

4 • 1987

АНАГААХ УХААН

ЭРҮҮЛИЙГ ХАМГААЛАХЫН ЗОХИОН БАЙГУУЛАЛТ

СУДАЛГАА ШИНЖИЛГЭЭ

ЛЕКЦ, ТОЙМ, ЗӨВЛӨГӨӨ

ТУРШЛАГА СОЛИЛЦЬЕ

ХОВОР ТОХИОЛДОЛ

* УЛААНБААТАР ХОТ * ГАДААД ОРНУУДАД

ШҮҮМЖ, МЭДЭЭ

АНАГААХ УХААН

Эрдэм шинжилгээ-практикийн улирал тутмын сэтгүүл

18 дахь жилдээ

№ 4(64)

1987 о

СЭТГҮҮЛИЙН РЕДАКЦИЙН ЗӨВЛӨЛ

Эрхлэгч Ш. ЖИГЖИДСҮРЭН

Ш. ВАНЧААРАЙ (Хариуцлагатай нарийн бичгийн дарга) Б. Гоош,
Г. Дашзэвэг, Б. Дэмбэрэл, Б. Жав, Л. Лхагва, Э. Лувсандагва
Д. Ням-Осор, П. Нямдаваа, Д. Самбууцүрэв, Г. Цагаанхүү, Б. Цэрэндаш

АГУУЛГА

СОДЕРЖАНИЕ

Эрүүлийг хамгаалахын зохион
байгуулалт

- Г. Зуунай, Б. Дэмбэрэл—Эрүүлийг хамгаалах салбар дахь хөдөлмөрийн нөөцийн ашиглалт, эмч мэргэжилтний өгөөжийг сайжруулах зарим арга зам 3
- Ц. Мухар—Эмч нарын бүрдмэл үзлэг зохион байгуулах арга зүйн асуудалд 9

Судалгаа шинжилгээ

- М. Сүхбаатар—Хүүхдийн уушгины цочмог үрэвслийг үүсгэх шалтгаан 14
- Д. Ням-Осор, З. Оюунгэрэл,
Л. Цэрэндулам, З. Дашзэвэг—Эмийн хэрэгцээ судлах асуудалд 18
- С. Бямбасүрэн, Л. Эрдэнэбаяр—Архидалт өвчний тархалт 22
- Мо. Шагдарсүрэн, Д. Жанчивдорж, Н. Удвал—Жирэмсэн эхчүүд, бага насны хүүхдийг диспансерчлах эрдэм шинжилгээ-практикийн цогцолбор судалгааны урьдчилсан дүн 26
- М. Чүлтэмсүрэн, Г. Чойжамц—Гашуун банздоогийн фитохимийн ба фармакологийн судалгааны урьдчилсан дүн 28
- Ш. Содномпил—Эхийн эндэгдлийн шалтгааны асуудалд 31
- Р. Дорждэрэм, И. Санжаадорж—Хөл гар, аарцаг ясны гэмтлийн зарим онцлог 37

Организация здравоохранения

- Г. Зуунай, Б. Дэмбэрэл—Некоторые пути улучшения эффективности использования врачебных кадров и трудовых ресурсов в области здравоохранения
- Ц. Мухар—О методике организации комплексных медицинских осмотров населения

Оригинальные статьи

- М. Сүхбаатар—Этиологическая структура при острой пневмонии у детей
- Д. Ням-Осор, З. Оюунгэрэл,
Л. Цэрэндулам, З. Дашзэвэг—К вопросу изучения потребности в лекарственных средствах
- С. Бямбасүрэн, Л. Эрдэнэбаяр—Распространенность алкоголизма
- Мо Шагдарсүрэн, Л. Жанчивдорж, Н. Удвал—Предварительные результаты научно-практического эксперимента по диспансеризации беременных женщин и детей раннего возраста
- М. Чүлтэмсүрэн, Г. Чойжамц—Предварительные результаты фитохимического и фармакологического исследования соскурея горького
- Ш. Содномпил—К вопросу изучения причины материнской смертности
- Р. Дорждэрэм, И. Санжаадорж—Некоторые особенности повреждения тазовых костей, нижних и верхних конечностей

- Ч. Нээчин, Д. Амгаланбаатар,
Б. Дагданбазар—Дүрс судлал ба
анагаах ухаан 39
Б. Жав—Эх барихуйн практик
дахь геморрагийн шок (төгс-
гөл) 43
Ж. Базардарьяа—Реллапаротом
хийх заалт 48
Ө. Жүгдэр—Ураг, нярайн гавал
тархины гэмтэл 50
А. Хишигдорж—Хамуу өвчнийг
лабораторийн аргаар онош-
лох 53
С. Бямбанамжил—Харшлыг онош-
лох ба эмчлэх бэлдмэл 55
Д. Цэвэ-Ойдов, Ц. Будханд—Гар
засал эмчилгээ 57
Г. Гэндэнжамц—Ходоод гэдсэнд
хэрэглэж буй эмийн харил-
цан үйлчлэл 58

Ховор тохиолдол

- Г. Цагаанхүү, И. Пүрэвдорж,
Н. Төмөрбаатар, З. Бэгзсүрэн—
Нэг удамд илэрсэн Паркин-
соны өвчин 60

Туршлага солилцье

- Ш. Жадамбаа, Ц. Намсрай,
Н. Сүмбэрзул, Д. Дарь—Улаан-
баатар хотын нөхцөл дэх до-
норын цусны ийлдэсний уу-
раг, уургийн бүлэглэлийн за-
рим үзүүлэлт 63

Аугаа их Октябрийн хувьсгалын
70 жилийн ойд

- Н. Амосов—Бие биедээ чанга
шаардлагатай байцгаая 65
Л. Лхагва, Б. С. Алякринский—
Сансрын анагаах ухаан—
шинжлэх ухаан, эрүүлийг
хамгаалах үйлсэд 69

Гадаад орнуудад

- ЭХУ-ын анагаах ухааны зарим
ололтоос 72

Шүүмж, мэдээ

- Ч. Санчир—Эмийн ургамлыг зөв
таньж нэрлэе 74

- Ч. Нээчин, Д. Амгаланбаатар,
Б. Дагданбазар—Морфслогия и
медицина
Б. Жав—Геморрагический шок в
акушерской практике
Ж. Базардарьяа—Показаны к ре-
лапаротомия
Ө. Жүгдэр—Внутричерепная родо-
вая травма у плода и ново-
рожденного
А. Хишигдорж—Лабораторная
диагностика чесотки
С. Бямбанамжил—Препараты для
диагностики и лечения аллер-
гии
Д. Цэвэ-Ойдов, Ц. Будханд—Ма-
нуальтерапия
Г. Гэндэнжамц—Взаимодействие
лекарственных средств, при-
нимаемых в гастроэнтероло-
гической практике

Редкий случай

- Г. Цагаанхүү, И. Пүрэвдорж,—
Н. Төмөрбаатар, З. Бэгзсүрэн—
Наследование болезни Пар-
кинсона в одной семье

Обмен опытом

- Ш. Жадамбаа, Ц. Намсрай,
Н. Сүмбэрзул, Д. Дарь—Белок,
белковые фракции и некото-
рые другие показатели сы-
воротки крови доноров в ус-
ловиях г. Улан-Батора.

К 70-летию великого октября

- Н. Амосов—Будем взаимно тре-
бовательны
Л. Лхагва, Б. С. Алякринский—
Роль космической медицины
в нуле и здравоохранении

За рубежом

- О некоторых достижениях со-
ветской медицины

Рецензия, хроника

- Ч. Санчир—Необходимость пра-
вильного определения от-
дельных видов лекарственных
растений

Манай хаяг:

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

Техник редактор Б. Болат

Хянагч Д. Ундармаа, Д. СайнАмгалан

Өрөлтөнд 1987 оны 9 сарын 22 нд орж 2794 ш хэвлэв.

Цаасны хэмжээ 70×108 1/16 хэвлэлийн хуудас 5; А—5527

Зах № С—114. Д. Сүхбаатарын нэрэмжит Улсын хэвлэлийн комбинатад
хэвлэв. Д. Сүхбаатарын талбай 6.

**«АНАГААХ УХААН» СЭТГҮҮЛИЙН УНШИГЧ,
ЗОХИОГЧ НАРТ**

Сэтгүүлийн редакцийн зөвлөл та бүхэнд шинэ онд эрүүл энх, аз жаргал, сайн сайхныг хүсэн ерөөхийн хамт эмнэлэг үйлчилгээ, урьдчилан сэргийлэх, онош тогтоох, эмчлэх, эрдэм шинжилгээ, судалгааны ажилдаа МАХН-ын XIX их хурал, удаа дараагийн бүгд хурлын шийдвэрийн дагуу шинэ сэтгэлгээгээр бүтээлчээр ажиллана гэдэгт итгэж байна.

Тус сэтгүүлийн зөвлөл шинэ онд эрүүлийг хамгаалахын зохион байгуулалт, урьдчилан сэргийлэх, эх нялхас, онош тогтоох, эмчлэх зэрэг сэдвээр тулгамдсан асуудлыг хөндсөн шинжлэх ухааны үндэс сайтай, эмч нарт аргачилсан гарын авлага болохуйц өгүүлэл зөвлөгөө нийтлэхийг чухалд үзэж байна.

Иймд судалгааны баялаг материалд тулгуурласан эрдэм шинжилгээний дорвитой өгүүлэл, анагаах ухааны сүүлийн үеийн ололт амжилтыг сайн тусгасан тойм лекц, практикийн эмч нарт тусламж болж чадах мэргэжлийн шилдэг зөвлөгөө олныг ирүүлэхийг та бүхнээс хүсч байна.

Манай сэтгүүлийн хэвлэн нийтлэх ажилд идэвхтэй оролцсон эмч, эрдэмтэн та бүхэнд талархал илэрхийлье.

Сэтгүүлийн зөвлөл

ЭРҮҮЛИЙГ ХАМГААЛАХЫН ЗОХИОН БАЙГУУЛАЛТ

Г. Зуунай (Эрүүлийг хамгаалах Яам)

Б. Дэмбэрэл (Эрүүлийг хамгаалахын удирдлагын эрдэм шинжилгээний төв)

**ЭРҮҮЛИЙГ ХАМГААЛАХ САЛБАР ДАХЬ ХӨДӨЛМӨРИЙН
НӨӨЦИЙН АШИГЛАЛТ, ЭМЧ МЭРГЭЖИЛТНИЙ ӨГӨӨЖИЙГ
САЙЖРУУЛАХ ЗАРИМ АРГА ЗАМ**

Манай намын эдийн засгийн бодлогын нэг гол чиг шугам бол нийгмийн үйлдвэрлэлийн үр ашгийг дээшлүүлэх явдал бөгөөд энэхүү олон талт цогц арга хэмжээний дотроос нийгмийн хөдөлмөрийн нөөцийн ашиглалтыг сайжруулах нь тэргүүн байранд тавигдах боллоо.

МАХН-ын XIX их хурлаас «Улс ардын аж ахуйн салбаруудад хөдөлмөрийн бүтээмжийг жигд тогтвортой дээшлүүлэх асар их боломж дутуу ашиглагдаж байна. Хөдөлмөрийн нөөц ашиглалтыг сайжруулах нийгмийн хөдөлмөрийн бүтээмжийг дээшлүүлэх явд-

лыг зөвхөн эдийн засгийн төдий биш нийгмийн чухал асуудал болгож тавибал зохино» гэж заасан билээ.

н. Ж. Батмөнх МАХН-ын Төв Хорооны XI бүгд хурал (1985 он) дээр хэлсэн үгэндээ: «...Улс ардын аж ахуйд ашиглагдаагүй байгаа нөөцийг дайчлан ашиглахад нам, ард түмний гол анхаарал, хүч чармайлтыг төвлөрүүлэх нь шинэ таван жилийн бүтээн байгуулалтын үеийн намын эдийн засгийн бодлогын хойшлуулалтгүй зорилт мөн» гэж онцлон тэмдэглэсэн билээ.

Нийгмийн үйлдвэрлэх хүчин, шинжлэх ухаан техникийн хөгжил, хөдөлмөрийн нөөцийн хэрэгцээний түргэн өсөлттэй уялдаж орчин үеийн социалист нийгмийн хөдөлмөрийн нөөц, түүний хувиарлалт, ашиглалтад шинэ шинэ өөрчлөлт гарч улмаар эдгээр өөрчлөлт нь нийгмийн үйлдвэрлэлийн үр ашгийг дээшлүүлэх асуудлыг зохистойгоор шийдвэрлэх шинэ арга зам бий болгохыг шаардаж байна. Тийм ч учраас аливаа улс орон өөрийн эдийн засгийн хөгжлийг түргэтгэх замыг хайхдаа аж ахуйг эрчимжүүлэх аргыг эрхэмлэн үзэх боллоо. Энэ асуудлыг ах дүү социалист орнууд амжилттай шийдвэрлэж байна.

Эрүүлийг хамгаалах салбар дахь хөдөлмөрийн нөөцийн ашиглалт, өгөөжийг дээшлүүлэхэд орчин үед эрчимжүүлэх аргыг голчлон хэрэглэх шаардлага зүй ёсоор тавигдаж байна. Энэ нь орчин үеийн шинжлэх ухаан техникийн хөгжлийн эрүүлийг хамгаалах салбарт тусч буй үр нөлөө, анагаах, ухааны хөгжлийн хурдац, эмнэлгийн нарийн мэргэжлийн тоо, чанарын өсөлт, эрүүлийг хамгаалах салбарт оруулж буй хөрөнгө оруулалт нэмэгдэж байгаа зэрэг олон хүчин зүйлээс үүдэн гарч байгаа юм.

Эмнэлгийн ажилчдын хөдөлмөрийн нэг чухал шинж чанар бол хэдийгээр нийгмийн материал баялгийг шууд үйлдвэрлэдэггүй боловч түүнийг бүтээгч хөдөлмөрлөх (ажиллах) хүч-хүний, улмаар нийгмийн хөдөлмөрийн чадварт шууд нөлөөлдөг бөгөөд тэдний хөдөлмөрийн ихээхэн хэсэг нь биеийн шууд оролцоотой бүтдэг «амьд хөдөлмөр» байдагт оршино.

Тийнхүү эмнэлгийн ажилчдын хөдөлмөрийн бүтцэнд «амьд хөдөлмөр» их ордгоос эрүүлийг хамгаалах салбар дахь аливаа асуудлыг шийдвэрлэхэд тэнд ажиллаж байгаа боловсон хүчний хангамж чухал үүрэг гүйцэтгэдэг. Гэвч социалист нийгмийн хөгжлийн өнөөгийн үе шатанд аливаа асуудлыг амжилттай шийдвэрлэхэд ажиллаж байгаа хүний тооны олноор

биш, харин тэнд байгаа боловсон хүчнийг зөв зохистой ашиглах явдал тэргүүн ач холбогдолтой болж байна. Тухайлбал эмч нарын мэдлэг мэргэжлийг системтэйгээр дээшлүүлэх, мэргэжил хослох, мэргэжлийн нь дагуу ажиллуулах, багаж аппарат болон нарийн мэргэжлийн эмчийн үйл ажиллагаа хоорондоо тохирч байх, тэдний хөдөлмөрийг зөв зохион байгуулж ажлын зохистой нөхцөлийг хангах, удирдлагын дэвшилттэй хэлбэрийг ашиглах явдал хөдөлмөрийн бүтээмжийг дээшлүүлж, хөгжлийг түргэтгэх хамгийн дэвшилттэй арга хэрэгсэл болно.

Орчин үед аль ч салбарын боловсон хүчний нөөцийн ашиглалт өгөөжийг сайжруулах хүчин зүйлсийг үндсэн гурван чиглэлд хуваан үзэж байна. Үүнд:

1. Материал техникийн холбогдолтой хүчин зүйл

2. Нийгэм, эдийн засгийн хүчин зүйл

3. Удирдлагын хүчин зүйл

Тусгай зориулалт бүхий барилга байгууламж, эмнэлгийн тоног төхөөрөмж, онош-эмчилгээний өндөр өгөөжтэй машин техник, тэднийг эзэмших орчин үеийн арга хэрэгсэлгүйгээр өнөөгийн анагаах ухаан, эрүүлийг хамгаалахын хөгжлийг түргэтгэх, эмнэлгийн ажилчдын хөдөлмөрийн үр дүнг сайжруулах боломжгүй юм. Гэхдээ амьд хөдөлмөр их шаарддаг эрүүлийг хамгаалахын онцлогоос болж техник нь материаллаг үйлдвэрлэлийн салбарынх шиг хөдөлмөрийн бүтээмжийн эцсийн үр дүнд шууд нөлөөлдөггүй билээ. Учир нь нэг талаас социалист нийгэм дэх эмчийн хөдөлмөрийн гол шинж чанар нь эмч өвчтөний хоорондын хүнлэг харьцаа хэвээр байх (техникээр тусгаарлагдаж өвчтөнд хайнга хөндий хандахыг цээрлэх) бөгөөд нөгөө талаар, эрүүлийг хамгаалах дахь хөдөлмөрийн эцсийн үр дүнг гагцхүү эдийн засгийн өгөөжөөр тодорхойлж болдоггүй, түүний шууд бус бусад олон үзүүлэлт, тухайлбал хүн амын өвчлөл, нас баралтын байдал, хөдөлмөрийн чадвар түр алдалтын бууралт,

идэвхтэй урт наслалт зэрэг эрүүл мэнд, анагаах ухааны олон хүчин зүйлсээр тодорхойлогддог оршино. Иймээс эмнэлгийн ажилчдын ашиглалтыг дээшлүүлж тэдний хөдөлмөрийн өгөөжийг сайжруулах гол арга нь нийгэм, эдийн засгийн хүчин зүйлүүдийг ашиглах явдал юм.

Эрүүлийг хамгаалах салбар дахь хөдөлмөрийн нөөцийн ашиглалтыг сайжруулахад эрчимжүүлэх аргыг хэрэглэх асуудал орчин үед хурцаар тавигдах болсон нэг шалтгаан бол эмчийн тоо урьд байгаагүй олноор өсч ирэхийн хэрээр эмчийн хэрэгцээ улам ихэсч эмчийн орон тоо, бие хүн буюу ажиллаж байгаа эмчийн тоо хоёрын хоорондохь харьцааны зөрөө багасахгүй байгаад оршино.

Эмч, эмнэлгийн ажилчдын бодит хангамжийг сайжруулахад чиглэсэн нэг гол арга хэмжээ бол эмнэлгийн ажилчдын орон тооны өсөлтийг төлөвлөх ажлыг боловсронгуй болгох явдал юм. Үүний тулд ажиллуулахаар төлөвлөж байгаа эмчийн орон тооны төлөвлөгөөг тухайн үед бэлэн байгаа эмчийн тоо, түүний хорогдол, төлөвлөгөөт хугацаанд шинээр нэмэгдэх эмчийн өсөлттэй нягт уялдуулж хүн амын өсөлтийн прогно-зод тулгуурлан хийх ёстой.

Энэхүү төлөвлөлтөд тэтгэврийн насанд хүрсэн эмч нарыг ажиллуулах боломжийг судлаж тооцох, эмч нарыг нэмэгдэл цалингаар ажиллуулах, шаардлагатай нөхцөлд орон тоог янз бүрийн хэлбэрээр хавсарч ажиллуулах зэрэг асуудлыг ул үндэстэй боловсруулж хэтийн төлөвт тусгах нь чухал байна.

Манай орны хөгжлийн онцлогоос шалтгаалж 1960-аад оны дунд үед эмч нар үндсэндээ нэгэн үеийн үе тэнгийн залуучуудаас бүрэлдэж байсан бол цаг үе, хөгжлийн жам дагуу орчин үед хөдөлмөрийн хамт олны ахмад үе бий болж 50 ба түүнээс дээш насны эмч нарын эзлэх хувийн жин ихэсч ирлээ. Нөгөө талаар боловсом хүчний хангамжийг сайжруулах зорилтын үүднээс нэг жил нэг

насны олон хүмүүсийг бөөнөөр төгсгөж байсан онцлогийг ч боловсон хүчний хэтийн төлөвлөлт, ашиглалтанд тусгаж үзэх нь зүйтэй юм.

Бидний судалгаагаар манай улсад эмч нарын хавсран ажиллаж байгаа коэффициент 1,1 хүрч, тэтгэврийн насанд хүрснээс хойш эрэгтэй эмч нар 2,9 жил, эмэгтэй эмч нар 3,8 жил мэргэжлийн ажлаа үргэлжлүүлэн хийж байна. (12). Гэвч эмч нар тэтгэвэрт гарах, тахир дутуугийн группэд орох, нас барах зэрэг шалтгаанаас болж улсад ажиллах хугацаа нь дунджаар эрэгтэйчүүдэд 3,6 жил, эмэгтэйчүүдэд 2,5 жилээр хорогдож байна.

Хүн амын дундаж нас уртсаж эрүүл мэнд нь сайжирч байгаа орчин үед тэтгэврийн насны хүмүүсийг тэдний эрүүл мэнд, амрах эрхийг нь хохироолгүйгээр ажиллах боломжоор хангах явдал нийгмийн үйлдвэрлэлийн ажиллах хүчний нөөцийг нэмэгдүүлэхэд чухал хүчин зүйлийн нэг болно.

Ахмад үеийнхний олон арван жилийн эмчилгээ оношлогооны ажлын баялаг туршлагыг уламжлан авч туршлагаар нь залуу үеийг хүмүүжүүлэх явдал ажлын арга барилыг баяжуулж эмчилгээ үйлчилгээний соёл, чанарыг сайжруулахад шавхагдашгүй нөөц юм. Энэ утгаар ахмад үеийнхэн ч залуу халаагаа бэлтгэх, тэдэнд ийм бололцоо олгох зориудын ажил зохиохын чухлыг өнөөгийн амьдрал практик шаардаж байна.

Эмч нарын хөдөлмөрийн ашиглалт өгөөжийг сайжруулахад тэдний мэргэжлийн түвшинг дээшлүүлэх явдал чухал үүрэг гүйцэтгэдэг билээ. Судалгаанаас үзэхэд 1980 оны байдлаар манай улсын их эмч нарын 78,4 хувь нь ямар нэг хэлбэрээр мэргэжлээ дээшлүүлсэн байна. Одоо манай эмч нар дөрвөн жил тутамд мэргэжлээ дээшлүүлж байх журамтай болсон боловч тэдний мэргэжил дээшлүүлэлтийн чанар болон өндөр мэргэжлийн эмч бэлтгэх сургалтын зарим хэлбэрийг хангалтгүй ашиглаж байна.

Эмч нарын дөнгөж 1,1 хувь нь докторантур ба аспирантурт, 4,1 хувь нь ординатурт суралцсан, 2,5 хувь нь эмчийн зэрэгтэй байгаа нь хангалттай үзүүлэлт биш юм.

Эмч нарын мэргэжлийн түвшинг сайжруулах хоёрдогч систем буюу мэргэжил олгох, дээшлүүлэх ажлыг (дипломын дараах сургалт) орчин үеийн шаардлагын хэмжээнд хүргэх, залуу эмч нарт мэргэжлээ зөв сонгох бололцоо олгох, нэгэнт нарийн мэргэжил олсон эмч нарыг тэр мэргэжлээр нь тогтвортой ажиллуулах нь тэднийг зөв зохистой ашиглах үндсэн хэлбэр юм. Судалгаанаас үзэхэд манай эмч нар янз бүрийн шалтгаанаар мэргэжил солих, тухайн мэргэжлээр ажиллахгүй мөртлөө курс сургуульд явах, удаан хугацааны нарийн мэргэжлийн курст явж ирээд тэтгэвэрт гарах, өөр ажилд шилжих, эсвэл эрүүлийг хамгаалах системээс гарах зэрэг зохисгүй үзэгдэл цөөнгүй байгаа юм.

Мөн эмч нарын аттестатчиллын одоогийн хэлбэрийг хянан үзэж чанарыг нь сайжруулахын хамт аттестатчиллын дүнг эрхэлсэн ажлын байдал, цалингийн систем, материаллаг сонирхолтой нь холбож үздэг механизмыг боловсруулвал зохино.

Эмч, эмнэлгийн ажилтны мэргэжлийн түвшинг дээшлүүлэхэд боловсон хүчнийг бэлтгэх анхдагч ба хоёрдогч системийн аль аль нь чухал нөлөөтэй юм.

Боловсон хүчинд мэргэжил олгох анхдагч систем буюу дээд, дунд сургуулийн сургалт нь төгсгөн гаргах эмч нарын мэргэжлийн суурь түвшинг төлөвшүүлдэг учраас шинэ төгсөх эмч нарын чанарт онцгой анхаарч өндөр шаардлага тавихыг орчин үе шаардаж байна. Төгсөн гарч байгаа эмчийн чанарт тавих шаардлагыг өндөржүүлэх нь нэг талаар манай улс эмчийн хангамжийн асуудлыг тооны хувьд үндсэнд нь шийдвэрлэсэн гэж үзэж болох өнөөгийн нөхцөлд хүн амд үзүүлж байгаа эмнэлгийн тусламжийн чанарыг эрс сайжруулах цаг үеийн шаард-

лагаас үүдэн гарч байгаа бөгөөд нөгөө талаар эмнэлгийн дээд мэргэжилтэнг орчин үеийн шинжлэх ухаан-техникийн хөгжлийн шаардлагын түвшинд бэлтгэн гаргахгүй бол цагийн аяс даахгүй «гологдол бүтээгдэхүүн үйлдвэрлэхэд» хүрч болзошгүй юм.

Энэ шаардлагыг хангахын тулд Анагаах ухааны дээд сургуулийн багшлах боловсон хүчний бүрэлдэхүүнийг сайжруулах, сургалтын хөтөлбөрийг улам боловсронгуй болгож шинжлэх ухааны хөгжлийн өнөөгийн шаардлага, нийгмийн захиалганд тэнцүүлэх, сургах бааз, материал техникийн хангамжийг бэхжүүлж, оюутнуудыг эмчлэх ур дүй, бүтээлч сэтгэхүйд онцгойлон сургах, эмчийн мэргэжилд суралцах үйл явцын дэс дарааллыг зөв зохистой зохион байгуулж мэргэжлийн дур сонирхлыг сайжруулах, сургалтыг эрүүлийг хамгаалахын практиктай шижмийн нарийн холбоотой явуулах хэрэгтэй байна.

Мөн оюутны элсэлтийн чанарт онцгой анхаарал тавьж эмнэлгийн сургуульд элсэх хүмүүсийн мэргэжлийн баримжааг сайжруулах, тэдэнд мэргэжлээ зөв сонгоход нь туслах ажлыг далайцтай зохиох шаардлагатай байна.

Судалгаанаас үзэхэд манай улсын их эмч нарын 55,3 хувь нь өөрсдийн дур хүслээр, 23,9 хувь хуваариар, 8,7 хувь нь бусдын зөвлөгөөгөөр, 8,4 хувь нь тохиолдлоор, 3,7 хувь нь янз бүрийн шалтгаанаар эмчийн мэргэжлийг сонгожээ (13).

Б. Дэмбэрэл, Ч. Дондог нарын хийсэн судалгаанаас үзэхэд Анагаах ухааны дээд сургуульд 1981—1982 онд элссэн оюутны 81,9% нь өөрсдийн дур хүслээр 4,6% нь хуваарнаар, 10,3% нь энэг эхийн зөвлөгөөгөөр, 1,5% нь ах дүү, ойр дотнын хүмүүсийн зөвлөгөөгөөр, 1,1% нь тохиолдлоор, 0,6% нь ямар ч бодолгүй элсэж суралцсан байна.

Эмч нарын ашиглалт, өгөөжийг сайжруулах чухал хүчин зүйлийн нэг бол тэднийг орон нутаг ба эмчлэн сэргийлэх байгууллагад зөв хуваарлан тогтвортой ажил-

луулах явдал юм. Манай эмч нарын 5,6 хувь нь жил бүр ямар нэг хэлбэрээр шилжиж байгаагаас эмч нарын дөнгөж 32,7 хувь нь өөрийнхөө төрж өссөн орон нутагт тогтвортой ажиллаж байгаа юм. Их эмч нарын шилжих хөдөлгөөний дийлэнхийг «захаас төв рүү» буюу сум аймгаас хот руу шилжих хөдөлгөөн эзлэж байгаагаас болж Улаанбаатар, Дархан, Эрдэнэт зэрэг төвлөрсөн хотын их эмчийн хангамж аймаг, орон нутгийнхаас 2—2,5 дахин илүү байгаад дүгнэлт хийж зохион байгуулалтын арга хэмжээ авах нь зүйтэй юм. Судалгааны материалаас үзэхэд их эмч нарын 78,9—98% нь өөрийн уугуул нутагтаа ажиллаж байгаа Сүхбаатар, Увс, Архангай, Баян-Өлгий аймгуудад эмч нарын шилжилт харьцангуй бага (6—9%) байхад бусад аймагт ажиллаж байгаа их эмч нарын 35,6—80,5% нь өөр аймаг нутгийн (томилдолтын) хүмүүс эзэлж байна. Дорноговь, Говь-Алтай зэрэг аймагт эмч нарын шилжилт их (15,2—18,1%) тогтвор суурьшил муу байна (11). Шилжих хөдөлгөөн ихсэх нь эмчийн хангамжийг муутгаад зогсохгүй, тэдний ажлын үр дүнд ноцтой нөлөөлдөг чухал хүчин зүйл билээ.

Ажиллах нөхцөл, хангамж жигд бишээс болж эмнэлгийн зарим байгууллагад эмч нар тогтвор суурьшилтай ажиллахгүй, сум, сум дунд, хэсгийн эмнэлэг, түргэн тусламжийн станц зэрэг газар эмч нарын дамжин шилжих «өртөөний» үүрэг гүйцэтгэдэг тохиолдол байгааг үгүйсгэх аргагүй. Эмч нарыг хот хөдөөд жигд ойролцоо хангамжтай байхаар хуваарилах, хуваарилалтын системийг улам боловсронгуй болгох асуудал эрүүлийг хамгаалах байгууллагын анхаарлын төвд байх ёстой.

Мөн урьдчилан тооцоолсон хэтийн төлөвлөгөөний үндсэн дээр аймаг, орон нутгийн өөрсдийн нь үндсэн харьяат, нутгийн эмч нараар нь голчлон хангах зохион байгуулалтын арга хэмжээ авах, харилцан тохиролцсон аж ахуйн гэрээний үндсэн дээр сум нэгдэлд тогтвортой ажиллах бага эмч на-

рыг уг сум нэгдлийн хөрөнгө, захиалгаар дээд сургуульд оруулж бэлтгэх зэрэг асуудлыг ч судалж хэрэгжүүлмээр байна.

Хөдөө орон нутагт ажиллаж буй эмч нарт нэмэгдэл цалин олгож тэднийг курс сургуульд суралцуулах асуудлыг нэн тэргүүнд шийдвэрлэж байх нь зүйтэй юм. Залуу эмч нар сургууль төгсөөд хөдөө орон нутагт гурваас доошгүй жил ажилладаг зарчим нэгэнт тогтсон боловч 2—3 жилийн дараа заавал шилждэг ёстой юм шиг үзэх нь буруу. Цаашид хөдөө орон нутагт тасралтгүй ажилласны нэмэгдэл цалин буюу амралт олгодог болох, тэдний үр хүүхдийг эмнэлгийн сургуульд тэргүүн ээлжинд элсүүлдэг болзолт журам тогтоох, саналаараа ирж ажилласан эмч нарт эхний ээлжинд орон сууц олгох, сууцны хөлсийг хөнгөлөх зэрэг арга хэмжээг боловсруулж хэрэгжүүлэх нь зүйтэй байна. Мөн эмч нарын цалингийн ялгавартай систем тогтоох цаг ч нэгэнт болжээ.

Эмч мэргэжилтнүүдийг зүй зохистой ашиглахад тэдний хөдөлмөрийг зөв зохион байгуулах, шинжлэх ухааны үндэслэлтэй хөдөлмөр зохион байгуулалтын янз бүрийн хэлбэрийг нэвтрүүлэх явдал чухал суурь эзэлнэ. Тусгай судалгаанаас үзэхэд манай эмч нарын 14 хувь нь өвчлөх, зориулалтын бус ажилд дайчлагдах зэрэг янз бүрийн шалтгаанаас болж эмчлэн сэргийлэх ажилд оролцохгүй, жилийн туршид үндсэн ажлаасаа хөндийрч байна (12). Иймээс эмч нарын хөдөлмөрийг зөв зохион байгуулж, курс сургуульд явуулах, амрах хуваарийг зөв хийх, жилийн туршид ажиллах эмч нарын төлөвлөгөөг нарийн гаргах, тэдний хөдөлмөрийн чадвар түр алдах өвчлөлийг бууруулах арга хэмжээг тууштай авч хэрэгжүүлэх шаардлагатай байна.

Нөгөө талаар эмч нарын ажлын цагийн алдагдал, үндсэн ажлаас хөндийрөх үеийг төлөвлөлтөнд тусгаж байх хэрэгтэй юм. Мөн эмч мэргэжилтнүүдийг зөв зохистой ашиглахад тэдний орон тооны нор-

мативыг хүн амын эмнэлгийн тусламжийн хэрэгцээтэй уялдуулан хийх, их эмч, эмнэлгийн дунд ба бага мэргэжилтний тооны харьцааг зөвөөр тогтоох нь маш чухал юм.

Өнөөгийн шинжлэх ухаан техникийн хөгжлийн үр дагавраар анагаах ухааны зарим мэргэжил улам бүр төрөлжин нарийсч, зарим нь олон шинжлэх ухааны зааг дээр өргөжин хөгжих болсноос орчин үеийн эрүүлийг хамгаалах системд инженер техникч, эдийн засагч, математикч зэрэг янз бүрийн мэргэжлийн хүмүүс хамтран ажиллах шаардлага улам бүр нэмэгдэж байна.

Эрүүлийг хамгаалахын боловсон хүчний ашиглалт, өгөөжийг дээшлүүлэх маш чухал чиглэлийн нэг бол салбарын удирдлагыг эрс сайжруулах асуудал билээ. Ерөөсөө эрүүлийг хамгаалахын удирдлага гэдэг бол тухайн салбарын хөдөлмөрийн нөөцийн ашиглалт, өгөөжийг бүх талаар дээшлүүлэх, засаг захиргаа зохион байгуулалтын болон эдийн засаг, төр эрхийн цогц арга хэмжээний нэгдэл юм.

Удирдлагын арга хэлбэр, түүний эцсийн үр дүн нь салбарыг удирдаж байгаа боловсон хүчний бүрэлдэхүүн, мэргэжил мэдлэгийн түвшингээс хамаардаг нь мэдээж хэрэг.

Манай улс эрүүлийг хамгаалахын удирдах ажилтнуудыг дотоодын курсээс гадна дэлхийн эрүүлийг хамгаалах байгууллагын шугамаар ЗХУ-ын Москва хотод курст сургадаг уламжлалтай болж энэ курсийг нэлээд сайн ашиглаж байгаа юм. Гэвч түүнд явуулж байгаа бүрэлдэхүүнийг нарийн хянаж, ирсэн хойноо эрүүлийг хамгаалах системд цаашид үр бүтээлтэй ажиллах хүмүүсийг сонгож сургах талаар улам илүү анхаарвал зохино.

Эрүүлийг хамгаалахын удирдах боловсон хүчнийг зөв сонгох, тэднийг сургах асуудал орчин үед урьд урьдаас өндөрт тавигдах боллоо. Учир нь шинжлэх ухаан техникийн хувьсгалын эрин үе дэх нийгмийн хөгжлийн өнөөгийн түв-

шинд тухайн салбарын удирдлагыг ганц хоёр хүний зөн билэг туршлагаар оновчтой зөв зохион байгуулах боломжгүй болжээ. Орчин үед улс ардын аж ахуйн аль ч салбарыг удирдахад тухайн салбарын онолын гүнзгий мэдлэгээс гадна онол практикийн амьд дайчин нэгдэлтэй хамтын удирдлагын систем, нэг чиглэл, нэгдмэл зорилгод бат захирагдсан удирдлагын хамт олны хөдөлмөрийн үр дүн шийдвэрлэх үүрэгтэй болжээ.

Эмнэлгийн дунд шатны удирдагчдын удирдлагын ба эдийн засгийн мэдлэгийг сайжруулж шинэ шатанд гаргах шаардлагатай байна.

Нөгөөтэйгүүр орчин үеийн аж ахуйг удирдахад шинжлэх ухаан техникийн мэдээллийг ашиглахгүйгээр оновчтой зөв шийдвэр гаргах боломжгүй юм. Цаг үе олсон, найдвартай, оновчтой мэдээллийн (өгсөх ба уруудах урсгалын аль аль нь чухал) үр дүнд өөрийн орны төдийгүй гадаад орнууд дахь тухайн салбарын хөгжлийн орчин үеийн түвшин, тулгамдсан асуудал, эрэлт хэрэгцээ, онцлогийг олж харах, гарч болох алдаанаас сэргийлэх, бусдаас сурах, хамгийн сүүлийн үеийн тэргүүн туршлага, шинэ санаачлагыг цаг алдалгүй авч хэрэглэх боломжтой болно.

Тиймээс орчин үеийн эрүүлийг хамгаалах системийг оновчтой, дайчин удирдахад анагаах ухааны мэдээллийг хөгжүүлэх, түүнийг ашиглах явдал ус агаар мэт хэрэгтэй байна.

Эдгээрээс гадна эмч, мэргэжилтнүүдийн ашиглалт, өгөөжийг сайжруулахад тэдний дунд социалист уралдааныг зөв оновчтой өрнүүлэх, эдийн засгийн урамшуулах системийг нэвтрүүлэх, эрдэм шинжилгээний туршилт хийх, эмнэлгийн дарга нарт эдийн засгийн талаар тодорхой эрх мэдэл олгох, шинжлэх ухааны үндэслэлтэй хөдөлмөр зохион байгуулалтын төрөл бүрийн хэлбэрийг тууштай нэвтрүүлэх явдал чухал байна.

Тавьсан зорилтыг хэрэгжүүлж, эцсийн өндөр үр дүнд хүрэхэд улс ардын аж ахуй соёлын аль ч сал-

барт ухамсартай сахилга дэг журам тогтоож зохион байгуулалтын оновчтой арга хэмжээ авч ажлынхаа арга барилыг тавигдаж байгаа шинэ зорилтын дагуу байнга сайжруулж байх нь гогцоо асуудал мөн.

Нам засгаас дэвшүүлсэн энэхүү чухал зорилтыг эрүүлийг хамгаалах салбарт хэрэгжүүлж эмч, эмнэлгийн ажилчдын ажлын үр дүн, өгөөжийг дээшлүүлэхэд онцгой анхаарах асуудлын нэг нь тэдний ёс суртахууны ба хөдөлмөрийн хүмүүжлийг эрс дээшлүүлэх явдал юм.

Хүн амд үзүүлэх эмнэлгийн тусламжийн чанар, соёлыг дээшлүүлэхэд эмч, ажилчдын ёс суртахууны ба хөдөлмөрийн өндөр хүмүүжил нь тэдний олж авсан мэргэжлээс дутуугүй ач холбогдолтой болж байна.

Иймээс эмч эмнэлгийн ажилчдыг хөдөлмөр ёс суртахууны коммунист хүмүүжлээр хүмүүжүүлэх нь тэднийг бэлтгэн гаргадаг дээд дунд сургуулиас гадна эрүүлийг хамгаалах аль ч шатны байгууллагын удирдлага, хамт олны анхаарлын төвд цаг ямагт байвал зохих шижим асуудлын нэг мөн.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Б. З. Бальквичюс—Изучение распределения, использования и повышения квалификации врачей Литовской ССР. Автореф. дис. канд. мед. наук. Вильнюс, 1975. 26.
2. М. С. Бедный—О расстановке и использовании врачей кадров и больничных коек в сельской местности. Здоровоохр. Росс. Федерации. 1963. 4. 13—17.
3. И. Д. Богатырев—О показателях для оценки качества и эффективности работы врачей, медицинских учреждений и

органов здравоохранения. Сов. здравоохр. 1968. 10. 30—34.

4. Г. Е. Вартамян—Исследование состава расстановки и использования врачей—специалистов Армянской ССР. Сов. здравоохр. 1972. 1. 8—11

5. Д. Д. Венедиктов—К вопросу о повышении эффективности управления в системе здравоохранения. Сов. здравоохр. 1972. 6. 3—11

6. Н. А. Виноградов—Принципы работы с медицинскими кадрами. Лекции по организации здравоохранения для врачей. М. Медгиз. 1955. 96

7. З. И. Еремичина—Социально-экономические предпосылки продолжительности трудовой деятельности врачей в пенсионном возрасте при планировании подготовки медицинских кадров. Сов. Здравоохр. 1970. 44—48.

8. М. Д. Ковергина, Ю. Н. Касаткин—Последипломное образование врачей в СССР. Сов. здравоохр., 1977. 11. 40—45.

9. Н. А. Кравченко—Оценка экономической эффективности в здравоохранении. ЦОЛИУВ 1979. 54.

10. Г. А. Попов—Теория и методика определения перспективной потребности в подготовке медицинских кадров. Автореф. дис. канд. мед. наук. М., 1961. 19.

11. Б. Дэмбэрэл, Г. Л. Туровец, Е. И. Авиллов, Ж. Кунул.—Подготовка кадров для санитарно-эпидемиологической службы в МНР. Здравоохранение, Бухарест, 1978. 3—4

12. Г. Зуунай—Некоторые данные о медицинских кадрах в МНР «Социально-гигиенические проблемы здоровья населения и здравоохранения». Труды научной конференции молодых ученых. Москва. ВНИИ СГОЗ им. Н. А. Семашко, 1981. 10—12

13. Г. Зуунай—Социально-гигиеническая и профессионально-демографическая характеристика медицинских кадров в МНР и пути повышения эффективности их использования на соискание ученой степени. Автореф. дис. канд. мед. наук. М. 1981.

14. Ж. Раднаабазар, Е. Н. Авиллов, Н. Гэндэнжамц—Развитие педиатрической службы и подготовка врачей-педиатров в МНР. Педиатрия, 1979. 4. 3—6.

Редакцид ирсэн 1987. 02 02.

Ц. Мухар (Анагаах ухааны хүрээлэн)

ЭМЧ НАРЫН БҮРДМЭЛ ҮЗЛЭГ ЗОХИОН БАЙГУУЛАХ АРГА ЗҮЙН АСУУДАЛД

Орчин үед хүн амын эрүүл мэндийг тал бүрээс нь судлахад тодорхой хүн амын дунд эмч нарын бүрдмэл үзлэг хийж өвчлөлийг ил-

рүүлэх аргыг өргөн ашиглаж байна (1, 2, 3).

Хүн амын дунд байгаа «нууц» өвчнийг илрүүлэх, эхний шатанд

эмчлэх, эмнэлгийн тусламжийн зохион байгуулалт, төлөвлөлтийг боловсронгуй болгох, диспансерчлалын хүрээ далайцыг өргөтгөхөд тодорхой хүн амын дунд эмч нарын бүрдмэл үзлэг хийх явдал чухал ач холбогдолтой.

Нэг талаас эмнэлгийн хүчин чадал, зохион байгуулалт, боловсон хүчин, материаллаг баазын хангамж, нөгөө талаас хүн амын эмнэлэг, ариун цэврийн боловсрол, аж байдал, үйлдвэрлэлийн онцлогоос болж эмнэлгийн байгууллагад (хэсэг, амбулатор, поликлиник) хүн амын өвчлөлийн хэмжээ дутуу бүртгэгддэг байна. Удаан явцтай, ужиг архаг өвчтэй хүмүүс жил болгон эмнэлэгт үзүүлэхгүй байна. Үүнээс гадна хүн амын өвчлөлд гол суурь эзэлдэг зарим халдваргүй өвчин, хоёрдогч архаг өвчнүүд «нууц» явцтай байдаг билээ.

Бидний судалгааны урьдчилсан дүнгээр хотод хүн амын нийт өвчлөлийн гуравны хоёр орчим нь бүтэн жилд эмнэлгийн байгууллагад бүртгэгдсэн байна (4).

Анагаах ухааны хүрээлэн 1982—1983 онд ЗХУ-ын Н. А. Семашкогийн нэрэмжит бүх холбоотын нийгмийн эрүүл ахуй, эрүүлийг хамгаалахын зохион байгуулалтын эрдэм шинжилгээний институтээс боловсруулсан аргачлалаар хот, хөдөөгийн 35234 хүнд эмч нарын бүрдмэл үзлэг хийлээ. Судалгааг Улаанбаатар, Дархан, Мөрөн, Даланзадгад хот, Булганы Орхон, Хөвсгөлийн Их-уул, Сүхбаатарын Баяндэлгэр, Өмнөговийн Ханхонгор суманд хийв. Үзлэгийг 11—12 мэргэжлийн их эмч, дөрвөн төрлийн шинжилгээтэй «эмч нарын бүрдмэл үзлэгийн бригад»-аар зохион байгуулсан бөгөөд нийт нарийн мэргэжлийн 110 их эмч, олон арван эмнэлгийн дунд мэргэжилтэн, техникийн ажилтан, рентген гэрэл, шүд, эмийн нүүдлийн үйлчилгээтэйгээр зохион байгуулсан юм.

