

Dr. med. P. Nymadawa
Ulan - Bator
Central Post, P.O.B. 596
MONGOLIA

М. Даангатаа
П. Хондобаа



Анагаах Ухаан

3

1983

АНАГААХ УХААН

ЭРҮҮЛИЙГ ХАМГААЛАХ ЯАМ

13 дахь жилдээ

№ 3 (47)

1983 он

Эрдэм шинжилгээ практикийн улирал тутмын сэтгүүл

Dr. med. P. Nymadawa

Ulan - Bator

Central Post, P. O. B. 596

MONGOLIA

АГУУЛГА

Эмнэлгийн бүх шатны боловсон хүчний ажлын хариуцлага
сахилгыг дээшлүүлбэ 3

ЭРҮҮЛИЙГ ХАМГААЛАХЫН ЗОХИОН БАЙГУУЛАЛТ

- Г. Зэст, Ч. Цэрэннадмид, В. Я. Бобылев — Хэрлэг төст үений үрэвсэлтэй өвчтөнийг поликлиникийн нөхцөлд диспансерчлах нь 6
Ш. Сүхбат — Эрүүлийг хамгаалах байгууллагуудын эдийн засгийн судалгаа шинжилгээ 9
Б. Саарал — Жирэмсэн эмэгтэй, нярай хүүхдэд тавих хамтын хяналт 11

СУДАЛГАА ШИНЖИЛГЭЭ

- Ц. Бундан, О. Бадамцэрэн — Артерийн битүүрээгүй цоргын мэс заслын эмчилгээ 13
Ж. Хасболд, П. Нямдаваа — В гепатитийн вирусийн гадаргуугийн эсрэг-төрөгчийг гельхромотографийн аргаар цэврээр ялгасан нь 16
С. Ямаахай — Зүрхний мэс засал хийхэд цусны ширхэглүүртөрөгчийн холбогдол 20
Г. Цогт, В. Р. Зиг — Улаанбаатар хотын хүн амын уушгины төрөлхийн гаж хөгжлийн судалгаа 23
М. Сүхбаатар — Уушгины цочмог үрэвслийн үеийн цус бүлэгнэлтийн өөрчлөлт 25
Г. Дэжээхүү — Цусны даралт ихсэх өвчний эмнэлзүйн илрэлээр өвчтөний тавиланг тодорхойлох 28
М. Отгон — Хэт авиагаар оношлох асуудалд 33

МЭРГЭЖЛИЙН ЗӨВЛӨЛГӨӨ, ЛЕКЦ, ТОЙМ

- Ш. Баяртогтох — Хэрлэг төст үений үрэвслийн үед үенд стероид гормон хийж эмчлэх 36
Д. Сүхээ — Эх барих эмэгтэйчүүдийн практикт алганы хээний шинжилгээний ач холбогдол 39
Л. Бадамханд — Ухамсрын мөн чанар ба түүний үүсэл гарал 44
П. Онхуудай — Гамма камерын оношилгоо 46
С. Сонин — Хэт авиагаар оношлох арга 49
Б. Одонхүү — Уушгины цочмог үрэвслийн үе шат, хүндрэлийн зэргийг тодорхойлох, эмчлэх 51
З. Мэндсайхан — Амьсгалын эрхтэний урвалж чанарын асуудалд 54
Д. Алимаа — Билирубин 55
Ц. Жамбалдорж, Х. Гэлэгжамц — Бронхофиброскопийн шинжилгээ, эмчилгээний арга 58
— Лабораторийн аюулгүйн дүрэм 59

ТУРШЛАГА СОЛИЛЦЬЕ

- Г. Дэмид, Н. Хуяг — Нөхөн сэлбэх эмчилгээнд алло ясыг бэлтгэж хэрэглэх нь 53
Ж. Идэр — Цээжний хөндийд хос катетер тавих эмчилгээний арга 64
Д. Малчинхүү — Уушгины үрэвслийн бүрдмэл эмчилгээнд гепариныг хавсран хэрэглэх нь 67
С. Дорж — Кесар огтлол хийх арга техник 70
З. Норсмаа — Эмэгтэйчүүдийн бэлиг эрхтэний хорт хавдар өвчний эмчилгээний ерөнхий зарчим 73
Г. Гэндэнжамц — Ходоодны архаг үрэвслийн эмчилгээний зарим хэлбэр 75

ГАДААД ОРНУУДАД

- Зөвлөлтийн эрүүлийг хамгаалахын 80-аад оны зорилт 78

МЕДИЦИНА

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Выходит с 1970 г

№ 3 (47)

1983 г

Научно-практический ежеквартальный журнал

СОДЕРЖАНИЕ

Повысим ответственность и дисциплину медицинских кадров . . . 3

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Г. Зэст, Ч. Цэрэннадмид, В. Я. Бсбылев — Диспансеризация больных ревматоидным артритом в условиях поликлиники	6
Ш. Сүхбат — Экономический анализ здравоохранения	9
Б. Сарал — Совместное наблюдение за беременными женщинами и грудными детьми	11

ИССЛЕДОВАНИЯ

Ц. Буугаг, С. Бадамцэрэн — Хирургическое лечение открытого артериального протска	13
Ж. Уасэсэд, П. Нямдэва — Выделение поверхностного антигена вируса гепатита В методом гелехроматографии	16
С. Ямахай — Содержание фибриногена в крови и его роль в кардиохирургии	20
Г. Цогт, В. Р. Зиг — Изучение врожденных аномалий легких у населения г. Улан-Батора	23
М. Сүхэ-Батор — Изменение коагулограммы при острой пневмонии у детей	25
Г. Дэжэху — Клиническое проявление гипертонической болезни и ее прогностическое значение	28
М. Отгон — К вопросу ультразвуковой диагностики	33

ОБЗОРЫ, ЛЕКЦИЙ, КОНСУЛЬТАЦИИ

Ш. Баяртогтох — Внутрисуставное лечение ревматоидного артрита стероидными гормонами	36
Д. Сүхэ — Дерматоглифические исследования в акушерско-гинекологической практике	39
Л. Бадамханд — Сущность сознания и его происхождение	44
П. Онхудай — Применение гаммакамеры в диагностических целях	46
С. Сонин — Метод ультразвуковой диагностики	49
Б. Одонху — Спределение стадии и степени осложнений при острой пневмонии и их лечение	51
З. Мэндсайхан — К вопросу реактивности органов дыхания	54
Д. Алима — Билирубин	55
Ц. Жамбалдорж, Х. Гэлэгжамц — Диагностика и лечение с помощью бронхофиброскопии	58
— Правила лабораторной безопасности	59

ОБМЕН ОПЫТОМ

Г. Дэמיד, Н. Хуяг — Способ консервации алло кости для костной трансплантации	63
Ж. Идэр — Лечение эмпием плевры методом двойной катетеризаций	64
Д. Малчинху — Применение гепарина в комплексной терапии тяжелой пневмонии у детей	67
С. Дорж — Методика и техника кесарева сечения	70
З. Норсма — Общие принципы лечения злокачественных новообразований гениталий	73
Г. Гэндэнжамц — Некоторые виды лечения хронического гастрита	76

ЗА РУБЕЖОМ

— Здравоохранения СССР: Какие проблемы предстоит решить в 80-х годах	78
--	----

ЭМНЭЛГИЙН БҮХ ШАТНЫ БОЛОВСОН ХҮЧНИЙ АЖЛЫН ХАРИУЦЛАГА, САХИЛГА БАТЫГ САЙЖРУУЛЪЯ

Эрүүлийг хамгаалах Яам эмнэлгийн боловсон хүчний ажлын хариуцлага, сахилга батыг сайжруулах зорилтыг энэ онд дэвшүүлж боловсон хүчинтэй ажиллах ажиллагааг шинэ шатанд гаргах, ялангуяа дунд шатны удирдах ажилтны ажлын хариуцлагыг өндөржүүлэх, эмч ажилчдын хөдөлмөрийн сахилгыг бэхжүүлэх өндөр шаардлага тавьж, гүйцэтгэлийн хяналт шалгалт, удирдлагын арга барилыг өөрчлөн сайжруулах зохисон байгуулалтын арга хэмжээ авч байна.

Эмнэлгийн эмч, ажилтан, ажилчдын ажлын хариуцлага, сахилга бат сайжирч байгаагийн үр дүнд хөдөлмөрчдийн эрүүл мэндийг хамгаалах ажилд багагүй амжилт олж байна.

Дундговь, Булган аймгийн эрүүлийг хамгаалах газар, Дорноговь аймгийн анагаах ухааны дунд сургууль, арьс өнгөний эмгэг судлалын нэгдсэн төв, II амаржих газар зэрэг байгууллагад боловсон хүчний ажлын хариуцлага, хөдөлмөрийн сахилгыг дээшлүүлэх талаар тодорхой бодлого, чиглэл, төлөвлөгөөтэй ажиллаж байгаагаас зарим үр дүнд хүрч байна.

Эмч, эмнэлгийн ажилчдын хариуцлага, сахилга батыг өндөржүүлж, бүтээлч идэвх санаачилгыг өрнүүлэх нь хүн амын эрүүл мэндийг хамгаалах ажлыг сайжруулах асар их нөөц, амжилтын уг сурвалж юм.

Гэтэл энэ нөөц бололцоо, боломжийг муу ашиглаж, боловсон хүчинтэй ажиллах явдал хангалтгүй байгаагаас зарим эмнэлгийн байгууллага, эмч, эмнэлгийн ажилчдын дотор хөдөлмөрийн сахилга зөрчих, хариуцлага алдах явдал гарч байна.

Яамны шууд харьяа эмнэлэг, урьдчилан сэргийлэх 28 байгууллагад ажлын цагийн ирцийн байллыг 1983 оны 5 дугаар сарын 5-нд шалгаж үзэхэд шалгагдсан байгууллагуудын 264 хүн 51 цаг 27 минут ажлаас хожимдсоны гадна ажлын цагаас 30 минут өнгөрөөд байхад тодорхой шалтгаан нь мэдэгдэхгүйгээр 64 хүн ажилдаа ирээгүй байсан байна. Улсын клиникийн төв эмнэлэг, хавдар судлалын төв, хүүхдийн клиникийн төв эмнэлэг, эрүүл ахуй, халдвар, нян судлалын улсын институт, хотын аптекуудыг удирдах конторын эмч ажилчин 14—30 хүн ажлаас 5 цаг 15 минутаас 7 цагаар хожимдож байжээ.

Энэ бол эмнэлгийн удирдлага эмч, ажилтан ажилчдад хөдөлмөрийн сахилгын талаар тавих шаардлага, хяналт муу, түүний ач холбогдлыг дутуу үнэлж байгаатай холбоотой юм.

Адил нөхцөлд ажиллаж байгаа эрүүлийг хамгаалах газар, эмнэлгийн байгууллагын ажлын үр дүн харилцан гдилгүй байгаа нь тэнд ажиллаж байгаа эмч, мэргэжилтэн ажилчдын ажлын хариуцлага, санаачилга, сахилга, зохион байгуулалтаас хамаарч байна.

Дархан хотын эрүүлийг хамгаалах газар хөдөлмөрчдийн эрүүл мэндийг хамгаалах, социалист аж төрөх ёсыг хэвшүүлэх талаар хотын нам, улс олон нийтийн байгууллагын санаачилга, туслалцааг өр-

нүүлэн ажиллаж үр дүнд хүрч байхад зэргэлдээх Эрдэнэт хотын эрүүлийг хамгаалах газрын эмч, ажилчдын ажлын хариуцлага, хөдөлмөрийн сахилга хангалтгүй байна.

Шалгалтын материалаас үзэхэд гоц аюулт халдварт өвчнийг эсэргүүцэн судлах газар, биобэлдмэл цусны үйлдвэр шинжилгээний институтын зарим удирдах ажилтан, мэргэжилтний хариуцлага, сахилга сул, удирдлагаас өгсөн үүрэг даалгаврыг биелүүлэхгүй, дуулгаваргүй хандах, социалист эмч хөрөнгөнд хайр гамгүй хандсан зэрэг хариуцлагагүй явдал гарсан байна.

Муу ажиллагаатай нэг байгууллага, хөдөлмөрийн сахилгыг баримталдаггүй хариуцлага, хүмүүжлийн доголдолтой нэг эмч ажилчны хортой зуршил үйл ажиллагаа эрүүлийг хамгаалах системийн хамт олны амжилт нэр хүндэд хар толбо суулгаж, ёс суртахууны хор хохирол учруулж байна.

Хүний амь нас, эрүүл мэндийг хамгаалах дээд зэргийн хариуцлагатай хүнлэг ариун үйлст архичйн, хүмүүжлийн доголдолтой хүн ажиллах ёс суртахууны үндэс байхгүй.

Эрүүлийг хамгаалах систем, хамт олны ололт амжилт, нэр хүндийг ариун тунгалаг байлгах эрхэм үүрэг эмнэлгийн байгууллага, эмч, ажилчин хэнд боловч ногдож байна.

Эмнэлгийн хамт олон гагцхүү өндөр зохион байгуулалт, хариуцлага сахилгатай баймааж нийгмийн өмнө хүлээсэн энэ үүргээ нэр төртэй биелүүлж чадах болно.

Эмч, эмнэлгийн ажилчдын ажлын хариуцлага, сахилгыг дээшлүүлэх талаар дэвшүүлсэн зорилтыг хэрэгжүүлэхэд юуны өмнө эрүүлийг хамгаалахын удирдах ажилтан, эмч, мэргэжилтний ажил хариуцах хариуцлага, удирдлагын арга барилыг дээшлүүлж, хөдөлмөрийн сахилгыг бэхжүүлж, шаардлагыг өндөржүүлэх хэрэгтэй.

Нам засгийн тогтоол шийдвэр, Эрүүлийг хамгаалах Яамны гаргасан тушаал, даалгавар, заавар, зөвлөмж бол эрүүлийг хамгаалахын зохион байгуулагч, эмч, ажилтан, ажилчдын үйл ажиллагааны мөрийн хөтөлбөр юм. Түүнийг хэрэгжүүлэх ажлыг зохион байгуулах, гүйцэтгэлд нь хяналт тавих, биелэлтийг бүрэн хариуцах явдал тэдний албан үүрэг мөн.

Гэтэл удирдлагаас өгсөн үүрэг даалгавар болон яамны тушаал шийдвэрийг биелүүлэх ажилд өнгөц хандах, биелэлтийг эргэж тайллагнахгүй дутагдал зарим эрүүлийг хамгаалах газар, эмнэлгийн байгууллагад үзэгдсээр байна.

Эмч, эмнэлгийн ажилтны хариуцлага, хөдөлмөрийн сахилгыг дээшлүүлэхийн тулд:

— Эмнэлгийн байгууллага, эмч, ажилчин бүр гэмт хэрэг, зөрчилгүй үйлчилгээний доголдолгүй байгууллага, хамт олон болох үүрэг авахын хамт 1—2 эмнэлэг салбараар бусад байгууллага хамт олныг уриалж үүрэг авахуулж хөдөлмөрийн сахилгыг бэхжүүлэх явдалд хамт олны идэвх санаачилга, оролцоог өрнүүлж ажиллах нь чухал.

— Эмнэлгийн байгууллага бүрт халамжлан хүмүүжүүлэх зөвлөл, хэсэг байгуулж яамнаас баталж гаргасан зааврын дагуу ажиллуулж ахмадын хувьсгалт дайчин, хөдөлмөрч ухамсар хүмүүжлээр хамт олныг хүмүүжүүлэх, даалгасан ажлыг хийж бүтээхийн төлөө өндөр хариуцлага хүлээж ажилладаг хөдөлмөрийн ухамсартай сахилгыг тогтоох хэрэгтэй.

— Хууль, хяналтын байгууллагатай хамтран хууль сурталчлах сарын ажил явуулах, эмч, ажилтан ажилчдын хууль эрхийн мэдлэгийг дээшлүүлэх хичээл, лекц яриа хийх, мэдлэгийн шалгалт авах, үдэшлэг, уулзалт зохиох зэрэг олон хэлбэрийн системтэй ажил зохиовол зохино.

— Эмч, ажилтан, ажилчдын ажил үүргийн хуваарийг боловсронгуй болгох, шинэчлэх, хүн бүрийн хийх хариуцах ажлыг нь мэдүүлж ойлгуулах, ажлын цагийн үргэлжлэх хугацаанд хийж бүтээж байгаа зүйлийн үр дүн, чанар, хэмжээг шалгаж тооцож байвал зохино.

Зөвхөн ажлын цагийн ирц, завсарлага, таралтыг бүртгэх төдийгөөр шаардлага хангагдахгүй бөгөөд нэгж цагийн хөдөлмөрийн бүтээмжийг байнга тооцож байх явдал гол зүйл юм.

Ийм учраас цагийн бүртгэлийг сайжруулахын зэрэгцээ цаг ашиглах технолог үйлдвэрлэлийн сахилгыг бэхжүүлэх талаар эмнэлгийн байгууллагууд онцгой анхаарч дэс дараатай арга хэмжээ авч хэрэгжүүлвэл зохино.

Эмч, эмнэлгийн ажилчдын ажлын хариуцлага, хөдөлмөрийн сахилгыг бэхжүүлэх гол хөшүүрэг бол гүйцэтгэлийн хяналт, шалгалтыг үр дүнтэй хийх явдал юм.

Эмнэлгийн байгууллагуудад хяналт шалгалтын ажлыг зохион байгуулж эхлэхдээ эмнэлгийн дарга-ерөнхий эмч өглөө бүр эмч, ажилтан ажилчдынхаа ирцийн мэдээг авч хяналт тавьдаг байвал зохино. Энэ нь хамт олонд хир шаардлага тавьж тэднийг хөдөлмөрт хэрхэн хандуулж буй хэмжүүр болно.

Эмчлэн сэргийлэх байгууллагын үйл ажиллагаа, эмч, ажилчдын ажлын хариуцлага, хөдөлмөрийн сахилгыг тогтмол хугацаанд шалгаж байхаар хяналт шалгалтын нэгдсэн график, төлөвлөгөө гаргаж мөрдөн ажиллах хэрэгтэй.

Эрүүлийг хамгаалахын зохион байгуулагч, удирдах ажилтан бүр жилд ажлын цагийн 30 хувиас доошгүйг нэгж байгууллагад ажилласан байх шаардлагыг өөртөө тавьж сар тутам тооцож, дүгнэж байх хэрэгтэй. Эмчилгээ үйлчилгээний ажлыг өдөр тутам мэдэж байхаар ажлаа зохион байгуулах хэрэгтэй.

Нэгж байгууллагын гүнд орж хүнээ таньж судлах, тулж ажиллахын оронд конторт сууж цаг алдаж зарим эмч ажилчдаа танихгүй, ажил амьдралыг нь мэдэхгүй, сайн муу талыг нь судлаагүй илэн далангүй ярилцадаггүй дутагдлыг арилгах ёстой.

Ажлаар доголдож байгаа нэгж байгууллага, тасаг, хэсэг, гэмт хэрэг зөрчилд орж болзошгүй эмч, ажилчдын судалгаа бүртгэлийг шинэчлэн хамт олны батлан даалтанд өгөх, ганцаарчлан ажиллах, хуулийн зөвлөлгөө өгүүлэх, сайн талыг нь дэмжиж туслах зэргээр тэдэнтэй ажиллах ажлыг эрс сайжруулбал зохино.

Зарим байгууллагад ажлаас хожимддог, эрт явдаг, ажлын цагаар хий дэмий суудаг, сэлгүүцдэг, ажлын цаг ашиглалтын талаар шаардлага тавихад дургүйцдэг, элдэв тайлбар тавьдаг цөөн хүн байна.

Ийм хүмүүсийг хамт олны хараа хяналтанд авч засч, хүмүүжүүлэхэд онцлон анхаарах хэрэгтэй. Ажлын цагийн ашиглалтыг сайжруулах тухай МАХН-ын Төв Хорооны ерөнхий нарийн бичгийн дарга Ю. Цэдэнбалын 9 дүгээр албан даалгавар, МАХН-ын Төв Хороо, БНМАУ-ын Сайд нарын Зөвлөлийн 1971 оны тогтоол болон „Үнэн“ сонины 1983 оны 105 дугаарт нийтлэгдсэн МАХН-ын Төв Хорооны дэргэдэх Намын хянан шалгах хорооны дарга Б. Дэжидийн бичсэн „Хөдөлмөрийн сахилгыг бэхжүүлэх“ өгүүллийг эмч ажилтан бүрээр дахин судлуулж дүгнэлт хийлгэж ажиллавал зохино.

Өндөр хариуцлага, сахилга, зохион байгуулалтыг тогтоохын төлөө тэмцэл бол эрүүлийг хамгаалах ажлыг сайжруулах талаар намаас дэвшүүлсэн зорилтыг бүрэн дүүрэн хэрэгжүүлэх, эмчлэн сэргийлэх ажлын чанар, үр нөлөөг дээшлүүлэх гол хөшүүрэг болж байна.

Ийм учраас эмч, ажилчдын хариуцлага, сахилгыг намаас тавьж байгаа зорилтын хэмжээнд хүргэх нь эрүүлийг хамгаалах нийт байгууллага, эмч, ажилтан ажилчдын өнөөгийн гол зорилт болж байна.

ЭРҮҮЛИЙГ ХАМГААЛАХЫН ЗОХИОН БАЙГУУЛАЛТ

Г. ЗЭСТ, Ч. ЦЭРЭННАДМИД, В. Я. БОБЫЛЕВ.

ХЭРЛЭГ ТӨСТ ҮЕНИЙ ҮРЭВСЭЛТЭЙ ӨВЧТӨНИЙГ ПОЛИКЛИНИКИЙН НӨХЦӨЛД ДИСПАНСЕРЧЛАХ НЬ

АНАГААХ УХААНЫ ДЭЭД СУРГУУЛЬ

Диспансерчлалт бол өвчтэй хүнд үзүүлэх эмнэлгийн тусламжийн орчин үеийн хамгийн боловсронгуй сайн арга юм. Сүүлийн жилүүдэд энэ арга улам их ач холбогдолтой болсоор байгаа бөгөөд хэрлэг төст үений үрэвсэлтэй өвчтөний хувьд бол бүрч чухал болж байна. ЗХУ зэрэг анагаах ухааны тэргүүний хөгжилтэй орны туршлагаас үзэхэд хүн амд хэрлэгийн төрлийн өвчтэй хүмүүст үзүүлэх эмнэлгийн тусламжийн системийг бий болгож, диспансерчлах үйлчилгээний аргыг амьдралд нэвтрүүлсний үрээр дахилтын тоог мэдэгдэхүйц бууруулж, ийм өвчтэй хүмүүсийн амьдрах хугацааг уртасган, хөдөлмөрийн чадварыг сэргээж, хугацааг нь нилээд хэмжээгээр сунгаж чадсан байна. Тухайлбал зүрхний хэрлэг судлалын төв, кабинетуудыг зохион байгуулж диспансерчлалтыг өргөн явуулсны үрээр Ярослав мужид 10 жилийн дотор хэрлэг өвчний дахилтыг 3 дахин бууруулж чадсан юм. Эрт оношлон, диспансерчлалтыг идэвхтэй явуулж тодорхой үе шаттайгаар эмчлэхэд хэрлэг төст үений үрэвсэлтэй өвчтөний 75 хувийг нилээд удаан хугацаагаар хөдөлмөрийн чадвартай болгож болдог байна. [1] ЗХУ-ын Анагаах ухааны академийн хэрлэг судлалын институтын ажилтнуудын судалгаанаас үзэхэд хэрлэг төст үений үрэвсэлтэй өвчтөнийг 15—19 жил диспансерийн хараанд байлгаж эмчилснээр 2/3-д нь өвчний идэвхжилт буурч, 70—80% нь хөдөлмөрийн чадвартай болжээ [2].

Харин БНМАУ-ын хүн амыг диспансерчлах асуудал ялангуяа хэрлэг төст үений үрэвсэлтэй өвчтөний хувьд шийдвэрлэгдэж хараахан чадаагүй байгаа юм.

Энэ асуудал ихээхэн чухал байгаа нь юуны өмнө үе мөчний өвчин нилээд их хэмжээгээр байгаатай холбоотой юм. Үе мөчний өвчний дотор хэрлэг төст үений үрэвсэл голлодог бөгөөд олон тооны судалгаанаас үзэхэд насанд хүрэгчдийн 0,5—0,8%-д тохиолддог байна. Уг өвчний нийгмийн хор холбогдол нь түүний түгээмэл байдлаар хязгаарлагдахгүй, бас зогсолтгүй даамжран газар авсаар өвчтөнийг ихээхэн тахир дутуу болгодогт оршино.

ЗХУ-ын Анагаах ухааны академийн хэрлэг судлалын институтын судалгаагаар хэрлэг төст үений үрэвслийн улмаас поликлиникт үзүүлсэн өвчтөний 20 гаруй хувь нь тахир дутуу байжээ.

БНМАУ-ын хувьд Шастины нэрэмжит клиникийн III эмнэлгийн эмнэлэг-хөдөлмөрийн магадлах комиссын (ЭХМК) мэдээгээр уг үрэвслийн улмаас тахир дутуугийн группэд орсон өвчтөн, уул комиссоор тахир дутуугийн группэд орсон өвчтөний дотор 1976 онд 0,6%-ийг эзэлж байсан бол 1980 онд 6%-ийг эзлэх болжээ. Хэрэв хэрлэг төст үений үрэвсэлтэй өвчтөнд өвчний бүр эхний үеэс нь үе шаттай эмчилгээ тогтмол удаан хугацаагаар хийж чадвал 5—6 жилийн үечилсэн эмчилгээний туршид бүх өвчтөний 95% нь хөдөлмөрийн чадвараа бүрэн хадгалж чаддаг байна (2).

Тэтэл Улаанбаатар хотын болон бусад хот, хөдөөний поликлиник, амбулаторид хэрлэг төст үений үрэвсэл болон ер нь үе мөчний бусад өвчнийг эрт оношлох, өвчтөнийг амбулаторт, поликлиникийн хэмжээнд нарийн бүртгэж, диспансерийн хараанд авах ажил хангалтгүй байна.

Өвчний учир тахир дутуу болох нь анагаах ухаан, биологийн талаас гадна нийгмийн хөдөлмөрийн хүчний нөөцөнд шууд нөлөөлдөг гэдгийг анхаарах ёстой. Ийм учраас хэрлэг төст үений үрэвсэлтэй өвчтөнийг цаг алдалгүй тогтмол эмчлэх нөхцөлийг бүрдүүлэхэд чиглэсэн арга хэмжээ маш чухал болох нь ойлгомжтой байна. Эдгээр зорилтыг биелүүлэхэд юуны өмнө өвчтөнийг эрт илрүүлэх нь чухал. Уг үрэвслийг оношлоход Америкийн хэрлэг судлаачдын холбооноос гаргасан оношилгооны шалгуурууд хамгийн өргөн хэрэглэгдэж байна. Тэдгээрийн дотроос практикийн эмч нарын ажиллагаанд ашиглахад хялбар, боломжтойг нь ялгавал:

1. Өглөөгүүр бие хөшүүн байх

2. Үе мөчөө хөдөлгөхөд наад зах нь нэг үенд өвчтэй байх юм уу эсвэл барьж үзэхэд хөндүүр байх (үүнийг эмч тогтооно).

3. Бага гэхэд нэг үений хавийн зөөлөн эд хавантай байх юмуу эсвэл үений хөндийд нэвчдэс шингэн хурсан байх (үүнийг эмч үнэлэн тогтооно).

4. Бага гэхэд мөчний нэг үе овойх (үүнийг эмч тогтооно), үений 2 удаагийн эмгэг үзэгдлийн хоорондын зай 3 сараас хэтрээгүй байна.

5. Хоёр талын ижил үе (симметрээр) хавдах (үүнийг эмч тогтооно). Хэрэв их бие талын (проксимал) фаланг (шивнүүр) хоорондох, мөн алга-фалангийн хоорондох үе, өлмийн үе гэмтсэн байвал заавал хоёр талд ижил (симметр) байх албагүй. Харин хурууны үзүүр талын үе гэмтэх нь энэ шалгуурт тохирохгүй.

6. Үений тэнийх талын ясны овгор дээрх арьсан дор юм уу үе хавийн арьсан дор булдруу бий болох. (үүнийг эмч тогтооно).

7. Үений хэрлэг төст үрэвслийн өвөрмөц рентген өөрчлөлт гарах, үүнд зөвхөн дегенерац өөрчлөлт биш, гэмтэлтэй үенд наад зах нь гэвэл ясны нягтрал үүссэн байна. Харин дегенерац өөрчлөлт хэрлэг төст үений үрэвслийн оношийг үгүйсгэхгүй.

8. Хэрлэг төст өвчнийг үүсгэх хүчин зүйл байна.

Эдгээр шалгуурын аль нэг нь байвал уг үрэвслийн талаар онцгой анхаарч шинжилгээг гүнзгийрүүлбэл зохино.

Сүүлийн үед хэрлэг төст үений үрэвслийн эмчилгээнд үечилсэн арга голлож байгаа бөгөөд түүний дотроос амбулаторын эмчилгээ чухал юм. Ялангуяа өвчний эрт шатнаас нь эхлэн байнгын диспансерчлалтад хамруулбал илүү үр дүнтэй.

Хэрлэг төст үений үрэвсэлтэй өвчтөнийг диспансер, поликлиникийн нөхцөлд эмчлэх нь больницад эхэлсэн эмчилгээний үргэлжлэл байх ёстой. Энэ шатанд дараахь арга хэмжээг авч явуулбал зохино. Үүнд:

1. Поликлиникт эмчилгээг хийхдээ больницад эхлэн хийсэн эмчилгээг үргэлжүүлэх байдлаар заавал удаан нөлөөтэй эмүүд хэрэглэх хэрэгтэй. Үүнд: кинолины төрлийн эмүүд (хлорохин), резохин, делагил, плаквенил), мөн үрэвслийн эсрэг стероидын бус эмүүд (аспирин, бутадиион, индометацин, вальтарен г. м.) хэрэглэх бөгөөд өвчтөн бүрт тохирох тун, эмчилгээг үргэлжлүүлэх хугацааг диспансерийн ажиглалтын явцад тогтоохын зэрэгцээ бие махбодод уул эмүүдийн таарч байгаа эсэхийг хянаж байх ёстой.

2. Архаг халдварын голсмтыг эмийн болон мэс заслын аргаар эрүүлжүүлнэ.

3. Физик. эмчилгээ, эмчилгээний гимнастик, иллэг зэрэг урьдчилан сэргийлэх арга хэмжээг авч явуулна.

4. Диспансерийн ажиглалтын үед хэрлэг өвчний явц өндөр идэвхтэй юмуу эсвэл засрахгүй ужиг, амбулаторын эмчилгээ үр дүн өгөхгүй байх зэргийг харгалзан өвчтөнийг больницад дахин хэвтүүлэх шаардлагатай эсэхийг тогтооно.

5. Өвчтөний хөдөлмөр зохицуулалтын асуудлыг зөв шийдэж арай хөнгөн ажилд шилжүүлнэ. Рашаан сувилалд явуулж эмчилнэ.

Диспансерийн ажиглалтын явцад өвчтөнийг 3 сард нэг удаа, хэрэв өвчин хурдан даамжрах явцтай байвал 1—2 сар тутамд давтан шинжилгээ хийнэ.

Хэрлэг төст үений үрэвсэлтэй өвчтөний эмчилгээнд рашаан эмчилгээ чухал зайлшгүй нэг шат нь байх ёстой. Энэ шатны эмчилгээний зорилго больниц, поликлиникт хийсэн өмнөх 2 шатны эмчилгээний үр дүнг бэхжүүлэх, цусны эргэлт, бодисын солилцоог сайжруулах зэрэг өвчтөний бие махбодыг ерөнхийд нь тэнхрүүлэх улмаар үе мөчний үйл ажиллагааг сайжруулах явдал юм.

Рашаан сувиллын эмчилгээ дотор эрхтэний үрэвсэлгүй, өвчний зөвхөн үений хэлбэрийн үед, өвчин хурцдаагүй идэвхгүй шатанд юмуу эсвэл идэвх хамгийн бага байгаа, үений ажиллагааны дутагдал I—II зэргээс ихсээгүй үед шаардлагатай. Өвчний эрт шатанд уул эмчилгээг хийвэл хамгийн үр дүнтэй байдаг.

Рашаанд сувилах үед өвчтөнд урьд нь сонгон тохируулсан эмийн эмчилгээг зогсоолгүй үргэлжлүүлэх ёстой. Рашаан сувиллын газар шавар-усан эмчилгээг эмтэй хослохоос гадна бас эмчилгээний гимнастик, иллэгийг өргөн хэрэглэх нь уг үрэвслийн хам эмчилгээний маш чухал хэсэг юм. Энэ нь үе, булчингийн үйл ажиллагааг сэргээнэ.

Рашаан сувилалд төрөл бүрийн физик эмчилгээг өргөн хэрэглэнэ. Ийнхүү хам эмчилгээг нарийн ялгаатайгаар тохируулан хийж чадвал рашаан сувиллын эмчилгээний шатнаас урт удаан хугацааны сайн үр дүнд хүрч болно.

Үений өвчтэй өвчтөнийг аль болохоор эрт илрүүлэн өвчнийг оношлох хамгийн зохистойгсор диспансерчлах боловсронгуй хэлбэр бол ЗХУ-ын туршлагаас үзэхэд үе-мөчний эмгэгтэй өвчтөнийг үзэж, үйлчлэх нарийн мэргэжлийн тусгай үзлэгийг зохион байгуулах явдал юм. Иймээс БНМАУ-д хэрлэг судлалын төв, поликлиникийн дэргэд хэрлэг судлалын кабинет бий болгож, хүн амд энэ талаар үзүүлэх тусламжийн нэгдмэл системийг зохион байгуулах шаардлагатай байна.

Хэрлэг төст үений үрэвсэл болон ер нь хэрлэгийн төрлийн өвчтэй хүмүүсийг эрт илрүүлж, диспансерийн хяналтанд авч, эмчилгээ урьдчилан сэргийлэлтийн зөв зохистой аргыг зөв зохион байгуулж чадвал эдгээр өвчний идэвхийг бууруулж, хөдөлмөрийн чадвар түр алдалтын хугацааг богиносгож өвчтөний тахир дутуугийн группэд орохыг багасган, улмаар улс ардын аж ахуйн хөдөлмөрлөх хүчний нөөцийг нэмэгдүүлэх нэгэн боломжийг бий болгох юм.

Ашигласан хэвлэл

- Сафонов А.Г. Вопросы ревматизма. 1979, № 3, 6
- Трофимова Т.М. Полянская И.П. Суровцева В. М. и др.
В кн: Вопросы реабилитации при ревматических заболеваниях.
М., 1979, 80.

ЭРҮҮЛИЙГ ХАМГААЛАХ БАЙГУУЛЛАГУУДЫН ЭДИЙН ЗАСГИЙН ШИНЖИЛГЭЭ, СУДАЛГАА

САНХҮҮ ЭДИЙН ЗАСГИЙН ТЕХНИКУМ

Эрүүлийг хамгаалах салбарт оруулж байгаа улсын төсвийн зардал өсөн нэмэгдэхийн хамт түүний нийгэм эдийн засгийн үр ашгийг дээшлүүлэх, хөрөнгийг хамгийн зохистой хэлбэрээр ашиглах явдал чухал юм. Эрүүлийг хамгаалах салбарт арвилан хэмнэлтийн зарчмыг бүтээлчээр хэрэгжүүлэн зарцуулж байгаа төгрөг мөнгө нэг бүрийн үр ашгийг тооцон харуулахад эдийн засгийн судалгаа чухал үүрэгтэй. Судалгаагаар үр ашгийг харуулаад зогсохгүй цаашид авах арга хэмжээг төлөвлөнө. Эрүүлийг хамгаалахын эдийн засгийн судалгааг ажлын зохион байгуулалтыг сайжруулах, үр ашиг багатай зарцуулж байгаа зардлыг багасгах, арвилан хэмнэх журмыг нэвтрүүлэх, дотоод нөөц бололцоог бүрэн дүүрэн ашиглах, машин тоног төхөөрөмжийн ашиглалтыг сайжруулах, материалын нөөцийн нормыг хатуу баримтлахад чиглүүлэн зохион байгуулна.

Эдийн засгийн судалгааг улсын төлөвлөгөөний биелэлт, зардлын гүйцэтгэл хоёрыг уялдуулан холбож явуулна. Иймд төлөвлөгөөний биелэлтийг судалж түүний шалтгааныг илрүүлэн гаргасны дараа төсөвлөгдсөн зардлын гүйцэтгэлийг түүнтэй холбон судална.

Судалгаанд нягтлан бодох, статистик, шуурхай бүртгэлийн тоо мэдээллийг ашиглана. Тайлангаар гарсан орны фонд ба ор-хоногийн ашиглалтын судалгааг хийе.

Хүснэгт I.

Орны фонд ба ор-хоногийн ашиглалтын судалгаа

№	Үзүүлэлт	Төлөвлөгөө		Гүйцэтгэл	
		оны эцэст	дундаж	оны эцэст	дундаж
1	Ашиглаж байгаа нийт ор	120	125	130	130
2	Ор хоног	38400	40625	42900	46900

Нийт ор төлөвлөгөөт дунджаас 15 ороор (140—125) илүү ашиглаж төлөвлөгөө 112 хувиар биелэгдсэн байна. Энэ нь жилийн дундуур шинээр тасаг нээж ажиллуулсан ба нэмэгдэл ор тавьж ашигласантай холбоотой. Үүнийг тасаг тус бүрээр өвчлөлийн байдалтай холбон судалж болно. Ор-хоногийн төлөвлөгөөг дунджаар ашиглахаар тооцож төлөвлөснөөс 6275 ор хоног (46900—40625) илүү ашигласан байна. Энэ нь орны тоо 15-аар нэмэгдсэнээс (40625—: 125X15) 4875 ор-хоног, нэг орны ашиглалт 10 өдрөөр нэмэгдэж (46900 : 140—40625 : 125X140) 1400 ор-хоног илүү ашигласнаас тус тус нөлөөлжээ.

Ор хоногийн ашиглалтын байдлыг цаашид улсын ба орон нутгийн ижил больницын дундажтай харьцуулан судална. Ор ашиглалтын болон эмнэлэг үйлчилгээний ажлын чанарын нэг чухал үзүүлэлт бол орны ашиглалт буюу эргэц юм. Ор хоногийн төлөвлөгөө давж биелэгдсэн ч гэсэн орны ашиглалт-эргэц удааширсан байвал нэг өвчтөнийг олон хоногоор хэвтүүлж эмчлэх, цаашилбал ор хоногийн төлөвлөгөөг

биелүүлэх зорилгоор хүмүүст үр дүнтэй тодорхой эмчилгээ хийхгүй удаан хугацаагаар хэвтүүлэх хандлага гардаг. Иймд эргэцийг хэдэн жилээр буюу төлөвлөгөөт хэмжээтэй харьцуулан судална. Нэг орон дээр жилд хичнээн хүн эмчилсэн буюу нэг өвчтөн хичнээн өдөр хэвтэж эмчлүүлсэн болохыг энэ үзүүлэлтээр тооцож тодорхойлдог. Үүнийг тооцохдоо нийт ор-хоногийн тоог хэвтэж эмчлүүлсэн өвчтөний тоонд хуваана. Жишээ нь: Нэгдсэн эмнэлэгт тайлангийн жилд давхардсан тоогоор 2930 хүн хэвтэж эмчлүүлсэн гэвэл (46900 : 2930) нэг өвчтөн дунджаар 16 өдөр эмчлүүлсэн байна. Гэтэл төлөвлөгөөт ороор тооцоход 2950 өвчтөн хэвтэж эмчлүүлэхээр байсан гэвэл 1 өвчтөн 14 өдөр хэвтэж эмчлүүлэх байжээ. Төлөвлөгөөнөөс нэг хүн 2 өдөр илүү хэвтэж эмчлүүлсэн байна. Нэг орон дээр жилд төлөвлөгөөгөөр (40625 : 125 : 14) 23 хүн хэвтэж эмчлүүлэх ёстойгоос гүйцэтгэлээр (46900 : 140 : 16) 20 хүн хэвтэж эмчлүүлсэн нь төлөвлөгөөт боломжит хэмжээнээс даруй 3 хүн дутуу байна. Өөрөөр хэлбэл энэ больницын хэмжээгээр (140×3) 420 хүн нэмж хэвтүүлж эмчлэх боломж алдсан байна.

Одоо ор-хоногийн төлөвлөгөөний биелэлттэй эм, хоолны зардал болон бусад материалын зардлыг нэг ор-хоногт ногдох зардлаар судалж үзье.

Эм ба хоолны зардлын судалгаа

Хүснэгт 2.

№	Үзүүлэлт	Төлөвлөгөө	Гүйцэтгэл	хэмнэлт хэтрэлт
1.	Эм ба боох материалын зардал	260 000	408030	-148030
2.	Хоолны зардал	207 187	225120	-17,933

Нийт зардлын хэтрэлт хэмнэлтэд нөлөөлсөн хүчин зүйлийг тооцохын тулд орны зардлыг дараахь хүснэгтээр тооцёе.

Нэг ор-хоногийн эм хоолны зардлын судалгаа

Хүснэгт 3.

