЭГТЭЙЧҮҮДИЙН ЭМЧИЛГЭЭНИЙ ХООЛ

Орчин үед зүрх судасны төрөлхийн ба олдмол гажгийг мэс заслын аргаар амжилттай эмчилж, хэрлэг өвчнийг эрт илрүүлэн, түүний хүндрэлээс урьдчилан сэргийлэх эмчилгээний найдвартай аргууд эмнэлгийн практикт амжилттай нэвтэрч байна.

Нөгөө талаар зүрх судасны өвчнийг оношлох оношлогооны орчин үеийн аргууд эмнэлгийн практикт өргөн нэвтэрснээр зүрхний өвчтэй жирэмсэн эмэгтэйчүүд хүүхэд төрүүлэх боломжтой болж байна.

Эрдэмтдийн судалгаагаар жирэмсэн эмэгтэйчүүдийн 0,5—7% -ийг зүрхний өвчтэй, үүний дотор хэрлэгийн гаралтай өвчин 70—90% тохиолддог байна. Гэвч зүрхний хэрлэг өвчин сэдрэх, дахих, цусны их бага эргэлтийн алдагдалтай хавсарсан гол судасны болон хоёр хавтаст хавхлагын нарийсал, цусны даралт ихдэх өвчний 2, 3 дугаар үе зэрэг зүрхний хүнд өвчний үед төрөх нь амь насанд аюултай байж болзошгүй юм. Эхийн эндэгдлийн шалтгааны дотор зүрх судасны өвчин нэгдүгээрт байна. Энэ бүхнээс үзэхэд зүрхний өвчтэй жирэмсэн эмэгтэйчүүдийг эмчлэх, жирэмслэх, төрөхийн үйл ажиллагаатай холбоотой гарах элдэв хүндрэлээс урьдчилан сэргийлэх ажлыг зөв зохион байгуулах хэрэгтэй байна.

Жирэмсний явцад зүрхний үйл ажиллагааг хэвийн байдалд байлган, эхийн хэвлий дэх ургийн өсөлт хөгжилтийн тохиромжтой нөхцлийг хангахад өвчний онцлог, үе шат, эмгэг жам, өвчний явцад тохирсон эмчилгээний хоолыг хэрэглэх нь бие махбодын дасан зохицох чадварыг сайжруулж улмаар зүрх судасны ихэнх өвчний үед тохиолддог хүчилтөрөгчийн архаг дутагдлыг даван туулах нөхцлийг бүрүүлдэг.

Хэрлэг өвчний үед бодисын солилцоо, бие махбодын исэлдэх үйл явц дархлал хамгааллын чадвар болон эрхтэн системүүдийн үйл ажиллагаа хямарч, судасны хананы нэвчих чадвар ихэссэн байдаг. Энэ онцлогтой холбоотойгоор жирэмсэн үед хийх бүрдмэл эмчилгээний дотор эмчилгээний хоол чухал байр эзэлдэг. Е. М. Тареев (1952), В. Х. Вашленко (1966) нар хэрлэг өвчний үед тохирсон хоол хэрэглээгүйгээс өвчний явц идэвхжин дахиснаас бусад хүндрэлд хүргэж болдгийг тогтоожээ.

Хэрлэг өвчний үед тохирсон эмчилгээний хоолыг хэрэглэх нь хэрлэг өвчнийг эмчлэх антибиотик, салицилат, гормон, бодисын солилцооны, витамин зэрэг бусад эмчилгээний үр дүнг сайжруулахад нөлөөлнө.

Хэрлэгийн гаралтай зүрхний өвчтэй жирэмсэн эмэгтэйчүүдийн хоол нь бие махбодын эсэргүүцэл, дархлал хамгааллын чадвар, бодисын солилцоог сайжруулж улмаар зүрх судасны систем, бөөр, хоол боловсруулах системийн үйл ажиллагааг хөнгөвчилж, бие махбодоос азотын үлдэгдэл бодис ба дутуу исэлдсэн бүтээгдэхүүнийг бүрэн ялгарах нөхцлийг хангасан байх шаардлагатай.

Хэрлэг өвчтэй жирэмсэн эмэгтэйчүүдийн хоолонд уураг, кали, төмөр, С болон В-гийн төрлийн витаминуудаар баялаг, харин нүүрс ус болон хоолны давсыг бага агуулсан хоол хэрэглэх хэрэгтэй. Үүний тулд ээдэм, өндөг, загас, алимны шүүс, үзмийг нэмж өгөх буюу талх печень зэрэг хуурай идэх юмны төрлийг багасгана. Ер нь жирэмсэн эмэгтэйчүүдийн хоолонд хоногт хэрэглэх уургийг 120—130 гр-д ялангуяа төгөлдөр уургийн хэмжээг 60%-д хүргэх нь өсөн бойжиж байгаа ургийн хэрэгцээг хангаад зогсохгүй жирэмсэн эхчүүдийн уургийн хэрэгцээг бүрэн хангана.

Судалгаанаас үзэхэд хэрлэгийн гаралтай зүрхний гажигтай жирэмсэн эмэгтэйчүүдэд уургийн солилцоо хямарч цусанд уургийн хэмжээ багасаж ургийн өсөлтөнд зохих хэмжээгээр нөлөөлснөөс төрж байгаа хүүхдийн 25 хүртэл хувь нь тураалтай төрж байгаа тухай судлаачид тэмдэглэсэн байна.

С. И. Крюзловын тогтоосноор хоолны уургийн хэмжээ бага, харин нүүрс усны хэмжээг хэвийн хэмжээнд хэрэглэх үед цусан дахь альбумины хэмжээ багасаж α_2 ба γ глобулины хэмжээ ихэссэнээс хэрлэг өвчний явц идэвхжин сэдэрч байжээ. Харин хэрэглэж байгаа хоолны уургийг нэмж, нүүрс усыг тодорхой хэмжээгээр багасгавал биений байдал мэдэгдэхүйц сайжирч цусны сийвэнгийн нийт уураг болон альбумины хэмжээ ихэсч, улаан бөөмийн тунах урвал удааширдаг нь тогтоогджээ.

Мөн жирэмсэн эхийн хэрэглэж буй хоолны бодит байдлыг судалж үзэхэд ургийн жин хэрэглэж байгаа нүүрс усны хэмжээтэй шууд хамааралтай байсан бөгөөд хоолондоо нүүрс ус, чихэрлэгийн зүйл ихээр хэрэглэдэг эхчүүдээс ихэвчлэн том хүүхэд төрдөг нь тодорхой болсон байна.

Хэрлэгийн гаралтай зүрхний гажигтай жирэмсэн эмэгтэйчүүдийн өөх тосны солилцоо хямралд орж цусанд α —липопротеидын хэмжээ багасаж, липидийн бусад бүлгүүдийн харьцаа алдагддаг ажээ. Иймд хоолны найрлаганд өөх тосыг ялангуяа өөхний ханасан хүчил ихтэй амьтны гаралтай өөх хэрэглэхийг хязгаарлахын хамт ханаагүй тосны хүчил ихээр агуулдаг ургамлын тосыг нийт хэрэглэж байгаа өөх тосны 40 хувьтай тэнцэх хэмжээгээр хэрэглэн, цецгийн тосыг 20—30 гр-аас хэтрүүлэхгүй байх шаардлагатай юм.

Хэрлэгийн гаралтай зүрхний гажигтай хүмүүсийн калийн зарцуулалт ихэссэнтэй холбоотой түүний хэмжээ эд эсэд багассан байдаг. Ялангуяа шээс хөөх болон дааврын (гормон) эмчилгээ хийсэн үед шээсээр их хэмжээний кали ялгаран гардаг тул бие махбод калийн дутагдалд орно. Ийм учраас хоолонд кали элбэгтэй байцаа, төмс, тараг, бяслаг, үзэм зэрэг бүтээгдэхүүнийг өргөнөөр хэрэглэх нь зүйтэй.

Жирэмсний 2-р хагаст хоолны давсыг 3—4 гр хүртэл багасгана. Гэвч давсыг удаан хугацаагаар хэт хязгаарласнаас эхийн биед натрийн давс хуримтлагдан хаван үүсч бие махбодод хлор дутагдсан шинж илэрнэ.

Жирэмсний сүүлийн гурван сард хоолны давсны оронд саносол хэрэглэх нь илүү ашигтай. Саносолын найрлагад кали хлорид 60%, лимон хүчлийн кали 10%, глюконат кальци 10%, магни аспаригинат 5%, аммони хлорид 10%, глютамын хүчил 5% тус тус ордог. Саносол нь шээс хөөх эмийн үйлчилгээг сайжруулахын зэрэгцээ цусанд кали багасах үйл явцыг саатуулна. Саносолыг 2-р хоолонд 1,5—2 гр хийж хэрэглэнэ.

Зүрхний гажигтай эмэгтэйчүүдэд витамин солилцоо хямардаг тул ялангуяа С болон В-гийн төрлийн витаминуудыг ердийнхөөс арай илүү хэрэглэх шаардлагатай байдаг. В-гийн төрлийн витаминууд бодисын солилцооны исэлдэн ангижрах процесс, төв мэдрэлийн системийн үйл ажиллагааг хэвийн болгоод зогсохгүй бие махбодын эсэргүүцлийг сайжруулахад идэвхтэй оролцож цусны улаан бөөм болон гемоглобин үүсэх үйл явцыг хурдасгана. С витамин биений эсэргүүцлийг сайжруулахын хамт эд эсийн нөхөн төлжих явдлыг түргэсгэж бөөрний дээд булчирхайн үйл ажиллагааг идэвхжүүлнэ. Ийм учраас хоногт 200—250 мг аскорбины хүчлийг өгөх нь зүйтэй.

Мөн элэгний үйл ажиллагаа хямарсан байдаг тул хоолонд липотрофны үйлчилгээтэй ээдмийг заавал хэрэглэх нь ашигтай. Ер нь хоолны цэсийг зохиоходоо юуны өмнө хэрлэг өвчний идэвхжлийг харгалзаж үзэх нь чухал.

Хэрлэгийн гаралтай зүрхний гажигтай, дунд хэрийн нуруутай (155—165 см), 55—60 кг жинтэй жирэмсэн эмэгтэйчүүдэд жирэмсний эхний хагаст хоногт хэрэглэх хоолны найрлагыг дараах байдлаар сонгон авах нь зүйтэй. Үүнд: уураг (110—120 гр), өөх тос (70—80 гр) нүүрс ус (250—300 гр) нийт илчлэг нь 2400—2700 ккал.

Жирэмсний 2-р хагаст хоолонд хоногт 120—130 гр уураг, 80—90 гр өөх тос, 300—350 гр нүүрс усыг хэрэглэх бөгөөд хоолны илчлэг нь 2800—3000 ккал байна.

Эхчүүдийн хорлонд өөх багатай мах, сүү, тараг, ээдэм, шинэ ногоо, жимс зэргийг өргөнөөр хэрэглэх ба тарган мах, давсалсан, утсан бүтээгдэхүүн, өтгөн цай, кофе архины зүйлийг хориглоно.

Өдөрт 5—6 удаа хооллоно.

Редакцид ирсэн 1986—03—28.

Г. Навчсан, Г. Оросоо, Д. Энэбиш (*Эх нялхсыг хамгаалах эрдэм шинжилгээний хүрээлэн*)

ТӨМӨР, ЗЭСИЙН АЧ ХОЛБОГДОЛ

Одоогоор хүний бие махбодод 70 орчим бичил язгуур элемент агуулагдаж байгааг Э. Андервуд үл орлогдох (төмөр, иод, зэс, цайр, марганец, кобальт) орлогдох (фтор, бром, мөнгө), физиологийн идэвхит үйлчилгээ нь одоогоор тодорхойгүй (рубидий, мышьяк гэх мэт) гэж 3 ангилж байна.

Бичил язгуур элементийн идэвх нь витамин, даавар, эсэг зэргийн найрлага бүтцэнд оролцдог төдийгүй өсөх хөгжих, үржих, цус төлжих зэрэг амьдралын чухал үйлдлийн нөхцлийг бүрдүүлнэ (1, 10).

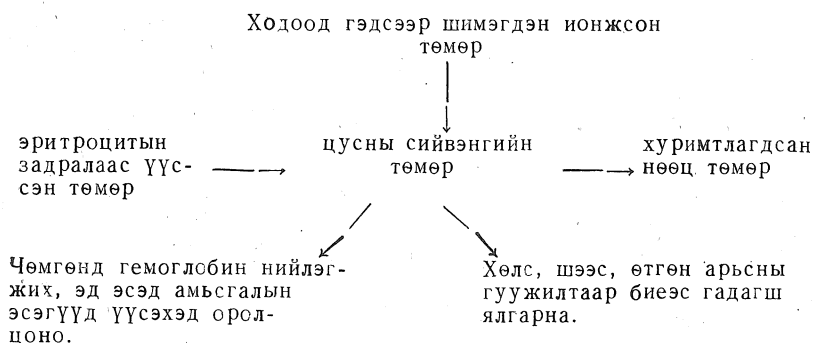
Бие махбодод бага хэмжээгээр агуулагдах амьдралын чухал шаардлага бүхий 10^{-3} — 10^{-12} химийн язгуур элементийг бичил язгуур элемент гэнэ. Бичил язгуур элементийн биологийн үүргийг сүүлийн үед их судлах боллоо. (6). Эдгээр бичил язгуур элементээс төмөр, зэсийн үүрэг, биологийн ач холбогдлыг нэлээд судалж байна. Хүний бие махбодод ойролцоогоор 4—5 г төмөр агуулагддаг. Бие махбодод зайлшгүй хэрэгтэй төмрийн ихэнхийг амьтны ба ургамлын гаралтай хоол тэжээлийн хамт, үлэмж бага хэсгийг устай хамт авдаг. Хүний бие махбодын төмрийн 60—70% гемоглобинд, 3—5% булчингийн миоглобулинд, 16% ферритин ба гемосидеринд агуулагдах ба үлдсэн хэсэг нь төмөр агуулдаг каталаза, пероксидаза, цитохром гэх мэт 13 эсэгийн найрлаганд ордог (3). Хүний цусны сийвэнд 0,1% орчим төмөр трансферрин байдлаар агуулагдана. Цусны гемоглобин бол глобин хэмээх уураг, төмөр агуулсан гем 2-оос тогтсон нийлмэл уураг юм. Гем нь протопорфирин төмөртэй нэгдсэн нэгдэл мөн. Орчин үед гемийн нийлэгжих зам нь тодорхой судлагджээ. Гемийн био нийлэгжлийн үе шат нь тодорхой бүлэг эсэгүүдийн тусламжаар явагддаг. Гемийн нийлэгжил алдагдах гол шалтгаан нь эритробластад агуулагдах төмрийн дутагдал юм.