Үзлэгт орох хүн амын нийгмийн бүрэлдэхүүн, нас хүйсний бүтцийн тогтоцыг алдагдуулахгүй

байх зорилгоор сонгож авсан дэвсгэр нутгийн хүн амыг үзлэгт өрхөөр нь оролцуулах арга хэрэглэв. Манай орны нөхцөлд нийтийг хамарсан эмнэлгийн үзлэгт хүн амыг өрхөөр нь оруулах нь ирцийг бүрэн хянах боломжтойгоос гадна нэг өрхийн ам бүлээс удамшлын ба олдмол адил төстэй өвчин илрэх, бие биенийхээ өвчний зовиурыг (ялангуяа хүүхдэд) хэлж тодруулах ач холбогдолтой байдаг.

Үзлэгийг хотын поликлиник, сумын эмнэлгийг түшиглэн суурин байдлаар хийв. Хөдөөгийн хүн амыг хөдөө аж ахуйн нэгдлээс тусгай унаа гаргаж үзлэгт хамруулсан бөгөөд сумын төвд ирэх боломжгүй өндөр настан, нялх биетэй, хөхүүл хүүхэдтэй эхчүүдийг үзлэгийн бригадын эмч нар 2—3 мэргэжлийн эмчтэй явуулын хэсэг болж 3 хоног айл өрхөөр явж үзлэг хийж, нарийн мэргэжлийн эмчид үзүүлэх, рентген ба лабораторийн шинжилгээ хийлгэх шаардлагатай хүмүүсийг ялгаж сумын төвд ирүүлж байсан болно.

Эмч нарын бүрдмэл үзлэг хийхэд туслах кабинетын ажил онцгой үүрэгтэй байв. Судалгаанд хамрагдсан 8 наснаас дээших бүх хүн амд флюр, 35-аас дээш насны хүмүүст ЭКГ, нүдний даралт үзэх шинжилгээг хийхийг зорив. Мөн үзлэгт орсон хүн амын бие бялдрын хөгжилтийг гурван гол үзүүлэлтээр судаллаа. Харин лабораторийн шинжилгээний талаар хоёр арга хэрэглэв. Улаанбаатар, Дархан, Мөрөн хотын үзлэгт орсон насанд хүрэгчдэд шээс ба цусны ерөнхий шинжилгээ, 35-аас дээш насны бүх хүний цусанд сахар тодорхойлж байв. Хэрэв сүүлийн нэг сарын дотор дээрх шинжилгээг хийлгэсэн бэлэн дүгнэлт байвал давтан шинжлэггүй болго.

Хүн болгоныг шинжилгээнд хамруулах нь чирэгдэл ихтэй, үзлэгийн хамралтанд саадтай, халдвар судлалын хувьд зарим талаар харшилж байснаас гадна тодорхой үр дүн багатай учраас цаашдын судалгаанд лабораторийн шинжилгээг зөвхөн үзлэгийн эмчийн заалтаар хийх аргад шилжив.

Эмч нарын бүрдмэл үзлэгийн бригадын ажлын хэмжээ

Үзлэгийн бригад	үзлэгт орсон нийт хүн	Өдөрт үзсэн хүний тоо	шинжилгээ (тоо ба хувиар)		
			гэрлийн	лабораторийн	ЭКГ
Дархан (үзлэгийн 2 бригад)	4100	102	1029 (25,1%)	1166 (28,4%)	943 (23%)
Мөрөн (үзлэгийн I бригад)	3427	114	983 (28,7%)	1230 (35,9)	1321 (38,6)
Хөвсгөлийн Их-уул	2446	122	1397 (57,1)	275 (11,2)	587 (24,0)
Сүхбаатарын Баяндэлгэр	2433	121	437(18,0)	183(7,5)	470(19,3)

Хүснэгт 1-ээс үзэхэд үзлэгийн бригад өдөрт 102—122 хүн үзэж, Дархан, Мөрөн хотод үзлэгт орсон хүн амын гурваас дөрвөн хүний нэг нь лаборатор, флюор, ЭКГ-ийн шинжилгээнд хамрагджээ.

Хүснэгт 2

Эмч нарын бүрдмэл үзлэгт оролцсон оношийн кабинетын үйл ажиллагааны зарим үзүүлэлт

Үзлэгийн бригад	цусны ерөнхий шинжилгээ		шээсний ерөнхий шинжилгээ		цусанд сахар тодорхойлох		ЭКГ		флюорын шинжилгээ		нүдний даралт	
	тоо	өөрч (%)	тоо	өөрч (%)	тоо	өөрч (%)	тоо	өөрч (%)	тоо	өөрч (%)	тоо	өөрч (%)
Дархан хот (2 бригадын I сарын дүн) ¹	1166	9,9	1723	2,4	554	7,0	943	25,0	1853	18,5	1180	0,7
Мөрөн хот	453	13,9	216	9,7	516	2,5	1321	34,7	983	7,7	926	0,6
Хөвсгөлийн Их-уул сум	165	15,8	—	—	110 (биохими)	30,9	587	30,3	1107	13,3	660	0,8
Сүхбаатарын Баяндэлгэр сум	10	40,0	44	13,6	61—49,2 (биохими)		470	21,9	437	11,7	470	0,6

Эмч нарын бүрдмэл үзлэгт орох хүмүүст урьд өдөр нь үзлэгийн урилга тарааж, бүрдмэл үзлэгийн судалгааны картын нийгэм ахуйн холбогдолтой асуудлыг бичиж үзлэг эхлэхээс өмнө тухайн хүний амбулаторийн картанд хав-

саргана. Үүнийг айл өрхөө сайн мэддэг туршлагатай бага эмч нар гүйцэтгэж байв. Үзлэгт ирсэн нэг айл өрхийн хүмүүс амбулаторийн ба судалгааны картыг авч үзлэгт орно.

Мөрөн хотод хийсэн эмч нарын I бригадын бүрдмэл
үзлэгийн ирцийн байдал

Гариг	үзлэгт урьсан хүний тоо	үзлэгт ирсэн хүний тоо	ирцийн хувь (%)
Пүрэв	бэлтгэл ажил		
Баасан	100	65	65,0
Бямба	120	156	130,0
Ням	150	209	139,3
Даваа	200	137	68,5
Мягмар	амралт (бэлтгэл)		
Лхагва	200	183	91,5
Пүрэв	185	176	95,4
Бямба	200	170	85,0
Ням	200	187	93,5
ДҮН	1355	1283	94,0

Эмч нарын бүрдмэл үзлэгийн бригад бямба, ням гаригт бүтэн ажиллахад хүмүүс үзлэгт орох нь илүү их байна.

Бидний үзлэгийн туршлагаас үзэхэд өдөрт 120-оос олон хүн үзвэл үзлэгийн чанарт муугаар нөлөөлж байв. Ингэж тооцвол өдөрт дотрын эмч 60—70, хүүхдийн эмч 40—50, эх барих эмэгтэйчүүдийн эмч 30—40, бусад мэргэжлийн эмч нар 100 гаруй хүн үзэх болж байгаа юм.

Хот суурин газрын поликлиникийн урьдчилан сэргийлэх үзлэгийн тасаг, кабинетээр дамжин зохион байгуулах бүрдмэл үзлэгийг өдөрт 50 хүнээс хэтрүүлэхгүйгээр

тооцох нь зүйтэй. Мэргэжлийн эмч нарын үзлэгийн дэс дарааллыг зөв тогтоох хэрэгтэй юм.

Анагаах ухааны хүрээлэнгээс зохион байгуулсан бүрдмэл үзлэгт эхлээд арьс өнгө, мэс заслын эмчид үзүүлж тэр өрөөнд нь бие бялдрыг нь хэмжиж дараа нь хамар хоолой, шүд, нүд, эмэгтэйчүүдийн эмчийн үзлэгт, хамгийн сүүлд нь насанд хүрэгчид дотрын эмчид, хүүхдүүд хүүхдийн эмчид үзүүлж эрүүл мэндийн эцсийн дүгнэлт хийж өвчтэй хүмүүсийн цаашдын эмчилгээний асуудлыг эмчлэгч эмч нартай хамтарч шийдэж байв.

Дунджаар үзлэгт орж байгаа нэг хүн бүх үзлэг шинжилгээг

Хүснэгт 4

Бүрдмэл үзлэгийн мэргэжлийн эмч нарын ажлын үр дүн
(Дархан хотын материалаар)

эмчийн мэргэжил	үзсэн хүний тоо	илрүүлсэн өвчтөн эмгэг өөрчлөлт	илрүүлэлтийн хувь (%)
1. Дотор	4265	1588	37,2
2. Мэс засал	3520	946	26,9
3. Хүүхэд	2838	636	22,4
4. Чих, хамар хоолой	5648	2384	42,2
5. Шүд	5234	2485	47,5
6. Зүрх судас	3607	247	6,9
7. Эмэгтэйчүүд	886	329	37,1
8. Мэдрэл	3971	851	21,4
9. Сэтгэл мэдрэл	3773	101	2,7
10. Арьс өнгө	4452	157	3,5
11. Нүд	4708	586	12,5

дамжихад хоёр өдөрт 4—6 цаг зарцуулж байв.

Бүрдмэл үзлэгээр чих, хамар хоолой, шүд, дотор, хүүхэд эх барих эмэгтэйчүүдийн мэргэжлээр хамгийн олон өвчин илэрч байна.

Хүн амын нийгэм ахуй, эрүүл

мэндийн байдлыг сайн мэддэг, туршлагатай дотор, хүүхдийн хэсгийн эмчийг түшиглэн гурван шатны үзлэгийг төв хөдөөд явуулах нь эдийн засгийн хувьд ашигтай юм.

Хүснэгт 5

Хүн амын өвчлөлийн дундаж түвшин эмч нарын бүрдмэл үзлэгийн байдлаар (үзлэгт орсон 1000 хүн амд харьцуулбал)

Аймаг, хот	эр	эм	бүгд
Хотод:			
Улаанбаатар	1072,0	1479,9	1306,8
Дархан	1449,7	1824,2	1640,2
Аймагт:			
Мөрөн	1605,0	2074,0	1891,5
Даланзадгад	1395,1	1842,5	1666,9
Суманд:			
Их—уул (Хөвсгөл)	988,5	1320,7	1168,8
Баяндэлгэр (Сүхбаатар)	1245,9	1593,3	1420,8
Орхон (Булган)	1015,6	1228,0	1131,4
Ханхонгор (Өмнөговь)	1256,6	1491,4	1381,1

Дүгнэлт: 1. Эмнэлгийн тусламжийн зохион байгуулалт, төлөвлөлтийг боловсронгуй болгох, диспансерчлалын хүрээг өргөтгөхөд тодорхой хүн амын дунд эмч нарын бүрдмэл үзлэг хийх нь чухал ач холбогдолтой байна.

2. Эмч нарын бүрдмэл үзлэгийг 11—12 мэргэжлийн эмч, рентген гэрэл, үйл ажиллагаа, биохими, клиникийн үндсэн шинжилгээтэй зохион байгуулбал хүн амын дунд байгаа зонхилох архаг өвчнийг илрүүлэх боломжтой юм.

3. Эмч нарын бүрдмэл үзлэгээр үзлэгт орсон 1000 хүн ам тутмаас 1131,4—1891,5 архаг өвчин илэрч байна.

4. Зохион байгуулалттай, мэргэшсэн «эмч нарын бүрдмэл үзлэгийн бригад» өдөрт 20 өрхийн 100 орчим хүн, харин амбулаторно-поликлиникт хийх бүрдмэл үзлэгийг 50-нас илүүгүй хүн үзэхээр зохион байгуулах нь зүйтэй.

5. Эмч нарын бүрдмэл үзлэгээр нүд, чих, хамар хоолой, дотор, хүүхэд, эх барих эмэгтэйчүүдийн мэргэжлээр хамгийн олон өвчин илэрч байгаа бөгөөд хот хөдөөгийн эмнэлгүүдэд ажлаа сайн мэддэг хэсэг, сумын эмч нарыг түшиглэн

гол мэргэжлийн эмч нарын оролцоотойгоор эмч нарын гурван шатны үзлэг явуулах нь одоогийн нөхцөлд хүн хүч, материалын бололцоог ашиглах зохистой хэлбэр юм.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. В.П. Головченко и др.—Массовые медицинские осмотры сельского населения как основа перехода к его сплошной диспансеризации. Сов. здравоохран. 1981, 4, 11—15
2. Н. К. Гурьева, Я. И. Дреерман, Л. Н. Москвина—Опыт работы медикосанитарной части по повышению качества профилактических осмотров. Здравоохран. РСФСР, 1983, 7, 32—33
3. М. В. Кацман—К вопросу о сплошной диспансеризации населения. Сов. здравоохран. 1980, 12, 17—22
4. Е. Бодьхүү, Б. Дэмбэрэл, Ц. Мухар—Состояние здоровья населения как основа организации амбулаторно-поликлинической помощи населению. «Программа и тезисы докладов НПК по организации амбулаторно-поликлинической помощи населению. 1984, Минздрав МНР и НИИ Медицины.

Редакцид ирсэн 1985.03.26.

М. Сүхбаатар

ХҮҮХДИЙН УУШГИНЫ ЦОЧМОГ ҮРЭВСЛИЙГ ҮҮСГЭХ ШАЛТГААН

Анагаах ухааны дээд сургуулийн хүүхдийн өвчин судлалын тэнхим

Сүүлийн үед судлаачид уушгины цочмог үрэвслийг үүсгэх шалтгаанд грамсөрөг (1, 3, 8), грамээрэг (4—6) нян голлох үүрэгтэй гэж үзэж байна. Хүүхдийн уушгины цочмог үрэвслийг эмчлэхэд үүсгэгчийн эсрэг хими засал ялангуяа антибиотик эмчилгээг өргөн хэрэглэж байгаа нь нянгийн зураглал өөрчлөгдөхөд болон эмэнд дасахад нөлөөлж байна (7). Нөгөө талаар өвчин үүсгэх шалтгааныг зөв тогтоон, эмчилгээг цаг алдалгүй хийх нь чухал ач холбогдолтой (2).

Бид 1983—1986 онд ЗХУ-ын Ленинград хотын Хүүхдийн анагаах ухааны дээд сургуулийн клиникийн 2 дугаар тасаг, хүүхдийн клиникийн 21 дүгээр эмнэлгийн

эрчимт эмчилгээний тасагт эмчлүүлсэн 148 өвчтөний цэр, цус, хөөмий, залгиур, гялтангийн шингэн зэрэгт бактериологийн шинжилгээ хийхэд 113 өвчтөн буюу 77,4%-д нь нян илэрсэн нь уг өвчний шалтгааныг тогтооход дөхөм болсон юм.

Нян илэрсэн өвчтөнг нас, хүйсээр ангилбал: 1 сараас 3 настай 58, 4—7 настай 24, 7 дээш настай 31, эрэгтэй 65, эмэгтэй 48 байв. Эмнэлзүй гэрлийн шинжилгээгээр 36 нь голомтот, 33 нь сегментийн, 19 нь өнгөрт, 25 нь уушгины идээт үрэвсэлтэй, 103 өвчтөнд өвчний явц цочмог байлаа.

Бактериологийн шинжилгээгээр 113 өвчтөнд илэрсэн нянгийн байдлыг хүснэгт 1-д харуулав.

Хүснэгт 1

Уушгины цочмог үрэвсэл үүсгэгчийн байдал

Нян	Цэр, хамар, хөөмий n=87	Гялтангийн шингэн n=12	Цус n=14	Бүгд	
				Үнэмлэхүй тоо	хувь
Алтлаг стафилококк	24	4	10	36	33,6
Идээрүүлэгч савханцар	20	2	0	22	19,5
Цус задлагч стрептококк	13	1	2	16	14,1
Гэдэсний савханцар	13	1	0	14	12,4
Пневмококк	6	3	2	11	9,8
Протей	5	0	0	5	4,4
Фридлендрийн савханцар	3	1	0	4	3,6
Пфейфферийн савханцар	2	0	0	2	1,8
Мөөгөнцөр	2	0	0	2	1,8
Инфлюэнц	1	0	0	1	0,7
Грамээрэг нян	48	9	14	71	62,9
Грамсөрөг нян (нийтдээ)	39	3	0	42	37,1

Хүснэгт 1-ээс харахад уушгины цочмог үрэвслийн шалтгаанд грам-ээрэг нян зонхилж (62,9%), эдгээрээс алтлаг стафилококк (33,5%), цус задлагч стрептококк (14,1%) голлож байна. Түүнчлэн грамсөрөг нян ч (37,1%) өндөр хувьтай байна. Эдгээрээс идээрүүлэгч (19,5%) болон гэдэсний савханцарууд (12,4%) голлож байна.

Ижил нэрт үүсгэгчээс 58,4% дан, 33,6% хоёр, 8 ба түүнээс дээш хувьд 3-аас дээш нян хавсарсан байв.

Уушгины цочмог үрэвслийг үүсгэх шалтгааныг өвчтөний нас, өвчин эхэлсэн хугацаагаар харьцуулан үзвэл өвөрмөц онцлогтой байна. (Үр дүнг хүснэгт 2-д харуулав).

Хүснэгт 2

Өвчтөний нас, өвчин эхэлснээс хойшхи хугацааны нямгийн зураглал

Нян	Нийт илэрсэн нян n = 113	Өвчтөний нас (жилээр)			Өвчин эхэлснээс хойш шинжилгээ авсан хугацаа (өдрөөр)		
		1 сар 3 нас	4—7 нас	7 дээш нас	3—5	10—20	20—с дээш
		n=58	n=24	n=31	n=45	n=38	n=30
Стафилококк	36	30.6	16.7	22.5	28.9	28.9	26.7
Идээрүүлэгч савханцар	22	11.1	16.7	16.1	13.3	18.4	20.0
Стрептококк	16	36.5	25.0	19.3	6.7	23.7	20.0
Гэдэсний савханцар	14	8.9	8.3	9.7	8.9	13.1	13.3
Пневмококк	11	4.0	8.3	13.0	22.2	13.1	10.0
Протей	5	2.5	4.1	3.2	4.4	—	3.3
Бусад нян	9	6.4	20.8	16.2	15.6	2.8	6.7
Грамсөрөг нян (нийтдээ)	42	22.5	29.1	29.0	26.6	31.5	36.6

Хүснэгт 2-оос харахад 1 сараас 3 настай хүүхдэд алтлаг стафилококк (30,6%) цус задлагч стрептококк (36,5%), 4—7 настай хүүхдэд цус задлагч стрептококк (25,0%), алтлан стафилококк, идээрүүлэгч савханцар (16,7%), 7 дээш настай хүүхдэд алтлаг стафилококк (22,5%) голлож байна. Хугацаагаар авч үзвэл: эмнэлэгт хэвтсэн эхний 5 хоногт стафилококк (28,9%), пневмококк (22,2%), 20 дээш хоног хэвтэхэд алтлаг стафилококк (26,7%), идээрүүлэгч савханцар (20,0%) тус тус зонхилж байна. Энэ үед пневмококкын эзлэх жин бага байна.

Уушгины цочмог үрэвслийн янз бүрийн хэлбэрийн үед эдгээр эмгэг төрөгч нян хэрхэн нөлөөлж байгааг судлан, гарсан үзүүлэлтийг хүснэгт 3-д харуулав.

Хүснэгт 3-аас харахад уушгины

голомтот хэлбэрийн үед голлох шалтгааныг цус задлагч стрептококк (22,2%), стафилококк (19,4%), сегментэт хэлбэрийн үед стафилококк, цус задлагч стрептококк (27,3%), өнгөрт хэлбэрийн үед цус задлагч стрептококк (26,3%), стафилококк (21,0%), уушги гялтангийн идээт хэлбэрийн үед стафилококк (48,0%), идээрүүлэгч нян (36,0%) тус тус зонхилж байна.

Өвчин үүсгэх шалтгааныг өвчний явцад хэрхэн нөлөөлж байгааг судлан хүснэгт 4-д харуулав.

Хүснэгт 4-өөс харахад уушгины цочмог хэлбэрийн үед алтлаг стафилококк (30,0%), цус задлагч стрептококк (19,4%), идээрүүлэгч савханцар (13,6%), гэдэсний савханцар (11,6%), харин ужиг хэлбэрийн үед стафилококк (30,0%), идээрүүлэгч нян (30,0%), цус задлагч стрептококк (20,0%), гэдэс-

Уушгины цочмог үрэвслийн үеийн янз бүрийн хэлбэрийн үүсгэгчийн байдал

Нян	нийт илэрсэн нян п=113	Уушгины цочмог үрэвслийн хэлбэрүүд			
		Голом- тот п=36	Сегмен- тэд п=33	Өнгөрт. п=19	Идээт п=25
Алтлаг стафилококк	36	19,4	27,3	21,0	48,0
Идээрүүлэгч савханцар	22	16,7	6,1	15,8	36,0
Цус задлагч стрептококк	16	22,2	27,3	26,3	8,0
Гэдэсний савханцар	14	13,9	9,1	—	4,0
Пневмококк	11	13,9	12,0	10,6	—
Протей	5	2,8	6,1	—	—
Бусад нян	9	11,1	12,2	26,3	4,0
Грамсөрөг нян (нийтдээ)	42	33,4	21,3	15,8	40,0

Өвчтөний явцад илэрсэн нянгийн зураглал

Нян	Нийт илэр- сэн нян п=113	өвчний явц	
		цочмог п=103	ужиг п=10
Алтлаг стафилококк	36	30,0	30,0
Идээрүүлэгч савханцар	22	13,6	30,0
Цус задлагч стрептококк	16	19,4	20,0
Гэдэсний савханцар	14	11,6	10,0
Пневмококк	11	5,8	—
Протейн	5	4,8	—
Бусад нян	9	14,9	—
Грамсөрөг нян (нийтдээ)	42	29,8	40,0

ний савханцар (10,0%) тус тус эзэлж байна. Бусад төрлийн нян өвчний цочмог үед багагүй илэрч байгаа (14,9%) боловч ужиг хэлбэрийн үед ач холбогдол бага байна.

Өвчний тавиланд үүсгэгч нян чухал нөлөөтэй байна. Тухайлбал: пневмококк, цус задлагч стрептококкоор үүссэн бүх тохиолдолд өвчтөн эдгэрч эмчилгээний үр дүн сайн байсан бол эндсэн зургаан тохиолдлын дөрөвт нь алтлаг стафилококк, хоёрт нь идээрүүлэгч нян илэрсэн юм.

Судалгаанд хамрагдсан хүүхдийн 88,6% нь амьсгалын замын вирусээр өвчилсөн байв. Гэвч энэ нь өвчний шалтгааныг тодорхойлж хараахан чадахгүй юм. 85 өвчтөнд

иммунофлюоресценцийн аргаар шинжилгээ хийхэд 54 хүүхдэд вирус илрэв.

Хүснэгт 5-аас харахад паратрипп 10 (18,5%) өвчтөнд, амьсгалын-синцитиаль вирус 8 (14,8%) өвчтөнд, аденовирус 7 (12,9%) өвчтөнд зонхилж, мөн вирусийн хавсарсан тохиолдол 11 (20,3%) өвчтөнд ажиглагдаж байна. Уушгины цочмог үрэвслийн хордлогот хэлбэрээр хүндэрч эмнэлэгт хэвтсэн өвчтөний эхний хоногуудад вирус хамгийн их хэмжээгээр 25 (46,2%) хүүхдэд илэрч байлаа.

Ийнхүү бүрдэл шинжилгээ хийж уушгины цочмог үрэвсэл үүсгэх шалтгааныг тодруулахад голчлон янз бүрийн нян (алтлаг стафилококк, цус задлагч стрептококк,

Уушгины цочмог хэлбэрийн үед илэрсэн вирусийн байдал

Вирус	Хүндрээгүй хэлбэр n=11	Хүндэрсэн хордлогот хэлбэр n=25	Өнгөрт хэлбэр n=13	Идээт хэлбэр n=5	Бүгд n=54
Гр А—1	1	1	1	—	3
Гр А—2	—	1	1	—	2
Гр В—	1	2	1	—	4
Пгр I	1	1	—	—	2
Пгр II	—	1	1	—	2
Пгр III	2	6	2	—	10
РС	3	2	3	—	8
Мпл	—	—	—	—	—
Аденовирус	1	4	2	—	7
Хавсарсан	2	7	2	—	11

Тайлбар: Гр—грипп, Пгр—Парагрипп, РС—амьсгалын синцитиаль вирус, Мпл—Микоплазм.

пневмококк, нянгийн хослол) 33,6% вирус (парагрипп, аденовирус, амьсгалын синцитиаль вирус тэдгээрийн хослол) 20,3%, хавсарсан шалтгаан (нян-вирус) эзэлж байна. Үүсгэх шалтгаанд грамсөрөг нянгийн эзлэх хувь өндөр (37,1%) байна.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. А. А. Гобец — Бактериологическая структура пневмоний у детей раннего возраста в терминальных состояниях Педиатрия. 1984, 6, 58—61.
2. С. Ю. Каганов Острая пневмония у детей. М., 1980
3. Н. Л. Куш, А. М. Шамсиев — Острые гнойные заболевания легких и плевры у детей. Ташкент, 1981.
4. О. Л. Переледова, А. А. Андрущук и др — Заболевания органов дыхания у детей. Киев, 1981.
5. В. М. Сергеев, А. Б. Левин и др — Острая гнойная деструктивная пневмония, вызванной грамотрицательной флорой у детей. Груд. хир. 1980, 2, 63—70.
6. В. К. Таточенко, С. В. Рачинский и др — Острые заболевания органов дыхания у детей. М., 1981
7. А. Я. Ухов, Н. В. Романов — Об этиологической структуре пневмонии у детей, ВОМД, 1983, 9, 11—13.
8. Л. Я. Эберт, А. А. Гобец и др — В кн: Актуальные вопросы пульмонологии детского возраста. Смоленск, 1979, 8—12.

ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ПРИ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ

М. Сүхбаатар

Проведены бактериологические обследования у 148 детей с острой пневмонией. Положительные результаты получены у 113 (77,4%), позволили установить этиологию пневмонии. Ведущая роль в этиологии пневмонии у больных играет кокковая флора (62,9%). Среди кокковой флоры преобладали стафилококк (32,9%) и стрептококк (14,1%). Высоко была высева грамотрицательной флоры (37,1%), Из грамотрицательной флоры преобладали синегнойная (19,5%) и кишечная (12,4%) палочки.

При изучении этиологии острой пневмонии с использованием методом иммунофлюоресценции у 85 больных, положительные результаты получены у 54 больных. Так, у 10 больных (18,5%) выявили парагриппа III, у 8 (14,8%)—РС, в 7 случаях (12,9%)—аденовирус. Обращает на себя внимание, что при острой пневмонии чаще выявлялись ассоциации вирусов до 20,3% (11) больных.

Исход заболевания во многом зависит от возбудителя пневмонии. Так, при острой пневмонии, обусловленной пневмококком и стрептококком, благоприятный исход у всех случаев. Неблагоприятный исход наблюдался, вызванной грамотрицательной флорой и стафилококком.

Редакцид ирсэн 1987. 02. 02.

ЭМИЙН ХЭРЭГЦЭЭ СУДЛАХ АСУУДАЛД

Анагаах ухааны хүрээлэнгийн эм зүйн сектор

Эм хангамжийн байгууллагын үндсэн зорилго нь хүн ам, эмнэлэг-урьдчилан сэргийлэх байгууллагыг эм, эмнэлгийн бараагаар тасралтгүй жигд хангахад оршино. Энэ ажлын чанар нь эмийн эрэлт хэрэглээг судласны үндсэн дээр эмийн ойрын ба хэтийн хэрэгцээг шинжлэх ухааны үндэстэй үнэн зөв тодорхойлохоос ихээхэн шалтгаална.

Эмийн хэрэгцээ нь эдийн засаг, нийгэм, анагаах ухааны хүчин зүйлүүдээр нөхцөлдөн зөвхөн өвчин эмгэгийн үед бий болдог байна. Эдгээр хүчин зүйлүүд нь эмийн хэрэгцээг нэмэгдүүлэх буюу багасгах нөлөө үзүүлнэ. Иймээс эмийн хэрэглээг судлан хэрэгцээг төлөвлөхдөө энэ өвөрмөц онцлогийг харгалзан үзэх шаардлагатай юм.

Эмийн хэрэглээг судлан хэрэгцээг төлөвлөн прогнозчлоход эдийн засаг, статистикийн олон аргыг хэрэглэж байна.

Сүрьеэ, хавдар, сэтгэцийн гэм, цус төлжүүлэх эрхтнүүдийн өвчнийг анагаахад хэрэглэдэг өвөрмөц нөлөөт эмийн хэрэгцээг тодорхойлоход нормчлолын аргыг ашиглана. Орчин үед энэ аргаар арьс өнгөний өвчин анагаах эмийн хэрэгцээг тодорхойлж байна. Мансууруулах үйлчилгээтэй эмийн хэрэгцээг прогнозчлохдоо 1000 хүн амд хэрэглэх хамгийн дээд хэмжээг тогтоосны үндсэн дээр тооцоолно (1).

Анагаах ухааны практикт тууштай удаан хэрэглэгдэх эмийн хэрэгцээг тодорхойлоход экстраполяцийн аргыг хэрэглэнэ. Энэ аргыг ЗХУ, БНПАУ-д цөс хөөх үйлчилгээтэй болон сульфаниламидын бүлгийн эмийн хэрэгцээ тодорхойлоход хэрэглэж байна (4,7).

Зарим бүлгийн эмийн хэрэгцээнд нөлөөлөх хүчин зүйлийн нөлөөллийг корреляци-регрессийн аргаар судлан математик загварчлал байгуулан электрон тооцоолох машин хэрэглэж байна (2).

Эмийн хэрэглээнд нөлөөлөх, тоон үзүүлэлтээр илэрхийлэгддэггүй тийм хүчин зүйлийн нөлөөллийг судлахад экспертийн хамтын шинжилгээний аргыг хэрэглэж байна (5). Бүх бүлгийн эмийн хэрэглээнд экспертийн шинжилгээний аргаар дүн шинжилгээ хийж орчин шаардлагаас хоцорч буй зарим эмийг эмчилгээний практикаас хасах, эмийн хэрэгцээний хэтийн төлөвийг тодорхойлоход ашиглах боломжтой юм.

Эмийн хэрэгцээний төлөвлөлтийг боловсронгуй болгоход өргөн хэрэглэгддэг судалгааны статистик аргуудыг ашиглахын зэрэгцээ эм хангамжийн хандлагыг судлахад эмч нарын хэрэглэж байгаа болон цаашид хэрэглэх эмийн нэр төрөл, эрэлт хэрэгцээг санал асуух хуудсаар судлах нь ач холбогдолтой байдаг байна (3).

ЗХУ болон бусад социалист оронд эмийн хэрэгцээ судлахад хонгийн дундаж тунг хэрэглэх нь олонтаа байна (6).

Анагаах ухааны хүрээлэнгийн эм зүйн секторт антибиотик, гормон, витамин, зүрх судасны болон элэг цэсний өвчин анагаах эмийн хэрэгцээ тодорхойлох хам судалгааны ажлыг улсын хэмжээний эмийн бодит зарлагын түвшин тогтоож динамик эгнээ зохиох аргаар явуулж байна. Бидний судалгааны зорилго бол дурдсан таван бүлгийн эмийн хэрэгцээг тогтоож хэтийн төлөвлөгөө, прогнозчилоход оршино.

Судалгааг дор дурдсан шаттайгаар явуулж байна.

— 1970—1985 оны улсын хэмжээний эмийн бодит зарлагын динамикийг тодорхойлж математик боловсруулалт хийж хэрэглээний түвшин тогтоох;

— хангагдаагүй эрэлт судлан тогтоох;
 — эмийн хэрэгцээнд нөлөөлөх олон хүчин зүйлийн хамаарлыг харгалзан бодит хэрэгцээг тооцох;

— эмийн хэрэгцээний хэтийн төлөвлөгөө, прогнозчлол хийх;

1986, 1987 онд дээрх таван бүлгийн эмийн улсын хэмжээний 15 жилийн бодит зарлагыг анхан шатны үндсэн баримтанд тулгуурлан түүвэрлэж дор дурдсан аргаар гаргав.

$Z = Y_1 + O - Y_2$ Z —зарлага; Y_1 —оны эхний үлдэгдэл; O —оны туршид орсон орлого; Y_2 —оны эцсийн үлдэгдэл

Ийм байдлаар түүвэрлэсэн бодит зарлагын дундаж үзүүлэлтийг математик статистикийн аргаар гаргаж хэрэглээний түвшинг тогтоов.

Хүснэгт 1.

Преднизолоны 15 жилийн бодит зарлагын динамик эгнээг түүвэрлэн гаргаж хэрэглээний түвшинг тогтоосон байдал

Эмийн нэр	х/н	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984
Преднизолон $0,05 \times 1000$	М/Б	13,8	14,7	11,2	16,7	10,5	19,9	24,2	10,9	21,3	10,5	14,7	20,8	17,9	19,1	18,0

Стерджессын томъёог үндэслэж хийсэн номограмм ашиглан дээрх динамик эгнээний тоон үзүүлэлтийг бүлэглэв.

Эхлээд вариацийн далайц R , интервалын урт i -ийг оллоо.
 $R = X_{\max} - X_{\min}$; $R = 24,2 - 10,5 = 13,7$

$$i = \frac{R}{n}, \quad i = \frac{13,5}{5} = 2,7 \quad 3,0$$

Дараа нь нэгдүгээр вариантын интервалын дээд, доод хязгаарыг гаргав.

$$X_{\min} - \frac{i}{2}; \quad X_{\min} + \frac{i}{2};$$

$$10,5 - \frac{3}{2} = 9,0; \quad 10,5 + \frac{3}{2} = 12,0$$

Ийнхүү нэгдүгээр вариант 9,0—12,0 болно. Дараах вариантуудыг олохдоо интервалын хэмжигдэхүүнийг түрүүчийн интервалын эцсийн тоон дээр нэмж гаргана. Ийм байдлаар бодит зарлагын динамик эгнээг үндэслэн интервалт вариацийн эгнээ зохиосон юм.

Хүснэгт 2

Вариацийн эгнээ

9,0—12,0	10,5	4	-2	-8	4	16
12,0—15,0	13,5	3	-1	-3	1	3
15,0—18,0	16,5А	2	0	0	0	0
18,0—21,0	19,5	3	+1	+3	1	3
21,0—24,0	22,5	3	+2	+6	4	12
	$n=15$		$x^1=0$		$x^1=-2,$	$(x^1)^2=34$

Үүнээс вариант тус бүрийн интервалын төв буюу дундаж утгыг (V) олов.

$$V_1 = \frac{9,0 - 12,0}{2} = 10,5 \text{ г.м.}$$

Дундаж хэлбэлзлэлийг олохдоо:

$$X_1 = \frac{v - A}{i} = \text{томьёо хэрэглэнэ.}$$

X_1 — томьёолсон дундажтай харьцуулахад гарах хэлбэлзэл

v — вариантыын төв

A — томьёолсон дундаж

i — интервалын урт (зай)

Энэ тохиолдолд вариацийн цувааны дунд үзүүлэлт A нь 16,5 байна. Энэ мэтээр вариант тус бүрийн хэлбэлзэл ямар болохыг олсон байна. Гарсан өгөгдөхүүнийг ашиглан жигнэгдсэн дунджийг (X) тоорхи томьёогоор бодсон болно.

$$\bar{X} = A + \frac{\sum \left(\frac{v - A}{i} \right) \cdot f}{\sum f} \cdot i$$

Ийнхүү жигнэсэн дундаж нь

$$\bar{X} = A \pm \frac{\sum x^1 f}{n} \cdot i \quad \text{-той тэнцүү байв.}$$

Тоон үзүүлэлтийг тавибал:

$$\bar{X} = 16,5 + \frac{-2}{15} \cdot 3 = 16,5 - 0,4 = 16,1 \text{ гарч байна.}$$

Квадрат дундаж хэлбэлзлэлийг доорхи томьёогоор тогтоосон болно

$$G = \pm i \sqrt{\frac{\sum (x^1)^2 \cdot f}{n-1} - \left(\frac{\sum (x^1) f}{n-1} \right)^2}$$

Тоон үзүүлэлтийг тавибал квадрат дундаж хэлбэлзэл нь:

$$G = \pm 3,0 \sqrt{\frac{34}{14} - \left(\frac{-2}{14} \right)^2} = 3,0 \sqrt{2,4 - 0,02} = 3 \sqrt{2,38} = 3 \cdot 1,5 = 4,5 \text{ болно.}$$

Вариацийн хэлбэлзэл $C_V = \frac{G}{\bar{X}} \cdot 100\%$ нь

$$C_V = \frac{4,5}{16,4} \cdot 100 = 27,9\% \text{ болж байна.}$$

Дундаж алдаа нь: $M = \pm \frac{G}{\sqrt{n-1}} \quad M = \pm \frac{4,5}{\sqrt{14}} = \frac{4,5}{3,7} = 1,2 \text{ болсон байна.}$

Үүнээс үзэхэд преднизолоны шахмалын олон жилийн бодит зарлагын (хэрэглээний) түвшин нь харьцангуй бага хэлбэлзэлтэй, алдаа багатай тогтоогдсон гэж үзэх үндэстэй байна.

Ийм байдлаар бодоход дээр дурдсан таван бүлгийн эмийн дийлэнх олонхийн бодит хэрэглээний түвшин вариацийн хэлбэлзэл ихтэй байгаа нь тогтоогдлоо. Тухайлбал витаминь бүлэгт вариацийн хэлбэлзэл 16,6% (витамин «К» нунтаг)-нас 94,4% (витамин А тосон уусмал) хүрч байна. Дотор нь задалж үзэхэд судалсан 21 нэр төрлийн 70 орчим хувьд нь вариацийн хэлбэлзэл 60% хүрч байна.

Элэг цөсний өвчин анагаах эмийн бүлэгт вариацийн хэлбэлзлэлийн хамгийн бага нь 26% (глутамины хүчлийн нунтаг), хамгийн их нь 158% (рипазон) болж байна. Элэг цөсний өвчин анагаах эмийн 90 орчим хувьд нь вариацийн хэлбэлзэл 100% хүрч байна.

Гормоны бүлэгт бол судлагдсан бүх эмийн 85 хувьд нь вариацийн хэлбэлзэл 100%-д хүрч байна.

Аль ч бүлгийг аваад үзэхэд ялгаагүй судалсан эмийн дотроос цэвэр хангамжтай нь вариацийн хэлбэлзэл багатай байхад хангагдаагүй эрэлт ихтэй эмүүдэд вариацийн хэлбэлзэл өндөр байна. Витамин бүлгээс витамин «К»-ийн хэлбэлзэл 16,6% поливитаминых 22,4%, элэг цэсний эмийн бүлгээс глутамины хүчлийн хэлбэлзэл 26% болж байгаа нь эдгээр эмийн хангамжийн түвшин харьцангуй сайн байгааг харуулж байгаа бөгөөд энэ нь практик ажиглалтаар ч нотлогдож байна.

Судалж байгаа эмийн олон жилийн бодит зарлагын динамик эгнээ ихээхэн хэлбэлзэлтэй байгааг харгалзан вариацийн цувааны давталтыг тэгшитгэж вариацийн тэгш хэмийн цуваа бий болгон цаашдын математик боловсруулалт хийх шаардлагатай байна.

Хоёрдох шатны судалгаагаар хангагдаагүй эрэлтийг ЭХ №120 маягтаар эмийн сангуудад хөтлөгдөж байгаа анхан шатны бүртгэлийг боловсронгуй болгохоор судалж байна. Үүний тулд сар, улирал, жилийн цаашилбал олон жилийн бодит зарлагын материалд үндэслэн өдрийн дундаж хэрэглээг тоон үзүүлэлтээр гаргаж түүнийг уг эм тасарсан өдрийн тоогоор үржүүлж хангагдаагүй эрэлтийг тодорхойлж байна.

Өдрийн дундаж хэрэглээ, хангагдаагүй эрэлт хоёрын нийлбэр нь тухайн байдалд уг эмийг бүрэн зарцуулах боломжтой хэмжээг тодорхойлно. Энэ нийлбэрийг бодит зарлагад хувааж эрэлтийн хангамжийн коэффициент X_k -ийг тогтоож байна.

$$X_k = \frac{П}{З}$$

$П$ — хэрэгцээ
 $З$ — бодит зарлага

Хүн амын өвчлөл нэмэгдэх буюу ямар нэгэн өвчин эпидеми хэлбэртэй тархах тохиолдол гараагүй, жирийн нөхцөлд эмээр эмнэлэг, хөдөлмөрчдийг тасралтгүй хангахад шаардагдах хэмжээг тогтоохын тулд сар, улирал, жилийн эрэлтийн хангамжийн коэффициентийг (X_k) хэрэглэнэ. Бидний судалгаагаар Өмнөговь аймагт холосасын сарын дундаж хэрэглээ олон жилийн үзүүлэлтээр 37 фл байжээ. Энэ аймагт холосас дунджаар сард 16 өдөр тасарсан байна. Тэгвэл өдрийн дундаж хэрэглээ 2,6(37:14) болсон байна. Хангагдаагүй эрэлт нь (2,6·16) 42 фл байсан байна. Үүнээс үзэхэд бүрэн зарцуулах боломжтой хэмжээ сард (37+42) 79 фл, жилд (79·12) 948 фл буюу ойролцоогоор 1000 фл болсон байна. Үүнээс үзэхэд эрэлтийн хангамжийн түвшингийн коэффициент (K_x) нь $\frac{440}{1000} = 0,44$ буюу холосасын хангамж 44% байжээ. Баянхонгор аймагт „С“ витамин 5%-ийн 2 мт ампулын өдрийн дундаж хэрэглээ 386 ширхэг байжээ. Энэ аймагт дунджаар сард эм 20 хоног тасарч хангагдаагүй эрэлт 7720 ампул болсон байна. Тэгвэл сард 11600, жилд 139 мянган ампул хэрэгтэй байжээ. Үүнээс үзэхэд $K = 0,33$ буюу хангамжийн түвшин 33% байжээ. Дээр дурдсан хангамжийн коэффициентийг олон жилийн үзүүлэлтийг хэрэглэн үндэслэл сайтай гаргаж чадвал бодит зарлагыг үндэслэн хэрэгцээг ойролцоогоор тодорхойлж болох юм. Тухайлбал 1986 онд Өмнөговь аймагт холосас 500 фл хэрэглэсэн гэж үзвэл хэрэгцээ нь ойролцоогоор $(\frac{500}{0,44} = 1136,4$ байх болно. Харин „С“ витамин 1986 онд 50 мянган ампул хэрэглэсэн бол ойролцоогоор хэрэгцээ нь $(\frac{50000}{0,33})$ 151 мянган ампул болох жишээтэй. Эмийн хэрэгцээ нь олон хүчин зүйлээс хамаарах учир түүнийг ийм байдлаар шууд тодорхойлох нь учир дутагдалтай юм. Энэ аргыг практикийн байгууллагын ажилд хэрэглэх нь ашигтай.

Ийм учраас дээрх аргаар гаргасан үндсэн материалд экспертийн үнэлгээ өгч, олон хүчин зүйлийн анализ хийж эмийн хэрэгцээнд

нөлөөлөх хүчин зүйлүүдийг харгалзан эмийн хэрэгцээний хэтийн төлөвлөгөө зохиох буюу прогнозчлол хийдэг байна.

Эмийн хэрэгцээ судлах ажлын үр дүн нь нэгж байгууллагад эмийн зарцуулалтын анхан шатны бүртгэл, амбулаторийн карт, өвчний түүхийн хөтлөлтийн үнэн зөв байдал, жорыг зөв нямбай, үндэслэлтэй бичихээс ихээхэн хамаарна.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. *О.В. Бондаренко, Ю.С. Васильева, М.И. Волова и др.* — Исследование потребления лекарственных средств". В кн: Материалы II всесоюзного съезда фармацевтов. Рига, 1974, 328
2. *З. С. Дементьева, М. Г. Королева* — Исследование влияния ряда важнейших факторов на потребление медикаментов. В кн: Труды ЦАНИИ. М., 1971, 12. 41—53
3. *З. С. Дементьева, М. В. Шугалева* — Новые аспекты совершенствования методических решений вопросов планирования потребности в лекарственных средствах. В кн. "Научные основы управления качеством лекарственного обслуживания населения" научные труды, том XXIII М. 1985, 19—25.
4. *Л. В. Кобзарь, З. С. Дементьева, Р. В. Трунякова* — Применение математических методов обработки динамических рядов потребления лекарственных препаратов с целью перспективного прогнозирования. В кн: 5. Материалы II всесоюзного съезда фармацевтов" Рига, 1974, 330—331
Т. К. Кравченко — Процесс принятия плановых решений. М., Экономика 1972., 205.
6. *Т. И. Тольцман, Г. В. Пятнявинюс* — Изучение потребления лекарственных средств на основе среднесуточных траевитических доз. Фармация 2. 1983, 14—17.