№	Үзүүлэлт	Төлөвлөгөө	Гүйцэтгэл	хэлбэлзэл (+, -)
1.	Ашигласан ор хоног	40625	46900	+6275
2.	Нэг ор хоногт зарцуулсан эмийн зардал	6—40	8—70	-2—30
3.	Нэг ор хоногт зарцуулсан хоолны зардал	5—10	4—80	-0—30

Эмийн зардал төлөвлөсөн хэмжээнээс хэтрэхэд 2 хүчин зүйл нөлөөлнө. 1-рт ор-хоногийн төлөвлөгөөний биелэлт, 2-рт нэг ор-хоногт ногдох зардлын өсөлт юм. Үүнийг тооцвол ор-хоногийн төлөвлөгөө 6275 ор-хоногоор давсанаас 40160 төгрөг (6275×6—40)-өөр хэтэрчээ. Нэг ор-хоногт зарцуулах норм 2 төгрөг 30 мөнгөөр хэтэрсэнээс эмийн нийт зардал 107870 төгрөг (46900×2—30)-өөр хэтэрсэн байна.

Хоолны зардал ор-хоногийн төлөвлөгөөний биелэлтийн улмаас 32,0 төгрөгөөр хэтэрч, нэг ор-хоногийн хоолны зардал 30 мөнгөөр хямдарснаас 14,1 төгрөг хэмнэгдсэн байна.

Цалингийн фондын судалгаа

Хүснэгт 4.

№	Үзүүлэлт	Төлөвлөгөө	Гүйцэггэл	хэлбэлзэл (+, -)
1.	Эмнэлгийн нийт ажилчдын орон тоо	120	116	-4
2.	Жилийн цалингийн фонд	589,6	509,5	-80,1
3.	1 ажилчны жилийн дундаж цалин	4913	4393	-520

Цалингийн фондыг 80,1 мянган төгрөгөөр хэмнэхэд ажилчдын тоо, цалингийн фонд 80,1 мянган төгрөгөөр хэмнэгдсэн байна. Энэ нь орон тоо дутуу ажилласнаас 19,72 (4913×4) төгрөг, дундаж цалин төлөвлөгдсөнөөс 520 төгрөгөөр багассанаас 60,3 мянган төгрөг (520×116) тус тус нөлөөлсөн байна.

Эмнэлэг үйлчилгээний зардлыг ингэж судлахаас гадна үндсэн фондын ашиглалтыг машин тоног төхөөрөмжийн ашиглалтын үзүүлэлт цаг, эмчлүүлсэн өвчтөний тоо зэрэг үзүүлэлтээр судална.

Б. СААР АЛ

ЖИРЭМСЭН ЭМЭГТЭЙ, НЯРАЙ ХҮҮХДЭД ТАВИХ
ХАМТЫН ХЯНАЛТ

III АМАРЖИХ ГАЗАР

Манай нам, засгаас эх нялхсын эрүүл мэндийг сахин хамгаалах талаар авч явуулж байгаа олон тал арга хэмжээний үр дүнд эх, нялхсын өвчлөл, эндэгдэл буурч нийт хүн амын эрүүл мэндийн үзүүлэлтүүд жилээс жилд сайжирч байна. Гэвч манай эх нялхсыг хамгаалах төрөлжсөн байгууллагуудын зохион байгуулалт, урьдчилан сэргийлэлт, эмнэлэг үйлчилгээний ажлын цар хүрээ, чанар өнөө үеийн өсөн нэмэгдэж буй шаардлагыг хангахад хараахан хүрэхгүй байгааг МАХН-ын Төв Хорооны 1979 оны 21 дүгээр тогтоолд онцлон тэмдэглэсэн билээ. Нам засгийн тогтоол шийдвэрийг өөрсдийн практик үйл ажиллагаанд бүтээлчээр хэрэгжүүлэхэд манай эх нялхсыг хамгаалах төрөлжсөн байгууллагуудын хоорондын ажлын уялдаа холбоог сайжруулах асуудал чухлаар шаардагдаж байна.

Жирэмсэн эмэгтэйчүүд ба нярай хүүхдийг ЗХУ, ах дүү социалист бусад орны туршлагаар эх барих, эмэгтэйчүүд, хүүхдийн эмч нараас хамтран хянадаг „Хамтын хяналт“ -ын аргыг манай орны нөхцөлд бүтээлчээр хэрэгжүүлэхэд дараахь зүйлүүдийг хийх зүйтэй юм.

1. Эх барих эмэгтэйчүүд, хүүхдийн хэсгийн эмч, эргүүлийн сувилагч нараас жирэмсэн эхчүүд, нярай хүүхдэд хамтын хяналт тавихын тулд эх барих-эмэгтэйчүүд ба хүүхдийн хэсгийг аль болохоор хооронд нь ойролцоо байрлуулан, эмэгтэйчүүд хүүхдийн эмч нар ажиллагаагаа нягт уялдуулан харъяалсан дэвсгэр нутгийн жирэмслэх насны

эмэгтэйчүүдийн дэлгэрэнгүй бүртгэлийг гаргаж тэдний гэр орны нөхцөл, ахуй хангамж, хоол ундны дэглэм зэргийг нарийвчлан судлах шаардлагатай.

Үүний зэрэгцээ сарын тэмдгийн хуанлийг нарийн хөтлүүлж, хугацаандаа ирээгүй тохиолдолд цаг алдалгүй үзлэг хийн, жирэмсэн буюу өвчтэй эсэхийг тодруулах хэрэгтэй юм.

Ингэснээр жирэмснийг эрт хугацаанд нь илрүүлэн жирэмсэн эмэгтэйн бие ургийн өсөлт бойжилтыг аль болох эртнээс хянаж урьдчилан сэргийлж ажилласнаар жирэмслэлт, төрөлтийг хэвийн явуулж, тээж төрүүлэх хүүхдийн эрүүл байх нөхцөлийг хангах болно.

Хүүхэд төрмөгц төрөх газар. эмэгтэйчүүдэд зөвлөлгөө өгөх тасаг энэ тухай харъяа хүүхдийн хэсэгт мэдээлж, хүүхдийн хэсгийн эмч нар нярай хүүхэд хүлээн авах эрүүл ахуйн бэлтгэлийг гэр оронд нь урьдчилан хангуулсан байх шаардлагатай.

2. Мөн жирэмсэн эмэгтэйчүүдийг хүүхэд, эх барих-эмэгтэйчүүдийн хэсгийн эмч нар хамтран хянаж уг жирэмсэн эмэгтэйн хөдөлмөр, амьдралын ахуйн нөхцөлийг хэвийн байдлаар хангахад зөвлөж туславал зохино.

3. Амаржих газрын нярай хүүхдийн эмч нар төрөлтийн болон нярайн эрт үед хүүхдийн биед гарсан бага боловч өөрчлөлтийг гярхай ажиглан эмчилж, амаржих газраас хүүхдийг гэрт нь гаргах үедээ тодорхой солилцох хуудсаар хэсгийн эмч нарт хүлээлгэн өгч байхаас гадна хүүхдийн больницод шилжсэн нярайг хэсгийн эмч нарт нь мэдээлдэг ж урам тогтоох нь зүйтэй.

4. Амаржих газрууд нь эхчүүдэд нярай хүүхэд эрүүл өсч бойжих орчны эрүүл ахуйн шаардлага, нярай, хүүхдийн арчилгаа сувилгаа, хооллолт, элдэв өвчлөлөөс урьдчилан сэргийлэх талаар зөвлөлгөө өгсөн байх ба эдгээр зарчмыг хүүхдийн хэсгийн эмч, сувилагч нар гэр орны нөхцөлд хэрэгжүүлэхэд нь хяналт тавьж ажиллана.

5. Дээрх байгууллагын эмч ажилчид эмчилгээ урьдчилан сэргийлэх ажлынхаа уялдааг аль болох ойртуулахад идэвх санаачилга гарган бие биедээ шуурхай мэдээлэн, хамтран ажиллахын зэрэгцээгээр хөдөлмөрчдийн ахуй соёлыг сайжруулах, эрүүлийг хамгаалах болон бусад хэлбэгдох хууль тогтоомжийг таниулан ойлгуулж, тэдгээрийг хэрэгжүүлэх ажилд слон түмэн (гэр бүлийн гишүүд)-ийг ухамсартай идэвхтэй оролцуулах нь чухал байна.

Ийнхүү байгаа бололцоогоо бүрэн ашиглаж, үр бүтээлтэй хамтран ажиллаж чадвал эмчилгээ урьдчилан сэргийлэх ажлын чанар улам сайжирч, эх хүүхдийн өвчлөл эндэгдэл тууштай буурахад багагүй нөөц бололцоо байгаа мэт санагдана.

СУДАЛГАА, ШИНЖИЛГЭЭ

Ц. БУНДАН О. БАДАМЦЭРЭН

АРТЕРИЙН БИТҮҮРЭЭГҮЙ ЦОРГЫН МЭС ЗАСЛЫН ЭМЧИЛГЭЭ

НЭГДСЭН III ЭМНЭЛЭГ

Артерийн битүүрээгүй цорго нь зүрхний бусад төрөлхийн гажиг дотроос нилээд элбэг тохиолддог эмнэлзүйн шинж тэмдэг, хүндрэл нь эрт илэрдэг гажиг юм. 1958 онд манай оронд анх энэ гажгийг мэс заслын аргаар эмчилснээс хойш 192 хүнд уул мэс заслыг хийгээд байна. Үүнээс 4 өвчтөнд артерийн битүүрээгүй цоргыг дахин хаах мэс засал хийсэн юм. Иймээс бид артерийн битүүрээгүй цоргыг мэс заслын аргаар эмчлэх, түүний үр дүнг тодорхойлох зорилгоор уул гажиг бүхий 120 хүнд судалгаа хийж, материалыг статистикийн аргаар боловсруулав.

Судалгааны материал. Бид зүрхний цахилгаан бичлэг, зүрхний авиа дууны бичлэг, поликардиографи, цээж гэрэлд харах, спирографи, зүрх сэтгүүрдэх зэрэг хам шинжилгээний тусламжтайгаар (1—2) онош тогтоож, нэгээс дээш насны хүмүүст насны хязгаар харгалзахгүйгээр уушгины артерийн даралт гол судасны даралттай тэнцсэн буюу их болсноос бусад бүх тохиолдолд уг гажгийг засах мэс заслын эмчилгээ хийсэн юм. Мэс заслыг хийхдээ артерийн битүүрээгүй цоргыг орчных нь зөөлөн эдээс сайтар болгоомжтой ялгаад хоёроос гурван удаа зангидаж боох, хоёр боолтын дундуур оёх, тасалж, оёх оёгч аппаратаар (УАП—20) оёх, артерийн битүүрээгүй цорго үрэвслийн шинжтэй байвал жийргэвчтэй нэмэлт боолт хийх зэрэг олон аргыг амжилттай хэрэглэж байна.

Хүснэгт 1.

Хийсэн мэс заслын хэлбэр

№	Хагалгааны нэр	Ажиглалтын тоо		Хувиар
1	Хоёр зангидаж боох	35	81	42,1
	Гурав зангидаж боох	46		
2	Нэг удаа оёж боох	56	91	47,4
	Хоёр удаа оёж боох	35		
3	Цус тогтоох губч хэрэглэж боох	13		6,9
4	Тасалж боох	7		3,6
	БҮГД	192		100,0%

Артерийн битүүрээгүй цоргыг дахин боох мэс засал нилээд онцлогтой. (5, 6) Үүнд, арын зүсэлтээр цээжний хөндийг нээж гол судас, уушгины артер, артерийн битүүрээгүй цоргыг орчных нь эдээс ялгаад артерийн битүүрээгүй цоргын хоёр төгсгөлөөр бүдүүн торгон утсанд авч цус алдалтаас сэргийлж тус цоргыг дээр өгүүлсэн аргын

аль нэгээр, ихэвчлэн тасалж боох аргаар мэс засал хийдэг. Мэс заслын эмчилгээний үед цус алдах хүндрэл нэг хүнд тохиолдсон боловч яаралтай цус сэлбэж цоргын цус алдсан хэсэгт жийргэвчтэй оёдол тавьж цусыг тогтоов. Түүнчилэн мэс заслын эмчилгээний дараахь амьсгалын замын хүндрэл 5 хүнд ажиглагдсанаас нэг өвчтөнд цагаан мөгөөрсөн хоолойд гуурс суулгасан бусад тохиолдолд эмийн эмчилгээ хийсний үр дүнд хүндрэлийг бүрэн арилгав.

Хүснэгт 2.

Мэс заслын дараахь үгдрэл

хүндрэл	өвчтөний тоо		
	хагалгааны үед	хагалгааны дараа	хувь
1. Цус алдалт	I	=	0,8
2. Уушгины ателектаз	=	1	0,8
3. Ларингит	=	2	1,7
4. Уушгины хатгалгаа	=	2	1,7
БҮГД	1	5	5

Зарим судлаачдын судалгаагаар хагалгааны дараахь үхлийн хувь 1—1,5 байхад манай энэ ажиглалтаар 0,8% байна. (3—4)

Түүнчилэн хагалгааны үед уушгины артер, артерийн битүүрээгүй цорго, гол судасны даралтыг шууд хатгалтаар Мингограф—42 дээр бичиж тухайн үед мэс заслын эмчилгээний аргыг сонгон авсан нь артерийн битүүрээгүй цорго дахин онгойх хүндрэл гаргахгүй байх чухал нөхцөлийг бүрдүүлж байна.

Бид мэс заслын эмчилгээний үр дүнг хагалгааны ойрын үед, хагалгааны дараахь 4—21 хоногт судалсан юм. Үүнд, 42 өвчтөнд хагалгааны үед даралт үздэг махир зүүг уушгины артерид байрлуулж артерийн битүүрээгүй цоргын гол судас талынхыг боож, уушгины артерийн даралтыг үзэхэд 0,6—0,9 Кпа-аар буурсан, уушгины артерид тодорхойлогддог доргион бүрэн арилсан чагнахад агшилт сулралтын шуугиангүй болж, системийн бага даралт 4 Кпа-аар нэмэгдэн хэвийн байдалд орсон. Түүнчилэн хагалгааны дараахь 3—4 өдрөөс өвчтөний биеийн байдал сайжирдаг. Мөн хагалгааны дараахь 14—21 хоногт 20 өвчтөнд поликардиографийн шинжилгээ хийж үзүүлэлтийг хагалгааны өмнөх үеийнхтэй харьцуулбал асинхрон агшилт, Блюмбергийн коэффициент хэвийн болсон ба бусад үзүүлэлт нь хагалгааны өмнөх үеийнхтэй ижил байлаа.

Хүснэгт 3

Поликардиографийн үзүүлэлт

Үзүүлэлтүүд	Хагалгааны өмнө $M \pm m$	Хагалгааны дараа $M \pm m$
Асинхрон агшилт	0,054 ± 0,003	0,05 ± 0,006
Изометрийн агшилт	0,08 ± 0,007	0,07 ± 0,004
Хүчдэлийн үе	0,14 ± 0,01	0,2 ± 0,0089
Механик агшилт	0,35 ± 0,0345	0,34 ± 0,001
Ерөнхий агшилт	0,37 ± 0,009	0,34 ± 0,008
Блюмбергийн коэффициент	2,35 ± 0,32	2,88 ± 0,34
Агшилтын дотоод үзүүлэлт	82,8 ± 0,01	88,8 ± 0,34
Миокардийн хүчдэлийн индекс	45,0 ± 0,42	44,7 ± 0,04
Диастол	0,78 ± 0,07	0,40 ± 0,099

Хагалгааны дараахь 21—28 хоногт гадаад амьсгалыг судалж үзэхэд амьсгалын тоо хэвийн болсон, хүчилтөрөгчийн шингэлтийн тоо нэмэгдсэн, минутын эзэлхүүн, хүчилтөрөгчийн ашиглах коэффициент өөрчлөгдөөгүй харин уушгины амьдралын эзлэхүүн, амьсгал авах, гаргах нөөц эзэлхүүн, багассан нь ажиглагдлаа. Гадаад амьсгалыг уг гажгийн үе шаттай харьцуулан үзэхэд гажгийн I, II үед хагалгааны дараахь 14—16 хоногт үзүүлэлтүүд хэвийн болох хандлагатай байхад, гажгийн III—IV үед удаан хугацаанд өөрчлөлтүүд хэвээрээ байна. Иймээс хагалгааны дараахь хожим үед (6 сар түүнээс дээш) уг мэс заслын эмчилгээ хийлгэсэн хүмүүсийн бие махбодод эргэн сайжрах үзэгдэл хэрхэн явагддагийг дээрх хам шинжилгээний аргаар судалж тодорхойлох зорилт бидний өмнө тавигдаж байна.

ДҮГНЭЛТ. 1. Артерийн битүүрээгүй цоргыг мэс заслын аргаар эмчлэх нь уул гажгийг засах шилдэг, үр дүн сайтай арга юм.

2. Мэс заслын эмчилгээний дараахь ойрын хугацаанд (21 хоногийн дотор) поликардиограф, спирографийн шинжилгээний зарим үзүүлэлт хэвийн болох боловч ихэнх үзүүлэлт хагалгааны өмнөх үеийнхтэй ижил байгаа нь тус гажгийн үед уушгины судас болон зүрхэнд морфологийн нилээд гүнзгий өөрчлөлт гардгийг харуулж байна. Иймээс ийм гажигтай хүүхдэд мэс заслын тусламжийг аль болх бага нисанд үзүүлэх нь чухал ач холбогдолтой юм.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Т. Шагдарсүрэн, С. Загдаа, Ц. Бундан, Р. Пүрэв—Зүрх судасны гажгийн клиник оношийн асуудалд. ШУА мэдээ сэтгүүл. 1971, 71—73
2. Т. Шагдарсүрэн-Зүрхний гажгууд тэдгээрийн онош, эмчилгээ. 1972, 81—88
3. Н. В. Архангельская Гемодинамические нарушения при ОАП и отдаленные результаты его М. 1971, 168.
4. Куприянов П. А., Бурмистров М. И., Кутушев Ф. Х., Мишура В. И. Причины неблагоприятных исходов хирургического лечения некоторых врожденных пороков сердца. Хир. 1960, 3—9.
5. Лебедев С. А. Приступин Ч. В.—Техника операции при НАП. Минск 1973, 91—96.
6. Малиновский Н. Н., Константинов Б. А.—Повторные операции на сердце. М., 1980, 160.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОТКРЫТОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ПРОТОКА

Ц. Бундан, О. Бадамцерен

Приводятся материалы обследования 120 больных с незаращением артериального протока для установления более оптимального метода хирургического лечения данного порока и результаты его. В условиях МНР с 1958 г успешно применялись такие методы, как двух и трехкратная перевязка протока, перевязка с ушиванием между ними рассечение протока с ушиванием концев последнего и перевязки с использованием прокладки, ушивания протока с помощью ушивающего аппарата УАН—20.

Изучены результаты хирургического лечения с помощью электрокардиографических, фонокардиографических, поликардиографических, рентгенографических исследований и зондирования сердца.

Ж. ХАСБОЛД П. НЯМДАВАА

В ГЕПАТИТИЙН ВИРУСИЙН ГАДАРГУУГИЙН ЭСРЭГТӨРӨГЧИЙГ ГЕЛЬХРОМАТОГРАФИЙН АРГААР ЦЭВРЭЭР ЯЛГАСАН НЬ

ШУА-ИЙН ЕРӨНХИЙ БА СОРИЛЫН БИОЛОГИЙН ХҮРЭЭЛЭН
ЭРҮҮЛ АХУЙ, ХАЛДВАР, НЯН СУДЛАЛЫН УЛСЫН ИНСТИТУТ

Лейкеми өвчтэй австраль хүний цусны ийлдсэнд Б. Бламберг нарын (4) анх илрүүлсэн өвөрмөц эсрэгтөрөгч нь ийлдэст гепатитийн үед цусны ийлдсэнд байнга тодорхойлогддогийг олж тогтоосноор (20) вируст гепатитийн судалгаанд шинэ үе эхэлсэн билээ.

Цаашдын судалгаа нь Австраль эсрэгтөрөгч бсл хожмоо Дейний биенцэр нэр авсан В гепатитийн вирусийн (5) суперкапсидын бүрэлдэхүүний хэсэг юм гэдгийг хөдөлгөөнгүй тогтоосон тул 1977 онд ДЭХБ-ын экспертийн бүлэг уг эсрэгтөрөгчийг В гепатитийн вирусийн гадаргуугийн эсрэгтөрөгч (HBs—Ag—Hepatitis B surface antigen) гэж нэрлэх зөвлөмж гаргасныг (24) одоо нийтээр баримтлах болжээ.

HBs—Ag нь вирусны сүрэлдэхүүнд орохоос гадна дангаараа 15—25 нм хэмжээтэй $2,4-4,6 \times 10^6$ дальтон молекул жинтэй бөмбөлөг буюу савханцар биеийг үүсгэдэг ажээ. (10)

Вируст гепатитийг ялган оношлох оношлуур бэлтгэх болон В гепатитаас сэргийлэх вакцин хийхийн тулд HBs—Ag-ийг их хэмжээгээр, цэврээр гарган авах шаардлага гардаг. В гепатитийн вирусийн бүтцийг нарийвчлан судалснаар HBs—Ag-ийн гол детерминантыг нийлэг аргаар гарган авах (7,12), уг эсрэгтөрөгчийг нийлэгжүүлэгч гепатомын эсийн өсгөвөр эшиглах (3,21), HB_s—Ag-ийг хариуцсан вирусийн генийг E. coli-д суулгах (19) зэрэг шинэ аргуудыг бичиж байгаа хэдий боловч HB_s—Ag-ийг гарган авах гол эх сурвалж нь HB_s—Ag агуулсан хүний цусны ийлдэс байсаар байна. HB_s—Ag агуулсан хүний цусны ийлдэснээс HB_s—Ag-ийг цэврээр ялгахын тулд хэт хурилдуурдах (8,14), иммунохроматографийн (11), полимержуулсан альбумин эшигласан аффин-хроматографын (18) болон полиэтиленгликолиор шат дараалан тундасжуулах (6, 15, 17) аргуудыг хэрэглэдэг байна. Сүүлийн үед судлаачид дээрх аргуудын заримыг хослуулан хэрэглэж сайн үр дүнд хүрэх болжээ. (9, 16, 22, 23)

Бид тус орны өвөрмөц нөхцөлд тохирсон HB_s—Ag-ийг цэврээр ялгах арга боловсруулахын тулд уургийн молекулуудыг молекул жингээр нь ялгадаг гельхроматографийн аргын хувилбаруудыг ашиглан HB_s—Ag-ийг хүний цусны ийлдэснээс цэвэрлэх цуврал туршлага хийсэн юм. Бидний боловсруулсан аргаар HB_s—Ag-г харьцангуй цэврээр ялган авч болох бөгөөд эцсийн бүтээгдэхүүний цэвэршилтийн зэрэг нь бусад аргаар ялгасан HB_s—Ag-тай дүйхүйц юм гэдгийг туршлагын үр дүн харуулав.

Материал, арга зүй

HB_s—Ag-ийн эх үүсвэр Угтвар иммуноэлектрофорезийн аргаар (13) HB_s—Ag илрүүлсэн эрүүл донорын болон эрүүл эхийн эхсийн цусны ийлдсийг хэрэглэв.

Ийлдсийг туршлаганд хэрэглээгүй үед -40° С-т хадгалж байв. Полиэтилен-гликоль-оор тундасжуулах 6000 дальтон жинтэй полиэтилен-гликоль (ПЭГ)—(Sigma Chemicals Co., USA) ашиглан Виек нарын (23) боловсруулсан аргыг хялбарчлан хэрэглэв. Үүнд: тодорхой хэмжээний HB_s—Ag эерэг ийлдсийг хэмжин авч давсны хүчлээр pH

4,6 болгоод; 30% ПЭГ-ээс эцсийн түвшрүүлэг 2% байхаар тооцоолон дуслар нэмээд -10°C -т 30 мин байлгав. Дараа нь $+4^{\circ}\text{C}$ -т 3000 хурдтай 30 мин хурилдуурдаж, тундсыг хаяад тундсын дээрх шингэн дээр эцсийн түвшрүүлэг 4,5% байхаар дахин 30% ПЭГ нэмж, -10°C -т 30 мин байлгав. Мөн $+4^{\circ}\text{C}$ -т 3000 хурдтайгаар 30 мин хурилдуурдаж, тундсын дээрх шингэнийг хаяад тундсыг ийлдсийн анхны эзлэхүүний $1/10-1/20$ -тэй тэнцэх хэмжээний нэрсэн усанд уусгав. Гарсан уусмалаас -ПЭГ-ийн үлдэгдлийг G-50 Molselect (Hungary) гелд хроматографлаж салгав.

Гель-хроматограф 0,15 M NaCl-тай 0,01 M Трис-HCl (PH 7,6) буферт тэнцвэржүүлсэн Биогель А5 м (Bio-Rad Laboratories Co., USA) маркийн 200—400 меш хэмжээтэй агарозин гелийг хэрэглэв. Уг гелийг 2 x 75 см хэмжээтэй колонконд угсарч, 1—5 мл материалыг 8 мл/цаг хурдтайгаар хроматографлав.

Фракцуудыг 40 дуслар хураав.

Уургийн хэмжээг тодорхойлох гелхроматографын фракцуудад бол 280 нм долгионы урттай хэт ягаан туяаны шингээлтээр, бусад тохиолдолд биуретийн нийтлэг аргаар тодорхойлов.

НВ_s-Ag ба ийлдсийн өвөрмөц уургийг илрүүлэх -дээ угтвар иммуноэлектрофорез (13) болон завсрын гелтэй нийлмэл иммуноэлектрофорезийн (1) аргыг хэрэглэж, хүний ийлдсийн уургуудын эсрэг гахайн эсрэг бие (SwANu) ielfo-SERYAC, Chekoslovakia), Эрүүл ахуй, халдвар, нян судлалын улсын институтэд гарган авсан (2) НВ_s-Ag-ий эсрэг ямааны эсрэг биеийг ашиглав.

ҮР ДҮН, ШҮҮМЖ: Эхний цуврал туршилтыг 10^4-10^6 молекул-жинтэй уургийн молекулуудыг өөр хооронд нь ялгах чадвартай гелиэр НВ_s-Ag эерэг 1,0 мл цусны ийлдсийг хроматографлаж хийв.

Энэ туршлагын дүнгээс үзэхэд ийлдсийн нийт уураг 3 фракц болон салж байв. (Зураг 1). Завсрын гелтэй нийлмэл иммуноэлектрофорезоор НВ_s-Ag-ийн тархалтыг үзэхэд 31—40 дэх фракцид буюу уургийн эхний 2 фракцийн хооронд гарч байлаа. Гэвч нэг удаагийн ялгалтанд оруулах ийлдсийн ачааллыг нэмэгдүүлэхэд НВ_s-Ag бүхий фракц дахь бусад уургийн хэмжээ ихэсч байсан учир энэхүү нэг шатат гелхроматографын арга нь НВ_s-Ag-ийг их хэмжээгээр гарган авахад тохиромжгүй байлаа.

Тиймээс гелхроматограф хийхээс өмнө цусны ийлдсээс бусад уургийг зайлуулж, НВ_s-Ag-ийн хэмжээг ихэсгэх нэг шат нэмэх шаардлагатай болов. Энэ зорилгоор бид ПЭГ-ээр урьдчилан тундасжуулах аргыг (23) хэрэглэв.

ПЭГ-ээр хоёр шаттайгаар тундасжуулахад туршлаганд авсан ийлдэсний нийт уургийн 87% нь, нийт НВ_s-Ag-ийн 20% орчим нь хаягдаж, НВ_s-Ag-ийн өвөрмөц идэвх 6 дахин ихэсэв (Хүснэгт 1).

4,5% ПЭГ-ээр тундасжуулсан фракцаас ПЭГ-ийг G-50 Molselect-ээр зайлуулж, Биогель А-5 м (200—400 меш) гелиэр хроматографлахад 30—43 дугаар фракцид 1 : 4—1 : 512 (дунджаар 1 : 16) таньцтай НВ_s-Ag ялгарав. (Зураг 2)

НВ_s-Ag агуулсан фракцуудын нийлбэр уургийн хэмжээ 3,6 мг/мл болсон нь өмнөх шатны уургийн хэмжээнээс 30 дахин бага болжээ.

ПЭГ-ээр тундасжуулсны дараа НВ_s-Ag-ийг гелхроматографаар цэвэрлэсэн 2 шатны ерөнхий үзүүлэлтийг үзвэл (хүснэгт 2), ажилбарын явцад анх авсан сорьцын уургийн 99,1% нь хаягдаж, эцсийн бүтээгдэхүүн дэх НВ_s-Ag-ийн өвөрмөц идэвх нь 62,8 дахин өсчээ. Энэ нь НВ_s-Ag-ийг цэвэрлэж, өтгөрүүлсэн бусад судлаачийн үзүүлэлтээс (6, 15, 22, 23) муугүй байна.

ДҮГНЭЛТ. 1. НВ_s-Ag эерэг хүний цусны ийлдсээс бага хэмжээний НВ_s-Ag-ийг гелхроматографын аргаар цэврээр ялгаж болох юм.

2. Гельхроматографаар ялгах HB_s-Ag-ийн гарцыг нэмэгдүүлэхийн тулд ПЭГ-ээр урьдчилан тундасжуулах нь тохиромжтой.

Хүс нэгт 1

Цусны ийлдэснээс HB_s-Ag-ийг ПЭГ-ээр тундасжуулсан үзүүлэлт

Фракцууд	хэмжээ (мл)	уургийн хэмжээ (мг.мл)	HB _s -Ag хэмжээ (урвуу таньц)
Анх авсан ийлдэс	100	82	4
2% ПЭГ-ээр тундасжуулсны дараахь шингэн	90	73	6
2% ПЭГ тундас	10	71	0
4,5% ПЭГ эер тундасжуулсны дараахь шингэн	95	47	0
4,5% ПЭГ тундас	10	106	32

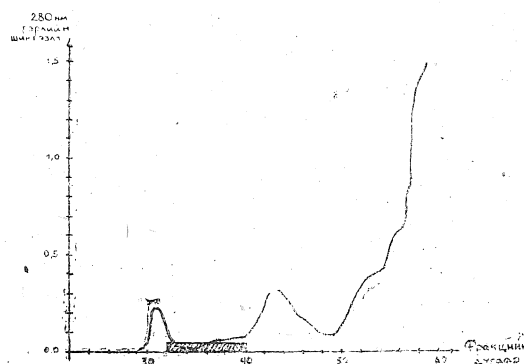
Хүснэгт 2

Цусны ийлдэсээс HB_s-Ag-ийг ПЭГ-ээр урьдчилан тундасжуулсны дараа гельхроматографаар цэвэрлэсэн үзүүлэлт

Сорилын материал	хэмжээ (мл)	HB _s -Ag хэмжээ (урвуу таньц)	уургийн хэмжээ (мг/мл)	өвөрмөц идэвх	цэвэрлэлийн зэрэг
Анх авсан ийлдэс	100	6	82	0,07	1,0
ПЭГ-ээр тундасжуулсан фракц	10	32	106	0,3	4,3
Гель-хроматографийн HB _s -Ag эерэг фракцийн нийлбэр	20 ³	16	3,6	4,4	62,8

1. Урвуу таньц
уургийн хэмжээ — томъёогоор бодож гаргав.
2. Сорьцын өвөрмөц идэвх
анх авсан ийлдсийн өвөрмөц идэвх — томъёогоор гаргав.
3. ПЭГ-ээр тундасжуулсан материалаас 3 мл авч Г-50 гелиэр ПЭГ үлдэгдлээс салгахад 5 мл болтол шингэрснийг биогелиэр хроматографлахад гарсан хэмжээ.

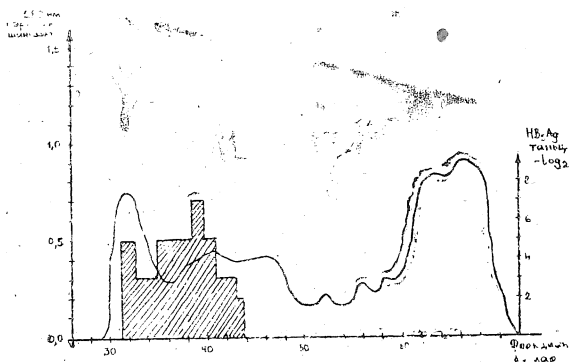
Зураг 1



HB_s-Ag-ээрэг цусны ийлдсээс гельхроматографын аргаар HB_s-Ag-ийг цэвэрлэсэн нь.

Зураасаар уургийн ерөнхий хэмжээг 280 нм урттай гэрлийн долгионы шингээлтээр, ташуу шугамтай дөрвөлжнөөр HB_s-Ag-ийн өвөрмөц идэвхийг тус тус тэмдэглэв.

Зураг 2



Цусны ийлдсээс ПЭГ-ээр урьдчилан өтгөрүүлсэн материалаас $\text{HB}_s\text{-Ag}$ -ийг гельхроматографаар цэвэрлэсэн нь.

Зураасаар уургийн ерөнхий хэмжээг (1:3-аар шингэлсэн) 230 нм урттай гэрлийн долгионы шингээлтээр, ташуу зураастай дөрвөлжнөөр $\text{HB}_s\text{-Ag}$ -ийн таньцыг угтвар иммуноэлектрофорезоор тодорхойлсныг тус тус тэмдэглэв.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Аксельсон, Н., Крелль, Й., Вэке, Б. Руководство по количественному иммуноэлектрофорезу, М., 1977. 216
2. Нимадава, П., Пуревдава, Э. и др. Получение и апробация гипериммунной диагностической сыворотки против $\text{HB}_s\text{-Ag}$, В кн. Тезисы докладов третьей научно-практической конференции "Актуальные вопросы вирусологии", У-Б., 1982. 18—19;
3. Abern, D. P. et al., Controlled synthesis of $\text{HB}_s\text{-Ag}$ in a differentiated human liver carcinoma-derived cell line, *Nature*, (1979). 282 ; 615;
4. Blumberg, B. S., Alter, H. J., Visnick, S.: A new antigen in leukemia sera, *J. Am. Med. Ass.*, (1965): 191 : 541;
5. Dane, D. S., Cameron, C. H., Briggs, M.: Virus-like particles in serum of patients with Australia-antigen-associated hepatitis, of patients *Lancet*, (1970) 1 : 695;
6. Derizzo, E. et al.: Concentration and purification of hepatitis B antigen With polyethylene glycol and polyelectrolyte 60, a cross-linked copolymer of isobutylene maleic anhydride, *Infect. Immun* (1972).: 5 : 213;
7. Dreesman, G. R. et al.: Antibody to hepatitis B surface antigen after a single inoculation of uncoupled synthetic $\text{HB}_s\text{-Ag}$ peptides, *Nature* (1982):295 : 158;
8. Gerin, J. L. et al.: Australia antigen: large-scale purification from human serum and biochemical studies of its proteins, *J. Virol.* (1971):, 7 : 569;
9. Gerlich, W. H. et al.: Structural relationships between the surface antigens of ground squirrel hepatitis virus and human hepatitis B virus, *J. Virol.* (1980) : 36 ; 787;
10. Hoofnagle, J. H.: Hepatitis B surface antigen and antibody, In: *Virus and the Liver*, Eds. L. Bianchi, W. Gerok et al., MTP Press Ltd. Lancaster, (1980) pp. 27—37;
11. Howen, S. et al.: The use of an immunosorbent in the isolation of Australia antigen, *Vox Sang.* (Suppl.): (1973) 114—122;
12. Lerner, R. A. et al.: Chemically synthesized peptide predicted from the nucleotide sequence of the hepatitis B virus genome elicit antibodies reactive With the native envelope protein of Dane particles, *Proc. Natl. Acad. Sci. USA*, (1981) 78 : 3403;
13. Maynard, J. E. et al., Laboratory techniques for the detection of hepatitis B surface antigen, Atlanta, 95 pp.;
14. Mishiro, Sh. et al. (1980): A 49,000-dalton polypeptide bearing all antigenic determinants and full immunogenicity of 22-nm hepatitis B surface antigen particles, *J. Immunol.* (1977) 124 : 1589;

15. Nath, N. et al.: Purification of hepatitis B surface antigen using polyethylene glycol, pepsin and Tween-80, *Vox Sang.* 31 (Suppl.) (1976): 84;
16. Neurath, A. R. et al.: Large-scale purification of hepatitis B surface antigen using affinity chromatography. *Experientia* (1978) 34 : 414;
17. Neurath, A. R. et al.: Hepatitis B antigens: separation of two populations differing in particle size distribution, *Proc. Soc. Exp. Biol. Med.* (1973) 143 : 440;
18. Neurath, A. R., Strick, N.: Affinity chromatography of HBs-Ag from e-antigen-positive sera on insolubilized cross-linked albumin, *Arch. Virol.* (1979), 60 : 79;
19. Pasrk, M. et al.: Hepatitis B virus genes and their expression in *E. coli*. *Nature* (1979) 282 : 575;
20. Prince, A. M.: An antigen detected in the blood during the incubation period of serum hepatitis. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA.* 1968 60 : 814;
21. Skelly, J. et al. : Hepatitis B surface antigen produced by a human hepatoma cell line, *Nature*, (1979) 282: 617;
22. Vnech, J. et al.: Association of normal serum protein antigens with chimpanzee hepatitis B surface antigen particle, *J. Med. Virol.* (1978) 2: 319;
23. Vneck, J., Prince, A. M.: Large scale purification of hepatitis B surface antigen, *J. Clin. Microbiol.* (1975): 3 : 626;
24. WHO Expert Committee on Viral Hepatitis: Terminology of hepatitis viruses and antigens. *Inter virology*: (1977), 8 : 65;

ВЫДЕЛЕНИЕ ПОВЕРХНОСТНОГО АНТИГЕНА ВИРУСА ГЕПАТИТА В МЕТОДОМ ГЕЛЬХРОМАТОГРАФИИ

Ж. Хасболд, П. Нямдава

Разработана модификация метода очистки HBs-Ag из сыворотки крови путем гельхроматографии на Бюгель А-5 м (200-400 меш) с предварительной преципитацией при помощи полиэтиленгликоля 6000.

При использовании разработанной модификации удалось уменьшить общее количество белка на 99.1% и увеличить специфическую активность в 62,8 раз в конечном продукте по сравнению с исходной сывороткой.

С. ЯМААХАЙ

ЗҮРХНИЙ МЭС ЗАСАЛ ХИЙХЭД ЦУСНЫ ШИРХЭГЛҮҮР ТӨРӨГЧ (ФИБРИНОГЕН)-ИЙН ХОЛБОГДОЛ

АНАГААХ УХААНЫ ХҮРЭЭЛЭН

Зүрхний мэс засалд гипотерми, цусны зохиомол эргэлтийн аппарат хэрэглэснээр цус бүлэгнэлтийг улам идэвхтэй судлах шаардлагатай болов. Цус бүлэгнэлтэд ширхэглүүр төрөгч чухал ач холбогдолтой.

Зүрхний мэс заслыг цусны зохиомол эргэлттэй хийхэд ширхэглүүр төрөгчийн хэмжээнд онцгой өөрчлөлт гарч болзошгүй учир мэс заслаас өмнө өвчтөний цус бүлэгнэх системийг сайтар шинжлэх нь зүйтэй юм.

Зүрхний төрөлхийн гажгийн үед цусан дахь ширхэглүүр төрөгчийн хэмжээ онц өөрчлөгдөхгүй хэвийн хэлбэлзэлд (2-4 г/л) багтаж байдгийг судлаачид тэмдэглэж байна. Хэвлэлийн тоймоос үзэхэд мэс засал хийхээр унтуулсны дараа цусны ширхэглүүртөрөгчийн хэмжээ хэвийн дунджаас ялимгүй ихэсдэг а гэжээ. (1-5, 8-9, 12-13)

Мэс заслын байдал, үүсэн гарах хүндрэлээс шалтгаалан ширхэглүүр төрөгчийн хэмжээ янз бүрээр өөрчлөгдөнө. (6-7, 13) Гэхдээ гол төлөв цусны зохиомол эргэлттэй хийсэн мэс заслын эцэст ширхэглүүр

төрөгч багасна. Ийм өөрчлөлтийг судлаачид ажигласан бөгөөд цус юүлэлт 30 минут үргэлжлэхэд ширхэглүүр төрөгч 53—68%-иар багасч байжээ. (3—5, 10) Үүнийг цус гепаринжуулалт хангалтгүйтэй холбон тайлбарлах ба хялгасан судасны системд өчүүхэн ширхэгтэй бүлэн үүсч ширхэглүүр төрөгчийн нөөцөд муугаар нөлөөлнө. (3—4)

Цусны зохиомол эргэлтийн үед ширхэглүүр төрөгч багасч тэр нь цус алдалтад хүргэх талаар судлаачдын санал зэрөөтэй байна. Ширхэглүүр төрөгчийн хэмжээ багассанаас болж цусны зохиомол эргэлтийн аппарат зогссоны дараа цус алдана гэж (2—3) зарим судлаач үзэж байхад, зарим нь өөрсдийн туршилтанд тулгуурлан харин фибрин уусгагч идэвх ихэссэнээс шалтгаалан цус алдана гэж үзэж байна. (6)

Мэс заслын дараа 2—4 хснгийн дотор ширхэглүүртөрөгч болон цус бүлэгнүүлэх бусад үзүүлэлт ихсэж заримдаа эмгэг өөрчлөлтөд хүрч бүлэн үүсэх нөхцөл бүрдэх үндэстэй. (6)

Үүнийг зүрхний мэс заслын дараа 4—8 дахь өдөрт цусны ширхэглүүр төрөгчийн хэмжээ 10—12 г/л болж байсантай холбон тайлбарлаж болно.

Шинжилгээний материал, ажлын арга зүй. Бид зүрхний төрөлхийн болон олдмол гажигтай 330, мэс заслын эмчилгээ хийлгэсэн 76 өвчтөнд ажиглалт хийлээ. Эдгээрийн дотор зүрхний тосгуур хоорондын 53, фаллогийн гурвалсан болон дөрвөлсөн гажигтай 14, артерийн битүүрээгүй цорготой 126, хоёр хавтаст хавхлагын нарийсалт олдмол гажигтай 53 өвчтөн байв.