Бие махбодод тодорхой хэмжээгээр агуулагддаг нөөц төмөр нь маш их «гамтай» зарцуулагддаг байна. Гемоглобины задралын үед чөлөөлөгдсөн төмөр нь ферритин байдлаар хадгалагдаж гемоглобин дахин нийлэгжихэд оролцоно. Хөлс ба шээсээр төмөр бага ялгарна. Ясны чөмгөнд хоногт хэрэглэгдэх төмрийн хэрэгцээг 5 дахин хангах хэмжээний «хөдөлгөөнт» хэлбэрийн төмөр нь цусны сийвэнгийн төмөртэй богино хугацаанд солилцоонд орох чадвартай байдаг. Элэг, дэлүүнд нэлээд хэмжээний төмөр агуулагдана. Бие махбодын хэрэгцээтэй зохицож төмөр шимэгдэж байдаг учраас хэрэгцээ шаардлагагүй үед хоолтой хамт орсон төмөр бараг тэр хэвээрээ өтгөнөөр гардаг.

Төмөр нь ходоод, 12 хуруу гэдэс, нарийн гэдэсний эхний хэсэгт шимэгдэх бөгөөд органик биш төмөр органикаасаа илүү шимэгдэнэ. Ходоодны шүүсний хүчиллэг чанараас хамаарч хоол хүнсний төмөр ионжсон хэлбэрт шилждэг. Ингэж ионжсон төмөр органик төмрийг бодвол амархан шимэгдэнэ.

Зарим бодисууд, тухайлбал: аскорбины болон давсны хүчил төмрийн шимэгдэлтийг сайжруулдаг бол фосфат, фитин зэрэг бодис саатуулдаг. Жирэмслэх, цус алдах, хүүхэд хөхүүлэх, биеийн хүчний хүнд хөдөлмөрийн үед бие махбодод төмрийн хэрэгцээ нэмэгдэнэ. Уураг багатай хоол хүнс хэрэглэх үед төмөр шимэгдэх нь удааширна. Мөн өөх тос ихтэй хоолны төмөр муу шимэгдэнэ (5, 7).

Шимэгдсэн төмөр нь элгэнд үүсдэг цусны сийвэнгийн уураг трансферрины тусламжаар чөмгөнд зөөгдөн очиж гемоглобины гемийн нийлэгжилтэнд оролцох буюу элгэнд ферритин, гемосидерин байдлаар нөөцлөгдөнө. Төмрийн солилцоо дараах байдлаар явагдана.



Хүүхэд төрөхдөө төмрийн зохих нөөцтэй байдаг ба 4—5 сар болтлоо төмрийг гаднаас авахгүй байсан ч төмөр дутагдахгүй. Харин ихэр, дутуу төрсөн хүүхдийн нь төмрийн нөөц 2—3 сартайд дуусна. Энэ үеэс хүүхдийг нэмэгдэл хоолонд оруулахгүй бол төмөр дутал болно.

Төмөр нь цусанд өглөөгүүр арай их, өдөр тийшээ буурч оройд бага байдаг нь ажиглагджээ. Төмрийн дутлын үед эхлээд нөөц төмрийн хэмжээ, дараа нь зөөврийн төмөр багасч төмөр агуулсан тодорхой энзимийн тогтолцооны идэвх алдагдаж эцэст нь гемоглобины нийлэгжилт саатдаг байна. Төмөр түүний солилцооны алдагдал нь бие махбодод төмөр дутлын цус багадалт үүсгэнэ. Төмрийн дутал үүсэх шалтгаан олон янз байдаг. Төмөр дутлыг туйлын ба харьцангуй гэж хоёр хуваана. Туйлын дутал нь төмөр шингэх, шимэгдэх явц саатах, төмөр багатай хоол хүнс хэрэглэх, архаг цус алдалт зэрэг тохиолдолд үүснэ. Энэ нь төмрийн нөөц үнэхээр багассаныг гэрчлэх цусны ийлдэсний төмөр, гемоглобины багасалт, эритроцитын эритропорфирины хэмжээ ихсэх байдлаар илэрнэ.

Чөмөгний эритробластуудад агуулагдах төмөр багасахад порфирин үүсэх нь үргэлжлэн ихсэж гем үүсэхэд хэрэглэгдэх хэмжээнээс илүү гарах тул эритроцитын протопорфирин ихэсдэг байна. Чөмгөнд сидеробластуудын хэмжээ багасч, заримдаа эритроцитын амьдрах хугацаа богиносдог (2).

Төмрийн харьцангуй дутал нь халдвар, үрэвслийн гаралтай өвчнүүд, хавдрын хордлогын үед илэрнэ. Цус багадалтын шинжгүй төмрийн дутлыг далд дутал гэж нэрлэж байна. Хэвлэлд тэмдэглэснээр төмрийн далд дутал төмөр дутлын цус багадалтаас 2—3 дахин элбэг байдаг байна (9).

Төмөр нь металл агуулсан олон тооны эсэгүүдийн нийлэгжилтэнд оролцон хүүхдийн өсөлт хөгжилт, эд эрхтний нөхөн төлжилт, цус

төлжилт, эдийн амьсгал, дархлаа, урвалж чанар болон физиологийн бусад үйл ажиллагаанд оролцдог.

Төмөр дутлын өвчнөөр төрөх насны эмэгтэйчүүд, хүүхэд өвчлөх нь илүү байна. Судалгаанаас үзэхэд 2 хүртэлх насны хүүхдийн 40%, бэлгийн бойжилтын насны хүүхдийн гуравны нэгд төмөр дутал илэрчээ. Төмөр дутсанаас хүүхдийн фагоцитозын микробыг боловсруулах шатанд өөрчлөлт гарч, иммуноглоблин М ихсэж, иммуноглобулин А ба Г лимфоцит багасаж байжээ.

Зэс нь хүний бие махбодод зайлшгүй шаардлагатай солигдошгүй, физиологийн олон үйл ажиллагаанд оролцдог биологийн өндөр идэвх бүхий бичил язгуур элемент болох нь батлагджээ. Зэс нь органик биш төмөр органикжих явцыг нөхцөлдүүлж гемоглобины нийлэгжилт, төмөр цус төлжүүлэгч эрхтэн чөмөг рүү тээвэрлэгдэхэд чухал үүрэг гүйцэтгэнэ (4. 6).

Зэс супероксиддисмутаза, цитохромоксидаза зэрэг олон эсэгийн найрлаганд оролцож эд эсийн амьсгал, цус төлжилт, эластен, коллаген, фосфолипидийн нийлэгжил, төмрийн солилцоонд идэвхтэй оролцоно. Сүүлийн жилүүдэд хийсэн судалгаа нь зэс агуулдаг болон зэсээс хамааралтай эсэгүүд нь төмрийн солилцоонд оролцдог болохыг баталж энэ 2 бичил язгуур махбодын чухам аль нь дутагдахад цус багадалт үүсэхийг тайлбарлахыг оролдож байна.

Цусанд зэс хүрэлцэхүйц хэмжээтэй байхад гемоглобины нийлэгжилт, улаан цогцосны торнилт боловсролт, төмөр органикжих, тээвэрлэгдэх явц түргэсэж, зэс дутагдахад феррооксидаза эсэгийн идэвх суларч цусны гемоглобин ба төмрийн хэмжээ багасаж, эритроцитын амьдрах хугацаа богиносож нөхөн торнилт удааширдаг байна.

Зэс шууд буюу дам замаар ясжилтанд нөлөөлдөг болох нь батлагдаж (А. Ф. Тур, Я. Фриден, А. Р. Вальдман) ясны гэмтэл бэргэлийн үед явагдах биохимийн нийлмэл урвалууд, ясны нөхөн төлжилтөд оролцдог байна.

Өсөн торниж буй бие махбодын хоол тэжээлд зэс дутагдахад сульдаа өвчинтэй төстэй өвчин үүсэхийг Аррингтон, Давис нар мэдээлжээ. Хоолны зэс нэмэгдэхэд кальций, фосфорын солилцоо сайжирч өвчний эдгэрэлт түргэссэн байна.

Бие махбодод шаардагдах зэс хоол хүнсний хамт, өчүүхэн хэсэг нь устай хамт биед орно. Ой хүртэлх насны хүүхдийг зөв хооллосон үед биеийн 1 кг жиндээ 65 мкг зэс авч байвал хоол ундны зэсийн 27—88% шингэж хүүхэд зэсийн дуталд ордоггүй ажээ.

Бие махбодын зэсийн 50% нь эритроцитод тэр тусмаа супероксиддисмутаза ферментэнд, бусад нь цусны сийвэнгийн церулоплазминтай холбоотой байдаг.

Бичил язгуур махбод зэс дутагдахад хүүхдийн мэдрэл, сэтгэхүйн хөгжил саатаж, булчингийн чалх (тонус) суларч, арьсны нөлөөжилт, ясжилт муудах, дэлүү томрох, цус багадах зэрэг шинж илэрнэ. Бодисын солилцооны төрөлхийн болон удамшлын гаж дутал, эмгэг явцтай жирэмслэлт, хүүхдийг угжих, насанд нь тохируулалгүй хооллох зэрэг олон хүчин зүйл зэсийн дуталд хүргэнэ. Туршлагын амьтдыг зэс багатай хоолоор хооллоход ясны зэс, 8%, тархины зэс 31%, зүрхний зэс 42%, улаан цогцсын зэс 76%, цусны сийвэнгийн зэс 96% багасаж байжээ.

Хүүхдэд хоногт шаардагдах төмрийн хэмжээ 0—4 сартайд 0,5 мг, 5—12 сартайд 0,7 мг, 1—12 настайд 1,0 мг, 13—16 настай хөвгүүдэд 1,8; 13—16 настай охидод 2,4 мг байна.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. М. Ф. Дещкина, В. Ф. Демин, М. В. Колтунов, С. О. Ключников—Педиатрия, 1985, 4, 73—75.
2. Л. М. Казакова—Педиатрия 1982, 11, 31—33.
3. Т. И. Лукичева, И. М. Прудник—Лабортное дело, 1983, 5, 24—26.
4. В. В. Насолодин—Вопросы питания 1984, 4, 12—16.
5. В. В. Насолодин—Вопросы питания, 1983, 3, 12—18.
6. Л. П. Роцеткина—Микроэлементы в педиатрии. ВОМД, 1966, 1, 53—58.
7. И. А. Седискверзде, Е. Н. Стафеева, Т. Б. Кочергина—Вопр. охр. мат. и дет. 1983, 11, 17—18.
8. А. Ф. Тур—Гематология детского возраста. М. 1963.
9. Н. Г. Шевченко, Р. П. Марцищевская—Лабораторное дело 1983, № 1, 52—56.
10. Вопр. охр. мат. и дет. 1984, 4, 11.

Ш. Баяртогтох (Анагаах ухааны хүрээлэн)

ХЭРЛЭГ ӨВЧИН ДАХИХААС УРЬДЧИЛАН СЭРГИЙЛЭХ

Хэрлэг өвчин нь цус задлах А бүлгийн стрептококкоор үүсдэг хаддвар харшлын архаг өвчин бөгөөд үе үе хурцдаж дахих, хүндрэх хандлагагай байдаг. Иймд хэрлэг өвчин дахихаас урьдчилан сэргийлэх нь чухал ач холбогдолтой ба үүнийг хоёрдогч урьдчилан сэргийлэлт гэнэ.

Хэрлэгийн хоёрдогч урьдчилан сэргийлэлтийг бициллин-аспиринаар өргөн хийж байна. Энэ нь улирлын ба бүтэн жилээр хийх гэж хоёр янз байдаг. Урьдчилан сэргийлэлтийг насанд хүрэгчдэд ба хүүхдэд үйлчилдэг амбулатори-поликлиник, хэсэг, бригад, сумын эмч, үйлдвэр-цехийн ба кардиоревматолог кабинетын эмч нар гардан явуулна.

Бициллин урьдчилан сэргийлэлт гэдэг нь урт хугацаагаар цусанд хадгалагдан үйлчилдэг пенициллины бэлдмэл (бициллин)-ийг тарьж аспириныг хавсран уулгана. Үүнд:

Бициллин-3 нь 600000 нэгж тунгаар байх ба түүнийг зургаан хоногт 1 удаа булчинд тарина. Харин Бициллин 5 нь 1500000 нэгж тунгаар байдаг ба түүнийг 4 долоо хоног буюу сард нэг удаа тарих заавартай байдаг.

Бүтэн жилийн урьдчилан сэргийлэлтийг хийхэд Бициллин-5-ыг хэрэглэнэ. Өөрөөр хэлбэл түүнийг сард 1 удаа тарина гэж бодоход жилдээ 12 удаа, 2 жилд 24 удаа гэх мэтчилэн тарина. Үүнийг бүтэн жилийн урьдчилан сэргийлэлтийн 1 дүгээр арга гэж нэрлэв. Бициллин 5-ыг сургуулийн өмнөх насны хүүхдэд 750000 нэгжээр 3 долоо хоногт 1 удаа, 8-аас дээш насны хүүхдэд 1200000 нэгжээр 4 долоо хоногт 1 удаа, насанд хүрэгчдэд 1500000 нэгжээр 4 долоо хоногт 1 удаа тус тус тарьдаг. Хэрлэг өвчин дахихаас сэргийлэх улирлын урьдчилан сэргийлэлтийг хийхдээ Бициллин-3 буюу 5-ын алиныг нь ч хэрэглэж болно.

Аль ч урьдчилан сэргийлэлтийн үед аспириныг хавар, намарт зохих зааврын дагуу хавсран хэрэглэх шаардлагатай.