7. *K. Podecki, M. Chomieki, S. Fedokowicz* — Prognozowanie popytu na leki z grupy. Iholagaga i Iholeretica "Farmacia Polska" 1977. 32. 3.209—221.

К ВОПРОСУ ИЗУЧЕНИЯ ПОТРЕБНОСТИ В ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВАХ

*Д. Ням-Осор, З. Оюнгэрэл,
Л. Цэрэндулам, З. Дашээвэг*

Проводится исследование по определению потребности в антибиотиках, гормонах, витаминах, сердечно-сосудистых и средствах, применяемых в гепатологической практике, путем получения базовых данных фактического потребления медикаментов в Республике за 1971—1985 г.г. На основании динамики потребления медикаментов был построен интервальный вариационный ряд, который использован для математико-статистической обработки полученных данных.

У подавляющего большинства медикаментов наблюдается высокий коэффициент вариаций, который указывает на колебательный характер снабжения названными медикаментами т.е. на неудовлетворенный спрос на них.

Предложено использовать для определения приближенной потребности в медикаментах коэффициент удовлетворения спроса.

Редакцид ирсэн 1987.07.02

С. Бямбасүрэн, Л. Эрдэнэбаяр

АРХИДАЛТ ӨВЧНИЙ ТАРХАЛТ

Сэтгэл мэдрэлийн өвчнийг эмчлэх клиникийн эмнэлэг.
Эрүүлийн хамгаалах Яам

Архидалт өвчний тархалтыг тогтоох нь наркологийн тусламжийг шинжлэх ухааны үндэстэй зохион байгуулахад чухал ач холбогдолтой юм.

Хэвлэлийн мэдээллээс (6) үзэхэд архидалтын тархалт 1000 хүн амд хөгжингүй капиталист орнуудад 13—90; социалист орнуудад 18,7—36,3; хөгжиж байгаа орнуудад 6 ногдож байна. Сэтгэл мэдрэлийн өвчний улмаас тусламж авч байгаа бүх өвчтөний 6,3 хувь нь архидалт өвчтэй хүмүүс байна (6).

Манай орны судлаачдын тогтоосноор архидалт өвчин нь хүн амын дундаас илэрсэн сэтгэл мэдрэлийн бүх өвчтөний 5,2; хөдөлмөр эмчилгээний газрын бүх өвчтөний 1,0; сэтгэл мэдрэлийн диспансерийн хяналтанд байгаа бүх өвчтөний 15,0; сэтгэл мэдрэлийн эмнэлэгт эмчлүүлж байгаа бүх өвчтөний 5,0; сэтгэл мэдрэлийн тусламж авч байгаа бүх өвчтөний 10,0 хувийг тус тус эзэлж байна (2).

Тус орны 77470 хүн амын дунд явуулсан сэтгэл мэдрэлийн өвчнийг илрүүлэх эпидемиолог үзлэгийн

материалаас үзэхэд 1000 хүн амд ногдох архидалтын интенсив үзүүлэлт 1,13 байна (4).

Сүүлийн жилүүдэд дэлхийн олон оронд эмэгтэйчүүд ба өсвөр үе, залуу насны хүмүүсийн дунд архидалт өвчин түргэн тархаж байна. Архидалт өвчтэй эрэгтэй ба эмэгтэй хүмүүсийн харьцаа XIX зууны төгсгөл болон XX зууны эхэн үед 1:10 байсан бол одоо 1:5 болжээ (2). Одоо АНУ-д 9 сая архаг архичин байгаагийн 25 хувийг эмэгтэйчүүд, 5 хувийг 10-аас 19 хүртэлх насны хүмүүс эзэлж байна (2).

ДЭХБ-ын мэдээнээс үзэхэд архидалт өвчтэй хүмүүсийн 10 хувьд архины солиорол үүсэж байна (1).

Бидний судалгааны ажлын зорилго бол архидалт өвчний тар-

халт болон эпидемиологийн бусад зарим үзүүлэлтийг тогтоох явдал юм. Судалгаандаа сэтгэл мэдрэлийн өвчнийг эмчлэх улсын клиник (СМӨЭУК)-ийн эмнэлэгт 1983—1986 онд хэвтэж эмчлүүлсэн архидалт өвчтэй 1474 өвчтөний тооцооны маягт, тус эмнэлгийн архив дахь өвчний түүх, тусгай боловсруулсан судалгааны аргачлалын дагуу 1987 онд Архангай аймаг болон Ажилчны районы бүх хүн амын дунд явуулсан сэтгэл мэдрэлийн эмч нарын эпидемиологийн 2 шаттай үзлэгээр илэрсэн архидалт өвчтэй 325 өвчтөний картуудыг ашиглав.

Судалгаанд хамрагдсан 1799 өвчтөний насны байдлыг авч үзэв. (хүснэгт 1).

Хүснэгт 1

Архидалт өвчтэй хүмүүсийн насны байдал

Архидалт өвчтэй хүмүүсийн насны байдал	Архидалт өвчтэй хүмүүсийн тоо (хувь)		
	СМӨЭУК-ийн эмнэлгийн материалаар (давхардсан тоогоор)	Архангай аймагт явуулсан эпидемиолог үзлэгийн материалаар	Ажилчны районд явуулсан эпидемиолог үзлэгийн материалаар
17 настай	1 (0,06)	—	—
19 настай	2 (0,13)	—	—
20—24 насны	56 (3,79)	2 (1,5)	7 (13,6)
25—29 насны	308 (20,89)	10 (7,5)	21 (10,8)
30—34 насны	377 (25,57)	13 (9,8)	36 (18,6)
35—39 насны	317 (21,50)	21 (15,9)	43 (22,2)
40—44 насны	235 (15,94)	17 (12,8)	39 (20,2)
45—49 насны	84 (5,69)	23 (17,4)	7 (3,6)
50—54 насны	69 (4,68)	23 (17,4)	20 (10,4)
55—59 насны	15 (1,01)	17 (12,8)	—
60-аас дээш насны	10 (0,67)	6 (4,5)	2 (1,0)
Бүгд	1479 (100,0)	132 (100,0)	193 (100,0)

Архидалт өвчин нь Ажилчны районд 30—44 насанд, Архангай аймагт 35—54 насанд зонхилон тохиолдож байгаа боловч СМӨЭУК-ийн эмнэлгийн материалаас үзэхэд 25—39 насанд давамгайлан илэрч байна.

Бид СМӨЭУК-ийн эмнэлэгт 1983—1986 онд хэвтэж эмчлүүлсэн архидалт өвчтэй 1474 өвчтөний хүйс, боловсрол, гэр бүл, хэвтэл-

тийн тоо, өвчний үе шатуудад дүн шинжилгээ хийв. Үүнд:

1. Хүйсний байдал: эрэгтэй 98,78 хувь, эмэгтэй—1,22 хувь буюу эрэгтэй эмэгтэйн харьцаа 81:1;

2. Боловсролын байдлаар: дээд боловсролтой 19,81 хувь; дунд боловсролтой 71,70 хувь; бага боловсролтой 6,30 хувь; боловсролгүй 2,17 хувь;

3. Гэр бүлийн байдал: эхнэр буюу нөхөр, хүүхдүүдтэйгээ хамт амьдардаг 55,83 хувь; гэр бүлээсээ салсан 41,51; гац бие амьдарч байгаа 2,64 хувь;

4. Мэргэжлийн байдал: техникийн ажилчид 5,15 хувь; жолооч, механик 15,67, мужаан ачигч 2,73; галч, слесарь 11,46; нягтлан бодогч, эдийн засагч, тоо бүртгэгч 5,90; цахилгаанчин, тагнуурчин 5,42; хүний эмч 3,59; зохиолч, сэтгүүлч, зураач, орчуулагч, хөгжимчин, сийлбэрчин 3,86; инженер 4,74; хуульч 1,83; малын эмч, зоотехникч, агрономич, малчин 1,69; багш 4,13; барилгын ажилчин, ажилтан 3,05; уурхайн ажилчин ажилтан 1,62; машинист 4,20, үйлдвэрийн ажилчин 1,76; бусад мэргэжлийн хүмүүс 10,37; мэргэжилгүй хүмүүс 12,68 хувь.

5. Хэвтэлтийн тоо: Анх удаа хэвтсэн 72,11 хувь, хоёр дахь удаа хэвтсэн 19,94; 3 ба түүнээс дээш удаа хэвтсэн 7,93 хувь.

6. Өвчний үе шат: Өвчний I үе шатанд байгаа 17,36 хувь; II үе шатанд байгаа 74,76; III үе шатанд байгаа 7,86 хувь тус тус байв.

СМӨЭУК-ийн эмнэлгийн материаллаас үзэхэд 1983—1986 онд архины солирол 18 өвчтөнд илэрсэн нь архидалт өвчтэй хүмүүсийн 1,1 хувийг эзэлж байна.

Судалгаанд хамрагдсан архидалт

Архидалт өвчтэй хүмүүсийн эмнэлэгт хэвтсэн динамик байдлыг СМӨЭУКЭ-ийн архив дахь өвчний

өвчтэй 1474 өвчтөнийг харьяалагдсан аймаг, хот, районоор нь авч үзэн эзлэх хувийг гаргав. (хүснэгт 2).

Хүснэгт 2
Өвчтөний харьяалагдсан аймаг, хот, район (Эзлэх хувь)

№	Өвчтөний харьяалагдсан аймаг, хот, район	эзлэх хувь
1	Архангай	0,40
2	Ховд	0,33
3	Завхан	0,81
4	Баянхонгор	0,74
5	Булган	1,62
6	Хөвсгөл	0,74
7	Өвөрхангай	0,27
8	Өмнөговь	0,88
9	Дундговь	0,20
10	Дорноговь	6,30
11	Сүхбаатар	3,52
12	Хэнтий	1,89
13	Төв	2,44
14	Сэлэнгэ	1,83
15	Сүхбаатарын район	26,72
16	Октябрийн район	23,60
17	Найрамдлын район	9,83
18	Ажилчны район	8,88
19	Эрдэнэт	2,98
20	Дархан	1,62
21	Багануур	0,88
22	Налайх	1,83
23	Увс	0,20
24	Дорнод	0,54
25	Баян-Өлгий	0,40
26	Говь-Алтай	0,27
27	Хаяг тодорхойгүй	0,13
28	БҮГД	100,0

түүхүүдэд тулгуурлан авч үзэв. (хүснэгт 3)

Хүснэгт 3
Архидалт өвчтэй хүмүүсийн эмнэлэгт хэвтсэн динамик байдал

Он	1952	1955	1956	1958	1959	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969	1970
хэвтсэн өвчтөний тоо	1	3	1	1	4	1	7	4	4	15	11	35	27	22	34	53
Он	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986
хэвтсэн өвчтөний тоо	66	84	82	88	120	188	197	216	252	263	286	282	266	353	389	466

Хүснэгт 3-аас үзэхэд эмнэлэгт хэвтсэн архидалт өвчтэй хүмүүсийн тоо жил ирэх тутам нэмэгдсээр байна. Хэрэв 1956 онд 1 өвчтөн, 1966 онд 35 өвчтөн эмнэлэгт хэвтэж байсан бол 1976 онд 188, 1986 онд 466 өвчтөн болж ихэссэн байна.

Бид Архангай аймаг ба Ажилчны районы хүн амын дундаас илэрсэн архидалт өвчний тархалтыг өөрийн орны судлаачдын дүн мэдээтэй харьцуулан үзэв. (хүснэгт 4)

Хүснэгт 4

1000 хүн амд ногдох архидалтын интенсив үзүүлэлт

Үзлэгт хамрагдсан		Судалсан хүмүүс он	1000 хүн амд ногдох архидалтын интенсив үзүүлэлт
аймаг, хот, район	хүн амын тоо		
Дархан хот	64054	Ш. Доржжадамба С. Бямбасүрэн Х. Сувдаа нар 1986.	1,42
Архангай аймаг	76352	С. Бямбасүрэн Л. Эрдэнэбаяр нар 1987	1,72
Ажилчны район	53085	С. Бямбасүрэн Л. Эрдэнэбаяр нар 1987	3,69

Бидний судалгааны материалаас үзэхэд Архангай аймаг болон Ажилчны районы бүгд 129437 хүн амын дундаас архидалт өвчтэй 325 өвчтөн илэрсэн бөгөөд архидалтын интенсив үзүүлэлт 1000 хүн амд 2,51 ногдож байна.

ДҮГНЭЛТ: 1. Судалгаа явуулсан хүн амын дунд 1000 хүн амд ногдох архидалтын интенсив үзүүлэлт 2,51 байгааг гадаад орнуудын судлаачдын мэдээтэй жишвэл харьцангуй бага байна.

2. Архидалт өвчин 25—39 насанд зонхилон илэрч байна.

3. Архидалт өвчин жил ирэх тутам ихсэж байна.

4. Архидалтын талаар судалгаа шинжилгээний ажил хийж, ийм өвчтэй хүмүүст үзүүлэх эмнэлэг нийгмийн тусламжийг сайжруулах нь шийдвэрлэх асуудал болж байна.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. А. К. Качаев, Н. Н. Иванец, Н. Г. Шумский—Металкогольные психозы. Алкоголизм. М. 1983, 225—308.

2. Ю. П. Лисицын—Слово о здоровье. М. 1986, 190

3. В. Г. Ротштейн, А. Н. Богдан В. П. Морозова—Распространенность основных пси-

хических заболеваний. Журн. невропатол и психиатр., 1987. 6, 931—935.

4. С. Бямбасүрэн—Архидалтын эпидемиологийн асуудалд. Эрүүлийг хамгаалах байгууллагын 65 жилийн ойд зориулсан онол практикийн бага хурлын материал. УБ. 1986, 36—41.

5. Ш. Доржжадамба, С. Бямбасүрэн—Сэтгэл мэдрэлийн өвчнүүдийн тархалтын зарим асуудалд. Эрүүлийг хамгаалах байгууллагын 65 жилийн ойд зориулсан онол практикийн бага хурлын материал. УБ. 1986, 1—6.

6. Ш. Доржжадамба, С. Бямбасүрэн, Х. Сувдаа—Дархан хотын хүн амын дундах сэтгэл мэдрэлийн өвчнүүдийн тархалт, бүтэц, эмнэл зүй ба эмнэлэг, нийгмийн тусламжийн хэрэгцээ. Эрүүлийг хамгаалах байгууллагын 65 жилийн ойд зориулсан онол практикийн бага хурлын материал. УБ. 1986, 19—23.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АЛКОГОЛИЗМА

С. Бямбасүрэн, Л. Эрдэнэбаяр

Проведено нами двухэтапное эпидемиологическое обследование среди населения Архангайского аймака и района «Ажилчин» г. Улан-Батора с целью выявления распространенности алкоголизма. Выявлены 325 больных хроническим алкоголизмом. Показатель распространенности алкоголизма составляет 2,51 на 1000 населения.

Редакцид ирсэн 1987. 09. 10.

ЖИРЭМСЭН ЭХЧҮҮД, БАГА НАСНЫ ХҮҮХДИЙГ ДИСПАНСЕРЧЛАХ ЭРДЭМ ШИНЖИЛГЭЭ-ПРАКТИКИЙН ЦОГЦОЛБОР СУДАЛГААНЫ УРЬДЧИЛСАН ДҮН

Эх нялхсыг хамгаалах эрдэм шинжилгээний хүрээлэнгийн зохион байгуулалт, арга зүйн сектор, эх барих эмэгтэйчүүдийн өвчин судлалын сектор

Тус улсын хүн амыг диспансерчлахад жирэмсэн эмэгтэйчүүд, бага насны хүүхдийг диспансерчлах нь чухал нэгэн үе шат юм.

Эх нялхсыг хамгаалах эрдэм шинжилгээний хүрээлэн эх, хүүхдийг диспансерчлах шинжлэх ухааны үндэслэлтэй системийг боловсруулж хэрэгжүүлэх зорилгоор Улаанбаатар хотын Сүхбаатарын район, Өвөрхангай аймгийн зарим дэвсгэр нутагт жирэмсэн эмэгтэйчүүд, бага насны хүүхдийг диспансерчлах эрдэм шинжилгээ-практикийн цогцолбор судалгааг 1983 оноос эхлэн үе шатлан хийж байна.

Цогцолбор судалгааг явуулахад Эх нялхсыг хамгаалах эрдэм шинжилгээний хүрээлэнгийн эрдэмтэн, эрдэм шинжилгээний ажилтан, эмэгтэйчүүдэд зөвлөгөө өгөх төв газар, I, III амаржих газрын зөвлөгөө өгөх газар, Улаанбаатар хотын клиникийн төв эмнэлэг, сүрьеэ, арьс өнгө, сэтгэл мэдрэл, халдварт гепатит, хавдар судлалын төв, диспансерийн сүхбаатарын районы групп, сүхбаатарын районы хүүхдийн нэгдсэн эмнэлгийн поликлиник, хүүхдийн хэсгийн, нарийн мэргэжлийн 200 гаруй эмч мэргэжилтэн нар оролцлоо.

Эмэгтэйчүүдэд зөвлөгөө өгөх төв газар нарийн мэргэжлийн үзлэг шинжилгээнд анх хамрагдсан хотын үндсэн оршин суугч 1948 айл өрхөд нийгэм-эрүүл ахуйн судалгааг жирэмсэн эмэгтэйчүүдээс анкетын аргаар судлав.

Жирэмсэн эмэгтэйчүүдийн диспансерчлалын судалгаанд бүгд 1199 жирэмсэн эмэгтэй, 1202 нярай хүүхэд хамрагдсаны 1068 нь экспериментийн, 131 нь хяналтын группэд байв.

Экспериментийн группэд хамрагдсан эмэгтэйчүүдийн зөвлөгөөнд анх ирсэн байдлыг үзвэл: 8 хүртэлх долоо хоногт 2 (0,2%), 9—12 долоо хоногт—17 (1,6%), 13—16 долоо хоногт—30 (2,8%), 17—20 долоо хоногт—85 (7—9%), 21—27 долоо хоногт—276 (25,8%), 28 ба түүнээс дээш долоо хоногт—650 (60,9%) нь хамрагджээ. Эмэгтэйчүүдэд зөвлөгөө өгөх газар үзүүлсэн давтамжийг үзвэл, 1—2 удаа 6 (0,6%), 3—5 удаа 44 (4,1%), 6—10 удаа 564 (52,8%), 11—15 удаа 303 (28,4%), 16 ба түүнээс дээш 48 (4,5%), эмэгтэйчүүдэд зөвлөгөө өгөх газар үзүүлсэн дундаж давтамж нь $9,44 \pm 0,08$ удаа байв.

Жирэмсэн эмэгтэйчүүдийн клиник-лабораторийн шинжилгээнд хамрагдсан байдлыг үзвэл: цус, шээсний ерөнхий шинжилгээ, рентген, зүрхний цахилгаан бичлэг, биохими, бактериологи, гормон, генетик, серологи, хэт авианы үзлэг шинжилгээнд 1,7%—90,7% хүртэл хамрагджээ. Дотор, зүрх судас, сүрьеэ, арьс өнгө, шүд, чих хамар хоолой, булчирхай мэс засал, мэдрэл, хавдар судлал зэрэг нарийн мэргэжлийн эмч нарын үзлэгт шаардлагын дагуу 1,2%—87,9% хүртэл хамрагдсан байна.

Жирэмсний явцыг үзвэл, хэвийн эрүүл 980 (91,8%), эмгэгтэй 88 (8,2%), илүү өртөмтгий байдал бүхий жирэмсний баллын үнэлгээг үзвэл; 0—4 балл-хөнгөн 545 (42,5%), 5—9 балл-дунд 392 (36,7%), 10 ба түүнээс дээш баллтай-хүнд зэрэгтэй 125 (11,7%) байв. Төрөлтийн байдлыг үзвэл: бүх төрөлтийн дотор гүйцэд төрөлт 1026 (96,1%), илүү тээлт 20 (1,9%), дутуу төрөлт 22 (2,0%), жирэмсний хүндрэл 88 (8,2%), түүний дотор эмэгтэйчүүдийн бус өвчний тохиолдол 240 (22,5%) төрөх үеийн хүндрэл 345 (32,3%), эх барихын мэс ажилбар 125 (11,7%) тус тус тохиолдож байв.

Экспериментийн группэд хамрагдсан нярай хүүхдийн эрүүл мэндийн байдал, Апгарын баллын үнэлгээг үзвэл: 0 баллтай 7 (0,82%), 1—4 баллтай 13 (1,53%), 5—7 баллтай 73 (8,6%), 8—10 баллтай 754 (89,0%), нярай хүүхдийн дотор 2500 граммаас доош жинтэй дутуу төрсөн хүүхэд 37 (3,4%), нярай эрт үеийн өвчлөл 68 (63,5%) байв.

Бага насны хүүхдийн диспансерчлалын судалгаанд ойндоо хүрсэн хүүхдийн дотор экспериментийн группийн 560 (I групп), хяналтын группийн 535 (II групп) хүүхэд хамрагдав.

Нялхсын эрүүл мэндийн индекс (ойндоо хүртлээ огт өвчлөөгүй хүүхдийн хувийн жин) I группэд 4,3%; II группэд 2,1%, цөөн өвчилсөн хүүхэд (ойндоо хүртлээ 1—3 удаа өвчилсөн) I группэд 15,8%, II группэд 28,4%, олон удаа өвчилсөн хүүхэд (ойндоо хүртлээ 4—6 удаа өвчилсөн) I группэд 36,1%; II группэд 37,6%; хэт олон дахин өвчилсөн хүүхэд (ойндоо хүртлээ 7 ба түүнээс дээш удаа өвчилсөн) I группэд 34,1%; II группэд 26,7% байв.

Нялхсын хооллолтын байдлыг авч үзвэл, хөхөөр I группэд 79,4%; II группэд 81,9%; холимог тэжээлтэй I группэд 7,6%; II группэд 4,7%; тэжээвэр I группэд 6,9% II группэд 8,4% байв.

Суурь өвчтэй хүүхдийн хувийн жин экспериментийн группэд 43,7%; хяналтын группэд 45,4%; суурь өвчний өвчлөлийн түвшин 1000 нялхаст I группэд 432%, II группэд 452% байв. Суурь өвчний бүтцийг үзвэл, сульдаа I группэд 37,7%; II группэд 37,7%; тэжээлийн доройтол I группэд 27,4%; II группэд 29,2%; шүүдэст эмгэгшил I группэд 18,1%; II группэд 19,5%; цус багадалт I группэд 3,9%; II группэд 3,9%; 2 ба түүнээс дээш суурь өвчин хавсарсан I группэд 22,1%; II группэд 10,8% байв.

Нялхсын өвчлөлийн бүтцэнд нэгдүгээрт амьсгалын эрхтний өвчин экспериментийн группэд 73,8%, 1000-д 3097 тохиолдож, хяналтын группэд 69,4%, 1000-д 3648 тохиолдож байв. Хоёрдугаарт ходоод гэдэсний замын өвчин экспериментийн группэд 14,5%, 1000-д 737 тохиолдож хяналтын группэд 16,7%; 1000-д 598 тохиолдож байв.

Өвчлөлийг 1000 хүүхдэд насны байдлаар үзвэл нярайн үед I группэд 119,6; II группэд 153,2; 1—3 сартайд I группэд 1380, II группэд 998,1; 4—6 сартайд I группэд 1153; II группэд 1141, 7 ба түүнээс дээш сартайд I группэд 2696, II группэд 2366 тохиолдол байв.

Экспериментийн группээс эмнэлэгт хэвтэж эмчлүүлсэн нялхсын өвчний бүтцийг үзвэл, амьсгалын эрхтний өвчин зонхилж, эмнэлэгт анх удаа хэвтэгчдийн 67,5%; 2—3 удаа хэвтэгчдийн 65,2%; 4 ба түүнээс дээш удаа хэвтэгчдийн 91,7%-ийг эзэлж байв. Хяналтын группээс эмнэлэгт хэвтэж эмчлүүлсэн нялхсын өвчний бүтцийг үзвэл, амьсгалын эрхтний өвчин зонхилж, эмнэлэгт анх удаа хэвтэгчдийн 41,1%, 2—3 удаа хэвтэгчдийн 47,4%; 4 ба түүнээс дээш удаа хэвтэгчдийн 11,5%-ийг эзэлж байв.

Нялхсын бие бялдрын хөгжилтийн үзүүлэлт экспериментийн группийн хөвгүүдэд биеийн жин $10,04 \pm 0,09$; биеийн өндөр $72,3 \pm 0,27$; цээжний тойргийн хэмжээ $48,3 \pm 0,12$; толгойн тойргийн хэмжээ $48,2 \pm 0,12$; охидод биеийн жин $9,84 \pm 0,09$; биеийн өндөр $72,0 \pm 0,29$; толгойн тойргийн хэмжээ $48,3 \pm 0,14$; цээжний тойргийн хэмжээ $48,35 \pm 0,15$ байв.

ДҮГНЭЛТ: 1. Жирэмсэн эмэгтэйчүүд, бага насны хүүхдийг диспансерчлах эрдэм шинжилгээ-практикийн цогцолбор судалгаа нь эх, хүүхдийг шинжлэх ухааны үндэслэлтэйгээр диспансерчлах аргыг боловсруулж хэрэгжүүлэх үндэс болж байна.

2. Жирэмсэн эмэгтэйчүүд, бага насны хүүхдийг диспансерчлах цогцолбор судалгааг явуулснаар клиник-оношлогооны ба нарийн мэргэжлийн эмч нарын үзлэг шинжилгээ, жирэмсэн эмэгтэйчүүд, бага насны хүүхдийн дунд өртөмтгий байдлыг эрт илрүүлж эмчлэн эрүүлжүүлэх арга хэмжээний цар хүрээ өргөслөө.

Судалгаа шинжилгээний ажлын үр дүнг практикт нэвтрүүлэх арга зам:

— Жирэмсэн эмэгтэйчүүд, бага насны хүүхдийг диспансерчлах эрдэм шинжилгээ-практикийн цогцолбор судалгааны туршлагад тулгуурлан энэ таван жилд хот, аймгийн төвд төрөх насны эмэгтэйчүүд, сургуулийн өмнөх насны хүүхдийг диспансерчлах ажлыг үе шатчилан явуулах;

— Эмэгтэйчүүд, хүүхдийн дунд урьдчилан сэргийлэх бүрдмэл үзлэгийг төлөвлөгөөтэй хийж, урьдчилан сэргийлэх, эмчлэн эрүүлжүүлэх ажилд ялгавартай хандан эрүүл мэндийн байдалд динамик ажиглалт тогтоох;

— Хот, хөдөөд эмэгтэйчүүд, хүүхдэд амбулатори поликлиникоор үзүүлэх нарийн мэргэжлийн тусламжийг өргөжүүлэн, аймгийн нэгдсэн эмнэлгийн нүүдлийн амбулаторийн үйл ажиллагааг хөдөөгийн хүн амд нарийн мэргэжлийн тусламж үзүүлэх, эх, хүүхдийг диспансерчлахад бүрэн чиглүүлэх шаардлагатай байна,

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОГО ЭКСПЕРИМЕНТА ПО ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН И ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Мо. Шагдарсүрэн, Д. Жанчивдорж, Н. Удвал

В связи с биологическими, медико-социальными особенностями и специфической организации медицинской помощи матерям и детям требуется дифференцированный подход к их диспансеризации.

В результате проведения экспериментальных научно-практических исследований расширился объем клинико-диагностических исследований осмотра специалистов и лечебно оздоровительных мероприятий среди беременных женщин и детей раннего возраста с повышенным риском улучшились показатели здоровья беременных женщин и новорожденных, снизилась частота преждевременных родов, мертворождаемость, материнская, перинатальная и детская смертность на объекте исследования.

Редакцид ирсэн 1987. 01. 11

М. Чүлтэмсүрэн, Г. Чойжамц

ГАШУУН БАНЗДООГИЙН ФИТОХИМИЙН БА ФАРМАКОЛОГИЙН СУДАЛГААНЫ УРЬДЧИЛСАН ДҮН

Анагаах ухааны дээд сургуулийн эм судлалын тэнхим

Манай орны нутаг дэвсгэрт нийлмэл цэцэгтний овгийн «Compositae» банздоогийн төрөлд хамаарагдах 40 гаруй зүйл ургамал ургах бөгөөд тэдгээрийн дотроос Гашуун банздоо (*Saussurea amara* L.) байгаль цаг уурын янз бүрийн нөхцөлд өргөн тархсан нөөц ихтэй ургамлын нэг юм (2,9).

Ази болон орос ардын эмнэлэгт банздоогийн газар дээрх хэсгийг уушгины өвчин, амьсгалын замын үрэвсэл, ханиад томуу, нүдний чинэрээ өвчний үед болон цус

тогтоох зорилгоор хэрэглэж байсан байна (7, 8, 9).

Гэвч түүний химийн бүрэлдэхүүн, фармакологийн үйлдэл тодорхой судлагдаагүйг үндэслэн манай орны нутаг дэвсгэрт өргөн тархсан гашуун банздоогийн химийн бүрэлдэхүүн, фармакологийн ерөнхий үйлдэл, хоруу чанарыг судлах зорилт тавив.

Шинжлэх дээжид 1983 оны 7 дугаар сарын эцсээр Төв аймгийн нутаг Бөхөгийн гол гэдэг газраас түүсэн гашуун банздоогийн газрын дээрх хэсгийг ашиглав.

Туршилтын хэсэг

Фитохимийн урьдчилсан шинжилгээ. Алкалоид илрүүлэх шинжилгээг Никоновын аргаар (9), Флаваноид илрүүлэх шинжилгээг цианидины урвал болон Г. В. Лазуревский, И. В. Терентьева, А. А. Шамшурина (11) нарын боловсруулсан аргаар, зүрхний гликозид илрүүлэх шинжилгээг Г. Н. Никоновын (9) аргаар ялгамал бэлтгэсний дараа урвал тавьж үзлээ.

Идээлэг бодис илрүүлэх шинжилгээ: Жижиглэж нунтагласан дээжнээс 2 г авч 50 мл нэрмэл ус нэмээд усан банн дээр 30 минут халааж шүүсний дараа түүнээс 1—2 мл-ийг хуруу шилэнд хийж 5% ийн төмрийн хлорид, 1%-ийн төмөр аммоны цөртэй урвал тавьж үзэхэд ногоон өнгийн тундас нэлээд хэмжээгээр үүсэв. Энэ нь уг ургамал идээлэг бодистой болохыг гэрчилж байна. Фитохимийн судалгааны урьдчилсан дүнг хүснэгт 1-д харуулав.

Хүснэгт 1

Фитохимийн судалгааны урьдчилсан дүн

Бодис		Алкалоид					Флаваноид				Зүрхний гликозид	Идээлэг бодис			
Урвалж		Фосфорно-вольфрамин хүчил 1%	Драгендорф	Майер	Зоннштейн (Девриз)	Вагнер	Цуу хүчлийн свинц 10%	Хлорт төмөр 5%	Цианидин	Г. В. Лазуревский нарын	Балье	А. А. Долгов Е. Я. Ладыгин	Легалья	Төмөр аммоны цөр 1%	Хлорт төмөр 5%
	Спиртийн	++	+	++	++	-	+	+	+	+	-	-	-	++	++
	Эфирин	++	-	-	+	-	+	+	-	+	-	-	-	-	-
Ялгамал	Давсны хүчлийн	++	+	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Фармакологийн судалгаа: Шинжилж байгаа ургамлын дээжээс ханд (1:10) бэлтгэн спиртийг ууршуулсны дараа үлдэцийг нэрмэл усанд уусгаж фармакологийн шинжилгээ хийв. Гашуун банздоогийн фармакологийн ерөнхий үйлдэл ба хоруу чанарыг тус бүр 6 ширхэг 8 бүлэг цагаан хулгананд туршлаа.

Ерөнхий үйлдэл ба хоруу чанар. Гашуун банздоогийн 1%-ийн усан ялгамлыг 20 г жинд 0,04—0,05 мл ногдохоор тооцоолон тунгаар хэвлийн хөндийд тарьж ажиглахад 3—5 минутын дараа хөдөлгөөн нь багасч бөгсөө чирэн гол төлөв зүүн тал руугаа эргэлдэж

байснаа хажуугийн байрлалд орж ноомойрон төв мэдрэлийн систем дарангуйлагдаж байгаа шинж тэмдэг илэрч байлаа. Ажиглалтын хугацаанд бусад ямар нэгэн өөрчлөлт ажиглагдсангүй.

Хоруу чанарыг тодорхойлох зорилгоор бэлдмэлийг 20 г жинд 0,08—0,14 мл ногдохоор тооцоолон 8 бүлэг цагаан хулганы хэвлийн хөндийд тарьж, үхсэн ба амьдарсан алин болохыг 24 цагийн дундаж тооцоолсон болно. Үхлийн дундаж тунд (LD₅₀) Першин, Кербер, Беренс (1.3) нарын аргаар статистикийн боловсруулалт хийв. Хоруу чанарыг судалсан судалгааны дүнг хүснэгт 2, 3-т үзүүлэв.

Хүснэгт 2

Гашуун банздоогийн хандын хорУУ чанарыг цагаан хулгананд
тодорхойлсон нь

№	Тунг мл/20 г	Першины аргаар					Керберийн аргаар				
		амьд үлд- сэн ба үх- сэн	үхсэн амьдын хувь	a+v	г-п	(a+v) (г-п)	Амьд үлдсэн	Үхсэн	z	d	zd
1	0,08	0/6	6	0,17	16,7	3,83	6	0	0,5	0,01	0,005
2	0,09	1/5	16,7	0,19	16,6	3,15	6	1	1,5	0,01	0,013
3	0,1	2/4	33,3	0,21	16,7	3,50	4	2	2,5	0,01	0,025
4	0,11	3/3	50	0,23	16,6	3,81	3	3	3,5	0,01	0,035
5	0,12	4/2	66,6	0,25	16,7	4,17	2	4	4,5	0,01	0,045
6	0,13	5/1	83,3	0,27	16,7	4,50	1	5	5,5	0,01	0,055
7	0,14	6/0	100				0	6			

Хүснэгт 3

Гашуун банздоогийн хандын үхлийн дундаж тун (LD₅₀) -

Бэлдмэл	мл 20/г	мл/20 г
	Першины аргаар	Карберийн аргаар
Гашуун банздоогийн ханд	0,11	0,11

Гашуун банздоогийн хандыг цагаан хулганы хэвлийн хөндийд тарихад үхлийн дундаж (LD₅₀) тун нь 0,11 мл, 20 г буюу 5,5 мл/кг байна.

Зүрхний биоцахилгаан идэвхид нөлөөлөх нь:

Гашуун банздоогийн өвснөөс бэлтгэсэн дээрх бэлдмэл туулайн зүрхний үйл ажиллагаанд хэрхэн нөлөөллийг судаллаа.

Шиншили үүлдрийн 1840—2370 г жинтэй 4 туулай сонгон авч чих-

Хүснэгт 4

Зүрхний биоцахилгаан идэвхид үзүүлэх нөлөөг судалсан үр дүн

ЭКГ	Норм	1 минут	5 минут	15 минут	20 минут	30 минут	45 минут	60 минут	90 минут
R—R	0,28	0,30	0,30	0,30	0,30	0,28	0,30	0,28	0,23
PQ	0,08	0,08	0,08	0,09	0,09	0,09	0,08	0,08	0,08
QRS	0,15	0,17	0,17	0,16	0,16	0,15	0,17	0,15	0,15
R (mB)	4	4	4	3,5	3,5	4	4	4	4
P (mB)	1	0,5	0,5	1	1	1	1	1	1
РИТМ	240	230	230	230	230	240	230	240	240

ний хураагуур судсанд 2,2 мл буюу 2,5 мл/кг тунгаар тариад зүрхний цахилгаан бичлэгийн НЕК 125 маркийн аппаратын тусламжтайгаар 2 цагийн турш туршив. ЭКГ-ийн бичлэгийг стандартын I, II, III холболтоор бэлдмэл тарьснаас хойш 1, 5, 10, 15, 20 дахь минут цаашид 30 минут тутамд бичлэг хийж шинжлэв. Туршилт шинжилгээний үр дүнг хүснэгт 4-т үзүүлэв.

Туршилтын үр дүнгээс үзэхэд бэлдмэлийг хураагуур судсанд тарьснаас хойш 15 дахь минутаас эхлэн P шүд 3,2%-иар намсаж, PQ зай 1,1%-иар уртсаж QRS бүрдэл 1,1%-иар богиноссон байна. R—шүдний өндөр дунджаар 75%-иар намсав. ЭКГ-ийн бичлэгт гарсан эдгээр өөрчлөлт 30 минутаас үндсэндээ бүрэн эргэж хэвдээ орлоо. Бэлдмэл тарьсны дараа зүрхний хэм бага зэрэг удааширч байснаа мөн дээрх хугацааны орчимд эхний түвшиндээ орсон болно.

Дүгнэлт: 1. Гашуун банздоогийн газрын дээд хэсэгт алкалоид, флаваноид, идээлэг бодис агуулагддаг бөгөөд бидний судалгаагаар зүрхний гликозидгүй болох нь тодорхойлогдлоо.

2. Шинжилж байгаа ургамлын ханд нь хоруу чанар багатай бөгөөд үхлийн дундаж тун (LD_{50}) 0,11 мл/20 г буюу 5,5 мл/кг байна.

3. Туршилтын үр дүнгээс үзэхэд бэлдмэлийг тарьсан эхний минутаас ЭКГ-д гарсан бүх өөрчлөлт 15—30 минутын дараа анхныхаа түвшинд орж байгаа нь харгаж байна.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. М. Л. Беленький — Элементы количественной оценки фармакологического эффекта. Рига. 1959, 43—56
2. В. И. Грубов — Определитель со-

Ш. Содномпил

ЭХИЙН ЭНДЭГДЛИЙН ШАЛТГААНЫ АСУУДАЛД

Эх нялхсыг хамгаалах эрдэм шинжилгээний хүрээлэнгийн эх барих эмэгтэйчүүдийн өвчин судлалын сектор

Эхийн эндэгдлийн үзүүлэлт, эндэгдэлд хүргэж буй үндсэн шалтгааныг судалснаар жирэмсэн,

- судистых растений Монголий. 1982, 253.
3. А. Н. Кудрин, Т. В. Пономарев — Применение математических методов в медицине и фармакологии. 1964, 209
 4. Г. В. Лазуревский, И. В. Терентьева, А. А. Шамшурина — Практические работы по химии природных соединений. М., 1963, 170—207. 323—324.
 5. Г. К. Никонов и др — Материалы к изучению средств Китайской народной медицины, используемых для лечения гипертонии нефрита, диабета и рака. Аптечное дело. 1961. 1962. 71
 6. Н. Д. Петербургский, Г. Д. Алексеева, Н. В. Сырнева — Новые лекарственные растения Сибири, их лечебные препараты и применение. Томск, 1959
 7. В. В. Телятьев — Лекарственные растения. Восточной Сибири. 1969, 301.
 8. Н. К. Фруентов — Лекарственные растения. Дальнего Востока. Хабаровск, 1972, 333
 9. Ц. Хайдав, Т. А. Меньшаков — Лекарственные растения в Монгольской медицине. УБ, 1978.
 10. Сборник лекарственных и сырьевые ресурсы Иркутской области. Выпуск 4, Иркутск, 1965, 265.
 11. Энциклопедический словарь лекарственных и ядовитых растений, составитель Г. С. Оголовец, Гоц. изд. сельхоз. литературы. М., 1951. 365.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ФИТОХИМИЧЕСКОГО И ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ СОССЮРЕЯ ГОРЬКОГО

М. Чүлтэмсүрэн, Г. Чойжамц

В результате проведенных нами исследований соссюрея горького обнаружены алкалоиды, флаваноиды и гликозиды сердечной группы. Препараты изготовленные из соссюрея горького являются малотоксичными.

Исследование показывает, что исследуемые нами препараты обладают кратковременным кардиотоническим действием.

Редакцид ирсэн 1986. 12. 09

төрөгч; төрсөн эхчүүдэд үзүүлж байгаа эх барих эмэгтэйчүүдийн тусламжийн зохион байгуулалт,

ажлын чанарын байдалд үнэлэлт дүгнэлт өгч цаашид тууштай бууруулах арга замыг боловсруулж хэрэгжүүлэх нөхцөл боломжийг бүрдүүлнэ.

Дэлхийн эрүүлийг хамгаалах байгууллагаас эхийн эндэгдлийн үзүүлэлтийг нэг мөр болгох зорилгоор өвчний олон улсын ангиллын 9 дэх удаагийн шинэчилсэн ангилалд жирэмсний хугацаанаас хамаарахгүйгээр, жирэмсэнтэй холбоотойгоор жирэмсний тээлтийн явцад ба төрсний дараах 42 хоногийн дотор нас барсан тохилдлыг эхийн эндэгдэл хэмээн үзжээ. Харин золгүй тохиолдлын улмаас гарсан эндэгдлийг оруулаагүй байна.

Эхийн эндэгдэл орон бүрд харилцан адилгүй байгаагаас гадна төрөлтийн түвшнээс нэлээд хамаарч байна.

Манай оронд төрөлтийн түвшин өндөр байна. Нам, засгаас авч хэрэгжүүлсэн өргөн хүрээтэй арга хэмжээний үр дүнд эхийн эндэгдэл ардын хувьсгалын жилүүдэд 80 дахин буурч цаашид ч буурах хандлагатай байгаа боловч социалист орнуудын үзүүлэлттэй харьцуулахад харьцангуй өндөр түвшинд байна.

Бид эндсэн 474 эхийн материалд статистикийн нарийвчилсан судалгаа хийв.

Эхийн эндэгдлийн шалтгаан зүйн бүтцийн дотор нэгдүгээрт цус алдалт (40,3%); хоёрдугаарт экстрагениталь өвчнүүд (23,4%); гуравдугаарт үжил халдвар (15,0%); дөрөвдүгээрт жирэмсний хожуу хордлого (13,5%); тавдугаарт умайн урагдал (7,8%) тус тус орж байна. Эндэгдлийн шалтгааны бүтцийг нарийвчлан судалж үзэхэд:

1. Цус алдалтын дотор умайн гипо-атони цус алдалт 40,8%, умайд ихэс түдэх ба ихэсийн хэсэг үлдсэн 26,7%, хэвийн байрласан ихэс цагаас урьдаж ховхорсон 20,4% ихэс түрүүлсэн 6,8%, цусны бүлэгнэлтийн процессод өөрчлөлттэй 3,1%, бусад шалтгаан 2,1%-ийг тус тус эзэлж байна.

2. Экстрагениталь өвчнүүдийн дотор зүрхний эмгэг 26,1%; ууш-

гины хатгалгаа 18,9%, элэгний архаг үрэвсэл 10,8%, бөөрний өвчин 9,0%, сүрьеэ ба менингит 2,7%, цус багадалт 1,8%, цусны даралт ихдэх өвчин 1,8%, бусад өвчин 28,8%-ийг эзэлж байна.

3. Үжил халдвараар нас барагсдын дотор кесарев хагалгааны дараа оёдол тавиулж хүндэрсэн 36,6%, умайд ихэсийн хэсэг үлдсэн 23,9%, умайн салст бүрхэвчийн үрэвсэл 22,5%, тромбофлебит 5,6%, умайн гүйцэд биш урагдал 2,8%, бусад шалтгаан 8,5%-ийг тус тус эзэлж байна.

4. Жирэмсний хожуу хордлогоор нас барагсдын дотор жирэмсэн үеийн эклампси 50,0%, төрөх үеийн эклампси 31,3%, төрсний дараах үеийн эклампси 18,7%-ийг эзэлж байна.

5. Умайн урагдлаар нас барагсдын дотор умай агшаах эм буруу хэрэглэсэн 21,6%, умай мэс заслын хуучин сорвиор урагдсан 21,6%; ургийн толгой буруу тавигдсан 16,2%, ураг буруу байрласан 10,8%, ураг аарцгаар түрүүлсэн үед эх барихуйн тусламж буруу үзүүлсэн 8,1%, түргэн төрсөн 5,4%, клиникийн уйтан аарцаг 5,4%, ураг эвдэх ажилбарын техникийг буруу хийсэн 2,7%, бусад шалтгаан 8,1%-ийг тус тус эзэлж байна.