Мэс заслын эмчилгээ хийлгэсэн 76 өвчтөнийг оношоор ялгавал артерийн битүүрээгүй цорготой 31, зүрхний ховдол хоорондын цоорхойтой 12, тосгуур хоорондын цоорхойтой 17, хоёр хавтаст хавхлагын нарийсалттай 16 хүн байв.

Цусны ширхэглүүр төрөгчийг Р. А. Рутбергийн аргаар тодорхойлж статистикийн бслвсруулалт хийв.

Шинжилгээний дүн. Зүрхний тосгуур хоорондын цоорхой төрөлхийн гажигтай өвчтөнд цусны ширхэглүүр төрөгчийн хэмжээ дунджаар $0,28 \pm 0,01\%$, ховдол хоорондын цоорхойтой өвчтөнд $0,30 \pm 0,04\%$, артерийн битүүрээгүй цорготой өвчтөнд $0,27 \pm 0,08\%$, фаллогийн гурвалсан болон дөрвөлсөн гажигтай өвчтөнд $0,20 \pm 0,002\%$, хоёр хавтаст хавхлагын нарийсалт гажиг бүхий өвчтөнд $0,33 \pm 0,017\%$ тус тус байв. Үүнээс үзэхэд цусны ширхэглүүртөрөгчийн хэмжээ зүрхний гажигтай өвчтөнд хэлбэлзэл багатай өөрөөр хэлбэл эрүүл хүний хэмжээнд байна. Гэвч төрөлхийн гажиг, ялангуяа фаллогийн гурвалсан болон дөрвөлсөн гажигтай зарим өвчтөний цусанд хэвийн хэмжээний доод хязгаараас доогуур байв.

Зүрхний гажигаа мэс заслаар эмчлүүлсэн 76 хүний цусны ширхэглүүртөрөгчийн хэмжээ мэс заслын дараахь нэг, хоёр, долоо, арван дөрөв дэх өдрүүдэд өөрчлөгдөж байгааг ажиглахад артерийн битүүрээгүй цорготой өвчтөний цусанд ширхэглүүртөрөгч дунджаар $0,26 \pm 0,01\%$; $0,27 \pm 0,03\%$; $0,37 \pm 0,01\%$; зүрхний тосгуур хоорондын цоорхойтой болон хоёр хавтаст хавхлагын нарийсалт гажигтай байсан өвчтөнд тогтвортой нэгэн түвшинд ($0,32-0,33 \pm 0,02\%$), ховдол хоорондын цоорхой гажигтай өвчтөнд $0,42-0,40 \pm 0,03\%$ байлаа.

Цусны зохиомол эргэлттэй мэс заслын дараахь нэг, хоёр, долоо, арван дөрөв дэх өдрүүдэд цусны ширхэглүүртөрөгч $0,20\%$; $0,28\%$; $0,24\%$; $0,16\%$ болж цаашид өөрчлөгдсөнгүй.

Зүрхний артерийн битүүрээгүй цорго тосгуур болон ховдол хоорондын цоорхойтой, хоёр хавтаст хавхлагын олдмол гажигийн үед цусны ширхэглүүр төрөгчийн хэмжээнд онцын өөрчлөлт гардаггүй тухай судлаачдын дүгнэлттэй бидний ажиглалт үндсэндээ тохирч байна. Хөхрөх шинж тэмдэг үлэмж тодорсон, зүрхний гурвалсан, дөрвөлсөн гажигийн

үед ширхэглүүртөрөгчийн хэмжээ эрүүл хүнийхээс нилээд доогуур байна. Энэ нь элэгний үйл ажиллагаа хямарч биохимийн үзүүлэлт, ялангуяа цус бүлэгнэлт тухайлбал ширхэглүүртөрөгчийн хэмжээ хэдийгээр бага байсан боловч мэс заслын эмчилгээний дараа цус алдалт тохиолдоогүй ба нэгдэх өдрөөс эхлэн нэмэгдэж хэвийн байдалд орж байна.

1950—1970 оны хэвлэлд цусны зохиомол эргэлтийн үед ширхэглүүр төрөгчийн хэмжээ багасах нь аппарат зогссоны дараа цус алдалтад гарцаагүй хүргэдэг гэж бичсэн байх боловч бидний ажиглалтанд тийм тохиолдол ажиглагдсангүй. Харин гемодилюцтай, цусны зохиомол эргэлтийн үед ширхэглүүртөрөгчийн хэмжээ аппарат зогссоноос хойш асар удалгүй мэс заслын өмнөх байдалд ойртож байлаа.

Мэс заслын дараахь нэг, хоёр, долоо, арван дөрөв дэх өдрүүдэд ширхэглүүртөрөгчийн хэмжээ тогтвортой нэгэн түвшинд буюу 0,26—0,42 г%-ын хооронд байсан нь 1,0—1,2 г% байдаг гэсэн зарим судлаачдын судалгаатай тохирохгүй байгаа юм. (6) Энэ байдлыг гемодилюцтай, цусны зохиомол эргэлттэй холбон тайлбарлаж болох талтай. Нөгөө талаар цусны зохиомол эргэлтэд гемодилюцийн аргыг хэрэглэх нь өвчтөний цусны ширхэглүүртөрөгчид ноцтой өөрчлөлт гаргахгүй байна.

Дүгнэлт. Өргийн судалгаанд үндэслэн дор дурьдсан урьдчилсан дүгнэлт хийв.

— Зүрхний төрөлхийн гажиг тосгуур болон ховдол хоорондын цоорхой, артерийн битүүрээгүй цорго, хоёр хавтаст хавхлагын нарийсалт, олдмол гажгийн үед цусан дахь ширхэглүүртөрөгч эрүүл хүнд байх хэмжээнд байна.

— Фаллогийн гурвалсан ба дөрвөлсөн гажигтай өвчтөний цусан дахь ширхэглүүртөрөгчийн хэвийн бага хэмжээнээс багадах тохиолдол байж болно.

— Гемодилюцтай цусны зохиомол эргэлтийн үед ширхэглүүртөрөгч багасах боловч мэс заслын дараахь өдрөөс хэвийн хэмжээнд орох ба мэс заслын дараахь үгдрэлгүй үед хэвийн хэлбэлзэлд байна.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Залесский Г. Д. Жур. Вopr. Ревмат. 1961, № 1, 57
2. Левицкая Л. А. В кн: Вопросы патологии физиологии сердечно-сосудистой системы. М. 1963, 188
3. Уманский М. А. Пробл. гемат. и перелив. крови 1962, № 8, 46.
4. Степанян Е. П., Лагутина А. М. Жур. груд. хир. 1959, № 3, 52.
5. Степанян Е. П., Смирнская Е. М. Жур. груд. хир. 1962, № 1, 41.
6. Степанян Е. П., Геселевия Е. Л., Поспелова Е. П. В кн: Изменение метаболизма при сердечно-сосудистой патологии, 1968.
7. Терентьев Л. И. В сб. Операции на открытом сердце. 1961, 211
8. Allen J. G. Extracorporeal circulation., 1958. 231
9. Overbeck W. Thoraxchirurgie, 1960. 40. 2
10. Perkins H., Osborn S, J. lab. clin. med., 1956. 48. 223
11. Spohn K. Thoraxchirurgie, 1960. 7, 3. 228
12. Swan H. at all. Surgery 1955. 38. 858
13. Thies H. A. Chemotherapy, 1961. 3. 4. 354

СОДЕРЖАНИЕ ФИБРИНОГЕНА В КРОВИ И ЕГО РОЛЬ В КАРДИОХИРУРГИИ

С. Ямахай

При операциях на сердце с экстракорпоральным кровообращением, из основных компонентов свертывающей системы крови, значительные изменения претерпевает фибриноген.

Содержание фибриногена в крови у больных с врожденными пороками сердца колеблется в пределах нормы. В частности, у больных с дефектом межпредсердной и межжелудочковой перегородки, а также незаросшим артериальным протоком уровень содержания фибриногена в крови составлял $0,28 \pm 0,01$ г%.

У больных с триадой и тетрадой Фалло отмечен низкий уровень фибриногена в крови.

Была выявлена гипофибриногенемия во время операции на сердце с искусственным кровообращением. Исследования, проведенные на 1; 7 и 14 день после операции показали, что при неосложненном течении операции в послеоперационном периоде уровень фибриногена достигает нормы.

Несмотря на низкое содержание фибриногена до операции у больных с триадой и тетрадой Фалло не наблюдалось кровотечений во время операции и после нее.

О

Г. ЦОГТ, В. Р. ЗИЦ.

УЛААНБААТАР ХОТЫН ХҮН АМЫН УУШГИНЫ ТӨРӨЛХИЙН ГАЖ ХӨГЖЛИЙН СУДАЛГАА

СҮРБЕЭ УУШГИНЫ ЭМГЭГ СУДЛАЛЫН НЭГДСЭН ТӨВ

Амьсгалын эрхтэний төрөлхийн гаж хөгжлийг судалсан эрдэм шинжилгээний бүтээлүүд сүүлийн жилүүдэд олширч байна. Энэ нь нэг талаар уг эмгэг хүн амын дотор ихэсч байгаатай нөгөө талаар түүний оношилгоо сайжирсантай холбоотой юм.

Уушгины гажиг нь үр хөврөлийн ба төрсний дараахь үед үүсдэг боловч эмнэл зүйн шинж тэмдэг нь зөвхөн үрэвслээр хүндэрсэн тохиолдолд илэрдэг тул энэ нь түүний оношилгоог улам хүндрүүлдэг.

БНМАУ-ын хүн амын дотор явуулсан мөгөөрсөн хоолой, уушгины төрөлхийн гажгийн судалгааны тухай мэдээлэл бидэнд тохиолдоогүй болно. Эмнэл зүй, лаборатори, рентген-томограф, бронхологийн шинжилгээний аргуудаар уушгины эмгэгтэй 1350 өвчтөний 51-д (3,8 % нь) бид төрөлхийн гажгийг оношилсон юм. Тэдний 33 нь эрэгтэй, 18 нь эмэгтэй хүмүүс байв.

Уушгины гажиг нь голдуу залуу 30 хүртэлх насны хүмүүст илэрч байв.

Өвчтөний өчгөөс үзэхэд 43 өвчтөнд энэ эмгэгийн анхны шинж тэмдэг хүүхэд, өсвөр насанд томуу, хатгалгаагаар өвчилсний дараа мэдэгдэж эхэлсэн, өөрөөр хэлбэл зөвхөн үрэвсэл үүссэн тохиолдолд илэрч байжээ. Харин хүндрэлгүй үед өвчтөн өөрийгөө эрүүл гэж тооцдог байснаас урьдчилан сэргийлэх үзлэгээр 8 хүнд тохиолдлоор илэрсэн юм.

Бэлцрүүт гипоплаз—39, гуурсан бэлцрүү—5, „тольдсон“ уушги—3, уушгины агенез—1, энгийн гипоплаз—1, уушгины дэлбээний гипоплаз—2 хүнд тус тус илэрч байв. Энэ судалгаанаас өмнө уушгины эдгээр гажгийг нэг ч тохиолдолд оношилж байгаагүй бөгөөд гуурсан хоолойн архаг үрэвсэл, архаг хатгалгаа, уушгины буглаа, сүрьеэ, өмөн, уушгины хатуурсан үрэвсэл, уушгинд хий тогтсон гэж эмчилж байжээ.

Уушгины бэлцрүүт гипоплаз нь олонтоо (76%) тохиолдож байснаас гадна эмнэл зүйн янз бүрийн шинж тэмдгээр илэрч байсан учир анхаарал татаж байв. Бэлцрүүт гипоплаз нь баруун уушгинд (21), Зүүнд (16), хоёуланд (2) байрлаж уушгийг бүхэлд нь 4 тохиолдолд хамаарч байсан болно. Эдгээр өвчтөн сүрьеэ (13), гуурсан хоолойн тэлэлт (9), архаг буглаа (3) гэсэн оноштойгоор олон жилийн турш эмчлүүлж байжээ.

Бусад судлаачдын болон өөрсдийн ажиглалтыг үндэслэн бид бэлцрүүт гипоплазыг хүндрэлгүй (5), хүндэрсэн (34) гэж 2 үндсэн хэлбэрт ангилав. Хүндрэлгүй эмгэгтэй хүмүүс нь ямар нэгэн зовиур шаналгаагүй байсан бөгөөд рентген-флюорографийн үзлэгээр илэрсэн юм.

Хүндэрсэн хэлбэрийн үед идээт цэртэй ханиад (29), цээжээр өвдөх (20), биеийн ачааллын үед амьсгаадах (23), халуурах (11) зэргийн архаг үрэвслийн шинж тэмдэг илэрч байв. Гадна үзлэгээр уушгины гажигтай тал нь 7 хүнд хавтгай болсны улмаас цээжний хэлбэр өөрчлөгдсөн байлаа.

Тогшилтын чимээний богиносолт (23), хайрцагны чимээ (6), чагнахад ширүүн амьсгал (24), суларсан амьсгал (25), хуурай хэржигнүүр (16,) нойтон (21) хүнд тус тус сонсдож байв. Бэлцрүүт гипоплазын эмнэл зүй нь олдмол идээт үрэвсэлт өвчинтэй харьцуулбал хөнгөн явцтай байсныг тэмдэглэх нь чухал байна. Тухайлбал, хүчилтөрөгчийн архаг дутагдлын шинж болох „бөмбөрийн цохиур“, „цагны шил“ зөвхөн 2 хүнд ажиглагдлаа.

Микробын флор нь идээт үрэвсэлт өвчнүүдийнхээс онцгой ялгаагүй байсан болно. Эмгэг төрөгч стафилококк, стрептококк, пневмококк буюу микробын холбоо ихэнх тохиолдолд тодорхойлогдож байв. 92,2% тохиолдолд микрофлор нь үндсэн антибиотикүүдэд өндөр тэсвэртэй байсныг энэ эмгэгтэй өвчтөнийг эмчлэхэд анхаарах хэрэгтэй юм.

Цусны талаас гарч байсан өөрчлөлтүүд нь тодорхой онцлоггүй байв. $8-12 \cdot 10^6$ хэмжээний лейкоцитоз 16 хүнд 30—40 мм СОЭ—22, нейтрофилез, протеинограммын өөрчлөлт, СРБ 18—20 хүнд тус тус ажиглагдаж байлаа.

Уушгины бэлцрүүт гипоплаз нь рентген-томографийн шинжилгээгээр уушгины эрс өөрчлөгдсөн зураглалын дэвсгэр дээр янз бүрийн хэлбэр хэмжээтэй хий бүхий хөндийнүүдээр илэрч байлаа.

Хүндэрсэн үед үүнээс гадна их хэмжээний сүүдэр үүсч, зарим тохиолдолд (4) шингэний түвшин тодорхойлогдож байв. Голт нь эмгэгтэй тал руу татагдаж, ар тийш эргэсэн байлаа.

Эмгэг хэлбэрийн шинж, тархалтыг тодорхойлж оношлох гол арга нь бронхограф бөгөөд энэ шинжилгээгээр тодотгогч бодисоор дүүрсэн бэлцрүүт хөндийнүүд нь янз бүрийн хэлбэр, хэмжээтэй байсан ба эдгээр нь зарим тохиолдолд „Савангийн хөөс“ төстэй байв.

Бактерийн эсрэг цогцолбор эмчилгээ нь энэ өвчний хүндэрсэн хэлбэрийн үед нилээд их үр дүн өгсөн юм. 26 өвчтөний биеийн байдал илт сайжирч, 8 өвчтөнд мэс заслын эмчилгээ амжилттай хийсэн болно.

Бид мөгөөрсөн бэлцрүүний 5 тохиолдолд (бүх гажгийн 10%) ажиглалт хийсэн юм. Манай клиникт хэвтэхээс өмнө эдгээр өвчтөн архаг буглаа (3), цээжний гялтангийн уутлагдсан үрэвсэл (1), цээжинд хий дүүрсэн гэж эмчлүүлж байсан бөгөөд бүгдээрэнд нь мэс заслын эмчилгээ амжилттай хийсэн байна. Уушгины төрөлхийн бусад гажгийг цөөн тохиолдолд оношилсон бөгөөд энэ нь практикийн ач холбогдол багатай боловч ялгах оношилгооны хувьд хүндрэлтэй байв.

Бидний энэ урьдчилсан судалгаанаас үзэхэд Улаанбаатар хотын хүн амын уушгины эмгэгийн дотор төрөлхийн гажиг тийм ч цөөнгүй тохиолдож ялгах оношилгоонд нилээн их ач холбогдолтой байна. Уушгины гажгийн эмнэл зүй нь зөвхөн үрэвслийн үед илэрдэг. Стационарт хэвтэж амбулаториор эмчлүүлж байгаа өвчтөнүүдийн оношийн зөрөө нь эмч нарын мэдлэг дутмаг байгаатай холбоотой юм.

Рентген-бронхологийг ба бусад шинжилгээг хэрэглэсэн халдвар тархалтын зорилгот судалгаа нь хүн амын дотор амьсгалын эрхтэний төрөлхийн гажгийг илрүүлж цаг тухайд нь эмчлэх боломж олгох юм.

ИЗУЧЕНИЕ ВРОЖДЕННЫХ АНОМАЛИЙ ЛЕГКИХ
У НАСЕЛЕНИЯ г. УЛАН-БАТОРА

Г. Цогт, В. Р. Зии

Впервые проведен анализ 1350 историй больных, находившихся на стационарном и амбулаторном лечении в различных учреждениях г. Улан-Батора по поводу бронхолегочной патологии. Тщательная оценка анамнестических, клинических, лабораторных, рентгеномографических, бронхологических, микробиологических и других исследований позволила у 51 (3,8%) человека диагностировать различную врожденную аномалию легких. Мужчин было 33, женщин—18, в основном молодого возраста (36). Первые симптомы заболевания у большинства больных (43) отмечались в детско-подростковом периоде и как правило, были связаны с развитием неспецифического воспалительного процесса. Наиболее частой аномалией легких были кистозная гипоплазия (39), реже встречались солитарная бронхогенная киста (5), простая гипоплазия (3) и др.

М. СҮХБААТАР

УУШГИНЫ ЦОЧМОГ ҮРЭВСЛИЙН ҮЕИЙН
ЦУС БҮЛЭГНЭЛТИЙН ӨӨРЧЛӨЛТ

АНАГААХ УХААНЫ ДЭЭД СУРГУУЛЬ

Хүүхдийн уушгины цочмог үрэвслийн эмгэг жамыг тал бүрээс нь нарийвчлан судлаж оношилгоо эмчилгээнд шинэ бүрдэл арга нэвтрүүлэх нь амьсгалын замын эмгэгийн өвчлөл, хүндрэл, эндэгдлийг бууруулахад чухал нөлөөтэй юм.

Ялангуяа уушгины үрэвслийн үед цус бүлэгнэлт өөрчлөгдөх асуудал судалгааны эхлэл шатандаа явагдаж судлаачдын дунд энэ талаар санал зөрөөтэй байна. Тухайлбал, Л. Д. Алексеевын судалгаагаар насанд хүрэгчдийн уушгины үрэвслийн үед, А. Ю. Лемберск, А.К. Табучнарын судалгаагаар хүүхдийн уушгины үрэвслийн үед цус бүлэгнэлт багасч байхад Ю. А. Шовкоплясынхаар цус бүлэгнэлт ихсэж байна (1).

Бид хүүхдийн уушгины цочмог үрэвслийн үеийн цус бүлэгнэлтийн өөрчлөлтийг өөрийн орны нөхцөлд судлах зорилт тавьсан юм. Уушгины цочмог үрэвслийн үеийн цус бүлэгнэлтийн өөрчлөлтийг тогтоохын тулд хэвийн үзүүлэлтийг авч үзье. 1—14 хүртэлх насны хүүхдийн цус бүлэгнэлтийн хэвийн үзүүлэлтийг (2) хүснэгт 1-д харуулав.

Хүснэгт 1

Хүүхдийн цус бүлэгнэлтийн зарим үзүүлэлт

№	Үзүүлэлтүүд	M±	±σ	±m	Насанд хүрэгчид
1.	Цус бүлэгнэх хугацаа (мин)	6,2	2,0	0,2	5—10
2.	Цайрдмал шилний бүлэгнэлт (мин)	16,4	3,3	0,5	—
3.	Сийвэнгийн дахин кальцжих сек)	106	20,4	0,5	60—120
4.	Тромботест (зэрэг)		1Y—YI		1Y—YI
5.	Протромбины хэрэгцээ (%)	97,0	3,3	0,5	80—100
6.	Фибриноген (Mг %)	280	68	8,9	200—400
7.	Фибрин задлах идэвхжил (цаг)		2—5		2—4
8.	Гепаринд гэсвэрлэх чанар (мин)	6,6	3,8	0,5	7—11
9.	Чөлөөт гепарин (сек)	4,7	0,8	0,01	5—7 нэгж

Бид 1960 оноос эхлэн уушгины цочмог үрэвслийн үеийн эмгэг жа-
мыг лавшруулан судлах, эмчилгээний оновчтой арга боловсруулах,
үрэвслийн үеийн цус бүлэгнэлтийн хямралыг судлах зорилгоор судал-
гаа хийж эхэлсэн юм (8—9). Судалгаанд нийт 3 сараас 16 насны 72
хүүхэд хамрагдсан. Бүх хүүхдийн 30 нь энгийн, 42 нь хордлоготой хэл-
бэрийн үрэвсэлтэй байв. Өвчтөний онош нь зохиур шаналгаа, бодит үз-
лэг, туслах шинжилгээгээр бүрэн нотлогдсон.

Хүснэгт 2

Ажиглалтанд авсан хүүхдийг онош, нас, хүйсээр
харуулбал:

№	Онош	өвчтөний тоо	Хүйс		Нас		
			эр	эм	3 хүртэлх	4—7	8—16
	Энгийн хэлбэр	30	15	15	14	12	6
	Хордлогот хэлбэр	42	19	23	18	14	8
	БҮГД	72	34	38	32	26	14

Цус бүлэгнэх хугацааг Ли Уайтын аргаар, сийвэнгийн дахин кальц-
жих хугацааг Бергергоф болон Роккийн аргаар, тромбоцесын зэргийг
Фулите-Итагийн арга засварласан М. А. Котовщиковагийн аргаар, прот-
ромбины хэрэгцээг М. А. Котовщикова болон З. Д. федоровагийн ар-
гаар, гепаринд тэсвэрлэх чанарыг Зиггийн аргаар, фибриногеныг
Р. А. Рутбергийн аргаар, фибрины өтгөрлийг В. П. Балудагийн ар-
гаар тус тус тодорхойлов.

Хүүхдийн уушгины цочмог үрэвслийн үеийн цус бүлэгнэлтийн зар-
им үзүүлэлтийг хүснэгт 3-д харуулав.

Хүснэгт 3

Эмнэлзүйн онош	Цус бүлэгнэх хугацаа (мин)	Сийвэнгийн дахин кальцжих (сек)	Тромбоцест (зэрэг)	Протромбины хэрэгцээ (%)	Гепаринд тэсвэрлэх чанар (мин)	Фибриноген (мг %)	Фибрины өтгөрөл (ммн)
Энгийн хэлбэр	7,68± 1,98± 0,23	100,17± 10,24 0,18±	Y—YI	71,18± 2,24± 0,20	11,18± 2,33± 0,26	188,66± 63,4± 6,4	11,24± 2,44± 0,19
Хордлогот хэлбэр	6,75± 1,93± 0,29	91,36± 10,33± 0,20	YI—YII	75,61± 1,77± 0,26	13,68± 1,56± 0,24	398,36± 75,66± 0,21	10,18± 1,04± 0,15

Уушгины цочмог үрэвсэлтэй хүүхдийн цус бүлэгнэлтийн үзүүлэл-
тийг 3 бүлэг болгон ангилж бүлэгнэлт хэвийн, бүлэгнэлт ихсэх, бага-
сах хандлагатай гэж магадлуур тогтоон мөрдөн ажиллаа. Эдгээр ма-
гадлуурыг дараахь хүснэгтээр харуулав.

Уушгины цочмог үрэвслийн үеийн цус бүлэгнэлтийг
үнэлэх магадлуур

№	Үзүүлэлтүүд	Бүлэгнэлт		
		хэвийн	багасах	ихсэх
1.	Цус бүлэгнэх хугацаа (мин)	7—10	> 10	< 7
2.	Сийвэнгийн дахин кальцжих (сек)	90—120	> 120	< 90
3.	Тромботест (зэрэг)	ҮҮ—ҮІ	< ҮҮ	> ҮІ
4.	Протромбины хэрэгцээ (%)	80—100	< 80	> 100
5.	Гепаринд тэсвэрлэх чадвар (мин)	6—10	> 10	< 6
6.	Фибриноген (мг %)	200—300	< 200	> 300
7.	Фибрины өтгөрөл (мин)	10—12	> 12	< 10
8.	Фибринсген В	+—	—	++

Бидний судалгаанд хамрагдсан өвчтөний 24 буюу 33,3% нь хэвийн үзүүлэлтэй, 11 буюу 15,3% нь цус бүлэгнэлт багасах, 37 буюу 51,4% нь цус бүлэгнэлт ихсэх хандлагатай байв.

ДҮГНЭЛТ 1. Бидний ажиглалтаар уушгины цочмог үрэвслийн үед гемокоагуляци өөрчлөгдөж байна.

2. Уушгины цочмог үрэвслийн үед цусанд фибриноген ихсэх нь бие махбодын хамгаалах урвал юм.

3. Уушгины цочмог үрэвслийн хордлогот хэлбэрийн үед цусны бүлэгнэх хугацаа, сийвэнгийн дахин кальцжих нь богиносч байгаа, гепаринд тэсвэрлэх чанар нэмэгдэж, фибрины өтгөрөл ихсэж, тромботест ҮІ—ҮІІ зэрэг болж байгаа нь бүлэгнэлт ихсэж байгааг харууллаа.

4. Цусны бүлэгнэлт ихсэж байгаа нь уушгины цочмог үрэвслийн үеийн хордлогот хэлбэрийг эмчлэх эрчимт эмчилгээний бүрдэлд цус бүлэгнэлтийн эсрэг эм хэрэглэх шаардлагатайг харуулж байна.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Шовкоплас Ю. С, Пед. 1978, 10, 7—11
2. Папаян А. В, Алексеев А. А. Пед. 1976, 62—65
3. Сүхбаатар М. Изменения коагулограммы при острой пневмонии у детей. Тез. докл. конф., посвященной 60 летию МНР. УБ. 1981, 126.
4. Сүхбаатар М. Опыт применения гепарина при острой пневмонии у детей. УБ. 1981, ҮҮ, 93—94.
5. Сүхбаатар М. Изменения коагулограммы при различных формах острой пневмонии и метод их коррекции. Тез. докл. конф., посвященной 40 летию основания Монгольского государственного медицинского института. УБ. 1982, 108.
6. Сүхбаатар М. Результаты применения гепарина в комплексной терапии тяжелых форм острой пневмонии у детей. Тез. докл. конф., посвященной 30 летию КЦДБ. УБ. 1982, 11.
7. Котовщикова М. А. Методические указания по исследованию свертывающей системы крови. 1966, 6—13
8. Данилова Г. Н. Методы определения гепарина в крови. Лабор. дело. 1974. 9. 523—527.
9. Балуда В. П. Лабор. дело. 1959, 2, 47—53.

ИЗМЕНЕНИЯ КОАГУЛОГРАММЫ ПРИ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ

М. Сухэ-батор

У 72 больных (34 девочки и 38 мальчиков в возрасте от 3 мес до 16 лет) с острой пневмонией исследовали показатели свертывающей и фибринолитической систем крови. У 30 детей (15 девочек и 15 мальчиков) выявлены простые формы пневмонии а у 42 детей (23 девочки и 19 мальчиков) токсические формы.

В результате исследований при токсической форме пневмонии отмечены укорочение времени свертывания и рекальцификации плазмы, повышение толерантности плазмы к гепарину, значительное возрастание фибринового сгустка и степени и тромботеста.

По показателям свертывающей и антисвертывающей системы крови при острой пневмонии выявлено 3 типа коагулограмм: нормальная (У 24 детей—33,3%), с наклонностью к гипокоагуляции (11 детей—15,3%) и с наклонностью к гиперкоагуляций (37 детей 51,4%).



Г. ДЭЖЭЭХҮҮ

ЦУСНЫ ДАРАЛТ ИХСЭХ ӨВЧНИЙ ЭМНЭЛ ЗҮЙН ИЛРЭЛЭЭР ӨВЧТӨНИЙ ТАВИЛАНГ ТОДОРХОЙЛОХ

АНАГААХ УХААНЫ ХҮРЭЭЛЭН

Цусны даралт ихсэх өвчний эмнэл зүйн илрэлийг судлах нь уг өвчний онош, үе шат, явцыг тогтооход чухал ач холбогдолтой юм.

Сүүлийн үед судлаачид цусны даралт ихсэх өвчний үеийн эмнэл зүйн зарим шинж тэмдгээр уг өвчний төгсгөл, тавиланг тодорхойлохыг зорьж байна. Гэвч энэ талаар хийсэн судалгаа төдий л их биш юм.

Иймээс цусны даралт ихсэх өвчний үеийн эмнэл зүйн зарим шинжээр уг өвчний тавиланг тодорхойлох зорилт тавьж энэхүү судалгааг хийв.

СУДАЛГААНЫ АРГАЧЛАЛ БА АЖЛЫН ХЭМЖЭЭ. Цусны даралт ихсэх өвчний учир судалгаанд хамрагдсан 1177 өвчтөнөөс сүүлийн 5 жилийн дотор уг өвчнөөр нас барсан 79 хүний судалгааны материалд анализ хийв. Хяналтын явцад судалгаанд хамрагдсан бүх өвчтөнд шээс, цусны шинжилгээ, цусны холестерин, сахар, үлдэгдэл азот, зүрхний цахилгаан бичлэг (ЗЦБ), нүдний уг шинжлэх, биеийн жин өндрийг хэмжих зэрэг өвчний онош, үе шат, явцыг тодорхойлох шинжилгээг жил бүр тогтмол хийж байв.

Энэхүү судалгаанд өвчтөний сүүлийн үеийн үзлэг, зарим шинжилгээний дүнг оруулав.

Өвчтөний зүрхний цахилгаан бичлэгт Миннесотын кодын дагуу анализ хийж, нүдний угийг Кейт-Вагнер-Баркерийн ангиллаар, биеийн жинг өндрийн хэмжээнд харьцуулах [4] журмаар үнэлгээг өгөв.

Өвчтөний зовиур, өвчилсөн хугацаа зэргийг уг өвчтөний өгүүллийг баримтлан авав.

Цусны даралт ихсэх өвчний үе шатыг тогтооходоо ДЭХБ-аас 1962 онд боловсруулсан ангиллыг баримтлав. [4]

Уг судалгааны статистикийн зарим үзүүлэлтийг ЭВМ-ТРА1-1001 тооцоолон бодох машины тусламжаар бодов.

СУДАЛГААНЫ ДҮН. 5 жилийн хугацаанд цусны даралт ихсэх өвчтэй 123 хүн нас барснаас 79 нь уг өвчний хүндрэлээр, 44 нь бусад шалтгаанаар нас баржээ. Цусны даралт ихсэх өвчнөөр нас барсан 79 өвчтөний 54 (68,36%) нь тархинд цус харваж, 9 (11,40%) нь зүрхний шигдээсээр, 7 (8,85%) нь бөөрний архаг дутагдлаар, 9 (11,40%) нь гэрт нас барсан байна.

Бусад шалтгаанаар нас барж буй хүмүүсийн олонхи нь элэгний болон бусад эрхтэний хорт хавдар, сүрьеэ, уушгины архаг үрэвсэлт өвчнөөр нас баржээ.

Хүснэгт 1

Цусны даралт ихсэх өвчнөөр нас барсан хүмүүсийн насны байдал

Нас барсан шалтгаан / насны бүлэг	тархинд цус харвах	зүрхний шигдээс	бөөрний архаг дутагдал	гэнэт нас барсан	Бүгд	Хувь
20 хүртэл						
20—24						
25—29						
30—34	1				1	1,26
35—39	5				5	6,33
40—44	1		1		2	2,54
45—49	2	1	2		5	6,33
50—54	11	2	1		17	21,52
55—59	15	1	=	3	18	22,78
60 ба дээш	19	5	3	4	31	39,24
Бүгд	54	9	7	9	79	100%

Дээрх хүснэгтээс үзэхэд уул өвчнөөр нас барах явдал ихэвчлэн (83,55%) 50-иас дээш насны хүмүүст тохиолдож байна. 50-иас доош насанд нас барагсдын 69,23% нь тархинд цус харвах, 7,7% нь зүрхний шигдээс, 23,07% нь бөөрний архаг дутагдлаар тус тус нас баржээ.

Хүснэгт 2

Цусны даралт ихсэх өвчнөөр нас барагсдын өвчний үе, шат.

Нас барсан шалтгаан / өвчний үе шат	бүх өвчтөн	тархинд цус харвах	зүрхний шигдээс	бөөрний архаг дутагдал	гэнэт нас барсан	Бүгд	Хувь
I	618	7	3	=	=	10	12,65
II	388	11	2	2	3	18	22,79
III	171	36	4	5	6	51	64,56
БҮГД	1177	54	9	7	9	79	100%

Дээрх хүснэгтээс үзэхэд цусны даралт ихсэх өвчнөөр нас барсан 79 өвчтөний 51 (64,56%) нь уг өвчний III үед нас баржээ. Харин нас барсан өвчтөнүүдийг үе шат тус бүрд нь авч үзвэл I үед байгаа 618 өвчтөнөөс 1,62% нь, II үед байгаа 388 өвчтөнөөс 4,64% нь, III үед байгаа 171 өвчтөнөөс 29,83% нь тус тус уг өвчнөөр нас барсан байна.

**Цусны даралт ихсэх өвчнөөр нас барсан хүмүүст
илэрч байсан зовиур (%)**

Зовиур	нас барсан шалтгаан	Тархинд цус харвах	зүрхний шигдээс	бөөрний архаг дутагдал	гэнэт нас барсан	Бүгд
Толгой өвдөх		24,0	12,2	11,1	18,4	18,9
Толгой эргэх		12,0	—	11,1	10,5	10,4
Хүзүү хөших		20,0	—	5,0	15,8	14,2
Нүд бүрэлзэх		16,0	10,2	6,1	13,2	13,2
Нойр муудах		8,0	3,1	11,1	7,9	6,6
Зүрх дэлсэх		4,0	9,1	22,2	5,3	8,5
Зүрх өвдөх		8,0	38,2	—	5,3	6,5
Амьсгаадах		8,0	18,2	11,1	10,5	12,3
Хавагнах		=	9,1	22,2	7,9	5,6
Дотор муухайрах		=	=	=	2,6	=
Бүгд		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Дээрх хүснэгтээс үзэхэд тархинд цус харваж нас барагсдын 80,0 %, гэнэт нас барагсдын 65, 8 %-д толгой өвдөх, хүзүү хөших, нүд бүрэлзэх зэрэг тархи мэдрэлийн зүрхний шигдээсээр нас барагсдын 74, 6 %-д зүрх өвдөх, амьсгаадах зэрэг зүрхний талын зовиур давамгайлан илэрч байжээ.

**Цусны даралт ихсэх өвчнөөр нас барагсдын артерийн даралтын дундаж
(мм. МУБ)**

Хүндрэл	артерийн даралт		систола		диастола	
	М	±G	М	±G	М	±G
Тархинд цус харвах	208,39	23,6	120,33	14,53		
Зүрхний шигдээс	184,5	30,82	113,25	16,72		
Бөөрний архаг дутагдал	212,0	22,78	128,25	6,49		
Гэнэт нас барсан	202,83	33,87	114,5	16,26		

Хүснэгтээс үзэхэд цусны даралт ихсэх өвчний хүндрэл нь ихэвчлэн систолын даралт 200 мм МУБ, диастолын даралт 110 мм МУБ-аас дээш байгаа үед тохиолдож байна. Бөөрний архаг дутагдлаар нас барсан хүмүүсийн артерийн даралт, ялангуяа диастолын даралт нь буцад хүндрэлийн үеийнхээс харьцангуй өндөр байна.

Хүснэгт 5-аас үзэхэд зүүн ховдлын гипертрофи, ST—сегмент, T—шүдний өөрчлөлт нь цусны даралт ихсэх өвчний аль ч хүндрэлийн үед элбэг илрэх боловч зүрхний шигдээсээр нас барахын өмнөх үед илүү их илэрч байжээ.

Нүдний уг шинжилсэн дүнгээс үзэхэд нас барагсдын нүдний угт цусны даралт ихсэх өвчний үеийн өөрчлөлт 100 % илэрч байснаас нейроангиоретинопатийн өөрчлөлт бөөрний архаг дутагдалтай хүмүүсийн 85, 7 %-д, тархинд цус харавсан хүмүүсийн 52,2 %-д, гэнэт нас барагсдын 42, 9 %-д, зүрхний шигдээсээр нас барагсдын 28,6 %-д тус тус илэрч байв.

Цусны даралт ихсэх өвчнөөр нас барагсдын Зүрхний цахилгаан
бичлэгт илэрсэн үндсэн өөрчлөлтүүд (%)

		Зүүн ховдлын гипертрофи	S—T сегментийн өөрчлөлт	T—ш үдний өөрчлөлт
Тархинд цус харвах	эр	60,0	40,0	60,0
	эм	57,14	42,86	42,86
	бүгд	58,33	41,67	50,0
Зүрхний шигдээс	эр	100,0	100,0	100,0
	эм	66,67	66,67	100,0
	бүгд	75,0	75,0	100,0
Бөөрний архаг дутагдал	эр	100,0	66,67	66,67
	эм	100,0	50,0	50,0
	бүгд	100,0	60,0	60,0
Гэнэт нас барсан	эр	66,67	50,0	50,0
	эм	66,67	33,33	33,33
	бүгд	66,67	44,44	44,44
Бүгд	эр	73,33	53,33	60,0
	эм	66,67	46,67	53,33
	бүгд	70,0	50,0	56,67

Нас барсан хүмүүсийн биеийн жингийн байдалд судалгаа хийж үзэхэд зүрхний шигдээсээр нас барагсдын 75 %, гэнэт нас барагсдын 55,5 %, тархинд нь цус харваж нас барагсдын 49,8 %, бөөрний архаг дутагдлаар нас барагсдын 25 % нь жин ихтэй хүмүүс байв.

ШҮҮМЖ. Цусны даралт ихсэх өвчтэй хүмүүсийн нас баралтын талаар хийсэн судалгааны ажил цөөнгүй байдаг. [1—2] Гэвч цусны даралт ихсэх өвчний үед илэрч буй эмнэл зүйн шинж тэмдгээр уг өвчний тавиланг тодорхойлох талаар хийсэн судалгааны ажил төдий л их биш юм.

Хүнд хэлбэрийн цусны даралт ихсэх өвчтэй 60 хүртэл насны 100 өвчтөнг 1955 оноос 1965 он хүртэл 10 жилийн турш хяналтанд авч ажиглалт хийжээ. [5] Судалгааны дүнгээс үзэхэд диастолын даралт өндөр байх, нүдний угт ретинопатийн өөрчлөлт илрэх, зүрхний зүүн ховдлын гипертрофи, бөөрний үйл ажиллагааны дутагдал илрэх нь уг өвчний тавиланд муугаар нөлөөлж байжээ.

Судалгаанаас үзэхэд цусны даралт ихсэх өвчтэй хүмүүс тархинд цус харвах болон зүрхний шигдээсээр нас барахад систол, диастолын даралт шууд нөлөөлж байжээ. [5]

Манай судалгаанд хамрагдсан 1206 хүнд илэрч байсан эмнэл зүйн шинж тэмдгүүдийг судалж үзэхэд артерийн даралт ихсэх нь өвчний үе шат ахих, зүрхний булчин болон нүдний угт органик өөрчлөлт үүсэхэд шууд хүчтэй нөлөөлж байлаа [3]

Бидний судалгааны дүнгээс үзэхэд ч цусны даралт ихсэх өвчний хүндрэл нь систолын даралт 200 мм МУБ, диастолын даралт 110 мм МУБ-аас дээш байгаа үед ихэвчлэн тохиолдож байна. Энэ нь цусны даралт ихсэх өвчний хүндрэлээс сэргийлэхийн тулд юуны өмнө артерийн даралтыг бууруулах нь чухал ач холбогдолтой болохыг харуулж байна.

Цусны даралт ихсэх өвчнөөр нас барсан хүмүүсийн зүрхний цахилгаан бичлэгт судалгаа хийж үзэхэд зүүн ховдлын гипертрофи болон *ST* сегмент, *T*—шүдний өөрчлөлт нь зүрхний шигдээс, бөөрний архаг дутагдлаар нас барсан хүмүүст харьцангуй их илэрч байжээ. Иймд зүрхний цахилгаан бичлэгт зүрхний титэм судасны дутагдлын шинж болох *ST* сегмент, *T*—шүдний өөрчлөлт илэрч буй хүмүүст даралт бууруулах эмчилгээ хийхийн зэрэгцээ зүрхний булчингийн тэжээллэг чанарыг сайжруулах, титэм судасны дутагдлыг багасгах эмчилгээнүүдийг хавсран хийх нь чухал байна.