Бициллины улирлын урьдчилан сэргийлэлтийг хэрлэгийн хөнгөвтөр явцтай, өвчин нь идэвхжил багатай хүмүүст хэрэглэж, бүтэн урьдчилан сэргийлэлтийг хэрлэгийн өндөр идэвхжилтэй зүрхний гажигтай хүмүүст хэрэглэнэ. Үүнээс гадна хэрлэгийн хоёрдогч урьдчилан сэргийлэлтийн үр дүнг сайжруулахын тулд бүтэн жилээр хийдэг. Бициллин-5 тарилгыг сард нэг удаа тарьдаг аргыг өөрчлөн хэрлэгийн хүнд хэлбэрийн гажигтай, тасралтгүй дахилт бүхий явцтай өвчтөнүүдэд Бициллин 5 тарилгыг 3 долоо хоног буюу 21 хоног давтан тарьж байх шинэ аргыг хэрэглэх нь зүй-

тэй. Үүнийг бид бүтэн жилийн урьдчилан сэргийлэлтийн 2 дугаар арга гэж нэрлэв.

Энэ аргаар урьдчилан сэргийлэлтийг 1—1,5 жил явуулсны дараа 1 дүгээр аргаар хийх бүтэн жилийн урьдчилан сэргийлэлтэд шилжүүлж, 3,5—4 жил урьдчилан сэргийлэлтийг тасралтгүй үргэлжлүүлэн хийж болно. Зүрхний гажгийн хэлбэр, зүрхний томролт, цусны эргэлтийн дутагдал, өвчилсөн жил, насны байдлыг харгалзан ямар аргаар хэдий хугацаагаар урьдчилан сэргийлэлтийг хийх тухай зааврыг хүснэгтэнд үзүүлэв.

Хүснэгт I

Хэрлэг ба түүний гаралтай зүрхний гажиг өвчний үед хяналтыг үзлэг ба Урьдчилан сэргийлэлт хийх

Өвчний онцш	Өвчтөний ангилал	Давтан үзэх хугацаа		Урьдчилан сэргийлэлтийг хийх арга, хугацаа
		хэсэг, бригад сумын эмч	аймаг, хотын зүрхний эмч	
1	2	3	4	5
Зүрхний гажиггүй ревмокардит, хэрлэгийн полиартрит, хорей зэргээр өвчилсөн байх.	А. Өвчний сүүлчийн дахилтаас хойш 3 буюу түүнээс цөөн жил болсон, 20 хүртэл настай.	3 сар тутамд	жил бүр 1 удаа	Улирлын УС-ийг 5-аас доошгүй жил
	Б. Сүүлчийн дахилтаас хойш 4 буюу 5 жил болсон, 20—29 настай.	4 сар тутамд	2 жилд 1 удаа	Улирлын УС-ийг 5-аас доошгүй жил
	В. Сүүлчийн дахилтаас хойш 6 буюу дээш жил болсон, 30 буюу түүнээс дээш-настай.	6 сар тутамд	3 жилд 1 удаа	Улирлын УС-ийг 4-өөс доошгүй жил
Митраль хавхлагын дутмагшил	1. А. ЗТ байхгүй, сүүлчийн дахилтаас хойш 3 буюу түүнээс цөөн жил болсон, 29 буюу түүнээс доош настай.	2 сар тутамд	хагас жилд 1 удаа	Улирлын УС-ийг 5-аас доошгүй жил
	1. Б. ЗТ байхгүй, сүүлчийн дахилтаас хойш 4 буюу түүнээс дээш жил болсон, 30 буюу дээш настай	3 сар тутамд	2 жил бүрд	Улирлын УС-ийг 5-аас доошгүй жил

Хүснэгтэн дэх товчилсон үгийн тайлбар:

УС—урьдчилан сэргийлэлт

ЗТ—рентген ба бусад бодит үзлэг шинжилгээнд зүрх томрох шинж тэмдэг байх.

ЦЭД—Цусны эргэлтийн дутагдал

ЦД—Цусны даралт

ПД—пульсын даралт

ЗЦБ—зүрхний цахилгаан бичлэг

Хэрлэгийн хоёрдогч урьдчилан сэргийлэлтийг доорхи 3 хэлбэрээр хийж болно. Үүнд:

1	2	3	4	5
	2. А. ЗТ байх, ЦЭД байхгүй, сүүлчийн дахилтаас хойш 3 буюу цөөн жил болсон, 29 буюу доош настай.	2 сар тутамд	хагас жилд 1 удаа	Бүтэн жилийн УС-ийг 1-р аргаар 3 жил хийж, өвчний дахилт даамжрах шинж гарахгүй байвал улирлын УС-д шилжүүлэн 2-оос доошгүй жил
	2. Б. ЗТ байх ЦЭД байхгүй, сүүлчийн дахилтаас хойш 4 буюу түүнээс дээш жил болсон, 30 буюу дээш настай.	2 сар тутамд	жил бүр 1 удаа	Бүтэн жил УС-ийг 1-р аргаар 2 жил хийж, дараа нь улирлын УС-д шилжүүлэн 3-аас доошгүй жил
	3. ЗТ ба ЦЭД хоёулаа байх.	1 сар тутамд	улиралд 1 удаа	Бүтэн жилийн УС-ийг 1 дүгээр аргаар 3 жил хийж, өвчин нь даамжрахгүй байвал улирлын УС-д шилжүүлэн 2-оос доошгүй жил
Митраль хавчлагын нарийсалт, тэр нь дутмагшилтай хавсарсан байх гажгийн тохиолдлууд	1. А. ЗТ байхгүй, сүүлчийн дахилтаас хойш 3 жил буюу түүнээс цөөн жил болсон, 29 буюу түүнээс доош настай	2 сар тутамд	хагас жилд 1 удаа	Бүтэн жилийн УС-ийг 2 дугаар аргаар 1,5 жил хийж, дараа нь 1 дүгээр аргаар 3—5-аас доошгүй жил
	1. Б. ЭТ байхгүй. Сүүлчийн дахилтаас хойш 4 буюу дээш жил болсон, 30 буюу дээш настай	3 сар тутамд	жил бүр 1 удаа	Бүтэн жилийн УС-ийг 2 дугаар аргаар 1 жил, дараа нь 1-р аргаар 4-өөс доошгүй жил
	2. А. ЗТ байх. ЦЭД байхгүй, сүүлчийн дахилтаас хойш 3 буюу цөөн жил болсон, 29 буюу доош настай	1 сар тутамд	улиралд 1 удаа	Бүтэн жилийн УС-ийг 2 дугаар аргаар 1,5 жил хийж, дараа нь 1 дүгээр аргаар 3,5-аас доошгүй жил
	2. Б. ЗТ байх. ЦЭД байхгүй. Сүүлчийн дахилтаас хойш 4 буюу дээш жил болсон, 30 буюу дээш настай	2 сар тутамд	жил бүрд 1 удаа	Бүтэн жилийн УС-ийг 2 дугаар аргаар 1 жил, дараа нь 1 дүгээр аргаар 4-өөс доошгүй жил
	3. ЗТ ба ЦЭД хоёулаа байх	1 сар тутамд	улиралд 1 удаа	Бүтэн жилийн УС-ийг 2 дугаар аргаар 1,5 жил хийж, дараа нь 1 дүгээр аргаар 4-өөс доошгүй жил
Гол судасны дутмагшил	1. А. ЗТ байхгүй. ЦД ихдээгүй сүүлчийн да-	2 сар тутамд	хагас жилд	Бүтэн жилийн УС-ийг 2 дугаар

1	2	3	4	5
	<p>хилтаас хойш 3 оюу түүнээс цөөн жил болсон. 29 буюу түүнээс доош настай.</p> <p>1. Б. ЗТ байхгүй. ЦД хэвийн сүүлчийн дахилтаас хойш 4 буюу дээш жил болсон, 30 буюу дээш настай.</p> <p>2. А. ПД ихтэй, сүүлчийн дахилтаас хойш 3 буюу доош жил болсон, 29 буюу доош настай.</p> <p>2. Б. ПД ихтэй, ЗТ-той, эсвэл үгүй, сүүлчийн дахилтаас хойш 6 буюу дээш жил болсон.</p> <p>3. ЦЭД-тай, ЗТ байх, зүрх хүчтэй өвддөг бүр ухаан алддаг, унадаг.</p>	<p>3 сар тутамд</p> <p>1 сар тутамд</p> <p>2 сар тутамд</p> <p>3 долоо хонг тутамд</p>	<p>1 удаа</p> <p>жилд 1 удаа</p> <p>улиралд 1 удаа</p> <p>хагас жилд 1 удаа</p> <p>улиралд 1 удаа</p>	<p>аргаар 1 жил хийж, дараа нь 1 дүгээр аргаар 4-өөс доошгүй жил Бүтэн жилийн УС-ийг 1 дүгээр аргаар 5-аас доошгүй жил</p> <p>Бүтэн жилийн УС-ийг 2 дугаар аргаар 1,5 жил хийж, дараа нь 1 дүгээр аргаар 4-өөс доошгүй жил</p> <p>Бүтэн жилийн УС-ийг нэгдүгээр аргаар 5-аас доошгүй жил</p> <p>Бүтэн жилийн УС-г 2 дугаар аргаар 1,5 жил, 1 дүгээр аргаар 4-өөс доошгүй жил</p>
<p>Гол судасны нарийсалт</p>	<p>1. Өвчний хам шинж тэмдэггүй. Рентген ба ЗЦБ хэвийн.</p> <p>2. Өвчний хам шинж тэмдэггүй, рентген буюу ЗЦБ-т өөрчлөлтгүй.</p> <p>3. Зүрх хүчтэй өвддөг. ЦЭД-тэй буюу түр ухаан алдаж унадаг.</p>	<p>3 сар тутамд</p> <p>2 сар тутамд</p> <p>3 долоо хонг тутамд</p>	<p>жил бүр 1 удаа</p> <p>хагас жилд 1 удаа</p> <p>Улиралд 1 удаа</p>	<p>Бүтэн жилийн УС-г 5-аас доошгүй жил</p> <p>Бүтэн жилийн УС-г 2 дугаар аргаар нэг жил хийж, дараа нь 1 дүгээр аргаар 4-өөс доошгүй жил</p> <p>Бүтэн жилийн УС-г 2 дугаар аргаар 1,5 жил хийж, дараа нь 1 дүгээр аргаар 4-өөс доошгүй жил</p>
<p>Хоёр ба түүнээс олон хавхлагын хамтарсан гажиг</p>	<p>Ямар хавхлаг их гэмтэж давамгайлсан байдлыг харгалзан тэр хавхлагын гэмтэлд мөрдвөл зохих үзлэг, УС-ийн дэглэмийг баримтлах хэрэгтэй. Жич: митраль хавхлагын дутмагшил давамгайлсан байвал, митраль хавхлагын нарийсалт дутмагшилтай хавсарсан тохиолдлын үед баримтлах УС-ийн дэглэмийг мөрдвөл зохино.</p>			

1. Зүрхний хүнд хэлбэрийн гажигтай, хэрлэгийн явц нь идэвхжлийн 2 буюу 3 зэрэгтэйгээр явагдсан, удааширсан буюу тасралтгүй дахилт бүхий явцтай ревмокардиттай өвчтөнүүдэд бүтэн жилийн урьдчилан сэргийлэлтийг 2 дугаар аргаар эхлэн хийж, дараа нь 1 дүгээр аргаар үргэлжлүүлэн хийх.

2. Хэрлэгийн үе мөчний хэлбэрийн өвчинтэй буюу зүрхний гажиггүй ревмокардит бүхий, өөрөөр хэлбэл хөнгөн хэлбэрийн хэрлэг өвчинтэй хүмүүст улирлын урьдчилан сэргийлэлт явуулах

3. Зүрхний хөнгөн хэлбэрийн гажигтай хоёр хавтаст хавхлагын дутмагшил, хоолойн гүйлсэн булчирхайн архаг идээт үрэвслийн өвчлөл цөөнтэй буюу хоолойн гүйлсэн булчирхайд мэс засал хийлгэсэн өвчтөнд бүтэн жилийн урьдчилан сэргийлэлтийг 1 дүгээр аргаар эхний 2—3 жил хийж, дараа нь улирлын урьдчилан сэргийлэлтэд шилжүүлэн оруулах буюу эсвэл бүтэн жилийн урьдчилан сэргийлэлтийг 1 дүгээр аргаар 5-аас доошгүй жил хийх.

Хэрлэгийн хоёрдогч урьдчилан сэргийлэлтийг үргэлжлүүлэн явуулах хугацааг ерөнхийдөө таваас доошгүй жил гэж тооцвол зохих ба харин зүрхний хүнд хэлбэрийн гажигтай, зүрх даамжран гэмтэх хандлагатай, хоолойн гүйлсэн булчирхайн архаг идээт үрэвсэлд мэс заслын эмчилгээ хийлгээгүй, мөн өвчтөний насны байдал 29 буюу доош настай байх зэрэг нөхцөлд урьдчилан сэргийлэлтийг 5-аас доошгүй жил хийсний дараа цаашид үргэлжлүүлэх асуудлыг эмч нарын зөвлөлгөөнөөр шийдвэрлэж байвал зохино.

Бүтэн жилийн урьдчилан сэргийлэлтийн 2 дугаар аргыг дордурдсан тохиолдлуудад хэрэглэнэ. Үүнд:

1. Зүрхний хэрлэгийн хүнд хэлбэрийн гажиг, тухайлбал 2 хавтаст хавхлагын нарийсалт, энэ гажиг уг хавхлагын дутмагшилтай хавсран давамгайлсан байх, эсвэл зүрхний тосгуурын жирвэлзэх хэм алдагдлаар хүндэрсэн тохиолдол, уг гажигийн үед хэрлэгийн дахилт 2 буюу 3 дугаар зэргийн идэвхжилтэйгээр явагдсаны дараа

2. Гол судасны нарийсалт ба дутмагшил гажигтай өвчтөн аль ч хэлбэр байсан, тэр үед хэрлэгийн дахилт II буюу III зэргийн идэвхжилтэйгээр явагдсаны дараа

3. Зүрхний анхдагч хэрлэг нь идэвхжлийн 3 зэрэгтэйгээр илэрсэн тохиолдолд эсвэл панкардит байх, идэвхжлийн ийм зэрэгтэй ревмокардит нь перикардиттай буюу полисерозиттой хамт байх. Ревмокардитын үед зүрх даамжран гэмтэх, өвчин нь удааширсан эсвэл тасралтгүй дахилт бүхий явцтай байх.