Эхийн эндэгдлийг эмнэлэг үйлчилгээний шатлал, байршилтаар үзвэл бүх эндэгдлийн 39,9% нь мал аж ахуйн бригадад, 23,8% нь сумын төвд, 21,9% нь аймгийн төв буюу төвлөрсөн хотод, 14,3% нь Улаанбаатар хотод байна. Эдгээр эндэгдлийн 32,7% аймаг төвлөрсөн хотын нэгдсэн эмнэлгийн төрөх тасагт, 25,3% нь сумын их эмчийн салбарт, 16,0% нь Улаанбаатар хотын амаржих газруудад 12,4% нь сум дундын эмнэлэгт, 2,1% нь бага эмчийн салбарт, 11,4% нь гэрт болжээ.

Хүснэгт 1-ээс үзэхэд эхийн эндэгдэл голдуу аймаг ба төвлөрсөн хот, их эмч, бага эмчийн салбарт гарч байгаа нь мэргэжлийн тусламжийн чанар, уг тусламжийг газар дээр нь цаг алдалгүй төгс үзүүлэх эх барих эмэгтэйчүүдийн эмчийн хангамж хүрэлцээ хан-

Эхийн эндэгдлийн шалтгааныг эмнэлэг үйлчилгээний шатлалаар үзүүлсэн байдал

	Эндэгдлийн шалтгаан					
	Бүгд %	цус алдалт %	экстрагениталь өвчин %	үжил халдвар %	хожуу хордлого %	умайн урагдал %
Улаанбаатар хотын амаржих газар	16,0	10,5	15,3	26,8	23,4	13,5
Аймаг, хотын нэгдсэн эмнэлгийн төрөх тасаг	32,7	18,8	43,2	56,3	32,8	27,0
Сум дундын эмнэлэг	12,4	17,3	9,0	5,6	7,8	18,9
Их эмчийн салбар	25,3	30,4	23,4	9,9	28,1	29,0
Бага эмчийн салбар	2,1	3,1	0,9	—	—	8,1
Гэртээ	11,4	19,9	8,1	1,4	7,8	2,7
ДҮН	100	100	100	100	100	100

галтгүй байгаатай холбоотой байж болох юм. Эндсэн эхчүүдийн 11,4% нь гэрийн нөхцөлд эндэж байгаа нь жирэмсэн эхчүүдэд тавих эмнэлгийн хяналт шаардлагын хэм-

жээнд хүрээгүй, жирэмсэн ба нялх биетэй эхчүүдийн амрах байрын ашиглалт хангалтгүйтэй холбоотой байна.

Хүснэгт 2

Эндсэн эхийн насыг эндэгдлийн шалтгаантай харьцуулсан байдал

	эндэгдлийн шалтгаан					
	Бүгд %	цус алдалт %	экстрагениталь өвчин %	үжил халдвар %	хожуу хордлого %	умайн урагдал %
19 хүртэл	4,2	2,6	2,7	7,0	9,4	2,7
20—24	24,3	22,0	31,5	23,9	29,7	5,4
25—29	19,4	16,8	18,9	19,7	26,6	21,6
30—34	15,8	15,2	17,1	21,5	6,3	21,6
35—39	16,5	19,9	13,5	14,1	14,0	16,2
40—44	15,8	20,4	12,6	8,5	9,4	27,0
45 ба дээш	4,0	3,1	3,6	5,6	4,7	5,4
ДҮН	100,0	40,3	23,4	15,0	13,5	7,8

Хүснэгт 2-оос үзэхэд нийт эндсэн эхийн 43,7% нь 20—29 насны, 19,8% нь 40-өөс дээш насны эмэгтэйчүүд эзэлж байгаа нь эндэгдэл нас ахих тутам ихсэх хандлагатайг харуулж байна.

Хүснэгт 3-аас үзэхэд эндэгдлийн дотор ажилчин (39,7), малчин (32,5%), гэрийн ажилтай (13,7%) эмэгтэйчүүд зонхилж байна.

Хүснэгт 4-өөс харахад эндсэн эхчүүдийн дотор бага (46,4%), дунд (34,8%) боловсролтой эмэгтэйчүүд давамгайлж байна.

Хүснэгт 5-аас үзэхэд эндсэн эхчүүдийн дотор анхны (21,9%), 10 ба түүнээс дээш удаа төрсөн (23,8%) эмэгтэйчүүд давамгайлж байгаа нь тулгар болон төрөлтийн тоо ихсэх тутам эндэгдэл ихсэх хандлагатай байна.

Нийт эндсэн эхийн 50,4% (239) нь мэргэжлийн, 25,1% (119) нь мэргэжлийн бус их эмчийн, 11,8% (56) нь бага эмчийн хяналтад, 11,4% (54) нь эмнэлгийн бус нөхцөлд төрсөн байна. Тэдний 25,9%-д нь төрөлт 4—8 цаг үргэлжилжээ.

Эндсэн эхчүүдийн нийгмийн байдал
эндэгдлийн шалтгааны хоорондын
Уялдаа

	Бүгд %	эндэгдлийн шалтгаан				
		цус алдалт %	экстрагениталь өвчин %	үжил халдвар %	хожуу хордлого %	умайн урагдал %
Ажилчин	39,7	34,6	36,0	46,5	43,8	56,7
Малчин	32,5	38,7	30,6	28,2	25,0	27,0
Албан хаагч	12,2	13,1	12,6	12,7	9,4	10,8
Оюутан сурагч	1,9	1,6	2,7	1,4	3,1	—
Гэрийн ажилтай	13,7	12,0	18,0	11,3	18,7	5,4
ДҮН	100	100	100	100	100	100

Хүснэгт 4

Эндсэн эхчүүдийн боловсролын байдал

	Бүгд	эндэгдлийн шалтгаан				
		цус алдалт %	экстрагениталь өвчин %	үжил халдвар %	хожуу хордлого %	умайн урагдал %
дээд	1,7	0,5	1,8	2,8	1,6	5,4
дунд	34,8	29,8	36,9	36,6	48,6	27,0
тусгай дунд	8,9	11,0	6,3	11,3	6,2	5,4
бага	46,4	50,4	46,8	38,0	37,5	56,7
боловсролгүй	8,2	8,4	8,1	11,3	6,3	5,4
ДҮН	100	100	100	100	100	100

Судалгаанаас үзэхэд нийт эндсэн эхийн 9,9% нь 1 удаа, 3,4% нь 2 удаа дутуу төрж байсан, 3,4% нь 1 удаа, 1,5% нь 2 удаа үр хөндүүлсэн, 21,3% нь урд төрөхдөө цус алдаж ихэсээ гардуулсан, 2,5% нь өмнөх төрөлтөндөө ямар нэг мэс ажилбар хийлгэсэн, 4,4% нь амьгүй хүүхэд төрүүлж байсан, 5,3% нь бусад ямар нэг хүндрэлтэй төрж байсан байна.

Эндсэн эхчүүдийг эндсэн цагаар нь үзвэл 42,2% нь 9—19 цагийн хооронд, 13,3% нь 19—22 ца-

гийн хооронд, 42,0% нь 22—09 цагийн хооронд өөрөөр хэлбэл 55,3% нь ажлын бус цагаар эндсэн байна. Эндсэн өдрийг долоо хоногийн гаригаар үзэхэд 11,4% нь Даваа, 13,7% нь Мягмар, 9,5% нь Лхагва, 11,0% нь Пүрэв, 11,8% нь Баасан, 11,2% нь Бямба, 11,2% нь Ням гаригт тус тус байжээ.

Нийт эндсэн эхийн 81,4% нь төрснийхөө дараа эндсэн ба тэдний 78,5%-д нь задлан шинжилгээ хийхэд 85,5%-д нь онош тохирчээ.

Эндэгдлийн шалтгааныг эндсэн эхчүүдийн
төрөлтийн тоотой харьцуулсан байдал

Төрөлтийн дугаар	Бүгд %	эндэгдлийн шалтгаан				
		цус алдалт %	экстра-гениталь өвчин %	үжил халдвар %	хожуу хордлого %	умайн урагдал %
1 дэх	21,9	16,8	27,0	26,8	35,9	—
2 дахь	7,4	6,8	7,2	11,3	6,3	5,4
3 дахь	6,7	2,6	10,8	8,5	9,4	8,1
4 дэх	7,4	7,9	7,2	4,2	9,4	8,1
5 дахь	9,1	10,9	9,0	7,0	3,1	16,2
6 дахь	4,8	4,7	3,6	2,8	7,8	8,1
7 дахь	5,5	5,8	4,5	9,9	1,6	5,4
8 дахь	8,4	6,8	9,0	9,9	9,4	10,8
9 дэх	4,9	7,3	4,5	2,8	1,6	2,7
10 ба дээш	23,9	30,9	17,1	16,9	15,5	35,1
ДҮН	100	100	100	100	100	100

Дүгнэлт: Эхийн эндэгдлийн үндсэн шалтгааны нэгдүгээрт цус алдалт (40,3%), хоёрдугаарт экстра-гениталь өвчнүүд (23,4%), гуравдугаарт үжил халдвар (15,0%), дөрөвдүгээрт жирэмсний хордлого (13,5%), тавдугаарт умайн урагдал (7,8%) орж байна. Үүнээс үзэхэд эхийн эндэгдлийн эдгээр шалтгаанаас урьдчилан сэргийлэх, төрөлтийг удирдах аргыг шинжлэх ухааны үндэстэй боловсронгуй болгох, энэ талаар нийт эмч, эмнэлгийн дунд мэргэжилтний мэдлэг мэргэжлийг дээшлүүлэх явдал чухал байгааг харуулж байна.

Нийт эндсэн эхийн дотор 40-өөс дээш насны эмэгтэйчүүд 19,8%-ийг үүний дотор цус алдсаны улмаас эндэгсдийн 23,5%, умайн урагдлын улмаас эндэгсдийн 32,4%-ийг эзэлж байгаагаас үзэхэд 40-өөс дээш настай эмэгтэйчүүдийг жирэмслэхээс урьдчилан сэргийлэх (ялангуяа экстра-гениталь өвчтэй) төрөлтийн хоорондын хугацааг зохицуулах, жирэмсэн үед мэргэжлийн эмчийн онцгой хяналтыг сайжруулах шаардлагатайг харуулж байна.

Эндсэн эхийн дотор ажилчин (39,7%), малчин (32,9%), гэрийн ажилтай (13,7%) эмэгтэйчүүд зонхилж байгаа нь мэргэжлийн эм-

чийн тусламжийг тухайн давхаргын хүмүүст улам ойртуулах тэдний дунд ариун цэвэр гэгээрлийн суртал нэвтрүүлгийг өвөрмөц ялгавартай хийх хэрэгтэй байна.

Нийт эндэгдлийн 32,7% нь аймаг, бусад төвлөрсөн хотын нэгдсэн эмнэлгийн төрөх тасагт тохиолдож байгаа нь тухайн эмнэлгүүдэд нарийн мэргэжлийн эмч байнга жижүүр хийдэггүйгээс яаралтай тусламжийг цаг алдаж үзүүлж байгаагаар холбон үзэж болох талтай байна. Мөн цус алдаж эндсэн эхчүүдийн 30,4%, умайн урагдлаар эндсэн эхчүүдийн 29,7% нь их эмчийн салбарт гарч байгаа нь илүү өртөмтгий бүлгийн жирэмснийг онцгой хяналтад авах, гарч болох хүндрэлээс урьдчилан сэргийлэх, хүндрэлийн үед үзүүлэх мэргэжлийн тусламж мэргэжлийн бус эмч ажиллаж байгаа их эмчийн салбарт хангалтгүй байгаагаар холбоотой байна.

Эндсэн эхчүүдийн 24,5% нь 10 ба түүнээс дээш удаа, 21,1% нь анхны жирэмсэн, төрөлтийн хувьд 23,8% нь 10 ба түүнээс дээш, 21,9% нь анхны төрөлт байгаа нь анхны төрөгчид тавих хяналтыг сайжруулах, жирэмслэлт төрөлтийн хүндрэлээс урьдчилан сэр-

гийлэх, төгс эмчлэх, эмэгтэйчүүдийн дунд зохиох ариун цэвэр гэгээрлийн суртал нэвтрүүлгийн ажлын чанар, үр нөлөөг дээшлүүлэх, жирэмслэлт төрөлтийг төлөвлөгөөжүүлэх, төрөлтийн хоорондын зайг шинжлэх ухааны үндэслэлтэйгээр зохицуулахыг зүй ёсоор шаардаж байгаа юм.

Нийт эндсэн эхчүүдийн 55,3% нь ажлын бус цагт тохиолдсон нь эмнэлгийн яаралтай тусламжийн бэлэн байдлыг хангах, түүний зохион байгуулалтыг боловсронгуй болгох хэрэгтэй байна.

Эхийн эндэгдлийг бууруулах арга зам:

1. Төрөх насны нийт эмэгтэйчүүдийг диспансерийн хяналтад бүрэн хамруулж тэднийг эрүүлжүүлэх ажлыг системтэй зохиох;

2. Охидын эрүүл мэндэд онцгой анхаарч Улаанбаатар хотын район, аймаг бусад төвлөрсөн хотод охидын эмчийг орон тоогоор ажиллуулах, охидын эмчийг гадаад, дотоодод мэргэжил олгох курсээр бэлтгэж шаардлагын хэмжээнд ажиллуулах;

3. Анагаах ухааны дээд сургуулийн ахлах ангийн оюутнуудад заадаг эх барих эмэгтэйчүүдийн өвчин судлалын хичээлийн цагийг нэмэгдүүлэх, эмч нарын мэргэжил олгох, дээшлүүлэх курс, ординатурын эмч нарын сургалтын программыг улам нарийсган тодотгох, өгөөжийг эрс сайжруулах;

4. Анагаах ухааны дээд сургуулийн эмч нарын мэргэжил дээшлүүлэх факультетийн харьяанд мэргэжлийн тэнхимийг шинээр нээж ажиллуулах;

5. Ойрын жилүүдэд сумын их эмчийн салбаруудыг эх барих

эмэгтэйчүүдийн нарийн мэргэжлийн эмчээр хангах;

6. Аймгийн төв, бусад төвлөрсөн хотын нэгдсэн эмнэлгүүдэд цус орлох шингэний нөөцийг хүрэлцээтэй болгох;

7. Улаанбаатар хотын амаржих газруудын дунд шөнийн цагаар эрчимт эмчилгээ-сэхээн амдруулах иж бүрэн бригадыг ажиллуулах;

8. Зарим аймгийн жишээгээр аймгийн төвүүдэд жирэмсэн баянх биетэй эхчүүдийн сум дундын амрах байрыг тогтмол ажиллуулах;

9. Эхийн эндэгдэл өндөртэй зарим аймгуудад нарийн мэргэжлийн эмчийг тодорхой хугацаагаар томилон ажиллуулах нь зүйтэй байна.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. *И. Н. Желеховцева* — Организация акушерско-гинекологической помощи в СССР. М. 1970
2. *И. В. Ильина* — Организация родовспоможения и гинекологической помощи в СССР. М. 1980.
3. *Л. И. Курденко* — Организация специализированной акушерско-гинекологической помощи. М. 1978
4. *Я. П. Сольский, Г. К. Степановская* — Организация акушерско-гинекологической помощи. Киев, 1980.

К ВОПРОСУ ИЗУЧЕНИЯ ПРИЧИНЫ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ

Ш. Содномпил

На основе изучения 474 историй родов родильниц, авторами установлено: что среди причин материнской смертности преобладают следующие 5 патологии: 1. Кровотечение 40,3%, 2. Экстрагенитальные заболевания 23,4%, 3. Септические заболевания 15,0%, 4. Поздний токсикоз 13,5%, 5. Разрыв матки 7,8%.

Редакцид ирсэн 1986. 12. 22

ХӨЛ ГАР, ААРЦАГ ЯСНЫ ГЭМТЛИЙН ЗАРИМ ОНЦЛОГ

ХЯ-ны харъяа Шүүх эмнэлгийн магадлах товчоо
Эрүүлийг хамгаалах Яам

Сүүлийн жилүүдэд хөсөг, тээврийн хэрэгслийн ослоос үүсэх аарцаг ясны гэмтлийн тоо нэмэгдэж байгаа тухай эрдэмтэд бичиж байна.

Эрдэмтдийн судалгаагаар аарцаг ясны гэмтэл нь ясны нийт гэмтэлд 10—20,8% (1, 4, 5) болж өсчээ.

Аарцаг ясны гэмтлийн 91,4% (1,4) нь механикжсан тээврийн хэрэгслэлийн ослоос гэмтсэний 31,3% нь автомашины ослын үед гэмтсэн байна. Үүнээс 20% нь машинд мөргөгдсөнөөс, 27,7% нь машины дугуйн дор ороход гэмтжээ (1,3—4).

Бидний судалгаагаар машинд мөргөгдөж нас барсан тохиолдлын 16,5% нь аарцаг ясны гэмтэлтэй байсны ихэнх (59,6%) нь аарцаг ясны цагариг тасарсан байв. Аарцаг ясны гэмтэл гол төлөв аарцгийн булчин, өөхөн эд дэх цус хуралт, аарцгийн хөндийн эрхтэнүүдийн гэмтэлтэй хавсарч үүссэн байна.

Аарцгийн хөндийн эрхтэний гэмтлээс давсаг хагарах нь 2,5% тохиолдож байна. Машинд мөргөгдсөнөөс дунд чөмөг хугарах нь (15,3%) аарцаг ясны гэмтлээс цөөн тохиолдож байна. Машинд мөргөгдөхөд дунд чөмөгний яс хугарах нь (65,9%), шилбэний яс хугарахаас (34,1%) бараг хоёр дахин илүү тохиолдсоноос гол төлөв (91,4%) битүү хугарсан нь бусад эрдэмтдийн (2—5) судалгаатай тохирч байна.

Дунд чөмөгний яс ихэнх тохиолдолд дунд ба доод хэсгээрээ хугарсан нь ачааны машины өмнөд бамперийн үйлчлэлээр үүсжээ. Хөлийн чөмөгний ясны хугарал нь машин мөргөсөн хэсгийн эд ангийн түвшин, хүний өндрөөс шалтгаалж байгаагаас гадна ясны энэ хэсгийн анатомын бүтэцтэй холбоотой юм.

Шилбэний яс гол төлөв суудлын машины өмнөд бамперт цохигдсоноос дунд ба дээд хэсгээрээ хугарч байна. Машины мөргөлтөөс үүсдэг шуу, бугалаа ясны гэмтэл нийт гэмтлийн 10,8%-ийг эзэлж байна. Шуу, бугалганы яс хугарах нь машины шууд цохилтын үйлчлэлээр үүсэх нь ховор, харин хүн машинд мөргөгдөж шидэгдэх, газарт унахад үүсдэг нь бидний судалгаанаас ч харагдаж байна. ДҮГНЭЛТ: 1. Машинд мөргөгдөж нас барсан тохиолдлын 16,5%-д нь аарцаг ясны гэмтэл үүсч, үүнээс аарцгийн цагариг тасарсан гэмтэл зонхилсон байна (59,6%).

2. Хөлийн чөмөгт яснуудаас дунд чөмөгний яс хугарах нь ихэвчлэн тохиолдож байна (15,3%). Шилбэний ясны ил хугарал дунд чөмөгний ил хугарлаас хоёр дахин илүү тохиолдож байна.

3. Автомашины ослын үед үүссэн дунд чөмөг, шилбэний ясны хугарлын түвшингээр (хөлийн улнаас дээш хэмжсэн) машиныг төрөл ангийг тогтоох боломжтой юм.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Б. Х. Галиев — Фрактографические исследования изломов длинных трубчатых костей при установлении механизмов травмы. „Суд. мед. экспертиза“ 1985. 2. 45—46
2. В. Н. Крюков — Исследование переломов длинных трубчатых костей при экспертизе направления удара. „Автореф. дисс. на соискание ученой степени канд мед наук“ М. 1958.
3. А. А. Матышев — Возможности дифференциальной диагностики основных видов автомобильной травмы при переломах костей таза и нижних конечностей. „Тезисы докл. расшир. конф“ 1961. 72—74.
4. А. А. Матышев — Судебно-медицинская экспертиза комбинированных видов автотравмы. „Сб. трудов IV всесоюзной конф. суд. медиков. Рига. 1962.
5. Б. А. Саркисян — Определения последовательности переломов костей таза при неоднократной тупой травме. „Суд. мед. экспертиза“ 1985.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ
ПОВРЕЖДЕНИЯ ТАЗОВЫХ
КОСТЕЙ, НИЖНЫХ И ВЕРХНЫХ
КОНЕЧНОСТЕЙ

Р. Дорждэрэм, И. Санжадбрж

Повреждения тазовых костей отмечаются в 16,5% случаев столкновения движущегося автомобиля с пешеходом. Среди повреждений преобладают переломы с нарушением целостности тазового коль-

ца (59,6%). Повреждения костей нижних конечностей при указанном виде автомобильной травмы встречаются в 15,3% случаев, причем преобладают переломы бедренных костей (65,9%). В подавляющем большинстве случаев (91,4%) переломы бедренных костей закрытые.

Открытые переломы костей голени встречаются два раза чаще чем подобные переломы бедренных костей.

Редакцид ирсэн 1986. 03. 25

Ч. Нээчин, Д. Амгаланбаатар, Б. Дагданбазар (Анагаах ухааны дээд сургууль)

ДҮРС СУДЛАЛ БА АНАГААХ УХААН

Хүн ба амьтны махбодын бүтцийг үүсэл хөгжил, түүний үйл ажиллагаа, орчин нөхцөл, нас хүйсний онцлогтой нь нягт уялдуулан молекул түвшнөөс эс, эд эрхтэн болон бүхэл бүтэн махбодын хэмжээнд хүртэл нарийвчлан судладаг шинжлэх ухаан бол дүрс судлал (морфология) юм.

Дүрс судлал нь анагаах ухааны онолын тулгуур шинжлэх ухааны нэг бөгөөд өнө эртнээс хөгжиж ирсэн түүхтэй.

Шинжлэх ухаан техникийн үсрэнгүй хөгжлийн энэ эринд дүрс судлалын шинжлэх ухаан биологи, анагаах ухаан, байгалийн шинжлэлд гол суурийг эзэлсэн хэвээр байна. 21 дүгээр зууны дүрс судлаачид өнөөдөр хүний бие махбодын бүтцийг үйл зүй болон удамшил хувьслын чиглэлээр гүнзгийрүүлэн судалж бичил эргэлтийн системийн бүхэл бүтэн чиглэл бий боллоо. Физик, хими, генетик, кибернетик зэрэг суурь шинжлэх ухааны судалгаа шинжилгээний аргыг өргөн хэрэглэж өнгөт болоод электрон оптикийн өсгөлттэй рентген багаж хэрэгслэл, телемикроскоп, электрон микроскол, цитохими ба гистохимийн аргууд, тэмдэгт атомыг судалгаандаа амжилттай ашиглан хүний бие махбодын нүдэнд үл үзэгдэх эрхтэн системийн үйл ажиллагаа, өнгө, байдлыг бодитойгоор харж чаддаг болсны дээр түүний хялгасан судсуудаар эргэх цус, тунгалгийн эргэлтийг амьдралын нөхцөлд судалж бодисын солилцооны хувирал, өөрчлөлтийг молекул түвшинд хүртэл амжилттай судалж байна. Сүүлийн жилүүдэд электронмикроскопын судалгааг ауторадиографи болон цитохимийн судалгаатай хослуулан судлах ультрацитохимийн судалгааны арга өргөн дэлгэрч эс эсийн туслах эрхтэнд явагдаж буй бодисын солилцооны эрүүл, эмгэг өөрч-

лөлтийг эд эсийн бүрэн бүтэн байдлыг алдагдуулахгүйгээр амьдралын нөхцөлд судлах өргөн боломж нээгдлээ.

Дүрс судлаачид эсийн бүрхүүлийн олон янзын хувилбарын физиологи биохимийн өвөрмөц ялгааны дүрс судлалын нууцыг тайлан тайлбарлахаас эс хоорондын идэвхтэй холбоог нээн илрүүлэхэд их амжилт олж байна.

Эсүүд өвөрмөц рибонуклеиний хүчлийг нийлэгжүүлж түүнийхээ тусламжтайгаар бие биеэ танин кальцийн ион оролцсон өвөрмөц холбоогоор хоорондоо холбогддог болохыг туршлагаар нотолсон ба 1975 онд Зөвлөлтийн дүрс судлаачид эсүүд хоорондоо хэт өндөр дуугаар харилцдаг болохыг нээж хүн төрөлхтөний мэдлэгийн санг нэгэн нээлтээр арвижууллаа.

Ийнхүү үр хөврөлийн болон нас бие гүйцсэн бие махбодыг бүтээж буй эсүүд бие биедээ нөлөөлж харилцан мэдээллээ солилцож тэдгээрийн өсөж төлжих, мөхөн сөнөх үйл явц нарийн уялдаатай явагддаг гэсэн нэгэн дүгнэлтэд хүрчээ. Үр хөврөлийн хөгжлийн явцад эсүүд ялгараж хөгжиж эд, эртхэн, систем үүсч бүрэлдэх нь эсийн хромосом түүнийг бүтээгч ДНХ-ийн молекулын гинжин хэлхээний тодорхой хэсэг болох генийн идэвхжлийн нарийн хувиартай холбоотой болохыг илрүүлж элдэв зэмдэг гажиг хөгжлийн үүсэх шалтгаан эмгэг жамыг тодруулан хорт хавдрын нууцыг тайлж энэ аюулт өвчнөөс хүн төрөлхтнийг хамгаалах үйлсэд их амжилт олж байна. Тухайлбал цусны цагаан цогцсын хорт хавдар лейкозын үед цагаан цогцсын 22 хос хромосомын 21 дүгээрийн урт мөр тасарч, холбогч эдийн эсэд нь шүлтлэг фосфотаза ферментийн идэвх эрс ихэсдэг болохыг илрүүлсэн ба цусанд альфа-фетапротеинийг тодорхойлноор

элэгний анхдагч өмөн үүг цаг алдахгүй оношилж, ихсийн хорион бүрхүүлийн хучуур эсийн гаралтай хорт хавдар хорионэпителиомийг бүрэн төгс эмчилж чаддаг боллоо.

Үр хөврөлийн болон ургийн хөгжлийн үе дэх үүсэл хөгжилт, шалгарал ялгаралт, өсөлт үржил зэрэг нь нарийн диалектик холбоотой, объектив зүй тогтолтой тодорхой зорилтод хөтөлбөртэй байдгийг мэдэх нь чухал юм. Энэ асуудал нэг биеийн хөгжилд ч хамаарагдана. Олон зуун жилийн өмнөөс дүрс судлаачид эрхтэн, эд, эс түүний дотоод эгэл бүтцийн орон зайн харьцааг тогтоон тодорхойлох стереоморологи буюу орон зайн дүрс судлалыг хөгжүүлэх нь чухал гэж үзнэ. Дүрс судлалын энэ салбар одоо тун амжилттай хөгжих бололцоотой юм. Эд эсийн судалгаанд электронмикроскопыг хэрэглэсэн нь стереоморологи хөгжихөд их бэрхшээл учруулсан гэсэн ойлголт байдаг боловч эрхтэнүүдийг микро түвшинд янз бүрийн чиглэлээр зүсч дараа нь бүхэл бүтэн зүслэг болгон түүний дотоод эгэл бүтцүүдийн хэлбэр хэмжээ гаргалтыг тодорхойлж улмаар математик үйлдэлд тулгуурлан уул эрхтний орон зайн бүтцийг тодорхойлох шинэ арга дэлгэрч стереоморологийн хөгжлийг улам хурдасгав. Сүүлийн жилүүдэд эдийн зүслэгт харагдаж буй бүтцүүдийн тоо хэмжээг автоматаар тодорхойлох арга судалгаанд амжилттай нэвтэрч олон эд эрхтэний орон зайн бүтцийг тогтоож чадлаа. Жишээлбэл: Нойр булчирхайн Лангегансын талбар ба инсулиныг ялгаруулагч Ветта эсийн эзэлхүүнийг тодорхойлж, электронмикроскопт харагдаж буй инсулины мөхлөгөөс нойр булчирхайн нэгж эзэлхүүн ба нэгж жинд ногдох инсулины хэмжээг тооцоолон гаргажээ. Эд, эс, эсийн туслах эрхтэнүүдийн тоо хэмжээ эзэлхүүнийг нарийвчлан тодорхойлж, тэдгээрийн бүтэц, үйл ажиллагааны нэгжийг тогтоосноор эм, физик эмчилгээний болон бусад заслын хүчин зүйл хүний бие махбодод яаж нөлөөлж буйг судлах бодит бололцоог олгоно.

Бие махбодын эрхтэн системүү-

дийн үйл ажиллагааг өөр хооронд нь уялдуулан тэнцүүлж удирдах шингэний зохицуулга амьд байгалийн түүхэн хөгжлийн явцад нэн эрт гарч ирсэн бөгөөд хамгийн дээд хөгжилтэй амьтан болох хүний биед бүрч тодорхой байр суурь эзэлдэг нарийн систем болжээ. Энэхүү системийн үйл ажиллагааны дүрс судлалын асуудал эрдэмтдийн анхаарлыг эртнээс татаж байсан ба дэлхий даяар шагшигдсан онол практикийн чухал ач холбогдол бүхий нээлтүүд гарч байгаа авч судалгааны арга нь тогтоогдоогүйгээс шийдвэрлэвэл зохих зарим асуудал бүрхэг хэвээр үлдэж байна. Сүүлийн арван жилд элдэв гормоны эсрэг үйлчилдэг ферментүүдээр тэмдэглэсэн эсрэг биеийг ашиглан дотоод шүүрлийн булчирхайн эсүүдэд гормоныг тодорхойлох иммуноцитохимийн болон энзимцитохимийн аргыг амжилттай хэрэглэж гормонуудын нийлэгжих механизм тэдгээрийн нөлөөгөөр эс, эсийн доторх бүтэцэнд гаргах өөрчлөлтийг судлах талаар их амжилт олж байна. Бүх төрлийн стерононууд эндоплазмын мөхлөггүй торонд холестерин болон холестерин төст нэгдлүүдээс нийлэгждэгийг судлан тогтоогоод энзимцитохимийн аргыг ашиглан бамбай булчирхайд дегидрогеназа ферментийг тодорхойлох замаар цусанд кальцийг багасгагч тиреокальцитонин гэдэг гормоныг нийлэгжүүлэх парафолликуляр эсийг нээлээ. Одоо хүн амьтны өсөлт, үржлийн жамыг дотоод шүүрлийн нь системийг ашиглан удирдан чиглүүлэхэд онцгой анхаарч байна. Энэ бол хүний биеийн шим ба сав бүрдлийн тэнцвэрийг барьж байх байгаль орчин болон хүн нийгмийн орчны эрүүл ахуйг бүрдүүлэх үндсэн нөхцөл юм. Ургамал амьтны гаралтай хоол тэжээлийн чанарлаг байдлыг дээшлүүлэх өнөөгийн нөхцөлд дэлхийн хүн амын өсөлтийг шинжлэх ухааны үндэстэй удирдан зохицуулах, өндөр ашиг шимтэй сайн үүлдрийн мал өсгөж үржүүлэхэд шууд нөлөөлөх нэг чухал зүйл юм.

Эмч, дүрс судлаачдын анхаарлыг их татаж байгаа нөгөө нэг

зүйл бол эхээс анх мэндэлсэн мөчөөс эхлэн өглөж нас эцэслэх хүртэлх хүний бие махбодод гарч буй өөрчлөлтийг (үүсэн хөгжих, үхэж мөхөх үйл явц) судлах биоморфозын шинжлэх ухаан бий болов. Нэн ялангуяа өглөх явцад эс эдэд гарах өөрчлөлтийг нарийвчлан судалж, хүний дундаж насыг уртасгах асуудал онцгой анхаарал татаж байна. Өтлөлтийн шалтгааныг тайлбарласан онол олон бий. Ихэнх эрдэмтдийн үзэж байгаагаар амьдралын явцад эс эдэд явагдах биохимийн урвалаас биологийн өндөр идэвхтэй чөлөөт радикалууд их хэмжээгээр сул чөлөөтэй үүсэх бөгөөд энэ нь эргэж эс эдэд явагдах биохимийн урвалуудад хөндлөнгөөс оролцон тэдгээрийн явц, үндсэн чиглэл үр дүнг өөрчилснөөс бие махбодын эрхтэн системд өөрчлөлт гарч хүн өтөлдөг гэж үзэж байна.

Төрөхөөс үхэх хүртэл үргэлж их ачааллын дор зогсоо зайгүй ажилладаг хүний биеийн нэг чухал систем бол зүрх судасны систем юм. Зүрх судасны системийн өвчлөл үхлийн шалтгаан болох талаараа дэлхийд тэргүүн зэрэгт орж байгаа ба энэ системийг дэлхийн олон эрдэмтэд хүч хавсран судалж түүнд тохиолдох өвчин эмгэгийг эмчлэх үйлсэд гарамгай амжилт олж байна. Зүрх судасны системийн дүрс судлал олон салбартай. Эдгээр салбарын дотроос бичил эргэлтийн (микроциркуляция) дүрс судлал эрдэмтдийн анхаарлыг ихэд татах боллоо. Бичил эргэлтийн системд артериол, прекапилляр, капилляр, посткапилляр, венул гэсэн эд эрхтний бичил судас түүгээр үүсгэгдсэн судсан ончроо торууд ордог. Энэ чиглэлээр Т. А. Григорьева, Б. А. Долго-Сабуров, Д. А. Жданов, В. В. Куприянов, М. Г. Привес, А. М. Чернух нарын зэрэг олон судлаачид дорвитой бүтээлүүд туурвисаар байна.

Эдгээрийн дотроос академик В. В. Куприянов бол манай орны дүрс судлаачидтай ажил төрлийн байнгын холбоотой ажилладаг зөвлөлт болон дэлхийд нэрд гарсан шинжлэх ухааны томоохон зүт-

гэлтэн юм. В. В. Куприяновын шууд удирдлагын дор манай Анагаах ухааны дээд сургуулийн эрүүл анатомийн тэнхимийн эрдэм судалгааны ажлын чиглэл, суурь тавигдаж судасны бүтэц судлалаар анагаах ухааны доктор, дэд эрдэмтэн төрөн гарлаа. Манай тэнхимд судасны бүтэц судлалын судалгааг амжилттай хийж байна. Ялангуяа ясны бүтцийн цусжилт, заадасны цусжилт тунгалгийн судлалын асуудлыг нэлээд амжилттай судлаж байна.

В. В. Куприянов 60-аад оны эхээр эс, эд эрхтэн тус бүрд зохицсон онцлог бүхий цусны эргэлт заавал байдаг болохыг тогтоосон бөгөөд бүтцийн онцлог төдийгүй үйл ажиллагааны өчүүхэн доголдол хазайлт бий болоход хамгийн соргог, нарийн зохицуулалт зөвхөн судасны системээр явагддаг болохыг тодорхойлон бичсэн юм. Энэ бол судас мэдрэлийн хэлхээ холбоог илэрхийлэх нэгдэл мөн. Ийм л ойлголт тооцоогоор хэвийн бүтэц, үйл ажиллагаа, эрүүл эмгэгийн асуудлыг эгэл жирийн, хялбар замаар шийдвэрлэж болох юм. Хүний мөр, шим мандлын хүрзэнээс хальж, эх дэлхийн гүнд эрэл хайгуул хийж сансрын уудам сарны гадаргууг шинжлэн судлах болсонтой холбоотойгоор ажлын өвөрмөц нөхцөл, амьдралын өөр орчинд хүний бие махбодод гарах бүтцийн өөрчлөлтийг судлах дүрс судлалын шинэ салбарууд үүсч дүрс судлалын шинжлэх ухааны цар хүрээ өдрөөс өдөрт өргөжин тэлсээр байна. Дуунаас хурдан тив алгасан нисэх тийрэлтэт онгоц, гариг хооронд жуулчлах атомын хөдөлгүүрт пуужин буй болж хүмүүс зорьчих болсноор өндөр даралт, жингүйдэл, таталт, доргионы нөлөөнд хүний биед гарах өөрчлөлтийг судлах сансрын дүрс судлал шинээр үүсч хөгжих боллоо. Биохими, биофизик, техникийн шинжлэх ухаан хөгжсөнтэй холбоотойгоор дүрс судлалд хүний хөдөлмөрийг хөнгөвчлөх туршлагаар олонсон баримт сэлтийг богино хугацаанд боловсруулж дүгнэх багаж хэрэгслэл эрчимтэй нэвтэрч, математикийн орчин үеийн аргуудыг өргөнөөр

ашиглах боллоо. Дээд анализ түүний дотроос дифференциал болон регрессив анализ, дискриминант функцийн аргыг ашиглан нэгэн биеийн хөгжлийн үе шат түүний онцлогуудын талаар бодит үнэлэлт дүгнэлтийг хийх, хөгжлийн янз бүрийн шатан дахь өсөлтийн хурд эрчмийг тодорхойлж улмаар түүнд нөлөөлөх гадаад орчны зарим хүчин зүйлийн нөлөөг үнэлж дүгнэхэд чадмаг ашиглаж байна. Шугаман интеграцилал, цэгэн тоолол, конфигурацийн коэффициентийг тооцоолох гэх мэт математикийн аргуудыг орон зайн дүрс судлалд хэрэглэн эд эрхтнийг бүтээгч эгэл бүтцүүдийн эзэлхүүний тоон харьцааг гарган эрхтний гадаргууг эзэлхүүн дотоод эгэл бүтцүүдэд нь харьцуулан макро болоод микро түвшинд эд эрхтний хэмжээ, геометрийн загварыг бүтээхэд их амжилт олж байна. Дүрс судлалын шинжлэх ухааны салбаруудад гарч буй энэхүү ололт амжилт анагаах ухааны бусад салбарт хүчтэй нөлөөлж, тэр салбарт ажиллаж байгаа эмч эрдэмтдээс хүний биеийн бүтцийн талаарх мэдлэгээ байнга ахиулж байхыг дүрс судлаачид их анхаарч байна. Эмч хүн зөвхөн хүний биеийн эрхтнүүдийн байрлал зүй, хэлбэр, хэмжээ, эмгэг өөрчлөлт байгаа эсэхийг мэдээд зогсохгүй эд эрхтний дотоод зохион байгуулалт, биологийн нууцад нэвтэрч тэдгээрийн хувиран өөрчлөгдөх, сэргэн төлжих, увидаст чадварыг танин мэдэх хэрэгтэй. Урьдчилан сэргийлэх болон эмчилгээ шинжилгээний шалгарсан аргыг боловсруулахад шаардагдах нэгэн чухал хүчин зүйл бол өвчин үүсэх шалтгаан эмгэг жамыг гүн бат ойлгож цул эрхтний нь бүтэц үүсэл хөгжилтэй нягт холбож ойлгох явдал юм. Энэ нь хүний биеийн бүтцийн тухай онол практикийн дорвитой мэдлэггүйгээр хэрэгжихэд бэрх билээ. Хүний биеийн бүтцийн тухай онол практикийн гүн бат мэдлэг эзэмших явдал эмчээс хэвийн бүтэц үйл ажиллагааны хувирал өөрчлөлтөөр илэрч буй өвчин эмгэгийн шинж тэмдгийг эрт олж харахад туслахын хамт хийж байгаа эмчилгээний үр дүнт

цаг тухайд нь дүгнэн идэвхтэй эмчилгээг цаашид хийх өргөн боломжийг олгодог. Хүний биеийн бүтцийг дулимаг мэддэг эмч практикийн энгийн үйлдлийг хийж чадахгүй бөгөөд өөрийн үнэлэлт дүгнэлт, тавьсан оношдоо үл итгэн өвчний гадаад шинж тэмдэг төдийхөнд хууртаж, эмч хүнд зайлшгүй байх ёстой ажигламтгай чанараа хөгжүүлж мэргэжил боловсролоо ахиулж чадахгүй болно.

Орчин үеийн анагаах ухаанд эрдэм мэдлэг сүрхий төрөлжиж эмч хүн урьдын ба одоо шинээр нээгдэж байгаа онол, элдэв дүгнэлт, таамаглалыг бүхэл бүрдлээр нь эзэмшихэд улам бэрхтэй болж байна. Иймд анагаах ухааны нэг тодорхой салбарын нарийн мэргэжлийг эзэмшсэн эмч хүн өөрийн мэргэжлээ сайн мэдэхийн хажуугаар бусад нарийн мэргэжлийг тодорхой түвшинд гадарладаг байхын тулд анагаах ухааны онолын тулгуур шинжлэх ухаанууд түүний дотроос дүрс судлалыг онц сайн мэддэг байх нь чухал.

Суут сэтгэгч, гүн ухаантан, алдарт эмч Гиппократ 2500 жилийн өмнө бие бүтцийн судлал нь анагаах ухааны үндэс мөн гэдэг тодорхойлолт өгснийг одоо хүртэл эрдэмтэн мэргэд хүлээн зөвшөөрсөөр байна.

Анагаах ухааны дээд сургуулийн 1, 2, 3 дугаар курст биологи, эрүүл ба эмгэг анатоми, гистологийн хичээлээр тусгай программын дагуу шалгалт өгч байна. Энэ нь анагаах ухааны тодорхой салбараар цаашид ажиллах эмнэлгийн залуу боловсон хүчинд хүний биеийн бүтцийн талаар үндсэн гол цогцолбор мэдлэгийг өгөхөөс биш хүний биеийн бүтцийн талаарх бүх зүйлийг орчин үеийн шинжлэх ухааны хөгжлийн түвшинд хүртэл бүрэн дүүрэн өгч асуудлыг төгс шийдвэрлэсэн хэрэг огтхон ч бус билээ. Иймд тус сургуулийг төгсөөд тодорхой салбараар мэргэжиж байгаа эмч, эрдэм шинжилгээний ажилтнууд хүний биеийн бүтцийн талаар бие дааж цааш гүнзгийрүүлэн үзэх нь эрхэмтэй ажил хөдөлмөртөө амжилт олохын нэг үндэс юм.

Орчин үед дүрс судлаачид бүтцийн онол, хөгжлийн онол гэдэг ойлголтыг дэвшүүлж байна. Бие махбодын бүтцийг хөгжилтэй нь хамт судалж орчинтой нь нэгдэлтэйгээр ойлгох явдал нэн чухал юм. Бүтцийн ялгаа нь материйн хэлбэрийн илэрхийлэл юм. Түүнчлэн анагаах ухааны онол, хүний биеийн дүрс судлалын мэдлэгийг эмч нарт олгох гол төвийн нэг болох Анагаах ухааны дээд сургуулийн эрүүл ба эмгэг анатомийн тэнхим, гистологийн тэнхмийн лабораторийг сургалт, эрдэм шинжилгээний орчин үеийн сорилтот судалгааны багаж төхөөрөмжөөр тоноглож мэргэжлийн боловсон хүчнээр бүрэн дүүрэн хангаж, анагаах ухаан биологийн факультетийн

программаар эмч нарт нарийн мэргэжлийн зэрэг олгох, эмч нарын мэргэжил дээшлүүлэх болон мэргэжил олгох курст хүний биеийн дүрс судлалын орчин үеийн ололтуудаас мэргэжлийн дагуу лекц уншдаг ЗХУ-ын эмч нарын мэргэжил дээшлүүлэх дээд сургуулийн туршлагыг манай Анагаах ухааны дээд сургуульд бүтээлчээр авч хэрэгжүүлэх нь мэргэжлийн бэлтгэл сайтай, тулгамдсан асуудлыг цаг алдалгүй хамгийн ашигтай зөв байдлаар шийдэж чадах чадвар бүхий ирээдүйтэй эмнэлгийн дээд мэргэжлийн боловсон хүчин бэлтгэн гаргах нэг гол үндэс болох юм.

Редакцид ирсэн 1987. 04. 10.

Б. Жав (Анагаах ухааны дээд сургууль)

ЭХ БАРИХУЙН ПРАКТИК ДАХЬ ГЕМОМРАГИЙН ШОК (Төгсгөл)

Судсанд цус түгээмлээр бүлэгнэх хам шинжийн эмчилгээ

Эх барихын гаралтай цус алдалтаас үүсэн СЦТБ хам шинжийн эмчилгээ нь юуны түрүүнд хам шинжийн шат, эх барихын эмгэгийн шинж чанар бусад шалтгаанаас ихээхэн хамаарна. Шалтгаантай уялдаж гарах СЦТБ хам шинжийн клиникийн илрэлүүд (цус бүлэгнэхгүйгээр гоожих, тариа хийсэн тэр хэсэгт цусан бундуу үүсэх, арьсаар жижигхэн цусан харвалт гарах, цус алдалт тархмал байдалтай болох г. м) болон лабораторийн шинжилгээгээр оношилно.