Нүдний угийн байдлыг шинжилсэн дүнгээс үзэхэд нейроангиоретинопатийн өөрчлөлт ихэвчлэн бөөрний архаг дутагдлаар нас барсан хүмүүст (85,7 %) илэрч байжээ. [2] Зарим судлаачид нүдний угт нь ретинопати, нейроангиоретинопатийн өөрчлөлт илэрч байсан 290 хүний үхлийн шалтгааныг судалж үзэхэд 33 % нь бөөрний архаг дутагдлаар, 23 % нь тархинд цус харваж, 21 % нь зүрхний шигдээсээр нас барсан байжээ. [3]

Бидний болон дээрх судлаачдын судалгааны [1—4] дүнгээс үзэхэд нейроангиоретинопати нь цусны даралт, ихсэх өвчний хүнд хэлбэрийн үед элбэг тохиолдож голдуу бөөрний архаг дутагдлаар төгсдөг болохыг харуулж байна. Иймд даралт ихтэй өвчтөний нүдний угт нейроангиопатийн өөрчлөлт илэрч байвал бөөрний үйл ажиллагааг тодруулах шинжилгээнүүдийг нэмэн хийж, шаардлагатай бол бөөрний архаг дутагдлаас сэргийлж эмчилвэл зохино.

Цусны даралт ихтэй тарган хүмүүс ихэвчлэн зүрхний шигдээсээр нас барж байна. Эдгээр үзлэг шинжилгээний дүнгээс үзэхэд тархи мэдрэлийн талын зовиур давамгайлан илэрч байсан, нүдний угтаа ангиосклероз ба ретинопатийн өөрчлөлттэй хүмүүсийн тархинд нь цус харваж зүрхний талын зовиур ихтэй, зүрхний цахилгаан бичлэгтээ *ST*—сегмент, *T*—шүдний өөрчлөлт нь тод илэрсэн, жин ихтэй хүмүүс зүрхний шигдээсээр, нүдний угтаа нейроангиоретинопатийн өөрчлөлттэй, диастолын даралт өндөр байдаг хүмүүс бөөрний архаг дутагдлаар зонхилон нас барж байна гэж үзэж болохоор байна.

ДҮГНЭЛТ 1. 5 жилийн хугацаанд цусны даралт ихсэх өвчтэй 123 хүн нас барснаас 79 нь уг өвчний хүндрэлээр, 44 нь бусад шалтгаанаар нас баржээ. Цусны даралт ихсэх өвчнөөр нас барсан өвчтөнүүдийн 68,36 % нь тархинд цус харваж нас барсан байна.

2. Цусны даралт ихсэх өвчний хүндрэл нь систолын даралт 200 мм МУБ, диастолын даралт 110 мм МУБ-аас дээш үед ихэвчлэн тохиолдож байна.

3. Тархи мэдрэлийн талын зовиур давамгайлан илэрч байсан, нүдний угтаа ангиосклероз ба ретинопатийн өөрчлөлттэй хүмүүс зонхилон тархинд цус харваж, зүрхний талын зовиур ихтэй, зүрхний ажиллагаа болон *ST*—сегмент *T*—шүдний өөрчлөлт тод илэрсэн, жин ихтэй хүмүүс зүрхний шигдээсээр, нүдний угт нь нейроангиоретинопатийн өөрчлөлттэй, диастолын даралт өндөр (120 мм МУБ ба түүнээс их) байдаг хүмүүс бөөрний архаг дутагдлаар нас барж байна.

4. Цусны даралт ихсэх өвчтэй хүмүүсийг идэвхтэй эмчлэхийн зэрэгцээ жилд 1—2 удаа зүрхний цахилгаан бичлэг хийх, нүдний уг шинжлэх, жин өндрийн харьцааг тодорхойлж байх нь өвчний явц, тавиланг тодорхойлоход чухал ач холбогдолтой байна.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Breckruridge A., Dollery C. T., Rarry R. H. C.
Prognosis oft reatted Hyper tension
Exract from The Quarterly
J. of Med. Wolume XXXIX N 155

2. Bock K. D. Verlauf und Prognose des Nochrucks unter Dauertherapie mit Antihypertensive. Therapiewoche 1980. 24. 34. 1657—1665.
3. Сидельникова Т. Я. Ледяшова Г. А. Добротворская Т. Я. Причины летальных исходов при гипертонической болезни. Кард. 1977. 8. 104—109.
4. Гуревич Т. З., Габинов Л. А., Кармазин И. Я., Володина М. В., Ридер Р. Е., Хмара Е. Г. Трудовой прогноз и исход заболевания у лиц умственного труда, страдающих гипертонической болезнью. Кард. 1972. 73—76.
5. Г. Дэжэхүү. Цусны даралт ихсэх өвчтэй хүмүүст хийсэн диспансерийн идэвхтэй хяналт эмчилгээ, түүний алсын үр дүн“ эрдэм шинжилгээний ажлын тайлан. 1982. УБ., Анагаах ухааны хүрээлэн

КЛИНИЧЕСКОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ И ЕЁ ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ

Г. Дэжэху

Гипертоническая болезнь (ГБ) является одной из основных причин смертности людей от сердечно—сосудистых заболеваний.

Осложнения ГБ обычно наблюдаются тогда, когда систолическое давление превышает 200 мм рт. ст., диастолическое 110 мм рт. ст.

У больных, скончавшихся от инсульта, при жизни обнаруживаются ангиосклероз и ретинопатия глазного дна, преобладающие жалобы со стороны нервно-сосудистой системы; от инфаркта—выраженные изменения ST сегмента и зубца T на ЭКГ-ме, ожирения, преобладающие жалобы со стороны сердечно-сосудистой системы; от уремии, высокое давление (диастолическое) и нейроангиоретинопатия глазного дна.

Осложнения ГБ наиболее часто (80 %—90 %) встречаются у больных старше 50 лет.

М. ОТГОН

ХЭТ АВИАГААР ОНОШЛОХ АСУУДАЛД АНАГААХ УХААНЫ ДЭЭД СУРГУУЛЬ

Хэт авиаг анагаах ухаанд хэрэглэж эхэлснээс хойш 30 гаруйхан жил өнгөрсөн боловч, сүүлийн жилүүдэд оношилгоо, эмчилгээний зорилготой олон төрлийн аппарат багаж хэрэгслийг Пикер, Сименс, Алока фирмүүдэд үйлдвэрлэн (1,2) дэлхийн олон улс оронд хэрэглэж байна. Эдгээр аппарат багаж хэрэгсэл нь дотроо А, В хоёр аргын зориулалттай, 600000—15 сая герцийн давтамжтай авиа гарган, эргэх цуурайг мэдрэн хүлээн авч дүрс бичлэгээр илэрхийлэх хүчин чадалтайн дээр дотор, мэс засал, бөөр, эх барих эмэгтэйчүүдийн өвчнийг оношлох 4 үндсэн чиглэлд төрөлжин үйлдвэрлэгдэж байна. (I) Хэт авианы тусламжтайгаар олон янзын өвчин эмгэгийг эрт илрүүлж, хүндрэлээс урьдчилан сэргийлэх боломжтой юм. Хэт авианы шинжилгээ нь ямар нэгэн хор аюулгүй учир рентген шинжилгээг халах тавилантай. Иймд бид өөрийн улсын анагаах ухааны практикт хэт авиагаар оношлох кабинетыг ДЭХБ-ын тусламжтайгаар байгуулж тодорхой судалгаа хийж шат дараалсан арга хэмжээ авч байна.

СУДАЛГААНЫ ЗОРИЛТ—Юуны өмнө хэт авианы эхокамерийн тусламжтайгаар эх барих эмэгтэйчүүдийн практикт тохиолдох өвчнийг оношлох арга эзэмших дараа нь удамшлын өвчнийг эрт илрүүлэн урьдчилан сэргийлэх арга хэмжээ авах, үүний тулд: 1. Хэт авианы эхокамерийн ажиллагааг анагаах ухааны практикт нэвтрүүлж тусгай кабинет байгуулах. 2. Эх барих, эмэгтэйчүүдийн өвчний заалгаар үзүүлсэн хүмүүст судалгаа хийж мэдээлэх. 3. Эхокамерт оношилж болох зарим өвчний ачааллыг тодорхойлох гол зорилготой ажиллав.

СУДАЛГААНЫ АРГА БА МАТЕРИАЛ—Японы Алока фирмд үйлдвэрлэсэн хэт авианы ССД—202 маркийн Эхокамер (3) дүрс санах төхөөрөмж (4) поларойд зураг авах хэрэгслийн (5) зааврыг орчуулан аппаратыг ажилд оруулав. Уг эхокамерыг 1982 оны сүүлчээр ажиллуулж эхлэн, үзүүлсэн хүмүүсээс 106 хүнийг энэхүү судалгааны материал болгон авав. Судалгаанд 20—41 насны жирэмсэн 100, эмэгтэйчүүдийн өвчин, жирэмсний хүндрэлтэй 6 хүн хамрагдав. Бүх хүмүүсийг В-аргаар судлав.

СУДАЛГААНЫ ҮР ДҮН—Судалгаанд онош тодруулах зорилгоор явуулсан хүмүүс нь жирэмслэлтийн янз бүрийн хугацаатай (5—41 долоо хоног) байв. Бидний ажиглалтаар уг эхокамерын дэлгэцэнд жирэмслэлт 6—7 долоо хоногтой байхад ураг эс харагдаж, 8—9 долоо хоногтойд хөврөлийн мөчний хөдөлгөөн, зарим үед зүрхний лүгшилт харагдаж байв. Ураг-эсийн хуваагдал дуусан, ургийн эрхтэн үүсч, эсийн ялгарал явагдаж дуусах үеэс жирэмслэлтийн 25—26 долоо хоногтой байхад ихэс 2—3 см болон зузаарсан байх нь ажиглагдаж байв.

Умайн хөндийд байгаа ургийн байрлалыг энэ үеэс тодорхойлсныг хүснэгт 1-д харуулав.

Ургийн байрлалын тодорхойлолт

Хүснэгт 1

№	Ургийн хөгжил, байрлал	Тохиолдлын тоо %
1	Дагуу байрлалтай, толгой түрүүлсэн	74. (74 %)
2	Дагуу байрлалтай. Аарцгаар түрүүлсэн	10. (10 %)
3	Хөндлөн байрласан.	1. (1 %)
4	Ташуу байрласан.	1. (1 %)
5	Үр зулбасан	5. (5 %)
6	Байрлал тодорхойгүй. Ураг эс	3. (3 %)
7	Хоёр ихэр	4. (4 %)
8	Умай дотроо эндсэн	2. (2 %)
9	Жирэмсний хүндрэл, эмэгтэйчүүдийн эмгэг хавсарсан Нийт	6. 106

Дээрх судалгааг хийхэд нэг хүнд дунджаар 4—5 мин, зураг авахад 6—8 мин, ургийн хүйсийг илрүүлэхэд 10—25 минутын хугацаа шаардагдаж байв. Харин ургийн хүйсийг энэ багажаар тодорхойлох нь зохимжгүй бөгөөд хүн тутамд үзэх шаардлагагүй гэж үзэж болох юм. Энэ үнэ ихтэй аргын оронд ургийн хүйсийг эхийн хэвлийд байхад нь оношилдог люминесцентийн микроскопын аргыг практикт нэвтрүүлж, шаардлагатай хүмүүст шинжилгээ хийх нь илүү үр дүнтэй юм.

Ихэнх хэвлэлд (6, 7, ургийн байрлал 32—33 долоо хоногтойд тогтвортой болдог тухай ойлголт байдаг боловч, судалгааны явцад 28—29 долоо хоногтойд ургийн хөдөлгөөн ихэд тогтворжин умайн хөндийд бүтэн эргэж, чөлөөт хөвөлт хийх нь багасдаг гэсэн урьдчилсан дүгнэлт гарч байна. Үүнд цаашид динмик судалгаа хийж тодруулах нь чухал ач холбогдолтой юм.

Ургийн хөгжлийн явц, байрлал, ихэс, хүйс дэлгэцэд тодорхой харагдаж байгаа учир ургийн усыг тусгай заалтын дагуу хатган авч удамшлын өвчнийг эрт илрүүлж зохих арга хэмжээ авах бололцоотой боллоо. Эхокамерын дэлгэцнээ эх барих, эмэгтэйчүүдийн өвчнүүд (савны гадуур жирэмслэлт, савны хавдар, өндгөвчний хавдар г.м.) болон хөхний хавдрыг амархан оношлох, ургийн биометрийн хэмжилтийг хийж олохын зэрэгцээ ургийн болон удамшлын зарим нэгэн эмгэгийг илрүүлэх шаардлагатай байна.

Орчин үед энэ аргыг анагаах ухааны өдөр тутмын практикт байнга нэвтрүүлж, эх, нялхсын эрүүл мэндийг сахин хамгаалах ажилд үрдүн өгөхүйц ажиллахын тулд зохион байгуулалт арга зүйн их ажил шаардагдаж байна.

ДҮГНЭЛТ. 1. Анагаах ухааны дээд сургууль, клиникийн нэгдүгээр амаржих газар хамтран хэт авиагаар оношлох кабинет байгуулж, ажилд оруулав.

2. Хэт авианы эхокамерт эх барих, эмэгтэйчүүд, анагаах ухааны удамшил зүйн практикт тохиолдох зарим нэгэн эмгэгийг эрт илрүүлж, зохих арга хэмжээ авах бололцоотой болов.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Чех Э., Папез, Л., Тарабе, О. Ультразвуковая диагностика в акушерстве и гинекологии. М. 1979
2. Хентов Р. А., Скорунский И. А., Флорианович Н. М., Тимофеева Т. Е. Ультразвуковые аппараты и методы диагностики в акушерстве и гинекологии. М. 1974
3. Aloka Instruction Manual for Electro-Multicrystal Scanner Echo Camera, Model SSD—202 D, 1—15
4. Aloka Image Memory Model UIM—101 operation manual I—10
5. Asunuma Instruction Manual for King CRT Camera ACR—75024
6. S. G. Clayton, D. Fraser, T. L. Lewis. Obstetrics, London, 1975, 5—66
7. C. I. Dewhurt. Integrated Odstetrics and Gynaecology for Post-graduates, London. 1976, 112—150

К ВОПРОСУ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ

М. Оггон

В результате обследования 100 беременных женщин с использованием ультразвуковой ЭХО-камеры выявлены: положение плода продольное с головным предлежанием в 74%, с тазовым предлежанием в 10%, с косым и поперечным положением в 2% случаев. Кроме этого, диагностировано наличие близнецов в 4%, мертвого плода 2%, выкидыша в 5% и плодного яйца в 3% случаев. Излагаются методики обследования.

МЭРГЭЖЛИЙН ЗӨВЛӨЛГӨӨ, ЛЕКЦ, ТОЙМ

Ш. БАЯРТОГТОХ

ХЭРЛЭГ ТӨСТ ҮЕНИЙ ҮРЭВСЛИЙН ҮЕД ҮЕНД СТЕРОИД ГОРМОН ХИЙЖ ЭМЧЛЭХ

АНАГААХ УХААНЫ ХҮРЭЭЛЭН

Үений үрэвсэлт өвчнийг эмчлэх хамгийн үр дүнтэй аргуудын нэг нь стероид гормоныг хэрэглэх арга юм. Гэвч кортикостероидыг удаанаар уух ба булчигд тарьж хэрэглэх нь заримдаа гаж нөлөө үзүүлж, аюултай хүндрэл өгдөг.

Иймээс үений архаг үрэвсэл, ялангуяа хэрлэг төст үений үрэвслийн үед кортикостероидыг үенд тарьж хэрэглэх нь ашигтай ба өвчний эдгэрлийг сайжруулдаг. Энэ аргыг хэрэглэхийн тулд хэрэглэх шаардлага, хэрэглэж болохгүй үе, тарих арга зүй зэргийг сайн мэдэж эзэмшсэн байх ёстой.

ҮЕНД ЭМИЙН БОДИСЫГ ХИЙХ. Хэрлэг төст үений үрэвслийн үед үений хэсэг газрын үрэвслийг эмчлэхэд үенд эмийн бодисыг шууд хийж эмчлэх нь хурдан хугацаанд сайн үйлчилгээ үзүүлдэг. Үүнд: Кортикостероид гормоны бэлдмэл гидрокортизон, ультракортезол, аддерсон зэргийг үенд тарина.

Гидрокортизоныг том үенд 10—25 мг, жижиг үенд 2—5 мг-аар тус тус тарина. 1—2 долоо хоногийн дараа давтан тарина. Эмчилгээний курс нь 3—5 тарилга байна.

Ультракортезолын дундаж тун 10 мг байдаг. Түүнийг 3—5 хоногийн зайтай давтан тарьдаг. Том (өвдөгний) үенд 10—20 мг, жижиг үенд (хурууны) 5—10 мг-аар тус тус тарина.

Хэсэг газрын мэдээ алдуулагч бодисын хамт хэрэглэж болно.

Үений уутанд кортикостероид тарихад өвчний 90% орчимд эхний хоногоос (6—12 цагийн дараа) үений хавдалт, өвдөлт багасч үений үрэвслийн шингэн арилж, үений хөдөлгөөн сайжирдаг.

Бид хэрлэг төст үений үрэвсэлтэй 32 хүнд кортикостероид гормоныг үенд хийж эмчилсэн ба гидрокортизон, ультракортезол, аддерсон зэргийн аль нэгийг тарьж байлаа. Жишээ нь өвчтөн Да. 54 настай, эрэгтэй, баруун гарын шуу, сарвууны үе, мөн эрхий ба дунд хурууны үенд аддерсоныг 2—3 удаа тарихад тэдгээр үений өвдөлт, хавдалт ул мөргүй арилж сайжирсан. Энэ өвчнөөс болж уг өвчтөн хөдөлмөрийн чадвар алдаж, тахир дутуугийн группед байсан бол тариа хийсний дараа удалгүй группээс гарч ажилдаа орсон бөгөөд өвчин нь одоо хүртэл дахилтгүй, биеийн байдал сайн, ажлаа хийж байна.

Мөн өвчтөн Сэ. 45 настай, эмэгтэй олон үений хэрлэг төст үрэвслээр 2 өвдөгний үе өвчлөн явахад бэрхшээлтэй болж таяг тулахад хүрсэн байна. Иймээс үенд ультракортезол 1 курс тарихад үений хавдалт, өвдөлт арилж эмчилгээнээс хойш жил хагасын хугацаанд биеийн байдал сайн байна.

Өвчтөн Жа. 27 настай, эрэгтэй, хелийн шагай ба өлмий хурууны үенд ультракортезол курсээр тариулсан ба өвдөөд доголж гишгэж

чадахгүй байсан нь тариа хийсний дараа богино хугацаанд эдгэрч 1980 оноос хойш одоо хүртэл өвчний дахилт даамжралын шинжгүй, биеийн байдал сайн, ажлаа хийж байна.

Бидний ажиглалтаас үзэхэд эддерсон ба ультракортезол нь гидрокортизоноос илүү сайн үйлчлэлтэй байна.

Дээр дурдсан гормон эмчилгээг үенд тарихын зэрэгцээ ерөнхий эмчилгээ (резохин, алтны давс, делагил) хослуулан хэрэглэх нь чухал. Үений тариаг урьд нь тарьсан тунгаар давтан тарихад эмчилгээний үр дүн нь хэвээрээ байвал давтан тарихдаа эмийн тунг нэмж болно.

ҮЕНД ГОРМОН ХИЙХ ТУН ХЭМЖЭЭ. Энэ нь гормон эмчилгээний ерөнхий зарчимтай ижил төсөөтэй ба хангалттай үйлчлэл өгөх, их тунгаас эхлэн багасгаж хэрэглэх чиглэлийг баримтлана. Үйлчлэл сайн өгөх тунгийн хэмжээ нь үений хэмжээ, үрэвслийн идэвхжил, костикостероидод өвчтөний мэдрэг байдал зэргээс хамаарна. Мөн тухайн сонгож авсан гормоны үрэвслийн эсрэг үйлчлэх хүчнээс хамаарна.

Гидрокортизоныг тарихад сайн үйлчлэл үзүүлэх дундаж тун хэмжээг янз бүрийн үенд дараахь байдлаар байж болохыг тогтоосон байна.

Хүснэгт 1.

Гидрокортизоныг үенд тарихад сайн үйлчлэл үзүүлэх дундаж тун хэмжээ

Үе	Тун мг-аар	Үе	Тун мг-аар
түнхний өвдөгний	37,5	Тохойны	20—25
шагайны	25—37,5	Шуу сарвууны	15—25
бэлбэрхий үе	20—25	алганы хурууны	5—10
елмий хурууны	10—15	гарын хурууны	5—10
мөрний	5—10	маяа эгэмний	15
	25	өвчүү эгэмний	15
		эрүүний	10—15

ҮЕНИЙ ШИНГЭНИЙГ АВАХ. Хэрлэг төст үений цочмөг ба цочмөгдуу үрэвслийн үед хөндийд их хэмжээний үрэвслийн шингэн цугларах нь үений уут, үе орчмын зөөлөн эдийг сунгаж эсвэл хөшүүн болгодог. Энэ нь үений өвдөлтийг ихэсгэж, хөдөлгөөн нь муудсаар бүр хөдлөхгүй ч болгож болдог. Ийм нөхцөлд үенд хатгалт (пункц) хийж үений шингэнийг соруулж авах нь өвчтөнд амархан сайжрах нөлөө үзүүлдэг. Үений шингэн дахин цугларвал түүнийг давтан авч болно. Үенд шингэнийг авсаны дараа эмийн бодисыг үенд тарьж эмчилдэг.

КОРТИКОСТЕРОИДЫГ ҮЕНД ТАРЬЖ БОЛОХ БА ТАРЬЖ БОЛОХГҮЙ НЭХЦЭЛҮҮД

1. ТАРЬЖ БОЛОХ НЭХЦЭЛҮҮД.

1. Олон үенд үрэвслийн процесс тогтонги сайжралтай байхад өөр газар нэг буюу хэд хэдэн үенд экссудат шингэн бүхий илэрхий үрэвсэлтэй байх.

2. Хэд хэдэн том үенд үрэвслийн экссудат давамгайлсан үрэвсэлтэй байх, түүнд эм гормоны иж бүрэн эмчилгээ хийсэн боловч экссудат шингэн удаанаар арилахгүй байх.

3. Чухал үйл ажиллагаатай үенүүдэд үрэвслийн процесс явагдаж байхад ерөнхий гормон эмчилгээг хийж болохгүй нөхцөлүүд (цусны даралт ихдэх өвчин, ходоод ба 12 хуруу гэдэсний шархлаа, сэтгэл мэд- рэлийн ба судас хатуурах өвчин) байх.

4. Ихэнх эмийн бэлдмэлүүдэд харшилтай учраас тэднийг хэрэглэж чадахгүй байх.

5. Урт хугацаагаар хийгдэж байсан ерөнхий гормон эмчилгээг гэнэт зогсоох буюу гормоны тунг багасгах шаардлага гарсан үед.

6. Үений хэлбэр өөрчлөгдөж, нугаларч хөдөлгөөн нь муудах конт- рактур үүсч буй үе шат. Тэгэхдээ тэр үе нь хэсэг газрын идэвхтэй үрэвслийн процессоор хүндэрсэн, контрактур үүсч эхэлснээс хойш 10—12 сараас дотогш хугацаанд байх.

7. Үений байнгын деформац, контрактуртай өөрчлөлтийг ортопед- мэс заслын эмчилгээгээр засах процессд үений үрэвсэл хурцдахад.

8. Үеийг мэс заслаар эмчилсний дараахан ба мэс заслын эмчилгээ хийхийн өмнө тухайн үенд үрэвслийн идэвхтэй процесс явагдаж байхад.

9. Бүлхний хальсны хэрлэг төст үрэвслийн үед шөрмөсний гадуур бүрхүүл уутанд үрэвсэл явагдаж экссудат шингэн цугларах, ялангуяа сарвуу ба тавхайн ар талын тэнийлгэх шөрмөсний уут үрэвсэхэд.

10. Үенд хийсэн эмчийн янз бүрийн ажилбар (үенд хий ба будагч бодис шахаж, зураг авах, үенд эмийн бодис тарих, тухайлбал: ТИО- ТЕФ, делагил, реопирин зэрэг) арга хэмжээний дараагаар үенд байсан үрэвслийн процесс хурцдах зэрэг, тохиолдолд тус тус тарина.

II. ТАРЬЖ ОГТ БОЛОХГҮЙ НӨХЦӨЛҮҮД.

1. Үений идээт үрэвсэлтэй байх

2. Үений сүрьеэтэй байх

3. Сирингомиели мэтийн мэдрэлийн өвчний үед хүндрэл маягаар үе- ний үрэвсэл ба эмгэгшил үүссэн байх.

4. Бие махбодод ялангуяа үенд ойрхон идээт үрэвсэл явагдаж байх.

5. Үений яс-мөгөөрсний хэсэгт бүтэц эвдрэх (деструктив) про- цесс хурдан явагдаж буй хэрлэг төст үений үрэвслийн яс хайлах хэл- бэрийн үед.

6. Үенд ясны хэсэг хугарч бяцрах, тэр нь хоёрдогчоор үрэвс- сэн байх.

7. Гуяны ясны толгойд мөгөөрсний дор хэсэгт үхжил үүсэхэд энэ нь биеэ даасан Пертеслийн өвчин байх, эсвэл ерөнхий гормон эмчил- гээг удаагаар хэрэглэсний улмаас хүндэрч ясны үхжил үүссэн байх үед тарьж болохгүй.

ҮЕНД ХАТГАЛТ ХИЙХ ТЕХНИК. Үенд хатгалт хийх нь практи- кийн эмч нарт хамгийн боломжийн, энгийн арга юм. Гол нь антисептик ба асептикийн дүрмийг чанд сахин халдвар бохирдол үүсэхгүйгээр хийх нь чухал. Үений хатгалтыг цэвэр боолтын өрөөнд буюу мэс заслын өрөөнд хийх ёстой. Эмчийн гарыг Спасокукоцкийн аргаар ариутгана. Үений хатгалт хийх арьсны хэсгийг Гроссифилончиковын аргаар ар- чиж цэвэрлэнэ.

Тэр ариутгасан хэсгээ цэвэр даавуугаар тусгаарласны дараа арь- сан дээрх иодны үлдэгдлийг спиртээр арчих нь хатгасан зүүний үзүү- рээр иод дотогш үед нэвтрэхгүй байх боломжийг олгодог.

Тэгээд 0,25%-новокаины уусмалаар үечлэн мэдээ алдуулж үений хөндийд зүүг ортол хатгалт хийж, үений дотор шингэн байвал аль бо- лох бүрэн гүйцэт соруулж авна.

Ингээд үенд эмийн бодис хийж эмчлэх шаардлагатай бол түүнийг аажим шахаж хийнэ.

Үений шингэн шприцэнд татагдан ирж байвал үений хөндийд зүү орж, хатгалт зөв болсны шинж болно.

Үенд зүү орсон эсэх нь мэдэгдэхгүй эргэлзээтэй үед ариутгасан физиологийн уусмалыг үенд хийж шалгаж болно. Тэгэхэд уг уусмал нь саадгүйгээр шахагдан орж байх ёстой. Хэрэв саадтай шахагдаж байвал зүүг цааш хөдөлгөн уусмалыг шахаж шалгаж үзэх хэрэгтэй.

Үеийг хатгах үед зүүгээр цус сорогдон гарч ирвэл судас тааралд-самаас болох тул зүүг буцаан сугалж, өөр газар хатгалт хийнэ. Үенд хатгалт хийсний дараа зүүг сугалж аваад хатгалт хийсэн хэсгийг иодын уусмалаар арчиж ариутгаад цэвэр боолт хийх буюу пластыр нааж үений хатгалтыг дуусгана.

Д. СҮХЭЭ

ЭХ БАРИХ ЭМЭГТЭЙЧҮҮДИЙН ПРАКТИКТ АЛГАНЫ ХЭЭНИЙ ШИНЖИЛГЭЭНИЙ АЧ ХОЛБОГДОЛ

ЭХ НЯЛХСЫГ ХАМГААЛАХ ЭРДЭМ ШИНЖИЛГЭЭНИЙ ХҮРЭЭЛЭН

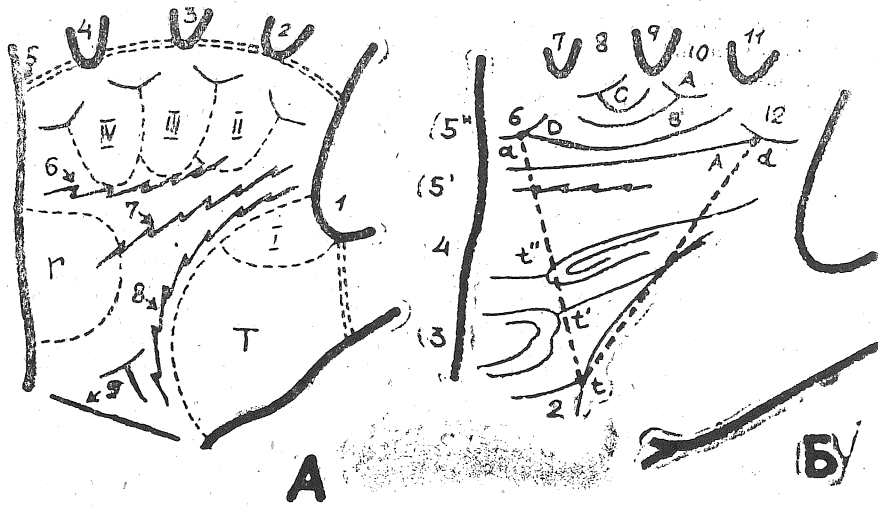
1926 оноос анагаах ухааны удамшил судлалын практикт алганы хээг шинжлэх арга өргөн хэрэглэгдэх болжээ.

Алганы хээний дардсыг шинжилгээний зорилгоор авах олон арта байдгаас хамгийн энгийн хялбар нь хэвлэлийн будгийг ашиглаж цаасан дээр дардас авах арга юм.

Алганы хээний зураглалыг тэмдэглэхэд анатомийн зарим нэр томъёог хэрэглэдэг. Бугуйн нугалааснаас хуруунуудын уг хүртэлх зайг алганы талбай гэж үздэг. Алганы талбайд алганы хонхорыг тойрсон 6 товгор багтана. Үүнд: чигчий хуруу талын алганы зах хэсгийн товгор (гипотенар) эрхий хурууны суурь хэсгийн товгор (тенар) хуруунуудын угийн хоорондох жижиг товгор хэсгүүд (1—4) хамаарагдана. (Зураг 1—А)

Эрхий талын товгор, долоовор хуруу хоорондын товгорын зааг эрхий хурууны нугалаасны шугам (8) болно. 3, 4, 5-р хурууг нугалах атгах хөдөлгөөнөөр алганы 1 дүгээр шугам алганы талбайд үүснэ. Энэ нь алганы чигчий талын ирмэгээс 2 дугаар хуруу хоорондын товгорын чиглэлд үүссэн байна. Харин алганы 2 дугаар нугалаас шугам нь 1 дүгээр хуруу хоорондын товгороос алганы чигчий талын зах тийш дотогшоо бугуй руу хэлбийж алганы талбайн $\frac{2}{3}$ орчимд төгсөнө.

Алганы хээний бүдүүвч схем



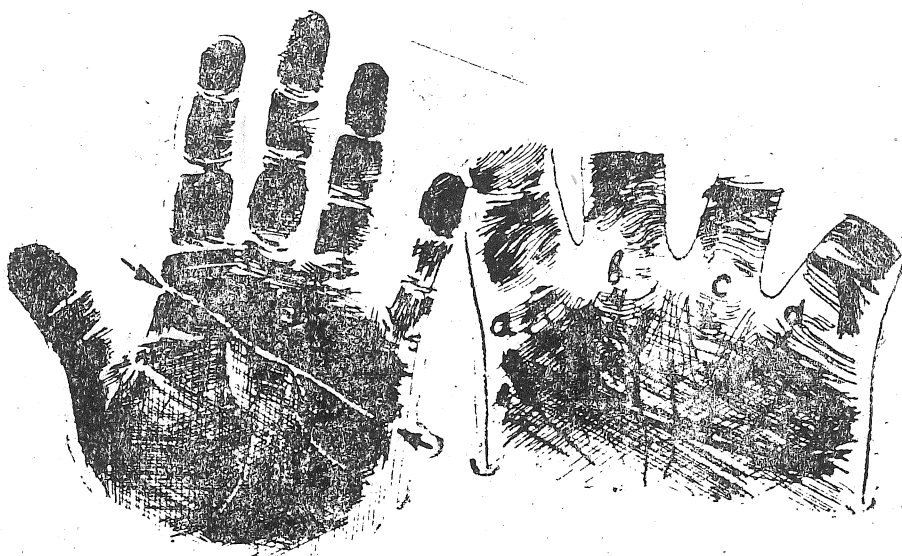
(А) алганы талбайн гурвалжин зураасууд.
 1—4 хуруу хоорондын зай, I—IV хуруу хоорондын товгор, Г—чигчий талын товгор (гипотенар), Т—эрхий хуруу талын товгор (тенар), 5—хуруунуудын угийн сарвууны нугалаас шугам, 7—алганы 2 дугаар нугалаас шугам, 8—эрхий хурууны нугалаас шугам, 9—бугуй нугалаас.

(Б) *Cummins Midlo* нарын схем (1943).

1—13 алганы талбайнууд: а, в, с, хурууны угийн гурвалжингууд А, В, С, Д-алганы гол шугамууд, t , t' , t'' -захын, завсарын төвийн байрлал бүхий алганы тэнхлэгийн гурвалжин.

Тасархай шугамаар *atd*-өнцгийг үзүүлэв.

Заримдаа дээрх 2 шугам хоорондоо хөндлөн нэг шугам болон алганы талбайг хөндлөн гарна. (зураг 2). Ингэж хөндлөн шугам үүсэх нь удамшлын хүчин зүйлээс хамаардаг гэж үздэг талтай. 13, 18, 21 дүгээр хромосомын гурвалсан байдал „муурын хэржигнүүр“ тест хам шинж мэтийн хромосомын өвчтэй хүмүүсийн 40%-иас дээш тохиолдолд нь дээр дурдсан алганы хөндлөн шугам ажиглагддаг байна (Зураг 2)



ЗУРАГ 2

АЛГАНЫ ХӨНДЛӨН ШУГАМ
/СУМААР ЗААЖ ТЭМДЭГЛЭСЭН/

ЗУРАГ 3

ХУРУУНЫ УГИЙН ГУРВАЛЖИН-
ГУУД a, b, c, d /СУМААР ЗААСАН/

Алганы талбайд сарвууны нугалаас хурууны уг орчимд мөн зураглал бүхий хээ байна. Үүнд 2—5-р хуруунуудын уг хэсэгт 3 чиглэл бүхий нарийн зураасан хээний дунд тус бүр гурвалжингууд үүсдэг. (Зураг 3). Эдгээр гурвалжинг латины a, b, c, d үсгүүдээр тэмдэглэнэ. Энэ гурвалжингуудын дотор талын оройг үүсгэж цаашаа үргэлжилж алганы аль нэгэн талбайд очиж төгсч байгаа зураасыг алганы гол шугам гэж нэрлэх ба латины талбайн аль хэсэгт төгсч байгааг тодруулахын тулд алганы талбайг 13 хэсэгт хуваан байрлуулж болно. (Зураг 1Б, Зураг 3)

Алганы эрхий талын товгороос 1 дүгээр талбай эхлээд 1 дүгээр хуруу хоорондын товгорын хэсэг болох 13 дугаар талбайгаар дуусна.

Хурууны угийн a, b, c, d гурвалжингуудын аль нэг (голдуу C) нь хээнд илэрч гараагүй байх ба алганы гол шугам „А“ нь 1, 2 5 дугаар талбайд төгсөх зэрэг нь ховор тохиолдох боловч голдуу Шеревский Тернерийн хам шинж мэтийн хромосомын өвчний үед ажиглагддаг юм.

Алганы талбайд хурууны угийн гурвалжингаас гадна эрхий ба чигчий товгорын хооронд алганы тэнхлэгийн гурвалжин (t) гэж байдаг. Тэнхлэгийн гурвалжныг байрлалаас нь хамааруулж захын, завсрын, төвийн (t, t', t'') гэж ангилна. Тэнхлэгийн гурвалжны байрлалыг тогтоохын тулд хурууны угийн a, d ба тэнхлэгийн гурвалжнуудын хооронд үүсэх өнцгийн хэмжээг тодорхойлно. (Зураг 1Б. $\angle atd$). Хэрвээ atd өнцөг 40° -ба түүнээс бага байвал тэнхлэгийн гурвалжны захын байрлалтай (хэвийн) t гэж үзэх ба уг өнцөг 41° — 60° байвал завсрын (t'), 60° -аас их байвал төвийн (t'') (Зураг 1Б) байрлалтай гэж үзнэ.

Хромосомын эмгэг өөрчлөлтийн үед тэнхлэгийн гурвалжин дотогшоо шилжиж завсрын ба төвийн байрлалтай (t', t'') болсон байдаг.

Алганы хээг шинжлэх явцад заавал хурууны өндөгний хээг тодорхойлох шаардлагатай. Хурууны өндөгний хээг нуман хээ (А-задгай хээ ($z-7$ -оор), битүү хээ ($W-Whorl$) ба нийлмэл хээ ($C-composite$) гэсэн 4 хэлбэрт ялгана. (Зураг 4).

ХУРУУНЫ ӨНДӨГНИЙ ХЭЭНИЙ ҮНДСЭН ХЭЛБЭРҮҮД.



А—нуман хээ- Б—задгай хээ, В—битүү хээ
Шулуун шугамаар өндөгний хээний мөрийн
тоог гаргана.

Дурдсан эдгээр хэлбэрээс битүү, задгай хээнүүд хамгийн элбэг тохиолдоно. Хурууны хээний хэлбэрийг хээний мөрийн тоогоор тодорхойлно. Нуман хээний үед мөрийн тоо 0 байх ба битүү, задгай хээнүүдэд 2—25 хүртэл байна. Харин 10-аас доош мөртэй хээг бага хээ гэж нэрлэнэ.

Эрдэмтдийн судалгааны материалаас үзэхэд хурууны хээний мөрийн тооны нийлбэр эрэгтэй хүнд 130—150, эмэгтэй хүнд 110—140 байна.

Хурууны хээний ерөнхий тоонд удамшлын хүчин зүйл нөлөөлдөг. Ялангуяа бэлгийн хромосомын эмгэг өөрчлөлтийн үед хурууны хээний мөрийн тоо өөрчлөгддөг.

**ХЭВИЙН БА БЭЛГИЙН ХРОМОСОМЫН ЭМГЭГТЭЙ ХҮМҮҮСИЙН
ХУРУУНЫ ХЭЭНИЙ МӨРИЙН ТОО**

Судлаачдын нэр Судалсан он	Бэлгийн хромосо- мын бүтэц	Хурууны хээний мө- рийн дундаж тоо
Муравьева М. В. 1982	хх	140
Трепаков Е. А. 1976	ху	150
Penroze 1963	хо, хо/хх	166—178
Ichida и Soltan 1964	хху	122
Alter 1965	хуу	102
	ххуу	89
	хххуу	73
	хххху	43

Хүснэгтээс үзэхэд „Х“ хромосомын тоо цөөрөхөд хурууны хээний мөрийн тоо олшрох ба „Х“ хромосомын тоо олшроход мөрийн тоо цөөрч байгаа нь ажиглагдаж байна. (хо—199) байсан бол хххху-ийн үед 43 болсон байна.

Хромосом генийн өөрчлөлтийн үед алганы хээний зураглалын нилээд элбэг тохиолдох өөрчлөлтийг хүснэгт 2, 3-д үзүүлэв.

Хүснэгт 2.

Хромосомын өөрчлөлтийн үе дэх алганы хээний зураглалын онцлог

Хромосомын өвчин	Алганы хээний онцлогууд
13-р хромосомын гурвалсан байдал (Патаугийн өвчин)	Эрхий товгорт нэмэлт хээ гарна. Тэнхлэгийн гурвалжин дотогшилж шилжинэ. (108°). Алганд хөндлөн шугам үүснэ.
18-р хромосомын гурвалсан байдал (Эдварсын өвчин)	Хуруу нуман хээтэй байна. Алганы хөндлөн шугам түүний хэлбэр илэрнэ. Хурууны хээний мөрийн тоо цөөрнө.
21-р хромосомын гурвалсан байдал (Дауны өвчин)	Хуруунд задгай хээ голчилно. Алганы хөндлөн шугам 2 гарт ижил илэрнэ. Тэнхлэгийн гурвалжин дотогшилно.
„Муурын хэржигнүүр“ төст хам шинж (5-р хромосомын богино мөрийн тасралт)	Хурууны хээнд битүү ба нуман хээ голчилно. Тэнхлэгийн гурвалжин дотогшилно. Хурууны угийн „С“ гурвалжин үгүй болно. Алганы хөндлөн шугам түүний хэлбэр илэрнэ.
Шерешевский—Тернерийн өвчин (45, хо)	Хурууны битүү, задгай хээний аль нэг голчилно. Тэнхлэгийн гурвалжин дотогшилно. (61°). Хурууны хээний мөрийн тоо олширно. Хурууны угийн гурвалжин „С“ үгүй болох ба „В“ гурвалжин чигчий тал руу хазайна.
Клайнфельтерийн өвчин (47, хху)	Хуруу нуман хээтэй байна. Хурууны хээний мөрийн тоо цөөрнө. Тэнхлэгийн гурвалжин гадагшилж шилжинэ.