4. Дээр дурдсан зүрхний гажиг ба идэвхжил ихтэй ревмокардит нь уг өвчтөнд тохиолдсон төрөлт ба үр хөндөлтийн үед анхдагчаар буюу дахилтаар өвчилсөн байх

5. Мөн дурдсан гажиг ба идэвхжил ихтэй ревмокардигаар өвчилсөн өвчтөн нь уг өвчнөөр өвчлөхөөс өмнө сүүлийн 2—3 жилийн хугацаанд хоолойн гүйлсэн булчирхайн архаг идээт үрэвслээр олон удаа өвчилж, уг хоолойн өвчинд мэс заслын эмчилгээ хийлгээгүй байх зэрэг тохиолдолд дээрх аргаар урьдчилан сэргийлнэ

Хэрлэгийн дахилтаас урьдчилан сэргийлэхийн тулд ямар аргаар, хэдий хугацаагаар хийх асуудлыг шийдэхдээ 1 дүгээр хүснэгтийн оношийн ба өвчтөний ангиллыг гол болгон баримтлах ба өвчтөний насны байдал, сүүлчийн дахилтын дараахь эхний жилүүд (1-ээс 3 жилийн дотор), мөн зүрхний томролт ба цусны эргэлтийн дугагдлын байдал, сүүлчийн дахилтын үед хэр зэрэг өндөр идэвхжилтэй өвчилсөн, тэр үед өвчний явц ямар байсан болон хоолойн гүйлсэн булчирхайн үрэвсэл байгаа эсэхийг харгалзан үзэх нь чухал. Тухайлбал: өвчин дахих үедээ ялангуяа хүүхэд, залуу насны хүмүүст, сүүлчийн дахилт дээрээ өндөр идэвхжилтэй өвчлөх,

хэрлэгийн явц удааширсан буюу тасралтгүй дахилттай явагдах тохиолдолд бүтэн жилийн урьдчилан сэргийлэлтийг 2 дугаар аргаар 1—1,5 жилийн хугацаагаар эхлэн хийхийг ашигтай гэж үзнэ.

Дээрх аргуудаар бициллиныг тогтмол тарьж хэрэглэхээс гадна насанд хүрэгчдэд аспириныг хоногт 2,0-оор, хүүхдэд 1,5 граммаас хэтрүүлэхгүйгээр тунг тохируулан сар хагас буюу 45 хоногийн турш жилд 2 удаа хавар (3 сарын дундаас 4 сард), намар 10, 11 дүгээр саруудад) уулгаж байх хэрэгтэй.

Аспирин зохимж муутай өвчтөнд түүнийг орлуулан дээр дурдсан хугацаагаар пирамидон буюу аналгиныг насанд хүрэгчдэд хоногт 1,5 грамм, хүүхдэд 1 нас бүрд нь 0,1-ээр бодож, хоногт 1,0 орчим тунгаар тус тус хэрэглэнэ.

Бициллин-эмийн хавсарсан урьдчилан сэргийлэлтэд нэмэлт болгож поливитамин, ялангуяа витамин С-г хавар, намар тогтмол хэрэглэж байх нь ашигтай.

Урьдчилан сэргийлэлтийн арга хэлбэрийг зөв сонгон авч хэрэглэх, түүний үргэлжлэх хугацааг тогтоох зэрэг олон чухал асуудлыг зохих цаг хугацаанд нь шийдэж байхын тулд хэрлэг өвчтэй ялангуяа зүрхний гажигтай өвчтөнг эмч нар тодорхой хугацаанд давтан үзэж байх шаардлагатай бөгөөд үүнийг харгалзан хэсэг буюу бригад сумын эмч, зүрхний мэргэжлийн эмчийн үзлэгийн хугацааг тогтоон хүснэгт 1-д үзүүлэв.

Хүснэгтээс үзвэл хяналтын өвчтөнг эмч нарын давтан үзэх хугацаа нь зүрхний гажгийн хэлбэр, өвчний сүүлчийн дахилтын хугацаа, өвчтөний насны байдал, зүрхний өөрчлөлт, цусны эргэлтийн дутагдал зэрэг олон зүйлээс хамаарч янз бүр байж болох ба цаашид энэхүү хүснэгтийн заалтыг баримтлах нь зүйтэй юм.

Редакцид ирсэн 1986.04.01

УРЬДЧИЛАН СЭРГИЙЛЭХ ТАЛААР В. И. ЛЕНИНИЙ ҮЗЭЛ САНАА

В. И. Ленин нам, улсын олон талт онцгой хариуцлагатай ажлуудад цаг хүчээ зориулж, суут бүтээлүүдээ туурвихын зэрэгцээ анагаах ухааны зохиол бүтээлүүдийг судалж, эрүүлийг хамгаалах үйлс бол бүх нийтийн хэрэг болохыг сургаж, анагаах ухааныг шинжлэх ухааны бусад салбаруудтай нягт холбохын чухлыг зааж, социалист эрүүлийг хамгаалахын онолын үндсийг тавьсан суут хүн юм.

В. И. Ленин бүр 90-ээд оны эцэст бичсэн «Орос дахь капитализмын хөгжил» гэдэг зохиолдоо, хөдөлмөрчин олны эрүүл мэндийн байдал нь тэр орны нийгмийн байгуулалт, эрүүлийг хамгаалахын урьдчилан сэргийлэх чиглэлийн хөгжлийн түвшингээс шууд хамаарна гэж дурджээ.

Зөвлөлт засаг тогтсон эхний жилүүдэд империалист орнуудын түрэмгийлэл, иргэний дайн, эдийн засгийн бэрхшээл, хямрал, өлсгөлөн зэргээс болж ариун цэвэр, халдвар судлалын албыг үүсгэн байгуулахад саад бэрхшээлтэй байнга тулгарч байсан боловч зөвлөлт засаг тогтсон чухамхүү тэр үеэс эхлэн халдварт өвчинтэй тэмцэх ажлыг В. И. Ленин нэн чухалд үзэж энэхүү ажлыг залуу зөвлөлт орны социалист байгуулалттай салшгүй холбоотой эхэлсэн юм.

В. И. Ленин хөдөлмөрчин олны эрүүл мэндийг сахин хамгаалах ажлыг хэрэгжүүлэн биелүүлэх, халдварт өвчинтэй тэмцэх, түүнээс урьдчилан сэргийлэх болон ариун цэвэр эрүүл ахуйн асуудлуудаар 100 гаруй хууль дүрэм, баримт бичигт гарын үсэг зурж, энэ ажлыг зохион байгуулахад өргөн олны түмний хүчийг дайчлан өрнүүлэх үнэт сургамжуудыг өгч байлаа.

Иргэний дайны тэр бэрх жилүүдэд В. И. Ленин бөөсний хижигтэй тэмцэх ажлыг улсын эн тэргүүнээ шийдвэрлэвэл зохих зүйл гэж үзэж байв.

Бидэнд мөд дуусахгүй их дайн эхэллээ. Энэ бол харанхуй бүдүү лэг байдал, эвдрэл, сүйрэл, өлсгөлөн гуйранчлал, тэсгэм хүйтэн ба бөөсний хижгийн эсрэг хийх цус урсгахгүй тэмцэл юм. Бид цуст дайнаар олж хатуужсан тэр бүр туршлага, хүчээ энэ дайнд хэрэглэж, ялалтаар төлсгөнө.

Өвчин тахал дэлгэрэх нь бидэнд ихээхэн гай гамшиг авчирч социалист байгуулалтын зорилтыг хэрэгжүүлэх боломжийг ч алдагдуулж болох юм гэж анхааруулж байлаа.

Халдварт өвчинтэй тэмцэх нь соёлжилтийн төлөө бидний хийх тэмцлийн анхны алхам, оршин тогтнохын төлөө тэмцэл мөн гэж уриалж байлаа. Халдварт өвчинтэй тэмцэх арга хэмжээний тухай Лениний гарын үсэг бүхий ардын комиссариатуудын шийдвэр 1919 оны 1-р сарын 19-нд гарч сонин хэвлэлд нийтлэгдсэн юм. В. И. Ленин энэ өвчинтэй тэмцэх, урьдчилан сэргийлэх арга хэмжээнд анхааралтай хандаж, уг өвчний гаралтын байдал, ариутгал, устгалын явц, эмийн санд чухам ямар эм байгаа, тэр ч байтугай хичнээн хүн усанд орж, цэвэрлэгээ үйлчилгээ хэрхэн хийгдсэнийг холбогдох хүмүүсээс лавлаж, шаардлагатай арга хэмжээг тухай бүрд нь авч байв. Улаан армийн дайчдыг ариун цэврийн бараа, саван, дотуур хувцас, цагаан хэрэглэлээр хангаж, ариутгалын багажуудыг нэмж үйлдвэрлэх, сэлбэн засах ажлыг хийж, энэ ажилд өргөн олон түмнийг идэвхтэй оролцуулсны үр дүнд бөөсний хижиг өвчнийг дөрвөн жилийн дотор

бүрэн устгаж чадсан байна. Мөн ардын комиссариатуудын шийдвэрээр тахал (эпидемн) дээр ажиллаж байгаа эмч, ажилчдыг ямар ч ээлж дугааргүй хүнсний зүйлээр хангаж байв.

В. И. Ленин хөдөлмөрчин олонд эрүүл ахуйн анхны мэдэгдэхүүнийг эзэмшүүлэхэд ариун цэвэр гэгээрлийн ажлын чухлыг тэмдэглэж байсан ба түүний итгэлт шавь, нэрт хувьсгалч Н. А. Семашко «Эрүүлийг хамгаалахын урьдчилан сэргийлэх явдал бол ариун цэвэр гэгээрлийн ажлаар эхэлж түүгээр дуусдаг» гэж сургаж байжээ.

Орон байрыг эрүүл ахуйн шаардлагын дагуу тохижуулах, орчин тойрныг эрүүлжүүлэх, усан хангамжийг сайжруулах, хотыг хэтийн төлөвлөгөөтэй байгуулах, халдварт өвчинтэй тэмцэх арга хэмжээний тухай болон цагаан цэцэг өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх тарилгыг бүх нийтэд тарих зэрэг анхны хууль дүрэм, зааврууд боловсрогдон гарч мөрдөгдөн хэрэгжсэнээр энэ аюулт өвчин тархах явдлыг бүрэн зогсоож чаджээ.

В. И. Ленин ариун цэврийн хууль дүрмийг үг дуугүй биелүүлэхийг уриалж, түүнийг биелүүлэх талаар ямарч «өршөөлгүй» байхыг шаардаж, орон сууцны эрүүл ахуйн асуудлыг онцгой ач холбогдолтойд үзэж байв.

В. И. Лениний үндэслэсэн социалист нийгмийн аугаа их ололтын нэг бол эрүүлийг хамгаалах социалист систем бүрэлдэн тогтсон явдал мөн бөгөөд социалист эрүүлийг хамгаалахад урьдчилан сэргийлэх чиглэл гол рольтой гэсэн Лениний үзэл санаа биеллээ олж, эмчлэн сэргийлэх, ариун цэвэр урьдчилан сэргийлэх байгууллагууд олноор байгуулагдаж, тэдгээр нь гадаад орчны хортой нөлөөнөөс хүний эрүүл мэндийг хамгаалах, элдэв халдварт өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх арга хэмжээг эрчимтэй авч явуулж байна. Эрүүлийг хамгаалах байгууллагууд эх орны дайны жилүүдэд зөвлөлтийн хүн ардад учирсан хэцүү бэрх сорилтуудын үед гоц аюулт халдварт өвчинтэй тэмцэхэд ямар бэлтгэлтэй байгаагаа харуулж, урьдчилан сэргийлэх арга хэмжээг дайчин шуурхай авч явуулснаар хаант засгийн үед гарч байсан өвчлөлөөс энэ хүнд бэрх үеийн өвчлөл үлэмж бага байв.

Зөвлөлт засгийн жилүүдэд ариун цэвэр, урьдчилан сэргийлэх байгууллагууд өргөжин өсч, 1940 он гэхэд АЦХС-ын 2000-аад байгууллагад 12500 орчим эрүүл ахуйн эмч нар ажиллаж байснаа одоо АЦХС-ын 4500 байгууллагад ажиллаж байгаа эмч мэргэжилтэн нь өмнөх үеийнхээс 65 дахин өссөн байна.

Зөвлөлт оронд хүн ардын эрүүл энхийн төлөө ариун цэвэр, урьдчилан сэргийлэх чиглэлд 33 мянга гаруй эрүүл ахуйн эмч ажиллаж байгаагаас 7 мянга гаруй халдвар судлагч, 6 мянга гаруй бактериолог эмч нар ажиллаж байгаа нь дэлхийн бүх эрүүл ахуйч эмч нарын тал хувь нь ЗХУ-д ажиллаж байна гэсэн хэрэг юм. Халдварт өвчинтэй тэмцэх, түүнээс урьдчилан сэргийлэх, ариун цэврийн улсын хяналтын ажлыг эрчимтэй сайн зохион байгуулснаар зөвлөлт засаг өнгөрсөн 70 жилийн дотор халдварт өвчнийг бууруулах, устгах ажилд их амжилт олж, цагаан цэцэг, тахал, бөөсний хижиг, булчин задрах тахал, эргэх хижиг зэрэг өвчнийг бүрэн устгаж, халдварт саа, сахуу, галзуу, татран зэрэг өвчнүүдээс урьдчилан сэргийлэх арга хэмжээг бүрэн шийдвэрлэж, эдгээр өвчнийг үндсэнд нь устгаж байна. Мөн цусан суулга, хөхүүл ханиад, шимэгч үүсгэгчтэй өвчнүүдийг эрс багасгах үр дүнтэй арга хэмжээ авснаар энэ өвчнүүд тохиолдлын чанартай гарах болжээ. Харин вируст гепатит, улаан бурхан, томуу, менингококкын халдвар зэрэг өвчнийг багасгах, эдгээр өвчнүүдээс урьдчилан сэргийлэх өвөрмөц үр дүнтэй аргыг эрж хайх, шинжилгээ судалгааны ажлыг явуулж амжилтанд хүрч байна.

Зөвлөлтийн эрүүлийг хамгаалахын урьдчилан сэргийлэх чиглэл нь элдэв өвчинтэй тэмцэх, түүнээс сэргийлэхэд социалист нийгмийн давуу чанарыг ашигласнаар хүний эрүүл энхийн төлөө тэмцэлд ам-

жилт олохын уг сурвалж, дэлхийн эрүүлийг хамгаалах системд цоо шинэ чиглэл болж байгаа ба бүтээлч хөгжлийнхөө замд шинжлэх ухааны ололтоос хамгийн шилдэг бүхнийг тусгасан эрүүлийг хамгаалахын хөгжлийн оргил нь болж байна.