Гемокоагуляцийн систем дэх өөрчлөлтүүдийг тооцсоны үндсэн дээр СЦТБ хам шинжийн эмчилгээг өвөрмөцөөр хийнэ. СЦТБ хам шинжийн эмчилгээ:

1. Хам шинжийн үндсэн шалтгааныг арилгах
2. Төвийн ба хязгаарын гемодинамикийг хэвийн болгох
3. Цусны бүлэгнэлтийн шинж чанарыг сэргээх
4. Судсанд цус бүлэгнэх процессыг багасгаж хязгаарлах
5. Фибрин уусгалтын идэвхжлийг хэвийн болгоход чиглэгдэнэ.

Прокоагулянтууд агуулагдсан цусны бүтээгдэхүүн, бэлдмэлүүд, донорын шинэхэн бэлтгэсэн цусыг сэлбэх замаар цусны бүлэгнэлтийн шинж чанарыг сэргээнэ. СЦТБ хам шинжтэй байхад эргэж байгаа цусны хэмжээний хомсдлыг гагцхүү донорын шинэхэн бэлтгэсэн цусыг сэлбэж арилгана. 3-аас илүүгүй хоногийн хугацаанд бэлдсэн донорын цус, 2 цагаас илүүгүй хугацаанд консервлосон цус, хуурай ба антигемофильны сийвэн, фибриноген, криопреципитат хэрэглэнэ.

Фибриногеныг 250, 500 мл-ийн багтаамжтай шилэн саванд савлан бэлтгэнэ. Хэрэглэхийн өмнөхөн натри хлорийн 0,9%-ийн уусмалаар шингэлнэ. Фибриноген багадалтын хүнд хэлбэрийн үед фибриногенийг (цусанд фибриногены концентрац 1 г/л, түүнээс бага байвал) эмчилгээнд хэрэглэнэ. Фибриногены бүрэлдэхүүнд биологийн идэвхтэй уураг, фибрин(мономер, гепарин, фибриногены задралын бүтээгдэхүүн бүхий фибрин-мономерийн бүрдмэл байдаг учраас эмчилгээнд хэрэглэж байгаа фибриногены тунг 1—2 г хүртэл ихэсгэнэ. СЦТБ хам шинжийн үед хэрэглэж байгаа

* Түрүүч нь 1987 оны гуравдугаарт бий

фибриногены хэмжээг нягтлан тооцож мэдэх шаардлагатай. Донорын шинэ бэлтгэсэн бүлээн цусанд 2 г/л, хуурай сийвэнд 1 г/л, антигемофильны сийвэнд 3,5—4 г/л фибриноген байна. Фибриногены бэлдмэлд 8 г/л хүртэл уураг, криопреципитат 10—21 г/л байдаг. Фибриногены бэлдмэлүүдийн ерөнхий тун 4 г-аас их байж болохгүй. Цэвэр фибриногеныг биш, харин фибриноген агуулагдсан бэлдмэлүүдийг эмчилгээнд хэрэглэхэд илүү үр дүнтэй.

Криопреципитатанд VIII хүчин 200 нэгж агуулагдана. Нэг кг жинд 3—5 нэгж ногдохоор тооцож хэрэглэнэ. СЦТБ хам шинжийн III ба IV шатанд криопреципитатыг хэрэглэхэд илүү үр дүнтэй. Антигемофильны сийвэнд прокоагулянтуудын идэвх 60—80% хүртэл агуулагдана. Жишээлбэл антигемофильны глобулины идэвх 0,6 нэгж/мл байна. Ийм учраас СЦТБ хам шинжтэй өвчтөнд энэхүү сийвэнг хэрэглэж болно.

Хуурай сийвэнд протромбины бүрдлийн хүчин зүйлс их байдаг. Гагцхүү бүлгийн тохироог шалгаж тохирох бүлгийн цусны хуурай сийвэнг сэлбэнэ.

Нэг хоногийн хугацаатай консервловсон шинээн цусыг, өвчтөний тромбоцит 100 10⁹/л байвал СЦТБ хам шинжийн эмчилгээнд хэрэглэж болно. Протромбины комплексийн хүчин зүйлсийн идэвхжил буурсан, цус багадсан байхад 5 хоног хүрэхгүй хугацаатай консервловсон цусыг хэрэглэж болно. СЦТБ процессыг зогсоох үүднээс цусанд гепарин хийж гепаринжуулсан цус сэлбэнэ. Гепарин өргөн хүрээний үйлчилгээ үзүүлнэ. Гепарин тромбоцитын наалдах чанарыг багасгаж, үрэвслийн эсрэг үйлчилгээтэйгээс гадна эдүүд дэх эсэлдэх-сэргэх процессыг сайжруулан, шокийн үед эрхтэн гэмтэхээс сэргийлнэ. Хамгийн гол нь антиромбопластин ба антиромбины идэвхжил ихэдсэн нөхцөлд шууд үйлчилгээтэй антикоагулянтны үйлчилгээ үзүүлнэ. Гемокоагуляц, тромбины бүх шатыг зогсоож, тэгснээрээ бүлэгнэлтийн эсрэг хоёрдахь системийн идэвхжлийг тасална. Ге-

парин, антиромбин III-ын үйлчилгээг эрчимжүүлнэ. Гепариныг тарихад гепарин бүрдэл антиромбин III үүснэ. Гепарин бүрдэл-антиромбин III бүлэгний бүтэц, цусны бүлэгнэлтийн процессын хурдцанд нөлөөлснөөс бүлэн сэвсгэр, амархан уусамтгай болно. Ийм учраас удаан хугацаагаар фибрин хуримтлагдсан тохиолдолд гепарин чухал ашигтай. Өөрөөр хэлбэл элэг, дэлүү гэмтсэн, өвчин үүсгэгч нянгийн ферментийн нөлөөгөөр фибрин уусгах процесс дарангуйлагдсан, хязгаарын цусны эргэлт архаг явцтайгаар өөрчлөгдсөн (үжил, жирэмсний хожуу хордлого г. м) үед гепарин сайн нөлөөтэй.

СЦТБ бүлэгнэх хам шинжийн цочмог хэлбэрийн үед эргэж байгаа цусанд их хэмжээний тромбин байдаг учраас түүнийг саармагжуулах шаардлагатай. Гэхдээ энэ хэлбэрийн СЦТБ хам шинжтэй байхад гепарин хэрэглэх эсэх нь нэг мөр болж шийдэгдээгүй байна. Гепарин тарихад цус алдах нь ихсэж болох талтай. Шокийн үед цусны бүлэгнэлтийн өөрчлөлт нь зөвхөн СЦТБ хам шинжийн үр дагавар төдийгүй, мөн гемодилуцийн хямрал, прокоагулянтуудын хэсэг алдагдахтай холбоотой байдаг. Ийм учраас цус их алдсан өвчтөнд гепарин хэрэглэж болохгүй. Гепарин эмчилгээ хийх заалтыг сайтар сонгож хамгийн бага тунгаар эмчилнэ. Эмчилгээнд хэрэглэх гепарины тун эргэж байгаа цусан дахь тромбин, фибриноген, тромбоцитын концентрацаас ихэвчэн хамаарна. Гепарин эмчилгээ хийх явцад гемокоагуляцийн системд байнгын хяналт тавина.

Тарьснаас хойш 15 минут болоход гепарины бүлэгнэлтийн эсрэг үйлчилгээ эхэлнэ. Энэ үед цус ихээр алдахгүй бол гепарин эмчилгээг үргэлжлүүлнэ. Хэрэв цус их алдвал гепарин эмчилгээг зогсоож Ли-Уайтын аргаар цусны бүлэгнэлтийн хугацааг давтан тодорхойлж, протамин сульфатаар цусны бүлэгнэлтийн хугацааг зохицуулах эмчилгээ хийнэ. Цусны бүлэгнэлтийн хугацаа хэт ихэссэн нөхцөлд (15 минутаас их) тарьсан гепарины тунгийн 1/2-ийг 1:1 гэсэн

тооцоотойгоор 1%-ийн протамин сульфатын уусмалаар саармагжуулна. Гепарин эмчилгээ эхлэхийн өмнө эгмийн дор тавьсан гуурсыг гепаринаар угаасан, гепаринжуулсан цус сэлбэсэн, түрүүнд нь гепарин эмчилгээ хийлгэж байсан эсэхийг сайтар магадлана.

Дор дурдсан аргаар гепарин эмчилгээг хийнэ. Хам шинжийн шатыг харгалзан, коагуляцийн өөрчлөлт гүнзгийрэх тутам гепарины тунг эрс багасгана. Тухайлбал цус хэт бүлэгнэх шатанд нэг кг жинд 50—70 нэгж, фибрин уусгалтын идэвхжилгүйгээр цусны бүлэгнэлт багасах шатанд зөвхөн 10—30 нэгж/кг тарина. Цусны бүлэгнэлт огт явагдахгүй болсон шатанд гепарин эмчилгээ хийхгүй. Гепариныг 0,85%-ийн натри хлорын 100—150 мл, эсвэл 5%-ийн глюкозийн уусмалд найруулж, венийн судсанд нэг минутанд 30—50 дусал душлахаар тарина.

Орчин үед СЦТБ хам шинжийн цочмог хэлбэрийн үед гепариныг их тунгаар тарихад цус алдах нь улам ихэсдэг болох нь нэгэнт нотлогдоод байна. Гепарин эмчилгээ хийснээс цус алдах нь улам ихэссэн нөхцөлд протамин сульфат, үүнтэй төстэй эмэн эмчилгээ хийнэ. Гепарины үйлчилгээг саармагжуулахын тулд түүний тунг сайтар тогтооно. 100 нэгж гепариныг саармагжуулахад 1%-ийн 0,1 мл протамин сульфатын уусмалыг хэрэглэнэ.

Төрсний дараах үед умайн гипотони цус алдалтыг эмээр эмчилж байгаа, ихэсийн талбайн судсаас цус алдаж байгаа болон төрөх замын зөөлөн эдүүд их хэмжээтэй гэмтсэн тохиолдолд гепарин эмчилгээ хийхгүй. Гагцхүү төрөх замын зөөлөн эдүүдийн урагдлыг оёсон, умайг үтрээн дээгүүр авах мэс ажилбар хийж цус алдахыг тогтоосны дараа гепарин эмчилгээ хийнэ.

Декстраны бэлдмэлүүд, ялангуяа полиглюкин гепарин төстэй үйлчилгээтэй байдгийг анхаарвал зохино. Фибрин уусгалтын эсрэг үйлчилгээтэй эмэнд контрикал, трасилол, гордокс орно. Эдгээр эмэн бэлдмэл анхдагч ба хоёрдогч

фибрин уусгалтыг зогсоох үйлчилгээтэй. Өөрөөр хэлбэл цусны бүлэгнэх шинж чанарыг сайжруулж цус алдахыг зогсооно. Эдгээр эмийн нөлөөгөөр эдийн солилцооны өөрчлөлт зохицуулагдан, калликрейн, трипсин, хемотрипсины үйлчилгээний идэвхжил буурна. Эдгээр эм амин капроны хүчлээс 8—10 дахин илүү үйлчилгээтэй. СЦТБ хам шинжтэй өвчтөний венийн судсанд аажим тарина.

Фибрин уусгалтын эмгэгийн эмчилгээний эхний шатанд нийллэг ингибиторууд, тухайлбал амин капроны хүчил (эпсижапон, амикар г. м), памбу (амбен) хэрэглэнэ. Гэвч эдгээр эмийг эмчилгээнд хэрэглэх явцад бичил эргэлтийн системд бүлэн удаан хугацаанд байх, эдүүдэд хүчилтөрөгчийн хэрэгцээ багасах, элэг бөөрөнд үхжлийн өөрчлөлтүүд үүсэх, бөглөрөл тархмалаар буй болох, тархины цусан хангамж өөрчлөгдөх хүндрэл гардаг учраас хэсэг орчимд цус тогтоох зорилгоор хэрэглэнэ.

Фибрин уусгалтын эсрэг үйлчилгээтэй бэлдмэлүүдийг жирэмсэн эхэд өгөхдөө эдгээр эм, цусны бүлэгнэлтийг ихэсгэж судсуудад тромбо үүсгэн, цусны аглиун чанарыг нэмэгдүүлэх, дотоодын фибрин уусгалтыг дарангуйлах үйлчилгээ үзүүлдгийг анхаарвал зохино. Энэ байдлаас үндэслэн фибрин уусгалтын эсрэг эмийн бэлдмэлүүдийг жирэмсэн ба төрөгч эхэд урьдчилан сэргийлэх зорилгоор, мөн СЦТБ хам шинжийн архаг, архагдуу явцтай хэлбэрийн үед хэрэглэхгүй. Харин хязгаарын цусны эргэлтийг сайжруулах замаар СЦТБ хам шинжинд эмчилгээний үйлчилгээ үзүүлдэг альбумин хэрэглэвэл илүү үр дүнтэй.

Фибрин уусгалтын эсрэг бэлдмэлүүдээр эмчилгээ хийхдээ юуны түрүүнд СЦТБ хам шинжинд оруулж байгаа эх барихуйн эмгэгийн шинж чанар, хам шинжийн шатууд, клиник илрэлүүд, коагулограммын байдал, хавсарсан жирэмсний хожуу хордлогын үгдрэлийн явцыг нягтлан тооцсоны үндсэн дээр нэн болгоомжтой хандвал зохино. Гагцхүү СЦТБ хам шинжийн III ба IV шатанд трасилол,

контрикал, гордоксийг хэрэглэнэ. IV шатанд хэрэглэх тун III шатанд хэрэглэх тунгаас 2—3 дахин их байсан нөхцөлд л цус тогтох боломжтой.

СЦТБ хам шинжийн эмчилгээг ерөнхийд нь дор дурдсан байдлаар хийнэ. Үүнд: цусны бүлэгнэлт ихэдсэн шатанд венийн судсаар 250—5000 нэгж гепарин тарихад цус судсуудад бүлэгнэх явцыг зогсоох боломж бүрдэнэ.

Хоёрдугаар шатанд буюу фибрин уусгалтын идэвхжилгүйгээр цусны бүлэгнэлт багассан үед, хэрэв бүлэгнэлтийн хүчин зүйлсийн хэрэглээний процесс дөнгөж эхэлсэн, гемокоагуляцийн өөрчлөлт гүнзгийрээгүй байвал венийн судсаар 2500—3000 нэгж гепариныг 0,85%-ийн натри хлорийн 100—150 мл уусмалд найруулж нэг минутанд 20—40 дусал дусах хурдтайгаар тарина. Мөн цусны бэлдмэл, бусад компонентууд ба цэвэр цус сэлбэж болно.

Гуравдугаар шатанд фибрин уусгалтын идэвхжил бүхий цусны бүлэгнэлтийн эмгэг гүнзгийрсэн үед эмчилгээнд фибриноген, сийвэн, альбумин, донорын бүлэн цус хэрэглэнэ. Фибрин уусгалтын эмгэгийг зогсоох үүднээс фибрин уусгалтын эсрэг үйлчилгээтэй бэлдмэлүүдээс аль нэгийг тухайлбал, трасилол (50000—300,000 нэгж), контрикал (50,000—60,000 нэгж), гордокс (100,000—300,000 нэгж) хэрэглэнэ. Энэ шатанд гепариныг маш болгоомжтой, зайлшгүй шаардлагатай гэж үзвэл клиникийн илрэлүүд, коагулограммын хяналтын дор, 1500—2500 нэгжээс их биш тунг венийн судсанд дуслаар тарина.

Цус огт бүлэгнэхгүй болсон шатанд эрчимт эмчилгээнд фибриноген (2—4 г), криопреципитат (600 нэгж хүртэл), ижил бүлгийн сийвэн (1000 мл хүртэл), альбумин, донорын бүлэн цус өргөн хэрэглэнэ. Эдгээр эмчилгээтэй зэрэгцүүлэн фибрин уусгалтын эсрэг бэлдмэлүүдээс их тунгаар тарина. Шаардлагатай бол давтан, тодорхой хугацаанд хэд хэдэн удаа тарина. Гепарин эмчилгээ хийж хэрхэвч болохгүй.

Ийнхүү цус алдалтын эмчилгээг СЦТБ хам шинжийн шатуудад тохируулж хийнэ. Цус тогтоох эмчилгээний үр дүн нь эмэн бэлдмэлүүдийг хэрэглэх зөв дэс дарааллаас шууд хамаарна. Эмчилгээг 0,85%-ийн натри хлорийн 100—150 мл, эсвэл 5%-ийн глюкозын уусмалд гепариныг найруулж, нэг минутанд 30—50 дусал дусах хурдтайгаар венийн судсанд тарьж эхэлнэ.

СЦТБ хам шинжийн IV шатанд гепарин хэрэглэхгүй. Энэхүү хам шинжийн II шатанд гепарин тарснаас хойш 15 минутын дараа, III ба IV шатанд эмчилгээг дөнгөж эхэлмэгц трасилол эсвэл контрикал тарина. СЦТБ хам шинжийн II шатанд гепарин тарьж эхэлснээс хойш 15 минут, III ба IV шатанд фибрин уусгалтын эсрэг бэлдмэл хийгээд 15 минут болоод цус орлох эмчилгээ хийнэ. Цус алдах нь тогтсоны дараа эсвэл эмчилгээнд зохих үр дүнгүй бол цусны бүлэгнэлтийг давтан шинжилнэ.

Лабораторийн хяналт бол гепарин эмчилгээ хийх зайлшгүй нэг нөхцөл юм. Үүнд: цусны бүлэгнэлтийн рекальцификация, тромбины хугацаа, бүлэгнэлтийн индексийг доорхи томъёогоор тус тус тодорхойлно.

$$\frac{\text{Бүлэгнэлтийн индекс}}{\text{донорын рекальцификаци}} = \frac{\text{өвчтөний Рекальцификаци}}{\text{индекс}}$$

кацийн хугацаа нормдоо 103 с
кацийн хугацаа

Рекальцификацийн индекс нормдоо 0,8—1,0 байна. Гепарин эмчилгээг нэлээд идэвхтэй хийсний дараа энэхүү индекс 0,7 байж болно.

СЦТБ хам шинжтэй холбоотойгоор цус дахин алдаж болох учраас тодорхой чиглэсэн эмчилгээг давтан хийнэ. Дээр дурдсан цус алдах шалтгаануудаас гадна цусны бүлэгнэлтийн системд гарах өөрчлөлтүүдийн шалтгаан нь элэний үйл ажиллагааны алдагдал, тромбоцитын тооны эрс цооролттой холбоотой байдгийг анхаарах хэрэгтэй. Энэ үед дээрх эмээс гадна эдгээр хүндрэлийг эмчлэхэд адроксон, дицинон, серотонин бусад бэлдмэл хэрэглэнэ.

Дициноно, эсвэл этамзилат нь тромбоцитуудын үйл ажиллагааны идэвхжлийг сайжруулан, капилляруудын хэврэгшлийг багасгах үйлчилгээтэй. 12,5%-ийн уусмал 2—4 мл-ийг венийн судсаар, эсвэл булчинд тарихад цус тогтоох үйлчилгээ тод илэрнэ. Шаардлагатай бол 4—5 цаг хүртэл үргэлжлүүлэн тарина.

Адроксин-капилляруудын нэвчимтхий чанарыг багасгана. Харин цусны бүлэгнэлтийн системд үйлчлэхгүй. Энэ эмийг венийн судсаар, эсвэл булчинд (0,025%-ийн 1 мл) тарина. Эмчлэх явцад 2—3 удаа тарьж болно. Хэсэг орчимд бөглөөс (эмэн уусмалд норгосон марлин бөмбөлөг) тавина.

СЦТБ хам шинжээс нөхцөлдсөн цус алдалтыг эмчлэхээр цус алдалтын тогтох хугацаанд үндэслэх нь илүү ашигтай. Цусны бүлэгнэлтийн системд гарсан өөрчлөлт гүнзгийрч даамжирсан нөхцөлд цус алдахыг бүрэн зогсооход төдийчинээ хугацаа хэрэглэнэ.

Цус алдахыг зогсооход чиглэгдсэн эмчилгээний үр дүнг дор дурдсан хүчин зүйлст үндэслэн дүгнэж болно.

Үүнд; 1. цус алдалтын эрчимжилт багасна. 2. алдаж байгаа цус эхлээд шингэн дараа нь бүлэгнэнэ.

Эмчилгээний явцад цагт алдсан цусны хэмжээнээс гадна гарч байгаа цусны байдалд онцгой анхаарна. Мөн гарч байгаа венийн цусандахь гематокритын тоо, гемоглобины хэмжээнд өөрчлөлт байгаа эсэхийг магадлавал зохино.

СЦТБ хам шинжийн үед цус тогтоох эмчилгээ хийсний дараа гемостазаар харьцуулахад коагулограммын үзүүлэлтүүд амархан хэвийн болох талтай. Энэ нь алдаж байгаа цусан дахь плазминогены идэвхжүүлэгчийн идэвхжил өндөр, прокоагулянтуудын идэвхжил багдсантай холбоотой. Үүнтэй уялдаж цус алдаж байгаа хэсэгт (умайн хөндий, гуурс тавьсан орчим, шарханд) амин капроны хүчил (5%-ийн уусмал 100—400 мл), хуурай тромбин (125—500 нэгж) ба адроксон эсвэл дициноны (1—4 мл) хэрэглэнэ. Хуурай тромби-

ныг (125 нэгж) хэрэглэхийн өмнө 0,9%-ийн натри хлорийн уусмалд найруулж энэ уусмалд тампоныг норгож цус алдаж байгаа хэсэгт тавина. Цус гарч байгаа хэсэгт цус тогтоох үйлчилгээтэй эмийг хэрэглэхэд үр дүнтэй байдаг.

Өвчтөний цусны бүлэг, резусамаарал, өвчтөн ба донорын цусны тохироог тодорхойлохгүйгээр ямар ч нөхцөлд цус сэлбэж болохгүй.

Цусны бүлэгнэлтийн өөрчлөлтийг эмчлэх эмчилгээтэй зэрэгцүүлэн амин чухал эрхтнүүдийн үйл ажиллагааны дутагдлаас урьдчилан сэргийлэх, бөөрний цочмог дутагдлаас хамгаалах эмчилгээ хийнэ. Бөөрний цочмог дутагдал үүсэхээс урьдчилан сэргийлэх эмчилгээг дор дурдсан бүдүүвчээр хийнэ.

Натри бикарбонатын уусмалд (4—5%-ийн 200—400 мл) гепариныг 2500 нэгж хүртэл (хэрэв түрүүнд нь гепарин тариагүй юмуу, эсвэл түүнийг хэрэглэхэд эсрэг заалт байхгүй бол), гидрокортисон 250 ме найруулж нэг минутанд 30—50 дусал дусах хурдтайгаар венийн судсаар тарина. Зэрэгцүүлэн 20—40 мг лазикс тарина. Энэхүү тунг тарьснаас хойш 15—30 минут болоход шээсний гарц сайжрахгүй бол 80—120 мг-ыг тарина. Лазекстай зэрэгцүүлэн 2,4%-ийн эуфиллин 5—10 мл тарина. Мөн 0,25%-ийн новокаины уусмал 100—150 мл-ийг дуслаар тарина. Бөөрний түүдгэнцрийн шүүлт өөрчлөгдөөгүй үед лазекс тарьсны дараа 30 минут болоод 15—20%-ийн маннитол эсвэл сорбитолын уусмалыг 10—15 минутын турш (нэг удаагийн тун 09—1 г/кг удаан тарина. Дээр дурдсан эмийг тарихад олигтой үр дүн гарахгүй бол 4—6 цагийн дараа давтан тарина. Давтан тарьснаас хойш шээс олигтой гарахгүй бол дахиж шээс ялгаруулах эм хэрэглэхгүй, өвчтөнг нефрологийн тасагт яаралтай шилжүүлж эмчилгээ хийх шаардлагатай.

СЦТБ хам шинжтэй өвчтөнд их хэмжээний сийвэн, цусны бэлдмэлүүдийг сэлбэснээс ийлдэсний гепатитын халдвар үүсэхээс сэр-

Ж. Базардаръяа (Улсын клиникийн төв эмнэлэг)

РЕЛАПАРОТОМИ ХИЙХ ЗААЛТ

Хагалгааны дараа гарч байгаа төрөл бүрийн хүндрэлийг судлах нь уг хүндрэлүүд гарах шалтгааныг олох, эмчилгээний явц чанарыг дүгнэх, залуу мэс засалчдыг ажилд нь дадлагажуулж сургах, хүндрэлээс урьдчилан сэргийлэх зэрэг практикийн болон эрдэм шинжилгээний чухал ач холбогдолтой юм. ЗХУ-д ийм дүгнэлт, судалгааг өргөн хийж байна.

Зөвлөлтийн судлаачид яаралтай мэс заслын хагалгаа дахин хийх болсон гол шалтгааныг өвчтөн оройтож ирэх, хагалгааны явцад өвчний байдлыг бүрэн гүйцэтгэж шалгаж үзэлгүй орхих, мэс заслын техник алдаа гаргах, хагалгааны дараах сувилгаа хангалтгүй зэрэг олон шалтгаан байдгийг судлаж дүгнэсэн байна. Манайд энэ талаар хийсэн судалгааны ажил бараг үгүй байна. Шаардлагатай үед оношийг зөв тавьж цаг алдалгүй дахин хагалгаа хийж чадвал өвчтөнийг үхлээс аврах оновчтой чухал арга хэмжээ гэж үздэг. Гэтэл эхний хагалгаа хийгээд удаагүй байхад хагалгаа дахин хийх зайлшгүй шаардлагатай эсэхийг шийдэхэд үнэхээр хялбаргүй. Учир нь өвчтөн их хүндэрч, өвчний клиникийн шинж тэмдгүүд бүдгэрэхийн зэрэгцээ лабораторийн шинжилгээгээр гарсан өөрчлөлтүүдийг өвчний эхний үед болон хагалгааны дараа гарсан өөрчлөлтөөс ялган салгаж үзэхэд бэрхшээлтэй болдог. Мөн түүнчлэн зүрх судас, элэг, амьсгалын эрхтэний үйл ажиллагаанд гарч байгаа өөрчлөлтүүд нь бас эргэлзээ төрүүлдэг. Ийм үед зөвхөн тухайн эмчийн мэргэжлийн ур чадвар, дадлагад тулгуурлах тохиолдол ч гарч болно.

Мэс заслын ажиллагааны явцад нарийн бүдүүн гэдэс, давсаг зэрэг эрхтэнг гэмтээх, нарийн бүдүүн гэдсийг залгахдаа цусан хангамжийг нарийн шалгаж үзэлгүй вал-

гаас хийснээс мэс заслын техникийн алдаа гарч болохыг залуу мэс засалчид анхаарах нь зүйтэй юм.

Дахин хийх хагалгааг ихэвчлэн хожуу ирсэн перитонитуудын дараа гэдэсний гогцоонууд завсраараа бохирдож наалдаж түгжрэх, хэвлийн идээ нь элэг дэлүүний булангуудад хуралдаж буглаа үүсгэх зэрэг хүндрэлийн үед хийдэг. Гэдэсний залгаас тавигдах, дотуур цус алдах, хагалгааны явцад шалгалт дутуу хийх зэрэг мэс заслын техникийн алдаанаас болж дахин хагалгаа хийх нь харьцангуй цөөн байдаг.

Дахин хагалгаа хийх хүндрэлүүд нь тус бүрдээ клиникийн өвөрмөц онцлог, шалтгаантай байдаг. Ийм учраас тус бүрийн шинж тэмдгийг сайн мэдэх шаардлагатай.

1. ГЯЛТАНГИЙН ТҮГЭЭМЭЛ ҮРЭВСЛИЙН хагалгааны дараа хэвлийд дахин идээ хурах юмуу гэдэсний гогцоонуудын завсар идээ буй болох үед доорх шинж тэмдгүүд илэрдэг. Хагалгааны дараа 3—4 хоногт хэвлийд идээ буй болж эхэлнэ. Ийм үед өвчтөний биеийн байдал өдрөөс өдөрт хүндэрч халуурах, хэвлий их хөндүүрлэж шеткинбломбергийн шинж тодорно. Хий, өтгөн гарахгүй гэдэс дүүрэх, хэл хуурай бор шаргал өнгөртэй болох, мэдрэл сэтгэхүй өөрчлөгдөн дэмийрэх, хөдөлгөөн нь огцом болох, элэгний үйл ажиллагаа буурах, бөөлжиснөөс ус эрдсийн тэнцвэр алдагдана. Мөн цусны цагаан цогц ихсэж, гемоглобин буурч улаан цогцсын тунах урвал түргэснэ. Ийм байдалд яаралтай хагалгаа хийх шаардлагатай.

2. ХАГАЛГААНЫ ДАРАА ГЭДЭС МЕХАНИКААР ТҮГЖРЭХ тохиолдол цөөнгүй гардаг. Энэ үед механик түгжрэл, динамик хэлбэрийн хагалгааны дараах парез

(саатах) хоёрыг ялгаж оношлоход хялбаргүй. Гэдэсний парез хэвлийн ямар нэгэн хагалгааны дараа 24 цаг болоод эхлэх бөгөөд эхний хоногт гэдэс цочирч агшилтын байдалтай байдаг. Механик түгжрэл ихэвчлэн гэдэсний гогцоонууд наалдах, орооцолдох, мушгирах зэргээс үүсдэг бөгөөд 5—7 хоногт түгжирлийн шинж тэмдэг илэрнэ. Хагалгааны дараах түгжрэл нь гол төлөв өвчтөн хоол боловсруулах эрхтэний ажиллагаа жигдрээгүй үед хоол ундны дэглэм баримтлалгүй хэт их юм идсэнээс гэдэс орооцолдох, чихэлдэх, мушгирах зэргээр түгжирч болно. Энэ үед хэвлийгээр гэнэт хүчтэй өвдөх, бөөлжих, хий ба өггөн гарахгүй болох, гэдэс дүүрэх, биеийн байдал эрс хүндрэх, хэл хуурай, бохир бор шаргал өнгөтэй болох онцлог шинж тэмдгүүд илэрнэ. Хэвлийг тогшиж үзэхэд зарим хэсэгтээ хийн хөндий, зарим хэсэгт дүлий авиатай байна. Тэмтэрч үзэхэд тодорхой хэсэгт (түгжирсэн газраа) их хөндүүр байна. Хэвлийг тэмтэрч үзсэний дараа гэдэс хүчтэй базалж өвдөнө. Энэ нь гэдэсний гүрвэлзүүр хөдөлгөөнтэй холбоотой юм. Өвчин нэмэгдэхийн зэрэгцээ хэвлийг гаднаас нь харахад жигд биш, гэдэсний гогцоонууд гүврүүтэж харагдах буюу тасархайтаж харагдана. Чагнаж үзэхэд түгжирснээс дээш хэсэгт металлын дуутай төсөөтэй авиа сонсгодоно. Түгжирсэн үед хэвлийг рентгенд харахад колоберийн аяганцаруудын шингэний түвшин тодорхойлогдоно. Парезын эсрэг болон түгжрэлт гаргах эмчилгээ тодорхой үр дүнд хүрэхгүй бол дахин хагалгааг яаралтай хийх шаардлагатай.

3. ДОТУУР ЦУС АЛДАЛТ. Хагалгааны дараа дотуур цус алдах нь их төлөв эхний 1—2 дахь өдөрт илэрч мэдэгдэнэ. Цус алдахын шинж тэмдэг нь уг цус алдаж байгаа судасны диаметр, артер, венийн алианаас алдаж байгаагаас хамаарна. Зарим үед венийн жижиг судаснаас цус аажмаар алдаж байгаа нь мэдэгдэхгүй байсаар фибрин үүсгэж гэдэс түгжрэх эх үүсвэр болох буюу бохирдож идээ-

лээд перитонит болж хүндрэхэд хүргэдэг. Энэ үед өвчтөний биеийн байдал суларч арьс салст цайрч шаргал туяатай болох, судасны лугшилт түргэсч даралт бага зэрэг буурах, хааяа бага зэрэг халуурах, хэвлий ялигүй дүүрэх, цус хуралдаж гарсан хэсэгт хөндүүрлэх, булчин чангарах зэрэг шинж тэмдэг илэрнэ.

Артер зэрэг томоохон судаснаас дотуур цус алдсан бол оношлоход хялбар байдаг. Энэ үед богино хугацаанд өвчтөний биеийн байдал хүндэрч, арьс салст цайх, судасны лугшилт түргэсэх, артерийн даралт буурах, амьсгал ба зүрхний авианд шуугиан гарч агшилтын авиа тодрох, хэсгийн байдлаар хэвлий хөндүүрлэж шеткин-блюмбергийн шинж тод илрэх, гемоглобин эрс буурах зэрэг шинж тэмдэг илрэх тул дахин хагалгаа хийх шаардлагатай.

4. ГЭДЭСНИЙ ЗАЛГААС ТАВИГДАХ БУЮУ ОЁДОЛ ЗАДРАХ нь хэвлийн хагалгааны дараа ямар нэг шалтгаанаар гардаг. Голчлон хагалгааны дараа эхний 7 хоногт тохиолдоно. Энэ үед өвчтөний биеийн байдал эрс хүндэрч перитонитын клиник шинж тэмдэг шууд илэрнэ. Перитонитоос ялгах онцлог нь өвчтөн богино хугацаанд эрс хүндэрч шокийн байдалтай болох, хэвлийд сул шингэн хий буй болж элэгний дүлий авиа арилна. Ийм үед оношийг рентгенд харж тогтоож дахин хагалгаа яаралтай хийнэ.

5. ЭХНИЙ ХАГАЛГААНЫ ҮЕД ХЭВЛИЙД ГАДНЫ БИЕ ҮЛДЭХ тохиолдол байдаг. Энэ нь хагалгааны явцад өвчтөн гэнэт хүндэрч хагалгааг яаравчлан дуусгах болсноос марлан бөмбөлөг, жижиг багаж үлдэх тохиолдол байдаг. Хэрэв багаж үлдсэн бол өвчтөний зовиурыг үндэслэн рентгенд харж батална. Марлен бөмбөлөг үлдсэн бол өвчтөний биеийн байдал түргэн хугацаанд хүндрэхгүй. Учир нь уг хагалгааны цэвэр бохирын байдал, гадны биет нь хаана байрлаж байгаа зэргээс хамаарч дахин хагалгаа хийнэ.

УРАГ, НЯРАЙН ГАВАЛ ТАРХИНЫ ГЭМТЭЛ

Ураг, нярайн төрөх үеийн гавал тархины гэмтэл нь төрсний дараах үеийн өвчлөл эндэгдлийн зонхилох шалтгааны нэг юм.

Төрөх үеийн гавал тархины гэмтэлд гавал тархины цусан хангамжийн гүнзгий хямрал, тархины хальс ба зөөлөн эд гэмтэх, тархинд цус харвах зэрэг төрөлттэй холбогдож үүссэн хүндрэлүүдийг хамруулан авч үздэг.

Энэ эмгэг дунджаар 2,6—3,7% тохиолдох бөгөөд тархины гэмтэлтэй хүүхдийн 38—44,2% нь төрсний дараах үедээ эндэж байна.

Ураг, нярайн гавал тархины гэмтлийн шалтгаан ба түүнд нөлөөлөх хүчин зүйлийг дор дурдсан 4 хэсэгт хувааж үздэг. Үүнд:

1. Жирэмсний үеийн хурц ба архаг өвчнүүд:

а) Зүрх судас, цусны өвчин (хэрлэгийн гаралтай зүрхний пажиг, цусны даралт ихдэх буюу багадаа өвчин, цус багадаалт г. м)

б) Хурц архаг халдвар (томуу, гүйлсэн булчирхайн үрэвсэл, элэгний халдварт үрэвсэл, сүрьеэ,

— дотоод шүүрлийн булчирхайн эмгэг, чихрийн шижин, бамбай булчирхайн үйл ажиллагааны хямрал г. м)

2. Жирэмсний хүндрэл:

а) Жирэмсний хордлого (жирэмсний усан хаван, нефропати, эклампси, түүний урьтал үе г. м)

б) Умай ба эхийн усан хангамжийн өөрчлөлт (зөв байрласан ихэс урьтаж ховхрох, ихэс түрүүлэх)

в) Жирэмсний илүү тээлт, дутуу төрөлт, усан ихэр, олон урагт жирэмслэлт г. м)

3. Төрөхийн хүндэл:

а) Төрөх хүчний сулралт, түргэн төрөлт, ужиг явцтай төрөлт, ус цагаас урьтаж гарах, уйтан аарцаг г. м)

б) Ургийн буруу байрлал, толгой буруу тавигдах, өгзөг ба хөлөөр түрүүлэх, хүй хүзүүгээ ороох, хүй унжих, ургийн толгой аарцгийн хэмжээтэй тохирохгүй байх.

4. Төрөлтийн үед эх барихын

мэс ажилбар, гардан туслалцаа хэрэглэх:

а) Эх барихын хавчуур тавих

б) Вакуум экстратор тавих

в) Эх барихын эргүүлэг хийх

г) Кесарев огтлол хийж төрүүлэх гэх мэт хүчин зүйлүүд нөлөөлж байна.

Дээрх шалтгааны улмаас ургийн толгой механик замаар гэмтэж болохоос гадна урагт хүчилтөрөгч дутагдаж улмаар бодисын солилцоо өөрчлөгдөн цусны хүчил шүлтлийн тэнцвэр алдагдана.

Эрүүл ургийн цусны РН—7,20-оос багасвал эмгэг хүчилжил үүссэнийг гэрчилнэ. Энэ үед цусанд бодисын солилцооны гүйцэд дутуу исэлдсэн хүчиллэг бодисууд хуралдахын зэрэгцээгээр шүлтлийн нөөц буурна. Бие махбод эд эс хүчилтөрөгчөөр дутагдсанаас цусны судасны ханын бүтцэнд өөрчлөлт орж нэвчимтгий болохоос гадна цусны бүлэгнэх чанар алдагддаг.

Ийнхүү ураг, нярайн тархины цусан хангамж өөрчлөгдөн гүнзгий хямрахаас гадна дээрх шалтгааны улмаас шууд цус харваж хүндэрч болно.

Ураг, нярайн гавал тархины гэмтлийг механик гэмтэл, тархины цусан хангамжийн хямрал гэж ерөнхийлөн хоёр ангилж болохоос гадна эмнэл зүй, эмгэг физиологи, биохимийн талаар гарах өөрчлөлтийг нь харгалзан 3 ангилж үздэг. Үүнд:

1. Эмнэл зүйн байдлаар нь хөнгөн, дунд, хүнд гэж ангилна.

Хөнгөн хэлбэр гэдэг нь хүүхэд хөнгөн хэлбэрийн бүтэлттэй төрөх ба төрсний дараах эхний 1—2 хоногт тархины гэмтлийн шинж илрээд 3 дахь хоногоос хэвийн байдалд орно.

Дунд зэргийн хэлбэрийн үед тархины гэмтлийн шинж тодорхой илэрнэ. Их төлөв хүнд хэлбэрийн бүтэлттэй төрж гэмтлийн шинж тэмдэг 7—9 хоног үргэлжилнэ.

Хүнд хэлбэрийн үед ихэвчлэн тархинд цус харвалт үүссэн бай-

УРАГ, НЯРАЙН ГАВАЛ ТАРХИНЫ ГЭМТЭЛ

Ураг, нярайн төрөх үеийн гавал тархины гэмтэл нь төрсний дараах үеийн өвчлөл эндэгдлийн зонхилох шалтгааны нэг юм.

Төрөх үеийн гавал тархины гэмтэлд гавал тархины цусан хангамжийн гүнзгий хямрал, тархины хальс ба зөөлөн эд гэмтэх, тархинд цус харвах зэрэг төрөлттэй холбогдож үүссэн хүндрэлүүдийг хамруулан авч үздэг.

Энэ эмгэг дунджаар 2,6—3,7% тохиолдох бөгөөд тархины гэмтэлтэй хүүхдийн 38—44,2% нь төрсний дараах үедээ эндэж байна.

Ураг, нярайн гавал тархины гэмтлийн шалтгаан ба түүнд нөлөөлөх хүчин зүйлийг дор дурдсан 4 хэсэгт хувааж үздэг. Үүнд:

1. Жирэмсний үеийн хурц ба архаг өвчнүүд:

а) Зүрх судас, цусны өвчин (хэрлэгийн гаралтай зүрхний пажиг, цусны даралт ихдэх буюу багадаа өвчин, цус багадаалт г. м)

б) Хурц архаг халдвар (томуу, гүйлсэн булчирхайн үрэвсэл, элэгний халдварт үрэвсэл, сүрьеэ,

— дотоод шүүрлийн булчирхайн эмгэг, чихрийн шижин, бамбай булчирхайн үйл ажиллагааны хямрал г. м)

2. Жирэмсний хүндрэл:

а) Жирэмсний хордлого (жирэмсний усан хаван, нефропати, эклампси, түүний урьтал үе г. м)

б) Умай ба эхийн усан хангамжийн өөрчлөлт (зөв байрласан ихэс урьтаж ховхрох, ихэс түрүүлэх)

в) Жирэмсний илүү тээлт, дутуу төрөлт, усан ихэр, олон урагт жирэмслэлт г. м)

3. Төрөхийн хүндэл:

а) Төрөх хүчний сулралт, түргэн төрөлт, ужиг явцтай төрөлт, ус цагаас урьтаж гарах, уйтан аарцаг г. м)

б) Ургийн буруу байрлал, толгой буруу тавигдах, өгзөг ба хөлөөр түрүүлэх, хүй хүзүүгээ ороох, хүй унжих, ургийн толгой аарцгийн хэмжээтэй тохирохгүй байх.

4. Төрөлтийн үед эх барихын

мэс ажилбар, гардан туслалцаа хэрэглэх:

а) Эх барихын хавчуур тавих

б) Вакуум экстратор тавих

в) Эх барихын эргүүлэг хийх

г) Кесарев огтлол хийж төрүүлэх гэх мэт хүчин зүйлүүд нөлөөлж байна.

Дээрх шалтгааны улмаас ургийн толгой механик замаар гэмтэж болохоос гадна урагт хүчилтөрөгч дутагдаж улмаар бодисын солилцоо өөрчлөгдөн цусны хүчил шүлтлийн тэнцвэр алдагдана.

Эрүүл ургийн цусны РН—7,20-оос багасвал эмгэг хүчилжил үүссэнийг гэрчилнэ. Энэ үед цусанд бодисын солилцооны гүйцэд дутуу исэлдсэн хүчиллэг бодисууд хуралдахын зэрэгцээгээр шүлтлийн нөөц буурна. Бие махбод эд эс хүчилтөрөгчөөр дутагдсанаас цусны судасны ханын бүтцэнд өөрчлөлт орж нэвчимтгий болохоос гадна цусны бүлэгнэх чанар алдагддаг.

Ийнхүү ураг, нярайн тархины цусан хангамж өөрчлөгдөн гүнзгий хямрахаас гадна дээрх шалтгааны улмаас шууд цус харваж хүндэрч болно.

Ураг, нярайн гавал тархины гэмтлийг механик гэмтэл, тархины цусан хангамжийн хямрал гэж ерөнхийлөн хоёр ангилж болохоос гадна эмнэл зүй, эмгэг физиологи, биохимийн талаар гарах өөрчлөлтийг нь харгалзан 3 ангилж үздэг. Үүнд:

1. Эмнэл зүйн байдлаар нь хөнгөн, дунд, хүнд гэж ангилна.

Хөнгөн хэлбэр гэдэг нь хүүхэд хөнгөн хэлбэрийн бүтэлтэй төрөх ба төрсний дараах эхний 1—2 хоногт тархины гэмтлийн шинж илрээд 3 дахь хоногоос хэвийн байдалд орно.

Дунд зэргийн хэлбэрийн үед тархины гэмтлийн шинж тодорхой илэрнэ. Их төлөв хүнд хэлбэрийн бүтэлтэй төрж гэмтлийн шинж тэмдэг 7—9 хоног үргэлжилнэ.

Хүнд хэлбэрийн үед ихэвчлэн тархинд цус харвалт үүссэн бай-

даг. Амьсгал, зүрх судасны ажиллагааны хэм алдагдана.

2. Эмгэг физиологийн хувьд 3 зэрэг болгон хуваана.

I—зэрэг: Бүх гэмтлийн 71 хувийг I зэргийн буюу хөнгөн гэмтэл эзлэнэ. Хүүхэд төрмөгц зүрхний цохилт нь 160 орчим хүрч хурдасан байх ба аажимдаа удааширч ирнэ.

II—зэрэг: буюу хүндэвтэр хэлбэр бүх гэмтлийн 25 хувийг эзлэнэ. Энэ үед зүрхний ажиллагаа өөрчлөгдөх боловч ерөнхийдөө тогтвортой шинжтэй байна.

III—зэрэг: буюу хүнд хэлбэр бүх гэмтлийн дотор 4 хувийг эзлэнэ.

3. Биохимийн өөрчлөлтөөр нь анх 1961 онд К. Знаменачек хүчилтөрөгчийн дутагдлын эрт ба хожуу илрэх хам шинж гэж ангилжээ.