Хромосомын өөрчлөлттэй холбоогүй гажиг хөгжлийн үеийн алганы хээний зураглалын онцлог

Гажиг хөгжил	Алганы хээний онцлог
Зүрхний төрөлхийн гажиг	Тэнхлэгийн гурвалжин дотогшилж шилжинэ.
Умайн гажиг хөгжил	Хуруун нуман хээтэй байна. Хээний мөрийн тоо цөөрнө. Тэнхлэгийн гурвалжин дотогшоо шилжинэ. Алганд хөндлөн шугам үүснэ.
Умайн дутмаг хөгжил	Хуруунд нум хэлбэрийн ба задгай хээ голчилно. Хээний мөрийн тоо цөөрнө.

Хүснэгтээс үзэхэд хромосом болон генийн өөрчлөлтийн үед алганы хээний дор дурдсан өвөрмөц шинжүүд илэрдэг байна. Үүнд:

1. Бүх хурууны өндөгний хээ ижил байх
2. Хурууны хээний мөрийн ерөнхий тоо олшрох буюу цөөрөх
3. Тэнхлэгийн гурвалжны байрлал өөрчлөгдөх (ихэвчлэн дотогшоо шилжих)
4. Хурууны угийн гурвалжин үгүй болох эсвэл байрлалаа өөрчлөх.
5. Алганы хөндлөн шугам, түүний хэлбэр үүсэх зэрэг юм.

Орчин үед дерматоглификийн буюу алганы хээний шинжилгээг шинжилгээний бусад (цитогенетикийн) аргуудтай хослон хэрэглэж эх барих-эмэгтэйчүүд, хүүхдийн өвчин судлал болон анагаах ухааны бусад салбарт удамшлын холбогдолтой зарим өвчнийг цаг хугацаанд нь оношлоход өргөн ашиглаж байна.

Л. БАДАМХАНД

УХАМСРЫН МӨН ЧАНАР БА ТҮҮНИЙ ҮҮСЭЛ ГАРАЛ

АНАГААХ УХААНЫ ДЭЭД СУРГУУЛЬ

Хүний ухамсар, оюуны сүхий л үйл гжиллагаа материаллаг үүсэл гаралтай бодит үнэн бслвч түүнийг энгийн рефлекс т үйл ажиллагаатай адилтан үзэж тайлбарлаж болохгүй юм. (1)

Нөгөө талаар уураг тархины нарийн төвөгтэй механизмын тухай бидний одоогийн мэдлэг бүрэн бус хязгаарлагдмал учраас ухамсар, сэтгэхүй, сэтгэл зүйн талаар бүх нийтээр хүлээн зөвшөөрч баталсан нейробиологийн тодорхойлолтууд хараахан тогтоогүй байна.

Орчин үед ухамсар, сэтгэхүйн материалист үндэслэлийг тодорхой судлалын баримттай тайлбарлан хөгжүүлэхэд И. П. Павловын шавь суут физиологоч П. К. Анохин, Болгарын философч Тодор Павлов, А. И. Опарин, П. В. Симонов нар ихээхэн нөлөө үзүүлжээ. (2—4)

П. К. Анохин „Тусгалын онол ба уураг тархины тухай орчин үеийн ойлголт“ гэдэг бүтээлдээ ухамсрын физиологийн мөн чанарыг ойлгохын тулд түүний эх үүсвэрийг амьд ертөнцийн түүхэн хөгжил Дарвины хувьслын онолын үүднээс авч үзэх нь зүйтэй юм гэж бичсэн билээ. (4)

Манай дэлхий ертөнц, түүн дээр амьд амьтад бий болохоос хэдэн миллиард жилийн өмнө байсан органик биш ертөнц нь өөрийн мөнхийн хууль зүйгээр оршин тогтнож байсан нь дамжиггүй.

Газрын таталт, орсн зайн хуулиуд, газар дэлхийн орчим атмосфер ба түүний хийн найрлага бий болсон нь бүгд байгалийн зүй тогтоолд захирагдана. Гэтэл ертөнцийн мөнхийн хууль жамын явцад амьдрал ямар замаар орсон бэ, гадаад орчны ямар шинж чанар анхны амьд системд эхний сэрэхүй үүсгэхэд түлхэц өгсөн бэ гэсэн асуултуудаас П. К. Анохин өөрийн дэвшүүлсэн онолоо (4) эхэлсэн байна. Сэрэхүйн анхдагч хэлбэр бөгөөд түүний хөгжил хувьслын шийдвэрлэгч хүчин зүйл нь амьд амьтдын орчиндоо дасан зохицож амьдрах явдалтай шууд холбоотой юм.

Орчиндоо дасан зохицохыг өргөн ойлголтоор нь авч үзвэл амьд амьтад үүссэн цагаасаа эхлэн газрын таталтын хүч, дэлхийн орчны температур, агаарын хийн найрлага гэх мэтийн хүчин зүйлтэй зайлшгүй зохицон амьдрахыг хэлнэ. Дасан зохицлын хууль бол амьд бүхнийг хамрах түгээмэл хууль мөн бөгөөд энэ нь алдагдвал амьдрал зогсоно. Амьтдын улирлах хувьслын явцад эхлээд бүдүүлэг сэрэхүй үүсч дараа нь аажмаар байгалийн шалгарлаар сэрэхүйн өндөр хөгжлийн үр дүнгийн бүтээгдэхүүн сэтгэхүй бий болжээ.

Анхны сэрэхүй ямар учраас хөгжив? Энэ бол юуны өмнө орчин тойрны түг түмэн нөхцөл дунд амьд систем оршин тогтнох уу, хөнөөгдөх үү гэдэг асуудалтай шууд холбоотой байв. Өөрөөр хэлбэл тэдгээр нөхцөлийн цочролууд амьд биед ашигтай юу, хортой юу гэдгээс амьдрал шийдвэрлэгдсэн байна. Амьд материйн энэ цоо шинэ чанар нь гадаад орчноос нөлөөлөх бүх хүчин зүйлийг таатай буюу тааламжгүй (хортой) гэсэн хоёр категориор ангилах бололцоо олгосон байна. Уг хоёр чанар нь анхны эгэл бүдүүлэг амьтнаас хүн хүртэл хөгжихдөө айх-зориглох, уурлах-инээх, гуних-хөөрөх гэх мэт сэтгэл хөдлөлийн дээд шатанд хүрчээ. Ингэж гадаад орчны хүчин зүйлүүд хортой буюу ашигтай болох нь энгийн амьтан түүнээс ч өмнөх биологийн бүдүүлэг бүтцүүдийн анхны субъектив тусгал болсон байна. Анхны субъектив сэрэхүй бий болохын хамт амьтад гадаад орчинд дасан зохицох нь идэвхтэй хэлбэрээ олжээ. Тухайлбал, амьтад тохиромжтой температурын орчинд орших, хэт халуунаас зайлсхийн зугатаах мэтээр хортой эсвэл хэрэгтэй юмсын дохио буюу цочролыг ялган салгах чадвартай болж улмаар хувьсал хөгжлийн шалгарлаар орчинд зохицоход ашигтай талууд нь хөгжиж, хэрэггүй нь устаж үгүй болж мөхсөн байна. Хүн ба дээд зэргийн хөгжилтэй амьтдын орчиндоо дасан зохицож амьдрах хэрэглүүр нь болзолт рефлексийн механизм юм.

И. П. Павловын нээсэн болзолт рефлексийн зарчим бол дээд мэдрэлийн үйл ажиллагааг судлах үндсэн арга нь юм. Болзолт рефлекс 2 чухал зарчим дээр суурилагдана. Үүний нэг нь дохиоллын зарчим, нөгөө нь бататгалын зарчим юм. Болзолт рефлекс болзолт төрөлхийн рефлекс дээр суурилагдах бөгөөд болзолт дохио (гэрэл, хонхны дуу) болзолт бус цочролоор (хоол) бататгагдсан хавсарч үйлчилдгээс шинэ рефлекс үүсдэгийг бид мэднэ. Амьдралын явцад шинээр үүссэн болзолт рефлекс олон удаа давтагдан бататгагдаж амьдралд хэрэгтэйгээ үзүүлж байх бөгөөд уул рефлексийг бататгахгүй бол тэр аяндаа замхарна. Дохиоллын зарим бие махбодыг ирээдүйн амьдралын үйлдэлд бэлтгүүлэх боломжийг олгодог онцгой ач холбогдол бүхий И. П. Павловын санааг П. К. Анохин бүтээлчээр хөгжүүлж "бодит байдлыг урьдчилан тусгах онолыг" дэвшүүлсэн билээ.

П. К. Анохин "Бодит байдлыг урьдчилан тусгах" онолыг нээснээр (4) философи, байгалийн шинжлэх ухааны хөгжилд дорвитой хувь нэмэр оруулсан юм. Энэ онолдоо амьд амьтдын оршин тогтнох ба хөг-

жин хувьсах үндсэн нөхцөл бол ертөнцийн үечлэн давтагдах үзэгдлүүдийг урьдчилан тусгах чанар мөн гэсэн билээ. Урьдчилан тусгах онол нь амьдралын үүсэл хөгжлийг ирээдүйн цаг хугацааны категортой холбож тайлбарласнаараа диалектик материализмын тусгалын онолыг байгалийн шинжлэх ухааны үүднээс улам баяжуулан гүнзгийрүүлсэн юм.

Орчин үеийн мэдээллийн онолоор (2,4) мэдээлэл дамжуулалт (амьд бие, техникт) нэн чухал хуульд захирагдана. Энэ хуулиар аливаа нэгэн мэдээлэл дамжихдаа түүний параметрууд нь эхний болон эцсийн шат хүртэл яв цав тохирсон байх ёстой. Өөрөөр хэлбэл ямар нэгэн объектын параметрууд нь их тархины гадарт хүрэхийн өмнө хичнээн ч мэдрэлийн бүтцүүдээр дайран боловсрогдож, дамжихдаа уг чанараа алдахгүй мэдээллийнхээ эквивалентыг хадгалахыг хэлнэ. Үүний үр дүнд уг объектын жинхэнэ бодит үнэн зөв субъектив дүр бүтнэ. Энэ үзэгдлийг техникийн талаас авч үзвэл телевизийн нэвтрүүлгийн ажиллагаатай адилтгаж болно. Объектын гадна, дүр, дуу чимээний физик хэлбэлзлийн параметрууд замдаа олон дахин өөрчлөгдөн хувирдаг боловч телевизийн дэлгэц дээр нэгдэн нийлснээс бодит үнэн зөвөөрөө гарна. Орчин тойрны төрөл бүрийн юмс ба үзэгдлийн тухай мэдээллийг (гэрэл, чимээ, температур, үнэр, хэл, яриа) бие махбод мэдрэхүйн эрхтнээр хүлээн авч төв мэдрэлийн системд дамжуулна. Мэдрэлийн хүлээн авагчид (рецептор) нарийн зохион байгуулалттай аппарат бөгөөд тэрээр адекват (тохирсон) цочролуудад өндөр мэдрэг чанартай. Хүлээн авагчид гаднын цочруулын физик-хими механик энергийг мэдрэлийн сэрлийн импульс (сэрлийн түлхэлт) болгон хувиргаж объектын параметрийг өөрийн өвөрмөц зохиомол тэмдэгт шилжүүлэхийг мэдээллийг кодчиллох чанар гэнэ. (Код-нууцлуур). Ийм зарчмаар бие махбодод орчны юмс мэдрэлийн янз бүрийн шатанд эхлээд задлан тусгагдаж, дараа нь нэгтгэн дүгнэгдсэний үр дүнд тархины дээд хэсгүүдэд объектын дүр бүрдэнэ.

Объектыг параметрээр нь задалж тодорхойлох нь тусгалын онолын материаллаг чанарыг шинжлэх ухааны үндэслэлтэй ойлгох гол нөхцөл бөгөөд энэ утгаар ухамсар бол мэдээллийг хүлээн авч боловсруулах ба нэгтгэн дүгнэх дээд мэдрэлийн системийн интегратив үйл ажиллагааны үр дүн юм.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Г. Дашзэвэг, Ц. Эрдэнэсамбуу, Тусгалын онолын нейрофизиологийн үндэслэл. „Үнэн“ сонин, 1976.
2. Симонов В. П. Потребностно—информационная деятельность мозга. Журнал высшей нервной деятельности имени И. П. Павлова, 1979, Т. 29- № 3.
3. Опарин А. И. Возникновение жизни на земле—М. 1957.
4. Анохин П. К. Теория отражения и современная наука о мозге М: Знание, 1970.

П. ОНХУУДАЙ

ГАММА КАМЕРЫН ОНОШИЛГОО

УЛСЫН КЛИНИКИЙН ТӨВ ЭМНЭЛЭГ

Улсын клиникийн төв эмнэлэгт изотопын лаборатор 1975 онд байгуулагдаж тэмдэгт атом-изотопыг манай орны эрүүлийг хамгаалахын практикт анх хэрэглэж улмаар өвчнийг оношилж эхэлсэн юм. 1983 онд тус лабораторт цөмийн анагаах ухааны оношилгоо

ны иж бүрэн төхөөрөмж болох Гамма камерыг суурилуулан тавьж оношилгоо хийж байна. Гамма камераар оношилгоо хийж буй оронг дэлхий дээр тоолбол тийм ч олон бишээ. Түүгээр ч үл барам Ази тивд тсотой хэдхэн оронд байгаа юм. Энэ нь МАХН, засгаас ард түмнийхээ эрүүл энх, сайн сайхны төлөө хичнээн их анхаарал халамж тавьж байдгийн бодит илрэл юм.

Гамма камер нь иж бүрэн электроник систем бөгөөд өндөр мэдрэмтгий асар том талсттай, цөмийн анагаах ухааны оношилгооны гол аппарат, орчин үеийн цөмийн физик, электроникийн хөгжлийн ололт амжилтын илрэл мөн. Үйл ажиллагааны ба байршлын оношилгоог зэрэг явуулж чаддагаараа бусад клиникийн ямар ч оношилгооны аргаас давуугаараа онцлог юм.

Орчин үед тэмдэгт атом-изотопыг улс ардын аж ахуйн гол салбарууд, түүн дотроос ялангуяа эрчим хүч, геологи, уул уурхайн, микроэлектроник, хэмжих техникийн үйлдвэрлэл болон эрүүлийг хамгаалах, хөдөө аж ахуйн байгууллагад өргөн ашиглах боллоо.

Физик хими, электроник, инженер-электроник нь биологи, анагаах ухаантай хамтран цөмийн анагаах ухааны суурь болж өгдөг.

Цөмийн анагаах ухаан нь тэмдэгт атом-изотопоор хийгдэх онош зүй, эмчилгээ, судалгаа гэсэн 3 салбараас бүрдэнэ.

Цөмийн анагаах ухаан хөгжлийнхээ дөнгөж хоёр дахь арван жилийг өнгөрөөгөөд байна. Орчин үеийн цөмийн анагаах ухааны онош зүйг дотор нь тэмдэгт атомоо хүний бие махбодод оруулж шинжилгээ хийх үү, аль эсвэл оруулахгүй хийх үү гэдгээр нь инвиво, инвитро оношилгоо гэж 2 хуваана.

Онош зүйн аргын технологийн хувьд инвиво оношилгоог дүрсэлдэг (байршлын) ба дүрсэлдэггүй (үйл ажиллагааны) гэж ялгаж үздэг. Дүрсэлдэг оношилгоог (хөдөлгөөнгүй) зураглах шинжилгээ ба (үйл явцтай) зураглах шинжилгээ гэж тус тусад нь авч үздэг.

Сүүлийн 10 жилд инвитро оношилгооны радио иммунологийн бичил анализын аргууд шинээр бий болов. Энэ нь хүний бие махбодод байдаг биологийн идэвхит бодисыг тодорхойлдог анагаах ухааны сүүлчийн үеийн онцгой ололтын нэг мөн. Ийм ч учраас түүнийг нээгчийн нэг Розалин Ялоу өнгөрсөн жил Нобелийн шагнал хүртсэн нь санамсаргүй зүйл биш билээ. Одоо 300 янзын аргаар шинжилгээ явуулах боломжтой боллоо. Хэдэн жишээг дурдвал, ЗХУ-д радиоиммунологийн шинжилгээг 1975 онд 400000 хүнд хийж байсан бол 1979 онд 1500000-аас даваад байна. 1990 он тэхэд ЗХУ-д 18—19 сая хүнд жил бүр цөмийн анагаах ухааны оношилгоо, эмчилгээ хийх болно гэж ЗХУ-ын Москва хотын эмч нарын мэргэжил дээшлүүлэх институтын орлогч захирал профессор И. Л. Касаткин бичиж байна.

Гамма камер гэж юу вэ? Энэ тухай товч дурдья

Анагаах ухааны практикт хэрэглэж буй Гамма камерын эх үүсвэр болох сцинтилляцийн камерыг инженер Ангер 1952—1965 онуудад зохион бүтээж, клиникийн оношилгоонд шилжүүлж өгсөн байна. Анхны сцинтилляцийн камерыг Нуклеер Чикаго фирм 1965 онд үйлдвэрлэж түүнийгээ „Гамма камер“ нэрлэжээ. Орчин үед улам төгөлдөржин сайжирсан Гамма камерыг тооцон бодох машин-компьютертай үйлдвэрлэж байна.

Манай эмнэлэгт суурилуулан тавьсан Гамма камерыг (Сиймэнс) фирм үйлдвэрлэсэн ба энэ нь 45 см-ийн голчтой сцинтилляцийн талсттай 37 ширхэг фото электрон өсгөгчтэй юм.

Гамма камер төхөөрөмж нь үндсэн 3 хэсгээс бүрдэнэ. 1. Электрон тоолуур, 2. Удирдлагын систем, 3. Мэдээлэл боловсруулах, компьютер (ЭВМ) хэсэг.

Электрон тоолуур нь иж бүрэн, гол хэсэг бөгөөд фото электрон өсгөгчтэй (ФЭУ) сцинтилляцийн талст байх ба цацрагийг сонгон оруулах буюу тоолуурыг хамгаалах төмөрлөг бүрхүүлтэй байдаг. Зөвхөн электрон тослууран хэсэг гэхэд хагас тонн жинтэй. Тэр нь тусгай тогтоогч баганад бэхлэгдсэн байх ба электрон тоолуурыг шинжилгээний үед янз бүрийн шаардлагатай зайд хөдөлгөх, эргүүлэх өөрийн мотортой зохион бүтээгджээ. Тоолуурын сцинтилляцийн дугуй талст нь голдуу 1,27 см зузаан, 26—45 см голчтой натри иодидоос бүтсэн байна.

Фото электрон-өсгөгч төхөөрөмж бүр дээр 19,37,61 ц г.м. янз бүр байна.

Электрон тоолуурт ирсэн цэнэгжүүлэгч цацраг нь фото электрон-өсгөгчөөр цахилгаан импульс (лугшилт) болж хувирч өөрчлөгддөг.

Гамма камерын чадал чансааг түүний электрон тоолуурын талстын голчийн хэмжээ, фото-электрон-өсгөгчийн тоогоор үнэлэн үздэг.

Электрон тоолуур нь удирдлагын систем, мэдээлэл боловсруулах компьютертай холбогдоно. Удирдлагын системд анализатор, дискриминатор, мэдээллийн импульс бүртгэгч болон хүний бие махбодын тодорхой хэсэгт тэмдэгт атом авагдахад түүний байдлыг дүрсэлсэн зургийг үзүүлэх дэлгэц зэргээс бүрдэнэ. Мөн социлоскоп, микродот байх ба тэдгээрийн туслалцаатайгаар фото ба гэрэлтэгч хальсан дээр (рентген хальстай төстэй) шинжлэгдэж буй эд эрхтэн, системийн зураг буудаг байна.

Фото зураг нь өнгөтэй, өнгөгүй байх ба агшин зуур 30 сек-д бэлэн болох чадвартай. Ямар ч фото-лабораторийн оролцоо шаардагдахгүй юм. Гэрэлтэгч хальс нь тусгай угаагч аппаратаар орж 2 мин-ийн дараа бэлэн болно. Фото ба гэрэлтэгч хальсан дээр нэгэн зэрэг зураг авч болдог учир үйл ажиллагааны ба байршлын оношилгоог нэгэн зэрэг хийж болно гэсэн үг юм. Мөн удирдах системийн өөр нэг дэлгэц дээр шинжилгээний бүхий л явцыг нүдээр байнга ажиглаж байх боломжтой юм.

Гамма камер дээр хийж буй бүх шинжилгээний аргыг сцинтиграф гэж нэрлэдэг. Фото зураг буюу гэрэлтэгч хальсан дээр буусан тэрхүү дүрс зургаа сцинтиграмм гэнэ.

II. Гамма камераар юуг шинжлэн оношилж болох вэ? Гамма камер нь хүний бие махбодын ямар хэсгийг, жишээлбэл ямар эрхтэн системийг шинжлэх гэж буй, түүний чухам юугий нь аль хэсгийг нь сонирхож буйгаас болон юу гэдэг изотопоор, хэдий хугацаанд хир хэмжээний, хэдэн зураг буулгаж авах зэргээс шалтгаалж доорхи үндсэн 3 аргаар шинжилгээг явуулна.

1. Байршлын буюу статик сцинтиграф
2. Үйл ажиллагааны буюу динамик сцинтиграф
3. Түргэн сцинтиграф

Өвчтөнд эхлээд тэр шинжлэх гэж буй эд эрхтэнд зориулагдсан тусгай изотопоо тарьж оруулна. Байршлын буюу статик сцинтиграф нь хүний бие махбодын шинжилж буй эрхтэний тэр байгаа төрх байдлыг зураг болон дэлгэцнээ үзүүлэх зорилготой. Онцлон хэлбэл тэр эрхтэн чухамхүү үнэн бодит байрлал, хэлбэр, хэмжээ болон түүний цуллагийн эмгэгийн нэвчимтгий ба голомтот байдлыг бараг (дотоос нь) харж байгаа юм шигээр дүрсэлдэг гэж ойлгож болно. Үйл ажиллагааны буюу динамик сцинтиграф нь хүний бие махбодод явагдаж буй тодорхой хэсгийн (удаавтар) үйл ажиллагааг сонгож авсан мөчид дэс дараалсан олон шат бүрээр зураг дээр буулгаж авах юм. Жишээлбэл: 30 сек-ээс хэд

хэдэн мин-ийн завсарлагатай хийж болно. Тэгэхдээ эрхтэнээ байгаа байдлаар нь байршил, хэлбэр, хэмжээг хамт дүрсэлдэг байна. Энд эрхтэний тухай тооны болон чанарын үнэлэлт өгөх бөгөөд энэ нь тодорхой хугацаагаар хязгаарлагдаж явагдах шинжилгээний арга юм.

Түргэн скинтиграф гэдэг нь хүний бие махбодод асар хурдан явагддаг физиологийн үйл явц, тухайлбал цусны эргэлтийн байдал, эрхтэнүүдийн цусан хангамж, зүрхэн дэх ховдол, тосгуурын ажиллагаа зэргийг шинжлэхэд зориулагдсан, тасралтгүй явагдах шинжилгээний арга юм. Энд голдуу 16—32 зураг авах ба шинжилгээний үр дүнг электрон тооцон бодох машинд хүлээн авч боловсруулдаг. Ер нь дээрх аргаар хийж буй шинжилгээний тухай мэдээллүүд, гамма камерын мэдээлэл боловсруулах компьютер-электрон тооцон бодох машинд очсоноор оношилгоо тавихад эмчид тухай бүрийд үнэлж баршгүй тусламж үзүүлэх болно. Бид одоогоор гамма камераар глэг, цөс, бөөр, бамбай ба нойр булчирхайн өвчнүүдэд үйл ажиллагааны ба байршлын оношилгоо хийж байна. Цаашид уушги, тархи, яс, зүрх, судас зэрэг эрхтэний өвчнийг оношилж эхлэх юм. Анагаах ухааны салбарын оношилгоо нь эмчилгээнээс түрүүлж явах үүрэгтэй бөгөөд энэ зорилгод ч цөмийн анагаах ухаан зохих хувь нэмрээ оруулсаар байгаа юм. Сүүлийн үеийн шинжлэх ухаан-техникийн ололт-микро электроник, тэмдэгт атом изотопыг манай орны эрүүлийг хамгаалахын практикт амжилттай нэвтрүүлж буй гэрч нь гамма камер болж байна. Мөн тус эмнэлэгт радиоиммунологийн өндөр нарийвчлалтай бичил анализын лаборатори мөдхөн нээгдэж өнөө үеийн электроникийн амжилт болсон хэмжих микроэлектроник, санах программтай микропроцессортойгоор ажиллах болно.

Цөмийн оношилгооны арга нь анагаах ухааны бүх салбарт асар хурдан нэвтэрч байгаа ба түүний ирээдүйд эмч, эрдэмтэд их найдлага тавьж байна.

Энэ бүхэн нь МАХН-ын XVIII их хурлаас... Эрүүлийг хамгаалахын практикт орчин үеийн анагаах ухааны доо шинэ ололт, тэргүүн туршлагыг бүтээлчээр нэвтрүүлэх хэрэгтэй... гэсэн намынхаа заалтыг амьдралд хэрэгжүүлж буйн нэг жишээ билээ.

С СОНИН

ХЭТ АВИАГААР ОНОШЛОХ АРГА

(Хэвлэлийн тойр)

АНАГААХ УХААНЫ ДЭЭД СУРГУУЛЬ

Сүүлийн 10-15 жилд хэт авиагаар оношлох арга эмнэлгийн практикт амжилттай нэвтэрч, оношилгооны янз бүрийн аргын дотор чухал суурийг эзлэх боллоо. Энэ нь оношилгооны аппарат хэрэгсэл улам боловсронгуй болж, шинжилгээний үр дүнг боловсруулахад тооцоолон бодох электрон машиныг ашиглах болсонтой холбоотой юм.

Хэт авианы ойсон долгионыг ашиглан дотор эрхтэнийг шинжлэх аргыг авиа-бичлэгийн арга гэж нэрлэнэ.

Хэт авиаг анх 1889 онд К. Кониг камертоны тусламжтайгаар гарган авчээ. Орчин үед пьезо талстыг ашиглан гаргаж байна. Энэ зорилгоор ихэвчлэн титанит циркони, титанит бари, кварц, керамикийн талстыг хэрэглэдэг.

Хэт авиаг оношилгооны зорилгоор анх 1942 онд австрийн эрдэмтэн ах дүү Дуссик нар тархины эмгэгийг оношлоход хэрэглэжээ. (1). 16000 гц-ээс их давтамжтай дууг хэт авиа гэнэ. Түүний орчинд тархах хурд нь долгионы урт ба хэлбэлзлийн давтамжтай шууд хамааралтай. Хүний биеийн зөөлөн эдэд хэт авианы тархах хурд нь ойролцоогоор 1540 м/с, ясны эдэд-3370 м/с байдаг. (2)

Оношилгооны зорилгоор ихэвчлэн 2,25 мгц хэлбэлзлийн давтамжтай, 0,6 мм долгионы урттай хэт авиаг хэрэглэдэг. Нэг төрлийн эдэд хэт авиа нь шулуун шугамаар тархах ба хэрвээ долгион нь өөр өөр акустик эсэргүүцэлтэй хоёр орчны (эдийн) заагт хүрвэл (жишээ нь; элэгний эд болон элэгний доторхи судас, цэсний сувгууд, элэгний эрүүл эд болон элэгний доторхи хавдар, бэтэг гэх мэт) долгионы

хагас нь эргэн ойж, үлдсэн хэсэг нь хугарна. Хэт авианы оношилгооны арга нь түүний хоёр орчны хилээс эргэж ойдог чанарт үндэслэгдэнэ. Пьезо талст дундуур цахилгаан хүчдэл нэвтрүүлэхэд талст нь тэлэх буюу агшиж хэт авиаг үүсгэдэг. Хэрэв хэт авианы эргэж ойсон долгион талст руу ирж мөргөн цахилгаан хүчдэл үүснэ. Хэт авианы оношилгооны аппарат нь хэт авианы долгионыг үүсгэн шинжилж буй эрхтэн рүү цацруулж, эргэн ойсон долгионыг дахин цахилгаан хүчдэл болгон хувиргаж, осциллоскопын дэлгэцэнд эрхтэний дүрсийг гаргадаг. Хэт авианы нэг төрлийн эдэд тархах хурдыг мэдсэний үндсэн дээр шинжилж буй эрхтэний хэмжээ, түүнийг ойлгож буй биетийн хир зэрэг гүнд байгааг доорхи томъёогоор тодорхойлно.

$$S = \frac{c \cdot t}{2}$$

S — долгионы эрхтэн хүртэл туулсан замын урт.

t — долгионы эрхтэнд хүрээд эргэн ойж ирэх хугацаа

c — хурд

(долгион нь шинжилж буй эрхтэнд хүрэх замыг 2 дахин туулах тул 2-т хуваана). Оношилгооны зорилгоор хэрэглэж буй хэт авианы дундаж чадал нь 0,04 Вт/см² бөгөөд хүний эд эсэд хортой нөлөөгүй юм. Хэт авианы оношилгооны аргыг зүрх, элэг, цэсний хүүдий, нойр булчирхайн болон бусад дотор эрхтэн, эх барих эмэгтэйчүүд, нүд, бөөр, тархины өвчнүүдийг оношлоход өргөн хэрэглэж байна. Түүний оношилгооны аппаратыг ашиглан дотор эрхтэнийг 3 хэлбэрээр шинжилнэ. Үүнд; 1. *RT* эрхтэний дүрс зүрх, амьсгалын хөдөлгөөнтэй хамт өөрчлөгдөнө.

2. *B* эрхтэний хөдөлгөөнгүй дүрс гарна. 3. *TM* зүрхний булчин, хавхалагуудын хөдөлгөөнийг бичнэ. Орчин үед оношилгооны зорилгоор хэт авианаас гадна рентгенограф, цацраг идэвхт изотопын аргаар дотор эрхтэний дүрсийг гарган авч шинжилдэг. Дээрх хоёр шинжилгээг хийхэд цацраг идэвхт туяаг цацруулдаг бөгөөд өвчтөнийг шинжилгээнд урьдчилан бэлтгэх шаардлагатай. Харин хэт авианы шинжилгээ нь өвчтөнд хоргүй, зовиургүй, өвчтөнийг урьдчилан бэлтгэх шаардлагагүй бөгөөд богино хугацаанд шинжилж буй эрхтэний талаар илүү тодорхой мэдээлэл авдаг. Цацраг идэвхт изотопын шинжилгээгээр оношийг 72—90%-д зөв тавьж байна. (5). Цацраг идэвхт изотопын аргыг рентген шинжилгээтэй хослуулан хэрэглэхэд 90—92%-д онош зөв тавигддаг. (6). Тэгвэл хэт авиаг хэрэглэснээр оношийн тохироо 98%-д хүрч байгаа юм. Энэ оношилгооны аргын тусламжтайгаар элэгний хавдар, уулинхай, буглааг 98%-д (7), цэсний чулууг 97,7-98%-д (8, 9, 10) тус тус зөв тавьжээ. Судлаачдын үзэж байгаагаар дээрх 3 аргыг хослуулан хэрэглэх нь илүү үр дүнтэй ажээ. Хэт авианы оношилгооны аппарат нь хялбар ажиллагаатай поликлиникийн нөхцөлд мөн хөдөө орон нутагт зөөвөрлөн хэрэглэж болох сайн талтай юм.

Эмнэлгийн практикт амжилттай нэвгэрч, үр дүнгээ өгч буй оношилгооны энэ аргыг манай орны эмнэлгийн практикт эрчимтэй нэвтрүүлснээр оношилгооны үр дүн улам сайжрах юм.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Исаков Ю. Ф., Гераськин В. И., Милехин А. П., Дмитриенков Б. Н. "Хирургия" 1983. № 2, 40-44
2. Эльфинер И. Е. Ультразвук, физико-химическое биологическое действие. М, 1963
3. Мухарьямов., Н. М., Беленков. Ю. Н. Ультразвуковая диагностика в кардиологии М. 1981
4. Зарецкий. В. В., Бобков В. В., Ольбинская Л. И.. Клиническая эхокардиография М. 1979
5. Зубовский Г. А., Гаммасцинтиграфия М, 1978
6. Ризаев М. Н., Мясник Б. Н., Миршанов Д. М., Маликова З. М. "Хирургия". 1980, № 6. 75-77
7. Бабичев С. И., Скорунский И. А.. Давитадзе Ш. А., Хирургия, 1983, № 1 20-24
8. Кузин М. И., Шкроб. О. С., Стручкова Т. Я. Хирургия, 1980, №1, 3-7
9. Милонов О. Б., Зарецкий В. В. Лебедева О. Д., Хирургия, 1980, 6., 31-34
10. Фукуда Моримити Ультразвуковая диагностика заболеваний печени, желчного пузыря и поджелудочной железы. Саппоро. Япония, 1981.

Б. ОДОНХҮҮ

УУШГИНЫ ЦОЧМОГ ҮРЭВСЛИЙН ҮЕ ШАТ, ХҮНДРЭЛИЙН ЗЭРГИЙГ ТОДОРХОЙЛОХ, ЭМЧЛЭХ

ГОВЬ-АЛТАЙ АЙМГИЙН НЭГДСЭН ЭМНЭЛЭГ

Сүүлийн 20 жилд сульфаниламид антибиотикийг эмчилгээнд өргөн хэрэглэх болсноор эмчилгээний практикт уушгины дэлбээг хамарсан эмнэл зүйн явц, шинж тэмдэг нь тодорхой үрэвсэл цөөрч, харин стафилакоккийн гаралтай голомтод үрэвсэл эмнэлзүйн явцаар хүнд; хордлогын шинж ихтэй үрэвслийн тохиолдол аль ч оронд ихэссэн тухай ном хэвлэлд олонтоо бичиж байна.

Уушгины цочмог үрэвслийн эмчилгээг цаг алдах, эмчилгээний зарчмыг буруу баримтлах зэргээс шалтгаалж, уушги хатууран сорвижих, улмаар халдвар харшлын гаралтай уушгины өвчин, гуурсан хоолойн багтраа зэрэг архаг хүнд явцтай өвчин олширч, эцэстээ уушги тэлэгдэх, сорвижих, уушги зүрхний ажиллагааны дутагдал болсноос, уг хүний хөдөлмөрийн чадвар алдалтыг их бага ямар нэг хэмжээгээр нэмэгдүүлнэ.

Эмчилгээ хангалтгүй болох нилээд шалтгаан байна. Энэ нь цаг алдаж оношлох, эмчилгээг хожуу эхлэх, эсвэл дутуу эмчлэх, шийдвэрлэх эмчилгээг зөв сонгоогүй, эмчилгээг эрт хасах, эмчилгээний явцад бактериологийн оношийн ач холбогдлыг анхаараагүй, антибиотик, химийн бодисуудад микробын мэдрэг чанарыг тодорхойлоогүй, эмчилгээг таамаг байдлаар явуулж байгаа зэргээс микробын эмийн бодист дасах чанар ихсэж, цочмог үрэвсэл архагшин эдгэрэлт удааширч байна.

Эдгээр хүчин зүйлээс шалтгаалж уушгины цочмог үрэвслийг эмчлэх тактикийг боловсруулан мөрдөж ажиллах нь дээд, дунд аль ч мэргэжлийн эмч нарын анхаарвал зохих асуудал юм. Уушгины үрэвсэл эмгэг жамын тухайд ганцхан тухайн эрхтэний үйл явцаар тодорхойлогдох бус, бүх эрхтэн системийг хамарсан эмгэг процесс явагддагийг анхаарах ёстой.

Иймээс уушгины цочмог үрэвслийн үйл явц, хүндрэлийн зэргийг дараахь хүчин зүйлээр үе шат болгон авч үзэх нь зүйтэй.

1. Халдварын идэвхжил
2. Эмнэлзүйн эмгэг илрэлийн тогтворжилт
3. Эрхтэн системд явагдаж байгаа үйл ажиллагааны болон бүтцийн хам өөрчлөлт

Эдгээрээс үндэслэн эмчилгээний төлөвлөгөөг боловсруулвал зохино. Халдварын идэвхжилийг тухайн үед нь дарах түүний хорт үйлчлэлээс бие махбод эрхтэн системийг хамгаалахад антибиотیکیг, микробын мэдрэг чанараар зөв сонгож идэвхжүүлэгч эдийн эмчилгээний бодис-той хослуулан хэрэглэх нь чухал.

Өвчин үүсгэгчийн хоруу чанарыг өсгөхгүй байх, дахин халдвар авч хурцдахаас урьдчилан сэргийлэхэд антибиотیکیг өндөр тунгаар хавсруулан хэрэглэх нь чухал. Гэхдээ өвчний явц үе шат, хүнд хөнгөний байдлаас шалтгаална. Үүний тулд бодит байдалд ойр дөт эмгэгийн хүнд хөнгөний зэргийг илтгэж чадах тийм магадлагаа тогтоож хэрэгжүүлэх нь зүйтэй.

Иймээс эмнэлзүйн илрэлийг иш татаж амьсгалын тоо, судасны лугшилтын тоо, халуурлын хэмжээ, үрэвслийн процессын байрлал, хордлогын илрэл, явц зэргээс үндэслэн уушгины цочмог үрэвслийг явцаар нь хөнгөн, дунд, хүнд гэж гурван зэрэг болгон хуваана.

Хөнгөн хэлбэр

1. Амьсгал 1 минутанд 25-аас доошгүй
2. Судасны лугшилт 1 минутанд 90 орчим
3. Халуун 38 градус
4. Үрэвслийн процесс уушгинд нэг талдаа 1-2 сегмент хамарсан
5. Хордлогын илрэлгүй

Эмчилгээнд: Норсульфазол, сульфадимезиныг ердийн тунгаар болон удаан үйлчилгээтэй сульфаметоксазон ба натрийн давс бүхий суль-фадиметоксин зэргийг эхний өдөр 2 г, цаашид 7-10 хоног 1 г-аар 4-6 цагийн зайтай өгнө. Эмчилгээний үр дүн сайтай бэлдмэл бактрим эс-вэл бисептол (энэ нь сульфаметоксазон ба триаметоприм юм)-ийг насанд хүрэгчдэд 2 шахмалаар хоногт 2 удаа, нийтдээ 5-12 хоног өгнө.

Үүнээс гадна уушгины цочмог үрэвслийн хөнгөн хэлбэрийн үед нитрофураны уламжлал, фурагин, фуразолин зэргийг 0,12-оор хоногт 3-4 удаа өгнө. Нэг курс нь 7-10 хоног. Дээрх эмүүд (сульфаниламид) бисептол, нитрофураны бэлдмэлүүд (тохирохгүй буюу эхний 5 хоногт эмчилгээний үр дүн илрэхгүй бол пенициллин 300000-500000 нэгжээр 4-6 цагаар, стрептомицин 500000 нэгжээр 12 цагаар булчинд тарих ба эсвэл олеандомицин, эритромицин, оксациллин, метициллин зэргийн аль нэгээс 1 сая нэгжээс багагүй тунгаар хэрэглэнэ.

Дээрх эмчилгээний зэрэгцээ ханиалга дарах, цэр шингэрүүлэн ял-гаруулах, татах сорох рефлексийн үйлчилгээтэй болон өвчтөний өвчин эсэргүүцэн хамгаалах чадварыг дээшлүүлэх эмүүдийг хэрэглэвэл зохино.

Дунд зэргийн хэлбэр

1. Амьсгал 1 минутанд 30 орчим
2. Судасны лугшилт 1 минутанд 100 орчим
3. Эмгэг процесс 1 талдаа 1 дэлбээ буюу 2 талдаа 1-2 сегментийг хамарсан
4. Халуун 39 градус
5. Хордлогын шинж нилээд тодорхой илэрсэн

Эмчилгээнд бактерийн эсрэг эмийн тунг нэмэгдүүлнэ. Пенициллин хоногт 2-3 сая нэгжээр удаан үйлчилгээтэй сульфаниламидын бэлд-мэлүүдтэй хавсруулан хэрэглэнэ. Стрептомицин 500000 нэгжээр сигма-мицин 500 мг, морфоциклин 200000 нэгж зэргээр 12 цагаар булчинд тарина.

Хүнд хэлбэрийн үед

1. Амьсгал 1 минутанд 40 орчим
2. Судасны лугшилт нэг минутанд 100-аас дээш
3. Эмгэг процесс нэг бүтэн дэлбээ буюу эсвэл нэг буюу хоёр талдаа хэд хэдэн сегмент гэмтсэн
4. Халуун 40 градус
5. Хордлогын илрэл гүнзгийрч, цусны бага эргэлт зогсонгитож хүчилтөрөгч дутагдаж эс, эд эрхтэний хийн солилцоо хямарна.

Эмчилгээнд Пенициллинийг 3-5 сая нэгжээр хоногт 2 удаа судсанд дуслаар хийж, цусан дахь пенициллины үйлчилгээг бууруулахгүйн тулд 4 цагаар 300000-600000 нэгжээр булчинд тарина.

Гентамициныг 0,8-1 мг-аар 1кг жинд бодож хоногт 3 удаа булчинд тарина. Хүнд хэлбэрийн үед антибиотик эмчилгээг өндөр тунгаар хавсруулан хэрэглэх зарчимтай. Пенициллинийг канамицин, мономицин, гентамицин стрептомицин зэрэгтэй хавсруулан хэрэглэх ба харин тетрациклин эритромицин, олендомицин зэрэгтэй хавсруулан хэрэглэж болохгүй. Бактериологийн онош тавьж коккийн төрлийн микробоор үүсгэгдсэн уушгины үрэвсэлд тетрациклинийг их тунгаар стрептомицинтэй, протей энтерококкоор үүсгэгдсэн бол левомецетин ампициллин, гентамицин зэргийг ерийн тунгаар, ногооруулагч савханцраар үүсгэгдсэн бол гентамицин полимиксин зэргээр эмчлэх гэхчилэн төлөвлөнө.