Зөвлөлт Холбоот Улсын эрүүлийг хамгаалахын 70 жилийн түүхэн туршлага бол нийгмийн дэвшилт систем, үндэсний тусгаар тогтнолоо олохоор тэмцэж яваа дэлхийн олон оронд бахдам жишээ болж, зөвлөлтийн олон мянган шилдэг нарийн мэргэжлийн эмч нар хөгжиж байгаа орнуудад болон олон улсын байгууллагад ажиллаж, өөрийн орны эрүүлийг хамгаалахын баялаг туршлагыг түгээж байгаа явдал бол Лениний сургаал, үзэл санаа хэрэгжин биелж байгаагийн нэг тод илрэл юм.

Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн Н. Цэнд

ӨӨРЧЛӨН БАЙГУУЛАЛТ, ЗӨВЛӨЛТИЙН ЭРҮҮЛИЙГ ХАМГААЛАХ САЛБАРТ

Сүүлийн жилүүдэд зөвлөлтийн эрүүлийг хамгаалах салбарт гарч буй дутагдал, доголдлыг сонин хэвлэлд олонтоо шүүмжлэх болсны шалтгааныг тодруулах, салбарын тулгамдсан асуудлыг шийдвэрлэх арга замын талаар ЗСБНХУ-ын Эрүүлийг хамгаалах Яамны сайд, академич Е. Чазовтой энэ оны 4-р сард «Правда» сонины газраас хийсэн ярилцлага, мөн «Известия» сонины гурав, дөрөвдүгээр сарын нэлээд дугааруудад эрүүлийг хамгаалах байгууллагад байгаа бэрхшээл, түүнийг даван туулах боломжийн тухай бичсэнийг түүвэрлэн орчуулж сэтгүүлийнхээ энэ дугаарт нийтэлж байна.

Академич Е. Чазов «Эрүүлийг хамгаалахад шударга, өндөр шаардлага тавихын хамт нийгэм түүнд зохих анхаарлаа хандуулах ёстой» гэж тэмдэглээд улс ардын аж ахуйн чухал салбаруудын хэрэгцээ шаардлагыг хангасны дараа үлдэгдлээр эрүүлийг хамгаалахыг санхүүжүүлдэг «Төлөвлөлтийн үлдэгдлийн зарчим»-ыг баримталж ирсэн, удаан хугацаанд тооны хойноос хөөцөлдөж чанарыг орхигдуулсан, удирдах, аж ахуйг хөтлөхөд хүнд суртал гаргаж байгууллагын бие даасан ажиллагааг саатуулах, доод байгууллагын санаачилгыг боогдуулах, хөдөлмөрийг материаллаг урамшууллаар үнэлэхийг үгүйсгэсэн дутагдал байсан нь сүүлийн 15—20 жилд эрүүлийг хамгаалахын хөгжлийн явцыг бууруулаад зогсоогүй шийдвэрлэвэл зохих нэлээд ярвигтай байдал бий болгож, тухайн үед нь залруулж болох байсан дутагдлыг зуршил болсон «амжилтаар» халхалж, хүн амын эрүүл мэндийг хамгаалах асуудал эмч нарын хүрээнээс хальж чадахгүй, зөвлөлтийн үйлдвэр аж ахуйн газрын олонхи удирдах ажилтнууд урьдчилан сэргийлэх асуудлаар улсын цогцолбор программ байдгийг ч мартаж байгаа тухай дурдсан байна.

Хүрээлэн байгаа орчныг хамгаалах талаар нам, засгийн тогтоолд дурдсан 196 заалтаас дөнгөж 47 нь биелэгдэж, 104 хотод агаарын бохирдол тогтоосон нормативаас 10, нийтийн аж ахуйн дөрөвний нэг, бусад харьяа байгууллагын гуравны нэгийн усан систем бүрэн цэвэрлэгдээгүй байхад эмч нар хурц халдварт өвчний гаралтын шалтгааныг олох гэж толгойгоо гашилгаж суугаа тухай... асуудлыг хөндөж тавьсан байна.

Эмнэлгийн ажилчид сувилал, эрүүл аж төрөх ёсны талаар бага анхаарч байна. Ийм асуудалд идэвх гаргаагүйгээс эмнэлгийг өвөрмөц засварын албаны хэмжээнд тавихад хүргэв.

Сүүлийн 10 жилд зөвлөлт оронд уушгины хавдраар, өөрөөр хэлбэл тамхинаас болж сая орчим хүн нас баржээ.

Хэдийгээр тамхи татах зуршилтай тэмцэл явуулсаар байгаа боловч тамхины гүйлгээ багасаагүй, харин ч нэмэгдсэн байна.

Энэ бол тэмцэл амжилтгүй байгаагийн гэрч. Тамхичид зөвхөн өөрийгөө төдийгүй, орчин тойрноо, үр хүүхдээ хордуулж байгааг гэдэнд ухамсарлуулах хэрэгтэй.

Эрүүл аж төрөх ёсыг хүүхэд ахуй цагаас нь хэвшүүлэх хэрэгтэй бөгөөд энэ зайлшгүй шаардлагыг бид муу ашиглаж байна.

Эрүүл аж төрөх ёсыг өөрөөсөө эхлэх ёстой.

Эмнэлгийн бүх ажилчид хорт зуршлаас өөрсдөө ангижирч эрүүл аж төрөх ёсны сурталчилгааг үгээр биш биеэрээ үзүүлбэл зохино гэж Эрүүлийг хамгаалах Яамны сайд үзсэн байна.

«Известия» сонины тусгай сурвалжлагчид Горький, Архангельск мужаар эмнэлгийн байгууллагын ажлыг сурвалжлахад зарим эмнэлгийн байгууллагыг захиргаа, үйлчлэх хүрээний үйлдвэр, албан байгууллагууд их анхаарч хөрөнгө зарж, үлгэр жишээ тохижуулж эмнэлэг үйлчилгээг явуулах дээд зэргийн бололцоогоор хангасан байхад зарим газарт нэлээд дутагдал байгааг тэмдэглэсэн нь бидэнд ч сургамжтай санагдлаа.

Тухайлбал: Амбулатори-поликлиник 5 км дотор байхгүй, лабораторийн шинжилгээ өгөх гэж өглөө 6 цагт ирдэг, хурц өвчтэй хүн 3 цаг хүртэл эмнэлэгт үзүүлэхээр хүлээдэг, эмч яаруу сандруу «юу хэрэгтэй», «хоол, нойр ямар», «хувцсаа тайл, өмс» гэх мэтээр хүйтэн хөндий харьцдаг, поликлиник жилд 2 тонн цаас хэрэглэдэг, эмнэлэгт 400 маягт хөтөлдгийн зөвхөн «явцын дүгнэлт»-ийг 200 хүнд бичнээ гэхэд 11 өдрийн ажил зарцуулдаг, дотрын эмчийн цагийн тавны нэг нь өвчтөн үзэх, бусад нь бичиг цаасны ажилд зориулагддаг, өглөөний таван минутаар хүнд өвчтөний эмчилгээ, оношлогооны тухай ярихын оронд ямар юм олох, төлөвлөгөөг яаж биелүүлэх тухай ярьдаг, амбулаторийн үзлэгийн биелэлтээр эрүүлийг хамгаалахын ажлын чанарыг дүгнэх, шагнал урамшил олгох асуудлыг ч хүртэл шийддэг, эрүүл мэндийн төлөө хариуцлагатай, үнэнч шударга ажиллаж байгааг хэмжих хэмжүүргүй, ерөнхий эмч нь эмнэлгийн багаж төхөөрөмжөөс гадна сантехникийн багаж, түгжээ, индүү, хулдаас хүртэл олох гэж хөөцөлддөг тухай бичжээ.

Мөн эмнэлгийн зураг төсвийг шинээр нэг оронд ногдох тоног төхөөрөмжийг БНАГУ-аас 2 дахин, Чехословакаас 5 дахин бага төлөвлөж байгаа, ЭЗХТЗ-ийн орнуудад больницын бүх хөрөнгийн 40 хувь нь эмнэлгийн тоног төхөөрөмж байхад зөвхөн 15 хувь нь, эрүүл ахуйн нормоор нэг хүнд 7 квм талбай ногдох ёстой атал 4 квм ногдож байгаа, жил бүр квм талбайг засахад 6 копейк, нэг тасаг жилд 14 литр спирт зарцуулна гээд төлөвлөчихдөг нь амьдралд нийцэхгүй байгаа тухай олон асуудлыг ил, тод гарган тавьжээ.

Дээрх дутагдлуудыг арилгах арга зам нь зөвлөлтийн эрүүлийг хамгаалахын өөрчлөн байгуулалтын бодлогын үндэс болж байна.

Иймээс дараах өөрчлөн байгуулалт хийнэ гэж Эрүүлийг хамгаалах Яамны сайд мэдэгджээ.

— ЗХУ-д нэг сая 200 мянган эмч байгаагийн олонхийн мэдлэгийн төвшин хангалтгүй байгаагаар холбогдуулан сургууль төгсөгчдөд сурлагын байдлаар нь их эмчийн, бага эмчийн диплом олгодог болгох,

Шинэ ч бай, хуучин ч бай бүх эмнэлгийг эм, өвчтөнийг асрахад зориулагдсан техник хэрэгслэл, эмнэлгийн багаж төхөөрөмжөөр бүрэн хангах, техник хэрэгслэлд үйлчлэх мэргэжилтэй инженер техникийн ажилчдыг ажиллуулах,

— Амбулатори-поликлиникийг ихээхэн бэхжүүлж зөвлөгөө өгөх, оношлох тасгуудыг өргөтгөх, «оношлогооны төв» нэртэй шинэ байгууллага байгуулж хүртээмж муутай байгаа оношлогооны багаж төхөөрөмжийг нэгтгэх, эмчилгээний ихэнх шинжилгээний үндсэн хэсэг, хүнд биш мэт ажилбаруудыг амбулатори-поликлиникт хийх замаар

больницын ачааллыг багасгаж больницод эмчилгээ, оношлогооны хүнд хэцүү хэсгийг хариуцуулах,

— Хэсгийн эмчийн ажлын үр дүнг үзсэн, дуудсан хүний тоогоор биш, хариуцуулж өгсөн хүний эрүүл мэндийн байдлаар үнэлэх, өвчтөн эмчээ өөрөө сонгох эрх эдлүүлэх,

— Эмч нарыг бичиг цаасны ажлаас бүрэн чөлөөлж, үзлэгийн цагийн нормативыг дахин хянах,

— Эмнэлгийн магадлагаагаар эмчийн чөлөө авч буй өвчтөн эмч нэлэгт олон дахин ирж үзүүлж байгаагаас өвчний явцыг муутгах, амбулатори-поликлиникин ачааллыг ихэсгэж байгааг харгалзан Үйлдвэрчний эвлэлийн төв зөвлөлтэй хамтарч нэлээд муж, Москвагийн районд эмнэлгийн чөлөөг 10 хоногоор нэгмөсөн өгч буй туршилтыг амжилттай болбол бүх нийтээр нэвтрүүлэх,

— Хүн амыг бүх нийтээр диспансерчлах ажлыг аажмаар, нөхцөл бүрдүүлэх замаар 1995 онд бүрэн шийдэх,

— Нөхцөл бүрдэхэд хэсгийн эмч, Ариун цэвэр халдвар судлалын станц, ариун цэврийн суртал нэвтрүүлгийн байгууллага (АЦГО), эмчилгээ-биеийн тамирын диспансерууд зэрэг урьдчилан сэргийлэх бүх байгууллагууд нэгдэн бичил районы хүн амын эрүүл мэндийг хамгаалах иж бүрэн арга хэмжээг төлөвлөн хэрэгжүүлэх юм.

Үүний үр хөврөл болох байгууллага Эрүүлийг хамгаалах Яаманд «Урьдчилан сэргийлэх хэлтэс» нэртэй байгуулагдав.

Баталгаатай, үнэ төлбөргүй эмнэлгийн тусламж нь зөвлөлтийн ард түмний байлдан олсон онц чухал ололт юм. Гэхдээ 1995 он гэхэд аж ахуйн тооцоотой поликлиник 2 дахин нэмэгдэнэ.

Эрүүл мэндийн фондын асуудал хөндөгдөж нэмэлт хуримтлал бий болгох учиртай. Ийм эх үүсвэрийн нэг нь завод, фабрик, хамтрал, сангийн аж ахуйн хөрөнгө байж болно.

Энэ талаар олон чухал алхмууд хийгдсэн байна.

Тухайлбал Бүх Холбоотын Үйлдвэрчний Эвлэлийн зөвлөлтэй хамтарч 5 мянгаас дээш ажилчинтай үйлдвэр, аж ахуйн газар өдрийн эмчилгээ-сувилал ажиллуулахаар болж байна.

Мөн хөдөлмөрийн чадвар түр алдах өвчнийг багасгаснаас арвилан хэмнэсэн хөрөнгийг эрүүлийг хамгаалахын хэрэгцээнд зориулах тухай санал гарч байна.

Үйлдвэрчний эвлэлийн харьяа амралт сувиллаас 20 мянган орыг эрүүлийг хамгаалах салбарт гарган өвчтэй хүмүүсийг нөхөн сэргээх эмчилгээнд оруулахыг зөвшөөрөв.

Тэрчлэн тухайн байгууллага өөрийн ажилчны эмчилгээний хагасыг боловч төлдөг байж болно гэж үзэж байна.

Үүнд Зөвлөлтийн Улаан Загалмай Нийгэмлэг туслахаар амлаж байгаа.

Мөн тамхи татагчдаас өвөрмөц татвар болгож тамхины үнэцд 3—5 мөнгийг нэмж борлуулаад түүнийг тамхинаас үүссэн өвчний эмчилгээнд зориулбал улсаас гарах зайлшгүй зардал хэмнэгдэнэ.

Эрүүл мэндийн фондод ард иргэдээс сайн дураараа бэлэглэсэн зүйл ч орж болно гэж үзэж байгаа саналаа илэрхийлжээ.