а) Эрт илрэх хам шинжийг дотор нь 3 зэрэг болгоно. I зэрэг I хоног, II зэрэг 5—8 хоног, III зэрэг нь 10 ба түүнээс дээш хоног үргэлжилнэ.

б) Хожуу илрэх хам шинж нь дутуу хүүхдэд амьсгалын дутагдал, уушгины хатгалгаа байдлаар ихэвчлэн илэрнэ.

Ураг, нярайн гавал тархины гэмтлийн онош, эмнэл зүй

Тархины гэмтлийн шинж тэмдэг нь тархи нугасны цусан хангамжийн хямралын байдал, цус харвалтын хэмжээ байрлалаас хамаарч янз бүрээр илэрнэ.

Ураг, нярайн гавал тархины гэмтлийн эмнэл зүйн шинж тэмдгийг 3 зэрэгт хувааж үздэг.

1. *Гавал тархины цусан хангамжийн хямралын I зэрэг:*

Энэ үед гавал тархины цусан хангамжид түр зуурын хөнгөн хэлбэрийн өөрчлөлт гарна. Хүүхэд орчиндоо цочрох нь бага байхаас гадна булчин нь суларч, арьс салст нь бага зэрэг хөхрөнө.

Рефлексүүд ялангуяа хөхөх рефлекс сулвар илэрнэ. Биений жин хэвийнхээс их байна.

2. *Гавал тархины цусан хангамжийн хямралын II зэрэг:*

Энэ үед дээр дурдсан шинж тэмдгүүд тодорхой тогтвортой

илэрнэ. Биений ерөнхий сулрал нь аажимдаа цочромтгой байдлаар солигдон амьсгал нь өнгөц жигд биш болж үе үе хэм алдан амьсгаадаж арьс нь хөхөрнө. Үе мөчний булчин чангарч хөшинги байдалтай болж, хөл гарын үзүүр чичирхийлэн нүүрний булчин татваганана. Хөхөх болон бусад рефлексүүд сулран нэгэн хэвийн дуугаар удаанаар уйлагнан эвшээж унтахгүй болно. Биений жингээ эрс алдана.

3. *Гавал тархины цусан хангамжийн хямралын III зэрэг:*

Дээрх шинж тэмдгүүд улам тодоор илэрч хүүхэд татаж, энэ нь удаанаар үргэлжилнэ. Гол төлөв тархинд цус харвасан үед эдгээр шинж илэрнэ.

В. П. Бисярина нярайн гавал тархины гэмтлийн үед илрэх шинж тэмдэг нь дараах зүй тогтолт үе шатыг дамждаг болохыг тодорхойлжээ. Үүнд:

1. *Мэдрэлийн үйл ажиллагаа дарангуйлагдах үе:*

Булчин суларч хөдөлгөөний идэвх буурч гаднын цочролд хариу урвал өгөхгүй арьс хөхрөх, эсвэл царай нь цонхийж цайх, рефлексүүд сулрах буюу заримдаа илрэхгүй болно. Хүүхэд үргэлжлэн уйлах ба заримдаа уйлж чадахгүй гиншиж яраглана. Зүрхний цохилт удааширч хэм алдагдан амьсгалын тоо олширч өнгөц болж үе үе тасалдана.

2. *Мэдрэлийн үйл ажиллагааны цочролын үе:*

Хүүхэд ерөнхийдөө тайван биш болж хөл гарын үзүүр чичирхийлэн үе үе татна.

Булчин сул байснаа богино хугацаанд чангаран хүзүү, нурууны булчин хөшиж гэдийн хамар уруулын гурвалжин, хөл гарын үзүүр хөхөрнө. Заримдаа халуурч ч болно.

Зүрхний цохилт олшрон, амьсгалын хэм алдан үе үе тасалдаж хөхөх залгих болон бусад рефлексүүд суларна. Захын мэдрэлийн саажилт болсноос нүүр нүдний булчингуудын хэвийн хөдөлгөөн өөрчлөгдөнө.

3. *Гуравдугаар үе нь:* Төв мэдрэлийн системийн үйл ажиллагааны гэмтэлтэй холбоотой амьдра-

лын чухал эрхтнүүдийн үйл ажиллагаанд өөрчлөлт орж, бие махбод сулрана. Ялангуяа дутуу нярайд бүр ч тод ажиглагдана.

Онош: Анамнезаас тухайн жирэмслэлт, төрөлтийн явцыг нарийвчлан судлана. Эмнэл зүйн шинж тэмдгийг үндэслэн аль хэлбэр, үе шат болохыг тогтоож цааш нь лабораторийн ба багаж аппаратын шинжилгээг ашиглаж онош тогтооно. Оношлохдоо цусны хүчил шүлтийн тэнцвэрийн хазайлтыг олж тогтоох нь чухал ач холбогдолтой юм.

Орчин үед төрөх ажиллагааны явцад умайн хүзүү 3 см буюу түүнээс дээш нээгдсэн үед ургийн толгойноос цус авч микро-Аструп аппарат дээр шинжилнэ. Гавал тархины гэмтлийн үед хүчилжинэ.

Хүчилтөрөгч дутагдсанаас бодисын солилцоонд гарах өөрчлөлтийг олж тогтооно. Ураг гавал тархины гэмтэлтэй төрөх үед цусанд устөрөгчийн ион (РН) 7,20-оос доош буусан байх нь олон-таа байдаг.

Мөн тархины гэмтэлтэй байж болзошгүй нярайн нүдний угийг офтальмоскопоор харж шинжлэх шаардлагатай. Тухайн шинжилгээгээр харааны мэдрэлийн диск хавагнах, торлог ховхрох, цус харвах, артер венийн судасны харьцаа өөрчлөгдөх зэрэг өөрчлөлт буй болсон нь ажиглагдана.

Нугасны усыг авахад даралт ихэссэн байх бөгөөд өнгө нь өөрчлөгдөн цусархаг болсон байна. Нугасны усны 1 мл тутамд эсийн элемент нормдоо 15—30 байдаг бол 1 мм³-д тархины гэмтлийн үед 60—80 болно. Уураг нормдоо 70—80 мг% байдаг бол энэ эмгэгийн үед их төлөв ихсэнэ. Тэрчлэн нугасны усны найрлага дахь сахар хлорын хэмжээ өөрчлөгдөнө. Мөн эхоэнцефалографи, ЭЭГ, РЭГ зэрэг шинжилгээний тусламжтайгаар оношийг нарийвчлан тогтоож болно.

Эмчилгээ, урьдчилан сэргийлэлт

Тархины гэмтэлтэй хүүхдийг эмчлэхэд юуны өмнө чимээ шуугиангүй байранд тайван байлгаж эмчилгээ, сувилгаанд туйлын болгоомжтой хандана. Өрөө тасалгаанд нь цэвэр агаар байнга оруулах

ба ерөөний дулаан 24—29° байна. Гэмтэлтэй нярайн хөхөх чадвар сул байх тул сайн хөхдөг болтол нь хаймсуураар хооллох хэрэгтэй. Хүчилтөрөгчийг чийглэж 30 минут тутамд 3—5 минутаар өгнө.

Толгойд нь хүйтэн жин тавих нь тархи хавагнахыг багасгах, нэмж хавагнахаас сэргийлэх ач холбогдолтой.

Эмийн эмчилгээнээс глюкозын 5—10%-ийн уусмалыг тариагаар ба уухаар хэрэглэх нь тархины гэмтлийн улмаас буй болсон чихэрлэгийн дутагдлыг нөхөхөөс гадна тархи хавагнахыг багасган хүчилтөрөгчийн дутагдлаас шалтгаасан мэдрэлийн эсүүдийн цочролыг багасгаж тайвшруулан нойрыг сайжруулдаг. Тархи хавагнах ба гавлын доторхи даралтыг багасгах зорилгоор сульфат магнийн 25%-ийн уусмалаас биеийн жингийн 1 кг-д 0,2 мл-ээр бодож 0,25 хувийн 1 мл новокаины хамт булчинд тарина. Мөн тархи хавагнахыг багасгах зорилгоор хаван туух үйлчилгээ бүхий лазикс тариагаар буюу уухаар, 0,01-ээр диакарбыг биеийн жингийн 1 кг-д 5—6 мг-аар бодож хоногт 1—2 удаа 3 хоног ууж нэг хоног завсарлах схемээр хэрэглэнэ. Диуретинийг 0,03-аар өдөрт 3 удаа нийт 3—4 хоног хэрэглэнэ. Эсвэл манитолыг биеийн жингийн 1 кг-д 0,5—1,0 хуурай бодис байхаар бодож 5 хувийн 10—15 мл глюкозын уусмалтай хольж судсаар тарина.

Цусны хүчил шүлтийн тэнцвэрийг зохицуулж тэнцвэржүүлэх нь сэхээн амьдруулах эмчилгээний чухал хэсэг юм. Хүчилжилтийг арилгах хамгийн сайн аргын нэг нь содын 5 хувийн уусмалыг судсаар тарих, АТФ, кокарбоксилаз глюкоамины хүчлийг хэрэглэнэ.

Судасны ханын нэвчимтгий чанарыг багасгахын тулд сийвэн 10—15 мл-ээр нийт 3—4 удаа хоорондох хугацаа нь 1—2 хоногийн зайтай тарих юмуу эсвэл 10—20 хувийн альбумины уусмалыг 10—15 мл-ээр судсанд тарина.

Мөн энэ зорилгоор 10 хувийн глюконат буюу хлорт кальцийн уусмалыг 2—3 мл-ээр судсанд тарих, эсвэл 5%-ийн хлорт кальцийн

уусмалыг цайны халбагаар өдөрт 3—4 удаа уулгаж болно. Витамин С, В₁, В₂ ба виказолыг дутуу нярайд 2 мг гүйцэд нярайд 3—5 мг-аар өдөрт 1—2 удаа нийт 2—3 хоног, рутин 0,002-оор өдөрт 3 удаа 3—4 өдөр тус тус хэрэглэнэ.

Тархины гэмтэлтэй хүүхдийн гавал тархины цусан хангамжийн хямралыг эмчлэхэд глютамины хүчил үр дүн сайтай байдаг. Үүнийг 0,2-оор өдөрт 3 удаа 2—4 сар ууж болно.

Хүүхэд тайван бус цочромтгой байвал 1 хувийн бромт натрийн уусмалыг цайны халбагаар өдөрт 3 удаа, люминалыг биеийн жингийн 1 кг-д тус бүр 1—2 мг-аар бодож уулгана. Сүүлийн үед мэдрэл нөлөөт дифенинтэй тайвшруулах эмүүдийг өргөн хэрэглэж байна. Үүнд: аминазин, промазин, дипразин седуксен, элениум зэрэг эмийг тариагаар ба уухаар 4—5 хоног хэрэглэнэ.

Аминазиныг биеийн жингийн 1 кг-д 2 мг-аар бодож хэрэглэнэ. Өвчний эмнэл зүйн шинж бүдгэрч, эмчилгээнд бие нь мэдэгдэхүйц сайжирч буй үед шиллэг, аллюэ диабазол, прозерин мэтийн эмийг цусан харвалтын шимэгдэлийн процессыг идэвхжүүлэх зорилгоор хэрэглэж болно.

Эмчилгээний эдгээр үндсэн зарчмыг баримтлахаас гадна тухайн үед шинж тэмдгийн чанартай эмчилгээг цаг алдалгүй хийх, цаашид мэдрэлийн эмч, хүүхдийн хэсгийн эмчийн идэвхтэй хяналтанд байх шаардлагатай.

Уг гэмтлээс урьдчилан сэргийлэх үндсэн арга нь жирэмсэн эмэгтэйчүүдийн диспансерийн хяналтыг сайжруулахын зэрэгцээ төрөлтийг удирдах орчин үеийн арга барилыг төрөх газрын өдөр тутмын үйл

ажиллагаанд нэвтрүүлэх, онош тогтоож эмчлэх аргад эмч, эх баригч нарыг сургаж мэргэжүүлэх явдал юм.

Ер нь ураг, нярайн тархины гэмтэл нь зөвхөн төрөх үеийн механик гэмтлээс үүсдэг биш ихэвчлэн тархины цусан хангамжийн хямрал, судасны ханын бүтцийн өөрчлөлттэй холбоотой байдаг учир түүнд нөлөөлөх дээрх хүчин зүйлүүдээс урьдчилан сэргийлэх ажлыг жирэмсэн байх үеэс эхлэн эхийн хэвлий дэр ургийг хамгаалах нь чухал ач холбогдолтой юм.

Жирэмснийг аль болохоор эрт хугацаанд илрүүлж (эхний 3 сар дотор) хяналтанд авах, цаашид гарч болох хүндрэлээс сэргийлж үзлэг шинжилгээг тогтмол бүрэн хийж зөвлөгөө өгч байх, ялангуяа жирэмсний хожуу хордлогыг эрт илрүүлэх түүнээс урьдчилан сэргийлэх, нэгэнт үүсч буй болсон хордлогыг бүрэн эмчлэх нь нярайн гавал, тархины гэмтлээс сэргийлэх чухал шижим юм.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. И. П. Елизарова—Церебральные нарушения у новорожденных, перенесших родовую травму и асфиксию. М. Медицина. 1977.
2. В. П. Жижина, Г. А. Кенжабаева, Б. Д. Тастанбеков—Внутричерепная родовая травма у новорожденных. М. Медицина 1977.
3. А. П. Ромодонов, Ю. С. Бродский—Родовая черепно-мозговая травма у новорожденных. Здоровье Киев. 1981.
4. Г. К. Степанковская, Б. М. Венцовский, А. С. Лявинец—Гипоксические состояния в акушерской практике. Здоровье. Киев. 1978.

Редакцид ирсэн 1987. 03. 05

А. Хишигдорж (Анагаах ухааны дээд сургууль)

ХАМУУ ӨВЧНИЙГ ЛАБОРАТОРИЙН АРГААР ОНОШЛОХ

Хамуу өвчин үүсгэгч хачиг нь хүний арьсны гадаргын эвэрлэг хэсгийн дунд хөндий үүсгэн, тэндээ үржин, өсөж арьсны хамуу

өвчин үүсгэнэ.

Хамууны хачиг нь хүний, гэрийн амьтдын гэсэн хэд хэдэн төрөл зүйлтэй байдаг. Зарим амьт-

ны хамууны хачиг хүнд халддаг байна. Хүний хамууны эм хачгийн урт нь 330—450, өргөн нь 250—350 микрон, эр хачгийн урт 200—450, өргөн нь 150 микрон хэмжээтэй байдаг.

Хамуу үүсгэгч хачиг түүний өндөг, авгалдайнцар, авгалдай нь өвчтэй хүнээс шууд арьсаар ба хувцас, орны хэрэглэл, алчуур зэргээр халдана. Хамууны хачиг нь хүний биеийн аль ч хэсгийн арьсанд шимэгчээр амьдрах чадвартай. Гэвч гол төлөв гарын ар, хурууны завсар, шуу, суга, цавь, хөх ба хэвлийн нугалаас, хүйс, өгзөг, нурууны арьс зэрэгт тохиолдоно.

Хамууны хачгийн нүхний дагуу арьсны өнгө цайвар хөхөвтөр болох боловч тухайн хүний арьсны нөлөөнөөс шалтгаалж мэдэгдэхгүй ч байж болно.

Харин хачиг байрласан нүхний мухар нь овойж ажиглагдана. Арьсны дундуур хачиг хөдлөх үед мэдрэлийн төгсгөл цочирсноос бие их загатнана. Загатнасан газрыг маажсанаас тэр нь шалбарч хоёрдогч халдвар орж идээт үрэвсэл үүсч болно.

Хамуу өвчнийг эмнэл зүйн шинжээр оношилж, эмчилж, урьдчилан сэргийлж болох боловч эмнэл зүйн өвөрмөц буюу бүдэг хэлбэр, халдварлалтын эхний үе шат, өвчнийг үүсгэгч хачгийн үржил, байршил, тархалтыг тогтоох, арьсны бусад өвчин, кортикостерониды ба гистамины эсрэг эмүүд, эд эсийг үхүүлдэг (цитостатик) бэлдмэлүүд, янз бүрийн угаагч бодис, түрхлэг хэрэглэсэн үед хамууны явц эмнэл зүйн шинж өөрчлөгдөж эмнэл зүйн шинжээр оношлох боломжгүй байдаг.

Мөн арьсны янз бүрийн түрхлэг, угаагч бодис хэрэглэсэн үед хамууны хачгийн үүсгэсэн арьсны нүх арилдаг байна. Иймээс хамуу өвчнийг лабораторийн аргаар оношлох нь практикийн чухал ач холбогдолтой юм.

Хамуу өвчнийг лабораторийн аргаар оношлохын тулд хачгийг арьсны дундаас зүүгээр авах, арьсны эвэрлэг бүрхэвчийн хамт зүсэх, арьсан дээр гарсан зүйлийг хусаж

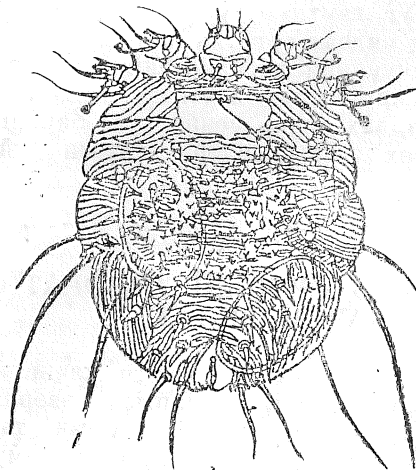
цустай ба цусгүйгээр бэлдмэл хийх, арьсыг хусаж хусам гаргаж тос, шүлтэд авах зэрэг олон аргаар хачиг авгалдай авгалдайнцар, өндгийг микроскопоор харж шинжлэх тухай В. С. Сергеев (1968), М. П. Демьянович (1961), Н. Е. Соловьев, В. К. Басенко (1970), G. Muller, G. P. Ong (1980), А. М. Ланге ба бусад (1985) нар бичиж байна.

Дээр дурдсан шинжлэх аргууд техник ажиллагааны хувьд төвөгтэй гол төлөв арьсан дээр тодорхой гэмтэл бий болсон үед хэрэглэдэг учир тэр болгон сайн үр дүн өгдөггүй байна.

Хамуу өвчний аль ч хэлбэрийн үед хэрэглэхэд тохиромжтой хялбар арга нь арьсны эвэрлэг бүрхэвчийг сүүний хүчлийн 40 хувийн уусмалаар сийрэгжүүлж, хусам авч шинжлэх арга юм.

Сүүний хүчил нь сулавтар цочроогч бөгөөд амьд эд эст гаж нөлөө үзүүлдэггүй, арьсны мэдрэхүйг бага зэрэг бууруулдаг, будагч бодисыг арилгах, бактер устгах үйлчлэлтэйгээс гадна арьсны эвэрлэг бүрхэвчийн тунгалагжилтийг богино хугацаанд (1—5 мин) бий болгодог зэрэг олон талын ач холбогдолтой юм. Арьсны эрүүл хэсэгтэй хусаж авсан хусмыг тавиур шилэн дээрх сүүний хүчлийн дусал уусмалд хийж дээр нь бүрхүүл шилнийг хий оруулалгүй наана. Микроскопийн бага өсгөгчөөр (объектив—8, окуляр—10) конденсорыг ялимгүй буулгаж, диафрагмын нүхийг бага зэрэг нарийсгаж

Зураг 1



харна. Хачгийн үржлийн явцыг харах үед микроскопын дунд өсгөгчөөр харах нь ашигтай. Хамууны үед арьсан дээр гарсан эле-
Зураг 2.



мент бүхнээс тус бүр бэлдмэл хийж харна.

Энэ аргыг хэрэглэснээр арьсны эвэрлэг бүрхэвчийн доорх хөндийн хамууны эм хачгийг бараг зуун хувь илрүүлэх ба хамуу өвчний үеийн гүвдрүү, цэврүү дэх авгалдай, авгалдайнцар, бие гүйцэж байгаа эм хачиг зэргийг тус тус илрүүлж чадна.

Энэ аргаар хамуу өвчнийг оношлох нь хамууг эмчлэх үе, түүний үр дүнг шалгаж чадахаас гадна хамууны эх уурхай, халдвар тархаж байгаа голомтыг олж тогтоох, хамуу өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх ажлыг шинжлэх ухааны үндэстэй зохион явуулахад дөхөмтэй арга болно.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Руководство по микробиологии клини-
ке и эпидемиологии инфекционных
болезней. „Медицина“ 1968, IX. 796—
—798
2. Здравосхр. Казахстана. 1970, № 10,
70—72
3. Лабораторное дело. 1985, № 8. 492—
—495.

Редакцид ирсэн 1986. 05. 13

С. Бямбанамжил (Улсын клиникийн төв эмнэлэг)

ХАРШЛЫГ ОНОШЛОХ БА ЭМЧЛЭХ БЭЛДМЭЛ

Харшил гэдэг нь бие махбодод гаднын болон дотоодын хүчин зүйл нөлөөлсний улмаас үүсэх хариу урвал юм. Харшлыг аллерген (харш төрөл) үүсгэдэг.

Аллергеныг халдварын ба халдварын бус гаралтай гэж хоёр хуваана. Мөн гадна, дотно (өөрөөсөө) гаралтай гэж хуваана.

Шинж чанар ба найрлага:
Аллерген нь хүн ба амьтны бие махбодыг эмзэгших ба мэдрэмтгий чанартай болгоно. Нарийн утгаараа оношлогооны болон эмчилгээний бэлдмэл юм. Үүнийг жинхэнэ аллергенээс цэврээр тогтмол найрлагатай, уусмал байдлаар гаргаж авна. Мөн амьтан, ургамал, нян болон бусад олон төрлийн бодисоор бэлтгэх бөгөөд энэ нь тоо чанарын тогтмол харьцаатай байна.

Бэлдмэлийг лаборатори, биологи, хими, клиникийн аргуудаар шалгана. Аллергены чадварыг тодорхойлохдоо уусмалын эзлэхүүн, авсан материалын харьцаагаар тодорхойлж уургийн азотын хэмжээг үзнэ. Энэ нь олон улсын хэмжүүрийн нэгж Кука юм. 1 пну 0,00001 мг пн—1 мл уусмалд байна. Аллергены концентрацыг 1:10; 1:100; 1:1000 гм-ээр шингэлж тохируулах ба уургийн азотыг агуулсан байдлаар нь 1 пну, 10 пну, 100 пну гэх зэргээр стандартчилж битүү саванд хадгална.

Хэрэглэх хэмжээ, заалт: Оношлогооны аллергеныг тухайн бодист харшилтай эсэхийг тодруулахад ашиглаж арьс, нүдэнд дусаах, хамарт утлага хийх зэрэг сорилд хэрэглэхдээ арьсан дээр зурах, арьсан дор тарих зэргээр зохих

зааврын дагуу сонгож тавина. Арьсны сорилуудыг тавихдаа тохирох хэмжээгээр шингэлсэн аллергенаас бага концентрацаас их тийш өгсүүлэн тавина.

Нүд, хамарт сорил тавихдаа хэрэглэх аллергены концентрацыг харшлын эмч өөрөө тохируулж тавина. Эмзэгшил бууруулах аллергеныг эмчилгээний зорилготой хэрэглэж оносон эмчилгээ, харшлын урвалыг бууруулах гэх зэрэг тоочанарын тогтмол харьцаагаар бэлтгэн хийж тусгай схемээр зааврын дагуу тунг ихэсгэн хүн бүрийн онцлогт тохируулан хийнэ.

Урвалууд: Эмзэгшил бууруулах эмчилгээ хийх үед заримдаа өвчтөний амь насанд аюул учрахаар харшлын хүнд урвал илэрч болно. Ийм үед болзошгүй хүндрэлийг зогсоох, холбогдох эм, тариа, багаж хэрэгслэлийг урьдаас бэлтгэсэн байх ёстой. Өвчтөний биеийн байдлыг сайн ажиглаж, хүндрэлээс урьдчилан сэргийлэх, өмнө нь урвал илэрч байсан эсэхийг хянан үзэж өвчтөний эрүүл мэндийн байдалд бүх талаар хяналт тавьж, холбогдох арга хэмжээнүүдийг авсан байна. Эмчилгээний дараа өвчтөнийг ажиглаж гистамины эсрэг бэлдмэл, шокийн эсрэг авах арга хэмжээнүүдийг бэлэн байлгах нь зүйтэй.

Аллергены нэр, хэмжээг тодорхой тавьж аллергеныг сольж хэрэглэхгүй байхад сайтар анхаарах хэрэгтэй.

Урвалын хэлбэр:

1. **Хэсэг газрын урвал:** Тарилга хийсэн газарт өвдөх, улайж хавдах, хатуурах, цэврүүтэй тууралт гарах, үхжиж ч болно. Энэ нь хэдэн цагаас хэдэн өдөр хүртэл үргэлжилнэ. Дараагийн тунг дээрх шинж тэмдгүүд арилсаны дараа хийх буюу хоорондын хугацааг уртасгах, тунг маш болгоомжтой ахиулах эсвэл ахиулахгүй зохицуулна.

2. **Ерөнхий урвал:** Бие сулрах, ядрах, толгой өвдөх, халуурах, чичрэх зэрэг шинж тэмдэг илэрч болно. Ийм тохиолдолд хоорондын хугацааг уртасгах, тунг давтах эсвэл өвчтөний онцлогт тохируулан буулгана.

3. **Хэлбэрдэх урвал:** Нүд, хамар, хоолой загатнах, нулимс гоожих, хамар битүүрэх, найтаах, хамраас цус гоожих, ханиах, амьсгаадах, бие загатнах, биеэр чонын хөрвөс туурах, дотор муухай оргих, огиулах, умайн булчингууд агших, амьсгалын дээд замын салсгууд хавагнаж хурцаар амьсгал боогдох зэрэг шинж тэмдэг илрэхийн зэрэгцээ даралт буурч анафилаксын шокод хүргэж болно. Тарилга хиймэгц урвал илрэхгүй байж болно. Гэхдээ хэдийчинээ эрт урвал илэрнэ төдийчинээ аюултай хүндрэлд хүргэж болдгийг анхаарч эмчилгээг шуурхай эхлэх хэрэгтэй. Үүнд:

а) Тариа хийсэн газраас дээш чангалуур (жгут) тавина.

б) Тариа хийсэн хэсэгт хүйтэн жин, мөс тавина.

в) Тарилга хийсний дараа тэр орчинд адреналин 0,1%—0,2—0,5 мл уусмал тарина. Илрэх шинж тэмдэг, аллергены тарьсан хэмжээ, зэргийг харгалзан үзэж тунг ихэсгэнэ. Үлдсэнийг 1,0 мл хүртэл өөр хэсэгт арьсан дор буюу булчинд тарина.

г) Гистамины эсрэг бэлдмэлүүдийг булчин, судсанд тарина. Кальцийн бэлдмэлтэй хавсарч хэрэглэвэл үр дүн сайтай байдаг.

д) Амьсгаадах шинж илэрвэл аминофиллиныг судсанд аажим тарьж цусны даралтыг байнга үзнэ.

е) Өвчтөнийг яаралтай хэвтүүлэн эрчимт болон шокийн эсрэг эмчилгээ хийнэ.

4. **Тасалдах урвал:** Хэсэг хугацаанд өвчний шинж тэмдэг бүдгэрнэ. Ийм тохиолдолд дараагийн хийх тунг багасгаж өвчний шинж тэмдэг арилсаны дараа эсвэл урвал зогссоноос хойш 7 хоногийн дараа хийнэ.

5. **Хэсэгчилсэн урвал:** Тодорхой нэг хэсэгт түр зуурын эмгэг өөрчлөлт илэрдэг. Хийх тун адил хэмжээтэй байх ба урвал илрэхгүй болсны дараа маш болгоомжтой хийнэ.

Эмзэгшил арилгах эмчилгээг жирэмсэн, зүрх судасны дутагдал, элэг, бөөр, дэлүүний өвчний архаг үе, халдварт өвчнөөр өвчилсөн

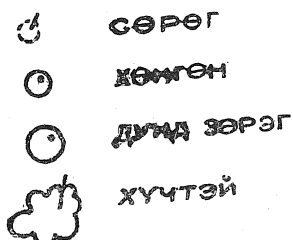
үед болон вакцин эмчилгээний явцад хэрэглэж болохгүй.

Аллергены тусламжтай харшлыг тодорхойлох

1. Арьсны бүх сорилыг гарын шууны дотор талд тавина. Сорил хийхээс нэг хоногийн өмнөөс адреналин тарьж болохгүй. Энэ нь арьсны урвалыг сулруулдаг.

2. Арьсан дор хийх сорилыг жижиг шприц, богино үзүүртэй нарийн зүүгээр хийнэ. Аллерген нь буцалгахад устахгүй. Иймээс шприц зүүг олон дахин бүлээн усаар угааж, дараа нь буцалгаж ариутгана. Шприц зүүг спиртээр угааж болохгүй энэ нь аллергены чанарыг алдагдуулдаг. Тариа хийхийн өмнө шприц зүүний агаарыг бүрэн гаргах хэрэгтэй. Учир нь агаар арьсан дор орж гүвдрүү болж андууруулдаг талтай.

3. Урвалыг дүгнэх:
Урвалын үр дүн



4. Аллергены төрлийг тодорхойлох, эмзэгшил бууруулах эмчилгээний эхний тун, схемийг тодорхойлохын тулд 2 төрлийн сорил хэрэглэнэ. Үүнд:

А. Энэ сорилын тусламжаар тухайн аллергенд харшилтай эсэхийг тогтооно. Үүнд хэд хэдэн аргыг хэрэглэж болно.

а) *Скарификацийн сорил*—скарификатороор цус гаргалгүй зурсан арьсны өнгөн давхарга дээр уг аллергиянаас дусаана.

б) *Прикийн сорил*—арьсан дээр нэг дусал аллергиян дусааж дараа нь зүүгээр дусал дээрээ 1 мм гүн зурж зүүг түргэн авна.

в) *Арьсан доогуур тарих сорил*—тухайн аллергиянаас 0,01 мл арьсан доогуур тарина. Үүнийг скарификацийн сорилын дараа тавьж болно. Арьсны сорилыг тарьсанаас хойш 15 минутын дараа дүгнэнэ.

5 мм хүртэл диаметртай гүвдрүү илэрвэл +

5—10 мм хүртэл диаметртай гүвдрүү илэрвэл ++

10 мм-ээс дээш диаметртай тэгш биш захтай гүвдрүү илэрвэл +++ гэх мэт дүгнэнэ.

Дээрх сорилуудаас нэг дор хавсарч тавьж болно.

г) *Нүдэнд дусаах сорил*: Нүлимсны хүүдид дусаавал тусгай багаж хэрэглэнэ. Арьсны ба нүлний сорилыг шалгах сорилтой хавсран тавьж үр дүнг шалгаж болно. Шалгахдаа тухайн аллергиян хэрэглэнэ.

д) *Тарилга хийх сорил*: Харшлыг тодорхойлохдоо янз бүрийн концентрацтай, хэмжээтэй аллергияныг хэрэглэнэ.

Шалгах шингэнээс 0,01-ийг арьсан дор тарина. Үүнээс 5 см зайтай газар мөн хэмжээний сулхан концентрацтай аллергиянаас хийнэ. 15 минутын дараа урвалыг шалгахад урвал илрэхгүй байж болно. Хэрэв урвал илэрвэл шалгах шингэн тарьж баттай болгоно. Концентрацтай аллергиянд урвал илрэхгүй бол уг аллергияныг эмзэгшил бууруулах эмчилгээнд тохирохгүй гэж үзнэ.

Б. Тусгай аппарат багажийн тусламжаар утлага хийнэ.

Редакцид ирсэн 1985. 09. 02

Д. Цээ-Ойдов (*Анагаах ухааны дээд сургууль*)

Ц. Бүдханд (*Улсын клиникийн төв эмнэлэг*)

ГАР ЗАСАЛ ЭМЧИЛГЭЭ

Эмчилгээний практикт «Мануальтерапия» нэлээд нэвтэрч байна. Манус-гар, терапия-эмчилгээ гэсэн үг юм. Иймээс «Гар засал эмчилгээ» гэж орчуулж байна.

Гараар эмчлэх буюу гар засал эмчилгээ нь механик аргаар рефлексийн үйлчилгээтэй юм.

Энэ засал эмчилгээ манай тооллоос өмнө V зуунд хэрэглэж

байсан бөгөөд шинжлэх ухааны үндэслэлгүй зөвхөн иллэг татлагын хэлбэртэй байжээ.

Монголд эртний оточ нар энэ эмчилгээний аргачлалыг өргөн ашиглаж «Барьж засах эмчилгээ буюу барьж засаж эмчлэх» гэж нэрлэж байсан байна.

1882 онд Английн эмч А. Стилл анх сургууль нээж, түүндээ эмнэлгийн боловсролгүй хүмүүсийг 2 жилийн хугацаатай сургаж байжээ.

20-р зууны дунд үеэс (50-аад оноос) гар засал эмчилгээ шинжлэх ухааны үндэслэлээ олж эмчилгээнд өргөн нэвтэрч байна. Орчин үед Англи, Канад, Франц, Америк, Швейцарид гар засал эмчилгээ хийж байна. Мөн Чехословак, Герман, Болгар, ЗХУ, Монгол зэрэг социалист оронд энэ эмчилгээг ашиглан судлаж байна.

1970 оноос манай улсын клиникийн төв эмнэлгийн эмчилгээний практикт нэвтэрч эхэлсэн бөгөөд 1978 онд БНАГУ-д эмч Штеглих тус эмнэлгийн дэргэд сегментийн иллэг, гар засал эмчилгээний семинар, 1985—1986 онд гар засал эмчилгээний 2 сарын курс зохион явуулсан юм. Дээрх арга хэмжээнүүдийн үндсэнд нэгдсэн эмнэлгүүдийн эмчилгээний практикт гар засал эмчилгээ нэвтэрч байна.

Гар засал эмчилгээний зорилго. Хүзүү, нурууны янз бүрийн гаралтай өвчний үед үе хоорондын гажиг өөрчлөлтөөс мэдрэлийн судас хавчигдаж, булчин агшсанаас гацаа (блок) үүсч үйл ажиллагаанд нөлөөлнө. Гар засал эмчилгээгээр энэ гацааг гаргаж хэвийн үйл ажиллагаанд эргэж оруулна. Тухайлбал, хүзүү, нурууны үений шохойжилт, булчин, мэдрэлийн судас, үений өвчин, мэдрэлийн судасны ёзоорын үрэвсэл, хагас бүтэн мултралт зэргийн үед үүссэн гацааг хүзүү нурууны үе сегмент

бүр дээр тусгай техник аргаар гар засал эмчилгээ хийснээр хавчигдсан мэдрэлийн судас чөлөөлөгдөж, булчин суларч улмаар үе нурууны сегментийн гацаа арилж, түүний үйл ажиллагаа хэвийн болно. Үүний дараа бусад эмчилгээг залгаж хийхэд чухал ач холбогдолтой юм.

Гар заслаар эмчлэхдээ юуны өмнө оношийг зөв тогтоох ёстой. Гар засал эмчилгээг 5—7 өдрийн завсарлагатайгаар сард 1—5 удаа хийнэ.

Гар засал эмчилгээний дараа цахилгаан гүйдэл, дуу авиа, дулааны эмчилгээ, татлага, эмчилгээний биеийн тамир, иллэг, зүү эмчилгээг өвчний онцлогт тохируулан өвчтөн бүрт эмчилгээний нарийн аргачлал боловсруулж хэрэглэвэл үр дүнтэй байдаг.

Эмчлэхэд хариллах өвчин. Нурууны үений дискийн ивэрхий, нуруу нугасны хавдар, нурууны сүрьеэ, ясны үрэвсэл хэрлэгийн хурц үе, нугас ба түүний бүрхүүлийн үрэвсэлт өвчний хурц болон хурц үеийн дараах үе, нуруу үений шинэ гэмтэл бэртэл, сегментийн мөс заслын дараах үе, Бехтеровын өвчин, 2-р шатнаас дээших нурууны мурийлт, үе мөчний өвчний 2, 3-р зэрэг ходоод гэдэс болон чээжний хөндийн эрхтэний хурц өвчин, ходоод гэдэсний шарх, цэс бөөрний чулуужилт, зүрхний шигдээс ба шигдээсийн дараах байдал, хүзүү нурууны үений шохойжилтын 3-р зэрэг, нурууны шохойжилтын хурц үеийн хам шинжүүд, нурууны хугарал ба үений хоорондох дискийн гэмтэл бэртэл, 12 долоо хоногоос дээших хугацааны жирэмсэн зэрэгт гар засал эмчилгээг хийж болохгүй.

Редакцид ирсэн 1987. 01. 19.

Г. Гэндэнжамц (Улсын нэгдсэн тусгай эмнэлэг)

ХОДООД ГЭДСЭНД ХЭРЭГЛЭЖ БУЙ ЭМИЙН ХАРИЛЦАН ҮЙЛЧЛЭЛ

Орчин үед анагаах ухаанд шинэ шинэ эм олноор хэрэглэх болж

байгаа нь нэг талаар хэд хэдэн эмийг хавсран хэрэглэх боломж

Г. Цагаанхүү, И. Пүрэвдорж, Н. Төмөрбаатар, З. Бэгзсүрэн
(Анагаах ухааны дээд сургууль)

НЭГ УДАМД ИЛЭРСЭН ПАРКИНСОНЫ ӨВЧИН

Нас ахисан үед тохиолдох чичрэг саа өвчний талаар 1817 онд анх Английн эмч Джеймс Паркинсон бичиж хожим нь 1877 онд Францийн эрдэмтэн Шарко түүнийг Паркинсоны өвчин гэж нэрлэжээ. Гадаад орнуудад энэ өвчин 100000 хүн амд 60—140 тохиолддог байна (1, 2, 4). Экстрапирамидын системийг гэмтээдэг удамшлын өвчнүүдээс Паркинсоны өвчнийг элбэг тохиолддог эмгэг гэж судлаачид (1, 2, 5) үзэж байна.

Манай оронд энэ өвчин тохиолдож байсан тухай ном хэвлэлд бичээгүй байна. Паркинсоны өвчин үүсэхэд диоксифенилаланин (ДОФА)-ыг дофамин болгон хувиргахад оролцдог дофадекарбоксилаза ферментийн идэвх алдаг-

дах, эсвэл тирозиноксидаз ферментийн идэвх буурсантай холбоотой болох нь нотлогджээ (1, 3, 4).

Паркинсоны өвчний үед сүүлт бөөм, дунд тархины хар бодист дофамины хэмжээ эрс багасахын сацуу нугасны усанд глутамин, пировиноградын хүчлийн хэмжээ багасч, серин, тиронин, гликоколын концентраци, трансаминаз ферментийн идэвх ихэснэ.

Энэ өвчнөөр ихэвчлэн 50—60 насны эрэгтэйчүүд өвчилнэ. Аажим, удаан явцтай өвчин юм. Бүх биеийн булчингийн хүчдэл ихсэж, хөдөлгөөн удааширах, салгалж чичрэх нь өвчний гол шинж тэмдэг юм. Давамгайлан илрэх шинж тэмдгээс үндэслэж чичрэх, булчин чангарах, хөдөлгөөн багасах, холимог гэсэн 4 хэлбэрт хуваана. Эдгээрээс холимог хэлбэр нэн элбэг тохиолддог. Харин салгалах, булчин чангарах шинж хослож илэрнэ. Булчин чангарах хэлбэртэй нь хамгийн хүнд явцтай байдаг. Өвчтөний булчингийн хүчдэл ихэссэнээс нүүрний хөдөлгөөн багасч, гөлөрнө. Өвчний явц даамжрах тусам булчингийн хүчдэл улам ихсэж, идэвхтэй хөдөлгөөн удааширч, хөшингө байдалд орно.

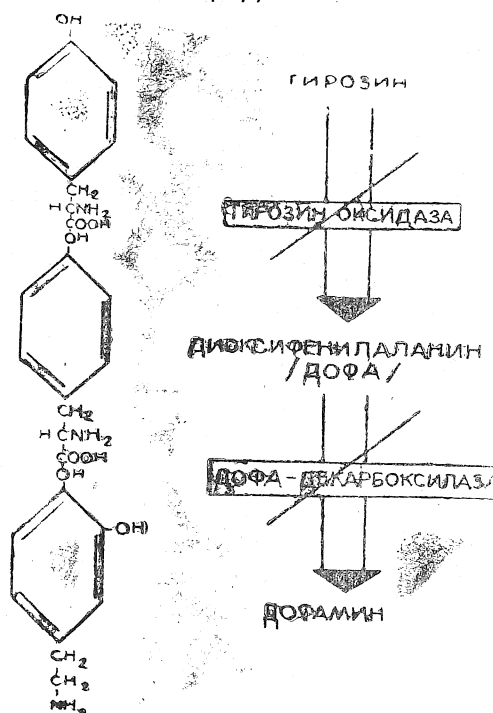
Өвчтөн нуруу, толгойгоо бөхийлгөж гар хөлөө хагас нугалсан байдалтай байх бөгөөд явахдаа ойр ойрхон гишгэн гараа хаялахгүй бөөцийн явна. Яваандаа өвчтөний хэл яриа өөрчлөгдөн, ойлгомжгүй шулганах аястай болж сэтгэл хөдлөл, бодол санаа нь удааширч, хөдрөх, шүлс гоожих, арьсны тэжээллэг чанар нь алдагдах шинжүүд илэрнэ.

Өвчний явц даамжран ужиграх тусам хөшингө байдал, чичиргээ улам нэмэгдэж өвчтөн босох, суух, явах чадваргүй болно.

Паркинсоны өвчний удамшлын асуудал одоо болтол нэг мөр болон шийдэгдээгүй байна. Ихэнх

Зураг 1

Паркинсоны өвчний үед ферментийн идэвх алдагдах бүдүүвч



судлаачид уг өвчинг гэр бүлийн шинж чанартай тохиолддогийг ажиглажээ.

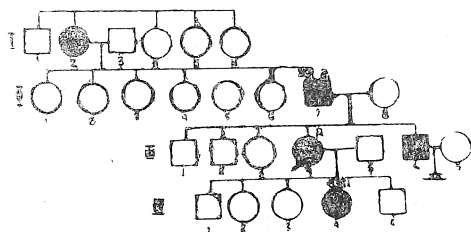
Ален (1936) нэг удмын 45 хүнээс 24 нь Паркинсоны өвчнөөр өвчилсөн тухай бичээд доминант генээр удамшдаг гэсэн дүгнэлт хийсэн байна (2). Гэтэл Джонсон, Маккьюсик (1961) нар 5 үеийн туршид 6 эрэгтэй хүн Паркинсоны өвчнөөр өвчилсөн гэр бүлийн тухай бичсэн нь (1) уг өвчин «Х»-хромосомд байрлах рецессив генээр удамшиж болох үндэстэй байна. Дастур (1956) Паркинсоны өвчин рецессив генээр удамшсан гэр бүлийн тухай бичжээ (1).

Орчин үед ихэнх судлаачид уг өвчнийг бүрэн бус илрэлтэй доминант генээр удамшдаг гэж үзэж байна.

Бид нэг удмын 4 үед Паркинсоны өвчин илэрсэн тохиолдлыг илрүүлэн оношлов.

Зураг 2

Өвчтөн Л...ийн удамд Паркинсоны өвчин удамшсан байдал



Пробанд Л. эмэгтэй 51 настай, 38 наснаас эхлэн зүүн гарын сарвуу чичирч, хөдөлгөөний үед онц мэдэгдэхгүй болдог байсан. Нэг жилийн дараа чичрэх нь ихсэж улмаар зүүн хөл, эрүү нь чичирдэг болж, зүүн талын мөчний хөдөлгөөн хязгаарлагдмал болсон. 1982 оноос эхлэн чихрийн шижин өвчнөөр өвчилж эмчлүүлжээ.

Бодит үзлэгт дотор эрхтний талаас өөрчлөлтгүй. АД 140/80; судасны лугшилт 1 минутад 68 удаа, жигд хэмтэй.

Мэдрэлийн талаас ой ухаан, сэтгэх чадвар буурсан, хэл яриа нэг маягийн зөөлөн, бараг шивнэх шахам ярина. Нүдний харц нь гөлөрсөн, нуруу, толгойгоо бөхийл-

гөж, гар хөлөө хагас нугалсан байрлалтай. Толгой, зүүн гар, хөл нэг янзаар салгална. Гар, хөлийн булчингийн хүчдэл хэт ихэдсэн, ойр ойрхон гишгэж, гараа хаялахгүй бөөцөгнөж явна. Хошуу, алгаоочны рефлекс тод, нугарах дүрсийн эмгэг рефлексүүд гар, хөлийн хуруунд илэрнэ. Нүүр тосорхог, хөлс, шүлс нь их ялгарна. Цусанд сахар 16 н моль/л. Иймээс «Паркинсоны өвчин + чихрийн шижин» гэж оношлов.