Эмчилгээний зарчим зөв бол өвчтөний халуун буурч тав дахь хоногос хэвэндээ орно. Антибиотик ихээр хэрэглэж байгаа үед мөөгөнцрийн өвчнөөс урьдчилан сэргийлж нистатин леворин зэргийг хэрэглэнэ.

Бактерийн эсрэг эмийг ихээр хэрэглэж байгаа үед А, С, Р, В бүлгийн витаминуудыг эмчилгээнд хэрэглэх шаардлагатай. Мөн уургийн солилцоо хямардаг тул аноболитик бэлдмэлүүд (неробол, нероболил 5 мг-аар хоногт 2 удаа 2-3 долоон хоногт) хэрэглэнэ.

Харшлаас сэргийлж гистамины эсрэг бэлдмэлүүд ба кортикостероидын даавар хэрэглэнэ. Преднизолоныг (ходоод гэдэсний шарх байхгүй бол) 15-20 мг-аар 7-10 хоног өгч цаашид тунг багасган барих тунгаар үргэлжлүүлж, үрэвслийн эсрэг идэвхтэй үйлчилдэг салицилат, реоприн, анальгин пиромидон зэрэг эмийг өгч байгаад хасна.

Иммуны системийн урвалж чанарыг идэвхжүүлэх зорилгоор биологийн идэвхжүүлэгч (алое, фибс, шиллэг эд, плазм, пентоксил, амин хүчлүүдээс) хэрэглэнэ.

Цусны бүлэгнэлт уушгины үрэвсэлт өвчний үед ихэсдэг учир цусны дэлгэрэнгүй шинжилгээний үндсэн дээр гепарин 5000 нэгжээр хоногт 3-4 удаа 7-10 хоногоос хэтрүүлэлгүйгээр хэрэглэнэ.

Хордлого тайлах зорилгоор гемодез, неокомпенсан бусад шингэнийг 250-500 мл-ээр судсанд дуслаар хийж, фуросемид, лазикс тиазидын бүлгийн шээлгэх эм өгнө.

Амьсгал, цусны эргэлтийн эрхтэний үйл ажиллагаанд дутагдал илэрч байвал зүрхний түргэн үйлчлэлтэй гликозид строфантин, коргликон зэргээс гипертоник уусмал 40%-ийн глюкоз, 10% -ийн бромт натри, 40%-ийн уротропин зэргийн аль нэгтэй судсанд хийх ба маннитол хэрэглэж болно.

Хийн солилцооны хямралын үед хүчилтөрөгч эмчилгээг хэрэглэнэ, Харин цусны бүлэгнэлт сайнгүй бол дээрх эмүүдийг хэрэглэхгүй. Цэр шингэрүүлэн ялгаруулахаар 3-6%-ийн калийн иод тарваган шийр зэргийг өгнө.

Шүлтлэг утлага шаардлагатай. Татах, сорох, дүйвүүлэх рефлексийн эмчилгээний ач холбогдол үр дүнг бууруулан үзэж болохгүй. Хордлого арилж халуун буураад эдгэрч буй үед физик эмчилгээ хийх нь бүрэн эдгэрэхэд ач холбогдолтой. Мөн энэ үед амьсгалын дасгал чухал үүрэгтэй. Ямар нэг хэмжээгээр архагшуулахгүйн тулд диспансерийн хяналтанд авах шаардлагатай.

АМЬСГАЛЫН ЭРХТЭНИЙ УРВАЛЖ ЧАНАРЫН АСУУДАЛД

АРДЫН АРМИЙН ТӨВ ЭМНЭЛЭГ

Онолын иммунологийн хөгжил нь амьсгалын эрхтэнийг биеийн ерөнхий болон хэсэг газрын дархлалын үүднээс авч үзэх бололцоог олголоо.

Амьсгалын эрхтэний урвалж чанар асар их бөгөөд ерөөсөө уушгийг иммуны нэг эрхтэн гэж үзвэл зохино. Энэ чанараар нь ч элэг, дэлүү, чөмөг мэтийн эрхтэнүүдтэй жишиж үзэж болох юм. Хувьсал хөгжлийн явцад бүрэлдэн тогтсон амьсгалын замын эрхтэний дархлан хамгаалах чанар нь бүтэц зохион байгуулалтын гүнзгий үндэстэй ажээ. Цагаан мөгөөрсөн хоолойн шүүрлийн нян хөнөөх чадвар нь зөвхөн салс гаргах, механик аргаар нянг зайлуулахаар хязгаарлагдах бус энэ шүүрэлд агуулагдах иммуноглобулин А-гийн шууд үйлчлэлтэй ихээхэн хэмжээгээр холбоотой юм. Бронхийн салст бүрхүүлийн хучуур эсүүдийн доогуур байрласан лимфоцитүүд нь чухамдаа энэхүү А иммуноглобулиныг «үйлдвэрлэгч» В-ийн төрлийн лимфоцит эс болох нь тогтоогдлоо. Иммуноглобулин А нь бронхийн шүүрэл дэх бусад бодисын хамт нян болон вирусийг устгах үйлчилгээтэй. Харин бронхийн шүүрэл ба цусны ийлдсэн дэх иммуноглобулин А-гийн тодорхой шүтэлцээ мэдэгдээгүй байна.

Бронхийн шүүрэлд иммуноглобулин М ер тааралддаггүй бол иммуноглобулин Г нь ялангуяа уушгины үрэвслийн үед ихсэх нь олонтоо. Амьсгалын замын төгсгөлийн хэсэгт орсон агаарыг «цэвэрлэх» үүргийг цулцангийн макрофаг эс гүйцэтгэдэг. Амьсгалын эрхтэнүүдийн дархлал чанарт цулцангийн хучуурын суурийн мембран болон үүний дотор байрласан лимфойд байгууламжууд чухал үүрэг гүйцэтгэдэг болох нь тогтоогджээ.

Ихэнх дархлалын процессын үед уг суурийн мембраны үндсэн бодис зузаардаг нь чухам лимфоцитүүдын хуримтлалаас болдог. Зарим судлаач эдгээрийг Т лимфоцит эсэд хамруулж байна.

Амьсгалын эрхтэний дархлал ба харшлын урвалж чанарт нөлөө бүхий нөгөө нэг хэсэг эс бол базофил, эозинофил, үүлэн бөөмт болон плазмоцит эс юм.

Бие махбод дархлан хамгаалах хэрэглэлүүдээ ингэж дайчлан ашиглах нь үрэвслийн бүхий л үе шатанд харилцан адилгүй байдаг. Дархлалын харилцаа нь олон хүчин зүйлийн нийлбэр, харилцан шүтэлцээний үндсэн дээр явагддаг. Үүсгэгчийн шинж чанар нь иммуны анхны хариултыг тодорхойлж өгдөг. Жишээ нь: микоплазм нь бронхийн шүүрлийг амархан гэтэлж суурийн мембранд очдог. Энэ үед бронхийн шүүрэлд А болон М иммуноглобулин ихэснэ. Уг М иммуноглобулин нь уушги, зүрх, судасны эдийг гэмтээх чанар бүхий цус наалдуулагч мэтийн бусад эсрэг биесээс бүрэлдэн тогтсон байдаг.

Иймээс ч микоплазмаар үүсгэгдсэн хатгалгаатай хүмүүст зүрх, судас, шээсний замын өвчний шинж илэрдэг нь санамсаргүй хэрэг биш бололтой.

? Риносинцитид вирус Т—лимфоцитын тогтолцоог „ажиллуулж“ эхэлдэг. Ингэж нэг талаас бие махбодын, нөгөө талаас амьсгалын эрхтэнүүдийн дархлалын тогтолцооны харилцан уялдаа шүтэлцээ нь үрэвслийн процессийн эцсийн дүнг тодорхойлогч болдог. Уушгины үрэвсэлт өвчнүүдийн хүндрэл болох архагших, харшил үүсэх, аутоиммуно байдал зэргийг өвчтөний дархлалын тогтолцооны онцлог байдалтай холбож үзвэл зохино.

Уушгины эмгэгүүдийн үед В, Т лимфоцит, фагоцит, бусад ком-
лементийг тодорхойлж байх нь зүйтэй.

В тогтолцоог иммуноглобулин болон гаммаглобулинээр, „хэсэг газрын“ дархлалыг цэрэн дэх иммуноглобулин А, Г болон макрофаг, плазмоцит эс үзэх замаар тодорхойлдог. Ингэж судлах нь байнга да- хиадаг буюу сунжруу явцтай үрэвсэлт процессуудын цаана үргэлж бай- даг төрөлхийн буюу олдмол иммуно дутмагших байдлыг илрүүлэхэд туйлын ач холбогдолтой. Ийм нөхцөлд гаммаглобулин болон дархлалыг „сэдээх“ эмчилгээ хийх нь зүйтэй гэж үзэж байна.

Дархлалын Т тогтолцоог цэр болон цусанд байгаа энэ эсийн аб- солют тоог гаргах замаар тодорхойлдог. Энэ тогтолцооны дутмагшлын үед дархлалыг тогтоох зорилгоор левомизол (декарис)-аар „хатгаж“ болох юм. Мөн бласттрансфомацын сорилуудаар мэдэж болдог. | 77!

Фагоцитын байдлыг эхний үе шатаанд нейтрофилын тоогоор, мөн фагоцитын индекс, шүлтлэг фосфатазын харьцаагаар үздэг байна. Фа- гоцитын үйлдэл муудсан үед пентоксил, метилурацилээр дэмжиж бо- лох юм.

Д. АЛИМАА

БИЛИРУБИН

АНАГААХ УХААНЫ ХҮРЭЭЛЭН

Цэсний нөсөө болох билирубиныг анх 1864 онд нээжээ. Билирубин ихэвчлэн элэгний, эсүүдэд үүсдэг. Тодорхой хэлбэл чөлөөт билирубин элэгний кумферийн эсүүдэд, чөлөөт бус нь гепатоцитуудад үүсдэг бай- на. Цэсний хүчлүүдийн тусламжтайгаар билирубин ялгарч, цэсний хүү- дий рүү орно.

Цусны улаан цогцсууд 110—130 хоног амьдраад, чөмөг, элэг, дэлүү болон бусад эрхтэний торлог эсүүдэд (Ретикул эндотелийн) мөхөхөд, задралаар нь түүнд агуулагдагч гемоглобин чөлөөлөгдөнө.

Гемоглобин нь глобин гэсэн уураг ба гемийн 4 молекулаас тогтоно. Гемийн молекул хүчилтөрөгчтэй нэгдэх буюу түүнийг алдах чадвартай төмрийн атомыг агуулсан байдаг. Гем бол гемоглобины идэвхтэй хэсэг бөгөөд глобин түүнийг зөөвөрлөх үүрэгтэй. Төмрийн задралаар гемээс билирубин үүсдэг. Хоногт гемоглобины нэг илүү хувь буюу 7,5 г ор- чим нь задарч, түүний 1 г тутмаас 35 мг орчим, нийтдээ 260 мг би- лирубин ялгардаг.

Гемоглобины задралын үр дүнд үүсэх, ногоон өнгөтэй энэхүү нө- сөөг вердоглобин, холеглобин, хуурамч гемоглобин гэх зэргээр нэрлэ- дэг. Цаашид энэ нь мөн л хувирч, бас л ногоон өнгөтэй цэсний нөсөө болох биливердин болно.

Түүнээс улаан шар өнгөтэй цэсний нөсөө-билирубин үүсч цусны сийвэнгийн бүрэлдэхүүнд орно. Энэ нь усанд уусдаггүй бөөрөөр ял- гарч шээсэнд ордоггүй. Ван-Ден-Бергийн урвал шууд өгдөггүй уч- раас холбоот бус (чөлөөт), үл уусагч, шууд бус билирубин гэж нэр- лэдэг. Энэ нь тосонд уусах шинж чанартай, бие махбодод хортой, аль- бументэй нэгдмэл байдлаар цусаар чөлөөтэй эргэж байдаг. Энэхүү нөсөө элэгний эсүүдэд глюкуронилтрансфераза ферментийн нөлөөгөөр глюкуроны хүчилтэй нэгдэж чөлөөт бус, (холбоот), уусгагч шууд би- лирубин үүсгэнэ. Энэ нь моно ба диглюкуронидаас бүрдэх бөгөөд ди- глюкуронид түүний 75—80%-ийг эзэлнэ. Элэгний хоргүйжүүлэх үйл ажиллагаа нь билирубины ийнхүү холбогдсоны үр дүнд хэрэгждэг би-

Энэхүү үүссэн билирубин бие махбодод хоргүй, тосонд уусдаггүй шинж чанартай. Харин усанд уусч, бөөрөөр ялгарч шээсний өнгийг хувиргана.

Ван-Ден-Бергийн урвалын дүнгээр билирубиныг шууд ба шууд биш гэж ялгадаг. Диазо-урвалж хийхэд шууд өнгө өгвөл Ван-Ден-Бергийн урвал эерэг буюу шууд билирубин гэнэ. Харин диазо-урвалж нэмэхэд шууд өнгө өгөхгүй, зөвхөн диазо-урвалжийг спиртэнд уусгасны дараа хийхэд түүнтэй урвал өгвөл Ван-Ден-Бергийн урвал сөрөг гэж тооцох буюу шууд бус билирубин байна гэж үзнэ.

Үүссэн холбоот билирубин цестэй хамт нарийн гэдэсэнд орно. Тэнд гэдэсний дегидрогеназа ферментийн тусламжтайгаар уробилиноген болтлоо ангижирна. Үүссэн уробилиноген агаарт гэрлийн нөлөөгөөр уробилин болж хувирдаг.

Билирубины бүтээгдэхүүнийг ерөнхийд нь уробилиноидууд гэж нэрлэдэг. Уробилиноидуудыг 3 бүлэгт хуваадаг. III уробилиноген хаана үүсдэг ямар ач холбогдолтой болох нь тодорхойгүй. Маш бага хэмжээтэй үүсдэг. Оношийн ач холбогдолгүйд тооцогддог.

Уробилиноидын II бүлэг (I-уробилиноген) бүдүүн гэдэсний дээд хэсэгт үүсч, түүний ханаар шимэгдэж элгэнд орно.

Уробилиногены I бүлэг (d-уробилиноген)—Стеркобилиноген бүдүүн гэдэсний доод хэсэгт үүсэх бөгөөд эргэн шимэгдэж *V. portae*-гоор дамжин элгэнд очих төдийгүй *VV. haemogoidales*-аар цусны их эргэлтэнд орж, бөөрөөр ялгарч шээсний өнгө хувиргана. Гэвч стеркобилиногены ихэнх хэсэг нь стеркобилин болон хувирч өтгөний хэвийн өнгө бүрдүүлэгч нөсөө болно.

Элгэнд уробилиноидууд задарч зарим нь цөсөөр дахин ялгарна. Шээсэнд тун өчүүхэн хэмжээний уробилиноидууд ордог.

Билирубиныг ийлдсэнд тодорхойлох янз бүрийн арга байдаг боловч төө хэмжээг нь тодорхойлох хамгийн хялбар тохиромжтой өргөн хэрэглэгдэж байгаа нь Иендрашек Клегорны арга юм.

Холбоот билирубин диазо урвалжтай ягаан өнгө үүсэхэд түүнийг ФЭК-д хэмжиж экстинкцийн хэмжээгээр түүний ийлдсэнд агуулагдах нийт хэмжээг олоход энэ арга үндэслэгджээ. Диазо-урвалж бол Диазо I (сульфанилын хүчил) ба Диазо—II (Азот хүчлийн натри)-ын холимог болох диазофенилсульфонын хүчил юм.

Холбоот (чөлөөт бус) шууд уусгагч билирубин диазо-холимогт ягаан өнгө үүсгэнэ.

Кофеины уусмал хийхэд холбоот бус (чөлөөт) шууд бус, үл уусгагч билирубин диссоциаци болж дараа нь диазо урвалж нэмэхэд ягаан өнгө үүсгэдэг. Энэ нь шууд ба шууд бус билирубины нийлбэр болох нийт билирубины хэмжээг илэрхийлнэ.

Нийт билирубинээс шууд билирубиныг хасч шууд бус билирубины хэмжээг гаргана. Нийт билирубины хэвийн хэмжээ 5,1—19 мкмоль/л. Үүнийг 75%-ийг шууд бус, үлдсэн 25% буюу 0,8—5,1 мкмоль/л-ийг шууд билирубин эзэлдэг.

БИЛИРУБИНЫ ОНОШИЙН АЧ ХОЛБОГДОЛ Билирубин нь төрөл бүрийн шарлалтыг ялган оношлоход чухал ач холбогдолтой.

I. ГЕМОЛИТИК (ЦУС ХАЙЛАЛТЫН) ШАРЛАЛТ. Ийлдсэнд чөлөөт билирубин ихэснэ. Шээсээр билирубин гарахгүй. Дэлүү томрох, цус багадах, ретикулоцитүүд олширох шинжүүд илрэх бөгөөд харин элэгний үйл ажиллагаа алдагдахгүй хэвийн байдаг.

II. ЭЛЭГНИЙ (ПАРЕНХИМАТОЗ) ШАРЛАЛТ. Хурц ба архаг гепатитууд, элэгний хатуурал, цөсний замын үрэвсэлт өвчнүүдийн үед тохиолдоно. Өвчний анхны өдрөөс эхлэн элэгний үйл ажиллагааны сорилуудад өөрчлөлт илэрнэ. Холбоот билирубин давамгайлж ихэснэ. Шээсээр билирубин гарна.

III. МЕХАНИК ШАРЛАЛТ. Цөсний чулуу, нойр булчирхайн толгой, фатерийн хөхлөг, элэг, цөсний ерөнхий цоргын хавдрууд, түүний түгжрэл, цөс, нойр булчирхайн хорхойтох (гельминтоз) зэрэг өвчнүүдийн үед тохиолдоно. Цөсгүйжих (ахоли), шээсэнд уробилин илрэхгүй байх, холестерин ихсэх, дэлүү үл томрох зэрэг онцлогтой. Элэгний үйл ажиллагаа, өвчний эхний 10—15 хоногт хэвийн байх боловч цаашид хямарна. Цөсний хүүдий томорч Курвуазье-ийн шинж илэрнэ.

Жильберийн (энгийн холеми), Мейленграхтын (хөвгүүд охидын түр зуурын шарлалт,) Дабин-Джонссны (архаг идиопатик шарлалт) роторын хам шинжүүдийн үед тус тус илрэх хоргүй хэлбэрийн шарлалт гэж бий.

Мөн элэгний янз бүрийн өвчин, ялангуяа вируст гепатитын төгсгөл, томуу, сальмонеллез болон бусад халдварт өвчин, цөсний замын өвчнүүдийн улмаас болох гепатитууд, хордлогын улмаас болох элэгний гэмтэл, элэгний архаг үрэвсэл зэрэг өвчний үед хоргүй хэлбэрийн энэхүү шарлалт түр зуур тогтмол биш илрэх явдал бий. Эдгээр хоргүй хэлбэрийн шарлалтын үед ийлдсэнд чөлөөт билирубин давамгайлж ихэсдэг нь элэгний эсүүдийн үйл ажиллагаа алдагдсантай буюу эсвэл глюкоронилтрансфераза ферментийн дуталтай холбоотой. Энэ үед нийт билирубины хэмжээ бага зэрэг ихсэвч 50 мкмоль/л-ээс төдийлөн хэтэрдэггүй онцлогтой. Бас төрсний дараахь эхний 10 хоногт нярай хүүхдийн элэгний эсүүдийн глюкоронилтрансфераза фермент идэвхжиж хараахан гүйцээгүй байдагтай холбоотой илрэх нярайн гемолитик шарлалт гэж бий.

Үүнээс гадна Криглер-Наджарын хортой хэлбэрийн шарлалт гэж байдаг. Элэгний эсүүдэд глюкоронилтрансфераза фермент байдаггүй учраас энэ хэлбэрийн шарлалтын үед ийлдсийн билирубин хэт ихэсч бие махбод чөлөөт билирубинд хордож өвчин үхлээр төгсдөг жамтай.

Гемолитик шарлалтын үед хэдийгээр дээрх шинж илрэвч оношлоход амаргүй тохиолдол цөөнгүй байдаг. Тэрээр цөсний хүүдийд чулуу үүссэний улмаас болох механик шарлалттай хавсран тохиолдох явдал бий. Мөн түүнийг цөсний гаралтай элэгний анхдагч хатуурлаас, элэг хатууралгүй, төдийлөн томроогүй байдлаар нь ялган оношлох хэрэгтэй.

Элэгний ба механик шарлалтыг хооронд нь ялган оношлох нь практикт тохиолдох амаргүй асуудлын нэг. Элэгний шарлалтын ид үед цөсний жижиг цоргууд тагарсны улмаас элэгний дотор цөсний зогсонгишрол болдог. Механик шарлалтын бас ид үед элэгний паренхим гэмтэж элэгний үйл ажиллагааны дутагдлын шинжүүд илэрдэг. Иймээс энэхүү 2 хэлбэрийн шарлалтыг хооронд нь ялгахын тулд элэгний үйл ажиллагааг өвчний эхний 10 хоногт шинжлэх шаардлагатай. Энэ үед элэгний үйл ажиллагааны хямрал илэрвэл элэгний шарлалт, эс илэрвэл гемолитик шарлалт гэж үзнэ.

Үүний дараа шарлалтын гарал үүслийг харгалзаж ялган оношлолтыг үргэлжлүүлнэ. Элэгний шарлалт элэгний үрэвсэлт өвчний улмаас болов уу, аль эсвэл хатуурлаас уу гэдгийг ялгах хэрэгтэй. Дохиур хэлбэрт хуруу, судасны одонцорууд, улаан толбууд, удаан үргэлжлэх шар, хатуу элэг зэрэг нь элэгний билиар хатуурлын шинж юм.

Механик шарлалт голдуу чулуу, хавдар, хааяа цөсний ерөнхий цорго түгжирсний улмаас болдог тухай дээр өгүүлсэн билээ. Ийм өвчтөнд элэгний өвчний зовиур илэрч болно. Тэд гэнэтийн хүчтэй өвдөлтөнд нэрвэгдэх аюултай юм. Цөсний хүүдий тэмтрэгдэхгүй боловч цөсний цэгүүдэд өвдөлт илэрнэ. Нойр булчирхайн толгойн хорт хавдрын улмаас үүссэн механик шарлалтын үед 12 хуруу гэдсэнд орох түүний фермент саатах учир цусанд диастаза, липаза ферментүүд ихэс-

нэ. Энэ үед рентген зураг авч нарийн гэдэсний эргэж мушгирсан цагираг илрүүлэх нь ялгах оношийн маш их ач холбогдолтой. Мөн хуурамч шарлалт (жишээлбэл акрихины) гэж байдаг. Энэ үед нүдний салст шарладаггүй онцлогтой.

Ц. ЖАМБАЛДОРЖ, Х. ГЭЛЭГЖАМЦ

БРОНХОФИБРОСКОПИЙН ШИНЖИЛГЭЭ, ЭМЧИЛГЭЭНИЙ АРГА

УЛСЫН КЛИНИКИЙН ТӨВ ЭМНЭЛЭГ

Манай орны цаг уурын эрс тэс нөхцөл, хүн амын суурьшил, үйлдвэржилт болон амьсгалын зам, уушгины эмгэгийг цаг алдаж хожуу, дутуу эмчлүүлэх зэргээс болж уушгины өвөрмөц бус архаг үрэвсэлт өвчнүүд ихэсч, түүний оношилгоо эмчилгээний асуудал чухлаар тавигдах боллоо. Анагаах ухааны хөгжлийн одоогийн түвшинд өвчний оношилгоо эмчилгээнд шинжилгээний цөөн тооны хэвшмэл аргыг хэрэглэх нь хангалтгүй болж орчин үеийн чухал хэрэглүүр болсон эндоскопийн болон эд эсийн шинжилгээний аргыг хавсран хэрэглэснээр оношилгоо эмчилгээнд чанарын дэвшил гарч байна. Сүүлийн хэдэн жилд манай орны төөлөрсөн эмнэлгүүдэд эндоскопийн болон эд эсийн шинжилгээний аргуудыг өргөн хэрэглэх боллоо. Үүний нэг нь уушгины өвчний эмчилгээ оношилгоонд хэрэглэж байгаа бронхофиброскопийн арга юм. Бронхофиброскоп гэдэг нь (phibro -уян хатан, broncho-гуурсан хоолой, Scopi -харах) гуурсан хоолой дурандаж харах гэсэн утгатай үг юм. Манай эмнэлгүүдэд Япон улсад үйлдвэрлэсэн "ОЛИМПАС" маркийн аппарат хэрэглэж байна. Энэ аппарат нь гэрэл үүсгэгч дуран хоёроос бүрдэх бөгөөд хаа ч авч явахад боломжтой юм. Шинжилгээ эмчилгээнд өвчтөнг бэлтгэхдээ өлөн байлгах ба шинжилгээ эхлэхээс 20—30 минутын өмнө өвчтөнд промедол 1%—1 мл, атропин сульфат 0,1%—0,5—1 мл, димедрол 1%—1 мл булчинд тарина. Өвчтөнд урьдчилан дикаины тохироо үзсэн байх шаардлагатай. Бронхоскопийн шинжилгээг ерөнхий ба хэсгийн мэдээ алдуулалттай хийнэ. Хэсгийн мэдээ алдуулалтад 1—2 хувийн дикаины уусмал, 10 хувийн новокаины уусмал тус тус хэрэглэнэ. Эдгээр уусмалын хэрэглэх хэмжээ нь хувь хүний онцлог, нас, хүйс, жин, биеийн байдал, өвчний явцаас хамаарч янз бүр байна. Ерөнхий мэдээ алдуулалтыг бага насны хүүхэд, шинжилгээнээс айж байгаа өвчтөн, хэсгийн мэдээ алдуулах эмийн зүйлс тохирохгүй өвчтөн, шинжилгээ эмчилгээг удаан хугацаагаар хийх онцлог тохиолдолд тус тус хэрэглэнэ.

Уг шинжилгээг өвчтөнийг суугаа буюу хэвтээ байрлалд хийх ба үргэлжлэх хугацаа нь шинжилгээ эмчилгээний шаардлагаас болж 30 минутаас 2 цаг хүртэл байж болно. Бронхоскопийн шинжилгээг оношилгооны, эмчилгээний, урьдчилан сэргийлэх гэж 3 хуваана.

1. ОНОШИЛГООНЫ БРОНХОСКОПИ НЬ амьсгалын зам, уушгины өвчний оношилгоонд чухал хэрэгтэй. Ялангуяа гуурсан хоолойн эмгэгийн байрлал, шинж чанар, тархалтыг мэдэх, тэрчилэн уушгины зах хязгаарын хэсгүүдэд байрлаж байгаа эмгэгийг дашрамын шинж тэмдгээр нь илрүүлэх зорилготой юм. Оношилгооны бронхоскопийг мөгөөрсөн ба гуурсан хоолойн хавдар, гуурсан хоолойн гэмтэл, гаж хөгжил, сүрьеэ, уушгины өвөрмөц бус үрэвсэлт өвчнүүд, гуурсан хоолойн болон уушгины архаг үрэвсэл гуурсан хоолойн тэлэлт, уушгины буглаа,

уушгины цус алдалт, цустай ханиалгах, гуурсан хоолойн багтраа, үүсгэгч нь тодорхой бус уушгины өвчнүүдийн үед хийнэ. Онсшилгооны бронхоскопийг дараахь үе шатаар явуулна. Үүнд:

1. Нүдээр харж эмгэг процессын байрлал, тархалт, шинж чанар, гуурсан хоолойн хэлбэр, үйл ажиллагаа, шинж тэмдгийг тодорхойлох.

2. Эмгэг хэсгээс эд эсийн шинжилгээ авах.

3. Гуурсан хоолойн доторхи цэр, салс, идээнээс бактериологийн шинжилгээ шинжлэх.

4. Мөөгөнцөрийн шинжилгээ авах

5. Бронхоскопийн шинжилгээг бронхографийн шинжилгээтэй хавсран хийх зэрэг болно.

Оношилгооны бронхоскопийг зүрхний шигдээс, зүрхний титэм судасны дутагдал, цус эргэлтийн алдагдал бүхий зүрхний гажиг, зүрхний хэм алдагдал, цусны даралт ихдэх өвчний II, III үе, амьсгалын дээд замын хурц халдварт өвчнүүд болон биеийн ерөнхий байдал хүнд үед хийхгүй.

II. ЭМЧИЛГЭЭНИЙ БРОНХОСКОПИЙГ уушгины архаг идээт өвчнүүд, гуурсан хоолойн багтраа өвчний эмийн эмчилгээнд үр дүн өгөхгүй байгаа үгдрэлт, уушгины цус алдалт, сүрьеэ, гуурсан хоолойд гадны биет орох, уушгины бусад өвчний үед өргөн хэрэглэж байна. Энэ эмчилгээ нь гуурсан хоолойн доторхи зүйлийг соруулж цэвэрлэх, эмийн бодисыг эмгэг хэсэгт шууд хийх зорилготой юм. Ингэснээрээ эмийн үйлчлэлийг уртасгах, өвчний голомтод шууд үйлчлэх эмийн хэмжээг ихэсгэх, эм хэмнэх зэрэг сайн талтай юм. Эмчилгээний бронхоскопийг дараахь үе шатаар явуулна. Үүнд:

1. Гуурсан хоолойн дотор талыг харж эмчилгээний тактик боловсруулах

2. Гуурсан хоолойн дотор байгаа цус, цэр, салс, идээг соруулж цэвэрлэх

3. Гуурсан хоолойг антисептик уусмалаар угаагаад соруулж авах.

4. Эмгэг үүсгэгч нянгийн мэдрэг антибиотик буюу бусад шинж тэмдгийн эмчилгээний эмийг шууд хийх

5. Эмчилгээ бүрийн эхэнд гуурсан хоолойноос нянгийн шинжилгээ авах ба эмчилгээний үр дүнг харж тогтооно. Эмчилгээний бронхоскопи нь өвчний явцаас хамаарч янз бүр байх ба идээ ихтэй үед 2—3 хоногт 1 удаа, идээ цэр багатай үед 4—5 хоногт 1 удаа хийнэ. Нийт 3—8 удаа хийхэд дунджаар 1 курс эмчилгээ болдог. Эмчилгээнд хэрэглэх эмүүдийг нянгийн эсрэг цэр, идээ хайлуулах, үрэвслийн эсрэг гуурсан хоолой өргөсгөх гэж хуваана.

III. УРЬДЧИЛАН СЭРГИЙЛЭХ БРОНХОСКОПИ нь уушгинд мэс заслын эмчилгээ хийхэд бэлтгэж гуурсан хоолойг цэвэрлэх, мэс заслын дараа хүндрэлээс сэргийлж бронхоскопи хийхийг хэлнэ. Энэ нь мэс заслын эмчилгээний үр дүнг сайжруулах, эмчилгээний дараа гуурсан хоолойд байгаа цэр, салс, цусыг соруулж цэвэрлэх, мэс засал хийсэн хэсгийн байдлыг хянах зорилготой юм.

Улсын клиникийн төв эмнэлэгт 1981 оноос эхлэн бронхофиброскопийн эмчилгээ оношилгооны аргыг хэрэглэж одоогоор 400 гаруй өвчтөнд хийсэн нь эмчилгээ оношилгооны сайн үр дүнтэй болж байна.

ЛАБОРАТОРИЙН АЮУЛГҮЙН ДҮРЭМ

Удиртгал. Бичил амь судлалд аюулгүйн арга хэмжээг хангах талаархи ДЭХБ-ын тусгай программд лабораторийн ажилтан, ажилчдын эрүүл мэндийг хамгаалах, хүн ам, гадаад орчныг бичил биетэн болон судалгаа шинжилгээнд хэрэглэдэг биологийн халдварт материалар са-

намсаргүй бохирдуулах аюулаас сэргийлэхийн тул лабораторийн аюулгүй байдлыг хангах хэм хэмжээг боловсронгуй болгон хөгжүүлэх шаардлагатайг онцлон заасан байна.

1. Тодорхойлолт:

1.1. Лабораторт мөрдөх шаардлагыг хангаагүйгээс гарах аюулыг учруулах хор нөлөөнөөс нь хамаарч 4 бүлэг болгон хуваана.

1. Хувь хүнд өөрт нь болон нийгэмд хор багатай аюул.

2. Хувь хүнд дунд зэргийн хортой нийгэмд хязгаарлагдмал хор хүргэх аюул,

3. Хувь хүндээ хор ихтэй, нийгэмд бага хортой аюул

4. Хувь хүнд ч, нийгэмд ч хор ихтэй аюул

1.2. Институт ба лаборатори.

1.2.1. Лабораторийн өрөөнүүдтэй нэг буюу хэд хэдэн барилга байгууламжийг институт гэх бөгөөд энэ нь догроо албаны өрөө, номын сан, эмч ажилчдын өрөө тасалгаатай байна.

1.2.2. Зөвхөн бичил амь судлалын буюу Сусад шинжилгээ судалгааны ажилд зориулагдсан нэг буюу хэдэн өрөөг лаборатори гэнэ.

1.2.3. Бичил амь судлалын аюул. Гэдэгд орчныг санамсаргүй буюу санаатайгаар нянгаар бохирдуулах элдэв шалтгаанаас болж хүн амьтны сиед халдвар үүснэ. Халдвар нь амьсгалын зам, гэдэс ходоодны зам, гэмтсэн буюу гэмтээгүй арьс салстаар нэвтэрч болно. Лабораторийн аюул нь шууд мэдэгдэх буюу мэдэгдэхгүй байсаар нглээд хожим илрэх ч байдаг. Энэ тохиолдолд лабораторт эмгэг-терегч нян түүний хор хүн амьтанд халдварлаж (амьсгалын болон хоол боловсруулах замаар) улмаар гэдэгд орчныг бохирдуулахад хүрч буй явдлыг лабораторийн аюул гэж ойлгоно. Энэ нь лабораторийн аюулгүйн дүрмийг зөрчсөнөөс, багаж техникийн гэмтэл болон халдварлуулсан амьтан, үе хөлтнийг алдсанаас болж үүснэ.

2. Аюулгүйн зохион байгуулалт.

2.1. Үүрэг. Бүх төрлийн аюулгүй байдлыг хангах үндсэн үүргийг институтын захирал хүлээнэ. Лабораторийн аюулгүй байдлыг бусад мэргэжилтэнд хариуцуулан ажиллуулж болох боловч үндсэн үүргийг захирал хариуцна.

2.2. Биологийн аюулгүй байдлыг янагч. Энэ нь институтын захирлын нэрийн өмнөөс үүрэг гүйцэтгэгч хүн юм. Зохих хэмжээний мэдлэг мэргэжилтэй аюулгүйн байцаагч энэ үүргийг гүйцэтгэж болно. Нян судлалын өргөн хэмжээний шинжилгээ хийдэг, байгууллагад орон тооны аюулгүйн байцаагч байх нь чухал.

2.2.1. Аюулгүйн байцаагч нь тухайн байгууллагад ажиллаж буй хүмүүсийн ажлыг хортой аюултай эсэхэд үнэлэлт өгөхийн хамт хамгаалах төхөөрөмж, үйл ажиллагааны байдал нь шаардлага хангаж буй эсэхэд үнэлэлт өгнө.

2.3. Аюулгүйн зөвлөл. Институтын хэмжээнд аюулгүйн зөвлөлийг байгуулах хэрэгтэй бөгөөд энэ зөвлөл нь аюулгүй байдлыг хангах чиглэл, ажлын төлөвлөгөөг институтын захиргаанд танилцуулж хэрэгжүүлэхээс гадна аюулгүйн дүрмийг боловсруулж лабораторийн үйл ажиллагаан дахь аюулгүй байдлыг хянана.

2.4. Аюулгүйн дүрэм. Аюулгүйн дүрмийг бүх ажилтан ажилчид болон гаднаас ирж ажиллагсадд уншиж гарын үсэг зурсан байна.

2.5. Гэнэтийн аюул, яаралтай авах арга хэмжээ.

2.5.1. Бичил нянгийн улмаас үүссэн аюулын үед аюулгүйн байцаагчид яаралтай мэдээлнэ.

2.5.2. Халдвартай нян асгарах, агаараар тархах, харилдуурын гэмтлээс болж бохирдуулах, тариагаар халдварлах болон санамсаргүй

залгих зэрэг янз бүрийн шалтгаанаар үүсч болох аюулын үед яаралтай үзүүлэх анхны тусламж болон эмнэлгийн арга хэмжээг боловсруулна.

2.5.3. Лабораториудад яаралтай авах арга хэмжээг бэлтгэж протоколыг ажилчдаар уншуулж гарын үсэг зуруулсан байна.

2.5.4. Гал түймэр, үер болон бусад золгүй тохиолдлын үед авах арга хэмжээг боловсруулсан байна.

3. Эрүүл мэнд, эмнэлгийн хяналт. Ажилтан ажилчдын эрүүл мэндийн байдал нь эрхэлсэн ажилд шууд хамаатай бөгөөд эрүүл мэндийн шаардлага хангаагүйгээс бусдын эрүүл мэндэд аюул учруулах тал бий. Хүүхэд төрүүлэх насны эмэгтэйчүүдийг болзошгүй аюулаас сэргийлж жирэмсэн үед нь халдварт нянтай ажиллуулахгүй байх хэрэгтэй.

3.2. Шаардагдах эмнэлгийн хяналтыг явуулна. Үүнд:

а) Лабораторийн аюулаас хамгаалах хэрэгслэлээр х нгах

б) Лабораторт тохиолдсон золгүй явдалтай холбоотой эмнэлгийн асуудлыг шийдвэрлэх.

3.3. **Эмнэлгийн хяналтанд хамрагдах зүйлс.**

а) Эмнэлгийн төлөвлөгөөт үзлэг

б) Золгүй тохиолдлын бүртгэл

в) Чөлөөт хуудас

3.4. Лабораторийн ажилтнуудад тэдний хариуцан ажилладаг нянтай холбоотой ийлдэс судлалын шинжилгээг үе үе хийж байх ёстой. Маш халдвартай нянтай ажилладаг ажилчдад тусгай карт олгох нь зүйтэй. Учир нь өвчилсөн үедээ энэ картыг эмчдээ үзүүлж тэр эмч лабораториос халдах халдвараас сэргийлэх арга хэмжээ авах юм.

3.5. Лабораторийн ажилтан ажилчдад шаардлагатай үед нь вакцин тарих буюу бусад урьдчилан сэргийлэх арга хэмжээ авна.

4. Ажилтан, ажилчдыг аюулгүй арга хэмжээнд сургах.

4.1. Ажилтан ажилчдыг сургаж бэлтгэх нь лабораториос халдаж болох аюулаас сэргийлэх үндсэн зүйл юм. Халдварт эмгэгтөрөгч нянтай халдвараас сэргийлэх талаар үе үе курс хийж байх хэрэгтэй.

4.2. Аюулгүй арга хэмжээнд сургах программ нь ажилтан ажилчдын ажил мэргэжлийн түвшинд тохирсон байна.

4.3. Аюулгүйн практикт хэрэглэх, ажилчдыг сурган бэлтгэхэд зориулан гарын авлага гаргасан байна.

4.4. Ажилтан ажилчдыг химийн бодис болон радио идэвхт бодисоор хордсон тохиолдлыг мэддэг, түүний эсрэг арга хэмжээ авч чаддаг болгох.

5. Эрүүл ахуй.

5.1. Лабораторийн эрүүл ахуй шаардлагын хэмжээнд хүрч байгаа эсэхийг хянана.

5.2. Ажилтан, ажилчид лабораторт ажиллах бүхий л хугацаандаа зориулалтын хувцас өмсвөл зохино.

5.3. Лабораторт юм идэх, уух, тамхи татахыг хориглоно.

5.4. Лабораторт урвалж, аливаа бодисыг амар сорохыг хориглоно.

6. Техникийн аюулгүй байдал.

Лаборатори бүрийн үйл ажиллагаанд нэвтэрсэн шинжилгээний арга ажиллагаа нь аюулгүй байдлыг дээд зэргээр хангасан байвал зохино. Эдгээр арга нь хорт бүтээгдэхүүн үүсгэх, амьсгалаар халдварлах аюулыг аль болохоор бага байхаар зохиогдсон байна.

7. Халдварт хаягдлыг хадгалах, устгах.

Бүх халдвартай материал, бохирдсон багаж хэрэгслийг институтийн зориулалтын байранд нь ариутгаж, халдваргүй болтол нь байлгана.

8. Тоног төхөөрөмжийн аюулгүй байдал.

Лабораторийн тоног төхөөрөмж нь ажилтан ажилчдын болон орчны аюулгүй байдлыг бүрэн хангасан байх ёстой. Тоног төхөөрөмж нь агаараар халдвар тархах нөхцөлийг аль болох бага байхаар угсрагдана.

9. Туршилтын амьтны нөхцөл.

9.1. Энэхүү дүрмийн түрүүчийн бүлгүүд нь лабораторийн амьтны нөхцөлд нэгэн адил хамаатай.

9.2. Туршилтын амьтдыг хэрэглэгч нь эдгээр амьтдыг сайтар арчлах үүрэгтэй.

9.3. Туршлагын амьтдын байр нь тусдаа байх шаардлагатай бөгөөд хэрэв лаборатортой хамт бол тусгаарлагдсан байвал зохино. Амьтдын байранд энгийн хүмүүс орж гарахыг хориглоно. Амьтны байранд мэрэгчид, үе хөлтөн нэвтрэн орох боломжийг хаасан байх ёстой.

9.4. Туршлагын амьтны байранд орж гарахдаа лабораторт өмсдөг гутал хувцсаа солих хэрэгтэй. Хамгаалах хувцас, бээлий, нүүрний болон амны хаалт хэрэглэж ажиллах хэрэгтэй. Далд хэлбэрийн халдвар хэдгалагч зэрлэг мэрэгчид, сармагчин зэргээс хүнд өвчин халдах аюултай.