Е. Чазов эдгээр асуудлыг дэвшүүлэхдээ «Манай нийгмийн гол баялаг болсон эрүүл мэндэд зориулах хөрөнгийг нэг иргэнд ногдох хамгийн ашигтай, үр дүнтэй зардлаар тооцох ёстой» гээд энэ чухал асуудалд Эрүүлийг хамгаалах Яамны аппарат урьдын адил айн бэмбэгнэх, хулчганах үзэгдэл гаргаж болохгүй гэж цохон тэмдэглэв.

Орчуулсан А. Дамдинсүрэн

Ж. Тумбааш, Ж. Баасанхүү (Улсын клиникийн төв эмнэлэг)

ХӨДӨЛМӨРИЙГ БРИГАДААР ЗОХИОН БАЙГУУЛАХ АРГЫГ ЭМНЭЛЭГТ НЭВТРҮҮЛСЭН НЬ

Эрүүлийг хамгаалах салбаруудад хөдөлмөрийг шинжлэх ухааны үндэстэй, зүй зохистой зохион байгуулах явдал чухал ач холбогдолтой юм.

Манай орны улс ардын ажлаахуйн төрөл бүрийн салбарт бригадын арга нэвтэрч үр дүнгээ өгч байна. Харин эрүүлийг хамгаалах салбарын ажлын онцлог, үйлчилгээний өвөрмөц зохион байгуулалтын улмаас бригадын аргыг нэвтрүүлэхэд нэлээд бэрхшээлтэй бөгөөд хийж туршсан ажил маш ховор юм.

ЗХУ-ын Москва, Донецк зэрэг олон хотын нүдний клиникүүдэд бригадын арга 1970-аад оноос нэвтэрч Москва хотын нүдний бичил мэс заслын эрдэм шинжилгээний институт энэ аргыг өөрийн үйл ажиллагаандаа бүрэн нэвтрүүлжээ.

Бригадын арга нь бригадын бүх гишүүдийн ажлын амжилтаас шалтгаалдаг үйлдвэрлэлийн бяцхан хэсэг юм.

Бригадынхны дотор хөдөлмөр зохион байгуулалтын хамтын хэлбэр давамгайлан гишүүн бүр бие биедээ өндөр шаардлага, хяналт тавих, хамт олны үүрэг хариуцлагыг жигд сайжруулах үндсэн дээр идэвхтэй хөдөлмөрлөх боломжийг бүрэлдүүлдэг байна. Хөдөлмөрийг шинжлэх ухааны үндэстэй зөв зохион байгуулснаар дотоод нөөцийг илрүүлэн бүрэн ашиглах, шинжлэх ухаан техникийн ололт, түүний үр дүнг практикт нэвтрүүлэхийн заагийг багасгаж, эмч нарын ажлын ачааллыг жигдрүүлэн, дадлага мэргэжлээ байнга дээшлүүлэх боломж олгон, ажлын чанар, эмчилгээ үйлчилгээ хэр зэрэг цаг хугацаандаа явагдаж байгаад хяналт тавихад ихээхэн ач холбогдолтой юм.

ЗХУ-ын Москва хотын нүдний бичил мэс заслын эрдэм шинжил-

гээний институтийн туршлагаар Улсын клиникийн төв эмнэлгийн нүдний тасгийн эмч нар бригадын аргыг 1982 оноос эхлэн ажилдаа нэвтрүүлж нүдний тасаг, поликлиникийн нүдний кабинетийн 6 эмчийн бүрэлдэхүүнтэйгээр эмч нарын бригад байгуулсан юм.

Манай бригадын эмчилгээ, үйлчилгээний ажлын гол зарчим нь стационарын тасаг, поликлиникийн үзлэгийн кабинетын эмч нар бүх төрлийн ажилд жигд оролцдог оршино. Бригадын ахлагчаар тасгийн эрхлэгч, поликлиникийн нүдний кабинетыг нэг эмч хариуцан ажилладаг.

Бригадын ахлагч нь эмч нарт тасагт шинээр хэвтэж байгаа өвчтөнг хуваарилах, мэс засал хийх ба туслах эмч нарыг томилох, хөдөө орон нутгийн яаралтай дуудлаганд явах эмч нарын хуваарийг гаргах зэргээр ажлаа зохион байгуулна.

Бригадын эмч бүр тасагт 10 гаруй өвчтөнг хариуцан эмчлэх ба поликлиникийн кабинетад долоо хоног бүр батлагдсан графикаар тогтмол үзлэг, мэс засал хийдэг учраас хэвтэх өвчтөн бүрийг тодорхой мэддэг. Онош, эмчилгээний асуудал шийдвэрлэгдээгүй, хэвтүүлж эмчлэх шаардлагатай өвчтөнийг зөвлөх эмчид цаг тухайд нь үзүүлэх, онош тодорхойгүй буюу яаралтай тусламж үзүүлэх тохиолдолд бригадын эмч нарын зөвлөгөөнөөр оруулан шийдвэрлэж ажилласнаар үйлчилгээ хөнгөн шуурхай болж өвчтөн хүлээгдэх нь багаслаа.

Тасагт зөвлөх эмчийн үзлэг, зөвлөгөөнийг хоногт 2 удаа хийж өвчтөний эмчилгээнд тавих хяналтыг тогтмолжуулан, мэс засал хийх өвчтөнд хагалгаа хийх тактик, арга техникийг сонгон авч

урьдчилан бэлтгэх, гарах өвчтөн бүрийг үзэж зөвлөдөг.

Бригадын эмч нарын мэргэжил дээшлүүлэх ажлыг Анагаах ухааны дээд сургуулийн нүдний өвчин судлалын тэнхимийн удирдлагаар төлөвлөгөөний дагуу зохион байгуулдаг.

Эмч бүр эмчилж гаргасан, ялангуяа нүдний аликийн мэс засал хийлгэсэн, нүдний хүнд гэмтэлтэй өвчтөнөө поликлиникоор үргэлжлүүлэн эмчлэх, хяналт тавих бололцоотой болсон юм.

Бригадын аргыг нэвтрүүлснээр поликлиникт эмч нар дагнан ажиллаж мэс засал хийх ажлаас удаан хугацаагаар хөндийрч байсныг арилгаж бичил мэс заслын арга техникийг хугацаа алдалгүй жигд эзэмших болж эмч нарын ажлын ачаалал ч жигдэрч мэргэжлээ байнга дээшлүүлэх боломжтой боллоо.

Эмчилгээ, үйлчилгээний ажлын чанарт өөрчлөлт гарч тасаг, кабинетын ажлын уялдаа холбоо ч сайжирлаа. Нүдний тасаг, кабинетийн сүүлийн таван (1981—1985) жилийн үйл ажиллагааны үндсэн

үзүүлэлтийг өмнөх таван (1975—1980) жилийнхтэй харьцуулахад орны фонд ашиглалт 3,6% хэвтэж эмчлүүлэгсдийн тоо 20,2%, мэс засал хийлгэсэн хүний тоо 3,6% -иар тус тус нэмэгдэж поликлиникийн нүдний кабинетад мэс засал, тариа хийлгэсэн хүний тоо 3,6 дахин өсөж орны эргэлт 16,0 байсан бол 19,2 болж 20% -иар нэмэгдэж, ор хоногийн дундаж 23 байснаас 19,7 болон 14,4% -иар буурснаас 7804 төгрөгийн хэмнэлт гарлаа.

Поликлиникийн нүдний кабинетийн үзлэг 10 хувиар нэмэгдсэн байна.

Бригадын арга нь эрүүлийг хамгаалах салбарт хөдөлмөр зохион байгуулалтын шинэ хэлбэр бөгөөд тасаг, поликлиникийн кабинетын эмч нарын анхаарлыг нэгчиглэл зорилгод хандуулж эмчилгээ, үйлчилгээний сайн нөлөөтэй байгаа учир тухайн эмнэлгийн ажлын онцлогт тохируулан нэвтрүүлэх нь зүйтэй юм.

Редакцид ирсэн: 1987—05—06.

Б. Чүлтэмсүрэн (Анагаах ухааны дээд сургууль)

БӨӨРНИЙ БЭТЭГ

Бөөрний бэтэг бусад эрхтний бэтгийн адил бага насандаа бэтгийн халдвар авч 25—30 насанд бэтэг нь илэрдэг гэж И. М. Энштейн, М. Д. Джавадзаде нар үзжээ. Манай оронд ажиллаж байсан ЗХУ-ын эмч эрдэмтэд манай улсын клиникийн материал дээр тулгуурлан бэтэг өвчний талаар эрдэм шинжилгээний чиглэлтэй нэлээд бүтээл хэвлүүлсний дотор С. Н. Анфилов (1938—1944) Улсын клиникийн төв эмнэлгийн задлан шинжилгээний материалаар бэтэг өвчний 214 тохиолдлыг судалсны дотор, түрүү булчирхайн бэтэг 2, уураг тархины бэтэг 1, умайн бэтэг 1, Г. А. Дудкевич (1938—1954) мөн төв эмнэлгийн материалаар 912 уушги элэг, өрц, дэлүү зэрэг эрхтний бэтэгийг элбэг тохиолдлоос гадна, булчингийн бэтэг 13, ясны бэтэг 5, зүрхний бэтэг 2, бөөрний бэтэг 2, бамбай булчирхайн бэтэг 1-ийг тус тус илрүүлсэн байна.

Бөөрний бэтэг үүсгэгч нь экинококус гранулёзис гэдэг тууз хорхой юм. Бэтэг үүсгэгч жинхэнэ ба завсрын хоёр эзэн байдаг. Бэтэгийг жинхэнэ эзэнд нохой, муур, чоно, үнэг, хярс зэрэг махчин амьтад орно. Эдгээрээс нохой, муур хоёр хүнд ойр байдаг учир өвчнийг халдаадаг.

Завсрын эзэнд хүн, сүүн тэжээлтэн амьтад багтана. Гол халдвар тараагч нь үхэр, хонь, ямаа, тэмээ, адуу, буга зэрэг болно. Үүнээс гадна анчин хүмүүсийн агнасан үнэг, чоно зэрэг бэтэг тээгч амьтдын арьс, үс, ноосоор дамжин халдварлана. Бэтэгийг өндөг нь өвс ногоогоор дамжин, өвсөн тэжээлт амьтанд халдварлаж, улмаар бэтэг завсрын эзэн хүнд халдварлаж болно.

Бөөрний бэтэгийг шинж тэмдэг.

Бөөрний бэтэгийг клиникийн шинж илрэх байдлаар нь ил, далд хоёр хэлбэрт хуваана. Бөөрний бэтэг нь 25% орчимд далд хэлбэртэй байх ба бэтэг нь яваандаа томорч бөөрний эд эсийг дарж ажиллагаагүй болгох, бөөрний аяганцар, тэвшинцэрийг дарж шахан хэлбэр дүрсийг нь өөрчлөх буюу бэтэг нь бөөрний тэвшинцэрлүүгээ хагарч ил хэлбэрийн бэтэгийг үүсгэнэ. Бөөрний бэтэг нь томрохдоо ойр орчныхоо эд эрхтнийг дарах, хэвлийн хөндийн цусны эргэлтийн ажиллагааг хүндрүүлэх, гэдэс ходоодны үйл ажиллагааг өөрчлөх улмаар ходоод гэдэсний үйл ажиллагааны хямралын шинж илэрч болно. Бөөр нь бэтэгийг улмаас томорч өрцийг дээш шахаж, үүний улмаас амьсгаадах, цээж бачуурах, цээжээр үе үе хатгаж болно. Бөөрний далд хэлбэрийн бэтэгийг үед илрэх шинж тэмдэг нь тодорхойгүй. Ууц нуруу орчмоор тогтмол нургин өвдөх бөгөөд оношлоход төвөгтэй.

К. С. Керопианы судалгаагаар бөөрний бэтэгтэй 600 өвчтөний 34-д; В. А. Боголюбовын 116 өвчтөний 10-д нь бөөрний далд хэлбэрийн бэтэг тохисолдсон байна.

А. Н. Цулукидзе бөөрний бэтэгийг далд хэлбэрийн үед бэтэг, хавдартай төстэй тэмтрэгдэх, бөөрний зураг авахад бөөрний тэвшний хэлбэр өөрчлөгдсөн байдгаараа бөөрний хавдрын шинж тэмдэгтэй ихэвчлэн андуурагдах талтай гэжээ. Далд хэлбэрийн бэтэгийг үед шээс ба цусны шинжилгээнд онцны өөрчлөлт гардаггүй.

Дээр дурдсан байдалтай холбож далд хэлбэрийн бөөрний бэтэгийг тохиолдлын тухай дурдъя.

Өвчтөн А. 79 настай, бие сулрах, толгой өвдөх, амьсгаадах гэсэн зовиуртай эмнэлэгт хэвтсэн. Өвчин хэдийд эхэлсэн нь тодорхой-

гүй, бодит үзлэгээр биеийн хөгжил зөв мах мариа дунд зэрэг, арьс хуурайвтар үе мөч, яс булчингийн талаар өөрчлөлтгүй, уушгинд тогшилтоор дүлий чимээтэй, амьсгал нь сулхан зарим хэсэгтээ хуурай хэрчигнүүр сонсогдоно. Зүрхний хязгаар зүүн тийшээ өргөссөн, авиа нь бүдгэрсэн, гол судасны цэгт 2 дугаар авиа тодорсон, цусны даралт 160/110 мм, судасны цохилт 70, дэлүү томроогүй, хэвлийн эрхтний талаас өөрчлөлтгүй байв. Харин элэгний баруун хэсэгт хавдартай төсөөтэй зүйл олджээ.

Зүрхний зүүн тосгуур томорч цохилт нь суларсан байв. Цусны шинжилгээнд будагч бодис 75%, улаан бөөм 5, 900000, цагаан бөөм 4050, УЦТУ 1 цагт 31 мм, савхан эс 1, сегмент 71, лимфоцит 20, моноцит 8, цусны холестерин 255 мг%, сахар 112мг%, билирубин 0,32 мг%, Вессерманы урвал илрээгүй. Шээсний хувийн жин 1013, уураг 0,06%, цагаан бөөм 10—13, улаан бөөм 5—10 байв.