Энэхүү өвчтөний удмын дөрвөн үед 5 хүн Паркинсоны өвчнөөр өвчилсөн нь нотлогдов. Үүнд:

— Пробанд (1—2), эцэг (II—7) Пробандын эрэгтэй дүү (III—6), мөн пробандын нэг охин (IV—4) Паркинсоны өвчнөөр өвчилжээ. Паркинсоны өвчин 3 тохиолдолд чихрийн шижинтэй хавсарсан байв.

Дээр өгүүлсэнчлэн Паркинсоны өвчин 50—60 насанд хожуу илэрдэг. Гэтэл пробандын удамд уг өвчин харьцангуй залуу 38 насанд эхлэн илэрсэн онцлогтой байна. Магадгүй энэ удамд чихрийн шижин Паркинсоны өвчинтэй хавсран удамшсан нь Паркинсоны өвчин эрт илрэхэд нөлөөлөх сөрөг хүчин зүйл болсон байж болно. Энэ удмынхны ойролцоогоор 20 хувьд Паркинсоны өвчин илэрчээ.

Удмын прогнозоор доминант генийн эмгэгийн үед өвчтэй хүүхэд төрөх боломж 50 хувь байх ёстой боловч дутуу илрэлтэй доминант генийн эмгэгийн үед өвчтэй хүүхдийн тоо эрс цөөрч, 20—25% хүрч болно (1, 5). Пробандын удамд Паркинсоны эмгэг дутуу илрэлтэй доминант генээр удамшиж байгаа болох нь харагдаж байна. Паркинсоны өвчин бодисын солилцооны удамшлын өвчнүүдтэй хавсран тохиолдож болох бөгөөд энэ үед өвчин эрт илэрч, явц нь хүнд байж болох талтай юм.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Е. П. Давиденкова, И. С. Либерман—Клиническая генетика, Л., 1975, 431. 277—284
2. Б. В. Петровский—Большая медицинская энциклопедия, М., 1982, 18 1095—1108
3. Н. Ф. Турова—Актуальные проблемы нейрохимии, М., 1977, 61

4. Болезни нервной системы—Под ред. П. В. Мельничука, М., 1982, 2. 400, 105—115
5. Наследственные болезни—Под ред. Л. О. Бадаляна, Ташкент, 1980, 414, 168—169

НАСЛЕДОВАНИЕ БОЛЕЗНИ
ПАРКИНСОНА В ОДНОЙ
СЕМЬЕ

*Г. Цагаанхүү, И. Пүрэвдорж,
Н. Төмөрбаатар, З. Бэгзсүрэн*

Наше клинико-генеалогическое наблюдение показало, что в данной семье болезнь

Паркинсона передается доминантно с неполной проявляемостью. В связи с неполной пенетрантностью гена, вместо ожидаемых при этом типе наследования 50% больных, среди родственников пробанда выявлено только 20%.

Кроме того, в данной родословной наблюдается необычно раннее проявление болезни Паркинсона. Большую роль при этом, по-видимому, играет сопутствующая болезнь «сахарный диабет».

Редакция ирсэн 1987. 05. 12

Ш. Жадамбаа, Ц. Намсрай, Н. Сүмбэрзул (Анагаах ухааны дээд сургууль)
 Д. Дарь (Биобэлдмэл, цусны үйлдвэр шинжилгээний институт)

УЛААНБААТАР ХОТЫН НӨХЦӨЛ ДЭХ ДОНОРЫН ЦУСНЫ ИЙЛДЭСНИЙ УУРАГ, УУРГИЙН БҮЛЭГЛЭЛИЙН ЗАРИМ ҮЗҮҮЛЭЛТ

Хүний цусны ийлдсэнд 100 гаруй төрлийн уураглаг бодис илрүүлээд байгаагийн 60 гаруй нь цэврээр ялган шинж чанарыг нь тодорхойлсон байна. (4). Клиник оношлогооны лабораторид биологийн шингэнд агуулагдаж байгаа уургийг тодорхойлоходоо: ерөнхий уургийн хэмжээ, уургийн бүлэглэл, бүлэглэлээс тодорхой нэг уургийг сонгон судлах гэсэн дарааллыг баримталж болох юм.

Уургийн бүлэглэлийг судлахад орчин үед электрофорезийн аргыг ихээхэн хэрэглэж байна. Электрофорезлох орчин болгож, цаас, ацетат, целлюлоз, агар, полиакрильамид зэргийг хэрэглэдэг.

Бид монгол донорын цусны ийлдэсний уургийн бүлэглэлийг 1%-ийн дифко агар-агарын гель дээр электрофорезын аргаар судлав.

Хүснэгт 1

Донорын цусны ийлдэсний Уургийн бүлэглэл (харьцангуй хувиар)			
Уургийн бүлэглэл	цаас (%)		агарын гель (биднийхээр) (n=50)
	(3)	(5)	
альбумин	52,0— —65,0	66,47± ±2,16	66,18± ±1,75
α ₁ -глобулин	2,5— —5,0	2,70± ±0,48	3,09± ±0,60
α ₂ -глобулин	7,0— —13,0	6,76± ±0,93	6,42± ±0,51
β-глобулин	8,0— —4,0	10,20± ±1,08	7,20± ±0,57
γ-глобулин	12,0— —22,0	13,83± ±1,44	17,12± ±1,23

Судалгааг 1984—1985 онд Улаанбаатар хотын цусны донор 50 хүнд хийв. Судалгаанд хамрагдсан донорын 80%-ийг эмэгтэйчүүд эзэлж байгаа бөгөөд 20—35 насны хүмүүс байв. Вероналын буфер (pH 8,6) хэрэглэж үндсэн 5 бүлэглэлийг гарган, ерөнхий уургийн хэмжээг биуретийн урвалаар тодорхойлж математик боловсруулалт хийв.

Хүснэгт 1-ээс үзэхэд цаасан электрофорезоор бусад судлаачдын ялгасан уургийн бүлэглэлийн эзлэх харьцангуй хувьтай агарын гель дээр бидний ялгасан уургийн бүлэглэлийн харьцаа үндсэндээ адил байна.

Хүснэгт 2

Уургийн бүлэглэлийг грамм процентоор илэрхийлсэн дүн

Уургийн бүлэглэл	(5)	биднийхээр (n=50)
Альбумин	6,75±0,42	5,364±0,77
α ₁ -глобулин	0,29±0,01	0,323±0,025
α ₂ -глобулин	0,59±0,11	0,515±0,037
β-глобулин	0,93±0,16	0,598±0,028
γ-глобулин	1,20±0,21	1,424±0,061
нийт уураг	8,70±0,65	8,20±0,28

Хүснэгт 2-оос үзэхэд монголчуудын β-глобулины хэмжээ нийтээр баримтладгаас арай доогуур, γ-глобулины эзлэх хэмжээ ялигүй их байна. Мөн ийлдсэнд сахарыг Хагедорна-Йенсеней, липидийг сульфосфосфованилины урвалжаар, холестериньг Илькийн аргаар тус тус тодорхойлоход сахар 89,7±1,64 мг%, липид 765,10±17,84 мг%

(7,47—7,82 г/л), холестерин $188,85 \pm 21,91$ мг% (4,31—5,44 ммол/л) хэмжээтэй байна.

Эрүүл хүний цусны ийлдэст байх сахарын хэмжээ 80—120 мг% (1), липидын хэмжээ 400—800 мг%, холестерин 150—250 мг% (1, 2, 3) дунджаар 160—170 мг% (1) тул бидний судлан тогтоосон дүн нийтээр баримтладаг хэмжээний хүрээнд байна.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. *В. Г. Колбо, В. С. Камышников*—Клиническая биохимия. Минск, „Беларусь“ 1976. 12, 150—158, 114, 120—126.
2. *О. Д. Кушманова*—Руководство к лабораторным занятиям не биологической химий М., „Медицина“ 1983, 190—191.
3. Биохимические методы исследования в клинике. Под ред. *А. А. Покровского*. М., „Медицина“ 1969, 66—68, 310.

4. Руководство по клинической лабораторной диагностике. Под ред. *В. В. Меньшикова* М., „Медицина“ 1982, 150—163.

БЕЛОК, БЕЛКОВЫЕ ФРАКЦИИ И НЕКОТОРЫЕ ДРУГИЕ ПОКАЗАТЕЛИ СЫВОРОТКИ КРОВИ ДОНОРОВ В УСЛОВИЯХ Г. УЛАНБАТОРА

Ш. Жадамба, Ц. Намсрай, Д. Дарь, Н. Сумбэрзул

При исследовании сыворотки крови у 50 доноров по электрофорезе в агаровом теле были установлены, что альбумин составляет 64,43—67,83% α_1 -глобулин 3,13—4,45% α_2 -глобулин 5,91—6,93% β -глобулин 6,63—7,77% и γ -глобулин 15,89—18,35%

Содержание сахара, холестерина и липида в сыворотке доноров колеблется в пределах 91,34—88,06 мг%; 4,31—5,44 ммол/л; 7,47—7,82 г/л соответственно.

Редакцид ирсэн 1986. 01.

*ЗХУ-ын эрүүдийг хамгаалахын
өөрчлөн байгуулалтаас*

НЭЭНЭЭ ЧАНГА ШААРДЛАГАТАЙ БАЙЦГААЯ

Эмнэлгийн ажилтнуудын цалинг л нэмчихвэл эрүүлийг хамгаалахын ажил өөдлөнө дөө гэж ярихыг цөөнгүй сонсож билээ. Цалин нэмээд өглөө, тэгтэл харин юу өөрчлөгдөв өө?

Асрагч, сувилагч нар шөнө жижүүр хийхдээ унтдаг байсан, одоо ч бас бахь байдгаараа л байна. Өндөр цалинтай тааруухан эмч сайн ажиллая гэж бодохоо болилоо.

Манай салбар мөнгөөр зодоод, зодоод өөдөө гарах нь өнгөрсөн юм уу, эсвэл материаллаг урамшууллыг бид самбаа муутай ашиглаад байгаа юм болов уу? нэг л учир байна.

Энэ хоёрын аль нэг нь юм уу эсвэл бүр бидний тааж мэдэхийн аргазүй гурав дахь зүйл байна уу? чухам ийм учраас эрүүлийг хамгаалахын аль нэг юмыг өөрчлөхөөсөө өмнө, хэрэв тэгвэл бид ямар үр дүнд хүрэх вэ? гэдгийг л яв цав тогтоомоор байна.

Гомдлыг багасгахад биш, эрүүл мэндийн түвшинг дээшлүүлэх, амьжиргааны чанар, хүн амын зүйн үзүүлэлтүүдийг сайжруулахад хэргийн учир байна.

Киев хот дахь манай зүрх-судасны мэс заслын эрдэм шинжилгээний хүрээлэнд миний бодоход эрүүлийг хамгаалах дахь өөрчлөн байгуулалтын тухай шүүн ярилцах ёс суртахууны эрх олгож байгаа ажлын шинэ хэлбэрийн бага сага туршлага бий билээ.

Гурван жил гаруйхны өмнө манай эмнэлгийг хүрээлэн болгон өөрчилсөн юм. Тэгэнгүүт л хөдөлмөрийг эрчимжүүлэх, хамт олны ажилд ардчилал нэвтрүүлэх чиг шугамыг барьж авлаа.

Үр дүн нь ямар болов оо гэвэл, 1980 онд ашиглаж байсан орныхоо тоон дээр хэдхэн ажилтан нэмж аваад л тэр үед хийж

байсан мэс заслаасаа бараг хоёр дахин их буюу 4000 орчим мэс заслыг 1985 онд хийчихлээ. 30 жилийн хугацаанд манай эмнэлэгт 42 мянган өвчтөнд зүрхний мэс засал хийжээ.

Эрүүл мэндийг эргүүлж олно гэдэг ямар ч мөнгөөр хэмжиж барахгүй эрдэнэ билээ. Мэс засал маань зөвхөн хүний амьдрах хугацааг нэмээд зогсохгүй хүнийг ажил хөдөлмөрөө эрхлэх боломж олгож байна.

Энгийн тооцоо хийж үзвэл бидний эмчилсэн 11 мянга гаруй өвчтөн ажил хөдөлмөрөө хийж байгаа учраас манай эмнэлэг улсад жил болгон бараг 10 сая рублийн ашиг өгч байна.

Хүрээлэнгийн харъяанд жилд 40 мянган өвчтөнд тус хүргэж байгаа поликлиник ажиллаж байна. Энд оношлох бүх шинжилгээг ганцхан өдөрт багтааж хийхээр зохион байгуулсан юм. Хэрэв шаардлагатай бол өвчтөнг дор нь эмнэлэгтээ хэвтүүлж эмчилж эхэлнэ. Очер дугаар байдаггүй ийм төрөлжсөн эмнэлэг олон байдаг эсэхийг би мэдэхгүй юм даа.

Бидний ажил бүрэн төгс болох яагаач үгүй байна! Хэрэв зүрхний мэс заслын дэлхий дахины түвшинг аваад үзвэл манайх хоёрдугаар зэргийн гэхээр байна. Хөдөлмөрийг эрчимжүүлэх талаар ч мөн ийм байна.

Бид нэг жилд эмнэлгийн нэг орны тухайд 10 мэс засал хийж байгаа бол зөвлөлтийн бүх бүгд найрамдах улсуудын дундаж дөрөв орчим байна. Гэтэл бусад оронд, нэг оронд 20—25 мэс засал ногдож байна.

Бид одоо бүр олон өвчтөнд мэс засал хийж чадахаар байгаа боловч... өвчтөн алга байна. Яагаад тэр вэ? Зөөлнөөр хэлэхэд

бид тэднийг олон түмний дундаас олж илрүүлж чадахгүй байна. Зүрх судлал, дотор, хүүхдийн эмч нарын мэргэжлийн мэдлэг чамлалттай байгаа нь өвчнийг илрүүлж, урьдчилан сэргийлэхэд саад болсоор байна.

Ийм болохоор л эрүүлийг хамгаалахад өөрчлөн байгуулалт зөвхөн хэрэгтэй төдийгүй бүр чухлаас чухал байна.

Гэтэл юуг яаж өөрчлөн байгуулах вэ? Одоо үед бүхнийг эзэмдэж байгаа ил тод байдал, ардчиллын сэдвээс эхэлж ярья. Өөрсдийнхөө ажлын ил тод байдалд манайхан бүр аль хэдийн дасчихсан улс. Ил тод байдал манай эмнэлэгт 30 жил хэрэглэгдэж байна. Бид өөрсдийнхөө алдааг нуудаггүй. Түүний тухай өдөр болгон эмч нарын өглөөний зөвлөгөөн дээр илэн далангүй ярилцдаг юм.

Тэр зөвлөгөөнийг би өөрөө дандаа удирддаг бөгөөд өвчтөний төрөл төрөгсөд «Эмчийн нууцыг» чагнаж, гомдол бичих вий гэж би огт айдаггүй. Жилд 2—3 удаа гомдол гардаг учир тэр нь бараг байхгүй гэсэн үгээ. Нууц нь юунд байна вэ? Маш энгийн юманд байна.

Мэс засал хийхийн өмнө өвчтөн болон тэдний төрөл төрөгсөдтэй үнэнийг илэн далангүй ярилцах хэрэгтэй.

Одоо ардчиллын тухай ярья.

Манай хамт олон эмч нарын хурал дээр тасгийн эрхлэгч нарынхаа ажил хэргийн болон хувийн зан чанарт нууц санал хураах замаар үнэлгээ өгч заншаад 10 гаруй жил болж байна. Санал хураалтын дүнг зөвхөн дарга, үнэлгээ тавьсан мэргэжилтэн хоёр л мэднэ. Би зөвхөн өөрийнхөө тухай юм шиг байдлаар л ил тод асуудлыг тавина. Хэн нэгэнд хамт олон дургүй байвал бид дараах байдлаар ажиллана. Хэрвээ тасгийн эрхлэгчийг хамт олны 30-аас илүү хувь нь муу, хангалтгүй гэж үнэлсэн бол түүнд дутагдлыг засах нэг жилийн хугацаа өгнө. Хэрэв хоёр дахь жилдээ өнөө нөхрийн тухай хамт олны нь бодол өөрчлөгдөөгүй бол би тэр мэргэжилтэнг сонгуулах юмуу хүрээлэнгээс өөрийн

дураар нь явуулж, үнэлгээг хамт олонд мэдэгддэг юм. Нэр хүндийн тухай асуудал тийнхүү элэгдэх нь тэр дээ...

Манай хүрээлэнгээс дээрх шалтгаанаар олон хүн явсан уу гэвэл үгүй, ердөө л докторын зэрэгтэй хоёр хүн.

Хамт олны санааг илэрхийлэх ийм ардчилсан механизмыг би нийтэд зөвлөмж болгомоор байна.

Нэг хүрээлэнд өөрчлөн байгуулалт хийчихэж дээ гэж та хэлж магадгүй. Гэтэл энэ маань эрүүлийг хамгаалахад нэлэнхүйд нь хэрэгтэй биш билүү? Яриангүй хэрэгтэй байна. Манай анагаах ухааны өгөөж дэлхийн түвшин хийгээд өөрийн орныхоо байдалд тун ч таарахгүй, олиг муутай байна. Хүн амын зүйг жишээ татъя л даа. Эмч, эм хоёр харьцангуй бага байдаг Азийн орнууд наслалтын хувьд биднээс даваад явчихлаа. Учир нь юунд байна вэ? Зөвхөн мэргэжилд биш, нийгмийн хүчин зүйлд байна. Тухайлбал архидан согтуурахаас болж хөдөлмөрийн насны эрчүүд их нас барж байна.

Нийгмийн хүчин зүйлийн дотроос өөрийнхөө эрүүл мэндийн төлөө заяанаасаа санаа зовох нь багасаж байгааг дурдаж хэлмээр байна.

Та бидний төлөө тавьж буй хайр халамж, бид нарыг «соронзгүй» болгочихоод байна. Хүн ажиллаж ч байсан, өвдөж ч байсан ялгаагүй түүнд цалин өгсөөр л байна. Ингээд байхаар юуны төлөө санаа зовох юм бэ? Бид бүгд ажлын чадвараа барьж байх хатуу хяналт тогтоохын тулд тайван амьдрах юм уу эрчимтэй ажил хөдөлмөр хийх үедээ биеэ амраахыг эрхэмлэх ийм ухамсарт үйл ажиллагаанд хараахан хүрээгүй байна.

Эмч нар дангаараа энэ зорилгыг шийдэж чадахгүй юм. Нэг нэгнээсээ бүр илүү нарийн асуудлыг тэд шийдэх хэрэгтэй учир цаг, зав бараг байхгүй юм. Тэдгээр олон нарийн асуудлын дотроос хамгийн гол нь тодорхой стратеги буюу хаашаа явж, юунд тэмүүлж, ямар амжилтад хүрэх үндсэн чиглэлийг тодорхойлох хэрэгтэй байна.

Бид өвчнөөс сэргийлэхийн оронд түүнийг эмчлээд өнөөх л байдгаараа байж байна. Эрүүл хүний бие, ухаан саруул байхыг хадгалж үлдэх, өвчтэй хүнийг сайтар эмчлэх ажлыг зохион байгуулах нь шал өөр хандлага шаардаж байна. Хамгийн түрүүнд хүмүүс юунаас болж өвдөөд байна вэ, хөдөлмөрлөх чадвараа яагаад алдав, үхлийн зонхилох шалтгаан юу вэ, тэр бүхэн нь хөдөлмөр, ахуйтай хэрхэн холбоотой байна вэ гэдгийг л тогтоох хэрэгтэй. Ийм асуудалд системт дүн шинжилгээ л харну өгч чадах бөгөөд энэ нь анагаах ухааны ямар салбарт нь хөрөнгө хүчээ дээд зэргээр төвлөрүүлэх стратегийн чиг шугамыг ул суурьтай сонгон авах боломж олгох юм.

Анагаах ухааны стратегийн өөр нэг зарчмын чухал асуудал нь хангамж юм.

Бидний үйлдвэрлэн гаргаж байгаа буюу хүлээн авч хэрэглэж байгаа техник тун өөдгүй чанартай учраас орчин үеийн түвшинтэй нийцэхгүй байна. Үүнийг яаравчлан засах хэрэгтэй. Яаж засах вэ? Бүхэнд тодорхой болсон улсаас шалган хүлээж авах механизм л энд ганц таарна. Эмнэлгийн техник үйлдвэрлэж байгаа бүх газарт үүнийг хэрэгжүүлэх хэрэгтэй байна.

Стратегийн чиг шугамын өөр нэг шийдэгдээгүй асуудал бол эрүүлийг хамгаалах, нийгэм хангамж гэсэн хоёр төрөл салан байгууллагын уялдаа холбоо тааруу байгаад байна.

Өнөөдөр ямархуу байна вэ? Бид эмчлээд л нөгөөдүүл маань тэтгэврээ өгөөд л байна. Бид муу эмчилбэл түүний уг шалтгааныг олохын оронд, тэд өнөөх тэтгэврээ өгсөөр л сууна.

Ихэнх улс оронд энэ хоёр байгууллагыг нэгтгэсэн байдаг юм. Тэгвэл анагаах ухаан ямархуу ажиллаж, түүний зардлыг нөхөхөд нийгмээс хэдий чинээ хөрөнгө зарж байгаа нь нийтэд тодорхой байх болно. Харамсалтай нь манайд ядахдаа тийм бүртгэл судалгааны материал ч алга.

Хүн амын зүйн тухай мэдээ материал байхгүй юм уу хүн амын өвчлөлтийн тухай санаатайгаар

дуугүй байх нь манайд эрүүлийг хамгаалахад төвөг яршиг тарьж, алдаа, ташаарал бий болгож байна. Би хэдэн жил депутат байсны сацуу нэлээд удаан хугацаанд эмгэлийн хамт олныг толгойлж байгаа хэдий ч энэ нууцын учрыг ойлгож чадахгүй л явна. Энэ нууц маань юуны төлөө хийгддэг юм бол оо? Өнөөдөр сүрьеэ өвчтэй байгааг тогтоож амжаагүй байгаагийн дээр хэд нь юунаас болж нас барсан нь бас л нууц байна. Хичнээн архичин байна вэ? бас л нууц. Ийм байхад тухайлбал район эрүүлийг хамгаалахын тухай төсөөллийг яаж гаргаж авах вэ?

Эмнэлгийн статистикийн тухайлбал нас баралтыг нас насаар илэн далангүй гаргаж тавих хэрэгтэй байна. Тэгэх юм бол эрүүлийг хамгаалахын удирдлагын бүх түвшин ялангуяа анхан шатны байгууллагуудыг удирдлагын тухай нийтээр шүүн хэлэлцэж оновчтой шийдвэр гаргах болно. Ингэхгүй юм бол бид азаа туршаад цаашид нүдэн балай ажиллах болно.

Дараачийн нэг асуудал нь эмчийн ажлын тухай юм. Өдөр өнгөрөх бүрийд энэ асуудал хурцаар тавигдах боллоо. Өвчтөн маань биднээс маш сайн чанарын тусламж шаардаж байхад, удирдлагууд маань бөөн цаас нэхэж байна. Эмч ажлынхаа цагийн 30—60 хувийг өвчний түүх бичихэд зарцуулж байгаа тухай хэвлэлд хичнээн жил бичиж байна вэ? Тэгсэн хэр нь өөрчлөлт алга. Гэтэл хялбаршуулсан өвчний түүх гэж гэж байгаа нь түүнээс гарах арга байна гэсэн үг. Тийм баримт бичгийг манай хүрээлэн 20-иод жилийн өмнө зохиосон юм. Үнэн магадтай сайн мэдээ өгч чаддаг тэр түүхийг эмч нар өдөрт 30 минутаас илүү бичдэггүй юм. Гэвч цаас бичихэд зарцуулж байгаа цагийг өвчтөнийхөө төлөө зориулдаг боллоо ч гэсэн эмчийн тусламжийн чанарыг дээшлүүлэх асуудлыг шийдвэрлэж чадахгүй билээ. Энэ асуудал нь Анагаах ухааны дээд сургуульд оюутан элсүүлэх, багш нарыг сонгон авах, эмч нарыг аттестатчилах... зэрэг эмчийн үйл ажиллагааны эх уурхайд өөрчлөлт

оруулж байж шийдэх цогцолбор асуудал юм.

Миний бат итгэж байгаагаар бол практикийн эрүүлийг хамгаалахад хийх өөрчлөн байгуулалт нь анагаах ухааны дээд сургуулиудын ажлыг чухам нэг цэгцэлж өгөхгүй юм бол тэр нь зөвхөн тал хувийн үр өгөөж өгнө. Эмнэлгийн байгууллагууд Анагаах ухааны дээд сургуулиудаас ажилд бэлтгэгдээгүй үлэмж тооны мэргэжилтнүүд хуучин янзаараа авсаар байна. Энэ нь хэд хэдэн шалтгаантай боловч хамгийн эхнийх нь сонгон шалгаруулж авахад байна.

Нийгмийн асуудлууд хуучин янзаараа мэдлэгээс давамгайлаад байна. Асрагчаар ажиллаа, армид алба хаалаа, олон нийтийн ажилд идэвхтэй оролцдог гээд л хүн эмчлэх ажил руу «ногоон гэрлээр» орж явчихаад байна. Олон нийтийн ажил, цэргийн алба хаах, нийгмийн гарал зэрэг нь мэдлэгийг орлож чадахгүй. Би дээд сургуульд оюутныг сонгож авахад авсан баллтай тэнцүүгээр нийгмийн асуудлыг тооцохын төлөө байдаг бөгөөд ингэж тооцохыг үнэн бодитой болох зүйл нь программчилсан шалгалт юм. Гадаадын нэр хүндтэй ихэнх дээд сургуулиудад машинаар мэдлэгийг үнэлэх хэлбэр дэлгэрсэн байна. Энэ нь өнөөдөр манай Анагаах ухааны дээд сургуулиудыг «сээр нуруутан» гэгдэх болон анагаах ухаанд хэрэг болохгүй хүмүүсээс хамгаалах цорын ганц арга юм.

Гэлээ ч гэсэн зөвхөн хамгийн сайн элсэлтийн шалгалт хэрэв цалгар назгай оюутныг сурах хугацаанд шигшиж цэвэрлэхгүй бол амжилттай сургах үндэс болж чадахгүй.

Бусад орны туршлагаар тийнхүү шигших нь элсэгчдийн 30 хувь хүртэл байж болох юм. Тэгэхдээ энд бодит үнэлгээ байх нь мэдээжээ. Программчилсан шалгалт үүнд тусална.

Одоо багш нарын тухай хэдэн үг хэлье.

Анагаах ухааны дээд сургуулиудын багш нар муу байна. Яагаад тэр вэ? Энд шалгуурын асуудлыг л дахиад ярих хэрэгтэй болчо.

Багш нарыг голдуу ивээл дэмжлэгээр юм уу олон нийтийн ажилд оролцдог оор нь сонгон авч байна. Тэр багш эхлээд ангийн ахлагч юм уу эвлэлийн үүрийн дарга байдаг юм. Тэдэнд цэвэр «онц» тавьсаар байгаад л тэнхимдээ үлдээж авна.

Удирдагчийн тусламжтайгаар хэнд ч хэрэггүй дэд эрдэмтэний зэрэг горилох зохиол бичнэ. 10 жилийн дараа тэр өөрөө профессор болно. Үнэндээ бүр анх хэн байлаа, тэр чигээрээ л хоцрох нь тэр.

Багш нарыг аттестатчилах үед «санал авах» маягаар оюутнуудаас хаалттай асуумж авах нь тус болж болох юм.

Ассистент, доцентын нэртэй хуудас тарааж оюутнуудаар (+), (-) үнэлгээ тавиулаад профессор дүнг гаргаж, холбогдол бүхий хүмүүст «өөдөө гарах» нь зүйтэй гэж хэлээд хэрэв муу үнэлгээ хоёр жил давтагдвал багшаас чөлөөлөх хэрэгтэй юм.

Дээд сургуульд олж авсан арвин мэдлэг хэдхэн жилд хүрч байгаа нь нэг ёсны гамшиг билээ. Ийм болохоор эмч насан туршдаа суралцаж байх ёстой. Мэргэжил дээшлүүлэх институт ашигтай байгаа боловч асуудлыг шийдэж чадахгүй байна. Эмч нарын 20 хувиас илүүгүй нь мэргэжлийн тусгай номыг уншихгүй байна гэж би бүр хариуцлагатай нь аргагүй хэлж чадна. Эмч нарт мэргэжлээ байнга дээшлүүлэхэд нь туслах байнгын урамшил алга байна. Хэрэв эмч хүүхэдтэй, тэгээд өөрөө бага залуу бол хэдийд нь ном унших вэ? Та нутгийн эмч нарыг бага залуу эмч нартай харьцуулж бодож чадах уу? Би бол чадахгүй юм.

Шаргуу эрчтэй ажиллуулах гэсэн урамшил маань сайн, муу хоёр талтай байдаг. Манайд аль нь ч алга. Цалин адилхан, ажлаас чөлөөллө гэж байхгүй. Ийнхүү дулимаг юм уу муу ажилтныг (тэр яаж шүү амьдрах юм бол доо!) энхрийлэн үзэж байгаа нь тухайлбал эмч багш нарт тийнхүү хандаж байгаа нь гэмт явдал мөн.

Эмчилж байгаа өвчтөн сургаж байгаа оюутныг өрөвдөх хэрэгтэй болоод байна. Энэ гарз хохирол нөхөгдөхгүй билээ.

Ийм учраас энэхүү хуурамч энхрийллийг юуны өмнө даван туулахын зэрэгцээ мэргэжилтний ажиллах эрхийг хасах, үнэлгээний журмыг бий болгох хэрэгтэй байна. Сайн талын урамшуулалд сайн ажиллавал их цалин авдаг эдийн засгийн арга ашигтай. Поликлиник болон хэсгийн эмчийн хувьд гэвэл хүмүүс эмчээ сонгож үзүүлдэг маханизмыг туршиж үзэх хэрэгтэй юм.

Урамшуулалтын муу талд аттестатчилал хэрэглэж болох юм. Тэгэхдээ одоо хэрэглэж байгаа хэлбэр төдий энхрийлсэн аттестатчилал биш жинхэнэ улсаас шалган хүлээж авахын дайтай аттестатчилал хэрэгтэй байна.

Эмнэлгийн байгууллагыг шалгадаг, аттестатчиллын шалгалт авдаг тусгай орон тоо бүхий хяналтын систем бий болгож, түүнд мөнгөө зарах хэрэгтэй байна. Эд нар зардлаа нөхөж чадна.

Өөрчлөн байгуулалтын стратегийн хамгийн чухал асуудал урьдчилан сэргийлэлтийн тухай эцэст нь ярья.

Эдүгээ үе хүртэл манай анагаах ухаан эмчлэхэд гол анхаарлаа хандуулаад, урьдчилан сэргийлэх асуудлыг суртал нэвтрүүлгээр хязгаарлаж иржээ. Би олон жил эрүүл мэндийн тухай лекц уншиж, байгаа хэрнээ түүний үр өгөөжид улам бүр бага итгэдэг боллоо. Эмчлэгч эмч нар цөмөөрөө гол юмнаасаа хол хөндий зогсчихоор ажил явахгүй шүү дээ.

Одоо харин янз бүрийн прог-

рамм боловсруулмаар байна. Энэ маань эрүүл аж төрөх ёсыг дэлгэрүүлэхэд бүр их хэрэгтэй байна.

Надад дараах зүйл бодогддог.

1. Гарын товч авлагад эрүүл мэндийн тухай хамгийн наад захын ойлголтыг нэгтгэж оруулаад эмч болгонд хүргэмээр байна.

2. Өвчтөнийг эмчилж дуусаад эрүүл мэндийн түвшинг тодорхойлж, түүнийг хэрхэн сайжруулах тухай зөвлөмж өгдөг явдлыг бүх эмчийн үүрэг болгомоор юм. Энэ зорилгын үүднээс бүх поликлиникүүдэд биеийн үйл ажиллагааны шинжилгээ хийдэг хамгийн энгийн аппаратаар тоногдсон «Эрүүл мэндийн кабинет» байгуулах нь зүйтэй байна. Өвчтөн өөрийнхөө биеийн үзүүдэлтүүдийг тэмдэглэсэн хийгээд ямар үзүүлэлтэд хүрч болохыг заасан жижиг санамж авах ёстой. Тэрхүү санамж хуудсыг эмчид дахин үзүүлэхдээ авчирч танилцуулна.

3. Ийм журмыг диспансерчлах ажилд заавал хэрэглэх хэрэгтэй юм.

Телевиз хэвлэлээр явуулж буй эрүүл мэндийн ердийн сурталчилгааг цаашид үргэлжлүүлвэл зохино.

Эцэст нь өөрчлөн байгуулалт гэдэг бол зөвхөн яам, муж, районы эрүүлийг хамгаалах газрын удирдлага сайжрах явдал биш, хамгийн гол нь бидний өөрсдийн хөдөлмөрийн эрч, хүчийг дээшлүүлэх явдал гэдгийг нийт эмч нартаа сануулж хэлбэ.

«Известия» сонинь 1987 оны 104 дүгээрт Академик Н. Амосовын бичсэн өгүүллийг орчуулсан Л. Лхагва

САНСРЫН АНАГААХ УХААН—ШИНЖЛЭХ УХААН, ЭРҮҮЛИЙГ ХАМГААЛАХ ҮЙЛСЭД

Сансрын уудмыг эзэмших практик зорилтоос үүдэн гарсан асуудлыг шийдэж байгаа сансрын анагаах ухаан, эх дэлхийн эрүүлийг хамгаалахад практикийн ач холбогдол бүхий жинтэй хувь нэмэр оруулсаар байна. Сансрын анагаах

ухааны судлах гол асуудал нь жингүйдэл байдаг.

Эх дэлхий дээр амьдарч байгаа бид өдөр тутмын амьдралдаа жингүйдэлтэй тааралддаггүй билээ. Сансрын уудмыг эзэмших болсон цагаас жингүйдлийг эрчимтэй судлах болсон юм. Тухайлбал,

сансрын нислэг болон нислэгийг дуурайлгасан орчинд байгаа бие махбодын хариу урвалын онцлогийг судалж тогтоов. Тэгэхдээ зүрх судас, булчингийн систем, түүнчлэн эрдэсийн солилцоог ихээхэн анхаарч судалжээ. Эдгээр судалгааны үндсэн дээр жингүйдлийн тавгүй нөлөөг багасгах зөвлөмж гаргаж хэрэглэсэн нь үнэнхүү үр ашигтай болж, тэр нь тойрог замын удаан хугацааны нислэг амжилттай хийж байгаа зөвлөлтийн сансрын нисэгчдийн туршлагаар батлагдаж байна.

Сансрын анхны нислэгийн өмнө амьд бие махбодод жингүйдэл сүйрлийн аюул учруулж болох тухай ойлголт бий болж, хэн нэгнийх нь цэцэрхсэнээр «сансрын мануухай» гэгдэх нэр томъёо хүртэл бий болж байсан юм. Бие махбодод жингүйдэл хэрхэн нөлөөлөхийг судалж нууцыг тайлах ажил одоо багагүй байгаа боловч харин сансрын «мануухай» байхгүй» гэж хэлэх үндэс бүрэн бий.

Сансрын анагаах ухаан асуудлыг ийнхүү амжилттай шийдвэрлэж байгаа нь булчингийн системийн идэвх буурснаас харьцангуй идэвхгүй байдал нууцыг тайлах ажил одоо багагүй байгаа боловч харин сансрын «мануухай» байхгүй» гэж хэлэх үндэс бүрэн бий. Сансрын анагаах ухаан асуудлыг ийнхүү амжилттай шийдвэрлэж байгаа нь булчингийн системийн идэвх буурснаас харьцангуй идэвхгүй байдал нууцыг тайлах ажил одоо багагүй байгаа боловч харин сансрын «мануухай» байхгүй» гэж хэлэх үндэс бүрэн бий.

Орчин үед автоматжуулалт, механикжуулалт өргөн нэвтэрснээр ихэнх хөдөлмөр нэгэн хэвийн «товчлуур»-ын ажиллагаанд шилжиж хүн биеийн хүчиндээ тохирсон ачааллыг авах боломжоо алдаж байгаа нь эмч нарын сэтгэлийг түгшээдэг болов. Чухам ниймээс хөдөлгөөн хязгаарлагдах байдлыг судалсан сансрын анагаах ухааны ололт, түүнийг үндэслэн боловс-

руулсан хөдөлгөөн хязгаарлагдах байдлын сөрөг нөлөөтэй тэмцэх зөвлөмжийн ач холбогдол их юм. Тэр зөвлөмжийг эх дэлхийн анагаах ухаан хөдөлгөөн хязгаарлагдах байдлыг арилгахад шууд хэрэглэж байна.

Сансрыг эзэмших үйлс эх дэлхийн анагаах ухаанд аль хэдийн мэдэгдсэн асуудлыг судлан, шинжлэхийг эрчимжүүлээд зогсохгүй харин шинжлэх ухааны зарим шинэ салбар, эрэл хайгуулын шинэ чиглэлийн эхийг тавьж өгсөн юм. Тийм чиглэлийн нэгэнд дэлхийгээс сансарт очиж амьдарч байгаа хүн болоод амьтны биологийн хэмнэлийг судалдаг шинжлэх ухаан болох сансрын биохэмнэл судлал орж байна. Хүний анхны сансрын нислэгүүд сансрын нислэгийг зохион байгуулахад бие махбодын биохэмнэл, юуны түрүүнд 24 цагийн хугацаатай юмуу түүнтэй ойролцоо хугацаанд үргэлжилж байдаг хоногийн хэмнэлийг заавал харгалзаж үзэх ёстой гэдгийг нотолж өгсөн юм. Сансрын биохэмнэл судлалын эрчимтэй судалгаа нь онол практикийн хэд хэдэн чухал дүгнэлт хийх боломж өглөө. Тухайлбал, хоногийн хэмнэл нь дотоод гарал шалтгаантай, хоногийн хэмнэлийн нийлэмж зохицол алдагдахыг десинхроноз гэж нэрлэгдэх сөрөг үзэгдэл дагалдаж байдаг хийгээд десинхроноз нь стрессийн үр дагавар болон гарч ирдэг ерөнхий дасан зохицлын хам шинжийн заавал, тэр тусмаа эрт илэрч байдаг бүрэлдэхүүн хэсэг, хоногийн хэмнэлийн төлөв байдал нь бие махбодын үйл ажиллагааны ерөнхий шалгуур, дасан зохицох үйл явц нь долгионлог зүй тогтолд захирагддаг, эмнэлэг болон магадлалын практикт хүний үйл ажиллагааны сорилууд хийхэд хэрэглэгддэг элдэв ачааллыг давах чанар хоногийн турш хүнд харилцан адилгүй байдаг зэргийг судалж тогтоосныг дурдаж болох юм.

Сансрын биохэмнэл судлалын судалж тогтоосон зүй тогтолууд нь сансрын хөлгийн бүхээгт амьдрал хөдөлмөрийг хэрхэн зохион байгуулах үндэс болж тэдгээрээс нэлээд нь эх дэлхийн анагаах

ухаанд тухайлбал эмнэлэг, үйлдвэрийн газарт ээлжийн ажлыг зохион байгуулахад хэрэглэгддэг боллоо.

Сансрыг судалж эхэлсэн явдал эх дэлхийн анагаах ухаанд өвчтэй хүнийг бодвол арай бага анхаарал тавьж байсан эрүүл хүнийг судлах ажлыг үлэмж хэмжээгээр хурдасгаж өгөв.

Хүнийг анх сансрын тойрог замын нислэгт бэлтгэж байхад сансрын нислэгт таарах хүнийг сонгож олох, эрүүл хүний «хэвийн байдал»-ын үзүүлэлтүүдийн хязгаар ямар байх зэрэг зарим асуудлыг судлах явдал онц чухлаар тавигдсан юм. Үүнийг шийдэхийн тулд хүний бие махбодын физиологийн найдвартай ажиллагааг тодорхойлох болон ээнэгшин бараг мэдэгдэхээ больсон өвчин эмгэгийг илрүүлэхэд урьд өмнө хэрэглэж байсан бүх арга, хэрэгслийг ашигласны дээр биеийн найдвартай ажиллагааг тогтоох шинэ арга, багаж хэрэгсэл зохион бүтээх, тухайлбал зүрхний титэмийн судасны далд явцтай дутагдал, тэнцвэрийн аппаратын урвалт чанар зэргийг илрүүлэх шинэ арга боловсруулсан юм. Сансрын нисэгчдийг сонгон олох систем богино хугацаанд бүрэлдэн тогтож, арга

барилын жувьд баяжиж ирсэн нь нислэгийн программыг хэрхэн биелүүлэхийг урьдчилан төлөвлөх боломж олгосон билээ. Энэ чиглэлээр сансрын анагаах ухааны олсон амжилтыг эх дэлхийн анагаах ухааны практикт тухайлбал далд явцтай өвчин эмгэг мөн архагшиж ээнэгшсэн өвчнийг олж илрүүлэхэд хэрэглэж байна.

Сансрын нислэгт яваа нисэгчийн биеийн байдлыг хянах ажил түүнээс тодорхой мэдээллийг хүлээн авах замаар хангагдаж байдаг бөгөөд энэ ажилд бие махбодын үйл ажиллагааны байдлыг тодорхойлж байдаг физиологийн хэд хэдэн үзүүлэлтүүдийг бүртгэн тэмдэглэж авах телеметрийн бичлэг нэн чухал үүрэг гүйцэтгэдэг. Тийм бичлэгийг сансрын нислэгийн үед ашигласнаар анагаах ухааны алсаас бичигч систем бүрэлдэн тогтсон юм.

Анагаах ухааны энэхүү алсаас бичигч аргыг эх дэлхий дээр физиологийн мэдээллийг шууд авахад бэрхшээлтэй буюу боломжгүй байгаа нөхцөлд байгаа хүнийг судлахад тухайлбал тусгай туршилт, шинжилгээ, спортын уралдаан, тэмцээний үед хэрэглэж байна.

Л. ЛХАГВА,
Б. С. АЛЯКРИНСКИЙ

ЗХУ-ЫН АНАГААХ УХААНЫ ЗАРИМ ОЛОЛТООС

ЗХУ-ын стоматологийн эрдэм шинжилгээний төв институтийн эрдэм шинжилгээний ажилтнууд судалгааныхаа ажлын дүнд амны хөндийн салст бүрхэвчээс илрүүлсэн антигены туслалцаатай хүний дотоод эрхтэн системд өөрчлөлт гардгийг илрүүлжээ. Амны хөндийн салст бүрхэвч нь хүний бие махбодын нэг өвөрмөц толь төдийгүй элдэв халдвараас хамгаалах дархлалын нэг сайн хорьг юм. Ялангуяа амны хөндийд ялгарах 50 шахам төрлийн фермент хоол боловсруулах ажиллагаанд онцгой үүрэг гүйцэтгэнэ.

Амны хөндийд гарах урвалын өөрчлөлт нь ходоод гэдэс, нойр булчирхай, цэсний хүүдийн эмгэгүүдтэй давхалдагийг тогтоосон төдийгүй улмаар ходоод гэдэсний хямралын үед амны хөндийн салст бүрхэвчийн хамгаалах чадвар суларч, тусгай антиген бий болдгийг тогтоосон юм. Саяхан болтол шүүд, амны хөндийн эмгэгийг эмчлэхэд уг эрхтэнээс шалтгаалах зовиур шаналгааг арилгахыг хичээдэг байлаа. Уг антигенийг илрүүлснээр ходоод гэдэсний эмгэгийг илрүүлж төгс эмчлэхэд хувь нэмрээ өгч байна.

* * *

Шүдний эмчилгээнд дэлхий даяар жилд үлэмж хэмжээний алт зардаг. Зөвхөн ЗХУ-д жилд 10 тонн шахам алт хэрэглэдэг байна. Иймд бүх талаар алтыг орлох материал олох нь маш чухал байлаа. Харьковын мэргэжилтнүүд шүдний техникт хэрэглэдэг уламжлалт зэвэрдэггүй болон хямд үнэтэй хайлшуудыг олон үелж алтнаас ялгарахгүй шүдний бүрээс гарган авсан байна.

Вакуум-плазмийн гэж нэрлэгдэх уг технологийг ЗХУ-ын олон хотод хэрэглэж байгаа төдийгүй уг технологийн патентыг АНУ, ХБНГУ, Франц, Итали зэрэг орон авчээ.