10. Лабораторийн төхөөрөмж.

Шаардлага хангасан лабораторийн төхөөрөмж, тохилог тоноглол, зориулалтын аюулгүй багаж хэрэгслэл нь лабораторийн ажлыг чанартай гүйцэтгэх, лабораторт гарч болзошгүй гэнэтийн аюулыг багасгах ач холбогдолтой.

11. Лабораторийн зааг.

11.1. Үүнд нэг, хоёрдугаар зэргийн аюул үүсгэж болох материалуудтай ажилладаг лабораториуд багтана. Лабораторийн эмч нар туслах ажилчид, яаралтай тусламжийн групп орохыг зөвшөөрнө. Энгийн хүн ам хяналтын дор нэвтэрнэ.

11.2. Өндөр хяналтын дор ажиллах лаборатори.

Гуравдугаар зэргийн аюул учруулж болох материалтай ажилладаг лаборатори юм.

а. Нарийн мэргэжлийн хүмүүс ажиллана.

б. Биологийн аюулгүй байдлыг хянгчлал хариуцаж халдвартай материалыг халдваргүйжүүлж ариутгасны дараа туслах ажилчид нэвтрэхийг зөвшөөрнө.

в. Яаралтай тусламжийн групп хяналтын дор нэвтэрнэ.

11.3. Дээд зэргийн хяналтанд байх лаборатори.

Дөрөвдүгээр зэргийн аюул учруулж болох материалтай ажилладаг лаборатори үүнд багтана.

12. Халдвартай буюу халдвартай байж болзошгүй материалыг тээвэрлэх, хүлээн авах.

12.1. Халдвартай материалыг тээвэрлэхдээ орон нутгийн шуудангийн газар болон Дэлхийн шуудангийн холбоо, Олон улсын агаарын тээврийн нэгдлээс зөвшөөрсөн дүрмийн дагуу савлаж баглавал зохино.

12.2. Халдварт материалыг савлаж баглах, задлах зэргийг зөвхөн мэргэжиж дадлагажсан хүнээр гүйцэтгүүлнэ.

Англи хэлнээс орчуулсан Э. Пүрэвдаваа

ТУРШЛАГА СОЛИЛЦЪЁ

Г. ДЭМИД, Н. ХУЯГ

НӨХӨН СЭЛБЭХ ЭМЧИЛГЭЭНД АЛЛО ЯСЫГ БЭЛТГЭЖ ХЭРЭГЛЭХ НЬ

ГЭМТЭЛ СОГОГИЙН БОЛЬНИЦ

Ясны хавдар үрэвсэлд нэрвэгдсэн ясыг тайрч аваад дутмагийг нөхөх, бороололт удааширсан хугарлыг хадаж бэхлэх, гэмтлийн улмаас мэс заслын эмчилгээний явцад гавал ясанд үүссэн их бага хэмжээний цоорхойг таглах зэрэгт алло ясыг өргөн хэрэглэж байна.

Гэтэл алло ясыг хаанаас яаж олж бэлтгэх асуудал шийдэгдээгүй байна. Тайрагдсан мөчний (слон хагалгааны үед таслаж авсан яснаас бэлтгэж болох боловч энэ нь их төлөв харшлах шалтгаантай байдаг. Эрүүл хүмүүсээс донорын журмаар ясыг нь авч хэрэглэж болох боловч энэ нь хувь хүн болон эмнэлгийн эдийн засагт багагүй хохирол учруулдаг юм.

Харин цогцосны яснаас эвч бэлтгэх нь хамгийн бололцоотой арга юм. Нөхөн сэлбэх хагалгаанд хэрэглэхээр бэлтгэж хадгалсан ясны ферментүүд хадгалагдан түр амьдрах чадвар нь буураагүй байхаас гадна бүрэн ариутгагдсан байдаг учир хүний биед муу нөлөө үзүүлдэггүй байна.

ЗХУ-д алло ясыг тусгай хөргөгчинд түргэн хөлдөөх буюу бага даралтанд хөлдөөж хадгалан (нөхөн сэлбэх хагалгаанд) хэрэглэж байна. Мөн формалинын уураар буюу уусмалаар алло ясыг ариутган хадгалахад уг ясны зарим чанар алдагдахгүйгээс гадна бүрэн ариутгагддаг болох нь нотлогдсон учир энэ аргыг ч өргөн хэрэглэж байна.

1970 оноос гэмтэл согогийн больницод зөвлөлтийн эрдэмтдийн алло ясыг формалины уураар ариутгах, 1977 оноос формалины уусмалаар ариутгах туршлагыг тус тус нэвтрүүлэн хэрэглэсэн нь сайн үр дүнтэй байгаагаас гадна хот хөдөөний эмнэлгүүдэд нэвтрүүлэн хэрэглэж болох хялбархан найдвартай арга болох нь нотлогдож байна.

Эмнэлгийн нарийн мэргэжлийн тусламж, эмчилгээний шилмэл аргууд хөдөө орон нутгийн эмнэлгүүдэд өргөн дэлгэр нэвтэрч байгаа орчин үед доорхи аргачлалаар алло ясыг бэлтгэн хадгалж нөхөн сэлбэх хагалгаанд хэрэглэх нь эмчилгээний чанарыг сайжруулахад нөлөө үзүүлж болно гэж үзэж байна.

Алло ясыг бэлтгэн ариутгаж хадгалах 1-р арга

Эмчилгээнд хэрэглэх алло ясыг авахдаа тодорхой мэдэгдэх архаг өвчингүй, сүүлийн сард хурц халдварт өвчнөөр өвчлөөгүй, гэнэтийн ослоор нас барсан 18—40 насны үхдлээс авна. Алло ясыг дулааны улиралд бол нас барснаас хойш 12 цагийн дотор, хүйтний улиралд бол 24 цагийн дотор авна. Ясыг авахдаа яс авах талбай болон багаж хэрэгслийг тусгайлан ариутгах шаардлагагүй. Авсан ясаа ариутгахын тулд 800 хавтгай дөрвөлжин см суурь бүхий дундуураа зэвэрдэггүй ган утсаар хийсэн торон тасалгаатай паалантай сав бэлтгэнэ. Савны ёроолд 40%-ийн 20 грамм формалиныг хийж бэлтгэсэн ясыг торон дээр тавиад савыг битүү таглана. 24 цагийн дараа уул ясыг автоклаваар ариутга-

сан том амтай шилэн саванд шилжүүлэн хийж битүүмжлэн + 4 буюу — 4 градусын орчинд хадгална. Формалинын уурнаас авч шилэн саванд шилжүүлэн хийх үед яснаас бактериологийн шинжилгээ авна. Энэ ясыг 3 сар хадгалж болно. Алло ясыг нөхөн сэлбэх хагалгаанд хэрэглэхийн өмнө пеницилинийн 500000 нэгжээр бэлтгэсэн 0,25%-ийн новокаины уусмалд хийж 1—2 цаг байлгасны дараа хагалгаанд хэрэглэж болно.

Алло ясыг ариутгаж хадгалах 2-р арга

Ясыг үхдлээс дээрхийн адилаар авч том амтай шилэн саванд урьдчилан бэлтгэсэн 0,5%-ийн формалинын уусмалд хийж тагийг битүүмжлэн воск, парафин зэргээр хий нэвтрэхээргүй битүүмжлэнэ. Бэлтгэсэн он сар өдрийг шилэн дээр тодорхой тэмдэглэнэ. Ийнхүү ариутгагдаж байгаа шилтэй ясаа + 4 буюу — 4 градусын орчинд хадгална. 21 хоногийн дараагаар нөхөн сэлбэх хагалгаанд хэрэглэж болно. Гурван долоо хоног тутамд уусмалыг шинээр сольж шаардлагатай гэж үзвэл бактериологийн шинжилгээ хийнэ. Ясыг дээрх маягаар нэг жил хүртэл хадгалж болдог байна. Уусмалыг солих бүрийд асептикийн дэглэмийг хатуу сахиж сар өдрийг тодорхой тэмдэглэж хариуцагч эмч сувилагч нар гарын үсэг зурсан байна.

Ж. ИДЭР

ЧЭЭЖНИЙ ХӨНДИЙД ХОС КАТЕТЕР ТАВИХ ЭМЧИЛГЭЭНИЙ АРГА

АЖИЛЧНЫ РАЙОНЫ ХҮҮХДИЙН ЭМНЭЛЭГ

Сэрүүн бүсийн хүн амын 30% нь жилдээ амьсгалын замын хурц халдвараар өвчилдгөөс 60—70%-ийг хүүхдийн өвчлөл эзэлдэг юм. (1)

Хүүхдийн уушгины өвчнүүдийн дотор стафилакоккын хатгалгаа өвчин 8,5—15% байна. (1)

1977—1978 онд хүүхдийн клиникийн төв эмнэлэгт хэвтэгсдийн 45,8% нь хатгалгаа өвчтэй байснаас 81,5% нь гурав хүртэлх насны хүүхэд байжээ. (2)

1975—1979 онд мөн эмнэлэгт эмчлэгдсэн мэс заслын өвчний 8,6% нь хүндэрсэн хэлбэрийн стафилакоккын хатгалгаатай байснаас 87,4% нь чээжний хөндийн хүндрэлтэй байжээ. (3)

Ингэж амьсгалын замын өвчнүүд түүний хүндрэлүүд их байгааг судлаачдын баримт харуулж байна. Гэтэл өвчний эмчлэх хэвшил болсон аргууд үр дүнгээ өгөхөө больж шинэ аргуудыг эрэлхийлэхэд хүргэж байгаа юм. Иймд орчин үед мэс засал сэхээн амьдруулахын практикт үр ашигтай шинэ эмчилгээ, оношилгооны аргуудыг санаачилж турших болжээ.

Амьсгалын замын өвчнүүд түүний хүндрэлийн улмаас үүссэн уушги чээжний хөндийн үрэвслийн үед эмийн эмчилгээ, хатгалт хийх, гуурс тавих, мөгөөрсөн хоолойг дурандах болон төгс мэс заслын аргууд хэрэглэгдэж байна. Эмчилгээний энэ аргуудаас өвчний үе шатанд тохирсон тухайн үед оношлогдсон өвчнийг эдгээхэд хамгийн хялбар хямд өвчтөнд аль болох зовиургүй, гэмтэл бага учруулдаг, хамгийн ашигтайг нь сонгож авах чухал юм.

1975—1979 онд хүүхдийн клиникийн төв эмнэлгийн мэс заслын тасгийн стафилакоккын хүндэрсэн хэлбэрийн хатгалгаатай өвчтөний 3,8%-ийг эмээр, 10,5%-ийг хатгалтаар, 51,9%-ийг гуурс тавих, 9,2% нь мөгөөрсөн хоолойг дурандах, 24,6% нь төгс мэс заслын аргаар тус тус эмчилжээ. (3)

ЗХУ-д чээжинд идээ, хий, хурсан өвчтөний 16,4%-ийг хатгалтаар 43,7%-ийг гуурс тавьж, 39,9%-ийг мэс засал хийж эмчилжээ. (4)

Гэтэл хатгалтаар эмчилсэн өвчтөний 47%-д, гуурс тавьж эмчилсэн өвчтөний 51,6%-д, мэс засал хийж эмчилсэн өвчтөний 13,7%-д эмчилгээ үр дүн муу (4,5) байсан бөгөөд гуурс тавьж эмчилсэн өвчтөний 27%-нь, мэс засал хийж эмчилсэн өвчтөний 17,3% нь нас баржээ.

Ийнхүү харьцангуй үр дүн бага, нас баралт өндөр байгаа ч гэсэн уушги чээжний хөндийн идээт үрэвслийг эмчлэхэд чээжний хөндийд гуурс тавих арга одоо хүртэл тэргүүн байранд байсаар байна.

1970 оноос Москва хотын Н. В. Склифосовскийн нэрэмжит институт янз бүрийн байрлалтай идээт процессийг „битүү аргаар“ өргөн, эмчилж үүндээ хоёр нүхтэй гуурсыг ашиглажээ. (6)

Энэ аргыг идээт янз бүрийн шарх, буглаа, чөмөг ясны үрэвслийн үед хэрэглэсэн нь хуучин аргатай харьцуулж үзэхэд идээт өвчнөөр нас барах явдлын бодитойгоор бууруулах боломж олгосон байна (7—10).

Энэ аргын сайн тал нь:

1. Идээт голомт нь гадаад сэрчсөс бүрэн тусгаарлагдсан учир нэмэлт халдвар авахаас хамгаалах.

2. Шүүдэс, идээг тасралтгүй гаргаж байнга угааж оруулах.

3. Идээт хөндийг угааж антибиотикийн уусмал, уураг задлах фермент тогтмол хийх

4. Сийрэгжилт болох нь идээт хөндий үүсч, орчныхоо хавдсан үрэвсэлтэй хэсгээс эдийн хавангийн шингэнийг татаж, хортой бүтээгдэхүүний шимэгдэлтийг саатуулж, захын хавдар багасч, идээт голомтыг тойрсон эдийн хүчилтөрөгчийн болон цусан хангамж сайжирдаг.

5. Том, задгай шархгүй учир идээт хөндийг цэвэршингүүт анхдагч шарх мэт анидаг учир эдгэрэлт түргэн байдаг,

6. Эдийн гэмтлийг багасгаж түүний байнгын дагавар, боолтын ажлыг хөнгөвчилдөг.

7. Антибиотик, ерөнхий эмчилгээг түргэн солих боломж олгодог учир өвчтөнд дисбактериоз, дархлал сулрах зэрэг гажуу нөлөө үзүүлэх эмчилгээнээс чөлөөлөх зэрэг ашигтай талтай юм. (6)

Хүүхдийн мэс заслын практикт 1975 оноос эхлэн хүүхдийн чөмөг ясны үрэвслийн үед чөмөг цослборлож угаах эмчилгээний аргыг шинээр хэрэглэж нэвтрүүлсэн нь үр дүн өгч байна. Энэ аргыг чээжний хөндийн өвчинд хэрэглэсэн тухай мэдээлэл байхгүй ч гэсэн бид энэхүү аргын дурдсан сайн талуудыг үндэслэн хатгалгаа өвчний хүндрэлийн улмаас үүссэн уушги цсорох, чээжний хөндий идээлэх, хий шингэн хуралдах зэрэг өвчний үед өөрийн эмнэлгийн нөхцөлд зохицуулан 1980 оноос эхэлж 1—6 насны 7 өвчтөнд „лаваж“ байдлаар чээжний хөндийд хос катетер тавьж С. Ш. Шамсиевийн антисептик уусмалаар угааж, уураг задлах фермент, антибиотикийн уусмалыг хавсарган хэрэглэлээ. (II) Уул эмчилгээний эхний хоногуудад өвчтөний биеийн байдал дээрдэж, хоол нойрснодоо сайжирч, халуун буурч, амьсгалын дутагдал, хордлого багасч, идээ шингэрч цэвэршин, уушги тэлэгдэж байгаа нь ажиглагдсан юм. Улмаар өвчний явц засарч 2—4 сарын дараа чээжний зураг авч үзэхэд идээт голомт, үлдэгдэл хөндий наалдац шварт зэрэг эмгэг процессийн үлдэц ажиглагдсангүй.

Уг эмчилгээг хэрэглэсэн 7 өвчтөн бүрэн эдгэрч байлаа.

Эмчилгээнд дурдсан аргыг хэрэглэхэд дараахь багаж хэрэгслүүд шаардлагатай. Үүнд:

1. Нийлэг эдээр хийсэн онгитой катетер (1,0) 2 ш
2. Катетер тавих зүү (—1,0) 1 ш
3. Зөөлөн сэтгүүр (20—25 см) 1 ш
4. Пластыр-бага
5. Катетерын бөглөө 2 ш
6. Хайч 1 ш

7. Мэс заслын ажилбарт ордог зүйлүүд 2 удаагийнх.

Чээжний хөндийд хос катетер тавихдаа дор дурдсан шаардлагыг биелүүлэх хэрэгтэй.

— Юуны өмнө цээжний хөндийд хос катетер тавих гэж байгаа өвчтөнд онош тавигдсан, тайвшруулах, өвчин намдаахаар: супрастин-2%, пипольфен-2,5%, димедрол-1%, аминазин-2,5%, аналгин-50%, новокаин-0,25—0,5% зэрэг эмнүүдээс хольц байдлаар тунг тохируулан хийж бэлтгэсэн байна.

— Өвчтөнөө биеийн байдал, өвчний байрлал зэргээс хамаарч хэвтээ юмуу суугаа байдалд байлгана.

Хэрвээ хэвтээ байдалд бол толгой талыг өндөр, өвчний эсрэг талаар нуруу, хажуу, хэвлийн аль нэг талаар хэвтүүлж тэр талын гарыг дээш авна.

— Суугаа байрлалд бол хоёр гарыг толгой дээр авч эсрэг хажуугаар нь тэвэрч барина.

— Онош, шинжилгээ, бодит үзлэгтээ үндэслэн өвчлөлд хамарсан хэсгийг тодорхойлж, дээд, доод талд нь катетер тавих цэгээ тогтооно.

— Уг орчноо ердийн аргаар ариутгаж хэсгийн мэдээ алдуулалтыг дээд хавирганы доод ирмэгийг дагуулан тэнд байгаа мэдрэлийн ширхэг, чээжний гялтанд үечлэн хийнэ.

— Мэдээ алдуулалтыг хийж, бэлтгэсэн зүүгээрээ доод талын хавирганы дээд ирмэгийг дагуулан хатгаж хий оруулалгүй соруулан нэмэлт оношилгоо хийж, зүүний нүхээр зөөлөн сэтгүүрээ оруулж зүүг авч, сэтгүүрээ дагуулан катетераа чээжний хөндийд оруулж дараа нь сэтгүүрээ сугалан авч, онгины доод хэсгээр зөөлөн чимхэж гараар барьж бөглөнө. Катетераа чээжинд пластырээр нгаж бэхлэнэ. 2 дахь катетераа адил аргаар тавина.

Чээжний хөндийд катетераа дээд талынхыг дээш, доод талынхыг доош чиглүүлж, чээжний хөндийд ороод нугарахгүй, уушги эдийг хатгаж, сугарахааргүй. дээд катетераар уусмал хийж угааж доод катетераар соруулахад саадгүй байхаар тааруулж тавина.

Эмчилгээний явцад гарч болох хүндрэл:

— Ажилбарын үед судас гэмтэснээс чээжний хөндийд цус алдах,

— Катетер дээр ажиллаж байгаа үед чээжний хөндийд хий сорогдон орох.

— Катетер дарагдах, хавчийх, нугарах зэргээр ажиллахгүй болох,

— Өтгөн идээ, өнгөр, эдийн үлдэгдэл катетерийг бөглөх зэрэг нь өвчтөнд онцгой аюултай биш боловч хүндрэл өгч болно.

Дурдсан хүндрэлүүд нь ажиллагааны арга барилтай холбоотой учир, эмнэлзүй бодит үзлэг, соруулалт, гэрлийн шинжилгээ зэргээр бүрэн оношлогдож тохиолдсон хүндрэлд цус тогтоох эмчилгээ хийх бэхэлгээг авч катетерийг засах, антисептик уусмалаар угааж зайлах, хий шингэнийг соруулж антибиотик, ферментийн уусмал хийж бөглөх зэрэг зохих шаардлагатай арга хэмжээ авч үүссэн шинж тэмдгийн дагуу тухайн эмчилгээг хийхэд хүндрэлд хүргэж байгаа шалтгаан хялбархан арилна,

Энэ аргын ач холбогдол нь:

1. Өвчтөнд эдийн болон сэтгэл санааны гэмтэл бага учруулна.
2. Нарийн мэргэжил, багаж хэрэгсэл шаардагдахгүй учир тохиолдсон эмнэлгүүдэд хийж болно.
3. Олон дахин хатгалт хийх, том гуурс тавих ажлаас чөлөөлнө.
4. Эмчилгээг тогтмол хийх боломж олгоно.
5. Хийсэн эм шууд голомтонд үйлчилнэ.
6. Наалдац шварц бага үүснэ.
7. Эмчээс өвчний явцад байнга хяналт тавих боломж олгоно.
8. Уушгины цооролт нь эмчилгээний хүчтэй механик соролтонд

томорч амьсгалаар орсон агаар чээжний хөндийгөөр дамжин гадагш гарах явдлыг багасгаж цоргоны байдалд, өвчний явцад тохируулан эмчлэх боломж олгоно.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Рачинский С. В., Еренков В. А., Заболевания органов дыхания у детей. Киев, 1983.
2. Данзан Г. Хүүхдийн уушгины архаг үрэвсэл. УБ, 1982
3. Жамъянжав Д. Лечение стафилококковой пневмонии у детей (Автореф. канд. дисс) УБ, 1982.
4. Лесницкий Л. С., Чепчерук Г.С. Пиопневмоторакс в хирургической клинике. Вестник хирургии, 1982, № 11.
5. Исакова Ю. Ф., Михельсон В. А. Проблемы детской хирургии и послеоперационной патофизиологии М, 1972.
6. Каншин Н. Н. О закрытом методе лечения нагноения. Вестник хирургии, 1981, № 4
7. Куш Н. Д., Кононученко В. П., Ткаченко Л. И., Вечерко В. Н., Симонов Е. В. Тимченко А. Д. Ранняя остеоперфорация при лечении острого гематогенного остеомиелита у детей. Вестник хирургии, 1981, № 3.
8. Мельник В. А., Аникина Т. П. Прямые иммуногемотрансфузии в комплексной терапии остеомиелита у детей раннего возраста. Хирургия, 1973, № 6.
9. Ормантаев К. С., Султанбаев Т. Ж. Внутрикостные промывания при остеомиелите у детей. Л, 1979.
10. Жамбалжав Л., Даваа М., Сүхээ Д. Хэвлийн гялтангийн угаалт хийх. И. И. Дерябины аргыг хэрэглэсэн дүн. Анагаах ухаан, УБ, 1981, № 3.
11. Шамсиев С. Ш., Шабалов Н. П. Острые пневмонии у детей раннего возраста. Ташкент, 1978.

ЛЕЧЕНИЕ ЭМПИЕМ ПЛЕВРЫ МЕТОДОМ КАТЕТЕРИЗАЦИИ

Ж. Идер

Впервые внедрен метод двойной катетеризации при лечении эмпием плевры в 3-ей детской больнице г. Улан-Батора.

Достигнуто полное клиническое выздоровление 7 детей в возрасте до 6 лет.

После проведенного лечения не были обнаружены шварты и спайки в плевральной полости при повторной рентгенографии.

В работе изложены метод и результаты лечения. Установлено, что этот метод лечения безболезнен, эффективен, не вызывает осложнений, позволяет ускорить заживление раны и предупредить возникновение дисбактериоза. Кроме этого, выявлен экономический эффект, заключающийся в сокращении показателя койко-дней.

Д. МАЛЧИНХҮҮ

ХҮҮХДИЙН УУШГИНЫ ҮРЭВСЛИЙН БҮРДМЭЛ ЭМЧИЛГЭЭНД ГЕПАРИНЫГ ХАВСРАН ХЭРЭГЛЭХ

АНАГААХ УХААНЫ ДЭЭД СУРГУУЛЬ

Уушгины үрэвслийн хордлогот хүнд хэлбэрийн үед цусны гомеостаз байдал алдагдсанаас бичил эргэлтийн гүнзгий хямрал үүсэх нь өвчний явцыг хүндрүүлдэг эмгэг жамын нэг илрэл юм. Цусны бичил эргэлт нь нэг талаас судасны өөрчлөлтөөс хамаарах боловч, цусны урсах чанар, цус бүлэгнэлтийн байдлаас ихээхэн шалтгаалдаг. Уушгины эд өөрөө цус бүлэгнэлтийг идэвхжүүлэгч болон саатуулагч бодисоор баялаг учир уушгины эмгэгээс сэргийлэх, түүнийг эмчлэхэд цус бүлэгнэлтийн байдалд дүгнэлт хийх нь практикийн ач холбогдолтой юм.

Уушгины цочмог үрэвслийн үед зарим судлаачдын судалгаагаар цусны бүлэгнэлт удаашрах, зарим судлаачдынхаар (2—5) цусны бүлэгнэлт түргэсэх үзэгдэл давамгайлдаг гэсэн зөрөөтэй санал байгаа боловч ихэнх судлаачид, бидний эмнэлзүйн ажиглалтаас ялангуяа уушгины үрэвслийн хордлогот хүнд хэлбэрийн үеийн цусны бичил эргэлтийн хямрал нь цусны бүлэгнэлт түргэсэх үзэгдэлтэй холбоотой гэж үзжээ. Уушгины цочмог үрэвслийн ид үед гарах цусны бүлэгнэлт ихсэх хэмжээ нь уул өвчний явц, хүндрэл тархалтын байдлаас хамаардагийг (5) уушгины стафилококк үрэвслийн үед цус бүлэгнэлтийн тогтолцоо өөрчлөгдөн (гипероагуляц), цусны бичил эргэлт хамаардгийг (6, 7) нярайн үжил өвчний үед цусны бүлэгнэлт ихэссэний улмаас цусны бичил эргэлт хямардгийг (8) хэвлэлд мэдээлжээ.

Бүлэгнэлт хэт ихсэлтийн үед гепарин хэрэглэх үндэслэлтэй бөгөөд үүний идэвх нь биологийн аргаар тогтоосон нэгжээр хэмжигдэнэ. Гепарин нь зөвхөн цус бүлэгнэлтийн эсрэг төдийгүй үрэвсэл, хүчилтөрөгч дутагдал, харшлын эсрэг үйлчлэлтэйгээс гадна липиод задлан үйлчлэлтэй. (8, 9) Гепарин нь цусны сийвэн дэх В-липопротеид ба холестерин хэмжээг бууруулна. Энэ үйлчлэл нь липопротеины липаза ферментийг идэвхжүүлдгээс шалтгаална. Гепарин гиалуронидаза ферментийн идэвхийг дарангуйлж цусны фиброн хайлуулах чадварыг идэвхжүүлэн зүрхний өөрийнх нь цус хангамжийг сайжруулна.

Цусны бүлэгнэлт түргэсэх шинж нь клиникт цусны бичил эргэлтийн хямрал, коагулограммын өөрчлөлтүүдээр илрэх тул цус бүлэгнэлтийн дараахь үзүүлэлтүүдийг эмчилгээ эхлэхийн өмнө эмчилгээний явцад шинжилж байх нь чухал.

Хүснэгт 1.

Эрүүл хүүхдийн коагулограммын зарим үзүүлэлт
(А. В. Папаян, А. И. Алексеевынхаар (10))

Үзүүлэлтүүд	1—3 нас	3—7 нас	7—14 нас
Цус бүлэгнэлтийн хугацаа (Ли-Уайтаар, минут)	6,1+0,43	6,9+0,04	6,0+0,25
Эргэж кальцжих, хугацаа (секрекальцификаций)	106+3,5	110,1+3,0	108+4,1
Тромботест зэрэг	IV—VI	IV—VI	V—VI
Протромбины индекс	90+2,2	93,5+1,6	89,0+1,1
Протромбины хэрэглээ (хувь)	94,0+1,5	96,8+1,1	98,0+0,7
У фак-ор %	90,6+2,1	91,8+0,8	90,0+1,5
У II фактор %	94,0+1,3	95,9+1,2	92,0—3,6
У III фактор %	104,0+1,7	103,7+3,2	102,0+2,8
Фибриноген мг %	302,0+17,6	287+16,9	253,0+12,0
Сийвэнгийн гепаринд тэсвэр мин (толерантность)	7,5+0,3	7,0+0,1	6,0+0,2
Чөлөөт гепарин сек	4,4+0,05	4,5+0,01	5,0+0,02

Яаралтай оношлоход туслах зорилгоор богино коагулограмм хийж болно. Үүнд бүлэгнэлтийн хугацаа, эргэн кальцжих, цус гоожилтын үргэлжлэх, тромбоцитын тоо, сийвэнгийн фибриногений хэмжээ зэрэг хамгийн чухал үзүүлэлтийг шинжлэх хэрэгтэй.

Уушги үрэвслийн хордлогот үжил хүнд хэлбэрийн үед бичил эргэлтийн хямрал цус бүлэгнэлтийн байдлыг харгалзан гепариныг хүүхдийн 1 кг жинд 150—200 ЕД нэгжээр хоногт тооцоолон 4—6 цагийн зайтай эхний тунг судсанд дараачийн тунгуудыг булчинд тарина. Курс эмч илгээ 5—7 хоног үргэлжилнэ. Хүнд үед гепарины тунг коагуло-

раммын үзүүлэлтийг харгалзан биеийн 1 кг жинд 300—500 нэгж хүртэл ихэсгэж, курс эмчилгээний хугацааг уртасгаж болох юм. Гепариныг судсаар тарихад үйлчилгээ нь тэр даруй илэрч 6 цагийн турш арьсан дор тарихад 40—60 минутын дараа үйлчилж, үйлчилгээ нь 8—14 цаг тус тус үргэлжилнэ. Гэхдээ гепарины тунг цус бүлэгнэлтийн хямралын зэргээс хамааран тогтоох ба цус бүлэгнэлтийн хугацааг өдөр бүр тодорхойлж хяналт тавих шаардлагатай.

Гепариныг тарихад 0,85%-ийн физиологийн ариутгасан уусмалаар шингэлж, тунг тооцоолбол хялбар юм. Үүнд гепарины үйлдвэрийн бэлдмэл нь 1 мл-д 5000, 10000, 20000 нэгж агуулсан байх боловч манайд голдуу 1 мл-тээ 5000 нэгж агуулсан 5 мл-ийн шилтэй ирж байна. Үүнээс 1 мл-ийг авч 9 мл физиологийн уусмалаар шингэлбэл уул уусмалын 1 мл нь 500 нэгж 0,1 мл 50 нэгж гепарин агуулна. Уул уусмалаас 0,3—0,4 мл-ээр хүүхдийн биеийн 1 кг жинд бодон хоногийн тунг тооцоолно. Жишээ нь: 8 кг жинтэй хүүхдийн хоногийн тунг 150 нэгж $\times 8 \text{ кг} = 1200$ нэгж буюу $0,3 \text{ мл} \times 8 \text{ кг} = 2,4 \text{ мл}$ үүнийг хоногт 4 удаа 6 цагийн зайтай тарина гэвэл $24 : 4 = 0,6 \text{ мл}$ болно. Хэрэв гепарины 1 мл уусмалыг 4 мл физиологийн уусмалаар шингэлбэл 0,1 мл нь 100 нэгж гепарин агуулна. Үүгээр ч тооцоолж болно.

ГЕПАРИНЫГ ХЭРЭГЛЭХИЙГ ХОРИГЛОХ ҮЕ. Судасны нэвчимхий чанар ихэсч, цусны бүлэгнэлт удааширсан цусархаг эмзэгшлийн өвчнүүд, зүрхний дотор хэсгийн нянгийн гаралтай цочмогдуу үрэвсэл, элэг, бөөрний үйл ажиллагааны хүнд хямрал цагаан цогцсын хурц архаг эмгэг, төлжилгүйдэл, төлжил-доройтон цус багасах, зүрхний цочмог цүлхэн тараагуур судасны үхжил зэрэг өвчний үед гепариныг хэрэглэхийг хориглоно. Гепарины эсрэг үйлчлэгч нь сульфат протамин учраас тун хэтэрсэн нөхцөлд түүнийг хэрэглэнэ. Иймд гепарин эмчилгээ хийдэг тасаг сульфат протамины нөөцтэй байх ёстой. Гепариныг тарьснаас хойш 15 минутын дараа сульфат протаминыг хийвэл 100 ЕД гепариныг 0,1—0,2 мл протамины уусмал саармагжуулж чадна. Шаардлагатай бол 15—30 минутын дараа давтан хэрэглэж болно.

Протамин сульфатын 1%-ийн 5 мл уусмалыг цусны даралт их буурсан, тробоцид эрс цөөрсөн, бөөрний дээд булчирхайн холтослогийн дутагдлын үед хэрэглэхийг хориглоно. 1930 оноос Улсын хүүхдийн клиникийн төв эмнэлэгт уушгины үрэвслийн хүнд хордлогот хэлбэрт гепариныг дээрх тунгаар бусад эмчилгээтэй хавсран хэрэглэхэд ихэнхдээ сайн нөлөө үзүүлж байгаа ба гажуу нөлөө бидэнд ажиглагдаагүй байна.

Уушгины цочмог үрэвслийн хүнд, хордлогот хэлбэрийн үед судсан доторхи цус бүлэгнэлт түргэсгэх процесс, түүнээс үүссэн цусны бичил эргэлтийн хямралыг эмчлэхэд гепариныг бусад эмчилгээтэй хавсран хэрэглэхэд сайн нөлөөтэй болох нь хэвлэлийн мэдээлэл, бидний клиникийн ажиглалтаас харагдаж байна.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Лемберанская А. Ю., Габучия А. К. Учен. записки Азербайджан. Мед. ин-та 1976, Т—40, 51—59.
2. Живодеров В. М., Рычкова М. А. Клин. мед. 1971, № 7, 72—78
3. Опочинский Ф. С. Педиатрия, 1980 № 8, 36—37
4. Акоюн М. Г. Педиатрия, 1980, № 7, 30—32
5. Шовкоплас Ю. А. Педиатрия 1980, № 10, 7—11
6. Абдурахмазова М. В. Труды Таджик. мед. ин-та, 1975, Т—126
7. Ситковский Н. Б., Ханес Г. С., Куценко Т. А. Ингибиторы протеолиза в хирургии детского возраста, Киев, 1977

8. Шиленкова В. И., Самсыгина Г. А., Выхристюк О. Ф., Цыбульская Г. В. Педиатрия, 1980 № 6, 57—60
9. Машковский М. Д. Лекарственные средства, М, 1977, Т—1, 159
10. Папаян А. В., Цыбулькин Э. К. Острые токсикозы в раннем детском возрасте, Л, 1979
11. Hardaway R. M. Syndromes of disseminated intra-Vascular Coagulation, Springfield, 1966.

ПРИМЕНЕНИЕ ГЕПАРИНА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ТЯЖЕЛОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ

Д. Малчинху

Сообщается о физиологическом действии гепарина, показаниях, противопоказаниях включения его в комплексную терапию тяжелой пневмонии у детей раннего возраста. Обобщены литературные и собственные клинические наблюдения.

Отмечено, что в комплексную патогенетическую терапию тяжелой токсической формы острой пневмонии включать гепаринотерапию под контролем коагулограммы является целесообразным, так как это патогенетически оправдано при наличии синдрома внутрисосудистой гиперкоагуляции. Применение гепарина при этих пневмониях, протекающих с нарушениями гемостаза дает отчетливый клинический эффект, улучшает прогноз и течение заболевания.

С. ДОРЖ

КЕСАР ОГТЛОЛ ХИЙХ АРГА ТЕХНИК

АНАГААХ УХААНЫ ДЭЭД СУРГУУЛЬ

Кесар огтлолыг хэвлийгээр, үтрээгээр, хэвлийн гадуур гэж үндсэн 3 хэсэгт хуваадаг.

УМАЙН ИХ БИЕД ХИЙХ КЕСАР ОГТЛОЛЫН АРГА ТЕХНИК.

Хэвлийн урд хананд умдаг яснаас эхлэн хүйсний зүүн талаар тойруулан гол шугамаар дагуу огтлол хийнэ. Зүслэгийн урт дунджаар 16 см байна. Хэвлийн хөндийг нээнгүүт умайн ба шарх хоёрын завсраар өргөн марль чигжээс хийнэ. Энэ нь орчмын ус хэвлийд орохоос урьдчилан сэргийлж байгаа хэрэг юм.

Ингээд умайн урд хананд 12 см орчим урт дагуу огтлол хийж, хүүхдийг хөлөөс татаж гаргана. Үүний дараа ихэс өөрөө салахгүй бол гараа умайд оруулан ихэсийг авна.

Энэ үед умай агшаах эмийг хэрэглэнэ. Дараа нь умайн хананд оёдол тавина. Энэ бол хамгийн хариуцлагатай үе байдаг. Шархыг оёхдоо асептикийг ихээхэн анхаарахаас гадна зөв бөх оёно. Мөн умайд халдвар орохоос болгоомжлох хэрэгтэй. Оёдлын гурван давхар, тэгэхдээ заавал кетгутаар оёдог дүрмийг баримтлана. Эхлээд булчинг булчинтай нь нийлүүлж оёно. Ингэж оёхдоо салст бүрхэвчийг оёсонд оруулахгүй, оёдол нь тус тусдаа бие биеэсээ 0,5—0,6 см хэмжээний зайтай тусгай занги уяа байх юм.

Хоёрдугаар оёог үүнийхээ дээгүүр давхарлан түрүүчийн оёдлуудын хоорондуур урьдах оёогоо бэхэлж булчин болон гялтан бүрхүүлийг нийлүүлэн оёно.

Мөн тусгай занги уяагаар уяж, оёдлын үзүүрийг тун богино хайчилбал зохино. Харин гуравдахь давхарын оёдол бол умайн хучсан гялтанг хооронд нь холбосон тусгай биш кетгутын оёдол юм.

Шарханд зөвхөн хоёр давхар оёдол тавьдаг аргыг сүүлийн жилүүдэд эх барих практикт зарим эрдэмтэд хэрэглэж байна.

Мэс заслын дараа 24 цаг юм уулгахгүй. Долоо ба найм дахь хоног дээр нь арьсны оёдлыг авна.

Умайн урд ханаар хийдэг кесар огтлол олон талын учир дутагдалтай. Хэвлийн хөндийг нээж гэдсийг их цочроодог, зөвхөн умайд төдийгүй хэвлийн хөндий болон бүх биед халдвар орох аюултай юм. Нөгөө талаар их хэмжээний цус алдуулдаг. Харин умайд доод үеэр хийх кесар аргад судас бага огтлогддог сайн талтай.

УМАЙН ДООД ҮЕЭР ХИЙХ КЕСАР ОГТЛОЛЫН АРГА ТЕХНИК. Умайн доод үеэр огтлол хийх хоёр арга байдаг.

1. Умайн доод үед хөндлөн огтлол хийх

2. Умайн доод хэсэгт дагуу огтлол хийх

Умайн доод хэсэгт дагуу зүслэг хийх хэд хэдэн арга бий. Үүний дотроос нилээн өргөн хэрэглэдэг арга нь Дерфлерийн арга юм.

Дерфлерийн арга нь ердийн аргаар хэвлийн хөндийг дагуу зүслэгээр нээж умайг хэвлийн хөндийгөөс марлин чигжээсээр сайтар тусгаарлана. Ингээд давсаг умайн хооронд үүсдэг гялтангийн нугалаасаас дээш 1—2 см босоо зүслэг хийж, гялтанг хуулна. Гялтан хальс цайвартан гялалзаж харагдана. Үүний дараа умайд нум хэлбэртэй хөндлөн огтлол хийж үүгээр зүүн гараа оруулж, хүүхдийн толгой болон их биеийг гаргана. Дараа нь умайн огтолсон шарханд оёдол тавьж, хэвлийн хөндийг хаана.

ЗАНЧЕНКО, ГУСАКОВ НАРЫН АРГА. Хэвлийн хөндийг ердийн аргаар нээж умайн урд талаар хучсан гялтанг хөндлөн огтолж, дараа нь умайн доод хэсэгт хөндлөн огтлол хийнэ. Үүний дараа долоовор хуруугаараа хагалгааны шархыг тэлж томруулна. Ингээд ихэс болон ургийг энэ огтлолоороо гарган авч оёдол тавиад хэвлийн хөндийг ердийн аргаар оёж битүүлнэ. Үүнээс гадна ЗХУ-ын эрдэмтэд сүүлийн үед арьс ба умайг хөндлөн огтлолоор нээх аргыг хэрэглэж байна.

ҮТРЭЭГЭЭР ХИЙХ КЕСАР ОГТЛОЛ Үтрээгээр хийх кесар огтлолыг орчин үед голдуу жирэмсний хожуу үеийн хордлого уушги, зүрх, бөөрний өвчний үед хийж байгаа юм. Ялангуяа 14 долоо хоногоос дээш хугацаатай жирэмслэлтийг таслахад хэрэглэдэг байна.

МЭС ЗАСАЛД БЭЛТГЭХ. Эмэгтэйг үтрээний мэс заслын байрлалаар хэвтүүлнэ. Гадна бэлиг эрхтэнд зохих ариутгал хийж, шээсийг катетерээр авна. Мөн хэд хэдэн хутга хавчуур, хайч, хямсаа, үтрээний толь кетгут, торгон утас зэргийг бэлтгэнэ.

МЭС ЗАСАЛ ХИЙХ АРГА. Энэ мэс заслыг хийх хэд хэдэн төрлийн арга бий.

1. **КАКУШКИНИЙ АРГА.** Суман хавчуураар үтрээний дээд хэсгээс барьж досш нь татаад үтрээний урд хананд „У“ буюу хөндлөн огтлолыг дотор зөвийн дээд хэсэгт хийж, түүнийгээ умайн их биерүү чиглүүлэн томсоно. Үүгээрээ ураг ба ихсийг авч, шархыг ердийн аргаар оёно.

2. Умайн хүзүүг Гегарын тэлэгчээр нээнэ. Умайн хүзүүний гадна амсраас дээш 2 см хүнхийсний салст бүрхэвчийн умайн хүзүүтэй нийлсэн хэсэгт нум хэлбэртэй огтлол (4,5—5 см) хийнэ. Ингээд давсгийг буулгана.