Урьдчилсан онош нь тархины судасны хатуурал, цусны даралт ихдэх өвчин, уушгины хатуурал гэсэн оноштой дотрын тасагт эмчлүүлсэн. Бөөрний мэс засалчдын үзлэгээр баруун бөөрний дээд хэсгийн хавдар гэж үзэв. Иймээс бөөр шээсний замын эрхтэнийг шинжлэхээр бөөрний тасагт шилжүүлсэн болно. Бөөрний тойм зурагт нурууны үенүүд дэгээ мэт өнцөг үүсгэж гэрэл үүсэх өнцөг нь томорсон байв. Бөөр нуруу орчмын тойм зурагт нурууны булчингийн зах тод бус, нурууны ясанд өөрчлөлттэй, 10 см диаметр бүхий зах хязгаар нь тодорхойгүй сүүдэр биеийн баруун хэсэгт тодорчээ. Зүүн бөөрний орчим эмгэг өөрчлөлтийн сүүдэргүй байв. Хураагуур судсанд 40% сергозины уусмал 20 мл хийснээс хойш 10 минутын дараа бөөрний зураг авахад зурагт бөөрний орчим байсан сүүдэр нь улам тодорсон.

Эцсийн онош нь: Нурууны үеийн хэлбэр эвдэрч спондилоартроз, баруун бөөрний шохойжсон далд хэлбэрийн бэтэг гэж оношлов. Ер нь бөөрний сөнөж шохойжсон бэтэг нь далд хэлбэртэй бөгөөд их томроогүй бол өвчтөн ямарч зовиур шаналгаагүй байдаг.

Бөөрний ил хэлбэрийн бэтэгний үед тохиолдох үндсэн шинж бол бэтэг нь бөөрний тэвшрүү хагарч, шээстэй хамт бэтгийн шингэн ба бэтгийн уйланхай гардаг. Үүнийг эхинококурия гэнэ. Бэтэг томрох үедээ цусны судсыг гэмтээхээс гадна, бөөрний бэтэг хагарахдаа бөөрний судсыг гэмтээж богино хугацаанд цустай шээнэ. Бөөрний бэтэг нь томорч бөөрний бүрхүүл хальсаа тэлж томрох үед бөөр орчим байнга унжиж өвдөх ба зарим үед бэтэгний уйланхай титэм бүрхүүлийн хэсэг нь бөөрнөөс шээс дамжуулах суваг, шээлэнцэрт тээглэж болно. Энэ үед бөөрний орчим хурц хатгаж өвдөнө.

Бөөрний бэтэгт 2 дахь замаар кокийн халдвар орж идээлүүлэх үед бөөр орчим лугшин өвдөх, шөнө нойргүй хонох, халуурах, бие сулрах, толгой өвдөх, ам цангах, турж эцэх зэрэг хордлогын шинж илэрнэ.

Идээлсэн бэтэгний үед цусны цагаан бөөмийн тоо олшрон, улаан бөөмийн тунах урвал хурдасна. Бэтэг өвчний үед бие махбодод бэтэгний хорхой, өндгөвч байх нь холестрины солилцоонд ямар нэгэн хэмжээгээр нөлөөлж болох талтай гэж зарим судлаачид үздэг. Бэтэгтэй өвчтөний цусны ийлдсийн холестерин тоо голдуу ихдэх маягаар 225—600 мг% хүртэл өөрчлөгдөнө. Ийнхүү холестерин хэмжээ ихсэх нь аливаа эрхтний бэтгийн байрлал их, бага, олон цөөнтэй холбоотой байдаг. Бэтгийг авах хагалгаа хийсний дараа холестерин хэмжээ аажмаар буурч зохих хэмжээндээ хүрнэ.

Ийм учир бөөрний бэтэг өвчний үед цусны ийлдсийн дотор холестерин ихсэж болох юм.

Бидний ажигласнаар бэтэгтэй нэг өвчтөний цусанд холестерин 285 мг% хүртэл ихэссэн байв. Шээсэнд цагаан бөөм их хэмжээгээр илрэх, мөн шээсэнд уураг үл мэдэг хэмжээгээр үзэгдэх шинжүүдээрээ бөөрний сүрьеэтэй төстэй байна. Бөөрний бэтэгний үед бөөрний тойм зурагт дугуй буюу хагас дугуй хэлбэртэй зах хязгаар нь тодорхой сүүдэр үзэгдэнэ. Зарим үед бэтэгний уйланхайн дүрс ч тод үзэгдэж болно.

Ц. Содномпил (Эрүүлийг хамгаалах Яам)

**БНМАУ-ЫН ЭРҮҮЛИЙГ ХАМГААЛАХЫН УДИРДАХ
БАЙГУУЛЛАГУУДЫН АЖЛЫН ЗОХИОН БАЙГУУЛАЛТ
ТҮҮНИЙГ БОЛОВСРОНГУЙ БОЛГОХ АРГА ЗАМ**

ДҮГНЭЛТ: 1. Шинжлэх ухаан техникийн дэвшил эрчимжиж салбарын дотоод болон салбар хооронд шинэ төрлийн хэлхээ холбоо бий болж байгаа өнөө үед хүн амд үзүүлэх эмнэлгийн тусламжийн цар хүрээ өсч, түүнд тавих шаардлага эрс нэмэгдэж байгаатай уялдуулж эрүүлийг хамгаалахын удирдлагын системийг боловсронгуй болгох явдал нэн чухал байна.

2. Эрүүлийг хамгаалахын удирдлагын системийн зорилт, бүтэц, зохион байгуулалтын схем, бүрэлдэхүүн хэсгүүдийн хоорондын уялдаа холбоог шинжлэх ухааны үндэслэлтэй тогтоож удирдлагын үйл ажиллагааны (функци) ангиллыг боловсруулав.

3. Эрүүлийг хамгаалахын удирдлагын системийн мэдээллийн хангамжийг судалж, дараах онцлогтой болохыг тогтоов. Үүнд:

— Эрүүлийг хамгаалах Яаманд орж, гарч байгаа мэдээллийн ихэнх хэсгийг (орж байгаа мэдээллийн 58,4%, гарч байгаа мэдээллийг 60,4%) харьяа эмнэлэг, урьдчилан сэргийлэх байгууллагуудтай холбогдсон мэдээлэл эзэлж, дараа нь яам тусгай газруудтай харилцаж байгаа мэдээлэл (23,1% ба 24,5%) орж байна.

— Мэдээллийн хэмжээг сар улирлаар судалж үзэхэд II улиралд нэлээд ихсэж (орж байгаа мэдээллийн 30,7% гарч байгаа мэдээллийн 33,5%) байна.

4. Яамны газар, хэлтэс, тасгуудын дотроос хамгийн их мэдээлэлтэй ажиллаж байгаа нь боловсон хүчин захиргааны газар (орж байгаа мэдээллийн 24,5%, гарч байгаа мэдээллийн 23,7%, дараа нь улсын ариун цэвэр халдвар судлалын байцаан шалгах газар (16,1 ба 11,6%) орж байна. Харин аж ахуйн тасагт мэдээлэл хамгийн бага байна.

5. Эрүүлийг хамгаалах Яамнаас боловсруулан гаргаж байгаа шийдвэрийн ихэнх нь тушаал (62,2%), коллегийн шийдвэр (26,9%) гарч байна. Агуулгын хувьд 31,2% нь боловсон хүчний, 21,2% нь хүн амд үзүүлэх эмнэлгийн тусламжийн асуудлаар гарч, үлдсэн хэсгийг салбарын бусад асуудал эзэлж байна. Гарсан шийдвэрийг хэрэгжүүлэх ажилд дутагдал их байгаа бөгөөд түүнийг боловсронгуй болгоход автоматжуулсан систем нэвтрүүлэх шаардлагатай байна.

6. Энэ судалгаагаар эрүүлийг хамгаалахын удирдлагыг боловсронгуй болгох иж бүрэн арга хэмжээг боловсруулав. Үүнд:

— Эрүүлийг хамгаалахын удирдлагын системд тооцоолох техник хэрэглэх, удирдлагын автоматжуулсан систем (УАС) нэвтрүүлэх үндсэн чиглэл, түүнийг хэрэгжүүлэх үе шатыг боловсруулав.

— Тооцоолон бодох техник, удирдлагын автоматжуулсан систем нэвтрүүлэх үеийн эрүүлийг хамгаалахын удирдлагын зохион байгуулалт-мэдээллийн загвар, яамны аппаратад баримт материалтай ажиллах дэс дарааллыг тогтоох математик загвар болон эрүүлийг хамгаалах системд тооцоолох техник нэвтрүүлэх үед яамны аппаратаын бүтцийг боловсронгуй болгох саналыг тус тус боловсруулав.

7. Эрүүлийг хамгаалахын удирдлагын системд хяналтын автоматжуулсан систем нэвтрүүлэх үндэслэл, техникийн даалгавар, ажиллагааны журам боловсруулсан болно.

ЗӨВЛӨМЖ: Эрүүлийг хамгаалахын удирдлагын системийг доорхи үндсэн чиглэлээр боловсронгуй болгох нь зүйтэй.

1. Эрүүлийг хамгаалахын удирдлагын системийн үйл ажиллагаанд тооцоолон бодох техник удирдла-

тын автоматжуулсан систем нэвтрүүлэх:

Үүнд а) Эрүүлийг хамгаалах салбарын удирдлагын автоматжуулсан систем (ЭХСУАС) боловсруулж нэвтрүүлэх

б) Эмнэлгийн байгууллагуудын амбулаторийн үзлэг, онош эмчилгээ, лабораторийн шинжилгээ болон бусад үйл ажиллагааг боловсронгуй болгоход тооцоолох электрон машин (ТЭМ) ашиглах

в) Эмч, эрдэмтдэд зориулан анагаах ухааны эрдэм шинжилгээний холбогдолтой мэдээллийн автоматжуулсан систем (МАС) байгуулах, ТЭМ, эдийн засаг математикийн аргыг анагаах ухааны судалгааны ажил, анагаах ухааны дээд сургуулийн сургалт, эрдэм шинжилгээний ажлыг боловсронгуй болгоход ашиглах

2. Эрүүлийг хамгаалахын удирдлагын системийн зорилт үйл ажиллагаа, бүтэц, зохион байгуулалтыг доорхи байдлаар боловсронгуй болгох:

а) Нэг сэдэвт бүтээлд боловсруулсан эрүүлийг хамгаалахын үндсэн зорилт, дэд зорилтыг Эрүүлийг хамгаалах Яамны дүрэм, аппаратын газар хэлтэс, тасгийн дүрэм, ажлын ерөнхий хуваарийг боловсруулахад тусгах

б) Мөн диссертацид боловсруулсан эрүүлийг хамгаалахын удирдлагын үйл ажиллагааны ерөнхий ба нарийвчилсан ангиллыг яамны аппарат, аймаг хотын Эрүүлийг хамгаалах газар харьяа байгууллагын үйл ажиллагаанд нэвтрүүлэх

в) Диссертацид боловсруулсан удирдлагын автоматжуулсан систем, тооцоолох техник нэвтрүүлэх үеийн эрүүлийг хамгаалахын удирдлагын системийн бүтэц, зохион байгуулалтын загварыг цаашид эрүүлийг хамгаалах системд нэвтрүүлэх шаардлагатай байна.

Редакцид ирсэн 1987. 05. 16.

М. Сүхбаатар (Анагаах ухааны дээд сургууль)

ХҮҮХДИЙН УУШГИНЫ ЦОЧМОГ ҮРЭВСЛИЙН ЯНЗ БҮРИЙН ХЭЛБЭРИЙН ҮЕ ДЭХ ЦУС БҮЛЭГНЭЛТ, ЯЛТСАН ЭСИЙН БАЙДАЛ

Хүүхдийн уушгины цочмог үрэвслийн эмгэг жамыг гүнзгийрүүлэн судалж, эмнэл зүйн шинж тэмдгийг тодорхойлох, эмчилгээний оновчтой арга боловсруулахын тулд эрүүл 60 (хяналтын), өвчтэй 224 хүүхдэд цус бүлэгнэлтийг үе шатаар нь тодорхойлох 26 үзүүлэлт, ялтсан эсийн тоо, үйл ажиллагаа, бүтцийг тодорхойлох 18 үзүүлэлт нийт иж бүрдэл 44 аргаар өвчний динамикт нь 4375 шинжилгээ, 370 электрокоагулограммын бичлэг хийв.

Судалгаанд хамрагдсан өвчтөн эмнэл зүйн хэлбэрээр нь ангилбал: уушгины хүндрэлгүй хэлбэрийн үрэвсэлтэй 67 (I бүлэг), хүндэрсэн хэлбэрийн хордлогот хам

шинжтэй 72 (II бүлэг), өнгөрт үрэвсэлтэй 38 (III бүлэг), идэвхлэлт үрэвсэлтэй 47 (IV бүлэг) өвчтөн байсан болно. Өвчтөний 77,7% нь нэг сараас 7 настай байлаа. Судалгааны ажлын явцаас үндэслэн дараах дүгнэлт, практик зөвлөмжийг гарган эх нялхсын эрүүл мэндийг хамгаалах үйл ажиллагаанд мөрдөн ашиглах боломжтой болсон юм.

ДҮГНЭЛТ: 1. Уушгины цочмог үрэвслийн янз бүрийн хэлбэрийн үеийн цус бүлэгнэлт, ялтсан эсийн үйл ажиллагаа чухал нөлөө үзүүлж, зарим тохиолдолд судсанд цус нэлэнхүй бүлэгнэх байдлаар илэрч байна.

2. Цус бүлэгнэх болон ялтсан эсийн үйл ажиллагааны өөрчлөлт нь үрэвслийн идэвх, өвчний хэлбэр, үе шатаас хамаарч байна.

3. Цус бүлэгнэх нь ихсэж, ялтсан эсийн үйл ажиллагаа идэвхжиж фибрин уусгах үйлдэл сулрах нь уушгины цочмог үрэвслийн хүндрээгүй хэлбэр, өнгөрт үрэвслийн үед харьцангуй зохицсон байдалтай, цусархаг хамшинж илрэхгүй явагдаж байна.

4. Хүндэрсэн хэлбэрийн хордлогот хамшинжтэй бүх өвчтөнд судсанд цус нэлэнхүй бүлэгнэх (бүлэгнэлт хэт ихсэх буюу нэгдүгээр шат) ажиглагдаж байсан бөгөөд, өвчин даамжрахын хэрээр нэгдүгээр шат нь хоёрдугаар шатанд шилжих байдлаар буюу цус бүлэгнэлт багасах байдлаар илэрч, цусархаг хамшинж гарч байгаа нь (20 өвчтөн буюу 16,8%) үл зохицсон байдлыг илтгэж байна.