* * *

Зарим нь барагшинг олон гайхамшигт шинж чанартай гэж үздэг. Түүнийг шархлаат болон арьсны өвчин, гэмтлийн неврит, туяаны өвчин, элэг, бөөрний өвчин, элдэв хордлогийн үед хэрэглэдэг биологийн их идэвхтэй гэдэг нь үнэн боловч судлан тогтоосон нь хараахан үгүй юм. Саяхан эмийн үйлдвэрт барагшингийн шахмал бэлтгэлээ. Энэ нь бүхий л өвчнийг анагаах зориулалттай бус харин чөмөгт ясны бэртэнгийг эмчлэхэд сайн нөлөөтэй нь тогтоогдсон юм.

* * *

Лазерийн туяа судас хатуурах өвчинтэй тэмцэхэд тусалж байна. Академич Б. В. Петровскийн удирдлагаар Москвагийн хэсэг эрдэмтэн багахан хүчтэй лазерийн ногоовтор туяа судасны товх (склеротический бляшек)-ийг задалж байгааг ажиглажээ. Судсанд миллиметрийг хэд хуваасны дайтай маш нарийн гуурс оруулж хэдхэн минут туяа тусгасаны дараа судас бүрэн чөлөөлөгддөг байна.

* * *

ЗХУ-д саяхнаас АМТ—01 гэдэг «МАГНИТЕР»-ийг өргөн ашиглах боллоо. Хязгаарын мэдрэлийн эмгэгийн шалтгаантай толгойн ба үе мөчний өвчнийг намдаахад уг «МАГНИТЕР»-ийг хэрэглэх зориулалттай юм. Мөн гэмтлийн шалтгаантай үе мөч, ууц нуруу, сээр нуруу, хүзүүний үеийн өвчинг дарахад нэгэн адил хэрэглэж болно.

* * *

ЗХУ-ын Самарканд, Москва болон бусад хотод тулгуур хөдөлгөөний эрхтэний зарим өвчний үед хэсэг газрын эмчилгээнд хүчилтөрөгч эмчилгээг (оксигено-терапия) өргөн хэрэглэж, тэр нь үр дүнгээ өгч байгаа ажээ. Ийнхүү хэсэг газарт хүчилтөрөгч өгөх нь эд эсийн амьсгалыг сайжруулах биологийн идэвхжүүлэгч болох төдийгүй эд, эсийн солилцооны дутуу исэлдэлтийн бүтээгдэхүүн хуримтлах, хүчилтөрөгчийн дутагдалд орохоос сэргийлнэ. Мөн холбох эдийн төлжилт зогсох буюу үхжих явцыг удаашруулна.

* * *

Куйбышевийн Анагаах ухааны дээд сургуулийн хүүхдийн өвчин судлалын тэнхимд янз бүрийн шалтгаан бүхий артриттай хүүхдийн эрхтэн системийн цусны эргэлтийн байдлыг судалжээ. Өвчний хурц үед өвчтэй үе мөчний цусны эргэлт төдий л өөрчлөгддөггүйг ажиглажээ. Харин хэрлэгийн гаралтай артритийн үед нэлээд тогтвортой өөрчлөлт гарч байна. Хэрлэгийн үед тод бус, халдвар-харшлын полиартритийн үед дээрх шинж сул илэрч, өвчний клиник илааршлын үед уг өөрчлөлт арилж байжээ.

* * *

Хижээл болон өгөд насанд бие махбодын кальцийн солилцоо хямардгаас ясны нягтрал багасч улмаар хэврэгшихэд хүргэнэ. Энэ үед кальц агуулсан бүтээгдэхүүн хоолонд түлхүү өгөх шаардлагатай болдог. Кальц агуулсан үндсэн бүтээгдэхүүн бол сүү, цагаан идээ бөгөөд ялангуяа кальцжуулсан ээдэм (сүүнд кальцийн бүтээгдэхүүн нэмж) хэрэглэх явдал юм. Настай хүнд хоногт 100 г ээдэм уг хэрэгцээг хангахад хүрэлцээтэй гэж үздэг байна.

* * *

ЗХУ-ын шинжлэх ухааны академийн Машин судлалын хүрээлэнгийн эрдэм шинжилгээний ажилтнууд доргион хэмжих иж бүрдэл хэрэгсэл бүтээв. Энэ нь улс ардын аж ахуйн янз бүрийн салбарт ажиллагсдын хөдөлмөрийн нөхцлийг сайжруулах, тэдний эрүүл мэндийг хамгаалахад зохих ач тусаа өгч байна.

«МЕДИЦИНА» сэтгүүлийн 1987 оны гуравдугаараас
Г. ЦЭРЭНЖИГМЭД бэлтгэв.

ЭМИЙН УРГАМЛЫГ ЗӨВ ТАНЬЖ НЭРЛЭЭ

Ургамлыг таньж зөв тодорхойлохгүйгээр түүний судалгааны ажлыг хөгжүүлэх боломжгүй билээ. Ялангуяа дорно дахины эмнэлэгт хэрэглэж ирсэн ургамалд шинжлэх ухааны (латин) зөв нэр оноож өгөх нь одоо ч бэрхшээлтэй хэвээр байна. Учир нь ургамал бүрт шинжлэх ухааны (латин) улс үндэстний (түвд, монгол, орос г. м) ба нутгийн ард түмний өгсөн нэрээс гадна онжид (ёгт нэр) буюу адилцаа нэг зүйл ургамалд өгсөн өөр өөр олон нэр байдаг. Тухайлбал эмчилгээний ач холбогдол бүхий харганын шинжлэх ухааны нэр нь *Caragana wersicolor*, *C. chamlagu*, *C. orulens*, *C. leucoploea*, *C. micr orhylla*, түвд нэр нь барма, дама, орос нэр нь Карагана разноцветная, К. китайская, К. обильная, К. белокорая, К. мелколистная, монгол нэр нь нангиад харгана, бийлэг харгана, улаан харгана, үхэр харгана онжид буюу адилцаа нэр нь мима, налма, түвд лидер, бара-сэр халист зэрэг болно. Энэ мэтээр ургамлын нэршлийг зөв тогтоож латин нэр оноох нь эм зүйч, эм судлаач, ургамал судлаачдын өмнө тулгарсан даруй шийдвэрлэвэл зохих асуудал мөн. Нэг ургамалд адилцаа олон нэр байдгийн өөр нэг жишээ нь тайж жинсийг хонгорзул, лам тархи, морины уруул, адууны уруул, зараа уул хэмээн манайд газар газар өөр өөрөөр нэрлэдэг явдал юм. Учир нь монголчууд ургамлыг гаднах төрх хэлбэр, их багын хэмжээ, өнгө зүсээр нь ялгаж таньдаг дадал туршлагатай холбостой.

Дорно дахины улс гүрнүүдэд энэ мэт орон нутгийн болоод онжид олон нэр байдаг нь лавтай. Гэвч ургамлын түвд нэр олсон оронд дэлгэрч, тухайн үедээ бараг эм судлалын шинжлэх ухааны нэр томъёо мэт дагнан хэрэглэгдэж байв. Иймээс түвд болон нангиад нэрээр нь хөөж, дорно дахины эмийн ургамалд орчин үеийн шинжлэх ухааны нэршил төрх оноож өгөх нь судлаачдаас маш их хөдөлмөр, хичээнгүй ажиллагаа, шинжлэх ухааны мэдлэг чадвар шаардах нь зайлшгүй юм.

Зарим бүтээлд түвд нэг нэрийн дор гадаад, дотоодын олон ургамлын латин нэрийг хадах, эсвэл манайд ургадаггүй ургамлын шинжлэх ухааны нэрийг түвд нэрэнд оноох, зөвхөн монголд тааралдаг ургамлын ботаник шинжийг түвд нэрийн дор тайлбарлан бичих зэргээр зарчмын хувьд нэлээд алдаатай зүйл байдаг. Энэ нь эмийн ургамлын талаарх дорно дахины эх сурвалж бичгүүдийн учрыг сайтар ухаж бүтээлчээр ашиглаж чадаагүйтэй холбоотой юм. Гэтэл манай хөрш зэргэлдээ Зөвлөлт Буриадын эрдмийн байгууллага, эмч мэргэжилтнүүд уламжлалт эмнэлэг судлах ажлыг эмийн ургамлын цуглуулга, эмийн түүхий эдэд шинжлэх ухааны нэр оноож өгөхөөс эхлэж байна. Туйплан гэхэд нангиад туйпланг (үндэс) бүтэц найрлага, фармакологи үйлдлээр нь монгол туйплантай (шар зээргэнийн үндэс, туйпланцарын булцуу, говийн бивлэнцэр) харьцуулан судалж, дараа нь ном бүтээл дэх дүрс зургуудтай тулгахын зэрэгцээ адилцаа олон нэрийг нь утгачлан орчуулсан дүнтэй жишиж байж сая нэр оноодог зарчмыг хатуу чанд баримтлан үр дүнд хүрч байгаа билээ.

Гэтэл манай Ардын эмнэлгийн хүрээлэнд VII таван жилд гүйцэтгэсэн эрдмийн ажлын тайлан үйлдвэрлэлд шилжүүлсэн хэд хэдэн эмийн тайлбарт намхан сарааныг одой сараан, нарийн сараан, бага хумхаалыг алтанзул, шар модыг тошлог, европ ороонгыг алтан утас хэмээн өөр өөрөөр нэрлэж, нэр томъёог нэг янзаар хэрэглэх зарчмыг илтэд гажуудуулжээ. Үүнтэй уялдуулан морин хадны жимсийг тошлог, нарсаг буюу өмнөдийн ороонгыг алтан утас гэдгийг анхаарах ёстой

байлаа. Мөн мэдрэл тайвшруулах судас хатуурахыг зогсоох үйлдэл бүхий «нейровалин» эмийн найрлаганд сибирь хотойг оруулсан он болон хээрийн ажлын тайлан бий. Сибирь хотойн дээж авсан газрыг харгалзан үзвэл эндээс уг хотойг зуун килограммаар түүх ямар ч боломжгүй билээ. Энэ нь сибирь хотой биш харин бага хотой буюу нутгийнхны ярьдгаар хүрэн халгай байж болох бүрэн үндэстэй. Хүрэн халгай харьцангуй их арви нөөцтэй бөгөөд ихэвчлэн новширхог газар халгайтай цуг бугаар ургадаг. Ер нь хотойн төрлөөс монголд тархацтай 6 зүйлийг харьцуулж судлаад анагаах чадал нөөц, ач холбогдлоор энэ нь илүү, тэр нь доогуур үйлчилгээтэй гэсэн үнэлгээ дүгнэлт дээрх ажлуудад огт алга байна. Түүнчлэн эмийн үйлдвэр, эмийн санд химийн найрлага, хэмжээ тархац нь одоо хэр сайтар судлагдаагүй корнумын болгоод налчгар тавансалааг их тавансалаатай хольж юмуу дангаар нь бэлтгэж байна. Хонин, ямаан, морин, нангиад, зээргэнэ тэргүүтнийг энэ мэт сайтар ялгаж танилгүй хэрэглэснээс «Триэфтлас» эмийн үйлдэл янз бүр байж болох тухай хэвлэлийн мэдээ бий (Анагаах ухаан 1987. № 2).

Эмийн ургамлыг үнэн зөв тодорхойлж танихгүйгээр уламжлалт эмнэлгийг бүтээлчээр хөгжүүлж, эмийн нэр төрлийг олшруулан хүн амын өсөн нэмэгдэж буй хэрэгцээ шаардлагыг богино хугалаанд хангаж чадахгүй юм. Нөгөөтэйгүүр бүтэц найрлага, коруу чанар зэрэг олон талын шинжилгээг үнэн зөв хийх бололцоогүй болох юм.

Ардын эмнэлгийн хүрээлэнгийн ганганы тосоор стелларифитин, алюмекатин гэсэн эм хийж байгаа боловч түүний түүхий эдийг бэлтгэхдээ нэг нэрийн дор ойт хээр, хээр, говийн бүсэд тархсан 8 зүйл ганганы аль тааралдсаныг авч хэрэглэж байгаа юм. Түүнчлэн сэд өвс, долоогонын төрлийн тус бүр 2 зүйлийг ч нэгэн адил ялгаж танихгүй байна. Мөн бөөрөлзгөнийн 5 зүйлийг оросоор княженика, морошка, малина, костяника, ежевика монголоор улаалзай, улаагана, бөөрөлзгөнө, улаалзгана, бөлжиргөнө гэж өөр хооронд нь ялгадгаас үзсэн ч нэг зүйлийг нөгөөгөөр шууд орлуулж болдоггүй нь тодорхой байна. Түүгээр ч үл барам ардын уламжлалт эмнэлгийн бараг бүх жорд ордог алдартай пурван үрийн (ар, бар, жүр) шинжлэх ухааны нэрийг бидний хэн нь ч одоогоор бүрэн тогтоож чадаагүй байна. Тус хүрээлэн сүүлчийн 10-аад жилд нангиад ороонгоор «Аржирмэн», нарсаг булуу өмнөдийн ороонгоор «Алтан утас» эм хийсэн нь сайцаалтай хэрэг авч манай нутагт алтан утас хэмээх орон нутгийн нэртэй ороонго устаж үгүй болж байгаа ургамал юм. Харин түүнийг Европ ороонгоор орлуулсан гэх боловч уг ургамлын найрлага эмчилгээний чанар манай нөхцөлд төдийлөн сайн судлагдаагүй аж.

Энэ ургамал өөрөө ягаан өнгөтэй тул эмийн «алтан утас» хэмээх нэрэнд ч хүртэл тохирохгүй байна. Эдгээр зүйлийг ойшоож үзэхгүйгээр эмийн түүхий эд бэлтгэж эм хийх асуудал түүний үнэ цэнэ, шинжлэх ухааны түвшин, эмчилгээний ач холбогдлыг бууруулах нь мэдээжийн хэрэг юм. Үүнтэй холбогдуулан хэдэн санал хэлье.

1. Үйлдвэрлэл-эрдэм шинжилгээ, шинжлэх ухааны байгууллага, үйлдвэр аж ахуйн газрын ажлын уялдааг сайжруулж ялангуяа эмийн ургамал, эм түүний түүхий эдийн шинжлэх ухааны нэршлийн талаар харилцан зөвлөлдөх, санал солилцох, маргаан зохиох, толь бичиг боловсруулж ном бүтээл туурвих зэргээр хамтран ажиллах;

2. Эмийн ургамлын шинжлэх ухааны нэрийг эмийн түүхий эд, ургамлын зүйл тус бүрт оноож өгөх асуудлыг шийдвэрлэхдээ ургамлын хими, ангилалзүй, эм судлал, эм зүй, хэл шинжлэлийн аргуудыг хоршуулан хэрэглэх.

3. Эмийн ургамлын орос, монгол болгоод орон нутгийн нэрийн бүртгэл, карт-каталогтой байж;

4. Эмийн түүхий эд, эмийн ургамал, судалгаанд авсан дээжийн лавлах фондтой болох;

5. Эмийн түүхий эд, дээж материалд явах тухай бүр мэргэжлийн байгууллага хүмүүсээс заавар зөвлөлгөө урьдчилан авдаг журмыг хэвшүүлэх,

6. Ургамал-түүхий эд, дээж материал болгосон ургамал тус бүрийн цуглуулгыг 2—3 хувь хийж, шинжилгээнд болон үйлдвэрлэлд оруулахын өмнө ургамал судлаачдаар тодорхойлуулан, баталгаа гаргуулахаас гадна тэдгээр материалын (дээж ба цуглуулгын дугаар тохирч байх) дугаарыг ижилдсэн эрдэм шинжилгээнийхээ лавлах фондод шилжүүлэн хадгалах,

7. Дээж авч түүхий эд бэлтгэсэн газруудаас уг ургамлын нутгийн нэрийг лавлаж, ургамал таньдаг уламжлалт аргаас нь ямагт суралцах;

8. Ямарч төрөл, зүйлийн эмийн ургамлыг худалдахын өмнө мэргэжлийн байгууллага, хүмүүсээр заавал үзүүлж нэрийг тогтоох шаардлагатай юм.

*Ботаникийн хүрээлэнгийн эрдэм шинжилгээний
ажилтан дэд эрдэмтэн Ч. САНЧИР*

МЭДЭЭ

СЕМИНАР ЗӨВЛӨГӨӨН БОЛОВ

Хүн амыг үе шатлан диспансерчлах тухай МАХН-ын XIX их хурлын шийдвэрийг хэрэгжүүлэх ажил төв, хөдөөд өрнөж байна.

Дундговь аймгийн Хулд суманд «Хүн амыг диспансерчлахад сумын эмнэлгээс зохиох ажлын арга хэлбэр» сэдэвт семинар зөвлөгөөн болж зарим аймгийн сумын эмч, мэргэжилтнүүд оролцов.

Семинар зөвлөгөөнд «Хүн амыг диспансерчлахад хөдөө аж ахуйн хоршооллын байгууллагын гүйцэтгэх үүрэг» гэсэн илтгэлийг Хулд сумын намын үүрийн нарийн бичгийн дарга Т. Цэрэннадмид, «Сумын хүн амыг диспансерчлах ажлын зохион байгуулалт, явц, үр дүн» гэсэн сонголыг сумын эмч С. Орсоо нар хэлэлцүүлж, Өвөрхангай аймгийн Бүрд сумын их эмч БНМАУ-ын Ардын их хурлын депутат Д. Даажамба, сумын эмчээр 30 жил үр бүтээлтэй ажилласан Ховд аймгийн Үенч сумын их эмч Ц. Даваа, Хөвсгөл аймгийн Их-Уул сум дундын эмнэлгийн ерөнхий эмч Б. Пүрэв нар хөдөөгийн хүн амын эрүүл мэндийг хамгаалах, өвчнөөс сэргийлэх, диспансерчлах талаар хийж буй ажлын туршлагаа ярилаа.

Дундговь аймгийн Хулд сумын эмнэлэг, өөрийн сум нам, улс, олон нийтийн байгууллагаатай хамтран хүн амын дунд эрүүл ахуйн сурталчилгааг системтэй хийж архи, тамхинаас гарах, жги ихтэй хүмүүсийн биеийн жинг бууруулах, хүмүүсийн хөдөлмөрийн нөхцлийг сайжруулах, хүн амыг цэвэр ус, хүнс тэжээлээр хангах, хог хаягдал, бие засах газар, бохир усны зооногийг эрүүл ахуйн шаардлагын хэмжээнд хүргэх, айл өрхийн ариун цэвэр соёлжилтыг сайжруулах талаар нэ-

лээд ажил хийсэн байна. Диспансерийн аргаар эх, хүүхдийн суурь өвчин, амны хөндийн өвчнийг эрүүлжүүлснээр сүүлийн хоёр жилд эрүүл хүмүүсийн хувийн жин нэмэгдэж, эх хүүхдийн өвчлөл эндэгдэл буурчээ. Тус сумын эмнэлэг бүх хүн амыг амбулаторийн карттай болгож 1985—1987 онд жил бүр нийт хүн амын 60—80%-ийг эмч нарын бүрдмэл үзлэгт оруулж, эрүүл мэндийн бүлгээр дүгнэж байгаа нь тус сумаас хүн амыг үе шатлан диспансерчлах ажлын эхлэл муугүй байгааг зөвлөгөөн семинарт оролцогчид үнэлэв.

Эрүүлийг хамгаалах Яамны сайд Ч. Цэрэннадмид тус семинар, зөвлөгөөнд оролцож, хөдөөгийн эмнэлгийн эмч мэргэжилтэн нарт хандаж үүрэг даалгавар өгөв.

Манай эрүүлийг хамгаалахын тэргүүн шугам болсон сумын ба хэсгийн эмч нар хүн ардын эрүүл мэндийг хамгаалах ажилд их үүрэгтэй бөгөөд диспансерчлах асуудал шинэ түвшинд тавигдаж буй орчин үед улам өргөжиж байна. Хөдөөгийн хүн амд эмч нарын бүрдмэл үзлэг хийж өвчлөлийг эрт илрүүлэх, динамик ажиглалт хийхэд боловсон хүчний хангамж, ялангуяа лабораторийн тусламжийн алба бэрхшээлтэй байгаа боловч идэвх санаачлагатай, тэргүүний ажиллагаатай эмч нарын уйгагүй хөдөлмөрийн үр дүнд диспансерчлах ажлын эхлэлд ахиц байна.

Гэвч энэ ажилд улс, хоршоолол, олон нийтийн байгууллагын хүч туслалцааг авах талаар эрүүлийг хамгаалах байгууллага дорвитой ажил зохиож чадахгүй байна.

Диспансерчлах ажилд орон нутгийн эмнэлгийн нөөц бололцоог өргөн ашиглаж жилд бүх хүн амыг өрх өрхөөр нь

их эмчийн ерөнхий мэргэжлийн эмчийн үзлэгт оруулж шаардлагатай хүмүүсийг сум дундын эмнэлэг, аймгийн нэгдсэн эмнэлгийн тусалцаатайгаар хоёрдогч үзлэгт оруулах талаар зохиох ажил чамдалттай байгаад Эрүүлийг хамгаалах Яам дүгнэлт хийж эрүүл мэндийг хамгаалах талаар тодорхой ажил зохиох болно гэж тэмдэглэв.

Хүн амыг үе шатлан диспансарчлах ажлын явцыг тодорхой нэгжийн үйл ажил-

лагаан дээр тулгуурлан, үйлдвэр аж ахуйн байгууллагатай хамтран ярилцлага хийж байх нь эрүүлийг хамгаалахын өмнө тулгарсан зорилтыг амьдрал практикт уулдуулан эрдэмтэд, практикийн эмч нарын санал бодлыг чөлөөтэй солилцох, ололт дутагдал, бэрхшээлийг шүүн хэлэлцэхэд үр дүнгээ өгөх боломжтойг энэ семинар зөвлөгөөний үйл ажиллагаа харууллаа.

Д. РОЛЗОДМАА, Ц. МУХАР

ӨГҮҮЛЭЛ БИЧИГЧДИЙН АНХААРАЛД

Тус сэтгүүлд ирүүлэх материал нь доорхи шаардлагыг бүрэн хангасан байна. Үүнд:

1. Материал нь эрдэм шинжилгээний хүрээлэн албан байгууллагаас хэвлүүлэхийг зөвшөөрсөн албан бичигтэй байна.
2. Өгүүлэл нь 21 мөрөөр машиндсан энгэн хувь байна.
3. Өгүүллийн хэмжээ нь зураг, хүснэгт, ашигласан хэвлэлийн жагсаалт, резюме (товчлол)-г оруулаад машинаар цохисон 10 хуудаснаас илүүгүй байна.
4. Өгүүллийн эхэнд зохиогчийн овог, нэр, ажиллаж буй албан газрынхаа хаягийг бичнэ.
5. Өгүүллийн эцэст зохиогч гарын үсгээ заавал зурна. Хамтын бүтээл бол бүх зохиогч гарын үсгээ зурна. Мөн редакциас зохиогчтой харилцах хаяг, утасны дугаарыг бичнэ.
6. Өгүүлэл нь товч, тодорхой, үг үсэг, найруулгын алдаагүй, засваргүй байна.
7. Өгүүлэлд орсон нэр томъёог сайтар шалгасан байна.
8. Судалгааны өгүүллийг удиртгал (5%), арга материал (15%), судалгааны дүн шүүмж (50%), дүгнэлт (30%) гэсэн дэс дарааллаар бичнэ.
9. Ишлэл татсан эх зохиолын жагсаалтыг өгүүллийн эцэст ишлэл татсан дарааллын дагуу хийж, дугаарыг өгүүлэл дотор ишлэлийн ар талд хаалтанд бичнэ. Ишлэл татсан эх зохиолыг өгүүллийн эцэст зохиогч, ном, сэтгүүл, өгүүллийн нэр, хэвлэгдсэн он, дугаар хаана хэвлэгдсэн, хуудасны дугаар оруулсан машиндсан эхийг авна.

10. Өгүүлэлд зураг, диаграмм оруулбал тэдгээр нь хэвлэлийн шаардлага хангасан, маш тод өнгийн хар түшээр зургийн цаасан дээр зурсан, ард нь зохиогчийн нэр, зургийн дугаар, хаана оруулахыг тодорхой зааж бичсэн байна. Зургийн тайлбарыг өгүүлэл дотор (зургийн нэр, үсэг, муруй шугам зэрэг тэмдгийн тайлбар) бичнэ. 3 хүснэгт, 4 зургийг нэг хуудасны хэмжээнд тооцно.

11. Өгүүлэлд орсон томъёог сайтар шалгаж хар өнгийн бэхээр бичнэ. Латин үсгийг цэнхэр бэхээр, грек үсгийг улаан бэхээр бичнэ.

12. Өгүүлэлд орсон хүснэгтийг машиндсан, товч тодорхой нэр, дугаартай хэмжээ нүсэр биш, тоо баримтыг шалгаж, статистикийн аргаар боловсруулсан байх шаардлагатай.

13. Товчлол (резюме)-ыг оросоор бичих бөгөөд өгүүллийн агуулга дүгнэлтийг багтаасан байна.

14. Ирүүлэх материал нь урьд өмнө хэвлэгдээгүй буюу хэвлүүлэхээр өөр хэвлэлд өгөөгүй байх шаардлагатай.

15. Редакци нь хэвлүүлэхээр ирүүлсэн өгүүллийг 3—5 хуудас хүртэл хэмжээгээр товчлох, засварлах, түүнчлэн зохиогч зөвшөөрвөл товч мэдээлэл хэлбэрээр хэвлэх эрхтэй.

16. Дээрх шаардлагыг хангаагүй өгүүллийг редакцид хүлээж авахгүй.

17. Хэвлэгдээгүй материалыг буцаахгүй, өгүүллийг «Улаанбаатар 48. К. Марксын гудамж 4. Эрүүлийг хамгаалах Яам, Эмнэлгийн хэвлэлийн нэгдсэн редакци» гэсэн хаягаар хүлээж авна.

**«АНАГААХ УХААН» СЭТГҮҮЛИЙН 1987 ОНЫ ДУГААРУУДАД
ХЭВЛЭГДСЭН ӨГҮҮЛЛИЙН ЖАГСААЛТ**

(Хаалган доторх тоо нь хуудасны дугаар,
хаалгны өмнөх тоо нь сэтгүүлийн дугаар болно)

ТЭРГҮҮН ӨГҮҮЛЭЛ

Л. Бүджив — Эрүүлийг хамгаалах 1987 онд	1 (3)
Б. Дэмбэрэл — ЗХУ-ын Эрүүлийг хамгаалахын хөгжил, туршлага, сургамж	3 (3)
О. Норов МАХН-ын XIX их хурлын шийдвэр, эх нялхсын эрүүл мэндийг хамгаалах асуудал	2 (3)

ЭРҮҮЛИЙГ ХАМГААЛАХЫН ЗОХИОН БАЙГУУЛАЛТ

Б. Дэмбэрэл — Хүн амыг бүх нийтээр шатлан диспансерчлахын онол үндэс, практикийн ач холбогдол	3 (9)
Ц. Гомбо — Архидан согтуурахтай тэмцэхэд эмнэлгийн байгууллагаас зохиох ажил	1 (10)
Ш. Жигжидсүрэн, Ц. Мухар — Эмийн сэтгэлгээ, орчин үе	3 (15)
Г. Зуунай, Б. Дэмбэрэл — Эрүүлийг хамгаалах салбарын хөдөлмөрийн нөөцийн ашиглалт, эмч мэргэжилтний өгөөжийг сайжруулах зарим арга зам	4 (3)
Ц. Мухар — Эмч нарын бүрдмэл үзлэг зохион байгуулах арга зүйн асуудалд	4 (9)
Ж. Раднаабазар — Нийт хүн амыг үе шаттайгаар диспансерчлах асуудалд	1 (6)
Ч. Цэрэннамид — МАХН-ын XIX их хурлын шийдвэрийг биелүүлэх ажлыг улам эрчимжүүлэе	2 (6)

СУДАЛГАА ШИНЖИЛГЭЭ

Б. Васбиш, Ч. Ишханд, Ж. Алтанцэцэг, Н. Норжмоо, Б. Жамсран, А. А. Калинина — Хүүхдийн бөөр шээсний замын үрэвслийг эрт илрүүлэх асуудалд	2 (11)
Б. Батсэрээдэнэ, О. М. Иванюта, А. В. Храмов, В. А. Шиниберов — Уушгины эмгэгийн үе дэх протейназын ингибиторын дутагдлын шалтгаан, эмчилгээний зарим асуудал	2 (32)
Ц. Баасанжав, Г. Цагаанхүү — Мэдрэлийн өвчтөнд үзүүлж байгаа стационарын тусламжийн байдал, түүнийг цаашид сайжруулах нь	3 (27)
С. Бямбасүрэн, Л. Эрдэнэбаяр — Архидвалт өвчний тархалт	4 (22)
Б. Ганбаатар — Улаан бурхан өвчтэй тэмцэх стратеги, тактик	3 (19)
Н. Доржсүрэн, Г. Данзан — Хүүхдийн биеийн байдлыг тооцоолон үнэлэх	2 (15)
Д. Дариймаа — Үр аяндаа зулбах үеийн ийлдсийн иммуноглобулины хэмжээ	2 (26)
Б. Доржготов, Н. Нямдаваа — Элэгний анхдагч өмөн үүсэхэд нөлөөлөх гол хүчин зүйлс	2 (28)
Е. Думаа, Ш. Чадраавал, Д. Эржен — Зүрхний цус тасалдах өвчтэй хүмүүсийн липидийн солилцоонд эмчилгээний хоол нөлөөлөх нь	3 (33)
М. Дарьсүрэн, Т. Варламова, Д. Дамдин, Ц. Готов — Дендронизид эмийн клиник туршилт	3 (41)
Р. Дорждэрэм, И. Санжаадорж — Хөл гар, аарцаг ясны гэмтлийн зарим онцлог	4 (37)
З. Мэндсайхан, С. Балгансүрэн, В. В. Митин, Р. Цэвэлмаа — Залуу насны эрэгтэйчүүдийн дунд тохиолдож байгаа зүрх судасны эмгэгийн тархалтыг олноор флюор зураг авах шинжилгээгээр судалсан нь	3 (30)
Д. Ням-Осор, З. Оюунгэрэл, Л. Цэрэндулам, З. Дашзэвэг — Эмийн хэрэгцээ судлах асуудалд	4 (18)
М. Оюунбилэг, Н. Оюун — Хүүхдийн цусны ийлдэст иммуноглобулин Е-г радиоиммунологийн аргаар тодорхойлсон нь	2 (26)
Л. Оюунцэцэг, Т. Гомбосүрэн — В гепатитын эпидемиологийн зарим асуудал	3 (40)
С. Раднаабазар — Холын зайд гүйгчдэд хийсэн эмнэлэг хяналтын зарим ажиглалт	1 (22)
М. Сүхбаатар — Хүүхдийн уушгины цочмог үрэвслийг үүсгэх шалтгаан	4 (14)
Ш. Содномпил — Эхийн эндэгдлийн шалтгааны асуудалд	4 (31)
Ж. Цогнэмэх, Д. Сэлэнгэ, Я. Шархүү — Анабазиныг клиникт хэрэглэсэн дүн	1 (17)
Ч. Цогт-Очир — Бага насны хүүхдийн амьсгалын эрхтэний цочмог өвчний үеийн зүрхний хурц дутагдал	2 (20)
Ц. Цэрэгмаа, А. А. Подколзин, В. А. Помилец — Эсэд цагирагт аденозин монофосфат (Ц—АМФ)-ыг ихэсгэгч бодисыг хэрэглэн дархлаалын үл хариулах чанар үүсгэх нь	3 (24)
Ш. Чадраавал, П. Янсан — Малчдын өвчлөл, хоололтын зарим асуудал	1 (13)

<i>М. Чүлтэмсүрэн, Г. Чойжамц</i> — Гашуун банздоогийн фитохимийн ба фармакологийн судалгааны урьдчилсан дүн	4 (28)
<i>Мо. Шагдарсүрэн</i> — Жирэмсэн эхчүүд, бага насны хүүхдийг диспансарчлах эрдэм шинжилгээ-практикийн цогцолбор судалгааны урьдчилсан дүн	4 (26)
<i>Г. Энхдолгор, П. Мартасек, В. Кордач</i> — Элэгний шинж тэмдгийн порфири өвчин бүхий гэр бүл	3 (38)
<i>С. Ядмаа</i> — Эмэгтэйчүүдийн архаг үрэвсэл өвчнийг оношлох, түүний байгалийн цогцолбор эмчилгээний үр дүн	1 (19)

ЛЕКЦ, ТОИМ, ЗӨВЛӨГӨӨ

<i>Д. Баасанжав</i> — Тархины судасны өвчнүүдийн эхний хэлбэрүүд, тархины цусны эргэлтийн түр цочмог өөрчлөлт	1 (52)
<i>Ц. Бямбадорж, Д. Эрдэнэ</i> — Шөнийн шинж өвчтэй хүүхдэд хийх физик эмчилгээ	2 (52)
<i>Ш. Бат-Эрдэнэ</i> — Зүрхний цус тасалдах өвчнийг эмийн сорилоор оношлох	3 (52)
<i>О. Батсүх, Г. Пүрэвсүрэн</i> — Хэрлэгийн гаралтай зүрхний гажигтай жирэмсэн эмэгтэйчүүдийн хоол	3 (56)
<i>Ш. Баяртогтох</i> — Хэрлэг өвчин дахихаас сэргийлье	3 (61)
<i>Ж. Базардарьяа</i> — Реллапаротом хийх заалт	4 (48)
<i>С. Бямбанамжил</i> — Харшлыг оношлох ба эмчлэх бэлдмэл	4 (55)
<i>Н. Гэндэнжамц</i> — Хүүхдийн амьсгалын замын цочмог үрэвсэлт өвчний онош эмчилгээний чухал асуудал	2 (34)
<i>Г. Гэндэнжамц</i> — Ходоод гэдсэнд хэрэглэж буй эмийн харилцан үйлчлэл	4 (58)
<i>Т. Дэлгэр, Н. Жамцан, Б. Байгаль</i> — Вируст гепатит	1 (26), 2 (58), 3 (47)
<i>Ө. Жүгдэр, Б. Шижирбаатар, Д. Ичинхорлоо</i> — Кардиоэкографиинг эх барихыг практикт хэрэглэх нь	1 (58)
<i>Б. Жав</i> — Эх барихын практикт дахь геморрагийн шок	2 (43), 3 (44), 4 (43)
<i>Ө. Жүгдэр</i> — Ураг, нярайн гавал тархины гэмтэл	4 (50)
<i>В. С. Зуб, Ш. Жижидсүрэн, Д. К. Мурзагалин, Б. Гоош, Б. Лувсанноров</i> — Панкреатитын эмчилгээнд гарсан ололт түүнийг хэрэгжүүлэх боломж	2 (55)
<i>Д. Ичинхорлоо</i> — Хожуу насны анхны жирэмслэлтийн явц, төрөлтийн онцло	2 (50)
<i>Э. Лувсандагва, Г. Удвал</i> — Хүүхдийн гуурсан хоолойн цочмог үрэвслийн үед хийх эмийн бус эмчилгээ	2 (40)
<i>И. С. Марков, Л. М. Марчук, Б. Бямба, И. В. Тарасевич, М. Даш</i> — БНМАУ-д Ку чячрэгийг клиник-эпидемиологийн суралгаагаар оношилсон дүн	2 (72)
<i>П. Нямдаваа</i> — Дархлалын олдмол дутлын хам шинж	1 (37)
<i>Г. Навчсан, Г. Огосоо, Д. Энэбиш</i> — Төмөр зэсийн ач холбогдол	3 (58)
<i>Ч. Нээчин, Д. Амгаланбаатар, Б. Дагданбазар</i> — Дүрс судлал ба анагаах ухаан	4 (39)
<i>Ю. З. Розенблюм, В. С. Ланушкин</i> — БНМАУ-д суралцаж байгаа зөвдөлтийн сурагчдын нүдний хараа муудахаас урьдчилан сэргийлэх асуудал	2 (62)
<i>Х. Рагчаасүрэн</i> — Тогтох — Туйлшруулагч холимгийг зүрх судлалын практикт хэрэглэх нь	3 (51)
<i>А. Хишигдорж</i> — Хамуу өвчнийг лабораторийн аргаар оношлох	4 (53)
<i>Ц. Цэгээнжан, Д. Бундан</i> — Зүрхний титэмийн цус тасалдах өвчнийг өвчлөхөд титмийн ангиографиин ач холбогдол	1 (54)
<i>Д. Цэвэ-Ойдов, Д. Бүдханд</i> — Гар засал эмчилгээ	4 (57)
<i>Л. Шагдар</i> — Тимпанопластик хийх заалт	2 (72)
<i>Л. Эрдэнэбаатар, Ч. Гүрдорж, С. Бямбасүрэн, Д. Болдцэрэн</i> — «Архидалт» өвчний эмгэг жам, оношлогооны асуудалд	2 (66)
<i>Ц. Янжин</i> — Умийн хүзүүний шархлаа	2 (48)
— Цусны даралт ихсэх өвчний орчин үеийн эмчилгээний зарим асуудалд (орчуулга)	1 (46)

ТУРШЛАГА СОЛИЛЦЪЕ

<i>Э. Довдон, Р. Нямаа</i> — Филатов-Кальфиин эластотометрийн хэмжилтийн таблицыг хэрэглэсэн туршлага	1 (66)
<i>Ш. Жадамбаа, Ц. Намсрай, Н. Сүмбэрэл, Д. Дарь</i> — Улаанбааар хотын нөхцөл дэх донорын цусны ийлдэсний уураг, уургийн бүлэглэлийн зарим үзүүлэлт	4 (63)
<i>Г. Лхагважав, Ж. Тамир, Б. Батболд</i> — Нугасны гадуурхи эпидурал хөндийд морфин хийж хагалгааны дараах өвчин намдаах аргыг хэрэглэсэн нь	2 (75)
<i>Ж. Тумбааш, Н. Баасанхүү</i> — Хөдөлмөрийг бригадаар зохион байгуулах аргыг эмнэлэгт нэвтрүүлсэн нь	3 (72)

ХОВОР ТОХИОЛДОЛ

- Н. Нямаа — Үхрийн арьсны гуур 1 (72)
 П. Хоролмаа, С. Бадамханд — 21 дүгээр хромосомын (гурвал) трисоми 2 (80)
 Г. Цагаанхүү, И. Пүрэвдорж, Н. Төмөрбаатар, З. Бэгзсүрэн—Нэг удамд илэрсэн Паркинсоны өвчин 4 (60)
 Б. Чүлтэмсүрэн — Бөөрний бэтэг 3 (74)

ЭРДЭМТДИЙН ДҮГНЭЛТ, ЗӨВЛӨМЖ

- П. Батхүү — Хотын хүүхдэд амбулатори-поликлиникоор үзүүлэх тусламжийн хэмжээ, хэрэгцээ 1 (74)
 Ш. Дуламсүрэн — Цусны даралт ихсэх өвчний явцад цаг агаарын зарим хүчин зүйлийн нөлөө 1 (76)
 С. Дуламсүрэн — Нярай хүүхдэд тохиолдож буй стафилококкын гаралтай үжнл халдварын эмнэл зүй, дархлалын хам шинж, төлөв 2 (83)
 Н. Мөнхтүвшин — Үргүйдлийн үеийн эр бэлиг эсийн эсрэг дархлал 2 (82)
 Ц. Содномпил — БНМАУ-ын Эрүүлийг хамгаалахын удирдах байгууллагуудын ажлын зохион байгуулалт, түүнийг боловсронгуй болгох арга зам 3 (76)
 М. Сүхбаатар — Хүүхдийн уушгины цочмог үрэвслийн янз бүрийн хэлбэрийн үе дэх цус бүлэгнэлт, ялтсан эсийн байдал 3 (77)

АУГАА ИХ ОКТЯБРИЙН ХУВЬСГАЛЫН 70 ЖИЛИЙН ОЙД

- З. Жадамбаа — Урагш татах аугаа хүч 2 (84)
 Л. Тхагва, Б. С. Алякринский — Шинжлэх ухаан, эрүүлийг хамгаалахын үйлсэд 4 (69)
 Н. Цэнд — Урьдчилан сэргийлэх талаар В. И. Лениний үзэл санаа 3 (67)
 — Өөрчлөн байгуулалт, зөвлөлтийн эрүүлийг хамгаалах салбарт (орчуулга) 3 (69)
 — Бие биедээ чанга шаардлагатай байцгаая (орчуулга) 4 (65)

ГАДААД ОРНУУДАД

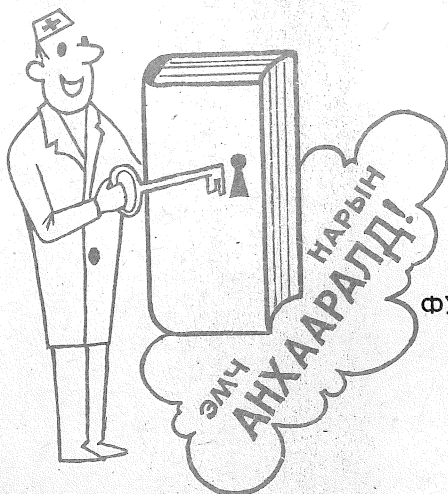
- Зөвлөлтийн эрдэмтдийн нээлт 1 (87)
 — Касмон систем 2 (88)
 — ЗХУ-ын анагаах ухааны зарим ололтоос 4 (72)

МЭДЭЭ ШҮҮМЖ

- Р. Оггонбаяр, Ц. Мянгарцэрэн — Удамшлын тухай унших гээд урам хугарсан нь 1 (85)
 Б. Мятавдорж — Тамета 3-ын тухай 2 (95)
 Ч. Санчир — Эмийн ургамлыг зөв таньж нэрлэе 4 (74)

«УХАМСАРТАЙ САХИЛГА ХҮНИЙГ ЗАХИРЧ УДИРДАНА» СЭТГҮҮЛИЙН ЭЧНЭЭ БАГА ХУРАЛ

- Л. Дагзмаа — Тасгийн эмч юу анхаарч ажиллах вэ? 2 (92)
 Л. Жамсран — Үгээр эмчлэхийн үнэ цэнэ 2 (91)
 С. Цэрэннадмид — Эрүүлийг хамгаалах ажлыг үнэлэх, төлөвлөх тухай 1 (83)



ФУРАЗОЛИДОН (ЗХУ-д үйлдвэрлэсэн)
(0,05 г—шахмал)

Фармакологийн үйлдэл: Фуразолидон грам эерэг, грам сөрөг микробт идэвхтэй нөлөөлөхөөс гадна трихомонад, лямблиозын эсрэг хүчтэй үйлчилнэ. Ялангуяа цусан суулга, балнад, иж балнадын үүсгэгчийн эсрэг идэвхтэй үйлчилдэг. Фуразолидон грам сөрөг микробт үйлчлэхдээ фурациллинээс илүү, хор багатай. Харин идээр төрөгч микробын эсрэг сулавтар үйлчилнэ. Фуразолидонд микробууд дасах нь удаан байдгаараа онцлог юм.

Хэрэглэх заалт: Цусан суулга, балнад, иж балнад, хоолны хордлого, нарийн гэдэсний үрэвсэл, лямблиоз, трихомонадын кольпит, уретрит, вагинит, бөөрний тэвш, давсагны үрэвсэл, хувилсан шарх зэрэгт хэрэглэнэ.

Хэрэглэх арга, тун: Гэдэсний халдварт өвчний үед насанд хүрэгчдэд 0,1—0,15 г-аар хоногт 4 удаа 5—10 өдөр хэрэглэнэ. Хүүхдэд насны ялгаврыг харгалзан тунг багасгана. 10-аас илүү өдөр хэрэглэж болохгүй. Трихомонадын кольпитын үед 0,1 г-аар өдөрт 3—4 удаа 3 өдөр уухын зэрэгцээ 5—6 г нунтгийг сүүний сахартай 1:400—1:500-ын харьцаагаар хольж үтрээнд хийнэ. Трихомонадын уретрит өвчний үед 0,1 г-аар өдөрт 4 удаа 3 өдөр ууна. Лямблиозын үед насанд хүрэгчдэд 0,1 г-аар өдөрт 4 удаа, хүүхдэд биеийн 1 кг жинд хоногт 10 мг-аар бодож өдөрт 3—4 удаа өгнө. Түлэнхий, хувилсан шарханд 1:25000 уусмалыг марлид шингээж бооно.

Цээрлэх үе: Уг бэлдмэлд хэт мэдрэг хүмүүс, бөөрний үйл ажиллагааны өөрчлөлтийн үед хэрэглэж болохгүй.

Гаж нөлөө: Уухад хоолонд дургүй болох, огих бөөлжихөөс гадна хааяа харшлын урвал илэрч болно. Иймээс уул эмийг их хэмжээний шингэнээр даруулж уух нь зүйтэй. Харшлын урвал илэрвэл гистамины эсрэг бэлдмэл кальцийн хлорид, В бүлгийн витамин хэрэглэнэ.

Эмийг гэрэлгүй газар хадгална.

Улсын эм хангамж үйлдвэрлэлийн газрын мэдээлэл технологийн тасаг