Давсгийг буулгах үед холбогч эдийн нарийнхан судлууд тааралдаг түүнийг хайчилна. Тэгээд умайн давсгийн нугалаа хүртэл буулгана. Умайн хүзүүний дотор Гегарын хамгийн сүүлчийн номерыг үлдээ-

сэн байна. Ингээд умайн хүзүүний дагуу дээрээс нь доош умайд огтлол хийнэ. Энэ үед давсаг болон бусад эрхтэнг гэмтээж болох аюултай тул мэс гжилбарыг болгосомжтой хийх хэрэгтэй.

Кетгутаар туслах оёдлуудыг тавина. Энэ нь бариул болгон ашиглахад тохиромжтой байдаг. Ийм уяа оёдлыг умайд хийсэн огтлолын дээд, доод хэсгүүдэд тавина. Үүнээсээ татаж умайг хэвлийн урьд хана руу ойртуулах ашигтай. Дараа нь умайд гараа оруулж ургийн хөлөөс барина. Үтрээгээс толио авч, хүүхдийг доошлуулан толгой хүртэл татаад дахин толио үтрээнд тавьж хүүхдийг эвдэх ажилбарыг гүйцэтгэнэ. Толгойг цоолдог багажаар цоолоод тархийг гаргаж сайтар цэвэрлэнэ. Тэгэхэд шархны нүхээр толгой амархан сугарч гарна. Дараа нь умайг агшаах эм хийнэ. Ихэс гарахгүй бол багажаар авах ёстой. Ингээд умайн хөндийг хусуураар сайтар хусаж шалгана. Шархыг дээд талын захаас эхлэн кетгутаар тусгай занги оёдлоор оёно. Харин нум хэлбэртэй огтолсон гялтангийн хэсгийг голоос нь эхэлж оёх нь тохиромжтой байдаг.

ҮТРЭЭГЭЭР ХИЙХ КЕСАР ОГТЛОЛЫН ҮЕД ГАРАХ ХҮНДРЭЛ
1. Урьд нь үрэвсэлт өвчнөөр өвдөж их хэмжээний сорвижилт умайн хүзүү, параметрид үлдсэн нөхцөлд хүндрэл гарч давсаг болон бусад эрхтэнг гэмтээж болно.

2. Ураг гарч ирэхгүй, тасарч урагдаад байж болно. Тэгвэл шархыг оёж мэс заслыг хэвлийн хөндийгөөр хийнэ.

3. Умайн агшилт муудсанаас болж цус алдвал эхлээд эмийн эмчилгээ дараа нь мэс засал хийнэ.

3. НОРСМАА

ЭМЭГТЭЙЧҮҮДИЙН БЭЛИГ ЭРХТЭНИЙ ХОРТ ХАВДАР ӨВЧНИЙ ЭМЧИЛГЭЭНИЙ ЕРӨНХИЙ ЗАРЧИМ

ХАВДАР СУДЛАЛЫН ТӨВ

Эмэгтэйчүүдэд тохиолддог төрөл бүрийн хорт хавдрын дотроос бэлиг эрхтэний хорт хавдраар өвчлөх нь олонтоо байдаг бөгөөд энэ өвчнийг оношлох, эрт илрүүлэх, эмчлэх асуудал улам боловсронгуй болсоор байна.

Эмэгтэйчүүдийн бэлиг эрхтэний хорт хавдар өвчнийг шинжилгээний төрөл бүрийн аргаар оношийг бүрэн илрүүлж эмчилгээний хавсарсан буюу хосолсон аргуудаар эмчлэн амжилтанд хүрч байна.

Хавдар судлалын практикт мэс засал, туяа, эмийн эмчилгээг өргөн хэрэглэж хорт хавдар өвчнийг амжилттай эмчилдэг ажээ.

Эмэгтэйчүүдийн бэлиг эрхтэний хорт хавдар өвчнийг эмчлэхэд мэс заслын эмчилгээ чухал боловч ихэнхдээ биеэ даасан төгс эмчилгээ болж чаддаггүй.

Харин туяа ба эмийн эмчилгээтэй хавсран хэрэглэснээр эмчилгээний үр дүн сайжирдаг.

Хорт хавдар өвчний эмчилгээний аргыг сонгохдоо уг хавдрын шинж чанар, байршилт, тархалт, эсийн гарал, биологийн онцлог шинжүүдийг харгалзан үзэхээс гадна уг хавдар чухам ямар эмчилгээнд (эмийн ба туяаны) илүү мэдрэмтгий байх онцлог шинжүүдийг мэдэх нь чухал юм. Жишээлбэл: Өндгөвчийн зарим хавдар туяа эмчилгээнд илүү мэдрэмтгий байхад умайн хорионэпителиом өвчин эмийн эмчилгээгээр бүрэн эдгэрэх боломжтой.

Хавсарсан эмчилгээ гэдэг нь мэс заслын эмчилгээг эмийн юмуу туяа эмчилгээний аль нэгтэй нь нэг өвчтөнд хавсран хэрэглэхийг хэлнэ. Жишээлбэл: Өндгөвчийн хавдрыг мэс заслаар аваад дараа нь туяа юмуу химийн эмчилгээний аль нэгийг хэрэглэж болох юм.

Эмийн ба туяа эмчилгээг мэс заслын эмчилгээний өмнө хэрэглэж болно. Эмэгтэйчүүдийн өвчний практикт эмчилгээний хосолсон аргыг өргөн хэрэглэдэг бөгөөд энэ нь хавдарт ижил үйлчилгээ үзүүлэх эмийн бодис буюу туяа эмчилгээний хоёр ба түүнээс дээш аргуудыг хослон хэрэглэхийг хэлнэ. Жишээлбэл: Туяа эмчилгээний хоёр өөр аргыг ч юмуу хавдрын эсрэг хэд хэдэн эмийг хослон хэрэглэж болно.

Эмчилгээний эдгээр аргыг сонгохдоо эмчилгээ хийх заалт, хэрэглэх нөхцөл, эмчилгээний эцсийн үр дүн, үүсэх гаж нөлөөллийг нарийн тогтоосны үндсэн дээр шийдвэрлэнэ.

Эмэгтэйчүүдийн өвчний практикт умайн хүзүү, умайн их бие, гадна бэлиг эрхтэний зарим хорт хавдрыг мэс засал ба туяа эмчилгээгээр харин өндгөвчийн хавдрыг мэс засал ба эмээр тус тус хавсран эмчилнэ.

Өндгөвчийн хорт хавдрын үед туяа эмчилгээ төдийлөн сайн нөлөө үзүүлэхгүй. Харин хавдрын эсрэг эмийг мэс засал эмчилгээтэй хавсран хэрэглэхэд илүү сайн үр дүн үзүүлдэг бөгөөд төгс эмчилгээ ч болж чаддаг байна.

Хавдар судлалын практикт эмчилгээний үр дүнг эмчилгээ хийснээс хойш уг өвчин дахихгүй байх буюу өөр бусад эрхтэнд үсэрхийлэл өгөхгүй байж амьдрах хугацааг тав таван жилээр тодорхойлон тогтооно.

Хорт хавдар өвчнөөр өвчлөгсдийн эмчилгээний үр дүн ба эмчилгээнээс хойш амьдрах хугацаа нь уг хавдрын бүтэц түүний тархалт, хэлбэр, хэмжээ, өвчтөний биеийн эсэргүүцэл, эмчилгээний үр чадвар, туяа эмчилгээний тун хэмжээ, арга барилаас шалтгаална.

МЭС ЗАСЛЫН ЭМЧИЛГЭЭ. Эмэгтэйчүүдийн бэлиг эрхтэний ихэнх хорт хавдрыг мэс заслын аргаар эмчилдэг бөгөөд ялангуяа эдгээр хорт хавдрыг өвчний эхний үе шатанд нь мэс заслын эмчилгээ хийвэл эмчилгээний үр дүн төдийчинээ сайн байж төгс эмчилгээ болж чаддаг.

Хавдрын процесс уг эрхтэнийхээ хүрээнээс гараагүй, орчныхоо эрхтэнд нөлөөлөөгүй, алсын эрхтэнд үсэрхийлэл өгөөгүй тохиолдолд төгс мэс засал хийнэ.

Мэс заслын эмчилгээг хийхдээ уг эмчилгээг хийх заалгуудын үндэслэлийг зохих шинжилгээний үндсэн дээр бүрэн тодорхойлон дүн шинжилгээ хийж байж эцсийн шийдвэрийг гаргах ба хэрэв мэс засал хийх боломжгүй байвал эмчилгээний бусад аргыг зөв сонгон авах нь чухал юм.

Иймээс хорт хавдар өвчнийг мэс заслаар эмчлэх нь маш нарийн төвөгтэй асуудал бөгөөд бүх талын шинжилгээг бүрэн хийж оношийг нарийн тогтоож мэс засал хийх шаардлагуудыг нягт тодорхойлсон байх шаардлагатай.

Өвчтөн зүрх судас, амьсгалын замын ба шээс ялгаруулах зэрэг амьдралын чухал эрхтэний хүнд хэлбэрийн эмгэг өөрчлөлттэй байх ямуу эсвэл хэт өндөр настай байвал мэс засал хийх боломжгүй.

Хорт хавдар өвчний үед мэс засал хийхдээ хавдрын эсийг эрүүл эдэд тархаахгүй байх зарчмыг баримтлан эмгэг өөрчлөлттэй хэсгийг авахдаа эрүүл эдийг заавал оролцуулан авна. Орчны тунгалгийн булчирхайнуудад өөрчлөлт үүссэн эсэхийг харгалзахгүйгээр бүрэн авах шаардлагатай юм.

ТУЯА ЭМЧИЛГЭЭ. Эмэгтэйчүүдийн бэлиг эрхтэний хорт хавдрын үед туяа эмчилгээг өргөн дэлгэр хэрэглэж байна. Тэгэхдээ туяа эмчилгээг дангаар нь буюу бусад төрлийн (мэс засал ба эмийн) эмчилгээтэй хавсруулан хэрэглэнэ.

Сүүлийн үед туяа эмчилгээнд аппарат хэрэгслэл боловсронгуй болж өндөр хүчтэй гамма-төхөөрөмжүүд цацраг идэвхт изотопыг эмчилгээнд хэрэглэн радиобиологи, физик дозиметрийн асуудлуудыг шийдвэрлэж, эмчилгээний арга барил боловсронгуй болсноор эмчилгээний үр дүн нь улам сайжирсаар байна.

Олон улсын эрдэмтдийн судалгаанаас үзвэл хорт хавдар өвчний улмаас эмчлүүлж байгаа нийт хүмүүсийн 60—80 орчим хувьд нь туяа эмчилгээг аль нэгэн барилаар хийж байна.

Туяа эмчилгээний гол зарчим нь хавдрын голомтыг бүрэн устгаж эрүүл эдийг хамгаалахад оршино. Цацраг идэвхт туяаны биологи үйлчлэл нь хавдрын эсийг шууд устгадаг ба түүнийг эмчилгээний тун гэж нэрлэнэ.

Туяа эмчилгээний үр дүн нь хавдрын туяанд мэдрэмтгий бийх чанар, эсийн гарал, хавдрын хэлбэр, хэмжээ, тархалт, өвчтөний насны онцлог байдал бусад ямар нэгэн хоёрдогч өвчтэй байх эсэхээс шууд шалтгаална.

Туршлагаас үзэхэд хурдан ургацтай гадагшаа ургасан (эксофид хэлбэрийн хавдар туяаны үйлчлэлд мэдрэмтгий байхад, удаан явцтай том хэмжээний дотогшоо ургасан (энзофид хэлбэрийн) хавдар туяанд мэдрэмтгий бус байдаг. Туяа эмчилгээний үр дүн дээрх шалтгаануудаас хамаарахаас гадна хавдрын голомтод өгч байгаа туяаны тун хэмжээ, арга барилаас ихээхэн шалтгаална.

Умайн хүзүү ба эмэгтэйчүүдийн гадна бэлиг эрхтэний зарим хэлбэрийн хорт хавдар өвчнийг өвчний эхний үе шатанд байхад нь туяа эмчилгээ хийхэд төгс эмчилгээ болж чаддаг.

Туяа эмчилгээг ихэвчлэн мэс заслын эмчилгээтэй хавсран мэс заслын өмнө ба дараа нь хийнэ.

ЭМИЙН ЭМЧИЛГЭЭ. Эмэгтэйчүүдийн өвчний практикт эмийн эмчилгээ чухал байр эзэлдэг бөгөөд мэс засал ба бусад эмчилгээтэй хавсран хэрэглэнэ. Хавдрын эсрэг эмүүд нь эсийн хуваагдах процессыг дарангуйлах (цитостатик), хавдрын эсийг устгах нөлөө үзүүлдэг (цитотоксик) байна. Хавдрын эсрэг эмүүдийг тодорхой зааврын дагуу хавдар тус бүрийн онцлогийг харгалзан хэрэглэнэ.

Иймээс хавдрын морфологийн бүтцийг харгалзан ямар эмэнд мэдрэмтгий байх чанарыг баримтлан эмчилнэ.

Орчин үед олон хавдрыг эмээр бүрэн эмчилж чаддаг болжээ. Жишээлбэл: Өндгөвчийн зарим хавдар ба хорионэпителиом өвчнийг эмээр эмчлэн бүрэн эдгээж байна.

Химийн эмүүд нь ихэвчлэн цус төлжүүлэх эрхтэнд нөлөөлж цус багаддаг ба ялангуяа миело ба тромбоцитопоз буурдаг. Иймээс хорт хавдар өвчний эмчилгээг мэргэжлийн эмчийн хяналтанд эмчилгээний зохих дэг журмыг баримтлан хийх шаардлагатай.

Г. ГЭНДЭНЖАМЦ

ХОДООДНЫ АРХАГ ҮРЭВСЛИЙН ЭМЧИЛГЭЭНИЙ

ЗАРИМ ХЭЛБЭР

УЛСЫН НЭГДСЭН ТУСГАЙ ЭМНЭЛЭГ

Ходоодны архаг улаймал үрэвсэл (архаг гастрит) өвчин нь хоол боловсруулах эрхтэний өвчнүүдээс хамгийн их тархсан нь юм. Энэ өвчин хоол боловсруулах эрхтэний өвчнүүдийн 35 хувийг, ходоодны өвчнүүдийн дотор 80—85 хувийг нь эзэлдэг байна. Ходоодны архаг үрэвсэл нь ходоодны бусад хүнд өвчин үүсэх урьдал өвчин болдог. Хүн амын дунд түгээмэл байдаг энэ өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх, эмчилгээг зөв зохион байгуулах асуудал чухал юм. Ходоодны архаг үрэвслээс урьдчилан сэргийлэхэд хоол ундны дэглэмийг нарийн баримтлахаас гадна хоолны хордлого, ходоодны хурц үрэвслийг тухайн үед нь тууштай гүйцэд эмчлэх явдал мөн. Хоол ундны эрүүл ахуй, ариун цэврийн шаардлагыг хатуу сахиж, 4—5 цагийн зайтай витамин, уургийн зүйлээр баялаг, ходоодонд хэт ачаалал, цочрол үзүүлэхгүй хоол унд хэрэглэнэ. Сонгино, сармис зэрэг халуун ногооны төрлийг хэт ихээр буюу дангаар нь хэрэглэх хэрэггүй. Эмийн бодисуудыг туйлын болгоомжтой хэрэглэнэ. Архи тамхи нь ходоодны архаг үрэвсэл үүсгэх шалтгаан болдог тул хэрэглэхийг цээрлэнэ.

Шүд амны хөндийн өвчнүүдээс байнга сэргийлж байх нь уг өвчнөөс сэргийлэхэд их дөхөм болно. Ажил амралтын дэглэмийг сахиж, мэдрэл, сэтгэл санааны хувьд байнга тайван байх нь чухал.

Элэг, цэс, гэдэсний өвчнүүд ба архаг олгой зэрэг бусад өвчний үед хавсран тохиолдох нь элбэг тул тэр эрхтэнүүдийн өвчнийг тухайн бүр сайн эмчлүүлж байх ёстой. Ходоодны архаг үрэвслийг эрт илрүүлж, эмчийн хяналтанд байж эмчилгээ хийлгэх нь зүйтэй. Онош найдвартай тогтоох аргуудын дотроос ходоод дурандах, эс эдийн шинжилгээ авах. РН метрийн арга, ходоодны шүүсний дээд хэмжээ, доод хэмжээ зэргийг хэсэгчлэн авч тогтоох зэрэг нь их ач холбогдолтой юм. Ходоодны архаг үрэвслийн үед хоолоор эмчлэх нь хамгийн чухал. Хоол нь найрлагаараа ч механик байдлаараа ч ходоодны салст бүрхүүлийг цочроохгүй, амархан шингэхээр байх ёстой. Өдөрт 5—6 удаа бага багаар хооллоно. Мэдрэлийн системийн хэвийн ажиллагааг хангах зорилгоор валерины ханд, тайвшруулах, нойрсуулах эмүүдийг хэрэглэнэ. Мөн өвдөлт намдаах, агшилт сулруулах зорилгоор атропиныг 0,1% 5—8 дуслаар өгөх буюу 0,5—1 мл-ээр тарина. Метациныг 0,1% мл, платифилин 0,002—0,005 г буюу 1—2 мл, экстракт белладон 0,015 г тус тус хэрэглэж болно. Эдгээр эмийг хоол идэхээс 15—30 минутын өмнө өдөрт 2—3 удаа 2—3 долоо хоног хэрэглэнэ. Ходоодны шүүс багасгах зорилгоор шүлтальмагель, альмагель А, буржийн холимог зэргийг хэрэглэнэ. Мөн трисиликат магнийг 1—2 цайны халбагаар магнийн ислийг 0,5—1,0 г-аар нүүрсхүчлийн кальцийг 0,5—1,0 г-аар, викалин буюу викайрыг 1—2 шахмалаар хоолны дараа 1,5—2 цагийн дараа ууна. 2%-ийн содын уусмалаар буюу шүлтлэг рашаан усаар ходоод угааж болно. Мөн Боржом, Нарзан №7, Ессентуки № 20 зэргийг ууж болно. Өлөн үеэр юм уу унтахаас өмнө анестезин 0,3-аар новокаины 0,25—0,5 хувийн

уусмалыг ууж болно: Ходоодны шүүс бага хэлбэрийн үрэвслийн үед дээрх эмчилгээ хийхгүй, өвчин намдаах агшилт, (сулруулах эм) ношпа 0,08 г, галидор 0,1—0,2 г, церукал 10 мг) хэрэглэнэ. Үрэвслийн эсрэг, эд эсийн ажиллагааг сайжруулах зорилгоор таван салааг хоолны халбагаар өдөрт 3 удаа, плантаглоцид гранул 0,5—1,0 г, метилурацил 0,5 г-аар өдөрт 1—3 удаа хоол идэхээс өмнө ууж, 2—4 долоо хоног хэрэглэнэ. Ходоодны шүүс бага үед лимонтой цай, алим, жимсний шүүс, лимоны хүчил зэргийг хэрэглэх, давсны хүчил-пепсин, ходоодны цэвэр хүчил зэргийг хоолноос өмнө юм уу, хоолны үед ууна. Эсвэл ацидин-пепсин, ацидоль, бетацид зэрэг эмийн аль нэгийг (0,25—0,5 г) хагас стакан усанд уусгаж өдөрт 3—4 удаа хоолны дараа юм уу, хоолны үеэр ууна. Сүүлийн үед ходоодны хүчлийг орлох ферментийн шинэ бэлдмэлүүд-пепсидил, сальпепсин зэргийг хэрэглэж байна. Эдгээр эмийг удаан (3 сарын) хугацаагаар курс байдлаар хэрэглэх ба хоол идэх үед ууна. Ходоодны шүүс ялгаруулах ажиллагаа өөрчлөгдсөн нөхцөлд түүнийг орлон нөхөх зорилгоор удаан хугацаагаар, өдөрт 3—4 удаа хоолны үед юм уу хоолны дараа панкреатин 1—2 г, абомин 0,2 г-аар өгнө. Абоминыг хоолны үед, панкреатиныг хоолны өмнө ууна. Мөн полизим, панцинорм зэргийг хэрэглэнэ. Нүүрсхүчлийн хий, хүхэр, устөрөгч агуулсан рашаан ус (Ессентуки №17, Буровая №23 Жанчивлан) хэрэглэнэ. Эдгээрийг 30 градусын орчим бүлээнээр хоолноос 15—30 минутын өмнө аажим ууж хэрэглэнэ. Ходоодны архаг үрэвслийн үед витамин дутагддаг тул витаминь комплексийг 3—4 долоо хоногоос доошгүй хэрэглэнэ. Витамин В-ийн групп (V_1 —5%—2,0 өдөр бүр; V_6 —5%—1,0 өнжөөд, V_{12} —2000 гамма булчинд ээлжилж) витамин С—0,3 өдөрт 3 удаа хоолны өмнө РР—0,02 г өдөрт 3 удаа хоолны дараа мөн тосонд уусдаг витамин А-г 4—6 дуслар өдөрт 3 удаа хоолны өмнө ууна. Фолийн хүчил 0,005-г-аар ууна. Ходоодны шүүс ихэдсэн буюу хэвийн үеийн ходоодны үрэвслийн үед витамин дутагдах нь бага байдаг. Хэрэв ходоод, гэдэсний шимэгдэх ажиллагаа өөрчлөгдөөгүй бол олон витаминь бэлдмэл (декамвит, гендевит, аэровит, суммавит) өгч болно. Ходоодны шүүс дутагдалтай архаг үрэвслийн үед ходоодны үйл ажиллагааны хамгаалах чадвар буурсан байдаг тул цөс, нойр булчирхай, гэдэсний замын ба амьд хөндийн өвчин үүсгэгч халдвараар өвчилдөг учир бактер нянгийн эсрэг эмчилгээг хамт явуулах хэрэгтэй. Хоёрдогч гэдэсний халдварын үед буюу гэдэсний үрэвслээс үүсэлтэй бол колибактерин, бификол, бифидум бактерин, энтеросептол, интестопан, фталазол, сульгин зэргийг ерийн тунгаар ууна. Энэ эмүүд нь гэдэсний хэвийн нянд нөлөөлөхгүй. Трихопол болон бусад эмийг тухайн үед тохируулан курсээр хэрэглэнэ. Ходоодны хүчил дутагдалтай ходоодны архаг үрэвслийн үед хоол идэх дур буурах, жин багасах байдал илэрдэг тул анаболитик гормон-неробол 5 мг өдөрт 2—3 удаа уух буюу нероболил 25—50 мг-аар 7—10 хоногт 1 удаа булчинд тарина.

Ретаболилыг (50 мг-аар 2—3 долоо хоногт 1 удаа булчинд тарих байдлаар) хэрэглэнэ. Мөн оротат калийг (0,25—0,5 г өдөрт 2—3 удаа хоол идэхээс өмнө өгнө. 3—4 долоо хоног түүнээс ч илүү хугацаагаар хэрэглэнэ. Гормон эмүүдийг элэг өвчтэй үед хэрэглэхгүй. Ходоодны шүүс гаргах ажиллагааг сайжруулах зорилгоор кокарбоксилаза, инсулин зэргийг захын цусны эргэлтийг сайжруулах компламин ба бусад, гипсталамус, гипофиз, бөөрний дээд булчирхайг зохицуулах (атилизол зэрэг) эм хэрэглэнэ. Ходоодны архаг үрэвслийн үед физик-эмчилгээ, шилмүүст ванн, биений тамир, эдектрофорез чухал юм. Бүлээн жин, озокерит, парафин, шавар зэргийг хэрэглэнэ. Ходоод орчим диаатерми, индуктотермин, эмтэй электрофорез тавих, сувиллын хоолны ба рашаан ус эмчилгээ зэрэг нь сайн үр дүнтэй.

ГАДААД ОРНУУДАД

ЗӨВЛӨЛТИЙН ЭРҮҮЛИЙГ ХАМГААЛАХ: НАЯАД ОНЫ ЗОРИЛТ

ЗХУ-ын их эмч нарын тоо 1982 онд 33 мянгаар нэмэгдэж 1 сая 66 мянгад хүрлээ. Эмнэлгийн орны тоо 65 мянгаар нэмэгдэж нэг ээлжинд нийтдээ 134 мянган хүн хүлээн авах хүчин чадалтай амбулатори поликлиникүүд шинээр байгуулагдав. Энэ тоо баримтыг өнгөрсөн оны улсын нийгэм эдийн засгийн хөгжилтийг дүгнэн ЗСБНХУ-ын Статистикийн төв захиргаанаас гаргасан мэдээллээс авсан юм.

ЗСБНХУ нь эрүүлийг хамгаалах талаар хамгийн хөгжсөн орны нэг юм. Хэдийгээр ЗХУ-д дэлхийн нийт хүн амын арван зургааны нэг нь амьдардаг ч тус оронд европын эмч нарын хагас хувь нь дэлхийн нийт эмчийн гуравны нэг нь ажиллаж байна.

Ийнхүү эрүүлийг хамгаалах талаар их амжилтанд хүрсэн ч эмнэлэг урьдчилан сэргийлэх байгууллагыг барьж байгуулах, эмнэлгийн боловсон хүчнийг бэлтгэх ажлын хурд, далайц буурахгүй байгаагийн учир юунд байна вэ?

ЗСБНХУ-ын эрүүлийг хамгаалах яамны орлогч сайд Алексей Сафонов Статистикийн төв захиргааны мэдээг тайлбарлан,

— Бид тухайлбал, эмнэлгийн боловсон хүчний талаар орчин үед намаас дэвшүүлж байгаа зорилтын түвшинд хүрч чадаагүй байна. Зөвлөлтийн 270 гаруй сая хүн амын эрүүл мэндийг хамгаалах үндсэн хуулийн эрхийг хангахад (орчин үеийн анагаах ухааны дээд түвшингийн хэмжээнд эмнэлгийн тусламж үзүүлэх талаар би ярьж байна) бидний тооцоолж байгаагаар 10 мянган хүн ам тутамд 40—41 эмч (одоо энэ үзүүлэлт 38,5 байгаа юм) шаардлагатай байна. Бид үүнийг тооцохдоо олсн хүчин зүйлийг харгалзан үзсэн юм. Жишээлбэл анагаах ухааны үсрэнгүй хөгжлийн дагуу эмнэлгийн тусламжийн хэмжээ өсөх хүчин зүйл гэх мэт.

Хорь гучаадхан жилийн өмнө ховор, хүнд гэгдэж байсан зүрхний мэс заслыг хийхэд зүрхний мэс заслын төв байгуулах шаардлага байсангүй. Гэтэл өнөөдөр бид саяхан хүртэл эмчлэгдэхгүй гэгдэж байсан хүнд өвчтөнүүдэд эмнэлгийн тусламж үзүүлж байгаа нарийн мэргэжлийн тусламжийн (зөвхөн зүрхний мэс заслынхаар хязгаарлагдахгүй гэдэг нь мэдээж) олсн төвийг ажиллуулж байна.

Өвчтөн зөвхөн ердийн эмчийн төдийгүй нарийн мэргэжлийн тусламж үзүүлэхэд (энэ бсл сүүлийн жилүүдэд бидний эрчимтэй шийдвэрлэж буй асуудлын нэг юм) бсловсон хүчнийг эрс нэмэгдүүлэх шаардлагатай байгаа юм. Одоо хот, хөдөөний томоохон төвүүдэд төрөл бүрийн тусламж үзүүлж байгаа томоохон эмнэлэг олон ажиллаж, жил ирэх тутам нарийн мэргэжлийн тусламжийн төв, диспансер, зөвлөлгөө өгөх газрын тоо өсч, хүчин чадал нь нэмэгдэж байна. Мөн эмч нар ажиллахад бэрхшээлтэй тохиолдолд өвчтөнөө илгээдэг зөвлөх поликлиникүүдийг эрдэм шинжилгээний хүрээлэн, анагаах ухааны дээд сургууль болон нарийн мэргэжлийн түршлагатай өндөр боловсролтой боловсон хүчин төвлөрсөн томоохон эмнэлгүүд түшиглэн байгуулж байна. Үүний зэрэгцээ бид эмнэлгийн тусламжийн гнхан шатны гэж нэрлэгддэг хөдөө орон нутагт ажиллаж байгаа их эмчийн сэлбар (эдгээрийн тоо 15 мянга орчим юм) райсны психиатрикүүдийг өвчтөн бүрт шаардагдах үзлэг, шинжилгээг бүрэн хийдэг болгохын тулд ихээхэн бэхжүүлж байна. Энэ нь тэдгээр биохими, эс, багажийн шинжилгээ хийх лабораторийн хүчин чадлыг өргөжүүлэх төрөл бүрийн оношилгоог нэвтрүүлэхийг шаардаж байна.

Энэ талаар чухал алхамуудыг хийгээд байна. Төрөл бүрийн шинжилгээ хийх лаборатори, эндоскопийн зэрэг нарийн оношилгоо тавих кабинетыг олон зуун поликлиникт ажиллуулж эхэллээ. Эдгээр шинжилгээноношилгоо урьд нь зөвхөн стационарт хийгдэж байсан юм. Түүний зэрэгцээ саяхан болтол зөвхөн эмнэлэгт хэрэглэж байсан эмчилгээний аргуудыг амбулаторийн эмч нар амжилттай эзэмшиж, нүдний даралт ихсэх, чихрийн шижин, үе мөч, гулах-хөдлөх эрхтэний гэмтэл зэрэг өвчтэй хүмүүсийн ихэнхийг эмнэлэгт хэвтүүлэлгүй эмчилж байна.

Ойрын ирээдүйд амбулаторийн нөхцөлд бөөрний архаг өвчтэй хүмүүсийн бөөрийг цэвэрлэж угаах, атмосферийн их даралттай барока метрт эмчлэх, лазерийн туяаны тусламжтайгаар мэс засал хийх болно.

Амбулатори-поликлиникийн эмчилгээний боломж хүрээ ийнхүү өсөн нэмэгдэж байгаа нь тэдгээрийг боловсон хүчин орчин үеийн техникээр хангаж бэхжүүлэхийг зүй ёсоор шаардаж байна. Энэ асуудлыг шийдвэрлэхийн тулд сүүлийн жилүүдэд анагаах ухааны дээд сургууль төгсөгчдийн 60 хүртэлх хувийг амбулатори, поликлиникт илгээж байна. Орчин үеийн анагаах ухааны багаж техникийг үйлдвэрлэх хэмжээг 1981-1985 онд 1,4 дахин нэмэгдүүлэхээр төлөвлөөд амжилттай хэрэгжүүлж байна.

Амбулатори-поликлиникийн эмч нар аливаа өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх ажлыг гардан хариуцаж, хүн амын эрүүл мэндийн байдлыг хянаж, ажиглалт урьдчилан сэргийлэх үзлэг хийдэг болохоор Зөвлөлтийн эрүүлийг хамгаалахын энэ чиглэлд бид ийнхүү гоц анхаарч байна.

Иргэн бүрийг эмч нарын хараанд байлгахын тулд ЗСБНХУ-д хэсгийн эмнэлгийн үйлчилгээний зарчмыг аль эртнээс нэвтрүүлсэн юм. Үүнд, нийт газар нутгийг ижил тоотой хүн ам ногдохоор хэсгүүдэд хувааж хэсэг тус бүрт дотор, хүүхдийн эмч ажиллуулж байна. Арав, тэр байтугай таван жилийн өмнө дотрын хэсгийн нэг эмчид хоёр мянга таван зуу, заримдаа гурван мянга шахам хүн, хүүхдийн хэсгийн эмчид мянга таван зуу хүртэл хүүхэд ногдож байлаа. Боловсон хүчний хангамж сайжрах тусам нэг эмчид ногдох хүний тоо цөөрч, эмчээс нэг өвчтөнд үзүүлэх анхаарал халамжийг нэмэгдүүлэх боломж олгож байна.

Одоо дотрын хэсгийн нэг эмч дунджаар хоёр мянга орчим хүн (1985 онд гэхэд 1,7 мянгаас ихгүй болно), хүүхдийн хэсгийн нэг эмч 800 орчим хүүхдэд үйлчилж байна. Энд өвчтөний тухай бус, нэг эмчид ногдож буй хэсгийн бүх хүн амын тооны талаар ярьж буйг тайлбарлах нь зүйтэй биз ээ.

Үүний зэрэгцээ бид хэсгийн эмч нарын хөдөлмөрийн нөхцөлийг сайжруулж, хөнгөвчлөхийг хичээж байна. Одоохондоо тэд амбулатори поликлиникт өвчтөнийг хүлээн авч үзэх, өвчтөнд гэрт нь үйлчлэх, архаг өвчтэй хүмүүсийг диспансерийн хяналтанд авах, тодорхой хугацаанд үзлэг, шинжилгээнд хамруулах, өвчний дахилтын эсрэг болон эрүүлжүүлэх эмчилгээ хийх зэрэг олон үүргийг гүйцэтгэж байна. Түүнчлэн хэсгийн нийт хүн амыг жилд нэг удаа флюорографийн шинжилгээ, зүрхний бичлэг 30-аас дээш насны эмэгтэйчүүдийг кабинетийн үзлэгт хамруулах үүрэг тэдэнд ногдож байна.

Урьдчилан сэргийлэх үзлэг шинжилгээнд хяналт тавих, диспансерийн хяналтанд орох шаардлагатай өвчтөнийг тодорхойлож, нийт тоог гаргах зэрэг ажлыг эрхлэх урьдчилан сэргийлэх тусгай тасгийг ойрын жилүүдэд бүх поликлиникт байгуулах болно. Ийм тасгуудыг байгуулахад мөн л боловсон хүчин их хэмжээгээр шаардагдана. Үүнд эмнэлгийн дунд боловсролтой ажилтнууд үндсэндээ хэрэгтэй юм. Урьдчилан сэргийлэх тасгийн орон тоонд лаборант (чихрийн шижинтэй хүмүүсийг илрүүлэхийн тулд сахарын хэмжээг тодорхойлох гэх мэт төрөл бүрийн шинжилгээ хийх), үзлэгийн кабинетийн ажилтнууд, эмчийн үзлэгийн өмнөх кабинетийн сувилагч нар (ийм кабинетад тухайлбал цусны, шаардлагатай бол нүдний даралт хэмжинэ)-ын зэрэг ажилтан оруула-

хаар тооцжээ. Эмчийн үзлэгийн өмнөх кабинет нь эмчид үзүүлэх өвчтөний талаар үндсэн мэдээлэл өгөх зорилготой юм.

Эрүүлийг хамгаалах албаны эмнэлгийн дунд мэрэгжилтний хангамжийг сайжруулж, хэрэгцээг хангахын тулд (манай оронд тэдгээрийн тоо 2,5 саяас илүү болоод байгаа юм) анагаах ухааны дунд сургуульд элсэгчдийн тоог энэ онд 17 мянга, ирэх жил 20 гаруй мянгаар нэмэгдүүлэх болно гэж ярьсан юм.

(АПН) Хүрэлбаатар орчуулав.

- 1 4у-103 Биолог
- 2 4у-103 Биохими
- 3 шавтны
- 4 эмсэлгэний эмчлэлт
- 5 эмсэлгэ. Физ. сурвалж
- 6 шүүх эмнэлг.
- 7 Катар: галактик
- 8 галактик
- 9 кардиологи
- 10 нсрүлэгт
- 11 эмсэлгэний эмчлэлт
- 12 эмсэлгэний эмчлэлт
- 13 кардиологи
- 14 нсрүлэгт
- 15 эмсэлгэний эмчлэлт
- 16 эмсэлгэний эмчлэлт

- 17 эмсэлгэний эмчлэлт
- 18 эмсэлгэний эмчлэлт
- 19 эмсэлгэний эмчлэлт
- 20 эмсэлгэний эмчлэлт
- 21 эмсэлгэний эмчлэлт
- 22 эмсэлгэний эмчлэлт
- 23 эмсэлгэний эмчлэлт
- 24 эмсэлгэний эмчлэлт
- 25 эмсэлгэний эмчлэлт
- 26 эмсэлгэний эмчлэлт
- 27 эмсэлгэний эмчлэлт
- 28 эмсэлгэний эмчлэлт
- 29 эмсэлгэний эмчлэлт
- 30 эмсэлгэний эмчлэлт
- 31 эмсэлгэний эмчлэлт
- 32 эмсэлгэний эмчлэлт
- 33 эмсэлгэний эмчлэлт
- 34 эмсэлгэний эмчлэлт
- 35 эмсэлгэний эмчлэлт
- 36 эмсэлгэний эмчлэлт
- 37 эмсэлгэний эмчлэлт
- 38 эмсэлгэний эмчлэлт
- 39 эмсэлгэний эмчлэлт
- 40 эмсэлгэний эмчлэлт
- 41 эмсэлгэний эмчлэлт
- 42 эмсэлгэний эмчлэлт
- 43 эмсэлгэний эмчлэлт
- 44 эмсэлгэний эмчлэлт
- 45 эмсэлгэний эмчлэлт

ЭМНЭЛГИЙН ХЭВЛЭЛИЙН НЭГДСЭН РЕДАКЦИЙН ЗӨВЛӨЛ

- 1 Ж. Раднлабазар (Эрхлэгч, доцент) ✓
- 2 Л. Буджав (Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн) ✓
- 3 Б. Гоош (Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн) ✓ + Бодигу или Гундан
- 4 Ж. Дашдавла (Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн) ✓
- 5 Б. Дэмбэрэл (Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн) ✓
- 6 Г. Дашзэвэг (Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн) ✓
- 7 Ч. Долгор (Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн, профессор) ✓
- 8 Ж. Кунул (Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн) ✓
- 9 Э. Лувсандагва (Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн) ✓
- 10 А. Ламжав (Эм зүйн ухааны дэд эрдэмтэн) ✓
- 11 Л. Хүрэлбаатар (Харууцлагатай нарийн бичгийн дарга) ✓
- 12 П. Нямдаваа (Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн) ✓
- 13 Б. Рэгчаа (Анагаах ухааны доктор, профессор) ✓
- 14 Г. Цагаанхүү (Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн) ✓
- 15 Б. Шижирбаатар (Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн) ✓
- 16 Н. Шура

Техник редактор Б. Болзт, Хянагч Д. Наранчимэг.

Өрөлтөнд 1983 оны 6-р сарын 28-нд орж, 3047 ш хэвлэв. Цаасны хэмжээ 70x108 1/16. Хэвлэлийн хуудас 5,0 х.н.х. 5.6. А—89662 Зах № С—110
Д. Сүхбаатарын нэрэмжит Улсын Хэвлэлийн Комбинатад хэвлэв. Д. Сүхбаатарын талбай—6

ГЛАУВЕНТ

(БНБАУ-д үйлдвэрлэсэн)

Нэг шахмалд 40 мг глауцин гидрхлорид агуулагдана.

Глаувентийг амьсгалын замын ба уушгины үрэвслийн өвчний үед хэрэглэнэ. Ханиалгыг намдаах үйлчилгээ үзүүлдэг бөгөөд ко-дейноос ялгагдах нь амьсгалын төвийг дарангуйлахгүй, гэдэсний гүрвэлзэх хөдөлгөөнийг саатуулахгүй, дасах чанар байхгүй сайн талтай.

Зарим үед толгой эргэх, дотор муухай болох зэрэг гаж нөлөө үзүүлнэ. Глаувентыг өдөрт 1—2 шахмалаар 3 удаа хоолны дараа ууна. Хүүхдэд 2—4 хувааж өгнө.

ХОЛЕВИД

(БНСЮУ-д үйлдвэрлэсэн)

Найрлагадаа 3 атом иод агуулсан органик нэгдэл бөгөөд 66,7 хувийг иод эзэлнэ. Холецистограф, холангиографийн шинжилгээний үед ууж хэрэглэдэг тохируулагч бодис юм. Холевидыг хэрэглэх арга нь энгийн учир өвчтөнд хэрэглэхэд тохиромжтой. Гаж нөлөө үзүүлэх нь ховор бөгөөд голдуу иодод мэдрэмтгий зарим хүмүүст бөөлжих, огиулах, суулгах байдалаар илэрнэ.

Элэг, бөөрний эд эсийн хүнд гэмтэл, иодод мэдрэмтгий буюу базедын өвчтэй хүмүүст хэрэглэхийг хориглоно. Ходоод гэдэсний зарим хүнд өвчний үед холевидын шимэгдэлт алдагддаг учир хэрэглэж болохгүй.

Нэг удаагийн шинжилгээнд 6 ширхэг шахмалыг хэрэглэх ба шаардлагатай үед 12 ширхэг хүртэл тунг нэмэгдүүлнэ. Шинжилгээг өлөн элгэн дээр хийнэ. Холевидыг ууж хэрэглэснээс хойш шинжилгээ хийж дуустал хоол хүнсний зүйл идэх, уух, тамхи татахыг хориглоно.

Холевидыг зөвхөн эмчийн хяналтанд хэрэглэнэ.

ВЕРМОКС

(БНУАУ-д үйлдвэрлэсэн)

Нэг шахмалд 100 мг мебендазол агуулагдана.

Вермокс төрөл бүрийн цагаан хорхойтох өвчнийг эмчлэхэд хэрэглэнэ. Хэрэглэх тун хэмжээг тогтоохдоо насанд хүрэгчид болон хүүхдийн биеийн жин, насны онцлогийг харгалзана.

Самшуу хсрхойтох өвчний үед 1 шахмалыг ууна. Халдвар ихэвчлэн давтагддаг учир эмчилгээг 2—4 долоо хоногийн дараа давтан хийнэ.

Цагаан хорхойтох өвчний үед өдөрт 1 шахмалаар 3 хоног ууна. Вермокс нь өвчтөнд сайн тохирдог бөгөөд одоогоор гаж нөлөө илрээгүй байна. Вермоксыг жирэмсний үед хэрэглэхийг хориглоно.

*Улсын эм хангамж үйлдвэрлэлийн газрын
мэдээлэл технологийн тасаг*