5. Цус бүлэгнэх, ялтсан эсийн үйл ажиллагаа, бүтцийн хамгийн их өөрчлөлт нь уушгины идээрлэлт хэлбэрийн үед ажиглагдаж байна.

6. Уушгины цочмог үрэвслийн янз бүрийн хэлбэрийн үед эмчилгээний бүрдэлд цус тогтонгишил, бичил эргэлтийн хямралыг харгалзан адгез-агрегацийн эсрэг аспириин (0,1—0,3 гр-аар тооцон хоногт 3 удаа) цус бүлэгнэлт ихсэхийн эсрэг гепарин (биеийн кг тутамд 50—300 нэгжээр тооцон хоногт 4 удаа) хэрэглэхэд судсанд цус нэлэнхүй бүлэгнэх хамшинжээс сэргийлэх төдийгүй, өвчний явц, тавиланд үлэмж сайнаар нөлөөлж байна.

7. Уушгины цочмог үрэвслийн янз бүрийн хэлбэрийн үеийн цус бүлэгнэлт ялтсан эсийн тоо, үйл ажиллагаа, бүтцийг өвчний динамикт судлах нь үрэвслийн идэвхжил, өвчний хүнд хөнгөн, бүрдэл

эмчилгээний үр дүн, өвчний тавиланг тодорхойлох бодитой шалгуур болно.

ЗӨВЛӨМЖ: 1. Уушгины цочмог үрэвслийн янз бүрийн хэлбэрийн үед өвчний динамикт нь цус бүлэгнэлт, ялтсан эсийн тоо, үйл ажиллагаа, бүтцийг судлах нь тэдгээрийн өөрчлөлтийг цаг алдалгүй оношлох, өвчний явц тавиланг тодорхойлох, бүлэгнэлт ихсэх, адгез-агрегацийн эсрэг эмчилгээний үр дүнг хянахад чухал ач холбогдолтой.

2. Уушгины цочмог үрэвслийн үед цус бүлэгнэх, ялтсан эсийн үйл ажиллагаа, бүтцийг судлах, судсанд цус нэлэнхүй бүлэгнэх хамшинж, түүний үе шатыг тогтооход иж бүрдэл үзүүлэлт тухайлбал ялтсан эсийн тоо, үйл ажиллагаа, бүтцийг судлах, цус бүлэгнэлтийг үе шатаар нь тооцох, фибрин уусгах идэвхижлийг тодорхойлох, электрокоагулограммын шинжилгээний шаардлагатай.

3. Цус бүлэгнэлт, ялтсан эсийн үйл ажиллагааны өөрчлөлтийг засахын тулд уушгины цочмог үрэвслийн үед эмчилгээний бүрдэлд антиагрегант антикоагулянт хэрэглэх нь зүйтэй. Үүнд: өвчний ид үе, судсанд цус нэлэнхүй бүлэгнэх хамшинжийн нэгдүгээр шатанд гепариныг хүүхдийн кг тутамд 150—300 нэгжээр тооцон хоногт 4 удаа хэрэглэнэ. Харин өвчний хоёрдугаар шатанд (бүлэгнэлтэнд оролцох хүчин зарцуулагдсан үед) гепариныг кг тутамд 50—100 нэгжээр тооцон сийвэнгийн (кг тутамд 10—15 мл) хамгаалалтын дор тарьж хэрэглэнэ. Өвчтөний насыг харгалзан аспириныг хоногт 0,1—0,25 гр-аар 3 удаа хэрэглэнэ.

Редакцид ирсэн 1978. 05. 18.

ГАДААДЫН СЭТГҮҮЛД МАНАЙ ЭРҮҮЛИЙГ ХАМГААЛАХЫН ТУХАЙ

ЗХУ-ын Эрүүлийг хамгаалах Яам, бүх холбоотын лаборант эмч нарын эрдэм шинжилгээний нийгэмлэгийн сар тутмын «Лабораторное дело» сэтгүүлийн 1987 оны 5 дугаарт тус сэтгүүлийн ерөнхий редактор, ЗХУ-ын Эрүүлийг хамгаалах Яамны лабораторийн эрдэм шинжилгээ-арга зүй, хяналтын төвийн удирдагч, анагаах ухааны доктор, профессор В. В. Меньшиков «Социалист орнууд дахь лабораторийн оношлогооны хөгжлийн туршлага» өгүүлэл нийтлүүлжээ.

Энэ өгүүлэлд 1986 оны IV сард Прага хотод болсон ЭЗХТЗ-ийн гишүүн орнуудын экспертүүдийн зөвлөгөөн дээр «Лабораторийн оношлогоо» шийдвэрлэх асуудлаар хамтран хийж гүйцэтгэсэн ажлаа хэлэлцэхийн сацуу улс бүхэн өөрийн оронд лабораторийн албыг хөгжүүлж байгаа туршлагаа харилцан солилцсон тухай бичжээ.

БНМАУ-ын мэргэжилтнүүд «ЭЗХТЗ-ийн гишүүн орнуудын клиник лабораторийн тусламжийг шинжлэх ухааны үндэстэй зохион байгуулах» сэдвийн хүрээнд тус улсын клиник оношлогооны бүх төрлийн лабораторийг хэд хэдэн зэрэглэлд хувааж хийх шинжилгээний жагсаалт боловсруулан баталсан тухай, «Лабораторийн дээд, дунд мэргэжилтнийг бэлтгэх, мэргэжил олгох, дээшлүүлэх ажлыг боловсронгуй болгох» сэдвийн хүрээнд хийж гүйцэтгэсэн ажлын тухай бичээд энэ нь ойрын жилүүдэд шинжилгээний нэр төрлийг олшруулах шаардлагатай багаж хэрэгс-

лэл, урвалж бодисыг захиалж хангах мэргэжилтнийг төлөвлөгөөтэй бэлтгэхэд үр дүнгээ өгч байна гэжээ.

Тус улсын лаборант эмч нарын үндэсний семинар зохисж, уг семинар дээр клиник лабораторийн шинжилгээний аргуудыг ижилтгэн жигдрүүлэхэд баримтлах үндэс болсон ЭЗХТЗ-ийн гишүүн орны мэргэжилтнүүдийн боловсруулж баталсан шинжлэгдэхүүний жагсаалт, арга зүйн зарчим, лабораторийн шинжилгээний аргыг стандартчилах, ижилтгэн жигдрүүлэхэд баримтлах дүрэм, эмчлэн сэргийлэх байгууллагын мэргэжлийн онцлогоос хамаарч клиник лабораторийн эмчийн тусгай мэргэжлийн бэлтгэлд тавих шаардлага зэрэг асуудал хэлэлцэж лабораторийн практикт нэвтрүүлэх зөвлөмж гарган ажиллаж байна гэжээ.

Гэвч хамтын ажиллагааны зарим сэдэвт ажилд оролцохын тулд тус улсын клиник-лабораторийн материал техникийн баазыг бэхжүүлэх, атом-сорууцын спектрофотометр, хийн хроматограф болон орчин үеийн бусад багаж, тоног төхөөрөмж нэвтрүүлэх шаардлагатай байгааг тэмдэглэсэн байна.

Монголын мэргэжилтнүүд БНМАУ-ын лабораторийн албыг хөгжүүлэхэд чухал ач холбогдолтой «Лабораторийн оношлогоо» шийдвэрлэх асуудлаар ЭЗХТЗ-ийн хамтын ажиллагаанд өргөн хүрээтэй, идэвхтэй оролцох зориг эрмэлзлэл дүүрэн байна гэжээ.

ЗӨВЛӨЛГӨӨН БОЛОВ

ЭЗХТЗ-ийн гишүүн орнуудын шинжлэх ухаан-техникийн дэвшлийн 2000 он хүртэлх цогцолбор программын тэргүүлэх 5 чиглэлийн анагаах ухааны биотехнологийн

салбарт хамтран ажиллах төлөвлөгөөний «Шинэ үеийн биоинженерийн вакцин гарган авах арга, үйлдвэрлэх технологи боловсруулах» даалгаврын хүрээнд мэргэ-

жилтнүүдийн ажлын анхдугаар зөвлөлгөөн Москва хотноо болов. Энэ даалгаврын хүрээнд томуу, гепатит, хумхаа ба дархлалын олдмол хомсдолын хамшинжийн халдварын эсрэг вакцин бүтээх талаар олон талын гэрээ байгуулж хамтран ажиллаж байгаа юм.

Зөвлөлгөөнөөр хамтын ажиллагааны 1986 оны үр дүнг хэлэлцэж ажлын төлөвлөгөөнд зохицуулалт хийв. ЗХУ-д томуугийн В хүрээний вирусийн амьд рекомбинант вакцин бүтээсэн бөгөөд 1988 оноос үйлдвэрлэж эхэлнэ. Хөрөнгөний омог ашиглан гепатитын В вирусийн генийн инженерзүйн ба цагаан цэцэг—В гепатитын рекомбинант амьд вакцин бүтээхээр эрчимтэй ажиллаж байна. Цагаан цэцгийн вакцины рекомбинант омгийг ашиглан хүний дархлалын хомсдолын вирусийн өвөрмөц уургийг нийлэгжүүлж чаджээ.

Зөвлөлгөөний үеэр гепатитын В вирусийн вакцин бүтээх судалгаанд оролцож байгаа манай улсын Эрүүлийг хамгаалах яамны Эрүүл ахуй, халдвар, нян судлалын улсын институт, ШУА-ийн Ерөнхий ба сорилын биологийн хүрээлэнгийн судалгааны хүрээг өргөжүүлэн ажлын төлөвлөгөөнд зохицуулалт хийв. Гишүүн орнууд хумхаа өвчний эсрэг нийлэг ба генийн инженерзүйн вакцин бүтээх талаар хамтын гэрээ байгуулах асуудлыг ойрын хугацаанд шийдвэрлэх нь зүйтэй гэж үзэв. Мөн ин виво хэрэглэх иммунобиологийн шинэ бэлдмэлийг хянах нэгдсэн аргагүй боловсруулах ажлын түр группыг байгуулах талаар хэлэлцэн тохиролцов.

Ж. Оюунбилэг

СЭТГҮҮЛИЙН ДАРААГИЙН ДУГААРТ НИЙТЛЭГДЭХ ЗАРИМ ӨГҮҮЛЭЛ

- Д. Нээчин, Д. Амгаланбаатар, Б. Дагданбазар — Дүрс судлал ба анагаах ухаан
- Г. Цагаанхүү, И. Пүрэвдорж, Н. Төмөрбаатар, З. Бэгзсүрэн — Нэг удамд илэрсэн паркинсоны өвчин
- Ж. Базардаръяа — Релапортоми хийх заалт
- М. Чүлтэмсүрэн, Г. Чойжамц — Гашуун банздоогийн (Saussured атага L) фитохимийн ба фармакологийн судалгааны урьдчилсан дүн
-

КСИКАЙН (ЛИДОКАЙН)



Фармакологийн үйлдэл: Ксикайны хэсгийг мэдээгүйжүүлэх хугацаа нь новокаинаас хоёр дахин илүү юм. Энэ бэлдмэл нь сульфаниламидын бэлдмэлүүдийн бактерийн эсрэг үйлдлийг сулруулдаггүй бөгөөд түүний хоруу чанар уусмалын концентрациас шалтгаална. Концентраци ихсэх тутам (1—2%) хоруу чанар нь 50% хүртэл нэмэгдэнэ. Ксикайн нь өвчтөний амьсгал, артерийн даралтад нөлөөлдөггүйгээс гадна цочроох үйлдэл үзүүлэхгүй.

Хэрэглэх заалт: Нүдэнд хийх жижиг хагалгаа, хамар хоолойн ур, самалдаг чихэнд хийх хагалгаа, хэвлийн ба цээжний хөндий, шүд, шээсний замын болон эмэгтэйчүүдийн өвчнүүдэд хөнгөн хагалгаа хийхэд хэсгийг мэдээгүйжүүлэх зорилгоор тус тус хэрэглэнэ.

Хэрэглэх арга туй: Хөнгөн хагалгааны үед голдуу 0,5% уусмалыг, 500 мл-ээс дээш хэмжээний уусмалыг хэрэглэх хагалгааны үед 0,25%-ийн уусмалыг хэрэглэнэ. Ксикайныг адреналины гидрохлоридын уусмалтай хамт хэрэглэж болно.

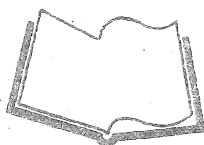
Цээрлэх үед: Ксикайнд хэт мэдрэг хүмүүс, зүрх судасны системийн дутагдал, элэг бөөрний өвчтэй хүмүүст хэрэглэж болохгүй.

Гаж нөлөө: Толгой эргэх, бие сулрах, цусны даралт буурах, муужрах, арьс үрэвсэх зэрэг гаж нөлөө ажиглагдаж болно.

Эмийн хэлбэр: Нунтгаар бэлтгэн гаргана. Бас 0,25, 0,5, 2%-ийн уусмалыг 2 мл-ээр ампултай үйлдвэрлэнэ.

Хадгалах: Амыг нь сайтар тагласан саванд хийж гэрэлгүй газар хадгална.

УЛСЫН ЭМ ХАНГАМЖ ҮЙЛДВЭРЛЭЛИЙН ГАЗАР



Ж. Чимэдцэрэн—ХҮН ЭМНЭЛГИЙН ЭНТИМИОЛОГИ

Энэ номд хүний эрүүл мэндэд хортой хорхой шавьжийн биологи, экологийн онцлог, хорхой шавьжаар дамжин хүнд халдварладаг зарим өвчин, түүнээс урьдчилан сэргийлэх талаар тодорхой өгүүлсэн байна.

Номыг эмч, биологич нарт зориулжээ.

Ч. Дамдинсүрэн—НЯНГИЙН УГ ШИНЖ

Нян судлалын анхны алхмууд, нян судлалын арга, нянгийн шинж, ангилал, метаболизм, бичил махбодын өсөлтийг орчин үеийн молекуляр биологийн түвшинд тулгуурлан бичсэн байна.

Энэ ном нь манай орны биологич, микро биологич, ургамал судлагч, малын эмч, хөнгөн ба эмийн үйлдвэрийн нян судлагч, хөдөө орон нутагт ажиллаж буй мэргэжилтнүүдэд гарын авлага болох юм.